

Haffner, Johann; Esther, Cornelia; Münch, Horst; Parzer, Peter; Raue, Britta; Steen, Rainer; Klett, Martin; Resch, Franz

Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive - Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 9, S. 675-696

urn:nbn:de:0111-opus-9354

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs 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 pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

51. Jahrgang 2002

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie

Johann Haffner*, Cornelia Esther**, Horst Münch**, Peter Parzer*, Britta Raue**, Rainer Steen**, Martin Klett** und Franz Resch*

Summary

Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study

Behavioral and emotional problems based on parents information from the Child Behavior Checklist (CBCL) were investigated in a large epidemiological sample of 4363 six year old pre-school children from the area of Heidelberg and Rhein-Neckar county. An overview about symptom frequencies of boys and girls is given, taking age specific evaluations into account. Considering symptoms and syndromes, externalizing and attention problems show high prevalence, especially for boys. Family problems are the most important predictors of child global symptomatology, explaining about 10% of variance of the CBCL total score. Other factors like gender, chronic illness, adverse living conditions, family constellation or amount of TV consumption prove as additional independent predictors. An overall model explains about 20% of variance of child symptomatology. Results are discussed from the view of normal child development, developmental psychopathology, changing norms and altered socio-cultural conditions.

Zusammenfassung

Unter Verwendung der Child Behavior Checklist (CBCL) wurden Elternangaben zu kindlichem Problemverhalten bei einer umfangreichen epidemiologischen Stichprobe von N=4363 sechsjährigen Einschulungskindern in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis untersucht. Symptommhäufigkeiten bei Jungen und Mädchen werden im Überblick dargestellt unter Berücksichtigung altersspezifischer Beurtei-

* Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg.

** Gesundheitsamt des Landratsamtes Rhein-Neckar-Kreis.

lungen. Auf Symptom- und Syndromebene zeigen externalisierende und Aufmerksamkeitsprobleme hohe Prävalenzen, besonders bei Jungen. Familiäre Probleme erweisen sich als die wichtigsten Einflußfaktoren hinsichtlich der kindlichen Symptombelastung. Sie erklären ca. 10% der Varianz des CBCL-Gesamtwertes. Andere Faktoren wie Geschlecht, chronische Krankheit, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen, familiäre Konstellation oder Ausmaß an Fernsehkonsum tragen zusätzlich zur Varianzerklärung bei, die im Gesamtmodell knapp 20% erreicht. Die Ergebnisse werden aus der Sicht normaler kindlicher Entwicklung, entwicklungspsychopathologischer Perspektiven sowie im Licht veränderter Normen und gesellschaftlicher Lebensbedingungen diskutiert.

1 Einleitung

In einer Zeit raschen technologischen und gesellschaftlichen Wandels gewinnt die Frage nach den Auswirkungen veränderter Lebensbedingungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Menschen in verschiedenen Lebensphasen zunehmend an Bedeutung. Bei der kognitiven Entwicklung lassen sich anhand von Normverschiebungen bei Leistungstests deutliche Veränderungen kognitiver Strukturen mit Verbesserungen in speziellen Bereichen visueller und nichtsprachlich/logischer Informationsverarbeitung und Verschlechterungen bestimmter erlernter Fertigkeiten wie z.B. Kopfrechnen oder Rechtschreibleistung im zeitlichen Trend beobachten (Flynn 1987; Stoll u. Schallberger 1992; Weidenmann u. Krapp 1993; Zerahn-Hartung et al. 2002). Daher empfehlen Amelang und Zielinski (1994) oder auch Kubinger (1995), Tests mindestens alle zehn Jahre neu zu normieren, um jeweils ein aktuelles Leistungsbild unterschiedlicher Alterspopulationen überblicken zu können. Methodisch schwieriger zu erfassen, aber vermutlich nicht weniger relevant, sind Veränderungen im Verhalten und emotionalen Erleben. Entwicklungsaufgaben und die Risiken für entwicklungspsychopathologische Auffälligkeiten sind stark von sozialen Normen und Erwartungen und somit auch von deren Veränderungen im zeitlichen Wandel geprägt (vgl. Resch et al. 1999a). Unter dem Stichwort veränderte Normalität liefert diese Studie aktuelle Informationen zur Lebenssituation, zu Verhaltensformen und Auffälligkeiten bei Kindern an der entwicklungspsychologisch wichtigen Schwelle des Übergangs vom Kindergarten zur Schule. Auf der Grundlage einer 1996 durchgeführten Befragung der Eltern aller Einschulungskinder im Schulamtsbezirk Heidelberg (Heidelberg-Stadt und Rhein-Neckar-Kreis) wird ein aktuelles Bild der Kinder aus Sicht der Erziehungsberechtigten aufgezeigt. Die Studie ist ein Kooperationsprojekt des Gesundheitsamtes Rhein-Neckar-Kreis und der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg.

2 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der Studie ist es, Verhaltensauffälligkeiten von Kindern im Einschulungsalter aus Sicht ihrer Eltern zu untersuchen. Zwei Fragestellungen stehen dabei im Vor-

dergrund: 1. Welche typische Verhaltensmuster, Verhaltensprobleme, seelische, emotionale und körperliche Beschwerden ihrer Kinder beschreiben Eltern zum Zeitpunkt der Einschulung? 2. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten bei Einschulungskindern? Anhand der einzelnen Items der Child Behavior Checklist (CBCL), eines standardisierten und im internationalen Vergleich bewährten Befragungsinstruments, werden die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten verschiedener Verhaltensauffälligkeiten in der wichtigen Übergangszeit vom Kindergarten zur Schule im Überblick dargestellt und diskutiert. Befunde auf der Ebene der Syndromskalen der CBCL veranschaulichen das Ausmaß der individuellen Symptombelastungen der Kinder sowie die relative Bedeutung unterschiedlicher inhaltlicher Problembereiche und deren Zusammenhänge. Die Rolle verschiedener Einflußfaktoren auf die Verhaltensprobleme der Kinder läßt sich schließlich im Rahmen von Vorhersagemodellen (Regressionsanalysen) überprüfen. Dabei werden Modelle zur Symptomenentstehung angesprochen und die Bedeutung der Befunde diskutiert. Die Daten und Befunde dieser umfassenden epidemiologischen Stichprobe sollen auch im Sinne einer handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung, pädagogischen, schulischen und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern und Institutionen als Grundlage für eine verantwortliche fachliche wie bildungs- und kommunalpolitische Diskussion und Planung zur Verfügung gestellt werden.

3 Methodik

3.1 Untersuchungsablauf und Stichprobe

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine anonymisierte Befragung von Eltern aus dem Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg im Rahmen der Einschulungsuntersuchung ihrer Kinder für das Schuljahr 1996/97. Im Jahr 1995 wurde eine Pilotstudie, an der N=202 Eltern teilnahmen, durchgeführt, um die Praktikabilität der Vorgehensweise zu prüfen. Nach erfolgreichem Verlauf der Vorstudie und Korrekturen des Untersuchungsinstruments wurde die Hauptstudie 1996 durchgeführt. Während der schulärztlichen Untersuchung der Kinder wurde die erwachsene Begleitperson, in der Regel die Mutter, von einer Mitarbeiterin des schulärztlichen Dienstes gebeten, einen anonymisierten Fragebogen zur Lebenssituation und zu Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zu bearbeiten und anschließend in eine bereitgestellte Box einzuwerfen. Aus Gründen des Datenschutzes wurden dabei – wie rechtlich vorgeschrieben – lediglich Regionen mit N > 20.000 Einwohnern erfaßt. Die Gesamtpopulation der Einschulungskinder für das Jahr 1996 im Schulamtsbezirk Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis betrug N=7647 Kinder. Wegen organisatorisch bedingter zeitlicher Verzögerungen beim Untersuchungsbeginn der Studie konnten nur N=6746 Erziehungspersonen der Kinder erreicht und um Mitarbeit gebeten werden. N=5695 Fragebögen wurden zurückgegeben, was einer Rücklaufquote von 84,4% entspricht. Nach Ausschluß von unvollständig ausgefüllten Bögen verblieben N=4363 weitgehend vollständige Datensätze (maximal 8 fehlende Angaben von 118 im CBCL-Fragebogenteil), die 64,7% der angesprochenen Eltern oder 57,1% der Gesamtpopulation repräsentieren. Die Beantwortung der Fragebogen erfolgte zu 91,4% durch die Mutter, zu 7,8% durch den Vater und in 0,8% der Fälle durch eine andere Begleitperson des Kindes. Von den N=4363 in der Auswertung verbleibenden Einschulungskindern sind N=2319 (53%) Jungen und N=2044 (47%) Mädchen. Der Anteil ausländischer Kinder beträgt 5%.

3.2 Erhebungsinstrument

Es wurde ein anonymisierter Elternfragebogen eingesetzt, der Angaben zum Kind, zur Familie, zur Wohnsituation, zu familiären Belastungsfaktoren und zu Verhaltensauffälligkeiten des Kindes erfragt.

Die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten des Kindes erfolgte mittels eines standardisierten Elternfragebogens, der Child Behavior Checklist (CBCL-E) von Achenbach (1991), einem international erprobten Verfahren mit stabiler Syndrom-/Faktorenstruktur (Verhulst u. Achenbach 1995; Döpfner et al. 1994), das auch im deutschen Sprachraum breite Anwendung findet und aktuell in Deutschland bundesweit normiert wurde (Döpfner et al. 1997, 1998; Lehmkuhl et al. 1998). Ziel der CBCL ist die standardisierte Erfassung von körperlichen, emotionalen und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen im Altersbereich von 4-18 Jahren aus Sicht der Eltern. Die CBCL-E umfaßt 118 Aussagen (Items) zu Verhaltensproblemen von Kindern mit jeweils drei Antwortmöglichkeiten 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend. Die anhand der CBCL-E erfaßten Auffälligkeiten lassen sich folgenden Syndromskalen zuordnen: I – sozialer Rückzug (9 Items), II – körperliche Beschwerden (9 Items), III – Angst/Depressivität (14 Items), IV – soziale Probleme (8 Items), V – schizoid/zwanghaft (7 Items), VI – Aufmerksamkeitsstörung (11 Items), VII – delinquentes Verhalten (13 Items), VIII – aggressives Verhalten (20 Items) sowie andere Probleme (33 Items). Als übergeordnete Skalen lassen sich drei Summenwerte berechnen: internalisierende Störung (Summe Skala I-III minus Item 103), externalisierende Störung (Summe Skala VII, VIII) und Gesamtwert (Summe aller Items, ohne Item 2 und 4). Zusätzlich wurden folgende Informationen erhoben:

- Kindbezogene Variablen: Geburtsjahr, Geschlecht, Nationalität, tägliche Zeit für Fernsehen/Video, tägliche Zeit für Computerspiele/Nintendo, eigenes Fernsehgerät im Zimmer, eigener Computer, chronische Krankheit/Behinderung des Kindes;
- Familiensituation: Zahl der im Haushalt lebenden Personen, Zahl der Kinder im Haushalt, Zahl älterer Geschwister, Zahl jüngerer Geschwister, Zahl der Stiefgeschwister im Haushalt, Zwilings-/Mehrlingskind sowie für beide leibliche Eltern und für andere erwachsene Betreuungspersonen: Alter, ob im Haushalt lebend, Schulabschluß, Berufstätigkeit, Arbeitszeit.
- Wohnsituation und Wohnumfeld: Wohnungsgröße, Wohnverhältnis, Lage der Wohnung, eigenes Zimmer, Einschätzung der Kinderfreundlichkeit des Wohnumfelds sowie Ausmaß der Lärmbelästigung durch Industrie, Sportanlagen, Flugverkehr, Nachbarn oder sonstiger Lärm.
- Probleme in der Familie: Gesundheitsprobleme, Probleme anderer Kinder in Verhalten/Schule, seelisch/psychologische Probleme der Eltern, finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme, andere Probleme.

4 Ergebnisse

4.1 Problemhäufigkeiten

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die Häufigkeit verschiedener Verhaltensprobleme, körperlicher und emotionaler Auffälligkeiten der Einschulungskinder anhand der Elterneinschätzungen für die 118 CBCL-Items. Die geschlechtsspezifischen prozentualen Häufigkeiten der Ausprägungen der einzelnen Items (1 = etwas/manchmal zutreffend, 2 = genau/häufig zutreffend) sind für die verschiedenen Syndromskalen der CBCL jeweils nach Auftretenshäufigkeit geordnet dargestellt.

Tab. 1: Prozentuale Problemhäufigkeiten bei Einschulungskindern:
 Elterneinschätzungen (1=etwas/manchmal zutreffend, 2=genau/häufig zutreffend)
 anhand der Items der Child Behavior Checklist (CBCL) für N=2319 Jungen und N=2044 Mädchen
 (geordnet nach Skalenbereichen und Auftretenshäufigkeiten)

Item	Jungen		Mädchen		Item	Jungen		Mädchen		
	(1)	(2)	(1)	(2)		(1)	(2)	(1)	(2)	
I Sozialer Rückzug					43	Lügt/schwindelt (J+)	17,8	0,5	14,8	0,1
88 Schmolzt viel	39,6	3,7	40,4	3,0	90	Flucht/obszöne Worte (J+)	18,8	0,8	8,9	0,1
75 Schüchtern/zaghaft	32,1	3,9	35,2	3,6	39	Hat schlechten Umgang (J+)	6,1	0,4	3,4	0,2
42 Ist lieber allein	17,2	1,9	14,6	1,4	72	Zündelt/legt Feuer (J+)	7,6	0,5	1,2	0
69 verschlossen	13,2	1,4	11,5	0,7	106	Zerstört mutwillig (J+)	3,8	0,3	0,5	0
102 Zu wenig aktiv/zu träge (J+)	9,3	0,9	6,8	0,5	96	Denkt zuviel an Sex	1,2	0,1	0,9	0
103 Unglücklich/traurig	9,2	0,3	8,6	0,1	67	Läuft von zu Hause weg	1,4	0,1	0,7	0
111 Zieht sich zurück (J+)	6,2	0,3	3,9	0,1	81	Stiehlt zu Hause	1,1	0,1	0,8	0,1
65 Weigert sich zu sprechen	4,0	0,3	4,5	0,1	82	Stiehlt anderswo	1,0	0	0,8	0,1
80 Startt ins Leere	3,4	0,3	2,5	0,1						
II Körperliche Beschwerden*					VIII Aggressives Verhalten					
56e Hautprobleme	12,7	2,8	15,3	3,2	3	Streitet/widerspricht viel (J+)	62,6	16,3	63,9	11,2
56f Bauchschmerzen (M+)	9,5	0,6	13,1	0,7	19	Fordert viel Aufmerksamkeit	47,2	8,8	44,7	7,7
56b Kopfschmerzen	8,0	0,5	7,8	0,3	27	Leicht eifersüchtig	44,8	5,3	48,0	5,8
54 Immer müde	3,8	0,2	3,7	0,1	22	Ungehorsam zu Hause (J+)	51,1	2,6	42,2	1,4
56g Erbrechen	4,0	0,3	3,8	0,1	93	Redet zu viel	32,1	5,0	30,7	4,0
56a Sonstige Schmerzen	2,7	0,3	3,6	0,1	74	Kaspert (J+)	38,2	5,0	23,5	1,2
56c Übelkeit	3,1	0,3	2,9	0,1	95	Wutausbrüche (J+)	33,4	5,2	25,0	2,6
56d Augenbeschwerden	1,8	0,6	1,5	0,3	7	Gibt an/schneidet auf (J+)	32,7	2,6	24,1	1,2
51 Schwindelgefühle	2,0	0	1,8	0	86	Störrisch/mürrisch/reizbar (J+)	24,7	1,5	21,1	0,9
					87	Plötzliche Stimmungswechsel	18,1	1,4	17,3	0,6
III Angst/Depressivität					68	Schreit viel (J+)	16,5	1,4	11,9	0,8
71 Befangen/leicht verlegen	34,8	2,7	34,5	2,5	104	Ungewöhnlich laut (J+)	16,7	1,3	9,1	0,6
32 Perfektionistisch (J+)	22,4	5,2	22,6	3,1	20	Zerstört eigene Sachen (J+)	17,2	1,0	7,2	0,1
50 Zu furchtsam/ängstlich	23,1	1,4	21,9	1,4	94	Hänselt andere (J+)	14,1	0,6	9,0	0,1
45 Nervös/angespannt (J+)	18,6	1,7	13,3	0,9	57	Körperlich aggressiv (J+)	16,2	0,4	5,5	0
14 Weint viel	14,7	1,0	15,4	1,4	21	Zerstört fremde Sachen (J+)	13,1	0,5	6,0	0
89 Mißtrauisch	15,9	0,6	14,2	0,4	37	Raufereien/Schlägereien (J+)	15,0	1,0	2,5	0,2
33 Fühlt sich ungeliebt	12,8	0,7	14,5	0,9	16	Roh/gemein zu anderen (J+)	7,9	0,3	3,8	0
12 Klagt über Einsamkeit	11,2	1,2	11,4	0,6	97	Bedroht andere (J+)	2,7	0,1	0,7	0
112 Macht sich zuviel Sorgen	9,7	0,8	9,3	0,5						
35 Fühlt sich wertlos/unterlegen	9,3	0,5	7,0	0,4	andere Probleme					
31 Angst, Schlimmes zu denken	9,2	1,2	7,6	0,8	24	Ißt schlecht (J+)	26,8	5,2	24,2	3,5
103 Unglücklich/traurig	9,2	0,3	8,6	0,1	29	Phobien	22,0	4,4	23,0	4,2
34 Angst vor Aggression anderer	8,8	0,5	7,2	0,2	58	Zupfen/Kratzen/Nasebohren	24,8	1,9	21,3	1,9
52 Zu starke Schuldgefühle	4,4	0,3	3,1	0,1	109	Quengelt/jammert	19,7	1,2	19,4	0,4
					99	Zu ordentlich/zu sauber	16,6	2,3	15,2	2,3
IV Soziale Probleme					47	Alpträume	17,0	0,6	17,8	0,4
11 Zu abhängig/anklammernd	25,8	3,5	24,9	2,4	2	Allergien/Heuschnupfen	11,3	6,5	10,9	5,5
1 Verhält sich zu jung (J+)	20,1	5,1	11,5	3,0	44	Kaut Fingernägel	11,1	4,3	13,3	3,9
64 Bevorzugt jüngere Kinder	11,5	1,2	12,7	1,4	5	Gegengeschlechtl. Verhalten (M+)	4,9	1,7	14,0	3,5
25 Probleme mit Gleichalt. (J+)	11,9	0,7	7,4	0,6	79	Probleme beim Sprechen (J+)	10,1	3,5	6,3	1,5
62 Körperlich ungeschickt (J+)	10,0	0,6	4,8	0,2	76	Schläft weniger als andere	9,6	1,7	9,2	1,5
38 Wird viel gehänselt	8,8	0,5	6,7	0,6	36	Häufig Unfälle/Verletz. (J+)	10,9	1,1	6,9	0,6
55 Übergewicht (M+)	3,8	0,9	4,2	2,2	53	Ißt zu viel (M+)	6,4	1,3	9,1	1,8
48 Unbeliebt bei and. Kind. (J+)	5,8	0,6	3,3	0,2	92	Sprechen/Wandeln im Schlaf	7,1	0,7	7,0	0,5
					83	Hortet Dinge	6,9	1,3	6,3	0,8
V Schizoid/zwanghaft					100	Schlafstörungen	7,2	1,3	6,9	1,4
9 Kommt nicht von Gedank. los	11,0	2,5	10,2	1,3	98	Daumenlutschen (M+)	4,0	2,1	5,8	3,0
80 Startt ins Leere	3,4	0,3	2,5	0,1	108	Einnässen nachts (J+)	6,4	1,5	3,2	0,5
85 Seltsame Gedanken/Ideen	1,8	0,3	1,2	0	49	Verstopfung	3,8	0,5	5,3	0,4
40 Hört Geräusche/Stimmen	1,4	0,2	1,1	0	59	Spielt öffentl. am Genital (J+)	6,0	0,2	1,3	0,1
66 Zwangshandlungen	1,3	0,2	1,2	0,3	77	Schläft mehr als andere	3,0	0,8	3,6	0,3
84 Seltsames Verhalten	1,1	0,1	0,7	0	60	Spielt zuviel am Genital (J+)	5,2	0,3	2,5	0
70 Sieht Dinge, die nicht da sind	1,1	0,1	0,6	0,1	113	Andere Sorgen	3,7	0,6	3,3	0,4
					4	Asthma	1,9	1,7	1,2	1,0
VI Aufmerksamkeitsstörungen					15	Quält Tiere (J+)	3,8	0,5	2,0	0,1
10 Unruhig/überaktiv (J+)	38,1	9,5	28,8	4,1	56h	Andere körperl. Beschwerden	2,3	0,6	1,3	0,5
41 Ist impulsiv (J+)	37,6	3,1	29,6	1,3	6	Einkoten (J+)	1,6	0,7	0,8	0,3
8 Unkonzentriert (J+)	34,1	6,1	25,7	2,8	110	Will and. Geschlecht sein (M+)	1,0	0,2	2,6	0,2
17 Tagträume/gedankenverloren	18,7	2,0	18,3	1,1	28	Ißt Ungenießbares	1,3	0,1	1,6	0,1
1 Verhält sich zu jung (J+)	20,1	5,1	11,5	3,0	107	Einnässen tags (J+)	1,6	0,1	0,5	0,1
45 Nervös/angespannt (J+)	18,6	1,7	13,3	0,9	91	Redet von Suizid	1,0	0	0,7	0,1
62 Körperlich ungeschickt (J+)	10,0	0,6	4,8	0,2	18	Selbstverletz./Suizidversuch	0,4	0,1	0,3	0
13 Verwirrt/zerstreut (J+)	8,8	0,7	5,6	0,1	78	Schmiert/spielt mit Kot	0,3	0	0,1	0
46 Nervöse Bewegungen (J+)	3,2	0,6	1,9	0,2	73	Sexuelle Probleme	0,3	0	0,2	0
80 Startt ins Leere	3,4	0,3	2,5	0,1						
VII Dissoziales Verhalten										
26 Fehlende Schuldgefühle (J+)	24,7	2,1	19,4	1,8						
63 Bevorzugt ältere Kinder	23,4	2,4	20,2	2,1						

* Ohne bekannte körperliche Ursache, (J+) signifikant häufiger bei Jungen (p<0.01), (M+) signifikant häufiger bei Mädchen (p<0.01).
 Items 23, 30, 61, 101, 105 zu Schule und Drogenkonsum entfallen aus Altersgründen.

Im Bereich sozialen Rückzugsverhaltens werden bei mehr als einem Drittel der Kinder „Schmollen“ und „Beleidigtsein“ sowie „schüchtern/zaghaftes“ Verhalten berichtet, was auf eine geringe Frustrationstoleranz und Unsicherheiten in der Selbstbehauptung hinweist. Starke (problemhafte) Ausprägungen dieser Symptome zeigen ca. 3-4% der Kinder. Rückzugstendenzen mit Wunsch nach Alleinsein und Verschlussenheit (Items 42 und 69) zeigen 13-18% der Kinder in leichter und 1-2% in ausgeprägter Form. Schwere Rückzugsformen mit Verweigerung der Kontaktaufnahme oder des Sprechens (Items 111, 65) zeigen nur 4-5% der Kinder in gelegentlicher Form und nur 0,2% als ausgeprägte Problematik.

Bei den körperlichen Beschwerden stellen Heuschnupfen/Allergien (6%), Hautausschläge/Hautprobleme (3%) und Asthma (1,4%) in starker Ausprägung gravierende Probleme bei einem nicht unerheblichen Teil der Kinder dar. Andere körperliche Beschwerden ohne medizinische Ursache werden allgemein selten genannt. Lediglich Bauchschmerzen treten bei mehr als 10% der Kinder auf. Somatisierungstendenzen spielen im Einschulungsalter insgesamt eine geringe Rolle und treten in starker Ausprägung nur sehr selten auf.

Als häufigstes Item aus dem Bereich Angst/Depressivität wird soziale Ängstlichkeit (Item 71) in leichter Form bei mehr als einem Drittel der Kinder genannt, in starker Ausprägung bei knapp 3%. Auch Gedanken oder Ansprüche, perfekt sein zu müssen, treten mit 27% in leichter und 4,2% in starker Form als frühes Leistungsideal überraschend häufig schon bei Sechsjährigen auf. Allgemein furchtsam/ängstliches Verhalten stellt bei 24% der Kinder ein gelegentliches und bei 1,4% ein ausgeprägtes Problem dar. Nervosität als emotionales Problem (Item 45) wird bei Jungen hochsignifikant häufiger beschrieben. Übermäßige Schuldgefühle (Item 52) spielen im Einschulungsalter noch eine untergeordnete Rolle – was aus entwicklungspsychologischer Sicht auch zu erwarten ist.

Im Bereich sozialer Probleme entsprechen Selbständigkeit (Item 11) und Reifegrad (Item 1) bei 28%, bzw. 20% der Kinder nicht den Erwartungen der Eltern, bei 3-4% sogar in ausgeprägter Form. Diese Zuordnung erfolgt bei Jungen hochsignifikant häufiger. Kontakt- und Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen werden bei ca. 5-10% der Kinder gesehen, vermehrt bei Jungen. Übergewicht betrifft ca. 5% der Kinder, wobei ausgeprägte Formen mit 2% etwa doppelt so häufig bei Mädchen genannt werden.

Schizoid/zwanghafte Symptome und Verhaltensweisen scheinen zu Beginn der Grundschulzeit in der Auftretenshäufigkeit von untergeordneter Bedeutung zu sein. Lediglich Item 9 (Festhalten an bestimmten Gedanken) wird mit 12% leichter und 2% starker Ausprägung relativ häufig genannt. Hierbei handelt es sich jedoch selten um zwanghafte Vorstellungen im engeren Sinne. Die Analyse der inhaltlichen Beschreibungen zu Item 9 zeigt, daß vielmehr die intensive thematische Beschäftigung mancher Kinder mit spezifischen Themen (Tod, Trennung, intensive Erlebnisse) oder noch im magischen Denken verhaftete Ängste und Befürchtungen (Fernsehen, unverständene Ereignisse) genannt werden. Diese Befürchtungen, Fragen und Ängste erscheinen teilweise alterstypisch für die Übergangszeit vom magischen zum realitätsorientierten Denken, wie es Piaget für das Alter von 5-6 Jahren beschreibt. Sie erscheinen eher als Ängste der Kinder und nicht als Zwangsgedanken im engeren

Sinne. Andere schizoid/zwanghafte Symptome werden selten und in starker Ausprägung sehr selten berichtet.

Impulsivität, motorische Unruhe und Konzentrationsprobleme (zugleich Kernsymptomatik des Hyperkinetischen Syndroms) erweisen sich als die häufigsten Auffälligkeiten im Aufmerksamkeitsbereich mit insgesamt hohen bis sehr hohen Auftretenshäufigkeiten. In leichter Form werden sie bei mehr als einem Drittel der Kinder beschrieben, als ausgeprägte Störungen (starke Ausprägungsgrade) werden sie im Vorschulalter bei bis zu 7% der Kinder eingestuft. Hyperkinetisches Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme werden bei Jungen deutlich häufiger, in starker Ausprägung sogar mehr als doppelt so häufig als bei Mädchen, von den Eltern berichtet.

Delinquentes Verhalten wird bei Einschulungskindern insgesamt selten und in ausgeprägter Form sehr selten berichtet. Mangelndes Schuldbewußtsein bei Fehlverhalten, Lügen sowie der Gebrauch von sozial unerwünschten Ausdrücken werden als häufigste Symptome dieses Bereichs in leichter Form bei über 15% angegeben. Fehlende Schuldgefühle sind zumindest als gelegentliches Phänomen mit 23% im Einschulungsalter noch recht häufig. Sie sollten aber eher mit Blick auf die kognitive Reifung im Übergangsalter vom magischen Denken zur konkret operationalen Phase interpretiert werden, wo Über-Ich-Entwicklung und Schuldbewußtsein noch nicht ausgereift sind. Die Präferenz des Umgangs mit älteren Kindern (Item 63) mit einer relativ hohen Gesamthäufigkeit von 23% ist bei Sechsjährigen ebenfalls gesondert zu betrachten und eher nicht als Anzeichen delinquenter Entwicklung oder Gefährdung zu sehen. Der Gebrauch obszöner Wörter, mutwillige Zerstörungen und Zündeln sind Verhaltensauffälligkeiten, die vor allem bei Jungen zu beobachten sind.

Betrachtet man die einzelnen Verhaltensauffälligkeiten aus dem Skalenbereich „aggressives Verhalten“, so werden vermehrtes Streitverhalten und die Neigung zu widersprechen (Item 3), Eifersuchsreaktionen (Item 27) sowie ein hohes Bedürfnis nach Beachtung (Item 19) in leichter Form bei mehr als der Hälfte aller Kinder genannt. Sie erscheinen somit aus Sicht der Eltern als sehr häufige, typische Eigenschaften und Verhaltensmuster heutiger Einschulungskinder. In ausgeprägter Form werden fast 14% der Kinder von den Eltern als streitsüchtig und oppositionell erlebt. Ungehorsam, Wutausbrüche, der Wunsch, im Mittelpunkt zu stehen, sowie hohes Rede- und Geltungsbedürfnis werden in leichter Form ebenfalls bei einer großen Zahl von Kindern (30-50%) genannt. Offene Aggression mit körperlicher Gewalt gegen Personen oder Dinge wird deutlich seltener beschrieben (6-13%). Bei den Items aus dem aggressiv/oppositionellen Bereich (Raufereien, Zerstörung von Dingen, Unfolgsamkeit und Wutausbrüche) sowie bei lärmend demonstrativen Verhaltensweisen (Clownerien, Angeberei, Lautsein) überwiegen die Häufigkeiten bei den Jungen deutlich gegenüber den Mädchen.

Bei den sonstigen Auffälligkeiten stehen Eßprobleme (Item 24) an erster Stelle. Sie werden bei 30% der Kinder in mindestens leichter oder gelegentlicher Form genannt und stellen bei ca. 3-5% der Kinder aus Sicht der Eltern ein größeres Problem dar. Ängste vor Tieren oder Situationen (Item 29) zeigt in leichter Ausprägung etwa jedes vierte Kind. Für ca. 4% der Kinder werden starke oder häufige spezifische Ängste beschrieben; dies spiegelt vermutlich den Anteil kindlicher Phobien wider. Unspezifische Symptome körperlicher und psychischer Anspannung wie Zupfen, Kratzen oder Nägelkauen werden mit 15-25% relativ häufig berichtet und treten

auch in starker Ausprägung bei 2-4% der Kinder auf. Übertriebener Ordnung- und Sauberkeitssinn wird mit 18% insgesamt und 2% starker Ausprägung erstaunlich häufig genannt. Sprechstörungen sind mit 11% im Hinblick auf die soziale und schulische Entwicklung zu beachten und überwiegen etwa im Verhältnis 2:1 bei Jungen. Bettnässen wird noch bei 6%, Einnässen bei Tage nur noch bei 1% der Einschulungskinder genannt und betrifft ebenfalls vermehrt Jungen.

4.2 Skalenwerte und Fallhäufigkeiten

4.2.1 Syndromskalen

Während die Itemhäufigkeiten den Stellenwert einzelner Verhaltensprobleme für das Gesamtkollektiv der Einschulungskinder abbilden, läßt sich das Ausmaß individueller Verhaltensprobleme und spezieller Auffälligkeiten bei den Kindern anhand der Skalenwerte der CBCL erfassen. Für die verschiedenen Syndromskalen der CBCL (Skalen I-VIII), die übergeordneten Faktoren „Internalisierende und Externalisierende Störung“ sowie für den Gesamtwert wurden die Skalenrohwerte (Summe der Skalenitems) der Kinder berechnet.

Die Frage, wieviele Kinder jeweils in den verschiedenen Syndrombereichen oder Skalen der CBCL Auffälligkeiten zeigen, ist nicht eindeutig zu beantworten, da generell im Bereich von Verhalten und emotionalem Erleben keine objektiven Außenkriterien zur Bestimmung von Auffälligkeit existieren. Unterschiedliche Ansätze der Falldefinition führen zu verschiedenen Ergebnissen. Nachfolgend werden drei mögliche Vorgehensweisen zur Falldefinition und die daraus folgenden Ergebnisse vergleichend gegenübergestellt:

- a) Bei der normorientierten Falldefinition werden aktuelle geschlechtsspezifische deutsche Normen (Döpfner et al. 1997) verwendet und alle Werte oberhalb der 95. Perzentile (Werte, die den obersten 5% der Normpopulation entsprechen) als auffällig gewertet. Diese in der Praxis übliche Vorgehensweise läßt per Definition für alle Skalen eine Auffälligkeitsrate von 5% erwarten, was eine recht willkürliche und künstliche Festlegung darstellt.
- b) Eine an der Häufigkeit der Items orientierte Falldefinition läßt sich anhand eines einheitlichen Maßstabs über alle Skalen festlegen, indem der prozentuale Skalenwert für jedes Kind berechnet ($100 \times \text{beobachteter Skalenrohwert} / \text{maximaler Skalenrohwert}$) und ein identischer Grenzwert für alle Skalen verwendet wird. Als inhaltlich begründbarer Grenzwert (cut-off) wurde ein prozentualer Skalenwert oberhalb von 25% des Skalenmaximalwerts gewählt. Dies trifft zu, wenn mehr als die Hälfte der Items den Skalenwert (score) 1 oder mehr als 25% der Items den Skalenwert (score) 2 bzw. eine entsprechende Kombination aufweisen.
- c) Eine klinische Falldefinition erfolgte unter Verwendung des AMDP-Systems (Döpfner et al. 1991). Im AMDP werden psychiatrisch relevante Items, die mit diagnostischen Kategorien der ICD-10 (International Classification of Diseases) korrespondieren, erfaßt. Für jede Syndromskala der CBCL wurden nur diejenigen Items berücksichtigt, die in identischer oder ähnlicher Form auch im AMDP

vorkommen. Für jede Skala wurden diejenigen Kinder als auffällig definiert, die mindestens eines dieser Items in starker Ausprägung (score 2) aufwiesen.

Tab. 2: Relative Häufigkeit der acht CBCL-Syndrome bei Verwendung unterschiedlicher Falldefinitionen*

	a) Norm > 95%			b) > 25% des Maximalwertes			c) klinische Definition		
	alle	J	M	alle	J	M	alle	J	M
I Sozialer Rückzug	5,6	7,8	3,1	6,7	7,8	5,5	4,6	5,0	4,2
II Körperliche Beschwerden	5,9	5,7	6,2	1,1	1,4	0,8	4,6	4,7	4,5
III Angst/Depressivität	7,5	8,6	6,4	5,2	6,3	3,9	5,1	5,5	4,6
IV Soziale Probleme	8,0	9,4	6,4	4,2	4,9	3,5	**	**	**
V Schizoid/Zwanghaft	4,5	5,3	3,6	0,6	0,7	0,4	0,5	0,6	0,3
VI Aufmerksamkeitsstörung	6,5	7,5	5,3	8,5	11,4	5,3	10,7	14,1	6,8
VII Delinquentes Verhalten	3,1	3,4	2,9	1,2	1,8	0,5	0,6	0,7	0,4
VIII Aggressives Verhalten	4,7	5,4	3,9	17,3	22,2	11,6	6,1	8,3	3,6

* N=4363 Einschulungskinder, J=Jungen (N=2319), M=Mädchen (N=2044).

** Kein Item der CBCL-Skala IV, „Soziale Probleme“ findet sich im AMDP.

Erwartungsgemäß findet sich bei der *normorientierten Falldefinition* für beide Geschlechter eine Auffälligkeitsrate von etwa 5% für jede Skala. Abweichungen nach oben spiegeln dabei keine höheren Werte in unserer Stichprobe wider, sondern sind Folge fehlender Rohwerte für die 95%-Grenze, wodurch sich die erwarteten Häufigkeiten leicht nach oben verschieben.

Bei *Falldefinition nach hohem Skalenwert* (>25% des Maximalwertes) zeigen sich starke Unterschiede zwischen den Syndromen bei durchweg höheren Auffälligkeitsraten für Jungen. Hohe Skalenwerte für oppositionelles/aufmerksamkeitssuchendes Verhalten (Skala VIII) finden sich bei 17,3% der Kinder relativ häufig, gefolgt von Aufmerksamkeitsproblemen mit 8,5%. Sozialer Rückzug, Angst/Depression und soziale Probleme werden in hoher Ausprägung bei 4-6% der Einschulungskinder beschrieben, somatische Beschwerden, schizoid/zwanghafte Symptome und delinquentes Verhalten zeigen sich nur selten (ca. 1%) in gehäufte Form.

Bei *klinischer Falldefinition* stellen Aufmerksamkeitsprobleme die häufigste Problematik bei ca 10% der Kinder dar. Schizoide und delinquente Probleme sind auch hier sehr selten (nur ca. 0,5%). Aggressive Probleme im Sinne klinischer Auffälligkeit (hierbei wird im Gegensatz zur Falldefinition nach Skalenwert vermehrt aggressives Verhalten im engeren Sinne erfaßt) zeigen ca. 6% der Kinder. Einzelne ausgeprägte (psycho-)somatische Beschwerden weisen nach klinischer Definition ca. 5% der Kinder auf. Ähnliche Auffälligkeitsraten ergeben sich für sozialen Rückzug sowie Angst/Depression (ca. 5%).

Aus Tabelle 2 geht hervor, daß die relative Häufigkeit für verschiedene Problem-bereiche nicht in einfacher Form bestimmt werden kann, sondern stark von der jeweiligen Falldefinition bestimmt ist. Dennoch zeigen sich gewisse übereinstim-

mende Trends bei skalenwertbezogener und klinischer Falldefinition (die normorientierte Falldefinition erscheint dagegen tautologisch und wenig informativ). Schizoid/zwanghafte und delinquente Auffälligkeiten treten bei Einschulungskindern selten auf. Häufig, und in besonderem Maße bei Jungen, finden sich expansives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme. Als expansives Verhalten werden dabei weniger aggressiv/destruktive Verhaltensformen, sondern vor allem Eigensinn, Trotz, oppositionelles Verhalten sowie starke Forderungen nach Aufmerksamkeit und Beachtung von den Eltern berichtet.

4.2.2 Gesamtskala

Der Gesamtwert umfaßt die Summe aller Items (ohne Items 2 und 4 sowie Items 23, 61, 101, 105). Die Items 2 und 4 werden von Achenbach nicht in die Gesamtwertberechnung einbezogen, da sie nicht zwischen klinischen und Normalpopulationen trennen. Die Items Nr. 23, 61 und 101 über schulisches Verhalten und Item 105 zum Alkohol-/Drogenmißbrauch wurden bei der Skalenbildung nicht einbezogen, weil sie bei Einschulungskindern aus Altersgründen noch nicht zutreffen. Der Gesamtwert beinhaltet alle 8 Syndrombereiche sowie die Items aus dem Bereich „andere Probleme“ und erfaßt 114 Items (Minimum=0, Maximum =228).

Die Häufigkeiten verschiedener Skalenwerte des CBCL-Gesamtwerts verteilen sich in der Stichprobe der Einschulungskinder (N=4363) wie folgt: 0-5 Punkte erreichen 17,3% der Stichprobe, 0-10 Punkte 37,5%, 0-15 Punkte 54%, 0-20 Punkte 68,2%, 0-25 Punkte 78,4%, 0-30 Punkte 86%, 0-35 Punkte 90,7%, 0-40 Punkte 96%. Werte über 60 sind extrem selten und werden nur von 0,8% (entspricht N=37 Kinder) erreicht. Die Rohwertverteilung der CBCL-Gesamtwerte ist in Abbildung 1 nochmals graphisch veranschaulicht.

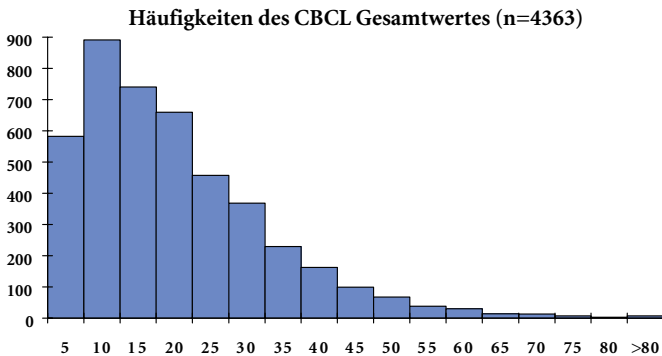


Abb. 1: Verteilung der CBCL-Gesamtwerte der Einschulungskinder im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg im Jahr 1996

Die Verteilung des CBCL-Gesamtwerts in Kategorien von jeweils fünf Rohwertpunkten (0-5, 6-10, 11-15, 16-20 usw.) der N=4363 Einschulungskinder (Abb. 1) läßt eine rechtsschiefe Verteilung erkennen. Hohe Skalenwerte werden kontinuierlich seltener im zunehmend auffälligeren Wertebereich. Eine natürliche Grenze zwischen auffälligen und unauffälligen Werten ergibt sich nicht. Der Minimalwert liegt

bei 0, der Maximalwert bei 125. Für die Gesamtstichprobe errechnen sich ein Mittelwert von $x=17,1$ und eine Standardabweichung von $SD=13,1$.

4.2.3 *Behandlung, Behandlungsbedarf und Auffälligkeit im CBCL-Gesamtwert*

Der CBCL-Gesamtwert gibt im individuellen Fall keine direkte Auskunft über die Behandlungsbedürftigkeit eines Kindes. So kann im Einzelfall ein Kind mit wenigen, aber schwer ausgeprägten und gravierenden Symptomen (wie Einkoten oder häufiges Einnässen bei Tag), auch bei einem relativ niedrigen CBCL-Gesamtwert einer Behandlung bedürfen, während ein anderes Kind trotz höheren Gesamtwerts keine grobe Anpassungsproblematik zeigt, wenn es sich um eine größere Zahl leichter unspezifischer Auffälligkeiten handelt. In der Regel wird jedoch mit steigendem CBCL-Gesamtwert auch die Wahrscheinlichkeit einer notwendigen Behandlung zunehmen. Bei der Frage, ob das Kind wegen seiner Probleme eine Beratung oder Behandlung braucht, antworteten 3,6% der Eltern mit *ja*, 4,0% mit *ich weiß nicht* und 92,4% mit *nein/bzw. trifft nicht zu*. Die Gruppen der Kinder mit aus Sicht der Eltern sicherem oder fraglichem Beratungs/Behandlungsbedarf zeigen im CBCL-Gesamtwert mit $x=36,2$ und $x=32,0$ deutlich höhere Mittelwerte als die Durchschnittsnorm aller Kinder ($x=17,1$). $N=237$ oder 5,4% aller Einschulungskinder waren in den letzten zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt wegen Verhaltensproblemen in ärztlicher oder psychologischer Behandlung. Diese behandelten Kinder zeigen einen mittleren Gesamtwert im CBCL von $x=33,9$. Würde man CBCL-Werte oberhalb dieses Mittelwerts als auffällig beurteilen (CBCL-Gesamtwert: 34 oder größer), so ergäbe sich für die Gesamtstichprobe bei 11,1% der Kinder eine erhöhte Gesamtauffälligkeit.

Gleichaltrige Kinder (5,5-6,9 Jahre), die im Zeitraum 1994-1996 in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Heidelberg in psychiatrischer Behandlung waren (von der Einschulungsuntersuchung unabhängige Inanspruchnahmepopulation, $N=92$), weisen mit $x=49,9$ einen noch deutlich höheren durchschnittlichen Gesamtwert im CBCL auf. Vergleichbar hohe CBCL-Werte von 50 oder mehr werden in der epidemiologischen Stichprobe von 2,5% der Einschulungskinder erreicht.

4.3 *Prädiktoren und Einflußfaktoren*

4.3.1 *Methodische Erläuterungen*

Die Bedeutsamkeit von Einflußfaktoren oder Prädiktoren (z. B. Geschlecht, Geschwisterzahl, familiäre Probleme, Wohnungsgröße, Fernsehkonsum usw.) für eine Zielgröße (hier der CBCL-Gesamtwert) wird statistisch in der Regel über den Anteil erklärter Varianz beurteilt, indem man berechnet, wieviel Prozent der Varianz der Zielgröße durch einen einzelnen Einflußfaktor oder eine Kombination mehrerer Einflußfaktoren erklärt oder vorhergesagt werden kann. Bei der Analyse kategorialer Einflußfaktoren, wie z. B. Geschlecht (männlich/weiblich) oder Schulabschluß der Mutter (keinen Schulabschluß/Hauptschule/Realschule/Abitur) wird dabei geprüft, wie sehr sich die jeweiligen Untergruppen der Prädiktorvariable in ihren

Meßwerten der Zielvariable unterscheiden. Der Anteil erklärter Varianz hängt dabei sowohl von der Größe der Mittelwertunterschiede als auch von den Fallzahlen ab. Wenn eine Untergruppe im CBCL-Mittelwert stark abweicht, aber von der Fallzahl sehr klein ist, dann trifft dieser starke Effekt nur für eine kleine Zahl von Kindern zu, und der Erklärungswert für die Gesamtstichprobe (Anteil erklärter Gesamtvarianz) bleibt eher gering.

Nach Cohen (1988) läßt sich bei sozialwissenschaftlichen Daten die Bedeutsamkeit von Einflußfaktoren anhand der durch sie erklärten Varianz wie folgt klassifizieren: 1-5,8% = geringer Effekt; 5,9-13,8% = mittlerer Effekt und mehr als 13,8% = starker Effekt. Bei der Beurteilung von Mittelwertunterschieden zwischen Gruppen werden Effektstärken (berechnet in Standardabweichungseinheiten als Quotient aus der Differenz der Mittelwerte und der gemittelten Standardabweichung zweier Gruppen) zwischen 0,2 und 0,5 als Hinweis auf geringe Effekte, zwischen 0,5 und 0,8 als mittlere Effekte und Werte über 0,8 als Hinweise auf starke Effekte interpretiert.

Aufgrund der sehr großen Stichprobe von $N = 4363$ – und der damit verbundenen statistischen Power – sind in der vorliegenden Untersuchung Prädiktoren, die mehr als 0,5% des CBCL-Gesamtwerts erklären, statistisch hochsignifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0.0001$), d. h. es können auch sehr kleine Effekte von 0,5-1% Varianzaufklärung zuverlässig erfaßt werden.

4.3.2 Bedeutung der Prädiktoren nach verschiedenen Variablenbereichen

Bei den untersuchten kindbezogenen Variablen zeigen Jungen durchschnittlich eine höhere Symptombelastung im CBCL-Gesamtwert (Mittelwert $M_w = 18,7$) als Mädchen ($M_w = 15,3$). Dieser Geschlechtseffekt erklärt 1,7% des CBCL-Gesamtwerts. Die tägliche Zeitdauer des Fernseh-/Videokonsums steht ebenfalls in signifikanter Beziehung zu Verhaltensauffälligkeiten (1,0% erklärte Varianz). Dabei gehen Zeiten von täglich mehr als zwei ($M_w = 21,5$) oder drei ($M_w = 25,2$) Stunden mit deutlich erhöhten Gruppenmittelwerten bei der CBCL-Gesamtskala einher. Schließlich zeigen sich auch bei chronischer Krankheit oder Behinderung des Kindes (1,7% erklärte Varianz) höhere CBCL-Werte ($M_w = 22,6$). Insgesamt haben kindbezogene Merkmale mit 4,2% gemeinsamer Varianzaufklärung der signifikanten Variablen einen geringen bis mittleren Einfluß auf die Verhaltensprobleme im Einschulungsalter.

Bei den Variablen zur Familiensituation lassen sich folgende signifikante Zusammenhänge ermitteln, wobei die genannten Einzelvariablen keine unabhängigen Risikofaktoren darstellen, sondern sich gegenseitig bedingen und überschneiden können: In Haushalten mit nur zwei Personen (unvollständigen Familien) ergeben sich leicht erhöhte CBCL-Werte (0,7% erklärte Varianz/ $M_w = 21,2$). Die Zahl jüngerer Geschwister erweist sich als leichter Risikofaktor (1,0% erklärte Varianz) mit deutlichem Anstieg der Verhaltensprobleme ($M_w = 24,0$) bei drei oder mehr jüngeren Geschwistern. Umgekehrt erweisen sich ältere Geschwister (1,7% erklärte Varianz) als protektiv. Kinder, deren leiblicher Vater nicht im Haushalt lebt (1,0% erklärte Varianz), zeigen leicht erhöhte Symptomwerte ($M_w = 20,9$). Auch die Berufstätigkeit des Vaters erscheint von Bedeutung (1,1% erklärte Varianz) mit leicht erhöhten Verhaltensproble-

men der Kinder, wenn der Vater arbeitslos ($M_w=22,4$) ist oder in Ausbildung ($M_w=25,9$) steht. Auf Seiten der Mutter sind Alter (1,3% erklärte Varianz) und fehlender Schulabschluß (0,4% erklärte Varianz) bedeutsam. Bei geringerem Alter der Mutter finden sich höhere CBCL-Werte der Kinder. Bei fehlendem Schulabschluß der Mutter zeigen sich erhöhte Verhaltensprobleme der Kinder ($M_w=23,9$), während die Art des Schulabschlusses (Hauptschule, mittlere Reife, Abitur) keinen Effekt zeigt. Wenn das Kind zusätzlich zu den leiblichen Eltern durch andere Erwachsene betreut wird, ergeben sich leicht erhöhte CBCL-Werte (1,2% erklärte Varianz). Eine Berufstätigkeit der Mutter und deren Arbeitszeit (vollzeit/teilzeit) zeigen keinerlei Zusammenhang mit der Gesamtzahl der berichteten Verhaltensprobleme der Kinder.

Insgesamt zeigen Variablen zur formalen Familiensituation mit 5,5% Varianzaufklärung der signifikanten Variablen einen mittleren Einfluß auf die Verhaltensprobleme im Einschulungsalter.

Variablen zu Wohnsituation und Wohnumfeld erklären insgesamt 5% des CBCL-Gesamtwerts, was einem geringen bis mittlerem Effekt entspricht. Als bedeutsame Variablen erweisen sich dabei die Wohnungsgröße (1,6% erklärte Varianz) und Wohnsituation (1,6% erklärte Varianz). Großer Wohnraum und Wohneigentum gehen mit weniger Verhaltensproblemen der Kinder einher. Bei kinderfeindlichem Wohnumfeld zeigen sich vermehrt Verhaltensprobleme (1,7% erklärte Varianz). Lärmbelästigung durch Nachbarn (1,3% erklärte Varianz) und andere Lärmbelastungen (1,5% erklärte Varianz) sind mit erhöhten CBCL-Werten der Kinder assoziiert.

Familiäre Probleme zeigen einen mittleren bis starken Zusammenhang mit Verhaltensproblemen der Kinder und erklären insgesamt ca. 10% der CBCL-Auffälligkeiten (9,9% gemeinsam erklärte Varianz). Alle 6 erfragten familiären Problembereiche erscheinen bedeutsam mit Einzel-Effektstärken zwischen 2,7 und 5,5% erklärter Varianz.

Der deutlichste Effekt ergibt sich bei seelischen oder psychologischen Problemen der Eltern (5,5% erklärte Varianz). Bei größeren bzw. sehr großen Problemen der Eltern ergeben sich deutlich erhöhte Mittelwerte der CBCL-Gesamtskala der Kinder ($M_w=25,5$ bzw. 34,5). Ähnlich bedeutsam ist der Einfluß finanzieller Probleme (5,3% erklärte Varianz). Bei größeren bzw. sehr großen finanziellen Problemen in der Familie zeigen die Kinder durchschnittlich deutlich erhöhte Verhaltensprobleme ($x=28,0$ bzw. 28,8). Andere familiäre Probleme wie Gesundheitsprobleme (3,1% erklärte Varianz), Verhaltensprobleme anderer Kinder in der Familie (2,7% erklärte Varianz), Wohnungsprobleme (2,9% Varianz) oder sonstige familiäre Probleme (meist Trennung/Scheidung oder Beziehungsprobleme der Eltern) (3,7% Varianz) tragen zusätzlich zur Erklärung der Verhaltensschwierigkeiten der Kinder bei.

4.3.3 Gesamtmodell aller Einflußfaktoren

Wählt man in einem Gesamtmodell aller in der Studie erfaßten Einflußfaktoren nur die Variablen aus, die im Vorhersagemodell zusätzlich zu allen anderen einen signifikanten Varianzbeitrag liefern, so verbleiben 16 Einflußgrößen mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 18,7% des CBCL-Summenwertes. In der Reihenfolge ih-

rer individuellen Bedeutsamkeit lassen sich die Einzelfaktoren im Überblick wie in Tabelle 3 dargestellt verfolgen.

Tab. 3: Einflußfaktoren auf Verhaltensprobleme (CBCL-Gesamtwert) bei Einschulungskindern (N=4363) in der Reihenfolge ihrer individuellen Bedeutsamkeit

Einflußfaktor	erklärte Varianz*
Familie: Probleme der Eltern seelisch/psychologisch	5,5%
Familie: finanzielle Probleme	5,3%
Familie: andere Probleme	3,7%
Familie: Gesundheitsprobleme	3,1%
Familie: Wohnungsprobleme	2,9%
Familie: Probleme anderer Kinder in Verhalten/Schule	2,7%
kinderfeindliches Wohnumfeld	1,7%
Geschlecht (männlich)	1,7%
chronische Krankheit/Behinderung des Kindes	1,7%
hohe Lärmbelastigung	1,5%
leibliche Mutter: Alter (unter 29 Jahren)	1,3%
andere Betreuungsperson (nicht leibliche Eltern)	1,2%
tägliche Zeit Fernsehen/Video (mehr als 2 Stunden täglich)	1,0%
Zahl jüngerer Geschwister	1,0%
Zahl der im Haushalt lebenden Personen (alleinerziehend)	0,7%
leibliche Mutter: Schulabschluß (kein Abschluß)	0,4%

*Varianzerklärung bei isolierter Betrachtung der einzelnen Variablen.
Erklärte Varianz aller Einflußfaktoren gemeinsam = 18,7%.

Im Gesamtmodell aller untersuchten Einflußfaktoren erscheinen familiäre Belastungsfaktoren von zentraler Bedeutung. Probleme innerhalb der Familie, vor allem seelische und Beziehungsprobleme der Eltern sowie finanzielle Sorgen stehen in engem Zusammenhang mit seelischen und Verhaltensproblemen der Kinder. Mit insgesamt annähernd 10% Varianzerklärung kommt den Problemen in der Familie die höchste Bedeutung zu. Als weitere Belastungs-/Risikofaktoren erweisen sich ein kinderfeindliches Wohnumfeld, männliches Geschlecht, chronische Krankheit oder Behinderung des Kindes, Lärmbelastung, sehr junges Alter der Mutter, Betreuung durch andere Personen als die Eltern, mehr als zwei Stunden täglicher Fernseh-/Videokonsum, Anzahl jüngerer Geschwister, alleinerziehender Elternteil und fehlender Schulabschluß der Mutter. Insgesamt erklären diese familiären und äußeren Lebensbedingungen knapp 20% der Gesamtvarianz aller Auffälligkeiten der Einschulungskinder und liefern somit einen hohen Beitrag zum Verständnis der Problembelastung der Kinder. Zum erheblichen Anteil lassen sich daher die Auffälligkeiten der Kinder als Ausdruck und Reaktion auf ungünstige Lebensumwelten und familiäre Belastungen verstehen. Relativierend bleibt dabei zu bedenken, daß in der vorliegenden Untersuchung sowohl bei den Risikobedingungen als auch bei den kindlichen Auffälligkeiten subjektive elterliche/mütterliche Beurteilungsmaßstäbe eine bedeutsame Rolle spielen.

5 Diskussion

Die vorliegende epidemiologische Studie berichtet anhand der Daten einer umfassenden Elternbefragung über Verhaltensprobleme, emotionale und somatische Auffälligkeiten bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung am Ende des Kindergartenalters. Insgesamt ergeben sich dabei für den Skalenbereich „aggressives Verhalten“ im Vergleich zu allen anderen Syndromen mit Abstand die häufigsten Problemnennungen. Inhaltlich lassen sich die Items dieser Skala unter drei deutlich unterschiedlichen Gesichtspunkten einordnen. Neben oppositionellem Verhalten (Items 3, 22, 86, 95) spielen Wünsche nach Beachtung sowie aufmerksamkeitsforderndes, lärmend-demonstratives Verhalten (Items 7, 19, 27, 68, 74, 87, 93, 104) eine große Rolle. Hier ist zu fragen, ob das oppositionelle Verhalten der Kinder nicht häufig sekundär aus der Frustration hoher Wünsche nach Anerkennung, Beachtung und Aufmerksamkeit, also letztlich aus einer unbefriedigten emotionalen Bedürftigkeit, resultiert. Emotionale Zuwendungsbedürfnisse und oppositionelles Verhalten treten jedenfalls gleichermaßen häufig auf und werden zusammen mit Items, die aggressives Verhalten im engeren Sinne erfassen, auf einer gemeinsamen Skala abgebildet, was einen engen dynamischen Zusammenhang dieser Inhalte nahelegt. Aggressiv/destruktives Verhalten, das gegen Personen und Objekte gerichtet ist, also Aggressionsverhalten im engeren Sinne (Items 16, 20, 21, 37, 57, 94, 97), tritt im Einschulungsalter selten auf und spielt im Vergleich zu oppositionellem Verhalten und Aufmerksamkeitswünschen eher eine untergeordnete Rolle. Inhaltlich ist daher die Benennung der Items der CBCL-Skala VIII als „aggressives Verhalten“ bei der Untersuchung nichtklinischer Stichproben zu überdenken. In der vorliegenden epidemiologischen Stichprobe von Einschulungskindern spiegeln die Werte dieser Skala eher oppositionelles/eigensinniges Verhalten sowie emotionale Wünsche nach Aufmerksamkeit und Zuwendung wider und nur zu geringen Anteilen aggressiv/destruktives Verhalten im engeren Sinne.

Betrachtet man die häufigsten Verhaltensprobleme, die von den Eltern bei mindestens 30% der Kinder berichtet werden (Ausprägungsgrad 1 und 2 zusammengefaßt) im Überblick, so stammen 8 der 14 Items (Items 3, 7, 19, 22, 27, 74, 93, 95) aus dem Bereich oppositionellen, aufmerksamkeitsuchenden Verhaltens der Skala VIII. Diese Verhaltensmuster, mit stark Ich-betonter, egozentrischer Orientierung und geringer Akzeptanz von Regeln oder dem Aufschub von Bedürfnissen, beschreiben somit alterstypisches Verhalten heutiger Einschulungskinder. Als weitere häufige und typische Verhaltensmuster zeigen sich expansiv/hyperaktives Verhalten mit motorischer Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsproblemen (Skala VI Items 8, 10, 41) sowie Unsicherheiten in der sozialen Interaktion und geringe Frustrationstoleranz (Items 71, 75, 88).

Die Häufigkeiten der Einzelitems in der vorliegenden Feldstichprobe sechsjähriger Einschulungskinder stimmen mit den Ende 1994 erhobenen Befunden bei 4-11jährigen in einer bundesweit repräsentativen Stichprobe (Döpfner et al. 1997, 1998; Lehmkuhl et al. 1998) insgesamt gut überein. Die berichteten Itemhäufigkeiten liegen bei der Bundesstichprobe tendenziell niedriger, vor allem bei leichten Ausprägungsgraden (1 = etwas/manchmal zutreffend). Die von Achenbach (1991)

mitgeteilten Itemhäufigkeiten für 4-11jährige unbehandelte Kinder einer repräsentativen amerikanischen Stichprobe zeigen ebenfalls eine sehr ähnliche Verteilung häufiger und seltener Items, liegen jedoch bei den absoluten Häufigkeitswerten für beide Ausprägungsgrade im Durchschnitt deutlich höher.

In der vorliegenden Studie wurde auf die Bestimmung von Gesamtauffälligkeitsraten bewusst verzichtet, zugunsten einer detaillierteren Betrachtung der Bedeutung und Interpretation einzelner Symptome und Syndrome (s. Resch et al. 1999b). Bei den Syndromskalen erwies sich die normorientierte Falldefinition, die jeweils die obersten 5% der Skalenwerte erfasst, als wenig informativ. Die an Itemhäufigkeiten oder klinischen Kriterien orientierten Falldefinitionen spiegeln die unterschiedliche praktische Bedeutung der Syndrombereiche besser wider. Demnach sind schizoid/zwanghafte Probleme und delinquentes Verhalten im Einschulungsalter selten, während Aufmerksamkeitsstörungen und expansives Problemverhalten im Sinne von Dominanzstreben und oppositionellem Verhalten mit 5-10% bei Mädchen und 10-20% bei Jungen zu den häufigsten Schwierigkeiten zählen. Ähnliche Befunde mit relativem Überwiegen expansiver Störungen im Kindesalter, besonders bei Jungen, finden sich auch in der Literatur zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Störungen (Bird 1996; Wasserman et al. 1999). Im Altersbereich von 6 bis 8 Jahren zeigen sich in den Problemhäufigkeiten und Häufigkeitsverteilungen der Skalenrohre Werte erhebliche kulturelle Unterschiede (Crijnen et al. 1997) mit 11% Varianzerklärung im CBCL Gesamtwert durch interkulturelle Effekte. Die Gesamtmittelwerte reichen von ca. 15-17 in Schweden und Deutschland bis zu ca. 36-38 in Griechenland und Puerto Rico. Diese kulturspezifischen Unterschiede bleiben bei normorientierten Falldefinitionen in der Regel unberücksichtigt, da durch den Vergleich mit der jeweiligen nationalen Population gleiche Auffälligkeitsraten, trotz deutlicher Rohwertunterschiede erzeugt werden. Eine an inhaltlichen Kriterien orientierte Falldefinition zur CBCL wurde von Walter und Remschmidt (1994) vorgeschlagen. Für 6-11jährige wurden dabei mittels eines Expertenratings 47 Items (49 Items bei 12-17jährigen) der CBCL zumeist bei starker Ausprägung als interventionsbedürftig beurteilt. In einer repräsentativen Schülerstichprobe für Nordhessen weisen 32,9% mindestens eins, 12,7% mindestens zwei und 5,8% drei oder mehr dieser kritischen Items auf. Aufgrund eines Vergleich unbehandelter Kinder einer Feldstichprobe und einer Patientenpopulation wurden Kinder mit zwei oder mehr kritischer Items als psychisch auffällig mit Interventionsbedarf eingestuft. Lehmkuhl et al. (1998) finden in einem Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle zur CBCL Auffälligkeitsraten zwischen 13,1% und 28,8% bei einer repräsentativen Stichprobe vier- bis zehnjähriger Kinder in Deutschland, wobei 8,5% der Kinder übereinstimmend in allen drei untersuchten Modellen als auffällig eingeschätzt werden. Die Problematik von Grenzwerten bei der Ermittlung von Auffälligkeitsraten wird dabei von den Autoren ausführlich diskutiert.

Da die Studie auf Elternangaben beruht, ergibt sich vor allem bei den Elterneinschätzungen zum kindlichen Problemverhalten anhand der CBCL die Frage nach der Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Ergebnisse. Zufriedenstellende Reliabilitäten und faktorielle Validität der Skalen für die deutschsprachige Version der CBCL werden von Döpfner et al. (1994) berichtet. Studien zur Bedeutung unterschiedlicher Infor-

mationsquellen bei der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten zeigen mittlere bis gute Übereinstimmungen zwischen den Skalenwerten der CBCL im Urteil von Müttern und Vätern mit mittleren Korrelationen um .70 bei 4-11jährigen Kindern (Achenbach 1991). Auch zwischen den Elterneinschätzungen der CBCL und den Befunden anhand standardisierter klinischer Elterninterviews zeigen sich signifikante, jedoch keineswegs vollständige Übereinstimmungen (Kasius et al. 1997). Beide Studien belegen neben einem Anteil objektiver Übereinstimmung auch eine erhebliche Bedeutung subjektiver Beurteilereffekte, wodurch sich die Empfehlung ergibt, zur Falldefinition mehrere Informationsquellen zu kombinieren. Bei Jugendlichen zeigt sich, daß CBCL-Skalen im Selbst- und Eltern- und Lehrerurteil bei mittleren Korrelationen um .50 nur mäßig übereinstimmen (Döpfner et al. 1997; Plück et al. 1997), so daß mit zunehmendem Alter die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen zunimmt. Im Einschulungsalter sind meist die Eltern noch die wichtigsten Bezugspersonen des Kindes, wobei in der Regel die Mutter viel Zeit mit dem Kind verbringt und über die meisten Informationen verfügt. Die Befunde der vorliegenden Studie zu Verhaltensproblemen von Einschulungskindern basieren überwiegend auf Angaben der Mütter, wobei neben dem kindlichen Verhalten auch die subjektiven elterlichen/mütterlichen Beurteilungsmaßstäbe einfließen. Empirische Studien zeigen, daß psychische Probleme der Eltern, vor allem Angst und Depression seitens der Mütter, sowohl die mütterliche Beurteilung der Kinder im Sinne erhöhter Problemeinschätzung beeinflussen können als auch mit negativem Interaktionsverhalten einhergehen (Lang et al. 1996; Najman et al. 2000). Umgekehrt gibt es auch Hinweise, daß kindliches expansives Problemverhalten als Streßfaktor psychische Probleme und Problemverhalten bei den Eltern verstärken kann (Pelham u. Lang 1999) und daß psychische Probleme der Eltern sich negativ auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirken (Cummings u. Davies 1994; Snow-Jones et al. 1999). Eine Beschreibung kindlichen Problemverhaltens durch die Mutter bildet somit vermutlich stets auch Interaktionsprozesse zwischen kindlichen und mütterlichen Variablen ab, wobei die Problemdefinition und Attribution durch die Eltern in frühem Alter eine entscheidende Größe darstellt, die das sich entwickelnde Selbstbild des Kindes sowie Erziehungs- und Behandlungsmaßnahmen beeinflusst.

Bei der Untersuchung der Einflußfaktoren auf das kindliche Problemverhalten finden sich in der vorliegenden Studie eine Reihe von Risikobedingungen, die mit entsprechenden Einzelbefunden in der Literatur gut übereinstimmen. Die beschriebenen Einflußfaktoren sind dabei nicht als direkte kausale Risikofaktoren zu bewerten. Vielmehr handelt es sich um korrelative Zusammenhänge zwischen kindlichen Merkmalen, Lebensumfeld, familiären Strukturen sowie familiären Problemen einerseits und psychischen Auffälligkeiten von Kindern andererseits, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen können.

Familiäre Probleme erweisen sich als besonders bedeutsam, wobei verschiedene Problembereiche innerhalb der Familie in engem additivem Zusammenhang zu vermehrter Auffälligkeit der Kinder stehen. Je höher das von den Eltern berichtete Ausmaß familiärer Schwierigkeiten und Belastungen, desto höhere Sympombelastungen zeigen die Kinder in der CBCL. Ähnlich enge Zusammenhänge zwischen elterlichen und familiären Problemen einerseits und kindlichen Verhaltensproblemen

andererseits berichten Campbell (1995), Florsheim et al. (1998), Shaw et al. (1998, 1999), Kinsman et al. (1999) oder Ingoldsby et al. (2000). Neben familiären Problemen liefern Parameter der Familienkonstellation, wie Betreuung durch andere Erwachsene, alleinerziehender Elternteil, Geschwisterzahl oder Alter und Schulbildung der Mutter einen kleinen, aber signifikanten zusätzlichen Beitrag zur Erklärung der Symptombelastung der Kinder. Verschiedene Studien belegen, daß Trennung und Scheidung der Eltern mit Belastung und Auffälligkeit der Kinder einhergeht, wobei dem Erziehungsverhalten und elterlichen Konflikten ein höherer Erklärungswert als dem Familienstatus zukommt (Najman et al. 1997; Florsheim et al. 1998; Japel et al. 1999; Shaw et al. 1999). Berufstätigkeit und Arbeitszeit der Mutter zeigen ähnlich wie in einer epidemiologischen Längsschnittstudie von Harvey (1999) keinen Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen. In einer Studie von Orlebeke et al. (1998) wird ein linearer negativer Zusammenhang zwischen Alter der Mutter und CBCL-Auffälligkeiten dreijähriger Kinder gefunden, der mit den vorliegenden Befunden bei Einschulungskindern richtungsmäßig übereinstimmt. Demnach berichten jüngerer Mütter höhere CBCL-Werte ihrer Kinder, mit steigendem Alter der Mütter nehmen die Symptomwerte kontinuierlich ab. Es läßt sich vermuten, daß die vermehrte Auffälligkeit bei Kindern jüngerer Mütter, ebenso wie die bei Kindern von Müttern ohne Schulabschluß, über den Einfluß geringerer Erziehungskompetenzen erklären lassen. Betrachtet man die Geschwisterkonstellation, so gehen jüngere Geschwister mit vermehrten und ältere Geschwister mit verminderten Verhaltensprobleme von Einschulungskindern einher. Während sich ältere Geschwister vermutlich über Modellernen und Erziehungserfahrungen der Eltern als protektiv erweisen, scheinen jüngere Geschwister als nachträglich auftretende Konkurrenten eher einen gegenteiligen Effekt zu bewirken.

Kleine, aber signifikante Geschlechtseffekte mit höheren CBCL-Gesamtwerten für Jungen, bedingt durch höhere Item-Werte in spezifischen Bereichen expansiver und Aufmerksamkeitsprobleme, werden über verschiedene Kulturen hinweg berichtet (Stanger et al. 1994; Crinjen et al. 1997; Liu et al. 1999). Auch im deutschsprachigen Raum finden Döpfner et al. (1997) entsprechende Geschlechtseffekte. Signifikant höhere Raten psychischer Probleme bei Kindern mit chronischen körperlichen Krankheiten oder Behinderungen werden für unterschiedliche Störungsbilder berichtet (Holmes et al. 1998; Heineman de Boer et al. 1999) und bestätigen den Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen. Während sich in einer Studie von Frank et al. (1998) die emotionalen und Verhaltensprobleme der Kinder mit chronisch körperlicher Krankheit wesentlich über entsprechende Streßbelastungen der Eltern, insbesondere mütterliche Depressionen, erklären lassen, erweisen sich chronisch körperlicher Probleme in der vorliegenden Studie als von der elterlichen und familiären Belastung unabhängiger Risikofaktor. Kinderfeindliches Wohnumfeld und hohe Lärmbelastung tragen in der vorliegenden Studie als negative Umweltfaktoren zusätzlich zu sonstigen Einflußfaktoren signifikant zur Symptombelastung der Kinder bei. Schließlich erweist sich hoher Fernsehkonsum (mehr als 2 Stunden täglich) im Einschulungsalter als zusätzlicher Risikofaktor, der mit vermehrter kindlicher Auffälligkeit einhergeht. Villani (2001) kommt in einer aktuellen Übersichtsarbeit zu dem Schluß, daß vermehrter und un-

kontrollierter Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen zu einer Zunahme von gewalttätigem und aggressivem Verhalten sowie Risikoverhalten und frühzeitiger sexueller Aktivität führt, was einen ungünstigen Einfluß übermäßigen Fernsehkonsums auch bei Einschulungskindern nahelegt.

Im Gesamtmodell aller untersuchten Einflußfaktoren lassen sich kindliche Symptombelastungen und Verhaltensprobleme bei Einschulungskindern zu einem erheblichen Anteil durch kindliche, umweltbezogene und insbesondere durch familiäre Variablen erklären. Dabei wurden familiäre Belastungen und Bedingungen, jedoch keine Aspekte des Erziehungsverhaltens oder familiärer Interaktionen erfaßt, denen vermutlich ein bedeutsamer zusätzlicher Erklärungswert zukommt. So finden Deater-Deckard et al. (1998) bei der Untersuchung von Risikofaktoren für externale Verhaltensprobleme in einer epidemiologischen Längsschnittstudie bei 5-10jährigen Kindern unter Einschluß kindlicher, soziokultureller sowie auf Erziehungsverhalten und Peergroup bezogener Faktoren eine hohe Varianzerklärung von 36% bis 45%. Enge Zusammenhänge zwischen Erziehungsverhalten und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten werden auch in einer Reihe aktueller Studien bestätigt (Florsheim et al. 1998; Straus u. Mouradian 1998; Nix et al. 1999; Stormshak et al. 2000). In einer Studie von Brenner und Fox (1998) erweist sich verbale und körperliche Bestrafung als der stärkste Prädiktor für kindliche Verhaltensprobleme, der allein bereits 20% Varianz erklärt.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Amelang, M.; Zielinski, W. (1994): Psychologische Diagnostik und Intervention. Berlin: Springer.
- Bird, H.R. (1996): Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross-Cultural Context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37: 35-49.
- Brenner, V.; Fox, R.A. (1998): Parental discipline and behavior problems in young children. *The Journal of Genetic Psychology* 159(2): 251-256.
- Campbell, S.B. (1995): Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36: 113-149.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Aufl. New York: Academic Press.
- Crijnen, A.A.M.; Achenbach, T.M.; Verhulst, F.C. (1997): Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 1269-1277.
- Cummings, F.M.; Davies, P.T. (1994): Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35: 73-112.
- Deater-Deckard, K.; Dodge, K.A.; Bates, J.E.; Pettit, G.S. (1998): Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Development and Psychopathology* 10(3): 469-493.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Berner, W.; Flechtner, H.; Steinhausen, H.C.; von Aster, M. (1991): *Glossar zur Dokumentation des psychopathologischen Befundes bei Kindern und Jugendlichen*, 4. Revision, Köln.
- Döpfner, M.; Schmeck, K.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.; Poustka, F. (1994): Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift fuer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 22: 189-205.

- Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F.; Lehmkuhl, G. (1997): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteiler-effekte. *Zeitschrift fuer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25: 218-233.
- Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Englert, E.; Fegert, J.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F. (1998): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern - Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27: 1-11.
- Florsheim, P.; Tolan, P.; Gorman-Smith, D. (1998): Family relationships, parenting practices, the availability of male family members, and the behavior of inner-city boys in single-mother and two-parent families. *Child Development* 69(5): 1437-1447.
- Flynn, J.R. (1987): Massive IQ gains in 14 nations: what IQ tests really measure. *Psychological Bulletin* 101: 171-191.
- Frank, R.G.; Hagglund, K.J.; Schopp, L.H.; Thayer, J.F.; Vieth, A.Z.; Cassidy, J.T.; Goldstein, D.E.; Beck, N.C.; Clay, D.L.; Hewett, J.E.; Johnson, J.C.; Chaney, J.M.; Kashani, J.H. (1998): Disease and family contributors to adaptation in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile diabetes. *Arthritis Care and Research* 11(3): 166-176.
- Harvey, E. (1999): Short-term and long-term effects of early parental employment on children of the National Longitudinal Survey of Youth. *Developmental Psychology* 35(2): 445-459.
- Heineman de Boer, J.A.; Van Haelst, M.J.; Cordia de Haan, M.; Beemer, F.A. (1999): Behavior problems and personality aspects of 40 children with velo-cardio-facial syndrome. *Genetic Counseling* 10(1): 89-93.
- Holmes, C.S.; Respass, D.; Greer, T.; Frentz, J. (1998): Behavior problems in children with diabetes: disentangling possible scoring confounds on the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology* 23(3): 179-185.
- Ingoldsby, E.M.; Shaw, D.S.; Owens, E.B.; Winslow, E.B. (2000): A longitudinal study of interparental conflict, emotional and behavioral reactivity, and preschoolers' adjustment problems among low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 27(5): 343-356.
- Japel, C.; Tremblay, R.E.; Vitaro, F.; Boulerice, B. (1999): Early parental separation and the psychosocial development of daughters 6-9 years old. *The American Journal of Orthopsychiatry* 69(1): 49-60.
- Kasius, M.C.; Ferdinand, R.F.; van den Berg, H.; Verhulst, F.C. (1997): Association between Different Diagnostic Approaches for Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 625-632.
- Kinsman, A.M.; Wildman, B.G.; Smucker, W.D. (1999): Relationships among parental reports of child, parent, and family functioning. *Family Process* 38(3): 341-351.
- Kubinger, K.D. (1995): Einführung in die psychologische Diagnostik. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Lang, C.; Field, T.; Pickens, J.; Martinez, A.; Bendell, D.; Yando, R.; Routh, D. (1996): Preschoolers of Dysphoric mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37(2): 221-224.
- Lehmkuhl, G.; Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F. (1998): Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26: 83-96.
- Liu, X.; Kurita, H.; Guo, C.; Miyake, Y.; Ze, J.; Cao, H. (1999): Prevalence and risk factors of behavioral and emotional problems among Chinese children aged 6 through 11 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(6): 708-715.
- Najman, J.M.; Behrens, B.C.; Andersen, M.; Bor, W.; O'Callaghan, M.; Williams, G.M. (1997): Impact of family type and family quality on child behavior problems: a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(10): 1357-1365.
- Najman, J.M.; Williams, G.M.; Nikles, J.; Spence, S.; Bor, W.; O'Callaghan, M.; Le Brocq, R.; Andersen, M.J. (2000): Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect asso-

- ciation or observation bias?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(5): 592-602.
- Nix, R.L.; Pinderhughes, E.E.; Dodge, K.A.; Bates, J.E.; Pettit, G.S.; McFadyen-Ketchum, S.A. (1999): The relation between mothers' hostile attribution tendencies and children's externalizing behavior problems: the mediating role of mothers' harsh discipline practices. *Child Development* 70(4): 896-909.
- Orlebeke, J.F.; Knol, D.L.; Boomsma, D.I.; Verhulst, F.C. (1998): Frequency of parental report of problem behavior in children decreases with increasing maternal age at delivery. *Psychological Reports* 82(2): 395-404.
- Pelham, W.E. Jr; Lang, A.R. (1999): Can your children drive you to drink? Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Res. Health* 23(4): 292-298.
- Plück, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Fegert, J.M.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F.; Lehmkuhl, G. (1997): Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46: 566-582.
- Resch, F.; Parzer, P.; Brunner, R.; Haffner, J.; Koch, E.; Oelkers, R.; Schuch, B.; Strehlow, U. (1999a): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch, 2. überar. u. erw. Aufl. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Resch, F.; Haffner, J.; Steen, R.; Parzer, P.; Klett, M. (1999b): Vulnerabilität und Symptom in der Entwicklungspsychopathologie – Aspekte der funktionellen Psychopathologie am Beispiel einer epidemiologischen Stichprobe von Einschulungskindern. *Psychomed* 11(3): 143-147.
- Shaw, D.S.; Winslow, E.B.; Owens, E.B.; Hood, N. (1998): Young children's adjustment to chronic family adversity: a longitudinal study of low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37(5): 545-553.
- Shaw, D.S.; Winslow, E.B.; Flanagan, C. (1999): A prospective study of the effects of marital status and family relations on young children's adjustment among African American and European American families. *Child Development* 70(3): 742-755.
- Snow-Jones, A.; Miller, D.J.; Salkever, D.S. (1999): Parental use of alcohol and children's behavioural health: a household production analysis. *Health Economics* 8(8): 661-683.
- Stanger, C.; Fombonne, E.; Achenbach, T.M. (1994): Epidemiological comparisons of American and French children: Parent reports of problems and competencies for ages 6-11. *European Child and Adolescent Psychiatry* 3: 16-28.
- Stoll, F.; Schallberger, U. (1992): Auch Schweizer Jugendliche lösen Intelligenztest-Aufgaben immer besser. In: Gerhard, U. (Hg.): *Psychologische Erkenntnisse zwischen Philosophie und Empirie*. Bern: Huber, S. 194-205.
- Stormshak, E.A.; Bierman, K.L.; McMahon, R.J.; Lengua, L.J. (2000): Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Conduct Problems Prevention Research Group. Journal of Clinical Child Psychology* 29(1): 17-29.
- Straus, M.A.; Mouradian, V.E. (1998): Impulsive corporal punishment by mothers and antisocial behavior and impulsiveness of children. *Behavioral Sciences and the Law* 16(3): 353-374.
- Verhulst, F.C.; Achenbach, T.M. (1995): Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 4: 61-76.
- Villani, S. (2001): Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40: 392-401.
- Walter, R.; Remschmidt, H. (1994): Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 43: 223-229.
- Wasserman, R.C.; Kelleher, K.J.; Bocian, A.; Baker, A.; Childs, G.E.; Indacochea, F.; Stulp, C.; Gardner, W.P. (1999): Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care: a report from pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network. *Pediatrics* 103(3): E38.
- Weidenmann, B.; Krapp, A. (Hg.) (1993). *Pädagogische Psychologie: Ein Lehrbuch*, 2. Aufl. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.

Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F. (2002): Normverschiebungen bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 281-297.

Anschrift der Verfasser: Dr. Johann Haffner, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg, Blumenstr. 8, 69115 Heidelberg;
E-Mail: Johann.Haffner@med.uni-heidelberg.de.