

Klinische Untersuchungsverfahren Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten –3

Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

Testart

Bei den Conners-Skalen handelt es sich um Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebögen zur Beschreibung und Abklärung einer ADHS und möglicher komorbider Störungen; das Verfahren ist für die Altersgruppe der Sechs- bis 18-Jährigen einsetzbar. Die Skalen wurden im Original von Conners im Jahre 2008 veröffentlicht und von Lidzba, Christiansen und Drechsler (2013) adaptiert. Insgesamt enthält die Sammlung 11 Bögen unterschiedlicher Länge und eine entsprechende Anzahl Auswerte- und Profilbögen. Insgesamt liegen vier Problemerkfassungsstrategien vor: Lang- und Kurzversion jeweils für Eltern, Lehrer und die Betroffenen selbst (Kinder und Jugendliche der Altersspanne von 8 bis 18 Jahren); ADHS-Index, das heißt ein sehr kurzer Fragebogen für Eltern, Lehrer und Kinder/Jugendliche. Zudem ein Global-Index, der in einer Eltern- und Lehrerversion existiert. Weiterhin enthält die Materialsammlung ein Manual (545 Seiten, davon 271 Seiten allein der Anhang und vor allem die Normtabellen). Die Materialsammlung beinhaltet auch eine Übersichtskarte, die die Schritte der Auswertung und Interpretation der Lang- und Kurzversion zusammenfasst; zudem enthält die Übersichtskarte eine Kurzbeschreibung dieser Fragebogen-Versionen (Anzahl der Items, maximal erlaubte Anzahl fehlender Antworten). Alle Materialien sind in einer Box enthalten.

Theoretischer Hintergrund und Entwicklung

Die Conners-Fragebögen entstanden in den letzten 45 Jahren aus der und für die klinische Praxis. Im Hintergrund stand das Bemühen Conners, in klinischen Studien die ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen ökonomisch zu erfassen. Schon Ende der 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts fokussierte der Autor auf die alltagsnahe Erfassung der ADHS-Symptome von Kindern und Jugendlichen anhand von Eltern- und Lehrerurteilen. Schon Mitte der 90er Jahre lagen 450 Validierungsstudien zu diesem Ansatz vor (vgl. Wainwright & MHS Staff, 1996).

Die neue Version (Conners 3) versteht sich als eine Teilstrategie im Rahmen der ADHS-Diagnostik, die selbstverständlich durch ein klinisches Interview und eine neuropsychologische Diagnostik ergänzt werden muss, wie dies schon wiederholt im Rahmen der klinischen Praxis demonstriert wurde (vgl. Schmidt et al., 2012).

Die Conners-Skalen stellen konzeptuell eine Kombination von spezifischer und Breitbanddiagnostik dar, die der ADHS-Symptomatik und den häufig auftretenden komorbiden Störungen gerecht werden will. Komorbide Störungen stellen bei der ADHS im Kindes- und Jugendalter den «Normalfall» und nicht die Ausnahme dar (Millenet, Hohmann, Poustka, Petermann & Banaschewski, 2013).

Die Fremd- und Selbsteinschätzungsbögen orientieren sich konzeptionell an der DSM-IV-TR-Klassifikation und wurden in der deutschen Adaptation auch durch die ICD-10-Sichtweise ergänzt; anhand der sogenannten Symptomskalen werden ADHS, oppositionelles Verhalten und die Störung des Sozialverhaltens erfasst. Neben der kategorialen Diagnostik wird auch mit den sogenannten Inhaltskassen eine dimensionale Diagnostik möglich; hier werden die Verhaltensweisen spezifiziert, die bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS besonders häufig auftreten.

Konzeptuell ist noch interessant, dass neben den Eltern-, Lehrer- und Selbsturteil auch die Urteilsverzerrung durch einen sogenannten Konsistenz-Check erfasst wird. Hierbei kann man Urteiler erkennen, die zufällig antworten oder zu positiv ein Kind einschätzen oder eine generelle «Neinsager-Tendenz» aufweisen.

Die Conners-Skalen trennen zwischen den Symptomen eines Patienten und der tatsächlichen Beeinträchtigung durch diese Symptome im Alltag. Für die klinische Urteilsbildung werden nur Symptome herangezogen, die eindeutig zu einer Funktionsbeeinträchtigung des Patienten im Alltag führen.

Anwendungsbereich

Neben dem forschungsbasierten Einsatz können die folgenden Anwendungsbereiche benannt werden:

1. In Anlehnung an das DSM-IV-TR (und in der deutschsprachigen Fassung auch in Anlehnung an die ICD-10) kann man die Diagnose ADHS, Störung des Sozialverhaltens und Störung mit oppositionellem Trotzverhalten absichern. Zudem können Informationen bezüglich komorbider psychischer Störungen erhoben werden.
2. Als Screening lassen sich im Schulbereich Schüler bestimmen, bei denen ein Verdacht auf das Vorliegen einer ADHS besteht.
3. Eine Therapieplanung ist zum Beispiel auf der Basis der Symptomskalen möglich; mit den Kurzfragebögen und den Index-Versionen (s. u.) kann man den Therapieverlauf, zumindest aber den Therapieerfolg erfassen.

Testdurchführung

Die Conners-Skalen sind als Multi-Informant-Verfahren ausgelegt. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Datenerhebung Einschätzungen von Bezugspersonen (Eltern, Lehrer) und der Betroffenen (ab 8 Jahren) zu einem Urteil verknüpft werden. Die drei zusammengehörigen Fragebögen beziehen sich dabei zum Teil auf unterschiedliche Aspekte und umfassen zwischen 98 und 112 Items. Naheliegender Weise schätzen Eltern das Verhalten im häuslichen Umfeld und Lehrer das Verhalten im schulischen Kontext ein. Die Langversionen erfordern 20 Minuten Beurteilungszeit, die Kurzversionen 10 Minuten und die beiden Index-Fragebögen (ADHS- und Global-Index) je 5 Minuten. Die Langversion umfasst:

- *Inhaltsskalen:* Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität, Lernprobleme, Exekutive Funktionen, Aggressivität/Trotz, Beziehungen zu Gleichaltrigen/Familienbeziehungen
- *Symptomskalen:* bezogen auf externalisierende Störungen
- *Validitätsskalen zur Bewertung der Urteilverzerrung:* Positiver Eindruck, negativer Eindruck, Inkonsistenz-Index.
- *Indices:* ADHS-Index als ADHS-Screening und Global-Index zur generellen Abschätzung von Verhaltensproblemen.
- *Andere Bereiche:* Kritische Items beziehen sich auf schwere Störungen des Sozialverhaltens, Screener-Items liegen für Ängstlichkeit und Depression sowie Fragen zur psychosozialen Beeinträchtigung vor.

Die Kurzversionen (Länge 38–44 Items), der ADHS- und Global-Index (jeweils 10 Items) enthalten nur ausgewählte Teile der Langversionen.

Auswertung und Interpretation

Die Auswertung und die Interpretation der Conners-Skalen werden im Manual sehr genau beschrieben und durch Fallbeispiele erläutert. Die dem Test beiliegende Übersichtskarte unterstützt den Anwender prägnant darin, die erzielten Ergebnisse der Fremd- und Selbstbeurteilung

gegenüber zu stellen. Anhand der Normtabellen lassen sich leicht (alters- und geschlechtsspezifisch) T-Werte ermitteln, die als Profil-Darstellung illustriert werden können. Neben der Profil-Darstellung ist auch eine Analyse auf Item-Ebene möglich. So kann man bei einem erhöhten Skalenwert nachprüfen, welches Item zu dieser Erhöhung in besonderer Weise beitrug. Die Screener-Items verdeutlichen, ob eine weiterführende Diagnostik im Hinblick auf Angststörungen und Depression erforderlich sind. Die kritischen Items zeigen an, ob bereits eine Delinquenz vorliegt und sofort eingegriffen werden muss.

Im abschließenden Schritt werden die Ergebnisse integriert; hierbei wird geklärt, welche Diskrepanzen bei einem Beurteiler (z. B. den Eltern) vorliegen, worin sich verschiedene Beurteiler unterscheiden und worin sie übereinstimmen; ebenso gelingt es zu klären, welche weiteren Informationen zur Befunderstellung wichtig sind (z. B. Verhaltensbeobachtungen).

Testnormierung

Die Testnormierung fand von Frühjahr 2010 bis Dezember 2011 statt, wobei die Normstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung 919 Eltern-, 730 Lehrer- und 777 Selbstbeurteilungsfragebögen umfasste. Es wurden bis auf wenige Ausnahmen für jede Altersstufe separate Normen (lineare T-Werte) berechnet. Alle Normtabellen (alters- und geschlechtsspezifisch) sind im Manual sehr gut dokumentiert und strukturiert.

Gütekriterien

Auf ungefähr 90 Seiten des Manuals werden die Gütekriterien berichtet. Neben Hinweisen zur Objektivität werden verschiedene Analysen zur Test-Retest-Reliabilität und zur Berechnung der internen Konsistenz zusammengetragen. Im Wesentlichen entsprechen die ermittelten Kenngrößen den Erwartungen der Testautoren. Für die Kurzversionen, zum Beispiel beim Elternfragebogen für die 14- bis 18-Jährigen, fallen die internen Konsistenzen für die Skalen Hyperaktivität/Impulsivität, Lernprobleme und Aggressivität/Trotz mit .59 bis .65 niedrig aus.

Die faktorenanalytischen Studien zur Bestimmung einer Konstruktvalidität belegen hinreichend die inhaltliche Validität der Fragebögen, ebenso Studien mit konzeptnahen und konzeptfernen Erhebungsverfahren (z. B. SDQ). Insgesamt liegen umfassende Belege für die konvergente/divergente und diskriminante Validität der Conners-Skalen vor.

Kritik

Mit der vorliegenden deutschen Adaptation liegt erstmals eine Ausgabe der Conners-Skalen mit deutschen Normen

vor. Es handelt sich um eine sorgfältige, über Jahre durchgeführte Arbeit, die eine umfassende Würdigung verdient. Die Schritte der Adaptation und Normierung sind gut dokumentiert. Das Manual ist in puncto Ausführlichkeit kaum zu übertreffen. Die Kombination von übersetztem Original-Manual und den Ergänzungen durch die deutschen Autorinnen finde ich gelungen. Die Komplexität des Verfahrens machte ein so umfangreiches Manual nötig; das angekündigte computergestützte Auswertungsprogramm ist sicherlich für die Anwender sehr hilfreich. Klinische Kinderpsychologen und Kinder-/Jugendpsychiater müssen sich jedoch schrittweise in diese für den deutschen Sprachraum aufwendige, verhaltensorientierte Diagnoseverfahren erst einarbeiten. Gerade die Beachtung von unterschiedlichen Verzerrungstendenzen in Fremd- und Selbsturteilen wirkt noch sehr ungewöhnlich, sie ist aber dringend, gerade bei der Abklärung externalisierenden Störungen erforderlich.

Literatur

- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition (Conners 3)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Lidzba, K., Chritiansen, H. & Drechsler, R. (2013). *Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten-3. Deutschsprachige Adaptation der Conners 3rd edition von Keith Conners*. Bern: Huber.
- Millenet, S., Hohmann, S., Poustka, L., Petermann, F. & Banaschewski, T. (2013). Risikofaktoren und frühe Verläufersymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 22, 201–208.
- Schmidt, S., Ender, S., Schultheiß, J., Gerber-von Müller, G., Gerber W.D., Steinmann, E., ... Petermann, F. (2012). Das ADHS-Camp: Langzeiteffekte einer intensiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahme bei Kindern mit ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 90–102.
- Wainwright, A. & MHS Staff. (1996). *Conners Rating Scales: Over 25 years research – annotated bibliography*. Toronto: Multi-Health Systems.

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
der Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
Deutschland

fpeterm@uni-bremen.de