

Aus dem Zentrum der Psychiatrie der  
JOHANN WOLFGANG GOETHE-UNIVERSITÄTSKLINIK  
Frankfurt am Main

**Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters**

**DIREKTOR: PROF. DR. MED. F. POUSTKA**

Überprüfung der psychometrischen Parameter  
von CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 und C-TRF  
an einer deutschen Stichprobe

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
des Fachbereiches Medizin  
der Johann Wolfgang von Goethe Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von Phöbe Elting  
aus Frankfurt am Main

Frankfurt am Main, 2003

## Zusammenfassung

Der Elternfragebogen (**CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5**) und der Erzieherfragebogen (**C-TRF**) über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern sind die ersten deutschen Fassungen der von Achenbach 1997 modifizierten **CBCL/2-3** (Achenbach, 1992), die von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993 bereits übersetzt wurde. Beide Verfahren dienen der Erfassung von psychischen und emotionalen Auffälligkeiten von Klein- und Vorschulkindern im Alter von 1 $\frac{1}{2}$  bis 5 Jahren.

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit besteht zum einen in der Überprüfung der psychometrischen Güte der deutschen Version, zum anderen der Anwendbarkeit der Instrumente im deutschen Sprachraum.

Zur Überprüfung der **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5** diente eine gemischte Stichprobe von insgesamt 246 Kindern. 175 Bögen der Feldstichprobe wurden von Eltern in einer Kinderarztpraxis und verschiedenen Kindergärten ausgefüllt, 71 Beurteilungen in verschiedenen klinischen Einrichtungen, in denen Eltern ihre Kinder wegen Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt haben. Die Stichprobe zur Überprüfung der **C-TRF** umfasst 176 Erzieherbeurteilungen aus verschiedenen Kindergärten und -krippen in und um Frankfurt/Main. 62 Kinder wurden gleichzeitig von Eltern und Erzieherin beurteilt.

Bis auf wenige Ausnahmen zeigen die Reliabilitätsanalysen von **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5**, sowie **C-TRF** der hier vorliegenden deutschen Version gute interne Konsistenzen, die vergleichbare Werte mit der amerikanischen Originalstichprobe aufweisen. Lediglich die Skalen „Emotional Reaktiv“ und „Körperliche Beschwerden“ sind eher niedrig und sollten deshalb mit Vorsicht in die Einzelbewertung einfließen.

Die gute Validität der **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5** bestätigt sich durch die hochsignifikante Diskrimination der einzelnen Skalenrohwerte zwischen Feld- und Klinikstichprobe. Auch die Aufteilung der Klinikstichprobe in verschiedene Diagnosegruppen zeigte signifikante Unterschiede. Die Korrelation zwischen **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5** und **C-TRF**, in denen von Eltern und Erzieherin das gleiche Kind beurteilt wurde, liegen im üblichen Bereich und stimmen weitgehend mit der amerikanischen Stichprobe überein.

Insgesamt sind die aus den verschiedenen Stichproben ermittelten Mittelwerte und Standardabweichungen der **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5** und der **C-TRF** vergleichbar mit der amerikanischen Originalstichprobe. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die amerikanische Normierung ohne die Gefahr größerer Verfälschungen auch im deutschen Sprachraum angewandt werden kann, bis Normwerte an einer entsprechend repräsentativen Stichprobe vorliegen.

## Summary

The „Elternfragebogen“ (**CBCL 1½-5**) and the „Erzieherfragebogen“ (**C-TRF**) are the first German versions of the „Child Behavior Checklist 2-3“ (ACHENBACH, 1992), which had been modified by ACHENBACH 1997. Previously the original version had been translated by the ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST in 1993. The purpose of this study was to assess the psychometric parameters of the German version and to proof the applicability of the instruments in the German linguistic area. The analyses for **CBCL 1½-5** were obtained from a group of 175 children in a community sample (kindergartens and paediatricians clinic) and 71 at different psychiatric facilities in and around Frankfurt am Main. 62 children from kindergartens were judged at the same time by parents and educators. The sample of **C-TRF** analyses covers 176 educator evaluations from different kindergartens.

The internal consistency of most of the scales was good to excellent ( $>.80$ ), which indicates comparable values with the American original sample. Only the reliability of the scales „Emotional Reactive“ and „Somatic Complaints“ was rather low ( $<.70$ ) and should therefore only be taken into account with caution when calculating the individual value.

The good validity of the **CBCL 1½-5** is confirmed by highly significant discrimination between the field and the clinical samples. Also, the allocation of the clinic sample into different diagnostic groups showed significant differences. When the same child was judged by parents and educator the correlation between **CBCL 1½-5** and **C-TRF** is situated in the common range and in accordance with the American original sample.

Overall the average values and standard deviations of the German versions of **CBCL 1½-5** and **C-TRF** determined from different samples are comparable with the American sample. These results lead to the conclusion, that the American standardization can be applied in the German linguistic area without danger of falsification, until a German standardization based on an accordingly representative sample is established.

## **Danksagung**

Besonderer Dank an dieser Stelle gebührt Herrn Professor Dr. med. F.Poustka, Leiter der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Frankfurt für die Themenstellung und die Unterstützung bei der Durchführung dieser Doktorarbeit.

Desweiteren bedanke ich mich ganz herzlich bei Herrn PD Dr.med. K.Schmeck, der mich von Anfang bis Ende mit großem Engagement und viel Geduld unterstützt hat, sowie Frau Kirstin Goth, Diplompsychologin der Kinder- und Jugendpsychiatrie, für ihre große Hilfe bei der Datenauswertung.

Ebenso erwähnt werden muss das Engagement von Herrn Dr. med. Löw, Kinderarzt, der im Rahmen seiner Sprechstunde den größten Teil der Elternfragebögen verteilte. Ohne seine Unterstützung wäre der Stichprobenumfang erheblich geringer ausgefallen.

Außerdem gilt mein Dank den Erzieherinnen der zahlreichen Kindergärten in und um Frankfurt, die ihre kostbare Energie und Zeit opferten, um sowohl selbst Bögen auszufüllen, als auch Beurteilungen der Eltern einzusammeln.

Danke auch an alle Freunde, Bekannte und meine Eltern, die mich durch ihre Fragen und Anregungen in jeder Hinsicht unterstützt und motiviert haben.

Frankfurt/ Main, im Januar 2003

Phöbe Elting

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>2</b>
<b>Summary</b> .....	<b>3</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Verzeichnis der Abbildungen</b> .....	<b>7</b>
<b>Verzeichnis der Tabellen</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Untersuchungsmethoden von Verhaltensstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter</b> .....	<b>13</b>
2.1 Einführung .....	13
2.2 Der diagnostische Prozess .....	14
2.3 Anamneseerhebung, Exploration, Interview .....	16
2.4 Verhaltensbeobachtung .....	18
2.5 Projektive Verfahren .....	20
2.6 Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik .....	22
2.7 Fragebogenverfahren zur Erfassung von Psychopathologie .....	27
2.8 Zusammenfassung .....	30
<b>3 ASEBA-</b> .....	<b>31</b>
<b>Achenbach System of Empirically Based Assessment</b> .....	<b>31</b>
3.1 Einleitung .....	31
3.2 Die Entstehung der Checklisten .....	31
3.3 Der diagnostische Entscheidungsbaum .....	33
3.4 Der Aufbau der Fragebögen .....	35
3.5 Empirisch ermittelte Syndromskalen versus DSM IV-Kategorien .....	35
<b>4 Methode</b> .....	<b>38</b>
4.1 Der Fragebogen .....	38
4.2 Die Items .....	39
4.3 Die Syndromskalen .....	40
4.3.1 Die Syndromskalen des Elternfragebogens (CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5) .....	41
4.3.2 Die Syndromskalen des Erzieherfragebogens (C-TRF) .....	41
4.4 Die Stichprobe .....	46
4.4.1 CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5: Die Feldstichprobe .....	46
4.4.2 CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5: Die Klinikstichprobe .....	47
4.4.3 Die Stichprobe des C-TRF .....	47
4.4.4 Soziale Schichtung der Stichprobe .....	49

4.5	Statistische Auswertung .....	51
<b>5</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>53</b>
5.1	Anwendbarkeit .....	53
5.2	Objektivität.....	54
5.3	Reliabilität.....	55
5.4	Validität.....	59
5.4.1	Feldstichprobe.....	61
5.4.2	Klinikstichprobe .....	63
5.4.3	Diagnosen der Klinikstichprobe.....	68
5.4.4	C-TRF .....	72
5.4.5	Korrelation von CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 und C-TRF.....	75
<b>6</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>77</b>
6.1	Einleitung.....	77
6.2	Anwendbarkeit und Objektivität.....	78
6.3	Reliabilität.....	79
6.4	Validität.....	80
6.5	Übereinstimmung der Instrumente CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 und C-TRF.....	81
6.6	Zusammenfassung.....	81
	<b>Literatur.....</b>	<b>83</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder CBCL / 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> - 5	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	Fragebogen für ErzieherInnen von Klein- und Vorschulkindern CTRF / 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> - 5	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## Verzeichnis der Abbildungen

<b>Abbildung Nr.1:</b> Der diagnostische Entscheidungsbaum.....	<b>34</b>
<b>Abbildung Nr.2:</b> CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 Geschlechterbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe .....	<b>61</b>
<b>Abbildung Nr.3:</b> CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 Altersbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe.....	<b>62</b>
<b>Abbildung Nr.4:</b> CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe.....	<b>64</b>
<b>Abbildung Nr.5:</b> CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 Altersbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe.....	<b>65</b>
<b>Abbildung Nr.6:</b> Vergleich Klinik- und Feldstichprobe (ohne SPES).....	<b>66</b>
<b>Abbildung Nr.7:</b> Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe (ohne SPES).....	<b>67</b>
<b>Abbildung Nr.8:</b> Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (CBCL- Skalen orientiert).....	<b>68</b>
<b>Abbildung Nr.9:</b> Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (DSM- Skalen orientiert).....	<b>70</b>
<b>Abbildung Nr.10:</b> C-TRF Geschlechterbezogene Mittelwerte.....	<b>72</b>
<b>Abbildung Nr.11:</b> C-TRF Altersbezogene Mittelwerte.....	<b>73</b>

## Verzeichnis der Tabellen

<b>Tabelle Nr.1:</b> DSM IV Kategorien und die zugewiesenen Fragebogen- Items (verkürzt)....	<b>37</b>
<b>Tabelle Nr.2</b> Unterschiede in den Syndromskalen von <b>CBCL 1½-5</b> und <b>C-TRF</b> .....	<b>42</b>
<b>Tabelle Nr.3:</b> Syndromskalen und Itemzuordnung der <b>CBCL 1½-5</b> .....	<b>43</b>
<b>Tabelle Nr.4:</b> Syndromskalen und Itemzuordnung der <b>C-TRF</b> .....	<b>44</b>
<b>Tabelle Nr.5:</b> Die Skala „Andere Probleme“ in <b>CBCL 1½-5</b> und <b>C-TRF</b> :.....	<b>45</b>
<b>Tabelle Nr.6:</b> Stichprobenbeschreibung.....	<b>48</b>
<b>Tabelle Nr.7:</b> Soziale Schichtung (absolut).....	<b>49</b>
<b>Tabelle Nr.8:</b> Soziale Schichtung (relativ).....	<b>49</b>
<b>Tabelle Nr.9:</b> Reliabilität der <b>CBCL 1½-5</b> .....	<b>56</b>
<b>Tabelle Nr.10:</b> Reliabilität der DSM IV orientierte Skalen von <b>CBCL 1½-5</b> .....	<b>57</b>
<b>Tabelle Nr.11:</b> Reliabilität der <b>C-TRF</b> Skalen.....	<b>58</b>
<b>Tabelle Nr.13:</b> <b>CBCL 1½-5</b> Altersbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe .....	<b>63</b>
<b>Tabelle Nr.14:</b> <b>CBCL 1½-5</b> Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe .....	<b>64</b>
<b>Tabelle Nr.15:</b> <b>CBCL 1½-5</b> Altersbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe.....	<b>65</b>
<b>Tabelle Nr.16:</b> <b>CBCL 1½-5</b> Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe (ohne SPES) .....	<b>67</b>
<b>Tabelle Nr.17:</b> Signifikanzen der Diagnosegruppen (CBCL- Skalen orientiert) .....	<b>69</b>
<b>Tabelle Nr.18:</b> Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (CBCL- Skalen orientiert).....	<b>69</b>
<b>Tabelle Nr.19:</b> Signifikanzen der Diagnosegruppen (DSM IV- Skalen orientiert).....	<b>70</b>
<b>Tabelle Nr.20:</b> Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (DSM IV- Skalen orientiert).....	<b>71</b>
<b>Tabelle Nr.21:</b> <b>C-TRF</b> Geschlechterrelation.....	<b>72</b>
<b>Tabelle Nr.22:</b> <b>C-TRF</b> Altersbezogene Mittelwerte.....	<b>74</b>
<b>Tabelle Nr.23:</b> Korrelation von <b>C-TRF</b> und <b>CBCL 1½-5</b> .....	<b>75</b>



# 1 Einleitung

Oft wird zuerst der niedergelassene Pädiater von den Eltern auf frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten aufmerksam gemacht und muss diese mit Hilfe von verschiedenen Methoden und Verfahren untersuchen und beurteilen können. Im Kleinkindalter besteht auf Grund der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen ein enger Kontakt zwischen Kind und Arzt, wodurch die Früherkennung von Defiziten erleichtert wird. Dessen Verantwortung obliegt es, frühe Verhaltensstörungen aufzudecken und zuzuordnen, um eine rechtzeitige Intervention zu veranlassen. Dies geschieht in diesem jungen Alter vorwiegend durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und sozialpädiatrische Ambulanzen (SPZ). Die Kontaktaufnahme mit einer kinderpsychiatrischen Klinik ist hier eine Seltenheit, da die frühkindlichen Verhaltensstörungen – im Gegensatz zu älteren Kindern und Jugendlichen – in der Regel keiner Intervention einer Klinik bedürfen. Von entscheidender Wichtigkeit sind deshalb möglichst einfache und schnell auszuwertende Verfahren, die dem Kinderarzt die Möglichkeit geben, eine Verhaltensstörung zuzuordnen und den nächsten Schritt in Richtung weiterführende Diagnostik und Therapie zu veranlassen. Eine solche frühe Intervention bietet die Möglichkeit, die sozialen, emotionalen und kognitiven Fähigkeiten zu fördern und Folgeschäden möglichst zu vermeiden (BENNETT & GURALNICK, 1991). Trotzdem ist die Ansicht weit verbreitet, Schwierigkeiten in dieser frühen Lebensphase würden sich von selbst lösen, was oft zu einer Bagatellisierung dieser Probleme führt. Untersuchungen zeigen allerdings, dass ungefähr die Hälfte aller Kinder, die im Alter von 3 und 4 Jahren Verhaltensstörungen aufweisen auch Schwierigkeiten im Schulalter entwickeln (CAMPBELL, 1994).

Die Aufdeckung dieser frühen Störungen ist für den Pädiater jedoch nicht immer einfach. Nach einer amerikanischen Studie erhielten 51,7% der Kinder zwischen 2 und 5 Jahren, die nach Einschätzung von Psychiatern emotionale Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen, keine angemessene Beratung, Medikation oder Überweisung an einen Spezialisten (LAVIGNE et al., 1993). In dieser Studie schätzten die Kinderärzte 8,7% der Kinder als psychisch auffällig ein und konnten ihnen eine Diagnose zuteilen, im Gegensatz zu den Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern, die bei 13% Auffälligkeiten identifizierten. Dies führt zu der Annahme, dass die meisten frühkindlichen Verhaltensauffälligkeiten nicht früh genug aufgedeckt und behandelt werden. Der Grund für diese Schwierigkeiten liegt zum einen an der geringen Erfahrung des niedergelassenen

Pädiaters mit Entwicklungs- und Verhaltenspsychopathologie, zum anderen an dem erheblichen Zeitmangel, der die Arbeit des Kinderarztes beeinflusst. Allgemein betrachtet besteht also ein Mangel an geeigneten Screeninginstrumenten, die einfach und Zeit sparend in ihrer Anwendung, aber trotzdem effizient genug sind, um abweichendes frühkindliches Verhalten aufzudecken.

Auf der anderen Seite ist es jedoch auch wichtig für den Arzt, Rücksicht auf die individuelle Entwicklung des einzelnen Kindes zu nehmen und nicht jede Normabweichung zu „pathologisieren“. Die Grenzen sind dabei nicht immer eindeutig zu ziehen. Sie müssen durch möglichst objektive und standardisierte Diagnosemethoden gesichert werden.

Studien haben auf der Basis von Elternbefragungen untersucht, wie häufig die niedergelassenen Kinderärzte mit verhaltensauffälligen Kleinkindern konfrontiert werden. Eine der ersten Felduntersuchungen, die ein großes Kollektiv von 2 bis 5 jährigen umfasste, wurde 1996 in Chicago durchgeführt. Anhand der **CBCL 1½-5**, die in der pädiatrischen Sprechstunde von den Eltern ausgefüllt wurde, zeigte sich eine Prävalenz von verhaltensauffälligen Kleinkindern von 8-10 % (LAVIGNE et al., 1996). Andere Studien fanden Prävalenzen für mittelschwere bis schwere Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen von 16% bis 20% (ANDERSON et al., 1987; BIRD et al., 1989; BRANDENBURG et al., 1990; COSTELLO, 1989; COSTELLO et al., 1988a; ESSER et al., 1990; OFFORD et al., 1987; VELEZ et al., 1989).

Die häufigsten Verhaltensstörungen liegen bei sehr jungen Kindern im Bereich Aggression, Hyperaktivität und Trennungsängste (CHAMBERLIN, 1982). Wobei geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen sind. Achenbach fand durch Untersuchungen mit der CBCL 2-3 bei Mädchen eine stärkere Ausprägung von depressiven, bei Jungen häufiger von aggressiven Merkmalen (ACHENBACH & EDELBROCK, 1987). Im Vergleich zu älteren Kindern waren die 2-3 jährigen insgesamt in ihrem Verhalten auffälliger und zeigten zusätzlich eine stärkere Ausprägung von Schlafproblemen, die spezifisch in dieser Altersgruppe auftreten (KOOT et al., 1997). Sowohl dieser Verhaltensbereich, als auch das Schreien und das Fütterverhalten sind im jungen Kindes- und Säuglingsalter bisher am besten untersucht worden (vgl. FEGERT et al., 1993). In den Studien, die bisher mit Hilfe der **CBCL 2-3 international** durchgeführt wurden lag die Prävalenz für Kinder einer Feldstichprobe in einer oder mehr Skalen bei 11,1% in Kanada (LARSON et al., 1988), 12,4 % in Holland (KOOT u. VERHULST, 1991) 12 % in den USA (Achenbach, 1992) und 11,6 % in Deutschland (FEGERT, 1996).

In den internationalen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 findet man insgesamt nur wenige beschriebene Krankheitsbilder, die schon im Kleinkindalter auftreten. Dazu gehören vor allem hyperkinetische Verhaltensstörungen (ADHD), Störungen des Sozialverhaltens, der frühkindliche Autismus, umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. Sprachentwicklungsstörungen) und frühe Essstörungen. Gegen diese Klassifizierung von Verhaltensauffälligkeiten sind wiederholt Einsprüche erhoben worden, da diese im jungen Alter eben sehr variabel und wechselhaft auftreten (vgl. LAUCHT et al., 1992 b, KOOT, 1993; ENGELAND et al., 1990; EMDE, 1985; CASTRUP & NIELSEN, 1979). Die Mannheimer Risikokinderstudie, in der Verhaltensstörungen an 2 jährigen untersucht wurden, gibt Häufigkeitsangaben für ICD 10 relevante Diagnosen. Diese zeigen eine Gesamthäufigkeit bei den hyperkinetische Störungen von 6.8% (Jungen 10,5%, Mädchen 3,3%), Verhaltensstörungen 4,5% (ohne geschlechtsspezifische Unterschiede) und emotionale Störungen 4% (Jungen 2,9%, Mädchen 4,9%). Die Gesamtauffälligkeitsrate -bezogen auf ICD 10 relevante Diagnosen- betrug damit 19,5% (23,8% Jungen und 15,4% Mädchen) (LAUCHT et al., 1992 b).

Die ersten Berichte über psychische Krankheitsbilder in der frühen Kindheit sind von RENE SPITZ: „Hospitalism“, (1945) und „Anaclitic Depression“, (1946) erschienen. Er beschreibt hier erstmals psychische Syndrome im Kleinkindesalter und untersucht auch deren Risikofaktoren und protektive Einflüsse. Erst in den achtziger Jahren erschienen die ersten umfassenderen Übersichten und Lehrbücher in diesem Gebiet (vgl. CALL ET AL. 1983, u.a.). Auch die „World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines“ wurde 1980 gegründet. Es dauerte allerdings noch bis 1994, bis das erste Diagnosesystem für Entwicklungsstörungen und psychische Krankheiten im Kleinkindesalter (0-3 Jahre) in den USA publiziert wurde (EMDE, BINGHAM & HARMON, 1993). Die erste Studie im Rahmen dieser Klassifikation erschien ein Jahr später (ZERO TO THREE, 1994). Trotz dieser Versuche, waren und sind immer noch empirische Studien nötig, um ein Diagnosesystem zu sichern.

An der Darstellung von verschiedenen Methoden zur Erfassung von Verhaltensdimensionen und Verhaltensauffälligkeiten von Klein- und Vorschulkindern im **Kapitel 2** erkennt man, dass zwar einige Instrumente im deutschen Sprachraum vorliegen und teilweise auch normiert sind, aber gerade ein Verfahren, welches die gesamte Kleinkind- und Vorschul-periode (von 1 1/2 bis 5 Jahren) abdeckt, hier nicht zur Verfügung steht. Es soll deshalb durch diese Arbeit gezeigt werden, dass die von Achenbach 1997 entwickelte **CBCL 1 1/2-5** (für Eltern) und die **C-TRF** (für Erzieher), die nun in einer übersetzten Version vorliegt, auch in Deutschland, gezielt in dieser Gruppe eingesetzt werden kann. Damit soll

hier eine wichtige diagnostische Lücke geschlossen werden. Während die Palette der bisher angebotenen Instrumente von Screeningmethoden für den allgemeinpädiatrischen Gebrauch bis zu Spezialinventaren für ausgewählte psychopathologische Diagnostik reicht, können die **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** und die **C-TRF** eine breite Zahl von Verhaltensauffälligkeiten abdecken. Die Anwendbarkeit, Gütekriterien und empirischen Ergebnisse der verschiedenen Stichproben werden in **Kapitel 4** dargestellt.

Die **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** und die **C-TRF** sind Bestandteil eines von Achenbach entwickelten „Checklisten-Systems“ (**ASEBA**). Es umfasst die gesamte Lebensspanne vom Kleinkind (ab 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahren) bis zum älteren Menschen (**Older Adult Self Report** ab 60 Jahre) (Beschreibung der einzelnen Verfahren auf Seite 37). So können zum einen Verhaltensauffälligkeiten des Einzelnen über einen langen Zeitraum beobachtet und damit auch dessen Therapie evaluiert werden. Zum anderen besteht dadurch die Möglichkeit, Psychopathologie innerhalb einer Familie –generationsübergreifend– herauszustellen. Um die verschiedenen Verfahren zu vergleichen, wurden die einzelnen Syndromskalen von Achenbach weitgehend gleich benannt. Dadurch ist es auch möglich, die Beurteilungen verschiedener Beobachter (Cross Informants) miteinander zu vergleichen. Diese Methode ermöglicht deshalb nicht nur die Erhebung der individuellen Psychopathologie, sondern auch die Erhebung umfangreicher Längs- und Querschnittstudien in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Durch diese Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten dient das System der Checklisten nicht nur einer breiten ambulanten und klinischen Diagnostik, sondern stellt auch eine effiziente und objektive Methode für Forschungsanalysen und statistische Studien dar. Auf die Entstehung und den Aufbau der Checklisten wird im **Kapitel 3** näher eingegangen.

## 2 Untersuchungsmethoden von Verhaltensstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter

### 2.1 Einführung

In diesem Kapitel werden verschiedene diagnostische Instrumente vorgestellt, miteinander verglichen und die Vor- und Nachteile der Verfahren erläutert. Dabei geht es vor allem um die Besonderheiten des diagnostischen Prozesses im Kleinkind- und Vorschulalter. Die Diagnostik in dieser Altersstufe erweist sich in vielen Aspekten schwieriger als bei Jugendlichen beziehungsweise Erwachsenen und ist größeren und schnelleren Veränderungsprozessen unterworfen.

Ein wichtiger Einflussfaktor ist die **Kooperationsfähigkeit** des Kindes in Bezug auf diagnostische Verfahren und Therapiemöglichkeiten, denn meist ergreifen die Eltern oder andere Bezugspersonen die Initiative. Der diagnostische und therapeutische Prozess basiert also hier nicht auf Freiwilligkeit (SHIRK & SAIZ, 1992). Die Motivation, die zur Vorstellung eines Kindes führt, ist dabei unterschiedlich.

Außerdem wird der diagnostische Prozess eingeschränkt durch die **mangelnde Fähigkeit zur Selbsterkenntnis**. Kleinen Kindern, denen es an Fähigkeit zur Perspektivenübernahme mangelt, fällt es schwer, zwischen realem und idealem Selbst zu unterscheiden (LEAHY & HUARD, 1976). Sie überschätzen ihre Kompetenzen und unterschätzen ihre Probleme und Einschränkungen. Erst ab dem 3. Lebensjahr besitzen sie die Fähigkeit, Dinge aus der Sicht von jemand anderem zu sehen (visuelle Perspektivenübernahme). Ab dem 4. Lebensjahr begreifen sie den Einfluss von Überzeugungen auf Emotionen und Handlungen (kognitive Perspektivenübernahme). PIAGET bezeichnet diese Phase als „präoperationales Stadium“, in dem die Kinder sich leicht von Äußerlichkeiten täuschen lassen, weil sie Ursachenbeziehungen noch nicht direkt herstellen können (präkausales Denken). Erst im operationalen Stadium –vom 6. bis 12. Lebensjahr– sind sie zur sozialen Perspektivenübernahme fähig.

Im Gegensatz zu den altersunabhängigen Verfahren (Verhaltensbeobachtung), sind andere diagnostische Methoden abhängig von den **kognitiven und selbstreflektorischen Fähigkeiten** des Individuums. Kleinkinder sind noch nicht in der Lage, ihr Verhalten und ihre Gefühle zu beschreiben. Denken und Fühlen sind in diesem Alter an aktuelle Erlebnisse gebunden (kognitiv-emotionale Kontextabhängigkeit). Allerdings können sie ihren emotionalen Ausdruck bereits regulieren und entscheiden wie und vor wem sie diesen

kontrollieren. (IZARD & HARRIS,1995). Zur Selbsteinschätzung ihrer eigenen Persönlichkeit sind Kinder ab dem 8.-9. Lebensjahr in der Lage. Über Probleme, die ihr eigenes Verhalten betrifft, berichten sie ab dem 11.-12. Lebensjahr.

Das diagnostische Vorgehen im Kleinkindesalter wird außerdem von der **sprachlichen Entwicklung** des Kindes begrenzt. Ihr eigenes Meinungsurteil können sie noch nicht vernunftsmäßig begründen, die Effizienz der Kommunikation ist beschränkt. Nach der „Theory of mind“ können Kinder zwar ab dem 2.Lebensjahr über eigene oder fremde Emotionen sprechen, jedoch noch nicht Wünsche von Absichten unterscheiden. Der Wortschatz wächst in dieser Periode von 200 Wörtern beim 2 jährigen auf 2.500 Wörter beim 5 jährigen an. Der Emotionsausdruck wird dabei als wichtiges Kommunikationsmittel gebraucht. Als letzter Aspekt sei auch auf die **eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit** von Kindern hingewiesen.

Die Entwicklungspsychologie hat gezeigt, dass sich Diagnostik und Therapie von Erwachsenen nicht einfach auf Kinder übertragen lässt, da dies nicht zu optimalen Ergebnissen führt (SHIRK & SAIZ, 1992). Kinder sind keine „zurückgebliebenen“ Erwachsenen, die geringere kognitive und sprachliche Fähigkeiten besitzen. Die Art und Weise ihres Denkens, Fühlens und Handelns besitzt eine eigene Qualität. Die Diagnostik und Intervention im Kleinkindes- und Vorschulalter muss also entwicklungsorientiert sein, d.h. Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigen und auf die körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung des Individuums eingehen.

## 2.2 Der diagnostische Prozess

Als diagnostischen Prozess bezeichnet man einen in mehreren Schritten ablaufenden Problemdefinitions-, -lösungs- und Entscheidungsprozeß. Dieser soll nicht nur zur Feststellung und Definition einer Störung oder Krankheit beitragen, sondern auch Perspektiven zur Intervention und Therapie eröffnen. Die Eckpfeiler dieser Diagnostik bilden dabei die Verhaltens- und Psychodiagnostik (Erfassung von psychischen Störungen und psychosozialen Kompetenzen), Entwicklungs-, Intelligenz- beziehungsweise Leistungsdiagnostik, Diagnostik körperlicher Bedingungen mittels medizinischer Untersuchungsmethoden und die Diagnostik psychosozialer Bedingungen (Familie, Kindergarten, Schule).

**Die wichtigsten Ziele sind dabei (PETERMANN & KUSCH, 1995):**

- **Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung**  
Durch verständnisvolle Kommunikation, Abbau von Ängsten, ständigem Informationsfluß
- **Transformation vager Klientenbeschwerden in konkrete Fragestellungen**  
Klärung des therapeutischen Auftrags zwischen Wünschen und Bedürfnissen der Eltern (Auftraggeber) und des Kindes unterscheiden.
- **Zuweisung zu einer diagnostischen Kategorie**  
Durch eine detaillierte Informationssammlung ist es möglich eine diagnostische Zuordnung zu treffen, welche die primäre therapeutische Strategie erleichtern soll (*kategoriale Diagnose*).
- **Differenzierte Erfassung des problematischen Verhaltens sowie der psychosozialen Belastungen des Patienten**  
Psychische Auffälligkeiten, kognitive Defizite und Fähigkeiten und psychosoziale Bedingungen müssen auf verschiedenen Ebenen erfasst und in ihrer Häufigkeit, Dauer und Ausprägung beschrieben werden (Verbindung von kategorialen und dimensional Konzepten).
- **Erfassung spezieller Ressourcen und Kompetenzen des Patienten und seines psychosozialen Umfeldes**  
Differenzierte Erfassung der situativen Bedingungen, unter denen das Verhalten auftritt und unter denen es erworben wurde.
- **Erfassung von Störungskonzepten, Therapieerwartungen und Therapiezielen**  
Dieser Schritt stellt den Übergang vom diagnostischen in den therapeutischen Prozess dar und dient als wesentliche Grundlage für eine Motivationsanalyse
- **Selektive Indikationsentscheidungen**  
Dienen der Begründung des therapeutischen Vorgehens
- **Therapiebegleitende Diagnostik**  
Überprüfung der Therapieergebnisse in einer kontinuierlichen Verlaufskontrolle

## 2.3 Anamneseerhebung, Exploration, Interview

Alle genannten Begriffe werden in der Literatur teilweise synonym verwendet, obwohl sich die Anamnese mit der Vorgeschichte, die Exploration mit der aktuellen Situation beschäftigt. Wie in allen klinischen Fächern stellt die Anamnese die Grundlage für das diagnostische und therapeutische Vorgehen dar. Bei diesem Erstkontakt wird der Anlass der Vorstellung geklärt, wichtige Informationen über das aktuelle Verhalten des Kindes gegeben und die Familienanamnese erhoben. Anhand einer wohlüberlegten Gesprächsführung können individuelle und subjektive Probleme des Kindes und der Eltern ermittelt werden. Diese sollte deshalb immer als erstes diagnostisches Verfahren durchgeführt werden. Im Vordergrund stehen dabei die Eigenanamnese des Kindes und die Familienanamnese. Dabei sollten Eltern und Kind auch getrennt voneinander befragt werden, um eine gegenseitige Beeinflussung auszuschließen. Außerdem besteht die Möglichkeit der Fremdanamnese (Befragung von Erziehern/Lehrer), um das Kind in einem anderen sozialen Kontext zu sehen. Davon zu unterscheiden sind hochstrukturierte Interviewverfahren, die festgelegte Fragestellungen beinhalten und keine offenen Antworten zulassen (siehe unten).

Zur Erfassung von kleinkindlichen Verhaltensstörungen durch Interviewverfahren stehen in deutscher Fassung folgende Verfahren zur Verfügung:

- **Das BSQ (Behaviour Screening Questionnaire)**  
(RICHTMAN und GRAHAM, 1971)  
ein standardisiertes Interview für 3 jährige Kinder, in dem den Eltern zu 12 Problembereichen Fragen gestellt und in einer mehrstufigen Skala abgebildet werden.
- **Mannheimer Elterninterview für Kleinkinder**  
(LAUCHT et al., 1992 b)  
Ein standardisiertes Interview, dass aus den oben genannten Instrumenten entwickelt wurde und psychopathologische Symptome des Kleinkindesalters erfasst (z.B. Durch- und Einschlafstörungen, Essstörungen, Daumenlutschen, Trennungsangst, Hyperaktivität u.v.m.).

### **Vor- und Nachteile des Verfahrens/ Gütekriterien:**

Anamnese und Exploration können verschiedene Strukturierungsgrade besitzen, die im Wesentlichen die Objektivität des Verfahrens beeinflussen. Struktur bedeutet dabei, wie



weit im Interview Form, Inhalt, Dauer und evtl. Antwortalternativen festgelegt sind. Je strukturierter das Gespräch geführt wird, desto höher ist seine Objektivität zu bewerten. Auf der anderen Seite bedeutet dies auch eine erhebliche Einschränkung der Freiheitsgrade, was zu einer relativen Inflexibilität des Verfahrens führt. Am häufigsten werden deshalb teilstrukturierte Interviews benutzt, wobei lediglich die Themen festgelegt sind, Formulierung der Fragen jedoch frei gestaltet werden können. Dadurch kann der Untersucher besser auf den Befragten eingehen und außerdem auch Zusatzfragen stellen (TENT, 1968; SOMMER et al., 1976; REVERS & ALLESCH, 1985).

Ein weiterer Aspekt ist die Bildung von Unschärfen, die durch die unterschiedliche Wahrnehmungsselektion, Interpretation und Wiedergabekontrolle des Befragten und durch die Selektionsprozesse des Interviewers (Wahrnehmung, Speicherung, Protokollierung) entsteht. Dadurch erhöht sich die Diskrepanz zwischen dem wahren und dem interpretierten Sachverhalt. Diese Selektionsprozesse sind allerdings durch Video- und Tonbandaufnahmen beeinflussbar, solange diese den Befragten nicht zusätzlich irritieren und die Atmosphäre unnötig anspannen. Außerdem sollte die Wahrnehmungsselektion auf Grund von Vorinformationen vermieden werden. Dies ist durch einen non-direktiven Interviewstil möglich.

Außerdem ist es wichtig Interviewfehler zu vermeiden, zum Beispiel durch Supervision des Interviewers. Dieser muss wichtige technische Regeln beachten. Dazu gehört die Wahl der geeigneten Fragestellung (direkt-indirekt, geschlossen-offen, zirkulär) und vor allem die Vermeidung von Suggestivfragen, da diese erheblich die Neutralität verletzen. Er muss einfache und eindeutige Formulierungen suchen (keine Fachausdrücke!), kurze Sätze verwenden und sich mit eigenen Reflexionen zurückhalten. Eine Untersuchung an der JOHN HOPKINS SCHOOL OF MEDICINE in Baltimore hat gezeigt, dass ein Interviewer, der bestimmte Fähigkeiten beherrscht, die Mitteilungsfreudigkeit der Eltern positiv beeinflussen kann. Auch wenn Themen angesprochen werden, über die Mütter eher ungern Auskunft geben (z.B. familiäre Krisen, körperliche Gewalt, Abhängigkeiten in der Familie). Zu diesen Fähigkeiten zählen: Fragen über psychosoziale Wertvorstellungen, unterstützende und zusichernde Bemerkungen während des Interviews, sowie mitfühlendes und aufmerksames Zuhören (WISSOW et al., 1994).

Die sorgfältige Exploration des Kindes spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Da es sich, wie in der Einleitung erwähnt, in einer meist unfreiwilligen Situation befindet, ist es notwendig, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in der das Kind sich nicht überfordert fühlt. Das spielerische Interview schafft hier Vertrauen und ermöglicht dem Beobachter Aussagen über den Entwicklungsstand, die Persönlichkeit und über das Innenleben des

Kindes. Kombiniert mit Entwicklungstests, Elterninterview und Beobachtungen von Erziehern können die so gewonnenen Eindrücke die Diagnosestellung und Erstellung eines Interventionsplanes erheblich erleichtern (CLOSE N., 1999).

Das Interview muß vor allem dem kognitiven, sprachlichen und psychischen Entwicklungsniveau des Kindes angemessen durchgeführt werden. Als Leitfaden dazu dienen die *Leitlinien für die Elternexploration und der Exploration von Kindern und Jugendlichen* (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995; 1997), die auch in modifizierter Fassung für Eltern von Kleinkindern (0-3 Jahre) vorliegen (AACAP, 1997). Hier werden Fragen zum Vorstellungsanlass und der aktuellen Problematik, zur lebens-geschichtlichen Entwicklung und zu familiären Hintergründen aufgelistet und außerdem formale und praktische Aspekte der Untersuchung erwähnt. Darauf aufbauend wurden auch Leitlinien entwickelt, die sich mit speziellen Störungsbildern befassen (z.B. das *Explorationsschema für Externale Störungen*, EES; (DÖPFNER ET AL., 1998).

Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) des diagnostischen Interviews hängt im Wesentlichen von der Art des Verfahrens ab. Die Retest- Reliabilität ist bei gleichen Untersuchern am höchsten und am niedrigsten bei der Auswertung von subjektiven Daten (Wünsche, Einstellungen u.s.w.) durch verschiedene Interviewer.

## 2.4 Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung dient - im Gegensatz zu retrospektiven Methoden (wie die Anwendung von Fragebögen)- der Erfassung von **aktuellen** Verhaltensweisen. Die Beobachtung findet dabei auf unterschiedlichen Ebenen des diagnostischen Prozesses statt: bei der Exploration des Kindes, in Test- und Spielsituationen und in der gemeinsamen Exploration mit den Eltern. Sie kann verbal oder nonverbal erfolgen.

Es werden **unsystematische** (subjektive Eindrücke) von **systematischen Verfahren** unterschieden. Letztere beinhalten einen gezielten, geplanten und kontrollierten Ablauf, der die Ansprüche eines objektiven und wissenschaftlichen Instruments erfüllt. Sie können mit Interventionen verknüpft werden und dienen so nicht nur der Diagnosefindung, sondern auch der diagnostischen Therapiebegleitung. Sowohl das Spektrum der zu beobachtenden Gegenstände, die Art der Wahrnehmung und Fixierung (Tonband, Video etc.) als auch das Auswertungsschema (**Kategoriensystem**) sind vorher festgelegt. In der Einzelfalldiagnostik kann die Verhaltensbeobachtung jedoch auch unsystematisch ablaufen. Der Beobachter

nimmt passiv, aktiv oder gar nicht am Geschehen teil. Nichtteilnahme bedeutet dabei die Untersuchung in einem Labor per Videoaufnahme.

Die gewonnenen Daten können auf verschiedene Art registriert werden. Die **isomorphe Deskription** beruht auf einer kontinuierlichen Beobachtung (mittels einer Videokamera), die **reduktive Deskription** beschreibt ausgewählte Verhaltensweisen und weist die Beobachtungen bestimmten Categoriesystemen zu. In so genannten **Zeichensystemen** sind bestimmte Beobachtungseinheiten zusammengefasst. Kriterien sind dabei erstens das *Zeitintervall*, zweitens die *Häufigkeit* der beobachteten Verhaltensweise. In **Ratingverfahren** können diese auch in einer Schätzskala eingetragen werden, was allerdings eine gute Schulung des Beobachters voraussetzt.

Beispiele für ein standardisiertes Verfahren zur Verhaltensbeobachtung von Kindern sind:

- **BAV** (Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten)  
(PETERMANN & PETERMANN, 1997)  
Darin wird in 14 Kategorien sozial kompetentes Verhalten beurteilt, mit einer Abstufung von 1= tritt nie auf, bis 5= tritt immer auf.
- **BBK** (Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter)  
(DUHM, E. & ALTHAUS, 1979)  
Ein Beobachtungsfragebogen, der für ErzieherInnen entwickelt wurde und in 78 Items das soziale und emotionale Verhalten des Kindes gegenüber der Gruppe und der Erzieherin beschreibt und außerdem das Spiel-, Sprach- und Arbeitsverhalten beurteilt.

#### **Vor- und Nachteile des Verfahrens/ Gütekriterien:**

Die Verhaltensbeobachtung eignet sich sowohl für Forschung und Reihenuntersuchungen, als auch für die Individualdiagnostik. Sie berücksichtigt ein breites Spektrum von Verhaltensaspekten und bietet außerdem die Chance, auch spontanes Verhalten zu erfassen und diagnostisch zu verwenden. Diese individualistische Beurteilung hat jedoch auch den Nachteil eines unsystematischen Verfahrens und erschwert deshalb den Vergleich zu anderen Methoden. Wenn die Beobachtung in einer untypischen (dafür kontrollierbaren)

Situation, z.B. in der Klinik stattfindet, ist sie nur bedingt auf die natürliche Umgebung des Kindes (zu Hause, Kindergarten etc.) übertragbar.

Die **Objektivität** ist abhängig von der Art des Verfahrens. Bei unstandardisierten Verhaltensbeobachtungen unterliegt die Wertung der Willkür des Beobachters. Bei standardisierten Verfahren, die in Zeichen- und Categoriesystemen registriert werden, liegt eine circa 90%ige Übereinstimmung vor. Dazu trägt eine hohe Auswerterübereinstimmung bei, die durch Schulung der Wahrnehmungsschärfe und Übung der sprachlichen Darstellung gewährleistet wird. Parallelverfahren und Konsistenzanalysen kommen in der Verhaltensbeobachtung nicht zur Anwendung. Auch Retestanalysen sind hier nicht üblich. Die **Reliabilität** lässt sich jedoch gewährleisten, wenn die Beobachtungseinheiten präzise und konkret formuliert werden (BUNGARD, 1980). Eine optimale Zuverlässigkeit wird durch Serien mehrerer Einzelbeobachtungen ermöglicht, die im gleichen zeitlichen Abstand, durch zwei bis vier geschulte Beobachter stattfinden und nur wenige Verhaltensdimensionen beinhalten (HASEMANN, 1983). Von der **Validität** des Inhaltes kann ausgegangen werden, wenn sich die Beobachtungen auf konkretes Verhalten beziehen (CRANACH & FRENZ, 1969).

## 2.5 Projektive Verfahren

Der Begriff der Projektion geht auf Freud zurück und meint die Verlegung einer Eigenschaft, die das Ich bedroht und an der eigenen Person nicht wahrgenommen wird, auf eine Person der Außenwelt. Die Durchführung projektiver Verfahren soll dem Untersucher den Zugang zu unbewussten Emotionen und Bewusstseinsinhalten ermöglichen, in dem er den Patienten mit verschiedenen Reizsituationen konfrontiert und dessen Reaktionen (in Form von Zeichen, Handlungen, Gesten) interpretiert. FRANK (1939) bezeichnet die Projektion als einen Vorgang, „in dem das Subjekt die individuelle Innenwelt als Außenwelt abbildet.“

Die projektiven Verfahren werden in 3 Gruppen eingeteilt:

### Formdeutungsverfahren

**Rorschach-Test**, dessen Prinzip die Deutung symmetrischer, zum Teil farbiger Klecksfiguren ist, die dem Probanden mit der Frage vorgelegt werden, was die jeweilige Figur darstellen könnte. Aus den Antworten versucht man Rückschlüsse auf Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion, Introversion, Aggressivität, vorherrschende Konfliktlage und

Intelligenzhöhe zu ziehen. Dieses Verfahren wird allerdings nicht im Kindesalter angewendet.

### Zeichnerisch und gestalterische Verfahren

- **Familie in Tieren**

(BREM-GRÄSER, 1995)

Der Test ist für Kinder im Alter von 4-5 Jahren bis über die Pubertät hinaus konzipiert und wird als Einzeltest durchgeführt. Das Kind wird aufgefordert, sich die eigene Familie als Tierfamilie vorzustellen. Die Reihenfolge der Zeichnungen wird notiert, jedes Tier bekommt einen Namen und wird einem Familienmitglied zugeordnet.

- **Sceno Test**

(STAABS, 1995)

Bei diesem Verfahren baut das Kind aus einem Baukasten mit standardisiertem Spielmaterial eine Szene auf (ab 3 Jahre). Diese wird danach vom Untersucher protokolliert oder fotografiert und anschließend interpretiert. Es handelt sich hier um einen nicht standardisierten Test. Er ist sowohl in der Persönlichkeitsdiagnostik von Kindern anwendbar als auch als Hilfsmittel für die Exploration oder die Spieltherapie mit Kindern.

- **SWT (Sterne-Wellen Test)**

(AVE-LALLEMENT, 1994)

Der Test kann etwa ab 3 Jahren eingesetzt werden. Der Zeichner soll das Erleben seiner Beziehung zur Welt gestalten: "Landschaft, Welt, Ursymbole der Ferne". Dabei wird die Ausdruckshaltigkeit als individuelle Abweichung vom zugrunde liegenden Standard gedeutet. Einerseits werden die Bewegungsspur, die graphische Gestaltung und die räumliche Anordnung analysiert. Andererseits soll eine inhaltliche Auswertung die Projektionen von Erlebnisgehalten erfassen. Die Autorin deutet die Bilder weitgehend intuitiv, wobei die Subjektivität der Bildinterpretationen sehr augenfällig ist.

- **Der Schwarzfuß-Test (SF-Test)**

(L. CORMAN, 1995)

Dieser Test arbeitet mit der bewährten Anregung durch Bilder zur Projektion unbewusster Tendenzen. Die Projektion auf den Helden gelingt hier besonders gut, weil nur ein Wesen, Schweinchen Schwarzfuß, als Identifikationsfigur angeboten wird nach der neu entwickelten Methode der bevorzugten Identifikation.

### **Verbal-thematische Verfahren**

- **CAT (Kinder-Apperzeptions-Test)**

(BELLAK & BELLACK, 1965)

Für Kinder von 3-10 Jahren, in dem zu verschiedenen Schwarz-weiß Zeichnungen eine Geschichte erzählt werden muss. Die Auswertung erfolgt nach inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten und liefert dem erfahrenen Untersucher wichtige Indikatoren für die jeweiligen Konflikte.

### **Vor- und Nachteile des Verfahrens/ Gütekriterien:**

Projektive Verfahren sind, besonders bei schüchternen und introvertierten Kindern, eine wertvolle Explorationshilfe, die das Gespräch zwischen Therapeut und Kind in Gang bringen kann. Sie verkörpern damit die psychodynamische Diagnostik. Diese Verfahren tragen zudem zur Auflockerung der Atmosphäre bei. Durch die spielerische Art kann das Kind auch Dinge zur Sprache bringen, die ihm vielleicht unangenehm sind und die es sonst nicht ansprechen würde. So können auch Situationen aufgedeckt werden, die das Kind (bewusst oder unterbewusst) beunruhigen und belasten. Das Problem dieser Methode ist aus testtheoretischer Sicht, dass der Anreiz mehrdeutig definiert ist und sich die Reaktionen nicht eindeutig zuordnen lassen. Durch die Vielzahl der Interpretationsmöglichkeiten besteht naturgemäß keine Möglichkeit zur standardisierten Anwendung und Auswertung. Dadurch werden sowohl die Objektivität des Verfahrens, als auch Reliabilität stark eingeschränkt. Dies macht sowohl den Vorteil, als auch den Nachteil des Verfahrens aus.

## **2.6 Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik**

Diese Methoden dienen einer „Bestandsaufnahme“ über den aktuellen Stand der allgemeinen Entwicklung eines Kindes und dessen intellektuelle Fähigkeiten. Dabei geht es -im Gegensatz zu den Fragebogenverfahren- um die Bewertung der maximalen Leistungsfähigkeit, die hier in richtig/falsch oder vorhanden/nicht vorhanden eingeteilt wird. Diese

Verfahren dienen unterschiedlichen Anwendungszwecken. Die Eltern (aber auch Lehrer oder Erzieher) wenden sich an den Kinderarzt oder Psychologen, wenn Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten bereits im Alltag „diagnostiziert“ wurden und nun von einem Fachmann abgeklärt werden sollen. Entwicklungsdiagnostik wird aber auch als Screeningverfahren angewendet, z.B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (Denver-Entwicklungstest, siehe unten) oder bei Reihenuntersuchung zur Feststellung der kindlichen Schulreife. Sie ist auch bei forensischen Fragen von Belang oder wenn überprüft werden soll, ob ein biographisch einschneidendes Erlebnis die „normale“ Entwicklung des Kindes gefährdet hat.

Die Intelligenz- und Leistungsdiagnostik kommt bei Kindern ab 4 Jahren zur Anwendung. Sie dient sowohl der Feststellung von allgemeinen kognitiven Fähigkeiten als auch von speziellen Leistungen (z.B. Sprachentwicklung und schulische Leistungen).

Bei kleineren Kindern steht die Entwicklungsdiagnostik im Vordergrund. Hier sollen Entwicklungsdefizite aufgedeckt und die visuelle Wahrnehmungsfähigkeit, das Sprachniveau und die motorischen und sozialen Fähigkeiten des Kindes beurteilt werden. Die diagnostischen Aussagen beziehen sich dabei auf das aktuelle Entwicklungsniveau, sollen aber auch Hinweise auf den weiteren Entwicklungsverlauf geben. Voraussetzung ist allerdings eine entwicklungsorientierte Diagnostik, die das Alter und Geschlecht des Kindes berücksichtigt und den aktuellen Normen in der Bevölkerung entspricht. Allgemeine Entwicklungstests erfassen dabei die ganze Breite des kindlichen Entwicklungsstandes, spezielle Entwicklungstests dagegen nur einen Aspekt.

Zur **Entwicklungsdiagnostik** stehen dem Pädiater und Kinderpsychiater verschiedene Verfahren zur Verfügung:

- **DET (Denver Entwicklungstest)**

(FLEHMING, I. et al., 1973)

Dieses Verfahren wird als Screeningtest in der allgemeinpädiatrischen Praxis im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen eingesetzt. In 105 Items werden die Entwicklungsbereiche Sprache, Grob- und Feinmotorik und soziale Kontakte überprüft. Der Test wird bei Kindern im Alter von einem Monat bis zu 6 Jahren angewendet und dient der frühzeitigen Entdeckung von Entwicklungsrückständen mit dem Ziel einer Frühförderung. Zur Feindiagnose muss der DET allerdings durch differenziertere Verfahren ergänzt werden. Er besitzt eine hohe Validität und zeigte eine stabile Reliabilität bei der Retestung durch einen anderen Versuchsleiter.

- **MFED (Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik)**

(HELLBRÜGGE et al., 1978)

Das Verfahren ermöglicht eine differenzierte Erfassung des kindlichen Entwicklungsstandes in verschiedenen Funktionsbereichen (1. Lebensjahr: Krabbeln, Sitzen, Laufen, Greifen, Perzeption, Sprechen, Sprachverständnis, Sozialverhalten; 2. und 3. Lebensjahr: Statomotorik, Handmotorik, Wahrnehmungsverarbeitung, Sprechen, Sprachverständnis, Selbstständigkeit, Sozialverhalten). Für die verschiedenen Verhaltensbereiche kann das jeweilige Entwicklungsalter bestimmt werden. Auf die Bestimmung eines globalen Entwicklungsalters oder eines Entwicklungsquotienten wird verzichtet. Die Analyse des Testprofils gibt ebenso Hinweise auf die Ursachen der Retardierung als auch auf die Nutzung der Beobachtungsmöglichkeiten mit standardisiertem Material. Hieraus werden Ansatzpunkte zum Beratungsgespräch mit den Eltern und zur Planung der therapeutischen Vorgehensweise deutlich.

- **ET 6-6 (Entwicklungstest für Kinder im Alter von sechs Monaten bis sechs Jahren)**

(PETERMANN & STEIN, 2000)

Das Instrument bietet im Vergleich zu anderen Verfahren besonders frühzeitig, nämlich bereits bei 6 Monate alten Kindern, die Möglichkeit, den Entwicklungsstand des Kindes zu erfassen. Hierbei können normale Entwicklung, Entwicklungsdefizite und individuelle Stärken in hohem Maße differenziert beschrieben werden. Es werden sechs Entwicklungsbereiche überprüft: Körpermotorik, Handmotorik, kognitive Entwicklung, Sprachentwicklung, Sozialentwicklung und emotionale Entwicklung

Als **Intelligenztest** für das Kleinkindesalter dienen:

- **Stanford-Binet**

(TERMAN & MERRILL, 1957)

Ein aus Einzelaufgaben bestehende Test für Kinder ab 3 Jahren, dessen Normen allerdings veraltet sind.



- **Columbia Mental Maturity Scale**

(In deutscher Bearbeitung von SCHUCK et al., 1975)

Ebenfalls ein Test ab 3 Jahre, der in verschiedenen Versionen für normalbegabte, lernbehinderte und geistig behinderte Kinder vorliegt. Hier werden im Einzelnen Denkfähigkeit, logisch-schlussfolgerndes Denken und Abstraktionsfähigkeit überprüft.

- **K-ABC (Kaufmann-Assessment-Battery for Children)**

(MELCHERS & PREUSS, 1994)

Dieser Test wurde für Kinder von 2 bis 12 Jahren entwickelt. Er wird sowohl für diagnostische, als auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet und überprüft ganzheitliches und einzelheitliches Denken und intellektuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes. Dadurch wird ein breit gefächelter Untersuchungsbereich in der jeweiligen Altersstufe abgedeckt, auch mit einer sprachfreien Skala für Kleinkinder.

- **Snijders-Omen Test**

(deutsche Bearbeitung von TELLEGEN et al.1996)

Ein Test, der ursprünglich für hörgeschädigte Kinder entwickelt wurde und deshalb ein von der Sprache unabhängiges Verfahren darstellt. Er wurde für Kinder von 2 1/2 bis 7 Jahren entwickelt und besteht aus verschiedenen Untertests (Sortieren, Mosaik, Kombination, Kurzzeitgedächtnis).

- **Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter - III (HAWIVA-III)**

(STRATMANN et al., 2000)

Der HAWIVA-III ist ein individuell durchzuführender Intelligenztest für das Vorschulalter und die ersten Jahre des Schulalters. Mit diesem Test können verschiedene Leistungsbereiche in zum Teil neu adaptierten und gefassten Untertests hinsichtlich der intellektuellen Leistungsfähigkeit untersucht werden. Die Aufgaben sind kindgerecht, farbig und attraktiv gestaltet, die Durchführung kann dem Alter der Kinder angemessen strukturiert werden kann.

Der **speziellen Leistungsdiagnostik** dient zum Beispiel:

- **HSET (Heidelberger Sprachentwicklungstest)**

(GRIMM & SCHÖLER, 1991)

Dies ist ein Individualtest für Kinder im Alter von 3 bis 9 Jahren. Durch Spiel- und Bildmaterial werden in einem Zeitraum von etwa 80 min. verstehens- und Sprachleistungen provoziert und in einem Protokollbogen festgehalten. Er stellt ein theoriegeleitetes, reliables und valides Instrument zur differenzieren Deskription des sprachlichen Entwicklungsstandes dar.

### **Vor- und Nachteile des Verfahrens/Gütekriterien:**

Vorausgesetzt, es werden alle Konstruktionsregeln und Anwendungsvorschriften eingehalten, können mit diesen Verfahren Merkmale unter kontrollierten Bedingungen erfasst und miteinander verglichen werden. Ähnlich wie bei den Fragebögen können einzelne Merkmale zueinander in Beziehung gesetzt und das Kind innerhalb seiner Gruppe (in Bezug auf Alter, Geschlecht, sozialer Status, Nationalität etc.) beurteilt werden. Vergleichbar sind diese außerdem mit den Eltern- und Erzieherurteilen.

Problematisch ist die Tatsache, dass Entwicklungstests lediglich eine Momentaufnahme abbilden, jedoch ihrem Anspruch, die Entwicklung des Kindes in einem Zeitkontinuum zu beurteilen, nicht gerecht werden können, wenn man den Begriff Entwicklung als sich ständig veränderten Prozess versteht. Kinder entwickeln sich nicht nach bestimmten Normen, sondern durchleben verschiedene individuelle Phasen. Die entwicklungsdiagnostische Funktion ist also nur in dem Fall gegeben, wenn Mehrfachmessungen durchgeführt werden. Vielen Entwicklungstests muss kritisch unterstellt werden, dass sie die theoretischen Grundlagen des Entwicklungsbegriffs und -verlaufs in der Testkonstruktion nicht beachten. Es stellt sich hier die Frage, ob eine „ungestörte Entwicklung“ des Kindes bedingungslos gleichzusetzen ist mit identischen Entwicklungsverläufen und -geschwindigkeiten in allen Merkmalen.

Validitätsstudien zu Entwicklungstests zeigen, dass nur selten aus der einzelnen Testleistung Prognosekriterien bestimmt werden können. Bessere Ergebnisse zeigen hier lediglich Untersuchungen von Extremgruppen (z.B. geistig Behinderte), wenn man den kognitiven Bereich erfasst.

Abschließend sei bemerkt, dass nicht jede Entwicklung von der individuellen Voraussetzung abhängt, sondern immer auch vom Umfeld beeinflusst wird; von den Eltern, von Freunden und der Kindergartengruppe.

## 2.7 Fragebogenverfahren zur Erfassung von Psychopathologie

Fragebögen und Checklisten dienen der schnellen Erfassung eines breiten Spektrums von Verhaltensauffälligkeiten, die sich aus Faktoren des emotionalen, sozialen und motivationalen Verhaltens zusammensetzen. Diese Faktoren werden von einer Anzahl Items kodiert, die typisch für eine bestimmte Eigenschaft sind. Im Kindesalter werden am häufigsten Skalen verwendet, die aggressives, destruktives und soziales Handeln beschreiben und außerdem körperliche Beschwerden und Schlafprobleme bewerten. Aktivität und Reaktivität des Kindes dienen dabei als Indikatoren für dessen Temperamenteigenschaften. Interessant ist, dass diese bereits schon im 1. Lebensjahr relativ zuverlässig erfasst werden können. Aufgrund der Häufigkeit, in der ein bestimmtes Verhalten auftritt, wird der Grad der Merkmalsausprägung beurteilt. Es wird also im Gegensatz zu den Leistungs- und Intelligenztests keine Wertung im Sinne von falsch oder richtig, gut oder schlecht vorgenommen. Das einzelne Kind nimmt in einer Skala eine relative Position zur Werteverteilung innerhalb einer Normstichprobe ein (persönlicher Test-Score). Seine Beurteilung erfolgt aus verschiedenen Perspektiven. Im Kleinkindes- und Vorschulalter stehen Bögen für Eltern und Erzieher zur Verfügung, Kinder ab 9 Jahren können sich in Selbstbeurteilungsbögen auch selbst einschätzen.

Die von ACHENBACH seit 1991 weiterentwickelte **Child Behaviour Checklist**, (CBCL), ist die international am weitesten verbreitete Methode zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Sie wurde für alle Altersstufen ab 2 Jahre entwickelt und deckt ein breites Spektrum von Verhaltensweisen und Kompetenzen ab, die sowohl von Eltern, als auch von Erziehern (beziehungsweise Lehrern) beurteilt werden. Für ältere Kindern und Jugendliche stehen Bögen zur Verfügung, die sie selbst ausfüllen können. Darauf soll im nächsten Kapitel noch näher eingegangen werden.

Für das Kleinkindes- und Vorschulalter stehen im Moment folgende Verfahren zur Erfassung von Psychopathologie zur Verfügung:

- **BCL** (Behaviour Checklist)  
(RICHMAN, 1977)

Ein aus dem BCQ entstandener Elternfragebogen, der vor allem als Screeninginstrument dient.

- **CBCL 2-3** (Child Behaviour Checklist)  
(ACHENBACH ET AL., 1987)  
Ein Elternfragebogen, der aus der CBCL 4-18 entwickelt wurde und aus 100 Items besteht, die faktorenanalytisch einzelnen Syndromskalen zugeordnet sind. Diese wurden aus klinischen und ambulanten Stichproben ermittelt (siehe auch Methodenteil).
- **VBV 3-6** (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder)  
(DÖPFNER et al., 1993)  
Dieses Instrument erfasst neben den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes auch dessen Kompetenzen und steht sowohl in einer Elternversion als auch für ErzieherInnen zur Verfügung. Die Skalen umfassen sozial-emotionale Kompetenzen, emotionale Auffälligkeiten, oppositionell- aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität, diese wurden an einer Repräsentativstichprobe normiert.
- **BBK** (Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter)  
(DUHM & ALTHAUS, 1979)  
Ein Beobachtungsfragebogen, der für ErzieherInnen entwickelt wurde und in 78 Items das soziale und emotionale Verhalten des Kindes gegenüber der Gruppe und der Erzieherin beschreibt und außerdem das Spiel-, Sprach- und Arbeitsverhalten beurteilt.

#### **Vor -und Nachteile des Verfahrens/Gütekriterien:**

Die Vorteile dieser Methode liegen in der einfachen Anwendbarkeit, der schnellen Auswertung und dem geringen Zeit- und Materialaufwand, was wesentlich zur Erleichterung der Diagnostik beiträgt. Durch die Merkmalsabbildung in Zahlenwerten, ermöglichen Fragebogenverfahren eine Vielzahl von Vergleichsmöglichkeiten. Zum einen die Ausprägungen der Merkmale innerhalb eines Fragebogens, zum anderen die Ausprägung der Verhaltenseigenschaften in Bezug auf andere diagnostische Verfahren. Das Kind kann so auch zu den Verhaltensnormen seiner Altersgruppe in Relation gesetzt werden, in der es einen bestimmten Platz einnimmt. Die Merkmalsausprägung wird also intra- und interindividuell eingeordnet. Außerdem kann diese in Bezug gesetzt werden zu verschiedenen Einflussfaktoren, die beim Ausfüllen eines Fragebogens mit angegeben werden (Alter,

Geschlecht, sozialer Status etc.). Sie sind auch zu jedem späteren Zeitpunkt überprüfbar, was die Betrachtung einer bestimmten Eigenschaft im Laufe der Entwicklung zum Jugendlichen und zum Erwachsenen ermöglicht.

Inhaltlich besteht die Möglichkeit sowohl ein breites Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten zu überprüfen, als auch auf spezifische Störungen (z.B. Essverhalten, Hyperkinetische Störungen) einzugehen. Den Eltern beziehungsweise Erziehern wird dabei die Beurteilung von Auffälligkeiten erleichtert, die im direkten Gespräch lieber unerwähnt bleiben (z.B. Tabuthemen wie Sexualität oder Sauberkeitserziehung). Für den Therapeuten besteht die Möglichkeit –neben der Betrachtung der einzelnen Scores– auch auf einzelne Items einzugehen und diese zu thematisieren. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Beurteilung des Verhaltens subjektiv von den Eltern beziehungsweise den Erziehern vorgenommen wird, allein durch die Einschätzung ob dieses oft, manchmal oder gar nicht auftritt. Es konnte beobachtet werden, dass Mütter dazu neigen, Probleme ihrer Kinder zu überschätzen, während die Väter diese eher unterschätzen (MASH & JOHNSTON, 1983.) Die Beurteilung ist retrospektiv gerichtet, beschreibt also einen Zeitraum der vergangen ist und keinen aktuellen Sachverhalt (wie zum Beispiel ein Entwicklungs- oder Intelligenztest). Außerdem ist dieses Urteil stark von der Kompetenz des Beurteilenden, besonders von dessen Wissen und sprachlichen Fähigkeiten, abhängig.

Obwohl diese Aspekte scheinbar die Objektivität dieser Verfahren einschränken, kann diese sowohl durch die hohe Auswerterobjektivität gewährleistet werden. Besonders in der gemeinsamen Anwendung mit anderen diagnostischen Methoden (Interview, projektive Verfahren, Entwicklungstests, Verhaltensbeobachtung) erweist sich die Fragebogendiagnostik als wertvoll. Sie bietet außerdem einen wichtigen Beitrag zur Planung und begleitenden Beurteilung von Interventionsmethoden. Diese Ansprüche an ein solches Verfahren können nur gestellt werden, wenn bestimmte Aspekte der Fragebogenkonstruktion beachtet werden. (vgl. Kapitel 4 „Gütekriterien von CBCL 1½-5 und C-TRF“). Die Gütekriterien der einzelnen Verfahren sind stark abhängig von der Stichprobe, an der sie normiert wurden. Nur auf der Basis großer Kollektive, die sowohl eine klinische als auch nicht klinische Stichprobe umfassen, als auch in Bezug auf Alters-, Geschlechts- und Sozialstatusverteilung, die einer repräsentativen Stichprobe entsprechen müssen, können Fragebogenverfahren konstruiert und überprüft werden. Um ein reliables und valides Instrument zu konstruieren, müssen die so empirisch gewonnenen Daten faktorenanalytisch aufgearbeitet werden.

Die einzelnen Fragebogenitems müssen inhaltlich valide sein, d.h. typisch für das Merkmal, das sie beschreiben. Die Itemformulierung muss einfach verständlich sein. Fremdwörter und lange Sätze sind dabei ebenso hinderlich, wie Doppelfragen oder doppelte Verneinungen (vgl. Kapitel 4 „Anwendbarkeit von CBCL 1½-5 und C-TRF“).

## 2.8 Zusammenfassung

Sorgsame Verhaltensdiagnostik im Kleinkindes- und Vorschulalter ist aus verschiedenen Gründen notwendig. Sie ermöglicht es zum einen, die von den Eltern oft als unspezifisch beschriebenen „Auffälligkeiten“ aufzudecken und einzuordnen, zum anderen einen Interventionsansatz zu finden und diesen im Verlauf der Therapie zu evaluieren. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, müssen bestimmte Bedingungen an die Methode und den Untersucher gestellt werden. Voraussetzung ist eine entwicklungsorientierte Diagnostik, die persönliche Kriterien wie Alter, Geschlecht und Nationalität berücksichtigt und die kognitiven, sprachlichen und emotionalen Fähigkeiten des einzelnen Kindes beachtet. Dies kann nur durch eine weitgehend objektive Methode gewährleistet werden, die von einem geschulten Untersucher durchgeführt wird. Es werden schrittweise Verfahren eingesetzt, die aktuelle Fähigkeiten und Defizite eines Kindes aufdecken (Interview, Verhaltensbeobachtung, Projektive Verfahren), aber auch retrospektiv dessen Verhalten beschreiben (Fragebogen, Checklisten). Diese sind unterschiedlich hoch strukturiert. Auch Eltern und Erzieher beurteilen die psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen des Kindes. Die Verfahren können durch eine ausführliche Familiendiagnostik und neuropsychologische Untersuchungsmethoden ergänzt werden.

Die Integration dieser Methoden mit Hilfe der Verhaltensanalyse vermittelt dem Untersucher einen Gesamteindruck, der sowohl der Diagnosefindung als auch der Feststellung des Interventionsbedarfes dient.

Im deutschsprachigen Raum stehen für die Diagnostik im Kleinkindes- und Vorschulalter keine umfassenden Verfahren zur Verfügung. Die hier vorliegende Übersetzung der **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** und **C-TRF** soll deshalb diese diagnostische Lücke füllen und ein einfaches aber effektives Instrument zur Abklärung eines breiten Spektrums von Verhaltensauffälligkeiten bieten, dass sowohl dem niedergelassenen Pädiater als auch einer speziellen Institution für verhaltensauffällige Kinder die Möglichkeit gibt, ein Problem zu erkennen und möglicherweise eine rechtzeitige Intervention in die Wege zu leiten.

### **3 ASEBA- Achenbach System of Empirically Based Assessment**

#### **3.1 Einleitung**

Das ASEBA Institut wurde 1983 von T. M. Achenbach gegründet und ist der Universität von Vermont in Burlington, USA angeschlossen. Es beschäftigt Psychologen, Psychiater und Programmierer. Sie erforschen, entwickeln und produzieren diagnostische Verfahren, die in viele Sprachen übersetzt und auf der ganzen Welt vertrieben werden. Sie dienen der klinischen Diagnostik und werden außerdem als Screeningmethoden und Forschungsinstrumente eingesetzt. Direktor dieses Zentrums ist Professor Thomas M. Achenbach, der seit 1980 an der Universität von Vermont tätig ist und sein „Checklisten-System“ ständigen Revisionen und Weiterentwicklungen unterwirft. So ist es ihm in den letzten 20 Jahren gelungen die gesamte Lebensspanne vom Kleinkind bis zum höheren Lebensalter in CBCL Verfahren zu beurteilen. Dadurch hat er ein einzigartiges Diagnosesystem geschaffen, dass in der gesamten Psychologie und Psychiatrie keinen Vergleich findet.

#### **3.2 Die Entstehung der Checklisten**

Grundlage für die Entstehung der Fragebögen war die Erfassung von Fallbeispielen von psychisch kranken Kindern in US-amerikanischen psychiatrischen Kliniken durch HEWITT & JENKINS (1946) und JENKINS & GLICKMANN (1946). Anhand ihrer Erhebungen entstand die erste Generation von Verfahren, die Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter ermitteln konnten. Um einzelne Problemskalen zu bilden, wurden statistischen Analysen und klinische Beurteilungen kombiniert. Daraus entstanden die ersten Skalen: das übermäßig gehemmte Kind, das unsozialisierte aggressive Kind und das sozial rückständige Kind. Die erste Generation von multivarianten Studien wurde also exploratorisch durchgeführt. Sie starteten mit einer Vielzahl von Items, die analysiert wurden, um einzelne Problemgruppen zu ermitteln. Erst mit Hilfe von Computertechnik waren die ersten Faktoren- und Hauptkomponentenanalysen möglich. In den 70er und 80er Jahren konnten in verschiedenen Studien bestimmte Symptomgruppen (=Syndrome)

festgestellt werden, die ziemlich übereinstimmend auftraten (ACHENBACH, 1985, EDELBROCK, 1978; QUAY, 1986).

Durch die Entwicklung der nächsten Generation von Verhaltensfragebögen konnte gezeigt werden, daß die Beurteilung der Eltern nicht die Betrachtung von anderen Beobachtern (Lehrer/Erzieher) ersetzen kann (ACHENBACH, 1987). Es entstanden deshalb für diese Gruppen die **Teacher's Report Form**, TRF (ACHENBACH, 1986) und der **Youth Self-Report**, YSR (ACHENBACH, 1987) zur Selbsteinschätzung des Jugendlichen. Achenbach nennt diese beurteilerübergreifenden Verfahren **Cross-Informant-Syndroms**. Um diese untereinander vergleichbar zu machen, wurden spezielle **Cross-Informant-Scales** entwickelt, die zwar eine unterschiedliche Itemanzahl enthielten, diese jedoch nach streng empirischen Gesichtspunkten die gleichen Syndromskalen abbildeten. Insgesamt beinhalten diese Verfahren von 120 Items jeweils 89 völlig identische und einige spezifische Items. Die Syndrome wurden 1991 von Achenbach revidiert. Durch die Entwicklung alters- und geschlechtsabhängiger Skalen (sogenannte **Core-Syndroms**) in allen drei Verfahren, konstruierte er dabei inhaltlich übereinstimmende Syndrome. Dies konnte er durch separate Faktorenanalysen in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen erreichen, indem er nur jene Items zu einer Skala zusammenfasste, die über Alters- und Geschlechtergruppen hinweg stabile Faktoren bildeten.

1992 entwickelte ACHENBACH die **Child Behaviour Checklist für 2 bis 3 Jährige**, 1997 den **Young Adult Self-Report (YASR)** und die **Young Adult Behaviour Checklist (YABC)** für junge Erwachsene von 18 bis 30 Jahren. Die hier vorgestellten Fragebögen für Verhaltensauffälligkeiten von Klein- und Vorschulkindern zwischen 1 1/2 und 5 Jahren für Eltern und Erzieher sind eine deutsche Übersetzung der 1997 von ACHENBACH entwickelten **CBCL 1 1/2-5** und der **C-TRF**.

Der **CBCL 1 1/2-5** angeschlossen, ist das speziell für Kleinkinder entwickelte **Language Development Survey (LDS; RESCORLA, 1989)**, ein zweiseitiger Fragebogen zur Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Dieser ist insbesondere für Kinder bis 3 Jahre geeignet, da in diesem Alter die verzögerte Sprachentwicklung zu den häufigsten Sorgen der Eltern gehört und deren Diagnose oft schwierig zu stellen ist, besonders wenn die Kinder sehr schüchtern sind oder mit Testformen nicht zurechtkommen. Deshalb wird hier die Aussage der Eltern aufgezeichnet und objektiv mit normierten Daten verglichen. Auf der ersten Seite werden die Geburtsanamnese, sowie häufige Ohrinfektionen und familiäre Sprachprobleme erfragt. Auf der zweiten Seite müssen die Eltern unter 310 Worten, die in der Regel von Kindern als erstes gelernt werden, diejenigen angeben, die ihr Kind spontan spricht. Die



daraus gewonnen individuellen Daten, werden mit einem Normkollektiv verglichen und entsprechend beurteilt.

Neben diesem System der Fragebögen wird von ASEBA auch ein halb-strukturiertes Interviewverfahren (**Semistruktural Clinical Interview for Children and Adolescents**, SCICA; MCCONAUGHY & ACHENBACH, 1994,b) und ein Verhaltensbeobachtungsbogen für Kinder (**Direct Observation Form**, DOF; ACHENBACH 1991,c) angeboten. Der DOF ermöglicht es, das Kind in einer Gruppe (zum Beispiel im Kindergarten) zu beobachten und zu beurteilen.

Alle diese Verfahren wurden inzwischen in 61 Sprachen übersetzt und als Grundlage für 3500 internationale Publikationen verwendet, zu denen jedes Jahr circa 450 hinzukommen. Sie dienen also nicht ausschließlich klinischer Diagnostik, sondern auch als Screeninginstrument und Forschungsmethode. Der genaue Aufbau der **CBCL 1½-5** und **C-TRF**, sowie deren Itemzusammensetzung und Syndromskalen wird in Kapitel 3 näher beschrieben.

### **3.3 Der diagnostische Entscheidungsbaum**

Um die gewonnenen Daten aus den verschiedenen Verfahren zu verwerten und zu beurteilen, hat Achenbach ein System zur Integration aller seiner Methoden entwickelt: den diagnostischen Entscheidungsbaum. Dieser erleichtert den Umgang mit dem Datenmaterial und hilft diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu fällen, in dem er die dominanten Areale aufzeigt, in denen das abweichende/auffallende Verhalten auftritt.

Am Anfang stehen die verschiedenen Datenquellen, aus denen vergleichbare Syndrome hervorgehen, die für die jeweiligen Alters- und Entwicklungsstufe normiert wurden. Diese werden auf ihre klinische Ausprägung überprüft und externalisierenden, internalisierenden und Gesamtauffälligkeiten zugeordnet. Falls eine der Skalen klinisch relevant dominiert, wird diese mit den anderen Datenquellen verglichen.

Durch dieses differentialdiagnostische Verfahren kann ermittelt werden, ob die Verhaltensauffälligkeiten innerhalb eines Syndroms lokalisiert sind oder verstreut in mehreren Syndromen auftaucht. Falls die Ergebnisse der Quellen sich erheblich voneinander unterscheiden, muss außerdem erwogen werden, ob das Verhalten des Kindes in Abhängigkeit eines bestimmten Umfeldes/Kontext auftritt. Dann kann gezielt nach dem Auslöser für dieses unterschiedliche Verhalten oder dem Grund für die unterschiedliche Bewertung gesucht werden.

## Der diagnostische Entscheidungsbaum

(Taxonomic decision tree, ACHENBACH, 1991)

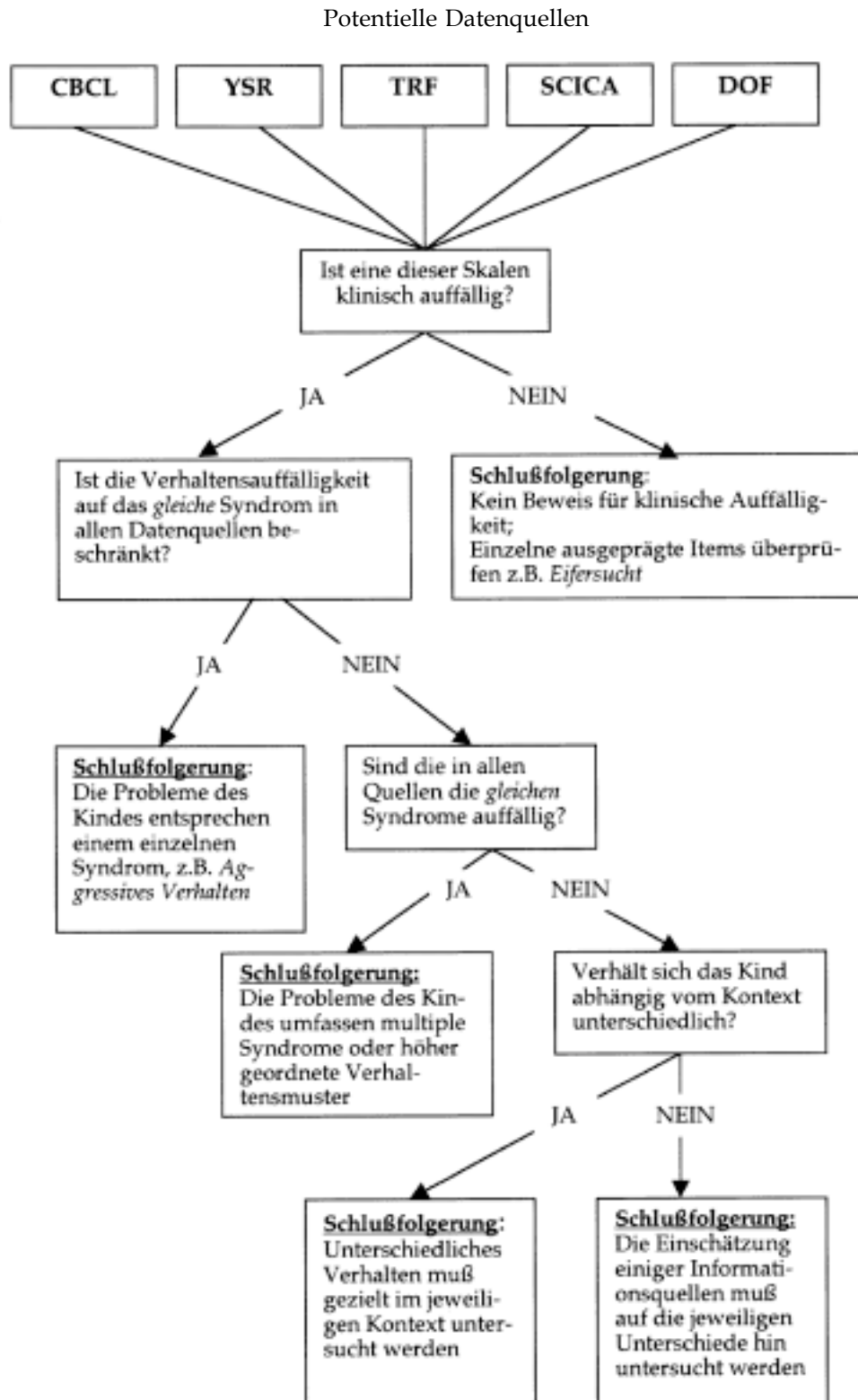


Abbildung Nr.1: Der diagnostische Entscheidungsbaum

### **3.4 Der Aufbau der Fragebögen**

Im Umfang unterscheiden sich die einzelnen Fragebögen erheblich voneinander. Sie bestehen aus einer unterschiedlichen Anzahl von ausformulierten und offenen Items und zusätzlichen Spalten, in denen Kompetenzen und psychische Auffälligkeiten beschrieben werden können, die dem Beurteiler besonders wichtig erscheinen. Bei der Beurteilung wird Wert auf die subjektive Meinung des Ausfüllenden gelegt, äußere Einflüsse sollen möglichst verhindert werden. Darauf wird auch in der Anleitung auf dem Fragebogen explizit hingewiesen.

Es liegen sowohl Fremdbeurteilungsbögen (Eltern, Erzieher oder Lehrer) als auch Bögen zur Selbsteinschätzung vor. Obwohl diese sich in einigen Items und in den einzelnen Syndromskalen voneinander unterscheiden, ist es möglich und sinnvoll, die Ergebnisse der einzelnen Scores miteinander zu vergleichen. (Vgl. Methodenteil).

Alle Verfahren bestehen aus einer bestimmten Anzahl Items in denen emotionale Probleme und Verhaltensweisen beschrieben werden, die typischerweise in der jeweiligen Altersgruppe auftreten. Die Normierungen für diese Werte wurden empirisch in umfangreichen gemischten klinischen und ambulanten Stichproben ermittelt. Mehrere Probleme, die im Zusammenhang auftreten, sind darin zu Syndromskalen zusammengefasst. Durch die Bewertung, ob eine Eigenschaft gar nicht (=0), manchmal (=1) oder oft (=2) auftritt, entstehen die Rohwerte für diese Syndromskalen. Aus diesen werden T-Werte gebildet, die den Vergleich innerhalb der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ermöglichen. Auf diese Weise wird bestimmt, ob das jeweilige Syndrom normal, grenzwertig oder klinisch auffällig ist. Mit Hilfe von Faktorenanalysen zweiter Ordnung werden die einzelnen Syndromskalen externalisierenden und internalisierenden Störungen zugeordnet, um die Ausprägung einer bestimmten Verhaltensauffälligkeit zu beurteilen. Schließlich wird ein Gesamtscore errechnet, in den auch andere Probleme und zusätzlich beschriebene Verhaltensweisen einfließen. Unabhängig von der Gesamtauswertung, besteht für den Untersucher jederzeit die Möglichkeit, Verhaltensweisen, die als häufig angegeben wurden, gezielt anzusprechen oder zusätzlich beschriebene Probleme des Kindes, Sorgen oder Ängste der Eltern/Erzieher zu diskutieren.

### **3.5 Empirisch ermittelte Syndromskalen versus DSM IV-Kategorien**

In einer aktuellen Studie des ASEBA Institutes (Achenbach & Dumenci, 2000) wurden die amerikanischen Diagnosekategorien für psychische Krankheiten DSM-IV mit

den Items der **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5** und der **C-TRF** verglichen. Die Absicht dieser Untersuchung war es, zu überprüfen, in wie weit das diagnostische Urteil von Psychiatern und Psychologen zu einer Übereinstimmung von DSM-IV Kategorien und Fragebogen-Items führen würde. Schon frühere Studien zeigten signifikante Beziehungen zwischen den formalen DSM Diagnosesystem und den empirisch gewonnenen Syndromskalen (z.B. Edelbrock & Costello, 1988; Velhulst, Kasius et al., 1997). Trotzdem unterscheiden sich natürlich die spezifischen DSM Diagnose von den Fragebogenskalen. Außerdem hängen die Übereinstimmungen beider Systeme sowohl von der Ausbildung und fachlichen Orientierung des Diagnostikers, als auch vom Alter der Kinder, der verschiedenen Datenquellen und anderen Einflußfaktoren ab. Für diese Studie wurden deshalb Fachleute ausgewählt, die selbst schon emotionale Störungen und Verhaltensprobleme von Kindern untersucht hatten.

Die Gruppe bestand aus 16 Psychologen und Psychiatern aus 10 Nationen. Die 116 Item aus beiden Verfahren (bei insgesamt 82 übereinstimmenden Items) wurden aufgelistet und von den Fachleuten eingestuft. Lediglich jene Items, die von mindestens 10 der Psychologen als sehr konsistent eingestuft worden waren (63%), wurden DSM Kategorien zugeordnet. Daraus ließen sich folgende Skalen konstruieren: Affektive Probleme, Angstzustände, Umschriebene Entwicklungsstörungen (**PDD**), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (**ADHD**) und Störungen des Sozialverhaltens (**ODD**) (siehe Tabelle Nr.1)

Diese DSM IV orientierten Skalen sind allerdings nicht mit Diagnosen gleichzusetzen. Um DSM- Diagnosen zu stellen, sollte der Untersucher die entsprechenden DSM Kriterien der jeweiligen Syndrome beachten, vor allem deren Beginn, Dauer und Ausprägung. Andere Störungen müssen vorher ausgeschlossen werden.

Durch Vergleiche und Kombination von empirisch ermittelten Syndromskalen und den DSM IV orientierten Skalen eröffnet sich für den Untersucher eine weitere Möglichkeit, initiale Diagnosen zu stellen, die richtige Therapie zu finden und deren Wirksamkeit zu evaluieren. Auf der anderen Seite erleichtert diese Vorgehensweise die Durchführung von epidemiologischen Studien, genetischer Forschung, interkulturellen Vergleichsstudien und Bestimmung von psychopathologischen Korrelaten.

**Tabelle Nr.1: DSM IV Kategorien und die zugewiesenen Fragebogen- Items (verkürzt)**

Affektive Probleme	Angstzustände	PDD	ADHD	ODD
13. Weint viel	10. Klammert	3. Angst Neues auszuprobieren	5. Kann sich nicht konzentrieren	15. Trotzig
43. Grundlos traurig	32. Fürchtet sich	4. Vermeidet Blickkontakt	6. Kann nicht stillsitzen/ ist unruhig	20. Gehorcht nicht
50. Immer müde	37. Traurig bei Trennung	7. Hält es nicht aus, wenn Dinge woanders sind	8. Kann nicht warten	44. Ist verärgert
71. Zu wenig Interesse	47. Nervös	21. Verwirrt durch Veränderungen	16. Wünsche müssen sofort erfüllt werden	81. Ist störrisch und reizbar
89. Zu wenig Aktivität	87. Ängstlich	23. Antwortet nicht	36. Lässt sich in alles hineinziehen	85. Hat Wutausbrüche
90. Unglücklich	99. Macht sich Sorgen	25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus	59. Wechselt schnell die Beschäftigung	88. Macht nicht mit
		63. Schaukelt mit dem Kopf oder dem Körper		
<b>Nur bei CBCL</b>		67. Reagiert nicht auf Zärtlichkeit	<b>Nur bei C-TRF</b>	
24. Isst nicht gut	22. Will nicht allein schlafen	70. Zeigt wenig Zuneigung	19. Hat Tagträume	22. Ist gemein zu anderen
38. Schläft nicht gut	28. Will die Wohnung nicht verlassen	76. Sprachprobleme	24. Schwierigkeiten mit Anweisungen	
49. Isst zuviel	48. Hat Alpträume	80. Eigenartiges Verhalten	28. Stört andere	
74. Schläft zuwenig	51. Hat panische Angst ohne Grund	92. Lässt sich von Neuem aus der Fassung bringen	48. Erledigt aufgetragene Aufgaben nicht	

## 4 Methode

### 4.1 Der Fragebogen

Die **Child Behaviour Checklist** (Achenbach 1991) ist in der internationalen Forschung der am häufigsten eingesetzte Fragebogen zur Erfassung der Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen. Die unterschiedlichen Verfahren wurden inzwischen in 61 Sprachen übersetzt und als Grundlage für 3500 internationale Publikationen verwendet, zu denen jedes Jahr circa 450 hinzukommen.

Die Checkliste liegt in verschiedenen Fassungen vor, die von der ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST ins Deutsche übersetzt wurden:

- Als **Elternfragebogen für Kleinkinder von 2 bis 3 Jahren** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 1993a, 1998a) eine Übersetzung der Child Behavior Checklist (CBCL/2-3, Achenbach, 1992)
- Als **Elternfragebogen für Kinder und Jugendliche von 4 bis 18 Jahren** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 1993a, 1998a) eine Übersetzung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18, Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach 1991a),
- Als **Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 1993 b ; Döpfner, Lehmkühl & Berner, 1994 a) eine deutsche Fassung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF, Achenbach, 1991 b)
- Als **Selbstbeurteilungsfragebogen** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 1993c, 1998b; Döpfner, Lehmkühl & Berner, 1994a) eine deutsche Übersetzung des Youth Self- Report (YSR/11-18, Achenbach, 1991c)
- Als **Fragebogen für junge Erwachsene** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 1998 d) als deutsche Fassung des Young Adult Self-Report (YASR/18-30, Achenbach 1997)

- Als **Elternfragebogen über das Verhalten junger Erwachsener** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 1998c) als Übersetzung der Young Adult Behavior Checklist (YABCL/18-30, ACHENBACH, 1997)
- Als **Fragebogen für Erwachsene** (ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, 2001), als Übersetzung der Adult Self Report (ASR/30-59, ACHENBACH, 2000)
- Als **Fragebogen für Ältere Menschen** (bisher noch nicht übersetzt)

Der hier beschriebene **Elternfragebogen (CBCL 1<sup>1/2</sup>-5)** und der **Erzieherfragebogen (C-TRF) über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern** sind die ersten deutschen Fassungen der von Achenbach 1997 modifizierten **CBCL/2-3** (ACHENBACH, 1992), die von der ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 1993 bereits übersetzt wurde. Beide Verfahren dienen der Erfassung von Kompetenzen und psychischen Auffälligkeiten und emotionalen Auffälligkeiten von Klein- und Vorschulkindern im Alter von 1 <sup>1/2</sup> bis 5 Jahren.

## 4.2 Die Items

In 99 Items werden Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben. Das Item 100 a-c dient der Bewertung von Eigenschaften, die zusätzlich auffallen. Beide Bögen bieten außerdem Raum, um Krankheiten oder Behinderungen des Kindes näher zu beschreiben und Verhaltensweisen zu erwähnen, die Anlass zu besonderer Sorge oder Freude sind. Diese zusätzlichen Bemerkungen fließen allerdings nicht in die Auswertung ein. In einigen Items werden die Eltern bzw. die Erzieher gebeten, das entsprechende Verhalten genauer zu beschreiben, um zu vermeiden, dass Items missverstanden und deshalb fehlerhaft beurteilt werden. Probleme, die dem Beurteiler besonders wichtig erscheinen, können unterstrichen werden. Dadurch besteht eine zusätzliche Möglichkeit, diese Problemstellungen im Einzelnen anzusprechen und zu diskutieren.

Da die Kinder sich in diesem jungen Alter rasch verändern, soll der Beurteilungszeitraum nur die letzten 2 Monate umfassen. Die Beurteilung erfolgt anhand einer dreistufigen Skala von 0= nicht zutreffend, 1= manchmal zutreffend bis 3= genau

oder häufig zutreffend. Zur Beantwortung der Fragen werden etwa 10 bis 15 Minuten benötigt.

Die Fragebögen unterscheiden sich sowohl in der Reihenfolge als auch im Inhalt einiger Items voneinander, das Layout wurde weit gehend gleich gestaltet. 82 Items sind identisch, 17 Items sind spezifisch für jeden Bogen. Es ist somit möglich, beide Bögen zu vergleichen, wenn diese von Eltern und Erziehern desselben Kindes bearbeitet wurden.

### 4.3 Die Syndromskalen

Die Skalen der **CBCL 1½-5** und **C-TRF** basieren auf einem Rating von 1.728 Kindern und sind normiert aus einer amerikanischen Stichprobe von 700 Kindern. Die Itemzusammenstellung der einzelnen Syndromskalen erfolgte nicht nach psychopathologischen Gesichtspunkten, sondern streng empirisch. Durch die Methode der Faktorenanalyse wurde ermittelt, durch welche Items die verschiedenen Syndrome am besten reflektiert werden. Einige Items tragen deshalb in mehreren Syndromskalen zur Wertung bei. Dass die Syndromskalen in allen Fragebogenverfahren von Achenbach weit gehend gleich sind, hat den Vorteil, dass die einzelnen Verfahren untereinander vergleichbar sind. Deshalb dienen sie sowohl Querschnittsuntersuchungen (Vergleich verschiedener Beurteiler), als auch Längsschnittstudien (Beobachtung eines Verhaltens über eine weitere Lebensspanne). Obwohl die Syndromskalen in den unterschiedlichen Verfahren gleich bleiben, ändern sich die Anzahl und Zusammensetzung der einzelnen Items.

Die Psychopathologie der Klein- und Vorschulkinder wurde durch folgende Syndromskalen dargestellt: **Ängstlich/Depressiv, Emotional-Reaktiv, Somatische Probleme, Sozialer Rückzug, Aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme** und **andere Probleme**. Die Skala **Schlafprobleme** wird nur im **CBCL 1½-5** beschrieben. Wie bereits erwähnt, besteht jede Skala aus einer unterschiedlichen Itemanzahl. Die Syndromskala "Angst" umfasst zum Beispiel im **CBCL 1½-5** 8 Items, die Syndromskala "Aggressives Verhalten" 19 Items. (siehe Tabelle).

Alle Skalen sind aufgrund von Faktorenanalysen zweiter Ordnung zu drei Gruppen zusammengefasst: die **Externalisierenden Störungen, Internalisierenden Störungen** und die **Anderen Störungen**, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zugeordnet werden können. Schließlich wird aus allen Werten ein **Gesamtscore** ermittelt.



### 4.3.1 Die Syndromskalen des Elternfragebogens (CBCL 1<sup>1/2</sup>-5)

Die Gruppe der **Internalisierenden Störungen** setzt sich aus vier Skalen zusammen. Ein Kind mit hoher Ausprägung auf der Skala **Ängstlich/Depressiv** kann sich nur schwer von den Eltern trennen und ist zu abhängig von ihnen. Es ist oft grundlos traurig und müde, leicht verlegen und verlangt viel Aufmerksamkeit. Emotional-Reaktive Kinder leiden unter nervösen Zuckungen, sind schnell eingeschnappt, quengeln, machen sich Sorgen und lassen sich durch neue Personen oder Abläufe aus der Fassung bringen. Die Skala **Somatische Probleme** setzt sich aus Items zusammen die verschiedene körperliche Beschwerden –Schmerzzustände, Erbrechen, Übelkeit, Essens- und Verdauungsprobleme, aber auch den Hang zu übertriebener Ordentlichkeit beschreiben. Die Skala **Sozialer Rückzug** beschreibt Kinder, die verschlossen sind, nicht auf Zärtlichkeit reagieren, wenig Aktivität und Interesse zeigen, nicht mit anderen Kindern auskommen und sich oft wie kleine Erwachsene verhalten.

Die Gruppe der **Externalisierenden Störungen** setzt sich aus zwei Skalen zusammen. **Aggressives Verhalten** beschreibt Kinder, die trotzig und ungeduldig sind, nicht gehorchen, schnell eifersüchtig werden, oft in Raufereien verwickelt sind, nicht mit anderen teilen wollen, oft schreien und quengeln, Wutausbrüche haben und sich durch Bestrafung nicht in ihrem Verhalten ändern. Kinder, die Items im Bereich **Aufmerksamkeitsprobleme** erfüllen, haben Konzentrationsschwierigkeiten, können nicht still sitzen, sind ungeschickt, wechseln schnell von einer Beschäftigung zur nächsten und laufen häufig weg.

Außerdem werden 7 Items zu **Schlafproblemen** (z.B. Albträume, Schlaflosigkeit, Reden im Schlaf) zusammengenommen, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zugeordnet sind. Diese gehen, wie die restlichen 33 Items der Skala **Andere Probleme** ebenfalls in den 102 Items umfassenden Gesamtauffälligkeitswert ein.

### 4.3.2 Die Syndromskalen des Erzieherfragebogens (C-TRF)

Der Erzieherfragebogen (C-TRF) beinhaltet einen ausführlicheren Eingangsteil, in dem die Erzieherin zum einen beschreibt in welcher Tätigkeit und wie lange sie in der jeweiligen Einrichtung arbeitet, zum anderen wie gut und wie lange sie das zu beurteilende Kind bereits kennt. Außerdem wird erfragt, ob das Kind bereits eine spezielle Förderung erhalten hat. Die Bezeichnung C-TRF basiert auf der amerikanischen Originalversion: Caregiver-

Teacher Report Form. Dieser Name wurde wegen der besseren Vergleichbarkeit in die deutsche Version übernommen, obwohl Kinder in Deutschland frühestens im 6. Lebensjahr eingeschult werden, da ein Vorschulsystem - im amerikanischen Sinne - hier nicht besteht.

Der **C-TRF** beinhaltet die gleichen Syndromskalen wie der **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5**, jedoch mit teilweise abweichender Itemzahl (siehe Tabelle Nr.2). Die Skala „Schlafprobleme“ wird nicht abgebildet.

**Tabelle Nr.2** Unterschiede in den Syndromskalen von **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5** und **C-TRF**

Skalen	Anzahl der Items	
	CBCL 1 <sup>1/2</sup> -5	C-TRF
<b>Internalisierend:</b>	<b>36</b>	<b>32</b>
-Ängstlich/Depressiv	8	8
-Sozialer Rückzug	8	10
-Körperliche Beschwerden	11	7
-Emotional Reaktiv	9	7
<b>Externalisierend:</b>	<b>24</b>	<b>34</b>
-Aufmerksamkeitsprobleme	5	9
-Aggressives Verhalten	19	25
Andere Probleme	33	34
Schlafprobleme	7	
<b>Insgesamt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabelle Nr.3: Syndromskalen und Itemzuordnung der CBCL 1<sup>1/2</sup>-5**

I. Emotional- Reaktiv	II. Ängstlich- Depressiv	III. Körperliche Beschwerden	IV. Sozialer Rückzug	V. Schlaf- probleme	VI. Aufmerksam- keitsprobleme	VII. Aggressives Verhalten
21. Lässt sich durcheinander bringen 46. Hat nervöse Zuckungen  51. Zeigt panische Angst 79. Rasche Wechsel Traurigkeit- Freude 82. Plötzliche Stimmungswechsel 83. Schmolzt viel, ist eingeschnappt 92. Ist durcheinander durch neue Situationen/Menschen 97. Quengelt  99. Sorgt sich zuviel	10. Klammert  33. Gefühle sind leicht zu verletzen  37. Traurig bei Trennung 43. Sieht traurig aus  47. Nervös  68. Ist befangen oder verlegen 87. Sehr ängstlich  90. Ist unglücklich oder traurig	1. Häufig Schmerzen  7. Kann nicht ertragen, wenn Dinge woanders sind 12. Verstopfung  19. Durchfall  24. Isst nicht gut  39. Kopfweg  45. Übelkeit  52. Schmerzen bei der Verdauung 78. Bauchschmerzen 86. Zu sehr auf Ordentlichkeit bedacht 93. Erbrechen	2. Verhält sich zu jung für sein Alter  4. Vermeidet Blickkontakt   23. Antwortet nicht  62. Spielt keine lebhaften Spiele 67. Keine Reaktion auf Zuneigung 70. Zeigt wenig Zuneigung 71. Zeigt wenig Interesse  98. Ist verschlossen	22. Schläft nicht alleine  38. Einschlafschwierigkeiten   48. Alpträume  64. Weigert sich ins Bett zu gehen 74. Schläft zu wenig  84. Spricht/Schreit im Schlaf 94. Wacht oft auf	5. Kann sich nicht konzentrieren 6. Kann nicht still sitzen   56. Unbeholfene Körperbewegung 59. Wechselt die Beschäftigung 95. Lläuft weg	8. Kann nicht warten  15. Ist trotzig   18. Zerstört Dinge anderer 20. Gehorcht nicht  27. Kein Schuldgefühl 29. Schnell frustriert  35. Rauft häufig  40. Schlägt andere  42. Verletzt sich oft 44. Ärgerliche Launen  58. Bestrafung ändert nichts 66. Schreit viel 69. Denkt nur an sich 81. Störrisch /reizbar 85. Wutausbrüche

**Tabelle Nr.4: Syndromskalen und Itemzuordnung der C-TRF**

I. Emotional- Reaktiv	II. Ängstlich- Depressiv	III. Körperliche Beschwerden	IV. Sozialer Rückzug	V. Aufmerksam- keitsprobleme	VI. Aggressives Verhalten
21. Lässt sich durch- einander bringen 46. Hat nervöse Zu- ckungen  82. Plötzliche Stim- mungswechsel 83. Schmollt viel, ist eingeschnappt 92. Ist durcheinander durch neue Situatio- nen/Menschen 97. Quengelt  99. Sorgt sich zuviel	10. Klammert  33. Gefühle sind leicht zu verletzen  37. Traurig bei Trennung 43. Sieht traurig aus  47. Nervös  68. Ist befangen oder verlegen 87. Sehr ängstlich  90. Ist unglücklich oder traurig	1. Häufig Schmerzen  7. Kann nicht aushal- ten, wenn Dinge woanders sind 39. Kopfweh 45. Übelkeit  78. Bauchschmerzen  86. Zu sehr auf Or- dentlichkeit bedacht 93. Erbrechen	2. Verhält sich zu jung für sein Alter 4. Vermeidet Blick- kontakt  12. Wirkt teilnahms- los 19. Tagträume  23. Antwortet nicht  62. Spielt keine leb- haften Spiele 67. Keine Reaktion auf Zuneigung 70. Zeigt wenig Zu- neigung 71. Zeigt wenig Inte- resse 98. Ist verschlossen	5. Kann sich nicht konzentrieren 6. Kann nicht still sitzen  24. Folgt Anweisun- gen nicht 48. Erledigt keine Aufgaben 51. Ist immer müde  56. Unbeholfene Körperbewegung 59. Wechselt die Be- schäftigung 64. Ist unaufmerk- sam 95. Läuft weg	8. Kann nicht warten 42. Verletzt sich oft  14. Quält Tiere 44. Ärgerliche Lau- nen  15. Ist trotzig 53. Greift andere an  16. Wünsche müssen sofort erfüllt werden 58. Bestrafung ändert nichts 17. Zerstört seine Sa- chen 66. Schreit viel  18. Zerstört Dinge anderer 69. Denkt nur an sich  20. Gehorcht nicht 74. Ist nicht beliebt  22. Gemein zu ande- ren 81. Störrisch und reizbar 27. Kein Schuldgefühl 84. Hänzelt andere  28. Stört andere 85. Wutausbrüche  29. Schnell frustriert 88. Unkooperativ  35. Rauft häufig 96. Verlangt viel Aufmerksamkeit  40. Schlägt andere

**Tabelle Nr.5: Die Skala „Andere Probleme“ in CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 und C-TRF:**

CBCL 1 <sup>1/2</sup> -5	
3. Hat Angst , Neues auszuprobieren	54. Bohr in der Nase, zupft oder kratzt an Körperstellen
9. Kaut auf nicht essbaren Sachen herum	55. Spielt zuviel an seinen Geschlechtsteilen
11. Verlangt ständig Hilfe	57. Hat Augenprobleme
13. Weint viel	60. Hat Hautprobleme
14. Ist roh zu Tieren oder quält sie	61. Weigert sich zu essen
17. Zerstört seine eigenen Sachen	63. Schaukelt wiederholt mit dem Kopf/ Körper
25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus	65. Weigert sich bei der Sauberkeits-erziehung
26. Kann sich nicht kindgerecht freuen	72. Zeigt zu wenig Angst vor Verletzungen
28. Will die Wohnung nicht verlassen	73. Ist schüchtern
30. Ist eifersüchtig	75. Spielt oder schmiert mit Kot
31. Isst Dinge, die nicht zum Essen geeignet sind	76. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen
32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren/Situationen/Plätzen	77. Starrt ins Leere
34. Neigt zu Unfällen	80. Verhält sich eigenartig
36. Lässt sich in alles hineinziehen	89. Zeigt zu wenig Aktivität
41. Hält den Atem an	91. Ist ungewöhnlich laut
49. Isst zuviel	100. Andere Probleme
50. Ist immer müde	

C-TRF	
3. Hat Angst Neues auszuprobieren	55. Spielt zuviel an seinen Geschlechtsteilen
9. Kaut auf nicht essbaren Sachen herum	57. Hat Augenprobleme
11. Verlangt ständig Hilfe	60. Hat Hautprobleme
13. Weint viel	61. Weigert sich zu essen
25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus	63. Schaukelt wiederholt mit dem Kopf/ Körper
26. Kann sich nicht kindgerecht freuen	65. Lügt oder schwindelt
30. Ist eifersüchtig	72. Zeigt zu wenig Angst vor Verletzungen
31. Isst Dinge, die nicht zum Essen geeignet sind	73. Ist schüchtern
32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren/Situationen/Plätzen	75. Ist überaktiv
34. Neigt zu Unfällen	76. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen
36. Lässt sich in alles hineinziehen	77. Starrt ins Leere
38. Zeigt plötzliche Ausbrüche und unvorhersehbares Verhalten	80. Verhält sich eigenartig
41. Hält den Atem an	89. Zeigt zu wenig Aktivität
49. Fürchtet sich vor dem Kindergarten	91. Ist ungewöhnlich laut
50. Ist immer müde	94. Sieht ungepflegt aus
52. Wird von anderen Kindern gehänselt	100. Andere Probleme
54. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt an Körperstellen	

## 4.4 Die Stichprobe

### 4.4.1 CBCL 1½-5: Die Feldstichprobe

Um ein möglichst repräsentatives Spektrum zu erfassen, wurden die Bögen in verschiedenen Einrichtungen und Gebieten verteilt. Die Feldstichprobe enthält 84 Elternbeurteilungen aus einer Frankfurter Kinderarztpraxis, die dort im Rahmen der U-Untersuchungen durchgeführt wurden. Außerdem wurden 71 Bögen in Kindergärten und 10 Bögen in Kinderkrippen ausgefüllt, wobei Einrichtungen in Frankfurt (Großstadt), Heidelberg (mittelgroße Stadt) und Dreieich/ Landkreis Offenbach (Kleinstadt) gewählt wurden. 10 Bögen wiederum entstammen dem Bekanntenkreis. Jeder Fragebogen war mit einem Brief an die Eltern versehen, in dem das Anliegen der Arbeit erklärt und auf die Anonymität der Untersuchung hingewiesen wurde. Der Kinderarzt und die Leiterinnen der einzelnen Kindergärten wurden persönlich über Sinn und Zweck der Arbeit informiert und aufgefordert, die Bögen an möglichst viele Eltern zu verteilen ohne im Vorfeld eine Selektion vorzunehmen. Unter diesem Aspekt gelang es, eine ausreichende Stichprobe aus verschiedenen Bevölkerungsschichten und unterschiedlichen Regionen zu erhalten. Auch in dieser Stichprobe sind vermutlich Kinder enthalten, die unter verschiedenen psychopathologischen Störungen leiden, die allerdings nicht aus diesem Grunde beim Kinderarzt vorgestellt wurden (sondern auf Grund einer regulären U-Untersuchung). Auch in den Kindergärten befindet sich ein gemischtes Kollektiv von Kindern, die sich sowohl unauffällig präsentieren, als auch von Kindern, bei denen auffälliges Verhalten besteht, oder sogar schon diagnostiziert wurde und behandelt wird. Die Gesamtheit dieser verschiedenen Kinder beinhaltet die Feldstichprobe, die dadurch ein normales gemischtes Kollektiv darstellt.

Insgesamt waren in der Feldstichprobe Beurteilungen von 89 Mädchen (50,6%) und 87 Jungen (49%) im durchschnittlichen Alter von 3,6 Jahren (SD 1,2) enthalten. Es findet sich also eine ausgewogene Geschlechterrelation. Ausgefüllt wurden die Bögen in 85% von den Müttern, in 14% von den Vätern und in 1% von anderen Personen (Großmutter).

In 89% der Fälle, wurden auf dem Bogen Angaben zum Beruf von Vater und/oder Mutter gemacht. Anhand dieser Angaben konnte eine Einteilung in soziale Schichten vorgenommen werden, die es grob ermöglichte, die Herkunft der Kinder zu beurteilen.

Diese Verteilung der sozialen Schichtung wird am Ende dieses Kapitels erläutert und mit der Schichtung des Klinikkollektives verglichen.

Auf die verschiedenen Probleme, die den Rücklauf der Elternbögen bestimmte, wird im Kapitel Ergebnisse/ „Anwendbarkeit des Fragebogens“ noch näher eingegangen.

#### 4.4.2 CBCL 1½-5: Die Klinikstichprobe

Das Klinikkollektiv beinhaltet insgesamt 71 Kinder, die bereits wegen Verhaltensauffälligkeiten in einer Einrichtung vorgestellt worden waren. Davon sind 49 Kinder aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie/München (Heckscher Klinik, Fr. Dr. med. Noterdaeme), die dort überwiegend wegen Sprachentwicklungsverzögerungen und autistischer Störungen betreut werden. 10 Bögen entstammen der Sprechstunde einer niedergelassenen Kinderpsychiaterin in Frankfurt, die dort Kinder mit einem breiten Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten behandelt. Weitere 7 Kinder wurden von Eltern beurteilt, die sich in der Eltern-Kleinkind Beratung des Institutes für medizinische Psychologie der Uniklinik Frankfurt vorgestellt hatten und 5 Kinder aus der sozialpädiatrischen Ambulanz des Offenbacher Stadtkrankenhauses (Dr. med. Bienefeld). Eine Stichprobe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik, Frankfurt war nicht zu gewinnen, da Kinder in diesem jungen Alter vorwiegend von niedergelassenen Kinderpsychiatern oder Sozialambulanzen betreut werden und nur in Ausnahmefällen die Intervention einer Klinik notwendig ist.

Insgesamt wurden in der Klinikstichprobe 54 Jungen (76,4%) und 17 Mädchen (23,6%) beurteilt, im durchschnittlichen Alter von 4 Jahren (SD 1,0). Die Geschlechterverteilung spiegelt die für kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahme typische Häufung von Jungen wieder. Auf den Fragebögen des Klinikkollektives wurden in 78 % Angaben zum Beruf von Mutter und/oder Vater gemacht, durch die eine Einteilung in soziale Schichten möglich war (siehe Tab.7)

#### 4.4.3 Die Stichprobe des C-TRF

Insgesamt wurden in 6 verschiedenen Kindergärten und -krippen 176 **Erzieherfragebögen (C-TRF)** ausgefüllt. Davon waren 89 Jungen (50,6%) und 87 Mädchen (49,4%) im durchschnittlichen Alter von 3,6 Jahren (SD 1,2). Die Leiterinnen der verschiedenen

Einrichtungen wurden ausführlich über die Thematik des Fragebogens und die Untersuchung informiert und gaben diese Informationen an die Kindergärtnerinnen weiter, die schließlich die einzelnen Beurteilungen vornahmen. Wie die Verteilung der Stichprobe zeigt, wurden die Kinder in ausgewogenem Geschlechterverhältnis ausgewählt, das Alter entsprach genau dem der Elternbewertungen der Feldstichprobe.

Für 62 dieser Erzieherfragebögen aus den Kindergärten und -krippen wurden für die gleichen Kinder analog Elternbewertungen ausgefüllt, um eine Beurteilung aus unterschiedlicher Perspektive zu erhalten. So konnten auch wichtige Informationen über das Kind, die von den Erzieherinnen nicht angegeben worden waren (Alter, Beruf der Eltern, etc.), übernommen und berücksichtigt werden. Insgesamt wurden auf 68% der ausgefüllten Bögen Angaben über den Beruf der Eltern gemacht, durch die eine Einteilung in soziale Schichten möglich war (siehe Tab.Nr.7).

Auch über die Probleme, welche die Erzieher in Bezug auf das Ausfüllen des Fragebogens beklagten, wird im einzelnen im Kapitel Ergebnisse des Bogens näher eingegangen.

**Tabelle Nr.6:** Stichprobenbeschreibung

	CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5			C-TRF
	Feld Stichprobe	Klinische Stichprobe	Gesamt	
<b>N</b>	175	71	246*	176*
<b>Geschlecht:</b>				
-männlich	86	54	140	89
-weiblich	89	17	106	87
<b>Alter:</b>				
-MW (Jahre)	3,6	4	3,7	3,6
2 Jahre	47	9	56	48
3 Jahre	20	12	32	34
4 Jahre	55	55	76	41
5 Jahre	53	29	82	53

\*(Davon 62 Eltern-Erzieherbeurteilungen von gleichen Kindern)



#### 4.4.4 Soziale Schichtung der Stichprobe

Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurden die Bögen, die eine Berufsangabe der Eltern enthielten drei großen Schichtgruppen zugeteilt. Diese Aufteilung erfolgte nach Anlehnung an KLEINING & MOORE (1967). Bei dieser groben Verteilung entsprechen der Unterschicht: Arbeiter, Handwerker und einfache Angestellte. Zur Mittelschicht zählen mittlere Angestellte oder Beamte, selbstständige Handwerker und Inhaber kleiner Geschäfte. Die Oberschicht beinhaltet leitende Angestellte und Beamte, freie Berufe und Inhaber größerer Geschäfte.

Aus der Wertung herausgenommen wurden Studenten, Schüler und alle Bögen in denen kein Beruf angegeben war. Für diese Gruppe wurde die Ziffer 9 eingetragen (=keine Angabe).

**Tabelle Nr.7: Soziale Schichtung (absolut)**

	CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5		C-TRF
	Klinische Stichprobe n=71	Feldstichprobe n=175	n=176
1= Unterschicht	12	45	43
2= Mittelschicht	32	81	59
3= Oberschicht	11	29	17
9= keine Angabe	16	20	57

Wenn man nur die Bögen, die eine Berufsangaben enthielten, wertet ergibt sich für die soziale Schichtverteilung folgende relative Aufteilung (in %):

**Tabelle Nr.8: Soziale Schichtung (relativ)**

	CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5		C-TRF
	Klinische Stichprobe n=55 (78%)	Feldstichprobe n=155 (89%)	n=119 (68%)
1= Unterschicht	22%	29%	36%
2= Mittelschicht	58%	52%	50%
3= Oberschicht	20%	19%	14%

Es zeigt sich also eine der deutschen Gesamtbevölkerung entsprechende Verteilung der sozialen Schichten, in der die Hälfte der Mittelschicht angehören und insgesamt mehr Menschen die Unterschicht, als die Oberschicht repräsentieren. Feldstichprobe und Klinische Stichprobe der **CBCL 1½-5** sind in der Relation fast gleich, im **C-TRF** ist diese zugunsten der Unterschicht verschoben. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass bei einem relativ hohen Ausländeranteil in den Frankfurter Kindergärten, welche die größte Gruppe der Unterschicht vertreten, die Kinder wegen sprachlicher Probleme oft nicht von den Eltern beurteilt werden konnten, dies aber durch die Erzieher stattfand.

## 4.5 Statistische Auswertung

Das Ziel der Untersuchung war zum einen die Überprüfung der Anwendbarkeit der übersetzten Version des amerikanischen **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5** und **C-TRF** in einer deutschen Stichprobe, zum anderen die Berechnung und Darstellung der psychometrischen Gütekriterien. Rückschlüsse auf die Anwendbarkeit basieren auf der Bewertung des Fragebogens, bezüglich allgemeiner Regeln zur Testkonstruktion und Itemformulierung. Nach LIENERT & RAATZ (1994) sollten Items leicht verständlich, kurz und direkt formuliert sein. Fremdwörter und lange Sätze sind ebenso hinderlich, wie Doppelfragen oder doppelte Verneinungen.

Die Berechnung der Testkriterien und die Auswertung des statistischen Datenmaterials erfolgten an einem Macintosh Computer mit Hilfe der Programme SPSS 10.0 und EXCEL.

Als Maß für die Reliabilität der einzelnen Skalen wurden die internen Konsistenzen (nach Cronbach's Alpha) berechnet. So konnten sowohl die Messgenauigkeit der einzelnen CBCL- als auch DSM IV Skalen ermittelt und diese mit den Reliabilitäten der amerikanischen Originalstichprobe verglichen werden. Interne Konsistenzen können ab einem Wert von .70 akzeptiert werden.

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte zunächst durch Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen aus den ermittelten Rohwerten in den einzelnen Syndromskalen und Totalscores. Danach folgte die Berechnung der einzelnen Signifikanzen durch Varianzanalyse. Dabei wird von einem signifikanten Testresultat gesprochen, wenn der errechnete  $p$ -Wert kleiner als 0.01 bis 0.05 ist. In Diagrammen und Tabellen wurden zum einen die errechneten Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzen der **CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5** dargestellt und dann verglichen, auch unter Berücksichtigung der amerikanischen Originalstichprobe. Ebenso wurde mit den errechneten Mittelwerten, Standardabweichungen und Signifikanzen der **C-TRF** Skalen verfahren. Um die Diagramme übersichtlicher zu gestalten, wurde auf die Darstellung der Totalscores verzichtet, diese sind jedoch den jeweiligen Tabellen zu entnehmen.

Die Bögen der Klinikstichprobe –die Angaben zum Vorstellungsgrund in der jeweiligen Institution enthielten- wurden 4 großen für das Kleinkindesalter relevanten

Diagnosegruppen zugeteilt und mit den Mittelwerten und Standardabweichungen der Feldstichprobe und der amerikanischen Originalstichprobe verglichen. Sowohl diese Gegenüberstellung, als auch die anschließende Varianztestung wurde für die 7 Syndromskalen der **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5**, und die DSM IV angelehnten Skalen vorgenommen.

Außerdem wurden die Effektstärken nach COHEN (1988) zwischen den Mittelwerten der deutschen und amerikanischen Stichprobe (für Feld- und Klinikstichprobe der **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5**, als auch der Gesamtstichprobe der **C-TRF**) berechnet. Dabei wird eine Effektstärke von 0,2 bis 0,5 als geringer Effekt, ein Wert von >0,5 als starker Effekt interpretiert.

Von den 62 Kindern, deren Beurteilung jeweils von Eltern **und** Erzieher vorlag (**Cross Informants**), wurde die Korrelation nach Pearson berechnet und dargestellt.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Anwendbarkeit

Insgesamt zeigten sowohl **CBCL 1½-5** als auch **C-TRF** eine zufrieden stellende Anwendbarkeit, was durch das genaue und vollständige Ausfüllen der Bögen durch Eltern und Erzieher bewiesen wurde. Bögen auf denen die Rückseite vergessen oder über 8 Items nicht angekreuzt worden waren ("Missings") konnten nicht in die Wertung einbezogen werden, die Zahl blieb allerdings unter 5%. Ebenfalls aus der Gesamtwertung wurden einige ErzieherInnenbewertungen genommen, die durchweg für mehrere Kinder einen Totalscore von 0 ergaben und somit nicht als realistisch eingeschätzt werden konnten. Auf die Gründe für dieses Problem wird noch näher eingegangen.

Die Akzeptanz der Eltern, den Fragebogen auszufüllen variierte stark mit dem "Setting" in dem die Beurteilung stattfinden sollte. Problemlos verlief dies in der Kinderarztpraxis, wo die Eltern während der "U-Untersuchungen" Zeit bekamen, die Kinder zu bewerten. Anders als in den Kindergärten, in denen die Bögen mit einer Erklärung der Studie herausgegeben wurden und von den Eltern zu Hause bearbeitet wurden. Insgesamt schien die Bearbeitungszeit des Bogens mit 10 bis 15 Minuten als durchaus akzeptabel und ausreichend.

Die häufigsten Beurteilungsschwierigkeiten für die **CBCL 1½-5** lagen zum einen in der Angst der Eltern, ihr Kind als „unnormal“ zu bewerten, zum anderen bestanden in dieser Gruppe oft erhebliche Sprachprobleme. Vor allem in den Kindergärten und -krippen mit hohem Ausländeranteil war deshalb der Rücklauf der Elternfragebögen sehr gering.

Sehr viel kritischer als die Eltern, betrachteten die ErzieherInnen das Ausfüllen der Fragebögen. Trotz des großen Interesses einiger Kindergarten- und KrippenleiterInnen, gestaltete sich bei dieser Gruppe der Rücklauf am schwierigsten (weniger als 50%). Die häufigsten genannten Gründe dafür waren:

- Zeitmangel
- Personalmangel
- Arbeitsüberlastung
- Skepsis in Bezug auf Datenschutz
- Angst vor Stigmatisierung einzelner Kinder
- Sorge, Kinder nicht richtig beurteilen zu können

- Ablehnung von Seiten der Eltern
- Ablehnung spezieller Items, am häufigsten wurden genannt Nr.55“spielt an seinen Geschlechtsteilen“ und Nr.14“ist roh zu Tieren“

Insgesamt erwiesen sich die übersichtliche Gestaltung und die einfach und kurz formulierten Items als hilfreich, den Bogen so präzise wie möglich auszufüllen. Neben der Alters- und Geschlechtsangabe wurden sogar in 85 % der Elternfragebögen Berufsangaben gemacht. Die Eltern nutzten zum einen die Möglichkeit einzelne Itembewertungen näher zu beschreiben (z.B.Nr.31:" Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen/Trinken geeignet sind), fügten allerdings in vielen Fällen auch unter Nr.100 a-c zusätzliche Items ein, die im Bogen nicht erwähnt werden. Vor allem der offene Teil am Ende der Fragebögen wurde häufig genutzt, um Probleme zu beschreiben, die den Eltern Anlass zu besonderer Sorge geben, aber auch um Eigenschaften des Kindes zu erwähnen, die besonders positiv zu bewerten sind. In manchen Bögen wurden auch einzelne Items unterstrichen, um die Dringlichkeit dieses einzelnen Problems hervorzuheben. Dies hat besondere Bedeutung für den Testdurchführenden, da dieser so in der Lage ist, nicht nur die Totalscores und einzelnen Syndromscores zu bewerten, sondern auch spezielle Sorgen anzusprechen, die in einer Gesamtwertung nicht erfasst würden. Dadurch können neben einem breiten Spektrum der häufigsten Verhaltensauffälligkeiten auch die individuellen Probleme aufgespürt und besprochen werden.

Insgesamt zeigte sich, dass die Kriterien der Testkonstruktion erfüllt sind und die Umsetzung in die deutsche Version zu keinerlei Anpassungsschwierigkeiten in der Durchführbarkeit führt. Der Bogen ist so klar und einfach gestaltet, dass Personen unabhängig von Herkunft, Sozialstatus und Intelligenzniveau in der Lage sind, eine Beurteilung vorzunehmen.

## 5.2 Objektivität

Objektivität wird als der Grad verstanden, in dem die Ergebnisse eines Tests oder einer Untersuchung unabhängig von der Untersuchungsperson ist. Fragebogenverfahren sind allgemein in einem hohen Maße objektiv, da die Auswertungsvorgaben streng vorgegeben sind und keine subjektiven Einflüsse des Untersuchers zulassen.

Die Auswertung von **CBCL 1½-5** und **C-TRF** kann sowohl durch eine Handauswertung, als auch durch ein Computerprogramm erfolgen. Die Berechnung der Scores ist somit als objektiv anzusehen. Trotzdem muss berücksichtigt werden, dass einige Items individuelle Erklärungen der Eltern, beziehungsweise Erzieherinnen, vorsehen, (z.B. Item 92: Lässt sich durch unbekannte Menschen oder Situationen aus der Fassung bringen; bitte beschreiben...). Anhand dieser Erklärungen, obliegt es natürlich der Interpretation des Untersuchers, inwiefern die Elternbeurteilung zu verwerten ist. Das heißt, ob es sich in diesem Falle wirklich um ein auffälliges Verhalten handelt oder nicht.

Zum anderen sind dem Fragebogen Textfelder angeschlossen, in denen die Eltern, beziehungsweise Erzieherinnen, Krankheiten des Kindes näher erläutern oder beschreiben können welches Verhalten des Kindes Grund zur Sorge oder besonderer Freude darstellt. Es kommt durchaus vor, dass diese Aussagen den Itembewertungen widersprechen oder diese in einem anderen Licht erscheinen lassen. Diese zusätzlichen Informationen in die Gesamtbewertung einfließen zu lassen oder nicht, ist abhängig von der subjektiven Interpretation des Untersuchers. Auf der anderen Seite bietet sich so auch die Möglichkeit, diese Probleme unabhängig von der Auswertung anzusprechen.

Auch das Item Nr.100, in dem vorher nicht erwähntes Problemverhalten und die Häufigkeit des Auftretens von den Eltern, beziehungsweise Erzieherinnen, beschrieben wird, muss in die Bewertung eingehen. Die Anweisungen des Auswertungshandbuches schreiben hier vor, dass jeweils nur ein zusätzliches Item in die Bewertung einfließen kann. Ob dieses tatsächlich psychopathologisches Verhalten beschreibt, muss der Untersucher entscheiden. Zum Beispiel kann die Angabe „das Kind isst zu viele Süßigkeiten“ nicht als Problemverhalten gewertet werden, da die meisten Kinder diesen Alters gerne Süßigkeiten essen. Diese Tatsache kann zwar der körperlichen Gesundheit des Kindes schaden, führt jedoch nicht zu höherer psychopathologischer Auffälligkeit innerhalb einer Normstichprobe.

### **5.3 Reliabilität**

Die Reliabilität beschreibt die Genauigkeit, mit der ein Test eine Merkmalsdimension erfasst, und zwar unter der Vernachlässigung des Umstandes, ob es sich dabei auch um die Merkmalsdimension handelt, deren Erfassung intendiert ist (AMELANG & ZIELINSKI, 1994). Ein Messinstrument gilt dann als reliabel, wenn es die mehrheitliche wahre Varianz im Verhältnis zur Gesamtvarianz reflektiert.

Um die Reliabilität der **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** zu überprüfen wurden die internen Konsistenzen der einzelnen Syndromskalen berechnet. Diese werden durch *Cronbach's Alpha* repräsentiert, welches den Durchschnitt der Korrelationen zwischen allen möglichen Itemkombinationen widerspiegelt, welche die Hälfte einer Skala beinhalten. Die Syndrome mit wenigen Items erscheinen dadurch weniger stabil, als solche mit vielen Items. Alpha ist deshalb für kurze Skalen (z.B. "Aufmerksamkeitsprobleme") niedriger als für lange Skalen (z.B. "Aggressives Verhalten"). Um von einer reliablen Skala sprechen zu können, muss der Wert mindestens .70 betragen. Je genauer ein Item mit der Skala korreliert, desto näher kommt das Alpha einem Wert von 1. Dieser würde einer perfekt reliablen Skala entsprechen.

**Tabelle Nr.9: Reliabilität der CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5**

CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 Skalen	Itemanzahl	Cronbach's Alpha	Alpha der amerikanischen Stichprobe
-Emotional Reaktiv	9	.71	.73
-Ängstlich/Depressiv	8	.67	.66
-Körperliche Beschwerden	11	.61	.80
-Sozialer Rückzug	8	.75	.75
-Schlafprobleme	7	.73	.78
-Aufmerksamkeitsprobleme	5	.67	.68
-Aggressives Verhalten	19	.88	.92

Die einzelnen Syndromskalen des **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** zeigen zumeist zufrieden stellende interne Konsistenzen. Erwartungsgemäß bietet die Skala mit der größten Itemgesamtheit "Aggressives Verhalten" (insgesamt 19) eine gute Reliabilität von .88, vergleichbar der amerikanischen Stichprobe von .92.

Die Skalen „Schlafprobleme“, „Emotional Reaktiv“ und „Sozialer Rückzug“ zeigen befriedigende Reliabilitäten zwischen .71 und .78 und unterliegen dabei nur knapp der amerikanischen Stichprobe.

Die interne Konsistenz der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ ist mit einem Alpha von .67 eingeschränkt zu bewerten, ähnelt jedoch der amerikanischen Stichprobe (.68). Dies liegt vor allem an der niedrigen Itemanzahl (insgesamt 5). Durch Elimination des Items 56 „Körperbewegungen sind unbeholfen oder schwerfällig“ (Item-Gesamtwert Korrelation von .04) könnte jedoch auch diese Skala ein Alpha von .72 erreichen.



Das auffallend niedrige Alpha der Skala „Körperliche Beschwerden“ (.61) erklärt sich aus der besonderen Heterogenität dieser Gruppe, die sowohl allgemeines Unwohlsein (Item 1), als auch spezielle Symptome wie Augenbeschwerden (Item 57) oder Hautausschläge (Item 60) beinhaltet. Die amerikanische Stichprobe zeigt hier eine auffallend hohe Konsistenz von .80.

Auch die **DSM IV** angelehnten Skalen der **CBCL 1 1/2-5** zeigen mehrheitlich eine zufrieden stellende Reliabilität. Die höchste interne Konsistenz enthält die Skala „Störungen des Sozialverhaltens“ mit einem Alpha von .88 (amerikanische Stichprobe .86), trotz einer doch eher geringen Itemanzahl von 6.

**Tabelle Nr.10: Reliabilität der DSM IV orientierte Skalen von CBCL 1<sup>1/2</sup>-5**

DSM IV orientierte Skalen	Itemanzahl	Cronbach's Alpha	Alpha der amerikanischen Stichprobe
-Affektive Probleme	10	.63	.63
-Angstzustände	10	.69	.63
-Umschriebene Entwicklungsstörungen (PDD)	13	.76	.80
-Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD)	6	.76	.78
-Störungen des Sozialverhaltens (ODD)	6	.88	.86

Die Skalen „Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD)“ und „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ sind mit einem Alpha von .76 befriedigend konsistent und unterliegen nur knapp der amerikanischen Stichprobe.

Die "Störungen des Sozialverhaltens" stellen hier die Skala mit der höchsten Konsistenz, trotz einer geringen Itemanzahl von 6.

Die Reliabilität der Skalen „Angstzustände“ (.69) und „Affektive Probleme“ (.63) sind ähnlich den Werten der amerikanischen Stichprobe eingeschränkt zu bewerten. Letztere könnte jedoch durch Elimination des Items 49 "Isst zuviel" (Itemgesamtwertkorrelation von .04) auf einen Wert von .65 angehoben werden. Möglicherweise wird diesem Item in der amerikanischen Normierung ein höherer Stellenwert zugeschrieben, als dies in der deutschen Stichprobe der Fall ist.

Die internen Konsistenzen des **C-TRF** wurden nach dem gleichen Verfahren berechnet. Hier zeigt sich, dass vor allem die Skalen, deren Items von den Erzieherinnen am stärksten und häufigsten gewertet wurden und eine hohe Anzahl Items beinhalten, die höchste Reliabilität aufweisen. Die Skalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Sozialer Rückzug“ sind mit Werten von .83 und .84 zufrieden stellend und vergleichbar mit der amerikanischen Stichprobe. Auch die Skala „Ängstlich/Depressiv“ erreicht einen akzeptablen Wert (.77), ähnlich der amerikanischen Stichprobe (.76). Diese Skalen weisen damit sogar eine höhere interne Konsistenz auf, als bei **CBCL 1½-5**.

Dagegen zeigen die Skalen „Körperliche Beschwerden“, sowie „Emotional Reaktiv“ ein Alpha unter .60 und sollten somit nur eingeschränkt eingesetzt werden. Dieses Ergebnis lässt sich auch durch Elimination einzelner Items (wie bei **CBCL 1½-5**) nicht verbessern. Die Problematik, körperliche Beschwerden von Kindern als homogenes Syndrom zu werten, ist sicherlich für die Erzieherinnen nicht leichter gewesen, als dies bei den Elternbewertungen der Fall war. Diese Gruppe von Items weist, bei insgesamt geringer Itemanzahl, eine zu große Heterogenität auf, so dass hier kein besseres Ergebnis zu erwarten war. Die amerikanische Stichprobe weist bei dieser Skala ebenfalls ein unbefriedigendes Alpha von .52 auf.

Die schlechte Reliabilität der Skala „Emotional Reaktiv“ lässt sich lediglich durch die geringe Anzahl von Items erklären. Im Vergleich zu **CBCL 1½-5** (.70) und der amerikanischen Stichprobe (.71) ist ein Alpha von .57 eher unbefriedigend.

**Tabelle Nr.11: Reliabilität der C-TRF Skalen**

C-TRF Skalen	Itemanzahl	Cronbach's Alpha	Alpha der amerikanischen Stichprobe
-Emotional Reaktiv	7	.57	.71
-Ängstlich/Depressiv	8	.77	.76
-Körperliche Beschwerden	7	.45	.52
-Sozialer Rückzug	10	.83	.83
-Aufmerksamkeitsprobleme	9	.84	.89
-Aggressives Verhalten	25	.90	.96

Bis auf wenige Ausnahmen zeigen die Reliabilitätsanalysen von **CBCL 1½-5**, sowie **C-TRF** der hier vorliegenden deutschen Version zufrieden stellende interne Konsistenzen, die vergleichbare Werte mit der amerikanischen Originalstichprobe aufweisen. Lediglich die

Skalen „Emotional Reaktiv“ und „Körperliche Beschwerden“ können nicht als reliabel akzeptiert werden und sollten deshalb mit Vorsicht in die Gesamtwertung einfließen.

## 5.4 Validität

Im alltagssprachlichen Gebrauch bedeutet **Validität** Wahrheit, Stärke, Richtigkeit, Erklärungskraft, Zusammenhang, Vertrauens- und Glaubwürdigkeit einer Aussage bzw. eines Befundes. Validität kennzeichnet in der empirischen Forschung eine Methode, die den Anspruch erhebt, das zu messen, was sie zu messen vorgibt oder anders ausgedrückt: Validität bezeichnet die Eigenschaft eines Tests, das zu messen, was er auch messen soll.

Im Falle des **CBCL 1½-5** und **C-TRF** stellt sich zunächst einmal die Frage nach der **Inhaltsvalidität** (=externe Validität), sind also diese Verfahren zur Überprüfung von Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkindalter geeignet, zwischen einer normalen Feldstichprobe und einer Stichprobe von klinisch auffälligen Kindern zu unterscheiden? Ist zum Beispiel ein Kind mit einem hohen Wert der Skala „Aggressives Verhalten“ auch wirklich ein aggressives Kind? Zur Entwicklung eines validen Instrumentes wurden deshalb für die amerikanische Originalausgabe nur die Items zugelassen, die dieser Maßgabe entsprachen. Dazu wurden große Stichproben von klinisch unauffälligen und auffälligen Kindern erhoben und interpretiert. Die vorliegenden Ergebnisse der deutschen Stichprobe zeigen, dass die amerikanischen Vorgaben auch hierfür erfüllt werden. In der anschließenden Darstellung der ermittelten Daten, zeichnet sich, -bei relativ kleinem N der Klinikstichprobe- ein signifikanter Unterschied zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Kindern ab, die Ergebnisse der Totalscores spiegelten zudem den Vorstellungsgrund bzw. die dem Kind zugewiesene Diagnose wieder, so dass die deutsche Übersetzung der amerikanischen Version des **CBCL 1½-5** und **C-TRF** als inhaltlich valides Instrument gelten kann.

Die **kriteriumsbezogene Validität** (=interne Validität) besteht, wenn die einzelnen Syndromskalen von Items abgebildet werden, die sowohl der ASEBA zugeordneten Skala, als auch einer von Fachleuten erhobenen Skala entsprechen. Wenn also die Items die zum Beispiel die Skala „Aggressives Verhalten“ kodieren, auch tatsächlich zu einer Beschreibung dieses Verhaltens zutreffen. Die gewonnenen Daten zeigen, wie deutlich die Skalen des **CBCL 1½-5** und der DSM IV orientierten Skalen (die ausschließlich auf dem Urteil von Experten beruhen, wie im Kapitel 3 beschrieben) auch in der deutschen Stichprobe zum einen zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Kindern diskriminieren, zum anderen sogar signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen zeigen. Da die Stichprobe in

Bezug auf Geschlecht, Alter und sozialer Herkunft der Kinder als weitgehend normal verteilt angesehen werden kann, bestätigt sich somit die kriteriumsbezogene Validität des Verfahrens.

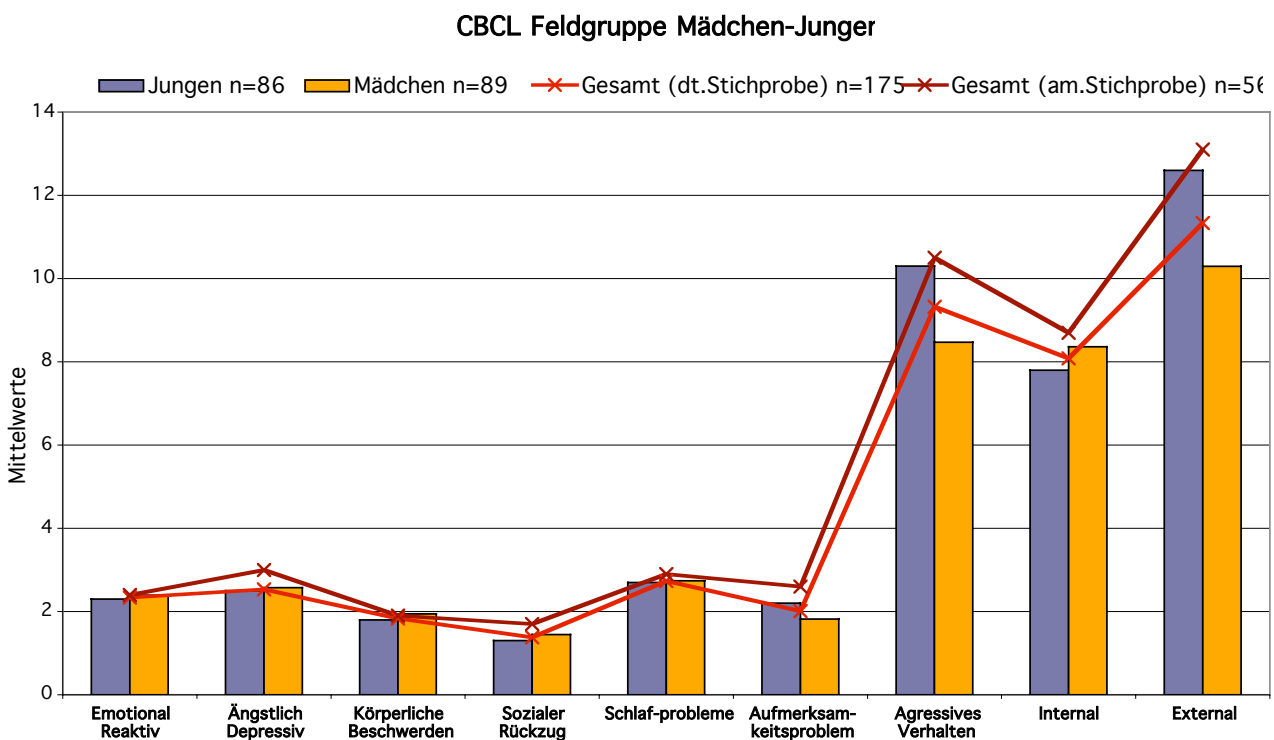
Das theoretisch und methodisch anspruchvollste und umstrittenste Verfahren der Validierung für Fragebogenverfahren ist die **Konstrukt-Validierung**. Sie vermittelt den Grad der Übereinstimmung einer zu messenden Hypothese (=Konstrukt) und des tatsächlich ermittelten Ergebnisses einer Fragebogenuntersuchung. Im Gegensatz zu externer und interner Validität, ist es nicht möglich dieses Konstrukt, das auf Assoziationen und Erfahrungen des Fragebogenkonstruktors beruht, messtechnisch zu erfassen. Cronbach & Meehl haben schon in den 50er Jahren darauf hingewiesen, dass sich aus den mit dem Konstrukt verknüpften Umschreibungen vorhersagbare Relationen ableiten lassen, deren empirische Prüfung dann als Konstrukt-Validierung zu verstehen wäre. Konstrukt-Validierung ist somit ein sehr sensibles und subjektives Verfahren. Es dient allerdings in hohem Maße dazu, die einzelnen Hypothesen zu überdenken und mit anderen bestehenden diagnostischen Konzepten zu vergleichen. Die Konstruktvalidität der amerikanischen Originalversion von **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** und **C-TRF** wurde bereits in zahlreichen internationalen Studien bewiesen (in „*The Bibliography of Published Studies Using ASEBA Instruments*“ BERUBE & ACHENBACH, 2000).

### 5.4.1 Feldstichprobe

Die Feldstichprobe umfasst 175 Elternbeurteilungen von Kindern aus einer Kinderarztpraxis, verschiedenen Kindergärten und -krippen, davon 86 Jungen und 89 Mädchen. Das Durchschnittsalter liegt in dieser Gruppe bei 3,7 Jahren (SD 1,2 Jahre).

Die Darstellung der Geschlechterrelation zeigt insgesamt auffälligere Werte für die Jungen (Unterschied des Totalscores von 2,2 Punkten), was besonders deutlich in der Skala „Aggressives Verhalten“ zum Ausdruck kommt. Hier liegt der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen bei 1,8 Punkten. Diese Differenz bildet sich einschließlich der etwas höher bewerteten „Aufmerksamkeitsprobleme“ der Jungen auf der Externalen Skala ab. Gleichzeitig sieht man eine schwache Ausprägung auf den internalen Skalen der Mädchen.

**Abbildung Nr.2: CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 Geschlechterbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe**



Diese Verteilung bildet das erwartungsgemäß auffälligere Verhalten der Jungen in einer Feldstichgruppe dieser Altersstufe ab. Signifikante Unterschiede ergeben sich über alle Skalen betrachtet, bei einem  $p = .404$  (bei hoher Standardabweichung), nicht. Lediglich für die Skalen „Aggressives Verhalten“ und „Externales Verhalten“ besteht bei  $p < 0,05$  ein signifikanter Unterschied. Im Vergleich mit der amerikanischen Feldstichgruppe (nonreferred  $n=563$ ) zeigen sich weit gehende Übereinstimmungen der Mittelwerte und Standardabweichungen.

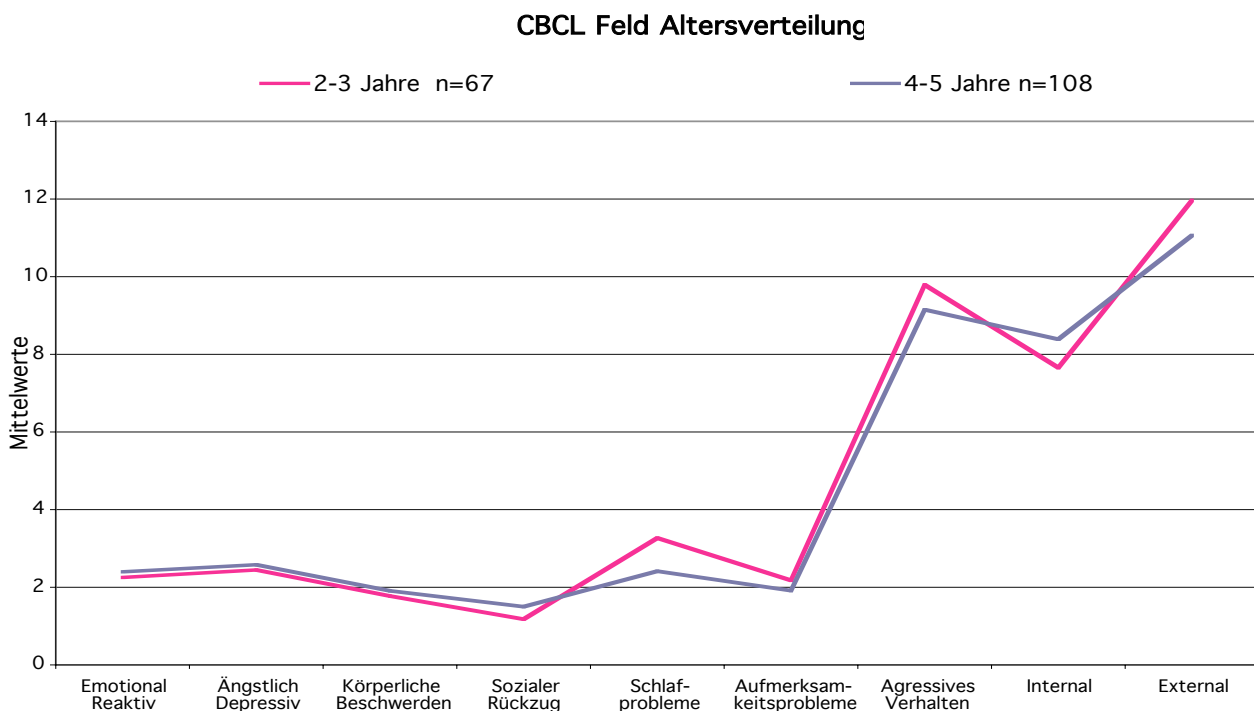
**Tabelle Nr.12: CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 Geschlechtsbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe**

CBCL Feld		Emot	Ängst	Körp	Soz	Schlaf	Auf	Agress	Int	Ext	TOTAL
<b>Gesamt (dt)</b>	<b>MW</b>	2,3	2,5	1,8	1,4	2,7	2,0	9,3	8,1	11,3	29,2
n=175	SD	2,0	2,0	2,1	1,3	2,5	1,8	5,5	5,7	6,6	16,9
<b>Jungen</b>	<b>MW</b>	2,3	2,5	1,8	1,3	2,7	2,2	10,3*	7,8	12,6*	30,5
n=86	SD	2,1	2,2	2,2	1,3	2,3	1,8	5,6	6,2	6,8	17,8
<b>Mädchen</b>	<b>MW</b>	2,4	2,6	1,9	1,4	2,7	1,8	8,5	8,4	10,3	28,3
n=89	SD	2,1	2,2	2,2	1,3	2,3	1,8	5,6	6,2	6,8	17,8
<b>Gesamt (am)</b>	<b>MW</b>	2,4	3	1,9	1,7	2,9	2,6	10,5	8,7	13,1	33,4
n=563	SD	2,2	2,3	1,9	1,7	2,4	1,9	6,4	6,3	7,8	18,8
<b>Effekt<sup>1</sup></b>	<b>ES</b>	0,04	0,23	0,05	0,2	0,04	0,32	0,2	0,01	0,17	0,24

<sup>1</sup>Effektstärke (ES): (MWdt.-MWam.)/(SDdt.+SDam.)/2; Signifikanz (gesamt)  $p = .404$

\* $p = <0,05$  signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen

Durch die geringfügig höheren Werte der Skalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ sowie „Aggressives Verhalten“ in der amerikanischen Stichprobe ergibt sich eine Differenz in der „Externalen Skala“ von 1,8 und der „Total Skala“ von 4,2 Punkten, bei insgesamt niedrigerer Standardabweichung in der deutschen Stichprobe. Die größte Effektstärke lässt sich mit  $ES = 0,32$  für die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ feststellen, was nach COHEN (1988) einen geringen Effekt bedeutet. Die Effektstärken der übrigen Skalen weisen bei  $ES = 0,01 - 0,24$  auf unbedeutende bis kleine Effekte hin.

**Abbildung Nr.3: CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 Altersbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe**

**Tabelle Nr.13: CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 Altersbezogene Mittelwerte der Feldstichprobe**

CBCL-Feld		Emot	Ängst	Körper	Soz	Schlaf	Auf	Agress	Int	Ext	TOTAL
2-3 Jahre	MW	2,3	2,4	1,8	1,2	3,3	2,2	9,8	7,7	12,0	30,3
n=67	SD	2,2	1,9	2,0	1,3	2,7	1,8	6,2	5,8	7,5	18,9
4-5 Jahre	MW	2,4	2,6	1,9	1,5	2,4	1,9	9,1	8,4	11,1	28,8
n=108	SD	1,9	2,1	2,1	1,3	2,2	1,7	5,0	5,7	6,1	15,6

**Signifikanz** (gesamt)  $p=.647$  nicht signifikanter Unterschied zwischen den Altersstufen

Da die Altersgruppen der Feldstichprobe sich nicht ausgeglichen repräsentierten, wurden die 2- und 3-jährigen, sowie die 4- und 5-jährigen Kinder in Gruppen zusammengefasst. Es zeigen sich jedoch nur geringe Unterschiede, die den Jüngeren ein insgesamt auffälligeres Externales Verhalten, den Älteren ein insgesamt Internal auffälligeres Verhalten zuschreiben. Diese Unterschiede sind jedoch minimal ausgeprägt und nicht signifikant.

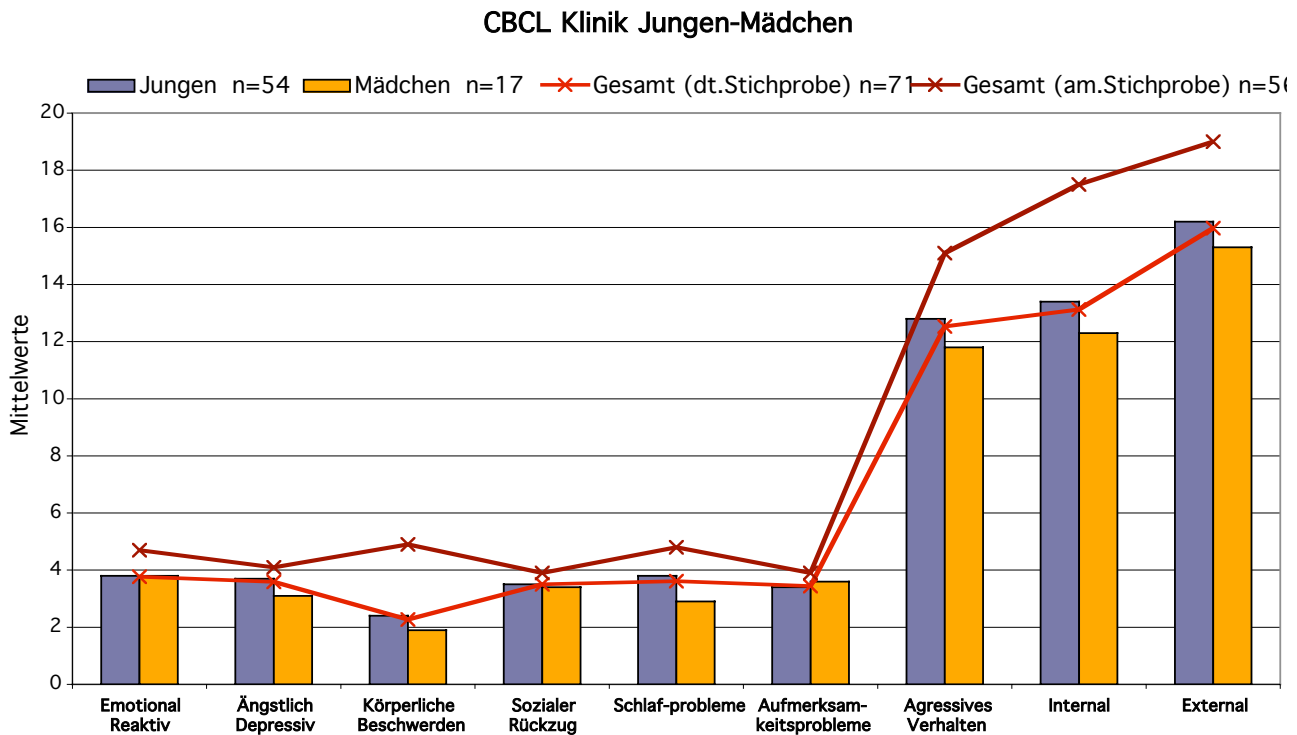
#### 5.4.2 Klinikstichprobe

Diese Gruppe umfasst 71 Kinder, die bereits wegen verschiedener Verhaltensauffälligkeiten in einer Klinik oder Ambulanz vorgestellt wurden. Insgesamt 54 Jungen und 17 Mädchen im durchschnittlichen Alter von 4 Jahren.

Hier zeigt sich die für dieses Alter typische Geschlechterverteilung einer klinischen Stichprobe. Mit einem Anteil von 75% stellen die Jungen die Mehrheit, was eindeutig der realen Situation ambulanter und klinischer Einrichtungen entspricht, da die Jungen in diesem Alter häufiger wegen Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt werden, als in jedem anderen Alter. Die Tatsache, dass in dieser Darstellung der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen geringer als in der Feldstichprobe ausfällt, liegt zum einen an der relativ hohen Anteil von Kindern mit externalisierenden Störungen, die in diesem Kollektiv häufiger zu einem Vorstellungsgrund wurden. Zum anderen an der großen Gruppe von sprachentwicklungsgestörten Kindern, die sich weder geschlechtsspezifisch voneinander unterscheiden, noch deutliche Unterschiede zur Feldstichprobe aufweisen. Dies kommt auch im Vergleich mit der amerikanischen Klinikstichprobe zum Tragen, die in allen Skalen deutlich höhere Mittelwerte aufweist. Es wurde deshalb eine weitere Aufteilung vorgenommen und dabei die Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder separiert. Die Varianzanalyse schließt signifikante Geschlechtsunterschiede -bei einer insgesamt hohen Standardabweichung und ungleicher Geschlechterrelation- mit einem Fehler von  $p$  (gesamt)= .75 aus.

Die Effektstärken zwischen deutscher und amerikanischer Klinikgruppe zeigen hier bei  $EF=0,13$  („Sozialer Rückzug“)-  $1,13$  („Körperliche Beschwerden“) kleine bis große Effekte.

**Abbildung Nr.4: CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe**



**Tabelle Nr.14: CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe**

CBCL Klinik		Emot	Ängst	Körper	Soz	Schlaf	Auf	Agress	Int	Ext	TOTAL
Gesamt (dt)	MW	3,8	3,6	2,3	3,5	3,6	3,4	12,5	13,1	16,0	44,8
	SD	3,4	3,1	2,4	3,3	3,0	2,4	7,7	10,1	9,4	26,7
Jungen	MW	3,8	3,7	2,4	3,5	3,8	3,4	12,8	13,4	16,2	45,7
	SD	3,4	3,3	2,6	3,1	3,1	2,4	7,9	10,4	9,7	27,4
Mädchen	MW	3,8	3,1	1,9	3,4	2,9	3,6	11,8	12,3	15,3	41,8
	SD	3,5	2,7	1,9	3,9	2,6	2,4	7,1	9,2	8,3	24,7
Gesamt (am)	MW	4,7	4,1	4,9	3,9	4,8	3,9	15,1	17,5	19,0	58,8
	SD	3,1	2,9	4,2	3	3,6	2,4	9,7	10,2	11,1	26,5
Effekt <sup>1</sup>	ES	0,28	0,17	1,13	0,13	0,37	0,21	0,3	0,43	0,3	0,53

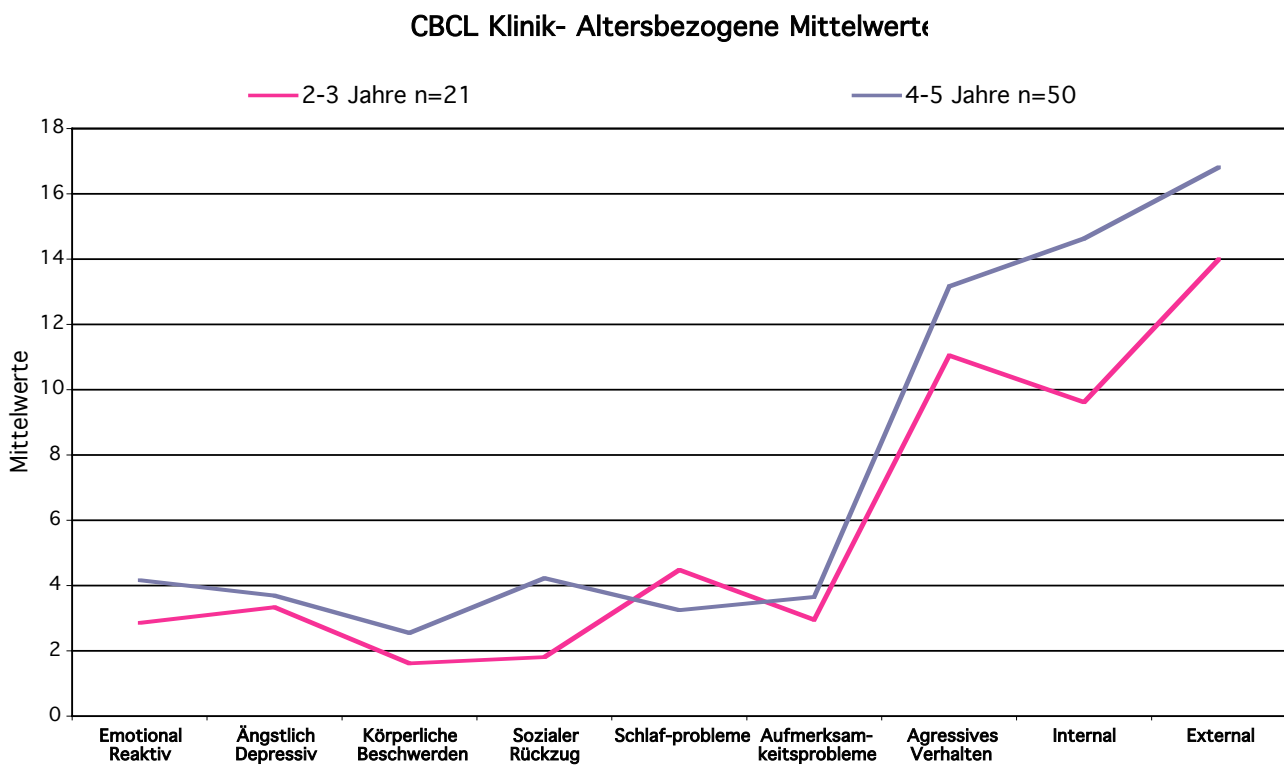
<sup>1</sup>Effektstärke (ES):  $(MW_{dt.} - MW_{am.}) / (SD_{dt.} + SD_{am.}) / 2$ ; Signifikanz (gesamt)  $p = .750$

Die Altersverteilung der Klinikstichprobe ergibt eine deutlich höhere Ausprägung von sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Störungen der 4-5 jährigen (die bei einem Altersdurchschnitt von 4 Jahren auch die größere Gruppe darstellen). Diese Altersverteilung und Abbildung der Mittelwerte in den einzelnen Skalen stellt die typische Situation



der Kleinkinder und ihrer Probleme dar. Kinder von 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> bis 3 Jahren werden selten in einer Ambulanz oder Klinik vorgestellt, da die Verhaltensmuster und Entwicklungsschritte in diesem Alter sehr heterogen sind und die Eltern nicht allzu schnell beunruhigen. Den Hauptgrund für die Sorge der Eltern bilden bei diesen sehr jungen Kindern Schlafprobleme, gekennzeichnet durch exzessives Schreien. Dies wird durch einen Score von 5,8 Punkten (bei den 2-jährigen) in der Skala Schlafprobleme veranschaulicht, der deutlich über dem Wert der Gesamt- und Feldstichprobe in dieser Altersgruppe liegt. Insgesamt lässt sich auch bei dieser Gruppe kein signifikanter Unterschied der Altersgruppen herausstellen.

**Abbildung Nr.5: CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 Altersbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe**



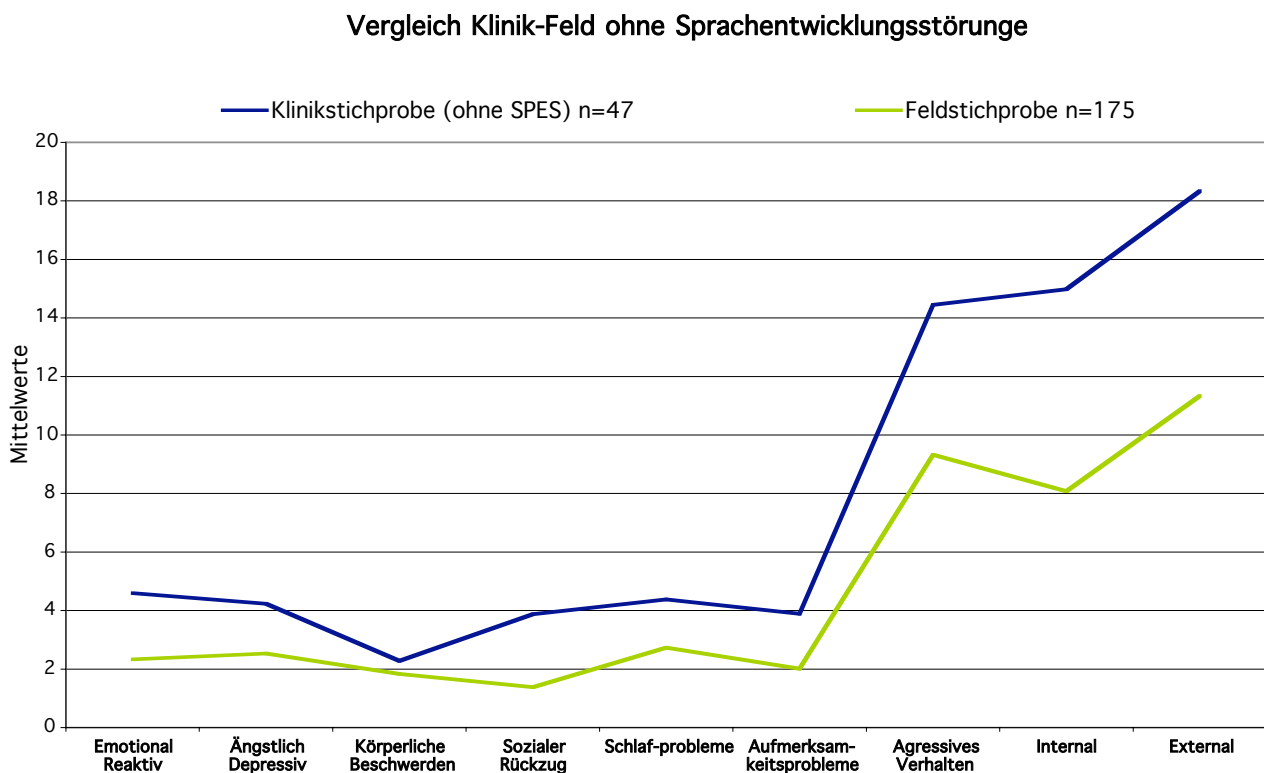
**Tabelle Nr.15: CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 Altersbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe**

CBCL Klinik		Emot	Ängst	Körper	Soz	Schlaf	Auf	Agress	Int	Ext	TOTAL
2-3 Jahre	MW	2,9	3,3	1,6	1,8	4,5	3,0	11,0	9,6	14,0	37,6
n=21	SD	2,2	2,8	1,5	2,4	3,5	2,1	5,4	6,4	6,6	17,1
4-5 Jahre	MW	4,2	3,7	2,6	4,2	3,2	3,7	13,2	14,6	16,8	47,9
n=50	SD	3,8	3,3	2,7	3,4	2,7	2,5	8,5	11,1	10,3	29,5

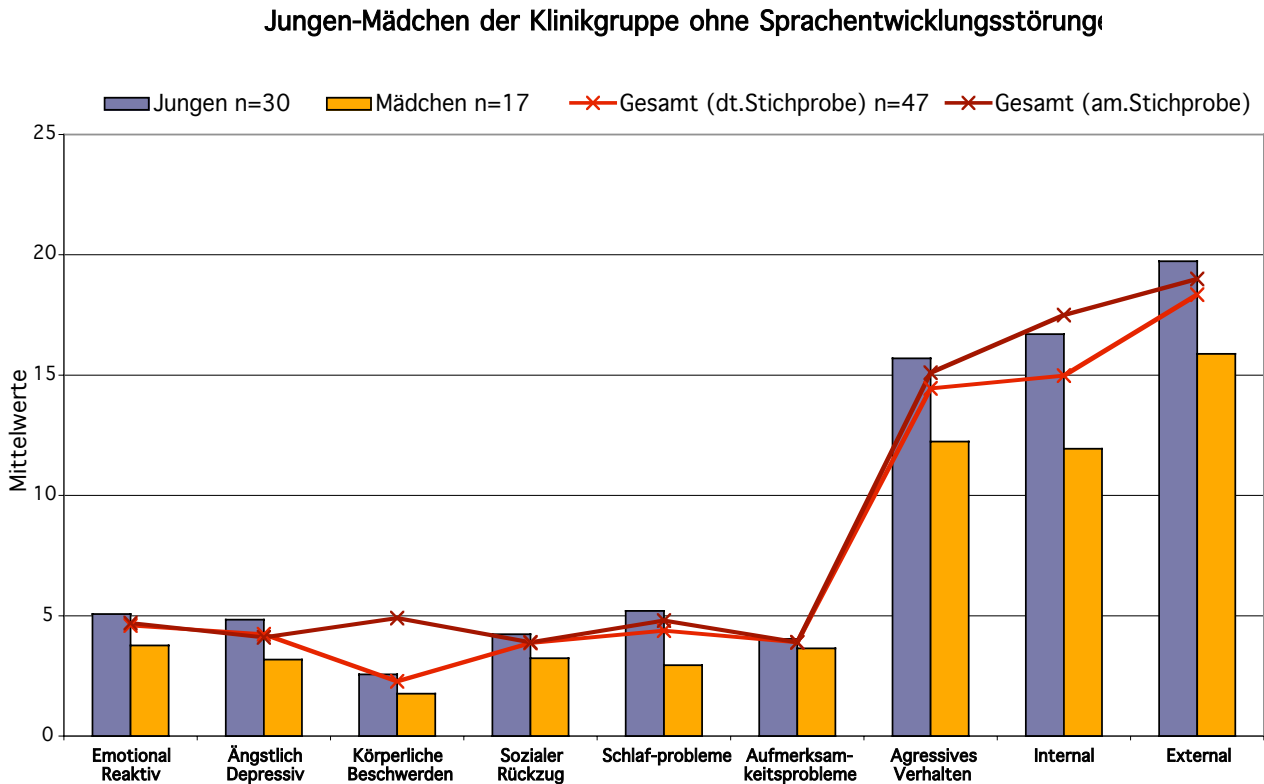
**Signifikanz (gesamt)  $p=.192$**

Wie weiter oben bereits erläutert umfasst ein großer Teil der Klinikstichprobe Kinder, die an Sprachentwicklungsstörungen leiden (insgesamt 52 %). Deshalb wurde diese Gruppe unabhängig untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass diese Kinder in der Gesamtbewertung nicht auffälliger beurteilt wurden, als Kinder der Feldstichprobe. Aus diesem Grund wurde ein erneuter Vergleich von Kindern aus der Klinikgruppe ohne Sprachentwicklungsstörungen (n= 47) und Kindern der Feldstichprobe (n=175) erstellt, der die zu erwartenden deutlichen Unterschiede ergab.

**Abbildung Nr.6:** Vergleich Klinik- und Feldstichprobe (ohne SPES)



Bei einer erneuten Berechnung der Geschlechterrelation der Klinikgruppe –diesmal ohne die sprachentwicklungsgestörten Kinder- fiel das Ergebnis wie erwartet aus. Die Jungen zeigen in der Klinikstichprobe, noch gravierender als in der Feldstichprobe, ein deutlich auffälligeres Verhalten. Dies zeigt sich hier in allen Problemskalen, wobei bedacht werden muss, dass insgesamt, die wegen externalisierender Störungen vorgestellten Kinder deutlich überrepräsentiert waren, darauf wird unten noch näher eingegangen.

**Abbildung Nr.7:** Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe (ohne SPES)**Tabelle Nr.16:** CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 Geschlechterbezogene Mittelwerte der Klinikstichprobe (ohne SPES)

CBCL Klinik		Emot	Ängst	Körper	Soz	Schlaf	Auf	Agress	Int	Ext	TOTAL
<b>Gesamt</b>	MW	4,6	4,2	2,3	3,9	4,4	3,9	14,4	15,0	18,3	51,3
	n=47 SD	3,7	3,3	2,5	3,7	3,3	2,5	7,8	10,8	9,5	27,8
<b>Jungen</b>	MW	5,1	4,8	2,6	4,2	5,2	4,0	15,7	16,7	19,7	56,3
	n=30 SD	3,8	3,5	2,8	3,6	3,4	2,6	8,0	11,5	10,0	28,9
<b>Mädchen</b>	MW	3,8	3,2	1,8	3,2	2,9	3,6	12,2	11,9	15,9	42,5
	n=17 SD	3,4	2,6	1,9	3,9	2,5	2,4	7,2	9,0	8,3	24,1
<b>Gesamt (am)</b>	MW	4,7	4,1	4,9	3,9	4,8	3,9	15,1	17,5	19	58,8
	n=563 SD	3,1	2,9	4,2	3	3,6	2,4	9,7	10,2	11,1	26,5
<b>Effekt<sup>1</sup></b>	EF	0,03	0,03	0,78	0	0,12	0	0,08	0,24	0,07	0,28

<sup>1</sup>Effektstärke (ES):  $(MW_{dt.} - MW_{am.}) / (SD_{dt.} + SD_{am.}) / 2$

Es zeigt sich ebenfalls eine deutliche Annäherung der Mittelwerte und Standardabweichungen zwischen deutscher und amerikanischer Klinikstichprobe, ausgenommen die internalisierenden Störungen, die insgesamt nur bei 4 Kindern des deutschen Klinikkollektives beschrieben waren.

Die Skala "Körperliche Beschwerden" zeigt eine deutliche Differenz zwischen deutscher und amerikanischer Stichprobe, dieser Komplex war jedoch auch in keinem Fall Vorstellungsgrund in einer ambulanten oder klinischen Einrichtung gewesen. Hier besteht

mit einem Wert von 0,78 ein mittlerer Effekt, bei ansonsten unbedeutenden Effektstärken zwischen  $EF=0$  bis 12.

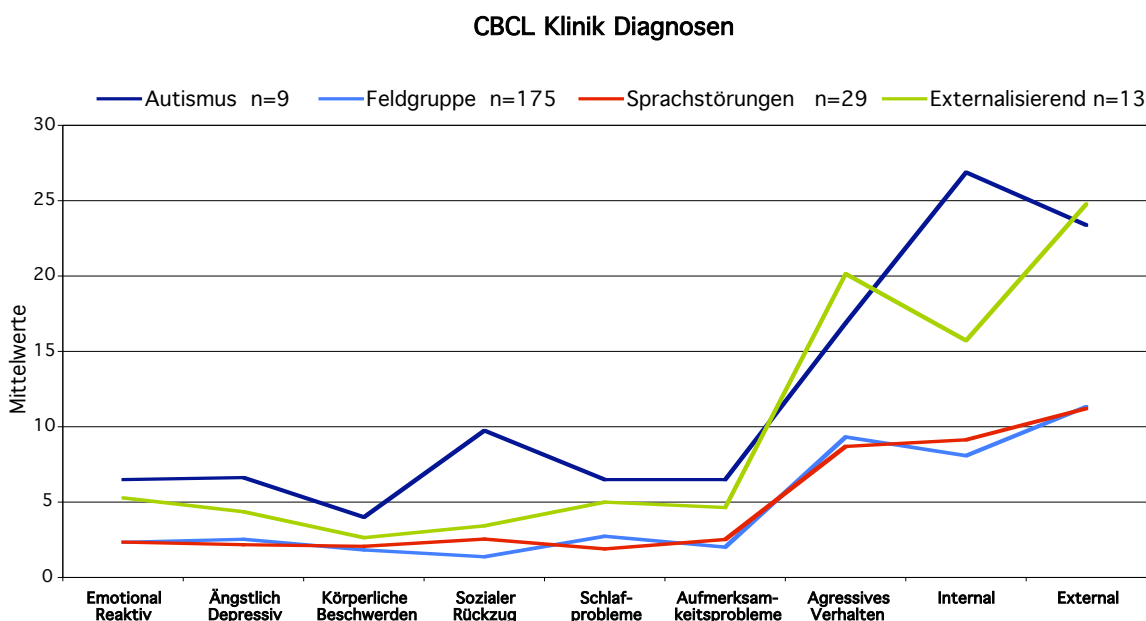
### 5.4.3 Diagnosen der Klinikstichprobe

Von den insgesamt 71 ausgefüllten Bögen der klinischen Stichprobe waren in 55 Fällen Angaben zum Vorstellungsgrund in der jeweiligen Institution enthalten. Sie wurden 4 Gruppen von Verhaltensauffälligkeiten zugeordnet:

- Sprachstörungen** (n=29)
- Autismus** (n=9)
- Externalisierendes Verhalten** (n=13)
- Internalisierendes Verhalten** (n=4)

Nach Berechnung der Rohwerte und deren Mittelwertbildung wurden die einzelnen Syndromskalen den Werten der Feldgruppe gegenübergestellt und verglichen. Da die Gruppe „Internalisierendes Verhalten“ insgesamt nur 4 Beurteilungen enthielt und damit nicht als repräsentativ angesehen werden kann, wurde diese in der graphischen Darstellung nicht berücksichtigt.

**Abbildung Nr.8:** Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (CBCL- Skalen orientiert)



**Tabelle Nr.17:** Signifikanzen der Diagnosegruppen (CBCL- Skalen orientiert)

Emot	Ängst	Körper	Soz	Schlaf	Aufm	Agress	Int	Ext	TOTAL
,001	,001	,297	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Auch hier bestätigt sich, dass aufgrund von Sprachentwicklungsstörungen vorgestellte Kinder, nicht auffälliger beurteilt wurden als Kinder der Feldgruppe. Es ergibt sich jedoch ein Unterschied von 2,2 Punkten in der Skala "Andere Probleme", die unter anderem diese spezielle Problematik in verschiedenen Items beschreibt, aufgrund der besseren Übersichtlichkeit jedoch hier nicht dargestellt ist. Die Jungen, in dieser Diagnosegruppe deutlich überrepräsentiert, unterscheiden sich durch geringer ausgeprägtes internes Verhalten (3,3 Punkte Differenz) zu den Mädchen.

Die Gruppe der Kinder, die wegen externalisierenden Verhaltensstörungen vorgestellt worden waren, liegen erwartungsgemäss vor allem in den Skalen "Emotional-Reaktiv" und "Aggressives Verhalten" deutlich über der Feldstichgruppe und zeigen in der Gesamtskala der externalisierenden Störungen doppelt hohe Mittelwerte. Die wegen autistischer Verhaltensstörungen vorgestellten Kinder, übertreffen sowohl in den internalisierenden, als auch den externalisierenden Störungen die Feldstichgruppe um das Doppelte und zeigen damit die mit Abstand höchsten Totalscores innerhalb der Klinikgruppe.

Die Signifikanztestung mittels univarianter Varianzanalyse erbrachte in allen Skalen hochsignifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen der Klinikstichprobe und der Feldstichprobe, ausgenommen der Skala "Körperliche Beschwerden", was aufgrund der teilweise sehr hohen Standardabweichungen zu erwarten war.

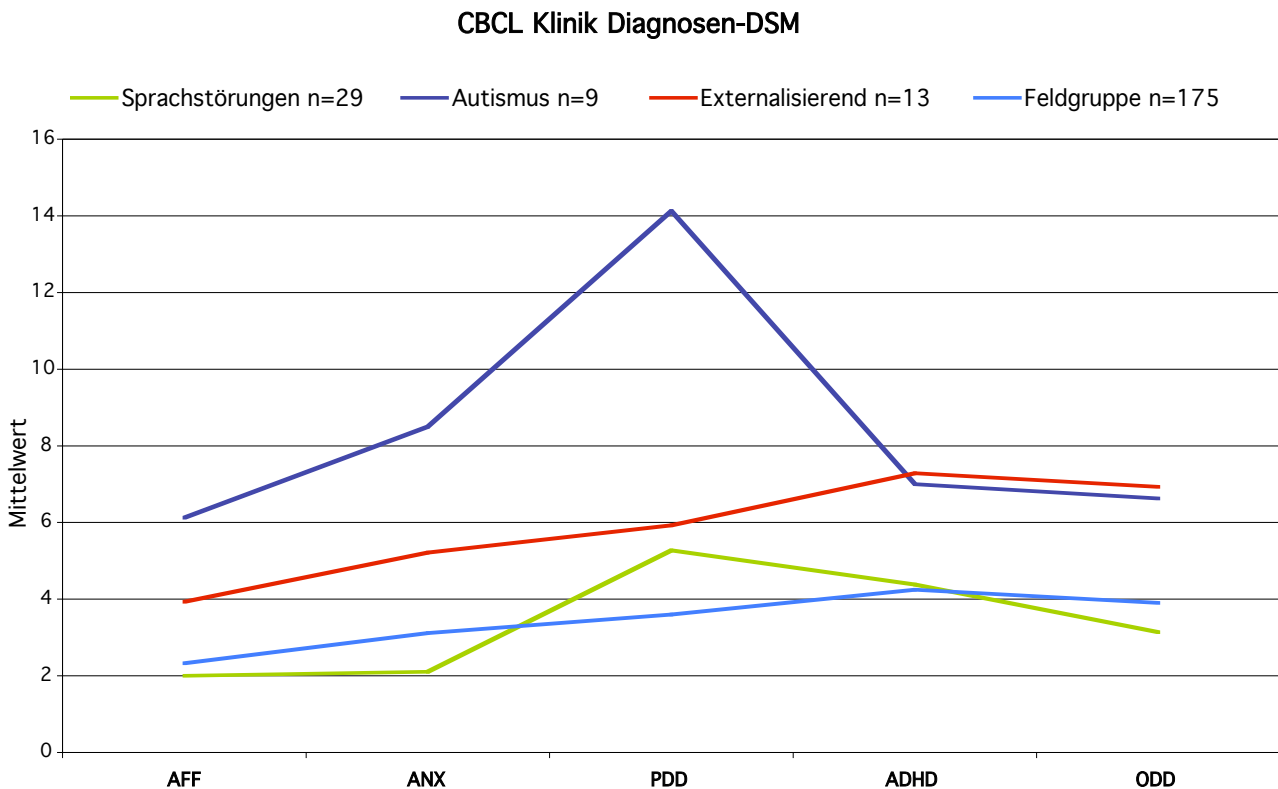
**Tabelle Nr.18:** Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (CBCL- Skalen orientiert)

CBCL Klinik		Emot	Ängst	Körper	Soz	Schlaf	Aufm	Agress	Int	Ext	TOTAL
<b>1.SES</b>											
Gesamt n=29	MW	3,4	3,4	2,1	2,7	3,7	2,8	10,3	10,6	12,7	34,3
	SD	1,1	0,7	0,6	1,1	1,1	0,7	3,6	3,3	4,5	12,9
<b>2.Autismus</b>											
n=8	MW	6,5	6,6	4,0	9,8	6,5	6,5	16,9	26,9	23,4	79,1
	SD	4,5	4,0	3,4	3,2	2,1	3,2	8,8	13,3	11,0	32,9
<b>3.Externalisierend</b>											
n=13	MW	5,3	4,4	2,6	3,4	5,0	4,6	20,1	15,7	24,8	60,8
	SD	3,8	2,8	2,5	2,9	3,5	1,9	6,7	8,7	7,6	21,6
<b>4.Internalisierend</b>											
n=4	MW	6,8	5,3	2,5	2,5	5,5	4,0	16,5	17,0	20,5	59,8
	SD	0,0	0,0	0,7	1,4	2,8	0,7	1,4	0,7	2,1	4,2

Auch eine Zuordnung der Diagnosen zu den DSM IV angelehnten Skalen verdeutlicht die Unterschiede der klinisch auffälligen Kinder im Vergleich zur Feldstichprobe. (Vgl. 2.5) Die assoziierten Diagnosegruppen sind:

**Affektive Probleme (AFF), Angstzustände (ANX), Umschriebene Entwicklungsstörungen (PDD), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD) und Störungen des Sozialverhaltens (ODD)**

**Abbildung Nr.9: Diagnosegruppen der Klinikstichprobe (DSM- Skalen orientiert)**



**Tabelle Nr.19: Signifikanzen der Diagnosegruppen (DSM IV- Skalen orientiert)**

AFF	ANX	PDD	ADHD	ODD
,003	,000	,000	,010	,000

Hier zeigen sich ebenfalls hochsignifikante Unterschiede innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen, sowie der Feldstichprobe. Trotz des relativ geringen Stichprobenumfangs bildet die Skala „Umschriebenen Entwicklungsstörungen (PDD)“ signifikant die Verhaltensproblematik der wegen autistischer Störungen vorgestellten Kinder

ab. Auch die Gruppe der external auffälligen Kinder unterscheidet sich eindrucksvoll in den Skalen „Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD)“ und „Störungen des Sozial-verhaltens (ODD)“ von der Feldgruppe und den sprachentwicklungsgestörten Kindern. Da die Items der Sprachentwicklungsstörungen in diesem Diagnosesystem Inhalt der Skala „Umschriebene Entwicklungsstörungen (PDD)“ sind, zeigt sich eine deutliche Erhöhung von 3,1 Punkten gegenüber der Feldstichgruppe. Die Scores der übrigen Skalen weisen jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Gruppen auf. Es bestätigt sich also auch hier, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder in dieser Altersgruppe nicht mehr oder weniger Verhaltensprobleme zeigen, als der Durchschnitt der Feldgruppe.

**Tabelle Nr.20:** Diagnosegruppen der Klinikstichgruppe (DSM IV- Skalen orientiert)

<b>CBCL-Klinik</b>						
<b>DSM IV orientierte Diagnosen</b>		<b>AFF</b>	<b>ANX</b>	<b>PDD</b>	<b>ADHD</b>	<b>ODD</b>
<b>Gesamt n=71</b>	<b>MW</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>	<b>2,3</b>	<b>3,1</b>	<b>3,6</b>
	<b>SD</b>	1,8	1,5	1,1	2,1	1,5
<b>Jungen n=54</b>	<b>MW</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>2,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>
	<b>SD</b>	1,3	1,3	1,1	2,3	1,4
<b>Mädchen n=17</b>	<b>MW</b>	<b>4,1</b>	<b>3,4</b>	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>	<b>3,8</b>
	<b>SD</b>	2,9	2,2	1,3	1,2	2,0
<b>1.SES</b>						
<b>Gesamt n=29</b>	<b>MW</b>	<b>3,7</b>	<b>3,1</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	<b>3,4</b>
	<b>SD</b>	2,5	1,9	1,1	1,1	1,8
<b>2.Autismus</b>						
<b>Gesamt n=8</b>	<b>MW</b>	<b>6,1</b>	<b>8,5</b>	<b>14,1</b>	<b>7,0</b>	<b>6,6</b>
	<b>SD</b>	4,5	4,0	5,0	3,2	3,4
<b>3.Externalisierend</b>						
<b>Gesamt n=13</b>	<b>MW</b>	<b>3,9</b>	<b>5,2</b>	<b>5,9</b>	<b>7,3</b>	<b>6,9</b>
	<b>SD</b>	2,9	3,2	4,0	2,5	2,4
<b>4.Internalisierend</b>						
<b>Gesamt n=4</b>	<b>MW</b>	<b>4,5</b>	<b>7,0</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>6,3</b>
	<b>SD</b>	2,1	2,1	0,7	1,4	1,4

#### 5.4.4 C-TRF

Die Fragebögen für die Erzieher wurden in verschiedenen Kindergärten und -krippen ausgefüllt. Insgesamt standen für die Berechnung 176 Bögen zur Verfügung, davon 89 Jungen und 87 Mädchen im durchschnittlichen Alter von 3,6 Jahren. Im Gegensatz zur CBCL 1<sup>1/2</sup>-5 entfällt bei C-TRF die Skala „Schlafprobleme“. Die restlichen Skalen sind identisch, unterscheiden sich jedoch in der Itemanzahl. Es ist trotzdem möglich und sinnvoll die beiden Verfahren zu vergleichen. Dies ist dann möglich, wenn Beurteiler übergreifende Bögen desselben Kindes vorliegen. Da bei 62 Kindern diese Parallelbeurteilung stattfand, konnten von diesen die Korrelationen der einzelnen Syndromskalen der beiden Verfahren errechnet werden. (Siehe 4.3.5).

Wie man sieht, werden Jungen von den Erzieherinnen insgesamt auffälliger beurteilt, als die Mädchen (Unterschied im Totalscore von 9,3 Punkten). Im Gegensatz zu den Elternbeurteilungen sind bei ihnen sowohl internale, als auch externale Verhaltensauffälligkeiten höher bewertet worden. Während die Mädchen von den Eltern in der Gesamtskala der internalen Störungen auffälliger beurteilt wurden als die Jungen, sieht man hier, mit Ausnahme der Skala „Körperliche Beschwerden, die insgesamt selten benannt wurden, werden diese durch die Erzieherinnen in allen Skalen als unauffälliger eingeschätzt.

**Abbildung Nr.10: C-TRF Geschlechterbezogene Mittelwerte**

**Tabelle Nr.21: C-TRF Geschlechterrelation**

C-TRF		Emot	Ängst	Körper	Soz	Aufm	Aggr	Int	Ext	Total
Gesamt (dt)	MW	1,7	2,9	0,8	2,4	4,1	7,6	7,8	11,8	26,0
n=176	SD	1,8	2,8	1,2	3,1	3,6	7,1	7,1	9,7	18,9
Jungen	MW	1,9	3,2	0,8	3,0	4,8	9,2	8,9	14,0	30,6
n=89	SD	2,0	3,0	1,2	3,4	4,0	8,0	7,8	10,0	21,8
Mädchen	MW	1,6	2,5	0,9	1,8	3,5	6,1	6,7	9,6	21,3
n=87	SD	1,5	2,5	1,2	2,7	3,0	5,7	6,2	7,6	14,0
Gesamt (am)	MW	1,4	2,2	0,4	2,7	3,4	7,0	6,6	10,5	22,6
n=303	SD	1,9	2,6	0,9	3,5	3,9	8,7	7,1	11,7	21,8
Effekt <sup>1</sup>	ES	0,16	0,26	0,38	0,09	0,19	0,08	0,17	0,12	0,17
Signifikanz <sup>2</sup>		,313	,102	,746	,014*	,019*	,005*	,057	,003*	,001*

<sup>1</sup>Effektstärke (ES): (MWdt.-MWam.)/(SDdt.+SDam.)/2

<sup>2</sup>Signifikanz ; \*p= 0,001-0,05: signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen

Die Jungen dagegen zeigen sich nach dem Erzieherinnenurteil im Kindergarten ängstlicher, sozial zurückgezogener, aggressiver und vor allem sehr viel unaufmerksamer



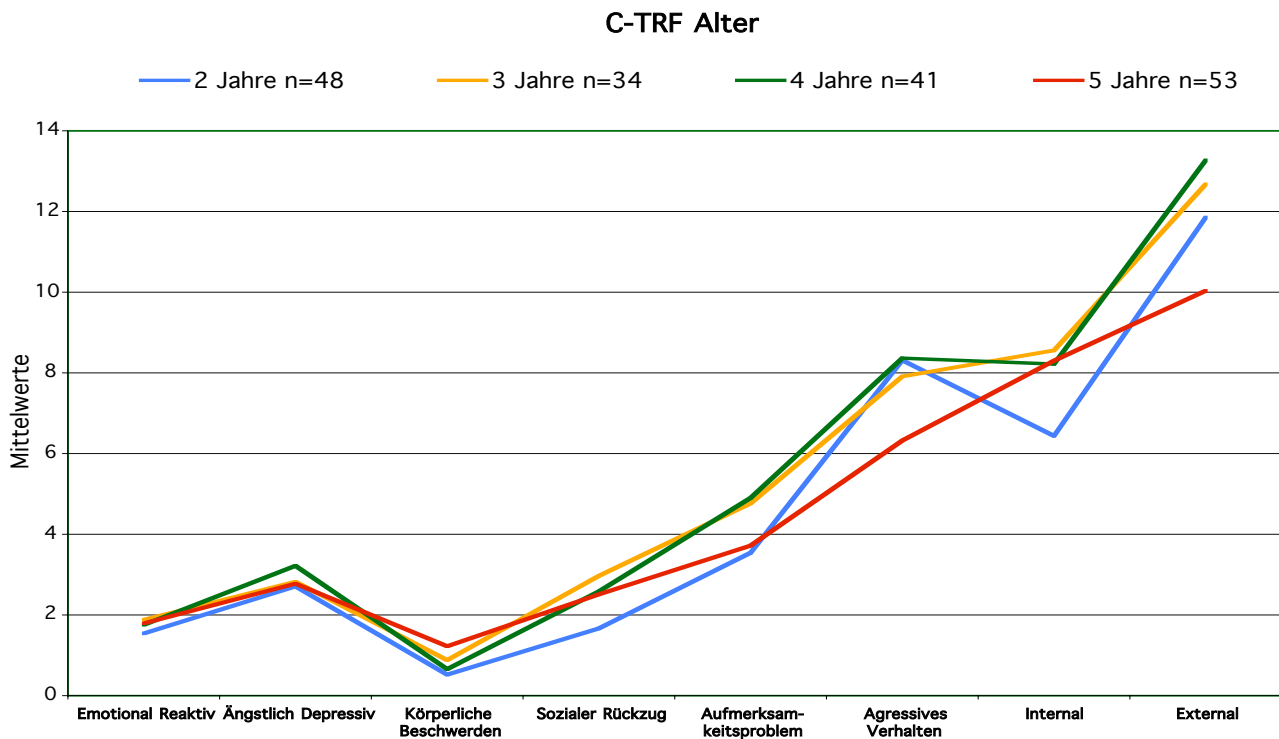
als zu Hause. Auch die Mädchen präsentieren sich im Kindergarten wohl unaufmerksamer, sind jedoch in allen anderen Skalen hier unauffälliger, als in der CBCL Bewertung. Bei einem Durchschnittsalter von 3,6 Jahren (im Vergleich zur Feldgruppe von 3,7 Jahren) kann man ausschließen, dass es aufgrund von unterschiedlichen Altersstufen zu diesen Unterschieden kam.

Die Mittelwerte der amerikanischen Stichprobe liegen unter dem Gesamtwert und nähern sich eher den Durchschnittswerten der Mädchen an. Die Standardabweichungen beider Stichproben ähneln sich dagegen sehr. Signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bestehen bei einem  $p= 0,001$  bis  $0,05$  in den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Aggressives Verhalten“ und „Andere Probleme“, mit insgesamt hochsignifikantem „Total Score“ von  $p= 0,001$ . Großen Effektstärken liegen jedoch bei Werten von  $EF=0,12$  bis  $0,38$  nicht vor.

Ein Grund für diese unterschiedlichen Bewertungen von Jungen und Mädchen in der deutschen Stichprobe könnte darin gesehen werden, dass Kinder sich in einer Kindergartengruppe, in der sie sich als einzelne behaupten müssen, andere Verhaltensmuster einsetzen als zu Hause, wo ihnen mehr Aufmerksamkeit als Individuum zukommt. Insbesondere Jungen treten dadurch im Kindergarten aggressiver auf, während Mädchen sich eher zurückziehen, was wiederum von den Erzieherinnen nicht als „auffälliges Verhalten“ eingestuft wird. Was jedoch überrascht, ist die gleichzeitig stärkere Ausprägung von internalem Verhalten der Jungen, die vor allem durch die hoch bewerteten Aufmerksamkeitsstörungen ins Gewicht fällt. Gerade diese Störungen, die auch bei den Mädchen hoch bewertet wurden, fallen im Kindergarten wohl eher auf, wo Kinder sich auch gezielt und unter Anleitung beschäftigen müssen, was in dieser Alterstufe im Elternhaus doch eher selten stattfindet. Hier sind die Kinder erst im Schulalter gezwungen, sich zum Beispiel regelmäßig mit den Hausaufgaben zu befassen.

Die **Altersverteilung** der Erzieherbögen erwies sich als ausgeglichen, so dass -im Gegensatz zur Feldstichprobe der Elternbögen- auf das Zusammenfassen von Altersgruppen verzichtet werden konnte.

**Abbildung Nr.11: C-TRF Altersbezogene Mittelwerte**



**Tabelle Nr.22: C-TRF Altersbezogene Mittelwerte**

C-TRF		Emot	Ängst	Körper	Soz	Aufm	Aggr	Int	Ext	Total
2 Jahre n=48	MW	1,5	2,7	0,5	1,7	3,5	8,3	6,4	11,9	24,5
	SD	1,7	2,6	1,1	2,0	3,0	6,8	5,8	9,1	17,2
3 Jahre n=34	MW	1,9	2,8	0,9	3,0	4,8	7,9	8,6	12,7	27,9
	SD	1,6	3,5	1,3	4,2	3,5	6,3	8,8	8,3	16,9
4 Jahre n=41	MW	1,8	3,2	0,7	2,6	4,9	8,4	8,2	13,3	28,6
	SD	1,5	2,7	1,1	3,1	4,2	8,0	6,5	10,9	19,9
5 Jahre n=53	MW	1,8	2,8	1,2	2,5	3,7	6,3	8,3	10,0	24,2
	SD	2,1	2,6	1,3	3,0	3,6	7,2	7,6	10,2	20,9

Die **Altersverteilung** der C-TRF zeigt, dass die 5 jährigen von den Erzieherinnen am unauffälligsten beurteilt wurden, ähnlich den 2 jährigen, die jedoch durch aggressiveres Verhalten auffielen. Die 3-4 jährigen werden in ihrem Verhalten ungefähr gleich eingeschätzt, wobei auch hier die externalen Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsprobleme dominieren.

### 5.4.5 Korrelation von CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 und C-TRF

Der Zusammenhang zwischen quantitativen Variablen wird durch so genannte Abhängigkeitsmaße wie Kovarianz oder Korrelationskoeffizienten beschrieben. Um die Beurteilungen der 62 Fragebögen, die sowohl von Eltern als auch von Erziehern desselben Kindes ausgefüllt worden waren, zu vergleichen, wurden für die einzelnen Syndromskalen der Korrelationskoeffizient nach PEARSON errechnet. Erwartungsgemäß liegt dieser Wert bei unterschiedlichen Beurteilern (Cross-Informant) bei ca. 40%.

Die erste Berechnung der 62 Bögen führte zu erstaunlich geringer Korrelation, was zu der Vermutung führte, eine Übereinstimmung von Eltern- und Erzieherurteil liege überhaupt nicht vor. Die erneute Durchsicht der in Frage kommenden Fragebögen zeigte jedoch, dass vor allem die Beurteilungen eines speziellen Kindergartens, keinerlei Übereinstimmungen aufwiesen.

**Tabelle Nr.23:** Korrelation von C-TRF und CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5

Syndromskalen	Korrelationen Eltern-Erzieher nach PEARSON	
	Gesamt (N=62)	Ohne Kindergarten 3 (N=37)
Emotional- Reaktiv	,174	,386
Ängstlich- Depressiv	,097	,299
Körperliche Beschwerden	,087	,156
Sozialer Rückzug	,096	,251
Aufmerksamkeitsprobleme	,242	,473
Aggressives Verhalten	,195	,397
Andere Probleme	,124	,127
Internales Verhalten	,113	,317
Externales Verhalten	,283	,527
Total	,096	,319

Als Ursache für diese gravierenden Unterschiede muß eine methodische Ursache in Betracht gezogen werden, der sich in dieser Einrichtung in hohem Maße ausgewirkt hat. Von den Leiterinnen der Kindergärten wurden die Bögen unterschiedlich an die Mitarbeiterinnen

verteilt. Manche bekamen nur einen oder wenige Bögen, andere mussten ihre gesamte Gruppe beurteilen. Durch die dadurch entstehende Mehrbelastung kam es verständlicherweise zu einer Motivationsabnahme, sich intensiv mit den Problemen des zu beurteilenden Kindes zu befassen. Dies führte sowohl zu Über- als auch zu Unterbewertungen der einzelnen Kinder.

Wie aus Tab.23 zu entnehmen, wurde nach Herausnahme dieses Kindergartens eine erneute Berechnung durchgeführt. Die dadurch erreichte Korrelation von .317 der Internalen Skalen und .527 der Externalen Skalen entspricht den Werten der amerikanischen Originalstichprobe und dem Ergebnis mehrerer Studien über beurteilerübergreifende (Cross-Informants) Korrelationen (vgl. Achenbach et al.,1987).

## 6 Diskussion

### 6.1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit zeigt erste Ergebnisse der Anwendbarkeit und Gütekriterien der von Achenbach 1997 entwickelten **CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5** und der Erzieherversion **C-TRF**, die hier erstmals in deutscher Übersetzung vorliegt.

Die Stichprobe, an der die Analysen vorgenommen wurden, erweist sich in Bezug auf Geschlechterrelation und Herkunft als ausgeglichen. Um ein möglichst repräsentatives Spektrum zu erfassen, wurden die Bögen in verschiedenen Einrichtungen und Gebieten verteilt. Die Feldstichprobe enthält 84 Elternbeurteilungen aus einer Frankfurter Kinderarztpraxis, die dort im Rahmen der U-Untersuchungen durchgeführt wurden. Dadurch konnte die gesamte Altersspanne der 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> bis 5 jährigen Kinder erreicht werden. Weitere 91 Bögen stammen aus verschiedenen Kindergärten und -krippen in Frankfurt (Großstadt), Heidelberg (mittelgroße Stadt) und Dreieich/ Landkreis Offenbach (Kleinstadt) und dem Bekanntenkreis. Das Klinikkollektiv beinhaltet insgesamt 71 Kinder, die bereits wegen Verhaltensauffälligkeiten in einer Einrichtung vorgestellt worden waren. Darunter Kinder aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie/München (Heckscher Klinik, Fr. Dr. med. Noterdame), die dort überwiegend wegen Sprachentwicklungsverzögerungen und autistischer Störungen betreut werden. Auf die Besonderheiten der sprachentwicklungsgestörten Kinder wird weiter unten näher eingegangen. Außerdem konnten für diese Stichprobe Kinder aus der Sprechstunde einer niedergelassenen Kinderpsychiaterin in Frankfurt, einige Kinder aus der Eltern-Kleinkind Beratung des Institutes für medizinische Psychologie der Uniklinik Frankfurt und aus der sozialpädiatrischen Ambulanz des Offenbacher Stadtkrankenhauses gewonnen werden. Eine Stichprobe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik, Frankfurt war nicht zu erhalten, da Kinder in diesem jungen Alter vorwiegend von niedergelassenen Kinderpsychiatern oder Sozialambulanzen betreut werden und nur in Ausnahmefällen die Intervention einer Klinik notwendig ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich wie folgt diskutieren:

## 6.2 Anwendbarkeit und Objektivität

Sowohl die **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5**, als auch die **C-TRF** weisen eine gute **Anwendbarkeit** auf. Es zeigte sich, dass die Kriterien der Testkonstruktion erfüllt sind und die Umsetzung in die deutsche Version zu keinerlei Anpassungsschwierigkeiten in der Durchführbarkeit führt. Der Bogen ist so klar und einfach gestaltet, dass Personen unabhängig von Herkunft, Sozialstatus und Intelligenzniveau in der Lage sind, eine Beurteilung vorzunehmen.

Die Bereitschaft der Eltern, den Fragebogen auszufüllen, war in der Kinderarztpraxis, wo dies im Rahmen der U-Untersuchungen durchgeführt wurde, besonders hoch. Für diese Untersuchungen planen Eltern von vornherein Zeit ein und können während der körperlichen Untersuchung des Kindes ohne Probleme 15 Minuten aufbringen, um den Bogen in Ruhe zu bearbeiten. Es besteht also durchaus die Möglichkeit, die **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5** als Screeninginstrument in den Rahmen der U-Untersuchungen zu integrieren, um so frühe Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und gegebenenfalls frühzeitig intervenieren zu können. Aufgrund des hohen Ausländeranteils in den Großstädten, wäre eine Übersetzung in die türkische, sowie jugoslawische Sprache ebenfalls sinnvoll, da durch die Sprachbarriere ebenfalls eine Selektion vorgenommen wird, welche die Repräsentativität einer Stichprobe beeinträchtigt. Dies gilt in gleichem Maße für die Erhebung in den Kindergärten.

Die Bearbeitung der **C-TRF** unterlag in dieser Untersuchung der Problematik, dass eine Erzieherin oftmals mehrere Kinder, in manchen Fällen sogar eine ganze Kindergartengruppe beurteilen sollte. Dieses Vorgehen entspricht keinesfalls der realen Situation, in der die Kindergärtnerin ein spezielles Kind beurteilt. Verständlicherweise führte diese zusätzliche Arbeitsbelastung bei vielen Erzieherinnen zu einer erheblichen Motivationsabnahme, die sich zum einen darin äußerte, dass Bögen gar nicht ausgefüllt wurden, zum anderen einige Bögen durchgehend mit „0“ bewertet wurden. Der Rücklauf aus dieser Gruppe erwies sich deshalb als ausgesprochen schwierig. In zukünftigen Untersuchungen mit der **C-TRF** sollten diese Probleme unbedingt berücksichtigt und durch eine breitere Streuung vermieden werden.

Sowie bei Fragebogenverfahren im Allgemeinen, gilt auch für **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5** und **C-TRF** eine gute **Objektivität**, die durch das standardisierte Auswertungsschema (Handauswertung/ Computerprogramm) gewährleistet wird. Allerdings hängt von der Interpretation des Untersuchers ab, wie die zusätzlichen Informationen und Hinweise, die von den Eltern auf dem Bogen gemacht werden, die offenen Items 100 a-c und die Items, die näher erläutert werden, bewertet werden. Dadurch wird jedoch die Validität des

Verfahrens erhöht, da für den Untersucher die Möglichkeit besteht, einzelne Itembewertungen mit den ausführlichen Beurteilungen zu vergleichen und nachzuprüfen.

### 6.3 Reliabilität

Die **Reliabilität** der CBCL 1 $\frac{1}{2}$ -5 zeigt in den meisten Skalen zufrieden stellende interne Konsistenzen  $>.70$ , vergleichbar mit den Werten der amerikanischen Stichprobe. Durch einen größeren Stichprobenumfang könnten jedoch auch diese Ergebnisse sicherlich profitieren.

Am besten schneidet die Skala „Aggressives Verhalten“ mit einem Alpha von  $.88$  ab und liegt dabei nur knapp der amerikanischen Stichprobe. Als befriedigend können die Skalen „Körperliche Beschwerden“ ( $.61$ ) und „Ängstlich Depressiv“ ( $.67$ ) gewertet werden, wobei letztere der amerikanischen Stichprobe gleicht. Die Skala „Körperliche Beschwerden“ schneidet vermutlich in der deutschen Stichprobe deshalb schlechter ab, da der Anteil von Kindern, die in der amerikanischen Klinikgruppe wegen dieser Problemen behandelt wird, wesentlich höher ist. Wie man der Gegenüberstellung von deutscher und amerikanischer Klinikgruppe entnehmen kann, spielte diese Problematik in der deutschen Gruppe eine untergeordnete Rolle. Eine Absicherung dieser Skala durch ein größeres Klinikkollektiv wäre deshalb wünschenswert. In der Einzelfalldiagnostik ist hier also Vorsicht geboten. Probleme, die körperliche Beschwerden betreffen, sollten deshalb in Bezug auf die speziellen Items diskutiert und nicht im Zusammenhang beurteilt werden.

Die internen Konsistenzen der DSM IV orientierten Skalen ergeben trotz des geringen Stichprobenumfanges vorwiegend gute und zufrieden stellende Werte  $>.70$ . Am besten schneidet die Skala „Oppositionelles Verhalten“ (ODD) ab, mit einem Alpha von  $.88$ , während die Skala „Angstzustände“ als grenzwertig (bei  $.69$ ), die Skala „Affektive Probleme“ (bei  $.63$ ) als eher niedrig gewertet werden können. Dabei lassen sich insgesamt nur geringe Unterschiede zur amerikanischen Stichprobe feststellen.

Die Skalen der C-TRF zeigen zumeist gute interne Konsistenzen von  $>.80$ . Während die Skala „Ängstlich Depressiv“ mit einem Alpha von  $.77$  als akzeptabel gelten kann, sind die Skalen „Emotional Reaktiv“ und „Körperliche Beschwerden“ mit Werten  $<.60$  niedrig, gleichen jedoch den Ergebnissen der amerikanischen Stichprobe. Auch diese Skalen sollten in der Einzelfalldiagnostik mit Vorsicht gewertet werden. In einer möglicherweise späteren Revision, sollte diesen Skalen deshalb besondere Beachtung zukommen.

## 6.4 Validität

Die gute **Validität** des Verfahrens wird in erster Linie durch die hochsignifikante Diskrimination zwischen Feld- und Klinikstichprobe bestätigt. Dieses Ergebnis ergibt sich allerdings erst nach Herausnahme der sprachentwicklungsgestörten Kinder aus der Klinikgruppe, da diese sich bei dieser Untersuchung in ihrer Gesamtauffälligkeit von der Feldstichprobe nicht unterscheiden. Bei der Berechnung der DSM IV orientierten Skalen zeigt sich eine leichte Erhöhung der „Umschriebenen Entwicklungsstörungen (PDD)“ gegenüber der Feldstichgruppe, bei insgesamt unauffälligem Total Score. In einer früheren Untersuchung mit der **CBCL 4-18** wurde bereits festgestellt, daß Sprachentwicklungsverzögerungen nur in der Hälfte der Fälle zu einer Erhöhung des Totalscores beitragen (vgl. NOTERDAEME ET AL., 1999). Es ist deshalb fraglich, ob diese Gruppe auch in zukünftigen Untersuchungen der Klinikstichprobe zugeordnet werden sollten.

Durch diese Aufteilung der Klinikgruppe in 4 Diagnosegruppen (Autismus, Sprachentwicklungsstörungen, Externale und Internale Störungen), die aufgrund der Angabe des Vorstellungsgrundes auf den Bögen vorgenommen werden konnte, ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede, die Hinweise auf die gute Validität des Verfahrens geben. Trotz des relativ geringen Stichprobenumfanges bildet die Skala „Umschriebene Entwicklungsstörungen (PDD)“ signifikant die Verhaltensproblematik der wegen autistischer Störungen vorgestellten Kinder ab. Auch die Gruppe der external auffälligen Kinder unterscheidet sich eindrucksvoll in den Skalen „Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD)“ und „Störungen des Sozialverhaltens (ODD)“ von der Feldgruppe und den sprachentwicklungsgestörten Kindern.

Der Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen zwischen der deutschen und der amerikanischen Stichprobe zeigt für alle Gruppen (Feld- und Klinikstichprobe der **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5**, als auch Stichprobe der **C-TRF**), trotz erheblicher Unterschiede des Stichprobenumfanges, hohe Übereinstimmungen. Da die Lebensbedingungen amerikanischer und deutscher Kinder keine wesentlichen Unterschiede zeigen, können Verzerrungen hier weitgehend ausgeschlossen werden. Dies konnte bereits in früheren Untersuchungen durch Vergleiche der Ergebnisse von deutschen und amerikanischen Stichproben in Bezug auf die **CBCL 4-18** gezeigt werden (vgl. Döpfner et al., 1997). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sprechen also dafür, dass die amerikanische Normierung der **CBCL 1<sup>1/2</sup>-5** und **C-TRF** ohne die Gefahr größerer Verfälschungen auch im deutschen Sprachraum angewandt werden kann, bis Normwerte an einer entsprechend repräsentativen Stichprobe vorliegen.



## 6.5 Übereinstimmung der Instrumente CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 und C-TRF

Durch die Skalengleichheit der Instrumente CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 und C-TRF besteht die Möglichkeit ein Kind aus mehreren Perspektiven zu beurteilen. Zum einen von den Eltern, die das Kind in der häuslichen Umgebung erleben, zum anderen von der Erzieherin im Kindergarten, die es im Umgang mit anderen Kindern beobachtet. Der Untersucher erhält daraus interessante Informationen, wie sich das Kind in verschiedenen Umgebungen präsentiert, aber auch wie dessen Verhaltensweisen von verschiedenen Beobachtern interpretiert und dargestellt wird.

Um die Beurteilungen der 62 Fragebögen, die sowohl von Eltern als auch von Erziehern desselben Kindes ausgefüllt worden waren, zu vergleichen, wurden für die einzelnen Syndromskalen der Korrelationskoeffizient nach Pearson errechnet. Erwartungsgemäß liegt dieser Wert bei unterschiedlichen Beurteilern (Cross-Informant) bei ca. 30-40%.

Die hier erreichte Korrelation von .31 der Internalen Skalen und .52 der Externalen Skalen entspricht den Werten der amerikanischen Originalstichprobe und dem Ergebnis mehrerer Studien über beurteilerübergreifende Korrelationen (vgl. Achenbach et al., 1987). Am niedrigsten (<.20) schnitten in der Wertung die Skalen „Körperliche Beschwerden“ und „Andere Probleme“ ab, dies war jedoch aufgrund der Heterogenität der Items zu erwarten. Befriedigende Korrelationen >.30 ergaben die Skalen „Emotional Reaktiv“, „Aggressives Verhalten“ und „Ängstlich Depressiv“. Am höchsten wurden von den Erzieherinnen Aufmerksamkeitsprobleme der Kinder bewertet, dies führte zu einer überdurchschnittlich guten Korrelation dieser Skala von .47.

Dieses insgesamt gute Ergebnis konnte jedoch erst nach Elimination einer kompletten Kindergartengruppe aus der Wertung erreicht werden, in der sich oben genanntes Problem der Überbelastung der Erzieherinnen besonders stark bemerkbar machte. Außerdem nicht gewertet wurde die Skala „Schlafstörungen“, da diese in der Erzieherversion nicht enthalten ist.

## 6.6 Zusammenfassung

Der Elternfragebogen (CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5) und der Erzieherfragebogen (C-TRF) über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern dienen der Erfassung von psychischen und emotionalen Auffälligkeiten von Klein- und Vorschulkindern im Alter von 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> bis 5 Jahren.

Sie umfassen ein breites Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten und eignen sich deshalb als hervorragendes Screeninginstrument, um Probleme frühzeitig und ohne großen Zeit- und Arbeitsaufwand aufzudecken. In Verwendung mit anderen Verfahren zur Beurteilung von Psychopathologie, dienen sie der Diagnosestellung und Interventionsplanung. Weiterführende Instrumente des ASEBA Systems (z.B. **CBCL 4-18**) ermöglichen zudem eine individuelle Verlaufsdiagnostik, sowie Therapiekontrolle (Döpfner, 1993). Auch interfamiliäre Vergleiche, beispielsweise mit Geschwistern oder Eltern, sind so möglich. Durch Vergleichbarkeit der Eltern- und Erzieherversion kann zudem Problemverhalten kontextabhängig betrachtet und verglichen werden.

Durch die vorliegende Arbeit konnte gezeigt werden, dass die deutsche Version der Instrumente sowohl gute Anwendbarkeit aufweist, als auch die Gütekriterien eines Testverfahrens erfüllt. Bis Ergebnisse aus größeren Stichproben vorliegen, können deshalb **CBCL 1 1/2-5** und **C-TRF** ohne die Gefahr größerer Verfälschungen zur Diagnostik von Verhaltensstörungen im Kleinkindesalter eingesetzt werden.

## Literatur

ACHENBACH, T.M.: *Developmental Issues in Assessment, Taxonomy and diagnoses of child and Adolescent Psychopathology*; Developmental Psychology Vol.1 (Theory and Methods)

ACHENBACH TM, EDELBROCK CS. (1978) *The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts*. Psychol Bull 85(6):1275-1301

ACHENBACH, T.M. & RECORLA, L.A.(2000). Manual for the ASEBA Preschol forms & Profiles (Child Behavior Check List 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5; Language Development Survey; Caregiver-Teacher Report Form 2-5), Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

ACHENBACH, T.M. (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

ACHENBACH, T.M., MCCONAUGHY, S.H., HOWELL, C.T.(1987). *Child/adolescent behavioral and emotional problems: Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity*, Psychological Bulletin, 101, 213-232

ACHENBACH, T.M. (1991b). Manual for the Teacher's Report Form and 1992 Profile. Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

ACHENBACH, T.M. (1992). Manual for the Child Behavior Checklist 2-3 and 1992 Profile. Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

ACHENBACH, T.M. (1997). Guide for the Caregiver-Teacher Report Form 2-5. Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

ACHENBACH, T.M., DUMENCI, L., & RESCORLA, L.A. (2000). *Ratings of relations between DSM IV diagnostic categories and items of the CBCL 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-5 And C-TRF*. Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

ACHENBACH & EDELBROCK (1987). *Empirically based assessment of the Behavioral/Emotional Problems of 2 and 3 years old children*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry 10, 535-554

ACHENBACH, T.M., & RUFFLE, T.M (2000). *A medical practitioners' guide to the Achenbach System of empirically Based Assessment (ASEBA)*. Burlington, VT: Univiversity of Vermont, Department Psychiatry

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edt.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

AMELANG & ZIELINSKI (1994). *Psychologische Diagnostik und Intervention*, Springer Verlag

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP) (1997) *Practice Parameters*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, supplement

- ANDERSON, JC, WILLIAMS, SM, MC GEE, RO, SILVA, PA (1987). *DSM III Disorders in preadolescent children*. Arch Gen Psychiatry 44:69-76
- AVE-LALLEMANT, U (1994) *Sterne-Wellen-Test (SWT)*, Hans-Huber Verlag, Göttingen
- BELLAK, L & BELLAK, SS (1965) *Children's Apperception Test with Human Figures (CAT-H)*, Hans-Huber Verlag, Göttingen
- BELLACK, ALAN S. (1988). *Behavioral Assessment- A Practical Handbook*, Pergamon Press
- BENNET & GUARALNICK (1991). *Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life*, Pediatric Clinics of North America; 38, 1513-1528
- BIRD, HR, GOULD MS, STAGHZZA, B, CANINO, G (1989) *Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28:847-850
- BRANDENBURG NA, FRIEDMANN RM, SILVER, S (1990) *The epidemiology of childhood psychiatric disorders*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29:76-83
- BREM-GRÄSER (neue Auflage von 1985) *Familie in Tieren*, Hans-Huber Verlag
- BRICKENKAMP, ROLF (1997). *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, Hogrefe Verlag, Göttingen
- BOYLE CA, DECOUFLE R, YEARGIN-ALLSOPP MY (1994). Prevalence and health impact of developmental disabilities in US Children, *Pediatrics*;93:399-403
- BUNGARD, W. unter Mitwirkung von R.H. BAY (1980). *Einführung in die psychologische Forschungspraxis*, Kurseinheit 2:Beobachtung. Hagen: Fernuniversität
- BURGERMEISTER, BLUM, LORGE (1972). *Columbia mental maturity Scale*. Deutsche Fassung: SCHUCK, EGGERT, RAATS (1975)
- CALL ET AL. (1983). *Frontiers of Infant Psychiatry*. Vol.1, New York: Basic Books
- CALL ET AL. (1985). *Frontiers of Infant Psychiatry*. Vol.2 New York: Basic Books
- CAMPBELL, S.B. ET AL. (1994). *Hard-to-manage pre-school boys: Symptomatic behavior across contexts and time*, Child Development;65, 836-851
- CASTRUP & NIELSON (1979). *A review of the prevalence of psychiatric disorders in children under five*, In: J.G.Howells (Ed.): *Modern perspectives in the psychiatry of infancy*, 353-377
- Chamberlin, R.W. (1982). *Prevention of behavioral problems in young children*, Pediatric Clinics of North America; 29 ,239-247
- CLOSE ,N (1999). *Diagnostic play interview. Ist role in comprehensive psychatiric evaluation*, Child Adolescent Psychiatry Clin. N Am 1999 Apr;8(2):239-55
- COHEN, J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ed.ed.)* Academic press, New York
- CORMAN, LOUIS (1995) *Der Schwarzfuß-Test*, Grundlagen, Durchführung, Deutung und Auswertung

Aus dem Französischen von Renate Krieger Ernst Rheinhard Verlag, München-Basel

COSTELLO, EJ,(1989), *Development in child psychiatric epidemiology*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 28:836-841

COSTELLO, EJ, EDELBROCK,C, COSTELLO, AJ (1988a) *Psychiatric disorders in pediatric primarycare: prevalende and risk faktors*. Arch Gen Psychiatry, 45:1107-1116

CRANACH, M. VON & FRENZ, H.G. (1969). *Systematische Beobachtung* In K.Gottschaldt, Ph.Lersch, F.Sander & H. Thomae (Hrsg.), Handbuch der Psychologie in 12 Bänden (Bd.7,1 herausgegeben von C.F. Graumann: Sozialpsychologie, S. 269-331) Göttingen: Hogrefe

DÖPFNER,M., BERNER, W., FLEISCHMANN, T., SCHMIDT, M. (1993). *VBV 3-6 Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder*. Weinheim: Manual./ Beltz Test GmbH

DÖPFNER, PLÜCK, BERNER, FEERT, HUSS, LENZ SCHMECK, LEHMKUHL, POUSTKA, LEHMKUHL (1997). *Psychische auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Ergebnisse einer repräsentativen studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 218-233

DÖPFNER & LEHMKUHL (1998). *Diagnose- und Symptom- Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD 10 und DSM IV , (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber

DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G., BERNER, W., FLECHTNER, H., SCHWITZGEBEL, P., VON ASTER, M., STEINHAASEN, HC. (1993). *Die Psychopathologische Befund- Dokumentation: ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie 21, 90-100

DUHM und ALTHAUS (1979) *Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter*. Handanweisung. Braunschweig: Westermann

EDELBROCK, C, COSTELLO, AJ. (1988) *Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses*. J Abnorm Child Psychol (2):219-31

EMDE, BINGHAM & HARMON(1985). *Classification of disorders in infancy*, Handbook of Infant Mental Health, Zeanah CH,ed. New York: Guilford, 225-235

EMDE (1985). *Assessment of infance disorders*, In: M.Rutter/L.Hersov(Eds.): Child and Adolescent Psychiatry (2d ed.) Oxford: Blackwell

ESSER, G, SCHMIDT, MH, WOERNER, W (1990) *Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children: results of a longitudinal study*, J Child Psychol Psychiatry 31:243-263

FEGERT. J. (1996). *Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern*, Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; 45 ,83-94

FEGERT, J.M., SCHULZ, J., BERGMANN, R., TACKE, U., BERGMANN, K., WAHN, U.,(1993). *Prävalenz und Persistenz von Schlaf- und Fütterschwierigkeiten im 1. Lebensjahr*, Mschr.Kinderheilkunde 141, 9

FILLIP, SIGRUD HEIDE UND DONALD DOENGES. *Diagnostik*, Enzyklopädie der Psychologie, Bd.2

- FISSENI, HERMANN-JOSEPH (1997) *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*, Hogrefe Verlag, Göttingen
- FRANK, L.K. (1939). *Projective methods for the study of personality*. Journal of Psychology; 8, 389-413
- FRANKENBURG & DODD (1967). *Denver Developmental Screening Test*, Journal of Paediatrics, 71, 181-191 (deutsche Bearbeitung von FLEHMING, J., SCHLOON, M. (1973). *Denver-Entwicklungstest*, Universität Düsseldorf
- GRIMM & SCHÖLER (1991). *Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET, 2., verbesserte Auflage)*, Georg Westermann, Braunschweig; Hogrefe, Göttingen
- HASEMANN, K. (1983). *Verhaltensbeobachtung und Ratingverfahren*, In K.J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich B: Methodologie und Methoden, Serie II: Psychologische Diagnostik ( Bd.4: Verhaltensdiagnostik, S.434-488). Göttingen: Hogrefe
- HELLBRÜGGE, T (1978, korrigierte und erweiterte Ausgabe von 1994) *Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MFED)* Hans-Huber Verlag, Göttingen
- KELLER, H. (1989). *Handbuch der Kleinkindforschung*, Berlin, Springer Verlag
- KAUFMAN AS, KAUFMAN AL (1991), (deutschsprachige Fassung von MELCHERS U.PREUSS). *K-ABC, Kaufman Assessment Battery for Children*. Individualität zur Messung von Fertigkeiten bei Kindern im Alter von 2,6 bis 12,5 Jahren. Interpretationshandbuch, Swets & Zeitlinger, Frankfurt am Main
- KLEINING, G.; MOORE, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten, Reinbek (Rowohlt), S. 101-125
- Koot & Verhulst (1991) *Problem behavior in Dutch Children aged 2-3* Acta Psychiatrica Scandinavica 83 (Suppl.367)
- KOOT, H.M. (1993). *Problem behavior in Dutch preschoolers*, Unpublished dissertation, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Department of Child and Adolescent Psychiatry,
- KOOT, H.M., (1997). *Behavioral and emotional problems in young preschoolers: Cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist/2-3*, Journal of abnormal Child Psychology; 25, 183-196,
- LARSON, DP, PLESS, IV MIETTINEN, O (1988) *Preschool behavior disorders: Their prevalence in relation to determinants* J, Pediatr. 113:278-285
- LAUCHT, M., ESER, G., SCHMIDT, M.H. (1992b). *Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20, 12-21
- LAVIGNE, J., BINNS, H., CHRISTOFFEL, K., ROSENBAUM, D., AREND, R. SMITH, K., HAYFORD, J., MCGUIRE, P., AND THE PRACTICE RESEARCH GROUP (1993). *Behavioral and emotional Problems Among Preschool Children in pediatric Primary Care: Prevalence and Pediatricians' Recognition*, Pediatrics, Vol.91, No.3

- LAVIGNE, J, GIBBONS, R, KAUFER CHRISTOFFEL, K, AREND, R, ROSENBAUM, PH, BINNS H, DAWSON, MA, SOBEL, MA ISAACS, MA (1996) *Prevalence Rates and Correlates of Psychiatric Disorders among Preschool Children*, J am Acad Achild Adolesc Psychiatry 35:204-214
- LEAHY , R. & HUARD, C. (1976). *Role-taking and selfimage disparity*, Developmental Psychology,; 12, 504-508
- LEICHNER, R. (1983). *Diagnostik*. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.) *Aus Handwörterbuch der Psychologie (S.80-85) (3.Auflage)*. Beltz, Weinheim
- Lienert & Raatz (1994). *Testaufbau und Testanalyse*, 5.überarbeitete Auflage. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- MASH, EJ, JOHNSTON, C.J (1983) *Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children*. Consult Clin Psychol;51(1):86-99
- MELCHERS & PREUSS (1994). *Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC; deutschsprachige Fassung)* Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- NOTERDAEME M, MINOW F, AMOROSA H. (1999). *Applicability of the Child Behavior Checklist in developmentally delayed children* Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1999 Aug;27(3):183-
- MUMMENDEY (1987). *Die Fragebogen-Methode*. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- OFFORD, D, BOYLE, MH, SZATMARI, P (1987) *Ontario Child Health study II.: Six-month prevalence rates and service utilization*. Arch Gen Psychiatry 44:832-836
- PETERMANN & PETERMANN (1997). *Training mit aggressiven Kindern* (8.überarbeitete Auflage), Weinheim: Psychologie Verlags Union
- PETERMANN, FRANZ (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie- und psychotherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen
- PETERMANN & STEIN (2000). *Entwicklungstest ET 6-6*. Frankfurt: Swets
- REVERS, W.J. & ALLESCH C.G. (1985). *Thematischer Gestaltungstest (Salzburg; TGT-S)*. Weinheim, Beltz
- RICHMAN und GRAHAM (1971). *A behavioral screening questionnaire for use with three year old children: Preliminary findings* Journal of Child Psychology and Psychiatry 12, 5-33
- RICHMAN (1977). *Is a behavior checklist for pre-school children useful?* In: P.J.Graham (Ed.): *Epidemiological approaches in child psychiatry*. New York: Academic Press
- SCHNEEWIND, KLAUS, SABINE WALPER UND JOHANNA GRAF (1994). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsmerkmale* Enzyklopädie der Psychologie, Bd.1
- SHIRK, J.F. & SAIZ, C.C. (1992). *Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy*, Development and Psychopathology; 9; 251-268

- SOMMER, G., DIEKER, J. & WIRTZ, CH. (1976). *Ein Fragebogen zur Lebensgeschichte*. Mitteilungen der Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 8, 288-297
- SPITZ R. (1947). *Anaclitic Depression*, The Psychoanalytic Study of the child, 2,313-342
- SPITZ R. (1945). *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. The Psychoanalytic Study of the child, 1, 53-74,
- STAABS (1995) *Sceno -Test*, Hans Huber Verlag, Göttingen
- STRATMANN, A., FRITZ RICKEN, G., SCHUCK K.-D., PREUSS U. (2000) *Hannover Wechsler Intelligenztest für das Vorschulalter- III (HAWIVA III)*, Hans- Huber Verlag, Göttingen
- TELLEGEN PJ, WINKEL M., WJINBERG-WILLIAMS BJ (1996). *Snijders-Omen Test*, SWETS Tests, Frankfurt am Main
- TENT, L. (1968). *Ein halbstandardisiertes psychodiagnostisches Kurzinterview*, Psychologie und Praxis, 12, 1-14
- TERMAN I.M., MERRILL MA (1957). *Stanford-Binet-Intelligenz-Test S-I-T*, Hogrefe- Verlag, Göttingen
- UNNERWEHR, S.SCHNEIDER & J.MARGRAF, (1995). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer
- VELEZ, CN, JOHNSON, J, COHEN, P (1989) *A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28:861-864
- VERHULST FC, VAN DER ENDE J, FERDINAND RF, KASUIS MC. (1997) *The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents*. Arch Gen Psychiatry 1997 Apr;54(4):329-36
- WISSOW LS, ROTER DL WILSON ME. (1994). *Pediatrician interview style and mother's disclosure of psychosocial issues*, Pediatrics Feb;93(2):289-95
- ZERO TO THREE (1994). *Diagnostic classification, 0-3: Diagnostic classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington, VA: Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs



# **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel:

## **Überprüfung der psychometrischen Parameter von CBCL 1 1/2-5 und C-TRF an einer deutschen Stichprobe**

im Zentrum für Psychiatrie der Johann Wolfgang Goethe Universität, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, unter der Leitung von Herrn PD Dr.med.U.Schmeck, ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Medizinischen Fakultät bzw. Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Frankfurt am Main, Januar 2003

## L E B E N S L A U F

**PHÖBE FELICITAS  
SFENDONIS, GEB. ELTING**

Kleine Höllbergstr.9  
60431 Frankfurt/Main  
geboren am 20.09.1973  
in Frankfurt/Main



<b>SCHULAUSBILDUNG</b>	1993	Abitur am Goethe-Gymnasium in Frankfurt/Main
<b>BERUFSAUSBILDUNG</b>	1993 - 1994	Ausbildung zur Krankenschwester am St.Markus Krankenhaus, Frankfurt/Main
	März 1995	Prüfung zur Krankenpflegehelferin am St.Marien Krankenhaus in Frankfurt/Main
<b>HOCHSCHULAUSBILDUNG</b>	Okt. 1994	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der J.-W.-von Goethe Universität in Frankfurt/Main
	Mai 2001	3.Staatsexamen
<b>PROMOTION</b>	Mai 1999-Dez. 2002	Prof.Dr. Poustka, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie der J.-W. Goethe Universität, Ffm. <u>Thema:</u> „Erfassung der psychometrischen Gütekriterien von CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5 und C-TRF“
<b>FAMULATUREN</b>	Feb.1997	Chirurgische Klinik, Schiffer-Krankenhaus, Frankfurt/Main
	Sept.1998	Kinderarztpraxis, Dr.Loew, Frankfurt/Main
	März 1999	Flughafenklinik, Frankfurt/Main
	Okt.1999	Themba Hospital, Mpumalanga, Südafrika
<b>ÄRZTIN IM PRAKTIKUM</b>	Seit Sept. 2001	Chirurgische Klinik, Bürgerhospital, Frankfurt/ Main
<b>ASSISTENZÄRZTIN IN DER WEITERBILDUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN</b>	Seit März 2003	Chirurgische Klinik, Bürgerhospital, Frankfurt/ Main
<b>DISPUTATION</b>	16.Juli 2004	

Frankfurt am Main, Juli 2004