

## Neuere Testverfahren und Buchbesprechungen

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 59 (2010) 1, S. 73-86

urn:nbn:de:bsz-psydok-49653

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Kontakt:

#### PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## NEUERE TESTVERFAHREN

Bayley, N., dt Bearbeitung: Reuner, G., Rosenkranz, J., Pietz, J. & Horn, R. (Hrsg.) (2007). **Bayley Scales of Infant Development, Second Edition (Bayley II) - Deutsche Fassung**. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services, 1.400,- € zzgl. Mehrwertsteuer.  
Bayley, N. (2006). **Bayley Scales of Infant Development, Third Edition (Bayley III)**. San Antonio, TX, USA: Harcourt, 935,- \$.

Der Bayley-Test (BSID) hat eine lange Tradition. Bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden im Rahmen der Berkeley Growth Study von Nancy Bayley Vorläuferskalen entwickelt, die in überarbeiteter und zusammengefasster Form 1969 als Bayley-Scales veröffentlicht wurden. Der Test umfasste die Mental Scale, die Motor Scale und das Behavior Rating und war anwendbar bei Kindern zwischen 1 und 30 Monaten. Für die zweite Auflage (Bayley-II), die 1993 veröffentlicht wurde, wurden die Skalen überarbeitet und neu standardisiert sowie das Anwendungsalter auf 42 Monate erhöht. Die Skalenstruktur wurde dabei nicht verändert. Ein grundlegend verändertes, neues Gesamtkonzept liegt der dritten Auflage (Bayley-III) aus dem Jahre 2006 zugrunde.

### Bayley-II, deutsche Version

Die deutsche Version ist eine Adaptation des Bayley-II (Original 1993); es handelt sich dabei im Wesentlichen um die Übersetzung der Iteminstruktionen der Mental und der Motor Scale ins Deutsche. Für die Anwendung der Behavior Rating Scale wird auf das englische Manual verwiesen. Wesentliche Abschnitte zur Testentwicklung, Standardisierung und zu Testgütekriterien sind ebenfalls übersetzt, für weiterführende Informationen wird auf das englische Manual verwiesen. Für die deutsche Version wurde auf eine eigenständige Normierungsuntersuchung verzichtet und die US-Normen übernommen, da sowohl eine Untersuchung in den Niederlanden wie auch klinische Vergleichsdaten der Autoren nur geringe Abweichungen von den US-Normen erbrachten.

### Theoretischer Hintergrund

Die Aufgaben des Bayley-II basieren auf einem breiten Spektrum von Ergebnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung. Sie sind nicht an einer spezifischen Theorie orientiert; die Aufgaben finden sich auch in anderen Entwicklungstests. Der Test untersucht das aktuelle kognitive, sprachliche, persönlich-soziale, fein- und grobmotorische Funktionsniveau eines Kindes. Mit den Aufgaben der kognitiven Skala werden frühe Gedächtnisleistungen, Habituation, Problemlösefähigkeiten, frühe Zahlkonzepte, Klassifikation und Kategorisierungsfähigkeit, Vokalisation und sprachliche Kompetenzen und frühe sozial-kommunikative Fertigkeiten erfasst, mit den Aufgaben der motorischen Skala die grobmotorische Haltungs- und Bewegungskontrolle sowie die

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 73 – 79 (2010), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

feinmotorische Koordination bis zum altersgemäßen Gebrauch von Stiften. Mit der Behavior Rating Scale wird das Verhalten des Kindes in der Testsituation beurteilt.

### Testaufbau, Material, Durchführung

Der BSID-II ist ein Individualtest für das Alter von 1-42 Monaten. Die kognitive Skala (Mental Scale) enthält insgesamt 178 Items: Die Mehrzahl der Aufgaben kann durch konkrete Handlungen gelöst werden bzw. wird dem Kind durch Gesten vermittelt; etliche Aufgaben können nur durch sprachliche Reaktionen gelöst werden bzw. stellen hohe Anforderungen an das Sprachverständnis. Ergänzt werden die Aufgaben durch Beobachtungsitems, die zu jedem auftretendem Zeitpunkt bewertet werden können.

Die motorische Skala (Motor Scale) umfasst 111 Items.

Das umfangreiche Testmaterial (von Formbrettern, Bauklötzen über Perlenkette bis zu Nachziehspielzeug und Puppe, Kamm, etc.), das für die Durchführung benötigt wird (mit Ausnahmen wie Stoppuhr oder einige weiße DIN A4 Blätter), ist in einem Testkoffer (Trolley) enthalten.

Für jede der beiden Skalen gibt es einen eigenen Protokollbogen. Auf diesem ist jedes Item mit seiner Aufgabennummer und einer Kurzbezeichnung erfasst (z. B. „holt Perlen aus der Flasche“). Darüber hinaus wird die Position, in der sich das Kind befinden soll, sowie das benötigte Material beschrieben. Da die Lösung mancher Aufgaben, je nach Qualität der Lösung, in mehreren Items bewertet wird, wird auch die Itemnummer der nächst leichteren und nächst schwierigeren angegeben. Es bleibt noch Platz für Zusatzinformationen (z. B. Bewertungskriterium oder Bearbeitungszeit), der Eintragung eigener Kommentare sowie der Bewertung.

Die Items sind nach Schwierigkeit geordnet. Die Reihenfolge der Aufgaben kann flexibel vorgenommen werden; es liegen jedoch Durchführungsvorschläge für jede Altersgruppe vor. Anhand des chronologischen oder des korrigierten Alters des Kindes wird ein Aufgabenbereich festgelegt; es wurden Einstiegs- und Ausstiegsregeln formuliert. Es können auch Material und Durchführung so angepasst werden, dass der Einfluss einer Behinderung minimiert wird. Die Durchführungsdauer kann bei Kindern unter 15 Monaten 25-35 Minuten und bei älteren Kindern bis zu 60 Minuten betragen.

### Auswertung, Normierung

Aus den gelösten Aufgaben des durchgeführten Bereichs sowie den Aufgaben, die im Bereich unterhalb der erfüllten Einstiegsregel liegen, wird ein Rohwert errechnet. Diese Rohwerte werden in einen Mental Developmental Index (MDI) und einen Psychomotor Developmental Index (PDI) mit Mittelwert = 100 und Standardabweichung = 15 umgewandelt. Entsprechende Normtabellen liegen vor (Ein-Monats-Intervalle bis zum Alter von 36 Monaten, dann 2 Drei-Monats-Intervalle). Für jeden Rohwert kann auch ein entsprechendes Entwicklungsalter angegeben werden.

Zur Hilfe bei der Interpretation werden statistisch signifikante Differenzen zwischen der kognitiven und der motorischen Skala angegeben und auf den Vergleich der sprachlichen und nicht-sprachlichen Leistungen hingewiesen. Fallbeispiele ergänzen die Interpretationshilfen.

Die Normierung basiert auf einer stratifizierten, randomisierten US-Stichprobe, die insgesamt 1.700 Kinder umfasste (Bayley, 1993).

### Testgütekriterien

*Reliabilität:* Für die einzelnen Altersgruppen der Normierungsstichprobe wurden als Reliabilitätsmaße die Werte für die Interne Konsistenz berechnet. Diese liegen bei der kognitiven Skala zwischen .78 und .93 (im Mittel bei .88) und bei der motorischen Skala zwischen .79 und .91 (im Mittel bei .84).

In kleineren Stichproben wurde die Stabilität der Testwerte untersucht. Bei einer Testwiederholung (im Mittel nach 4 Tagen) lagen die Korrelationen für Kinder im Alter von 1 bzw. 12 Monaten bei .83 (kognitive Skala) und .77 (motorische Skala) sowie für Kinder im Alter von 24 und 36 Monaten bei .91 (kognitive Skala) und .79 (motorische Skala).

Ebenfalls in einer kleineren Stichprobe wurde die Beurteilerübereinstimmung ermittelt; die Interrater-Reliabilität lag bei .96 für die Mental Scale und bei .75 für die Motor Scale.

*Validität:* Die Inhaltsvalidität wurde durch eine Expertenbefragung bei der Auswahl der Items gesichert. Ein Hinweis auf Konstruktvalidität liefern die Item-Gesamtwertkorrelationen mit jeweils höheren Korrelationen der Items mit der zugewiesenen Skala als der alternativen. Korrelationsstudien z. B. mit den BSID, den McCarthy Scales, mit dem WPPSI-R, mit einem Sprachentwicklungstest und mit dem Denver Developmental Screening Test sowie Untersuchung an speziellen Diagnosegruppen (z. B. Down-Syndrom, Drogenexposition oder Frühgeborene) belegen ebenfalls die Validität des Tests.

In Deutschland wurden die Baley Scales z. B. in der Mannheimer Risikokinderstudie oder als Validitätskriterium bei der Entwicklung des ET 6-6 verwendet. Im Manual werden auch Daten von klinischen Gruppen aus der Universitätsklinik Heidelberg berichtet.

Die Verteilung der Werte in den deutschen Stichproben sowie die Ergebnisse einer holländischen Normierungsstichprobe zeigen, dass die amerikanischen Normen auf europäische Verhältnisse übertragbar sind; für den Entwicklungsbereich der frühen motorischen Entwicklung sind allerdings zu streng.

### Bewertung

Der Bayley-Test wird vielfältig eingesetzt, sowohl in Forschungsprojekten wie auch in der Praxis, z. B. in Kliniken, Sozialpädiatrischen Ambulanzen und Frühförderstellen. Bisher musste man sich die Testanwendung anhand der englischen Literatur erarbeiten.

Der BSID-II erfasst ein breites Spektrum entwicklungsrelevanter Fähigkeiten. Er dient der Identifizierung von Risikokindern und Kindern mit Entwicklungsstörungen; er stellt als standardisiertes Verfahren zur Beurteilung von Beobachtungsdaten einen wichtigen Baustein einer multimethodalen Diagnostik dar, der wertvolle Hinweise für die Therapieplanung gibt. Mit dem BSI-II kann im Rahmen von Verlaufsuntersuchungen der frühkindlichen Entwicklung der Erfolg von Frühinterventionen bezüglich der globalen kognitiven und motorischen Entwicklung sicher bewertet werden. Für die Elternberatung können Stärken und Schwächen des Kindes aufgezeigt werden.

Der BSID-II kann spezifische Entwicklungsstörungen nicht differenzieren, z. B. eine isolierte Sprachentwicklungsstörung; er kann jedoch Hinweise auf eine genauere Diagnostik dieses Bereichs geben. Kinder mit schweren sensorischen oder körperlichen Behinderung können nicht standardisiert untersucht werden; die Beobachtungen können im Einzelfall jedoch für die klinische Exploration der Fähigkeiten dieser Kinder sehr nützlich sein. Kritisch zu sehen ist auch das Konzept der altersbezogenen Aufgabenbereiche, da es z. B. bei sehr unreif geborenen Kinder zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen kann, je nachdem ob das chronologische oder das korrigierte Alter für die Auswahl des Itemsets verwendet wird.

Positiv zu bewerten ist auch, dass mit dem BSID-II ein international vergleichbares Diagnostikinstrument vorliegt.

Bedauerlicherweise ist die Behavior Rating Scale nicht mit übersetzt worden und es wird nur auf das englischsprachige Original verwiesen. Darüber hinaus finde ich, dass man sich in einer deutschen Fassung etwas mehr Mühe hätte geben und z. B. beim Bilderbuch deutsche und nicht englische Überschriften hätte verwenden können. Ansonsten ist das Testmaterial für die Kinder sehr anregend und motivierend.

### Bayley-III, amerikanische Version

Der Bayley-III liegt nur in der amerikanischen Originalfassung vor. Im BSID-III wurde das Grundkonzept im Vergleich zum BSID-II deutlich verändert. Sie umfasst mehr Entwicklungsdimensionen und ist dabei an den in den USA gesetzlich geforderten Beschreibungen der kindlichen Entwicklung orientiert: „cognitive“, „language“, „motor“, „socio-emotional“ und „adaptive behavior“.

Im aktuellen Lieferumfang der amerikanischen Version ist auch ein Screening Test enthalten, der mir aber bei der Besprechung nicht vorlag.

### Testaufbau, Material, Durchführung

Die kognitive Skala enthält Items, die die sensomotorische Entwicklung, Exploration und Manipulation, Objektbezogenheit, Konzeptbildung, Gedächtnis u. ä. erfassen; sie umfasst 91 Items. Die meisten Items stammen vom Bayley II, es wurde darauf geachtet, dass das Verständnis der Aufgaben so wenig wie möglich vom Sprachverständnis abhängt.

Die Sprachskala ist unterteilt in die Subtests für rezeptive Kommunikation (49 Items) und für expressive Kommunikation (48 Items). Sie enthalten jeweils präverbale Elemente, aber auch das Verständnis für und den Gebrauch von Plural, Genetiv, etc.

Die motorische Skala wird in Subtests für die Feinmotorik (66 Items) und die Grobmotorik (72 Items) unterteilt.

Zwei weitere Skalen werden in Fragebogenform durch Befragen der Hauptbezugspersonen erhoben. Die Social-emotional Scale ist eine Adaptation einer Skala von Greenspan (2004) und erfasst das Erreichen von sozialen und emotionalen Entwicklungsmeilensteinen; die ersten acht Items erfassen die Fertigkeiten der sensorischen Reizverarbeitung (bzgl. Farbe, Geräusche, Berührung, Bewegung, etc.) und können getrennt bewertet werden. Die vorgegebenen Aussagen werden auf einer 5-stufigen Skala von „nie“ (1) bis „immer“ (5) skaliert. Mit „0“ wird bewertet, wenn die Bezugsperson keine Angaben machen kann.

Die Adaptive Behavior Scale erfasst zehn Bereiche der kindlichen Verhaltensanpassung zuhause, im Kindergarten oder in anderen Settings: Kommunikation (verbal und nonverbal), Aktivitäten außerhalb der eigenen Wohnung, Gesundheit und Gefahrenbewusstsein, Spielaktivitäten, Selbständigkeit (Baden, Essen, Sauberkeit), Selbstaufmerksamkeit, vorschulische Leistungen (Interesse für Buchstaben, Zahlen, Zeichnen), Alltag zu Hause, Sozialverhalten, Motorik. Die vorgegebenen Aussagen werden auf einer 3-stufigen Skala von „nie“ (1) bis „immer“ (3) skaliert. Mit „0“ wird bewertet, wenn das Kind die erfragte Verhaltensweise überhaupt nicht zeigen kann. Das umfangreiche Testmaterial ist auch beim Bayley-III in einem Testkoffer enthalten.

Für die kognitive, sprachliche und motorische Skala gibt es ein gemeinsames Protokollheft. Dort ist für jedes Item die Itemnummer, der Itemname, das benötigte Material und ein Hinweis zur Bewertung vermerkt. Ebenso ist die Nummer des nächst leichteren und des nächst schwierigeren Items aus der gleichen Serie angegeben. Zusätzlich ist Platz um zu vermerken, ob die Aufgabe gelöst wurde. Einige Items enthalten eine Trainingseinheit, die das Kind ausführt, bevor es die tatsächlich zu bewertende Aktion durchführt. Bei diesen Trainingsitems kann der Lösungsweg verdeutlicht werden oder es sind korrigierende Feedbacks erlaubt.

Bei der Testdurchführung werden zuerst die Aufgaben der kognitiven Skala, dann die Aufgaben der Sprachskala und der Motorikskala bearbeitet. In jeder Skala wird mit dem für die jeweilige Altersgruppe gekennzeichneten Startitem begonnen.

Die beiden Ratingskalen sind ebenfalls in einem gemeinsamen Heft zusammengefasst und können den Eltern zur Bearbeitung vorgelegt werden.

Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 50 Minuten im ersten Lebensjahr, darüber kann sie bis zu 90 Minuten betragen.

### Auswertung, Normierung

Aus den gelösten Aufgaben des jeweils durchgeführten Bereichs sowie den Aufgaben, die im Bereich unterhalb der erfüllten Einstiegsregel liegen, wird für jede Skala ein Roh-

wert errechnet und in das Protokollheft eingetragen. Dieser wird in einen Skalenwert (Mittelwert = 10) transferiert. Entsprechende Normtabellen in Ein-Monats-Intervallen bis zum Alter von 36 Monaten, dann für 2 Drei-Monats-Intervalle, liegen vor. Für jeden Rohwert kann auch ein entsprechendes Entwicklungsalter angegeben werden.

Die beiden Werte für Sprache und Motorik werden jeweils aufsummiert; für die kognitive Skala, die Sprachskala und die Motorikskala werden so genannte „composite scores“ mit Mittelwert = 100 ermittelt; Prozentrang und Konfidenzintervall können ebenfalls in Tabellen nachgesehen werden.

Ähnlich wird mit den Werten der Ratingskalen verfahren. Die skalierten Werte werden aufsummiert. Die Summenwerte werden für die Social-emotional Scale sowie für jeden Bereich der Adaptive Behavior Scale in Skalenwerte (Mittelwert = 10) transferiert. Normtabellen mit unterschiedlichen Monatsabständen liegen vor. Der Wert der Social-emotional Scale sowie die Summe der Skalenwerte der Bereiche der Adaptive Behavior Scale werden in „composite scores“ (Gesamtwerte) umgewandelt. Die Einzelskalen der Adaptive Behavior Scale können darüber hinaus noch nach den Bereichen „conceptual“, „social“ und „practical“ zusammengefasst werden. Angaben zu Prozentrang und Konfidenzintervall sind jeweils angegeben.

Im Protokollbogen ist eine Profildarstellung vorgesehen; ebenfalls können die einzelnen Skalen auf signifikante Unterschiede geprüft werden. Darüber hinaus gibt es Information, wie häufig eine vorgegebene Differenz in der Normierungsstichprobe war. Wird der Test bei einem Kind mehrmals durchgeführt, können die Werte in Wachstumskurven mit Linien zwischen 5 und 95 Prozent eingetragen werden (ähnlich den Werten für Größe und Gewicht in den Protokollheften der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen); so kann der Entwicklungsverlauf anschaulich dargestellt werden.

Die Normierung erfolgte im Jahr 2004 und basiert auf einer stratifizierten, randomisierten US-Stichprobe, die insgesamt 1.700 Kinder umfasste. Die Normen für die Social-emotional Scale beruhen auf 456, die der Adaptive Behavior Scale auf 1.300 Kindern.

### Testgütekriterien

*Reliabilität:* Für die einzelnen Altersgruppen der Normierungsstichprobe wurden Reliabilitätskoeffizienten nach der Testhalbierungsmethode errechnet. Die Werte liegen immer über .70; der Durchschnitt für einzelnen Skalen sowie den composite scores variieren zwischen .86 und .93. Für sechs Gruppen entwicklungsauffälliger Kinder wurden Mittelwerte zwischen .94 und .98 für die einzelnen Skalen ermittelt.

Die Reliabilität der Social-emotional Scale beträgt im Durchschnitt der Altersgruppen .90, bei den Fertigkeiten der sensorischen Verarbeitung .83. Die Reliabilität bei der Adaptive Behavior Scale variiert für die einzelnen Teilskalen zwischen .79 und .92; die Reliabilität des Gesamtwertes beträgt in der Altersgruppe der bis drei Monate alten Kinder .89, in allen weiteren Altersgruppen zwischen .94 und .98. Die Werte bei klinisch auffälligen Gruppen (allgemeine Entwicklungsverzögerung, motorische oder sprachliche Probleme sowie mit biologischen Risiken) waren bei mindestens .92. Die

Übereinstimmung zweier Beobachter (i. d. R. beide Elternteile) schwankte für die einzelnen Teilskalen zwischen .59 und .85 und betrug .82 für den Gesamtwert.

Für alle Teile des Tests und die Adaptive Behavior Scale wurden auch Retest-Reliabilitäten ermittelt (Testabstände zwischen 2 und 15 Tagen). Sie liegen durchwegs bei Werten über .70, meist über .80.

*Validität:* In einer Faktorenanalyse konnte ein 3-Faktorenmodell mit den Faktoren „motorische Skala“, „sprachliche Skala“ und „kognitive Skala“ die beste Passung erzielen.

Die berichteten Korrelationen der Testskalen mit BSID-II, WPPSI-III, PLS-4 (ein Sprachtest), PDMS-2 (ein Motoriktest) und ABAS-II (der Skala, aus der die Adaptive Behavior Scale entwickelt wurde), die Korrelationen der Adaptive Behavior Scale mit anderen Befragungsinstrumenten sowie Untersuchungen in speziellen Diagnosegruppen (z. B. Down-Syndrom, Alkoholexposition oder Frühgeborene) belegen ebenfalls die Validität des Tests.

#### Bewertung:

Der Bayley-III hat ein deutlich verändertes Gesamtkonzept und erfasst nicht nur die allgemeine kognitive und motorische Entwicklung, sondern auch ausführlich den sprachlichen Bereich und differenziert den motorischen Bereich. Mit den Fragebögen, die ich gerne bei englischsprachigen Eltern einsetze, können auch standardisierte Informationen über die sozial-emotionale Entwicklung und die altersgerechte Entwicklung im Alltag erhoben werden. Zudem wurde das kritisierte Konzept der altersbezogenen Aufgabenbereiche aufgegeben. Zusammen mit den Fragebögen erfasst der Bayley-III umfangreiche Bereiche der Entwicklung in einer differenzierten Weise, wie sie sonst für den deutschen Sprachraum kaum möglich ist. Bei der Anwendung im deutschen Sprachraum sind jedoch einige Items der Sprachskala problematisch (das Gerund gibt es z. B. im Deutschen nicht).

Fazit: Es ist gut, dass mit dem Bayley-II eine deutsche Übersetzung eines internationalen vergleichbaren Messinstruments vorliegt; eine Bearbeitung des Bayley-III (einschließlich der Fragebögen) für den deutschen Sprachraum halte ich aber für sehr wünschenswert.

#### Literatur

- Bayley, N. (1993). Bayley scales of infant development – second edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Greenspan, S. I. (2004). Greenspan social-emotional growth chart: A screening questionnaire for infants and young children. S Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.
- Harrison, P. L. & Oakland, T. (2003). Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Lothar Unzner, Putzbrunn



## BUCHBESPRECHUNGEN

Fegert, J. M., Streeck-Fischer, A., Freiberger, H. (Hrsg.) (2009). **Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters.** Stuttgart: Schattauer, 880 Seiten, 119,00 €.

Frei nach Durkheim bedeutet Jugend immer Devianz, also kulturelle und soziale Abweichung vom Althergebrachten. Mit dieser fundamentalen Voraussetzung zur Interpretation abweichenden Verhaltens von Jugendlichen machen die Herausgeber des monumentalen Sammelbandes erstmals Ernst. Bevor der klinische Blick versucht, Phänomene jugendlichen Verhaltens zu verstehen und nur allzu oft misszuverstehen, hat sich der Therapeut in einer ersten Annäherung aus einer quasi kulturanthropologischen Perspektive mit den untersuchten Erscheinungsformen adoleszenter Realität auseinanderzusetzen. Wir finden unter der Überschrift „Grundlagen und Rahmenbedingungen“ also nicht nur Beiträge von Psychiatern und Psychotherapeuten, sondern auch Aufsätze zu Themen wie zeitgeschichtliche Jugendforschung (Hübner-Funk), Jugend und Politik (Gaiser, Gille, de Rijke), berufliche Aus- und Weiterbildung (Auchtenhagen u. Weber), Religiosität und Grenzerfahrung (Klosinski), Adoleszenz und Migration (Scheper u. Haasen), Krieg und Verfolgung (Adam, Riedesser, Schlüter-Müller), Körpermodifikation und Körperkunst (Stirn), Freundschaften, Trennung und Sexualität (Seiffge-Krenke). Einen Artikel zum Thema Jugendkulturen und jugendliche Lebenswelten vermisste ich dagegen. Nicht alle Beiträge können gleichermaßen überzeugen, doch allein die bloße Tatsache des Vorhandenseins der genannten Zugänge zur Adoleszenzproblematik in einem psychiatrischen Lehrbuch kann als eine kleine Revolution verstanden werden. Hier machen Fachleute Ernst mit dem Anspruch, abweichendes Verhalten nicht zu medikalisieren.

Der sich anschließende klinische Teil gliedert sich in die Kapitel „Spezielle Aspekte“, „Störungsbilder“, „Beratung und Behandlung“ sowie „Recht und Ethik“, was darauf verweist, dass die Herausgeber auch hier mehr im Sinn hatten als den üblichen forensischen Anhang. Die insgesamt 50 Beiträge des klinischen Teils lassen sich allein aufgrund ihres Umfangs nur summarisch besprechen. Die Orientierung der Autoren ist durchgehend therapieschulenübergreifend und problemorientiert, ideologischer Reduktionismus mit seinen für Praktiker absurden Einseitigkeiten, wie sie sich in den Lehrbüchern von Remschmidt (Ausschluss psychodynamischen Problemverständnisses) oder etwa Esser (extreme Fokussierung auf die lerntheoretische Ebene) finden lassen, sind vollständig vermieden worden. Obwohl zwei der Herausgeber auf psychodynamischem Gebiet hervorragend ausgewiesene Autoren sind, hat man nicht nur kognitiv-behavioralen sowie systemischen Aspekten der Adoleszenzpsychiatrie großen Raum gegeben, sondern auch neurobiologischen und klinisch-psychiatrischen. Von manchmal ja durchaus originellen Hardlinern wurde abgesehen, dafür wurden AutorInnen mit der größten wissenschaftlichen Autorität auf ihrem Feld verpflichtet, wie etwa Dieter Bürgin, Jörg Fegert, Peter

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 80 – 86 (2010), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

Fiedler, Harald Freyberger, Sabine Herpetz, Vera King, Gunter Klosinski, Gerd Lehmkuhl, Franz Resch, Herta Richter-Appelt, Peter Riedesser, Wilhelm Rotthaus, Ulrich Sachse, Jochen Schweitzer, Inge Seiffge-Krenke, Friedrich Specht, Manfred Spitzer und natürlich Anette Streeck-Fischer. Auch Nebenaspekte der Psychiatrie/Psychotherapie wie Rehabilitation, kreative Zugänge zum Patienten, Medienkonsum oder Möglichkeiten des außerpsychiatrischen psychosozialen Hilffsystems finden Beachtung.

Alle Beiträge (auch die der hier nicht genannten) sind gut lesbar und geben den Stand unseres gegenwärtigen Wissens wieder. Für den Bereich Beratung und Behandlung hätte ich mir mehr Raum gewünscht. Auch wenn kein Leser versuchen wird, sich aus einem oft nicht mehr als zehnsseitigen Aufsatz einen komplexen Behandlungsansatz anzueignen, ist doch in Rechnung zu stellen, dass die meisten Rezipienten des Werks wohl überwiegend an Handlungsanleitungen interessiert sein dürften. Damit kommen wir zur Würdigung der verlegerischen Leistung: Sicher gehört Mut dazu, in einer für Verlage schwierigen Zeit, ein so opulentes Werk herauszugeben. Diese Tat verdient unseren Respekt. Warum das Buch mit 880 Seiten jedoch ein so unhandliches Format und ein Gewicht von 2650 g haben muss, entzieht sich meinem Verständnis. Uexkülls Psychosomatische Medizin kommt bei annähernd doppelter Seitenzahl in der Hardcoverausgabe auf nur 2140 g und auch die lassen sich nicht mehr bequem handhaben. Da ich dem Buch Leser wünsche und nicht nur einen repräsentativen Platz im Bücherregal, erlaube ich mir den Vorschlag, eine Studienausgabe in Dünndruck und einem etwas kleinerem Format herauszubringen.

Als Resumé kann ich feststellen: Dieses gelungene Buch ermutigt zur Auseinandersetzung mit überkommenen Auffassungen zur Adoleszenz und fördert den interdisziplinären Dialog über ein schwieriges Thema. Es wird den Bedürfnissen von Medizinerinnen, Psychotherapeuten, pädagogischen und pflgerischen Fachkräften gleichermaßen gerecht.

Ulrich Kießling, Potsdam-Babelsberg

---

Wahl, K., Hees, K. (2008). **Täter oder Opfer? Jugendgewalt – Ursachen und Prävention**. München: Reinhardt, 174 Seiten, 19,90 €.

---

Der bekannte Rechtsextremismus- und Gewaltforscher Klaus Wahl hat gemeinsam mit Katja Hees ein kleines Buch zum Thema Jugendgewalt vorgelegt. Es setzt keinerlei wissenschaftliche Kenntnisse voraus und richtet sich offensichtlich an den interessierten Laien.

Das Buch beginnt mit einer kurzen Diskussion zur Problematik der Aussagekraft von Polizei-Statistiken. Es folgt ein Kapitel zur Jugendgewalt in der Schule, beim Sport, im rechtsextremen Kontext, im politisch linken Kontext und im islamistischen Kontext. Auch auf Geschlechterunterschiede wird eingegangen. Ein weiteres Kapitel macht Ausführungen zur Aggressionsentstehung, das letzte Kapitel geht auf Gewaltprävention ein. Auf leicht verständliche Weise werden komplexe und komplizierte Themen wie etwa die Epigenetik und das Zusammenspiel von Umwelt und Genen erläutert. Dass dabei

in der dargebotenen Kürze nicht in die Tiefe gegangen werden kann, versteht sich. Das ausführliche Literaturverzeichnis lädt aber zur Vertiefung in alle angerissenen Themen ein. Das Buch ist durchsetzt von interessanten Fallbeispielen, die sich jeweils gut in das Theoretische einpassen. Sie illustrieren sowohl biographische Aspekte der Täter als auch Hilfestellungen durch die Sozialarbeit (Allgemeiner Sozialer Dienst). Letztere werden kritisch diskutiert. Weiterhin werden an den Fallbeispielen auch psychologische und soziologische Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt festgemacht.

Insgesamt eine sehr lohnende und kurzweilige Lektüre insbesondere für den Laien, die optisch sehr ansprechend aufgemacht ist. Man wünschte sich für manches Lehrbuch nur ein klein wenig von dieser Machart.

Annette Boeger, Essen

---

Franz, M. (2009). **PALME. Präventives Elternttraining für alleinerziehende Mütter geleitet von Erzieherinnen und Erziehern** (2. ergänzte Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 466 Seiten, 39,90 €.

---

Das vorliegende Trainingsmanual wurde von Mattias Franz unter Mitarbeit von Tanja Buddenberg, Jörn Güttgemanns und Daniela Rentsch erarbeitet. Die Abkürzung PALME steht für Präventives Elternttraining für *alleinerziehende Mütter geleitet von Erzieherinnen und Erziehern*. Das Programm erstreckt sich über 20 Gruppensitzungen (à 90 Minuten), die einmal wöchentlich stattfinden und an denen 10 bis 20 Mütter teilnehmen können. Es zielt auf die alleinerziehende Mutter, deren Kind eine Kindertagesstätte besucht, und wird von speziell geschulten pädagogischen Fachkräften einer Kindertagesstätte durchgeführt.

Das Programm wendet sich vor allem an Mütter mit sozialen und gesundheitlichen Risiken. Die Risiken dieser Zielgruppe bestehen in einem geringen Einkommen und einem mittelmäßigen psychosozialen Belastungsgrad (z. B. depressive Verstimmungen und subjektive Überforderungsgefühle). Diese Risiken wirken sich, wie vielfach belegt, auf die sozial-emotionale Entwicklung von Kindergarten- und Vorschulkinder besonders negativ aus.

Nach Angabe der Autoren handelt es sich bei PALME um ein niederschwelliges Elternttraining für mittelgradig belastete Mütter. Das Programm ist sehr gut strukturiert, durch Materialien (die im Buch abgedruckt und in einer beigelegten CD für Anwender verfügbar sind) hervorragend dokumentiert und durch eine wissenschaftliche Begleitstudie evaluiert. Das Programm enthält sehr viele Verhaltensübungen und aus meiner Sicht viele lernpsychologisch begründete Trainingselemente, es rekurrierte aus der Sicht der Autoren des Manuals jedoch explizit auf bindungstheoretische und psychodynamisch-interaktionelle Grundlagen. Im Detail strebt das Manual vor allem folgender Ziele an (S. 10 des Manuals):

- Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung,
- Stärkung der intuitiven Elternfunktion und des elterlichen Kompetenzerlebens,

- Verbesserung der elterlichen Einfühlung in das Erleben des Kindes,
- verbesserte Wahrnehmung der Mutter vor allem im Hinblick auf die Bedürfnissignale und Affekte des Kindes,
- Trennung des Partnerkonfliktes von der gemeinsamen Elternverantwortung,
- Einübung sozialer und elterlicher Kompetenzen im Umgang mit Konflikten sowie
- Bearbeitung eventuell bestehender Selbstwertprobleme und Schuldgefühle.

Die praktische Umsetzung des Programms erfolgt in vier Modulen mit jeweils vier bis sechs Gruppensitzungen. *Modul 1* verfolgt das Globalziel „Emotionale Selbstwahrnehmung“. Im Blickpunkt stehen hierbei Teilziele wie: eigene Gefühle wahrnehmen, unterscheiden und aussprechen, Umgang mit dem eigenen Selbst, Selbstentwertung und Selbstschädigung. Das *Modul 2* verfolgt das Globalziel „Einfühlen in das Erleben des Kindes“ (u. a. einfühlsames Zuhören und Handeln). *Modul 3* fokussiert das Globalziel „Wahrnehmung der Gesamtsituation in der Familie“ (u. a. Möglichkeit einer neuen Partnerschaft, Rituale im Familienalltag). Besonders umfassend gestaltet sich *Modul 4* mit dem Globalziel „Suchen und Finden von neuen Lösungen im Alltag“; in diesem Kontext kommt dem familiären Konfliktmanagement, dem Erwerb sozialer Kompetenzen und dem Stressabbau eine wichtige Rolle zu. Das vorliegende Manual wendet sich an eine stark vernachlässigte Risikogruppe und bietet eine überzeugende Materialsammlung zur Problembearbeitung an. Aus der Perspektive eines Klinischen Kinderpsychologen habe ich das Manual mit großem Gewinn studiert. Es stellt auf jeden Fall eine Bereicherung für die Praxis dar.

Franz Petermann, Bremen

---

Allen, J. G., Fonagy, P. (Hrsg.) (2009). **Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis.** Stuttgart: Klett-Cotta, 470 Seiten, 49,90 €.

---

„Mentalisieren“ meint den mentalen Prozess, durch den ein Individuum eigenen und fremden Verhaltensweisen implizit oder explizit Bedeutung zuschreibt, gestützt auf intentionale Zustände wie Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen u. ä. Die Mentalisierungsfähigkeit ist bedeutsam für die Affektregulierung und die Aushandlung der interpersonalen Beziehungen. Die mentalisierungsgestützte Therapie (MBT = Mentalization-Based Treatment) zielt darauf, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten zu verbessern und ihm dabei zu helfen, über das eigene psychische Leben und die Psyche anderer Menschen flexibler nachzudenken und psychische Zustände zu interpretieren.

Das Konzept kam Ende der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts in der Psychoanalyse auf, wurde Anfang der neunziger Jahre mit neuer Bedeutung zur Erforschung der Defizite von z. B. Autismus verwendet und von Fonagy und Mitarbeitern in die Entwicklungspsychopathologie eingeführt. Im Rahmen der Bindungsforschung fanden sie heraus, dass Mütter und Väter, die im „Erwachsenen-Bindungs-Interview“

hohe Werte für ihr Mentalisieren erhielten, in der Regel bindungssichere Kinder hatten. Eine sichere Bindung ermöglichte wiederum das Auftauchen des Mentalisierens. Die Mentalisierungsfähigkeit stellt also ein entscheidendes Verknüpfungsglied in der transgenerationellen Vermittlung von Bindungssicherheit dar.

In den ersten beiden Beiträgen des Buches werden konzeptionelle und klinische Grundlagen thematisiert. Allen erläutert das Konzept, unterscheidet und grenzt es von verwandten Konzepten ab. Holmes erläutert die konzeptionellen Ursprünge, klinische Anwendungen und verortet es in der modernen Psychologie.

Im zweiten Teil (Entwicklungspsychopathologie) beleuchtet Fonagy die soziale Entwicklung unter dem Mentalisierungsgesichtspunkt (Neurobiologie, Bindung, gelingende und misslingende Entwicklung). Er stellt fest: Je früher nach Traumatisierung interveniert wird, um das Mentalisieren in einem sicheren Bindungskontext wiederherzustellen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung. Die Darstellung von Mentalisierungsproblemen im Kindesalter wird von Sharp am Beispiel des Autismus und der sozialen Verhaltensstörungen fortgeführt, wobei sie zum einen Nicht-Mentalisieren und zum anderen verzerrtes Mentalisieren als Problemfelder unterscheidet. Anschließend erläutern Gabbard et al. ausführlich eine neurobiologische Sichtweise und ihre Anwendung bei Borderline-Patienten.

Im dritten Teil wird das Mentalisierungskonzept als ein Konzept betrachtet, das eine große Bandbreite psychotherapeutischer Interventionen miteinander verbindet und in diese integriert werden kann (im Rahmen der psychodynamischen Psychotherapie, der kognitiven Therapie, Interventionen aus der positiven Psychologie). Der Erwerb der Mentalisieren ist wahrscheinlich eine wirksame Komponente zahlreicher Behandlungsverfahren, das Mentalisierungskonzept bindet diese Ideen zu einem kohärenten Ganzen und vermittelt explizit die notwendigen Fertigkeiten.

Im vierten Teil gehen die Autorinnen und Autoren auf Anwendungen ein, die das Mentalisieren in den Fokus der Arbeit stellen. Dabei ist das Ziel nicht, eigene und fremde innere Zustände jederzeit akkurat zu lesen, sondern eine charakteristische Art und Weise, an Beziehungen zu gehen, ein Grundverständnis, dass die eigenen Gedanken und Gefühle durch das Kennenlernen der mentalen Zustände anderer Menschen bereichert und verändert werden können. Zu Beginn besprechen Bateman und Fonagy allgemeine Techniken, die der Therapeut konsequent, aber flexibel anwenden können soll. Anschließend wird das Konzept in die Familientherapie für Kinder und Jugendliche integriert und dargestellt, wie Familien darüber nachdenken können, wie die einzelnen Mitglieder miteinander umgehen. Im weiteren werden ein Programm für die Ausbildung psychiatrischer Assistenzärzte, eine Form der stationären Therapie für „Professionals in der Krise“ sowie die Anwendung in Psychoedukationsgruppen vorgestellt, in denen jeweils Mentalisierung den konzeptuellen Bezugsrahmen bildet.

Der letzte Teil befasst sich mit der Prävention. In einem Programm zur Förderung der mütterlichen Reflexionsfunktion, das den Zeitraum von vor der Geburt des Kindes bis zum zweiten Geburtstag umfasst und in Form von Hausbesuchen durchgeführt wird, wird sowohl tätige sozialpädagogische Hilfe gegeben wie auch die Bereitschaft der Mütter

gefördert, das innere Erleben des Babys zu erforschen; die Helferinnen geben dem inneren Erleben der Mutter und des Kindes eine Stimme. Ein weiteres Projekt wendet sich an Grundschulen. An einem Fallbeispiel aus einer retrospektiven Studie wird die lebenslange Förderung der Resilienz durch die Stärkung der Mentalisierungsfunktion illustriert.

Das Mentalisierungskonzept eröffnet eine wichtige neue Perspektive. Es handelt sich nicht nur um eine Therapiemethode, sondern es wird darüber hinaus die Entwicklung einer elementaren Fähigkeit angeregt. Die Beiträge der praktischen Teile zeigen, wie das Konzept in die Arbeit der Menninger Clinic in Houston, Texas integriert ist.

Ich habe in diesem Buch viele Anregungen gefunden.

Lothar Unzner, Putzbrunn

---

Krüger, A., Reddemann, L. (2009). **Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual.** Stuttgart: Klett-Cotta, 280 Seiten, 24,90 €.

---

Das vorliegende Buch stellt eine Adaptation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie von Luise Reddemann für Kinder und Jugendliche dar. Die Autoren empfehlen ihren Ansatz für Kinder ab einem Alter von drei Jahren. Die wesentlichen Behandlungselemente wie Aufklärung des Patienten über Traumafolgestörungen, imaginative Stabilisierungsübungen, Traumakonfrontation mittels Bildschirmtechnik bei älteren Kindern und Jugendlichen bzw. therapeutischem Spiel bei jüngeren Kindern, Berücksichtigung verschiedener Ichzustände bei Stabilisierung und Traumabearbeitung, werden dabei an das jeweilige Alter des Kindes und seine entwicklungspsychologischen Gegebenheiten angepasst. Wichtige Bezugspersonen werden in den Behandlungsverlauf einbezogen. Übertragung, Gegenübertragung und Widerstandsphänomene werden gemäß psychoanalytischem Grundverständnis thematisiert, die Vorgehensweise wird jedoch traumaspezifisch abgewandelt, die haltgebende Funktion des Therapeuten betont und Widerstand als Bewältigungsschema verstanden, der ressourcenorientiert aufgegriffen wird.

Einleitend erläutern Krüger und Reddemann den theoretischen Kontext ihres Behandlungskonzeptes, wobei weniger monotraumatische Ereignisse als vielmehr komplexe Beziehungstraumatisierungen im Zentrum ihrer Betrachtung zu liegen scheinen. Folglich werden auch weniger die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) sondern vielmehr die „neuen“, bislang unzureichend operationalisierten Traumakonzepte DESNOS und Entwicklungstraumatisierung (*developmental trauma disorder*) thematisiert, die auch dissoziative Symptome und Aspekte einer Bindungsstörung umfassen. Wenn Krüger und Reddemann fehlende traumatherapeutische Behandlungsmethoden für Kinder konstatierten, dann meinen sie wohl vornehmlich die psychoanalytische „Szene“, die bisweilen die Entwicklungen in anderen Therapierichtungen nicht oder erst mit erheblicher Verspätung zur Kenntnis zu nehmen scheint.

Das vorliegende Buch beschreibt allgemeine Behandlungsrichtlinien der PITT-KID, Veranschaulicht diese an Beispielen und gibt eine Reihe von Hinweisen für die konkrete Durchführung. Es liefert jedoch kein ausgearbeitetes Therapieprogramm, wie man aufgrund des nicht unbescheidenen Untertitels „Das Manual“ vielleicht glauben mag. Die große Altersspanne der mit PITT-KID zu behandelnden Kinder lässt eine detaillierte altersübergreifende Ausarbeitung jedoch auch kaum zu. Davon abgesehen dürfte es auch nicht der Arbeitsweise vieler psychoanalytisch arbeitender Therapeuten entsprechen, sich an eine detaillierte Vorgabe zu halten.

Das Protokoll, das die Autoren für die Durchführung der Traumaexposition mittels Screentechnik vorschlagen, ist teilweise wörtlich aus dem EMDR-Standardprotokoll entnommen, allerdings ohne dass diese Quelle explizit genannt wird. Man vermisst auch eine Erklärung, warum dieser kognitiv-behaviorale „Fremdkörper“ mit aufgenommen wurde. Auch in anderer Hinsicht sind Schwächen des vorliegenden Programms festzustellen. So werden diagnostische Fragen nur am Rande gestreift. Einige Formulierungsvorschläge für Interventionen bei Kindern im Vorschulalter sind teilweise nicht altersangemessen. Ein kritischer Vergleich mit anderen traumatherapeutischen Vorgehensweisen fehlt vollständig. Es wird auch nicht deutlich, dass die Autoren sich um einen empirischen Nachweis der Therapieeffekte bemühen, obwohl dieser im Einleitungsteil für relevant erachtet wird. Die Quellenangaben schließlich sind ungenau und lückenhaft. Als Beschreibung tiefenpsychologisch orientierten Vorgehens bei traumatisierten Kindern ist dieses Buch lesenswert, vermag aber nicht in allen Aspekten zu überzeugen.

Dieter Irblich, Auel

**Die folgenden Neuerscheinungen können zur Besprechung bei der Redaktion angefordert werden:**

- Benkert, O. (2010). Pocket Guide Psychopharmaka. Heidelberg: Springer, 16,95 Euro.
- DGPPN (Hrsg.) (2010). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Reihe: S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2. Heidelberg: Springer, 29,95 Euro.
- Heinen, F. et al. (Hrsg.) (2009). Pädiatrische Neurologie. Stuttgart: Kohlhammer, 199,- Euro.
- Hüther, G. (2009). Männer – Das schwache Geschlecht und sein Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 16,90 Euro.
- Kirchmayr, A. (2009). Rettet die Purzelbäume. Kinderwitz und Lebenskunst. Wien-Klosterneuburg: Edition Va bene, 21,90 Euro.
- Schneider, F., Frister, H., Olzen, D. (2010). Begutachtung psychischer Störungen (2., vollst. überarb. u. aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer, 69,95 Euro.
- Stuck, B. et al. (2010). Praxis der Schlafmedizin. Schlafstörungen bei Erwachsenen und Kindern Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie. Heidelberg: Springer, 69,95 Euro.