

Manfred Döpfner · Franz Petermann

Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

3., überarbeitete Auflage



HOGREFE



Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie

Band 2

Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

von Prof. Dr. Manfred Döpfner und Prof. Dr. Franz Petermann

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,
Prof. Dr. Franz Petermann

Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

von
Manfred Döpfner und Franz Petermann

3., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. Manfred Döpfner, geb. 1955. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Prof. Dr. Franz Petermann, geb. 1953. Seit 1991 Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Universität Bremen, und seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die 1. Auflage des Buches ist 2000 unter der Autorenschaft Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Dietmar Heubrock und Franz Petermann erschienen.

© 2000, 2008 und 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen

Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2402-6

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Die Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter war in den letzten 30 Jahren mit der Publikation neuer Klassifikationssysteme für psychische Störungen und der Entwicklung einer Vielzahl von diagnostischen Verfahren einem erheblichen Wandel unterworfen. Die hauptsächlich an theoretische Konzepte und ätiologische Annahmen gebundene und kaum an strukturierten oder standardisierten Verfahren orientierte Diagnostik wurde durch ein Vorgehen abgelöst, das einer operationalisierten und damit möglichst reliablen Diagnostik verpflichtet ist. Neben der Tradition der kategorialen Diagnostik, die in den beiden international verbreiteten Klassifikationssystemen, der ICD-10 und dem DSM-IV-TR, weitergetragen wird, gewinnt die dimensional orientierte Diagnostik zunehmend an Bedeutung, da immer mehr die Vorstellung die Oberhand gewinnt, dass psychische Störungen als Endpunkte kontinuierlich verteilter Merkmale und nicht als diskrete klar von Normalität abgrenzbare Einheiten aufzufassen sind. Die empirische Forschung zeigt überzeugend, dass zur umfassenden Diagnostik psychischer Störungen verschiedene Informationsquellen sowie unterschiedliche Erfassungsmethoden genutzt werden müssen (*multimodale Diagnostik*). Standardisierte und aufeinander bezogene Verfahren sind hilfreich, die dabei anfallende Informationsmenge zu integrieren. Dennoch bleibt die klinische, halbstrukturierte, an den konkreten Problemen und Sorgen des Kindes und Jugendlichen sowie seiner Bezugspersonen orientierte Exploration das Herzstück der Diagnostik psychischer Störungen.

Trotz der Vielzahl der oft notwendigen diagnostischen Schritte muss die Praktikabilität im Auge behalten werden. In jedem einzelnen Fall müssen je nach individuellen und institutionellen Bedingungen die entsprechenden diagnostischen Schritte bestimmt werden. Allerdings sollte ein minimaler Standard, der in diesem Leitfaden definiert wird, nicht unterschritten werden. Je differenzierter unsere therapeutischen Strategien werden, umso notwendiger ist auch eine differenzierte Diagnostik. Der Leitfaden steht damit im Spannungsfeld zwischen als notwendig Erachtetem und in der Praxis Realisierbarem. Er soll aber auch dazu dienen, die für eine umfassende und zuverlässige Diagnostik in der klinischen Praxis notwendigen Rahmenbedingungen zu definieren. Der für eine solche Diagnostik nötige zeitliche Umfang wird wesentlich von der Komplexität und dem Schweregrad der Problematik des Kindes oder Jugendlichen sowie den familiären und weiteren psychosozialen Bedingungen bestimmt. In der Regel sind die hier vorgeschlagenen diagnostischen Strategien im Rahmen der in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie laut Psychotherapievereinbarung zulässigen fünf probatorischen Sitzungen und der zusätzlichen Möglichkeiten zur Durchführung spezifischer diagnostischer Verfahren zu leisten.

Dieser Leitfaden stellt das generelle diagnostische Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen dar. Auf spezifische Strategien im Rahmen von Begutachtungen (z. B. zum Sorgerecht, zur Glaubwürdigkeit oder zur Strafmündigkeit) kann in diesem Leitfaden nicht eingegangen werden. Der Leitfaden geht auch nicht auf spezifische diagnostische Strategien und Verfahren bei einzelnen Störungsbildern ein. Dies wird in den weiteren Bänden dieser Reihe *Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* erfolgen. Diese Bände zur Diagnostik und Behandlung spezifischer

Störungen beziehen sich in ihren Diagnostikleitlinien auf den hier vorliegenden Band und weisen auf die jeweils zu beachtenden Besonderheiten (z. B. spezifische Risiken zur Entwicklung der Störung, erhöhte Raten spezifischer komorbider Störungen) und auf ergänzende spezifische diagnostische Verfahren hin.

Der vorliegende Leitfaden basiert auf den Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter internationaler Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen, vor allem auf den Practice Parameters for Assessment of Children and Adolescents (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995, 1997, 2007) und den Standards für pädagogisches und psychologisches Testen der American Psychological Association und anderer Fachgesellschaften (1999; deutsch: Häcker, Leutner & Amelang, 1998).

Der Leitfaden unterteilt sich in insgesamt *vier Kapitel*:

- 1** Im ersten Teil des Buches werden die *Grundlagen der Diagnostik psychischer Störungen* im Kindes- und Jugendalter zusammenfassend dargestellt. Dabei wird vor allem die konzeptionelle Basis für die Leitlinien aufgezeigt.
- 2** Im zweiten Teil werden die *Leitlinien* zur Diagnostik
 - von psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern oder Jugendlichen,
 - von familiären Interaktionen und psychosozialen Bedingungen sowie
 - des Entwicklungsstandes, der intellektuellen und schulischen Fähigkeitenformuliert und ihre Umsetzung in die klinische Praxis dargestellt. In den abschließenden Kapiteln werden die Integration der Ergebnisse, die Bedingungsanalyse und die Vereinbarung von Therapiezielen ausgeführt.
- 3** Im dritten Kapitel sind einige wichtige publizierte *Verfahren* kurz und prägnant beschrieben, die in der Diagnostik psychischer Störungen und den damit zusammenhängenden Bedingungen eingesetzt werden können.
- 4** Das vierte Kapitel enthält *Materialien* zur Diagnostik, welche die Umsetzung der Leitlinien in die konkrete klinische Praxis erleichtern.

Außerdem wird dieser Band durch einen kompakten *Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen* (Döpfner & Petermann, 2008) ergänzt, der Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher enthält. Der Ratgeber informiert über die häufigsten Formen psychischer Störungen und gibt einen Überblick über Behandlungsmöglichkeiten.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen	1
1.1	Ziele und Aufgaben der Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	1
1.2	Kategoriale versus dimensionale Diagnostik	7
1.3	Das Konzept der evidenzbasierten multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik	19
1.4	Grundlagen und Konzepte der Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik	25
2	Leitlinien	29
2.1	Exploration der Eltern	31
2.1.1	Elternexploration: Basisdaten, Vorstellungsanlass, spontan berichtete Problematik und Erwartungen der Eltern	35
2.1.2	Elternexploration: Aktuelle psychische Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen	38
2.1.3	Elternexploration: Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen und positive Eigenschaften des Kindes/Jugendlichen	42
2.1.4	Elternexploration: Entwicklungsstand und schulische Leistungen des Kindes/Jugendlichen	43
2.1.5	Elternexploration: Familiärer und sozialer Hintergrund	46
2.1.6	Elternexploration: Entwicklungsgeschichte des Kindes/Jugendlichen	51
2.1.7	Elternexploration: Einstellungen zur Therapie	56
2.2	Exploration und psychopathologische Beurteilung des Kindes/Jugendlichen	57
2.3	Exploration der Erzieher oder Lehrer und Erhebung anderer Informationen vom Kindergarten oder von der Schule	68
2.4	Fragebogen- und Beobachtungsverfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik	74
2.4.1	Fragebogenverfahren	74
2.4.2	Beobachtungsverfahren	82
2.5	Projektive Verfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik	87
2.6	Spezielle Verfahren der Familien- und Interaktionsdiagnostik	90
2.7	Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik	98
2.7.1	Entwicklungsdiagnostik	102
2.7.2	Intelligenzdiagnostik	105
2.7.3	Diagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen und Teilleistungen	109
2.8	Integration der Ergebnisse	118
2.9	Bedingungsanalyse und Vereinbarung der Therapieziele	122

3	Verfahren zur Diagnostik	127
3.1	Verfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik	127
3.1.1	CASCAP-D: Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche	127
3.1.2	DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV	130
3.1.3	VBV 3-6: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder	132
3.1.4	CBCL: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen und davon abgeleitete Verfahren (CBCL 1½-5, CBCL/4-18 R, C-TRF 1½-5, TRF-R, YSR-R, ASR, ABCL).	133
3.1.5	SDQ: Fragebogen zu Stärken und Schwächen	138
3.1.6	LSL: Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten.	139
3.2	Verfahren zur Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik	140
3.2.1	ET 6-6: Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre	140
3.2.2	WPPSI-III: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, dt. Version	142
3.2.3	WISC-IV: Wechsler Intelligence Scale for Children, dt. Version.	144
3.2.4	AID 2: Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2 (Version 2.2)	145
3.2.5	K-ABC: Kaufman Assessment Battery for Children	147
3.2.6	SON-R 2½-7 und SON-R 6-40: Snijders-Oomen Non-verbale Intelligenztests	149
4	Materialien	151
M01	Explorationsschema für Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen (EPSKI)	152
M02	Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung (VEWU).	162
M03	Problembeurteilungsbogen PROBO	163
M04	Problemtagebuch PROTA	164
M05	Zielbeurteilungsbogen ZIEBO	164
M06	Detektivbogen.	165
M07	Satzergänzungstest	166
M08	Genogramm	167
M09	Normtabelle zur Beurteilung umschriebener Entwicklungsstörungen.	169
M10	Multiaxiale Diagnosedokumentation	170
5	Literatur	174

1 Grundlagen

1.1 Ziele und Aufgaben der Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter umfasst im Kern eine differenzierte Erhebung von psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen auf der Ebene des Denkens, der Affekte und des Verhaltens sowie der körperlichen, individuellen und psychosozialen Bedingungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Auffälligkeiten beitragen. *Hauptziel* der Diagnostik ist die Indikationsstellung und differenzierte Planung von psychologischen, psychosozialen oder medizinischen Interventionen zur Verminderung der psychischen Auffälligkeiten. In diesem Zusammenhang ist die prognostische Beurteilung des weiteren Verlaufes der psychischen Auffälligkeiten von besonderer Bedeutung. Diagnostisches Handeln kann man somit als Problemdefinitions-, Problemlöse- und Entscheidungsprozess beschreiben, der im Therapieverlauf stets wiederholt werden kann (Bellack & Hersen, 1998; Schulte, 1998).

**Hauptziel
von Diagnostik**

Im Verlauf des diagnostischen Prozesses sind somit folgende *Fragen* zu beantworten (modifiziert nach Cantwell, 1988; Cox, 1994):

Hauptfragen

1. Hat das Kind eine psychische Auffälligkeit?
2. Wenn eine psychische Auffälligkeit vorliegt, durch welche klinische Diagnose wird die Auffälligkeit am besten beschrieben und wie äußert sich die Auffälligkeit im Detail?
3. Welche Ursachen hat diese Auffälligkeit unter Berücksichtigung psychischer, familiärer, soziokultureller und biologischer Faktoren? Wie stark sind die Einflüsse dieser einzelnen Faktoren?
4. Welche Faktoren tragen zur Aufrechterhaltung der Problematik bei?
5. Welche Stärken und Kompetenzen haben das Kind und die Familie sowie das weitere psychosoziale Umfeld?
6. Wie ist vermutlich der weitere Verlauf der Auffälligkeit, wenn sie nicht behandelt wird?
7. Ist eine Intervention notwendig?
8. Welche Interventionen sind vermutlich am erfolgreichsten?

Für den diagnostischen Prozess lassen sich somit folgende Ziele identifizieren (vgl. auch Kanfer et al., 2006; Schulte, 1998; Döpfner & Görtz-Dorten, 2008; Döpfner & Borg-Laufs, 2007):

**Ziele von
Diagnostik**

- *Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.* Diagnostik steht am Anfang einer mitunter längerfristigen therapeutischen Arbeit mit dem Kind oder Jugendlichen und seinen Bezugspersonen. In den ersten

**erste
Kontakte
wichtig**

Kontakten werden häufig wesentliche Weichen für die weitere Entwicklung der Arbeitsbeziehung zwischen dem Therapeuten und dem Kind/Jugendlichen sowie seinen Bezugspersonen gestellt. Daher muss von Anfang an dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sowohl zum Kind oder Jugendlichen als auch zu den Bezugspersonen eine besondere Beachtung geschenkt werden (Petermann, 2012).

häufig vage
Beschwerden

- *Transformation vager Beschwerden in konkrete Fragestellungen.* Häufig stehen am Anfang des diagnostischen Prozesses vage Beschwerden oder globale Beschreibungen von Problemen des Kindes/Jugendlichen durch das Kind/den Jugendlichen selbst, durch seine Eltern oder andere Bezugspersonen (z. B. Lehrer/Erzieher). Aufgabe des diagnostischen Prozesses ist es, diese vagen Beschwerden und globalen Problembeschreibungen durch eine gezielte Exploration und durch andere diagnostische Methoden in konkrete Fragestellungen umzusetzen. Bezogen auf Probleme und Beschwerden, die vom Kind geäußert werden, ist die Berücksichtigung des Entwicklungsstandes des Kindes oder Jugendlichen von entscheidender Bedeutung. Darüber hinaus geben das Kind/der Jugendliche selbst und seine Bezugspersonen häufig divergierende Problembeschreibungen ab. Im Verlauf der Informationssammlung müssen daher auch die verschiedenen Sichtweisen, Beschwerden und Problemdefinitionen aller an dem diagnostischen Prozess Beteiligten konkretisiert und einander gegenüber gestellt werden.

Diagnose als
Raster

- *Kategoriale diagnostische Einordnung.* Das Ergebnis der detaillierten Informationssammlung führt zu einer *kategorialen Diagnose* auf verschiedenen Ebenen oder Achsen (siehe Kap. 1.2). Diese kategoriale Einordnung liefert ein erstes Raster, das für die Interventionsplanung hilfreich, wenn auch nicht ausreichend ist. So ist es für die Interventionsplanung von Bedeutung, ob beispielsweise ein aggressives Verhalten im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens, einer ADHS, einer autistischen, einer schizophrenen, einer depressiven Störung oder einer Anpassungsstörung auftritt und ob bei dem Patienten eine durchschnittliche Begabung, eine Lernbehinderung oder geistige Behinderung vorliegt.

detaillierte
Beschreibung

- *Differenzierte Erfassung der psychischen Auffälligkeiten sowie der psychosozialen Belastungen des Patienten.* Die kategoriale Einordnung der psychischen Auffälligkeit ist hilfreich, vor allem weil sie die Kommunikation zwischen Experten erleichtert und die weiteren diagnostischen sowie therapeutischen Schritte spezifizieren kann. Darüber hinaus bedarf jedoch die weitere Interventionsplanung einer detaillierten Beschreibung der psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen, seiner kognitiven (einschließlich der motorischen, verbalen und visuellen) Defizite und Fähigkeiten sowie der psychosozialen Bedingungen, unter denen das Kind lebt. Die einzelnen Auffälligkeiten lassen sich auf der Verhaltensebene,

der emotionalen und der kognitiven Ebene erfassen. Sie werden hinsichtlich ihrer Ausprägung (Intensität), Häufigkeit und ihrer Dauer beschrieben. Mit diesem Vorgehen werden kategoriale und dimensionale Konzepte der Diagnostik miteinander verbunden (siehe Kap. 2.1).

- *Erfassung spezieller Ressourcen und Kompetenzen des Patienten und seines psychosozialen Umfeldes.* Die Erfassung von Kompetenzen des Patienten, seiner speziellen Fähigkeiten und Interessen sowie der Ressourcen im psychosozialen Umfeld stellen eine weitere Grundlage für die Interventionsplanung dar, weil Ressourcen und Kompetenzen in der Therapie zur Verminderung der psychischen Auffälligkeiten des Kindes oder Jugendlichen genutzt werden können (Petermann & Schmidt, 2009).
- *Differenzierte Erfassung der situativen Bedingungen, unter denen das Verhalten auftritt und unter denen es erworben wurde.* Die diagnostischen Informationen werden im Rahmen einer Bedingungsanalyse in ein *hypothetisches Bedingungsmodell* über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung integriert. Hierzu müssen die situativen Bedingungen erfasst werden, unter denen die Auffälligkeiten auftreten, unter denen sie ursprünglich erworben wurden sowie jene Bedingungen, welche die Auffälligkeiten aufrecht erhalten.
- *Selektive Indikationsentscheidungen.* Auf der Basis der kategorialen diagnostischen Einordnung und der differenzierten Beschreibung der psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen, der kognitiven Fähigkeiten und Defizite, der körperlichen Funktionen und der psychosozialen Belastungen und Ressourcen können Entscheidungen über die therapeutische Strategie und die einzelnen Interventionsschritte getroffen werden.
- *Erfassung von Störungskonzepten, Therapieerwartungen und Therapiezielen.* Die Erfassung von subjektiven Störungskonzepten, das heißt von Vorstellungen des Kindes/Jugendlichen und seiner Bezugspersonen hinsichtlich der Ursachen der Problematik sowie der notwendigen Maßnahmen, kann für die Interventionsplanung von entscheidender Bedeutung sein. Zusammen mit den Therapieerwartungen sowie den Therapiezielen des Patienten und seiner Bezugspersonen stellen diese Informationen eine wesentliche Grundlage für eine Motivationsanalyse dar. Häufig differieren die Störungskonzepte, Therapieerwartungen und Therapieziele des Kindes/Jugendlichen und der verschiedenen Bezugspersonen.
- *Klärung des therapeutischen Auftrags.* Mit verschiedenen Problemsichtweisen sind häufig auch unterschiedliche therapeutische Aufträge verknüpft. Im Unterschied zur Erwachsenenpsychotherapie ist der Therapeut bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen häufig mit verschiedenen Auftraggebern konfrontiert. Meist wird die Vorstellung des Kindes oder Jugendlichen unmittelbar von den Eltern veranlasst, welche die Vorstellung entweder aus eigenem

Bedingungs-
analyse

häufig
verschiedene
Erwartungen

verschiedene
Aufträge

Antrieb vornehmen oder von anderen Personen und Institutionen (Erzieher, Lehrer, Verwandte, Ärzte, Jugendamt) dazu angeregt oder gar gedrängt werden. Zwar stellen die Eltern in aller Regel die primären Auftraggeber dar, doch ist die Spezifizierung und Klärung des therapeutischen Auftrages, der vom älteren Kind oder Jugendlichen selbst, vom Vater, von der Mutter und von anderen wichtigen Bezugspersonen oder Institutionen ausgeht, eine wesentliche Aufgabe des diagnostischen Prozesses.

Änderungs-
motivation
oft nicht
vorhanden

- *Aufbau von Änderungsmotivation.* Vor allem Kinder, häufig aber auch Jugendliche, suchen im Gegensatz zu Erwachsenen eine Therapie nicht aus einem Leidensdruck oder einem Problembewusstsein heraus auf, sondern sie werden meist von erwachsenen Bezugspersonen vorgestellt. Häufig muss daher beim Kind/Jugendlichen, nicht selten aber auch bei Bezugspersonen, eine tragfähige Änderungsmotivation aufgebaut werden.
- *Therapiebegleitende Diagnostik.* Die Ergebnisse der Therapie werden schließlich in einer *kontinuierlichen Verlaufskontrolle* überprüft. Im Rahmen dieser Verlaufskontrollen können auch weitergehende diagnostische Maßnahmen erneut indiziert sein, therapeutische Aufträge und Therapieziele können sich verändern sowie die Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung der Auffälligkeit beitragen.

Vor dem Hintergrund rapider Entwicklungsveränderungen im Kindes- und Jugendalter ist eine entwicklungsorientierte Herangehensweise in der Diagnostik psychischer Störungen unabdinglich (Esser & Petermann, 2010). Die für den diagnostischen Prozess ausgewählten diagnostischen Vorgehensweisen müssen erstens dem Entwicklungsstand des Patienten gerecht werden (*entwicklungsorientierte Diagnostik*) und sie müssen zweitens berücksichtigen, dass sich psychische Auffälligkeiten in den einzelnen Entwicklungsstufen verschieden manifestieren.

klinische
Exploration
= Grundlage

Der diagnostische Prozess verläuft in der Regel in mehreren *Stufen*, die in Abbildung 1 dargestellt sind (vgl. Döpfner & Görtz-Dorten, 2008). Grundlage und unverzichtbare Komponente der Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter stellt die ausführliche klinische Exploration der Eltern, des Kindes/Jugendlichen selbst und anderer wichtiger Bezugspersonen (z. B. Erzieher oder Lehrer) dar. Diese klinische Exploration bezieht sich im Kern sowohl auf die psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen, einschließlich deren Entstehung und Verlauf als auch auf die kognitiven (einschließlich der motorischen, verbalen und visuellen) Defizite und Fähigkeiten, die körperlichen Funktionen und die familiären und weiteren psychosozialen Bedingungen, unter denen das Kind lebt.

Auf der Grundlage dieser klinischen Exploration können *weitere diagnostische Verfahren* eingesetzt werden, die eine differenzierte Erfassung von

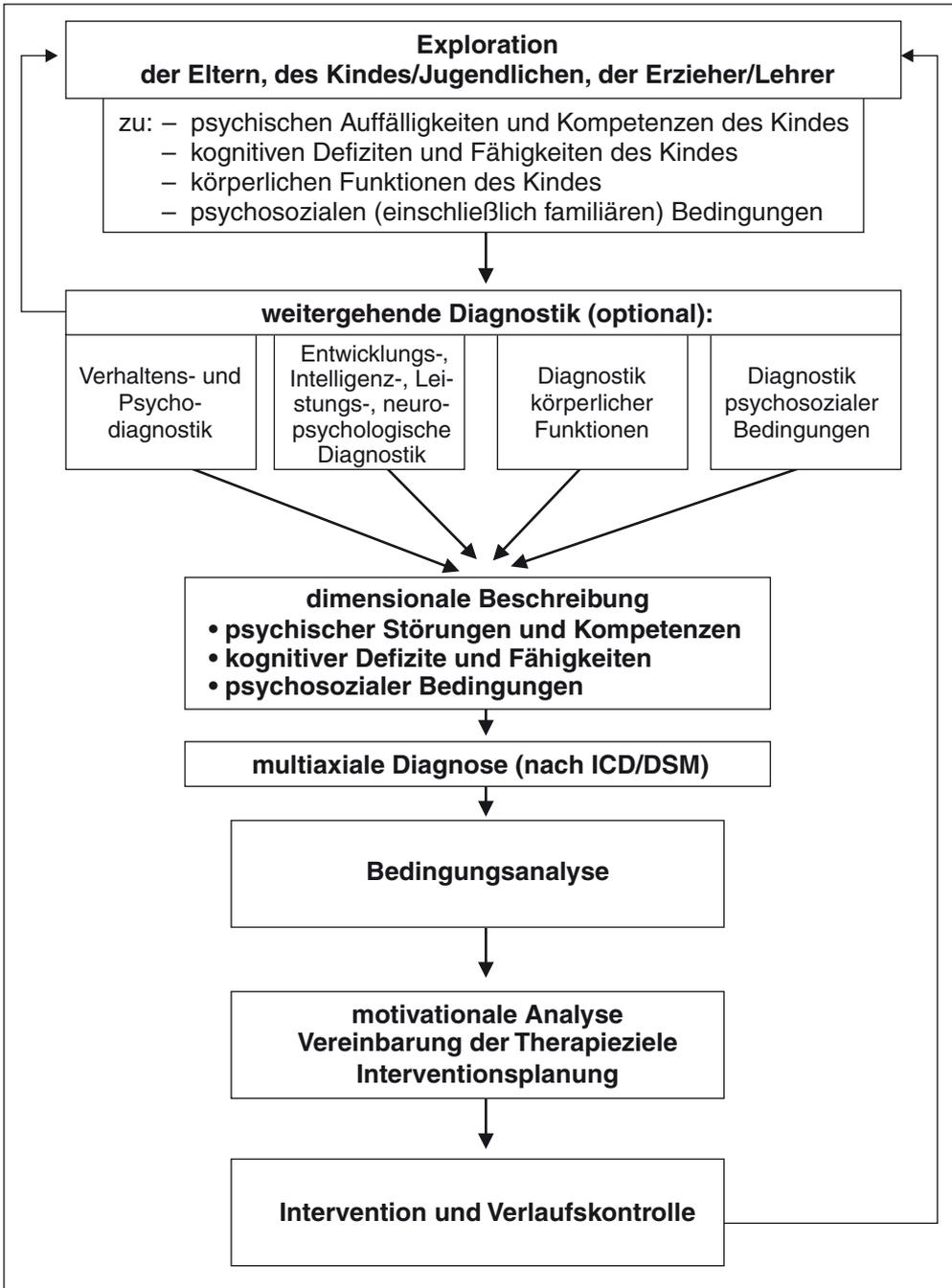


Abbildung 1: Der diagnostische Prozess (nach Döpfner & Görtz-Dorten, 2008, S. 150).

- psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen (*Verhaltens- und Psychodiagnostik*),
- kognitiven (einschließlich der motorischen, verbalen und visuellen) Defiziten und Fähigkeiten (*Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs- und neuropsychologische Diagnostik*),
- körperlichen Funktionen (*medizinische Diagnostik*) und
- psychosozialen Bedingungen (*Familien- und Interaktionsdiagnostik und Diagnostik weiterer psychosozialer Bedingungen*)

Methoden ermöglichen. Dabei können verschiedene *diagnostische Methoden* eingesetzt werden, vor allem:

- standardisierte Fragebogenverfahren,
- Methoden der Verhaltensbeobachtung,
- psychologische Testverfahren,
- körperliche Untersuchungen,
- apparative Verfahren zur psychologischen oder medizinischen Diagnostik.

In der Regel ist eine ausführliche Verhaltens- und Psychodiagnostik unabdingbar und andere Verfahren zur Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs- und neuropsychologischen Diagnostik, zur medizinischen Diagnostik oder zur Familien- und Interaktionsdiagnostik sowie zur Diagnostik weiterer psychosozialer Bedingungen werden je nach Indikation eingesetzt. Die Ergebnisse dieser weiterführenden Diagnostik können eine weitere Exploration hinsichtlich bestimmter Aspekte anstoßen.

Integration der Befunde

Die *Integration* der diagnostischen Ergebnisse führt

- zu einer *dimensionalen Beschreibung* der psychischen Störungen und Kompetenzen, der kognitiven Defizite und Fähigkeiten und der psychosozialen Bedingungen;
- zu einer *kategorialen Diagnose* auf der Grundlage entweder der International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (2004, 2005) oder des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) der American Psychiatric Association (deutsch: Saß et al., 2003). Die kategoriale Diagnose bezieht sich in den multiaxialen Fassungen dieser Klassifikationsschemata auf die psychischen Störungen, die spezifischen Entwicklungsstörungen, das Intelligenzniveau, die körperlichen Erkrankungen und die psychosozialen Bedingungen (siehe Kap. 1.2).

Bedingungsanalyse zu Zusammenhängen

Auf der Grundlage dieser Befunde lässt sich im nächsten Schritt eine *Bedingungsanalyse* durchführen, in der ein hypothetisches Modell über die intrapsychischen, psychosozialen und biologischen Faktoren entwickelt wird, die zur Entstehung der psychischen Störung und ihrer Aufrechterhaltung beitragen. Danach kann eine motivationale Analyse durchgeführt

werden, in der die Änderungsmotivation aller Beteiligten exploriert wird und die schließlich in die Vereinbarung von Therapiezielen und die konkrete Therapieplanung mündet. Die Effekte der Intervention werden durch eine Verlaufskontrolle überprüft, in deren Rahmen sich auch noch einmal die Aufnahme ergänzender diagnostischer Schritte als notwendig erweisen kann.

1.2 Kategoriale versus dimensionale Diagnostik

In der Diagnostik psychischer Störungen lassen sich zwei Ansätze unterscheiden, die mit verschiedenen Traditionen verknüpft sind, aber in letzter Zeit zunehmend konvergieren (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1997; Döpfner & Görtz-Dorten, 2010):

- In der *kategorialen Diagnostik* werden psychische Störungen als diskrete, klar voneinander und von psychischer Normalität abgrenzbare und unterscheidbare Störungseinheiten beschrieben. Diesem kategorialen Ansatz sind die beiden wichtigsten klinischen Klassifikationssysteme, die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD) der Weltgesundheitsorganisation, die in ihrer zehnten Version vorliegt (ICD-10) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association in seiner vierten Version (DSM-IV-TR) verpflichtet.
- Durch eine *dimensionale Diagnostik* werden psychische Merkmale einer Person entlang eines Kontinuums erfasst und beschrieben. Sie basiert auf der methodischen Grundlage der Psychometrie und multivariater statistischer Verfahren und beschreibt psychische Auffälligkeiten anhand von empirisch gewonnenen Dimensionen.

Störungen
= diskrete
Einheiten

Störungen =
Dimensionen

Beide Konzepte unterscheiden sich bereits im Ansatz voneinander – der kategorialen Diagnostik liegt eine *Diskontinuitätsannahme* zugrunde, die eine klare Grenze, mitunter auch einen qualitativen Sprung, zwischen normalen und abnormen psychischen Phänomenen postuliert. Sie beinhaltet sich gegenseitig weitgehend ausschließende Kategorien und steht in der Tradition der medizinischen Diagnostik. Ein dimensionales System klassifiziert psychische Auffälligkeiten dagegen nicht durch die Zuweisung zu Kategorien, sondern anhand kontinuierlich verteilter Merkmale. Ihr liegt somit eine *Kontinuitätsannahme* zugrunde, nach der es nahtlose Übergänge zwischen normalen und abnormen psychischen Phänomenen gibt. Abbildung 2 stellt die Unterschiede zwischen kategorialer und dimensionaler Diagnostik beispielhaft grafisch dar. In einem Raum, der beispielsweise durch die Dimensionen Hyperaktivität, Aggressivität und Depressivität definiert wird, lassen sich einzelne Individuen entsprechend ihrer Ausprägung auf diesen Dimensionen lokalisieren und beschreiben. Die kategoriale Klassifikation verlangt

Unterschiede
der Konzepte

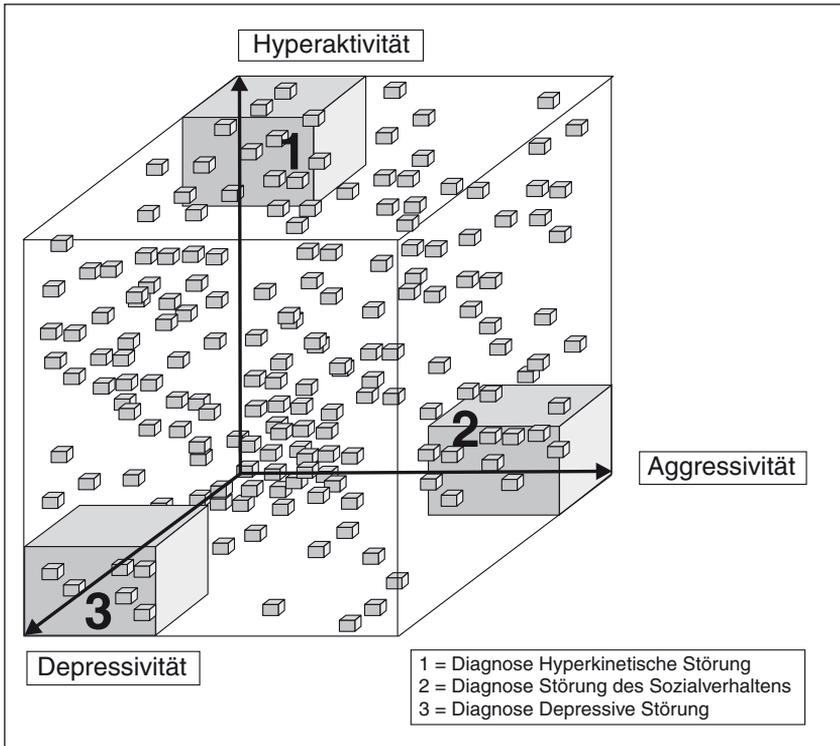


Abbildung 2: Vergleich von kategorialer und dimensionaler Diagnostik (aus Döpfner & Lehmkuhl, 1997).

dagegen, wie Abbildung 2 zeigt, die Bestimmung von Grenzwerten, die eine Zuordnung der Individuen zu den diskreten Diagnoseklassen ermöglichen (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1997).

Kategoriale Diagnostik

ICD-10 und
DSM-IV-TR

Die beiden international verbreiteten Systeme zur Klassifikation psychischer Störungen, die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) der American Psychiatric Association sind der kategorialen Diagnostik verpflichtet. Im deutschen Sprachraum liegt zudem das aus dem ICD-10 abgeleitete Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters vor (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2005). Diese Systeme gelten als Substrat klinischer Erfahrungen und empirischer Untersuchungen und bilden den kleinsten gemeinsamen Nenner in der Klinischen Kinderpsychologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. In den aktuellen Versionen ist eine deutliche Konvergenz beider Klassifikationssysteme festzustellen. Beide Systeme

basieren auf dem Prinzip *operational* definierter Diagnosekategorien, d. h. der expliziten Angabe von Kriterien und diagnostischen Entscheidungsregeln. Die Kriterien beziehen sich bei allen Diagnosen auf das Erscheinungsbild der Störungen (Symptome), gelegentlich auch auf ihren Verlauf. Ätiologische Konzepte, die in früheren Klassifikationen häufig angewandt wurden, entfallen bei den meisten Diagnosen, weil sie für die meisten Störungen nicht als gesichert gelten können. Ätiologische Gesichtspunkte fließen nur in die Definition von organisch bedingten Störungen, von Anpassungsstörungen sowie von Bindungsstörungen ein, da bei diesen Störungen weitgehende Einigkeit hinsichtlich der Störungsgenese besteht. Bei mehreren Störungsbildern sind die Diagnosekriterien beider Systeme völlig identisch; bei anderen Störungsbildern unterscheiden sich die Systeme dagegen in Einzelkriterien. Die Diagnosen beider Systeme sind daher weitgehend, jedoch nicht vollständig miteinander vergleichbar.

**operationale
Kriterien**

Außerdem existieren auch weiterhin zwischen beiden Systemen grundlegende Unterschiede in der Konzeption. Für ICD-10 wurden sowohl klinisch-diagnostische Leitlinien (WHO, 2005) als auch Forschungskriterien (WHO, 2004) erarbeitet; DSM-IV-TR liegt dagegen in einer einheitlichen Fassung vor, die sowohl für die Praxis als auch für die Forschung genutzt wird. Die klinisch-diagnostischen Leitlinien des ICD-10 beinhalten eine umfassende Beschreibung der Störung und lassen dem Untersucher einen relativ großen diagnostischen Spielraum, da sie entweder auf strikt formulierte und operationalisierte diagnostische Kriterien verzichten oder eine relativ weiche Definition der Diagnosekriterien vornehmen, die im allgemeinen unter dem Grenzwert der Diagnosekriterien von DSM-IV-TR liegen. Die Forschungskriterien dagegen beinhalten strenge und eindeutig operationalisierte Kriterien, die wissenschaftlichen Untersuchungen dienen und zu einer Stichprobenhomogenisierung beitragen sollen. Bei vielen Diagnosen stimmen DSM-IV-TR-Kriterien und ICD-10-Forschungskriterien in der Formulierung weitgehend überein, allerdings liegen die Grenzwerte der ICD-10-Forschungskriterien für eine Diagnose (Anzahl der zu erfüllenden Kriterien) gelegentlich über jenen von DSM-IV-TR.

**Unter-
schie-
de:
ICD-10 und
DSM-IV-TR**

Obwohl beide Diagnosesysteme voneinander möglichst klar abgegrenzte diagnostische Einheiten beschreiben, werden *multiple Diagnosen* ausdrücklich zugelassen, wobei in der ICD-10 durch die Definition von Kombinationsdiagnosen bei jenen Störungsbildern, die häufig gemeinsam auftreten, Mehrfachdiagnosen stärker vermieden werden als im DSM-IV-TR. So wird in der ICD-10 beispielsweise die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens gestellt, wenn sowohl eine hyperkinetische Störung als auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt, während im DSM-IV-TR in diesem Fall zwei Diagnosen vergeben werden.

**multiple
Diagnosen**

ICD-10 beschreibt psychische Störungen in zehn *Hauptgruppen* (F0 bis F9), die in Tabelle 1 dargestellt sind. Das DSM-IV-TR weist eine