

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes (Homburg/Saar)

**Die Validierung des „Diagnostic Infant Preschool Assessment“
(DIPA) unter Einbeziehung von klinischem Urteil und praxisori-
entierten Diagnoseinstrumenten**

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes
2018*

vorgelegt von:

Michelle Kathleen Miriam Maier
geboren am 19.12.1990 in Hannover
Institutsleiter: Prof. Dr. Alexander von Gontard

Tag der Promotion:

Dekan: Prof. Dr. M. Menger

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Alexander von Gontard

Für meine Mutter, die mir meinen Lebensweg ermöglicht hat.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	6
1.1	Deutsche Zusammenfassung.....	6
1.2	English abstract	7
2	Einleitung	8
2.1	Einführung	8
2.2	Theoretischer Hintergrund.....	9
2.2.1	Entwicklungspsychopathologie	9
2.2.2	Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter	10
2.2.3	Bedeutung frühzeitiger Intervention	11
2.2.4	Klassifikationssysteme	13
2.2.4.1	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)	13
2.2.4.2	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).....	13
2.2.4.3	Research Diagnostic Criteria- Preschool Age (RDC-PA).....	14
2.2.4.4	Zero to three (DC:0-3R).....	14
2.2.5	Herausforderungen in der Diagnostik	15
2.2.6	Diagnostik.....	16
2.2.6.1	Allgemeine Diagnostik	16
2.2.6.2	Standardisierte Diagnostik.....	17
2.3	Strukturierte psychiatrische Interviews	18
2.3.1	Entwicklung	18
2.3.2	Child and Adolescent Assessment (CAPA)	18
2.3.3	Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA).....	19
2.3.4	Diagnostic Infant Preschool Assessment (DIPA).....	20
2.3.4.1	Validierung in den USA	21
2.3.4.2	Statistische Auswertung der US-amerikanischen Studie	22
2.3.4.3	Studienkohorte der US-amerikanischen Studie	22
2.3.4.4	Ergebnisse der Validierung	23
2.3.4.4.1	Retest-Reliabilität	23
2.3.4.4.2	Übereinstimmungsvalidität der US-amerikanischen Studie	25
2.3.4.4.3	Zusammenfassung der US-amerikanischen Studienergebnisse	25
2.3.4.5	Verbreitung des DIPA	26
2.3.4.6	Bisheriger Einsatz des DIPA in klinischen Studien	27
2.3.5	Störungsbilder	30
2.3.5.1	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) (F90.0).....	30
2.3.5.2	Störung des Sozialverhaltens (F91) / mit oppositionellem Verhalten (F91.3)	
	32	
2.3.5.3	Bindungsstörungen (F94).....	33
2.3.5.4	Angststörungen (F41).....	34
2.3.5.5	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1)	36

2.3.5.6	Schlafstörungen (F51)	38
2.3.5.7	Depressive Störungen (F32)	39
2.3.5.8	Weitere Störungsbilder	40
2.4	Hypothesen.....	41
3	Material und Methodik.....	42
3.1	Ablauf der Studie	42
3.2	Verwendete Diagnoseinstrumente und Dokumente	43
3.2.1	DIPA.....	43
3.2.2	CBCL 1 ½ -5 und C-TRF 1 ½ -5	45
3.2.3	VBV-EL 3-6 und VBV-ER 3-6.....	47
3.2.4	Preschool Feelings Checklist (PFC)	50
3.2.5	Klinische Diagnosen.....	51
3.3	Statistische Auswertung	51
4	Ergebnisse und Auswertung	53
4.1	Deskriptive Statistik	53
4.1.1	Stichprobe	53
4.2	Ergebnisse der DIPA Auswertung	55
4.2.1	Ergebnisse der deskriptiven Statistik des DIPA.....	55
4.3	Ergebnisse der CBCL 1 ½ -5.....	56
4.3.1	Ergebnisse der deskriptiven Statistik der CBCL 1 ½ -5.....	56
4.3.2	Korrelationen DIPA-CBCL 1 ½ -5	57
4.4	Ergebnisse der C-TRF 1 ½ -5	59
4.4.1	Ergebnisse der deskriptiven Statistik der C-TRF 1 ½ - 5.....	59
4.4.2	Korrelationen DIPA - C-TRF 1 ½	60
4.5	Ergebnisse der PFC	61
4.5.1	Deskriptive Statistiken der PFC	61
4.5.2	Korrelationen zwischen dem DIPA und der PFC	62
4.6	Ergebnisse des VBV 3-6	63
4.6.1	Ergebnisse der deskriptiven Statistik des VBV 3-6.....	63
4.6.2	Korrelationen des DIPA mit dem VBV der Eltern.....	65
4.6.3	Korrelationen des DIPA mit dem VBV 3-6 der Erzieherinnen.....	66
4.7	Ergebnisse der klinischen Diagnosen	68
4.7.1	Ergebnisse der deskriptiven Statistik der klinischen Diagnosen.....	68
4.7.2	Korrelation zwischen dem DIPA und den erhobenen klinischen Diagnosen	69
5	Diskussion und Zusammenfassung	72
5.1	Fragestellungen	72
5.1.1	Fragestellung 1 und 2	72
5.1.1.1	DIPA	72
5.1.1.2	VBV 3-6	80
5.1.1.3	PFC.....	82
5.1.1.4	CBCL 1 ½ - 5 und C-TRF 1 ½ - 5.....	83

5.1.2	Fragestellung 3	87
5.1.3	Fragestellung 4	90
5.1.4	Fragestellung 5	93
5.1.5	Fragestellung 6	95
5.2	Diskussion der Hypothesen	97
5.2.1	Hypothese 1	97
5.2.2	Hypothese 2	98
5.2.3	Hypothese 3	99
5.3	Diskussion des DIPA	99
5.4	Stärken, Schwächen und Limitationen der Studie	104
6	Zusammenfassung und Ausblick	109
7	Quellen	110
7.1	Literaturverzeichnis	110
7.2	Tabellenverzeichnis	128
8	Anhang	131
8.1	DIPA	131
8.2	DIPA Lösungsschema	180
8.3	Email Anhang von Herrn Scheeringa (erhalten im Rahmen einer Email Kommunikation)	181
8.4	Aufklärung und Einverständniserklärungen	184
8.4.1	Studie der Universitätsklinik Homburg (Saar)	184
8.4.1.1	Flyer	184
8.4.1.2	Ethikkommission	186
8.4.1.3	Aufwandsentschädigung	188
8.4.2	Studie der Universität Marburg	189
8.4.2.1	Eltern	189
8.4.2.2	Erzieher	193
8.5	Korrelationen	196
8.5.1	DIPA-Fragebögen der Eltern	196
8.5.2	Korrelationen der DIPA- Diagnosen mit den Fragebögen der Erzieher	201
8.5.3	DIPA-klinische Diagnosen	205
8.6	Danksagung	212
8.7	Lebenslauf	213
8.8	Eidesstattliche Erklärung	214

Abkürzungsverzeichnis

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
APA	American Psychological Association
ASS	Autismus-Spektrum-Störungen
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment
CBCL	Child Behavior Checklist
CGAS	The Children's Global Assessment Scale
Conners-EC	Conners Early Childhood Fragebogen
CSHQ	Children's Sleep Habits Questionnaire
CTBQ-Set	Child Temperament and Behavior Questionnaire-Set
CTRF	Caregiver-Teacher Report Form
CY-BOCS	Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents
DICA-PPC	Diagnostic Interview of Children and Adolescents for Parents of Preschool Children
DIPA	Diagnostic Infant and Preschool Assessment
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DISYPS II	Diagnostiksystem für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche- II
ECSA	Early Childhood Screening Assessment
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HKS	Hyperkinetisches Syndrom
HKSSV	hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
HZI-K	Hamburger Zwangsinventar
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDS-P	Intelligence and Development Scales-Preschool
KID-NET	Narrative Expositionstherapie für Kinder
K-SADS	Kiddy-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kin- des- und Jugendalters
MPTT-KJ	Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie für Kinder und Jugendliche
NWD	Night Waking Dyssomnia (deutsch: Durchschlafstörung)
ODD	Oppositional Defiant Disorder (deutsch: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten)
PAPA	Preschool Age Psychiatric Assessment
PDD	Pervasive Developmental Disorders
PEDS-ES	Pediatric Emotional Distress Scale
PFC	Preschool Feeling Checklist
PITT-KJ	Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder-und Jugendliche
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung (engl. PTSD)
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (s. PTBS)
PTSD-PAC	Posttraumatic Stress Disorder - Preschool Age Children
PTSDSSI-D	Posttraumatische Belastungsstörung- semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder
RABI	Rochester Adaptive Behavior Inventory
RAD	Reactive Attachment Disorder of Childhood (deutsch: Bindungsstörung)
RDC-PA	Research Diagnostic Criteria-Preschool Age
SAD	Separation Anxiety Disorder
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SOD	Sleep Onset Dissomnia
TF-KBT	Traumafokussierte kognitiv-behaviorale Therapie
TSCYC	Trauma Symptoms Checklist for Young Children
VBV	Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder
WHO	World Health Organisation

WPPSI
YMRS
YSR
ZWIK-E

Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence
Young Mania Rating Scale
Youth Self Report
Zwangsinventar für Kinder- und Jugendliche

1 Zusammenfassung

1.1 Deutsche Zusammenfassung

Psychiatrische Erkrankungen im Vorschulalter gewinnen immer mehr an Bedeutung, weshalb ihre frühzeitige Diagnosestellung und die Entwicklung passender Diagnoseinstrumente wichtig ist.

In der hier vorgelegten Dissertation wird untersucht, inwieweit das von Michael Scheeringa veröffentlichte US-amerikanische, semistrukturierte Interview „Diagnostic Infant Preschool Assessment“ (DIPA) als Untersuchungsinstrument in einer kinderpsychiatrischen Spezialambulanz für Klein- und Vorschulkinder in Homburg (Saar) valide ist.

An einer Stichprobe von 60 Kindern im Alter von 3 - 6,6 Jahren (Mittelwert 4,88) wurde mit mindestens einem Elternteil das DIPA durchgeführt und nach Auswertung die zugehörige Diagnose vergeben. Zusätzlich füllten die Eltern sowie die jeweiligen Erzieher/innen diagnostische Fragebögen (CBCL 1 ½-5, C-TRF 1 ½ -5, VBV 3-6, PFC, SDQ und Conners-EC) aus. Darüberhinaus wurden die klinischen Diagnosen erfasst, die in der Spezialambulanz nach abgeschlossener Diagnostik vergeben wurden. Im Rahmen der Validitätsprüfung wurden die Ergebnisse des DIPA mit denen der Fragebögen und der klinischen Diagnostik verglichen.

Die Auswertungen zeigten, dass die häufigsten mittels DIPA vergebenen Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (55%), ADHS (Subtyp Hyperaktivität) (38,3%) und Einschlafstörungen (33,3%) gewesen sind. In seiner Gesamtheit betrachtet wurden mittels DIPA schwerpunktmäßig externalisierende Störungen diagnostiziert (61,7%,).

Es ergaben sich unter anderem signifikante Korrelationen zwischen den DIPA-Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($r = .434^{**}$), soziale Phobie ($r = .432^{**}$), Störungen des Sozialverhaltens ($r = .404^{**}$) und Trennungsangst ($r = .390^{**}$) und den klinischen Diagnosen.

Das DIPA zeigt sich in dieser Studie als valides Diagnoseinstrument, welches signifikante Korrelationen sowohl im Bereich von externalisierenden als auch internalisierenden Störungen aufweist. Noch ausstehende Validierungsstudien aus anderen Ländern werden zeigen, ob sich dort ähnliche Ergebnisse finden lassen.

1.2 English abstract

Since psychiatric disorders are increasingly diagnosed among patients in preschool age, a demand for diagnostic instruments is emerging.

This dissertation is based on the German version of the DIPA, which has been administered to 60 caregivers of patients aged 3 - 6.60 years at a specialized psychiatric outpatient clinic for infants, toddlers and preschoolers in Homburg (Saar). Furthermore, the caregivers have completed several diagnostic questionnaires which were used to calculate correlations to the DIPA-diagnoses. In addition to the VBV 3-6, PFC, SDQ, Conners-EC, CBCL 1 ½ -5 and C-TRF 1 ½ -5, the diagnoses established by the responsible doctor in the medical reports have been included, as well.

The data analysis has shown that most of the participating children have been diagnosed with oppositional defiant disorder (ODD) (55%), ADHD (hyperactive-impulsive subtype) (38,3%) and sleep onset dyssomnia (33,3%) based on the DIPA. The majority of the diagnoses were externalising disorders (61,7%).

The DIPA showed particular significant correlations with the diagnoses Oppositional Defiant Disorder (ODD) ($r = .434^{**}$), Social Phobia ($r = .432^{**}$), Conduct Disorder ($r = .404^{**}$) and Separation Anxiety Disorder (SAD) ($r = .390^{**}$) and the clinical diagnosis.

In summary, the DIPA has shown to be a valid diagnostic instrument with promising results, based upon the German sample.

Validation studies underway in other countries will show whether these come to similar findings.

2 Einleitung

2.1 Einführung

Psychiatrische Erkrankungen im Vorschulalter gewinnen immer mehr an Bedeutung insbesondere hinsichtlich ihrer Prävalenzen, ihrer Langzeit- beziehungsweise Spätfolgen und ihrer diagnostischen Herausforderungen.

Laut Matijasevich et al. (2014), Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye und Rohde (2015) und Wichstrøm, Berg-Nielsen, Angold, Egger, Solheim und Sveen (2012) werden weltweit vermehrt psychiatrischen Auffälligkeiten im Vorschulalter diagnostiziert. Neueste Studien gehen mittlerweile davon aus, dass ungefähr 17% aller Vorschulkinder an psychiatrischen Auffälligkeiten leiden (von Klitzing, Döhnert, Kroll & Grube, 2015), was laut Egger und Angold (2006) der Prävalenz im jugendlichen Alter entspricht. In aller Regel haben lebenslange psychiatrische Störungen ihren Ursprung auch im Vorschulalter (Costello, Egger & Angold, 2005) und manifestieren sich dort oftmals in Form von Depressionen, oppositionellem Verhalten und Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) (Wichstrøm et al., 2012). In diesem Zusammenhang wird auch nach Luby (2007a) eine Zunahme von psychopharmakologischen Therapien bei Kindern im Vorschulalter beobachtet.

Gemäß Egger und Angold (2006) werden nur 11% der erkrankten Kinder einem Arzt zur Therapie vorgestellt, was zum einen an einer unzureichenden Versorgungsstruktur (Egger & Angold, 2006; Knapp, Ammen, Arstein-Kerslake, Poulsen & Mastergeorge, 2007) und zum anderen auch an diagnostischen Hindernissen liegt. Dabei ist es besonders wichtig, psychiatrische Auffälligkeiten möglichst früh zu diagnostizieren, um Chronifizierungen (z.B. Angststörungen, die in Depressionen münden) (Bittner, Egger, Erkanli, Costello, Foley & Angold, 2007; Costello & Maughan, 2015), Rezidive in späteren Lebensjahren, gesamtgesellschaftliche Folgen (wie erhöhte Kriminalität bei Vorschulhyperaktivität) und makro-ökonomische Belastungen zu mindern (Chorozoglou, Smith, Koerting, Thompson, Sayal & Sonuga-Barke, 2015). Werden die Patienten nicht adäquat diagnostiziert und behandelt, persistieren die Krankheiten gemäß Ihle und Esser (2002) in 50% der Fälle und werden dann von Komorbiditäten begleitet bzw. stellen sich dann noch ausgeprägter dar (Holtmann, Steiner, Poustka & Lehmkuhl, 2015).

Um die Problematik zu minimieren, dass unterschiedliche Ärzte zu verschiedenen Diagnosen kommen (Egger & Angold, 2004), wurden strukturierte psychiatrische Interviews eingeführt. Eines davon ist das „Preschool Age Psychiatric Assessment“ (PAPA), welches von Egger und Angold im Handbuch vom „Infant and Toddler Mental Health Assessment“ veröffentlicht wurde (Egger & Angold, 2004).

Da sich das PAPA mit einer Dauer von ca. 2 Stunden im klinischen Alltag als sehr zeitintensiv erwiesen hat, wurde 2010 von Scheeringa und Haslett das semistrukturierte Interview „Diagnostic Infant and Preschool Assessment“ (DIPA) veröffentlicht, welches eine Weiterentwicklung des PAPA darstellen soll. Das DIPA enthält weniger Items und ist mit 45-60 Minuten

Dauer schneller durchzuführen als das PAPA. Seit seiner Veröffentlichung wurde das DIPA in vielen Studien verwendet und in viele Sprachen übersetzt, u.a. 2014 ins Deutsche.

Inwieweit es sich allerdings in der klinischen Praxis in Deutschland durchsetzt bleibt abzuwarten, insbesondere, weil seine praktische Nutzbarkeit in Deutschland noch nicht ausreichend geklärt ist. Hierzu soll diese Dissertation einen Beitrag leisten. Das Ziel dieser Arbeit ist die Validierung des DIPA unter Einbeziehung von klinischen Urteilen und unter Auswertung bereits validierter, strukturierter Fragebögen. Das DIPA könnte einen entscheidenden Beitrag in der Diagnostik leisten, da es eine breite Anzahl an Störungsbildern beinhaltet und im Rahmen dieser Dissertation an einem Patientenkollektiv in Deutschland erprobt wurde.

Zunächst werden theoretische Hintergründe zur Thematik geliefert, wie beispielsweise zur Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter und der Entwicklung des DIPA aus seinen Vorgängern, dem „Child And Adolescent Psychiatric Assessment“ (CAPA) und dem PAPA.

2.2 Theoretischer Hintergrund

2.2.1 Entwicklungspsychopathologie

Ob ein Kind erkrankt oder nicht, ist nach Häfner, Franz, Lieberz und Schepank (2001) abhängig von genetischen, biologischen, psychosozialen, biografischen und entwicklungspsychologischen Risikofaktoren, welche unter Stressreaktionen (zum Beispiel der Schuleintritt) das Auftreten von Verhaltensschwierigkeiten begünstigen können.

Bereits intrauterin können Verhaltensweisen der Eltern das Entstehen von psychiatrischen Erkrankungen begünstigen. Der Substanzabusus (z.B. Alkohol oder Drogen) von Müttern in der Schwangerschaft kann sich im Sinne eines „fetalen Alkoholsyndroms mit Kleinwuchs, fazialen Dysmorphien und Intelligenzminderung“ manifestieren (Robinson et al., 2008). Diese Erkrankungen können zerebrale Dysfunktionen verursachen, welche wiederum im weiteren Lebensverlauf für psychiatrische Erkrankungen prädisponieren können. So wurden an 105 Kindern, von denen 47% intrauterin Kokain ausgesetzt gewesen sind, in mehr als 1/3 der Fälle Angst, Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen diagnostiziert (Richardson et al., 2016).

Ähnliches fanden Daseking, Petermann, Tischler und Waldmann (2015) bezüglich Rauchen während der Schwangerschaft heraus. Kindergartenkinder, die während der Schwangerschaft Nikotin ausgesetzt gewesen sind, zeigen fast 4-mal häufiger relevante Einschränkungen im Bereich der Inhibition als Kinder der Kontrollgruppe. Dies begünstigt das spätere Auftreten von ADHS.

Im 1. Lebensjahr beginnt die Ausbildung von Sprache, Sauberkeits- und Essverhalten, wobei gerade die letzten beiden Punkte sehr oft Konfliktpotentiale in den Familien mit sich bringen. Dies wird dadurch verschärft, dass viele Kinder im Alter von 2 bis 3 Jahren Trotzphasen durchlaufen. Einen wichtigen Meilenstein in der Entwicklung des Kindes stellt der Kindergartenbesuch zwischen dem 4. und 6. Lebensjahr dar, indem dort soziale Fähigkeiten und Verhaltensnormen weiterentwickelt werden. Bis zu diesen Lebensjahren werden die meisten

Verhaltensstörungen leider oft nicht diagnostiziert, sondern erst bei Einschulung des Kindes mit den daraus resultierenden gesteigerten Anforderungen an das Kind. Zu diesem Zeitpunkt können sich Probleme der Aufmerksamkeit, dem sozialen Verhalten oder der Intelligenz demaskieren (Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015).

Psychosoziale Risikofaktoren haben laut Holtmann et al. (2015) besonders im zunehmenden Alter eine größere Bedeutung, während in jüngeren Jahren der Schwerpunkt vor allem auf biologischen Risikofaktoren liegt.

Gemäß Holtmann et al. (2015) haben klinische Beobachtungen jedoch gezeigt, dass manche Kinder trotz des Vorhandenseins von Risikofaktoren nicht an einer psychischen Störung erkranken, wohingegen andere betroffen sind. Erstere haben eine hohe Resilienz, welche sich laut Laucht, Esser und Schmidt (1997) unter anderem aus Faktoren wie positivem Temperament, einem intakten familiären Umfeld und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zusammensetzt.

Werden Störungen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, können diese in Chronifizierungen münden, gerade weil das Säuglings- und Kleinkindalter als ein Entwicklungszeitraum gilt, in denen die Kinder sich in einer Phase der „erhöhten Vulnerabilität“ befinden. Somit haben die oben genannten Risikofaktoren einen besonders hohen Einfluss auf die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten (Laucht, Esser & Schmidt, 2000).

Diese Aspekte zeigen, wie wichtig es ist, bereits Kinder im Vorschulalter adäquat zu diagnostizieren, zu behandeln und die Diagnostik für dieses Alterskollektiv stetig zu verbessern.

2.2.2 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter

Der langläufigen Meinung, Verhaltensauffälligkeiten seien im Vorschulalter nicht von Relevanz und nur von kurzer Dauer, stehen einige Prävalenzstudien gegenüber, die im folgenden Abschnitt kurz präsentiert werden sollen.

Laut Egger und Angold (2006) leiden weltweit 14-26% aller Vorschulkinder an klinisch relevanten psychiatrischen Auffälligkeiten, wovon 9-12% mit gravierenden Beeinträchtigungen im Alltag einhergehen.

In einer US-Studie wurde festgestellt, dass man bereits bei 10,5% der Vorschulkinder emotionale (internalisierende) Störungen und bei 2,1% Depressionen diagnostizieren konnte. Betrachtet wurden hierbei 307 Kinder im Alter von 2-5 Jahren, welche mittels PAPA diagnostiziert wurden (Egger & Angold, 2006).

Am häufigsten wurde die Diagnose ODD mit 6,6% vergeben, gefolgt von der Diagnose generalisierte Angststörung mit 6,5%. Jeweils 3,3% der Teilnehmer litten an ADHS oder einer ODD. 12,1% der Teilnehmer wiesen schwere Störungen mit Beeinträchtigungen im Alltag auf (Egger & Angold, 2006).

Gemäß Kuschel, Lübke, Köppe, Miller, Hahlweg und Sanders (2004) leiden Vorschulkinder meist an externalisierenden Störungen wie Aufmerksamkeitsproblemen und aggressivem Verhalten, welche zusätzlich mit Komorbiditäten einhergehen.

Es lassen sich jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Achenbach und Edelbrock (1978) fanden eine stärkere Ausprägung von Depression bei Mädchen, während Jungen eher aggressive Verhaltensweisen aufwiesen.

Eine epidemiologische Studie von Skovgaard et al. (2007) untersuchten eine Kohorte von 211 Kindern in Deutschland und konnte bei 16-18% der Teilnehmer eine Diagnose gemäß „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10) oder Zero-to-three Klassifikation (DC:0—3) stellen. Am häufigsten ließen sich emotionale Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und Essstörungen finden.

Ferner fanden Lavigne, Lebailly, Hopkins, Gouze und Binns (2009) heraus, dass ältere Vorschulkinder eher an externalisierenden Störungen leiden. Von den 796 Studienteilnehmern wiesen 13,4% eine oppositionelle Verhaltensstörung und 12,8% eine ADHS auf.

2.2.3 Bedeutung frühzeitiger Intervention

Oftmals werden Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter bagatellisiert beziehungsweise es besteht Scham seitens der Eltern sich einzugestehen, dass ihr Kind erkrankt ist. Diese Unsicherheiten spiegeln sich auch in der Zuweisungsrate von erkrankten Kindern in Spezialambulanzen wieder. Laut US-amerikanischen Studien werden nur rund 11% der erkrankten Kinder Spezialisten vorgestellt (Egger & Angold, 2006; National Scientific Council on the Developing Child, 2007).

Gerade im Vorschulalter ist es von Relevanz, Verhaltensauffälligkeiten besonders früh zu erkennen. Dies begründet sich unter anderem darin, dass die Qualität früherer Beziehungserfahrungen, welche durch die Erkrankung vermindert ist, die Gehirnarchitektur beeinflusst. So konnten beispielsweise Weaver et al. (2004) aufzeigen, dass eine postnatale Deprivation des Kindes mit abnormer Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Achse und genetischen Veränderungen des Glucocorticoidrezeptors einhergeht. Somit wird auch die weitere Persönlichkeitsentwicklung und die Regulierung von Emotionen im Lebensverlauf negativ geprägt (National Scientific Council on the Developing Child, 2007; von Klitzing et al., 2015).

Das sich entwickelnde Gehirn ist in jungen Lebensjahren auf der einen Seite sehr aufnahmefähig, auf der anderen Seite jedoch gleichzeitig sehr anfällig für Schäden. Die Entwicklung des Gehirns ist abhängig von genetischen Faktoren, Erfahrungen und den sozialen Bindungen. Besonders wichtig sind vor allem die sozialen Interaktionen mit den Eltern (National Scientific Council on the Developing Child, 2007; Tang et al., 2006; Weaver et al., 2004). Werden diese nun zum Beispiel aufgrund von oppositionellen Verhaltensweisen des Kindes gestört, beeinträchtigt dies die neuronale Verschaltung des Gehirns des Vorschulkindes (Center on the Developing Child at Harvard University, 2006; Levitt, 2003; Rice & Barone, 2000; Sabatini, Ebert, Lewis, Levitt, Cameron & Mirmics, 2007). Auf diesem Fundament ist es schwierig, eine stabile Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen (National Scientific Council on the Developing Child, 2007).

Die Relevanz einer frühzeitigen Diagnostik zeigt sich auch, wenn man betrachtet, wie sich nicht therapierte Erkrankungen entwickeln. Campbell, Pierce, March, Ewing und Szumowski

(1994) haben 69 verhaltensauffällige 4-jährige Kinder in einer 2-jährigen Follow-up-Studie mit 43 verhaltensunauffälligen Kindern verglichen. Innerhalb der 2 Jahre haben sich die externalisierenden Verhaltensstörungen stabilisiert und waren immer noch persistent. Die betroffene Kohorte wies noch immer Aufmerksamkeitsprobleme und Impulsivität auf, welche zu Schwierigkeiten im Schulalter führen können.

Zum gleichen Ergebnis sind auch Lavigne, Arend, Rosenbaum, Binns, Christoffel und Gibbons (1998a) gekommen, welche 510 Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren nach 42 und nach 48 Monaten (n=344) betrachtet haben. Mehr als 50% der ursprünglich als auffällig diagnostizierten Kinder zwischen 2 bis 3 Jahren hatten nach 42 beziehungsweise 48 Monaten immer noch psychiatrische Störungen. Bei den 4 bis 5-jährigen waren es sogar noch 2/3, die auffällig gewesen sind.

Mathiesen und Sanson (2000) haben diese Ergebnisse in ihrer norwegischen Studie an 750 Kindern im Alter von 18 bis 30 Monaten bestätigen können. Ein Jahr nach Diagnosestellung konnten die Kinder immer noch als auffällig bewertet werden.

Ähnliches wurde in Studien zur Persistenz von ADHS beobachtet. 118 4- bis 6-jährige, welche die DSM-IV Kriterien einer ADHS erfüllten, wurden über 8 Jahre observiert. Studienergebnis war, dass die Symptome auch während des Schulalters aufgetreten sind (Lahey, Pelham, Loney, Lee & Willcutt, 2005).

Weitere Studien kamen zum Ergebnis das eine kindliche ADHS-Diagnose und externalisierende Störungen im Allgemeinen signifikant mit Depressionen im höheren Alter einhergingen (Loth, Drabick, Leibenluft & Hulvershorn, 2014; Meinzer, Petit, Waxmonsky, Gnagy, Molina & Pelham, 2016).

Eine Studie von Shafran, Shahar, Berant und Gilboa-Schechtman (2016) hat 31 Erwachsene, welche in ihrer Kindheit die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erhalten haben, mit 29 gesunden Erwachsenen verglichen. Beide Gruppen wiesen eine ähnliche Geschlechts- und Altersverteilung auf. Bei den an PTBS erkrankten Patienten ließen sich im Erwachsenenalter Tendenzen der erhöhten Selbstkritik, ein größerer Wunsch alleine zu sein und der Wunsch, keine engeren Kontakte einzugehen, feststellen.

Diese Erkenntnisse wurden jedoch nicht nur bei Vorschulkindern gemacht, sondern zeigen sich auch schon im Säuglingsalter. Das oftmals als harmlos eingestufte Säuglingsschreien wurde von Wurmser, Laubereau, Hermann, Papousek und Kries (2001) näher betrachtet. Häufig wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sich das Säuglingsschreien bis zum 3. Lebensmonat selbst limitiert. Dies konnte jedoch von einer Studie widerlegt werden, in welcher 662 Kinder im Alter von 9 bis 36 Monate untersucht wurden. Bei 39,6% der Kinder wurde eine Persistenz der Erkrankung weit über den 3. Lebensmonat hinaus festgestellt.

Eine Persistenz dieser Erkrankung geht mit einer erhöhten Prävalenz von Schlaf- und Essstörungen im Vorschulalter einher (von Kries, Kalies & Papousek, 2006).

2.2.4 Klassifikationssysteme

Auch für das Kindes- und Jugendalter gibt es eine Einteilung der Störungsbilder anhand von Klassifikationssystemen, welche im Folgenden kurz dargestellt werden.

2.2.4.1 Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)

Speziell für kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen gibt es gemäß Remschmidt, Schmidt und Poustka (2012) das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) mit sechs Achsen, die individuell zu eruieren sind. Diese Achsen umfassen:

1. Achse: Das klinisch-psychiatrische Syndrom
2. Achse: Umschriebene Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen
3. Achse: Das Intelligenzniveau
4. Achse: Die körperliche Symptomatik
5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6. Achse: Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Das MAS basiert auf der ICD-10 und wird im deutschsprachigen Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Diagnosesystem verwendet (Remschmidt et al., 2011).

2.2.4.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Seit 1952 wird das DSM von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben und ist seit 1996 auch in deutscher Sprache verfügbar. Das DSM-III Klassifikationssystem wurde 1980 von der US-amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (APA) als 3. Revision des DSM eingeführt. Ein wichtiger Vorteil des DSM lag in den operationalisierten Diagnosekriterien. Dies bedeutet, dass man zum einen in diesem Klassifikationssystem erstmals genaue Ein- und Ausschlusskriterien zur Diagnosefindung definiert hat und zum anderen, dass es sich um ein multiaxiales Klassifikationssystem gehandelt hat. Das aktuellste Klassifikationssystem ist das DSM-5, welches 2013 von der APA veröffentlicht wurde (American Psychiatric Association, 2013).

Das DSM wird in den USA und vielen anderen Ländern verwendet. Die wichtigsten Veränderungen in der DSM-5 im Vorschulbereich sind unter anderem:

- Das Kapitel zur Depression enthält nur noch die „unipolare Depression“ und führt die sogenannte „bipolare Depression“ im Kapitel „bipolare und verwandte Störungen“ auf (American Psychiatric Association, 2013).
- Das DSM-5 enthält Kriterien zur Vergabe einer ADHS Diagnose und unterteilt die Diagnosen in „mild“, „mittel“ und „schwer“ (American Psychiatric Association, 2013).

Zukünftig wird sich zeigen inwieweit die Verbesserungen klinisch nützlich sind. Erste Erprobungen der DSM-5 zeigten jedoch im direkten Vergleich mit dem DSM-IV (American Psychi-

atric Assoziation, 1992), dass sich die Feststellung bestimmter Diagnosen durch das DSM-5 nicht erhöht hat (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.4.3 Research Diagnostic Criteria- Preschool Age (RDC-PA)

Die RDC-PA stellt eine Revision der DSM-IV Kriterien im Vorschulalter dar, welche durch die US-amerikanische kinderpsychiatrische Vereinigung veröffentlicht wurde (AACAP, 2003). Diese Kriterien lassen sich nach von Gontard (2010) bei älteren Vorschulkindern bis zu einem Alter von sieben Jahren anwenden. Prinzipiell war es den Autoren wichtig, dass:

- Die DSM-IV-Kriterien wenn möglich beibehalten werden, „um eine Vergleichbarkeit mit älteren Kindern zu ermöglichen“ (von Gontard, 2010). Die Kriterien sollten nur verändert werden, falls die Items nicht adäquat zum Vorschulalter passen.
- „Internale Zustände“ und Emotionen sollten kein Bestandteil der Klassifikation sein, da Vorschulkinder aufgrund mangels sprachlicher Fähigkeiten ihre Emotionen nicht angemessen ausdrücken können.
- Das elterliche Verhalten soll nicht eingeschlossen werden
- Familiäre oder sonstige Beeinträchtigungen sollen nicht abgefragt werden

Gemäß von Gontard (2010) können nach den RDC-PA Kriterien folgende Störungen sicher im Vorschulalter diagnostiziert werden: autistische Störungen, ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, PTBS, reaktive Bindungsstörungen, Schlafstörungen und Fütterstörungen. Zusätzlich wurde bei manchen Störungen die Dauer einer Störung modifiziert, wie zum Beispiel bei der Störung des Sozialverhaltens, bei welcher die Dauer von 12 auf 6 Monate verkürzt wurde. Ferner wurden in den RDC-PA Kriterien manche Items entfernt, weil sie für Kinder im Vorschulalter als untypisch und nicht relevant eingeschätzt wurden, wie zum Beispiel die Frage nach Gebrauch von Schusswaffen.

2.2.4.4 Zero to three (DC:0-3R)

Das Klassifikationssystem Zero to three wurde 1994 von der „Task Force Zero to three: National Center for Infants, Toddlers and Families“ veröffentlicht und 1997 ins Deutsche übersetzt und dient der Diagnostizierung von psychiatrischen Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter. Im Klassifikationssystem Zero to three werden 5 Achsen unterschieden:

- 1. Achse: Klinische Störung
- 2. Achse: Beziehung
- 3. Achse: Medizinische Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV
- 4. Achse: Psychosoziale Stressoren
- 5. Achse: Emotionales und soziales Funktionsniveau

Die erste Achse umfasst Erkrankungen wie zum Beispiel die PTBS, Störungen des Affekts, Depressionen, Schlafstörungen, Fütterstörungen und Anpassungsstörungen. In die zweite Achse gehen explizit Beziehungsstörungen ein, die unter anderem das Ausmaß der elterlichen und kindlichen Belastung einbeziehen (von Gontard, 2010).

Mittlerweile sind auch im Dezember 2016 die revidierten DC:0-3R Kriterien in Form der DC:0-5 erschienen, um Diagnosekriterien für Neugeborene und Kinder bis zu 5 Jahren zu bieten (Zero to three, 2016).

2.2.5 Herausforderungen in der Diagnostik

Verhaltensauffälligkeiten früh zu diagnostizieren, um die in der Einführung genannten Chronifizierungen zu vermeiden, ist in der Praxis ein schwieriges Unterfangen. Es gibt zahlreiche Studien die aufzeigen, welche Herausforderungen es in der Diagnostik bei Vorschulkindern gibt.

Kinderärzte sehen verhaltensauffällige Kinder in der Regel oft erstmals, wenn diese sich mit ihren Eltern in einer pädiatrischen Praxis vorstellen. Lavigne et al. (1993) konnten jedoch in einer US-amerikanischen Studie aufzeigen, dass viele Pädiater im Vergleich zu Kinder- und Jugendpsychiatern Schwierigkeiten haben, verhaltensauffällige Vorschulkinder adäquat zu diagnostizieren. In einer großangelegten Studie von Lavigne et al. haben 3876 Kinder im Alter von 2-5 Jahren teilgenommen und es wurde von dem jeweiligen Arzt gefordert mittels CBCL 1 ½ -5 zu beurteilen, ob das Vorschulkind psychiatrisch auffällig ist oder nicht. Die Kinder- und Jugendpsychiatern vergaben an 13% der Kinder eine Diagnose, während es bei den Pädiatern nur 8,7 % gewesen sind. 51,7% der von den Kinder- und Jugendpsychiatern als auffällig diagnostizierten Kinder hätten basierend auf den Einschätzungen der Pädiater keine weiterführende Beratung, Medikation oder Überweisung zu einem Spezialisten erhalten. Es wurden nur 20,5% der erkrankten Patienten von den Pädiatern als erkrankt diagnostiziert (Sensitivität). Die Spezifität hingegen lag bei 92,7%, was aufzeigt, dass die Pädiater ihre Stärken darin hatten, gesunde Patienten auch als gesund zu erkennen (Lavigne et al., 1993). Eine Studie von Horwitz et. (2007) hat 1.600 Pädiater zum Thema psychiatrische Auffälligkeiten bei Kindern befragt. Die Rücklaufquote betrug 52%. 77% gaben Zeitmangel als Begründung für mangelndes Erkennen von psychiatrischen Auffälligkeiten an und 65% gaben an, dass sie sich nicht adäquat ausgebildet fühlen, um psychiatrische Störungen zu erkennen. Dies ist besonders gravierend, wenn man bedenkt, dass häufig Vorschulkinder bei ihren Pädiatern mit Symptomen wie Aggression, Hyperaktivität und Trennungsängsten vorgestellt werden (Chamberlin, 1982).

Egger und Angold haben in ihrer Arbeit festgestellt, dass die Versorgungsstruktur für psychiatrisch auffällige Vorschulkinder nicht ausreichend ist und nur ein Bruchteil der erkrankten Kinder Hilfe erhalten. Viele Kliniken verfügen überhaupt nicht über Spezialambulanzen, die diesen Altersbereich abdecken (Egger & Angold, 2006).

Abgesehen von den strukturellen und fachlichen Herausforderungen der Ärzte ergeben sich spezifische Herausforderungen aufgrund des Alters des Kindes.

Erziehungsberechtigte, aber auch Ärzte, haben oft Schwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten in dieser Altersklasse korrekt einzuordnen. Viele Symptome, die auf eine Störung des Sozialverhaltens hinweisen können, werden als physiologisch für das Lebensalter bewertet (Keenan & Wakschlag, 2000).

Zudem ergreifen meist Eltern oder andere nahestehende Bezugspersonen die Initiative ihre Kinder einem Arzt vorzustellen. Oft sind die Kinder deshalb dann nur eingeschränkt kooperativ, weil sich kein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten bildet, was den diagnostischen und therapeutischen Prozess massiv erschweren kann (Shirk & Saiz, 1992).

Die Grenze zwischen pathologischem und normvariantem Verhalten zu ziehen, muss deshalb durch standardisierte Verfahren erleichtert werden. Besonders die Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stellt sich im Vorschulalter als herausfordernd dar, obwohl gerade diese Altersklasse oft mit potenziell traumatischen Erlebnissen in Kontakt kommt.

Laut Cohen & Scheeringa stehen Kliniker oft vor dem Problem, dass Kinder zwar auffällig sind, aber nicht genügend Symptome aufweisen, um die Diagnose PTBS zu stellen. Ein weiteres Problem stellen die überschneidenden Symptome der PTBS und Depression dar, so dass manchmal Patienten fälschlicherweise eine Depression als Diagnose erhalten. Zudem unterschätzen viele Diagnoseinstrumente oft funktionelle Beeinträchtigungen und Teilsymptome der PTBS (Cohen & Scheeringa, 2009).

Dabei haben laut Marshall, Olfson, Hellman, Blanco, Guardino und Struening (2001) Vorschulkinder die Teilsymptome aufweisen dieselben funktionellen Beeinträchtigungen wie Patienten mit vollausgebildeter PTBS. Betroffene Patienten erhalten oft keine adäquate Therapie gegenüber denen, die eine PTBS-Diagnose erhalten haben, welche die DSM-Klassifikation erfüllt. Jedoch konnte in einer prospektiven, longitudinalen Studie von Scheeringa et al. aufgezeigt werden, dass bei 62 traumatisierten Vorschulkinder, die zunächst eine PTBS-Diagnose erhalten hatten im Laufe der Studie die funktionellen Beeinträchtigungen bei 48,9% nach einem Jahr im Vordergrund standen. Im zweiten Jahr waren es 74,3 %, während die Rate an PTBS-Diagnosen gesunken ist (23,4% und 22,9%) (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005).

Viele diagnostische Interviews verlangen, dass das schwerwiegendste traumatische Erlebnis angegeben wird. Dabei haben jedoch viele Vorschulkinder mehrere traumatische Erlebnisse gehabt. Eine US-amerikanische Studie hat festgestellt, dass 68% aller Kinder mindestens ein und 34% multiple traumatische Ereignisse widerfahren sind (Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007). Eine weitere Herausforderung ist es zudem, dass die traumatisierten Kinder oftmals nicht mit dem Arzt über das Ereignis reden möchten oder den Patienten die adäquaten sprachlichen Fähigkeiten fehlen. Diese Umstände erschweren den Prozess der Diagnosestellung (Cohen & Scheeringa, 2009).

2.2.6 Diagnostik

2.2.6.1 Allgemeine Diagnostik

Gemäß von Gontard (2010) liegt der Schwerpunkt der *allgemeinen Diagnostik* im Vorschulalter besonders auf einer detaillierten *Anamnese*. Ziel ist es Schweregrade, Folgen der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und das subjektive Leiden des Kindes und seiner Familie zu erfassen. Mittels der Anamnese sollen folgende Punkte erfasst werden:

- Vorstellungsanlass (aktuelle Symptome, Probleme)
- Entwicklung des Kindes (Umstände während der Konzeption, Verlauf der Schwangerschaft, Säuglingszeit, Adoption)
- Körperliche Entwicklung und medizinische Anamnese
- Kognitive Entwicklung
- Emotionale Entwicklung
- Familiäre Beziehungen
- Beziehung zu Gleichaltrigen
- Traumatische Erlebnisse
- Einschätzung des familiären, kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrunds

Die allgemeine Diagnostik umfasst zudem Familiensitzungen, Elternsitzungen und Kindsitzungen, um mit dem Patienten in Kontakt zu kommen. Besonders wichtig ist hierbei die klinische Beobachtung mit Schwerpunkt auf die Interaktion des Kindes mit den Eltern zum Beispiel im Spiel. Hierbei soll darauf geachtet werden, möglichst authentisch mit dem Kind zu spielen, was zusätzlich durch Videoaufnahmen ergänzt werden kann. Bewertet werden daraufhin „die elterliche Fähigkeit auf das Kind einzugehen; ihre Feinfühligkeit und Fähigkeit, den emotionalen Ausdruck des Kindes zu regulieren, sowie der Gebrauch von Grenzen (...), die Interaktion des Kindes mit seinen Eltern, seine Autonomie und Ablauf und Inhalt des interaktionellen Spiels mit den Eltern“ (von Gontard, 2010).

2.2.6.2 Standardisierte Diagnostik

Da Angaben von Kindern in Interviews nicht zuverlässig und ausreichend sind und Fragebögen aufgrund der noch nicht ausgereiften sprachlichen Entwicklung nicht verwendet werden können, gewinnen standardisierte Diagnoseinstrumente immer mehr an Bedeutung (von Gontard, 2010). Hierunter fallen unter anderem:

- *Entwicklungstests* (z.B. die Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik): Erfassen von kognitiver und motorischer Entwicklung von Kindern von 0-6 Jahren
- *Intelligenztests* (z.B. die Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)): solche Tests sind ab 2 ½ Jahren verwendbar, da einzelne Subtests ohne zu reden absolviert werden können
- *Spezielle Tests*: z. B. spezifische Erfassung sprachlicher Fähigkeiten
- *Verhaltensskalen*: u.a. Erfassen von sozialen Fähigkeiten
- *Allgemeine Fragebögen*: CBCL 1 ½ -5 und Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF 1 ½ -5)
- *Spezifische Fragebögen*: Dienen der Erfassung des kindlichen Temperaments, können jedoch auch zum Erfassen spezifischer psychiatrischer Erkrankungen verwendet werden. Als Beispiel kann die „Preschool Feeling Checklist“ (PFC) zur Erfassung von Depressionen genannt werden.
- *Interaktionsinstrumente*: Emotional Availability Scales (EAS)

- *Beobachtungsinstrumente*
- *Strukturierte psychiatrische Interviews*: Z.B. das PAPA, welches das wichtigste Interview für das Vorschulalter darstellt

2.3 Strukturierte psychiatrische Interviews

2.3.1 Entwicklung

Angold hat festgestellt, dass viele Kliniker in der Phase der Informationsbeschaffung oft Verzerrungen unterliegen, die die Reliabilität von Diagnosen beeinträchtigen. Oftmals werden Diagnosen gestellt, bevor alle relevanten Informationen gesammelt sind beziehungsweise es werden selektiv nur Daten gesammelt, die die vermutete Diagnose des Arztes unterstützen (Angold & Costello, 1995; Egger & Angold, 2004).

Cantwell und Baker (1988) fanden heraus, dass verschiedene Ärzte bei den gleichen Patienten zu völlig unterschiedlichen Diagnosen kommen. Einer der Gründe war, dass sich die Ärzte verschiedener diagnostischer Verfahren bedienten. Um den diagnostischen Prozess zu standardisieren, wurden strukturierte psychiatrische Interviews eingeführt.

Da sich das DIPA aus dem PAPA entwickelt hat, wird nun in den folgenden Abschnitten auf das PAPA und dessen Vorgänger, das CAPA, eingegangen.

2.3.2 Child and Adolescent Assessment (CAPA)

Eines der ersten interviewer-basierten strukturierten Interviews war das CAPA von Angold, Prendergast, Cox, Harrington, Simonoff und Rutter (1995), welches Verhaltensauffälligkeiten der letzten drei Monate von Kindern im Alter von 8-18 Jahren erkennen sollte. Mittels CAPA wurde versucht, Verhaltensauffälligkeiten abzufragen, die nicht von der DSM-III, DSM-III-R, ICD-9 beziehungsweise ICD-10 erfasst wurden. Für die Diagnostik wurden drei Abschnitte des Interviews unterschieden:

- Einführung („*The introduction*“): Dieser Abschnitt beinhaltet das Abfragen von Verhaltensweisen des Kindes in verschiedenen Situationen (zu Hause und Familienleben, Verhalten in der Schule, Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und in der Freizeit) und liefert einen ersten Überblick. Durch gezieltes Nachfragen kann bereits zu Beginn herausgefunden werden, in welchen Situationen das problematische Verhalten auftritt. Zusätzlich werden auch Dauer und Häufigkeit abgefragt.
- Beurteilung der Symptome („*The symptom review*“): Zu jedem Symptom werden Beispiele mit detaillierten Informationen aufgenommen. Diese bilden einen wichtigen Referenzpunkt zum ganzheitlichen Krankheitsbild des betroffenen Kindes und der späteren Datenüberprüfung.
- Einschränkungen in Lebensbereichen („*The incapacity section*“): Zu den zuvor erhobenen Symptomen wird in diesem Abschnitt nach Einschränkungen

insbesondere im Familienleben, aber auch mit Gleichaltrigen gefragt, die sich aufgrund der Symptome ergeben (Angold et al., 1995)

Im Jahr 1995 wurde die Reliabilität des CAPA überprüft, indem 77 Kinder im Alter von 10 – 18 Jahren befragt wurden. Zur Beurteilung der Interrater-Reliabilität wurden Kappas berechnet, welche nach Landis und Koch (1977) wie folgt klassifiziert wurden: schlechte ($\kappa < 0$), etwas ($\kappa = 0-0.20$), ausreichend ($\kappa = 0.21-0.40$), mittelmäßig ($\kappa = 0.41-0.60$), beachtlich ($\kappa = 0.61-0.80$) und perfekte Übereinstimmung ($\kappa = 0.81-1.00$). Bei Betrachtung der Interrater-Reliabilität ergaben sich Kappas mit „einer mittelmäßigen Übereinstimmung“ für Störungen des Sozialverhaltens ($\kappa = .55$), mit „einer beachtlichen Übereinstimmung“ für die generalisierte Angststörung ($\kappa = .79$), mit einer „perfekten Übereinstimmung“ für die Diagnosen Dysthymie ($\kappa = .85$) und Depression ($\kappa = .90$) und für Substanzabusus ($\kappa = 1.0$) beziehungsweise Substanzabhängigkeit mit einer insgesamt guten Validität für den jugendpsychiatrischen Bereich. Dieses Ergebnis wurde durch die hohen Intraklassen-Korrelationen bestätigt, welche unter anderem für Substanzabusus ($r=0.98$), für Depression ($r=0.88$) und für Dysthymie ($r=0.86$). Nicht geeignet ist diese Studie jedoch für das Krankheitsbild des oppositionellen Verhaltens gewesen, da diese Diagnose nicht ausreichend oft vergeben wurde, um nennenswerte Rückschlüsse ziehen zu können (Angold et al., 1995).

2.3.3 Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

Im Herbst 1998 begannen Egger und Angold an einer Weiterentwicklung des CAPA zu arbeiten. Das daraus im Sommer 1999 entstandene PAPA sollte als diagnostisches Interview für Kinder im Alter von 2-5 Jahren dienen und Verhaltensauffälligkeiten der letzten drei Monate abfragen. Das PAPA inkludiert unter anderem alle für die Diagnostik relevanten DSM-IV Kriterien und alle Items der DC0-:3R-Klassifikation. Zusätzlich wurden potenziell relevante Verhaltensweisen und Symptome, die Vorschulkinder durchleben, jedoch durch keines der oben genannten Klassifikationssysteme abgefragt werden, in das PAPA eingebaut. Darüber hinaus kann mit Hilfe des PAPA gezielt nach Einschränkungen im täglichen Leben des Kindes, welche aufgrund der Symptome entstehen, gefragt werden. Sinnvollerweise wurde das PAPA um Fragen nach dem familiären Umfeld und psychosozialen Problemen ergänzt (Egger & Angold, 2004).

Das PAPA enthält folgende Module:

Entwicklung des Kindes, Familienstruktur, Geschwisterbeziehung, Beziehungen zu Gleichaltrigen, Schulerhalten, Essstörungen, Schlafstörungen, Ausscheidungsstörungen, Somatisierungen, Unfälle, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, ADHS, Trennungsangst, Angststörungen, Zwangsstörungen, Ticstörungen und Trichotillomanie, Depressionen, Manien, PTBS, familiäre Psychopathologien und der sozioökonomische Status der Familie.

Die Validierungsstudie fand in einer allgemeinen pädiatrischen Klinik der Duke Universität statt, indem 307 Erziehungsberechtigte von Kindern im Alter von 2-5 Jahren befragt wurden

(Egger & Angold, 2006). Laut Scheeringa und Haslett (2010) wurde im Zuge der Auswertungen jedoch festgestellt, dass das PAPA nicht sehr sensitiv ist für generalisierte Angststörungen ($\kappa = 0.39$) und spezifische Phobien ($\kappa = 0.36$). Diese Punkte wurden zu Beginn der Arbeit am DIPA miteinbezogen und sollten verbessert werden. In der Studie von Egger und Angold (2006) ergaben sich gute Kappas ($\kappa = 0.40-0.60$) für Trennungsängste ($\kappa = 0.60$), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($\kappa = 0.57$), soziale Phobien ($\kappa = 0.54$) und Störungen des Sozialverhaltens ($\kappa = 0.60$). Sehr gute Werte der Kappas ($\kappa > 0.60$) ergaben sich bei den Krankheiten Depression ($\kappa = 0.72$), PTBS ($\kappa = 0.73$), ADHS ($\kappa = 0.74$), Enuresis ($\kappa = 0.87$) und Enkopresis ($\kappa = 0.74$) (Egger & Angold, 2006).

2.3.4 Diagnostic Infant Preschool Assessment (DIPA)

Das DIPA wurde entwickelt, weil es einen intensivierten Bedarf gegeben hat, DSM-IV-Störungen bei Kindern unter 7 Jahren zu bestimmen und man immer mehr Fortschritte in der klinischen Forschung und Psychopathologien in diesem Alterskollektiv gemacht hat. Bereits auf dem Markt vorhandene Fragebögen, wie die CBCL 1 ½ -5 oder das „Infant Toddler Social and Emotional Assessment“ hatten nicht alle Symptome, die notwendig waren, um DSM-IV Diagnosen zu stellen und beinhalteten auch nicht Fragen, nach funktionellen Einschränkungen des Kindes aufgrund seiner Symptome (zu Hause, im Kindergarten oder in der Öffentlichkeit) (Scheeringa & Haslett, 2010).

Darüber hinaus sollte das DIPA eine Verbesserung des PAPA sein, da dieses deutlich länger und somit im klinischen Alltag zeitlich ineffizienter ist. So werden mittels DIPA die gleiche Anzahl an Krankheitsbildern abgefragt, bei jedoch 68%iger Reduktion der Anzahl der Fragen.

Tabelle 1: Gegenüberstellung von PAPA und DIPA (Scheeringa & Haslett, 2010)

PAPA	DIPA
13 Erkrankungen	13 Erkrankungen
2 Stunden Dauer	1 Stunde Dauer
1591 Items	517 Items

Ferner werden im PAPA viele Symptome nicht beim jeweiligen Krankheitsbild abgefragt und sind nicht in sich geschlossen. Scheeringa und Haslett (2010) merkten beispielweise an, dass Symptome der Störung des Sozialverhaltens mit Symptomen des oppositionellen Verhaltens vermischt wurden und somit für den Kliniker keine eindeutige Zuordnung möglich sei.

Zudem wurde am PAPA kritisiert, dass Symptome, welche eindeutig dem Krankheitsbild Depression zugeordnet werden können (hierunter fallen unter anderem Schlafstörungen, Appetitveränderungen und Müdigkeit) nicht im Depressionsmodul abgefragt wurden. Zwei Symptome, welche für die Diagnose einer PTBS zwingend erforderlich sind (das Gefühl einer verkürzten Lebenszeit und verlorene Interessen), werden im PAPA dem Depressionsmodul zugeordnet. Nach Scheeringa und Haslett (2010) war es zudem wichtig im DIPA klar danach zu

fragen, ob die Symptome beim Patienten mehr als für gewöhnlich des Alters des Kindes vorhanden sind. Diese Veränderung soll dazu beitragen nur wirklich klinisch relevante Symptome zu detektieren.

2.3.4.1 Validierung in den USA

Zu Beginn der Studie wurden von Scheeringa und Haslett drei Hypothesen aufgestellt:

1. Die Test-Retest-Reliabilität zwischen den Interviewern sind akzeptabel für laufende (Intraklassen-Korrelationskoeffizient > 0.50) und kategorische Variablen (Cohens Kappa > 0.40).
2. Die übereinstimmende Kriteriumsvalidität ist akzeptabel beim Vergleich des DIPA mit den relevanten CBCL 1 ½ -5 -Skalen (Korrelationen > 0.50 und Kappas > 0.40).
3. Zusätzlich sollte dargestellt werden, ob es Veränderungen in der Reliabilität gibt, sobald eine Krankheit mit einer Beeinträchtigung des Kindes in seinem Alltag einhergeht. Beziehungsweise, ob sich die Reliabilität verändert, wenn eine Krankheit ohne Beeinträchtigung einhergeht.

Ziel war es zum einen die Retest-Reliabilität und die Kriteriumsvalidität des DIPA zu erfassen und zum anderen zu eruieren, ob sich die Reliabilität des Instrumentes verändert abhängig davon, ob funktionelle Beeinträchtigungen durch die Symptome vorliegen oder nicht. Dies ist wichtig zu differenzieren, da man untersuchen muss, ob funktionelle Beeinträchtigungen die Reliabilität des Instrumentes stärker beeinflussen als das reine Vorhandensein von störungsspezifischen Symptomen. Würden die funktionellen Beeinträchtigungen die Reliabilität beeinflussen, könnte es dazu führen, dass Diagnosen nicht gestellt werden können, obwohl ausreichend störungsspezifische Symptome vorliegen (Scheeringa & Haslett, 2010).

Um die Hypothesen zu überprüfen wurde ein Studienkollektiv aufgestellt, welches aus der zweimaligen Befragung von Erziehungsberechtigten von 50 ambulanten Patienten im Alter von 1-5 Jahren bestand. Über einen Zeitraum von 18 Monaten haben 54 Teilnehmer am ersten Interview teilgenommen und 50 am zweiten.

Die Erziehungsberechtigten wurden zweimal von geschulten Interviewern zu 7 Krankheiten befragt (einmal von einem Kliniker und einmal von einem Forschungsassistenten). Die Forschungsassistenten hatten einen Bachelorabschluss und beide Interviewer-Gruppen hatten bereits umfangreiche Erfahrungen mit dem PAPA und wurden in das DIPA eingearbeitet. Zusätzlich füllten die Teilnehmer die CBCL 1 ½-5 und den PTBS Fragebogen von Wolfe et al. aus, da die CBCL 1 ½-5 keine eigene PTBS Skala hat.

Obwohl das DIPA 13 DSM-IV Störungen beinhaltet, wurden für die Validierung aus zeitlichen Gründen nur die 7 meistvorkommenden Störungen miteinbezogen. Bei diesen Störungen

handelte es sich um ADHS, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Depression, PTBS, Trennungsstörungen, generalisierte Angststörung und Zwangsstörungen.

2.3.4.2 Statistische Auswertung der US-amerikanischen Studie

Im Rahmen der statistischen Auswertung wurde unter anderem die Reliabilität mit Intraklassenkorrelation berechnet. Die r-Werte der Intraklassenkorrelation wurden auf Signifikanz überprüft.

Die Beurteilung der Interrater-Reliabilität des DIPA basierte auf der Einteilung des Cohens Kappa in „schlecht (k=0-0.4)“, „befriedigend bis gut (k=0.4-0.6)“, „beachtlich (k=0.6-0.8)“ und „exzellent (k=0.8-1.0)“.

Das Alter der teilnehmenden Kinder und die Länge des Interviews wurden als potenzielle „Störfaktoren“ ausgemacht und wurden mittels Chi²-Test beziehungsweise mittels Exakter Test nach Fisher berechnet.

Für die Ermittlung der Kriteriumsvalidität wurde das Ergebnis jedes Interviewers separat mit den CBCL 1 ½ -5 Skalen verglichen.

Das Vorhandensein der Störungsbilder wurde mit den T-Werten (cutoff=65) der CBCL 1 ½ -5 Skalen mittels Chi²-Test oder Exakter Test nach Fisher verglichen.

2.3.4.3 Studienkohorte der US-amerikanischen Studie

Das Alter des US-amerikanischen Studienkollektivs und die Abstände der Interviews stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 2: Studienkollektiv der US-amerikanischen Validierungsstudie (basierend auf Scheeringa & Haslett, 2010)

	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Wertebereich
Alter in Jahren	4.4	.99	4.6	1.6-5.9
Alter der Mütter	34.0	12.1	30	21-76
Tage zwischen den Interviews	18.0	23.5	11	2-131

2.3.4.4 Ergebnisse der Validierung

2.3.4.4.1 Retest-Reliabilität

Die r-Werte der Intraklassenkorrelationen ergaben *hohe Reliabilitäten* ($r > .50$) bei folgenden Krankheitsbildern:

Tabelle 3: Retest-Reliabilität der US-amerikanischen Validierungsstudie (Scheeringa & Haslett, 2010)

	ohne Beeinträchtigungen und unabhängig davon, wo die Symptome auftreten	Ohne Beeinträchtigungen	nur mit funktioneller Beeinträchtigung	bei Vorliegen von Situationsabhängigkeit
ADHS (unaufmerksamer Subtyp)	.73*		.56*	.52*
ADHS (hyperaktiver Subtyp)	.65*		.51*	.71*
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten		.78*		
PTBS		.87*		
Trennungsangst		.78*		
Generalisierte Angststörung			.55*	

Es ergaben sich *mittlere Reliabilitäten* ($0.30 < r < 0.50$) bei den folgenden Krankheitsstörungen:

Tabelle 4: Reliabilitäten der US-amerikanischen Validierung (Scheeringa & Haslett, 2010)

	ohne Beeinträchtigungen und unabhängig davon, wo die Symptome auftreten	Ohne Beeinträchtigungen	nur mit funktionseller Beeinträchtigung	bei Vorliegen von Situationsabhängigkeit
Depression		.40*		
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten			.41*	
Trennungsangst			.32*	
Generalisierte Angststörung		.41*		

Es fanden sich *niedrige Reliabilitäten* ($0.10 < r < 0.30$) beim Krankheitsbild „Zwangsstörung“ (0.24). Scheeringa und Haslett begründeten die mittleren und niedrigen Reliabilitäten damit, dass die Studienkohorte wenig symptomatisch für diese Erkrankungen gewesen ist. Der Median des Intraklassenkoeffizienten war 0.69 und der Mittelwert betrug 0.61.

2.3.4.4.2 Übereinstimmungsvalidität der US-amerikanischen Studie

Beim Vergleich der Diagnosen, welche von den Interviewern (Kliniker und Forschungsassistent) erhoben wurden, mit den CBCL 1 ½ -5 Skalen konnten Pearson-Korrelationen errechnet werden.

Es ergaben sich hohe Pearson-Korrelationen für die Störungsbilder:

Tabelle 5: Pearson Korrelationen der US-amerikanischen DIPA Studie I (Scheeringa & Haslett, 2010)

	Korrelationskoeffizient nach Pearson r (Kliniker)	Korrelationskoeffizient nach Pearson r (Forschungsassistent)
ADHS mit dem Subtyp Unaufmerksamkeit	.50***	.56***
ADHS mit dem Subtyp Hyperaktivität		.59***
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten	.53***	.55***
Trennungsangst	.57***	.52***

Mittlere Pearson-Korrelationen fanden sich bei den durch die Kliniker erhobenen Diagnosen ADHS mit dem Subtyp Hyperaktivität ($r = .44^{***}$) und Zwangsstörungen ($r = .32^*$).

Bei beiden Interviewern fanden sich niedrige Pearson Korrelationen für die Störungsbilder:

Tabelle 6: Pearson Korrelationen der US amerikanischen Studie II (Scheeringa & Haslett, 2010)

	Korrelationskoeffizient nach Pearson r (Kliniker)	Korrelationskoeffizient nach Pearson r (Forschungsassistent)
Depression	.12	.05
PTBS	.24	.15
Generalisierte Angststörung	-.09	.03
Zwangsstörung		-.19

2.3.4.4.3 Zusammenfassung der US-amerikanischen Studienergebnisse

Insgesamt haben Scheeringa und Haslett eine adäquate Retest-Reliabilität für fünf der sieben untersuchten Krankheiten (ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Depression, PTBS und Trennungsangst) festgestellt, insbesondere wenn die funktionel-

len Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt werden. Die Reliabilität wurde nicht durch das Alter der Teilnehmer beeinflusst, was sich mit einer Studie von Egger und Angold (2006) deckt, woraus sich schließen lässt, dass diagnostische Interviews auch für das Vorschulalter verwendbar sind. Scheeringa und Haslett kritisierten jedoch, dass sie in ihrer Studie keine Probanden unter 1,6 Jahren hatten. Gemäß Scheeringa und Haslett sollen zukünftige Studien auch dieses Alterskollektiv einschließen um zu überprüfen, ob sich die Validität des diagnostischen Tests verändert. Der Median des Kappa lag bei 0.53 und der Mittelwert bei 0.52 im Vergleich der beiden Interviewergruppen. Insgesamt konnte somit die erste Hypothese angenommen werden.

Ferner wurde eine akzeptable Kriteriumsvalidität beim Vergleich mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5 für beide Interviewgruppen im Bereich ADHS (beide Subtypen), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und Trennungsangst eruiert, weshalb auch die zweite Hypothese angenommen werden konnte.

Es konnte im Rahmen der Überprüfung der dritten Hypothese gezeigt werden, dass sich die Reliabilität erhöht, sobald keine Beeinträchtigungen (z. B. der Eltern-Kind-Beziehung) mehr für die Diagnosestellung erforderlich gewesen sind. Das Kappa veränderte sich beispielsweise von 0.38 auf 0.47 bei der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten. Es scheint somit sinnvoll zu sein, Diagnosen auch ohne eine funktionelle Beeinträchtigung vergeben zu können.

Zusammenfassend zeigte sich das DIPA als ein verlässliches und valides Messinstrument bei Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern, welches die gleichen Ergebnisse lieferte unabhängig von der Interviewlänge oder dem Alter des Patienten. Auch die Kriteriumsvalidität stimmte gut mit der CBCL 1 ½ -5 überein. Der Median der Retest-Intraklassenkorrelation betrug 0.69 und der Median des Kappa 0.53, was für eine mittelmäßige bis beachtliche Übereinstimmung zwischen beiden Interviewergruppen steht. Gleichzeitig betonten Scheeringa und Haslett (2010) jedoch, dass das DIPA in künftigen Studien an einer größeren Stichprobe erprobt werden sollte, um internalisierende Erkrankungen wie generalisierte Angststörungen oder Depression besser erfassen zu können.

2.3.4.5 Verbreitung des DIPA

Scheeringa (persönliche Kommunikation via Email am 11. September 2015, siehe Anhang Email Anhang von Scheeringa) gibt an, dass seit Oktober 2009 Fachleute an fünf Standorten in den USA von ihm 1-2 Tage geschult wurden um das DIPA durchzuführen (Stand 09/2015). Den ausgebildeten Personen steht es frei, ob sie auch andere Leute im Umgang mit dem DIPA unterrichten möchten oder nicht.

Diese fünf Standorte und Personen sind:

- 10/2009 Brown University, John Boekamp, PhD
- 07/2011 University of South Florida and Crisis Center of Tampa Bay, Allison Salloum, PhD

- 09/2011 Tulane University Infant Assessment Team, New Orleans
- 11/2014 University of California, San Diego, Jeffrey Max MD
- 01/2015 DePaul University, Chicago, IL, Cecilia Martinez-Torteya PhD

Eine Übersetzung des DIPA fand laut Scheeringa schon in zahlreichen Ländern statt. Die erste Übersetzung wurde von Thierry Baubet in Frankreich 2011 durchgeführt. Daraufhin folgte 2012 die Übersetzung ins Dänische von Stine Ronholt, im Jahr 2014 ins Chinesische (von Jinsong Zhang) und ins Deutsche (Markus Landolt) und 2015 ins Spanische (Mora Violeta Lopez mit Michael Scheeringa). Eine Übersetzung ins Niederländische ist in Arbeit jedoch zurzeit noch nicht vollendet (Stand 2014).

2.3.4.6 Bisheriger Einsatz des DIPA in klinischen Studien

Das DIPA ist bereits in einigen US-amerikanischen, klinischen Studien zum Einsatz gekommen um zum einen andere Diagnoseinstrumente zu validieren und um zum anderen selbst als Diagnoseinstrument eingesetzt zu werden.

Eine Studie in der das DIPA zur *Validierung eines anderen Diagnoseinstrumentes* beigetragen hat, ist die Arbeit von Gleason, Zeanah und Dickstein aus dem Jahre 2010. In der Studie sollte das Early Childhood Screening Assessment (ECSA), welches ein weiteres Diagnoseinstrument im Vorschulalter (1,5-5 Jahre) darstellt, näher untersucht werden. Validiert werden sollte dieser, indem 309 Mütter am ECSA und der CBCL 1 ½ -5 und 69 von ihnen am DIPA teilnehmen. Es ergab sich nach Auswertung der Daten für das ECSA eine Sensitivität von 86% und eine Spezifität von 83% zur Erfassung von Diagnosen des DIPA. In der Studie präsentierte sich das ECSA als valides Instrument, welches zudem starke signifikante Korrelation mit der CBCL 1 ½ -5 aufwies. Zudem konnte festgestellt werden, dass 39% der teilnehmenden Kinder laut DIPA an einer ADHS litten. Bedenkt man, dass die allgemeine Prävalenz von ADHS je nach Studie mit 2,0-7,9 % angegeben wird, erscheint der in der ECSA Studie ermittelte Wert sehr hoch. Jedoch sind die Prävalenzzahlen gemäß Egger und Angold (2006) abhängig von der in der Studie verwendeten Methodik. Höhere Raten finden sich in fragebogenbasierten Studien, was die erhöhte Prävalenz der ECSA Studie erklären könnte.

2011 hatten DeYoung, Kenardy und Cobham eine Studie durchgeführt um die Diagnostik von PTBS bei Vorschulkindern zu verbessern. Hierfür wurden 130 Eltern, deren Kinder im Alter von 1-6 Jahren einer akzidentellen Verbrennung ausgesetzt waren, im Zeitraum von einem und 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis mittels DIPA interviewt.

Ein Jahr später haben sich die gleichen Autoren erneut des DIPA bedient und eine Studie zur Erfassung von Prävalenz, Komorbidität und Verlauf von PTBS bei akzidentellen Verbrennungen im Vorschulalter veröffentlicht. Es wurden erneut 130 Eltern von Kindern im Alter von 1-6 mittels DIPA 1 Monat und 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis interviewt. Mit Hilfe des DIPA konnte festgestellt werden, dass 8% noch immer an Symptomen litten, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert waren und bereits 35% eine psychologische Verhaltensauffälligkeit zeigten (DeYoung, Kenardy, Cobham & Kimble, 2012). Nach einem Monat ließen

sich mittels DIPA bei 16% der Teilnehmer oppositionelle Verhaltensweisen und Trennungsängste feststellen, während 25% an einer PTBS litten. Die an PTBS erkrankten Kinder wiesen signifikante Komorbiditäten mit den DIPA-Diagnosen Depression (exakter Test nach Fisher, $p=0.004$), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($\text{Chi}^2=29.87$, $p<0.001$), Trennungsangst ($\text{Chi}^2=29.87$, $p<0.001$) und spezifische Phobien ($\text{Chi}^2=6.96$, $p=0.12$) auf. 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis litten 10% der Teilnehmer an einer spezifischen Phobie und an einer PTBS, während 14% eine Depression aufwiesen. Die noch 6 Monate nach dem Ereignis an PTBS erkrankten Kinder wiesen signifikante Korrelationen mit den DIPA-Diagnosen ADHS ($\text{Chi}^2=14.50$, $p<0.001$), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($\text{Chi}^2=32.99$, $p<0.001$) und Trennungsangst ($\text{Chi}^2=11.51$, $p=0.001$) auf.

DeYoung, Hendrikz, Kenardy, Cobham und Kimble haben 2014 festgestellt, dass 10% der Vorschulkinder, die Opfer einer akzidentellen Verbrennung waren, 6 Monate nach dem Unfall immer noch Symptome einer PTBS aufwiesen. Um die Prävalenz von PTBS zu dokumentieren und Risikofaktoren zu identifizieren, haben De Young et al. 2014 erneut das DIPA verwendet, um bei Vorschulkindern im Alter von 1-6 Jahren, die eine akzidentelle Verbrennung erlitten haben, festzustellen ob eine PTBS vorliegt. Mit Hilfe des DIPA und anderen diagnostischen Fragebögen konnte herausgefunden werden, dass sogar 6 Monate nach dem Unfallereignis 5% der 120 teilnehmenden Eltern an PTBS Symptomen litten und die elterliche PTBS-Diagnosen signifikant zur Aufrechterhaltung der kindlichen PTBS beigetragen haben. Die Intraklassenkorrelation des DIPA betrug $r=0,98$, was bedeutete, dass in dieser Studie von einer reliablen Beobachtung ausgegangen werden konnte.

Boekamp, Williamson, Martin, Hunter und Anders (2015) verwendeten das DIPA um Prävalenzen von Einschlaf- und Durchschlafstörungen festzustellen. 183 Vorschulkinder wurden mittels DIPA, CBCL1 ½ -5 und Schlaftagebuch zu ihrem Schlafverhalten befragt. Dabei hatten 41% ein auffälliges Ergebnis. 23% hatten eine Einschlafstörung, 4% eine Durchschlafstörung und 14% wiesen beide Erkrankungen auf.

Zur Ermittlung der Prävalenz von Schlafstörungen im Vorschulalter gibt es verschiedene Studien. Richman (1981) fand Durchschlafstörungen bei 1-2-jährigen mit einer Prävalenz von 20%, was sich ungefähr mit dem durch den vom DIPA ermittelten Wert deckt. Darüber hinaus liegen auch Studien vor in denen die Prävalenz von Durchschlafstörungen mit 26% bei Einjährigen Kindern angegeben wird (Scott & Richards, 1990).

Zusätzlich haben Salloum, Scheeringa, Cohen und Storch (2015) das DIPA benutzt um die Therapie der PTBS zu evaluieren und Verbesserungen auszuarbeiten. Die Studie basierte auf einem 5-jährigen Patienten, welcher in einen Unfall involviert gewesen ist und seitdem traumatisiert war vom Unfall und der darauffolgenden medizinischen Behandlung mit einhergehender Hospitalisierung. Mittels DIPA wurden am Patienten 15 PTBS relevante Symptome und 5 funktionelle Beeinträchtigungen festgestellt. Ähnliche Auffälligkeiten fanden sich bei der Durchführung der „Trauma Symptom Checklist for Young Children-Posttraumatic Stress Scale“ (TSCYC-PTS) mit einem erhobenen Wert von 39, was auf einen subklinischen Verlauf

hindeutete. Im Laufe der Therapie sanken die Symptome im DIPA auf 5 PTBS-Symptome (67% Senkung) und im TSCYC-PTS auf 37. Drei Monate nach Ende der Studie wurden mittels DIPA keine PTBS-spezifischen Symptome und keine funktionellen Beeinträchtigungen gefunden. Auch beim TSCYC-PTS sank der Wert am Ende der Therapie auf 27.

Eine aktuelle Studie von Gigengack, van Meijel, Alisic und Lindauer (2015) verwendeten ebenfalls das DIPA um posttraumatischen Stress bei jungen Kindern, die einem akzidentellen Trauma ausgesetzt gewesen sind, zu messen. In dieser Studie wurde der PTBS-Algorithmus des DSM-IV zum einen mit dem PTBS-Algorithmus des DSM-5, welcher speziell für Kinder unter 6 Jahren entwickelt wurde, verglichen. Zum anderen wurden die Ergebnisse des DSM-IV mit dem von Scheeringa eingeführten Diagnosealgorithmus für PTBS bei Säuglings- und Kleinkindern (siehe hierzu: Tabelle 2: Diagnosekriterien der PTBS für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa, Zeanah & Myers, 2003) gegenübergestellt. Ziel der Studie war es herauszufinden, ob die modifizierten Diagnosekriterien zu einer sensitiveren Erfassung von PTBS und Symptomen von posttraumatischem Stress bei Kindern im Vorschulalter führt. Um dieser Frage nachzugehen wurde mit Eltern von 98 Kindern (Alter von 0-7), welche im Zeitraum von 2006-2012 einem akzidentellen Trauma ausgesetzt gewesen sind, ein telefonisches Interview durchgeführt, in welchem neben einem Fragebogen unter anderem auch die Diagnosekriterien der PTBS des DIPA abgefragt wurden. 9 der teilnehmenden Kinder (9,2%) zeigten posttraumatische Stresssymptome. 7 der 9 Kinder erfüllten die Diagnosekriterien einer PTBS gemäß DSM-5 und den revidierten Diagnosekriterien einer PTBS von Scheeringa. Diese zeigten somit in dieser Studie eine höhere Sensitivität als die DSM-IV Kriterien (Gigengack et al. 2015).

Neuere Studien ziehen Verbindungen zwischen einer Variante des IL1 β und dem Auftreten von internalisierenden Störungen bei misshandelten Vorschulkindern. Im Rahmen einer Studie wurden die CBCL 1 ½ -5 und das DIPA verwendet um internalisierende Störungen bei misshandelten Kindern zu erfassen. Das DIPA wurde speziell zur Diagnostik von Depressionssymptomen und Symptomen einer PTBS verwendet. Mittels DIPA zeigten sich wenige Symptome einer Depression (Mittelwert = 0.45, Standardabweichung = 0.95) und PTBS (Mittelwert = 1.4, Standardabweichung = 2.6). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch auf der internalisierenden Skala der CBCL 1 ½ -5 (Mittelwert = 52.7, Standardabweichung = 8.8) (Ridout et al., 2014).

Zusammenfassend zeigt sich, dass das DIPA als valides Instrument einerseits verwendet wird um andere Fragebögen zu validieren (siehe ECSA Studie) und somit zur Verbesserung der psychiatrischen Diagnostik im Vorschulalter beiträgt. Schwerpunktmäßig wurde das DIPA bisher besonders häufig zur PTBS-Diagnostik verwendet, was sich unter anderem auch dadurch erklären lässt, dass Scheeringa seinen Forschungsschwerpunkt auf die Diagnostik von PTBS legt. Jedoch zeigt sich, dass das DIPA auch für internalisierende Störungen reliabel und valide ist. Sicherlich wird sich der Einsatz des DIPA noch weiter verbreiten, sobald weitere Validitätsstudien des DIPA veröffentlicht werden.

2.3.5 Störungsbilder

Im folgenden Abschnitt sollen die wichtigsten Störungsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt werden mit besonderem Schwerpunkt auf Störungen, die gehäuft im Vorschulalter auftreten, da diese Altersklasse dem Studienkollektiv entspricht.

2.3.5.1 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) (F90.0)

Ein Kind wird laut ICD-10 (Remschmidt, Schulte-Markwort, Dilling & Mombour, 2011) als hyperkinetisch bezeichnet, wenn es für seine Altersgruppe und seine kognitive Entwicklung sowohl eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit, eine ausgeprägte motorische Hyperaktivität, eine erhöhte Impulsivität als auch eine erhöhte Ablenkbarkeit aufweist. Diese Symptome lassen sich je nach Klassifikationssystem vor dem 12. (DSM-5) oder vor dem 7. (ICD-10) Lebensjahr eruieren (American Psychiatric Association, 2013; Remschmidt et al., 2011). Die Diagnose einer ADHS kann laut Egger und Angold (2006) erst ab zwei Jahren valide gestellt werden.

Um die Diagnose einer ADHS stellen zu können, müssen seit über 6 Monaten die Symptome „beeinträchtigte Aufmerksamkeit“ (ICD-10) bzw. „Unaufmerksamkeit“ (DSM-5) und „Überaktivität“ (ICD-10) bzw. „Hyperaktivität-Impulsivität“ (DSM-5) an verschiedenen Orten, wo sich das Kind aufhält (zu Hause, im Kindergarten etc.), vorhanden sein. Das DSM-5 unterteilt die ADHS zusätzlich in mild (wenige bis gar keine Symptome, kaum Einschränkungen im Alltag), mittel (leichte bis schwere Symptome und Einschränkungen) und schwer (mehrere Symptome oder starke Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Interaktionen) (American Psychiatric Association, 2013; Remschmidt et al., 2011). Die diagnostischen Leitlinien mit den jeweiligen Symptomen stellen sich wie folgt dar:

Tabelle 7: Leitlinien der ICD-10 und DSM-5 Kriterien zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsstörung (modifiziert nach Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015)

ICD-10	DSM-5
<p>Beeinträchtigte Aufmerksamkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen -Tätigkeiten werden nicht beendet -wechselt häufig von einer Tätigkeit zur anderen 	<p>Unaufmerksamkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> -6 oder mehr der folgenden Symptome: -Flüchtigkeitsfehler -hat Schwierigkeiten sich längere Zeit bei Aufgaben oder beim Spielen zu halten -scheint nicht zuzuhören wenn andere ihn/sie ansprechen -bringt Aufgaben nicht zu Ende -Schwierigkeiten Aufgaben zu organisieren -versucht Aufgaben zu vermeiden, die Konzentration über einen längeren Zeitraum erfordern -verliert häufig Gegenstände -lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken -ist bei Alltagsaktivitäten vergesslich
<p>Überaktivität</p> <ul style="list-style-type: none"> -exzessive Ruhelosigkeit (Herumlaufen, Herumspringen, Aufstehen, Redseligkeit, Lärmen, Zappeln, Wackeln) 	<p>Hyperaktivität und Impulsivität</p> <ul style="list-style-type: none"> -6 oder mehr der folgenden Symptome: -zappelt mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum -steht oft auf (wo es jedoch nicht angebracht ist) -läuft herum, klettert -Schwierigkeiten ruhig zu spielen -„auf dem Sprung“ -redet übermäßig -platzt mit seiner Antwort heraus, bevor sein gegenüber seine Frage gestellt hat -kann nicht warten bis er/sie an der Reihe ist -unterbricht andere

In den RDC-PA (2002) wurden vereinzelt Items verändert, um diese dem Vorschulalter anzupassen, während die DC:0-3R (2005) die Diagnose nicht vorsieht (von Gontard, 2010).

Eine populationsbasierte Studie, die sich mit der Prävalenz von im Vorschulalter in einem geografisch begrenzten Gebiet auseinandergesetzt hat, ist die Studie von Niemczyk, Equit, Braun-Bither, Klein und von Gontard (2015). Im Zuge der Gesundheitsamtsuntersuchung vor Grundschuleintritt wurden 1676 Eltern gebeten Fragebögen, welche ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und Fragen bezüglich Inkontinenz erfassen, auszufüllen. Bei 6,4% der Kinder ließ sich eine ADHS eruieren. 2,6% wiesen eine Kombination mit ADHS und oppositionellem Verhalten auf.

Die Prävalenz hängt jedoch auch von der Methodik der durchgeführten Studie ab. So finden sich höhere Raten in Studien, die sich nur Fragebögen oder Checklisten bedienten, als in Studien, die strukturierte psychiatrische Interviews verwendeten. Zusätzlich besteht eine Knabenwendigkeit (2:1). Die häufigste Erscheinungsform ist die kombinierte Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Besonders für das Vorschulalter ist das die ADHS häufiger bei Kindern im Alter von 4-5 Jahren diagnostiziert wird als im Alter von 2-3 Jahren und zum anderen das der unaufmerksame Subtyp sehr selten ist. In 70-80% der Fälle spielen „genetische Faktoren die Hauptrolle in der Entstehung der ADHS“ (von Gontard, 2010).

ADHS geht in bis zu 40 % der Fälle mit schulischen und motorischen Entwicklungsstörungen einher. Zusätzlich können depressive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Tic-Störungen und Störungen des Sozialverhaltens auftreten. Die Diagnostik umfasst unter anderem die Verhaltensbeobachtung (in verschiedenen Situationen), die Fremdanamnese durch Eltern und Erzieher/innen, die Verwendung von Fremdbeurteilungsfragebögen, die internistische und neurologische Untersuchung und die Untersuchung auf komorbide Störungen (Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015).

So finden sich bei 50% der Vorschulkinder mit ADHS als komorbide Störung eine Störung des Sozialverhaltens oder eine oppositionelle Verhaltensstörung. Zur Diagnosestellung kommen unter anderem allgemeine Fragebögen wie die Child Behaviour Checklist 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5), welche erste Hinweise liefern kann oder strukturierte psychiatrische Interviews wie das PAPA, welche die Diagnose untermauern kann, zum Einsatz. Differenzialdiagnostisch ist vor allem die Abgrenzung zu einer autistischen Störung notwendig, da diese ähnliche Symptome hervorruft. Der Verlauf der Erkrankung ist abhängig vom Schweregrad. In manchen Fällen verbleibt bei Ausheilung der ADHS eine Restsymptomatik im Sinne einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellen Verhaltensweisen (von Gontard, 2010).

2.3.5.2 Störung des Sozialverhaltens (F91) / mit oppositionellem Verhalten (F91.3)

Unter einer Störung des Sozialverhaltens versteht man die kontinuierliche Missachtung von geltenden Regeln/ Gesetzen, gesellschaftlichen Normen oder Rechte anderer Personen, welche schlimmstenfalls das Einschreiten von offiziellen Institutionen erfordert. Im Vorschulalter findet sich hauptsächlich die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten. Andere Subformen sind eher selten (Völkl-Kernstock, Stadler & Steiner, 2015).

Niemczyk et al. (2015) erhoben in ihrer Studie unter anderem die Prävalenz von Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten in einem definierten geographischen Gebiet. 6,2% der Teilnehmer wiesen eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten auf. Weitere populationsbasierte Studien von Wichstrøm et al. (2012) und López-Villalobos et al. (2014) zeigten Prävalenzen von 1,8% beziehungsweise 5,6% auf.

Laut ICD-10 lassen sich 4 Symptomenkomplexe nennen: aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren (Bedrohung/Einschüchterung anderer Menschen, Tierquälerei, Überfälle, sexuelle Gewalt), das Zerstören von Eigentum (Sachbeschädigung), Betrug oder Diebstahl und schwere Regelverstöße (Völkl-Kernstock et al., 2015).

Außerdem lassen sich gemäß ICD-10 (Remschmidt et al., 2011) folgende Formen von dissozialem Verhalten eruieren:

- Störungen des Sozialverhaltens, welche auf den familiären Rahmen beschränkt sind (F91.0)
- Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2)
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (F91.3)
- Störung des Sozialverhaltens in Kombination mit depressiver Störung (F92.0)

- Restkategorien der Kombination mit einer emotionalen Störung (F92.8, F92.9)

Viele der von der ICD-10 (Remschmidt et al., 2011) für die Diagnosestellung geforderten Symptome, treten entwicklungsbedingt im Vorschulalter nicht auf.

Gemäß DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) werden 3 Formen unterschieden:

- früh beginnende (vor dem 10. Lebensjahr) Störung des Sozialverhaltens
- Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Adoleszenz
- nicht näher bezeichneter Beginn (F91.9)

In der RDC-PA wurde nach von Gontard (2010) keine Veränderung der Diagnosekriterien für die Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten vorgenommen, während bei der Störung des Sozialverhaltens die Dauer auf sechs Monate gesenkt und vereinzelt Items an das Vorschulalter angepasst wurden. In der Zero-to-Three Klassifikation sind die Diagnosen Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und Störung des Sozialverhaltens nicht vorgesehen.

Die Angaben zur Prävalenz variieren je nach Studie zwischen 4-16,8% für Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und 0-4,6% für die Störung des Sozialverhaltens (Earls, 1982; Egger & Angold, 2006; Keenan, Shaw, Walsh, Delliquadri & Giovannelli, 1997; Lavigne et al., 1993). Oft bestehen bei an Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten erkrankten Kindern, ADHS (in 25-50% der Fälle), Angst und depressive Störungen (von Gontard, 2010).

Rund 60% der aggressiven Verhaltensweisen werden laut Völkl-Kernstock et al. (2015) durch genetische Faktoren (u.a. erhöhte Rate von 5-HTTLPR-Varianten, Polymorphismus im MAO-A Gen) verursacht, welche durch ein negatives soziales Umfeld und niedrigem sozioökonomischem Status verstärkt werden können. *Intrafamiliäre* Ursachen wie Gewalt und Misshandlung stellen neben den biologischen Faktoren wichtige Gründe für die Entstehung einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten bzw. Störung des Sozialverhaltens dar.

Die Diagnostik beinhaltet eine genaue Eigen- und Fremdanamnese, eine körperliche Untersuchung, aber auch Intelligenztests und die Überprüfung von schulischen Leistungen. Zusätzlich können auch das PAPA oder für externalisierende Störungen spezifische Fragebögen wie das Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) zum Einsatz kommen. *Prognostisch* ungünstig sind vor allem ein früher Krankheitsbeginn im Vorschulalter, die mit höheren Raten von komorbiden Störungen einhergeht (von Gontard, 2010).

2.3.5.3 Bindungsstörungen (F94)

Klinisch lässt sich ein gehemmter von einem enthemmten Typ unterscheiden. Beim sogenannten gehemmten Typ weisen die Patienten ein eingeschränktes Kontaktverhalten auf und ziehen sich emotional zurück. Ätiologisch finden sich oft Deprivations- und Misshandlungserfahrungen. Patienten, die enthemmte Bindungsstörungen aufweisen, suchen wahllos Trost und zeigen distanzgeminderte Verhaltensweisen auch gegenüber völlig fremden Per-

sonen. Enthemmte Bindungsstörungen neigen im Gegensatz zum gehemmten Typ zu Persistenz (von Gontard, 2010).

Laut ICD-10 treten Bindungsstörungen situationsübergreifend auf. Definiert wird die reaktive Bindungsstörung (F94.1) durch einen Beginn vor dem 5. Lebensjahr, widersprüchliche soziale Reaktionen und emotionale Störungen. Bindungsstörungen mit Enthemmung (F94.2) zeigen sich durch diffuse Bindungen während der ersten fünf Lebensjahre, dem Fehlen selektiver sozialer Bindungen und Anklammerungsverhalten (Remschmidt et al., 2011).

Bei der Bindungsstörung vom gehemmten Subtyp zeigen die Kinder ein eingeschränktes Kontaktverhalten, einen emotionalen Rückzug und suchen keinen Trost bei Bezugspersonen. Unter günstigen Umgebungen kann sich diese Störung jedoch komplett zurückbilden und geht mit einer guten Prognose einher (von Gontard, 2010).

Die Bindungsstörung mit Enthemmung zeichnet sich durch eine gestörte soziale Beziehungsfähigkeit aus (Schulte-Körne & Braun-Scharm 2015). Diese Form der Bindungsstörung neigt zur Persistenz (von Gontard, 2010).

Die Symptome variieren je nach Alter. Im Kleinkindalter zeigen sich Anklammerungstendenzen. Ab dem 4. Lebensjahr zeigt sich hingegen Distanzlosigkeit und wahllose Freundlichkeit gegenüber Erwachsenen, die Kinder wirken aufdringlich, wollen Aufmerksamkeit um jeden Preis und suchen sich wahllos Personen aus. Ein Aufbau von längeren und engeren Beziehungen zu Gleichaltrigen ist hingegen erschwert und nicht möglich. Bindungsstörungen treten besonders bei Kindern aus Heimen auf (Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015).

Bei diesen Kindern liegt die Prävalenz bei 25%, während sie bei anderen Vorschulkindern bei unter 1% liegt. Die Diagnostik beruht neben Anamnese und testpsychologischer Untersuchung besonders auf die Beobachtung des Kindes beim freien Spiel mit Bezugspersonen, der Reaktion bei Trennung von diesen und das Verhalten bei Wiedervereinigung. Differenzialdiagnostisch kommen ADHS, autistische Störungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen in Betracht (von Gontard, 2010).

2.3.5.4 Angststörungen (F41)

Eine pathologische Angst liegt dann vor, wenn nach Schwere, Dauer und Art der Auslöser eine nicht mehr der Entwicklung und den kognitiven Fähigkeiten des Kindes und Jugendlichen entsprechende Angstreaktion auftritt (Blanz, 2015).

Laut ICD-10 unterscheidet man zwischen Angststörungen, die ihren Beginn im Kindesalter haben (F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, F93.1 phobische Störung des Kindesalters und F93.80 generalisierte Angststörung des Kindesalters) und Angststörungen des Erwachsenenalters, die in jeder Altersstufe beginnen können (Remschmidt et al., 2011).

Die Gruppe der Angststörungen gehört mit einer Prävalenz von 12% zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. Bei Kindern unter 12 Jahren ist die Trennungsangst die häufigste Angststörung (Steinhausen, 2010).

Gemäß Franz, Angold, Copeland, Costello, Towe-Goodman & Egger (2013) lassen sich je nach Angststörung verschiedene Prävalenzen im Vorschulalter vorfinden. Studien weisen auf eine Prävalenz von 0,6%-6,5% für die generalisierte Angststörung, 0,3%-5,4% für Trennungsangst und 0,5-4,4% bei sozialen Phobien hin. In ihrer eigens durchgeführten populationsbasierten Studie (n=500) von Franz et al. (2013) wiesen 8,6 % (175) der Studienteilnehmer Zeichen einer generalisierten Angststörung, 10,5% (194) Zeichen einer Trennungsstörung und 7,5% (135) Anzeichen einer sozialen Phobie auf.

Die Ursachen sind multifaktoriell. Oft lassen sich genetische Zusammenhänge feststellen, wenn bereits Eltern der Patienten an Angststörungen erkrankt sind (von Gontard, 2010). Zudem wurde bei Kindern mit Angststörung ein höherer Spiegel an Kortisol gemessen. *Neurobiologisch* lässt sich zudem ein vergrößertes, amygdales Volumen feststellen. Darüber hinaus lassen sich bei Kindern mit Angststörungen auch kognitive Defizite eruieren, wie fehlende Strategien um mit angstauslösenden Situationen adäquat umzugehen (Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015).

Die emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst ist charakterisiert durch eine ausgeprägte Angst vor Trennung von Bezugspersonen, welche oft einhergeht mit Treten, Schlagen, Weinen, aber auch somatischen Symptomen, wie Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Letztere können auch auftreten noch bevor die Trennungssituation stattfindet. Die Patienten weisen eine übertriebene Sorge auf, dass einer Bezugsperson etwas passieren könnte oder diese Person nicht mehr zurückkehren könnte. Oft resultieren Trennungsstörungen aus einer Verweigerung des Kindergartenbesuchs, Alpträumen oder dass Kinder nicht getrennt von ihrer Bezugsperson schlafen möchten. Die generalisierte Angststörung des Kindesalters ist gekennzeichnet durch ausgeprägte Ängste und Sorgen (zum Beispiel: Leistungen in der Schule, Krankheiten, Prüfungen, Katastrophen), obwohl sich das Kind nicht in einer besorgniserregenden Situation befindet. Zusätzliche Symptome sind Müdigkeit, Erschöpfung und Schlafstörungen (Blanz, 2015).

Die soziale Phobie zeichnet sich aus durch die Angst vor Beurteilung durch Menschen aus einer kleinen Gruppe, welche in bestimmten Situationen auftreten kann, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit. Im Vordergrund steht die Angst vor Blamage oder sich bloß zu stellen, welche im schlimmsten Fall in sozialer Isolation mündet. Als vegetative Begleitsymptome lassen sich Erröten, Zittern, Vermeidung von Blickkontakt, Übelkeit und häufiges Wasserlassen anführen. Unter einer spezifischen Phobie versteht man die Angst vor bestimmten Orten und Situationen wie Tiere, Höhe, Donner, Dunkelheit, Fliegen und Ärzten. Diese Ängste können sich bis zur Panik steigern und dazu führen, dass solche Situationen werden vermieden (Blanz, 2015).

Angststörungen gehen oftmals mit Komorbiditäten wie anderen Angststörungen oder sonstigen Störungen (ADHS, Depression) einher. Franz et al. (2013) fanden bei Vorschulkindern, die die Kriterien einer generalisierten Angststörung erfüllten (n=175) bei 33% (56) als Komorbiditäten zwei oder mehr Angststörungen und eine sonstige Störung. Vorschulkinder, bei denen eine Trennungsangst diagnostiziert wurde (n=194) hatten zu 38% (57) eine weitere

und in 21% der Fälle (63) zwei oder mehr Angststörungen. 43% (30) der Teilnehmer, die unter einer sozialen Phobie litten hatten eine weitere und 25% (53) zwei oder mehr Angststörungen.

Diagnostisch spielen vor allem die Anamnese, die Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Eltern, Fragebögen wie die CBCL 1 ½ -5 und strukturierte Interviews wie das PAPA eine wichtige Rolle (von Gontard, 2010).

2.3.5.5 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1)

Die PTBS ist meist Folge eines oder von multiplen traumatischen Ereignissen (Flatten et al., 2011). Unter traumatischen Erlebnissen versteht man gemäß ICD-10 ein „belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung auslösen würde“ (Renschmidt et al., 2011).

Die wichtigsten Symptome der PTBS sind wiederkehrende Erinnerungen an das belastende Ereignis, vegetative Symptomatik, sowie emotionaler und / oder sozialer Rückzug. Bis sich erste Symptome zeigen, vergehen meist Wochen bis Monate. In seltenen Fällen können Symptome erst nach über 6 Monaten auftreten. Das Kind muss selbst betroffen sein, beziehungsweise Zeuge davon sein oder von einer dritten Person davon erfahren haben. Etwa jedes vierte Kind erlebt mindestens ein traumatisches Erlebnis, wobei dies am häufigsten körperliche Angriffe, Verletzungen oder Unfälle sind (Breuer & Krischer, 2015).

Bei Vorschulkindern beträgt die Prävalenz 0,1%-0,6% (Egger & Angold, 2006; McDonnell & Glod, 2003).

Eine PTBS geht „in bis zu 90% der Fälle“ mit komorbiden Störungen einher (von Gontard, 2010). So wurden in einer in den USA und Australien durchgeführten Studie, bei 85-88% der Männer und 78-80% der Frauen, die an einer PTBS litten, Komorbiditäten festgestellt (Flatten et al., 2011). Eine Studie von Scheeringa hat herausgefunden, dass zu den häufigsten komorbiden Störungen die Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (75%), emotionale Störung mit Trennungsangst (63%), ADHS (38%) und depressive Störungen (6%) zählen (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003).

Für die Entstehung einer PTBS wird von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen, für die gemäß Kulturalhti und Rosner (2008) 3 Obergruppen von Risikofaktoren (prä-, peri-, und post-traumatisch) differenziert werden, die die Entstehung begünstigen (Kirsch & Izat, 2013).

Normalerweise gelangen Informationen über die Thalamus-Amygdala-Hippocampus-mediale-präfrontale-Kortex-Verschaltung ins explizite Gedächtnis. Diese Kette ist jedoch in Stress-beziehungsweise emotionalen Situationen unterbrochen. Die traumatische Situation kann nicht gespeichert werden, weshalb Auslöser „unkontrollierbare intrusive Gefühle, Bilder und Körperempfindungen hervorrufen und zu Vermeidungsverhalten führen“ (Kirsch & Izat, 2013). Von Scheeringa, Zeanah und Myers (2003) wurden speziell für Patienten im Säuglings- und Kleinkindalter veränderte Diagnosekriterien erstellt. Diese setzen sich zusammen aus Symptomgruppen (A-E) und ihren jeweiligen Symptomen.

Tabelle 8: Diagnosekriterien der PTBS für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa, Zeanah & Myers, 2003)

Symptomgruppe	Symptome
A: traumatisches Ereignis	
B: Wiedererleben (mind. 1 der Symptome muss vorliegen)	<ul style="list-style-type: none"> -Posttraumatisches Spiel -Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas -wiederholtes Erinnern an das Trauma -Alpträume mit Bezug zum Trauma -Anzeichen eines Flashbacks -Zeichen psychischer Belastung bei Konfrontation
C: Vermeidung (mind. 1 Symptom)	Tatsächliche und versuchte Vermeidung von Personen/Orten/Aktivitäten, die mit dem Trauma in Verbindung stehen <ul style="list-style-type: none"> -Einengung des Spielverhaltens -sozialer Rückzug -eingeschränkte Bandbreite des Affekts
D: erhöhte Erregung (mind. 2 Symptome)	Ein- und Durchschlafschwierigkeiten Erhöhte Affektlabilität Verringerte Konzentration Hypervigilanz Übertriebene Schreckreaktion
E: neue Ängste und Aggressionen (für Diagnosestellung nicht notwendig)	Verlust bereits erworbener Fähigkeiten (insbesondere in der Sauberkeitserziehung) Neue Ängste Neu aufgetretene Trennungsangst

Für die Diagnostik ist die Entwicklungsanamnese, die Abklärung der familiären und sozialen Situation, Verhaltens- und Psychodiagnostik, traumaspezifische Diagnostik und die Erfassung der posttraumatischen Verarbeitung zu erfassen. Besonders wichtig ist es in der traumaspezifischen Anamnese vor allem, herauszuarbeiten, dass die Symptome erst seit dem traumatischen Ereignis bestehen und nicht bereits vorher. Um die Diagnose einer PTBS stellen zu können ist vor allem die Dauer relevant (Breuer & Krischer, 2015).

Zur Diagnostik gibt es auch eine Vielzahl an Fragebögen für die unterschiedlichen Altersklassen der Patienten. Speziell für Kinder im Vorschulalter haben sich als Fragebögen der Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS-ES), der Posttraumatic Stress Disorder - Preschool Age Children Fragebogen (PTSD-PAC), Trauma Symptoms Checklist for Young Children

(TSCYC) und als strukturierte Interviews die deutschsprachige Version des semistrukturierten Interviews und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder (PTSDSSI-D) und das PTBS-Modul des PAPA etabliert (von Gontard, 2010).

Der Verhaltensbeobachtung kommt zusätzlich ein hoher Stellenwert in der Diagnostik zu. Kliniker beobachten oftmals, das Auftreten von Schreckhaftigkeit beziehungsweise das Nachstellen von Traumainhalten im Spiel oder diagnostizierten eine neu aufgetretene Trennungsängstlichkeit (Breuer & Krischer, 2015).

Die Prognose ist äußerst schlecht. Meist sind noch 2 Jahre nach Diagnosestellung Symptome vorhanden, welche mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen (von Gontard, 2010).

2.3.5.6 Schlafstörungen (F51)

Da sich der Schlafrhythmus in der frühen Kindheit langsam ausbildet, ist nächtliches Aufwachen über das erste Lebensjahr nicht unbedingt als pathologisch zu interpretieren. Ob eine Schlafstörung vorliegt oder nicht hängt vom subjektiven Leidensdruck ab. Man unterscheidet nach Möhler (2015) 2 Formen der Schlafstörung:

Einschlafstörungen: Das Kind ist nicht fähig ohne Hilfe der Eltern einzuschlafen mit Persistenz seit dem 6. Lebensmonat. Einschlafen gelingt nur durch Anwesenheit der Eltern (Streicheln, Herumtragen) und dauert im Schnitt länger als 30 Minuten. Im Alter unter 6 Monaten werden diese Symptome nur in Ausnahmen (bei besonders großer elterlicher Belastung) als pathologisch angesehen.

Durchschlafstörungen: Das Kind wacht mehr als 3 Mal in der Nacht auf und findet nicht von alleine in den Schlaf zurück. Im Schnitt liegen 20 Minuten zwischen Aufwachen und wieder einschlafen. Sowohl Einschlaf-, als auch Durchschlafstörungen müssen laut Leitlinien der Fachgesellschaften mindestens 4 Wochen bestehen.

Zur Prävalenz finden sich unterschiedliche Daten basierend auf populationsbasierten Studien.

Steinsbekk, Berg-Nielsen und Wichstrøm (2013) erfassten die Prävalenz von Schlafstörungen im Rahmen eines regulären Gesundheits-Check-up von 4-jährigen in der Region von Trondheim (Norwegen). 19,2% wiesen Schlafstörungen auf. 16,6% litten unter einer primären Insomnie, welche gehäuft mit Depressionen, generalisierten Angststörungen, Trennungsängsten und spezifischen Phobien einherging. Bei 2,2% wurden Albträume diagnostiziert, welche signifikante Korrelationen zur generalisierten Angststörung als Komorbidität aufwies. 0,8% der Studienteilnehmer hatten eine primäre Hypersomnie und bei 0,7% wurde Somnambulismus diagnostiziert.

Ätiologisch können zum einen medizinische Ursachen und zum anderen auch die Lebenssituation zu einer Schlafstörung beitragen. Diagnostisch sind vor allem die Anamnese und die

Führung eines Schlaftagebuches von großer Bedeutung. Sie können ergänzt werden durch standardisierte Fragebögen wie den Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) für Kinder im Alter von 4-10 Jahren und den Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ) für Kinder im Alter von 2-18 Jahren (von Gontard, 2010).

2.3.5.7 Depressive Störungen (F32)

Die Prävalenz von Depressionen im Vorschulalter beträgt 2-3% (Holtmann M., 2015). Im Vorschulalter ist das Verhältnis 1:1. Die Erkrankung weist unterschiedliche Verläufe auf. Bei der einen Hälfte der Patienten remittiert die Erkrankung, während sie bei der anderen Hälfte bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt (Fegert & Kölch, 2013).

Ätiologisch unterscheidet man neben genetischen Prädispositionen, Polymorphismen des Serotonin-Transporter-Gens, Beeinträchtigungen im noradrenergen und dopaminergen Neurotransmittersystem, eine linksseitig vergrößerte Amygdala und ein verkleinerter Hippocampus als Ursachen für die Entstehung einer Depression (von Gontard, 2010).

In einer von Luby, Heffelfinger, Koenig-McNaught, Brown und Spitznagel (2004) veröffentlichten Studie konnte gezeigt werden, dass von 174 untersuchten Kindern „42% der Kinder (...) auch eine ADHS, 62% eine Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und 41% beide Diagnosen aufwiesen“.

Laut ICD-10 muss eine depressive Episode für mindestens 2 Wochen vorliegen, wobei die Symptome nicht Folge psychotroper Substanzen oder einer organischen Erkrankung sind (Remschmidt et al., 2011).

Um die Diagnose stellen zu können müssen mindestens 2 der folgenden 3 Symptome vorliegen:

- 1.) depressive Stimmung in einem ungewöhnlichen Ausmaß für die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag in einem Zeitraum von 14 Tagen
- 2.) Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
- 3.) verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Zusätzlich müssen eines oder mehrere der folgenden Symptome vorliegen (bis zu 4 Symptome): Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe/ausgeprägte Schuldgefühle, suizidales Verhalten bzw. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Appetitverlust bzw. gesteigerter Appetit (Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015).

Die sichere Diagnose einer depressiven Störung im Vorschulalter sollte erst ab einem Alter von 3 Jahren gestellt werden (von Gontard, 2010). Um genaue Informationen über die Symptomatik zu erlangen, sind oftmals Gespräche mit den Eltern oder Erziehern notwendig, da Kinder im Vorschulalter oft nicht in der Lage sind, ihre genauen Symptome in Worte zu fassen. In dem Anamnesegespräch sollen auch somatische Erkrankungen (zum Beispiel Schilddrüsenerkrankungen) und Medikamente exploriert werden (Holtmann, 2015). Als diagnostische Fragebögen kommen für Kinder im Vorschulalter die Preschool Feeling Checklist, die CBCL 1 1/2-5 oder das Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Ju-

gendalter (DISYPS II) in Frage (Holtmann, 2015). Als strukturiertes psychiatrisches Interview kann das PAPA verwendet werden (von Gontard, 2010).

Besonders bei Kindern im Vorschulalter ist es hilfreich das Spielverhalten (Anhedonie und mangelnde Fantasie), Essverhalten (verminderter beziehungsweise gesteigerter Appetit) und das Schlafverhalten (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen) zu eruieren (Holtmann, 2015).

2.3.5.8 Weitere Störungsbilder

Weitere psychiatrische Störungen, die im Vorschulalter auftreten können, sind unter anderem autistische Störungen, Ausscheidungsstörungen, Regulationsstörungen, Fütter-, Essstörungen und Tic-Störungen. Diese Störungen werden in dieser Arbeit jedoch nicht betrachtet, da sie nicht Teil des DIPA sind.

2.4 Hypothesen

Die vorgelegte Arbeit beschäftigt sich mit der:

„Validierung des DIPA unter Einbeziehung von klinischem Urteil und praxisorientierten Diagnoseinstrumenten“

Bislang gibt es bezüglich des DIPA nur Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfungen aus den USA, die von Michael Scheeringa und Nancy Haslett durchgeführt wurden. In ihrer Arbeit wurde als zweite Hypothese aufgestellt, dass sich eine übereinstimmende Validität zwischen den Diagnosen des DIPA und den Skalen der CBCL 1 ½ -5 ergibt (Scheeringa & Haslett, 2010). Ferner wurden in der Studie von Scheeringa und Haslett höhere signifikante Korrelationen bei externalisierenden Störungen gefunden (siehe hierzu Tabelle 5 und Tabelle 6). Ausgehend von diesen Ergebnissen werden die folgenden *Hypothesen* aufgestellt:

- 1.) Weisen die Diagnosen, die mittels DIPA erhoben wurden, signifikante Korrelationen mit den klinischen Diagnosen auf (sowohl für externalisierende als auch internalisierende Störungen)?
- 2.) Weisen die Diagnosen, die mittels DIPA erhoben wurden, signifikante Korrelationen mit den CBCL- 1 ½ -5 / C- TRF 1 ½ -5 Skalen (sowohl für internalisierende als auch externalisierende Störungen) auf?
- 3.) Weisen die Diagnosen, die mittels DIPA erhoben wurden, signifikante Korrelationen mit den Subkategorien des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV 3-6) auf?
- 4.) Weisen die internalisierenden Diagnosen, die mittels DIPA erhoben wurden, signifikante Korrelationen mit dem Punktwert der Preschool Feelings Checklist auf?

Diese Fragestellungen und Hypothesen sollen nun im Zuge dieser Doktorarbeit beantwortet werden.

3 Material und Methodik

3.1 Ablauf der Studie

Im Oktober 2013 wurde die Studie von der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes mit der Prüfnummer 221/13 bewilligt.

Im Zeitraum von Februar 2014 bis Juni 2015 wurden 60 Kinder, die in der Spezialambulanz für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg vorgestellt wurden, rekrutiert.

Die Rekrutierung erfolgte durch die Mitarbeiter der Spezialambulanz mittels Informationsflyer.

Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie waren:

- Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 2,5 bis maximal 6,6 Jahren
- keine geistigen Behinderungen und/oder kognitiven Einschränkungen des Kindes
- Erste Vorstellung des/der Patienten/in in der Ambulanz

Ausgeschlossen wurden Eltern, die Schwierigkeiten im Verständnis der deutschen Sprache haben und Eltern, die von vornherein eine Teilnahme abgelehnt haben beziehungsweise solche, die während der Durchführung ihr Einverständnis zur Studienteilnahme widerrufen haben.

Mit den Eltern wurde das DIPA (Dauer: 45-70 Minuten) durchgeführt. Die weitere Datenerhebung erfolgte im Rahmen eines Forschungsprojektes der Philipps Universität Marburg. In der Studie wurden Eltern und Erzieher/innen von Vorschulkindern gebeten die drei Fragebögen Conners Early Childhood Rating Scales (Conners-EC), den Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6) und den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) auszufüllen. Von uns wurden die Preschool Feelings Checkliste (PFC) und die CBCL 1 ½ -5 ergänzt. Zudem wurden die klinischen Diagnosen erhoben.

Wenn möglich, sollten auch die korrespondierenden Erzieher/innen die Fragebögen Caregiver-Teacher Report Form 1 ½ -5 (C-TRF 1 ½ -5), SDQ, PFC, CBCL 1 ½ -5 und VBV 3-6 ausfüllen.

Die Ergebnisse des SDQ und Conners EC werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da sie Bestandteil einer anderen Arbeit sind.

Untersuchungen oder Befragungen der Kinder wurden nicht vorgenommen.

Sowohl das Ausfüllen der Fragebögen, als auch die Teilnahme am Interview fanden freiwillig statt. Die erfassten Daten wurden anonymisiert.

Für die Teilnahme an der Studie wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 15 Euro bezahlt.

3.2 Verwendete Diagnoseinstrumente und Dokumente

Im Folgenden werden das DIPA, die CBCL 1 ½-5, die C-TRF 1 ½ -5, die VBV 3-6, die PFC und die klinischen Diagnosen näher beschrieben.

3.2.1 DIPA

Das DIPA wurde im Jahr 2014 aus der Originalfassung von Michael S. Scheeringa ins Deutsche durch die Goethe Universität Frankfurt übersetzt und umfasst nun 287 Items, in denen 13 Verhaltensauffälligkeiten abgefragt werden. Grob lässt sich der Aufbau des DIPA wie folgt darstellen (siehe Anhang für **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**):

Tabelle 9: Aufbau des DIPA

	Segment	US-Abkürzung	Anzahl der Fragen	Anzahl der Fragen zur funktionellen Beeinträchtigung
1	Traumatische Lebensereignisse	Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)	63	8
2	Depression	Major Depression Disorder (MDD)	31	8
3	Bipolare Störung	-----	18	8
4a	ADHS (Untergruppe Unaufmerksamkeit)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) inattention subtype	18	7
4b	ADHS (Untergruppe Hyperaktivität)	ADHD hyperactivity subtype	18	7
5	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten	Oppositional Defiant Disorder (ODD)	18	8
6	Störung des Sozialverhaltens	Conduct Disorder (CD)	25	7
7	Störung mit Trennungsangst	Separation Anxiety	19	8

		Disorder (SAD)		
8	Spezifische Phobie	Specific Phobia (SP)	15	9
9	Soziale Phobie	Social Phobia (SO)	10	8
10	Generalisierte Angststö- rung	General Anxiety Disorder (GAD)	17	8
11	Zwangsstörung	Obsessive Compulsive Disorder (OCD)	15	9
12	Bindungsstörung	Reactive Attachment Disorder (RAD)	17	8
13a	Einschlafstörungen	Sleep Onset Dissomnia (SOD)	1	0
13b	Durchschlafstörungen	Night Waking Dissomnia (NWD)	1	0

Verwendet werden kann das DIPA ab dem Ende des ersten Lebensjahres bis zum Ende des sechsten Lebensjahres. Das DIPA soll Elemente eines strukturierten Interviews beinhalten, in dem es klare Kategorien und Items zu den einzelnen Verhaltensauffälligkeiten gibt. Jede Frage soll exakt so vorgelesen werden, wie sie im DIPA steht, um Missverständnissen vorzubeugen. Dennoch wird das DIPA als ein semistrukturiertes Interview bezeichnet, da zu den Symptomen immer nach Beispielen gefragt werden soll um adäquat beurteilen zu können, ob ein pathologisches Symptom vorliegt oder nicht (Scheeringa, 2010). Es enthält alle wichtigen Symptome für 13 DSM-IV Störungen.

Um Fehldiagnosen zu vermeiden, wird nach Erfassung eines Symptoms vom Interviewer nachgefragt, ob der Erziehungsberechtigte der Auffassung ist, dass das Symptom öfter als „für das Alter des Kindes üblich“ auftritt. Zusätzlich müssen zu jedem Symptom Beispiele

erfragt werden, mit deren Hilfe der Interviewer beurteilen kann, ob ein pathologisches Verhalten vorliegt oder nicht (Scheeringa & Haslett, 2010).

Die Symptome, die im DIPA gefragt werden, orientieren sich an dem DSM-IV Klassifikationssystem (American Psychiatric Assoziation, 1992) und jeder Abschnitt wird beendet durch Fragen zur *funktionellen Beeinträchtigung* durch die Symptome. Hierbei sollen die Erziehungsberechtigten einschätzen, wie sehr das Kind durch die Symptome in den Bereichen Interaktionen mit den Eltern, mit den Geschwistern, mit Gleichaltrigen, in der Schule und in der Öffentlichkeit eingeschränkt ist. Zusätzlich wird in manchen Erkrankungen gefragt, ob sich das Kind durch die Symptome belastet fühlt (Ausnahmen hiervon sind ADHS und Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten), ob die Symptome ein Problem für die Eltern darstellt und ob von Seiten der Eltern ein Behandlungswunsch besteht (Scheeringa, 2010).

Symptome, die verschiedenen Krankheitsbildern zugeordnet werden können, werden anders als im PAPA, in jedem Krankheitsbild erfragt, damit jedes einzelne Modul in sich selbst vollständig ist. Beispielsweise werden Schlafstörungen im PTBS-, Depressions-, aber auch im Schlafstörungsabschnitt erfragt (Scheeringa & Haslett, 2010).

Zusätzlich wird bei fast jedem Item die Frage gestellt, ob die Symptome in den letzten 4 Wochen vorhanden gewesen sind und ob die Erziehungsberechtigten Beispiele für das Verhalten des Kindes nennen können. Ausnahmen hiervon bildet der Abschnitt der Depression mit den Fragen M1 und M3, welche kodiert werden können, wenn sie an acht aufeinanderfolgenden Tagen in zwei Wochen vorhanden gewesen sind (Scheeringa & Haslett, 2010).

Eine weitere Änderung wurde im Abschnitt der Zwangsstörungen durchgeführt. Normalerweise wird für die Diagnosestellung gefordert, dass das erkrankte Kind erkennt, dass die Zwangsgedanken ein Produkt ihrer eigenen Gedanken sind. Diese Voraussetzung wurde im DIPA jedoch nicht berücksichtigt, da Scheeringa und Haslett (2010) die Ansicht vertreten, dass Kinder kognitiv nicht in der Lage sind, dies zu erkennen.

Die Fragen sind hauptsächlich geschlossene Fragen, die mit 0=nicht vorhanden und 1=vorhanden kodiert werden. Vereinzelt werden qualitative Zusatzangaben, wie Beispielnennungen und Häufigkeitsangaben gefordert. Abgestufte Antwortmöglichkeiten, finden sich bei Fragen zu den funktionellen Beeinträchtigungen und stellen sich unter anderem dar durch Abstufungsgrade wie „fast nie“, „manchmal“ und „häufig“ dar.

Die Antworten des DIPA wurden mittels Auswertungsbogen (so genannter „Algorithmus“) ausgewertet.

3.2.2 CBCL 1 ½ -5 und C-TRF 1 ½ -5

Die CBCL 1 ½ -5 stellt die erste deutsche Fassung der von Achenbach 1997 modifizierten CBCL 2-3 dar und ist gemeinsam mit dem C-TRF 1 ½ -5 Bestandteil eines von Achenbach entwickelten Checklisten Systems (ASEBA), welche auch in dieser Doktorarbeit verwendet wurden.

Die CBCL 1 ½ -5 (Achenbach & Rescorla, 2000) erfasst das Urteil von Erziehungsberechtigten bezüglich der Entwicklung ihres Kindes und ist erhältlich für alle Altersstufen ab 1,5 Jahren. Das Ausfüllen dauert ungefähr 15 Minuten und beinhaltet 99 katalogisierte Problemitems zu den Themen Verhaltensauffälligkeiten, somatischen Beschwerden und emotionalen Auffälligkeiten (Elting, 2003). Das Item 100a-c dient der zusätzlichen Angabe von Eigenschaften, die besonders am Kind auffallen. Zusätzlich können Verhaltensweisen erwähnt werden, die den Erziehungsberechtigten besonders Sorge bereiten. Dies fließt jedoch nicht in die Auswertung des Fragebogens ein. Die Beantwortung der Fragen orientiert sich am Verhalten des Kindes in den letzten 2 Monaten und werden mit „0“ (=Aussage nichtzutreffend), „1“ (=Aussage trifft manchmal zu) und „2“ (=Aussage trifft häufig zu) kodiert. Die Summe der Werte ergibt den Gesamtwert (TOT). 82 der Items zwischen der CBCL 1 ½ -5 sind identisch mit der C-TRF 1 ½ -5, während 17 Items spezifisch für den jeweiligen Bogen sind (Elting, 2003).

Tabelle 10: Aufbau der CBCL 1 ½ -5

99 Problem- Items	Emotional-Reaktiv	internalisierende Störungen	Gesamtprobleme
	Ängstlich-Depressiv		
	Somatische Probleme		
	Sozialer Rückzug		
	Schlafprobleme		
	Aufmerksamkeitsprobleme	Externalisierende Störungen	
	Aggressives Verhalten		
Sonstiges			

Tabelle 10 soll exemplarisch den Aufbau der CBCL 1 ½ -5 erläutern. Die CBCL 1 ½ -5 weist acht Unterskalen auf, die zu drei übergeordneten Skalen gezählt werden (internalisierende Störungen, externalisierende Störungen und Gesamtprobleme). Aus allen Werten wird ein Gesamtscore ermittelt.

Den internalisierenden Störungen lassen sich die vier Skalen ängstlich/depressiv, emotional-reaktiv, somatische Probleme und sozialer Rückzug zuordnen. Kinder, die hohe Werte auf der ängstlich/depressiven Skala aufweisen, können sich nur schwer von ihren Eltern lösen und sind oft ohne Grund traurig. Emotional reaktive Kinder quengeln viel und sind oft schnell beleidigt. Hohe Werte auf der Skala somatische Probleme sprechen für Essens- beziehungsweise Verdauungsprobleme, Übelkeit und Erbrechen. Kinder, die einen ausgeprägten sozialen Rückzug aufzeigen sind oft verschlossen und wenig zärtlich.

Zu den externalisierenden Störungen gehören die zwei Skalen aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme.

Die sieben Items (unter anderem Schlaflosigkeit und Alpträume), die im Rahmen der Skala Schlafprobleme erfasst werden, lassen sich weder den externalisierenden noch den internalisierenden Störungen zuordnen.

sierenden Störungen zu ordnen. Die Skala „Schlafstörungen“ findet sich nur in der CBCL 1 ½ -5 und nicht in der C-TRF 1 ½ -5.

Analog besitzt auch die C-TRF 1 ½ -5 99 Items. Aus diesen Items lassen sich die sechs Problemskalen emotionale Reaktivität, ängstlich/depressiv, körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten. Aus diesen Problemskalen lassen sich erneut die wie bei der CBCL 1 ½ -5 erläuterten übergeordneten Skalen bilden.

Als „klinisch auffällig“ gelten T-Werte >70 (auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen) und T-Werte > 63 (auf den übergeordneten Skalen). Der Grenzbereich liegt bei T-Werte von 65-70 (auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen) und 60-63 (auf den übergeordneten Skalen).

Eine wichtige Arbeit zur Erfassung der psychometrischen Parameter der deutschen CBCL 1 ½ -5 und der C-TRF 1 ½ -5 ist die Studie von Elting (2003). Die Studie basierte auf einer gemischten Stichprobe von insgesamt 246 Kindern in und um Frankfurt am Main.

Der C-TRF 1 ½ -5 wurde von 176 Erzieherinnen aus verschiedenen Kindergärten ausgefüllt. Im Rahmen der Auswertung wurden die Punkte Anwendbarkeit, Objektivität, Reliabilität und Validität betrachtet (Elting, 2003).

Die Reliabilität wurde durch Berechnung des Cronbachs Alpha ermittelt. Für die CBCL 1 ½ -5 finden sich gute Reliabilitäten bei der Skala aggressives Verhalten mit einem Cronbachs Alpha von 0.88. Befriedigende Reliabilitäten fanden sich mit den Skalen sozialer Rückzug ($\alpha=0.75$), Schlafstörungen ($\alpha=0.73$) und emotional reaktiv ($\alpha=0.71$). Eingeschränkt beurteilbar waren die Skalen Aufmerksamkeitsprobleme ($\alpha=0.67$) aufgrund der niedrigen Itemzahl und körperliche Beschwerden ($\alpha=0.61$), da dort auch Aussagen wie „allgemeines Unwohlsein“ einbezogen werden (Elting, 2003).

Hohe Reliabilitäten fanden sich mit der C-TRF 1 ½ -5 Skala aggressives Verhalten ($\alpha=0.90$), was die am stärksten und die am häufigsten gewertete Skala darstelle. Gute Reliabilitäten fanden sich bei den Skalen Aufmerksamkeitsprobleme ($\alpha=0.84$) und sozialer Rückzug ($\alpha=0.83$). Akzeptable Reliabilitäten fanden sich auf der ängstlich/depressiven Skala ($\alpha=0.77$). Als nicht reliable Ergebnisse wurden die Skalen emotional reaktiv ($\alpha=0.57$) und körperliche Beschwerden ($\alpha=0.45$) gewertet (Elting, 2003). Die Retest- Reliabilitäten liegen zwischen .78 und .88.

In der Studie von Elting (2003) ließen sich sowohl eine externe (=signifikanter Unterschied zwischen auffälligen und unauffälligen Kindern), als auch eine interne Validität (=Skalen erfassen deutlich pathologisches Verhalten) eruieren. Die internen Konsistenzen liegen mit $r>.86$ im guten bis sehr guten Bereich. In der Validierungsstudie des CBCL 1 ½ -5 fanden sich signifikante Korrelationen auf der ADHS Skala ($r= .65$), im oppositionellen Verhalten ($r= .42$) und auf der Angstskala ($r= .37$).

3.2.3 VBV-EL 3-6 und VBV-ER 3-6

Mit Hilfe des in dieser Studie verwendeten VBV 3-6 werden Verhaltensauffälligkeiten der jeweiligen letzten vier Wochen von Kindern im Alter von 3-6 Jahren erfasst, indem Eltern

(VBV-EL 3-6) und Erzieher/innen (VBV-ER 3-6) ihr Urteil zu Aussagen bezüglich des Kindes und seines Verhaltens in den letzten vier Wochen abgeben. Der VBV 3-6 gilt als ein standardisierter und normierter Test, welcher nur für das Vorschulalter typische Verhaltensweisen und Symptome berücksichtigt. Es gibt für Eltern und Erzieher jeweils einen VBV 3-6 (VBV 3-6-EL-S und VBV 3-6-ER-S) und die Dauer beläuft sich auf 20-40 Minuten (Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993; Renner, Zenglein & Krampen, 2004).

Die jeweiligen Fragen werden kodiert auf einer fünfstufigen Skala mit „0“ (=nie), „1“ (=selten), „2“ (=manchmal), „3“ (=oft) und „4“ (=sehr oft). Mit den Ergebnissen zeigen sich Hinweise auf externalisierende beziehungsweise internalisierende Störungen.

Der Aufbau des VBV 3-6 lässt sich folgendermaßen darstellen:

Tabelle 11: Aufbau des VBV-EL 3-6 und VBV-ER 3-6

Eltern	Erzieher/innen
1. Teil: Verhalten im Alltag/alltäglichen Situationen	1. Teil: Beurteilung hinsichtlich, ob das Kind den Kindergarten regelmäßig besucht, aggressiven Verhaltens, Konzentration, Ausdauer bei Spielen/Beschäftigungen, soziale Ängstlichkeit
2. Teil: situationsspezifische Verhaltensweisen	2. Teil: Verhalten im Alltag/alltäglichen Situationen
3. Teil Symptomliste	3. Teil: situationsspezifische Verhaltensweisen
	4. Teil: Symptomliste

Der Elternfragebogen besteht aus 53 Items, die vier Skalen zugeordnet sind. Zusätzlich gibt es noch eine Symptomliste, die 17 Items enthält. Die Skalen werden nun im Folgenden kurz dargestellt.

1. Skala: Sozial-emotionale Kompetenzen (KOMP)

Die Skala enthält 10 Items, die nur positiv beschriebene Verhaltensweisen enthalten. Im Gegensatz zu den drei folgenden Skalen weisen hohe Werte auf der KOMP-Skala auf geringe Auffälligkeiten hin und sprechen dafür, dass das Kind Konfliktsituationen alleine lösen kann, sich anderen Kindern gegenüber kooperativ verhält und vorgegebene Grenzen eingehalten werden. Ein Itembeispiel der KOMP-Skala ist „Lässt Geschwister oder andere Kinder mitspielen, wenn sie es wollen.“ (Renner et al.,2004).

2. Skala: Oppositionell-aggressives Verhalten (AGGR)

Hier finden sich 20 Items vor, wobei hohe Werte für verbale und körperliche Verhaltensauffälligkeiten gegenüber Gleichaltrigen oder Geschwistern stehen, wie zum Beispiel das Verletzen von Regeln und Gesetzen und das Missachten von Anweisungen. Ein Beispiel für ein Item der AGGR-Skala wäre zum Beispiel die Aussage „Gibt Erwachsenen herausfordernde oder freche Antworten.“ (Renner et al.,2004).

3. Skala: Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität versus Spielausdauer (HYP)

Hohe Ausprägungen bei den 12 Items sprechen dafür, dass Kinder häufig Spiele wechseln und schnell das Interesse am Spiel verlieren. Ein Itembeispiel der HYP-Skala wäre „Kann beim Essen am Tisch nicht still sitzen, steht auf oder rutscht auf dem Stuhl herum oder zap-pelt ständig mit den Beinen.“ (Renner et al.,2004).

4. Skala: Emotionale Auffälligkeiten (EMOT)

Hohe Ausprägungen dieser 11 Items sprechen für unsichere und sozial ängstliche Kinder. Ein Itembeispiel wäre „Fängt schnell an zu weinen, ist sehr empfindsam.“ (Renner et al.,2004).

5. Symptomliste-umschriebene Auffälligkeiten

Mittels 17 Items werden umschriebene Verhaltensauffälligkeiten erfragt. Hierzu zählen: Schlaf- und Essstörungen, emotionale Anspannung, exzessives Onanieren, Einnässen, Einkoten, umschriebene Phobien, Autoaggressionen und Daumenlutschen (Döpfner et al., 1993; Renner et al.,2004).

Die Bearbeitung des VBV 3-6 durch die Erzieher setzt die Zustimmung der Eltern voraus und dauert 30-40 Minuten. Beim VBV-ER 3-6 finden sich 93 Items, die auch vier Skalen zugeordnet werden können.

Tabelle 12: Aufbau des VBV-ER 3-6

1. KOMP	21 Items (davon 19 positiv formuliert), hohe Werte auf dieser Skala sprechen für kooperatives Verhalten und Kreativität im Spiel
2. AGGR	32 Items (1 positiv formuliert), hohe Werte sprechen für aggressives Verhalten, Neigung zu Wutausbrüchen und Missachtung von Grenzen
3. HYP	19 Items, hohe Werte repräsentieren Sprunghaftigkeit im Spiel, motorische Unruhe, leichte Ablenkbarkeit und Konzentrationschwäche
4. EMOT	21 Items, hohe Werte sprechen für Unsicherheiten und soziale Ängste
5. Symptomliste	17 Items mit Symptomen, die umschriebene Entwicklungsstörungen erfassen wie: Einnässen, phobische Ängste, Essstörungen, Daumenlutschen, Autoaggressionen, Stereotypien, Tics, Horten von Gegenständen, exzessives Onanieren, Fingernägelkauen, Zittern oder Stottern

Mit Hilfe von Auswertungsschablonen können für jede Skala Rohwerte gebildet werden. Die pro Seite ermittelten Rohwerte werden am Ende addiert und standardisierten Werten zugeordnet (Stanine). Dabei gilt:

Stanine-Werte (relative Positionen in der Gesamtgruppe der Kindergartenkinder im Alter von 3-6) von 8 oder 9 gelten als überdurchschnittlich und somit behandlungsbedürftig. Werte von

1 und 2 gelten als unterdurchschnittlich. Auf der Skala der sozial-emotionalen Kompetenzen gelten Stanine-Werte von 1 oder 2 als behandlungsbedürftig (Renner et al., 2004).

Die im Erzieherfragebogen zusätzlich ermittelten Interrater-Reliabilitätswerte liegen zwischen $r = .56$ und $r = .62$ (Renner et al., 2004).

Die *Validität* zeigt laut Manual signifikante Unterschiede zwischen Repräsentativitäts- und Vergleichsstichprobe, eine Sensitivität von 76% und eine Spezifität von 84% (Renner et al., 2004).

Zur *Reliabilität* lässt sich eine interne Konsistenz (Cronbachs α) für die Skalen im Elternurteil zwischen 0.73 (sozial - emotionale Kompetenzen) und 0.90 (oppositionell - aggressives Verhalten), im Erzieherurteil zwischen 0.88 (emotionale Auffälligkeiten) und 0.95 (oppositionell – aggressives Verhalten); eine Retestreliabilität: für die Skalen im Elternurteil zwischen 0.51 (Hyperaktivität vs. Spielausdauer) und 0.62 (emotionale Auffälligkeiten), im Erzieherurteil zwischen 0.72 (sozial - emotionale Kompetenzen) und 0.80 (Hyperaktivität vs. Spielausdauer) eruieren (Renner et al., 2004).

Die Testgütekriterien der VBV-EL 3-6 wurde in einer Studie von Renner et al. (2004) dargestellt. Die internen Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs Alpha) liegen im exzellenten Bereich für die Skala aggressives Verhalten ($\alpha=.92$), im guten Bereich für die Skala Hyperaktivität ($\alpha=.86$) und im akzeptablen Bereich für die Skalen emotionale Kompetenzen ($\alpha=.75$) und sozial emotionale Kompetenzen ($\alpha=.72$) (Renner et al., 2004).

Die Profilreliabilität (=ob die Subskalen eines Verfahrens getrennt interpretiert werden dürfen) lag bei .68 und somit über der von Lienert (1969) geforderte Grenze von .50. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .51$ und $r = .80$ (Renner et al., 2004).

Die faktorielle Validität (=Nachweis einer psychologisch begründeten Faktorenstruktur) konnte für die Skalen der VBV-EL 3-6 nachgewiesen werden (Renner et al., 2004).

Die diskriminante Validität (=das Ausmaß andere Merkmalsbereiche zu erfassen) war gegeben bei statistisch signifikanten Skaleninterkorrelationen, da dann die vier VBV-EL 3-6 Skalen hinreichend reliable unterschiedliche Aspekte von Verhaltensauffälligkeiten und Kompetenzen erkannten. Als Beispiele hierfür lässt sich anführen, dass die Skala sozial-emotionale Kompetenzen durchgängig negativ korreliert mit den Belastungsskalen ($r = -.55^{**}$ auf der Skala aggressives Verhalten, $r = -.56^{**}$ mit der Skala Hyperaktivität, $r = -.23^{**}$ mit der Skala emotionale Auffälligkeiten und $r = -.39^{**}$ mit der Symptomenliste), was konsistent ist mit den Angaben im VBV 3-6 Manual (Renner et al., 2004).

3.2.4 Preschool Feelings Checklist (PFC)

Als Fragebogen um Depressionen zu erfassen wurde in dieser Studie die deutsche Version der „Preschool Feelings Checklist“ verwendet (Luby et al., 2004)(siehe Anhang). Dieser Fragebogen hat 16 Items und ist als Eltern- und Erzieher/innen Version verfügbar. Die 16 Items können mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden und gelten als auffällig bei einem Gesamtwert größer gleich 3. Die Bearbeitungszeit beträgt 1 bis 3 Minuten.

Im Rahmen der von Luby et al. (2004) durchgeführten Validierungsstudie zur Erfassung der Testgütekriterien ergaben sich gute interne Konsistenzen (Reliabilitäten) mit einem Cronbachs Alpha von .77. Bei einem cut-off Wert von 3 ließ sich eine maximale Sensitivität (Eigenschaft des Tests depressive Kinder korrekt zu diagnostizieren) von 0.92 und eine maximale Spezifität (Eigenschaft des Tests Teilnehmer nicht fälschlicherweise als depressiv zu diagnostizieren) von .84 (Fuhrmann, 2011).

3.2.5 Klinische Diagnosen

Zusätzlich wurden klinische Diagnosen, die das Kind nach dem diagnostischen Prozess in der Ambulanz erhielt, erfasst. Da diese auf leitliniengerechten Untersuchungen basieren, stellen sie eines der wichtigsten Dokumente für die Validierung des DIPA dar. Die klinischen Diagnosen basieren auf Eigen-, Fremd- und Familienanamnese, dem psychopathologischen Befund und Verhaltensbeobachtung des Kindes (Angaben zu interpersonellem Kontakt, Blickkontakt, soziales Lächeln, Reaktion auf Ansprache und Fragen, Sprech- und Spielverhalten), psychologischer Testergebnisse (zum Beispiel IDS-P, DISYPS-II, CBCL 1 ½ -5) und der internistisch-neurologischen Untersuchung (Koordinationsprüfung, Angaben zur Kooperation des Kindes, Erfassen von Größe, Gewicht und Kopfumfang).

3.3 Statistische Auswertung

Die Daten wurden anonymisiert erfasst und mittels „Statistical Product and Service Solutions“ (SPSS) Version 22 der Firma IBM ausgewertet. Berechnet wurden deskriptive Daten (Geschlecht und Alter der teilnehmenden Kinder, Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen der verwendeten Instrumente). Darüberhinaus wurden punktbiseriale Korrelationen zwischen den Diagnosen des DIPA, den standardisierten Werten der Fragebögen (Subskalen und Gesamtskalen) sowie den klinischen Diagnosen berechnet. Als statistisch signifikant galt ein Signifikanzniveau $p < 0,05$.

In der Auswertung wurden einige Diagnosen des DIPA aus Übersichtlichkeitsgründen zusammengefasst:

- die Subtypen „ADHD Hyperactivity“ und „ADHD Inattention“ bilden die Gesamtvariable „ADHS“
- Trennungsangst, soziale und spezifische Phobien bilden die Variable „Angststörungen“
- Einschlaf- und Durchschlafstörungen wurden zu „Schlafstörungen“ zusammengefasst
- Gehemmte und ungehemmte Bindungsstörungen bilden den Oberbegriff „Bindungsstörungen“

Um bestimmte Hypothesen verifizieren zu können wurden die Störungsbilder, die im DIPA erfasst werden, den externalisierenden bzw. den internalisierenden Störungen zugeordnet. Gekennzeichnet ist dies durch den Oberbegriff „externalisierende DIPA-Diagnosen“ bzw. „internalisierende DIPA-Diagnosen“.

Es wurde folgende Zuordnung durchgeführt:

- Externalisierende DIPA-Diagnosen: ADHS, Störung des Sozialverhaltens/ mit oppositionellem Verhalten
- Internalisierende DIPA-Diagnosen: Depression, soziale und spezifische Phobien und Angststörungen

4 Ergebnisse und Auswertung

4.1 Deskriptive Statistik

4.1.1 Stichprobe

Insgesamt wurden 83 Eltern kontaktiert, wovon 61 an der Studie teilgenommen haben. Von den teilnehmenden 61 Eltern hat ein Elternpaar nicht das DIPA komplettiert. Insofern sind nur die Daten der verbleibenden 60 Teilnehmer in die statistische Auswertung eingegangen.

Die finale Teilnehmerquote stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 13: Teilnehmerquoten

	Anzahl	%
Insgesamt kontaktierte Eltern	83	100%
Ausgefüllte Elternfragebögen	61	73,4%
Durchgeführte DIPA	60	72,2%
Ausgefüllte Erzieherfragebögen	30	36,1%
Eltern, die keine Kontaktaufnahme mit Kindergarten erwünschten	24	28,9%
Kindergarten hat Teilnahme abgelehnt	7	8,4%
Nur Elternbogen, kein Interview	1	1,2%

Das Alter der 49 teilnehmenden Mütter lag zum Erhebungszeitpunkt zwischen 22 bis 46 Jahren. Zudem hat noch eine 67-jährige Pflegemutter teilgenommen. Der Mittelwert des Alters der teilnehmenden Mütter liegt bei 34,32 Jahren (Standardabweichung=7,58).

Von 4 Vätern im Alter von 28-35 Jahren, die teilgenommen haben, hatte einer kein Alter angegeben. Der Mittelwert des Alters der teilnehmenden Väter liegt bei 36,71 Jahren (Standardabweichung=6,64). Bei 6 Kindern haben sowohl Mutter als auch Vater die Fragebögen beantwortet.

Von 24 der Eltern wurde keine Aufnahme mit dem korrespondierenden Kindergarten erwünscht. Von den 37 kontaktierten Kindergärten, haben 30 die Fragebögen ausgefüllt und zurückgeschickt und 7 die Teilnahme an der Studie verweigert.

Die Bildungsstruktur der teilnehmenden Eltern stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 14: Bildungsstruktur der teilnehmenden Eltern

Bildungsgrad	Mütter	Väter
1=keiner	4 (6,7%)	-
2=Hauptschule	10 (16,7%)	3 (30,0%)
3=Realschule	19 (31,7%)	5 (50,0%)
4=Gymnasium	7 (11,7%)	-
5=Fachhochschule	10 (16,7%)	-
6=Universität	6 (10,0%)	2 (20,0%)
Keine Angabe	4 (6,7%)	-

Alle 30 teilnehmenden Erzieherinnen waren weiblich und zwischen 26-61 Jahre alt. Der Mittelwert liegt bei 44,17 Jahren (Standardabweichung: 9,64).

Im Schnitt kannten die Erzieherinnen die Kinder seit 27,36 Monaten (Standardabweichung=13,36).

Ihre Bildungsstruktur stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 15: Bildungsstruktur der teilnehmenden Erzieherinnen

Bildungsgrad	Erzieherinnen
1=keine	-
2=Hauptschule	1 (3,8%)
3=Realschule	13 (50%)
4=Gymnasium	4 (15,4%)
5=Fachhochschule	8 (30,8%)
6=Universität	-

Insgesamt haben 36 männliche (60%) und 24 (40%) weibliche Patienten aus dem Saarland und Rheinland-Pfalz teilgenommen. Das Alter der teilnehmenden Kinder wies ein Minimum von 3,06 und ein Maximum von 6,6 Jahren auf. Der Mittelwert beträgt 4,88 und die Standardabweichung 0,85 Jahre.

4.2 Ergebnisse der DIPA Auswertung

4.2.1 Ergebnisse der deskriptiven Statistik des DIPA

Die folgende Tabelle zeigt alle Diagnosen, welche innerhalb der Studie mittels DIPA erfasst wurden.

Tabelle 16: Diagnosen, die mittels DIPA vergeben wurden

	Gesamt (N=60)	Jungen (N=36)	Mädchen (N=24)
Externalisierende Störungen insgesamt, n (%)	37 (61,7%)	26 (72,2%)	11 (45,8%)
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten	34 (56,7%)	24 (66,7%)	10 (41,7%)
Störung des Sozialverhaltens	33 (55,0%)	23 (63,9%)	10 (41,7%)
ADHS* Gesamt	33 (55,0%)	23 (63,9%)	10 (41,7%)
ADHS* (Subtyp Hyperaktivität)	23 (38,3%)	16 (44,4%)	7 (29,2%)
ADHS* (Subtyp Unaufmerksamkeit)	10 (16,7%)	7 (19,4%)	3 (12,5%)
Internalisierende Störungen insgesamt, n (%)	18 (30,0%)	6 (16,7%)	12 (50%)
Depression	9 (15%)	4 (11,1%)	5 (20,8%)
Trennungsangst	6 (10%)	2 (5,6%)	4 (16,7%)
Soziale Phobie	5 (8,3%)	1 (2,8%)	4 (16,7%)
Spezifische Phobie	5 (8,3%)	1 (2,8%)	4 (16,7%)
Generalisierte Angststörung	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Schlafstörungen insgesamt, n (%)	36 (60%)	20 (55,6%)	16 (66,7%)
Einschlafstörung	20 (33,3%)	11 (30,6%)	9 (37,5%)
Durchschlafstörung	16 (26,7%)	9 (25%)	7 (29,2%)
Bindungsstörungen insgesamt, n (%)	8 (13,3%)	3 (8,3%)	5 (20,8%)
Bindungsstörung vom ungehemmten Typ	5 (8,3%)	1 (2,8%)	4 (16,7%)
Bindungsstörung vom gehemmten Typ	3 (5,0%)	2 (5,6%)	1 (4,2%)
Weitere Diagnosen:			
Bipolare Störung, n (%)	14 (23,3%)	11 (30,6%)	3 (12,5%)
PTBS**, n (%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Zwangsstörungen, n (%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)

*ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung

**PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

61,7 % der Teilnehmer haben laut DIPA eine Diagnose aus dem externalisierenden und 30 % aus dem internalisierenden Bereich.

4.3 Ergebnisse der CBCL 1 ½ -5

4.3.1 Ergebnisse der deskriptiven Statistik der CBCL 1 ½ -5

Die folgenden Tabellen zeigen die errechneten Mittelwerte, Standardabweichungen und die Geschlechterverteilungen der CBCL 1 ½ - 5.

Tabelle 17: Ergebnisse der CBCL 1 ½ -5

	Mittelwerte (MW) der T-Werte	Standardabweichung (SD) der T-Werte	Auffälligkeit auf der Skala in Prozent (**)
Emotionale Reaktion	62.11	9.73	25,5
Ängstlich/Depressiv	57.97	8.86	6,9
Somatische Beschwerden	56.86	8.67	6,9
Sozialer Rückzug	58.43	8.71	13,8
Schlafprobleme	58.18	8.53	9,1
Aufmerksamkeitsprobleme	60.28	9.5	24,1
Aggressives Verhalten	64.1	11.68	27,6
Internalisierende Störungen	58.55	11.34	41,4
Externalisierende Störungen	61.78	13.15	48,3
Total	59.26	10.56	41,4

** Als „klinisch auffällig“ galten T-Werte>70 (auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen) und T-Werte > 63 (auf den übergeordneten Skalen).

Tabelle 18: Geschlechtsverteilung der CBCL 1 ½ - 5 Skalen

	Männlich		Weiblich	
	Nicht auffällig	Auffällig*	Nicht auffällig	Auffällig*
Emotionale Reaktion	24 (75%)	8 (25%)	17 (73,9%)	6 (26,1%)
Ängstlich/Depressiv	34 (97,1%)	1 (2,9%)	20 (87%)	3 (13%)
Somatische Beschwerden	33 (94,3%)	2 (5,7%)	19 (82,6%)	4 (17,4%)
Sozialer Rückzug	29 (82,9%)	6 (17,1%)	21 (91,3%)	2 (8,7%)
Schlafprobleme	31 (96,9%)	1 (3,1%)	19 (82,6%)	4 (17,4%)
Aufmerksamkeitsprobleme	24 (68,6%)	11 (31,4%)	20 (87%)	3 (13%)
Aggressives Verhalten	23 (65,7%)	12 (34,3%)	19 (82,6%)	4 (17,4%)
Internalisierende Störungen	22 (62,9%)	13 (37,1%)	12 (52,2%)	11(47,8%)
Externalisierende Störungen	14 (40%)	21 (60%)	16 (69,6%)	7 (30,4%)
Total	18 (51,4%)	17 (48,6%)	16 (69,6%)	7 (30,4%)

* Als „klinisch auffällig“ galten T-Werte>70 (auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen) und T-Werte > 63 (auf den übergeordneten Skalen).

4.3.2 Korrelationen DIPA-CBCL 1 ½ -5

Die folgende Tabelle zeigt die errechneten Korrelationen der externalisierenden Diagnosen des DIPA mit den CBCL 1 ½ - 5 Skalen.

Tabelle 19: Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5¹

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	ADHS (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion	.309*	.391**		
Internalisierende Störungen		.302*		
Total	.464**	.562**	.269*	.357**
Aufmerksamkeitsprobleme	.366**	.519**		.310*
Aggressives Verhalten	.556**	.610**	.449**	.442**
Externalisierende Störungen	.586**	.603**	.396**	.482**

¹ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

** . p<0,01

* . p<0,05

Die folgende Tabelle zeigt die errechneten Korrelationen der internalisierenden Diagnosen des DIPA mit den CBCL 1 ½ - 5 Skalen.

Tabelle 20: Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5²

	Internalisierende DIPA-Diagnosen	Depression (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	Angststörung (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion	.437**	.460**			
Ängstlich depressiv	.503**	.360**	.372**		.302*
Internalisierende Störungen	.460**	.345**	.329*		.340**
Körperliche Beschwerden	.436**		.541**	.329*	.519**
Total	.269*	.305*			
Schlafprobleme	.289*				
Externalisierend Störungen			-.268*		

² Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

** . p < 0,01

* . p < 0,05

Die folgende Tabelle zeigt die Korrelationen der Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störungen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5.

Tabelle 21: Korrelationen der DIPA-Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störungen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5³

	Bipolare Störung (DIPA-Diagnose)	Schlafstörung (DIPA-Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA-Diagnose)
Körperliche Beschwerden			.303*
Total	.363**		
Schlafprobleme		.374**	.347**
Aufmerksamkeitsprobleme	.433**		
Aggressives Verhalten	.402**		
Externalisierende Störungen	.408**		

³ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen und Skalen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

** . p < 0,01

* . p < 0,05

4.4 Ergebnisse der C-TRF 1 ½ -5

4.4.1 Ergebnisse der deskriptiven Statistik der C-TRF 1 ½ - 5

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der deskriptiven Statistik der C-TRF 1 ½ - 5.

Tabelle 22: Ergebnisse der deskriptiven Statistik der C-TRF 1 ½ -5

	Mittelwerte der T-Werte	Standardabweichungen der T-Werte	Prozentual auffällig (%)*
Emotionale Reaktion	57.25	12.9	12,5
Ängstlich Depressiv	56.93	7.8	9,8
Körperliche Beschwerden	55.73	10.24	12,2
Verschlossen	55.3	5.23	2,5
Aufmerksamkeitsprobleme	61.59	9.31	24,4
Aggressives Verhalten	57	5.27	0
Internalisierende Störungen	55.17	10.89	26,8
Externalisierende Störungen	56.88	8.45	19,5
Total	57.93	9.5	24,4

- Als „klinisch auffällig“ gelten T-Werte >70 (auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen) und T-Werte > 63 (auf den übergeordneten Skalen).

Die folgende Tabelle zeigt die Geschlechtsverteilung der C-TRF 1 ½ - 5 Skalen.

Tabelle 23: Geschlechtsverteilung der C-TRF 1 ½ - 5 Skalen

	Männlich		Weiblich	
	Nicht auffällig	Auffällig *	Nicht auffällig	Auffällig *
Emotionale Reaktion	21 (91,3%)	2 (8,7%)	14 (82,4%)	3(17,6%)
Ängstlich depressiv	21 (87,5%)	3 (12,5%)	16 (94,1%)	1 (5,9%)
Körperliche Beschwerden	24 (100%)	0 (0%)	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Verschlossen	22 (95,7%)	1 (4,3%)	17 (100%)	0 (0%)
Aufmerksamkeitsprobleme	17 (70,8%)	7 (29,2%)	14 (82,4%)	3 (17,6%)
Aggressives Verhalten	24 (100%)	0 (0%)	17 (100%)	0 (0%)
Internalisierende Störungen	18 (75%)	6 (25%)	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Externalisierende Störungen	19 (79,2%)	5 (20,8%)	14 (82,4%)	3 (17,6%)
Total	17 (70,8%)	7 (29,2%)	14 (82,4%)	3 (17,6%)

Als „klinisch auffällig“ gelten T-Werte >70 (auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen) und T-Werte > 63 (auf den übergeordneten Skalen).

4.4.2 Korrelationen DIPA - C-TRF 1 ½

Die folgenden Tabellen zeigen die Korrelationen der externalisierenden und internalisierenden Diagnosen des DIPA mit den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5.

Tabelle 24: Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5⁴

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion		.321*
Externalisierende Störungen	.312*	

⁴ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen und Skalen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

*. $p < 0,05$

Tabelle 25: Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5⁵

	Trennungsangst (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion		-.415**	-.406**
Ängstlich depressiv	.429**		
Internalisierende Störungen	.320*		
Externalisierende Störungen		-.333*	

⁵ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen und Skalen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

** . $p < 0,01$

*. $p < 0,05$

Zwischen den Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störung und den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5 ließen sich keine signifikanten Korrelationen eruieren. Die Gesamtübersicht hierzu findet sich im Anhang in Tabelle 50.

4.5 Ergebnisse der PFC

4.5.1 Deskriptive Statistiken der PFC

Tabelle 26: Ergebnisse PFC der Eltern und Erzieher⁵

	Häufigkeit	Gültige Prozent	Davon männlich	Davon weiblich
Nicht auffällig (Elternurteil)	26	43,3 %	14 (38,9%)	12 (50%)
Auffällig (Elternurteil)	34	56,7 %	22 (61,1%)	12 (50%)
Nicht auffällig (Erzieherurteil)	10	31,3 %	2 (11,1%)	8 (57,1%)
Auffällig (Erzieherurteil)	22	68,8 %	16 (88,9%)	6 (42,9%)

⁵ Als „auffällig“ wurden Kinder eingestuft, die ≥ 3 Punktwerte im PFC erzielten.

4.5.2 Korrelationen zwischen dem DIPA und der PFC

Die nächste Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der Korrelationen der Diagnosen des DIPA mit den Punktwerten der PFC.

Tabelle 26: Korrelationen zwischen den Diagnosen des DIPA dem Punktwert der Preschool Feeling Checkliste der Eltern und der Erzieher

	Preschool Feeling Check- list der Eltern (Punktwert)	Preschool Feeling Check- list der Erzieher (Punkt- wert)
Externalisierende DIPA- Diagnosen	.506**	0.151
ADHS (DIPA-Diagnose)	-0.134	0.183
Störung des Sozialverhal- tens (DIPA-Diagnose)	0.085	0.127
Störung des Sozialverhal- tens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)	.445**	0.194
Internalisierende DIPA Diagnosen (DIPA- Diagnose)	0.049	-0.099
Depression (DIPA- Diagnose)	0.222	0.084
Trennungsangst (DIPA-Diagnose)	0.017	0.096
Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	0.171	-0.220
Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	-0.192	-0.175
Bipolare Störung (DIPA Diagnose)	.435**	0.181
Schlafstörung (DIPA-Diagnose)	-0.151	-0.061
Bindungsstörung (DIPA-Diagnose)	-0.155	-0.328

** . $p < 0,01$

4.6 Ergebnisse des VBV 3-6

4.6.1 Ergebnisse der deskriptiven Statistik des VBV 3-6

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der VBV 3-6 Skalen der Eltern und Erzieher.

Tabelle 27: Ergebnisse der VBV 3-6 Skalen der Eltern und der Erzieher

	Mittelwerte (MW) der Stanine	Standardabweichungen (SD) der Stanine	Prozentual (%) auffällig*
Sozial emotionale Kompetenzen (VBV Eltern)	3,77	2.44	6,6
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Eltern)	6,59	2.15	42,6
Aufmerksamkeitsschwächen und Hyperaktivität VS Spieldauer (VBV Eltern)	7.20	1.25	45,9
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Eltern)	5,92	1.75	24,6
Sozial emotionale Kompetenzen (Erzieher)	4,18	2.32	12,1
Oppositionell aggressives Verhalten (Erzieher)	6,48	1.52	24,2
Aufmerksamkeitsschwächen und Hyperaktivität VS Spieldauer (Erzieher)	6,67	1.08	27,3
Emotionale Auffälligkeiten (Erzieher)	5,21	1.67	9,1

*Als auffällig galten Kinder mit Staninen ab 8 und 9 (beziehungsweise 1 und 2 auf der Skala sozial-emotionale Kompetenzen).

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der VBV 3-6 Skalen der Eltern und Erzieher aufgeteilt nach Geschlechterverteilung.

Tabelle 28: Geschlechterverteilung der Skalen der VBV 3-6 der Eltern und der Erzieher

	Männlich		Weiblich	
	Nicht vorhanden	Vorhanden	Nicht vorhanden	Vorhanden
Sozial emotionale Kompetenzen (VBV Eltern)	35 (94,6%)	2 (5,4%)	22 (91,7%)	2 (8,3%)
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Eltern)	18 (48,7%)	19 (51,3%)	17 (70,8%)	7 (29,2%)
Aufmerksamkeitsschwächen und Hyperaktivität VS Spieldauer (VBV Eltern)	22 (59,5%)	15 (40,5%)	11 (45,8%)	13 (54,2%)
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Eltern)	30 (81,1%)	7 (18,9%)	16 (66,7%)	8 (33,3%)
Sozial emotionale Kompetenzen (VBV Erzieher)	16 (88,9%)	2 (11,1%)	13 (86,7%)	2 (13,3%)
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Erzieher)	12 (66,7%)	6 (33,3%)	13 (86,7%)	2 (13,3%)
Aufmerksamkeitsschwächen und Hyperaktivität VS Spieldauer (VBV Erzieher)	12 (66,7%)	6 (33,3%)	12 (80%)	3 (20%)
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Erzieher)	17 (94,4%)	1 (5,6%)	13 (86,7%)	2 (13,3%)

4.6.2 Korrelationen des DIPA mit dem VBV der Eltern

Die folgenden Tabellen zeigen die signifikanten Korrelationen der externalisierenden und internalisierenden Diagnosen des DIPA mit den Skalen der VBV 3-6.

Tabelle 29: Signifikante Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der VBV 3-6 der Eltern ⁹

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	Störung des Sozialverhaltens (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)
Sozial emotionale Kompetenz (VBV Eltern)	-.370**	-.363**	-.402**
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Eltern)	.526**	.539**	.578**
Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität VS Spielausdauer (VBV Eltern)	.373**	.413**	.382**

⁹ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen und Skalen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

** . p<0,01

Tabelle 30: Signifikante Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der VBV 3-6 der Eltern ¹⁰

	Internalisierende DIPA - Diagnosen	Trennungsangst (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Eltern)				-.317*
Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität VS Spielausdauer (VBV Eltern)		.302*		
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Eltern)	.312*	.330*	.425**	

¹⁰ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen und Skalen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden im Anhang.

** . p<0,01

* . p<0,05

Die folgende Tabelle zeigt die signifikanten Korrelationen der VBV 3-6 Skalen der Eltern mit der Diagnose der bipolaren Störung des DIPA.

Tabelle 31: Korrelationen der DIPA-Diagnose bipolare Störung mit dem VBV 3-6 der Eltern ¹¹

	bipolare Störung (DIPA-Diagnose)
Sozial emotionale Kompetenz (VBV Eltern)	-.297*
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Eltern)	.430**

¹¹ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen und Skalen aufgeführt. Alle Korrelationen und Skalen finden sich im Anhang.

** . p<0,01

*. p<0,05

4.6.3 Korrelationen des DIPA mit dem VBV 3-6 der Erzieherinnen

Die folgende Tabelle zeigt die Korrelationen der VBV 3-6 Skalen der Erzieher mit den externalisierenden Störungen des DIPA.

Tabelle 32: Signifikante Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit dem VBV 3-6 der Erzieherinnen ¹²

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	ADHS (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Erzieherinnen)	.457**	.399*	.395*
Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität VS Spieldauer (VBV Erzieherinnen)		.402*	.401*

¹² Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen finden sich im Anhang.

** . p<0,01

*. p< 0,05

Die folgende Tabelle zeigt die Korrelationen der VBV 3-6 Skalen der Erzieher mit den internalisierenden Störungen des DIPA.

Tabelle 33: Signifikante Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit dem VBV 3-6 der Erzieherinnen ¹³

	Depression (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	Angststörung (DIPA-Diagnose)
Oppositionell aggressives Verhalten (VBV Erzieherinnen)	.371*	-.430*	-.454**	-.415*
Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität VS Spielausdauer (VBV Erzieherinnen)	.443**			

¹³ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen finden sich im Anhang.

** . p < 0,01

* . p < 0,05

4.7 Ergebnisse der klinischen Diagnosen

4.7.1 Ergebnisse der deskriptiven Statistik der klinischen Diagnosen

Tabelle 34: Vergebene klinische Diagnosen

	Gesamt (N=60)	Jungen (N=36)	Mädchen (N=24)
Externalisierende Störungen insgesamt, n (%)	39 (65%)	30 (83,3%)	9 (37,5%)
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (F91.3)	27 (44,3%)	20 (54,1%)	7 (29,2%)
ADHS (F90.0)	11 (18%)	9 (24,3%)	2 (8,3%)
Störungen des Sozialverhaltens (F91 ohne F91.3)	1 (1,6%)	1 (2,7%)	0 (-)
Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8)	1 (1,6%)	0 (-)	1 (4,2%)
Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens (F90.1)	3 (4,9%)	3 (8,1%)	0 (-)
Internalisierende Störungen insgesamt, n (%)	6 (10%)	2 (5,4%)	4 (16,7%)
Emotionale Störungen mit Trennungsangst (F93.0)	1(1,6%)	1 (2,7%)	0 (-)
Depressive Störungen (F32)	2 (3,3%)	1 (2,7%)	1 (4,2%)
Soziale Phobien (F40.1)	1 (1,6%)	0 (-)	1 (4,2%)
Spezifische Phobien (F40.0, F40.2, F40.8, F40.9)	2 (3,3%)	0 (-)	2 (8,3%)
Weitere Diagnosen:			
Entwicklungsstörungen (F80, F81, F82, F83, F88, F89)	11 (18%)	9 (24,3%)	2 (8,3%)
Sonstige Erkrankungen	7 (11,5%)	6 (16,7%)	1 (4,2%)
Anpassungsstörungen (F43.2)	5 (8,2%)	1 (2,7%)	4 (16,7%)
Essstörungen (F50.0-F50.9)	3 (4,9%)	1 (2,7%)	2 (8,3%)
Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)	3 (4,9%)	2 (5,4%)	1 (4,2%)
Schlafstörung (F51.0-F51.9)	14 (23%)	9 (24,3%)	5 (20,8%)
Körperliche Beschwerden (F45.0-F45.4, F45.8, F45.9)	3 (4,9%)	2 (5,4%)	1 (4,2%)
Enuresis (F98.0)	2 (3,3%)	2 (5,4%)	0 (-)
Bindungsstörungen (F94)	1 (1,6%)	1 (2,7%)	0 (-)
Enkopresis (F98.1)	1 (1,6%)	1 (2,7%)	0 (-)
Mutismus (F94.0)	1 (1,6%)	0 (-)	1 (4,2%)
Tic-Störungen (F95)	1 (1,6%)	1 (2,7%)	0 (-)

Schlafstörungen (F51.0-F51.9)	14 (23,3%)	9 (24,3%)	5 (20,8%)
-------------------------------	------------	-----------	-----------

Fasst man die erhobenen externalisierenden Störungen zusammen, wurden bei 66,1% der Teilnehmer (39) externalisierende Störungen diagnostiziert. 10 % (6) haben eine Diagnose aus dem Bereich der internalisierenden Störungen erhalten.

4.7.2 Korrelation zwischen dem DIPA und den erhobenen klinischen Diagnosen

Die folgende Tabelle zeigt die Korrelationen zwischen den klinischen Diagnosen und den externalisierenden Störungen des DIPA.

Tabelle 35: Korrelation der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den klinischen Diagnosen¹⁷

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	ADHS (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA Diagnose)
Externalisierende klinische Diagnosen	.455**		.263*	.420**
ADHS (klinische Diagnose)	.379**	.269*		.414**
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (klinische Diagnose)	.396**			.458**

¹⁷ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen finden sich im Anhang.

** . p < 0,01

* . p < 0,05

Die folgende Tabelle zeigt die Korrelationen zwischen den klinischen Diagnosen und den internalisierenden Störungen des DIPA.

Tabelle 36: Korrelation der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den erhobenen klinischen Diagnosen ¹⁸

	Internalisierende DIPA Diagnosen	Depression (DIPA-Diagnose)	Trennungsangst (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	Angststörung (DIPA-Diagnose)
Externalisierende Klinische Diagnosen					-.296*	
ADHS (klinische Diagnose)			.271*			
Anpassungsstörung (klinische Diagnose)			.502**			.300*
Enkopresis (klinische Diagnose)					.432**	.260*
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (klinische Diagnose)	-.273*				-.280*	
Phobie (klinische Diagnose)				.279*	.279*	
Soziale Phobie (klinische Diagnose)				.432**		.260*
Störung des Sozialverhaltens mit emotionaler Störung (klinische Diagnose)		.332*		.432**		.260*
Trennungsangst (klinische Diagnose)		.332*	.390**	.432**		.260*
Entwicklungsstörung (klinische Diagnose)	-.258*					
Internalisierende Klinische Diagnosen	.295*			.500**		

¹⁸ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen finden sich im Anhang.

** . p < 0,01

* . p < 0,05

Die folgende Tabelle zeigt die Korrelationen zwischen den klinischen Diagnosen und den Störungsbildern bipolare,- Schlaf- und Bindungsstörungen des DIPA.

Tabelle 37: Korrelation der DIPA-Diagnosen „bipolare,- Schlaf- und Bindungsstörung“ mit den klinischen Diagnosen ¹⁹

	Bipolare Störung (DIPA Diagnose)	Schlafstörung (DIPA Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA Diagnose)
Anpassungsstörung (klinische Diagnose)		.309*	
Bindungsstörung (klinische Diagnose)			.332*
ADHS (klinische Diagnose)	.430**		
Mutismus (klinische Diagnose)			.332*
Schlafstörung (klinische Diagnose)		.328*	
Soziale Phobie (klinische Diagnose)			.332*
Störung des Sozial- verhaltens mit emotionaler Störung (klinische Diagnose)			.332*

¹⁹ Übersichtshalber werden nur signifikante Korrelationen aufgeführt. Alle Korrelationen finden sich im Anhang.

** . $p < 0,01$

* . $p < 0,05$

Die erhobenen Ergebnisse sollen nun anhand der allgemeinen Fragen, als auch der speziellen aufgestellten Hypothesen diskutiert werden.

5 Diskussion und Zusammenfassung

5.1 Fragestellungen

5.1.1 Fragestellung 1 und 2

5.1.1.1 DIPA

Im Folgenden soll nun eine epidemiologische Einordnung der Ergebnisse des DIPA, CBCL 1 ½ - 5, C-TRF 1 ½ - 5, VBV 3-6 und PFC erfolgen. Ebenfalls soll die Fragestellung, ob vermehrt männlichen Teilnehmern externalisierende Störungen beziehungsweise Symptome zugeordnet werden beantwortet werden.

Die vorliegende Studie zeigt erste Ergebnisse des DIPA innerhalb einer deutschen Stichprobe von Vorschulkindern.

Der Mittelwert des Alters der Studienstichprobe lag bei 4,88 Jahre und entspricht ungefähr dem Mittelwert der US-amerikanischen Studie von Scheeringa und Haslett (2010) mit einem Mittelwert von 4,4. Somit lassen sich die vorliegenden Ergebnisse gut mit denen der amerikanischen Studie vergleichen. Ähnliche Beobachtungen finden sich auch in der Kohortengröße (Scheeringa und Haslett n=50, vorliegende Studie n=60).

Scheeringa und Haslett (2010) fokussierten sich in ihrer Arbeit auf die sieben Störungsbilder PTBS, Depression, ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Trennungsangst, generalisierte Angststörung und Störungen des Sozialverhaltens. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse dieser Studie nur eingeschränkt vergleichbar. Die Studie von Scheeringa und Haslett (2010) differenziert bei den Diagnosen, ob diese von den Eltern als Beeinträchtigung im Alltag wahrgenommen wurden. Da auch in dieser Studie die Beeinträchtigung ein Kriterium für die Diagnosestellung gewesen ist, sollen diese als Grundlage für den Vergleich der Prävalenzen dienen.

Die erhobenen Studienergebnisse sind jedoch nur eingeschränkt mit anderen epidemiologischen Studien vergleichbar. Dies liegt vor allem in den unterschiedlichen Aufbaus der Studien begründet. Die vorliegende Studie zeichnet sich durch eine selektierte Kohorte aus. Die meisten Studien haben hingegen einen Quer- beziehungsweise Längsschnittstudienstudientyp, in denen eine große Grundgesamtheit betrachtet wurde.

Deckungsgleich mit anderen internationalen, epidemiologischen Studien wurden auch in dieser Studie durch das DIPA eher externalisierende Störungen diagnostiziert (61,7%). Davon waren 70,3 % männlichen Geschlechts.

Dies lässt sich auch in populationsbasierten Studien wiederfinden.

Ebenso fanden Winsler und Wallace (2002) während ihrer Validierungsstudie der Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS) heraus, dass sowohl Eltern als auch Erzieher verstärkt Jungen externalisierende Verhaltensstörungen zuschrieben. Gleiche Beobachtung machte auch Petermann (2005).

Eine weitere Studie, welche die Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter erfasst hat, ist die von Santos, Queirós, Barreto und Santos (2016). Es wurden randomisiert 349 Kinder im Alter von 49 bis 72 Monaten aus Salvador ausgewählt. Insgesamt betrug die Prävalenz von externalisierenden Störungen 25,3%. Auch in der Studie von Santos et al. (2016) wurden externalisierende Störungen verstärkt bei Jungen diagnostiziert (22,5 %).

Black, Jukes und Willoughby (2017) fanden innerhalb ihrer afrikanischen Kohorte (n=3273) bei 10 % der Teilnehmer (338) externalisierende Störungen.

Im internationalen Vergleich veröffentlichten außerdem noch Shala und Dharmo (2013) die Ergebnisse ihrer Studie innerhalb einer albanischen Kohorte. Mittels CBCL 1 ½ -5 wurden die Eltern von 755 Kindern im Alter von 1 ½ - 5 Jahren befragt. Die Prävalenz von externalisierenden Störungen wurde mit 2,5% und die der internalisierenden Störungen mit 3,8% angegeben. Shala und Dharmo (2013) stellten fest, dass diese Prävalenzraten im internationalen Vergleich niedriger ausfallen und begründen dies mit dem divergierenden kulturellen Hintergrund ihrer Studienteilnehmer.

Als erstes Ergebnis der Diskussion lässt sich somit festhalten, dass auch diese Studie die internationale Tendenz aufgreift vermehrt externalisierende Störungen festzustellen und diese auch vermehrt männlichen Teilnehmern zugeschrieben werden.

Dennoch erscheint die in dieser Studie erhobene Prävalenz von 61,7 % sehr hoch.

Erklärungsmöglichkeiten für die unterschiedlichen Prävalenzen könnten, neben dem Alter der Probanden, den unterschiedlichen methodischen Ansätzen, auch die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe sein.

Die Studienkohorte zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich aus Teilnehmern zusammensetzt, welche sich in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz vorgestellt haben. Diese Vorschulkinder fielen somit beispielweise bereits durch ihr Verhalten im Kindergarten auf, weshalb den Eltern geraten wurde, Kontakt zur Ambulanz aufzunehmen. Ebenfalls ist es möglich, dass der Leidensdruck der Eltern so ausgeprägt war, dass aus diesem Grund die Vorstellung innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz erfolgte. Die Wahrscheinlichkeit in solch einer bereits selektierten Kohorte Verhaltensauffälligkeiten festzustellen und zu diagnostizieren, ist somit höher als in anderen Studien und deren Kohorten, welche randomisiert Stichproben (beispielsweise im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen) erstellt haben.

Außerdem können ein niedriger sozioökonomischer Status der Kohorte die Prävalenzen von Störungsbildern beeinflussen, da in solchen soziodemografischen Hintergründen die Prävalenz ausgeprägter ist (Zach et al., 2016). 55,1 % der teilnehmenden Mütter und 80 % der teilnehmenden Väter in dieser Studie hatten einen Bildungsabschluss auf dem Niveau eines Realschulabschlusses oder schlechter. Eltern mit niedrigen Bildungsabschlüssen sind häufiger mit dem Verhalten ihrer Kinder überfordert, weshalb Prävalenzen dort höher ausfallen (Hopf, 2017).

Ein weiterer Grund für die erhöhte Rate an externalisierenden Störungen liegt darin, dass ein Großteil der Studienteilnehmer männlichen Geschlechts gewesen sind. Wie bereits oben

erwähnt sind die meisten externalisierenden Störungen durch eine Knabenwendigkeit gekennzeichnet (Else-Quest, Hyde, Goldsmith & Van Hulle, 2006).

Die Knabenwendigkeit bei externalisierenden Störungen wurde von Hoffmann und Hochapfel (2004) durch eine erhöhte Vulnerabilität des männlichen Geschlechts gegenüber externalisierenden Störungen begründet. Als Ursache wird laut Hopf (2012) der erhöhte Testosterongehalt bei Jungen diskutiert. Dieser führt häufiger zu Aggressionen, aber auch zu einer stärkeren Muskelaktivität der Kinder. Die verstärkte motorische Unruhe wird als eine Form von Regulation des Affektes interpretiert. Jungen neigen laut Ihle und Esser (2002) zu einer Externalisierung ihrer Konflikte.

Die höhere Prävalenz von externalisierenden Störungen könnte weiterhin dadurch erklärt werden, dass externalisierende Störungsbilder von den Eltern und Erziehern deutlich leichter erkannt werden, als internalisierende Störungen wie Depressionen und damit einhergehend eher „stilleren“ Symptomen. So machten Scheeringa und Haslett (2010) korrespondierend in ihrer Studie die Beobachtung, dass bei der Diagnose ADHS der Subtyp „Hyperaktivität“ doppelt so häufig vergeben wurde, wie der Subtyp „Unaufmerksamkeit“. Auch sie begründeten dies damit, dass Hyperaktivität deutlicher und leichter von den Eltern wahrgenommen wird und auch schneller zu Beeinträchtigungen im Alltag führt, im Gegensatz zu Unaufmerksamkeit, welches meist erst bei näherer Beobachtung auffällt.

Zudem lassen sich generell höhere Prävalenzen in klinischen als in populationsbasierten Studien finden (Kowalewski, 2009).

Dies könnten Erklärungsansätze für die hohen Raten an externalisierenden Störungen in der vorliegenden Studie sein.

Bei Betrachtung der Diagnoseverteilung innerhalb der externalisierenden Störungen dieser Studie fällt auf, dass die Diagnosen Störung des Sozialverhaltens / mit oppositionellem Verhalten am häufigsten vergeben wurden mit jeweils 55% und 56,7%. Scheeringa und Haslett (2010) erhoben im Vergleich eine Prävalenz von 26%, 1,6% (Störung des Sozialverhaltens) und 44,3% (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten) waren es bei den klinischen Diagnosen, 9,4% (Bufferd, Dougherty, Carlson & Klein, 2011, mittels PAPA), 1,8% (Wichstrøm et al., 2012), 2,3% (Kariuki et al., 2017), 6,9% innerhalb einer spanischen Kohorte (Ezpeleta, de la Osa & Doménech, 2014) und eine Prävalenz von 6,2% innerhalb einer deutschen Kohorte (Niemczyk et al., 2015). Eine Übersichtsarbeit von Egger und Angold (2006) zitierten Studien mit Prävalenzen von 6,6%-16,8%. Im Vergleich fällt somit auf, dass die Prävalenzen nicht nur vom DIPA, sondern auch in den letztendlich klinisch vergebenen Diagnosen hoch ausfallen.

Für die Diagnose Störung des Sozialverhalten wurden im internationalen Vergleich Prävalenzen von 0,7% (Wichstrøm et al., 2012), 2,3% (Kariuki et al., 2017), 1,47% (Ford, Goodman & Meltzer, 2003), englische Kohorte 6,6% (Kim-Cohen, Arseneault, Caspi, Tomás, Taylor & Moffitt, 2005) erhoben. Egger und Angold (2006) fanden Prävalenzen von 3,3%-4,6%.

Die in dieser Studie gefundenen Prävalenzen der Diagnose ADHS mit 38,3% (Subtyp Hyperaktivität, 38,3%) (Subtyp Unaufmerksamkeit, 16,7%) laut DIPA beziehungsweise von 18%

bei den klinischen Diagnosen lassen sich im internationalen Vergleich teilweise replizieren. Wie eingangs erwähnt erhoben Scheeringa und Haslett (2010) in ihrer Kohorte eine Prävalenz von 40% für die Diagnose ADHS. Innerhalb dieser Studie lässt sich diese hohe Prävalenz durch das Studiendesign begründen. Scheeringa und Haslett hingegen argumentierten, dass ihre Kohorte viele Kinder aus sozial schwächeren Familien enthalte, weshalb die Prävalenz von ADHS so hoch ausfiel. Übereinstimmend mit dieser Arbeit wurde auch dort häufiger der Subtyp Hyperaktivität diagnostiziert.

Eine weitere klinische Stichprobe ergab eine Prävalenz von 12,6% (Chavira, Stein, Bailey, Stein, 2004).

Ferner erhoben Wlodarczyk et al. (2016) innerhalb ihrer Studienkohorte von 391 Vorschulkindern nur bei 11,8% der Teilnehmern Symptome von Hyperaktivität. Kariuki et al. (2017) fanden eine Prävalenz von 5%.

Werden andere Studien herangezogen finden sich Prävalenzen für die Diagnose „ADHS“ von 1,9% innerhalb einer norwegischen Kohorte (Wichstrøm et al., 2012), 6,4 % innerhalb einer deutschen Kohorte (Niemczyk et al., 2015), 5% innerhalb einer kenianischen Kohorte (Kariuki et al., 2017) und 2,33% in einer britischen Kohorte (Ford et al., 2003). Weltweit wird eine Prävalenz von 5,29 % angenommen (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Je nach Studie variieren die Prävalenzen von 2,2%-17,8% (Skounti, Philalithis & Galanakis, 2007). Eine Übersichtsarbeit von Egger und Angold (2006) ermittelten Prävalenzen von 2%-5,7%.

In der Studie von Pourhossein, Habibi, Ashoori, Ghanbarim, Riahi und Ghodrati (2015) wurde der CBCL 1 ½ - 5 verwendet, um die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten von Vorschulkindern im Alter von 1,5 – 7 Jahren zu erfassen. Insgesamt nahmen 1977 Vorschulkinder teil, wovon 957 männlich (48,4%) und 1020 weiblich (51,6%) gewesen sind. Übereinstimmend mit der epidemiologischen Studie von Pourhossein et al. (2015), wurden auch dort vermehrt Auffälligkeiten auf der CBCL 1 ½ - 5 Skala für Aufmerksamkeitsprobleme bei Jungs festgestellt (6,1%).

Ebenso diagnostizierten Wichstrøm et al. (2012) vermehrt ADHS bei männlichen Teilnehmern. Korrespondierend zu dieser Studie wurden bei Mädchen verstärkt Auffälligkeiten auf der Skala für emotionale Reaktionen (11,3%) gemacht.

Neben dem unterschiedlichen methodischen Vorgehen, beeinflusst auch ein niedriger sozioökonomischer Status, ein junges Alter der Eltern und ein niedriger Bildungslevel der Eltern die Prävalenz der Erkrankung dahingehend, dass diese unter solchen Bedingungen öfters diagnostiziert wird (Carter, Wagmiller, Gray, McCarthy, Horwitz & Briggs-Gowan, 2010; Ezpeleta et al., 2014; Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker & Schlack 2008; Lavigne et al., 1998b). Eine genaue Zuordnung des sozioökonomischen Status ist innerhalb dieser Studie nicht möglich, da nicht gezielt danach gefragt wurde. Es lassen sich jedoch das Alter der Eltern und ihre Bildungsabschlüsse in Relation zu anderen Studien setzen, was nun exemplarisch an einigen der oben zitierten Studien exerziert werden soll.

Gimpel und Kuhn (2000) eruierten zudem, dass eine reine Beurteilung der ADHS Symptomatik mit Hilfe des mütterlichen Urteils zu einer Überdiagnostizierung führen kann.

Innerhalb dieser Studie finden sich somit einige begünstigende Faktoren, die die Prävalenz der Diagnosen ADHS und Störung des Sozialverhaltens /mit oppositionellem Verhalten beeinflusst haben. Es haben mehr Jungen als Mädchen teilgenommen, wobei diesen eher externalisierenden Störungen zugeschrieben werden und viele teilnehmende Eltern wiesen niedrige Bildungslevel auf.

Sowohl in der vorliegenden Studie, als auch in der von Scheeringa und Haslett (2010) wurde verstärkt der Subtyp „Hyperaktivität“ vergeben. Dies kann wie bereits von Scheeringa und Haslett in ihrer Studie eruiert wurde, dadurch begründet werden, dass Symptome der Hyperaktivität von der Umgebung deutlich leichter erkannt werden.

Das methodische Vorgehen spielt laut Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde und Frick (2010) für die Prävalenzen der Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem Verhalten und ADHS eine noch wichtigere Rolle, als der kulturelle Hintergrund der teilnehmenden Kinder. So gaben beispielsweise Scheeringa und Haslett (2010) an, dass die Prävalenz von ADHS so hoch ausfiel, da ihre Studienkohorte aus einer sozial schwächeren Region rekrutiert wurde in denen die Prävalenzen allgemein höher ausfallen. Je nach Setting (beispielsweise innerhalb einer Einschulungsuntersuchung) könnte zudem die Scham der Eltern eine Rolle gespielt haben, die Verhaltensweisen ihrer Kinder nicht als auffällig einstufen wollten (Niemczyk et al., 2015).

Unterschiedliche Diagnosekriterien der DSM-IV erhöhen die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zur DSM-III, da innerhalb der DSM-IV beispielsweise die Diagnose Störung des Sozialverhaltens vergeben werden kann, wenn sich spezifische Symptome innerhalb des letzten Jahres gezeigt haben. Im Vergleich dazu verlangt die DSM-III ein Vorhandensein der Symptome innerhalb der letzten 3 Monate (Canino et al., 2010).

Die DSM-IV scheint nichtsdestotrotz geeignet als Klassifikationssystem für ADHS und Störung des Sozialverhaltens zu sein (Keenan & Wakschlag, 2004). Eine CBCL hingegen ist nicht so differenziert wie das DIPA, welches alle Diagnosekriterien der DSM umfasst, weshalb die Prävalenzen deshalb niedriger ausfallen könnten, da nur Symptome erfasst werden.

Zudem beeinflusst die Erziehung durch die Eltern und die Tatsache, dass manche Kulturen Symptome der ADHS bzw. der Störung des Sozialverhaltens unterschiedlich exprimieren, die Prävalenz der Störungsbilder. Dies könnte erklären, warum die Prävalenz in manchen Studien niedriger ausfällt als in der von Scheeringa und Haslett oder in der vorliegenden.

Bei 30 % der vergebenen Diagnosen innerhalb dieser Studie, handelte es sich um internalisierende Störungen, die größtenteils an Mädchen vergeben wurden (66,7%). 15% der Teilnehmer wiesen laut DIPA eine depressive Störung auf und 9,8% die Diagnose Trennungsangst.

Im deutschlandweiten Vergleich lässt sich diese Tendenz auch replizieren. Innerhalb der Braunschweiger Kindergartenstudie wurden 14% internalisierende und 20% externalisierende Störungen vergeben (Kuschel et al., 2004).

Im internationalen Vergleich lässt auch dort sich die Tendenz bestätigen, dass zum einen weniger internalisierende Diagnosen vergeben und zum anderen diese eher dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden.

Die Tendenz dass eher weniger internalisierende Störungen vergeben werden, ließ sich jedoch nicht in der Studie von Kariuki et al. (2017) replizieren. 22% der Teilnehmer wurde eine internalisierende Störung zugeordnet.

Weitere internationale Studien fanden Prävalenzen von 9,7% (Santos et al., 2016) und 0,5%-9,4% (Kuschel et al., 2004).

Erklärungsansätze für die Diskrepanzen zwischen den externalisierenden und internalisierenden Störungen könnten allgemein dadurch erklärt werden, dass externalisierende Störungen mit Symptomen wie Wutanfällen, andere Kinder schlagen oder Gegenstände zerstören eher auffallen als internalisierende Symptome wie Zurückgezogenheit, Depressionen oder körperliche Beschwerden (insbesondere, wenn diese nicht durch das Kind kommuniziert werden bzw. noch nicht kommuniziert werden können) (Sinzig & Schmidt, 2007).

Im internationalen Vergleich fanden Bufferd et al. (2011) in Ihrer PAPA basierten Prävalenzstudie bei 9,1 % das Störungsbild einer spezifischen Phobie und bei 5,4% die Diagnose Trennungsangst vor.

Eine Übersichtsarbeit von Egger und Angold (2006) erheben für die Diagnose soziale Phobie Prävalenzen von 2- 4,6% und für die Diagnose spezifische Phobie 0,7-2,3%. Andere klinische Studien fanden Prävalenzen von 10 % für spezifische und 6,8 % für soziale Phobien (Chavira, Stein, Bailey, Stein, 2004).

Die Diagnose Trennungsangst zeigte innerhalb dieser Studie eine Prävalenz von 9,8% und 1,6 % bei den klinischen Diagnosen. International variiert die Prävalenz zwischen 1,5% (Wichstrom et al., 2012) und 7,7 % für Angststörungen (Egger & Angold, 2006). Weiterhin finden sich in der Studie von Egger und Angold Prävalenzen von 0,3%-5% eruieren. Scheeringa und Haslett (2010) erhoben eine Prävalenz von 8% für die Diagnose Trennungsangst.

Generell wurden in anderen Studien Prävalenzen von 12,6% (für jegliche Angststörungen, Kariuki et al., 2017) und in der Studie von Egger und Angold (2006) 0,5%-6,5% gefunden. Eine Studie von Chavira, Stein, Bailey und Stein (2004), die auch auf klinischen Kohorte fußt erhob eine Prävalenz von 3,2%. Scheeringa und Haslett (2010) postulierten keinem der Teilnehmer eine generalisierte Angststörung.

Es fällt eine hohe Prävalenz der Diagnose Depression auf, die in dieser DIPA Kohorte bei 15% erhoben wurde. Bei den klinischen Diagnosen derselben Population wurde hingegen bei keinem der Teilnehmer die Diagnose Depression vergeben. Vergleichend erhoben Scheeringa und Haslett (2010) dies nur bei 2% der Teilnehmer. Fuhrmann (2011) erhob im Vergleich mittels PFC in ihrer Studie eine Prävalenz von 5,4%. Andere Studien ermittelten Prävalenzen von 4,2% jedoch sowohl für Diagnosen im Bereich depressiver Störungen als auch Angststörungen (Wlodarczyk et al., 2016) (Instrumente: SDQ und CBCL 1 ½ -5), 1,8% (Bufferd et al., 2011) (Instrument: PAPA), 1,12 % innerhalb einer spanischen Kohorte (Domenech-Llaberia et al., 2009), 2% (Wichstrøm et al., 2012) und 0,3- 2,1 % (Egger & Angold,

2006). Andere Studien mit klinischen Stichproben fanden ähnlich hohe Prävalenzen wie innerhalb der vorliegenden Studie (10,6%, Chavira, Stein, Bailey, Stein, 2004).

Die höhere Prävalenzrate depressiver Störungen in dieser Studie kann durch verschiedene Faktoren begünstigt worden sein. Einerseits stellten sich in dieser Studie Eltern mit Kindern in einer Spezialambulanz, weil ihre Kinder entweder durch negative Verhaltensweisen im Kindergarten oder zu Hause aufgefallen sind. Es könnte durchaus sein, dass in solchen Kohorten die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass Diagnosen gestellt werden, als in Querschnittsstudien, die eine größere Studienkohorte beispielsweise innerhalb einer Einschuluntersuchung rekrutieren können. Es könnten somit Selektionseffekte vorliegen. Zudem könnte die Tatsache eine Rolle gespielt haben, dass alle Eltern dieser Studie sich neu und erstmals in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt haben. Dieses Setting als neue und ungewohnte Situation, damit einhergehend Gefühle wie Unsicherheit, könnte die Teilnehmer dazu bewogen haben ihre Ängste in das Verhalten des Kindes zu projizieren, weshalb die Prävalenz hier höher ausfällt. Ähnliche Erklärungen fanden auch Ursache, Merz, Melvin, Meyer & Noble (2017), die postulierten, dass elterlicher Stress sich auch auf ihre Kinder übertragen und insbesondere in Form von internalisierenden Symptomen reproduziert werden kann.

Ebenfalls konnte eruiert werden, dass Depressionen der Mütter, Verhaltensstörungen im Vorschulalter ihrer Kinder bedingen können und diese auch öfters von depressiven Symptomen betroffen sind als gleichaltrige Kinder (Black, Papas, Hussey, Dubowitz, Kotch & Starr, 2002; Essex, Klein, Miech & Smider, 2001; Williams & Carmichael, 1985). Dies könnte ein Faktor sein, der die Prävalenz depressiver Symptome beeinflusst hat, jedoch wurden die Mütter nicht nach Vorerkrankungen befragt, weshalb dies nur eine Hypothese bleibt.

Weiterhin bestimmen auch die verwendeten Diagnoseinstrumente die Prävalenz der Diagnose, weshalb im internationalen Vergleich verschiedene Prävalenzen gefunden wurden. So werden mittels diagnostischen Interviews wie beispielsweise dem PAPA genauere Prävalenzen erhoben, als nur durch die Verwendung einer Checkliste (Fuhrmann, 2011; Luby, Xue-mei, Belden, Tandon & Spitznagel, 2009), welche als alleiniges Instrument nicht ausreichend zur Erhebung einer Depressionsdiagnose.

Außerdem beeinflusst das Bildungsniveau der Eltern die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter, da diese vulnerabler für Erkrankungen werden (Bouvette-Turcot, Unternaehrer, Gaudreau, Lydon, Steiner & Meaney, 2017). Niedrige Bildungsstrukturen und damit meist einhergehend ein niedrigerer sozioökonomischer Status, erhöht das Auftreten von Störungen (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka, 2002; Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, 1993; Tröster & Reineke, 2007) Dennoch zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Prävalenzen, die das DIPA erhoben hat und die letztendlich durch das klinische Urteil vergeben wurde. Hierfür können unterschiedliche Erklärungen herangezogen werden. Einerseits war zum Zeitpunkt des mittels DIPA durchgeführten Interviews für die Studienteilnehmer der erste Kontakt zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, was mit gesteigerten Ängsten und Unsicherheiten eingehen könnte. Die klinische Beurteilung verlief

hingegen als diagnostischer Prozess mehrere Wochen und mittels verschiedener diagnostischer Methoden. Dies könnte dazu geführt haben, dass sich die depressive Symptomatik im Laufe der Zeit zurückgebildet hat, weshalb keine Notwendigkeit gesehen wurde, eine Depressionsdiagnose zu vergeben.

Mittels DIPA wurden innerhalb der Stichprobe Einschlafstörungen bei 33,3% und Durchschlafstörungen bei 26,7% der Teilnehmern festgestellt. 23% waren es bei den klinischen Diagnosen, wobei nicht differenziert wurde, ob es sich um Einschlaf-, oder Durchschlafstörungen handelt.

Steinsbekk, Berg-Nielsen und Wichstrøm L. (2013) ermittelten eine Prävalenz von 19,2 %. Es gilt jedoch zu beachten, dass in der Studie auch Störungsbilder wie primäre Insomnie, Alpträume, primäre Hypersomnien und Schlafwandeln zu den Schlafstörungen inkludiert wurden. Weitere Studien fanden Prävalenzen von 15% für Ein- und Durchschlafstörungen bei Erstklässlern (Kraenz, Fricke, Wiater, Mitschke, Breuer & Lehmkuhl, 2004), 37 % innerhalb einer us-amerikanischen Kohorte für jegliche Schlafstörungen (Moore, Allison & Rosen, 2006), ca. 5% für nächtliches Erwachen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen mittels SDQ (Lehmkuhl, Wiater, Mitschke & Fricke-Oerkermann, 2008) erhoben. Es fällt auf, dass sich im Bereich der Schlafstörungen nicht so deutliche Diskrepanzen zwischen den Prävalenzen finden, wie bei den vorherigen Störungsbildern. Dies könnte daran liegen, dass die Symptome von Schlafstörungen sehr einheitlich sind und leicht durch die Eltern erkannt werden.

Innerhalb der deutschen Stichprobe des DIPA wurde bei 23,3% der Teilnehmer eine bipolare Störung diagnostiziert. Es sind nur wenige Studien zur Prävalenz der bipolaren Störung im Vorschulalter vorhanden und die meisten Studien umfassen Kinder im Alter von 7 bis 21 Jahre mit einer mittleren Prävalenz von 1,8% (Van Meter, Moreira & Youngstrom, 2011).

Übereinstimmend mit anderen Studien wurden auch in der vorliegenden Studie, innerhalb der klinischen Diagnosen und in der Studie von Scheeringa und Haslett (2010) bei keinem der Teilnehmer die Diagnose PTBS vergeben. Im Vergleich fand die Studie von Egger und Angold (2006) eine Prävalenz von 0,6%. 8,2% der Teilnehmer wurden eine Anpassungsstörung diagnostiziert innerhalb der klinischen Diagnosen.

Werden nun die vorliegenden Prävalenzen mit denen aus anderen Studien verglichen, fallen die großen Diskrepanzen auf für die es unterschiedliche Gründe gibt. Ein Grund für die großen Diskrepanzen könnte zum einen sein, dass die Kohorte dieser Studie im Kindergarten beziehungsweise im Alltag durch ihre Verhaltensweisen aufgefallen sind und sich daraufhin in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt haben. Im Gegensatz dazu steht das Studiendesign der anderen zitierten Studien, die meistens ihre Probanden randomisiert beispielsweise im Rahmen von Gesundheitsamtuntersuchungen rekrutiert haben. Darüber hinaus finden sich unterschiedliche Alter der Probanden und es wurden verschiedene Methoden (und damit einhergehend Fragebögen), die jeweils unterschiedlich ausgewertet werden herangezogen, die eine direkte Vergleichbarkeit erschwert.

Es fällt zudem auf, dass die erhobenen klinischen Diagnosen eher an die Prävalenzen der anderen Studien heranreichen, was unter anderem an einer differenzierteren Diagnosestellung unter Einbeziehung weiterer diagnostischer Instrumente begründet werden könnte.

Aufgrund der unterschiedlichen Studiensettings ist nur eine eingeschränkte epidemiologische Einordnung möglich, dennoch lässt sich eine gute Übereinstimmung zwischen vorliegender Studienergebnis für ADHS und selbigen Diagnose bei Scheeringa und Haslett finden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das DIPA bezüglich der Prävalenzraten im Vergleich mit den klinischen Diagnosen bei den Störungsbildern Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und Schlafstörungen und im Vergleich mit der Studie von Scheeringa und Haslett im Bereich der Störungen ADHS und Trennungsangst erste vielversprechende Daten zeigt. Festhalten lässt sich zudem, dass sich innerhalb der epidemiologischen Einordnung kaum ähnliche Prävalenzen finden ließen.

Da diese Studie auf einer sehr selektiven Kohorte fußt, sind die erhobenen Prävalenzen als Tendenz zu interpretieren und sollten durch randomisierte Studien näher überprüft werden. Das Studiendesign mit der Kohortenrekrutierung und das DIPA als semistrukturiertes Interview an sich, welches auf dem DSM-IV fußt, könnten die höheren Prävalenzen erklären. Da das DIPA differenzierter ist als beispielsweise eine CBCL könnten die Ergebnisse höher ausfallen. Zudem könnten Ängste der Eltern sich auf die Kinder und die Zustimmung zu den einzelnen Items ausgewirkt haben.

Nichtsdestotrotz lassen sich auch in dieser Studie Tendenzen, die in vielen anderen Studien gemacht wurden, auch in dieser Studie replizieren. Hierunter zählt, dass externalisierende Störungsbildern eher bei männlichen Teilnehmern gefunden und internalisierende Störungen eher Mädchen zugeordnet wurden. Dies könnten erste Hinweise darauf sein, dass das DIPA ein valides Instrument ist.

5.1.1.2 VBV 3-6

Bevor die Korrelationen zwischen den Diagnosen des DIPA mit den Skalen der VBV 3-6 betrachtet werden, soll ein kurzer Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien erfolgen. In der vorliegenden Studie bewerteten die Eltern auf den Skalen sozial-emotionale Kompetenzen 6,6%, oppositionell aggressiv 42,6%, Aufmerksamkeit Hyperaktivität VS Spielausdauer 45,9% und emotionale Auffälligkeiten 24,6% der Teilnehmer auffällig.

Bei den Erziehern beurteilten auf der Skala sozial-emotionale Kompetenzen 12,1%, oppositionell aggressiv 24,2%, Aufmerksamkeitsschwächen/Hyperaktivität VS Spielausdauer 27,3% und emotionale Auffälligkeiten 9,1% der Vorschulkinder als auffällig.

Diese Befunde lassen sich teilweise auch in anderen Studien finden. In der Studie von Tröster und Reineke (2007) vergaben die Eltern (n=553) 8,3% auf der Skala sozial emotionale Kompetenzen, 11,8% oppositionell aggressiv, 9,4% Aufmerksamkeitsschwächen/Hyperaktivität VS Spielausdauer und 20,1 % emotionale Auffälligkeiten. Die Erzieher (n=732) bewerteten auf der Skala sozial emotionale Kompetenzen 19,7%, auf der Skala op-

positionell aggressiv 9%, die Skala Aufmerksamkeitsschwächen/Hyperaktivität 11,7% und emotionale Auffälligkeiten 21,4% (Tröster & Reineke, 2007) der Vorschulkinder als auffällig.

Die jeweiligen Geschlechter wurden vermehrt bestimmten Skalen der VBV 3-6 zugeordnet. Selbige Tendenzen der Beurteilung fanden sich auch bei den Eltern in der Studie von Tröster und Reineke (2007). Es wird deutlich, dass sich die Tendenzen der Erzieherbeurteilungen bis auf die Skala sozial emotionale Kompetenz mit denen der vorliegenden Studie decken.

Im Mittel wurden durch die Eltern dieser Studie 29,9% der Kinder als verhaltensauffällig mittels VBV 3-6 beurteilt. Bei den Erziehern wurden im Schnitt 18,2% der Kinder als auffällig bewertet. Der Wert der Eltern entspricht ungefähr dem Wert der in der Braunschweiger Kindergartenstudie, die mittels CBCL einen Wert von 35,5 % erhoben haben (Hahlweg, 2001; Kuschel, 2001). Es ist auffällig das trotz verschiedener Instrumente ähnliche Ergebnisse ermittelt wurden, was die Validität unterstreicht.

Deutlich mehr Erzieherinnen bewerteten Kinder als verhaltensauffällig auf der Skala sozial emotionale Kompetenzen, als es die Eltern taten. Dies könnte durch die Beobachtung im Kindergarten bedingt sein, in denen es zu Situationen kommt in denen die Kinder Konflikte lösen müssen beziehungsweise mit anderen Kindern interagieren müssen. Es könnte angenommen werden, dass solche Beobachtungen eher weniger durch die Eltern gemacht werden, weshalb weniger Kinder auf dieser Skala als auffällig eingeordnet wurden.

Die in dieser Studie gefundenen deutlich höheren Prävalenzen von Aufmerksamkeitsschwächen und oppositionell aggressivem Verhalten, könnte durch die Altersstruktur bedingt sein. Dadurch, dass vermehrt jüngere Kinder teilgenommen haben, die gerade in den Kindergarten eingetreten sind. Durch die veränderten Bedingungen (unbekanntes Umfeld, Interaktion mit anderen, unbekanntem Gleichaltrigen) und die damit entstehenden Unsicherheiten im Vorschulalter, könnten die Kinder reaktiv mit oppositionellem Verhalten reagieren. Aufmerksamkeitsschwächen fallen meist erst bei Kindertageeintritt auf, da sich dort die Kinder meist erstmals auf eine Aufgabe fokussieren müssen. Ferner ist ein weiterer Erklärungsansatz das meist Kinder in der Spezialambulanz vorgestellt wurden, die beispielsweise im Kindergarten oder zu Hause bei ihren Eltern durch ihr Verhalten negativ aufgefallen sind. Aus diesem Grund fallen die Prävalenzen in dieser Studie deutlich höher aus, als in anderen Studien.

Eine weitere Ursache für die Diskrepanzen in den Beurteilungen zwischen den Eltern und den Erziehern, ist das diese die Kinder in unterschiedlichen Situationen und sozialen Kontexten erleben. Dies erklärt beispielsweise das mehr Erzieher (12,1%) Kinder auffällig auf der Skala sozial emotionale Kompetenzen bewerteten als die Eltern (6,6%). Wie bereits Tröster und Reineke (2007) vermuteten scheinen solche Auffälligkeiten im Kindergarten zum Vorschein zu kommen.

Übereinstimmend mit der Studie von Tröster und Reineke (2007) wurden männlichen Teilnehmern eher Auffälligkeiten auf den externalisierenden (oppositionell aggressiv und Aufmerksamkeitsschwäche und Hyperaktivität VS Spielausdauer) Skalen der VBV 3-6 zugeschrieben. Wie in vielen anderen Studien konnte auch hier die Geschlechtsspezifität bestimmter Störungsbilder herausgearbeitet werden, was darauf schließen lässt, dass das

männliche Geschlecht eher für externalisierende Störungen vulnerabler erscheint (Petermann, 2005). Darüber hinaus sind externalisierende Störungen deutlich leichter zu erkennen aufgrund ihrer Symptome (Unruhe, nicht an Regeln halten, Unaufmerksamkeit), als internalisierende Störungen, die im Alltag schnell übersehen werden.

Das deutliche Missverhältnis zwischen den Urteilen der Eltern- und der Erzieherurteile könnten auch durch die Bildungsstrukturen beeinflusst worden sein. 80% der teilnehmenden Väter hatten einen Haupt- oder Realschulabschluss und 55,1 % der Mütter einen Haupt-, Realschul- oder keinen Abschluss (siehe Tabelle 14). Da das Entstehen von Verhaltensauffälligkeiten mit dem Bildungsniveau, nicht vorhandenen Berufsausbildungen und einem niedrigen sozioökonomischen Status korreliert (Sameroff et al., 1993), könnte dies ein weiterer Erklärungsansatz für die hohen Prävalenzen auf den VBV 3-6 Skalen sein. Gleiche Beobachtung wurde in der Studie von Tröster und Reineke (2007) gemacht.

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Erziehungsstile der Eltern, die die Prävalenzen von Auffälligkeiten zusätzlich beeinflussen. Bei Kindern deren Eltern eher inkonsistente Verhaltensweisen an den Tag legen, zeigen sich vermehrt emotionale Auffälligkeiten oder Hyperaktivität. Als weiteres Beispiel lassen sich körperliche Strafen anführen, welches mit vermehrten Auffälligkeiten auf den Skalen oppositionelles Verhalten korreliert (Franiak & Reichle, 2007). Zusammenfassend lassen sich die Tendenzen der Ergebnisse des VBV 3-6 sowohl der Eltern als auch der Erzieher dieser Studie in anderen Studien replizieren. Die jedoch deutlich erhöhten Prävalenzen lassen sich durch das Studiendesign und das Bildungsniveau der Teilnehmer erklären. Aus diesem Grund eignen sich die Ergebnisse des VBV 3-6, um mit ihnen die Ergebnisse des DIPA in Vergleich zu setzen.

5.1.1.3 PFC

In dieser Studie wurden 56,7% der Vorschulkinder durch ihre Eltern mittels PFC als auffällig eingestuft. 61,1% waren davon männlich und 50% weiblich. Bei den Erziehern wurden 68,8% der teilnehmenden Vorschulkinder als auffällig beurteilt. 88,9% davon waren männlichen Geschlechts.

Eine Studie, die sich mit der Erfassung der Prävalenz von Depressionen innerhalb einer deutschen Kohorte im Vorschulalter auseinandergesetzt hat ist die Studie von Fuhrmann (2011). 647 Vorschulkinder des Einschuljahrganges in Sankt Wendel wurden mittels PFC untersucht und es wurden bei 5,4% der Teilnehmer depressive Symptome erfasst. Übereinstimmend mit der vorliegenden Studie fand auch Fuhrmann vermehrt depressive Symptome laut PFC bei männlichen Studienteilnehmern mit 6,5%, während es bei den Mädchen 4,3% gewesen sind. Wie in der vorliegenden Studie verwendete auch Fuhrmann die PFC. Bei den Kindern, die 6 Jahre oder älter gewesen sind, wiesen 5% depressive Symptome auf, während es bei den Jüngeren 6,8% waren.

Andere internationale Studien fanden mittels PFC altersabhängige Prävalenzen von 20-43% (Luby et al., 2009).

Die Prävalenz der Studie von Fuhrmann, fällt deutlich niedriger aus, als die in dieser Studie gefundene Prävalenz. Hierfür gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Zum einen ist das Durchschnittsalter der Studie von Fuhrmann (2011) höher mit 6,17 Jahren und zum anderen basiert ihre Studie auf einer randomisiert zusammen gestellten Kohorte. Im höheren Vorschulalter sinkt die Prävalenz von emotionalen Verhaltensauffälligkeiten (Tröster & Reineke, 2007), was eine mögliche Erklärung für die niedrigere Prävalenz in Fuhrmanns Studie sein könnte.

Es wurde nicht im Vorfeld beeinflusst, welche Kinder sich in der Einschulungsuntersuchung vorstellten. Im Gegensatz dazu stellten sich in dieser Studie Eltern mit ihren Kindern vor, die im Alltag bzw. im Kindergarten durch ihr Verhalten aufgefallen sind. Somit ist die Wahrscheinlichkeit höher in der vorliegenden Kohorte depressive Symptome beziehungsweise komorbide Symptome zu erheben.

Ferner erfragt die PFC nicht nur depressive Symptome, sondern auch komorbide Symptome, die beispielsweise eher für eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten („Kann sich nicht an Regeln halten“) sprechen würden. Luby et al. (2009) fanden beispielsweise heraus, dass 42% der Kinder, die depressive Symptome aufweisen, Zeichen von ADHS aufweisen. Beim Großteil konnte meist sogar noch eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (62%) gefunden werden. Da diese externalisierenden Symptome eher männlichen Vorschulkindern zugeschrieben werden (Petermann, 2005; Tröster & Reineke, 2007), könnte dies eine Erklärung für die höheren Prävalenzen der PFC Ergebnisse bei männlichen Teilnehmern sein.

Die Geschlechtsspezifität einiger Items der PFC konnte auch in der Studie von Fuhrmann (2011) repliziert werden. Items wie „Mein Kind kann sich nicht lange auf Spiele oder Aufgaben konzentrieren“, welches auch mit externalisierenden Störungsbildern wie ADHS assoziiert wird, wurden mit 18,2 % doppelt so vielen Jungen wie Mädchen (9%) zugeordnet.

Die in der vorliegenden Studie mittels PFC erhobenen Ergebnisse sind somit sinnhaft. Die hohen Prävalenzen lassen sich durch die Methodik der Rekrutierung der Teilnehmer erklären.

5.1.1.4 CBCL 1 ½ - 5 und C-TRF 1 ½ - 5

Innerhalb dieser Studie erzielten auf der totalen CBCL 1 ½ - 5 Skala 41,4 % der Teilnehmer auffällige Werte (als „klinisch auffällig“ galten T-Werte >70 auf den Verhaltensauffälligkeitsskalen und T-Werte > 63 auf den übergeordneten Skalen).

Die in dieser Studie gefundenen Prozente lassen sich nicht in anderen Studien replizieren. Eine Studie innerhalb einer türkischen Population von Vorschulkindern fanden auf eben dieser Skala deutlich niedrigere Prävalenzen von 11,9% (Erol, Simsek, Oner & Munir, 2005). Ähnliche Ergebnisse wurden auch in Deutschland mit 12,4 % (Furniss, Beyer & Guggenmos, 2006), 25,1% (Wu, Chen & Hsieh, 2012) und 8,8 % in Rumänien (Gleason, Zamfirescu, Egger, Nelson, Fox & Zeanah, 2011) erzielt.

Ursachen für diese Unterschiede könnten zum einen durch das unterschiedliche methodische Vorgehen und zum anderen aufgrund von kulturellen Unterschieden bedingt sein. Was in

einer Kultur als verhaltensauffällig klassifiziert wird, muss nicht zwangsläufig in einer anderen genauso beurteilt werden.

Eine kenianische Populationsstudie mit 3273 Vorschulkindern fanden Prävalenzen von 13% auf der totalen, 10 % auf der externalisierenden und 22 % auf der internalisierenden CBCL 1 ½ -5 Skala. Körperliche Beschwerden wurden bei 21,2 %, emotionale Reaktion bei 10,1 %, Angst und Depression bei 12,7%, Schlafstörungen 3,5%, Aufmerksamkeitsprobleme 15,4%, aggressives Verhalten 5,8% diagnostiziert (Kariuki et al., 2017).

Insgesamt wurden in dieser Studie mehr Auffälligkeiten auf der externalisierenden (48,3 %) als auf der internalisierenden Skala (41,4%) gefunden. Dies lässt sich in Studien aus Neuseeland (Paterson, Carter, Gao & Perese, 2007) (internalisierende Störungen 17,1% und externalisierende Störungen 6,6 %) und Deutschland mit 13,5% internalisierende Störungen und 19,3% externalisierende Störungen (Kuschel, 2001) nicht wiederfinden. So fanden sich in der Braunschweiger Kindergartenstudie, in der die CBCL 1 ½ -5 eingesetzt wurde, bei 17,4 % der Vorschulkinder klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten (Kuschel, 2001).

Die taiwanesischen Studie von Wu et al. (2012) fanden innerhalb ihrer Kohorte eine Prävalenz von 11,2% für internalisierende und 25,4 % für externalisierende Störungen. Diese Unterschiede wurden unter anderem durch den Aufbau der CBCL 1 ½ - 5 begründet, die generell mehr Symptome von internalisierenden Störungen abfragt.

Die Studie von Kariuki et al. (2017) fand zudem hohe Prävalenzen auf der Skala der körperlichen Beschwerden (21,2 %), die innerhalb dieser Studie (6,1%) nicht repliziert werden konnten. Erklärungsansätze hierfür sind zum einen die ländliche Gegend der Studienkohorte von Kariuki et al. (2017), die häufiger an fieberhaften Erkrankungen leiden, als Kinder anderer Regionen bzw. Kinder in westlichen Ländern mit besserer medizinischer Versorgung.

24,1 % der Teilnehmer wurden durch ihren Eltern Auffälligkeiten auf der Skala der Aufmerksamkeitsproblemen zugeschrieben, was vergleichsweise hoch im Vergleich mit der Studie von Kariuki et al. (2017) 5% und weltweiten Metaanalysen, die eine Prävalenz von 5,3 % eruierten, ist (Polanczyk et al., 2007). Erklärungsansatz hierfür könnte erneut die Rekrutierung der Studienteilnehmer sein. Dadurch, dass die Teilnehmer im Alltag beziehungsweise im Kindergarten bereits mit oppositionellem Verhalten oder Aufmerksamkeitsproblemen aufgefallen sind, tendierten die Eltern eher dazu Symptome der Unaufmerksamkeit ihren Kindern zuzuordnen. Werden Studien aus unterschiedlichen Ländern miteinander verglichen muss neben dem Studiendesign und dem sozioökonomischen Status der Teilnehmer (Gimpel & Kuhn, 2000; Graetz, Sawyer, Hazell, Arney & Baghurst, 2001) auch immer der unterschiedliche kulturelle Hintergrund der Kohorte beachtet werden. Metaanalysen von weltweiten Prävalenzen der Diagnose ADHS ergaben, dass diese Diagnose besonders in urbanen Gegenden auftritt, als in ländlichen Gegenden (Skounti et al., 2007).

Bestimmte Studiensettings beeinflussen zudem das Outcome der Prävalenzen, so wurden in Regionen mit gehäuften Fällen von Malaria oder Fieberkrämpfen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern festgestellt (Kariuki et al., 2017).

Ebenso gilt der Erreger *Toxoplasma gondii* in Entwicklungsländern als eine mögliche Ursache von Verhaltensstörungen, die sich in Kohortenstudien von westlichen Ländern nicht finden lassen (Flegr, 2013).

Die C-TRF 1 ½ - 5 Ergebnisse dieser Studie zeichnen sich durch hohe Bewertungen auf den Skalen internalisierende Störungen (26,8%), Aufmerksamkeitsprobleme (24,4%) und externalisierende Störungen (19,5%) aus. Jungen wurden tendenziell als auffälliger beschrieben (C-TRF Skala „Total“), als Mädchen übereinstimmend mit der Studie von Denner und Schmeck (2005). Ebenfalls korrespondierend waren Jungen auffälliger auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“, „externalisierendes Verhalten“ und es fanden sich ähnliche Werte auf der Skala „internalisierendes Verhalten“ sowohl für Mädchen als auch für Jungen. Erklärung hierfür könnte sein, dass Jungen neben einer höheren Vulnerabilität für externalisierende Erkrankungen (Petermann, 2005) sich anders in das neue Setting „Kindergarten“ einfügen als es Mädchen tun. Die neue Umgebung mit fremden Menschen und Gleichaltrigen mit denen interagiert werden muss, könnte durch Jungen kompensatorisch mit Unaufmerksamkeit oder aggressivem Verhalten kompensiert werden, wie es bereits Elting (2003) in ihrer Studie beschrieb. Möglicherweise scheinen sie einen größeren Drang zu haben sich gegenüber den anderen Kindern durchzusetzen, als Mädchen, weshalb ihnen durch die Erzieher eher Auffälligkeiten zugeschrieben werden. Der ähnliche Prozentwert im Bereich der Skala „internalisierendes Verhalten“ des C-TRF 1 ½ -5 zwischen Jungen und Mädchen, könnte durch die geschulte Sichtweise der Erzieherinnen erklärt werden, die internalisierende Symptome eher wahrnehmen als Eltern.

Betrachtet man die Ergebnisse der CBCL 1 ½ -5 und der C-TRF 1 ½ -5 dieser Studie finden sich einige Diskrepanzen, welche mittels der unterschiedlichen Bewertungsweisen der Erzieher und Eltern begründet werden können. Die Kinder wurden durch ihre Eltern deutlich häufiger als Verhaltensauffällig eingestuft (41,4% VS 24,4%). Dies könnte zum einen durch das Bildungsniveau und damit einhergehend dem sozioökonomischen Status begründet werden, da dies mit höheren Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten einhergeht (Gimpel & Kuhn, 2000; Graetz et al., 2001).

Zum anderen stimmen die Beurteilungen der Eltern mit denen der Erzieherinnen nicht immer überein. Dies wurde unter anderem von Kuschel, Heinrichs, Bertram, Naumann und Hahlweg (2007) näher betrachtet. Sie machten als Beobachtung, dass Väter und Mütter meist sehr ähnliche Beurteilungen zum Verhalten ihrer Kinder haben. Dies ist auch sinnvoll, da die Eltern ihre Kinder meist in den gleichen Situationen erleben und aus diesem Grund ähnliche Beurteilungen über das Verhalten fällen.

Beim Vergleich der Einschätzungen von Müttern und Erzieherinnen fanden Kuschel et al. (2007), dass Mütter häufiger emotional reaktives Verhalten und aggressives Verhalten bei den Kindern wahrnehmen als Erzieherinnen, was sich auch mit den Ergebnissen dieser Studien deckt.

Dass Erzieherinnen vermehrt Auffälligkeitsstörungen bei Vorschulkindern feststellen, spricht für die Kontextabhängigkeit dieses Symptoms, welches insbesondere im Kindergarten zum Vorschein kommt (Sinzig & Schmidt, 2007).

Übereinstimmend mit dieser Studie bewerteten Erzieherinnen die Kinder vermehrt auf der Skala der Aufmerksamkeitsprobleme (Kuschel et al., 2007), was damit zusammenhängen könnte, dass im Kindergarten das gezielte auseinandersetzen mit bestimmten Aufgaben, die eine gewisse Konzentration erfordern, verlangt wird, was im Elternhaus seltener vorkommt, weshalb in dieser Situation dann solche Auffälligkeiten höher ins Gewicht fallen und eher auffallen.

Weiterhin wurde festgehalten, dass die Beurteilung von internalisierenden Störungen durch die Eltern oder die Erzieherinnen deutlich divergiert (Kuschel et al., 2007; Satake, Yoshida, Yamashita, Kinukawa & Takagishi, 2003).

Tendenziell wurden aber insgesamt die Kinder auffälliger durch ihre Mütter, bewertet als durch ihre Erzieherinnen, was sich auch in dieser Studie replizieren ließ.

Es können unterschiedliche Gründe für die Divergenzen in der Beurteilung herangezogen werden. Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock und Petermann (2000) begründen dies zum Beispiel darin, dass Erzieher und Eltern die Kinder in verschiedenen Situationen sehen und deshalb zu anderen Urteilen kommen. Darüber hinaus verfügen diese Personengruppen über jeweils andere Informationen über das Kind und beurteilen es deshalb anders. Weitere wichtige Faktoren sind Dissimulations- und Simulationstendenzen.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der die Diskrepanzen erklären könnte, wurde von Verhulst und Akkerhuis (1989) erforscht. Sie fanden heraus, dass die Übereinstimmung sich in Abhängigkeit des Alters der Studienteilnehmer verändert. Bei Kindern im Alter von 6 - 12 Jahren fanden sich im Eltern- und Erzieherurteil mehr Übereinstimmungen als bei Kindern im Vorschulalter. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass sich das Verhalten der Kinder im Vorschulalter noch nicht gefestigt hat und diese je nach situativem Kontext in ihrem Verhalten divergieren, wodurch die unterschiedliche Beurteilung zustande kommt.

Somit fanden sich zusammenfassend auch im CBCL 1 ½ und C-TRF 1 ½ - 5 solide und replizierbare Ergebnisse innerhalb dieser Studie, um diese mit denen des DIPA zu vergleichen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in dieser Studie vermehrt externalisierende Störungen und Symptome erfasst wurden. Zudem waren diese eher mit dem männlichen Geschlecht assoziiert. Gleiches fanden Winsler und Wallace (2002) während ihrer Validierungsstudie der Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS) heraus.

Sowohl Eltern als auch Erzieher haben verstärkt Jungen externalisierende Verhaltensstörungen zugeschrieben.

Erklärungen hierfür sind, dass Jungen vulnerabler für psychosoziale Belastungen sind als Mädchen (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006; Laucht, 2008) und eine Beeinflussung durch unterschiedliche Sozialisationen, welche geschlechtsspezifisch ist vorliegt (Laucht, 2008).

Diese replizierbaren Ergebnisse sprechen für eine hohe Konstruktvalidität des DIPA. Im Folgenden werden nun die restlichen Fragestellungen dieser Arbeit diskutiert. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass es den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde, jede einzelne Korrelation zu diskutieren. Aus diesem Grund werden bei jeder Fragestellung beispielhaft Korrelationen präsentiert und diskutiert.

5.1.2 Fragestellung 3

Fragestellung 3 soll exemplarisch anhand der klinischen Diagnosen ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und Trennungsangst diskutiert werden, da eine Diskussion jeglicher erhobener Korrelation den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. Zunächst soll versucht werden Studien mit ähnlichen Settings und Ergebnissen im Vergleich zu setzen, um im nächsten Schritt das Ergebnis stringent zu begründen.

Die klinische Diagnose ADHS korrelierte signifikant mit den Diagnosen ADHS ($r=.269^*$) und Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem Verhalten ($r=.414^{**}$). Letztere DIPA Diagnose korrelierte zudem mit selbiger klinischer Diagnose ($r=.458^{**}$). Die durch die klinischen Mitarbeiter diagnostizierte Trennungsangst korreliert hingegen mit den Diagnosen Depression ($r=.332^*$), Trennungsangst ($r=.390^{**}$), soziale Phobie ($r=.432^{**}$) und Angststörung ($r=.260^*$) des DIPA.

Da es leider in der Literatur keine Studien gibt, welche das exakt gleiche methodische Vorgehen gewählt hatten wie in der vorliegenden Studie, soll nun versucht werden, die Hypothese mit Studienergebnissen zu diskutieren, welche ebenfalls klinische Urteile verwendet haben, um Instrumente zu validieren.

Arend, Lavigne, Rosenbaum, Binns und Christoffel (1996) untersuchten CBCL 1 ½ -5 Skalen mit klinischen Urteilen, welche u.a. auf einem semistrukturierten Interview (Rochester Adaptive Behavior Inventory, RABI) beruhten. Insgesamt wurden 510 Kinder im Alter von 2 – 5 Jahren rekrutiert. Es wurden, ähnlich zu dieser Studie, signifikante punkt-biseriale Korrelationen zwischen der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und der CBCL Skala „aggressives Verhalten“ ($r= .36^{***}$) gefunden. Die Skala der internalisierenden Störungen (CBCL 1 ½ -5) korrelierte mit komorbiden Störungen ($r= .30^{***}$), welche durch die Kliniker erhoben wurden. Dies zeigt, dass sich die Ergebnisse des DIPA auch in anderen Studien teilweise replizieren lassen, was für die Validität des DIPA sprechen könnte.

Die Korrelationen unterstreichen den Zusammenhang zwischen ADHS und der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und generell das externalisierende Störungen meist gehäuft vorhanden sind. Dieser Zusammenhang wurde nicht nur innerhalb dieser Studie durch das DIPA eruiert, sondern wurde auch schon in vielen anderen Studien gefunden, was die hohe Komorbidität von ADHS zur Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten unterstreicht. Letzterer wurde auch in Studien von Bufferd et al. (2011), Ford et al. (2003), Kadesjö und Gillberg (2001) und Shankman, Lewinsohn, Klein, Small, Seeley und Altman (2009) gefunden.

Ursachen dieser Überschneidungen zwischen solchem Verhalten und ADHS bzw. umgekehrt, könnte durch eine ähnliche Ätiologie und ähnlicher diagnostischer Kriterien erklärt werden (Witthöft, Koglin & Petermann, 2010).

Somit ist dieser Befund dieser Studie valide und sinnhaft, was die Validität des DIPA in der Erfassung von ADHS und komorbidem aggressivem Verhalten möglicherweise unterstützen könnte.

Korrespondierend mit dieser Studie, fielen auch in der oben zitierten Studie Korrelationen auf internalisierenden Skalen niedriger aus. Die generell niedrigeren Korrelationen der internalisierenden Störungen der vorliegenden und oben zitierten Studie könnten dadurch erklärt werden, dass Eltern typische Symptome beispielsweise einer Depression nicht so leicht erkennen (Herjanic & Reich, 1982; Jensen, Salzberg, Richters & Watanabe, 1993). Übereinstimmend wurde diese Tendenz auch in der Studie von Scheeringa und Haslett (2010) gemacht. So korrelierte die Diagnose ADHS stark mit Skalen der CBCL 1 ½ -5 ($r=.59^{***}$).

Die internalisierenden Störungen zeigten hingegen niedrigere, nicht signifikante Korrelationen (Depression $r= .05$, generalisierte Angststörung $r= .03$), genau wie in dieser Studie. Dass sich in dieser Studie ähnliche Tendenzen wie in der ursprünglichen Studie finden lassen (trotz anderem Studiendesign), zeigt nochmals die Validität der Befunde.

Erklären lassen sich diese Ergebnisse unter anderem durch die Studie von Kuschel et al. (2004). Letztere postulieren, dass Vorschulkinder meist an externalisierenden Störungen wie Aufmerksamkeitsproblemen und aggressivem Verhalten leiden, welche zusätzlich mit Komorbiditäten einhergehen und häufiger diagnostiziert werden als internalisierende Störungen.

Ein Erklärungsansatz, warum sich in den Studien erhöhte signifikante Korrelationen im Bereich der externalisierenden Störungen finden lassen, könnte durch die elterliche Fähigkeit kindliche Verhaltensprobleme zu beurteilen erklärt werden. Achenbach, McConaughy und Howell (1987) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass Eltern externalisierende Probleme ihrer Kinder besser einstufen konnten als internalisierende Störungen.

Eine Begründung hierfür könnte sein, dass externalisierende Störungen wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens sind aufgrund ihrer Symptome (z. B. Unruhe / „Zappeligkeit“ bei ADHS) leicht zu beobachten und von den Eltern beziehungsweise von den Erziehern festzustellen. Ebenfalls können diese Verhaltensweisen leicht mit den Verhaltensweisen anderer gleichaltriger Kinder verglichen werden und werden einfacher wahrgenommen.

Ein weiterer Erklärungsansatz, wieso externalisierende Störungen eher erkannt werden ist, dass diese einen stärkeren Leidensdruck bei den Eltern und Erziehern hervorrufen. Dieser stärkere Leidensdruck könnte mit einem höheren Handlungsdruck einhergehen, weshalb diese Kinder dann schneller vorgestellt werden, als Kinder, die an internalisierenden Störungen leiden.

Im Gegensatz dazu können internalisierende Störungen wie zum Beispiel Depressionen nicht leicht erkannt werden, da diese meist nicht von außen sichtbar sind.

Betroffene Kinder sind eher ruhiger und charakterlich eher zurückhaltend. Ihre Verhaltensweisen werden von ihrer Umwelt als angepasst beurteilt. Insbesondere das Symptom der Anhedonie ist ein wichtiger Indikator für Vorschulkinder an einer Depression erkrankt zu sein. Um dieses Symptom jedoch fest zustellen braucht es einen geübten Diagnostiker bzw. einen sehr aufmerksamen Beobachter. Es könnte sein das sowohl Eltern als auch Erzieher dieses Symptom übersehen und somit die Diagnosen nicht gestellt werden. Dies könnte erklären, wieso internalisierende Störungen vom Umfeld nicht wahrgenommen und die Symptome jahrelang vernachlässigt werden.

Im Folgenden sollen nun die Korrelationen der Diagnose Trennungsangst erläutert werden. Rapee, Barrett, Dadds und Evans (1994) verwendeten klinische Urteile um die Reliabilität eines semistrukturierten Interviews, welches Angststörungen erfassen soll, zu überprüfen. Eine Kohorte von Vorschulkindern (n=161) und ihre Eltern wurden befragt. Ergebnis der Studie waren moderate bis starke Kappas ($k = .59 - .82$) der Kliniker für alle im Vorschulalter relevanten Angststörungen. In der vorliegenden Studie fanden sich signifikante Korrelationen zwischen der Diagnose Angststörungen des DIPA und der selbigen klinisch gestellten Diagnose ($r = .260^*$), was die Gültigkeit des Befundes unterstreicht. Auch dieser Zusammenhang, der sich durch die ausgeprägte Korrelation zeigt, kann durch die Komorbiditäten zwischen der Diagnose Trennungsangst und jeglicher anderer Angststörung erklärt werden (Essau et al., 1998; Schneider & Blatter, 2009).

Ezpeleta, de la Osa, Domenech, Navarro, Losilla und Júdez (1997) haben in ihrer Studie das Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) ebenfalls gegen klinische Diagnosen verglichen. 137 ambulanten Patienten wurden mittels DSM-III-R Kriterien Diagnosen zugeteilt. In der Gruppe der klinischen Diagnosen ergaben sich je nach Krankheitsbild niedrige bis moderate Übereinstimmungen in der Mehrheit der Störungsbilder. Auch in dieser Studie fanden sich je nach Krankheitsbild unterschiedliche Übereinstimmungen. Niedrige und nicht signifikante Übereinstimmungen fanden sich beispielsweise bei der Diagnose Depression. Hohe Übereinstimmungen ließen sich wiederum bei den Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($r = .434^{**}$) und Trennungsangst ($r = .390^{**}$) eruieren. Eine mögliche Erklärung könnte darin bestehen, dass Eltern externalisierende Symptome eher erkennen. Symptome und Verhalten bei Kindern mit Trennungsangst werden, obwohl es sich um eine internalisierende Störung handelt, auch häufig von den Eltern wahrgenommen. Eine Erläuterung könnte sein, dass sich Eltern eher gestört fühlen aufgrund des klammernenden Verhalten des Kindes, als sie es durch Symptome einer Depression (Rückzug, stille Verhaltensweisen) tun würden (Ezpeleta et al., 1997).

Eine Metaanalyse von Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci und Ivanova (2009) betrachtete die Übereinstimmung zwischen standardisierten, diagnostischen Interviews und klinischen Urteilen. Die Metaanalyse umfasste 38 Artikel aus den Jahren 1995 bis 2006 (n = 15,967 Patienten) und ergab ausreichende Kappas von 0.29 für externalisierende Störungen und 0.28 für internalisierende Störungen. Ebenso wies die vorgelegte Studie hohe Übereinstimmungen im Bereich von externalisierenden als auch internalisierenden Störungen auf. Die

Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten des DIPA und selbige Diagnose bzw. die Diagnose ADHS aus klinischem Urteil ergaben eine Korrelation von $r = .458^{**}$ bzw. $r = .414^{**}$. Auch diese Zusammenhänge lassen sich durch Komorbiditäten erklären.

Zusammenfassend lässt sich die dritte Fragestellung bejahen und durch bestehende Komorbiditäten kohärent erklären, was für die gute Kriteriumsvalidität des Interviews sprechen könnte, da zum einen unterschiedliche Befunder zu ähnlichen Ergebnissen kommen und sich letztere auch in anderen Studien vervielfältigen lassen.

5.1.3 Fragestellung 4

Im Folgenden soll nun diskutiert werden, ob sich signifikante Korrelationen zwischen den DIPA Diagnosen und der CBCL 1 ½ - 5 / C-TRF 1 ½ - 5 finden lassen und wenn dem so ist, ob die Ergebnisse plausibel sind. Wie in den Fragestellungen zuvor, soll auch hier versucht werden, Studien mit ähnlichem Studiendesign und ihre Ergebnisse im Vergleich zu setzen.

Wie bereits im Ergebnisteil dieser Studie ersichtlich wurde, lassen sich verschiedene Korrelationen eruieren.

Eine weitere Studie, die Korrelationen zwischen DIPA Diagnosen und CBCL 1 ½ - 5 Skalen identifizierte, ist die US-amerikanische Validierungsstudie von Scheeringa und Haslett (2010). Letztere hatten in ihrer Studie gute Übereinstimmungen zwischen den Diagnosen und den korrespondierenden CBCL 1 ½ - 5 Skalen (z.B. ADHS und Aufmerksamkeitsprobleme) gefunden. Insbesondere fanden sich hohe Pearson Korrelationen bei den Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($r = .55^{***}$), ADHS (Subtyp Unaufmerksamkeit, $r = .56^{***}$) und Trennungsangst ($r = .52^{***}$). Dem entsprechend lassen sich selbige Beobachtungen auch innerhalb dieser Studie machen. Dieser Fund spricht für eine gute Kriteriumsvalidität des DIPA.

Im Unterschied zur US-amerikanischen Studie, fanden sich hier signifikante Korrelationen innerhalb der internalisierenden Störungen mit den Skalen der CBCL 1 ½ - 5 und C-TRF 1 ½ - 5. Die höchste Korrelation, welche jedoch nicht signifikant gewesen ist betrug $r = .24$ zwischen der Diagnose PTBS und den Skalen der CBCL 1 ½ -5 bei Scheeringa und Haslett (2010). Dieser Punkt wurde auch von letzteren aufgegriffen und dahingehend begründet, dass ihre Studienkohorte sehr klein gewesen sei und deshalb manche Symptome nicht oft genug angegeben wurden, um ein signifikantes Ergebnis zu liefern. Obwohl die Kohorte der vorliegenden Studie eine ähnliche Kohortengröße hat, waren die Teilnehmer im Rahmen der Rekrutierung bereits selektioniert, weshalb die Wahrscheinlichkeit ein Kind mit verhaltensauffälligen Symptomen anzutreffen per se höher war. Deshalb könnten sich in dieser Studie eher Korrelationen finden.

Ein weiterer Grund könnte sein, dass sich Scheeringa und Haslett (2010) auf sieben Störungen beschränkt haben (ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Depression, PTBS, Trennungsangst, generalisierte Angststörung und Zwangsstörungen) und weitere internalisierende Störungen wie soziale und spezifische Phobien nicht mehr in der

Arbeit beachtet wurden. Somit ist es auch nicht verwunderlich, dass sich dort keine signifikanten Korrelationen ausfindig machten. Die vorliegende Studie weist eine höhere Zahl an Studienteilnehmern auf ($n=60$), hat neben den Urteilen der Eltern auch das Urteil der Erzieher einbezogen und inkludiert alle durch den DIPA erhobenen Diagnosen in die Auswertung. Dies könnten Gründe sein, weshalb sich diese Studie im Gegensatz zur o.g. durch signifikante Korrelationen zwischen den internalisierenden Diagnosen des DIPA und den Skalen des CBCL 1 ½ -5 auszeichnet. Dadurch, dass Beurteilungen von verschiedenen Personen eingeholt wurden, ist die Wahrscheinlichkeit höher das die Verhaltensbewertungen divergieren und sich andere Korrelationen ergeben (Danforth & DuPaul, 1996). Es ist somit eher positiv zu werten, dass sich in dieser Studie auch im Bereich der internalisierenden Störungen Korrelationen finden.

Leider gibt es momentan keine weitere Studie, welche das DIPA mit Hilfe CBCL 1 ½ -5 validiert hat. Aus diesem Grund sollen im Folgenden nun Ergebnisse vergangener Studien, die die CBCL 1 ½ -5 im Rahmen einer Validierungsarbeit verwendet haben, vorgetragen werden und deren Ergebnisse mit den vorliegenden verglichen werden.

Eine andere Studie mit ähnlichem Studiendesign (Validierung des RABI), ermittelte ebenfalls hohe punktbiseriale Korrelationen beispielsweise zwischen der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und der Skala aggressives Verhalten ($r= .36^{***}$) der CBCL 1 ½ - 5 (Arend et al., 1996). Auch dies unterstreicht die Validität des DIPA, da sich mit bereits validierten diagnostischen Instrumenten tendenziell ähnliche Ergebnisse finden lassen.

Die CBCL 2-3 wurde unter anderem zur Validierung des Child Temperament and Behavior Q-Set (CTBQ-Set) herangezogen. Die Studie ergab signifikante Korrelationen zwischen den Bewertungen der Eltern und den Skalen der CBCL 2-3 bezüglich des Verhaltens des Kindes (Buckley, Klein, Durbin, Hayden & Moerk, 2002). Dies deckt sich mit den Ergebnissen dieser Studie. Die Vervielfältigung der Elternbewertungen in Form der CBCL 2-3 Skalen spricht für eine gute Konstruktvalidität des Tests. Ähnlich verhält es sich in dieser Studie, da sich die Bewertungen der Eltern in den Skalen der CBCL 1 ½ - 5 widerspiegeln, was ebenfalls für eine gute Konstruktvalidität des DIPA sprechen würde.

Aufgrund der hohen Prävalenz von Schlafstörungen im Vorschulalter wurde die Parent-Child Sleep Interactions Scale (PSIS) eingeführt. Im Rahmen ihrer Validierung wurde wie in vorliegender Studie die CBCL 1 ½ -5 verwendet. Es fanden sich positive Korrelationen zwischen der PSIS und Schlafstörungsskala der CBCL 1 ½ -5 (Alfano, Smith, Reynolds, Reddy & Dougherty, 2013). Ebenso fanden sich in der vorliegenden Studie positive Korrelationen zwischen der Diagnose Schlafstörungen des DIPA ($r= .374^{**}$) und selbiger Symptomskala der CBCL 1 ½ - 5, was erneut für eine gute Konstruktvalidität sprechen würde.

Scheeringa und Haslett (2010) verwendeten für ihre Studie nicht die C-TRF 1 ½ -5, somit können die vorliegenden Ergebnisse nicht anhand der US-amerikanischen Validierungsstudie diskutiert werden.

Auffällig ist das in dieser Studie mittels CBCL 1 ½ -5 prozentual mehr Verhaltensauffälligkeiten festgestellt wurden, als durch die C-TRF 1 ½ -5. Mittels CBCL 1 ½ -5 wurden 48,3% der Teilnehmer externalisierende beziehungsweise 41,4% internalisierende Verhaltensauffälligkeiten zugeschrieben. Das Urteil der Erzieher fiel hingegen milder aus mit 19,5% an externalisierenden und 26,8% internalisierenden Diagnosen. Dieses Ergebnis ist jedoch stringent, da Eltern eher dazu neigen das Verhalten des Kindes als auffällig einzustufen (Winsler & Wallace, 2002; Cai, Kaiser & Hancock, 2004), was sich in oben zitierten Prozentzahlen spiegelt.

Die Aussage von Hinshaw, Han, Erhardt und Huber (1992), dass Erzieherurteile gut mit externalisierenden Störungen korrelieren ließ sich auch beim C-TRF 1 ½ -5 im Vergleich mit dem DIPA vorfinden. Die externalisierenden Störungen des DIPA und des C-TRF 1 ½ -5 korrelierten mit $r = .312^*$ zueinander. Ebenso wie die Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten mit der Skala emotional-reaktives Verhalten ($r = .321^*$).

Diskrepanzen der Korrelationen können auch durch die unterschiedliche Verhaltensbeurteilung der Eltern und Erzieher erklärt werden. So wurden mehr und höhere Korrelationen zwischen dem CBCL 1 ½ -5 und der DIPA Diagnosen gefunden. Zum einen lässt sich dies dadurch erklären, dass das DIPA und die CBCL 1 ½ -5 von den Eltern beantwortet wurden, weshalb eine höhere und häufigere Korrelationen von vornherein wahrscheinlicher sind. Zum anderen haben in der Vergangenheit Studien wie die von Cai et al. (2004), Stanger und Lewis (1993) oder Winsler und Wallace (2002) festgehalten, dass Eltern eher dazu tendieren das Verhalten ihrer Kinder als problematisch einzustufen, als es Erzieher tun. Dies könnte den o.g. Sachverhalt erklären. Außerdem bewerten Eltern ihre Kinder häufig als auffällig auf den Skalen „emotional reaktiv“, „körperliche Beschwerden“ und „aggressives Verhalten“, da solche Verhaltensmuster einfach wahrgenommen werden (Kuschel et al., 2007).

Wolraich, Lambert, Bickman, Simmons, Doffing und Worley (2004) fanden große Unterschiede in der Übereinstimmung zwischen Eltern-Erzieher Urteilen in der Einschätzung von ADHS Symptomen bei Kindern im Vorschulalter. Im Bereich der Symptombewertung beliefen sich die Kappas auf unter 0.30, was für niedrige Übereinstimmungen sprechen würde. Dies könnte die unterschiedlichen Korrelationen auf den Eltern und den Erzieherskalen erklären.

Erklären lassen sich diese Unstimmigkeiten dadurch, dass Eltern und Erzieher die Kinder in unterschiedlichen Situationen mit anderen Verhaltensweisen erleben (Danforth & DuPaul, 1996). So wurden die Teilnehmer von den Erziehern dieser Studie eher als auffällig im Bereich internalisierender Störungen und Symptome eingeschätzt, weil sich im Kindergarten eventuell eher Situationen ergeben in denen solch ein Verhalten zum Vorschein kommt, was zu Hause tendenziell eher nicht der Fall ist. Ähnliches beobachteten auch Wolraich et al. (2004), da Erzieher häufiger Symptome einer ADHS vom Subtyp „Unaufmerksamkeit“ angaben. Symptome der Unaufmerksamkeit sind nicht so eindeutig wie die der Hyperaktivität. Letztere wird häufiger durch die Eltern angegeben, als durch die Erzieher. Aus diesem Grunde ist es nicht überraschend, dass sich auch hier verschiedene Schwerpunkte der Korrelationen zwischen Eltern- und Erzieherurteilen finden lassen.

Die gefundenen Korrelationen sowohl der CBCL 1 ½ -5 als auch der C-TRF 1 ½ -5 lassen sich durch überschneidende Symptome der Diagnose und der Skala begründen. Dadurch, dass aggressives Verhalten ein Symptom einer Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem Verhalten ist, würden sowohl Eltern als auch Erzieher, die das Kind in der Hinsicht als auffällig erachten, diesen Aussagen zustimmen.

Die niedrigeren Korrelationen der internalisierenden Störungsbilder mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5 und C-TRF 1 ½ -5 könnten zum einen dadurch erklärt werden, dass externalisierende Störungen diese Symptome eher maskieren oder Eltern Schwierigkeiten haben solche Symptome zu erkennen. Dies liegt daran, dass sie nicht einen so hohen Leidensdruck auslösen, wie Symptome, die externalisierenden Störungen zugeordnet werden (Arend et al., 1996; Herjanic & Reich, 1982; Jensen et al., 1993).

Fehlende Korrelationen könnten durch die kleine Stichprobengröße der Studienkohorte erklärt werden. So waren eventuell manche Symptome nicht häufig genug angegeben worden, um ein signifikantes Ergebnis zu erreichen.

Nichtsdestotrotz lässt sich festhalten, dass sich Korrelationen sowohl für internalisierende als auch externalisierende Störungen und Symptome finden, diese sinnhaft sind und sich in anderen Studien replizieren lassen. Dies sind alles Indikatoren für eine gute Kriteriums- und Konstruktvalidität des DIPA.

Zusätzlich lässt sich festhalten, dass auch diese Studie zeigt, wie wichtig die Beurteilungen verschiedener Teilnehmer für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik ist. Begründung ist besonders das Wahrnehmen des Kindes in verschiedenen Situationen und damit einhergehend das Wahrnehmen von unterschiedlichem Verhalten. Eindimensionale Beurteilungen könnten mit fehlenden und/oder niedrigeren Korrelationen zusammenhängen.

5.1.4 Fragestellung 5

Es soll nun die Frage beantwortet werden, ob die internalisierenden Störungsbilder des DIPA signifikant mit den Punktwerten der PFC der Eltern und Erzieher korrelieren.

Es zeigen sich signifikante Ergebnisse zwischen den Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten ($r = .445^{**}$), bipolare Störungen ($r = .435^{**}$) und der Variablen „externalisierende Diagnosen des DIPA“ ($r = .445^{**}$).

Die signifikanten Korrelationen zwischen der Preschool Feelings Checklist, einem Instrument zur sensitiven Erfassung von Symptomen einer Depression und den externalisierenden Diagnosen des DIPA erscheinen zunächst widersprüchlich.

Die Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten stellt jedoch eine Komorbidität einer Depression im Vorschulalter dar (Wichstrøm et al., 2012), weshalb dieses Studienergebnis plausibel ist. Ebenso leiden viele Patienten umgekehrt an internalisierenden Komorbiditäten, während sie an einem oppositionellen Verhalten erkrankt sind (Boylan, Vaillancourt, Boyle & Szatmari, 2007). Aus diesem Grunde sind die erhobenen Korrelationen zwischen den Skalen sinnhaft und plausibel.

Es fällt auf, dass sich deutlich weniger signifikante Korrelationen bei den Erzieherfragebögen zeigen, als es bei den Elternfragebögen der Fall gewesen ist. Dies mag an einer anderen Beurteilung der Erzieherinnen liegen, die viele Verhaltensweisen nicht als pathologisch eingestuft haben (Cai et al., 2004; Winsler & Wallace, 2002).

Ein möglicher Erklärungsansatz könnten die Komorbiditäten der Patienten sein, welche oft mit externalisierenden Störungen wie zum Beispiel oppositionellem Verhalten einhergehen.

Zudem umfasst die PFC auch Fragen, die eher für eine oppositionelle Störung sprechen (zum Beispiel „Mein Kind wird schnell wütend“) und kann somit auch „positiv“ sein, wenn Eltern drei Aussagen bejahen, die eher für ein oppositionelles Krankheitsbild sprechen würden.

Selbiges eruierte auch Fuhrmann (2011): „In der vorliegenden Studie wurden Items, die externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zum Inhalt hatten, von den Eltern der Kinder mit Hinweisen auf eine depressive Störung am häufigsten angegeben. So gaben 71,4% der Eltern depressiver Kinder an, dass sich ihr Kind nicht lange auf Spiele und Aufgaben konzentrieren kann und 58,3% der Eltern waren der Meinung, dass ihr Kind große Probleme hat, einfache Regeln und Anweisungen zu befolgen.“ (vgl. Fuhrmann, 2011, S.71, Z. 22-28).

„Weiterhin ließen sich zwei Symptomcluster in der Gruppe der Vorschulkinder mit Hinweisen auf eine Depression auffinden. Das erste Cluster bezog sich auf depressive und externalisierende, das zweite auf lediglich depressive Symptome. Dieser Befund stimmt mit den Studien zur Komorbiditäten von depressiven Störungen überein, wonach ein typisches Merkmal bei depressiven Vorschulkindern die hohe Komorbiditätsrate mit externalisierenden Störungen ist.“ (vgl. Fuhrmann, 2011, S.71-72, Z.28-6).

Eben diese Beobachtung wurde auch in vorliegender Studie gemacht. Die signifikanten Korrelationen zwischen der PFC der Eltern und dem DIPA, sind somit kein Zeichen mangelnder Validität des DIPA, sondern eher als Ergebnis der Erfassung von Komorbiditäten anzusehen. Ferner korrelierte die Diagnose bipolare Störung ebenfalls signifikant mit der PFC der Eltern. Auch dies ist schlüssig, da Symptome einer Depression auch bei Patienten mit bipolaren Störungen vorkommen können.

Die PFC der Erzieher wies keine signifikante Korrelation mit den Diagnosen des DIPA auf. Dennoch wurde die höchste Korrelation mit $r = .194$ zwischen der Diagnose oppositionellem Verhalten und der PFC der Erzieher festgestellt. Dieses Ergebnis lässt sich wie bei den Ergebnissen der PFC der Eltern durch gegebene Komorbiditäten erklären. Eine weitere Erklärung für dieses Ergebnis könnte zudem sein, dass Erzieher eher externalisierende Störungen feststellen und gleichzeitig jedoch weniger Diagnosen vergeben (Cai et al., 2004; Winsler & Wallace, 2002).

Zudem sollte beachtet werden, dass letztendlich keines der Teilnehmenden Kinder eine Depressionsdiagnose erhalten hat. Dies könnte darauf hinweisen, dass Symptome einer Depression innerhalb des Kollektivs niedrig bis gar nicht ausgeprägt gewesen sind, weshalb sich mit der PFC keine signifikanten Korrelationen eruieren ließen.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage dieser Arbeit lässt sich festhalten, dass das DIPA komorbide Symptome einer Depression gut erfasst. Dass sich keine signifikanten Korrelatio-

nen mit der Diagnose Depression finden ließen, könnte daran liegen, dass bei keinem der Teilnehmer diese Diagnose letztendlich gestellt wurde.

5.1.5 Fragestellung 6

Übereinstimmend mit den anderen Fragebögen wiesen sowohl die VBV 3-6 Skalen der Eltern als auch der Erzieher signifikante Korrelationen mit Diagnosen des DIPA auf.

Bei den Elternurteilen finden sich unter anderem Korrelationen auf den Skalen „aggressives Verhalten“ und den Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem Verhalten ($r = .539^{**}$) und bipolare Störung ($r = .430^{**}$). Neben externalisierenden korrelieren auch internalisierende Störungsbilder wie soziale Phobien mit der VBV 3-6 Skala „emotionale Reaktion“ ($r = .425^{**}$).

Werden die Ergebnisse der Erzieherinnen betrachtet, fallen auch dort signifikante Korrelationen (sowohl in Relation zu externalisierenden als auch internalisierenden Störungen) auf, welche jedoch etwas niedriger sind.

Nachfolgend sollen Gründe für diese Ergebnisse angeführt werden. Zunächst ist die Wahrscheinlichkeit prinzipiell höher Übereinstimmungen zwischen dem DIPA und den Elternurteilen innerhalb der VBV 3-6 zu finden, da bei beiden Instrumenten Einschätzungen von den Eltern vorliegen.

Außerdem neigen Eltern eher dazu das Verhalten ihres Kindes als problematisch einzustufen, als es Erzieher tun (Cai et al., 2004; Kuschel et al, 2007; Satake et al., 2003; Winsler & Wallace, 2002). Dies wird von Döpfner et al. (2000) begründet mit dem situationspezifisch unterschiedlichem Verhalten der Vorschulkinder. Es könnte sein, dass Vorschulkinder in ihrem Verhalten noch nicht so gefestigt sind, weshalb Beobachter zu verschiedenen Urteilen kommen. Die Übereinstimmung von Lehrer- und Erzieherurteilen steigt jedoch proportional mit dem Alter der Teilnehmer. Verhulst und Akkerhuis (1989) fanden höhere Übereinstimmungen in der Verhaltensbeobachtung bei Kindern im Alter von 6-12 als bei Vorschulkindern. Somit überraschen die unterschiedlichen Ergebnisse dieser Studie nicht, sondern sind durch das Kollektiv an Teilnehmern zu begründen.

Generell erleben Eltern und Erzieher die Kinder in verschiedenen Situationen und zudem haben Erzieher bessere Vergleichsmöglichkeiten, als die Eltern (Döpfner & Petermann, 2008).

Die signifikanten Korrelationen der Erzieherurteile (beispielsweise auf der VBV 3-6 Skala aggressives Verhalten $r = .457^{**}$) mit den externalisierenden Störungen des DIPA lassen sich auch in Ergebnissen anderer Studien wiederfinden.

Hinshaw et al. (1992) haben 45 Kinder im Alter von 3-6 Jahren betrachtet, welche verschiedene Störungen aufwiesen. Es wurden sowohl Urteile von den Eltern, als auch von den Erziehern eingeholt. Ergebnis der Studie war, dass die Erzieherurteile oft mit externalisierenden Störungen, wie aggressivem Verhalten korrelierten.

Die Korrelation zwischen der Erzieherskala oppositionell aggressives Verhalten und der Depressionsdiagnose wurden auch in den Studien von Bufferd et al. (2011) oder Fuhrmann (2011) gemacht. Diese Korrelation spricht erneut für den Zusammenhang zwischen oppositionellem Verhalten als komorbide Störung einer Depression.

Generell korrelierten einige Störungsbilder (unter anderem Störung des Sozialverhalten / mit aufsässigem Verhalten, spezifische Phobien & bipolare Störungen) mit der Skala oppositionell aggressives Verhalten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass solches Verhalten sehr häufig im Vorschulalter vorkommt und auch leicht beobachtet werden kann (Kuschel et al., 2007).

Auch die Korrelationen zwischen der Diagnose Störung des Sozialverhaltens/mit aufsässigem Verhalten und der Skala Aufmerksamkeitsdefizit überrascht nicht, da dieses Symptom gehäuft als komorbide Störung angegeben wird und eine ähnliche Ätiologie vorherrscht (Petermann, Reinartz & Petermann, 2002; Witthöft, Koglin & Petermann, 2010).

Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die negative Korrelation zwischen der Skala „sozial-emotionale Kompetenz“ und den Diagnosen Störung des Sozialverhaltens/mit aufsässigem Verhalten. Dieser negative Zusammenhang wird unter anderem durch eine Studie von Koglin, Petermann, Jascenoka, Petermann und Kullik (2013) bestätigt. Patienten, die oppositionell aggressives Verhalten aufweisen, haben nicht gelernt mit ihren eigenen Gefühlen, aber auch mit den Gefühlen anderer adäquat umzugehen. Ihnen fehlen die Fertigkeiten zur Ausbildung einer emotionalen Kompetenz. Denham, Bassett, Way, Mincic, Zinsser und Graling (2012) konnten zeigen, dass Kinder mit hoher sozial emotionaler Kompetenz eine bessere Regulation ihrer Emotionen aufwiesen. Im umgekehrten Schluss kann davon ausgegangen werden, dass niedrige Ausbildungen eben dieser Kompetenz zu schlechteren Emotionsregulationen führen kann, welche in aufsässigem Verhalten resultieren. Genau dieser Aspekt wurde auch innerhalb dieser Studie festgestellt.

Konform zur oben angeführten Studie eruierten auch Brajsa-Zganec und Hanzec (2015) innerhalb einer Kohorte aus 241 3-7 jährigen die Stellung einer hohen Emotionsregulation. Ist letztere niedrig ausgeprägt finden sich verstärkt oppositionelle Verhaltensweisen vor.

Gemäß Denham et al. (2012) beeinflusst Emotionswissen die Qualität der Emotionsregulation und das soziale Verhalten. Dies trifft besonders für Vorschulkinder im Alter von 3-4 Jahren zu.

Selbiger Aspekt wurde auch von von Salisch, Hänel und Denham (2015) beobachtet. Innerhalb einer Stichprobe von 261 Kindern im Alter von 46 bis 72 Monaten, konnte ein positiver Einfluss von Emotionswissen auf Verhaltensregulation nachgewiesen werden. Selbiges eruierten auch Köckeritz, Klinkhammer und von Salisch (2010), Spritz, Sandberg, Maher und Zajdel (2010) und Blankson, O'Brien, Leerkes, Marcovitch, Calkins und Weaver (2013). Vorschulkinder, die ein gestörtes Sozialverhalten zeigen, haben ein reduziertes Repertoire an emotionalen Fertigkeiten. Hierunter fällt unter anderem eine schlechtere Fähigkeit die Mimik anderer Personen zu interpretieren. Da emotionale Kompetenzen bei solchen Kindern fehlen oder niedriger ausgebildet sind, ist die gefundene negative Korrelation sinnhaft und valide.

Weiterhin soll die sechste Fragestellung dieser Studie exemplarisch anhand der Korrelation zwischen der Skala „emotionale Auffälligkeiten“ und der Diagnose Trennungsangst beleuchtet werden. Zu den Symptomen der genannten Skala zählen Aussagen wie „Hat Schwierigkeiten, sich von der Mutter zu trennen oder wirkt unsicher und verloren, wenn es den Kindergarten betritt“. Dieses Symptom findet sich auch als diagnostisches Kriterium der Diagnose Trennungsangst wieder und wird auch vom DIPA erfragt. Dies unterstreicht erneut die gute Kriteriumsvalidität des DIPA, da sich zwischen den zwei verschiedenen Instrumenten sinnhafte Zusammenhänge finden lassen. Kinder, die von ihren Eltern getrennt werden (z.B. im Kindergarten) reagieren mit emotionalen Symptomen wie schreien und weinen, aber auch körperlichen Symptomen wie Erbrechen und Bauchschmerzen. Solche Symptome sind leicht durch das Umfeld zu erkennen (Herren & Schneider, 2009; Suhr-Dachs & Petermann, 2013). Was bedeuten diese Ergebnisse nun zusammengefasst für die vorliegende Studie? Die positiven Befunde der Subskalen des VBV, bestätigen die Kriteriumsvalidität des DIPA. Dies liegt unter anderem daran, dass innerhalb der VBV zahlreiche Verhaltensweisen abgedeckt werden, die alterstypisch für das Vorschulalter sind.

5.2 Diskussion der Hypothesen

5.2.1 Hypothese 1

Es wurde angenommen, dass zwischen der Diagnose ADHS und dem T-Wert der CBCL 1 ½ - 5 bzw. C-TRF 1 ½ - 5 Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ ein Zusammenhang besteht.

Hypothesenkonform findet sich auf der CBCL 1 ½ - 5 Skala ein p-Wert von 0,00, weshalb die Hypothese angenommen werden kann. Auf der korrespondierenden Skala der Erzieher findet sich hingegen ein p-Wert von 0,14, weshalb die Hypothese verworfen werden muss.

Erklärungsansätze für diese Diskrepanz könnte eine situationsabhängige Verzerrung der Beurteilung zwischen Erziehern und Eltern sein (Döpfner et al., 2000). Das Eltern und Erzieherurteile im Hinblick auf externalisierende Störungen häufig divergieren, wurde auch von Korsch und Petermann (2014) eruiert.

Da Erzieher die Kinder in anderen Situationen erleben, als es die Eltern zu Hause tun, haben sie möglicherweise eine differenziertere und neutralere Sichtweise (Sinzig & Schmidt, 2007). Zudem wurde das DIPA nur mit den Eltern durchgeführt, weshalb sich dann im Vergleich mit der CBCL 1 ½ - 5, welche ebenfalls von den Eltern ausgefüllt wurde, eher Zusammenhänge finden lassen.

Hypothese 1 kann für die CBCL 1 ½ -5 Skala angenommen werden. Für die Skala der C-TRF 1 ½ - 5 muss sie verworfen werden.

5.2.2 Hypothese 2

Es wurde erwartet, dass sich zwischen der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten und den Staninen der VBV 3-6 Skala „oppositionell aggressives Verhalten“ (sowohl der Eltern als auch der Erzieher) ein signifikanter Zusammenhang finden lässt. Hypothesenkonform findet sich auf der VBV 3-6 Skala (der Eltern) ein p- Wert von 0,00 und auf der korrespondierenden Skala der Erzieher ein p-Wert von 0,02, weshalb die Hypothese angenommen werden kann.

Dieses Ergebnis ist sinnhaft, da aggressives Verhalten leicht von unterschiedlichen Beobachtern erkannt wird und als Diagnosekriterium der o.g. Diagnose fungiert. Innerhalb der Studie von Tröster und Reinecke (2007) bewerteten beispielsweise ungefähr gleich oft die Eltern (11,8%) und die Erzieher (9%) die Kinder als auffällig auf der Skala oppositionell aggressives Verhalten. Kinder mit aggressivem Verhalten werden schnell wütend, laut und attackieren andere Kinder oder auch Erwachsene. Dies sind alles Symptome, welche sowohl von Eltern als auch von den Erziehern eindeutig erkannt werden.

Gründe für aggressives Verhalten sind unter anderem ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern, psychische Belastungen der Eltern und die verminderte beziehungsweise fehlende Möglichkeit des Kindes anhand eines Vorbildes adäquates Verhalten zu lernen. Dies zeigt sich dann in Folge in einem vermehrt aggressivem Verhalten (Petermann & Petermann, 2007).

Ursachen, weshalb Kinder bereits im Kindergarten auf Situationen aggressiv reagieren sind die neue und ungewohnte Situation in die sich die Kinder einfügen müssen. War es beispielsweise zu Hause immer so, dass ihnen die gesamte Aufmerksamkeit der Eltern zu Teil wurde, ist dies im Kindergarten nicht mehr so. Ihr aggressives Verhalten könnte dann als eine Art Handlungsstrategie interpretiert werden, um diese neue Situation zu meistern (Schirmer, 2015).

Dieses aggressive Verhalten mündet in einer Stresssituation für die jeweiligen Erzieher, die sich möglicherweise dieser Situation nicht ausreichend vorbereitet fühlen.

Es überrascht somit nicht, dass sich sowohl bei den Eltern als auch in der Beurteilung der Erzieher Zusammenhänge zwischen aggressivem Verhalten und der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten gefunden wurden.

Erfreulicherweise ließ sich auch ein Zusammenhang zwischen der VBV 3-6 Skala der Erzieher und der Diagnose des DIPA eruieren, obwohl das DIPA nur mit den Eltern durchgeführt wurde. Das DIPA scheint somit besonders valide für die Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten zu sein. Dies sollte in künftigen Studien versucht werden zu replizieren.

Hypothese 2 kann angenommen werden.

5.2.3 Hypothese 3

Es wurde postuliert, dass zwischen der Diagnose Depression und dem Punktwert der Eltern / Erzieher der PFC ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Überraschenderweise muss die Hypothese, sowohl für den Punktwert der Eltern ($p=0,088$), als auch der Erzieher ($p=0,649$) verworfen werden, da sich zwar niedrigere Korrelationen finden lassen, diese jedoch nicht signifikant sind.

Neben den in Fragestellung 5 angeführten Gründen, könnte auch der Aufbau des DIPA und der PFC zu diesem Ergebnis beigetragen haben. Kurz zusammengefasst handelt es sich um ein leichteres erkennen von externalisierenden Komorbiditäten (Fuhrmann, 2011; Wichstrøm et al., 2012) und eine niedrigere Tendenz von Erziehern Verhaltensweisen als pathologisch einzustufen (Cai et al., 2004; Korsch & Petermann, 2014; Winsler & Wallace, 2002).

Die sich aus 16 Items zusammensetzende PFC vergibt keine Diagnosen, sondern postuliert ab einem Punktwert >3 Symptome einer Depression. Aus diesem Grund ist sie nicht so differenziert wie das DIPA, welches gezielt Symptome abfragt, die in den letzten 4 Wochen vorgekommen sind. Da die PFC bezüglich des Zeitraumes der Symptome nicht differenziert, könnten eventuell Symptome von den Eltern / Erziehern „vergessen“ worden sein, weshalb der Zusammenhang nicht ausreichend gewesen ist.

Ferner werden wichtige Symptome wie Anhedonie, ein verminderter Antrieb, suizidale Gedanken/Suizidversuche oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit von der PFC, im Gegensatz zum DIPA, nicht erfragt. Dies könnte dazu beigetragen haben, dass weniger Auffälligkeiten im Punktwert der PFC erhoben wurden, weshalb sich keine Signifikanz eruieren ließ.

Durch die verschiedenen Items des DIPA und der PFC könnte es zu einer Verzerrung gekommen sein, weshalb sich letztendlich nur leichte Zusammenhänge finden ließen.

Es lässt sich festhalten, dass sich ein Zusammenhang eruieren lässt, dieser empirisch jedoch nicht signifikant ist.

Hypothese 3 wird verworfen.

5.3 Diskussion des DIPA

Die Vorteile des DIPA sind zum einen das es ein nicht invasives Diagnoseinstrument ist, dass überall durchgeführt werden kann und nicht viel Equipment erfordert.

Ein weiterer Vorteil ist das standardisierte Auswertungsschema, welches leicht verständlich ist und von jedem verwendet werden kann.

Darüber hinaus werden sehr viele verschiedene Störungsbilder intensiv abgefragt. Ein weiterer Vorteil des DIPA ist der strukturierte Aufbau und das Symptome abgefragt werden, die eher als ungewöhnlich für das Vorschulalter eingeschätzt werden. Hierunter fällt z. B. das Item C10 „Die nächste Frage klingt ebenfalls eigenartig in Bezug auf junge Kinder, aber hat er / sie in fremde Wohnungen oder Autos eingebrochen?“. Dies wird im Bereich der Diagnose

Störung des Sozialverhaltens abgefragt und mag auf den ersten Blick befremdlich erscheinen, da solche Verhaltensweisen im Vorschulalter eher ungewöhnlich sind. Scheeringa und Haslett haben diese Art von Fragen jedoch absichtlich integriert, da sie nicht von vornherein Verhaltensweisen „ausschließen“ möchten nur weil diese gemäß Konventionen der Gesellschaft nicht auch schon im Vorschulalter auftreten können. Dies soll dazu beitragen genauere Prävalenzraten zu erfassen.

Nachteile des DIPA liegen unter anderem darin, dass eine Fremdbeurteilung durch die Eltern stattfindet. Dies erscheint vor dem jetzigen Kenntnisstand das Vorschulkinder sehr wohl in der Lage sind über ihre Emotionen Auskunft zu geben, nicht angebracht. Das Alter der teilnehmenden Kinder sollte sich daran orientieren und angepasst werden. Bei älteren Vorschulkindern (beispielsweise ab 5 Jahren) sollte von einer Fremdbeurteilung durch die Eltern Abstand genommen werden.

Ferner könnten einige Items aufgrund ihrer Formulierung durch die Eltern im Rahmen der sozialen Erwünschtheit nicht wahrheitsgemäß beantwortet werden. Dies betrifft zum Beispiel auf die Items des Krankheitsbildes „Posttraumatische Belastungsstörung“ P5-Zeuge von körperlicher Gewalt, P6-körperliche Misshandlung und P7-sexuelle Misshandlung, Übergriff oder Vergewaltigung zu. Einerseits kann es den Eltern unangenehm sein, solche Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, weil sie eine Stigmatisierung oder Benachteiligung befürchten. Andererseits kann eine solche Vertrauensbasis zwischen dem Interviewer und dem Befragten noch nicht vorhanden sein, weshalb manche Beurteiler nicht solche Fragen wahrheitsgemäß beantworten möchten. Somit kann es zu einer Verzerrung in der Diagnostik kommen.

Zudem verlangt das DIPA eine sehr differenzierte Beurteilung der Kinder durch die Eltern. So müssen diese beispielsweise im Modul „traumatische Lebensereignisse“ einschätzen, welches Ereignis ihr Kind am stärksten beeinflusst hat. Dies kann sicherlich nicht von jedem Elternteil akkurat beurteilt werden, da dies eine genaue Beobachtung des Kindes erfordert. Solche Fragen sollten ab einem gewissen Alter direkt an das Kind adressiert werden.

Dies gilt ebenso für das Item „P28- Intrusive Erinnerungen“ in welchem gefragt wird, ob das Kind aufdrängende Erinnerungen an das Trauma hat und ob es diese von selbst äußert. Wenn nun das Kind zwar aufdrängende Erinnerungen hat, diese aber nicht äußert, kann dieses äußerst wichtige Symptom durch den Interviewer nicht codiert werden.

Ein weiterer Nachteil ist, dass das DIPA von den Eltern eine Einschätzung des Verhaltens in „normal“ und „pathologisch“ verlangt, was wenn überhaupt nur Sinn macht, wenn die Eltern einschätzen können ab wann ein Verhalten als krank eingestuft werden darf.

Die erste Frage des Moduls „Depression“ M1 – traurig/unglücklich „Fühlt sich ihr Kind mehr als üblich traurig?“ verlangt von den Beurteilern, dass sie einschätzen können, ab wann die Traurigkeit ihres Kindes pathologisch ist. Dies ist schwierig, da die meisten Eltern internalisierende Störungen und die dazu gehörenden Symptome nicht so leicht erkennen, wie Symptome von externalisierenden Störungen.

Zudem sind viele Formulierungen des DIPA redundant, welches eine konzentrierte Durchführung sowohl für den Interviewer als auch für den Befragten schwierig macht. So wird in jedem

Einleitungssatz betont, dass nur Symptome angegeben werden sollen, die in den letzten vier Wochen vorhanden gewesen sind. Die gleiche Frage folgt dann jedoch hinter jedem Symptomitem.

Es ist zudem kritisch zu betrachten, dass das DIPA die Diagnose „bipolare Störung“ beinhaltet, da in Deutschland kontrovers diskutiert wird, ob diese Diagnose überhaupt im Vorschulalter vergeben werden sollte. Studien zitieren in Deutschland Prävalenzen von weniger als 0,5% (Holtmann, Goth, Wockel, Poustka & Bolte, 2008a; Holtmann, Poustka, Duketis & Bölte, 2008b; Meyer, Koßmann-Böhm & Schlottke, 2004) während es in US-amerikanischen Studien 6-19% sind (Biederman et al., 2005; Geller et al., 2002). Zu beachten ist jedoch, dass die Studien sich nicht speziell auf das Vorschulalter beziehen, sondern die Altersspanne bis vor die Adoleszenz umfassen. Ursachen für diese Diskrepanzen sind unter anderem das US-amerikanische Marketing für Psychostimulanzien, welches deutlich ausgeprägter als in Deutschland ist und abrechnungstechnische Gründe (Blader & Carlson, 2007; Donohue, Cevasco & Rosenthal, 2007).

Generell zögern deutsche Kinder- und Jugendpsychiater eher bipolare Störungen bei Vorschulkindern zu stellen. Als Gründe hierfür werden Angst vor nachteiligen Langzeiteffekten, Stigmatisierung des Kindes, aber auch die unterschiedliche symptomatische Ausprägung bei den Patienten genannt (Meyer, Koßmann-Böhm & Schlottke, 2004).

Es erscheint dadurch so, dass es gerade bei dieser Diagnose wichtig ist jemanden geschultes diese Diagnose stellen zu lassen, da sie durch die meisten Kinder- und Jugendpsychiater übersehen bzw. fehldiagnostiziert wird. Viele stellen die Diagnose Depression oder ADHS anstelle einer bipolaren Störung (Grohol, 2016).

Dies stellt die Praktikabilität des DIPA in Frage, da es gerade bei dieser Diagnose wichtig ist, geschultes Personal zu haben, welches eine bipolare Störung erkennt. Somit kann als weiterer Kritikpunkt angeführt werden, dass sich das DIPA gerade für diese spezielle Diagnose innerhalb einer deutschen Kohorte noch bewähren muss und diese Fragen nur durch sehr erfahrene Spezialisten erfragt werden sollten, da diese Diagnose sonst nicht erkannt wird.

Die Studie von Meyer, Koßmann-Böhm und Schlottke (2004) zeigte, dass innerhalb eines definierten geographischen Gebietes in Deutschland 251 Psychiater bei 63 % der Erwachsenen die Diagnose bipolare Störung vergeben haben. Bei Kindern waren es nur 7,8%. Es könnte somit aufgrund einer Hemmung diese Diagnose bei Vorschulkindern zu stellen, manche Kinder mit dieser Erkrankung übersehen werden. Dies stellt die Tauglichkeit des DIPA in Deutschland für diese Diagnose in Frage.

Werden bipolare Störungen im Vorschulalter nicht erkannt, hat dies meist eine Chronifizierung und eine stärkere Ausbildung der Komorbiditäten zur Folge (Perlis et al., 2004).

Übereinstimmend mit der Diagnose bipolare Störung, sollte auch das Stellen der Diagnose Depression kritisch betrachtet werden. Guedeney (2007) schlägt in seiner Arbeit vor Depressionen erst ab einem Alter von 3 Jahren zu stellen, da jedes Kind eine gewisse Zeitspanne benötigt, um seine emotionalen Fähigkeiten zu entwickeln. Dies wird im DIPA jedoch nicht näher beachtet. Der Abschnitt Depression wird genauso erfragt, wie die anderen Störungsbil-

der. Eine Möglichkeit wäre es den Depressionsabschnitt um eine Altersbeschränkung zu ergänzen.

Das DIPA verwendet nur das Interview mit den Eltern als Basis für die Vergabe der Diagnose. Dies alleine kann niemals ausreichend sein, um eine Diagnose zu vergeben, sondern sollte immer eine Zusammenschau verschiedener Befunde sein (z. B. Fragebögen, Anamnese der Eltern und des Kindes, Beobachtungen des Verhaltens beim Spielen). Somit sollte das DIPA eher als zusätzliches diagnostisches Instrument betrachtet werden, welches in Verbindung anderer Befunde zur Diagnosestellung herangezogen wird.

Es könnte somit zu einer „Überdiagnostizierung“ durch das DIPA kommen, was unter anderem auch deutlich wird, wenn man sich einerseits die DIPA Diagnosen und andererseits die klinischen Diagnosen dieser Studie anschaut. Letztere fallen niedriger aus, was die Notwendigkeit weiterer Diagnostik unterstreicht. Es sollte geschaut werden, ob sich die hohen Prävalenzen auch in anderen Studien mit einer randomisierten Kohorte replizieren lassen und dann ähnlich hoch ausfallen.

Jede Diagnose des DIPA darf nur vergeben werden, wenn von den Eltern angegeben wird, dass die Symptomatik zu einer Einschränkung im Alltag führt. Canino et al. (2010) führen jedoch an, dass dies die Prävalenz dahingehend beeinflussen kann, dass diese deshalb sinkt. Dies ließ sich zwar in dieser Studie nicht bestätigen, sollte jedoch in Folgestudien betrachtet werden.

Zudem sollten bestimmte Diagnosen weiter differenziert werden. Die Diagnose Depression könnte beispielsweise auch weiter in Dysthymie unterteilt werden. Schlafstörungen könnten hingegen um die Diagnosen nichtorganische Hypersomnie (F51.1), die nichtorganische Störung des Schlaf- Wach- Rhythmus (F51.2), das Schlafwandeln (F51.3), den Pavor nocturnus (F51.4) und Alpträume (F51.5) ergänzt werden. Diese feinere Unterteilung erlaubt eine differenziertere Diagnostik und bessere Therapie.

Eine weitere Schwäche des DIPA liegt darin, dass es Symptome der Enuresis und Enkopresis nicht erfasst. Populationsbasierte Studien erhoben Prävalenzen von 8,5% für nächtliche Enuresis (Niemczyk et al., 2015) und für 5-jährige eine Prävalenz von 15,7% angenommen (von Gontard & Lehmkuhl, 2009). Für das Störungsbild der Enkopresis finden sich hingegen niedrigere Prävalenzraten von 1 bis zu 3 % (Fuhrmann, Schreiner-Zink & von Gontard, 2008). Dennoch sollten diese Störungsbilder aufgrund ihrer klinischen Bedeutung und Komorbiditäten in das DIPA aufgenommen werden.

Das DIPA liefert zusätzlich keine Aussagen zur Schwere einer Diagnose. Als Beispiel lässt sich hierbei das Krankheitsbild der PTBS anführen. Es ist keinerlei Differenzierung zwischen „Akute Belastungsreaktion“ (F43.0), Anpassungsstörungen (F43.2), längere depressive Reaktion (F43.2) und einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) möglich, wie es zum Beispiel durch die ICD-10 erfolgt. Studien zeigten, dass 75% der an PTBS erkrankten Vorschulkinder weitere komorbide Störungen aufweisen. Hierbei handelt es sich in den meisten Fällen um Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Trennungsangst oder ADHS (Simonelli, 2013). Dieser Zusammenhang wird durch das DIPA

nicht näher betrachtet. Stattdessen erhält jedes Kind, welches die Symptomkriterien erfüllt die Diagnose PTBS.

Zusätzlich sollte das DIPA um eine Likert Skala ergänzt werden. Mehrstufige Antwortskalen könnten den Vorteil haben, dass Teilnehmer eher gewillt sind Verhaltensweisen als problematisch einzuordnen und die Sensitivität des Interviews zu verbessern. Teilnehmern könnte es leichter fallen Aussagen zuzustimmen, da sie sich nicht mehr auf „Ja“ oder „Nein“ fixieren müssen, sondern Antworten graduieren können. Dies wurde von Scheeringa im revidierten DIPA umgesetzt. Die Ergebnisse seiner neuen Studie bleiben abzuwarten.

5.4 Stärken, Schwächen und Limitationen der Studie

Trotz der stimmigen Ergebnisse mit anderen Studien, liegen in der vorliegenden Studie Limitationen vor, die bei der Interpretation beachtet werden sollten und folgenden dargestellt werden.

Ein Nachteil dieser Studie ist die Stichprobengröße von 60 Patienten, wodurch nicht alle Krankheiten vertreten gewesen. Nachteile einer kleinen Stichprobe sind, dass für manche Diagnosen keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden und keine Schlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden konnten (eingeschränkte externe Validität).

Ferner wäre es interessant gewesen eine Kontrollgruppe für diese Studie einzurichten um evaluieren zu können, ob das DIPA zwischen diesen Kollektiven unterscheiden kann oder nicht. Dies hätte dazu beigetragen Aussagen bezüglich der internen und externen Validität des DIPA innerhalb einer deutschen Stichprobe zu treffen. Somit lag in dieser Studie ein sehr selektiertes Patientenkollektiv vor.

Die Ergebnisse sind zudem auf die Altersspanne der Kohorte begrenzt, welche jedoch ausreichend repräsentativ für das Kindergartenalter in Deutschland ist. Aussagen zu Kindern unter 3 Jahren lassen sich jedoch somit nicht treffen.

Die Studiengröße und das methodische Vorgehen der Teilnehmerrekrutierung stellen Limitationen der Studie dar. Zum einen da sich dadurch keine Aussagen bezüglich der externen Validität machen lassen, weshalb eine Validierung des DIPA so nicht vollzogen werden kann. Zudem waren aufgrund der Kohortengröße manche Störungsbilder unterrepräsentiert bzw. die Korrelation generell niedriger. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch bei Scheeringa und Haslett (2010).

Methodenkritisch ist ferner zu betrachten, dass vor Studienbeginn die physische und psychische Gesundheit der Eltern nicht überprüft wurde. Ebenso wurde nicht im Vorfeld die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung untersucht. Diese beiden Aspekte beeinflussen jedoch die Verhaltensbeurteilung durch die Eltern. Studien konnten zeigen, dass Alkoholabusus, die psychische Befindlichkeit der Eltern, die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, Infektionen, aber auch die Zufriedenheit der Eltern innerhalb ihrer eigenen Ehe die Verhaltensbewertungen ihrer Kinder beeinflusst (Baker & Heller, 1996; Connell & Goodman, 2002; Hay et al., 1999; Kariuki et al., 2017; Repetti, Taylor & Seeman, 2002; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000). Exemplarisch soll die Studie von Macfie, Kurdziel, Mahan und Kors (2017) angeführt werden, die aufzeigen konnten, dass eine Borderline Persönlichkeitsstörung der Mutter in einer gesteigerten ablehnenden Haltung gegenüber dem Kind münden kann. Dies kann das Entstehen von Verhaltensauffälligkeiten begünstigen und beeinflussen.

Obwohl Elternurteile gewissen Störungsfaktoren unterliegen ist ihr Urteil in der Diagnostik kinder- und jugendpsychiatrischer Verhaltensweisen unabdingbar. Luby et al. (2007b) konnten zwar zeigen das Vorschulkinder bis zu einem gewissen Grad an Komplexität Symptome der Depression und Ängste in Worte fassen können. Es können jedoch nicht alle erfasst werden, weshalb eine Fremdbeurteilung weiterhin notwendig bleibt. Insbesondere diagnostische Fragebögen eignen sich aufgrund sprachlichen Barrieren nicht im Gegensatz zu diagnosti-

schen Interviews. Identische Beobachtungen wie Luby et al. (2007b) machten auch Ablow und Measelle (1993) mittels Berkley Puppet-Interview (BPI), welches mit zwei Handpuppen durchgeführt wird, welche konträre Aussagen tätigen. Die Aufgabe des Kindes bestand darin sich für die Aussage zu entscheiden, die ihm am ehesten entspricht. In Symptomen, die für eine Depression sprechen wie „Ich bin ein trauriges Kind“, erkannten sich die Kinder häufiger wieder. Angaben zu komplexen Symptomen wie ein niedriges Selbstgefühl konnten nicht gemacht werden.

Die Diagnose Depression unterstreicht generell die Notwendigkeit eines zusätzlichen diagnostischen Instruments. Luby et al. (2009) konnten aufzeigen, dass die alleinige Durchführung eines Screeningsbogens (wie beispielsweise der PFC) nicht für die Diagnosestellung ausreicht. Sie verwendeten zunächst die PFC und im Anschluss das PAPA, welches vor allem aufgrund der vielen Komorbiditäten notwendig war.

Eine Herausforderung in der Durchführung der Studie ist es gewesen, dass viele Eltern während des Interviews Hemmungen hatten das Verhalten ihrer Kinder als „außerhalb der Norm“ zu bewerten, obwohl das Verhalten eindeutig als Belastung empfunden wurde. Da sie das Verhalten jedoch nicht als Belastung bewertet haben, konnten aufgrund der vorgegebenen Codierung des DIPA, welches eine Einschätzung des Verhaltens als belastend zwingend voraussetzt, manche Diagnosen nicht vergeben werden. Selbige Beobachtung machten auch Scheeringa und Haslett (2010) in ihrer Validierungsstudie und schlugen vor diese Voraussetzung zur Diagnosevergabe in zukünftigen Studien zu umgehen. Somit könnten auch Diagnosen vergeben werden, selbst wenn keine funktionelle Beeinträchtigung zugegeben wird, was noch genauere und zuverlässigere Aussagen zur Prävalenz zulassen würde.

Ein weiterer Nachteil der Studie war der schwierige Rücklauf von Fragebögen, die von den Erzieherinnen im Kindergarten ausgefüllt wurden. Oftmals musste über mehrere Monate eine Kontaktaufnahme mit den einzelnen Kindergärten erfolgen bis die Daten zugeschickt wurden. Von 61 kontaktierten Kindergärten sind 30 Fragebögen zurückgeschickt worden.

Als Gründe hierfür sind zu nennen die Ablehnung der Kindergartenteilnahme durch die Eltern, Zeitmangel der Erzieherinnen, Personalmangel (Krankheit, Urlaubszeit), Arbeitsüberlastung und Skepsis bezüglich des Datenschutzes. Dennoch können die einbezogenen Kindergärten als annähernd repräsentativ für den Landkreis erachtet werden.

Ein weiterer Nachteil ist, dass es nur wenige Vergleichsstudien gibt, die das DIPA und ähnliche Fragebögen verwendet haben. Somit konnten die erhobenen Ergebnisse nur eingeschränkt im internationalen Kontext betrachtet werden.

Schwächen des DIPA finden sich vor allem in der Länge, welche sich durchschnittlich auf mindestens 60 Minuten belief und es fraglich ist, inwiefern solche Interviews klinisch praktikabel sind. Er wäre mit seiner Dauer vermutlich zu lang als das man ihn routinemäßig zum Screening von Verhaltensauffälligkeiten zum Beispiel während U-Untersuchungen verwenden kann.

Zudem fehlen dem DIPA weitere Erkrankungen wie zum Beispiel Sprachstörungen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum.

Problematisch war es zudem, dass die Diagnosen laut DIPA erst vergeben werden konnten, wenn das Verhalten des Kindes als problematisch beziehungsweise störend eingestuft wurde. Wollten nun teilnehmende Erziehungsberechtigte nicht das Verhalten ihres Kindes als „problematisch“ einstufen und konnte von Ihnen nicht beurteilt werden, ob das Verhalten auch von anderen (zum Beispiel Erzieherinnen, Kindern in der Nachbarschaft) als störend empfunden wurde, konnte mittels DIPA keine Diagnose vergeben werden.

Ein weiterer Nachteil dieser Studie ist das Fragebogenstudien leicht verfälscht werden können. Dies ist dann der Fall, wenn Eltern beispielweise im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten möchten, da sie sonst befürchten, dass ihre Kinder schlechter behandelt oder benachteiligt werden. Dies könnte zu einer Verzerrung der Studienergebnisse (z.B. Prävalenzen oder Korrelationen) führen.

Trotz der methodischen Einschränkungen liefert diese Studie erste vielversprechende Ergebnisse zur Erprobung des DIPA innerhalb einer deutschen Stichprobe. Weitere Studien mit beispielsweise einer größeren Stichprobe sollten herangezogen werden, um die Validität des DIPA beurteilen zu können.

Vorteile der Studie sind die annähernd ausgeglichenen Geschlechterrelationen und dass sich trotz der geringen Stichprobengröße zahlreiche signifikante Korrelationen finden ließen.

Des Weiteren besticht die Studie durch eine hohe Objektivität bei den verwendeten Fragebögen, da diese standardisiert ausgewertet wurden.

Zudem sind die Items der Fragebögen für alle Teilnehmer verständlich gewesen. Einzig die DIPA Items im Abschnitt Verhaltensstörungen „Hat Waffen benutzt die anderen schweren Schaden zufügen können“ und „Zwang andere zu sexuellen Handlungen“ haben einige Teilnehmer überrascht, jedoch hat niemand der Erziehungsberechtigten die Aussage zu diesen Fragen verweigert. Obwohl solche Verhaltensweisen ungewöhnlich für Kinder im Vorschulalter sind, werden sie dennoch durch das DIPA erfragt, damit von vornherein keine Symptome ausgelassen werden und es nicht zu einer Verzerrung kommt. Diese Fragen könnten zudem die Sensitivität des DIPA erhöhen, da viele andere diagnostische Fragebögen solche Symptome nicht abfragen und sie daher nicht erfasst wurden.

Positiv hervorzuheben ist, dass das DIPA ein nicht invasives Verfahren ist, welches sich besonders dadurch kennzeichnet, dass der Interviewer angehalten wird immer wieder nach Beispielen des Verhaltens des Kindes zu fragen. Somit wird dazu beigetragen nur wirklich pathologische Verhaltensweisen zu dokumentieren und keine falschen Diagnosen zu stellen. Als weiterer Vorteil ist zudem noch hervorzuheben, dass die klinischen Diagnosen der Teilnehmer hinzugezogen wurden. Dies war dahingehend Interessant für diese Studie, weil das DIPA somit gegen etwas verglichen werden konnte, was auf einem klinischen Urteil beruhte und beobachtet werden konnte, ob sich die gleichen oder ähnliche Ergebnisse eruieren lassen.

Zudem weist das DIPA eine gute Objektivität auf aufgrund des standardisierten und leicht verständlichen Auswertungsschemas, welches im klinischen Alltag ohne Probleme zu verwenden und integrieren ist.

Ein Verbesserungsvorschlag wäre, diese Studie um einen Fragebogen für das Krankheitsbild PTBS zu ergänzen, wie zum Beispiel durch das PTSD-PAC oder auch durch den PTBS Abschnitt des PAPA, da dieses Krankheitsbild durch die in dieser Studie verwendeten Fragebögen nicht erfasst wird. Dadurch konnte dieses Störungsbild nicht so gut betrachtet werden, wie beispielsweise ADHS oder Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem Verhalten.

Positiv an der Studie ist die gute Rücklaufquote der Elternfragebögen von 73,4%. Deutlich kritischer betrachteten hingegen die Erzieherinnen das Ausfüllen der Fragebögen, weshalb die Rücklaufquote mit 36,4% deutlich niedriger ausfällt. Gründe hierfür waren unter anderem Überlastung in der regulären Arbeitszeit, Unsicherheit bezüglich des Datenschutzes, kein Interesse an Zusammenarbeit, Befürchtung Verhaltensweisen nicht adäquat einschätzen zu können, Zeit- und Personalmangel (Urlaubszeit).

Weiterhin positiv hervorzuheben ist, dass sich die Kohorte ähnlich wie die der amerikanischen Validierungsstudie zusammensetzt, was beide Studien gut miteinander vergleichbar macht.

Ein weiterer Vorteil ist, dass es feste Ein- und Ausschlusskriterien innerhalb dieser Studie gab (Alter der Kinder zwischen 2,5 bis 6,6 Jahren, keine geistigen Behinderungen und/oder kognitiven Einschränkungen des Kindes, erste Vorstellung des/der Patienten/in in der Ambulanz, Ausschluss der Eltern bei sprachlichen Barrieren, Teilnahmeverweigerung oder späterer Rückruf der Einverständniserklärung).

In zukünftigen Studien könnte versucht werden das DIPA zusätzlich mit den Erzieherinnen durchzuführen, um festzustellen, ob sich dabei ähnliche Diagnosen eruieren lassen.

Ferner sollte erwogen werden eine Kontrollgruppe zu etablieren, um mehr Erzieherurteile zu erhalten, da diese über eine professionelle Distanz gegenüber den Kindern verfügen.

Die Validierungsstudie des DIPA sollte auch in anderen Orten mit selbigen Fragebögen in Deutschland wiederholt werden um festzustellen, ob sich dort gleiche oder ähnliche Ergebnisse eruieren lassen.

Folgestudien sollten mit einer größeren Studienkohorte (z.B. bei Einschulungsuntersuchungen) durchgeführt werden, um bessere Aussagen zur externen Validität treffen zu können und die hohen Prävalenzen dieser Studie zu veri- bzw. falsifizieren.

Es könnte darüber hinaus überlegt werden in nächsten Studien ältere Kinder (beispielsweise ab einem Alter von fünf Jahren) selbst zu interviewen und diese Ergebnisse in Relation zu den Elternurteilen setzen, um zu überprüfen inwiefern diese divergieren. Die Studie von Ringoot et al. (2017) konnten aufzeigen, dass ältere Kinder insbesondere im Bereich der externalisierenden Erkrankungen Auskunft über ihre Beschwerden geben können. Erklärungsmöglichkeiten hierfür könnte sein, dass externalisierende Symptome vom Kind eher wahrgenommen werden, da diese auch in seinem Umfeld zu einem höheren Leidensdruck führt. Eine Limitation stellen jedoch weiterhin deutlich jüngere Kinder dar, die aufgrund von mangelndem Vokabular ihre Symptome nicht ausdrücken können.

Nichtsdestotrotz waren die Eltern die Hauptinformationsquellen in dieser Studie, da die meisten Kinder noch nicht adäquat lesen, schreiben oder ihre Gefühle in Worte fassen konnten.

Obwohl die Beurteilung durch die Eltern stattfand, lassen diese nach Kuschel (2001) durchaus valide Aufschlüsse auf das Verhalten ihrer Kinder zu.

Ein weiterer Vorschlag für folgende Studien wäre es den sozioökonomischen Status der Familien zu erfassen, da dieser signifikant mit Verhaltensstörungen im Vorschulalter korreliert (Lupien, King, Meaney & McEwen, 2000).

Die Schwächen des DIPA sollen durch einen revidierten DIPA¹ verbessert werden, der sich unter anderem durch eine Likert-Skala kennzeichnet. So findet sich zum Beispiel bei den Fragen zur PTBS eine Frage zu intrusiven Erinnerungen, welche dann mit 0 (=nie) bis 4 (meiste Zeit, täglich, fast jeden Tag) kodiert werden. Dies erlaubt eine noch differenziertere Beurteilung durch die Eltern. Ein weiterer Vorteil findet sich auch bei den Fragen zur funktionellen Beeinträchtigung, da diese nun auch durch eine Likert-Skala gegliedert werden und die Erziehungsberechtigten eher gewillt sind, eines der Skalen auszuwählen und somit eher eine Diagnose gestellt wird. Dadurch könnten die Ergebnisse weniger verzerrt sein.

Um bessere und genauere Aussagen zur Eignung des DIPA als diagnostisches Instrument machen zu können, sollten folgende Studien zudem noch andere Testgütekriterien einbeziehen. Die Objektivität könnte dadurch überprüft werden indem das DIPA von verschiedenen Interviewern durchgeführt wird, die eventuell unterschiedlich lange auf das DIPA geschult wurden. Interessant wäre dann zu beobachten, ob und inwiefern die Ergebnisse divergieren.

Das Testgütekriterium der Reliabilität könnte durch die Retest Methode erprobt werden, indem die gleichen Interviewer das DIPA zu einem späteren Zeitpunkt wiederholen (ähnlich wie innerhalb der us-amerikanischen Studie).

Trotz der Schwächen sollte weiterhin an diagnostischen Interviews geforscht und bereits bestehende Interviews kontinuierliche verbessert werden, da sie eine hohe Akzeptanz nicht nur durch die Interviewer, sondern auch durch die Patienten genießen (Suppiger, In-Albon, Hendriksen, Hermann, Margraf & Schneider, 2009).

¹ Zum aktuellen Zeitpunkt (22/02/16) ist das revidierte DIPA über Michael Scheeringa (Tulane University) erhältlich.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt erste Ergebnisse der Anwendbarkeit des von Scheeringa und Haslett (2010) entwickelten DIPA an einer Stichprobe in Deutschland.

Ziel dieser Studie ist es gewesen das DIPA als neues, nicht invasives Verfahren zu validieren und mit bereits etablierten Fragebögen, Checklisten und klinischen Diagnosen zu vergleichen.

Es ließen sich vielversprechende Ergebnisse eruieren und Tendenzen anderer internationalen Studien auch hier replizieren. Hierzu zählen vor allem das externalisierende Störungen eher männlichen Teilnehmern, wohingegen internalisierende Störungen eher weiblichen Teilnehmern zugeordnet wurden.

Übereinstimmend mit anderen Studien wurden auch in dieser Studie häufiger externalisierende Störungen vergeben.

Die Ergebnisse der VBV 3-6, CBCL, C-TRF und der PFC mit dem DIPA waren sinnhaft und ließen sich teilweise auch in anderen Studien replizieren.

Im Bezug zur Forschungsfrage ließen sich eine gute Konstrukt- und Kriteriumsvalidität finden. Dennoch sollte nicht vergessen werden, dass ein alleiniges Interview nicht zur Diagnosestellung ausreicht, sondern immer aus der Zusammenschau verschiedener Befunde bestehen sollte. Neben einem Interview sollte eine multimethodale Diagnostik angestrebt werden.

Zusammengefasst sollten in zukünftigen Studien die Limitationen dieser Studie beachtet und verbessert werden, um beispielsweise Aussagen zur externen Validität treffen zu können und mehr Aussagen zu internalisierenden Störungen treffen zu können.

Es wird sich in der aktuellen Validierungsstudie und Folgestudien, die zum Zeitpunkt dieser Arbeit (02/16) noch nicht abgeschlossen waren, zeigen inwieweit mittels neuem DIPA bessere Ergebnisse erzielt werden. Insbesondere, die in diesen Studien erhobenen Prävalenzen sind von großem Interesse, da sie größere eine und randomisierte Kohorte aufweisen.

Die Ergebnisse anderer Länder, die zur Zeit das DIPA validieren (zum Beispiel die Niederlande) und die des revidierten DIPA bleiben abzuwarten.

7 Quellen

7.1 Literaturverzeichnis

- AACAP. (2003). Task force on research diagnostic criteria: infancy and preschool Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (12):1504-12. doi:10.1097/01.chi.0000091504.46853.0a
- Ablow, J. C. & Measelle, J.R. (1993). The Berkeley Puppet Interview. University of California, Berkeley, CA.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6):1275-301.
- Achenbach, M. H., McConaughy, SH, Howell. CT. (1987). Child / adolescent behavioural and emotional problems: Implications of a cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 101 (2): 213-32.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Alfano, C., Smith, V., Reynolds, K., Reddy, R. & Dougherty, L. (2013). The Parent-Child Sleep Interactions Scale (PSIS) for Preschoolers: Factor Structure and Initial Psychometric Properties. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 9 (11):1153-60. doi:10.5664/jcsm.3156
- American Psychiatric Association (1992). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, DSM IV. (Fourth edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (5. Auflage)*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Angold, A. & Costello, E. J. (1995). A test-retest reliability study of child-reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C) *Psychological Medicine* 25 (4):755-62
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment. In A. Angold, M. Prendergast, A. Cox, R. Harrington, E. Simonoff, & M. Rutter, *Psychological Medicine* (S. 739-753). Cambridge: Cambridge University Press.
- Arend, R., Lavigne, J., Rosenbaum, D., Binns, H. & Christoffel K. (1996). Relation Between Taxonomic and Quantitative Diagnostic Systems in Preschool Children: Emphasis on Disruptive Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology* ,25 (4):388-97. doi:10.1207/s15374424jccp2504_4
- Baker, B. L., Heller, T. L. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: Experience of fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, (4):513-32
- Biederman, J., Faraone, S. V., Wozniak, J., Mick, E., Kwon, A., Cayton, G.A. & Claek, S. (2005). Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children

- and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 39, (6):611-22. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.08.003
- Bittner, A., Egger, H., Erkanli, A., Costello, E., Foley, D., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12): 1174-83. DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x
- Black, M., Papas, M., Hussey, J., Dubowitz, H., Kotch, J. & Starr, R. (2002). Behavior Problems among preschool children born to adolescent mothers: effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of clinical child & adolescent psychology*. Volume 31, 16-26
- Black, M., Jukes, M., Willoughby, M. (2017). Behavioural and emotional problems in preschool children. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 4, (2):89-90.doi:10.1016/S2215-0366(17)30005-6
- Blader, J., Carlson, G. A. (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, 62, (2):107-14.doi:10.1016/j.biopsych.2006.11.006
- Blankson, A., O'Brien, M., Leerkes, E., Marcovitch, S., Calkins, S., Weaver, J. (2013). Developmental Dynamics of Emotion and Cognition Processes in Preschoolers. *Child Dev.* 84 (1): 346-60
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M., Warnke, A. (2006). Epidemiologie, Pathogenese und Prävention. In Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M., Warnke, A. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspathologisches Lehrbuch. S:525-49, Schattauer Verlag, Stuttgart,
- Blanz, B. (2015). Angststörungen. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*, S.129ff.Göttingen: Hogrefe.
- Brajsa-Zganec, A., Hanzec, I. (2015). Self-Regulation, Emotion Understanding and Aggressive Behaviour in Preschool boys. *Croatian Journal of Education*, Vol 17, pp 13-24
- Boekamp, J., Williamson, L., Martin, S., Hunter, H., & Anders, T. (2015). Sleep onset and night waking insomnias in preschoolers with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development* 46 (4):622-31.doi:10.1007/s10578-014-0505-z
- Bouvette-Turcot, A., Unternaehrer, E., Gaudreau, H., Lydon, J., Steiner, M. & Meaney, M. (2017). The joint contribution of maternal history of early adversity and adulthood depression to socioeconomic status and potential relevance for offspring development. *Journal of affective disorders Volume 207*, 26-31
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M. & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16 (8):484–94.doi:10.1007/s00787-007-0624-1
- Breuer, U., & Krischer, M. (2015). Posttraumatische Belastungsstörungen. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*, S.254ff.Göttingen: Hogrefe.

- Buckley ME, Klein, D., Durbin, C., Hayden, E., Moerk, K. (2002). Development and validation of a Q-sort procedure to assess temperament and behavior in preschool-age children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31 (4):525-39. doi:10.1207/S15374424JCCP3104_11
- Bufferd, S., Dougherty, L., Carlson, G. & Klein, D. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry Jul-Aug;52(4):359-69*.doi:10.1016/j.comppsy.2010.08.006
- Cai, X., Kaiser, A. & Hancock, T. (2004). Parent and Teacher Agreement on Child Behavior Checklist Items in a Sample of Preschoolers From Low-Income and Predominantly African American Families. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 33 (2): 303-12.doi:10.1207/s15374424jccp3302_12
- Campbell, S., Pierce, E., March, C., Ewing, L., & Szumowski, E. (1994). Hard-to-manage preschool boys: symptomatic behavior across contexts and time. *Child Development* 65, (3):836-51.
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J., Rohde, L. & Frick, P. (2010). Does the Prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* 45, (7):695-704.doi:10.1007/s00127-010-0242-y
- Cantwell, D. & Baker, L. (1988). Issues in the classification of Child and Adolescent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 521-533
- Carter, A., Wagmiller R., Gray, S., McCarthy, K., Horwitz, S. & Briggs-Gowan, M. (2010). Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49 (7):686–98.doi:10.1016/j.jaac.2010.03.018
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2006). *Center on the Developing Child*. Aufgerufen am 05. 12. 2015 von http://www.developingchild.net/pubs/wp/Early_Exposure_Toxic_Substances_Brain_Architecture.pdf
- Chamberlin, R. (1982). Prevention of behavioral problems in young children. *Pediatric Clinics of North America* 29 (2):239-47.
- Chavira, D., Stein, M., Bailey, K., Stein, M. (2004). Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety*. 20(4):155-64.
- Chorozoglou, M., Smith, E., Koerting, J., Thompson, M., Sayal, K., & Sonuga-Barke, E. (2015). Preschool hyperactivity is associated with long-term economic burden: evidence from a longitudinal health economic analysis of costs incurred across childhood, adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9): 966-75. DOI:10.1111/jcpp.12437
- Cohen, J., & Scheeringa, M. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 11(1):91-99.

- Connell, A. M., Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers vs. mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, (5):746-73
- Copeland, W., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry* 64 (5):577-84.doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Costello, E., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10): 972-86. DOI:10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f
- Costello, E., & Maughan, B. (2015). Annual research review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3):324-41.DOI:10.1111/jcpp.12371
- Danforth, J., DuPaul, G. (1996). Interrater reliability of teacher rating scales for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*; 18; 227-37
- Daseking, M., Petermann, F., Tischler, T., Waldmann, H-C. (2015). Smoking during Pregnancy is a Risk Factor for Executive Function Deficits in Preschool-aged Children. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 75 (1).64-71 doi:10.1055/s-0034-1383419
- Denham, S., Bassett, H., Way, E., Mincic, M., Zinsser, K.,Graling, K. (2012). Preschoolers' emotion knowledge:Self-regulatory foundations, and predictions of early school success. *Cogn Emot*; 26 (4): 667-79
- Denner, S. & Schmeck, K. (2005). Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Vorschulalter. Ergebnisse einer Untersuchung von Dortmunder Kindergartenkindern mit dem Erzieherfragebogen C-TRF 1,5-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, pp. 307-17
- DeYoung, A., Kenardy, J., & Cobham, V. (2011). Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 40 (3):375-84.doi:10.1080/15374416.2011.563474
- DeYoung, A., Kenardy, J., Cobham, V., & Kimble, R. (2012). Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53 (1): 56-63.doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02431.x.
- DeYoung, A., Hendrikz, J., Kenardy, J., Cobham, V., & Kimble, R. (2014). Prospective evaluation of parent distress following pediatric burns and identification of risk factors for young child and parent posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 24(1)doi:10.1089/cap.2013.0066
- Domènech-Llaberia E1, Viñas F, Pla E, Jané MC, Mitjavila M, Corbella T, Canals J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 18, (10):597-604.doi:10.1007/s00787-009-0019-6

- Donohue, J.M., Cevasco, M., Rosenthal, M. B. (2007). A decade of direct-to-consumer advertising of prescription drugs. *New England Journal of Medicine*, 357:673-81. doi:10.1056/NEJMsa070502
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T., & Schmidt, M. (1993). *Manual VBV 3-6 Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder*. (R. S. Jäger, & F. Petermann, Hrsg.) Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogrefe Verlag
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2008). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (2. Überarbeitete Auflage). Göttingen, Hogrefe
- Earls, F. (1982). Cultural and national differences in the epidemiology of behavior problems of preschool children. *Cult Med Psych* 6 (1):45-56. doi:10.1007/BF00049470
- Egger, H. & Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R. Delcarmen-Wiggens, & A. Carter (Hrsg), *A Handbook of Infant and Toddler Mental Health Assessment* (pp.223-43) New York: Oxford University Press.
- Egger, H., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4): 313-37. DOI:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
- Else-Quest, N., Hyde, J., Goldsmith, H., Van Hulle, C. (2006) Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, Vol 132(1):33-72. doi:10.1037/0033-2909.132.1.33
- Elting, P. (2003). Überprüfung der psychometrischen Parameter von CBCL 1 ½ - 5 und C-TRF an einer deutschen Stichprobe. Dissertation. Goethe Universität Frankfurt am Main.
- Erol, N., Simsek, Z., Oner, O. & Munir, K. (2005). Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44: 80-87
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46,105-24
- Essex, M., Klein, M., Miech, R. & Smider, N. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *The British Journal of Psychiatry*. pp 151-56
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Domenech, J., Navarro, J., Losilla, J., Júdez, J. (1997). Diagnostic Agreement between Clinicians and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-DICA-R-in an Outpatient Sample. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38 (4):431-40

- Ezpeleta, L., de la Osa, N. & Doménech, J.M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49 (1):145-55. doi:10.1007/s00127-013-0683-1
- Fegert, J., Eggers, C., Resch, F. (2012). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage, Springer Verlag Heidelberg
- Fegert, J. M., & Kölch, M. (2013). 14.1 Depressive Erkrankungen bei Minderjährigen. In J. M. Fegert, & M. Kölch, *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (2. Ausg., S. 197). Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. & Wöller, W. (2011). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma&Gewalt* 3.
- Flegr, J. (2013). Influence of latent Toxoplasma infection on human personality, physiology and morphology: pros and cons of the Toxoplasma-human model in studying the manipulation hypothesis. *Journal of Experimental Biology*, 216,(Pt 1):127-33 doi:10.1242/jeb.073635
- Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 42 (10):1203-11.Doi:10.1097/00004583-200310000-00011
- Franiek, S. & Reichle, B. (2007). Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16:240-49.doi:10.1026/0942-5403.16.4.240
- Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, EJ, Towe-Goodman, N. & Egger, H. (2013). Preschool Anxiety Disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52 (12):1294-303.doi:10.1016/j.jaac.2013.09.008
- Fuhrmann, P., Schreiner-Zink, S., von Gontard, A. (2008). Störungen der Ausscheidung: Einnässen und Einkoten. In: Petermann F., Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie 6. Vollständig überarbeitete Auflage Hogrefe, Göttingen, pp 239-253
- Fuhrmann, P. (2011). Depression bei Vorschulkindern - eine epidemiologische Studie. *Dissertation*, Universitätsklinikum des Saarlandes
- Furniss, T., Beyer T. & Guggenmos, J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: baseline results of a prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41:394-99
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Delbello, M.P., Bolhofner, K., Craney, J.L., Frazier, J. Beringer, L., Nickelsburg, M. J. (2002). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 12, (1):11-25.doi:10.1089/10445460252943533
- Gigengack, M., van Meijel, E., Alisic, E., Lindauer, R. (2015). Comparing three diagnostic algorithms of posttraumatic stress in young children exposed to accidental trauma: an

- exploratory study. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health* 9 (14).doi:10.1186/s13034-015-0046-7
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. & Buka, S. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal of epidemiol* 31: 359-67
- Gimpel, G. & Kuhn, B. (2000). Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child Care Health Development* 26 (3):163–79
- Gleason, M., Zeanah, C., & Dickstein, S. (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Development and preliminary validity of the Early Childhood Screening Assessment. *Infant Mental Health Journal* 31, (3):335-357.doi:10.1002/imhj.20259
- Gleason, M., Zamfirescu, A., Egger, H., Nelson 3rd, C., Fox, N. & Zeanah, C. (2011). Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (10):527-35 doi:10.1007/s00787-011-0214-0
- Graetz, B., Sawyer, M., Hazell, P., Arney, F. & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:1410–17
- Grohol, J. (2016). Symptoms of childhood bipolar disorder. *Psychology Central*. Retrieved on May 20,2017 from <https://psychcentral.com/lib/symptoms-of-childhood-bipolar-disorder/>
- Guedeney, A. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal, Volume 28*, (4):393-408
- Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. (2001). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 1: Psychosoziale Risikofaktoren. *Psychotherapeut*, 46(5): 343-47. doi:10.1007/PL00006733
- Hahlweg, K. (2001). Bevor das Kind in den Brunnen fällt: Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In W. Deutsch & M. Wenglorz (Hrsg.), *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*, S. 189-241.
- Hay, D., Pawlby, S., Sharp, D., Schmücker, G., Mills, A., Allen, H. & Kumar, R. (1999). Parent Judgement about young children's problems: Why mothers and father might disagree yet still predict later outcomes. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40,(8): 1249-58.doi:10.1111/1469-7610.00541
- Herren, C. & Schneider, S. (2009). Störung mit Trennungsnagst. In: Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie, 3. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen, pp 51-66

- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, pp 307-24
- Hinshaw, S., Han, S., Erhardt, D. & Huber, A. (1992). Internalizing and Externalizing Behavior Problems in Preschool Children: Correspondence Among Parent and Teacher Ratings and Behavior Observations. *Journal of clinical child psychology* 21(2):143-50.
- Hölling, H., Kurth, B., Rothenberger, A., Becker, A. & Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 17 (1):34-41.doi:10.1007/s00787-008-1004-1
- Hoffmann, S. & Hochapfel, F. (2004). Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin: Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie. 7. Auflage. Schattauer Verlag
- Holtmann, M., Goth, K., Wockel, L., Poustka, F., & Bolte, S. (2008a). CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: severe ADHD or bipolar disorder? *Journal of Neurological Transmission* 115 (2):155-61.doi:10.1007/s00702-007-0823-4
- Holtmann, M., Poustka, F., Duketis, F., Bölte, S. (2008b). Pediatric bipolar disorder in Germany: National trends in the rates of inpatients, 2000-2005. 8th International Review of Bipolar Disorders (IRBD). Kopenhagen, Book of Abstracts, p. 45
- Holtmann, M. (2015). Affektive Störungen: Depression und bipolare Störung. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner, & H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 112). Göttingen: Hogrefe Verlag.S.111ff.
- Holtmann, M., Steiner, H., Poustka, F., & Lehmkuhl, G. (2015). Theoretische und klinische Grundlagen und pathogenetische Modelle. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner, & H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 16). Göttingen: Hogrefe.S.3ff.
- Hopf, H.(2012): Mich beunruhigen die unruhigen Jungen. In: Hurrelmann, K., Schultz, T. (Hrsg.):Jungen als Bildungsverlierer. Brauchen wir eine Männerquote in Kitas und Schulen Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Hopf, H. (2017): Aggression in psychodynamischen Therapien mit Kindern und Jugendlichen Mabuse Verlag, Frankfurt
- Horwitz, S., Kelleher, K., Stein, R., Storfer-Isser, A., Youngstrom, E., Park, E., Heneghan, A., Jensen, P., O'Connor, K., Hoagwood, K. (2007). Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics* 119 (1):208-18.doi:10.1542/peds.2005-1997
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* , 53(4):159-69. DOI: 10.1026//0033-3042.53.4.159

- Jensen, P. S., Salzberg, A. D., Richters, J.E., & Watanabe, H. K. (1993). Scales, diagnoses, and child psychopathology: CBCL and DISC Relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 397-406
- Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (4):487-92
- Kariuki, S., Abubakar, A., Kombe, M., Kazungu, M., Odhiambo, R., Stein, A. & Newton, C. (2017). Burden, risk factors, and comorbidities of behavioural and emotional problems in Kenyan children: a population-based study. *The Lancet Psychiatry* 4,(2), 136-45.doi:10.1016/S2215-0366(16)30403-5
- Keenan, K., Shaw, D., Walsh, B., Delliquadri, E., Giovannelli, J. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 36 (5):620-7.doi:10.1097/00004583-199705000-00012
- Keenan, K., & Wakschlag, L. (2000). More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28 (1):33-46.
- Keenan, K., & Wakschlag, L. (2004). Are oppositional defiant and conduct disorder symptoms normative behaviors in preschoolers? A comparison of referred and nonreferred children. *The American Journal of Psychiatry* 161, (2):356-8. doi:10.1176/appi.ajp.161.2.356
- Kim-Cohen, J., Arseneault, L., Caspi, A., Tomás, M., Taylor, A., Moffitt, T. (2005). Validity of DSM-IV Conduct Disorder in 4 ½ - 5 Year-old Children: A longitudinal Epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry Vol* 162, (6): 1108-17
- Kirsch, V., & Izat, Y. (2013). Kapitel 16- Reaktionen auf schwere Belastungen. In Fegert, & Kölch, *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (2. Ausg., S. 240). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Knapp, P., Ammen, S., Arstein-Kerlake, C., Poulsen, M., Mastergeorge, A. (2007). Feasibility of expanding services for very young children in the public mental health setting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46 (2):152-61. DOI:10.1097/01.chi.0000246058.68544.35
- Köckeritz, M., Klinikhammer, J., von Salisch, M. (2010). Die Entwicklung des Emotionswissens und der behavioralen Selbstregulation bei Vorschulkindern mit und ohne Migrationshintergrund. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, pp 529-544
- Koglin, U., Petermann, F., Jascenoka, J., Petermann, U., Kullik, A. (2013). Emotionsregulation und aggressives Verhalten im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 22, pp 155-164, Hogrefe Verlag
- Korsch, F., Petermann, F. (2014) Agreement Between Parents and Teachers on Preschool Children's Behavior in a Clinical Sample with Externalizing Behavioral Problems. *Child Psychiatry & Human Development* 45:5, 617-27.
- Kowalewski, C. (2009). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Vergleichende Analyse zur Diagno-

senverteilung im Klientel kinder-und jugendpsychiatrischer Praxen in Deutschland.
Dissertation Universitätsklinikum Marburg

- Kraenz, S., Fricke, L., Wiater, A., Mitschke, A., Breuer, U. & Lehmkuhl, G. (2004). Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2727>
- Kuschel, A. (2001). Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkindern. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität Braunschweig.
- Kuschel, A., Lübke, A., Köppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K., & Sanders, M. (2004). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*(32): 97-106.doi:10.1024/1422-4917.32.2.97
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S. & Hahlweg, K. (2007). Wie gut stimmen Eltern und Erzieherinnen in der Beurteilung von Verhaltensproblemen bei Kindergartenkindern überein? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35:51-58.doi:10.1024/1422-4917.35.1.51
- Lahey, B., Pelham, W., Loney, J., Lee, S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school . *Archives of General Psychiatry* 62,(8):896-902.doi:10.1001/archpsyc.62.8.896
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 29: 260-70.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikostudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (4):246-62. doi:10.1026//0084-5345.29.4.246
- Laucht, M. (2008). Störung des Kleinkind- und Vorschulalters. In: Esser G., Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage Thieme, Stuttgart, pp 126-142
- Lavigne, J., Binns, H., Christoffel, K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K., Hayford, J., McGuire, P. (1993). Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. Pediatric Practice Research Group. *Pediatrics* 91 (3):649-55.
- Lavigne, J., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Christoffel, K., & Gibbons, R. (1998a). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37,(12):1246-54.
- Lavigne, JV, Lebailly, SA, Hopkins, J., Gouze, KR, Binns, HJ (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3):315-28 doi:10.1080/15374410902851382

- Lehmkuhl, G., Wiater, A., Mitschke, A. & Fricke-Oerkermann, L. (2008). Schlafstörungen im Einschulalter-Ursachen und Auswirkungen. *Deutsches Ärzteblatt* 105(47): 809–14
DOI: 10.3238/arztebl.2008.0809
- Levitt, P. (2003). Structural and functional maturation of the developing primate brain. *Journal of Pediatrics*, 143 (4): 35-45.doi:10.1067/S0022-3476(03)00400-1
- López-Villalobos, J., Andrés-De Llano, J., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A., Martínez-Rivera, M., Alberola-López, S., Sánchez-Azón, M. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista Psiquiatría y Salud Mental* 7 (2):80-7. Doi:10.1016/j.rpsm.2013.07.002
- Loth, A., Drabick, D., Leibenluft, E., & Hulvershorn, L. (2014). Do childhood externalising disorders predict adult depression? A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(7):1103-13.doi:10.1007/s10802-014-9867-8
- Luby, J., Heffelfinger, A., Koenig-McNaught, A., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004). The Preschool Feelings Checklist: a brief and sensitive screening measure for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (6):708-17.doi:10.1097/01.chi.0000121066.29744.08
- Luby, J. (2007a). Guest editorial: Psychopharmacology of Psychiatric Disorders in Preschool Period. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(2): 149-51. DOI:10.1089/cap.2007.1711.
- Luby, J., Belden, A., Sullivan, J., Spitznagel, E. (2007b). Preschoolers' Contribution to their Diagnosis of Depression and Anxiety: Uses and Limitations of Young Child Self-Report of Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*, 38(4):321-38.
- Luby, J., Xuemei, S., Belden, A., Tandon, M., Spitznagel, E. (2009). Preschool Depression. Homotypic Continuity and Course over 24 months. *Archives of Genetiv Psychiatry*, 66(8): 897-905
- Lupien, S.; King, S.; Meaney, M. & McEwen, B. (2000). Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry Volume 48*, (10):976-80
- Macfie, J.; Kurdziel, G.; Mahan, R. & Kors, S. (2017). A Mother's Borderline Personality Disorder and Her Sensitivity, Autonomy Support, Hostility, Fearful/Disoriented Behavior, and Role Reversal With Her Young Child. *Journal of Personality Disorders*. e-View Ahead of Print. doi: 10.1521/pedi_2017_31_275
- Marshall, R., Olfson, M., Hellmann, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry* 158, (9):1467-73.doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1467
- Mathiesen, K., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28 (1):15-31.doi:10.1023/A:1005165916906
- Matijasevich, A., Murray, E., Stein, A., Anselmi, L., Menezes, A., Santos, I., Victora, C. (2014). Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993

- and 2004 Pelotas birth cohorts. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, (55), pp. 1125-34. Doi:10.1111/jcpp.12236
- McDonnell, M., & Glod, C. (2003). Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 16 (4):141-52.
- Meinzer, M., Petit, J., Waxmonsky, J., Gnagy, E., Molina, B., & Pelham, W. (2016). Does childhood ADHD predict levels of depressive symptoms during emerging adulthood? *Journal of Abnormal Child Psychology* 44, (4):787-97.doi:10.1007/s10802-015-0065-0
- Meyer, T., Koßmann-Böhm, S., Schlottke, P. (2004). Do child psychiatrists in Germany diagnose bipolar disorders in children and adolescents? Results from a survey. *Bipolar disorders* 6, (5):426-31.doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00131.x
- Möhler, E. (2015). Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner, & H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe.S.297
- Moore, M., Allison, D. & Rosen, C. (2006). A review of pediatric nonrespiratory sleep disorders. *Chest* 130 (4):1252–62
- National Scientific Council on the Developing Child. (2007). The Timing and Quality of Early Experiences combine to shape brain architecture: Working Paper No. 5. *Center of the developing child-Harvard University*. (Harvard University, Hrsg.) Verfügbar unter: <http://developingchild.harvard.edu/resources/the-timing-and-quality-of-early-experiences-combine-to-shape-brain-architecture/> (05.12.2015)
- Niemczyk, J., Equit, M., Braun-Bither, K., Klein, A., von Gontard, A. (2015). Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry* 24 (7):837-43 doi:10.1007/s00787-014-0628-6
- Paterson, J., Carter, S., Gao, W. & Perese, L. (2007). Pacific Islands Families Study: behavioral problems among two-year-old Pacific children living in New Zealand. 48, (5):514-22.doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01716.x
- Perlis, R., Miyahara, S., Marangell, L., Wisniewski, S., Ostacher, M., DelBello, M., Bowden, C., Sachs, G. & Nierenberg, A. (2004). Long-Term implications of Early Onset in bipolar Disorder: Data from the First 1000 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for bipolar Disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55: (9):875-81.doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.022
- Petermann, U., Reinartz, H., Petermann, F. (2002). IDL 0-2: Ein Explorationsbogen zur Identifikation differentieller Lernwege in der Sozialentwicklung. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50 (4): 427-57
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine kritische Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung* 14:48–57 doi:10.1026/0942-5403.14.1.48

- Petermann, U. & Petermann, F. (2007). Aggressives Verhalten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155 (10): 928-36. Doi:10.1007/s00112-007-1597-3
- Polanczyk, G., De Lima, M., Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, (6):942-8. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.942
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56:3, pp 345-365, doi:10.1111/jcpp.12381
- Pourhossein R, Habibi M, Ashoori A, Ghanbari N, Riahi Y, Ghodrati S. (2015) Prevalence of behavioral disorders among preschool children. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 17(5): 234-39.
- Rapee, B., Barrett, P., Dadds, M. & Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R Childhood Anxiety Disorders using structured interview: Interrater and Parent-Child Agreement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, S. 984-92.
- Remschmidt, H., Schulte-Markwort, E., Dilling, H., Mombour, W. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F.) Klinisch-Diagnostische Leitlinien
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. Hogrefe.
- Renner, G., Zenglein, C. & Krampen, G. (2004). Zur Reliabilität und Validität der Elternfassung des „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder“ (VBV-EL 3-6) in der klinischen Anwendungspraxis. *Diagnostica* 50:78-87. doi:10.1026/0012-1924.50.2.78
- Repetti, R., Taylor, S., Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, Vol 128 (2):330-66
- Rettew, D., Lynch, A., Achenbach, T., Dumenci, L. & Ivanova, M. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 18 (3):169-84. doi:10.1002/mpr.289
- Rice, D., & Barone, S. J. (2000). Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: evidence from humans and animal models. *Environmental Health Perspectives*, 108(3): 511-33.
- Richardson, M., Grant-Knight, W., Beeghly, M., Rose-Jacobs, R., Chen, C., Appugliese, D., Cabral, H., Liebschutz, J., Frank, D. (2016). Psychological Distress Among School-Aged children with and without intrauterine cocaine exposure: Perinatal versus contextual Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 44 (3):547-60. doi:10.1007/s10802-015-0052-5

- Richman, N. (1981). A Community Survey of Characteristics of One- to Two-Year-Olds with Sleep Disruptions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 20 (2):281-91doi:10.1016/S0002-7138(09)60989-4
- Ridout, K., Parade, S., Seifer, R., Price, L., Gelernter, J., Feliz, P. & Tyrka, A.. (2014). IL1B Gene Variation and Internalizing Symptoms in Maltreated Preschoolers. *Development and Psychopathology* 26 (4 Pt 2):1277-87.doi:10.1017/S0954579414001023
- Ringoot, A., Jansen, P., Rijlaarsdam, J., So, P., Jaddoe, V., Verhulst, F. & Tiemeier, H.(2017) Self – reported problem behavior in young children with and without a DSM-disorder in the general population. *European Psychiatry*, Vol. 40, February 2017, pp 110-15
- Robinson, M., Oddy, W., Li, J., Kendall, G., de Klerk, N., Silburn, S., Zubrick, S., Newnham, J., Stanley, F., Mattes, E. (2008). Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10):1118-28.doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01955.x
- Sabatini, M., Ebert, P., Lewis, D., Levitt, P., Cameron, J., & Mirnics, K. (2007). Amygdala gene expression correlates of social behavior in monkeys experiencing maternal separation. *Journal of Neuroscience*, 27, (12): 3295-304.doi:10.1523/JNEUROSCI.4765-06.2007
- Salloum, A., Scheeringa, M., Cohen, J., & Storch, E. (2015). Responder status criterion for stepped care trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *Child and Youth Care Forum* 44 (1):59-78.doi:10.1007/s10566-014-9270-1
- Samarakkody, D., Fernando, D., McClure, R., Perera, H., De Silva, H. (2012). Prevalence of externalizing behavior problems in Sri Lankan preschool children: birth, childhood, and sociodemographic risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47 (5):757-62.doi:10.1007/s00127-011-0377-5
- Sameroff, A. J. , Seifer, R. , Baldwin, A. & Baldwin, C. (1993).Stability of intelligence from pre-school to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development* , 64 , 80–97.
- Santos, L., Queirós, F., Barreto, M., Santos, D. (2016). Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the City of Salvador, state of Bahia, Brazil *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol. 38 (1):46-52.doi:10.1590/1516-4446-2014-1596
- Satake, H., Yoshida, K., Yamashita, H., Kinukawa, N. & Takagishi, T. (2003). Agreement between parents and teachers on behavioral/emotional problems in Japanese school children using the Child Behavior Checklist. *Child Psychiatry and Human Development*, 34 (2):111–26.
- Scheeringa, M., Zeanah, C., Myers, L. & Putnam, F. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, (5):561-70.doi:10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14
- Scheeringa, M., Zeanah, C., Myers, L., & Putnam, F. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American*

- Scheeringa, M. (2010). *DIPA Manual (Version 8/18/10)*. (T. U.-C. Pschiatry, Hrsg.) New Orleans.
- Scheeringa, M., & Haslett, N. (2010). The Reliability and Criterion Validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A New Diagnostik Instrument for Young Children. *Child Psychiatry and Human Development* 41 (3):299-312.[doi:10.1007/s10578-009-0169-2](https://doi.org/10.1007/s10578-009-0169-2)
- Schirmer, B. (2015). Herausforderndes Verhalten in der KiTa. 2., unveränderte Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
- Schneider, S. & Blatter, K. (2009). Trennungsangst. Veröffentlicht in: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Störungen im Kindes – und Jugendalter. Schneider & Magraf (ed) pp 481-501
- Schulte-Körne, G., & Braun-Scharm, H. (2015). Kapitel 18 Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & A. Deister (Hrsg.), *Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. Auflage). (S.436 ff) Stuttgart: Thieme.
- Scott, G. & Richards, M. (1990). Night waking in 1-year-old children in England. *Child: Care, health and development* 16 (5):283-302.[doi:10.1111/j.1365-2214.1990.tb00662.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1990.tb00662.x)
- Shafraan, N., Shahar, G., Berant, E., & Gilboa-Schechtman, E. (2016). Representations of Self and Parents, and Relationship Themes, in Adolescents with PTSD. *Journal of Abnormal Child Psychology* 44 (5):887-99.[doi:10.1007/s10802-015-0100-1](https://doi.org/10.1007/s10802-015-0100-1)
- Shala, M. & Dharmo, M. (2013). Prevalence of Behavioural and Emotional Problems among Two to Five Years Old Kosovar Preschool Children-Parent's Report. *Psychology*, 4, (12):1008-13.[doi:10.4236/psych.2013.412146](https://doi.org/10.4236/psych.2013.412146)
- Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Small, J. W., Seeley, J. R. & Altman, S. E. (2009). Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: A 15 year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, (12):1485-94.[doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02117.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02117.x)
- Shirk, J., & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology* 9:251-68.[doi:10.1017/S0954579400004946](https://doi.org/10.1017/S0954579400004946)
- Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology*, 4:10.3402/ejpt.v4i0.21357
- Sinzig, J. & Schmidt, M. (2007). Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 155: 915. [doi:10.1007/s00112-007-1603-9](https://doi.org/10.1007/s00112-007-1603-9)
- Skounti, M., Philalithis, A. & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics Volume* 166, (2):117-23.[Doi:10.1007/s00431-006-0299-5](https://doi.org/10.1007/s00431-006-0299-5)
- Skovgaard, A., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., CCC 2000 Study Team, Olsen, E., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., Lichtenberg, A. (2007).

- The Prevalence of mental health problems in children 1 (1/2) years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 48 (1):62-70.doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x
- Spritz, B., Sandberg, E., Maher, E. & Zajdel, R. (2010). Models of emotion skills and social competence in the head start classroom. *Early education and development*, 21:4, 495-516
- Stanger, L. & Lewis (1993). Agreement Among Parents, Teachers, and Children on Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Clinical Child Psychology* 22 (1):107-16.doi:10.1207/s15374424jccp2201_11
- Steinhausen, H-C. (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 7. Auflage München: Urban & Fischer, S:171
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. & Wichstrom, L. (2013). Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *Journal of Developmental & Behaviour Pediatrics*34(9):633-41.doi:10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49
- Suhr-Dachs, L., Petermann, U. (2013). Trennungsangst. In: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Herausgegeben von Franz Petermann, 7. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe Verlag, pp.353-68
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J. & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy*, 40 (3):272-79. doi:10.1016/j.beth.2008.07.002
- Tang, A., Akers, K., Reeb, B., Romeo, R., & McEwen, B. (2006). Programming social, cognitive and neuroendocrine development by early exposure to novelty. (N. A. Sciences, Hrsg.) *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103 (42): 15716-21.doi:10.1073/pnas.0607374103
- Tröster, H. & Reinecke, D. (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. Ergebnisse einer Erhebung in Kindergärten eines Landkreises *Kindheit und Entwicklung*, 16, 171-79
- Ursache, A., Merz, E., Melvin, S., Meyer, J. & Noble, K. (2017). Socioeconomic status, hair cortisol and internalizing symptoms in parents and children. *Psychoneuroendocrinology* Volume 78:142-50
- Van Meter, A., Moreira, A. & Youngstrom, E. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9):1250-56
- Verhulst, F. & Akkerhuis, G. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30 (1):123– 36
- Völkl-Kernstock, S., Stadler, C. und Steiner, H. (2015). Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner, &

- H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: H Hogrefe.S.308ff.
- von Gontard, A., Lehmkuhl, G. (2009). Enuresis. In: Döpfner M, Lehmkuhl G, Petermann, F. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 4.2, überarbeitete Aufl. Hogrefe Göttingen
- von Gontard, A. (2010). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer .
- von Klitzing, K., Doehnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. *Dtsch Ärztebl Int* 2015, 112: 375-86. DOI:10.3238/arztebl.2015.0375
- von Kries, R., Kalies, H., Papousek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 160 (5):508-11.doi:10.1001/archpedi.160.5.508
- von Salisch, M., Hänel, M. & Denham, S. (2015). Emotionswissen, exekutive Funktionen und Veränderungen bei Aufmerksamkeitsproblemen von Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*,24, pp. 78-85
- Weaver, I., Cervoni, N., Champagne, F., D'Alessio, A., Sharma, S., Seckl, J., Dymov, S., Szyf, M. & Meaney, M. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 7, 847-54.doi:10.1038/nn1276
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T., Angold, A., Egger, H., Solheim, E., & Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,53, (6): 695-705. Doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x.
- Williams, H. & Carmichael, A. (1985). Depression in mothers in a multi-ethnic urban industrial municipality in Melbourne. Aetiological factors and effects on infants and preschool children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Volume 26, (2): 277-88
- Witthöft, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2010). Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 19, pp. 218-227
- Winsler, A. Wallace, G. (2002). Behavior Problems and Social Skills in Preschool Children: Parent- Teacher Agreement and Relations with Classroom Observations. *Early Education and Development* Vol.13 (1):41-58.doi:10.1207/s15566935eed1301_3
- Wlodarczyk, O.; Pawils, S.; Metzner, F.; Levente, K.; Wendt, C.; Klasen, F.; Ravens-Sieberer, U. (2016). Mental Health Problems Among Preschoolers in Germany: Results of the BELLA Preschool Study. *Child Psychiatry Human Development* Volume 47, Issue 4: 529-38
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M. A., & Worley, K. A. (2004). Assessing the Impact of Parent and Teacher Agreement on Diagnosing Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 25 (1):41-7

- Wu, Y., Chen, W. & Hsieh, W. (2012). Maternal-reported behavioral and emotional problems in Taiwanese preschool children. *Research in Development Disability*, 33:866-73
- Wurmser, H., Laubereau, B., Hermann, M., Papousek, M., & Kries, R. (2001). Excessive infant crying: often not confined to the first three months of age. *Early Human Development* 64 (1):1-6.
- Youngstrom, E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68,(6):1038-50
- Zach, A.; Meyer, N.; Hendrowarsito, L.; Kolb, S.; Bolte, G.; Nennstiel-Ratzel, U.; Stilianakis, N.; Herr, C. (2016). Association of socio-demographic and environmental factors with the mental health status among preschool children - Results from a cross – sectional study in Bavaria, Germany. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, Volume 219, (4):458-67. doi:10.1016/j.ijheh.2016.04.012
- Zero to three. (2005). DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental Disorders of infancy and early childhood. Washington, D.C.: Zero to three Press.
- Zero to three. (2016). DC:0-5TM: Diagnostic classification of mental health and developmental Disorders of infancy and early childhood. Washington, D.C.

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung von PAPA und DIPA (Scheeringa & Haslett, 2010)	20
Tabelle 2: Studienkollektiv der US-amerikanischen Validierungsstudie (basierend auf Scheeringa & Haslett, 2010)	22
Tabelle 3: Retest-Reliabilität der US-amerikanischen Validierungsstudie (Scheeringa & Haslett, 2010)	23
Tabelle 4: Reliabilitäten der US-amerikanischen Validierung (Scheeringa & Haslett, 2010)	24
Tabelle 5: Pearson Korrelationen der US-amerikanischen DIPA Studie I (Scheeringa & Haslett, 2010)	25
Tabelle 6: Pearson Korrelationen der US amerikanischen Studie II (Scheeringa & Haslett, 2010)	25
Tabelle 7: Leitlinien der ICD-10 und DSM-5 Kriterien zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsstörung (modifiziert nach Schulte-Körne & Braun-Scharm, 2015) .	31
Tabelle 8: Diagnosekriterien der PTBS für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa, Zeanah & Myers, 2003)	37
Tabelle 9: Aufbau des DIPA	43
Tabelle 10: Aufbau der CBCL 1 ½ -5	46
Tabelle 11: Aufbau des VBV-EL 3-6 und VBV-ER 3-6	48
Tabelle 12: Aufbau des VBV-ER 3-6	49
Tabelle 13: Teilnehmerquoten	53
Tabelle 14: Bildungsstruktur der teilnehmenden Eltern	54
Tabelle 15: Bildungsstruktur der teilnehmenden Erzieherinnen	54
Tabelle 16: Diagnosen, die mittels DIPA vergeben wurden	55
Tabelle 17: Ergebnisse der CBCL 1 ½ -5	56
Tabelle 18: Geschlechtsverteilung der CBCL 1 ½ - 5 Skalen	56
Tabelle 19: Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5¹	57
Tabelle 20: Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5²	58
Tabelle 21: Korrelationen der DIPA-Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störungen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5³	58
Tabelle 22: Ergebnisse der deskriptiven Statistik der C-TRF 1 ½ -5	59
Tabelle 23: Geschlechtsverteilung der C-TRF 1 ½ - 5 Skalen	59
Tabelle 24: Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5⁴	60
Tabelle 25: Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5⁵	60

Tabelle 26: Korrelationen zwischen den Diagnosen des DIPA dem Punktwert der Preschool Feeling Checkliste der Eltern und der Erzieher	62
Tabelle 27: Ergebnisse der VBV 3-6 Skalen der Eltern und der Erzieher.....	63
Tabelle 28: Geschlechterverteilung der Skalen der VBV 3-6 der Eltern und der Erzieher..	64
Tabelle 29: Signifikante Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der VBV 3-6 der Eltern ⁹.....	65
Tabelle 30: Signifikante Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den Skalen der VBV 3-6 der Eltern ¹⁰.....	65
Tabelle 31: Korrelationen der DIPA-Diagnose bipolare Störung mit dem VBV 3-6 der Eltern ¹¹	66
Tabelle 32: Signifikante Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit dem VBV 3-6 der Erzieherinnen ¹².....	66
Tabelle 33: Signifikante Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit dem VBV 3-6 der Erzieherinnen ¹³.....	67
Tabelle 34: Vergebene klinische Diagnosen	68
Tabelle 35: Korrelation der externalisierenden DIPA-Diagnosen mit den klinischen Diagnosen ¹⁷.....	69
Tabelle 36: Korrelation der internalisierenden DIPA-Diagnosen mit den erhobenen.....	70
Tabelle 37: Korrelation der DIPA-Diagnosen „bipolare,- Schlaf- und Bindungsstörung“ mit den klinischen Diagnosen ¹⁹.....	71
Tabelle 38: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (externalisierende Störungsbil- der) CBCL ½ 5.....	196
Tabelle 39: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (internalisierende Störungsbilder) – CBCL 1 ½ - 5.....	197
Tabelle 40: Vollständige Korrelationen der DIPA-Diagnosen Schlaf-, Bindungs-, und bipolare Störungen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5	198
Tabelle 41: Vollständige Übersicht der Korrelationen der externalisierenden Diagnosen des DIPA-und dem VBV 3-6 der Eltern.....	199
Tabelle 42: Vollständige Übersicht der Korrelationen der internalisierenden Diagnosen des DIPA mit der VBV 3-6 der Eltern	199
Tabelle 43: Vollständige Übersicht der Korrelationen zwischen den DIPA Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störung mit dem VBV 3-6 der Eltern	200
Tabelle 44: Vollständige Übersicht der Korrelationen der externalisierenden DIPA Diagnosen und den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5	201
Tabelle 45: Vollständige Übersicht der Korrelationen der internalisierenden DIPA Diagnosen und den Skalen der C-TRF 1 ½ - 5	202
Tabelle 46: Vollständige Übersicht der Korrelationen der DIPA-Diagnosen Schlaf-, Bin- dungs- und bipolare Störung mit den Skalen der C-TRF 1 ½ -5	203

Tabelle 47: Vollständige Übersicht der Korrelationen zwischen den externalisierenden Diagnosen des DIPA und dem VBV 3-6 der Erzieher	203
Tabelle 48: Vollständige Übersicht der Korrelationen der internalisierenden Diagnosen des DIPA mit den VBV 3-6 Skalen der Erzieherinnen.....	204
Tabelle 49: Vollständige Übersicht der Korrelationen der Diagnosen Schlaf-, Bindungs und bipolare Störung des DIPA mit den VBV 3-6 Skalen der Erzieherinnen.....	204
Tabelle 50: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (externalisierende Störungen)- klinische Diagnosen.....	205
Tabelle 51: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (internalisierende Störungen)- klinische Diagnosen.....	206
Tabelle 52: Vollständige Übersicht der Korrelationen der klinischen Diagnosen mit den Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störung des DIPA	207

8 Anhang

8.1 DIPA

DIPA

Einleitung:
„Dieses Interview kann eine halbe Stunde, eine Stunde oder sogar länger dauern – abhängig davon, wie viel es zu besprechen gibt. Ich werde Ihnen eine Reihe von Fragen stellen zu den Gefühlen und dem Verhalten Ihres Kindes.“

Traumatische Lebensereignisse

Um zu zutreffen, muss ein Ereignis zu einer schwerwiegenden Verletzung oder der Möglichkeit einer solchen Verletzung des Kindes – oder einer Bezugsperson (was das Kind miteinbezieht) - geführt haben.

0 = nicht vorhanden
 1 = vorhanden
 Häufigkeit = Zahl der Ereignisse im gesamten Leben

	Nicht vor-handen	vor-handen	Datum des ersten Ereignisses	Häufigkeit	Datum des letzten Ereignisses
P1. Unfall mit Auto, Flugzeug oder Schiff	0	1			
P2. Angriff durch ein Tier	0	1			
P3. Durch Menschen verursachte Katastrophen (Feuer, Kriege, usw.)	0	1			
P4. Naturkatastrophen (Hurrikane, Sturmkatastrophen, Überflutungen, usw. - blieb anwesend während der Katastrophe)	0	1			
P5. Zeuge von körperlicher Gewalt, Vergewaltigung, Bedrohung, Schussverletzung oder gewaltsamen Tod					
P6. Körperliche Misshandlung, Vergewaltigung	0	1			
P7. Sexuelle Misshandlung, Übergriff oder Vergewaltigung	0	1			
P8. versammlende Verbrennung	0	1			
P9. Gefahr des Ertrinkens	0	1			
P10. Krankenhausaufenthalt, Notfallversorgung im Krankenhaus und/oder invasive medizinische Untersuchungen	0	1			
P11. Entführung	0	1			
P12. Anderer:	0	1			

P13. FALLS MEHR ALS EIN ERGEBNIS, NACH DEM SCHLIMMSTEN ERGEBNIS FRAGEN: „Welches dieser Ereignisse hat Ihrer Meinung nach die größten emotionalen oder Verhaltensauswirkungen Ihres Kindes verursacht?“
 Schreiben Sie die Nummer 1-12 des Ereignisses auf

FALLS KEINE TRAUMATISCHEN ERFEBNISSE VORHANDEN, ÜBERSPRINGEN SIE BITTE DIE NÄCHSTEN ABSCHNITTE UND GEHEN SIE ZUR NÄCHSTEN STÖRUNG

„Als nächstes werde ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu den Reaktionen Ihres Kindes stellen. Einige dieser Fragen tragen nicht genau auf junge Kinder, die noch nicht sprechen können, zu. Wir versuchen alle Fragen in einer altersgerechten Art zu stellen. Bitte haben Sie Nachsicht, wenn eine Frage nicht genau zu dem Alter Ihres Kindes passt.“

Initiale Reaktionen zum Zeitpunkt des Ereignisses

FALLS DAS KIND MEHR ALS EIN ERGEBNIS BEI FRAGEN HAT, STELLEN SIE DIE FRAGEN AUF DIESER SEITE NUR IN BEZUG AUF DAS SCHLIMMSTE ERGEBNIS, DAS AUF DER VORHERIGEN SEITE KODIERT WURDE.

„Für das schlimmste Ereignis werde ich Sie nach einer Reihe von Reaktionen fragen, die möglicherweise in den Sekunden oder Minuten direkt nach dem Ereignis aufgetreten sein könnten.“

0 = nein
1 = ja

	Nein	Ja	Dauer der Reaktion in Minuten
P14. „War Ihr Kind ängstlich oder erschrocken“ - „Wie lange?“	0	1	
P15. „Bestürzt“ - „Wie lange?“	0	1	
P16. „Hilflos“ - „Wie lange?“	0	1	
P17. „Wahnd. ängstlich“ - „Wie lange?“	0	1	
P18. „Traurig“ - „Wie lange?“	0	1	
P19. „Überreagte, erstaunt“ - „Wie lange?“	0	1	
P20. „Beatet, gehilflos“ - „Wie lange?“	0	1	
P21. „Hat Ihr Kind geweint“ - „Wie lange?“	0	1	
P22. „Geschrien“ - „Wie lange?“	0	1	
P23. „War Ihr Kind agitiert (krankhaft unruhig)“ - „Wie lange?“	0	1	
P24. „Verhielt sich Ihr Kind aggressiv“ - „Wie lange?“	0	1	
P25. „Wirkte Ihr Kind verwirrt“ - „Wie lange?“	0	1	
P26. „Wirkte Ihr Kind abwesend oder benommen“ - „Wie lange?“	0	1	
P27. „Wirkte Ihr Kind körperlich krank, z.B. war ihm/ihre über?“ - „Wie lange?“	0	1	

Seite 3

„Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von Fragen zu Symptomen stellen, die Ihr Kind möglicherweise seit dem Ereignis entwickelt hat. Damit es das Symptom gewertet werden kann, muss es über das normale Maß hinausgehen. Ich werde deshalb wiederholen, dass das Verhalten „deutlicher ausgeprägt sein muss als gewöhnlich für das Alter des Kindes.“ Wir wissen, dass dies manchmal offensichtlich ist – und manchmal schwer einzuschätzen ist. Außerdem besagen manche Symptome, die Menschen nach Trauma zeigen können, sofort. Manche verschwinden und manche bestehen länger. Ich frage jetzt gezielt nach den Symptomen, die nach in den letzten 4 Wochen vorhanden waren.“

REGEL: WENN DAS KIND MEHR ALS EIN TRAUMATISCHES ERGEBNIS ERLEBT HAT, FRAGEN SIE DIE ÜBRIGEN PTBS-FRAGEN FÜR DIE GESAMTHEIT DER ERGEBNISSE, D.H. SYMPTOME, DIE FÜR ALLE ERGEBNISSE BELAHT WERDEN KÖNNEN.

Vernetzen Sie Items zur Vermeidung und Belastung – selbst wenn keine Erinnerungen (an das Ereignis) in den letzten 4 Wochen vorhanden waren, aber die Mütter glaubt, dass das Symptom aufgetreten wäre, wenn diese Erinnerungen aufgetreten wären.

0 = nicht belastet
1 = belastet

	Nicht belastet	Belastet	Häufigkeit	Datum des Beginns
P28. INTRUSIVE ERINNERUNGEN „Hat Ihr Kind ungeduldige Erinnerungen an das Trauma? Äußert Ihr Kind diese von selbst?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1		
Falls ja, fragen Sie: „War das in den letzten 4 Wochen vorhanden?“ Falls nein, springen Sie zu Frage P29.				
P28A. AFFEKT, WENN ÜBER TRAUMA GESPROCHEN WIRD „Wirkt Ihr Kind belastet, wenn es darüber spricht?“	0	1		
P29. REINSENZIERUNG IM SPIEL „Spielt Ihr Kind das Trauma im Spiel mit Puppen oder Spielzeugen nach? Sind dies Szenen, die genau wie das Trauma aussahen?“ „Spielt Ihr Kind diese Szenen alleine oder mit anderen Kindern?“ „Spielt Ihr Kind diese Szenen nachher?“ MIT BEISPIELEN NACHFRAGEN ... WIE STRATÉGIE DER FRAGE P25. FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1		

Seite 4

Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
P30. REINSENZIERUNG DES LEBENSERFOLGENS AUSSERHALB DES SPIELS „Wie ist es in anderen Situationen? Zeigt Ihr Kind Hinweise auf das Trauma z.B. beim Einpacken oder beim Essen?“	0	1		
MIT BEISPIELEN NACHFRAGEN ... WIE STRATEGIE DER FRAGE P35.				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
P31. ALPTRAUME ÜBER DAS TRAUMA „Hatte Ihr Kind Alpträume oder schlechte Träume über das Trauma, so dass es aufwachte?“	0	1		
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
P32. ALPTRAUME: ZUNAHME/ INHALTLICH NICHT ÜBER DAS TRAUMA „Hat Ihr Kind mehr Alpträume als vorher – oder Sie wissen nicht ob sie über das Trauma handeln oder nicht?“	0	1		
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
P33. FLASHBACKS „Hat Ihr Kind den Eindruck, dass seit diesem Ereignis das Trauma immer wieder geschieht (obwohl dies nicht der Fall ist)? Dies ist z.B. der Fall, wenn Ihr Kind wirkt als ob es wieder zurück im Trauma ist und nicht in der jetzigen Wirklichkeit. Dies ist meistens offensichtlich, wenn es auftritt.“	0	1		

Seite 5

FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
ES MUSS NICHT UNBEDINGT IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN AUFGETRETEN SEIN – DIESER ITEM IST EINE AUSNAHME ZU DER 4 WOCHEN REGEL. KODIEREN SIE DIE HÄUFIGKEIT ALS GESAMTHÄUFIGKEIT SEIT DEM ERGEBNIS				
P34. DISSOZINATION „Hatte Ihr Kind seit dem Ereignis Episoden, in denen es wie erstarrt wirkt. Dies wird Dissoziation genannt, wenn Sie versuchen es aus diesem Zustand heraus zu rufen, aber es nicht darauf reagiert.“	0	1		
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, bitte fragen Sie: „Eine der besten Möglichkeiten zu klären ob es sich um eine Dissoziation handelt, ist es wenn man mit der Hand vor dem Gesicht wedelt, ohne dass das Kind reagiert. Haben Sie das schon mal versucht?“				
Falls weitere Klärung erforderlich ist, fragen Sie: „Haben Sie versucht, Ihr Kind an der Schulter anzufassen, um es aus diesem Zustand heraus zu holen?“				
ES MUSS NICHT UNBEDINGT IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN AUFGETRETEN SEIN – DIESER ITEM IST EINE AUSNAHME ZU DER 4 WOCHEN REGEL. KODIEREN SIE DIE HÄUFIGKEIT ALS GESAMTHÄUFIGKEIT SEIT DEM ERGEBNIS				

Seite 6

<p>P35. PSYCHISCHE BELASTUNG BEI ERINNERUNGEN <i>„Wird Ihr Kind besterzt, wenn es mit Erinnerungen an das Ereignis konfrontiert wird?“</i></p> <p>FRAGEN SIE MIT BEISPIELEN NACH, DIE SICH SPEZIFISCH AUF DAS ERGEBNIS BEZIEHEN. FRAGEN SIE NACH SO VIELEN SPEZIFISCHEN BEISPIELEN, DIE HINZU EINFALLEN – BIS SIE EINE BESTÄTIGUNG ERHALTEN ODER BIS SIE KEINE WEITEREN BEISPIELE HINDEN. FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>	0	1		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>P36. PHYSIOLOGISCHE BELASTUNG BEI ERINNERUNGEN <i>„Wird Ihr Kind auch körperlich belastet wenn es mit Erinnerungen an das Ereignis konfrontiert wird? Klagen es z.B. über Herzrasen, Zittern mit den Händen, Schwinden, Atemnot oder Übelkeit?“</i></p> <p>MIT BEISPIELEN NACHFRAGEN ... WIE STRATEGIE DER FRAGE P35. FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>	0	1		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>P37. VERMEIDUNG VON GEDANKEN, GEFÜHLEN UND GESPRÄCHEN <i>„Versucht Ihr Kind Gespräche über das Trauma zu vermeiden?“</i> <i>„Versucht es persönliche Gedanken und</i></p>	0	1		

Seite 7

<p>Gefühle zu vermeiden, die es an das Trauma erinnern könnten?“</p> <p>MIT BEISPIELEN NACHFRAGEN ... WIE STRATEGIE DER FRAGE P35. FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>				
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>P38. VERMEIDUNG VON PERSONEN, ORTEN ODER GEGENSTÄNDEN <i>„Versucht Ihr Kind Gegenstände oder Orte zu vermeiden, die es an das Trauma erinnern könnten? D.h. können Sie erkennen, dass es versucht eine Erinnerung zu vermeiden um nicht unglücklich zu sein?“</i></p> <p>MIT BEISPIELEN NACHFRAGEN ... WIE STRATEGIE DER FRAGE P35. FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>	0	1		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>P39. UNFAHIGKEIT, SICH AN BEDEUTENDE ASPEKTE DES TRAUMA ZU ERINNERN <i>„Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich an das Ereignis zu erinnern?“</i> <i>„Scheint es das gesamte Ereignis vergessen zu haben?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>	0	1		

Seite 8

Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“	0	1			
P40. VERLUST VON INTERESSEN AN GEWÖHNLICHEN AKTIVITÄTEN „Hat Ihr Kind seit dem Trauma Interesse an Aktivitäten verloren, die es vorher gerne machte?“					
FALLS DIESE ERSTE FRAGE VERNEINT WIRD, FRAGEN SIE: „Würden Sie sagen, dass Ihr Kind vorher auch nicht besonders daran interessiert war, aber dass es jetzt viel schlimmer geworden ist?“					
Falls dies bejaht wird, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“					
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
P41. EINGESCHRÄNKTER AFFEKTAUSDRUCK: VERLUST VON POSITIVEM AFFEKT „Zeigt Ihr Kind seit dem Trauma ein eingeschränktes Spektrum an positiven Gefühlen? Z. B. zeigt es weniger Zuneigung oder Fröhlichkeit als früher?“	0	1			
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“					
P42. EINGESCHRÄNKTER AFFEKTAUSDRUCK: VERLUST VON NEGATIVEM AFFEKT „Zeigt Ihr Kind seit dem Trauma ein eingeschränktes Spektrum an negativen Gefühlen, wie z.B. Traurigkeit und Ärger?“	0	1			
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					

Seite 9

Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“	0	1			
P43. GEFÜHL FÜR UNGEWISSE ZUKUNFT „Dies mag wie eine ungewöhnliche Frage erscheinen, aber scheint Ihr Kind die Hoffnung in die Zukunft verloren zu haben. D.h. hat es gesagt, dass es nicht so lange leben wird, um ein großes Kind zu werden, oder dass es nie heiraten oder eine Arbeit finden wird?“					
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“					
P44. DISTANZIERTHEIT/SOZIALER RÜCKZUG „Wirkt Ihr Kind distanzierter gegenüber Familienmitgliedern und Freunden? D.h. möchte es keine Gefühle zeigen oder mit anderen Menschen zusammen sein?“	0	1			
FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: „Würden Sie sagen, dass Ihr Kind schon vor dem Trauma distanzierter war, aber dass dieses Verhalten seitdem deutlich aufhörlicher geworden ist?“					
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“					
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					

Seite 10

P45. EINSCHLAFSCHWIERIGKEITEN „Hat Ihr Kind seit dem Trauma Schwierigkeiten, einzuschlafen?“				
FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: „Heute Ihr Kind schon vor dem Trauma Schwierigkeiten beim Einschlafen, aber ist es seitdem noch schwieriger?“				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1		
P46. NÄCHTLICHES AUFWACHEN „Hat Ihr Kind seit dem Trauma Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen?“	0	1		
FALLS DAS KIND WEGEN ALTRÄUMEN AUFWACHT, ALTRÄUME KODIEREN, NICHT NÄCHTLICHES AUFWACHEN.				
FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: „Heute Ihr Kind schon vor dem Trauma Schwierigkeiten, durchzuschlafen, aber ist es seitdem noch ausgeprägter geworden?“				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				

Seite 11

P47. IRRTÜMLICH/ÄRGERWUTANFÄLLE „Ist Ihr Kind irrtümlich geworden, zeigte es Ärger oder hatte es Wutausfälle seit dem Trauma?“	0	1		
FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: „Hörten Sie sagen, dass Ihr Kind schon vor dem Trauma ungewöhnlich irrtümlich war, aber dass dies Verhalten seitdem deutlich ausgeprägter geworden ist?“				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
P48. KONZENTRATIONSSCHWIERIGKEITEN „Hat Ihr Kind seit dem Trauma mehr Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“	0	1		
FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: „Hatte Ihr Kind schon vor dem Trauma Probleme mit der Konzentration, aber ist es seitdem noch unkonzentrierter geworden?“				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				

Seite 12

<p>P49. HYPERVIGILANZ <i>„Ist Ihr Kind seit dem Trauma in erhöhter Alarmbereitschaft? Ich meine, schaut es nach hinten über, seine Schulter in Sorge vor Gefährdung?“</i></p>	0	1		
<p>FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: <i>„Würden Sie sagen, dass Ihr Kind schon vorher hypervigilantischer war, aber dass dies Verhalten sich seitdem deutlich verschlechtert hat?“</i></p>				
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i> FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>				
<p>P50. ÜBERHÖHTE SCHRECKHAFTIGKEIT <i>„Ist Ihr Kind schreckhafter seit dem Trauma? Ich meine, wenn es ein lautes Geräusch hört oder jemand schlecht sich von hinten an erschrickt es mehr als andere Kinder im gleichen Alter?“</i></p>				
<p>DER INTERVIEWWEIER SOLLTE EINE SCHRECKREAKTION VORMACHEN: FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: <i>„Würden Sie sagen, dass Ihr Kind schon immer schreckhaft gewesen ist, aber dass dieses Verhalten deutlich auffälliger geworden ist seitdem?“</i></p>				
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>				

<p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>				
<p>ASSOZIIERTE SYMPTOME</p>				
<p>P51. AGGRESSION <i>„Ist Ihr Kind körperlich aggressiver seit dem Trauma? Z.B. schlagen, treten, beißen, oder Gegenstände zerstören?“</i></p>				
<p>FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: <i>„Würden Sie sagen, Ihr Kind war schon vor dem Trauma aggressiv, aber ist seitdem deutlich aggressiver geworden?“</i></p>				
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i> FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>				
<p>P52. TRENNUNGSANGST <i>„Hat Ihr Kind seit dem Trauma Trennungsangst entwickelt, d.h. ist es vermehrt anhänglich?“</i></p>				
<p>FALLS DIE ERSTE FRAGE MIT NEIN BEANTWORTET WIRD, FRAGEN SIE: <i>„Würden Sie sagen, dass es schon vor dem Trauma anhänglich war, aber dass es seitdem noch mehr klammernd?“</i></p>				
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>				

FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
P53. NÄCHTLICHES ERSCHECKEN (PAVOR NOCTURNUS) „Zeigt Ihr Kind nächtliches Erschrecken (Pavor nocturnus)? Dies bedeutet, dass eine Person nachts laut schreit als ob er/sie einen schlechten Traum hat, aber sich am nächsten Tag nicht daran erinnern kann.“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN. TRITTT ÜBLICHERWEISE INNERHALB DER ERSTEN 60 MINUTEN DES SCHLAFS AUF. ALBTRÄUME TRETEN ÜBLICHERWEISE NACH DEN ERSTEN 90 MINUTEN AUF.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
P54. RÜCKSCHRITTE VON ENTWICKLUNGSFÄHIGKEITEN „Zeige Ihr Kind seit dem Trauma Rückschritte in seiner Entwicklung?“ „Gibt es Dinge, die es vor dem Trauma schon konnte, aber es jetzt nicht mehr kann?“				
KODIEREN SIE 1 WENN DAS KIND DIE FÄHIGKEITEN SCHON HATTE, ABER NACH DEM LEBENSEREIGNIS NICHT MEHR ÜBER DIESELBEN FÄHIGKEITEN VERFÜGT				

Seite 15

„Wie ist es mit den Toilettengängen tags? Mit nächtlichem Einschlafen?“ „Hat es sprachliche Fähigkeiten verloren? Spricht es wieder wie ein Baby? Kann es das Alphabet (A, B, C) nicht mehr aufsagen?“ „Hat es Probleme mit motorischen Fähigkeiten z.B. mit Druckknöpfen, Knöpfen und Reißverschlüssen?“ „Gibt es noch irgendetwas anderes, das ich nicht gefragt habe?“ FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				
P55. NEUE ANGSTE, DIE NICHT OFFENSICHTLICH MIT DEM TRAUMA ZUSAMMENHÄNGEN „Hat Ihr Kind seit dem Trauma neue Ängste entwickelt, die nicht mit dem Trauma zusammenzuhängen scheinen?“ „Kann es alleine ins Badezimmer gehen?“ „Hat es jetzt Ängste vor Dunkelheit?“ „Anderer? Bitte beschreiben...“				
Falls nein, fragen Sie: „Wurden Sie sagen, dass Ihr Kind diese Ängste schon vor dem Trauma hatte, aber dass sie seitdem schlimmer geworden sind?“				
FALLS JA, MÜSSEN SIE BEISPIELE AUFSCHREIBEN UM ZU ZEIGEN, DASS SIE NICHT MIT DEM TRAUMA ASSOZIIERT SIND.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“				

FALLS KEINE PTBS SYMPTOME VORHANDEN, BITTE ÜBERSPRINGEN UND ZU
DEPRESSIVEN STÖRUNGEN GEHEN

Seite 16

BEURTEILUNG VON FUNKTIONELLEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

SCHAUFEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSSEITE FÜR P185 SYMPTOME –UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRUPPE NACH JEDER FORM DER BEEINTRÄCHTIGUNG

Einleitung:

„Jetzt werden wir die Symptome, die wir besprochen haben, zusammenfassen und schauen, ob sie Ihr Kind beeinträchtigen. Beeinträchtigung bedeutet dass ein Symptom das Leben einer Person behindert und stört. Sie kommen in die Quere und hindern einen die üblichen Dinge zu tun. Sie beeinträchtigen die Fähigkeiten, normal zu funktionieren.“

KODIERUNG

0 = nein
1 = ja

KODIERUNG DER ZUGESTÄNDNISSE

0 = keine
1 = einige Zugeständnisse, aber meistens nicht (<50% der Zeit)
2 = mehr Zugeständnisse als keine (>50% der Zeit)
3 = fast immer Zugeständnisse

	0	1	2	3
P56. BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN Ein Kind sollte fähig sein, mit seinem Eltern Beziehungen aufrecht zu halten, die relativ harmonisch sind und positive und fördernde Kommunikation enthalten. Eine Veränderung in Beziehungen, zeitweise mit anderen Symptomen verbunden, muss nachgewiesen werden, um eine Beeinträchtigung festzustellen. „Gibt es Symptome, die die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen stören und beeinträchtigen, die Sie aufregen oder nerven?“ „Gibt es Symptome, die Ihre Beziehung zu Ihrem Kind mehr stören als üblicherweise bei anderen Eltern-Kind-Beziehungen?“ FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	0	1	2	3

P57. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN

Ein Kind sollte fähig sein, in relativer Harmonie mit seinen Geschwistern zu leben. Einige Auseinandersetzungen und Konflikte sind üblicherweise zu erwarten, aber harmonische Umhaltungen und Interaktionen sollten überwiegen. Kinder sollten nicht dauernd in eifersüchtiger Konkurrenz um die Aufmerksamkeit der Eltern verwickelt sein. Eine Veränderung von Beziehungen, zeitweise assoziiert mit anderen Symptomen, sollte vorhanden sein, um dies als Beeinträchtigung anzusehen.

„Gibt es Symptome, die Ihrem Kind in die Quere kommen in der Beziehung zu Brüdern und Schwestern, und die Sie aufregen oder nerven?“

„Stören diese Symptome mehr als üblicherweise in Geschwisterbeziehungen?“

FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.

	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“	0	1	2	3
P58. BEZIEHUNGEN ZU BETREUENDEN UND LEHRENN Eine Verschlechterung der Beziehung eines Kindes zu seinen Betreuern oder Lehrern (Kindergarten, usw.) wird als Beeinträchtigung angesehen. Die Notwendigkeit von mehr dazugehörigen Maßnahmen oder Rückzug des Kindes von seinen Betreuern mit denen es vorher eine gute Beziehung hatte, wird als Störung angesehen. Bitte schildern sie alle nachvollziehbaren Betreuer ein (Tagesmutter usw.). „Berichten Kindergartenlehrerinnen (oder andere Betreuer) dass das Verhalten Ihres Kindes problematisch ist?“ „Stören diese Symptome mehr als üblicherweise den Betreuer oder die Klasse/Gruppe?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	0	1	2	3

P50 BEZIEHUNG MIT GLEICHALTRIGEN	0	1		
Kindern sollten zu gegenseitig miteinander interessierten Beziehungen und zu gemeinsamen Aktivitäten (Lesen oder Spielen gehören dazu) fähig sein. „Weißt Ihr Kind einen Verlust von Freunden oder einen Rückgang von Aktivitäten mit Gleichaltrigen auf?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
„Kommen Symptome in die Quere in der Art, wie Ihr Kind mit Freunden zurecht kommt – im Kindergarten, Forschule, in der Nachbarschaft?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“				
	0	1		
P60 FÄHIGKEIT ZU ANGEMESSENEM VERHALTEN AUßERHALB VON ZUHause ODER KINDERGARTEN/BETRIEUNG				
Ein Kind kann zu Orten außerhalb von seinem Zuhause gehen (Lebensmitteläden, Restaurant, Kiosche) und sich altersentsprechend verhalten. „Machen Symptome es schwerer für Sie, Ihr Kind außerhalb des Hauses mitzunehmen als üblich bei anderen Kindern?“ „Können Sie mit Ihrem Kind z. B. zum Lebensmittelladen gehen?“ „Oder in ein Restaurant?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger problematische Situationen erfährt außerhalb des Hauses?“				
	0	1		

Seite 19

P61. AUSMAß DES KINDLICHEN LEIDENS DRUCKS				
Ein Kind kann wegen ein oder mehrere Symptome emotional belastet sein. Dieser Leidensdruck kann primär Teil des Symptoms sein, wie die Belastung bei Erinnerungen an das Trauma oder bei Aktivitäten – oder es kann sekundär sein, z.B. als Folge seiner Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. „Glauben Sie, dass dieses Verhalten dazu führt, dass Ihr Kind sich belastet fühlt? Z.B. negative Gefühle über sich selbst haben, oder weinen, oder wirklich aus der Fassung gebracht sein?“				
	0	1	2	
Wenn ja, fragen Sie bitte: „Ist mir möglich ich Sie bitte, den einzuschätzen: Wären Sie sagen, es passiert kann (0), manchmal(1) oder häufig (2)?“				
	0	1		
P62. SYMPTOME, DIE ALS PROBLEMATISCH ANGEGEHEN WERDEN				
„Sehen Sie diese Symptome als Problem, d.h. als etwas, was sich ändern sollte?“				
P63. NOTWENDIGKEIT DER THERAPIE				
„Meinen Sie, dass diese Symptome behandelt werden sollten? D.h., dass sie nach Ihrer Ansicht vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern professionelle Hilfe benötigen?“				

Seite 20

MAJOR DEPRESSION

„Im restlichen Interview werde ich Sie nun nicht mehr zu Symptomen befragen, die eventuell durch ein Trauma verursacht wurden. Die Symptome können, müssen jedoch nicht mit einem Trauma verbunden sein. Wir bezahden uns jedoch weiterhin auf Symptome, die in den letzten vier Wochen aufgetreten sind.“

„Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Fragen über Depression stellen.“

0=NIEIN
1=JA

	0	1	Häufigkeit (Tag/4 Wochen)	Dauer (STUNDEN /Tag)
M1. TRAURIG/UNGLÜCKLICH „Die meisten Kinder fühlen sich manchmal traurig oder unglücklich, aber wir möchten wissen, ob sich Ihr Kind mehr als üblich traurig fühlt?“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“				
Falls ja, fragen Sie: „War Ihr Kind in 2 aufeinander folgenden Wochen an mindestens 8 Tagen traurig?“				
M2. GERÄTZTE STIMMUNG „War Ihr Kind gereizter als üblich? Ich meine, wurde es leichter wütend oder hatte es häufiger Wutanfälle?“				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“				
Falls ja, fragen Sie: „War Ihr Kind an mindestens 4				

Seite 21

Tagen in einer Woche oder an mindestens 8 Tagen in 2 aufeinander folgenden Wochen geweint?“

M3. VERLUST VON INTERESSEN AN GEWÖHNLICHEN DINGEN

Falls das PTBS Modell vorher angefüllt wurde, fragen Sie nur, wenn Sie eine Klärung benötigen:

„Ich habe Sie weiter vorne bereits nach dem Interessesverlust an Dingen gefragt. Jetzt benötige ich weitere Klärung...“

Falls das PTBS Modell noch nicht ausgefüllt wurde, fragen Sie:

„Haben Sie bemerkt, dass sich Ihr Kind nicht mehr für Dinge interessiert, die es sonst gerne getan hat?“

FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL
AUFSCHREIBEN.

Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“				
„In wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?“ (Häufigkeit)				
„Wie viele Stunden pro Tag?“ (Dauer)				
M4. ANHEIDONIE „Hat Ihr Kind die Fähigkeit verloren, Spaß und Freude zu haben? Es verhält sich nicht glücklich oder fröhlich bei Dingen, die gewöhnlich Spaß machen, wie Zeichentrickfilme anschauen oder Pizza essen gehen.“ (DER UNTERSCHIED ZWISCHEN INTERESSENVERLUST UND ANHEIDONIE KANN DARIN BESTEHEN, DASS DAS KIND BEI INTERESSENVERLUST AKTIVITÄTEN GAR NICHT BEIHT BEGINNT. WÄHREND ES BEI ANHEIDONIE DIE AKTIVITÄT BEGINNT, ABER KEINEN SPAD DANKAN HAT)				
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal				

Seite 22

vorhanden?"				
„In wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)				
„Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer)				
M5. LANGWEILE „Was denken Sie, wie häufig hat Ihr Kind Langeweile?" BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"				
„In wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)				
„Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer)				
M6. REDUZIERTER APPELIT „Manche Menschen, die depressiv sind, haben Veränderungen in ihrem Appetit. Hat Ihr Kind einen verminderten Appetit?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"				
„In wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)				
M7. GEWICHTSVERLUST ODER FEHLEN DER ERWARTETEN GEWICHTSNAHME „Hat Ihr Kind Gewicht verloren oder nicht zugenommen, wenn es hätte zunehmen sollen?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"				
M8. EXZESSIVER APPELIT „Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen einen gesteigerten Appetit – mehr als gewöhnlich?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie:				

Seite 23

„War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"				
„In wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)				
M9. SCHLAFPROBLEME Falls das PTBS Modell angebillt wurde, wissen Sie die Antwort vielleicht schon. Falls nicht, fragen Sie: „Ich habe Sie bereits nach Schlafgewohnheiten gefragt, aber in diesem Abschnitt möchte ich klären, ob Ihr Kind Schlafprobleme hat, die nicht mit dem Trauma verbunden sind." STELLEN SIE ALLE NOTWENDIGEN FOLGERAGEN UM SICHER ZU SEIN, DASS DIE SCHLAFPROBLEME NICHT TRAUMAASSPZIEHERT SIND. Falls das PTBS Modell noch nicht angebillt wurde, fragen Sie: „Hat Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen oder wacht es nachts auf? D.h. ist dies ein Schlafmuster, das anders ist als üblich und überdurchschnittlich ausgeprägt ist im Vergleich zu anderen Kindern des gleichen Alters?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1	Häufigkeit	Dauer
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"				
„In wie vielen Nächten in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)				
„Wie lange dauert es durchschnittlich bis Ihr Kind wieder eingeschlafen ist?" (Dauer)				
M10. EXZESSIVE SCHLAFTRIGKEIT „Wirkt Ihr Kind tagsüber schläfrig – das heißt mehr als üblich?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"				

Seite 24

vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					
M11. PSYCHOMOTORISCHE AGITIERTHEIT "Wird Ihr Kind unruhig, wenn es unglücklich oder traurig ist? D.h. wirkt es gereizt, „hübelig“, wenn es traurig ist, in dem Sinne, dass es Schwierigkeiten hat still zu halten oder dass es ziellos umherwonderl?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
SCHLIEßEN SIE KEINE EINFACHE RÜHELLOSIGKEIT ODER FAHRIGKEIT OHNE VERÄNDERUNGEN IN DER STIMMUNG.					
Falls ja, fragen Sie: "War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					
"Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer) M12. PSYCHOMOTORISCHE VERLANGSAMUNG "Wenn Ihr Kind traurig oder gereizt ist, bewegt es sich dann langsamer als gewöhnlich?" "Oder redet es langsamer?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
Falls ja, fragen Sie: "War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					
"Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer) M13. ERSCHÖPUNG/ ENERGIEMANGEL "Ist Ihr Kind erschöpft und ermüdet es leichter als gewöhnlich?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
Falls ja, fragen Sie: "War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?"					

Seite 25

vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					
"Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer)					
M14. GEFÜHLE DER WERTLOSIGKEIT "Fühlt sich Ihr Kind schlecht über sich selbst – im Sinne von nicht gut aussehend oder bei nichts gut sein?" "Mag Ihr Kind sich selbst? D.h. hat Ihr Kind schon jemand gesagt, dass es sich hasst?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1	Häufigkeit (Tage/Woche)		
Falls ja, fragen Sie: "War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					
"Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer) M15. EXZESSIVE SCHULD "Fühlt Ihr Kind sich schlecht oder schuldig in Bezug auf etwas, was es getan hat? D.h. sagt Ihr Kind, dass es eine „schlechte“ Person ist, oder gibt es sich für Dinge die Schuld, für die es nichts kann?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
Falls ja, fragen Sie: "War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					
"Wie viele Stunden pro Tag?" (Dauer) M16. KONZENTRATION Falls das PTBS-Modul vorher ausgefüllt wurde, fragen Sie nur, wenn Sie eine Klärung benötigen: "Ich habe Sie weiter vorne bereits nach Konzentration gefragt. Jetzt benötige ich weitere Klärung..." Falls das PTBS-Modul noch nicht ausgefüllt wurde, fragen Sie: "Hat Ihr Kind mehr Schwierigkeiten sich zu konzentrieren als üblich?" FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
Falls ja, fragen Sie: "War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?" "An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?" (Häufigkeit)					

Seite 26

<p>M17. UNENTSCHEIDENHEIT „Hat Ihr Kind Schwierigkeiten eine Wahl oder Entscheidungen zu fassen (sich für etwas zu entscheiden) mehr als dies durchschnittlich bei anderen Kindern des gleichen Alters der Fall ist?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“ „In wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?“ (Häufigkeit)</p> <p>M18. ÜBER DEN TOD REDEN „Das mag nun seltsam klingen, aber ich würde Sie nun zu Suizidgedanken befragen. Scheint Ihr Kind über den Tod oder über Sterben nachzudenken oder zu reden?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“</p> <p>M19. THEMEN ÜBER DEN TOD IM SPIEL „Hat Ihr Kind schon jemals Bilder über den Tod und über Sterben gemalt oder Spiele gespielt, in denen jemand stirbt?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“</p> <p>M20. SUIZIDGEDANKEN „Hat Ihr Kind schon jemals darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“</p>		

<p>M21. SUIZID-THEMEN IM SPIEL „Hat Ihr Kind schon jemals Bilder über einen Selbstmord gemalt oder Spiele gespielt, in denen sich jemand umbringt?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“</p> <p>FALLS SUIZIDGEDANKEN VORHANDEN SIND, FRAGEN SIE AUCH NACH SUIZIDPLÄNEN, ANSONSTEN ÜBERSPRINGEN SIE DIE NÄCHSTE FRAGE UND GEHEN SIE WEITER ZU SUIZIDVERSUCHE.</p> <p>M22. SUIZIDPLÄNE „Hat Ihr Kind geplant, sich das Leben zu nehmen?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“</p> <p>M23. SUIZIDVERSUCHE „Hat Ihr Kind schon jemals tatsächlich versucht, sich das Leben zu nehmen?“</p> <p>FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: „War dies in den letzten 4 Wochen manchmal vorhanden?“</p>		

BEURTEILUNG VON FUNKTIONELLEN BEINTRÄCHTIGUNGEN

DIE ZUSAMMENFASSUNG DER KODIERREGELN ZUR ENSCHÄTZUNG DER BEINTRÄCHTIGUNG BEFINDET SICH IM PTBS-MODUL.

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE FÜR DEPRESSIONSSYMPTOME – UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRUPPE NACH JEDER FORM DER BEINTRÄCHTIGUNG AUF DEN FOLGENDEN SEITEN

KODIERUNG

0 = nein
1 = ja

KODIERUNG DER ZUGESTÄNDNISSE

0 = keine
1 = einige Zugeständnisse, aber meistens nicht (<50% der Zeit)
2 = mehr Zugeständnisse als keine (>50% der Zeit)
3 = fast immer Zugeständnisse

M24. BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN „Stören die Symptome, über die wir gerade gesprochen haben (haben Sie sie auf), die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind wesentlich und regen sie Sie auf oder nerven sie Sie?“ „Stören die Symptome Ihre Beziehung zu Ihrem Kind mehr als üblicherweise bei anderen Eltern-Kind-Beziehungen?“ FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	0	1	2	3
M25. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN „Stören die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Geschwistern wesentlich und regen sie die Geschwister auf oder nerven sie sie?“ „Stören die Symptome mehr als üblicherweise in Geschwisterbeziehungen?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass	0	1	2	3

Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“

M26. BEZIEHUNGEN ZU BETREUERN UND LEHRERN
„Berichten Kindergartenlehrer (oder andere Betreuer) oder Lehrer, dass das Verhalten Ihres Kindes problematisch ist?“
„Stören die Symptome die Beziehung zum Betreuer/Lehrer mehr als üblich?“
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.

M27. BEZIEHUNG ZU GLEICHALTIGEN
„Stören die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Freunden wesentlich – im Kindergarten, der Vorstufe, in der Nachbarschaft?“
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“

M28. FÄHIGKEIT ZU ANGEMESSENEM VERHALTEN AUßERHALB VON ZUHAUSE ODER KINDERGARTENBETREUUNG
„Machen die Symptome es schwerer für Sie, Ihr Kind außerhalb des Hauses mitzunehmen als üblich bei anderen Kindern?“
„Können Sie mit Ihrem Kind z.B. zum Lebensmittelladen gehen?“
„Oder in ein Restaurant?“

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind außerhalb des Hauses weniger problematische Situationen erfährt?“

M29. KINDLICHER LEBENSDRUCK
„Glauben Sie, dass dieses Verhalten dazu führt, dass Ihr Kind sich belastet fühlt, negative Gefühle über sich selbst hat oder weint?“
Falls ja, fragen Sie bitte: „Jetzt möchte ich Sie bitte, dies einschätzen, Würden Sie sagen, es passiert kaum(0), manchmal(1) oder häufig(2)?“

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass

„Ihr Kind sich nicht bedauert fühlt?“					
M30. SYMPTOME, DIE ALS PROBLEMATISCH ANGESEHEN WERDEN	0	1			
„Sehen Sie diese Symptome als Problem, dh. als etwas, was sich ändern sollte?“					
M31. NOTWENDIGKEIT DER THERAPIE					
„Achten Sie, dass diese Symptome behandelt werden sollten? D.h., dass sie Ihrer Ansicht nach vernünftig nach, von selbst verschwinden werden, sondern professionelle Hilfe benötigen?“					

<p>Diagnostik</p> <p>IM GEGENSATZ ZU DEN ANDEREN FRAGENSTELLUNGEN DES DIPA WERDEN IN DIESEM KAPITEL LEIBS- UND BESTEHENDE SYMPTOME UND NICHT STÄRKE DER LETZTEN 4 WOCHEN ABFRAGT.</p> <p>„Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe Fragen zu manischen und bipolaren Störungen stellen.“</p> <p>KODIERUNG: 0 = nein 1 = ja</p>			
<p>B1. Aufregtheit/Energie</p> <p>„Die meisten Kinder sind aufgedreht und voller Energie. Wir machen aber gern von Ihnen wissen, ob er/sie überdurchschnittlich oft stark aufgedreht ist und ob es diesbezüglich auch Veränderungen zu seinem/ihrer normalen Verhalten gab.“</p> <p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>	0	1	
<p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie viele Tage oder Stunden hintereinander hätte er/sie sich während der schlimmsten Episode aufgedreht?“</p> <p>DIE DSM-IV ANFORDERUNG FÜR DIE FESTSTELLUNG EINER MANNISCHEN EPISODE IST 1 WOCHE, DIES IST ALS REFERENZ ANGEGEBEN UND SOLL NICHT DIE KODIERUNG DES SYMPTOMS BEINHALTEN!</p> <p>„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“</p>			
<p>„Wann trat die erste Episode auf?“</p>			
<p>B2. Reizbarkeit</p> <p>„Vor er/sie leichter reizbar als normalerweise? Damit meine ich, ob er/sie schneller zu weinen war oder mehr Trotz-/Wutausfälle als sonst hatte.“</p> <p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>	0	1	
<p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie viele Tage oder Stunden hintereinander verhielt er/sie sich in der schlimmsten Episode reizbarer als sonst?“</p>			
			Länge (Stunden)
			Länge (Stunden)
			Anzahl über die Lebensspanne
			Beginn Monat / Jahr
	0	1	

„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“	Anzahl über die Lebensspanne
„Wann trat die erste Episode auf?“	Beginn / Monat / Jahr

<p>B3. Übersteigerte Selbstwahrnehmung/Selbstüberschätzung „Ist Ihnen einmal eine Phase aufgefallen, während der er/sie sich für äußerst wichtig und besonders hielt, ohne dass es dafür einen konkreten Anlass gab?“</p> <p>ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p> <p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“</p> <p>„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“</p> <p>„Wann trat die erste Episode auf?“</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Länge (Stunden)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anzahl über die Lebensspanne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beginn / Monat / Jahr</td> </tr> </table>	0	1	Länge (Stunden)		Anzahl über die Lebensspanne		Beginn / Monat / Jahr	
0	1								
Länge (Stunden)									
Anzahl über die Lebensspanne									
Beginn / Monat / Jahr									
<p>B4. Verminderter Schlafbedürfnis „Ist Ihnen eine Veränderung in seinem/ihrer Schlafbedürfnis dahingehend aufgefallen, dass er/sie sich nach nur 3 bis 4 Stunden ausgeschlafen fühlte?“</p> <p>ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p> <p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“</p> <p>„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“</p> <p>„Wann trat die erste Episode auf?“</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Länge (Stunden)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anzahl über die Lebensspanne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beginn / Monat / Jahr</td> </tr> </table>	0	1	Länge (Stunden)		Anzahl über die Lebensspanne		Beginn / Monat / Jahr	
0	1								
Länge (Stunden)									
Anzahl über die Lebensspanne									
Beginn / Monat / Jahr									
<p>B5. Gesprächigkeit „Ist Ihnen einmal eine Phase aufgefallen, in der er/sie viel gesprächiger war als sonst oder wie unter innerem Druck stand zu sprechen?“</p> <p>ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p> <p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Länge (Stunden)</td> </tr> </table>	0	1	Länge (Stunden)					
0	1								
Länge (Stunden)									

„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“

Anzahl über die Lebensspanne	
/	
Beginn Monat / Jahr	

„Wann trat die erste Episode auf?“

<p>B6. Zeitstreue <i>„Ist Ihnen einmal eine Phase aufgefallen, in der Sie sich ihren Gedanken hingeben konnten, weil er/sie ständig zwischen Gedanken hin- und her sprang, so als ob seine/ihre Gedanken rasen würden?“</i></p> <p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p> <p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: <i>„Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“</i></p> <p>„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“</p> <p>„Wann trat die erste Episode auf?“</p>	<p>0</p> <p>1</p>
<p>B7. Ablenkbarkeit <i>„Ist Ihnen einmal eine Phase aufgefallen, in der erste sich nicht konzentrieren konnte und sich durch Kleinigkeiten ablenken ließ?“</i></p> <p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p> <p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: <i>„Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“</i></p> <p>„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“</p> <p>„Wann trat die erste Episode auf?“</p>	<p>0</p> <p>1</p>
<p>B8. Zunahme zielgerichteter Aktivitäten <i>„Ist Ihnen einmal eine Phase aufgefallen, in der erste wesentlich schneller mit seinen/ihren Aufgaben fertig wurde oder viel mehr unternahm als sonst?“</i></p> <p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p> <p>Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: <i>„Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“</i></p>	<p>0</p> <p>1</p>

„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“

„Wann trat die erste Episode auf?“

B9. Psychomotorische Agitation

„Wird erste sehr unruhig, wenn erste unglücklich oder nervig ist? Damit meine ich, sieht erste erst gar, wenn erste ruhmig ist? Fällt es ihr für dann z.B. schwer richtig zu bleiben oder wandert erste zeitlos umher?“

Achtung: Hier soll nicht Unruhe oder Zappeligkeit unabhängig von Stimmungsschwankungen kodiert werden.

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“

„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“

„Wann trat die erste Episode auf?“

B10. Aktivitäten, die mit potentieller Selbstgefährdung einhergehen

„Hat erste schon einmal Dinge ausprobiert, von denen erste dachte, sie würden ihr/hin gut tun oder Spaß machen, die aber potentiell gefährlich oder verboten waren?“

DIES KANN VERSUCHE GELD AUSZUGEBEN, ETWAS ILLEGALES ODER ETWAS FÜR ERWACHSENE ZU TUN UMFASSEN. PRÜFEN SIE DIES ANHAND ALTERSANGEMESSENER BEISPIELE.

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

Wenn die Frage bejaht wird, fragen Sie weiter: „Wie lange hielt die schlimmste Episode an?“

„Wie viele solcher Episoden haben sich insgesamt ereignet?“

Anzahl über die Lebensspanne	/	
	Beginn	Monat / Jahr
0	1	
Länge (Stunden)	/	
	Beginn	Monat / Jahr
0	1	
Anzahl über die Lebensspanne	/	
	Beginn	Monat / Jahr
0	1	

„Wann trat die erste Episode auf?“

/
Beginn
Monat / Jahr

**BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEINTRÄCHTIGUNG
DIE ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN FÜR DIE BEWERTUNG VON
BEINTRÄCHTIGUNG BEFINDET SICH IN P.18**

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSSEITE FÜR BIPOLARE SYMPTOME UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRUPPE NACH JEDER FORM DER BEINTRÄCHTIGUNG

AUF DIE FUNKTIONALE BEINTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN VORLIEGENDEN ABSCHNITTEN VORGELESEN WORDEN SEIN UND MUSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

KODIERUNG der Beinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden:

0 = kein

1 = ja

Kodierung der ELTERLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:

0 = Eltern (-e/n) passen (pass) sich dem Problemverhalten des Kindes nicht an

1 = Eltern (-e/n) passen (pass) sich etwas an, aber nicht regelmäßig (<50% der Zeit)

2 = Eltern (-e/n) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)

3 = Eltern (-e/n) passen (pass) sich beinahe immer an

B11. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN

„Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] (FORHANDENE SYMPTOME VON OBEY ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Führen diese [SYMPTOME] dazu, dass Sie weniger „bei Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“

B12. BEZIEHUNGEN ZU DEN GESCHWISTERN
„Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit seinen/ihren Geschwistern auskommt? Führen diese [SYMPTOME] dazu, dass die Geschwister verdrängt oder weniger sind?“
„Ist das Geschwisterverhältnis durch die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Geschwisterbeziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

	0	1	2	3
B11. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN				1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“				3
B12. BEZIEHUNGEN ZU DEN GESCHWISTERN		0		1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“				3

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“

B13. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHERINNEN/ELTERNEN

„Gibt es Berichte aus dem Kindergarten oder von den Erzieher/innen, dass Ihr/sein Verhalten zu Problemen führt?“
„Stören die [SYMPTOME] die Beziehung zu den Erzieher/innen mehr als das Verhalten anderer Kinder?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

B14. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTRIGEN

„Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“

B15. ANGEMESSENES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT

„Machen es Ihnen die geschiederten [SYMPTOME] schwerer, Ihre in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines/ihres Alters?“
„Können Sie mit [NAME des KINDES] in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“

B16. Krankenhausaufenthalt

„Befordern diese Verhaltensweisen eine stationäre Behandlung?“

B17. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT

„Stellen diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich davon etwas ändern muss?“
B18. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH
„Meinen Sie, dass diese [SYMPTOME] behandelt werden sollten? D.h. dass die [SYMPTOME] nach Ihrer Ansicht vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern dass Sie professionelle Hilfe benötigen?“

	0	1	2	3
B13. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHERINNEN/ELTERNEN				1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“				3
B14. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTRIGEN				1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“				3
B15. ANGEMESSENES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT				1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“				3
B16. Krankenhausaufenthalt				1
B17. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT				1
B18. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH				1

UNTERGRUPPE UNAUFMERKSAMKEIT

„Jetzt stelle ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit.“

MOGLICHE AUFGABENBEREICHE, FALLS WEITERE NACHFRAGEN ZUR KLÄRUNG NOTWENDIG SIND:
 AUSMALEN, ZEICHNEN, UMGANG MIT SPELZEUG, SPIELE, PUZZEL, S. ANZEIHEN, ZÄHNPUTZEN, ANSCHNALLEN, VERHINDERN ESSEN UND TRINKEN ZU VERSCHÜTTEN

KODIERUNG:
 0= nicht vorhanden
 1= vorhanden

A1. KANN DETAILS KEINE GENAUERE AUFMERKSAMKEIT SCHEINKEN, MACHT FLÜCHTIGKEITSPHASEN <i>„Macht Ihr Kind viele Fehler, weil es schwer für es ist, aufmerksamer zu sein, mehr als dies bei anderen Kindern seines Alters durchschnittlich der Fall ist?“</i>	0	1
FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.		
Falls ja, fragen Sie: <i>„Wor dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i>		

A2. SCHWERKEIT, DIE AUFMERKSAMKEIT AUFRECHT ZU ERHALTEN <i>„Hat Ihr Kind Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit längere Zeit auf eine Sache zu richten, mehr als dies bei anderen Kindern seines Alters durchschnittlich der Fall ist?“</i>	0	1	Dauer (min)

Falls ja, fragen Sie:
„Können Sie uns etwas über die Aufmerksamkeitsprobleme Ihres Kindes bei normalen Alltagsaktivitäten nennen? Wir beziehen uns hierbei explizit nicht auf die Aufmerksamkeitsprobleme bei lustigen Dingen, wie Fernsehen schauen oder Videospiele.“
 FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.

Falls ja, fragen Sie:
„Wor dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“
„Wie lange ist die längste Aufmerksamkeitsprobleme bei normalen Alltagsaktivitäten?“ (nicht beim Fernsehen oder bei Videospiele)

A3. SCHEINT NICHT ZUZUHÖREN, WENN MIT IHM GESPROCHEN WIRD
„Scheint Ihr Kind nicht auf das zu hören, was Sie sagen, weil es Schwierigkeiten hat, seine Aufmerksamkeit zu teilen und nicht, weil es einfach nicht tun will, was Sie ihm/ihre sagen?“
 FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.

Falls ja, fragen Sie: <i>„Wor dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i>	0	1
A4. FÜHRT AUFGABEN NICHT ZU ENDE ANS <i>„Beendet Ihr Kind Dinge nicht, die es begonnen hat wie Anmelden, Spiele spielen oder Frisur, weil es es nicht schafft, die Anstrengung aufrecht zu erhalten, und nicht weil es es nicht möchte?“</i>		
FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.		
Falls ja, fragen Sie: <i>„Wor dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i>		

<p>A5. SCHWIERIGKEIT, AUFGABEN ZU ORGANISIEREN <i>„Ist es für Ihr Kind ein Problem eine Aufgabe vom Beginn bis zum Ende durchzuführen? Dies kann so aussehen, dass es Ihrem Kind schwer fällt, Anweisungen zu folgen, um ein Projekt zu vervollständigen, bei dem mehrere Anweisungen notwendig sind, auch gibt es Kinder, die nicht mit Legos bauen können ohne viel Strukturierung durch die Eltern zu erhalten. Trifft dies auf Ihr Kind zu?“</i></p>		
<p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		
<p>A6. VERMEIDET ODER MAG KEINE AUFGABEN, BEI DENEN LÄNGERE GEDANKLICHE ANSTRENGUNG ERFORDERLICH IST <i>„Versucht Ihr Kind Aufgaben zu vermeiden, die Aufmerksamkeit über eine längere Zeit erfordern, mehr als dies bei anderen Kindern seines Alters durchschnittlich der Fall ist?“</i></p>		
<p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		
<p>A7. VERLEIERT DINGE, DIE FÜR AUFGABEN ODER AKTIVITÄTEN BENÖTIGT WERDEN <i>„Verliert Ihr Kind häufig Dinge? Nicht in dem Sinne, dass es nicht mehr weiß, wo es ein Spielzeug am Freitag liegen gelassen hat, sondern eher so, dass es den Überblick verliert, wo Sachen sind, die es vorher am Tag benutzt hatte und nun wieder braucht – wie Schuhe, Säge oder Spielsachen?“</i></p>		
<p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		
<p>A8. LEICHT ABLENKBAR DURCH ÄUßERE REIZE <i>„Wird Ihr Kind leicht dadurch abgelenkt, wenn es aus dem Fenster schaut oder wenn es Lärm aus einem anderen Raum hört?“</i></p>		
<p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		

Seite 43

<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		
<p>A9. VERGESST BEI ALLTAGSAKTIVITÄTEN <i>„Ist Ihr Kind bei Alltagsaktivitäten vergesslich? D.h. mehr als nur abgelenkt von Aufgaben, sondern dass es so aussieht, als hätte es vergessen, was es tun sollte?“</i></p>		
<p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		

FALLS ALLE ITEMS A1-A9 MIT 0 KODIERT WERDEN, ÜBERSPRINGEN SIE DIE NÄCHSTEN FRAGEN UND GEHEN SIE ZU A19.

<p>A10. BEGINN DER UNAUFMERSAMKEIT <i>„In welchem Alter haben Sie erstmals diese Probleme der Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit bemerkt?“</i></p>	Jahre	Monate
<p>FALLS KEINE SYMPTOME GENANNT WURDEN, GEBEN SIE 0 EIN.</p>		
<p>A11. ZWEI SITUATIONEN REGEL ANHAND DER BEISPIELE, DIE HINEN DIE BEZUGSPERSONEN GEGEBEN HABEN, KÖNNEN SIE VIELLEICHT SCHON EINSCHÄTZEN UND KODIEREN, OB DIE PROBLEME DER UNAUFMERSAMKEIT IN ALLEN SITUATIONEN AUFTRETEN, FALLS NICHT, FRAGEN SIE NACH, OB MINDESTENS EINES DER SYMPTOME IN DEN SITUATIONEN AUFTRITT ÜBER DIE SIE BISHER NICHT GESPROCHEN HABEN.</p>	Zu Hause	0 1
	In Kindergarten/in der Vorschule	0 1
	andertwo	0 1

BEURTEILUNG VON FUNKTIONELLEN BEENTRÄCHTIGUNGEN

FALLS NOTWENDIG, SCHLAGEN SIE DIE KODIERREGELN ZUR EINSCHÄTZUNG DER BEENTRÄCHTIGUNG IM PTBS MODUL NACH

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE FÜR ADHS UNAUFMERSAMKEITSSYMPTOME – UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRUPPE NACH JEDER FORM DER BEENTRÄCHTIGUNG AUF DEN FOLGENDEN SEITEN

DIE INSTRUKTIONEN ZUR BEURTEILUNG DER FUNKTIONELLEN BEENTRÄCHTIGUNGEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN DEN VORANGEGANGENEN ABSCHNITTEN VORGELESEN WORDEN SEIN UND MÜSSEN NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Seite 44

KODIERUNG DER ZUGESTÄNDNISSE
 0 = keine
 1 = einige Zugeständnisse, aber meistens nicht (<50% der Zeit)
 2 = mehr Zugeständnisse als keine (>50% der Zeit)
 3 = fast immer Zugeständnisse

A12. BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN „Sorgen die Symptome, über die wir gerade gesprochen haben, die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind wesentlich und regen sie Sie auf oder nerven sie Sie?“ „Sorgen die Symptome Ihre Beziehung zu Ihrem Kind mehr als üblicherweise bei anderen Eltern-Kind-Beziehungen?“ FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	0	1	2	3
A13. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN „Sorgen die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Geschwistern und regen sie die Geschwister auf oder nerven sie sie?“ „Sorgen die Symptome mehr als üblicherweise in Geschwisterbeziehungen?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“	0	1	2	3
A14. BEZIEHUNGEN ZU BETREUERN UND LEHREN „Berichten Kindergarteninnen (oder andere Betreuer) oder Lehrer, dass das Verhalten Ihres Kindes problematisch ist?“ „Sorgen die Symptome die Beziehung zum Betreuer/Lehrer mehr als üblich?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1	2	3

Seite 45

A15. BEZIEHUNG ZU GLEICHALTIGEN
„Sorgen die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Freunden – im Kindergarten, der Vorschule, in der Nachbarschaft?“
FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“	0	1	2	3
A16. FÄHIGKEIT ZU ANGEMESSENEM VERHALTEN AUßERHALB VON ZUHAUSE ODER KINDERGARTEN/BETREUUNG „Machen die Symptome es schwerer für Sie, Ihr Kind außerhalb des Hauses mitzunehmen als üblich bei anderen Kindern?“ „Können Sie mit Ihrem Kind z.B. zum Lebensmittelladen gehen?“ „Oder in ein Restaurant?“	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind außerhalb des Hauses weniger problematische Situationen erlebt?“	0	1	2	3
A17. SYMPTOME, DIE ALS PROBLEMATISCH ANGESEHEN WERDEN „Sorgen Sie diese Symptome als Problem, d.h. als etwas, was sich ändern sollte?“	0	1	2	3
A18. NOTWENDIGKEIT DER THERAPIE „Wären Sie, dass diese Symptome behandelt werden sollten? D.h., dass sie Ihrer Ansicht nach vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern professionelle Hilfe benötigen?“	0	1	2	3

Seite 46

UNTERGRUPPE HYPERAKTIVITÄT

	0	1
<p>A19. ZAPPELT MIT HÄNDEN UND FÜßEN ODER RUTSCHT AUF DEM STUHL HERUM <i>„Kommen wir nun zu Hyperaktivität und Impulsivität. Erinnern Sie sich, dies muss problematisch sein – oder mehr ausgeprägt sein als es bei anderen Kindern des gleichen Alters der Fall ist. Zappelt Ihr Kind mit den Händen oder Füßen oder macht es zu sehr auf dem Stuhl herum?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>A20. STEHT VON SEINEM PLATZ AUF <i>„Sitzt Ihr Kind einfach vom Stuhl auf und setzt sich wieder hin, wenn es dies nicht soll? Ist das ein Problem?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>A21. RENNT HERUM UND KLATTERT EXZESSIV HERUM IN UNANGEMESSENEN SITUATIONEN <i>„Kommt Ihr Kind herum oder klettert auf Dinge, auf die es nicht klettern soll?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		

<p>A22. SCHWIERIGKEIT, RUHIG ZU SPIELEN <i>„Macht Ihr Kind mehr Lärm als andere Kinder des gleichen Alters und scheint es so, als hätte es darüber keine Kontrolle?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>A23. IST STÄNDIG „AUF ACHSE“ ODER WIRKT ANGETRIEBEN <i>„Scheint Ihr Kind ständig unterwegs zu sein, so als wäre es angetrieben?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>A24. REDET EXZESSIV <i>„Redet Ihr Kind deutlich mehr als andere Kinder des gleichen Alters, so als ob Ihr Kind nie aufhört zu reden und es so scheint, als könnte es dies nicht kontrollieren?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p> <p>A25. PLATZT ANTWORTEN HERAUS BEVOR FRAGEN ZU ENDE GESTELLT SIND <i>„Wenn Sie versuchen, Ihrem Kind eine Frage zu stellen, platzt es dann heraus mit seiner Antwort, bevor Sie Ihre Fragen beendet haben? D.h. handelt es ohne vorher nachzudenken?“</i></p> <p>FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.</p>		
<p>Falls ja, fragen Sie: <i>„War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“</i></p>		

A36. SCHWIERIGKEIT, ABZUWARTEN, BIS ES AN DER REIHE IST
 „Können Sie mit Ihrem Kind spielen, abzuwarten, bis es an der Reihe ist – z.B. bei Brettspielen oder wenn es irgendwo anstcht?“
 FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.

Falls ja, fragen Sie:
 „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“
A37. UNTERBRICHT ODER BEDRÄNGT ANDERE
 „Hat Ihr Kind Schwierigkeiten abzuwarten bis es bei Gesprächen mit anderen an der Reihe ist, so dass es andere immer wieder unterbricht?“
 FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.

Falls ja, fragen Sie:
 „War dies in den letzten 4 Wochen vorhanden?“
 FALLS BEI ALLEN ITEMS A19-A37 EINE 0 GEGEBEN WURDE, SPRUNGEN SIE ZUM NÄCHSTEN STÖRUNGSBILD

A38. BEGINN DER HYPERAKTIVITÄT
 „In welchem Alter haben Sie erstmals diese Probleme der Hyperaktivität und Impulsivität bemerkt?“
 FALLS KEINE SYMPTOME GENANNT WURDEN, GEBEN SIE 0 EIN.

	Ja/ne	Monat
A39. ZWELFSITUATIONEN REGEL ANHANG DER BEISPIELE, DIE IHNEN DIE BEZUGSPERSON GEGEBEN HABEN, KÖNNEN SIE VIELLEICHT SCHON EINSCHÄTZEN UND KODIEREN, OB DIE PROBLEME DER HYPERAKTIVITÄT UND IMPULSIVITÄT IN ALLEN BEREICHEN AUFTRETEN, FALLS NICHT, FRAGEN SIE NACH, OB MINDESTENS EINES DER SYMPTOME IN DEN SITUATIONEN AUFTRITT ÜBER DIE SIE BISHER NICHT GESPROCHEN HABEN.	Zu Hause 0 In Kindergarten/in der Vorschule 0 andersono 0	1 1 1

BEURTEILUNG VON FUNKTIONELLEN BEHINDRÄCHTIGUNGEN

FALLS NOTWENDIG, SCHAUEN SIE DIE KODIERREGELN ZUR EINSCHÄTZUNG DER BEHINDRÄCHTIGUNG IM PFS MODUL NACH
 SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE FÜR HYPERAKTIVITÄTSSYMPTOME – UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRÜPE NACH JEDER FORM DER BEHINDRÄCHTIGUNG AUF DEN FOLGENDEN SEITEN

DIE INSTRUKTIONEN ZUR BEURTEILUNG DER FUNKTIONELLEN BEHINDRÄCHTIGUNGEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN DEN VORANGANGENEN ABSCHNITTEN VORGELESEN WORDEN SEIN UND MÜSSEN NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

KODIERUNG DER ZUGESTÄNDNISSE
 0 = keine
 1 = einige Zugeständnisse, aber meistens nicht (<50% der Zeit)
 2 = mehr Zugeständnisse als keine (>50% der Zeit)
 3 = fast immer Zugeständnisse

A30. BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN
 „Stören die Symptome, über die wir gerade gesprochen haben, die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind wesentlich und regen sie Sie auf oder nerven sie Sie?“
 „Stören die Symptome Ihre Beziehung zu Ihrem Kind mehr als üblicherweise bei anderen Eltern-Kind-Beziehungen?“
 FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“

A31. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN
 „Stören die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Geschwistern und regen sie die Geschwister auf oder nerven sie sie?“
 „Stören die Symptome mehr die tückelichweise in Geschwisterbeziehungen?“
 FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“

A33. BEZIEHUNGEN ZU BETREUENDEN UND LEHRERN „Berichten Kindergartenmännern (oder andere Betreuer) oder Lehrer, dass das Verhalten Ihres Kindes problematisch ist?“ „Sorgen die Symptome die Beziehung zum Betreuer/Lehrer mehr als üblich?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1			
A33. BEZIEHUNG ZU GLEICHALTIGEN „Sorgen die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Freunden – im Kindergarten, der Vorschule, in der Nachbarschaft?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.					
ZUGESTANDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse so dass Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“	0	1	2	3	
A34. FÄHIGKEIT ZU ANGEWESSENEM VERHALTEN AÜßERHALB VON ZUHAUSE ODER KINDERGARTEN/BETREUUNG „Machen die Symptome es schwerer für Sie, Ihr Kind außerhalb des Hauses mitzunehmen als üblich bei anderen Kindern?“ „Können Sie mit Ihrem Kind z. B. zum Lebensmittelhandel gehen?“ „Oder in ein Restaurant?“					
ZUGESTANDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind außerhalb des Hauses weniger problematische Situationen erfährt?“	0	1	2	3	
A35. SYMPTOME, DIE ALS PROBLEMATISCH ANGESEHEN WERDEN „Sehen Sie diese Symptome als Problem, d.h. als etwas, was sich ändern sollte?“					
A36. NOTWENDIGKEIT DER THERAPIE „Können Sie, dass diese Symptome behandelt werden sollten? D.h. dass sie Ihrer Ansicht nach vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern professionelle Hilfe benötigen?“					

Seite 51

STÖRUNG MIT OPOSITIONNELLEM TROTZVERHALTEN
„In diesem Abschnitt des Interviews werde ich Ihnen eine Menge Fragen über trotziges Verhalten stellen. Wir beziehen uns immer noch auf die Symptome, die in den letzten 4 Wochen vorgekommen sind.“

01. WIRD SCHNELL ÄRGERLICH WENN PTSD ABSCHNITT ABGESCHLOSSEN IST, BEGINNEN SIE HIER BEI KLÄRUNGSBEDARF: „Ich habe Sie an früherer Stelle über die Stimmung (Ihres Kindes) nach einem Trauma befragt. Nun muss ich erklären...“ WENN PTSD ABSCHNITT NOCH NICHT ABGEBRACHT WURDE, BEGINNEN SIE HIER: „...Ich werde fragen, ob Ihr Kind sich häufig streitet oder schnell ärgertlich wird, aber zunächst muss ich den Unterschied zwischen Sich-Streiten und ärgertlich werden erklären: Normalerweise beginnt zuerst ein Streit und danach wird man ärgertlich. Streit besteht zwischen zwei Personen, während ein Wutanfall hauptsächlich beim Kind allein für eine längere Zeit andauern kann.“	0	1		
„Hind er/sie entweder ärgertlich oder zeigt Wutanfälle mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes, d.h. schnell oder wenn er/sie, wenn er/sie seinen Willen nicht durchsetzen kann, wütend oder zornig er/sie im Ärgertischen oder schlägt Andere?“				
ERFAGEN SIE EIN BEISPIEL.				
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“				
Häufigkeit				
Dauer (Min.)				
02. STREITET SICH MIT ERWACHSENEN WENN PTSD ABSCHNITT ABGESCHLOSSEN IST, BEGINNEN SIE HIER BEI KLÄRUNGSBEDARF: „Ich habe Sie an früherer Stelle über das Streiten befragt. Nun werde ich etwas allgemeiner fragen...“				

Seite 52

<p>WENN PISD ABSCHNITT NOCH NICHT ABGEPFRAGT WURDE, BEGINNEN SIE HIER.</p> <p>„Streitet er/sie sich mit Erwachsenen mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes? Das kann sich zeigen, wenn er/sie z.B. Kontra gibt, die Stimme erhebt oder jemanden beschimpft.“</p>	0	1
	<p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>	
<p>Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“</p>	<p>Häufigkeit</p> <p>Dauer (Min.)</p>	
<p>03. WIDERSETZT SICH DEN REGELN</p> <p>„Kinder können sich auf zwei unterschiedliche Arten trotzig verhalten. Beispielsweise können sie bestehende Regeln häufig brechen, von denen sie wissen, dass sie diese nicht brechen sollten. Eine andere Möglichkeit ist es, unmittelbare Anweisungen der Erwachsenen zu verweigern. Also, in Bezug auf Regelverletzungen, denken Sie, dass er/sie bestehende Regeln mehr als gewöhnlich bricht für das Alter des Kindes?“</p>	0	1
<p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>		
<p>Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“</p>	<p>Häufigkeit</p>	
<p>04. UNGEHOBSAM</p> <p>„Ist er/sie ungehorsam Ihnen gegenüber nachdem Sie ihn/ise aufgefordert, etwas auf Anheiß/Kontra zu tun?“</p>	0	1
<p>BEACHTEN: IM ALLGEMEINEN, IST DAS BEFOLGEN EINER ANWEISUNG GESCHETTERT, WENN DIE ANWEISUNG DREI MAL ODER HÄUFIGER ERFOLGTE, ODER SELTENER, FÄLLS EINE DROHUNG AUSGESPROCHEN WURDE.</p>		

Seite 53

<p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>		
<p>Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“</p>	<p>Häufigkeit</p>	
<p>05. VERÄRGERT ANDERE ABSICHTLICH</p> <p>„Macht er/sie Dinge absichtlich, um Andere zu verärgern mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes? Zum Beispiel andere Kinder hänseln oder anlachen.“</p>	0	1
<p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>		
<p>Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“</p>	<p>Häufigkeit</p>	
<p>06. ANDERE BESCHULDIGEN</p> <p>„Schleut er/sie die Schuld für eigenes Fehlverhalten auf Andere mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“</p>	0	1
<p>ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>		
<p>Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“</p>	<p>Häufigkeit</p>	
<p>07. EMPFINDLICH ODER LEICHT ZU VERÄRGERN</p> <p>„Ich habe Sie an früher Stelle gefragt, wie reizbar Ihr Kind ist. Jetzt möchte ich wissen, ob er/sie mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes</p>	0	1

Seite 54

empfindlich ist und sich leichter von anderen verärgern lässt? Das kann ein neues Verhalten sein oder die Art beschreiben, wie er/sie schon immer war."			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“		Häufigkeit	
		Dauer	
		(STUNDEN/Tag)	
		0	1
08. WÜTEND UND BELEDDIGT			
"Ärgert er/sie sich aufgrund von Kleinigkeiten mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes? Ärger oder Wut kann sich auch durch übermäßiges Schreien zeigen, dabei darf aber nicht Trauer, sondern es muss Ärger im Vordergrund stehen."			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“		Häufigkeit	
		Dauer (min)	
		0	1
09. BOSHAFT UND NACHTRAGEND			
"Tu er/sie häufig Dinge, nur um gemein zu anderen zu sein, oder aus Rache, um sich an ihnen für etwas zu rächen?"			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL			

Seite 55

Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“	Häufigkeit
WENN KEINE SYMPTOME, SPRINGEN SIE ZUR STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS	
010. BEGINN	
"Wie alt war er/sie als Sie das erste Mal die Fähigkeiten dieser Schwerigkeiten bemerkten (lassen Sie die aufgenommenen Items auf)?"	
WENN KEINE SYMPTOME, GEBEN SIE 0 EIN.	
Häufigkeit	
Jahre	
+Monate	

Seite 56

**BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEEINTRÄCHTIGUNG
DIE ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN FÜR DIE BEWERTUNG VON
BEEINTRÄCHTIGUNG BEFINDET SICH IN P185**

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE FÜR ODD SYMPTOME UND FRAGEN
SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS OLSAMTORQUE NACH JEDER
FORM DER BEEINTRÄCHTIGUNG

AUF BEEINTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER
BEZUGSPERSON BEREITS IN VORAUSGEHENDEN ABSCHNITTEN VORGELESSEN
WORDEN SEIN UND MÜSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Kodierung der Beeinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden
0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

Kodierung der ELTERNLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:

- 0= Eltern (-teil) passen (pass) sich den Problemverhaltensweisen des Kindes nicht an
- 1= Eltern (-teil) passen (pass) sich etwas an, aber nicht regelmäßig (<50% der Zeit)
- 2= Eltern (-teil) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)
- 3= Eltern (-teil) passen (pass) sich behäuflich immer an

Kodierung des KINDELICHEN LEIDENSDRUCKS:

- 0= fast nie
- 1 = manchmal
- 2 = häufig

O11. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN

„Stören die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] (VORHANDENE SYMPTOME VON OBEN ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Stören sie Ihre gemeinsame Beziehung, oder führen sie dazu, dass Sie verdrängter oder traurig sind?“

„Ist Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zureifend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

	0	1		
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	0	1	2	3

Seite 57

O12. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN

„Stören die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Brüdern oder Schwestern auskommt, führen diese [SYMPTOME] dazu, dass die Geschwister aufgebracht oder verdrängter sind?“

„Ist das Geschwister-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Geschwister-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zureifend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

	0	1		
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwister hat?“	0	1	2	3

O13. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHERINNEN/LEHRERINNEN

„Gibt es Berichte aus dem Kindergarten oder von den Erzieherinnen, dass ihr/sein Verhalten zu Problemen führt?“
„Stören die [SYMPTOME] die Beziehung zu den Erzieherinnen mehr als das Verhalten anderer Kinder?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zureifend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

	0	1		
O14. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTIGEN „Stören die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“	0	1		

Seite 58

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Kopflaute mit Gleichaltrigen hat?“	0	1	2	3
O15. ANGEMESSENES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT „Machen es Ihnen die geschickteren (SYMPTOME) schwerer, Inziste in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines/ihres Alters?“ „Können Sie mit (NAME des KINDES) in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“ ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	0	1		
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“ O16. KINDLICHER LEIDENSDRUCK „Glauben Sie, dass diese Verhaltensweisen Ihr Kind durchwandelnderinger? In Sinne, dass er/sie sich schlecht fühlt oder weint oder einfach richtig unglücklich erscheint?“ Wenn ja, fragen Sie: „Nun würde ich Sie bitten, das Verhalten einzuschränken. Wären Sie zogen, dass das fast nie, manchmal oder häufig auftritt?“	0	1	2	3
O17. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT „Siedern diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich daran etwas ändern muss?“	0	1		
O18. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH „Können Sie, dass diese (SYMPTOME) behandelt werden sollten? D.h., dass die (SYMPTOME) nach Ihrer Ansicht vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern dass Sie professionelle Hilfe benötigen?“	0		1	

Seite 59

STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS

DIESE STÖRUNG BEINHÄLTET FRAGEN, DIE IN BEZUG AUF BABYS UND KLEINKINDER ZU STELLEN UNANGEBÄCKT IST, ABHÄNGIG VOM ALTER UND DEN FÄHIGKEITEN DES KINDES; MUSSEN SICH INTERVIEWER BEI JEDEM EINZELFALL AUF IHR URTEIL VERLASSEN.

DIE MEISTEN DIESER ITEMS KÖNNEN AUCH AUFGENOMMEN WERDEN, WENN SIE NUR EIN ODER PAAR MAL AUFGETRETEN SIND. JENIE ITEMS, DIE NUR AUFGENOMMEN WERDEN KÖNNEN, WENN SIE ALS MUSTER AUFTRATEN, BEIHÄLTEN HÄUFIG IN DER ÜBERSCHRIFT.

C1. DRANGSALIERT, BEDROHT ODER SCHÜCHTERT ANDERE HÄUFIG EIN „Im nächsten Abschnitt der Fragen geht es um Aggression und Stehlen. Schreut er/sie andere Kinder häufig ein, indem er/sie Kinder schlägt oder bedroht, die jünger, kleiner sind oder sich selbst nicht verteidigen werden?“ ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist dieses Muster innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“ C2A. BEGINNT HÄUFIG SCHWERE SCHLÄGEREIN „Begint er/sie Schlägereien, bei denen jemand verletzt wurde oder sich hätte verletzen können?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	1
	0	
Wenn ja, fragen Sie: „Und tritt es als Muster mehr als gewöhnlich auf für das Alter des Kindes?“ ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist dieses Muster innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	1
	0	
C2B. MÖGLICHES ALTERNATIVSYMPTOM: BEGINNT HÄUFIG NICHT-VERLETZENDE SCHLÄGEREIN „Begint er/sie Schlägereien, die aber nicht so schlimm sind, dass sich jemand verletzt hätte oder sich hätte verletzen können?“		

Seite 60

ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist dieses Muster innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C3. HAT WAFEN BENUTZT, DIE ANDEREN SCHWEREN SCHADEN ZUFÜGEN KÖNNEN		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Hat erste jemanden mit einer Waffe bedroht oder verletzt?“		0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C4. KÖRPERLICH GRAUSAM ZU MENSCHEN		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Wie ist es mit körperlicher Grausamkeit gegenüber jemanden außerhalb einer Schlägerei?“		0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C5. KÖRPERLICH GRAUSAM ZU TIEREN		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Wie ist es mit körperlicher Grausamkeit gegenüber Tieren?“		0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C6. HAT IN KONFRONTATION MIT DEM OPPER GESTOHLLEN		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Hat sie / er andere Kinder offensichtlich benutzbar und direkt“		0	1

Seite 61

bestohlen?“			
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C7. ZWANG ANDERE ZU SEXUELLEN HANDLUNGEN		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Es mag notwendig klingen, die nächste Frage in Bezug auf ein kleines Kind zu stellen, aber hat erste jemanden zu sexuellen Handlungen gezwungen?“		0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C8. BRANDSTIFTUNG MIT DER ABSICHT, SCHWEREN SCHADEN ZU VERURSACHEN		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Hat erste jemanden Feuer gelegt, mit der Absicht, einen schweren Schaden zu verursachen oder jemanden zu verletzen?“		0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“			
C9. ZERSTÖRTE VORSÄTZLICH FREMDES EIGENTUM		Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	
„Hat erste Sachen von anderen vorsätzlich zerstört?“		0	1

Seite 62

ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
C10. BRACH IN FREMDE WOHNUNGEN, GEBÄUDE ODER AUTOS EIN „Die nächste Frage klingt ebenfalls eigenartig in Bezug auf junge Kinder, aber hat erste in fremde Wohnungen oder Autos eingebrochen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
C11. LÜGT HÄUFIG, UM SICH GÜTER ODER VORTEILE ZU VERSCHAFFEN ODER UM VERPFLICHTUNGEN ZU ENTGEEHEN „Auch die nächste Frage ist wieder mehrwärtig. Hat erste versucht Leute ernsthaft hereinzulügen? Normalerweise lügen Kinder, um Ärger zu vermeiden, aber mit dieser Frage ist gemeint, dass man versucht, jemanden wirklich zu überlisten oder auszunutzen, um ihn auszunutzen.“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
C12. STAHL GEGENSTÄNDE VON ERHEBLICHEM WERT OHNE KONFRONTATION MIT DEM OFFER „Hat erste jemals gestohlen, ohne den Laden direkt zu begegnen, wie z. B.,	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1

Seite 63

ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
C13. BLEIBT TROTZ ELTERNLICHER VERBOTE HÄUFIG ÜBER NACHT WEG „Man kommt wieder eine eigenartige Frage. Hat Ihr Kind absichtlich das Haus gegen die Absprachen verlassen und ist mindestens zwei Stunden weggeblieben?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
C14. LIEF ÜBER NACHT VON ZUHause WEG „Und wieder eine mehrwärtige Frage. Hat erste jemals von zu Hause weg und versuche über Nacht wegzufliehen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1
C15. SCHWANZT HÄUFIG DIE SCHULE ÜBERRINGEN SIE DIE FRAGE, WENN DAS KIND NICHT ZUR SCHULE GEHT „Schwanz erste die Schule?“	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten 0 1

Seite 64

ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das innerhalb der letzten 6 Monate vorgekommen?“	Hängt es in den letzten 6 Monaten
WENN ALLE ITEMS C1-C15 MIT 0 BEWERTET WURDEN, SPRINGEN SIE ZUR NÄCHSTEN STÖRKUNG	
C18. BEGINN „In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal das Auftreten dieser Probleme bemerkt?“	Jahre *Monate
WENN KEINE SYMPTOME, GEBEN SIE 0 EIN.	

BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEEINTRÄCHTIGUNG
 BEI BEDARF, BEZIEHEN SIE SICH AUF DAS PFSB-MODUL FÜR DIE ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN
 SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSSEITE FÜR SSV SYMPTOME UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTRÜPPE NACH JEDER FORM DER BEEINTRÄCHTIGUNG

AUF BEEINTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN VORAUSGEHENDEN ABSCHITTEN VORGELESSEN WORDERN SEIN UND MUSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Kodierung der Beeinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden
 0= nicht vorhanden
 1 = vorhanden

Kodierung der ELTERNLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:

0= Eltern (-teil) passen (pass) sich den Problemverhaltensweisen des Kindes nicht an
 1= Eltern (-teil) passen (pass) sich etwas an, aber nicht regelmäßig (<50% der Zeit)
 2= Eltern (-teil) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)
 3= Eltern (-teil) passen (pass) sich beständig immer an

C19. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN

„Soren die von Ihnen geschilderten (SYMPTOME) (VORHANDENE SYMPTOME VON OHNE ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Stören sie Ihre gemeinsame Beziehung oder führen sie dazu, dass Sie verärgert oder traurig sind?“

„Ist Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten (SYMPTOME) mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“

(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	0	1	2	3

C20. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN				
„Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Brüdern oder Schwestern auskommt, führen diese [SYMPTOME] dazu, dass die Geschwister aufgebracht oder verärgert sind?“		0	1	
„Ist das Geschwister-Verhältnis durch die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Geschwister-Beziehungen?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)				
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“				
		0	1	2
				3
C21. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHERINNEN/LEHRERINNEN				
„Gibt es Bereiche aus dem Kindergarten oder von den Erzieher/innen, dass ihr/sein Verhalten zu Problemen führt?“				
„Stören die [SYMPTOME] die Beziehung zu den Erzieher/innen mehr als das Verhalten anderer Kinder?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)		0	1	
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL				
C22. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTRIGEN				
„Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“		0	1	
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL				

Seite 67

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“				
		0	1	2
				3
C23. ANGEMESSENES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT				
Machen es Ihnen die geschiederten [SYMPTOME] schwerer, Ihre in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines/ihres Alters?“		0	1	
„Können Sie mit [NAME des KINDES] in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“				
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“				
		0	1	2
				3
C24. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT				
„Sind diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich daran etwas ändern muss?“		0	1	
C25. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH				
„Kennen Sie, dass diese [SYMPTOME] behandelt werden sollten? D.h., dass die [SYMPTOME] nach Ihrer Ansicht vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern dass Sie professionelle Hilfe benötigen?“		0	1	

Seite 68

STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

„Jetzt möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen zur Trennungsangst stellen. Ich bin schon vorher ein wenig damit eingewogen, nun muss ich noch einige detailliertere Fragen stellen. Es geht um Fragen, wie sich [NAMN des KINDES] fühlt und verhält, wenn er/sie von Ihnen getrennt ist.“

SE1. LEIDEN NACH DER TRENNUNG „Wenn Sie weggehen, reagiert er/sie ungewöhnlich aufgebracht, schnell, tritt oder wirft mit Gegenständen, weil er/sie möchte, dass Sie zurückkommen?“	0	1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	0	1
„Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“	Dauer (Min.)	
SE2. RÜCKZUG NACH DER TRENNUNG „Anstelle eines Midausbruchs, reagiert er/sie ungewöhnlich traurig oder zieht sich zurück?“	0	1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	0	1
„Und ist es innerhalb der letzten 4 Wochen vorgekommen?“	Dauer (Min.)	

SE3. LEIDEN IN ERWARTUNG EINER TRENNUNG
„Beginnen seine/ihre Auffälligkeiten schon vor der Trennung, weil er/sie weiß, dass sie bevorsteht?“

ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.

Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“

„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“

SE4. ANGST VOR DEM VERLUST DER ELTERN ODER DAVOR, DASS DEN ELTERN ETWAS ZUSTOSSEN KÖNNTE

„Ist er/sie besorgt, dass Ihnen etwas zustoßen könnte?“

„Ist er/sie besorgt, dass Sie nie mehr zurückkommen könnten, mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“

ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.

Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	0	1
„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“	Dauer (Min.)	
SE5. ANGST VOR PLÖTZLICHER TRENNUNG „Hat er/sie Angst, dass er/sie Ihnen verloren geht oder getötet werden oder Ihnen weggenommen werden könnte?“	0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Kein als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“	0	1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
„Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	0	1

„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“		Dauer (Min.)	
SE6. WIDERWILLEN ODER WEIGERUNG DAS HAUS ZU VERLASSEN „Hat erste Angst, das Haus zu verlassen und verweigert es oder versucht es zu verweigern?“	0	1	
	Falls nicht, fragen Sie: „Wie ist es mit anderen Orten, wo erste regelmäßig hingehen muss?“		
0	1	ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	
Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“			
„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“			
VERÄÄRMTE TAGE IN KINDERGARTENSCHULE „Wie viele Tage hat [NAME DES KINDES] im Kindergarten/Schule aufgrund von Furcht oder Angst verbracht?“		Dauer (Min.) versäumte Tage innerhalb der letzten 4 Wochen	
0	1		
SET. FÜRCHTET SICH ODER WEIGERT SICH ALLEINE ZU SEIN „Hat erste Angst alleine zu sein? Ich meine, vermeidet erste es alleine zu sein, folgt ihnen im Haus, möchte nicht alleine in einem Zimmer spielen oder beschicht sogar darauf, dass Sie mit ihm/ihnr im Badezimmer sind?“			
0	1		
Wenn ja, Frage Sie: „Mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
„Ist das fast jeden Tag so?“		0	1
„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“		0	1

Seite 71

SE8. WIDERWILLEN ODER WEIGERUNG ALLEINE ZU SCHLAFEN „Hat erste zu viel Angst davor, alleine zu schlafen?“		0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
„Ist das fast jeden Tag so?“		0	1
„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“		0	1
SE9. ALTRÄUME ZU TRENNUNGSTHEMEN „Hat erste Alpträume, die mit Trennung von ihnen zu tun haben, wie verloren zu gehen, oder Sie nicht finden zu können, oder dass Sie verletzt werden oder dass erste verletzt wird und Sie ihm/ihnr nicht helfen können?“		0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
„Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“		0	1
„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“		0	1
SE10. KÖRPERLICHE BESCHWERDEN BEI TRENNUNG „Fürchtet erste sich oder wird ängstlich, wenn erste bemerkt, dass Sie ihn/sie bei jemand anderem lassen wollen? Jetzt geht es nur um den Moment, in dem erste bemerkt, dass Sie gerade gehen wollen, Sie aber noch nicht weg sind.“		0	1
„Klagt erste über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Handschmerzen oder andere Schmerzen oder Beschwerden, wenn erste bemerkt, dass Sie ihn/sie verlassen werden?“ → mehrere Aspekte in einer Frage ...			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			

Seite 72

Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	0	1
„Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“	0	1
WENN ALLE ITEMS SEI – SEID MIT 0 BEWERTET WURDEN, SPRINGEN SIE ZUR SPEZIFISCHEN PHOBE.		
SE11. Wie oft war erste ds die ersten dieser [Zählen sie die aufgetretenen Items auf], auftraten?“		
WENN KEINE SYMPTOME, GEBEN SIE EINE 0 EIN.		

**BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEINTRÄCHTIGUNG
DIE ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN FÜR DIE BEWERTUNG VON
BEINTRÄCHTIGUNG BEFINDET SICH IN PTBS**

SCHAUDEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSSEITE FÜR TRENNUNGSANGSTSYMPTOME UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTKORPUS NACH JEDER FORM DER BEINTRÄCHTIGUNG.

AUF BEINTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN VOR AUSGEHENDEN ABSCHNITTEN VORGELSEN WORDEN SEIN UND MUSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Kodierung der Beeinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden
0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

Kodierung der ELTERLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:
0= Eltern (-teil) passen (pass) sich den Problemverhaltensweisen des Kindes nicht an
1= Eltern (-teil) passen (pass) sich etwas an, aber nicht regelhaft (<50% der Zeit)
2= Eltern (-teil) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)
3= Eltern (-teil) passen (pass) sich beinahe immer an

Kodierung des KINDLICHEN LEIDENSBRUCKS:
0= fast nie
1= manchmal
2 = häufig

SE12. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN
„Stören die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] (VORHANDENE SYMPTOME VON OBEN ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Stören sie Ihre gemeinsame Beziehung, oder führen sie dazu, dass Sie verärgert oder traurig sind?“
„Ist Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“

SE13. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN
„Stören die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Brüdern oder Schwestern auskommt. Führen diese [SYMPTOME] dazu, dass die Geschwister angebracht oder weniger sind?“

„Ist das Geschwister-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Geschwister-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“

SE14. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHERINNEN/LEHRERINNEN
„Gibt es Bereiche aus dem Kindergarten oder von den Lehrern/innen, dass ihr/sein Verhalten zu Problemen führt?“
„Stören die [SYMPTOME] die Beziehung zu den Erziehern/innen mehr als das Verhalten anderer Kinder?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.				
SELS, BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTIGEN „Sagen die von Ihnen geschiederten (SYMPHOME) die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“	0	1		
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“	0	1	2	3
SELG, ANGEMESSENS VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT „Machen es Ihnen die geschiederten (SYMPHOME) schwerer, müssen in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines Alters?“	0	1		
„Kommen Sie mit [NAME des KINDES] in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“				
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“	0	1	2	3

Seite 75

SEIT, KINDLICHER LEIDENSDRUCK „Glauben Sie, dass diese Verhaltensweisen Ihr Kind durchernaderbringen? Im Sinne, dass er/sie sich schlecht fühlt oder weint oder einfach richtig aufgebracht erscheint?“	0	1		
Wenn ja, fragen Sie: „Nun würde ich Sie bitten, das Verhalten einzuschätzen.“	0	1	2	
Wären Sie sagen, dass das fast nie, manchmal oder häufig auftritt?“				
SEIT, ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT „Schildern diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich daran etwas ändern muss?“	0	1		
SEID, ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH „Nennen Sie, dass diese (SYMPHOME) behandelt werden soll? D.h., dass die (SYMPHOME) nach Ihrer Ansicht vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern dass Sie professionelle Hilfe benötigen?“	0	1		

SPEZIFISCHE PROHIE

UM HIER DIE BEWERTUNG 1 ABZULEGEN, MUSS EIN REGELMÄSSIGES ANGSTMUSTER VORLIEGEN, D.H. DIE ANGST MUSS SICH NAHEZU BEI JEDER KONFRONTATION MIT DEM ANGSTREIZ ZEIGEN. WENN ES IN DER BISHERIGEN LEBENSSPANNE NUR EINE ODER ZWEI KONFRONTATIONEN GAB, MUSS MAN SICH AUF DAS ELTERLICHE URTEIL, VERLASSEN, DASS ES AUCH BEI HÄUFIGEREN KONFRONTATIONEN ZU EINER ANGSTREAKTION KOMMEN WÜRDE.

REGEL: VORHANDEN, DEM ANGSTREIZ, JEBOCH NICHT AUSGEGESETZT. BEWERTEN SIE DIESE ITEMS AUCH, WENN DAS KIND IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN KEINEM ANGSTREIZ AUSGEGESETZT WAR UND DESHALB KEINE PROBISSCHE ANGST GEZEIGT HAT, DIE ELTERN JEBOCH DAS GEFÜHL HABEN, DASS DAS KIND BEI EINER KONFRONTATION ANGST GEZEIGT HÄTTE.

„In Folgenden werde ich eine Reihe von Dingen abfragen, vor denen sich manche Menschen fürchten. Bitte sagen Sie mir, ob Ihr Kind mehr Angst vor diesen Dingen hat als gewöhnlich für das Alter des Kindes.“

Seite 76

SP1. „Tiere, wie Hunden, Insekten, Spinnen, Schlangen, Vögel?“	0	1
SP2. „Monstern? (Phantasiegestalten)“	0	1
SP3. „Der Dunkelheit?“	0	1
SP4. „Donner oder Blitz?“	0	1
SP5. „Spritzen/Injektionen?“	0	1
SP6. „Ärztin oder Zahnärztin?“	0	1
SP7. „Verletzungen?“	0	1
SP8. „Blut?“	0	1
SP9. „Dicken?“	0	1
SP10. „Kostümierten Personen wie dem Nikolaus, Clowns?“	0	1
SP11. „Höhlen?“	0	1
SP12. „Bräcker?“	0	1
SP13. „Aufzügen oder engen Räumen?“	0	1
SP14. „Wasser?“	0	1
SP15. „Irgendwelchen anderen Dingen, die ich nicht erwähnt habe?“	0	1

FALLS IBI EINER FRAGE JA, ERFRAGEN SIE BEISPIEL(E).

Wenn ja, fragen Sie: „Und es ist innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“		
ACHTEN SIE AUF DIE „VORHANDEN, DEM ANGSTREIZ JEDOCHE NICHT AUSGEGSETZT“-REGEL.“		
WENN ALLE ITEMS SP1 – SP15 MIT 0 BEWERTET WURDEN, SPRINGEN SIE ZUR SOZIALEM PHOBIE.		
SP16. „Vermietet er/sie ____ (hier eintragen) ____ vollständig oder er/trag er/sie es, auch wenn er/sie dabei die ganze Zeit sehr aufgeregt bleibt?“	0	1
FALLS SICH DAS KIND IN GEGENWART DES ANGSTREIZES BERUHIGEN KANN, BEWERTEN SIE MIT 0.		

→ bei spezifischer Phobie im Manual keine Frage zu Beginn der Symptomatik, wird offenbar bei sozialer Phobie mit erhoben?
 → Auch keine Erhebung funktioneller Beeinträchtigung – wird auch bei sozialer Phobie mit erhoben, deshalb darf auch andere Nummerierung

SOZIALE PHOBIE

SO1. FURCHT VOR FREMDEN „Bekommt er/sie Angst, wenn er/sie Freunde oder Personen, die er/sie nicht gut kennt treffen muss oder mit ihnen interagieren muss?“	0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“	0	1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		

Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“	0	1
SO2. FURCHT VOR AKTIVITÄTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT „Wird er/sie sehr aufgeregt oder ängstlich, wenn er/sie etwas vor anderen machen muss? Wenn er/sie zum Beispiel im Kindergarten/in der Schule zur Toilette gehen muss oder im Kindergarten/in der Schule vor anderen Kindern sprechen muss?“	0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Mehr als gewöhnlich für das Alter des Kindes?“	0	1
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		

Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“	0	1
SP17. „Wie alt war er/sie als die ersten dieser ____ fühlten sie die aufkommenden ____ auf?“	Beginn – Jahre	1
→ SO3 nicht im Manual	____ Monate	
WENN KEINE SYMPTOME, GEBEN SIE EINE 0 EIN.		

**BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEEINTRÄCHTIGUNG
DIE ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN FÜR DIE BEWERTUNG VON
BEEINTRÄCHTIGUNG BEFINDET SICH IN PFS**

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE FÜR PROBLEME UND FRAGEN SIE
BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME DER VORHANDENEN PROBLEME NACH
JEDER FORM DER BEEINTRÄCHTIGUNG.

AUF BEEINTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER
BEZUGSPERSON BEREITS IN VORAUSGEHENDEN ABSCHNITTEN VORKEULESEN
WORDEN SEIN UND MUSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Kodierung der Beeinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden

0 = nicht vorhanden

1 = vorhanden

Kodierung der ELTERLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:

0 = Eltern (-teil) passen (pass) sich den Problemverhaltensweisen des Kindes nicht an

1 = Eltern (-teil) passen (pass) sich etwas an, aber nicht vorgeplant (<50% der Zeit)

2 = Eltern (-teil) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)

3 = Eltern (-teil) passen (pass) sich beinahe immer an

Kodierung des KINDLICHEN LEIDENSDRUCKS:

0 = fast nie

1 = manchmal

2 = häufig

S1. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN „Stören diese Ängste (VORHANDENE SYMPTOME VON OBEN ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Stören sie Ihre gemeinsame Beziehung, oder führen sie dazu, dass Sie weniger oder weniger sind?“ „Ist Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschickelten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)	Spezifische Probe 0 1	Soziale Probe 0 1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“	Spezifische Probe 0 1 2 3	Soziale Probe 0 1 2 3

S2. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN

„Stören die von Ihnen geschickelten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit
Brüdern oder Schwestern auskommt, führen diese [SYMPTOME] dazu, dass
die Geschwister angebracht oder verärgert sind?“

Spezifische Probe 0 1
Soziale Probe 0 1

„Ist das Geschwister-Verhältnis durch die von Ihnen geschickelten
[SYMPTOME] mehr belastet als andere Geschwister-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger
Konflikte mit seinen Geschwister hat?“

S3. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHER/INNEML/EBERERINNEN
„Gibt es Berichte aus dem Kindergarten oder von den Erzieher/innen, dass
hinteren Verhalten zu Problemen führt?“
„Stören die [SYMPTOME] die Beziehung zu den Erzieher/innen mehr als das
Verhalten anderer Kinder?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

Spezifische Probe 0 1 2 3
Soziale Probe 0 1 2 3
Spezifische Probe 0 1
Soziale Probe 0 1

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.

S4. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTIGEN „Stören die von Ihnen geschickelten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“	Spezifische Probe 0 1	Soziale Probe 0 1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“	Spezifische Probe 0 1 2 3	Soziale Probe 0 1 2 3

SS. ANGENEMMES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT „Machen es Ihnen die geschilteren (SYMPTOME) schwer, hause in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines Alters?“ „Können Sie mit (MÄKLE des KINDES) in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“ BEFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	Spezifische Phobie	0	1
	Soziale Phobie	0	1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“	Spezifische Phobie	0	1
	Soziale Phobie	1	2
	1	2	3
	2	3	3
SS. KINDLICHER LEIDENSDRUCK „Glauben Sie, dass diese Verhaltensweisen Ihr Kind durchgenommen haben? Im Sinne, dass er/sie sich schlecht fühlt oder weint oder einfach richtig ausgebrecht erscheint?“ Wenn ja, fragen Sie: „Nun würde ich Sie bitten, das Verhalten einzuschätzen. Würden Sie sagen, dass das fast nie, manchmal oder häufig auftritt?“	0	1	
	1	2	
ST. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT „Stellen diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich daran etwas ändern muss?“	Spezifische Phobie	0	1
	Soziale Phobie	0	1
SS. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH „Machen Sie, dass diese (SYMPTOME) behandelt werden sollten? D.h., dass die (SYMPTOME) Ihrer Ansicht nach vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern dass Sie professionelle Hilfe benötigen?“	Spezifische Phobie	0	1
	Soziale Phobie	0	1
	1	1	

Seite 81

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

G1. EXZESSIVE SORGEN „Jetzt werde ich Ihnen Fragen zu allgemeiner Nervosität stellen. Manche Menschen haben nur Angst vor ein oder zwei Dingen wie über Brücken gehen oder auftrag fahren, und andere Personen machen sich fast ständig über verschiedene Dinge Sorgen, egal was gerade passiert. Ich möchte wissen, ob Ihr Kind zu den Kindern gehört, die sich auch Sorgen machen, wenn sie sich nicht in einer beängstigenden Situation befinden?“ Falls ja, fragen Sie: „Über welche Dinge genau sagt Ihr Kind, dass es sich Sorgen macht?“ MÖGLICHE DINGE, NACH DENEN GEFRAGT WERDEN KANN, WENN NOTIG, SIND FOLGENDE: Verletzung von sich selbst oder Familienangehörigen, Loyalität von Freunden, Wirbelsturm, Hurrikan, aktuelle Leistungen zu Hause oder in der Schule, vergangene Leistungen, persönliches Aussehen, Essen, Geld oder Haustiere. LISTEN SIE DIE SORGEN AUF: FALLS DIE SORGEN/ANGSTE UM SPEZIFISCHE DINGE UNSICHERHEITEN SIND, UNTERBROCHEN DURCH LANGE PHASEN OHNE NERVOSITÄT, PASSEN SIE BESSER ZU SPEZIFISCHEN PHOBIEN. SORGEN ÜBER TRENNUNGSANGST, BAKTERIEN, SPEZIFISCHE KRANKHEITEN UND SCHAMGEFÜHLE IN DER ÖFFENTLICHKEIT WERDEN IN ANDEREN MODULEN KODIERT. „An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine dieser Sorgen (Befürchtungen)?“ FALLS KEINE EXZESSIVEN SORGEN GENANNT WERDEN, ÜBERSPRINGEN SIE DIE NÄCHSTEN FRAGEN UND GEHEN SIE ZUR ZWANGSSTÖRUNG.	0	1	Häufigkeit (1-4/4 Wochen)

Seite 82

G2. UNKONTROLLIERBARKEIT „Wird es so auf Sie oder sagt Ihr Kind es direkt, dass es die Sorgen nicht richtig kontrollieren kann?“ „Ich würde gerne wissen, ob Ihr Kind eines der 6 folgenden Symptome hat, wenn es sich sorgt:“				
G3. RUHELISIGKEIT WÄHREND DER SORGEN „Ruhelosigkeit oder Gärtnerei?“ „Wird Ihr Kind sehr leicht müde?“				
G4. ERSCHOPPUNG WÄHREND DER SORGEN WÄHREND DER SORGEN „Konzentrationsprobleme während der Sorgen“ „Konzentrationsvermögen?“				
G5. KONZENTRATIONSPROBLEME WÄHREND DER SORGEN „Konzentrationsvermögen?“				
G6. REIZBARKEIT WÄHREND DER SORGEN „Reizbar?“				
G7. MUSKELANSpannung WÄHREND DER SORGEN „Muskelanspannung?“				
G8. SCHLAFPROBLEME WÄHREND DER SORGEN „Schlafprobleme?“				
G9. „Wie oft war Ihr Kind, als das erste dieser Symptome (nennen sie die ersten Symptome) auftrat?“	Beginn, Jahre + Beginn, Monate			

FALLS KEINE SYMPTOME GENANNT WERDEN, GEBEN SIE 0 EIN.

BEURTEILUNG VON FUNKTIONELLEN BEINTRÄCHTIGUNGEN

FALLS NOTWENDIG, SCHLAGEN SIE DIE KODIERREGELN ZUR EINSCHÄTZUNG DER BEINTRÄCHTIGUNG IM PTBS WODUL NACH

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE FÜR GAD-SYMPTOME – UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRUPE NACH JEDER FORM DER BEINTRÄCHTIGUNG AUF DEN FOLGENDEN SEITEN

DIE INSTRUKTIONEN ZUR BEURTEILUNG DER FUNKTIONELLEN BEINTRÄCHTIGUNGEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN DEN VORANGANGENEN ABSCHNITTEN VORGELESEN WORDEN SEIN UND MÜSSEN NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

KODIERUNG

0 = nein
1 = ja

KODIERUNG DER ZUGESTÄNDNISSE
0 = keine
1 = einige Zugeständnisse, aber meistens nicht (<50% der Zeit)
2 = mehr Zugeständnisse als keine (>50% der Zeit)
3 = fast immer Zugeständnisse

G10. BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN „Stören die Symptome, über die wir gerade gesprochen haben, die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind wesentlich und regen sie Sie auf oder nerven sie Sie?“ „Stören die Symptome Ihre Beziehung zu Ihrem Kind mehr als üblicherweise bei anderen Eltern-Kind-Beziehungen?“ FALLS JA, BITTE BEISPIELE AUFSCHREIBEN.	0	1	2	3
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse so das Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“	0	1	2	3
G12. BEZIEHUNGEN ZU BETREIBERN UND LEHRERN „Berichten Kindergärtnerinnen (oder andere Betreuer) oder Lehrer, dass das Verhalten Ihres Kindes problematisch ist?“ „Stören die Symptome die Beziehung zum Betreuer/Lehrer mehr als üblich?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.	0	1		
G13. BEZIEHUNG ZU GLEICHALTIGEN „Stören die Symptome die Beziehung zwischen Ihrem Kind und seinen Freunden – im Kindergarten, der Vorschule, in der Nachbarschaft?“ FALLS JA, BITTE EIN BEISPIEL AUFSCHREIBEN.				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse so das Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“	0	1	2	3
G14. FÄHIGKEIT ZU ANGEMESSEMEM VERHALTEN AUßERHALB VON ZUHAUSE ODER KINDERGARTEN/BETREUUNG „Machen die Symptome es schwerer für Sie, Ihr Kind außerhalb des Hauses mitzunehmen als üblich bei anderen Kindern?“ „Können Sie mit Ihrem Kind z. B. zum Lebensmittelladen gehen?“	0	1		

„Oder in ein Restaurant?“					
ZUGESTANDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind außerhalb des Hauses weniger problematische Situationen erlebt?“	0	1	2	3	
G15. KINDLICHER LEIDENSDRUCK „Glauben Sie, dass dieses Verhalten dazu führt, dass Ihr Kind negative Gefühle über sich selbst hat, wenn oder wirklich aus der Fassung gerät?“	0	1	2		
Falls ja, fragen Sie bitte: „Jetzt möchte ich Sie bitte, dies einzuschätzen. Würden Sie sagen, es passiert kaum(0), manchmal (2) oder häufig (3)?“					
ZUGESTANDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, so dass Ihr Kind sich nicht belaster fühlt?“	0	1	2	3	
G16. SYMPTOME, DIE ALS PROBLEMATISCH ANGESEHEN WERDEN „Scheitern Sie diese Symptome als Problem, d.h. als etwas, was sich ändern sollte?“	0	1			
G17. NOTWENDIGKEIT DER THERAPIE „Kennen Sie, dass diese Symptome behandelt werden sollten? D.h., dass sie Ihrer Ansicht nach vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern professionelle Hilfe benötigen?“					

Seite 85

ZWANGSSTÖRUNG			
OCC1. „Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind sogenannte Zwangsgedanken hat, die wiederkehrende und anhaltende Gedanken, die plötzlich aufkommen und ihn stören? Diese können von Themen handeln wie Krankheitsrisiko, Ordnung, Aggressionen oder auch Sorge um Andere.“	0	1	
DABEI HANDELT ES SICH NICHT EINFACH UM ÜBERTRIBENE SORGEN ÜBER REALE LEBENSPROBLEME.			
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
BESCHREIBEN SIE DEN ZWANGSGEDANKEN: Wenn ja, fragen Sie: „Und ist das betriebe jeden Tag vorgekommen?“	0	1	
Wenn ja, schießen Sie zu OCC2. OCC2. „Hat Ihr Kind versucht, diese Gedanken zu ignorieren oder sie irgendwie loszuwerden?“	0	1	
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
OCC3. „Führt Ihr Kind das aus, was wir Zwangshandlung nennen, d.h. ein kindl. ein Verhalten, das erste immer und immer wieder ausführen muss?“	0	1	
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			

Seite 86

Wenn ja, Fragen Sie: „Und das war <i>benähe</i> jeden Tag?“ BESCHREIBEN SIE DAS RITUAL _____		
Wenn nein, und OCI mit „ja“ bewertet wurde, springen Sie zu OC6. Wenn nein, und OCI mit „nein“ bewertet wurde, springen Sie aus Ende. OC4. „Nachdem <i>er/sie</i> dieses Ritual <i>angeführt</i> hat, hat <i>er/sie</i> dann <i>weniger</i> Angst zumindest für eine Weile?“	0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
OC5. „Scheint <i>er/sie</i> dieses Ritual <i>ausführen</i> zu <i>missen</i> , weil <i>er/sie</i> glaubt, damit etwas <i>Schlimmes</i> <i>verhindern</i> zu <i>können</i> ?“	0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
OC6. „Wie <i>oft</i> war <i>er/sie</i> , als das <i>erste</i> dieser _____ (zahlen Sie die <i>verzeichneten</i> Items auf)?“		
WENN KEINE SYMPTOME VORHANDEN SIND, GEBEN SIE 0 EIN.		
	Beginn Jahre	†Monate

Seite 87

BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEEINTRÄCHTIGUNG

BEI BEDARF: BEZIEHEN SIE SICH AUF DAS FTSB-MODUL FÜR DIE
ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSEITE DER SYMPTOME FÜR DIE
ZWANGSSTÖRUNG UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS
GESAMTGRUPPE NACH JEDER FORM DER BEEINTRÄCHTIGUNG

AUF BEEINTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER
BEZUGSPERSON BEREITS IN VORANGEHENDEN ABSCHITTEN VORGELESEN
WORDEN SEIN UND MÜSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Kodierung der Beeinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden
0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

Kodierung der ELTERNLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:

- 0 = Eltern (-teil) passen (pass) sich den Problemverhaltensweisen des Kindes nicht an
- 1 = Eltern (-teil) passen (pass) sich etwas an, aber nicht regelmäßig (<50% der Zeit)
- 2 = Eltern (-teil) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)
- 3 = Eltern (-teil) passen (pass) sich *benähe* immer an

Kodierung des KINDLICHEN LEIDENSDRUCKS:

- 0 = fast nie
- 1 = manchmal
- 2 = häufig

OC7. DAUER
„Wie *lange* dauern diese *Gedanken* oder *Rituale* *pro* Tag *im* Durchschnitt?“
(EINE STUNDE ODER MEHR WIRD VON DSM-IV VERLANGT)

_____	Minuten
-------	---------

Seite 88

<p>OC8. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN „Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPHOME] (PROHANDENE SYMPHOME VON OBEN ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Stören sie Ihre gemeinsame Beziehung, oder führen sie dazu, dass Sie verärgert oder traurig sind?“ „Ist Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschiederten [SYMPHOME] mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren)</p>	0	1		
<p>ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>				
<p>ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“</p>	0	1	2	3
<p>OC9. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN „Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPHOME] die Art, wie Ihr Kind mit Brüdern oder Schwestern auskommt, und führen diese [SYMPHOME] dazu, dass die Geschwister aufgebracht oder verärgert sind?“ „Ist das Geschwister-Verhältnis durch die von Ihnen geschiederten [SYMPHOME] mehr belastet als andere Geschwister-Beziehungen?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren)</p>	0	1		
<p>ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>				
<p>ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“</p>	0	1	2	3

<p>OC10. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHERINNEN/LEHRERINNEN „Gibt es Bereiche aus dem Kindergarten oder von den Erzieher/innen, dass ihr/sein Verhalten zu Problemen führt?“ „Stören die [SYMPHOME] die Beziehung zu den Erzieher/innen mehr als das Verhalten anderer Kinder?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren)</p>	0	1		
<p>ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>				
<p>OC11. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTIGEN „Stören die von Ihnen geschiederten [SYMPHOME] die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“</p>	0	1		
<p>ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>				
<p>ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“</p>	0	1	2	3
<p>OC12. ANGEMESSENES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT „Machen es Ihnen die geschiederten [SYMPHOME] schwerer, Ihre/ie in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines/ihres Alters?“ „Können Sie mit [NAME des KINDES] in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“</p>	0	1		
<p>ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL</p>				

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“	0	1	2	3
OC13. KINDLICHER LEIDENSDRUCK „Glauben Sie, dass diese Verhaltensweisen Ihr Kind durcheinanderbringen? Im Sinne, dass er/sie sich schlecht fühlt oder weint oder einfach richtig aufgebracht erscheint?“	0	1		
Wenn ja, fragen Sie: „Nun würde ich Sie bitten, das Verhalten einzuschätzen. Würden Sie sagen, dass das fast nie, manchmal oder häufig auftritt?“	0	1	2	
OC14. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT „Stellen diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich davon etwas ändern muss?“	0		1	
OC15. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH „Nennen Sie, dass diese (SYMPTOME) behandelt werden sollten? D.h., dass die (SYMPTOME) nach Ihrer Ansicht vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern, dass sie professionelle Hilfe benötigen?“	0		1	

BINDUNGSSTÖRUNG

R1. SUCHT BEI KUMMER KEINEN TROST „Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zum Thema Bindung stellen.“ „Sucht Ihr Kind keinen Trost bei, über Handlungsgeschehen, wenn es sich weh getan hat oder kummer hat? Alle Kinder verzichten manchmal darauf Trost zu suchen, weil sie ein großer Junge oder ein großes Mädchen sein wollen, das ist ganz normal. Ich bin daran interessiert, ob Ihr Kind nie oder fast nie Trost sucht.“	f1	0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Wie oft kam das innerhalb der letzten 4 Wochen vor?“	f1c	Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	
R2. REAGIERT BEI KUMMER NICHT AUF TROST „Wie verhält es sich, wenn Sie ihm/ihr Trost anbieten, wenn er/sie sich verletzt hat oder kummer hat: Erweckt er/sie den Eindruck, dass er/sie nicht getröstet werden möchte oder nicht getröstet werden kann?“			

Wenn ja, fragen Sie: „Noch einmal, das kann bei Kindern die versuchen, groß zu sein ein ganz normales Verhalten sein. Ich bin daran interessiert, ob (NAME DES KINDES) nie oder fast nie Trost sucht.“	f2	0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Wie oft kam das innerhalb der letzten 4 Wochen vor?“	f2c	Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	
R3. EINGESCHRÄNKTER POSITIVER AFFEKT DIE ANTWORT IST IHNEN VIELLEICHT SCHON AUS DEN MODULEN PTSD ODER MDD BEKANNT. FALLS NICHT, FRAGEN SIE: „Ich habe Sie dies vorher schon gefragt, ich möchte es aber noch einmal genauer abklären. Denken Sie, dass er/sie allgemein weniger positive Gesichtsausdrücke zeigt – d.h. Lächeln oder Lachen –, als normalerweise ein Kind seines Alters?“	f3	0	1
ERRAGEN SIE EIN BEISPIEL.			
Wenn ja, fragen Sie: „Und es ist innerhalb der letzten vier Wochen vorgetragen?“			
R4. ÜBERMÄSSIGE HOHE REIZBARKEIT, TRAURIGKEIT, ANGST „Ich muss Sie erneut etwas zu anderen Gefühlen fragen.“ „Denken Sie, er/sie ist sehr leicht reizbar?“ „Ist er/sie allgemein sehr traurig?“ „Ist er/sie allgemein sehr ängstlich?“	f4a f4b f4c	0 0 0	1 1 1
ERRAGEN SIE BEISPIELE.			

Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“	0	1
R5. REDUZIERTE SOZIALE UND EMOTIONALE WECHSELSEITIGKEIT „Zeigt er/sie nicht so viel emotionale Verbundenheit mit Menschen wie normalerweise andere Kinder? Ich meine so etwas wie Gefühle mitteilen oder Blickkontakt?“	r5 0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
Wenn ja, fragen Sie: „Ist das fast jeden Tag so?“	0	1
„Und es ist innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“		
R6. ALLZU VERTRAUTES VERHALTEN, VERMINDERTE ZURÜCKHALTUNG GEGENÜBER UNVERTRAUTEN PERSONEN „Normalerweise sind Kinder gegenüber Erwachsenen, die sie nicht kennen, weniger vertrauensvoll. Sie sind gegenüber Fremden zurückhaltend, es sei denn, es handelt sich um Lehrer oder Ärzte. Verhält er/sie sich zu vertrauensvoll gegenüber Fremden?“	r6 0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	r6f Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	
„Und sie/er verhält sich immer noch so?“	0	1
R7. SELTENE RÜCKVERSICHERUNG BEI BEZUGSPERSONEN WENN ES SICH VORWART, AUCH NICHT IN UNBEKANNTER UMGEBUNG „Wenn Kinder an einem unbekanntem Ort weggehen oder wegrennen, schauen sie sich normalerweise sicherheitsliebend ab und zu nach ihren Eltern um, aber manche Kinder scheinen sich nicht rückversichern. Schaut sich ihr Kind nicht so um?“		
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.	r7 0	1

Seite 93

Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	r7f Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	
„Und er/sie verhält sich immer noch so?“		
R8. BEREITSCHAFT MIT FREUNDEN MITZUGEHEN „Ist er/sie schon einmal mit Freunden mitgegangen, wenn es nicht angemessen vor oder wäre er/sie mitgegangen, wenn Sie ihn/sie nicht zurückgeholt hätten?“	r8 0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL.		
Wenn ja, fragen Sie: „Ist es ein regelmäßiges Verhaltensmuster, d.h. keine einmalige Sache?“	r8f Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	
„Und er/sie verhält sich immer noch so?“		
WENN ALLE ITEMS R1 - R8 MIT 0 BEWERTET WURDEN, SPINGEN SIE ZUR NÄCHSTEN STÖRUNG.		
ERFRAGEN SIE BEISPIELE.		
Wenn ja, fragen Sie: „Und ist es innerhalb der letzten vier Wochen vorgekommen?“	r9f Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	
R9. „Wie oft war er/sie, als die ersten dieser ... (zählen sie die aufgezählten Items auf) ... auftraten?“	r9 Beginn - Mitte + Monat	

Seite 94

BEWERTUNG DER FUNKTIONALEN BEENTRÄCHTIGUNG

BEI BEDARF, BEZIEHEN SIE SICH AUF DAS TPSP-MODUL FÜR DIE ZUSAMMENFASSUNG DER REGELN

SCHAUEN SIE AUF DIE ÜBERSICHTSSEITE FÜR SYMPTOME DER BINDUNGSSTÖRUNG UND FRAGEN SIE BITTE JEWEILS FÜR DIE SYMPTOME ALS GESAMTGRUPPE NACH JEDER FORM DER BEENTRÄCHTIGUNG

AUF BEENTRÄCHTIGUNG BEZOGENE INSTRUKTIONEN SOLLTEN DER BEZUGSPERSON BEREITS IN VORANGEHENDEN ABSCHNITTEN VORGELESEN WORDEN SEIN UND MÜSSEN HIER NICHT WIEDERHOLT WERDEN.

Kodierung der Beeinträchtigung in vorhanden / nicht vorhanden
 0= nicht vorhanden
 1 = vorhanden

Kodierung der ELTERNLICHEN ZUGESTÄNDNISSE:

0= Eltern (-teil) passen (pass) sich den Problemverhaltensweisen des Kindes nicht an
 1= Eltern (-teil) passen (pass) sich etwas an, aber nicht regelhaft (<50% der Zeit)
 2= Eltern (-teil) passen (pass) sich häufiger an als nicht (>50% der Zeit)
 3= Eltern (-teil) passen (pass) sich beinahe immer an

R10. BEZIEHUNGEN ZU DEN ELTERN		r10	0	1
„Sorgen die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] (VORHANDENE SYMPTOME VON OBEN ANFÜHREN) wesentlich die Art, wie Ihr Kind mit Ihnen auskommt? Sagen sie Ihre genaueste Beziehung, oder führen sie dazu, dass Sie verärgert oder traurig sind?“				
„Ist Ihr Eltern-Kind-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)				
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.				
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit Ihnen hat?“		r10a	0	1
			1	2
			2	3

R11. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN

„Sorgen die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Brüdern oder Schwestern auskommt. Führen diese [SYMPTOME] dazu, dass die Geschwister angegrächt oder verärgert sind?“

„Ist das Geschwister-Verhältnis durch die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] mehr belastet als andere Geschwister-Beziehungen?“
(Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)

ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.

R11. GESCHWISTERBEZIEHUNGEN		r11	0	1
ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, sodass Ihr Kind weniger Konflikte mit seinen Geschwistern hat?“		r11a	0	1
			1	2
			2	3
R12. BEZIEHUNGEN ZU ERZIEHER/INNEN/LEHRER/INNEN		r12	0	1
„Gibt es Berichte aus dem Kindergarten oder von den Erzieher/innen, dass ihr/sein Verhalten zu Problemen führt?“				
„Sorgen die [SYMPTOME] die Beziehung zu den Erzieher/innen mehr als das Verhalten anderer Kinder?“ (Wenn beides zutrifft, dann als zutreffend=1 kodieren.)				
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.				
R13. BEZIEHUNGEN ZU GLEICHALTRIGEN		r13	0	1
„Sorgen die von Ihnen geschilderten [SYMPTOME] die Art, wie Ihr Kind mit Freunden auskommt – im Kindergarten oder in der Nachbarschaft?“				
ERRRAGEN SIE EIN BEISPIEL.				

ZUGESTÄNDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind weniger Konflikte mit Gleichaltrigen hat?“		r13a	0 <th>1 </th>	1
			1	2
			2	3
R14. ANGEWESSENES VERHALTEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT		r14	0	1
„Machen es Ihnen die geschilderten [SYMPTOME] schwerer, Ihre/se in die Öffentlichkeit mitzunehmen als bei einem durchschnittlichen Kind seines/ihres Alters?“				

„Können Sie mit [NAME des KINDES] in den Supermarkt gehen? Oder ins Restaurant?“

ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL

ZUGESTANDNISSE: „Machen Sie Zugeständnisse, damit Ihr Kind in der Öffentlichkeit keine problematischen Situationen erleben muss?“	0	1	2	3
R15. KINDLICHER LEIDENSBRUCK „Glauben Sie, dass diese Verhaltensweisen Ihr Kind durch den anderen bringen? Im Sinne, dass er/sie sich schlecht fühlt oder weint oder einfach richtig angebracht erschein?“	t1	5	0	1
Wenn ja, fragen Sie: „Nun werde ich Sie bitten, das Verhalten einzuschätzen. Wenden Sie sagen, dass das fast nie, manchmal oder häufig auftritt?“	0	1	2	
R16. ELTERLICHE PROBLEMEINSICHT „Stellen diese Symptome ein Problem für Sie dar? Finden Sie, dass sich daran etwas ändern muss?“	t16	0	1	
R17. ELTERLICHER BEHANDLUNGSWUNSCH „Meinen Sie, dass diese [SYMPTOME] behandelt werden sollten? D.h., dass die [SYMPTOME] Ihrer Ansicht nach vermutlich nicht von selbst verschwinden werden, sondern, dass Sie professionelle Hilfe benötigen?“	t17	0	1	

Seite 97

ENSCHLAFSCHWIERIGKEITEN

SIE KENNEN DIE ANTWORTEN EVENTUELL SCHON AUS DEN PTSD- ODER MDD-MODULEN. WENN NICHT, DANN FRAGEN SIE FOLGENDES:

SL1. „Als nächstes stelle ich Ihnen ein paar Fragen zum Schlafverhalten Ihres Kindes.“	0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL. Wenn die Frage beginnt wird, fragen Sie: „Hat es diese Einschlagsschwierigkeiten nach wie vor?“ (Alternativ: Ist es immer noch der Fall, kommt es immer noch vor?) „An wie vielen Nächten pro Woche durchschnittlich ist das Einschlagen problematisch für Ihr Kind?“ „Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich, um einzuschlafen?“	0	1
	Häufigkeit (Nächte pro Woche)	Dauer in Minuten

Unsa sind Ergebnisse empirischer Studien aufgelistet, die Problemschlaf quantifiziert haben. Diese sind nicht als starke Richtlinien, um das Problem zu bestätigen, zu verstehen (Alternativ: Sie gehen nicht als starke Richtlinien, um das Problem zu bestätigen)

(1) Wie viele Minuten werden bis zum Einschlafen benötigt:
Alter 12 – 24 Monate > 30 Minuten
Alter 24 Monate und älter > 20 Minuten
(2) Wie oft wachen Sie nach dem Einschlafen im Zimmer bleiben
(3) Zu wie vielen Wachen kommt es, z.B. wegen unklarer Ängste, Protesten oder Weigerung ins Bett zu gehen.
Alter 12 – 24 Monate: 3 oder mehr Wiedersehen
Alter 24 Monate und älter: zwei oder mehr Wiedersehen

DURCHSCHLAFSCHWIERIGKEITEN

SL2. „Glauben Sie, dass Ihr Kind größere Schwierigkeiten mit dem Durchschlafen hat als andere Kinder?“	0	1
ERFRAGEN SIE EIN BEISPIEL. Wenn die Frage beginnt wird, fragen Sie weiter: „Hat es diese Durchschlafschwierigkeiten nach wie vor?“ „An wie vielen Nächten pro Woche durchschnittlich ist das Durchschlafen problematisch für Ihr Kind?“ „Wie oft wachen Ihr Kind durchschnittlich pro Nacht auf?“	0	1
	Häufigkeit (Nächte pro Woche)	Häufigkeit (Erwachen pro Nacht)

Seite 98

8.2 DIPA Lösungsschema

DIPA version 11/17/10			0 = No	1 = Yes
Date _____	D.O.B. _____	ID _____		Name _____
<p>PTSD p28 Intrusive recollections p29 Play reenactment p30 Non-play reenactment p31 Nightmares on trauma p32 Nightmares non-trauma p33 Flashbacks p34 Dissociation p35 Psychological distress at reminders p36 Physiological distress at reminders p37 Avoidance of external p38 Avoidance of internal p39 Inability to recall p40 Loss of interests p41 or p42 Restricted affect p43 Sense of foreshortened future p44 Detachment p45 Initiating sleep p46 Night waking p47 Irritability/anger p48 Concentration p49 Hypervigilance p50 Exaggerated startle</p> <p>RDC-PA Algorithm: A. 1 out of p1-p12. B. 1 out of 5 choices: p28, p29, or p30 p31-p32 p33-p34 p35 p36 C. 1 out of 7 choices: p37 p38 p39 p40 p41 or p42 p43 p44 D. 2 out of 5 choices: p45 or p46 p47 p48 p49 p50 E. Duration at least 1 month F. 1 from p56-p61.</p> <p>DSM-IV Algorithm: A. 1 out of p1-p12. 1 out of p14-p27. B. Same as above. C. 3 out of 7 choices above. D, E, & F. Same as above.</p> <p>MDD m1 Sad/unhappy m2 Irritable m3 Loss of interests m4 Anhedonia m5 Boredom m6 Reduced appetite m7 Weight loss m8 Increased appetite m9 Night waking m10 Sleepiness m11 Psychomotor agitation m12 Psychomotor retardation m13 Fatigue m14 Worthlessness m15 Guilt m16 Concentration m17 Indecisiveness m18 Talks about death</p>	<p>m19 Death play themes m20 Suicide play themes m21 Suicidal thoughts m22 Suicidal plans m23 Suicide attempts</p> <p>MDD Algorithm: m1 or m2; or m3, m4, or m5. 4 out of 7 choices: m6, m7, or m8 m9 or m10 m11 or m12 m13 m14 or m15 m16 or m17 m18, m19, m20, m21, m22, or m23 1 out of m24-m29</p> <p>BIPOLAR I b1 3 out of 7 choices: (4 needed if b2 but not b1) b3 b4 b5 b6 b7 b8 or b9 b10 1 out of b11-b16</p> <p>ADHD a1 Fails to give close attention a2 Difficulty sustaining attention a3 Does not listen a4 Does not follow through a5 Difficulty organizing a6 Avoids mental effort a7 Loses things a8 Easily distracted a9 Forgetful a10 Fidgets a11 Leaves seat a12 Runs about or climbs a13 Trouble being quiet a14 "On the go"/"motor" a15 Talks excessively a16 Blurts out answers a17 Difficulty waiting turn a18 Interrupts</p> <p>Inattention Subtype Algorithm: 6 out of a1-a9 a11 (two settings) 1 out of a12-a16</p> <p>Hyperactivity Subtype Algorithm: 6 out of a19-a27 a29 (two settings) 1 out of a30-a34</p> <p>ODD o1 Loses temper o2 Argues o3 Breaks rules o4 Disobedient o5 Annoying o6 Blames others o7 Touchy o8 Angry/resentful o9 Spiteful or vindictive</p>	<p>ODD Algorithm: 4 out of 8 choices: o1 o2 o3 or o4 o5 o6 o7 o8 o9 1 out of o11-o16</p> <p>CONDUCT DISORDER c1 Bullies c2 Initiates physical fights c3 Used weapon c4 Cruel to people c5 Cruel to animals c6 Stole with confrontation c7 Forced sexual activity c8 Fire setting c9 Destroyed property c10 Broken entry c11 Cons/lies for goods c12 Stole without confrontation c13 Stays out late c14 Run away c15 Truant</p> <p>CD Algorithm: 3 out of c1-c15 1 out of c19-c23</p> <p>SAD se1 Distress after separation se2 Withdrawal after separation se3 Distress from anticipated separation se4 Fear about harm to parent se5 Fear about sudden separation se6 Refusal to leave home se7 Fearful to be alone se8 Reluctance to sleep alone se9 Nightmares of separation se10 Physical symptoms on separation</p> <p>SAD Algorithm: 3 out of 8 choices: se1, se2, or se3 se4 se5 se6 se7 se8 se9 se10 1 out of se12-se17</p> <p>SPECIFIC PHOBIA Specific Phobia Algorithm: 1 out of sp1-sp15 1 out of s1-s6 for specific phobia.</p> <p>SOCIAL PHOBIA Social Phobia Algorithm: 1 out of so1 or so2 1 out of s1-s6 for social phobia.</p>	<p>GAD g1 Excessive worries g2 Uncontrollability g3 Restlessness g4 Fatigue g5 Concentrating g6 Irritability</p> <p>g7 Muscle tension g8 Sleep</p> <p>GAD Algorithm: g1 and g2 1 out of g3-g8 1 out of g10 – g15</p> <p> OCD oc1 Obsessions oc2 Unwanted aspect oc3 Compulsions oc4 Anxiety reduction oc5 Prevention aspect</p> <p>OCD Algorithm: oc1 and oc2 oc3 oc4 or oc5 1 out of oc8-oc13</p> <p>RAD r1 doesn't seek comfort r2 little response to comfort r3 limited positive affect r4 Irritable, sadness, or fear r5 Reduced reciprocity r6 Overly familiar r7 Rarely checks back r8 Willing to go off with unfamiliar adults r9 ≥9 mos. dev. age</p> <p>RDC-PA algorithms: Inhibited subtype: 3 out of 4: r1, r2, r3 or r4, or r5 r9 & 1 out of r10-r14</p> <p>Disinhibited subtype: 2 out of 3: r6, r7, or r8 r9 & 1 out of r10-r14</p> <p>DSM-IV algorithm: (Note: the pathogenic care criterion is not supported). Inhibited type if any one of r1, r2, or r5 predominate. Disinhibited type if any one of r6 or r8 predominate.</p> <p>Sleep Onset Dyssomnia SI1 Night Waking Dyssomnia SI2 Both: 4 wks, ≥5 x/wk; not if <12 months of age.</p>	

8.3 Email Anhang von Herrn Scheeringa (erhalten im Rahmen einer Email Kommunikation)

DISSEMINATION OF THE DIAGNOSTIC INFANT PRESCHOOL ASSESSMENT (DIPA)

Published Studies

1. Salloum A., Wang W, Robst J, Murphy TK, Scheeringa MS, Cohen JA, Storch EA (in press). Stepped Care Versus Standard Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Young Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
2. Salloum, A, Scheeringa, MS, Cohen, JA, & Storch, EA (2015). Responder status criterion for stepped care trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *Child and Youth Care Forum*, 44(1), 59-78. DOI 10.1007/s10566-014-9270-1.
3. Boekamp JR, Williamson LR, Martin SE, Hunter HL, Anders TF (published online October 7, 2014). Sleep onset and night waking insomnias in preschoolers with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development*; doi 10.1007/s10578-014-0505-z.
4. De Young A, Hendrikz J, Kenardy J, Cobham V, Kimble R (2014). Prospective evaluation of parent distress following pediatric burns and identification of risk factors for young child and parent posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 24(1), 9-17, DOI 10.1089/cap.2013.0066.
5. Salloum A, Scheeringa MS, Cohen JA, Storch EA (2014). Development of Stepped Care Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Young Children. *Cognitive and Behavioral Practice* 21(1), 97-108, doi: 10.1016/j.cbpra.2013.07.004.
6. Salloum A, Robst J, Scheeringa MS, Cohen JA, Wang W, Murphy T, Tolin D, & Storch EA (2014). Step One within Stepped Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Young Children: A Pilot Study. *Child Psychiatry and Human Development*, 45, 65-77, DOI 10.1007/s10578-013-0378-6.
7. DeYoung A, Kenardy J, Cobham V, Kimble R (2012). Prevalence, comorbidity, and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53,1,56-63.
8. DeYoung A, Kenardy J, Cobham V (2011). Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 40,3,375-384.

9. Gleason MM, Zeanah CH, Dickstein S (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Development and preliminary validity of the Early Childhood Screening Assessment. *Infant Mental Health Journal* 31,3,335-357.

10. Scheeringa MS, Haslett, N (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 3, 299-312.

Studies Planned or In Progress

1. Tulane University, Michael Scheeringa, MD. Test-retest and construct validation of revised DIPA. May 2015.

2. Institute of Child Health/Great Ormond St Hospital. Margaret DeJong, August 2015.

3. DePaul University. Cecilia Martinez-Torteya, PhD., January 2015.

4. University of Bremen, Germany. Mira Vasileva (PhD student), (advisor Prof. Franz Petermann), 2014

5. University of California, San Diego. Jeffrey Max, MD, December 2014.

6. Child Health and Development Interactive System (CHADIS). Incorporated into their system which is used in many places. September 2014.

7. University of Michigan. Ellen McGinnis (dissertation) and Kate Rosenblum, PhD (R03). August 2014

8. University of Queensland (Alexandra DeYoung, PhD), and University of Zurich (Markus Landolt, PhD). June 2014

9. University of Michigan. Julie Kaplow, PhD Kaward. 2008.

Sites Trained

1. DePaul University, Chicago, IL. Cecilia Martinez-Torteya, PhD. January 2015.

2. University of California, San Diego. Jeffrey Max, MD. November 2014.

3. Tulane University Infant Assessment Team, New Orleans, LA. September 2011.
4. University of South Florida and Crisis Center of Tampa Bay. Alison Salloum, PhD, LCSW. July 2011.
5. Brown University. John Boekamp, PhD. October 2009.

Translations

Chinese. **Completed 2014.**

Jinsong Zhang

Danish. **Completed 2012.**

Stine Rønholt.

Dutch. **Almost completed 2014.**

Els van Meijel.

French **Completed 2011.**

Thierry Baubet

German

PTSD module only 11/20/14. **Completed 2014.**

Markus Landolt

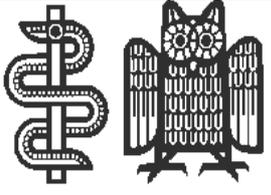
Spanish. Likert version **Completed 2015.**

Mora Violeta Lopez, with Michael Scheeringa

8.4 Aufklärung und Einverständniserklärungen

8.4.1 Studie der Universitätsklinik Homburg (Saar)

8.4.1.1 Flyer

<p>UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES</p> <p>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>Direktor: Univ.-Prof. Dr. Alexander von Gontard</p>	
---	---

„Datenerhebung über psychische Symptome und Verhaltensprobleme im Kleinkindalter im Rahmen des Forschungsprojektes „Validierung der deutschen Version der Conners‘ Early Childhood Rating Scales““

Liebe Eltern,

Kinder sind heute schon sehr früh vielen Herausforderungen im Alltag ausgesetzt. Manchen Kindern fallen diese leicht, andere haben Schwierigkeiten, damit umzugehen. Hierbei können soziale, emotionale und Verhaltensprobleme entstehen. Für ca. 4 von 100 Kindern entstehen so große Schwierigkeiten, sodass sie für die Bewältigung Ihrer Probleme therapeutische oder medizinische Hilfe brauchen.

Um die Behandlung solcher Kinder stetig zu verbessern, führen wir im Rahmen unserer Doktorarbeit Datenerhebungen in Form von Verhaltensfragebögen und einem Interview zu psychischen Störungen im Kleinkindalter durch.

Mitmachen können alle Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren. Im Zuge der Datenerhebung soll vorab von den Eltern und auch von den Erziehern des Kindes ein Fragebogenpaket ausgefüllt werden, dessen Inhalt sich mit unterschiedlichen Charakterzügen und Verhaltensweisen befasst.

Zusätzlich führen wir ein Interview mit den Eltern durch, welches ungefähr 45 Minuten dauert und sich noch detaillierter mit den Verhaltensweisen der Kinder befasst.

Die Daten werden selbstverständlich anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Ihr Kind möglich sind. Sollten Sie sich während der Datenerhebung gegen die Studie entscheiden, entstehen Ihrem Kind und Ihnen dadurch keine Nachteile. Ein Abbruch der Studie ist jederzeit möglich.

Für ihre Teilnahme an der Studie zahlen wir Ihnen eine **Aufwandsentschädigung in Höhe von 15 Euro.**

Bitte setzen Sie sich bei Interesse oder Rückfragen mit uns in Verbindung:

-per Email an lisa.bohlen@web.de oder michelle_maier@gmx.de

-oder per Telefon 0157 56017286 (Lisa Bohlen) oder 0178 8684531 (Michelle Maier)

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft zur Teilnahme!

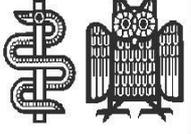
Mit freundlichen Grüßen

Dr. Monika Equit
Psychologische Psychotherapeutin

Lisa Bohlen
cand. Med.

Michelle Maier
cand. Med.

8.4.1.2 Ethikkommission

UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Direktor: Univ.-Prof. Dr. Alexander von Gontard	
---	---

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Geb. 90.2) D-66421 Homburg/Saar

Ethikkommission
Ärztchamber des Saarlandes
Faktoreistraße 4

66111 Saarbrücken

Pforte: ☎ 06841/ 16 – 2 41 00
Poliklinik: ☎ 06841/ 16 – 2 42 33
☎ 06841/ 16 – 2 43 33
Direktion: ☎ 06841/ 16 – 2 4148
☎ 06841/ 16 – 2 43 97

Datum: 17.10.2013

Zeichen: ME
Tel.-Durchwahl: 06841-1624148

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit reichen wir Ihnen die Unterlagen zur Prüfung unserer Beteiligung an der ‚Deutschen Adaptation und Standardisierung der „Conners' Early Childhood Rating Scales“ ein. Dieses Forschungsprojekt wird von Frau Professor Hanna Christiansen (Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Philipps Universität, Marburg) koordiniert. Ein positives Votum der federführenden Ethik-Kommission (lokale Ethik-Kommission des Fachbereichs 04, Philipps Universität, Marburg) liegt bereits vor. Da in diesem Fall jedoch lediglich ein Kurzantrag (Ausfüllen einer Checkliste) an die lokale Ethik-Kommission des Fachbereichs 04 der Philipps Universität in Marburg gestellt wurde, kann hier keine Kopie des ursprünglichen Antrages vorgelegt werden. Frau Professor Christiansen hat uns stattdessen das ‚Project Proposal' zur Verfügung gestellt, in dem die Studie für den Hogrefe-Verlag dargestellt wurde. Im Rahmen der Studie werden Eltern sowie Erzieherinnen von Vorschulkindern gebeten, drei Fragebögen auszufüllen (die „Conners' Early Childhood Rating Scales“, der Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkindern sowie den Fragebogen zu Stärken und Schwächen).

Im Rahmen unserer Beteiligung an der Studie möchten wir in unserer Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder, die drei genannten Fragebögen sowie einen zusätzlichen Fragebogen (Dt. Version der Preschool Feeling Checklist) an 60 Eltern und Erzieherinnen von 3-5;11 jährigen Kindern aushändigen. Ergänzend zu den Fragebögen wird mit den Eltern ein klinisches Interview zur psychischen Symptomatik ihres Kindes geführt. Die Durchführung dieser Teilstudie erfolgt durch zwei Medizin-Doktorandinnen. Untersuchungen oder Befragungen der Kinder werden nicht vorgenommen.

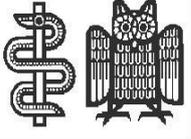
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte gerne an Frau Dr. Monika Equit, Tel.: 06841/16-24148.

In der Anlage finden Sie folgende Unterlagen:

- Project Proposal
- Positives Votum der lokalen Ethik-Kommission des Fachbereichs 04, Philipps Universität, Marburg
- Aufklärung und Einverständniserklärung der Eltern sowie alle dazugehörigen Fragebögen
- Aufklärung und Einverständniserklärung der Erzieher sowie alle dazugehörigen Fragebögen
- Beispiel-Fragen des klinischen Eltern-Interviews

Univ.-Prof. Dr. Alexander von Gontard

8.4.1.3 Aufwandsentschädigung

UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Direktor: Univ-Prof. Dr. med. Alexander von Gontard	
---	---

Studienbezeichnung: _____

Doktorand/in: _____

.....

Aufwandsentschädigung

Mein Kind _____, geb. am _____

hat an einer Studie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilgenommen.

Für die Überweisung einer Aufwandsentschädigung in Höhe von _____ € auf mein nachfolgendes Konto, wäre ich Ihnen sehr dankbar:

Name: _____ Vorname: _____
(Erziehungsberechtigte/r)

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.Nr.: _____

Bankverbindung: (Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben !)

Name des Kontoinhabers: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

* IBAN: _____

*SWIFT(BIC): _____

Name der Bank: _____

.....

**** Unbedingt angeben, ansonsten keine Erstattung möglich !***

Homburg, den _____

Unterschrift: _____

8.4.2 Studie der Universität Marburg

8.4.2.1 Eltern

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

„Normierung des Conners Early Childhood Questionnaire“

Für die Teilnahme Ihres Kindes an unserer Studie benötigen wir das schriftliche Einverständnis eines/einer Erziehungsberechtigten. Bitte geben Sie Ihren Namen und den Namen Ihres Kindes sowie dessen Geburtsdatum an und unterschreiben Sie nachfolgende Erklärung.

Mein Name: _____ Mein Vorname: _____

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgendes:

- Ich habe das Informationsschreiben gelesen und dessen Inhalt verstanden.
- Ich wurde über das Wesen und die Bedeutung dieser Studie aufgeklärt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an der Studie teilnimmt.
- Ich erlaube dem/der Erzieher/-in bzw. Lehrer/-in meines Kindes, einen Fragebogen, der Informationen über mein Kind erhebt, auszufüllen.
- Die Teilnahme meines Kindes an der Studie erfolgt freiwillig.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontaktdaten (freiwillig, falls Rückmeldung über Ergebnisse erwünscht):

Name: _____

Adresse/E-Mail: _____

Kooperationspartner

**Prof. Dr. Ricarda Steinmayr TU-Dortmund,
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund**

**Prof. Dr. Eva Neidhardt Universität Koblenz,
Postfach 201602
56016 Koblenz**

Prof. Dr. Hanna Christiansen

**Klinische Kinder- und
Jugendpsychologie**

Philipps-Universität
AG Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstraße 18

D-35032 Marburg/Lahn

Tel.: 06421 – 282-3706

Fax: 06421 – 2828904

Email: christih@staff.uni-marburg.de

Aufklärung und Einverständniserklärung

Informationen zu dem Forschungsprojekt „Validierung der deutschen Version der Conners' Early Childhood Rating Scales (Conners-EC)“

Informationen für Eltern

Dieses Informationsblatt fasst die wesentlichen Aspekte des oben genannten Forschungsprojektes zusammen. An dem Projekt sind weiter Frau Prof. Dr. Ricarda Steinmayr (TU-Dortmund) und Frau Prof. Dr. Eva Neidhardt (Uni Koblenz) beteiligt. Die Untersuchungen werden von Prof. Dr. Hanna Christiansen koordiniert.

Für die Teilnahme an der Studie befindet sich am Ende dieses Informationsschreibens ein Formular für Ihr schriftliches Einverständnis, ohne das ein Einschluss in diese Studie nicht möglich ist.

Informationsschreiben für Eltern

Liebe Eltern,

wir bitten mit diesem Informationsschreiben um Ihre Mithilfe an unserer Studie. Mit dieser möchten wir eine Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kleinkindalter in Deutschland erreichen. Im Folgenden finden Sie Informationen zum Inhalt der Studie und zum Umgang mit den erhobenen Daten.

Was ist der Hintergrund und Anlass der Studie?

Kinder sind heute schon sehr früh vielen Herausforderungen im Alltag ausgesetzt. Manchen Kindern fallen diese leicht und andere haben Schwierigkeiten, diese zu bewältigen. So können soziale, emotionale und Verhaltensprobleme entstehen. Für ca. vier von 100 Kindern entstehen so große Schwierigkeiten, dass sie für die Bewältigung ihrer Probleme therapeutische oder medizinische Hilfe brauchen. Für diese Kinder ist es wichtig, dass ihre Not früh erkannt wird. Dafür werden Diagnoseverfahren benötigt, die bereits in einem jungen Alter auftauchende Symptome erkennen können. Hierzu werden unter anderem Verhaltensfragebögen für Eltern und Erzieher/-innen eingesetzt.

Leider gibt es derzeit für den deutschsprachigen Raum bislang nur wenige anerkannte wissenschaftliche Verfahren zur Früherkennung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten. Im amerikanischen Raum hat sich der „Conners Early Childhood Questionnaire“ für solch eine Früherkennung bewährt und gut etabliert. Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Fremdbeurteilungsverfahren, d. h. Eltern und Erzieher/-innen des Kindes geben Auskunft über das Kind. Der Fragebogen erhebt das Verhalten und das emotionale und soziale Befinden des Kindes. Außerdem werden wichtige Entwicklungsmeilensteine aus dem Kindergarten- und Vorschulalter erfragt.

Um mögliche Verhaltens- oder Entwicklungsprobleme eines Kindes festzustellen, wird der ermittelte Fragebogenwert eines Kindes mit einer möglichst großen Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, d. h. der individuelle Wert des Kindes wird mit einem Normwert verglichen, um eventuelle Abweichungen festzustellen.

Wie ist das Vorgehen unserer Studie?

Wir haben die Conners Early Childhood Questionnaires ins Deutsche übersetzt. Mit diesem Fragebogen möchten wir an einer für den deutschsprachigen Raum repräsentativen Stichprobe von Kindern einen gültigen Durchschnittswert für das Verhalten und die Entwicklungsphasen der Kinder ermitteln. D. h. wir möchten für den Fragebogen einen Normwert ermitteln, der dem Verhalten und der Entwicklung von in Deutschland lebenden Kindern entspricht. Weiter wollen wir den Fragebogen mit anderen Fragebögen vergleichen, um zu prüfen, inwieweit die Conners Early Childhood Questionnaires mit diesen übereinstimmen bzw. diesen überlegen sind. Insgesamt wollen wir Eltern und Erzieher/-innen von 800 Kindern im Alter von zwei bis sechseinhalb Jahren befragen. Anschließend

werden die Fragebögen von uns ausgewertet und auf deren Gültigkeit überprüft. So wird die Qualität des übersetzten Fragebogens sichergestellt. Die Ergebnisse dieser Studie werden daraufhin veröffentlicht. Der normierte Fragebogen steht anschließend Psychologen und Ärzten bei der Diagnose von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kleinkindalter zur Verfügung.

Wie können Sie uns helfen?

Wir bitten Sie darum, diesen Fragebogen auszufüllen. Im ersten Teil wird das Verhalten, im zweiten Teil werden Entwicklungsmeilensteine des Kindes erfasst. Die benötigte Zeit beträgt ca. 30–45 Minuten. Es werden parallel für jedes Kind ein Fragebogen von den Eltern und ein Fragebogen von den Erzieher(inne)n ausgefüllt. Dabei geht es nicht darum, dass Ihr Kind Verhaltensauffälligkeiten zeigt, sondern wir suchen ganz gesunde und normale Kinder.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, erklären Sie sich über die Einverständniserklärung zu Ihrer Teilnahme bereit. Diese geben Sie bitte ausgefüllt an die Erzieher/-innen zurück. Die in der Einverständniserklärung erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zuordnen der Fragebögen verwendet und nach dem Austeilen dieser gelöscht. Sie erhalten dann den Fragebogen von dem/der Erzieher/-in bzw. Lehrer/-in Ihres Kindes. Den ausgefüllten Bogen geben Sie bitte wieder an die Erzieher/-innen zurück. Diese werden die Fragebögen an uns weitergeben.

Durch Ihre Teilnahme tragen Sie erheblich zu einer Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsproblemen bei Kleinkindern im deutschsprachigen Raum bei. Wenn Sie eine Rückmeldung über das Ergebnis der Studie wünschen, können Sie Ihre Kontaktdaten mitangeben. Wir werden Sie dann gerne nach Abschluss der Studie informieren. Individuelle Ergebnisse können wir Ihnen aufgrund der Anonymisierung der Daten leider nicht mitteilen.

Was geschieht mit den personenbezogenen Informationen und Ergebnisse?

Die im Rahmen dieser Untersuchung aus den Fragebögen erhobenen Daten werden in Computersystemen des Fachbereiches Psychologie der Universität Marburg anonymisiert und ausgewertet. Die Speicherung und der Umgang mit den Daten unterliegen den Grundsätzen des Datenschutzes. D. h., dass die Daten Ihres Kindes so unkenntlich gemacht werden, dass aufgrund der Daten keine Rückschlüsse auf die Identität Ihres Kind gezogen werden können.

Wir würden uns sehr freuen, Sie für unsere Studie gewinnen zu können.

Für Ihre Unterstützungen möchten wir Ihnen jetzt schon herzlich danken!

8.4.2.2 Erzieher

 technische universität
dortmund

 UNIVERSITÄT
KOBLENZ · LANDAU

Kooperationspartner

**Prof. Dr. Ricarda Steinmayr TU-Dortmund,
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund**

**Prof. Dr. Eva Neidhardt Universität Koblenz,
Postfach 201602
56016 Koblenz**

Philipps  Universität
Marburg

Prof. Dr. Hanna Christiansen

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie

Philipps-Universität
AG Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstraße 18

D-35032 Marburg/Lahn

Tel.: 06421 – 282-3706

Fax: 06421 – 2828904

Email: christih@staff.uni-marburg.de

Aufklärung und Einverständniserklärung

Informationen zu dem Forschungsprojekt „Validierung der deutschen Version der Conners‘ Early Childhood Rating Scales (Conners-EC)“

Informationen für Erzieher/-innen

Dieses Informationsblatt fasst die wesentlichen Aspekte des oben genannten Forschungsprojektes zusammen. An dem Projekt sind weiter Frau Prof. Dr. Ricarda Steinmayr (TU-Dortmund) und Frau Prof. Dr. Eva Neidhardt (Uni Koblenz) beteiligt. Die Untersuchungen werden von Prof. Dr. Hanna Christiansen koordiniert.

Für die Teilnahme an der Studie befindet sich am Ende dieses Informationsschreibens ein Formular für Ihr schriftliches Einverständnis, ohne das ein Einschluss in diese Studie nicht möglich ist.

Informationsschreiben für Erzieher/-innen

Liebe Erzieherinnen und Erzieher,

wir bitten mit diesem Informationsschreiben um Ihre Mithilfe an unserer Studie. Mit dieser möchten wir eine Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kleinkindalter in Deutschland erreichen. Im Folgenden finden Sie Informationen zum Inhalt der Studie.

Was ist der Hintergrund und Anlass der Studie?

Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten entstehen häufig bereits schon im Kleinkindalter. Sie gehen meist einher mit Beeinträchtigungen in der persönlichen Entwicklung der Kinder. Dies bringt nicht nur Schwierigkeiten im familiären Umfeld mit sich, sondern auch soziale, emotionale und Verhaltensprobleme im Kindergarten und später in der Schule. Für ca. vier von 100 Kindern entstehen so große Schwierigkeiten, dass sie für die Bewältigung ihrer Probleme therapeutische oder medizinische Hilfe brauchen. Für diese Kinder ist es wichtig, dass ihre Not früh erkannt wird. Dafür werden Diagnoseverfahren benötigt, die bereits in einem jungen Alter auftauchende Symptome erkennen können. Hierzu werden Verhaltensfragebögen für Eltern und auch für Erzieherinnen und Erzieher eingesetzt, da die Verhaltensbeurteilung durch Sie ein unabdingbarer Bestandteil für die Diagnostik bei Verhaltensauffälligkeiten ist.

Leider gibt es derzeit für den deutschsprachigen Raum bislang nur wenige anerkannte wissenschaftliche Verfahren zur Früherkennung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten. Im amerikanischen Raum hat sich der „Conners Early Childhood Questionnaire“ für solch eine Früherkennung bewährt und gut etabliert. Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Fremdbeurteilungsverfahren, d. h. Eltern und Erzieher des Kindes geben Auskunft über das Kind. Der Fragebogen erhebt das Verhalten und das emotionale und soziale Befinden des Kindes. Außerdem werden wichtige Entwicklungsmeilensteine aus dem Kindergarten- und Vorschulalter erfragt.

Um mögliche Verhaltens- oder Entwicklungsprobleme eines Kindes festzustellen, wird der ermittelte Fragebogenwert eines Kindes mit einer möglichst großen Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, d. h. der individuelle Wert des Kindes wird mit einem Normwert verglichen, um eventuelle Abweichungen festzustellen.

Wie können Sie uns helfen?

Zunächst möchten wir Sie bitten, das Fragebogenpaket mit dem Informationsschreiben und der Einverständniserklärung an die Eltern weiterzuleiten. Für jedes Kind müssen zwei Fragebögen ausgefüllt werden: einer durch die Eltern und einer durch Sie. Im ersten Teil wird das Verhalten, im zweiten Teil werden Entwicklungsmeilensteine des Kindes erfasst. Weiter wollen wir den Fragebogen mit anderen Fragebögen vergleichen, um zu prüfen, inwieweit die Conners Early Childhood Questionnaires mit diesen übereinstimmen bzw.

diesen überlegen sind; diese sind auch mit in dem Fragebogenpaket enthalten. Die benötigte Zeit beträgt ca. 30–45 Minuten. Es werden parallel für jedes Kind ein Fragebogen von den Eltern und ein Fragebogen von Ihnen, den Erzieher/-innen ausgefüllt. Die zusammengehörigen Eltern- und Erzieherfragebögen wurden von uns mit Codes versehen und zusammengeheftet. Bitte achten Sie darauf, dass die entsprechenden Fragebögen auch wieder zusammengefügt werden, bevor Sie diese an uns zurückschicken.

Wir sind uns bewusst, dass Sie als Erzieherinnen und Erzieher vielfältige Aufgaben mit immer weniger Zeit erledigen müssen. Wir sind daher froh über jeden einzelnen ausgefüllten Fragebogen, aber wir möchten Sie in keinem Fall im Übermaß beanspruchen!

Was bekommen Sie von uns für ihre Teilnahme?

Leider können wir Ihnen für die Teilnahme an dieser Studie keine finanzielle Aufwandsentschädigung zahlen. Falls Sie Interesse haben, bieten wir Ihnen aber einen kostenlosen Workshop zu ADHS in ihrer Kindertageseinrichtung an.

Wir würden uns sehr freuen, Sie für unsere Studie gewinnen zu können. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie erheblich zu einer Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kleinkindern im deutschsprachigen Raum bei.

Für Ihre Unterstützungen möchten wir Ihnen jetzt schon herzlich danken!

8.5 Korrelationen

8.5.1 DIPA-Fragebögen der Eltern

Tabelle 38: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (externalisierende Störungsbilder) - CBCL ½ -5

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	ADHS (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion (CBCL Skala)	.309*	.391**	0.188	0.256
Ängstlich Depressiv (CBCL Skala)	0.054	0.149	-0.089	0.052
Sozialer Rückzug (CBCL Skala)	0.216	0.218	0.129	0.170
Internalisierende Störungen (CBCL Skala)	0.231	.302*	0.071	0.189
Körperliche Beschwerden (CBCL Skala)	-0.174	0.020	-0.037	-0.208
Total (CBCL Skala)	.464**	.562**	.269*	.357**
Schlafprobleme (CBCL Skala)	0.083	0.149	-0.086	0.037
Aufmerksamkeitsprobleme (CBCL Skala)	.366**	.519**	0.231	.310*
Aggressives Verhalten (CBCL Skala)	.556**	.610**	.449**	.442**
Externalisierende Störungen (CBCL Skala)	.586**	.603**	.396**	.482**

Tabelle 39: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (internalisierende Störungsbilder) – CBCL 1 ½ - 5

	Internalisierende DIPA- Diagnosen	Depression (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	Angststörung (DIPA-Diagnose)	Trennungsangst (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion (CBCL Skala)	.437**	.460**	0,128	-0,010	.188	0.183
Ängstlich Depressiv (CBCL Skala)	.503**	.360**	.372**	0,156	.302*	0.137
Sozialer Rückzug (CBCL Skala)	0,014	.009	0,155	-0,108	.078	-0.069
Internalisierende Störungen (CBCL Skala)	.460**	.345**	.329*	0,162	.340**	0.155
Körperliche Beschwerden (CBCL Skala)	.436**	.158	.541**	.329*	.519**	0.111
Total (CBCL Skala)	.269*	.305*	0,057	-0,033	.110	0.029
Schlafprobleme (CBCL Skala)	.289*	.064	0,090	0,093	.161	0.241
Aufmerksamkeitsprobleme (CBCL Skala)	0,129	.158	-0,139	-0,008	.014	0.008
Aggressives Verhalten (CBCL Skala)	-0,019	.199	-0,172	-0,185	-.194	-0.115
Externalisierende Störungen (CBCL Skala)	-0,022	.214	-.268*	-0,235	-.191	-0.098

Tabelle 40: Vollständige Korrelationen der DIPA-Diagnosen Schlaf-, Bindungs-, und bipolare Störungen mit den Skalen der CBCL 1 ½ -5

	Bipolare Störung (DIPA-Diagnose)	Schlafstörung (DIPA-Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA-Diagnose)
Emotionale Reaktion (CBCL Skala)	.204	.200	.211
Ängstlich Depressiv (CBCL Skala)	.071	.185	.155
Sozialer Rückzug (CBCL Skala)	.135	-.082	.189
Internalisierende Störungen (CBCL Skala)	.177	.144	.238
Körperliche Beschwerden (CBCL Skala)	.084	.000	.303*
Total (CBCL Skala)	.363**	.094	.253
Schlafprobleme (CBCL Skala)	.056	.374**	.347**
Aufmerksamkeits-Probleme (CBCL Skala)	.433**	.088	.148
Aggressives Verhalten (CBCL Skala)	.402**	.048	.040
Externalisierende Störungen (CBCL Skala)	.408**	.060	.080

Tabelle 41: Vollständige Übersicht der Korrelationen der externalisierenden Diagnosen des DIPA- und dem VBV 3-6 der Eltern

	Externalisierende DIPA Diagnosen	ADHS (DIPA Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA Diagnose)
Sozial Emotionale Kompetenz (VBV Eltern)	-.370**	.101	-.346**	-.363**
Oppositionell Aggressives Verhalten (VBV Eltern)	.526**	-.136	.357**	.539**
Aufmerksamkeits-schwächen und Hyperaktivität VS. Spieldauer (VBV Eltern)	.373**	-.004	-0.058	.413**
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Eltern)	0.175	-.138	0.010	0.244

Tabelle 42: Vollständige Übersicht der Korrelationen der internalisierenden Diagnosen des DIPA mit der VBV 3-6 der Eltern

	Internalisierende DIPA Diagnosen	Angststörung (DIPA Diagnose)	Depression (DIPA Diagnose)	soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	Trennungsangst (DIPA-Diagnose)
Sozial Emotionale Kompetenz (VBV Eltern)	0.057	.122	-.069	0.058	0.208	-0.078
Oppositionell Aggressives Verhalten (VBV Eltern)	-0.075	-.163	.183	-0.118	-.317*	0.084
Aufmerksamkeits-schwächen und Hyperaktivität VS. Spieldauer (VBV Eltern)	0.186	-.018	.232	0.048	-0.241	.302*
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Eltern)	.312*	-.133	.227	.425**	-0.026	.330*

Tabelle 43: Vollständige Übersicht der Korrelationen zwischen den DIPA Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störung mit dem VBV 3-6 der Eltern

	Bipolare Störung (DIPA Diagnose)	Schlafstörung (DIPA Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA Diagnose)
Sozial Emotionale Kompetenz (VBV Eltern)	-.297*	.116	.119
Oppositionell Aggressives Verhalten (VBV Eltern)	.430**	-.151	-.158
Aufmerksamkeits-schwächen und Hyperaktivität VS. Spieldauer (VBV Eltern)	.164	-.008	-.015
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Eltern)	.039	-.134	-.140

8.5.2 Korrelationen der DIPA- Diagnosen mit den Fragebögen der Erzieher

Tabelle 44: Vollständige Übersicht der Korrelationen der externalisierenden DIPA-Diagnosen und den Skalen der C-TRF 1 ½ -5

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	ADHS (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA-Diagnose)
Ängstlich Depressiv (C-TRF Skala)	-0.008	.080	-0.035	0,093
Körperliche Beschwerden (C-TRF Skala)	-0.189	.090	-0.211	-0.295
Verschlossen (C-TRF Skala)	0.117	.302	-0.051	0.007
Emotionale Reaktion (C-TRF Skala)	0.260	.121	0.218	.321*
Internalisierende Störungen (C-TRF Skala)	0.087	.146	0.063	0.065
Total (C-TRF Skala)	0.260	.192	0.217	0.207
Aufmerksamkeitsprobleme (C-TRF Skala)	0.220	.234	0.268	0.150
Aggressives Verhalten (C-TRF Skala)	0.182	.099	0.301	0.150
Externalisierende Störungen (C-TRF Skala)	.312*	.202	0.273	0.238

Tabelle 45: Vollständige Übersicht der Korrelationen der internalisierenden DIPA-Diagnosen und den Skalen der C-TRF 1 ½ -5

	Internalisierende DIPA-Diagnosen	Depression (DIPA-Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA-Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA-Diagnose)	Angststörung (DIPA-Diagnose)	Trennungsangst (DIPA-Diagnose)
Ängstlich Depressiv (C-TRF Skala)	0,100	.031	0.161	-0.125	.212	.429**
Körperliche Beschwerden (C-TRF Skala)	0,197	.066	0.035	0.057	.178	0.224
Verschlossen (C-TRF Skala)	-0,144	-.092	0,112	-0.261	-.022	0.197
Emotionale Reaktion (C-TRF Skala)	-0,200	.025	-.415**	-.406**	-.174	0.182
Internalisierende Störungen (C-TRF Skala)	0,003	.019	0.039	-0.242	.060	.320*
Total (C-TRF Skala)	-0,066	.099	-0,128	-0.278	-.044	0.281
Aufmerksamkeitsprobleme (C-TRF Skala)	-0,163	.071	-0.191	-.0164	-.184	0.001
Aggressives Verhalten (C-TRF Skala)	-0,089	.013	-0,162	-0.221	.000	0.301
Externalisierende Störungen (C-TRF Skala)	-0,131	.130	-.333*	-0.251	-.155	0.211

Tabelle 46: Vollständige Übersicht der Korrelationen der DIPA-Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störung mit den Skalen der C-TRF 1 ½ -5

	Bipolare Störung (DIPA-Diagnose)	Schlafstörung (DIPA-Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA-Diagnose)
Ängstlich Depressiv (C-TRF Skala)	.180	.054	.139
Körperliche Beschwerden (C-TRF Skala)	-.109	.161	.179
Verschlossen (C-TRF Skala)	.050	.097	.037
Emotionale Reaktion (C-TRF Skala)	.105	-.169	.088
Internalisierende Störungen (C-TRF Skala)	-.059	.080	.181
Total (C-TRF Skala)	.142	.101	.098
Aufmerksamkeitsprobleme (C-TRF Skala)	.250	.092	.041
Aggressives Verhalten (C-TRF Skala)	.047	.019	.100
Externalisierende Störungen (C-TRF Skala)	.177	.131	.005

Tabelle 47: Vollständige Übersicht der Korrelationen zwischen den externalisierenden Diagnosen des DIPA und dem VBV 3-6 der Erzieher

	Externalisierende DIPA Diagnosen	ADHS (DIPA Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA Diagnose)
Sozial Emotionale Kompetenz (VBV Erzieher)	0.179	-,140	0.048	0.220
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Erzieher)	-0.252	-,142	.013	-0.155
Oppositionell Aggressives Verhalten (VBV Erzieher)	.457**	.399*	.147	.395*
Aufmerksamkeits-Schwächen und Hyperaktivität VS. Spieldauer (VBV Erzieher)	.343	.402*	.310	.401*

Tabelle 48: Vollständige Übersicht der Korrelationen der internalisierenden Diagnosen des DIPA mit den VBV 3-6 Skalen der Erzieherinnen

	Internalisierende DIPA Diagnosen	Angststörung (DIPA Diagnose)	Depression (DIPA Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA Diagnose)	Trennungsangst (DIPA Diagnose)
Sozial Emotionale Kompetenz (VBV Erzieher)	0.168	.185	.066	0.092	0.251	0.133
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Erzieher)	-0.130	.158	-.156	0.065	-0.105	0.121
Oppositionell Aggressives Verhalten (VBV Erzieher)	-0.143	-.415*	.371*	-.430*	-.454**	-0.058
Aufmerksamkeits-Schwächen und Hyperaktivität VS. Spieldauer (VBV Erzieher)	0.040	-.186	.443**	-0.058	-0.297	0.029

Tabelle 49: Vollständige Übersicht der Korrelationen der Diagnosen Schlaf-, Bindungs und bipolare Störung des DIPA mit den VBV 3-6 Skalen der Erzieherinnen

	Bipolare Störung (DIPA Diagnose)	Schlafstörung (DIPA Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA Diagnose)
Sozial Emotionale Kompetenz (VBV Erzieher)	0.048	.273	.159
Emotionale Auffälligkeiten (VBV Erzieher)	.013	-.191	-.105
Oppositionell Aggressives Verhalten (VBV Erzieher)	.147	.030	-.172
Aufmerksamkeits-Schwächen und Hyperaktivität VS. Spieldauer (VBV Erzieher)	.310	.172	-.099

8.5.3 DIPA-klinische Diagnosen

Tabelle 50: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (externalisierende Störungen)- klinische Diagnosen

	Externalisierende DIPA-Diagnosen	ADHS (DIPA-Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens (DIPA Diagnose)	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (DIPA Diagnose)
Externalisierende klinische Diagnosen	.455**	.245	.263*	.420**
ADHS (klinische Diagnose)	.379**	.269*	.230	.414**
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (klinische Diagnose)	.027	.148	.154	-.097
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (klinische Diagnose)	.396**	.179	.256	.458**
Störung des Sozialverhaltens (klinische Diagnose)	.105	-.100	-.048	.121
Internalisierende Klinische Diagnosen	.025	.089	-.128	.073
Depression (klinische Diagnose)	.150	.054	-.069	.172
Phobien (klinische Diagnose)	.131	.054	-.069	-.016
Soziale Phobien (klinische Diagnose)	.130	-.100	-.048	-.143
Trennungsangst (klinische Diagnose)	.127	.176	-.048	.121
Anpassungs-Störung (klinische Diagnose)	.130	.024	-.112	.035
Autismus Spektrum	.130	.148	.154	-.097

Störung (klinische Diagnose)				
Bindungsstörung (klinische Diagnose)	.150	.176	-.048	.121
Enkopresis (klinische Diagnose)	-.164	-.100	-.048	-.143
Enuresis (klinische Diagnose)	.140	.176	-.069	-.016
Entwicklungs- Störung (klinische Diagnose)	.143	.226	-.041	.178
Essstörung (klinische Diagnose)	.128	-.014	-.085	-.252
Mutismus (klinische Diagnose)	.129	-.100	-.048	.0682
Schlafstörung (klinische Diagnose)	.132	-.006	-.081	.112
Störung des Sozial- verhaltens mit emotionalen Störungen (klinische Diagnose)	.133	.176	-.048	.121
Ticstörung (klinische Diagnose)	.132	-.100	-.048	.121

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 51: Vollständige Übersicht der Korrelationen DIPA (internalisierende Störungen)- klinische Diagnosen

	Internalisierende DIPA Diagnosen	Depression (DIPA Diagnose)	Trennungsangst (DIPA Diagnose)	Soziale Phobie (DIPA Diagnose)	Spezifische Phobie (DIPA Diagnose)
Externalisierende klinische Diagnosen	-.177	.074	-.114	-.168	-.296*
ADHS (klinische Diagnose)	.083	-.062	.271*	.011	-.146
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (klinische Diagnose)	.023	.134	-.078	-.070	-.070
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (klinische Diagnose)	-.273*	-.066	.029	-.157	-.280*
Störung des Sozialverhaltens (klinische Diagnose)	-.084	-.052	-.044	-.040	-.040
Internalisierende Klinische Diagnosen	.295*	.191	.255	.500**	.130
Depression (klinische Diagnose)	0.088	.199	-.063	-.057	-.057
Phobien (klinische Diagnose)	.088	-.074	.247	.279*	.279*
Soziale Phobien (klinische Diagnose)	.206	-.052	-.044	.432**	-.040
Trennungsangst (klinische Diagnose)	.193	.332*	.390**	.432**	-.040
Anpassungsstörung (klinische Diagnose)	0.093	.235	.502**	.126	.126
Autismus Spektrum Störung (klinische Diagnose)	0.068	-.092	-.078	-.070	-.070
Bindungsstörung (klinische Diagnose)	.088	-.052	-.044	-.040	-.040

Enkopresis (klinische Diagnose)	.206	-.052	-.044	-.040	.432**
Enuresis (klinische Diagnose)	-.119	-.074	-.063	-.057	-.057
Entwicklungs- Störung (klinische Diagnose)	-.258*	.065	-.017	-.146	-.146
Essstörung (klinische Diagnose)	.023	-.092	-.078	.207	.207
Mutismus (klinische Diagnose)	.206	-.052	-.044	.432**	-.040
Schlafstörung (klinische Diagnose)	.144	.128	.076	.116	-.027
Störung des Sozial- verhaltens mit emotionalen Störungen (klinische Diagnose)	.206	.332*	-.044	.432**	-.040
Ticstörung (klinische Diagnose)	-.084	-.052	-.044	-.040	-.040

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 52: Vollständige Übersicht der Korrelationen der klinischen Diagnosen mit den Diagnosen Schlaf-, Bindungs- und bipolare Störung des DIPA

	Bipolare Störung (DIPA Diagnose)	Schlafstörung (DIPA Diagnose)	Bindungsstörung (DIPA Diagnose)
Externalisierende klinische Diagnosen	.231	-.155	.074
ADHS (klinische Diagnose)	.430**	.052	.192
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (klinische Diagnose)	-.129	-.073	-.092
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (klinische Diagnose)	.235	-.087	-.066
Störung des Sozialverhaltens (klinische Diagnose)	.235	-.129	-.052
Internalisierende Klinische Diagnosen	-.063	-.006	.026
Depression (klinische Diagnose)	-.104	.003	-.074
Phobien (klinische Di-	-.104	.003	-.074

agnose)			
Soziale Phobien (klinische Diagnose)	-.073	-.129	.332*
Trennungsangst (klinische Diagnose)	.235	.134	-.052
Anpassungsstörung (klinische Diagnose)	-.027	.309*	-.121
Autismus Spektrum Störung (klinische Diagnose)	.052	.081	.134
Bindungsstörung (klinische Diagnose)	-.073	-.129	.332*
Enkopresis (klinische Diagnose)	-.073	-.129	-.052
Enuresis (klinische Diagnose)	.116	.003	.199
Entwicklungsstörung (klinische Diagnose)	.040	-.035	-.062
Essstörung (klinische Diagnose)	-.129	-.073	-.092
Mutismus (klinische Diagnose)	-.073	-.129	.332*
Schlafstörung (klinische Di-	-.030	.328*	-.105

agnose)			
Störung des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen (klinische Diagnose)	.235	-.129	.332*
Ticstörung (klinische Diagnose)	.235	-.129	-.052

8.6 Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei der Ethikkommission für das positive Votum für diese Dissertation und bei Frau Dr. Monika Equit bedanken, die mir dieses Doktorarbeitsthema zur Verfügung gestellt hat.

Außerdem danke ich Herrn Prof. Dr. med. Alexander von Gontard und Frau Dipl.-Psych. Justine Niemczyk für Ihre Geduld und intensive Betreuung während der Datenerhebungs- und Auswertungsphase. Besonders im statistischen Abschnitt der Arbeit war Frau Niemczyk eine große Hilfe für mich. Fragen meinerseits wurden immer zu jeder Zeit schnell beantwortet.

Ein großes Dankeschön gilt natürlich auch allen Eltern und Erzieherinnen, die an meiner Doktorarbeit teilgenommen haben, da ohne ihre Mitwirkung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Trotz der Sensibilität der Fragen und teilweise stundenlangen Interviews haben alle Teilnehmer versucht die Fragebögen bzw. das Interview in ihren Alltag zu integrieren.

Natürlich möchte ich mich auch bei den Mitarbeitern der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedanken, die mir immer zur Seite standen und unermüdlich die Eltern der Neuvorstellungen gefragt haben, ob sie teilnehmen möchten und mich während meiner Famulatur intensiv betreut haben. Ganz besonderer Dank gilt hierbei Frau Overs und Frau Frie-se, die uns unermüdlich bei der Rekrutierung von Teilnehmern unterstützt haben.

Zu guter Letzt danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mir immer den Rücken gestärkt und mich während dieser Arbeit unterstützt haben, vor allem in Zeiten, in denen die Datenerhebung stockte oder ich einfach nicht vorangekommen bin.

8.8 Eidesstattliche Erklärung

Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 4

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich/entgeltlich geholfen:

- 1.
 - 2.
- usw.

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater/innen oder anderer Personen) in Anspruch genommen.

Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Vor Aufnahme der vorstehenden Versicherung an Eides Statt wurde ich über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung belehrt.

Hannover, 02.04.2018 ,
Ort, Datum

Michelle Maier

Unterschrift der/des Promovierenden

Unterschrift der die Versicherung an Eides statt aufnehmenden Beamtin bzw. des
aufnehmenden Beamten