

Diagnostik

Ist das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen hilfreich?

Eine Analyse mit dem Diagnostiksystem DISYPS

Anja Görtz², Manfred Döpfner¹, Andreas Nowak¹,
Bettina Bonus¹ und Gerd Lehmkuhl¹

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln

² Institut Köln der Christoph Dornier Stiftung

Zusammenfassung. *Fragestellung:* Die Informationen von Eltern und Lehrern sind Grundlage für die Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Das Selbsturteil Jugendlicher wurde bislang als wenig relevant eingeschätzt, einerseits, weil die Selbstwahrnehmungsfähigkeit von Jugendlichen mit ADHS bezweifelt wurde, andererseits, weil vermutet wurde, daß Jugendliche, die wegen Verhaltensproblemen zur Diagnostik vorgestellt werden, in ihren Selbstberichten zur Dissimulation neigen. Die vorliegende Studie untersucht anhand verschiedener Stichproben die internen Konsistenzen der Selbsteinschätzungen Jugendlicher und der Elterneinschätzungen von Symptomen einer ADHS sowie die Übereinstimmung dieser Einschätzungen. *Meßinstrumente:* Zur Erfassung von Symptomen einer ADHS werden der Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) und der Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (SBB-HKS) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) eingesetzt. *Stichprobe:* Die Fragebögen wurden einer Feldstichprobe (n = 166), einer klinischen Stichprobe (n = 15) und einer Unauffälligenstichprobe (n = 14) von Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren bzw. ihren Eltern vorgegeben. *Ergebnis:* Die a priori-Skalen beider Fragebögen sind intern konsistent, die Skalen innerhalb eines Instrumentes korrelieren im mittleren bis höheren Bereich, zwischen den korrespondierenden Skalen von Eltern- und Selbsturteil lassen sich mittlere bis höhere Korrelationen errechnen. In der Feldstichprobe liegt das Selbsturteil eher über dem Elternurteil; in klinischen Stichproben ist das Gegenteil der Fall. *Schlußfolgerung:* Der Selbstbeurteilungsbogen und der Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen eignen sich zur Diagnostik von Jugendlichen mit ADHS. Auch das Selbsturteil ist bei der Diagnostik von ADHS hilfreich, es sollte jedoch nicht die einzige Informationsquelle sein.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Diagnostik, Fragebogen, Selbsturteil, Elternurteil

Are self reports of adolescents helpful in the assessment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorders?
An analysis with the assessment system DISYPS

Abstract. *Objectives:* Information from parents and teachers is the basis for the assessment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD). Self reports of adolescents are usually perceived as less important because the self-perception of adolescents may be less valid. Moreover it is often assumed that adolescents in clinical samples may tend to a dissimulation of the problems. The present study analyzes the internal consistencies of the self reports and the parent reports of ADHD symptoms in different samples and the agreement of these reports. *Measures:* Symptoms of ADHD are assessed by the Parent Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (FBB-HKS) and the Youth Self-Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (SBB-HKS) from the Diagnostic System for Mental Disorders in Childhood and Adolescence (DISYPS-KJ). *Sample:* The rating scales were obtained in a field sample (n = 166), a clinical sample (n = 15) and a sample of adolescents with no ADHD (n = 14) aged 11 to 18 years. *Results:* The subscales of both rating scales are internally consistent. The subscales within one rater are correlated in the medium to higher range. Between corresponding parent- and self-rating scales medium to high correlation coefficients were found. Self report scale means exceed parent-reported scale means in the field sample. In the clinical samples the opposite was found. *Conclusion:* Both the Youth Self-Rating Scale and the Parent-Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders are useful in the assessment of adolescents with ADHD. However, the self report should not serve as the only source of information.

Key words: ADHD, hyperkinetic disorder, assessment, questionnaire, self report, parent report

Die Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen basiert hauptsächlich auf der klinischen Exploration der Eltern, Erzieher und Lehrer sowie der Beurteilungen dieser Bezugspersonen, erfaßt über Fragebogenverfahren und der Beobachtung des Kindes oder Jugendlichen, am besten in seinem natürlichen Umfeld. Diese Position wird sowohl in den nationalen als auch den internationalen Leitlinien zur Diagnostik von Hyperkinetischen Störungen bzw. von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen vertreten (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2000; Taylor et al., 1998).

Auch im Leitfaden für Hyperkinetische Störungen wird zwar die Bedeutung der Exploration von Kindern und Jugendlichen betont. Doch wird auch darauf verwiesen, daß bei der Exploration der hyperkinetischen Symptomatik insbesondere beachtet werden sollte, in welchem Umfang der Patient die hyperkinetische Symptomatik berichten kann (Problembewußtsein). Häufig würden Symptome vom Patienten im Vergleich zur Einschätzung von Eltern und Lehrern nur in geringem Maße beschrieben. Dies wird auf eine verzerrte Selbstwahrnehmung oder eine aktive Dissimulation des Patienten zurückgeführt. Selbsturteilsfragebögen zur Erfassung von hyperkinetischer Symptomatik werden als nützlich eingeschätzt, vor allem, um das Problembewußtsein des Patienten zu erfassen. Die Fremdbeurteilungen durch Eltern und Erzieher/Lehrer gelten jedoch als valider (vgl. Döpfner et al., 2000 a). Diese Einschätzung beruht überwiegend auf klinischen Erfahrungen; in empirischen Studien wurde diese Fragestellung auch international bislang nur wenig untersucht.

Im deutschen Sprachraum liegen einige Ergebnisse zum Selbsturteil Jugendlicher vor, das mit dem Fragebogen für Jugendliche (YSR) der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 a), der deutschen Fassung des Youth Self Report (Achenbach, 1991), erhoben wurde. Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung werden in diesem Instrument auf der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* erhoben, wenngleich die Items dieser Skala nicht völlig den Symptomkriterien für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV bzw. für Hyperkinetische Störungen nach ICD-10 entsprechen. Diese Skala ließ sich auch im deutschen Sprachraum in einer klinischen Stichprobe faktorenanalytisch nur teilweise bestätigen, sie erwies sich jedoch als hinreichend intern konsistent (Döpfner et al., 1995).

Im Rahmen der Studie über Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-ID) konnten auf der YSR-Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* im Selbsturteil der Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren keine signifikanten Alterseffekte und auch keine statistisch bedeutsamen Geschlechtseffekte

nachgewiesen werden, während im Elternurteil auf der korrespondierenden CBCL-Skala statistisch signifikante Alters- und Geschlechtseffekte belegt wurden (Döpfner et al., 1997). Die repräsentativ ausgewählten Jugendlichen beschreiben sich auf dieser Skala (wie auf allen anderen Skalen des YSR auch) im Vergleich zu den Eltern als auffälliger. Dieser Effekt ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen nachweisbar. Die Korrelationen zwischen dem Eltern- und dem Selbsturteil betragen $r = .54$ für Jungen und $r = .43$ für Mädchen. Sie liegen damit ähnlich hoch wie die Korrelationen der anderen Skalen. Wenn Eltern ihr Kind auf dieser Skala als auffällig beurteilen, dann ist die Wahrscheinlichkeit bei den Jungen um das Siebenfache und bei Mädchen um das Vierfache erhöht, daß sie sich selbst ebenfalls als auffällig einschätzen (Plück et al., 1997). In einer multizentrischen klinischen Stichprobe von Jugendlichen gleichen Alters ($N = 388$) bewegen sich die korrelativen Zusammenhänge mit $r = .45$ für Jungen und $r = .51$ für Mädchen in einem ähnlichen Rahmen wie in der epidemiologischen Stichprobe. Auf der Ebene der zentralen Tendenz konnten jedoch entgegengesetzte Effekte festgestellt werden: Eltern beurteilen ihre Kinder hinsichtlich Aufmerksamkeitsproblemen als auffälliger als die Jugendlichen sich selbst beschreiben. Dieser Effekt resultiert vollständig aus der Gruppe der Jungen, bei den Mädchen ist kein signifikanter Unterschied auszumachen (Plück, 2001).

Bislang fehlen im deutschen Sprachraum Studien zur Übereinstimmung des Selbsturteils Jugendlicher und der Einschätzung ihrer Eltern bei den Symptomen von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, wie sie in den aktuellen Klassifikationssystemen beschrieben werden. Im internationalen Bereich liegen einige Ergebnisse hierzu vor:

- Smith et al. (2000) untersuchten die Reliabilität und Validität einer Selbsteinschätzungsversion des IOWA Conners-Fragebogens, der als Instrument zur Erfassung von Eltern- und Lehrereinschätzungen von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen weit verbreitet ist, allerdings nicht auf der Basis der Kriterien von ICD oder DSM konstruiert wurde. In einer Stichprobe von Jugendlichen mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erwies sich dieser Fragebogen auch im Selbsturteil als intern konsistent ($\alpha = .79 - .81$). Allerdings waren die Zusammenhänge mit Verhaltensbeobachtungen gering und im Gegensatz zu Fremdeinschätzungen konnten auch kaum Behandlungseffekte auf den Selbsturteilsmaßen erhoben werden.
- Gadow und Sprafkin (1999) untersuchten die Gütekriterien des Youth's Inventory, eines Fragebogens zur Erfassung der Symptome mehrerer psychischer Störungen nach DSM-IV und errechneten Korrelationen zwischen den Skalen zur Erfassung von Unaufmerksamkeit und von Hyperaktivität/Impulsivität von $r = .59$ (klinische Stichprobe) bzw. $r = .51$ (Norm-

stichprobe). Die Korrelationen der Skalen zur Eltern- und Selbsteinschätzung lagen zwischen $r = .37$ und $r = .38$ (klinische Stichprobe) bzw. zwischen $r = .21$ und $r = .26$ (Normstichprobe).

- Adams und Mitarbeiter (1997) überprüften die psychometrischen Eigenschaften der Adolescent Behavior Checklist (ABC) in einer Repräsentativstichprobe. Dieses Verfahren erfasst in 44 Items die Kernsymptome von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und komorbide Auffälligkeiten. Auch in dieser Studie erwiesen sich die Skalen zur Erfassung von Aufmerksamkeitsstörungen und von Hyperaktivität/Impulsivität als hinreichend intern konsistent ($\alpha = .84 - .85$). Die Korrelationen mit Elternurteilen (CBCL, Conners-Fragebogen) waren allerdings gering. Robin und Vandermay (1996) kommen zu vergleichbaren Ergebnissen in einer Stichprobe von überwiegend hyperkinetisch auffälligen Jugendlichen. Auch Dankaerts und Mitarbeiter (1999) fanden gute interne Konsistenzen für ein strukturiertes Jugendlicheninterview, jedoch nur geringe Zusammenhänge mit dem Fremdurteil.

Die vorliegende Studie untersucht die interne Konsistenz der Selbsteinschätzung durch Jugendliche und der Elterneinschätzung von Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung anhand eines Fragebogens und die Übereinstimmung zwischen Eltern- und Selbsturteil.

Meßinstrumente

Zur Erfassung der Symptome von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV bzw. von Hyperkinetischen Störungen nach ICD-10 wurden der *Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (SBB-HKS)* und der *Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)* aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) eingesetzt.

Beide Fragebögen enthalten alle Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 beziehungsweise einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV. Sie bestehen jeweils aus 20 Items, welche die 18 Symptomkriterien nach ICD-10 und nach DSM-IV erfassen. Die Symptomkriterien sind für beide Klassifikationssysteme weitgehend identisch. Zwei Kriterien nach ICD-10/DSM-IV werden in den Fragebögen durch jeweils zwei Items abgedeckt. Jedes Item wird zweifach anhand von vierstufigen Antwortskalen beurteilt – erstens, wie zutreffend die Beschreibung ist (Symptomausprägung), und zweitens, wie problematisch der Beurteiler dieses Verhalten selbst erlebt (Problembeurteilung). Außerdem werden im Fremdbeurteilungsbogen zusätzliche Diagnosekriterien erhoben.

Für den Fremdbeurteilungsbogen wurden die psychometrischen Kriterien in einer Feldstichprobe sechs- bis zehnjähriger Kinder untersucht (Brühl et al., 2000; Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Dabei konnte eine zufriedenstellende bis sehr gute interne Konsistenz für die Subskalen *Aufmerksamkeitsstörung*, *Hyperaktivität* und *Impulsivität* sowie die *Gesamtauffälligkeitsskala* ($\alpha = .78 - .93$) nachgewiesen werden. Auf allen Skalen wurden Jungen im Vergleich zu Mädchen als auffälliger eingeschätzt.

Stichproben

Die Analysen werden in drei Stichproben durchgeführt:

- Die *repräsentative Stichprobe* setzt sich aus 166 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 18 Jahren (Durchschnittsalter: 14,3 Jahre) deutscher Nationalität zusammen, die das Einwohnermeldeamt Köln per Zufallsauswahl ermittelt hat (50% Jungen) und die sich an einer postalischen Befragung beteiligten (Rücklaufquote: 33%) (Nowak, 1999).
- Die *klinische Stichprobe* besteht aus 15 Kindern und Jugendlichen (zwölf männlich) mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung laut klinischem Urteil (erfaßt über Diagnose-Checkliste DCL-HKS aus dem DISYPS-KJ) im Alter von 11 bis 15 Jahren (Durchschnittsalter: 12,6 Jahre). Die klinische Diagnose wurde in verschiedenen Einrichtungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gestellt, in denen die Jugendlichen vorgestellt worden waren (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erziehungsberatungsstelle, psychologische Praxis) (Görtz, 2001).
- Die *unauffällige Stichprobe* besteht aus 14 Jugendlichen (elf männlich) im Alter von 11 bis 15 Jahren (Durchschnittsalter: 12,9). Diese Gruppe weist keine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung im klinischen Urteil (DCL-HKS aus dem DISYPS-KJ) auf. Die Kontaktaufnahme fand über verschiedene Schulen und Horte in Düsseldorf und Leverkusen statt. Die klinische und unauffällige Stichprobe wurden bezüglich Alter, Geschlecht, Schulform/Klasse, sozialologischer/biologischer Vollständigkeit/Unvollständigkeit der Familie und des Sozialstatus der Eltern gemacht (Görtz, 2001).

Ergebnisse

Diagnoseprävalenzen in der Repräsentativstichprobe

Nach den Symptomkriterien von DSM-IV ergibt sich sowohl auf der Basis des Selbstbeurteilungsbogens als auch des Fremdbeurteilungsbogens für die Aufmerksamkeits-

defizit-/Hyperaktivitätsstörung (Mischtyp, überwiegend unaufmerksamer Typ und überwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ) eine Diagnoseprävalenz von 8,4% (14 von 166), wobei die über beide Fragebögen als auffällig definierten Fälle nur teilweise übereinstimmen (in acht von 14 Fällen). Für die Symptomkriterien nach ICD-10 läßt sich eine Diagnoseprävalenz von 1,8% (drei von 166) ermitteln.

Interne Konsistenzen

In der Tabelle 1 sind die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) für die Symptomstärkeskalen der Beurteilungsbögen in den verschiedenen Stichproben dargestellt. Für den Fremdbeurteilungsbogen werden in der repräsentativen Stichprobe und in der klinischen Stichprobe gute bis sehr gute Konsistenzen (zwischen $\alpha = .78$ und $\alpha = .95$) ermittelt. In der unauffälligen Stichprobe werden für die Skala Hyperaktivität deutlich geringere Werte gefunden, die vermutlich durch die extrem schiefe Verteilung der Werte in dieser Stichprobe bedingt sind. Für das Selbsturteil liegen die Konsistenzen der Skalen in der repräsentativen und der klinischen Stichprobe zwischen $\alpha = .74$ und $\alpha = .94$ und damit etwa ähnlich hoch wie für das Elternurteil. Auch hier wird in der unauffälligen Stichprobe für die Skala Hyperaktivität ein sehr geringer Werte ermittelt, der ebenfalls vermutlich verteilungsbedingt ist. Insgesamt weisen die Daten auf zumindest befriedigende bis gute interne Konsistenzen für die a priori auf der Basis der Klassifikationssysteme gebildeten Skalen nicht nur für das Elternurteil, sondern auch für das Selbsturteil hin. Für die Problembelastungsskalen wurden ähnliche, teilweise sogar noch höhere Konsistenzen ermittelt (Nowak, 1999).

Skalenkorrelationen in der Repräsentativstichprobe

Die Korrelationen zwischen den Symptomstärke- und den Problembelastungsskalen ergaben in der Repräsentativstichprobe

tivstichprobe für das Elternurteil mittlere Werte von $r = .48$ (*Impulsivität*), $r = .54$ (*Unaufmerksamkeit*) und $r = .32$ (*Hyperaktivität*). Für das Selbsturteil lagen die entsprechenden Korrelationen eher noch darunter mit Werten von $r = .31$ (*Impulsivität*), $r = .30$ (*Unaufmerksamkeit*) und $r = .14$ (*Hyperaktivität*).

Die Korrelationen zwischen den einzelnen Symptomskalen innerhalb des Elternfragebogens und des Selbstbeurteilungsbogens (Werte in Klammern) liegen mit $r = .64$ ($r = .59$) für *Hyperaktivität* mit *Impulsivität*, $r = .44$ ($r = .53$) für *Unaufmerksamkeit* mit *Impulsivität* und $r = .54$ ($r = .70$) für *Hyperaktivität* mit *Unaufmerksamkeit* im mittleren bis höheren Bereich. Die Unterschiede zwischen Eltern- und Selbsturteil sind nicht gravierend. Die Korrelationen der Problemskalen untereinander ergaben tendenziell höhere Werte von $r = .68$ bis $r = .83$.

Alters- und Geschlechtseffekte in der Repräsentativstichprobe

Im Elternurteil (Symptomstärkeskalen) werden Jungen im Vergleich zu Mädchen als unaufmerksamer und als hyperaktiver, jedoch nicht als impulsiver beurteilt. Die Differenzen im Elternurteil konnten durch zweiseitige t-Tests für unabhängige Stichproben für die Skala Unaufmerksamkeit ($t = 2,20$; $df = 163$, $p = .06$) tendenziell und für die Skala Hyperaktivität ($t = 2,56$; $df = 163$, $p < .01$) als statistisch signifikant abgesichert werden. Im Selbsturteil sind absolut gesehen vergleichbare Tendenzen erkennbar, die sich jedoch nicht als statistisch signifikant erweisen.

Sowohl im Selbsturteil als auch im Elternurteil erzielten 11- bis 14-jährige im Vergleich zu 15- bis 18-jährigen auf allen Symptomstärkeskalen höhere Werte, die sich teilweise statistisch signifikant, teilweise als statistischer Trend absichern lassen (Nowak, 1999).

Tabelle 1. Interne Konsistenzen der Skalen des Elternurteils im Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) und des Selbsturteil im Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (SBB-HKS) (Intensitätsskalen) in drei Stichproben

Skalen	Elternurteil (FBB-HKS): Alpha			Selbsturteil (SBB-HKS): Alpha		
	REP	KLIN	UNAUF	REP	KLIN	UNAUF
Unaufmerksamkeit	.85	.84	.85	.74	.87	.82
Hyperaktivität	.78	.83	.32	.69	.84	.03
Impulsivität	.83	.95	.86	.75	.94	.84
Gesamt	.90	.84	.86	.87	.82	.74

Anmerkungen: REP = repräsentative Stichprobe (n = 166); KLIN = klinische Stichprobe (n = 15); UNAUF = unauffällige Stichprobe (n = 14).

Tabelle 2. Vergleich von Eltern- und Selbsturteil (FBB/SBB-HKS) für die Gesamtskala hyperkinetische Störungen und einzelne Subskalen für die repräsentative, klinische und unauffällige Stichprobe

	Mittelwerte ¹ (Standardabweichungen)						
Stichproben	SBB-HKS	FBB-HKS	t	2t-p	d	r	sig
Aufmerksamkeitsstörung							
repräsentative Stichprobe (n = 156)	.65 (.43)	.61 (.49)	− 1.31	.193	0.17	.58	.000
klinische Stichprobe (n = 15)	1.64 (.45)	2.16 (.33)	5.46	.000**	− 1.41	.60	.018
unauffällige Stichprobe (n = 14)	.27 (.34)	.46 (.41)	2.16	.050	− 0.58	.63	.015
Hyperaktivität							
repräsentative Stichprobe (n = 156)	.58 (.47)	.29 (.41)	− 8.12	.000**	1.41	.47	.000
klinische Stichprobe (n = 15)	0.97 (.50)	1.47 (.45)	6.98	.000**	− 1.81	.84	.000
unauffällige Stichprobe (n = 14)	.14 (.16)	.10 (.14)	− 1.75	.104	− 0.40	.84	.000
Impulsivität							
repräsentative Stichprobe (n = 156)	.68 (.64)	.51 (.62)	− 3.90	.000**	0.55	.60	.000
klinische Stichprobe (n = 15)	1.05 (.96)	1.60 (1.06)	5.14	.000**	− 1.33	.92	.000
unauffällige Stichprobe (n = 14)	.25 (.39)	.43 (.49)	2.35	.035*	− 0.63	.81	.000
Gesamtskala Hyperkinetische Störung							
repräsentative Stichprobe (n = 156)	.64 (.42)	.48 (.41)	− 5.50	.000**	1.23	.62	.000
klinische Stichprobe (n = 15)	1.29 (.37)	1.81 (.36)	7.61	.000**	− 1.96	.73	.002
unauffällige Stichprobe (n = 14)	.22 (.20)	.33 (.25)	2.26	.042*	− 0.60	.72	.004

Anmerkungen: ¹ mittlere Skalenkennwerte; Kennwert = Skalenrohrtwert/Anzahl der Items; 2t-p = zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; * = signifikant auf Signifikanzniveau 0.05; ** = signifikant auf Signifikanzniveau 0.01; d = Effektstärke; r = Korrelation; sig = Signifikanzniveau.

Vergleich von Eltern- und Selbsteinschätzung

Tabelle 2 gibt die Ergebnisse des Vergleichs von Eltern- und Selbsteinschätzungen auf den Symptomstärkeskalen in der repräsentativen, der klinischen und der unauffälligen Stichprobe wieder. Zum Vergleich der zentralen Tendenzen wurden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Wegen des geringen Stichprobenumfanges bei der klinischen und unauffälligen Stichprobe wurden zu-

sätzlich die jeweiligen Effektstärken nach Cohen als deskriptive Maße angegeben. Zudem wurden die Korrelationen (Pearson) berechnet.

Wie Tabelle 2 zeigt, lassen sich in allen drei Stichproben über alle analysierten Symptomstärkeskalen mittlere bis höhere Korrelationen zwischen Eltern- und Selbsteinschätzung nachweisen, die zwischen $r = .47$ und $r = .92$ variieren. In der klinischen Stichprobe liegen die Korrelationen eher höher als in der Repräsentativstichprobe.

In der repräsentativen Stichprobe beurteilen sich die Kinder und Jugendlichen auf den Symptomstärkeskalen „Hyperaktivität“ und „Impulsivität“ signifikant auffälliger als ihre Eltern sie einschätzen. Auch auf der Skala „Aufmerksamkeitsstörungen“ erzielen die Jugendlichen einen leicht höheren Mittelwert im Vergleich zum Elternurteil; dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Demgegenüber beurteilen sich Jugendliche in der klinischen Stichprobe auf den Symptomstärkeskalen im Vergleich zur Elterneinschätzung als weniger auffällig. In der unauffälligen Stichprobe zeigen sich diese Mittelwerttendenzen teilweise.

Diskussion

Anhand von Datenmaterial aus drei Stichproben – einer repräsentativen Stichprobe, einer klinischen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und einer Stichprobe unauffälliger Kinder und Jugendlicher im Alter von 11 bis 15 bzw. 11 bis 18 Jahren wurde durch verschiedene Analysen untersucht, ob das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen hilfreich sein kann. Zur Beantwortung dieser Frage wurde in den genannten Stichproben das Selbsturteil dem Fremdurteil von Eltern gegenübergestellt. Die Ergebnisse der Analysen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Prävalenzen in der Repräsentativstichprobe für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV liegen sowohl auf der Basis des Selbsturteils als auch des Fremdurteils der Eltern bei 8,4%. Diese Rate liegt damit geringfügig über der Prävalenzrate auf der Basis des Elternurteils in einer vergleichbaren Stichprobe mit Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren (Brühl et al., 2000); sie entspricht aber jener Rate, die DuPaul und Mitarbeiter (1998) mit einem vergleichbaren Elternfragebogen in einer umfangreichen repräsentativen Stichprobe in den USA ermittelt hatten – hier lagen die Prävalenzen bei 6,4% für Acht- bis Zehnjährige; 8,3% für 11- bis 13-jährige und 5,8% für 14- bis 17-jährige.
- die Symptomstärkeskalen der Beurteilungsbögen sowohl für Eltern als auch für Kinder/Jugendliche in den verschiedenen Stichproben erwiesen sich als hinreichend intern konsistent. Die Koeffizienten sind sowohl mit dem Koeffizienten für das Elternurteil bei jüngeren Kindern (Brühl et al., 2000) als auch mit internationalen Ergebnissen für entsprechende Skalen im Selbsturteil (Adams et al., 1997; Smith et al., 2000) vergleichbar. Auch durch das Selbsturteil lassen sich somit Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität intern konsistent erheben.
- Die Korrelationen zwischen den korrespondierenden Symptomstärke- und den Problembelastungsskalen fallen in der Repräsentativstichprobe für das Elternurteil mit Korrelationen zwischen $r = .32$ und $r = .54$ geringer aus als bei jüngeren Kindern (Brühl et al., 2000: $r = .86 - .94$), wobei im Selbsturteil noch geringere Werte zwischen $r = .14$ und $r = .31$ ermittelt wurden. Im Jugendalter ist die getrennte Erhebung von Symptomstärke und Problembelastung sowohl für das Elternurteil als auch das Selbsturteil offensichtlich bedeutsamer als für das Elternurteil im Kindesalter, weil im Jugendalter beide Einschätzungen stärker divergieren.
- Die Korrelationen zwischen den einzelnen Symptomskalen innerhalb des Elternfragebogens und des Selbstbeurteilungsbogens liegen im mittleren bis höheren Bereich und sind mit den für das Kindesalter gefundenen Werte vergleichbar (Brühl et al., 2000). Sie entsprechen auch den von Gadow und Sparafkin (1999) für die Selbsteinschätzung mitgeteilten Werten.
- Die Alters- und Geschlechtseffekte in der Repräsentativstichprobe weisen im Selbsturteil und im Elternurteil in die ähnliche Richtung, wenn auch das Signifikanzniveau vor allem im Selbsturteil oft nicht erreicht wird.
- Beim Vergleich von Eltern- und Selbsteinschätzung zeigt sich, daß beide Urteile miteinander im mittleren bis höheren Bereich korrelieren, teilweise werden Korrelationen errechnet, die deutlich über den entsprechenden Werten der angloamerikanischen Studien von Adams et al (1997), Dankaerts et al. (1999) und Gadow und Sparafkin (1999) liegen. Die Korrelation der Gesamtskala liegt in der Repräsentativstichprobe ähnlich hoch wie der in der deutschen repräsentativen Stichprobe ermittelte Zusammenhang zwischen Eltern- und Selbsteinschätzung auf der CBCL- bzw. YSR-Skala über Aufmerksamkeitsprobleme (Plück et al., 1997). Die in anderen Studien nachgewiesenen geringeren Korrelationen lassen sich teilweise darauf zurückführen, daß überwiegend unterschiedliche konzipierte Instrumente im Selbst- und im Elternurteil eingesetzt wurden, diese gilt jedoch nicht für das Ergebnis von Gadow und Sparafkin (1999).
- Hinsichtlich der zentralen Tendenz gibt es unterschiedliche Ergebnisse für Repräsentativstichprobe und klinische Stichprobe: in der Repräsentativstichprobe höhere Werte im Selbsturteil als im Fremdurteil, die auf zwei Skalen als statistisch signifikant abgesichert werden können, in der klinischen Stichprobe signifikant geringere Werte im Selbsturteil. Sowohl in der Repräsentativstichprobe als auch in der klinischen Stichprobe wird damit das Ergebnis aus dem Vergleich von CBCL und YSR in einer Repräsentativstichprobe und in einer multizentrischen klinischen Stichprobe bestätigt (vgl. Plück et al., 1997;

Plück, 2001). In der klinischen Stichprobe kann der gegenläufige Trend als Hinweis auf Dissimulations-tendenzen bei Jugendlichen interpretiert werden, die wegen hyperkinetischen Auffälligkeiten vorgestellt werden (oder auf Tendenzen zum Aggravieren bei den Eltern dieser Jugendlichen). Allerdings sind die Ergebnisse der klinischen Stichprobe mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren, da sie aufgrund der geringen Stichprobengröße einer weiteren Absicherung durch andere Studien bedürfen. Die Ergebnisse von Plück (2001), die anhand des Vergleichs von YSR und CBCL in einer großen klinischen Stichprobe vergleichbare Ergebnisse finden konnte, spricht jedoch dafür, daß es sich hier nicht um einen Zufallsbefund handelt.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, daß das Selbsturteil Jugendlicher in einem Fragebogen durchaus bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen herangezogen werden kann – dafür sprechen die guten internen Konsistenzen der Skalen sowie die doch beträchtlichen Korrelationen zwischen Eltern- und Jugendlicherurteil und auch die in beiden Fragebögen ähnlichen Tendenzen bei den Alters- und Geschlechtseffekten. Allerdings weisen die Ergebnisse zur Übereinstimmung von Eltern- und Selbsturteil in der zentralen Tendenz auch darauf hin, daß die Selbsteinschätzungen von Jugendlichen zumindest in klinischen Stichproben mit Vorsicht zu werten sind, weil sie doch deutlich geringer als die Elterneinschätzungen ausfallen, was gegenläufig zu dem Trend in der Repräsentativstichprobe ist. Es besteht natürlich auch die Möglichkeit, daß die von der Problematik belasteten Eltern auffälliger Jugendlicher die Probleme bei der Vorstellung ihres Kindes als massiver schildern. Im Sinne einer multimodalen Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner et al., 2000 a, b) ist jedoch eine Einbeziehung des Jugendlicherurteils in den diagnostischen Prozeß durchaus wertvoll, zumal das Elternurteil und auch das Lehrerurteil im Jugendalter möglicherweise an Aussagefähigkeit einbüßt, da der Einblick von Eltern und Lehrer in die einzelnen Lebensbereiche der Jugendlichen eher geringer wird, die Eltern also beispielsweise nicht mehr so recht einschätzen können, wie das Arbeitsverhalten des Jugendlichen bei den Hausaufgaben ist und die Lehrer die Mitarbeit und Konzentrationsfähigkeit des Jugendlichen nur noch während einzelner Unterrichtsfächer und nicht mehr über die längste Zeit des Schultages überblicken. In diesem Sinne stellt der Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (SBB-HKS) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) eine durchaus wertvolle Ergänzung zum Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) und zur Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen (DCL-HKS) dar. Orientierende Normen für das

Elternurteil im FBB-HKS bei jüngeren Kinder sind bereits publiziert (Brühl et al., 1999; Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Normen für das Elternurteil und Selbsturteil im FBB-HKS bzw. im SBB-HKS können dem ersten Band des Kinder-Diagnostik-Systems (KIDS1: Hyperkinetische Störungen) entnommen werden (Döpfner et al., 2002) und werden auch in eine neue Auflage des DISYPS-KJ eingearbeitet werden.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adams, C. D., Kelly, M. L. & McCarthy, M. (1997). The Adolescent Behavior Checklist: development and initial psychometric properties of a self-report measure for adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 77–86.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 85–121.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2. Aufl. mit deutschen Normen; bearb. v. M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2. Aufl. mit deutschen Normen; bearb. v. M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Brühl, B., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 116–126.
- Danckaerts, M., Heptinstall, E., Chadwick, O. & Taylor, E. (1999). Self-report of attention deficit and hyperactivity disorder in adolescents. *Psychopathology*, 32, 81–92.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*, (2., korrig. u. erg. Aufl.). Bern: Huber.

- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41, 221–244.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteiler-effekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218–233.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000 a). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie* (Bd. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000 b). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie* (Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Steinhausen, H.-C. & Lehmkuhl, G. (2002). *Kinder-Diagnostik-System KIDS, Mappe 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos A. D., Power, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J. & McGoey, K. E. (1998). Parent Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor Structure and Normative Data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 83–102.
- Gadow, K. D. & Sprafkin, J. (1999). *Youth's Inventory 4, Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Görtz, A. (2001). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und internalisierende Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Studiengang Psychologie der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Nowak, A. (1999). *Überprüfung und Normierung eines Fragebogens zur Erfassung hyperkinetischer Störungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Studiengang Psychologie, Universität zu Köln.
- Plück, J. (2001) Informanteneffekte in der Verhaltensdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Vergleichende Untersuchungen von Eltern und Selbsturteil. Dissertation, medizinische Fakultät der Universität zu Köln.
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Englert, E., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 566–582.
- Robin, A. L. & Vandermay, S. J. (1996). Validation of a measure for adolescent self-report of attention deficit disorder symptoms. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 17, 211–215.
- Smith, B. H., Pelham, W. E., Gnagy, E., Molina, B. & Evans, S. (2000). The reliability, validity, and unique contributions of self-report by adolescents receiving treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 489–499.
- Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H. & Eisert, H. G. (1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 184–200.

Dipl.-Psych. Anja Görtz

Institut Köln der Christoph-Dornier-Stiftung
für Klinische Psychologie
Lindenburger Allee 42
D-50931 Köln

Prof. Dr. Manfred Döpfner
Dipl.-Psych. Andreas Nowak
Dr. Bettina Bonus
Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der
Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10
D-50931 Köln