



## Forschungsgruppe DISYPS

Entwicklung und Evaluation des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

### Mitglieder der Forschungsgruppe

Hannah Bell, Dipl.-Psych. (ausgeschieden)  
Dieter Breuer, Dr., Dipl.-Psych. (KLINIK)  
Christina Dose, Dipl.-Psych. (AKiP)  
Manfred Döpfner, Prof. Dr., Dipl.-Psych. (Leitung; KLINIK, AKiP, CDS)  
Linda Hofmann, M.Sc. Psych. (Diss)  
Anja Görtz-Dorten, PD Dr., Dipl.-Psych. (Koordination; AKiP, CDS)  
Hildegard Goletz, Dipl.-Psych. (AKiP)  
Christopher Hautmann, PD. Dr. Dipl.-Psych. (AKiP)  
Elena von Wirth, Dr., Dipl.-Psych. (AKiP)  
Klaas Rodenacker, M.Sc.Psych. (Diss)  
Katrin Woitecki, Dr. Dipl.-Psych. (AKiP)  
Tanja Wolff Metternich-Kaizman, Dr. Dipl.-Psych. (AKiP, Klinik)

### Finanzierung

- Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie, Institut für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Universität Köln (CDS)
- Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln (KLINIK)
- Hogrefe-Verlag

### Allgemeine Projektbeschreibung

Ziel der Forschungsgruppe ist die Weiterentwicklung des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II) sowie in der neuesten Fassung nach ICD-10 und DSM-5 (DISYPS-III). DISYPS ist ein Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV. Es umfasst die im Kindes- und Jugendalter wichtigsten Störungsbereiche. Dabei werden drei **Beurteilungsebenen** miteinander kombiniert:

- Zur **klinischen Beurteilung** liegen für alle genannten Störungsbereiche **Diagnose-Checklisten (DCL)** vor und **Interview-Leitfäden (ILF)** vor.
- **Fremdbeurteilungsbogen (FBB)** liegen ebenfalls für alle Störungsbereiche vor, die alle zur Erfassung des Elternurteils (oder anderer Hauptbezugspersonen) geeignet sind. Für die Beurteilung durch Erzieher oder Lehrer sind die *Fremdbeurteilungsbogen* zur Erfassung von



Trauma- und Belastungsbezogenen Störungen (FBB-TBS) und von Zwangs-Spektrum-Störungen (FBB-ZWA) in der Regel nicht geeignet und werden daher nicht empfohlen. Bei den anderen Fremdbeurteilungsbogen sind einzelne Items markiert, die nicht für das Urteil von Erziehern oder Lehrern geeignet sind.

- **Selbstbeurteilungsbogen (SBB)** liegen zur Beurteilung durch Kinder und Jugendliche ab dem Alter von 11 Jahren für alle Störungsbereiche mit Ausnahme der *Autismus-Spektrum- und Sozialen Kommunikations-Störungen (ASKS)* sowie der *Bindungs- und Beziehungsstörungen (BIST)* vor, da diese Bereiche sich nicht für die Einschätzung anhand eines *Selbstbeurteilungsbogens* eignen.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Instrumente von DISYPS-III:

Tabelle 1: Übersicht über die Instrumente von DISYPS-III (und Veränderungen gegenüber DISYPS-II)

Diagnose-Bereich	Diagnose-Checkliste	Interview-Leitfäden	Fremdbeurteilungsbogen	Selbstbeurteilungsbogen
Diagnoseübergreifendes Screening	DCL-SCREEN	ILF-SCREEN	FBB-SCREEN	SBB-SCREEN
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	DCL-ADHS	ILF-EXTERNAL	FBB-ADHS/ FBB-ADHS-V	SBB-ADHS
Störungen des Sozialverhaltens	DCL-SSV		FBB-SSV	SBB-SSV
Angststörungen	DCL-ANG		ILF-INTERNAL	FBB-ANG
Depressive Störungen	DCL-DES	FBB-DES		SBB-DES
Trauma- und Belastungsbezogene Störungen	DCL-TBS	FBB-TBS		SBB-TBS
Autismus-Spektrum- und soziale Kommunikationsstörungen	DCL-ASKS	ILF-KONTAKT		FBB-ASKS
Bindungs- und Beziehungsstörungen	DCL-BIST		FBB-BIST	
Zwangs-Spektrum-Störungen	DCL-ZWA	ILF-ZWANG/TIC	FBB-ZWA	SBB-ZWA
Tic-Störungen	DCL-TIC		FBB-TIC	SBB-TIC

**Im Vergleich zu DISYPS-II:**

Rot= völlig neu

Grün = stark verändert (zumindest teilweise neue Items)

Blau = nicht oder gering verändert (Itemformulierung)

**Aktuelle Teilprojekte**

- DISYPS-6: Reliabilität und Validität des Fremdbeurteilungsbogens und der Diagnose-Checkliste für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (DISYPS-KJ/DISYPS-II)



- DISYPS-8: Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Störungen des Sozialverhaltens (SBB-SSV, FBB-SSV) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)
- DISYPS-9: Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (SBB-ADHS, FBB-ADHS) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)
- DISYPS-10: Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Angststörungen (SBB-ANG, FBB-ANG) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)
- DISYPS-11: Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Depressive Störungen (SBB-DES, FBB-DES) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)
- DISYPS-12: Reliabilität und Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Tic-Störungen (SBB-TIC, FBB-TIC) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)
- DISYPS-14: Entwicklung von Interviewleitfäden (ILF) für DISPS-III

### **Abgeschlossene Teilprojekte**

- DISYPS-1: Revision, Reliabilität, Validität und Normierung der Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen für ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depressive Störungen für DISYPS-II.
- DISYPS-2: Zusammenhang von Diagnose-Checklisten sowie Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen zur Erfassung von ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depressiven Störungen.
- DISYPS-3: Reliabilität und Validität des Lehrerurteils auf dem Fremdbeurteilungsbogen für ADHS (FBB-HKS/ADHS).
- DISYPS-4: Adaptation des FBB-ADHS zur Erfassung von ADHS bei Drei- bis Sechsjährigen (FBB-ADHS-V).
- DISYPS-5: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung.
- DISYPS-13: Klinische Normierung und Anpassung von Fremdbeurteilungsbogen (FBB), Selbstbeurteilungsbogen (SBB) und Diagnose-Checkliste (DCL) des DISYPS-Systems an DSM-5 (DISPS-III)

### **Publikationen aus der Forschungsgruppe DISYPS:**

Breuer, D., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2009). Die Erfassung von Merkmalen von Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) anhand von Lehrerurteilen. Zur Validität und Reliabilität des FBB-HKS. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 431 - 440.



- Breuer, D. & Döpfner, M. (2008). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Vorschulkindern im Eltern- und im Erzieherurteil. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 40, 40-48.
- Breuer, D. & Döpfner, M. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 34, 357-365.
- 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, 115-125.
- Döpfner, M. (2003). Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL-ANG). In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik - Grundlagen und Testverfahren* (S. 533 - 534). Berlin: Springer.
- Döpfner, M., Bell, H., Görtz-Dorten, A. & Sinzig, J. (2011). DISYPS-II-TES; DISYPS-II-Skalen für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 180-184). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Borg-Laufs, M. (1999). Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation in der Kinder- und Jugendlichen- Verhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band I: Grundlagen (S.. 299 - 361). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M., & Görtz, A. (2005). DISYPS-KJ: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 121-124). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Görtz, A. (2003). Fremdbeurteilungsbogen und Selbstbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANG, SBB-ANG). In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik - Grundlagen und Testverfahren* (S. 538 - 539). Berlin: Springer.
- Döpfner, M. & Görtz, A. (2005). DISYPS-KJ: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 121-124). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2012). *Diagnostikmodul des ADHS-Kinder-Diagnostik- und Schulungssystems (ADHS-KiDiS). Mappe mit Handanweisung und Fragebögen*. Köln: Universität zu Köln.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-II) Bern: Huber.
- Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2010). Probleme der dimensional Diagnostik psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 123-141.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Bern: Hogrefe.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U., & The BELLA study group. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 665-673
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (1998). Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Bern: Huber.



- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). (2. Aufl.). Bern: Huber
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D., & Petermann, F. (2000). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 2* (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 519-547.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F., & Scheithauer, H. (2000). Diagnostik psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4. Aufl., S. 95-130). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F., & Scheithauer, H. (2002). Diagnostik psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5. Aufl., S. 95-130). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., & Steinhausen, H. C. (2006). *Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Dose, C., Görtz-Dorten, A., Breuer, D., Goletz, H., & Döpfner, M. (2014). Die Erfassung von Ängsten Urteil von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern. Eine Analyse mit den Angstfragebögen aus dem Diagnostik-System (DISYPS-II). *Diagnostica*, 61, 197-209. doi: 10.1026/0012-1924/a000126
- Görtz, A., Döpfner, M., Nowak, A., Bonus, B., & Lehmkuhl, G. (2002). Ist das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen hilfreich? Eine Analyse mit dem Diagnostiksystem DISYPS. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 82-89.
- Görtz-Dorten, A. (2005). Untersuchung zur psychometrischen Qualität und Normierung der Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen des Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2008). Diagnose-Checklisten aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-II) – Gütekriterien und klinische Anwendung. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 378-394.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil – eine Analyse an einer Feldstichprobe mit dem Diagnostik-System DISYPS - II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 183-194.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-ADHS, DISYPS-II-Skalen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 159-163). Göttingen: Hogrefe.



- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-ANZ, DISYPS-II-Skalen für Angst- und Zwangsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 164-168). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-DES, DISYPS-II-Skalen für Depressive Störungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 169-174). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-SSV, DISYPS-II-Skalen für Störungen des Sozialverhaltens. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 175-179). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Fragebögen und Beurteilungsskalen zur Erfassung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. In M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz & C. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS* (S. 44-57). Stuttgart: Kohlhammer.
- Görtz-Dorten, A., Döpfner, M. & Rösler, M. (2010). Fragebögen und Beurteilungsskalen. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 216-233). Stuttgart: Kohlhammer.
- Görtz-Dorten, A., Ise, E., Hautmann, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2014). Psychometric properties of a German parent rating Scale for Oppositional Defiant and Conduct Disorder (FBB-SSV) in clinical and community samples. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*, 388-397. doi: 10.1007/s10578-013-0409-3
- Ise, E., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2014). Reliability and validity of teacher rated symptoms of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in a clinical sample. *Psychopathology*, *47*, 312-318. doi: 10.1159/000362373
- Rodenacker, K., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2016). Bifactor Models show superior model fit: Examination of the factorial validity of parent -reported and self-reported symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in children and adolescents. *Psychopathology* *49*, 31-39. doi: 10.1159/000442295.
- Rodenacker, K., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2017). The factor structure of ADHD – different models, analyses and informants in a bifactor framework. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *39*, 92-102. doi: 10.1007/s10862-016-9565-7.
- Rodenacker, K., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (accepted). Evidence for the trait-impulsivity etiological model in a clinical sample: bifactor structure and its relation to impairment and environmental risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Sinzig, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: Symptom or syndrome? *Journal of Attention Disorders*, *13*, 117-126.



## **Aktuelle Teilprojekte**

### **Teilprojekt DISYPS-6:**

**Reliabilität und Validität des Fremdbeurteilungsbogens und der Diagnose-Checkliste für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (DISYPS-KJ/DISYPS-II)**

### **Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten, Linda Hofmann, Judith Sinzig, Hannah Bell und Manfred Döpfner (federführend).

### **Laufzeit:**

Voraussichtlich bis 2017

**Zielsetzung:** Der Fremdbeurteilungsbogen für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (FBB-TES) und die Diagnose-Checkliste für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (DCL-TES) sind Bestandteile von DISYPS-II. Bislang liegen zu diesen Instrumenten noch keine Informationen zur Reliabilität, zur faktoriellen Validität und zur konvergenten und divergenten Validität vor, die in dieser Studie untersucht werden sollen.

### **Methoden:**

In einer klinischen Stichproben von Kindern mit der Diagnose Autismus sollen diese Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt werden.

### **Ergebnisse:**

In einer Analyse an einer Substichprobe wurden folgende Ergebnisse ermittelt. Die internen Konsistenzen der a priori Skalen wurden in einer klinischen Stichprobe ermittelt. Hinsichtlich der Gesamtskalen zeigen sich mit  $\alpha = .80$  (für die Diagnose-Checkliste) und  $\alpha = .85$  (für den Fremdbeurteilungsbogen) befriedigende interne Konsistenzen. Diese lassen sich durch einen Ausschluss von Items nicht weiter verbessern. Für die Subskalen der DCL-TES liegen die internen Konsistenzen zwischen  $\alpha = .66$  bis  $\alpha = .71$ . Beim FBB-TES (Elternurteil) liegen die internen Konsistenzen der Subskalen zwischen  $\alpha = .65$  und  $\alpha = .80$ , wobei die überwiegende Anzahl der Skalen mit einer Konsistenz  $> .70$  als ausreichend bezeichnet werden können. Zu berücksichtigen ist, dass die geringe Anzahl an Items je Subskala eine Ursache für die teilweise geringen internen Konsistenzen der Subskalen darstellen kann. Die Trennschärfen der Items liegen für alle Skalen der DCL mit  $.36$  bis  $.56$  im mittleren bis hohen Bereich und sind insgesamt als befriedigend bis gut zu bewerten. Die Items der Skalen des FBB sind hinsichtlich ihrer Trennschärfe mit  $.35$  bis  $.69$  als gut zu bezeichnen.



Die in der klinischen Stichprobe durchgeführten Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation unter Bestimmung der Anzahl der Faktoren nach dem Kaiser-Kriterium) zeigten Ergebnisse auf, die nur begrenzt den inhaltlich konstruierten Skalen entsprachen. Für die DCL-TES wurden inhaltskonform 3 Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$  extrahiert, die 58,4% der Varianz aufklären. Für den FBB-TES wurden hingegen 4 Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$  extrahiert, die insgesamt 63,2% der Varianz aufklären.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

- Döpfner Döpfner, M., Bell, H., Görtz-Dortgen, A. & Sinzig, J. (2011). DISYPS-II-TES; DISYPS-II-Skalen für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 180-184). Göttingen: Hogrefe.
- Sinzig, J., Walter, D. & Doepfner, M. (2009). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: Symptom or syndrome? *Journal of Attention Disorders*, 13, 117-126.





**Teilprojekt DISYPS-8:**

**Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Störungen des Sozialverhaltens (SBB-SSV, FBB-SSV) in einer klinischen Stichprobe (DISYPS-KJ/DISYPS-II)**

**Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten (federführend), Linda Hofmann, Elena von Wirth und Manfred Döpfner.

**Laufzeit:**

Voraussichtlich bis 2017

**Zielsetzung:** Der Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (SBB-SSV, FBB-SSV) sind Bestandteile von DISYPS-II. Bislang liegen zu diesen Instrumenten noch keine Informationen zur Reliabilität sowie zur konvergenten, divergenten und differenziellen in klinischen Stichproben Validität vor, die in dieser Studie untersucht werden sollen.

**Methoden:**

In einer klinischen Stichprobe von Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen werden diese Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt. Zur Überprüfung der konvergenten und der divergenten Validität werden Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Selbst- und Fremdurteil, wie der CBCL, dem TRF und dem YSR durchgeführt. Die differenzielle Validität wird durch Vergleich von klinischer Stichprobe mit repräsentativen Stichproben untersucht. Zusätzlich sollen klinische Normen erstellt werden.

**Ergebnisse:**

*Parent ratings:* FBB-SSV parent ratings were analyzed in a clinical (N = 210, 4-17 years) and a community sample (N = 720, 4–19 years). Results indicate that the FBB-SSV is internally consistent ( $\alpha \geq 0.89$ ). Exploratory principal component factor analyses replicated a two-factor structure that is partly consistent with the distinction between oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) in both samples. Diagnostic accuracy was examined with receiver operating characteristic (ROC) analyses. The FBB-SSV highly discriminated children with ODD/CD from a community sample (AUC = 0.91). Diagnostic accuracy for detecting ODD/CD in the clinical sample was satisfactory (AUC = 0.76). Overall, the results show that the FBB-SSV is a reliable and valid instrument for assessing symptoms of ODD and CD. This finding provides further support for the clinical utility of DSM- and ICD based rating scales.



*Teacher ratings:* The sample comprised 421 children (84% boys; 6–17 years) diagnosed with ODD, CD, and/or attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Teachers completed a standardized ODD/CD symptom rating scale and the Teacher Report Form (TRF). Results: The reliability (internal consistency) of the symptom rating scale was high ( $\alpha = 0.90$ ). Convergent and divergent validity were demonstrated by substantial correlations with similar TRF syndrome scales and low-to-moderate correlations with dissimilar TRF scales. Discriminant validity was shown by the ability of the symptom rating scale to differentiate between children with ODD/CD and those with ADHD. Factorial validity was demonstrated by principal component analysis which produced a two-factor solution that is largely consistent with the two-dimensional model of ODD and CD proposed by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-TR, although some CD symptoms representing aggressive behavior loaded on the ODD dimension. Conclusion: These findings suggest that DSM-IV-TR-based teacher rating scales are useful instruments for assessing disruptive behavior problems in children and adolescents.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

- Görtz-Dorten, A., Ise, E., Hautmann, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2014). Psychometric properties of a German parent rating Scale for Oppositional Defiant and Conduct Disorder (FBB-SSV) in clinical and community samples. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*, 388-397. doi: 10.1007/s10578-013-0409-3
- Ise, E., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2014). Reliability and validity of teacher rated symptoms of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in a clinical sample. *Psychopathology*, *47*, 312-318. doi: 10.1159/000362373



### **Teilprojekt DISYPS-9:**

**Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (SBB-ADHS, FBB-ADHS) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)**

### **Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten (federführend), Klaas Rodenacker, Linda Hofmann, Tanja Wolff Metternich-Kaizman, Christopher Hautmann und Manfred Döpfner.

### **Laufzeit:**

Voraussichtlich bis 2017

**Zielsetzung:** Der Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (SBB-ADHS, FBB-ADHS) sind Bestandteile von DISYPS-II. Bislang liegen zu diesen Instrumenten noch keine Informationen zur Reliabilität sowie zur konvergenten, divergenten und differenziellen Validität in klinischen Stichproben vor, die in dieser Studie untersucht werden sollen.

### **Methoden:**

In einer klinischen Stichprobe von Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen werden diese Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt. Die faktorielle Validität wird anhand von konfirmatorischen Faktorenanalysen überprüft. Zur Überprüfung der konvergenten und der divergenten Validität werden Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Selbst- und Fremdurteil, wie der CBCL, dem TRF und dem YSR durchgeführt. Die differenzielle Validität wird durch Vergleich von klinischer Stichprobe mit repräsentativen Stichproben untersucht. Zusätzlich sollen klinische Normen erstellt werden.

### **Ergebnisse:**

*Parent and self-ratings:* Objective: To examine the factorial structure of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), we compared unidimensional, correlated factors, higher order, and bifactor models, and further tested a modified incomplete bifactor model for measurement invariance. Methods: The study sample included children and adolescents aged between 6 and 18 years recruited from a German clinical sample (N = 1,081) and a German community sample (N = 642). Data from two German ADHD rating scales (parent-rated FBB and self-rated SBB) reflecting DSM-IV diagnostic criteria was used. Results: Bifactor models displayed superior model fit statistics compared with correlated factor models or second order models. However, a more parsimonious



incomplete bifactor model with only two specific factors (inattention and impulsivity) showed good model fit and a better factor structure than the other bifactor models tested. Scalar measurement invariance was given in most group comparisons.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

- Rodenacker, K., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2016). Bifactor Models show superior model fit: Examination of the factorial validity of parent -reported and self-reported symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in children and adolescents. *Psychopathology* 49, 31-39. doi: 10.1159/000442295.
- Rodenacker, K., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2017). The factor structure of ADHD – different models, analyses and informants in a bifactor framework. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39, 92-102. doi: 10.1007/s10862-016-9565-7.
- Rodenacker, K., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (accepted). Evidence for the trait-impulsivity etiological model in a clinical sample: bifactor structure and its relation to impairment and environmental risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*.



**Teilprojekt DISYPS-10:**

**Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Angststörungen (SBB-ANG, FBB-ANG) in klinischen Stichproben (DISYPS-KJ/DISYPS-II)**

**Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten (federführend), Christina Dose, Hildegard Goletz und Manfred Döpfner.

**Laufzeit:**

Voraussichtlich bis 2017

**Zielsetzung:** Der Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (SBB-ANG, FBB-ANG) sind Bestandteile von DISYPS-II. Bisher liegen zu diesen Instrumenten noch keine Informationen zur Reliabilität sowie zur konvergenten, divergenten und differenziellen Validität in klinischen Stichproben vor, die in dieser Studie untersucht werden sollen.

**Methoden:**

In einer klinischen Stichprobe von Kindern mit introversiven Störungen werden diese Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt. Zur Überprüfung der konvergenten und der divergenten Validität werden Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Selbst- und Fremdurteil, wie der CBCL, dem TRF und dem YSR durchgeführt. Die differenzielle Validität wird durch Vergleich von klinischer Stichprobe mit repräsentativen Stichproben untersucht. Zusätzlich sollen klinische Normen erstellt werden.

**Ergebnisse:**

Ziel der ersten Analyse ist die Überprüfung der psychometrischen Qualität und Faktorenstruktur des Fremd- und des Selbstbeurteilungsbogens zur Erfassung von Angst- und Zwangsstörungen (FBB-ANZ/SBB-ANZ) in zwei klinischen Stichproben ( $n = 182$  bzw.  $n = 130$ ). Ergänzend wurde die Faktorenstruktur der Bögen in zwei Feldstichproben ( $n = 724$  bzw.  $n = 281$ ) untersucht. Exploratorische Hauptachsenanalysen mit Promax-Rotation ergaben stichprobenübergreifend für beide Fragebögen Faktoren, welche die a priori definierten, ICD-10- und DSM-IV-basierten Subskalen weitgehend abbilden. Für die Skalen beider Fragebögen ergaben sich größtenteils zufriedenstellende interne Konsistenzen ( $.59 \leq \alpha \leq .93$ ). Zwischen den Subskalen innerhalb der Fragebögen zeigten sich Interkorrelationen von  $r < .70$ , die für eine gute Abgrenzbarkeit der Skalen sprechen. Es fanden sich größtenteils moderate Beurteilerübereinstimmungen zwischen den korrespondierenden Skalen des Fremd- und Selbstbeurteilungsbogens. Die Ergebnisse



weisen darauf hin, dass die Fragebögen überwiegend reliable und valide Instrumente darstellen. Weiterer Untersuchungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der konvergenten und divergenten Validität der Subskalen.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Dose, C., Görtz-Dorten, A., Breuer, D., Goletz, H., & Döpfner, M. (2014). Die Erfassung von Ängsten Urteil von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern. Eine Analyse mit den Angstfragebögen aus dem Diagnostik-System (DISYPS-II). *Diagnostica*, *61*, 197-209. doi: 10.1026/0012-1924/a000126



**Teilprojekt DISYPS-11:**

**Reliabilität, konvergente, divergente und differenzielle Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Depressive Störungen (SBB-DES, FBB-DES) in einer klinischen Stichprobe (DISYPS-KJ/DISYPS-II)**

**Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten (federführend), Linda Hofmann und Manfred Döpfner.

**Laufzeit:**

Voraussichtlich bis Ende 2017

**Zielsetzung:** Der Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen für Depressive Störungen (SBB-DES, FBB-DES) sind Bestandteile von DISYPS-II. Bisher liegen zu diesen Instrumenten noch keine Informationen zur Reliabilität sowie zur konvergenten, divergenten und differenziellen Validität in klinischen Stichproben vor, die in dieser Studie untersucht werden sollen.

**Methoden:**

In einer klinischen Stichprobe von Kindern mit introversiven Störungen werden diese Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt. Zur Überprüfung der konvergenten und der divergenten Validität werden Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Selbst- und Fremdurteil, wie der CBCL, dem TRF und dem YSR durchgeführt. Die differenzielle Validität wird durch Vergleich von klinischer Stichprobe mit repräsentativen Stichproben untersucht. Zusätzlich sollen klinische Normen erstellt werden.

**Ergebnisse:**

Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Noch keine Publikationen.



**Teilprojekt DISYPS-12:**

**Reliabilität und Validität des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens für Tic-Störungen (SBB-TIC, FBB-TIC) in einer klinischen Stichprobe (DISYPS-KJ/DISYPS-II)**

**Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten, Linda Hofmann, Katrin Woitecki (federführend) und Manfred Döpfner.

**Laufzeit:**

Voraussichtlich bis Ende 2017

Der Selbst- und der Fremdbeurteilungsbogen für Tic-Störungen (SBB-TIC, FBB-TIC) sind Bestandteile von DISYPS-II. Bislang liegen zu diesen Instrumenten noch keine Informationen zur Reliabilität sowie zur Validität vor, die in dieser Studie untersucht werden sollen. Aus der Klinikstichprobe wurden (in der *DISYPS II* - Fassung) für den *FBB-TIC (Eltern)*  $n=67$ , für den *FBB-TIC (Lehrer)*  $n=45$  und für den *SBB-TIC*  $n=35$  gültige Fragebogen gezogen. Die Stichproben umfassen Patienten mit der klinischen Diagnose einer *Tic-Störung*, entweder als alleinige Diagnose oder in Kombination mit einer anderen psychischen Störung. Für die Symptomskalen des *FBB-TIC* im Eltern und im Lehrerurteil wurden für die Skalen *Gesamtsymptomatik Tic-Störung-Häufigkeit (GES-TIC-H)* und *Gesamtsymptomatik Tic-Störung-Intensität (GES-TIC-I)* noch zufriedenstellende interne Konsistenzen von  $\alpha \geq .70$  ermittelt, während auf den Subskalen überwiegend unbefriedigende interne Konsistenzen gefunden wurden. Für die Symptomskalen des *SBB-TIC* werden durchweg unbefriedigende Konsistenzen ermittelt. Diese insgesamt geringen Konsistenzwerte sind bei der sehr heterogenen Symptomatik von Tic-Störungen allerdings nicht weiter überraschend. Die Korrelationen zwischen den einzelnen Symptomskalen zu *Vokalen Tics* und zu *Motorischen Tics* lagen insgesamt im mittleren bis höheren Bereich, wobei im Selbsturteil einzelne Korrelationen sehr schwach ausfallen und nicht signifikant sind. Beim Vergleich von Eltern- und Selbsturteil auf Skalenebene ließen sich über alle analysierten Subskalen zum Bereich *TIC* allenfalls mittlere Korrelationen nachweisen, die zwischen  $r = .31$  und  $r = .57$  lagen. Auf keine Skala lassen sich signifikante Unterschiede zwischen Eltern- und Selbsteinschätzungen hinsichtlich der zentralen Tendenz feststellen.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Noch keine Publikationen.





**Teilprojekt DISYPS-14:**

**Entwicklung von Interviewleitfäden (ILF) für DISYPS-III**

**Forschungs-Team:**

Manfred Döpfner und Anja Görtz-Dorten

**Laufzeit:**

Voraussichtlich bis Ende 2017

**Zielsetzung:**

Da das *DISYPS* auch zunehmend in der Forschung und der Ausbildung zur Anwendung kommt, wurden *Interview-Leitfäden* neu entwickelt, um die Beurteilung der Diagnosekriterien in den *Diagnose-Checklisten* nicht nur durch eine freie oder niedrig strukturierte klinische Exploration, wie in *DISYPS-II*, sondern auch durch eine höher strukturierte Exploration zu ermöglichen.

**Methoden und Ergebnisse:**

In den neu entwickelten *Interview-Leitfäden* werden, wie Tabelle 2 zeigt, mehrere Störungsbereiche wie folgt zusammengefasst:

- *Interview-Leitfaden für Externale Störungen (ILF-EXTERNAL) für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens*
- *Interview-Leitfaden für Internale Störungen (ILF-INTERNAL) für Depressive Störungen, Angststörungen und Trauma- und Belastungsbezogene Störungen*
- *Interview-Leitfaden für Zwangs-Spektrum- und Tic-Störungen (ILF-ZWANG/TIC)*
- *Interview-Leitfaden für Kontakt-Störungen (ILF-KONTAKT) für Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen sowie für Bindungs- und Beziehungsstörungen.*

Zusätzlich wird ein *Interview-Leitfaden zum Screening psychischer Störungen (ILF-SCREEN)* entwickelt. Die *Interview-Leitfäden* dienen der strukturierten Exploration des Kindes / Jugendlichen und seiner Bezugspersonen (gemeinsam oder getrennt) hinsichtlich der einzelnen Kriterien für die psychischen Störungen des Kindes / Jugendlichen. Die Ergebnisse dieser Explorations werden in den *Diagnose-Checklisten (DCL)* dokumentiert. Psychometrische Analysen zu den *Interview-Leitfäden* sind in Vorbereitung.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

DISYPS-III erscheint voraussichtlich Mitte 2016 unter:

Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2016). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Bern: Hogrefe.



## **Abgeschlossene Teilprojekte**

### **Teilprojekt DISYPS-1:**

**Revision, Reliabilität, Validität und Normierung der Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen für ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depressive Störungen (DISYPS-II)**

### **Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten (federführend) und Manfred Döpfner

### **Laufzeit:**

Das Teilprojekt ist abgeschlossen.

### **Zielsetzung:**

Aufbauend auf viele Vorstudien soll eine umfassende Untersuchung zur Prüfung der psychometrischen Qualität und zur Normierung der überarbeiteten Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen (Eltern) für die Störungsbereiche ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und depressive Störungen. Diese Fragebögen sind Bestandteile des revidierten Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II).

### **Methode:**

Die modifizierten Fragebögen erfassen, wie die Vorläufer, im ersten Teil in 20-33 Items die jeweiligen Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV, die zu verschiedenen Symptomgruppen zusammengefasst werden. Im Angstfragebogen sind hier noch 2 Items zum Bereich Zwang neu aufgenommen worden. Für jedes Item wird anhand von vierstufigen Antwortskalen beurteilt, wie zutreffend die Beschreibung (Symptomausprägung) ist. In den Fragebögen der ersten Auflage des DISYPS-KJ wird zudem beurteilt, wie problematisch das Verhalten (Problembelastung) erlebt wird. Da beide Urteile (Symptomausprägungen und Problembelastung), wie mehrere empirische Studien zeigen, sehr hoch miteinander korrelieren, wurde in der Revision des Verfahrens auf eine doppelte Beurteilung verzichtet. Auf der Rückseite des Fremdbeurteilungsbogens werden zusätzliche Diagnosekriterien (klinische Bedeutsamkeit, Generalisierungsgrad, Störungsbeginn und Dauer der Symptomatik) erfasst. Bei der Revision des Verfahrens wurden in den Fragebögen (Fremd- und Selbsturteil) jeweils 6-12 Items hinzugefügt, die Kompetenzen erheben. Damit soll der einseitigen Betonung von Problemen in der Diagnostik entgegengewirkt werden und durch die Erfassung von Kompetenzen ein ressourcenorientiertes Verhalten neben den problemfokussierenden Behandlungsstrategien unterstützt werden.



Die Datenerhebung erfolgte durch eine postalische Befragung in verschiedenen Wellen, die auf der Basis von  $n = 3.204$  vom Einwohnermeldeamt Köln und Bedburg per Zufall ausgewählten Adressen von Kindern und Jugendlichen deutscher Nationalität im Alter von 4;0 bis 17;11 Jahren durchgeführt wurde. Zur Überprüfung der Faktorenstruktur in den einzelnen Fragebögen wurden vergleichend verschiedene Lösungen der Faktorenanalysen durchgeführt, bei denen die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren variiert wurde. Diese Faktorenanalysen bilden die Grundlage der Skalenbildungen. Dabei wurde eine möglichst analoge Skalenstruktur im Selbst- und im Fremdurteilsbogen geachtet. Zur Bestimmung der Reliabilität der Fragebögen wurden die internen Konsistenzen der Skalen auf Basis der Faktorenanalysen mit Cronbachs Alpha berechnet.

Zur Normierung wurden auf Basis der verschiedenen Stichproben für jeden Fragebogen Prozentrangnormen errechnet, die dann durch Flächentransformationen zu Standard-Nine-Werten (Stanine) umgewandelt wurden.

### **Ergebnisse:**

Mit Ausnahme der Fragebögen für Depressive Störungen, konnte die von ICD-10 und DSM-IV vorgegebene a priori Zuordnung in den Faktorenanalysen und Reliabilitätsanalysen bestätigt werden. Die Faktorenstruktur der a priori Skalen für den Störungsbereich Depressive Störungen konnte erwartungsgemäß nicht repliziert werden. Eine inhaltlich sinnvolle Dimensionierung konnte anhand der Faktorenanalysen nicht gefunden werden. Daher wurden die Störungs-Items zu einer Gesamtskala zusammengefasst. Die zusätzlich entwickelten Kompetenzskalen erwiesen sich bei allen Fragebögen als intern konsistent und valide.

Insgesamt hat die Überprüfung von DISYPS-II gezeigt, dass die Instrumente eine gute psychometrische Qualität besitzen, dass sie in der klinischen Routineanwendung von Nutzen sind und als Verhaltensinventare mit einer normbezogenen Auswertung ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel darstellen können. Die Fragebögen ermöglichen eine differenzierte dimensionale Beschreibung psychischer Auffälligkeiten im Rahmen einer multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik.

### **Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., & Lehmkuhl, G. (2008). Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-II) Bern: Huber.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2008). Diagnose-Checklisten aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-II) – Gütekriterien und klinische Anwendung. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 378-394.



- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-ADHS, DISYPS-II-Skalen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 159-163). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-ANZ, DISYPS-II-Skalen für Angst- und Zwangsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 164-168). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-DES, DISYPS-II-Skalen für Depressive Störungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 169-174). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-SSV, DISYPS-II-Skalen für Störungen des Sozialverhaltens. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 175-179). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Fragebögen und Beurteilungsskalen zur Erfassung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. In M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz & C. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS* (S. 44-57). Stuttgart: Kohlhammer.
- Görtz-Dorten, A., Döpfner, M. & Rösler, M. (2010). Fragebögen und Beurteilungsskalen. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 216-233). Stuttgart: Kohlhammer.



**Teilprojekt DISYPS-2:**

**Zusammenhang von Diagnose-Checklisten sowie Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen zur Erfassung von ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depressiven Störungen**

**Forschungs-Team:**

Anja Görtz-Dorten (federführend) und Manfred Döpfner

**Laufzeit:**

Das Teilprojekt ist abgeschlossen.

**Zielsetzung:**

Die Informationen von Eltern, Lehrern und Erziehern sind neben dem klinischen Urteil Grundlage für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Das Selbsturteil Jugendlicher wurde bislang für einige Störungsbereiche 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. Das Projekt untersuchte anhand einer Feldstichprobe die Symptomprävalenzen, die internen Konsistenzen der Selbsteinschätzung Jugendlicher, der Elterneinschätzungen und des klinischen Urteils von Symptomen sowie die Übereinstimmung dieser Einschätzungen.

**Methode:**

Zur Erfassung von Symptomen verschiedener Störungsbereiche (ADHS, Angststörungen, Depressive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens) wurden die überarbeiteten Fremdbeurteilungsbögen, die Selbstbeurteilungsbögen und die Diagnose-Checklisten aus dem DISYPS-II eingesetzt. Die Fragebögen wurden in Feldstichproben von  $n = 277$  bis  $n = 283$  Kindern und Jugendlichen im Alter von 11;0 bis 17;11 Jahren und den Eltern untersucht. Sowie zusätzlich in  $n = 23$  bis  $n = 30$  der Fälle mit den klinischen Urteilen nach Exploration mit den Diagnose-Checklisten verglichen.

Zum Vergleich der zentralen Tendenzen wurden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt und die Effektstärken nach Cohen bestimmt. Zudem wurden die Korrelationen (Pearson) berechnet.

**Ergebnisse:**

Zwischen Selbst- und Fremdurteil sowie zwischen Selbst- bzw. Fremdurteil und klinischem Urteil fanden sich meist mittlere Korrelationen. In allen Störungsbereichen beurteilten sich die Kinder- und Jugendlichen auf den Gesamtstärkeskalen signifikant



auffälliger als ihre Eltern sie einschätzen. Dem gegenüber beurteilten sich die Jugendlichen auf den Kompetenzstärkeskalen im Vergleich zur Elterneinschätzung meist als weniger kompetent.

Insgesamt weisen die Ergebnisse in der Feldstichprobe darauf hin, dass das Selbsturteil Jugendlicher in einem Fragebogen durchaus bei der Diagnostik psychischer Störungen zusätzlich zu den Fremdeinschätzungen und klinischem Urteil herangezogen werden sollte, wobei die Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Beurteilern immer genau exploriert werden sollten. Zu beachten ist, dass sich in klinischen Stichproben teils auch andere Tendenzen zeigen und die Korrelationen niedriger ausfallen.

#### **Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., & Lehmkuhl, G. (2008). Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-II) Bern: Huber.
- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2008). Diagnose-Checklisten aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-II) – Gütekriterien und klinische Anwendung. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 378-394.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-ADHS, DISYPS-II-Skalen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 159-163). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-ANZ, DISYPS-II-Skalen für Angst- und Zwangsstörungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 164-168). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-DES, DISYPS-II-Skalen für Depressive Störungen. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 169-174). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2011). DISYPS-II-SSV, DISYPS-II-Skalen für Störungen des Sozialverhaltens. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 175-179). Göttingen: Hogrefe.



### Teilprojekt DISYPS-3:

### Reliabilität und Validität des Lehrerurteils mit dem Fremdbeurteilungsbogen für ADHS in klinischen Stichproben (FBB-ADHS).

#### Forschungs-Team:

Dieter Breuer (federführend), Tanja Wolff Metternich und Manfred Döpfner.

#### Laufzeit:

Das Teilprojekt ist abgeschlossen.

**Zielsetzung:** In der noch zu veröffentlichenden Arbeit (Breuer et al, 2006) soll der Fremdbeurteilungsbogen-Hyperkinetische Störungen (FBB-ADHS) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter' (DISYPS-KJ) in Lehrerform validiert werden (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Untersucht wird die faktorielle, konvergente, divergente und differentielle Validität, sowie die Reliabilität mittels interner Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität.

**Methoden:** Der Fragebogen besteht aus 20 vierfach gestuften Symptomitems, die sich stark an den Symptom-Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV orientieren. Zur Verfügung stehen die erhobenen Daten aus einer Schule für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten/Lernstörungen (Studie 1: n=50), einer Inanspruchnahme-stichprobe einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Studie 2: n=78) und einer multizentrischen Studie zur Wirksamkeitsüberprüfung eines langwirksamen Methylphenidatpräparates (Studie 3: n=79). Anhand der Studie 2 soll mittels Hauptkomponentenanalyse und nachfolgender Varimaxrotation die faktorielle Struktur des FBB-ADHS untersucht werden. Daneben wird in dieser Studie die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) Itemtrennschärfe, konvergente und divergente Validität bestimmt. Mittels Studie 1 wird die Interrater-Reliabilität und differentielle Validität ermittelt, unter Verwendung von Studie 3 die Test-Retest-Reliabilität untersucht.

**Ergebnisse:** Die faktorielle Validität kann des FBB-HKS in Lehrerform weitestgehend belegt werden, wenngleich Doppelladungen zu verzeichnen sind. Es konnte ein zweifaktorielles Modell mit einer erklärten Varianz von 58% ermittelt werden, das mit geringfügigen Ausnahmen inhaltliche Struktur anhand der DSM-IV Diagnosekriterien hinsichtlich der ADHS-Subtypen ‚eher unaufmerksam‘ und ‚eher unruhig – impulsiv‘ reproduziert. Für die beiden Subskalen und die Gesamtskala konnten interne Konsistenzen von Cronbach's  $\alpha$  von .91 bis .94 erzielt werden, auch die Itemtrennschärfe zeigte bis auf ein Item gute Werte. Hinsichtlich der konvergenten / divergenten Validität wurde der FBB-ADHS mit den Skalen Aufmerksamkeitsprobleme und Internalisierendes



Verhalten der Teacher Report Form TRF (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) korreliert und es zeigten sich mittlere Korrelationen ( $r=.55$  bis  $r=.73$ ) im Sinne konvergenter Validität sowie niedrige Zusammenhänge ( $r\leq.25$ ) im Sinne divergenter Validität. Bei Messwiederholungen (Test-Retest-Reliabilität) konnten mittlere bis hohe Korrelationen ( $r=.52$  bis  $r=.93$ ) dargestellt werden. Für die Interrater-Reliabilität wurden mittlere Zusammenhänge ermittelt ( $r=.69$  bis  $r=.78$ ). Es konnten mittels des FBB-ADHS Kinder mit ADHS von gesunden Kindern diskriminiert werden.

Zusammengefasst kann für den FBB-ADHS in Lehrerform eine gute Validität im Sinne von faktorieller - ,konvergenter-, divergenter und differentieller Validität ausgegangen werden. Auch die Reliabilität ist hoch. Somit eignet sich der Fragebogen gut für Messungen von ADHS-Symptomen im Unterricht.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Breuer, D., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2009). Die Erfassung von Merkmalen von Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) anhand von Lehrerurteilen. Zur Validität und Reliabilität des FBB-HKS. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37, 431 - 440.





**Teilprojekt DISYPS-4:**

**Adaptation des FBB-ADHS zur Erfassung von ADHS bei Drei- bis Sechsjährigen (FBB-ADHS-V)**

**Forschungs-Team:**

Dieter Breuer (federführend) und Manfred Döpfner.

**Laufzeit:**

Das Teilprojekt ist abgeschlossen.

**Zielsetzung:** Ziel der Studie ist die Überprüfung der Validität und Reliabilität einer in vier Items altersangepassten Version des Fremdbeurteilungsbogens für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS), der Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen im Vorschulalter (FBB-ADHS-V) geprüft.

**Methoden:** Bundesweit nahmen 708 Patienten (2,9 bis 7,3 Jahre) aus 103 Arztpraxen teil, die im Rahmen von kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt wurden (Repräsentativstichprobe REP, n=521) oder vom Arzt als expansiv auffällig eingeschätzt wurden (Auffälligenstichprobe AUF, n=187). Eltern- und Erzieherbögen wurden ergänzt durch ärztliche Beurteilungen.

Der ‚FBB-ADHS-V‘ in der Eltern- / Erzieherform besteht aus mehreren Teilen. Im ersten Teil werden drei Globalbeurteilungen zu den Kernsymptomen von ADHS - Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität - erhoben. Im zweiten Teil werden ADHS-Symptomausprägungen anhand von 19 vierfach gestuften Items (0 = gar nicht, 1 = wenig, 2 = weitgehend, 3 = besonders zutreffend) ermittelt. Diese gliedern sich auf in 9 Items zu Unaufmerksamkeit, 6 Items zur motorischen Unruhe, sowie 4 Items zu impulsivem Verhalten und sozialer Distanzminderung.

**Ergebnisse:** Faktorenanalytisch konnte sowohl im Elternurteil als auch im Erzieherurteil eine zweifaktorielle Lösung analog zu den DSM-IV-Subkategorien für ADHS (hyperaktiv/impulsiv; unaufmerksam) ermittelt werden. Die internen Konsistenzen aller Skalen liegen beurteilerübergreifend im guten Bereich. Die Trennschärfekoeffizienten der geänderten Items sind zufrieden stellend. Die Korrelationen zwischen den Beurteilerperspektiven liegen im mittleren Bereich und belegen damit die Ergebnisse internationaler Studien und von deutschen Studien in anderen Altersgruppen. Eltern beurteilen ihre Kinder etwas auffälliger als Erzieherinnen im Kindergarten. Jungen zeigen höhere Auffälligkeitswerte als Mädchen. Die Symptomausprägung korreliert deutlich mit



Funktionseinschränkungen. Der FBB-ADHS-V kann somit als reliables und valides Instrument zur Erfassung von ADHS-Symptomatik im Vorschulalter eingesetzt werden.

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Breuer, D., & Döpfner, M. (2008). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Vorschulkindern im Eltern- und im Erzieherurteil. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 40, 40-48.



**Teilprojekt DISYPS-5:**

**Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung.**

**Forschungs-Team:**

Dieter Breuer (federführend) und Manfred Döpfner.

**Laufzeit:**

Das Teilprojekt ist abgeschlossen.

**Zielsetzung:** Ziel der Studie ist die Ermittlung der Prävalenzen von Symptomen und Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS), beziehungsweise einer Hyperkinetischen Störung (HKS) bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren und eine Erfassung der Funktionseinschränkungen, von komorbiden Symptomen und Problemen sowie des Beratungs- und Behandlungsbedarfs.

**Methoden:** Bundesweit nahmen 708 Kinder aus 103 pädiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen teil. Verwendet wurden Fremdbeurteilungsbögen für Hyperkinetische Störungen im Vorschulalter (FBB-ADHS-V) im Eltern- und Erzieherurteil, sowie ärztliche Beurteilungen von Kindern aus U8 / U9 Vorsorgeuntersuchungen (U8/U9-Stichprobe) (n=521) oder Kinder, die vom Arzt als expansiv auffällig eingeschätzt wurden (Auffälligenstichprobe AUF; n=187). Das mittlere Alter in der U8/U9-Stichprobe liegt bei 4,7 Jahren (SD  $\pm$  0,6), 53 % sind Jungen. In der Auffälligenstichprobe liegt das Alter im Mittel bei 5,2 Jahren (SD  $\pm$  0,9), hier sind 74 % Jungen. Unterteilt man U8/U9 in U8 (n= 244) und U9 (n= 277), dann liegt das mittlere Alter für U8 bei 4,1 Jahren (SD  $\pm$  0,2), 55 % sind Jungen, für U9 ergibt sich ein Altersmittelwert von 5,3 Jahren (SD  $\pm$  0,2) und 51 % sind Jungen.

**Ergebnisse:** In der U8/U9-Stichprobe erfüllen auf der Grundlage des Elternurteils 11,3% der Kinder die Diagnosekriterien für eine der drei ADHS-Diagnosen nach DSM-IV, auf der Basis des Erzieherurteils sind es nur 6,6%. Nach übereinstimmender Einschätzung erfüllen 4,2 % aller Kinder der U8/U9-Stichprobe diese Diagnosekriterien. Auf Grundlage der wesentlich strengeren ICD-10-Kriterien reduzieren sich die Raten der Kinder mit einer Diagnose deutlich auf 1,2%-. In der Auffälligenstichprobe zeigen sich wesentlich höhere Diagnose-Prävalenzen (32,1%), am häufigsten treten der hyperaktiv-impulsive mit 4,3% und der Mischtypus (11,2%) auf. Der Behandlungs- und Beratungsbedarf der Eltern liegt deutlich über der Rate der Eltern / Kinder die eine Beratung / Behandlung erhalten.



**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Breuer, D., & Döpfner, M. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34, 357-365.



**Teilprojekt DISYPS-13:**

**Klinische Normierung und Anpassung von Fremdbeurteilungsbogen (FBB), Selbstbeurteilungsbogen (SBB) und Diagnose-Checkliste (DCL) des DISYPS-Systems an DSM-5 (DISPS-III)**

**Forschungs-Team:**

Manfred Döpfner, Anja Görtz-Dorten und Timo Lindenschmidt

**Laufzeit:**

Abgeschlossen

**Zielsetzung:** Das DSM-5 ist 2013 erschienen. Daher sollen die Diagnose-Checkliste, und die Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen an die veränderten Kriterien angepasst werden. Instrumente zur Erfassung weiterer Störungen sowie Screening-Verfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums an Störungen sollen entwickelt und klinische Normen sollen berechnet werden.

**Methoden:**

Die Diagnose-Checklisten werden sowohl hinsichtlich der Kriterien als auch der Entscheidungsbäume an DSM-5 angepasst, damit Diagnosen nach DSM-5 und nach ICD-10 möglich sind. In die Fragebogenverfahren werden, soweit nötig neue Items aufgenommen werden, damit sich auch hier psychische Störungen entsprechend DSM-5 abbilden lassen. In einer Diagnose-Checkliste und in Fremd- / Selbstbeurteilungsbogen zum Screening werden die wichtigsten Items zur Erfassung eines breiten Spektrums aufgenommen werden. Normierungen anhand klinischer Stichproben (anhand von Quartilen) ergänzen und verfeinern die Repräsentativ-Normen.

**Ergebnisse:**

Mit dem *DISYPS-III* liegt eine umfassende Überarbeitung und Erweiterung des *DISYPS-II* auf der Basis von ICD-10 und DSM-5 vor. Die Anpassung an das DSM-5 erforderte eine erhebliche inhaltliche Revision der meisten in *DISYPS-II* publizierten Instrumente. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Instrumente des *DISYPS-III* und die Veränderungen im Vergleich zu *DISYPS-II*.

**1. Veränderungen in den Diagnose-Checklisten (DCL) und in den Symptom-Items der Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen (FBB / SBB) von DISYPS-II.** Bei allen *Diagnose-Checklisten* wurden Entscheidungsbäume nach DSM-IV durch die Entscheidungsbäume nach DSM-5 ersetzt. Die Symptomkriterien wurden entsprechend den Formulierungen von DSM-5 angepasst. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Veränderungen an den *DCL*-Symptom-Kriterien und den *FBB/SBB*-Symptom-Items der *DISYPS-II*-Instrumente in *DISYPS-III*. Die *DISYPS-II*-



Instrumente für *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (DCL-TES, FBB-TES)* wurden in Verfahren zur Erfassung von *Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen (DCL-ASKS, FBB-ASKS)* umbenannt. Die *Diagnose-Checkliste für Störungen sozialer Funktionen (DCL-SSF)* wurde aufgelöst und durch die *Diagnose-Checkliste für Bindungs- und Beziehungsstörungen (DCL-BIST)* ersetzt.

Tabelle 1: Veränderungen der DCL-Symptomkriterien und der FBB/SBB-Symptomitems von DISYPS-II in DISYPS-III

Instrumente	Symptombereiche	Veränderungen in den Items
DCL-ADHS FBB-ADHS SBB-ADHS	Unaufmerksamkeit	Geringfügige Veränderungen an einzelnen Itemformulierungen
	Hyperaktivität/Impulsivität	Geringfügige Veränderungen an einzelnen Itemformulierungen
FBB-ADHS-V		Keine Veränderungen
DCL-SSV FBB-SSV SBB-SSV	oppositionelles Verhalten und Reizbarkeit	Geringfügige Veränderungen an einzelnen Itemformulierungen
	dissozial-aggressives Verhalten	Geringfügige Veränderungen an einzelnen Itemformulierungen
	Begrenzte prosoziale Emotionalität	Neu
	Disruptive Affektregulationsstörung	Neu
DCL-DES FBB-DES SBB-DES		Keine Veränderungen
DCL-ANG FBB-ANG SBB-ANG	Trennungsangst	Geringfügige Veränderungen an einzelnen Itemformulierungen
	Generalisierte Angst	Geringfügige Veränderungen an einzelnen Itemformulierungen
	Panikattacke	Neu
	Agoraphobie	Neu
	Soziale Angst / Mutismus	FBB/SBB: 1 Item unverändert, 4 Items leicht modifiziert, 2 Items neu
DCL-ASKS FBB-ASKS		Mehrzahl der Items stark modifiziert oder neu

Zudem wurden in alle *Diagnose-Checklisten* Items zur Beurteilung des *Leidensdrucks* und der *Funktionsbeeinträchtigungen* sowie zur Beurteilung der *Symptomatik in der Untersuchungssituation* neu aufgenommen. Darüber hinaus wurden ergänzende Entscheidungsbäume für psychische Störungen in die *Diagnose-Checklisten* integriert.

**3. Neue Screeningverfahren.** Zum *Screening-psychischer Störungen* wurden eine eigene *Diagnose-Checkliste (DCL-SCREEN)* mit separatem *Interview-Leitfaden (ILF-SCREEN)* sowie ein



*Fremdbeurteilungsbogen (FBB-SCREEN)* und ein *Selbstbeurteilungsbogen (SBB-SCREEN)* entwickelt. Mit diesen Instrumenten können Hinweise auf ein breites Spektrum an psychischen Störungen in relativ kurzer Zeit erhoben werden, um danach gezielt störungsspezifische Instrumente des *DISYPS*-Systems einzusetzen.

**4. Instrumente zu neuen Störungsbereichen.** Neben inhaltlichen Erweiterungen eingeführter *DISYPS-II*-Instrumente (*Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen*) wurden neue Instrumente für zwei weitere Störungsbereiche (*Trauma- und Belastungsbezogene Störungen, Bindungs- und Beziehungsstörungen*) entwickelt. Außerdem wurden *Fremdbeurteilungsbogen* und *Selbstbeurteilungsbogen* für *Zwangs-Spektrum-Störungen* neu konstruiert.

**5. Neue Ergebnisse psychometrischer Analysen.** Ergebnisse zu den psychometrischen Analysen, die in den letzten Jahren national und international publiziert worden sind, wurden in das Manual aufgenommen und durch weitere psychometrische Analysen an den neuen Verfahren ergänzt.

**6. Neue Normierung.** Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Normierung von *DISYPS-III*. Neue Repräsentativnormen (RN 2016) wurden für die *Fremdbeurteilungsbogen (Elternurteil)* und die *Selbstbeurteilungsbogen* in den *DISYPS*-Bereichen *Screening (FBB-SCREEN, SBB-SCREEN)*, *Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV, SBB-SSV)*, *Angststörungen (FBB-ANG, SBB-ANG)* und *Zwangs-Spektrum-Störungen (FBB-ZWA, SBB-ZWA)* berechnet. Da die Symptom-Items in den *Fremdbeurteilungsbogen* und die *Selbstbeurteilungsbogen* für *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS, FBB-ADHS-V, SBB-ADHS)* und für *Depressive Störungen (FBB-DES, SBB-DES)* nur minimal adaptiert wurden, konnten den Repräsentativnormen aus *DISYPS-II* (RN 2008) übernommen werden. Zusätzlich wurden klinische Normen (KN 2016) für die meisten *Fragebogen* erstellt, um eine besser differenzierte normative Beurteilung psychischer Störungen zu ermöglichen, indem die individuelle relative Position innerhalb einer klinischen Referenzstichprobe bestimmt werden kann. Zudem können klinische Normen auch für Lehrerurteile vorgelegt werden.

Tabelle 2: Übersicht über die Normierungen von *DISYPS-III*

DISYPS-Störungsbereich	Fremdbeurteilungsbogen: FBB		Selbstbeurteilungsbogen: SBB
	Eltern	Erzieher/ Lehrer)	
Screening (SCREEN)	RN 2016	OB	RN 2016
Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	RN 2008 KN 2016	KN 2016	RN 2008 KN 2016
Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen –Vorschulalter (ADHS-V)	RN 2008	RN 2008 KN 2016	
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)	RN 2016		RN 2016



	KN 2016 (3 Subskalen) <sup>1</sup>	KN 2016 (3 Subskalen) <sup>1</sup>	KN 2016 (3 Subskalen) <sup>1</sup>
Depressive Störungen (DES)	RN 2008 KN 2016	KN 2016	RN 2008 KN 2016
Angststörungen (ANG)	RN 2016 KN 2016 (4 Skalen) <sup>2</sup>	KN 2016 (3 Subskalen) <sup>3</sup>	RN 2016 KN 2016 (4 Subskalen) <sup>2</sup>
Trauma- und Belastungsbezogene Störungen (TBS)	OB		
Zwangs-Spektrum-Störungen (ZWA)	RN 2016		RN 2016
Tic-Störungen (TIC)	KN 2016	KN 2016	KN 2016
Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen (ASKS)	OB	OB	
Bindungs- und Beziehungsstörungen (BIST)	OB		

RN = Repräsentativnorm, KN= Kliniknorm, OB = Orientierende Bewertung

1) Normen nur für die Subskalen *Oppositionelles Verhalten, Dissozial-aggressives Verhalten und Prosoziales Verhalten*

2) Normen nur für die Subskalen *Trennungsangst, Generalisierte Angst, Spezifische Phobie und Kontaktfreude & Zuversicht*

3) Normen nur für die Subskalen *Trennungsangst, Generalisierte Angst und Kontaktfreude & Zuversicht*

Grau markierte Felder = keine Verfahren vorhanden

**Publikationen zu diesem Teilprojekt:**

Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Bern: Hogrefe.