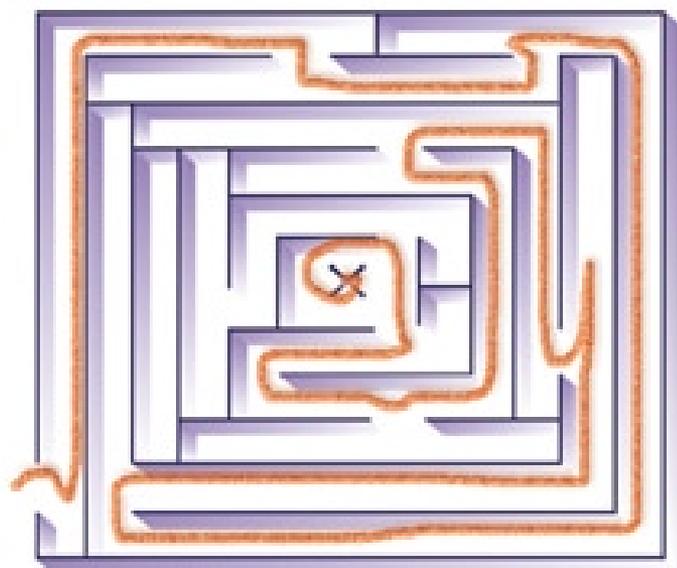


# Kinderpsychologische Tests

Ein Kompendium für Kinderärzte

Udo Rauchfleisch

3. überarbeitete und  
erweiterte Auflage



Thieme

# **Kinderpsychologische Tests**

Ein Kompendium für Kinderärzte

Udo Rauchfleisch

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

40 Abbildungen

23 Tabellen

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart · New York

---

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch  
Klinische Psychologie  
an der Universität Basel und  
Psychotherapeut in privater Praxis  
Hauptstr. 49  
CH-4102 Binningen

*Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme*

**Rauchfleisch, Udo:**

Kinderpsychologische Tests : ein Kompendium  
für Kinderärzte / Udo Rauchfleisch. – 3., überarb.  
und erw. Aufl., – Stuttgart : Thieme, 2001

1. und 2. Aufl.

**Bücherei des Pädiaters:** Beihefte zur  
Zeitschrift „Klinische Pädiatrie“. –  
Stuttgart; New York: Thieme  
Früher Schriftenreihe. – Teilw. im  
Verlag Enke, Stuttgart  
Reihe Bücherei des Pädiaters zu:  
Klinische Pädiatrie  
ISSN 0373–3165  
Bd.95. Kinderpsychologische Tests.  
– 1. Aufl. 1991, 2. Aufl. 1993

© 2001 Georg Thieme Verlag  
Rüdigerstraße 14  
D- 70469 Stuttgart  
Unsere Homepage: <http://www.thieme.de>

Printed in Germany

Zeichnungen: Barbara Gay, Stuttgart  
Umschlaggestaltung: Renate Stockinger, Stuttgart  
Satz und Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen

ISBN 3-13-126533-7

1 2 3 4 5 6

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, daß Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, daß diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handelte.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

---

## Vorwort zur 3. Auflage

In den 7 Jahren, die seit der letzten Auflage dieses Buches vergangen sind, hat die Diagnostik von Störungen im Kindesalter zwar keine grundsätzliche Änderung durchgemacht, doch sind inzwischen einige neue Verfahren entwickelt und andere überarbeitet bzw. modifiziert worden. Es war deshalb notwendig, die nun vorliegende 3. Auflage zu überarbeiten und zu aktualisieren. Um den Umfang des Buches nicht wesentlich zu erweitern, habe ich mich entschlossen, das in der 1. und 2. Auflage lediglich 1 Seite umfassende Kapitel „Verhaltensbeobachtung“ zu streichen. Es

war in der bisherigen knappen Form für mich unbefriedigend und hätte bei einer Beibehaltung einer erheblichen Überarbeitung und Erweiterung bedurft.

Ich hoffe, daß auch diese neue Auflage allen, die im pädiatrischen, psychiatrischen und psychologischen Bereich mit Kindern arbeiten, ihre Tätigkeit erleichtert und ihnen hilft, einen besseren Zugang zum Erleben von Kindern und Eltern zu finden.

Binningen, im Herbst 2000      Udo Rauchfleisch

---

## Vorwort zur 1. Auflage

Warum ein Kompendium von Tests zur Untersuchung von Kindern für den Pädiater? Ist es nicht in erster Linie der Psychologe oder der Kinder- und Jugendpsychiater, der solche Untersuchungen vornimmt? Diese und ähnliche Fragen wird sich der Leser, der dieses Buch zur Hand nimmt, vielleicht stellen. Die kritischen Argumente gegen eine Psychodiagnostik, die von Pädiatern ausgeübt wird, lassen sich sogar noch vermehren, wenn man außerdem die Fragen aufwirft, ob denn der Kinderarzt überhaupt Zeit für solche Untersuchungen hat und über die für psychodiagnostische Abklärungen nötige theoretische und praktische Erfahrung verfügt.

All dies sind zweifellos ernstzunehmende Bedenken, die man nicht einfach beiseite schieben kann. Doch ist die Intention des vorliegenden Buches nicht, den Pädiater zu einem „Schmalspurpsychologen“ zu machen, der in letztlich nicht verantwortbarer Weise Testuntersuchungen durchführt. Es geht vielmehr darum, die besondere Situation, in der sich der Pädiater durch seinen beruflichen Auftrag befindet, möglichst optimal zu nutzen und ihm die Methoden an die Hand zu geben, die ihm seine Arbeit erleichtern können und die den von ihm behandelten Kindern und ihren Eltern Leiden ersparen bzw. dieses wenigstens vermindern. Beim Versuch, dieses Ziel zu erreichen, vermögen Testverfahren eine große Hilfe zu leisten.

Ein weiteres Ziel dieses Buches liegt darin, den Pädiater genauer über die Tests zu informieren, die von Kinderpsychologen und -psychiatern vielfach eingesetzt werden und deren Befunde dementsprechend häufig in Untersuchungsberichten aufgeführt werden. Für die Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der verschiedenen Disziplinen ist es von großer Bedeutung, daß sie die verwendeten Instrumente mit ihren diagnostischen Möglichkeiten und Grenzen kennen und eine „gemeinsame Sprache“ sprechen, wenn es darum geht, sich über die Resultate aus derartigen Untersuchungen zu verständigen. Dies ist m.E. eine der

Grundvoraussetzungen für eine fruchtbare Kommunikation für alle, die Eltern und Kind auf ihrem Wege begleiten.

Während sich der Pädiater in der Vergangenheit vor allem vor die Aufgaben gestellt sah, die hohe Säuglingssterblichkeit zu bekämpfen, schwere akute und chronische Ernährungsstörungen, Rachitis und Infektionskrankheiten zu behandeln und zu verhüten, hat sich in der Gegenwart sein Arbeitsspektrum u.a. dahin verlagert, präventiv tätig zu sein und Kinder mit Sozialisations- und Verhaltensstörungen zu behandeln bzw. bei deren Betreuung mitzuwirken. Aus dieser Schwerpunktverschiebung ergibt sich für ihn die Aufgabe, möglichst frühzeitig Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten festzustellen, sorgfältig zu beobachten und, falls nötig, gezielte Förder- und Therapiemaßnahmen einzuleiten. Dabei wird er eng mit Vertretern anderer Disziplinen zusammenarbeiten müssen.

Für die verantwortungsvolle Aufgabe der Früherkennung von Störungen im Kindesalter ist der Pädiater wie kein zweiter besonders geeignet: Ist er doch vor allem in der Vorkindergarten- und Vorschulzeit oft der einzige außerfamiliale Fachmann, der im Rahmen von Impfungen und bei der Behandlung akuter Erkrankungen mit dem Kind und seinen Eltern in Kontakt tritt. Außerdem begleitet er die Familie häufig über längere Zeit hin und ist deshalb in der Lage, die Situation des Kindes nicht nur punktuell, sondern im Längsschnitt zu beurteilen. Dies wiederum ermöglicht es ihm, zur rechten Zeit Förder- und Therapiemaßnahmen einzuleiten. Außerdem wird er aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Daten für die Vertreter anderer Disziplinen zu einer wichtigen Informationsperson.

Um die geschilderten Ziele erreichen zu können, müssen dem Pädiater jedoch Methoden zur Verfügung gestellt werden, die ihm die Erfüllung seiner diagnostischen Aufgaben ermöglichen. Von seiner Arbeitssituation und seinem beruflichen Auftrag her handelt es sich dabei nicht um

eine hochspezialisierte kinderpsychiatrische oder kinderpsychologische Diagnostik ganz bestimmter Phänomene. Es geht für ihn vielmehr darum, schnell durchführbare und leicht auswertbare Verfahren zu besitzen, die ihm eine erste Orientierung über den Entwicklungsstand und allfällige psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten ermöglicht. Aufgrund seiner Untersuchungsbefunde wird er dann, falls sich Auffälligkeiten zeigen, Eltern und Kind einer gezielteren Abklärung zuführen. Nur im Einzelfall wird er, bei entsprechender Weiterbildung, selber differenziertere Testverfahren einsetzen.

Entsprechend dieser Zielsetzung habe ich im vorliegenden Kompendium das Schwergewicht auf die *Screening-Tests*, Verfahren zu einer ersten groben Abschätzung bestimmter Verhaltens- und Erlebensbereiche, gelegt (Kapitel 4). Damit der Leser möglichst schnell entscheiden kann, ob ein bestimmtes Verfahren für seine Fragestellung geeignet ist, werden die Screening-Tests jeweils im vollen Wortlaut bzw. mit Angabe aller zur Durchführung nötigen Informationen und Hilfsmittel abgedruckt. Den entsprechenden Verlagen und Autoren sei für die Erlaubnis dieser Reproduktionen gedankt. Der *Anamnesenerhebung* und den diagnostischen Möglichkeiten, die sich aus den *Beobachtungsmethoden* ergeben, sind je eigene Kapitel (3 und 8) gewidmet.

Unter Umständen wird sich der diagnostisch interessierte Pädiater aber auch etwas weiter in einzelne *differenziertere Tests* einarbeiten wollen. Um ihm diese Arbeit zu erleichtern und um aufzuzeigen, welche Möglichkeiten solche Verfahren bieten, habe ich in den Kapiteln 5, 6 und 7 einige derartige Tests angeführt und zum Teil anhand von Beispielen zu veranschaulichen versucht.

Auch wenn dieses Buch ein vorwiegend praxisorientiertes Werk sein soll, erschien es mir doch notwendig, wenigstens kurz auf die theoretischen *Grundlagen der Psychodiagnostik* einzugehen (Kapitel 2). Diese Ausführungen sollen dem

Leser dabei behilflich sein, eine kritische, realitätsgerechte Einstellung den Testmethoden gegenüber zu entwickeln und Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik besser einzuschätzen. Außerdem liegt es auf der Hand, daß bei Fragen der Früherkennung und Prävention auch ein – zumindest kurzer – Exkurs in das Gebiet der *Epidemiologie* unerlässlich ist. Die damit zusammenhängenden Fragen werden in Kapitel 1 abgehandelt. Schließlich würde eine Darstellung diagnostischer Methoden höchst unvollständig bleiben, wenn man nicht auch das *Beratungsgespräch* mit in die Betrachtungen einbezöge. Dieses m.E. sehr wichtige Thema werde ich in Kapitel 9 behandeln.

Ein Werk wie das vorliegende wäre nicht möglich ohne die Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen und ohne die Anregungen aus Gesprächen mit Fachleuten verwandter Disziplinen. Mein Dank gilt deshalb meinem Kollegen und Freund Prof. *Raymond Battegay*, dem Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel, sowie Frau Dipl.-Psych. *Dorothee Biebricher* und Herrn Dipl.-Psych. Dr. *Johann Kraller-Bergmann*, die mir bei der Beschaffung und Sichtung von Testmaterial behilflich waren. Auf viele wichtige Probleme haben mich ferner meine Studenten durch ihre Fragen aufmerksam gemacht. Frau *Margaretha Avis* sei für die speditive Erledigung der Sekretariatsarbeit herzlich gedankt. Mein Dank richtet sich schließlich auch an Frau Dr. *Marlis Kuhlmann*, Verlagsleiterin des Ferdinand Enke Verlags. Von ihr ging die Anregung, ein solches Buch zu verfassen, aus, und sie hat die Entstehung dieses Werkes in wohlwollender Weise begleitet.

Ich lege dieses Buch nun der Öffentlichkeit vor in der Hoffnung, es möge Pädiatern und anderen Interessierten eine Hilfe bei ihrer schwierigen und so außerordentlich wichtigen Arbeit in der Diagnostik kindlicher Störungen sein.

Basel, im Mai 1990

Udo Rauchfleisch

---

# Inhalt

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Epidemiologie psychischer Störungen im Kindesalter</b> .....                                      | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Allgemeine Grundlagen der Psychodiagnostik</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>3</b> | <b>Anamnese</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>4</b> | <b>Screening-Verfahren</b> .....   | <b>20</b> |
| 4.1      | Entwicklungsdiagnostische Screening-Verfahren .....  | 21        |
| 4.1.1    | Denver-Entwicklungstest .....  | 21        |
| 4.1.2    | Entwicklungstabellen .....   | 24        |
| 4.1.2.1  | Sensomotorisches Entwicklungsgitter von <i>Kiphard</i> .....   | 24        |
| 4.1.2.2  | Entwicklungstabellen von <i>Strassmeier</i> .....  | 29        |
| 4.1.3    | Mann-Zeichen-Test (MZT) .....  | 32        |
| 4.2      | Screening-Verfahren zur Erfassung von psychiatrischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten .....  | 40        |
| 4.2.1    | Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensstörungen im Vorschulalter ..                                 | 40        |
| 4.2.2    | Screening-Fragen an Eltern zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter ..... | 42        |
| 4.2.3    | Elternfragebogen zur Erfassung kinderpsychiatrisch auffälliger 8jähriger .....                       | 42        |
| 4.3      | Screening-Verfahren zur Untersuchung der sozialen Entwicklung ...                                    | 45        |
| 4.3.1    | Vineland Social Maturity Scale .....   | 45        |
| 4.3.2    | Skala zur Erfassung des Sozialverhaltens von Vorschulkindern ....                                    | 47        |
| 4.4      | Screening-Verfahren zur Erfassung von intellektuellen Minderbegabungen .....                         | 48        |
| 4.4.1    | Mann-Zeichen-Test (MZT) .....  | 48        |
| 4.4.2    | Columbia Mental Maturity Scale, CMM .....  | 49        |
| 4.4.3    | Coloured Progressive Matrices von <i>Raven</i> .....   | 49        |
| 4.5      | Screening-Verfahren zur Erfassung von Teilleistungsschwächen im Vorschulalter .....                  | 50        |
| <b>5</b> | <b>Differenzierte Intelligenzuntersuchungen</b> .....  | <b>55</b> |
| 5.1      | Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter, HAWIVA .....                                | 55        |
| 5.2      | <i>Kramer</i> Test .....   | 60        |
| 5.3      | Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder, Revision 1983, HAWIK-R ..                               | 61        |
| 5.4      | Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, Revision 1991 .....                                 | 63        |
| 5.5      | Progressiver Matrizen test von <i>Raven</i> .....  | 64        |
| 5.6      | Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), deutsche Version (K-ABC) .....                      | 64        |
| 5.7      | Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB) .....  | 64        |

---

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>6</b> | <b>Spezielle Entwicklungs- und Leistungstests</b> .....                                | 65 |
| 6.1      | Münchener Funktionelle<br>Entwicklungsdiagnostik<br>für das 2. und 3. Lebensjahr ..... | 65 |
| 6.2      | Psycholinguistischer Entwicklungs-<br>test, PET .....                                  | 65 |
| 6.3      | <i>Frostigs</i> Entwicklungstest der<br>visuellen Wahrnehmung, FEW .....               | 70 |
| 6.4      | <i>Benton</i> -Test .....  | 72 |
| <b>7</b> | <b>Spezielle Verfahren zur Diagnostik emotionaler Probleme</b> .....                   | 74 |
| 7.1      | Satzergänzungstest .....   | 74 |
| 7.2      | „10-Wünsche-Phantasiespiel“ .....  | 77 |
| 7.3      | <i>Düss</i> -Fabeltest .....   | 78 |
| 7.4      | Hamburger Erziehungsverhaltens-<br>liste für Mütter, HAMEL .....                       | 81 |
| 7.5      | Familiensystem-Test (FAST) .....   | 81 |
| 7.6      | Scenotest .....  | 82 |
| 7.7      | Thematische Apperzeptions-<br>verfahren .....  | 84 |
| 7.8      | „Zeichne Deine Familie in Tieren“ ...  | 86 |
| 7.9      | Freie zeichnerische Gestaltungen ...   | 88 |
| <b>8</b> | <b>Beratung</b> .....  | 90 |
|          | <b>Literatur</b> .....   | 94 |
|          | <b>Sachregister</b> .....  | 99 |

# 1

## Epidemiologie psychischer Störungen im Kindesalter

Bei der Beantwortung der Frage, inwieweit es sinnvoll ist, psychologische Verfahren zur Erfassung psychischer Störungen im Kindesalter einzusetzen, sind die Resultate epidemiologischer Erhebungen von großer Bedeutung. Der Einsatz solcher Verfahren rechtfertigt sich ja nur dann, wenn die entsprechenden Krankheitsphänomene relativ häufig auftreten und sich mit großer Wahrscheinlichkeit nachteilig auf die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder auswirken. Hinzu kommt, daß die Störungen, die man mit Hilfe psychologischer Verfahren erfassen möchte, grundsätzlich behandelbar sein sollen und daß sich die Behandlungsaussichten durch ihr frühzeitiges Erkennen deutlich verbessern lassen.

Es ist das Ziel epidemiologischer Erhebungen, Aussagen über Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten und über die Determinanten dieser Größen zu machen. Angaben über die Epidemiologie psychischer Störungen beruhen in der Regel auf der *Prävalenz*, d.h. auf dem Maß für die Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines definierten Zeitintervalls.

Will man die Bedeutung epidemiologischer Daten richtig verstehen und angemessene Schlußfolgerungen ziehen, so ist es notwendig, sich zuvor über einige grundsätzliche Probleme Klarheit zu verschaffen. Die Güte und der Aussagewert solcher Daten hängt von wenigstens 3 Faktoren ab (Schmidt et al., 1985):

### 1. Von der Repräsentativität der untersuchten Stichprobe

Da es in der Regel nicht möglich ist, auch nur einen einzigen Jahrgang von Kindern in einer bestimmten Stadt, geschweige denn mehrere Jahrgänge von Kindern aus verschiedenen Gebieten, zu untersuchen, ist man auf eine *Stichprobe* aus einer solchen Grundgesamtheit angewiesen. Bei der Zusammenstellung dieser Stichprobe achtet man beispielsweise darauf, daß der Anteil von

Mädchen und Jungen, die Altersverteilung, der sozioökonomische Status der Familie und anderes in der Untersuchungsgruppe mit der Verteilung der Merkmale in der Gesamtgruppe übereinstimmen. Dann wählt man nach dem Zufallsprinzip einen bestimmten Prozentsatz von Personen der in Frage kommenden Gruppe aus und erhebt an dieser Teilgruppe die Daten.

Bei der weiteren Verwendung der so gewonnenen Befunde ist zu beachten, daß beispielsweise eine Stichprobe der einheimischen Bevölkerung nicht unbedingt repräsentativ für ausländische Bewohner ist. Da bei epidemiologischen Studien die Rücklaufquote (z.B. bei Fragebögen, die den Mitgliedern der Stichprobe zugeschickt werden, oder bei Interviews, zu denen die Probanden eingeladen werden) niemals 100% beträgt, gilt es ferner bei der Interpretation der Daten auch zu berücksichtigen, ob sich die Verweigerer nicht gerade durch ganz spezifische Merkmale auszeichnen (z.B. in Familien, die nicht zur Mitarbeit bereit sind, sich gehäuft Kinder mit Auffälligkeiten finden).

### 2. Von der sogenannten „Falldefinition“

Es liegt auf der Hand, daß man zu unterschiedlichen epidemiologischen Resultaten gelangt, je nachdem ob man die Kinder selber befragt, Informationen von Eltern und Lehrern einholt oder eine Untersuchung durch einen Fachmann vornehmen läßt.

Außerdem führen Fragebögen, welche die zu Untersuchenden selber ausfüllen, mitunter zu anderen Resultaten als Interviews (beispielsweise weil der Fragebogen anfälliger für Antworttendenzen im Sinne sozial erwünschten Verhaltens ist). So berichtet Richman (1977) von einer Erhebung, bei der ein Interview mit den Müttern 7% falsch-positive und 10% falsch-negative Einschätzungen erbrachte. Die Beurteilung anhand von Fragebögen, welche die Mütter selber ausgefüllt hatten, ergab hingegen mit 13% fast doppelt so

viel falsch-positive Einschätzungen, und mit 30% falsch-negativen Klassifizierungen wurden 2 mal mehr Kinder übersehen als bei der direkten Befragung.

Die Situation wird bei der Untersuchung psychischer Auffälligkeiten nochmals komplizierter durch die Tatsache, daß es selbst unter Fachleuten keine allgemeinverbindliche und vor allem eindeutig operationalisierbare Definition von „psychischer Gesundheit“ gibt. Man muß deshalb bei epidemiologischen Studien entweder die Ebene von *Symptomen oder Syndromen* wählen (z.B. Einteilung der Auffälligkeiten in die 3 Syndrome „emotionale Störungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“ und „hyperkinetische bzw. unreife Kinder“, Achenbach et al., 1978). Oder man versucht das beobachtete bzw. berichtete Verhalten *klinischen Diagnosen* auf der Basis eines geeigneten *Klassifikationssystems* zuzuordnen (z.B. dem „Multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ nach Rutter et al., deutsche Ausgabe von Remschmidt et al., 1994). Als besonders günstig hat es sich erwiesen, wenn eine solche diagnostische Klassifikation auch noch eine Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung ermöglicht.

### 3. Von der benutzten Informationsquelle

Bei epidemiologischen Studien an Kindern befindet man sich zwar in einer besonders günstigen Lage dadurch, daß dem Untersucher zur Erhebung der Befunde nicht nur der Proband selber als Informant zur Verfügung steht. Im Falle von Kindern kann man außerdem Informationen von Eltern oder anderen Pflegepersonen und Lehrern einholen. Die Erfahrung zeigt nun aber, daß die Resultate, je nach der benutzten Informationsquelle, z.T. erheblich voneinander abweichen. So liefern Eltern zumeist exaktere Angaben über Leistungsstörungen, Lehrer und Erzieher sind sensibler für auffällig expansives Verhalten, Kinder selber informieren besser über emotionale Probleme (Schmidt et al., 1985). Aus diesem Grunde wählt man in epidemiologischen Untersuchungen mitunter einen Mittelweg, indem man Eltern *und* Kinder befragt. Zudem ist zu berücksichtigen, daß gerade im Falle von Kindern langfristige Verhaltensbeobachtungen genauere Resultate erbringen. Ein solches Vorgehen ist aber gerade bei

großen epidemiologischen Studien meist nicht möglich.

Bei der Frage nach der Quelle der Informationen muß man sich ferner der Tatsache bewußt sein, daß Fragebogenerhebungen (vor allem in postalischer Form, bei der die Antwortenden keine Möglichkeiten zu Rückfragen haben und der Untersucher unverständliche oder ungenaue Angaben nicht weiter klären kann) mit zahlreichen Fehlern behaftet sind. Aus diesem Grunde versucht man in epidemiologischen Studien neben der Datenerhebung mittels verschickter Fragebögen möglichst auch Interviews durchzuführen (zur Methodik und Problematik von Interviews und Fragebögen s. Rauchfleisch, 1994).

Wie eingangs ausgeführt, rechtfertigt sich der breite Einsatz psychologischer Verfahren zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nur, wenn die entsprechenden Krankheitsphänomene relativ häufig auftreten und sich mit einiger Wahrscheinlichkeit nachteilig auf die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder auswirken. Trotz mancher Unterschiede zwischen den Resultaten der verschiedenen epidemiologischen Studien ergibt sich doch insofern eine bemerkenswerte Übereinstimmung, als die *Prävalenzrate im Durchschnitt bei 10 bis 15%* liegt. Detzner et al. (1988) haben die in Tab. 1.1 aufgeführten Resultate aus epidemiologischen Untersuchungen, die bei verschiedenen Gruppen durchgeführt worden sind, zusammengestellt.

Die Befunde lassen erkennen, daß die Häufigkeit psychiatrischer Störungen vor allem bei Großstadtkindern relativ hoch ist (eher über 15%). So berichten Esser et al. (1992) in einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8 über 13 bis 18 Jahren von einer Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten über die Alterszeitpunkte hinweg von konstant 16–18%. Die uns vorliegenden Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen weisen ferner auf eine sehr hohe Prävalenzrate bei ausländischen Kindern hin (Detzner et al., 1988).

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, daß wir bei Kindern, deren Eltern als Flüchtlinge aus anderen Kulturen in unseren Ländern im Exil leben (insbesondere wenn die Eltern Extremtraumatisierungen ausgesetzt waren), mit nochmals wesentlich höheren Prävalenzraten bezüglich psychischer und körperlicher Störungen