

Walter, Reinhard; Remschmidt, Helmut

Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 6, S. 223-229



Quellenangabe/ Reference:

Walter, Reinhard; Remschmidt, Helmut: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter - In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 43 (1994) 6, S. 223-229 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8780 - DOI: 10.25656/01:878

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8780>

<https://doi.org/10.25656/01:878>

in Kooperation mit / in cooperation with:



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

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · M. Cierpka, Göttingen · G. Klosinski, Tübingen
U. Lehmkuhl, Berlin · I. Seiffge-Krenke, Bonn · F. Specht, Göttingen
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen:
Ulrike Lehmkuhl und Annette Streeck-Fischer
Redaktion: Günter Presting

43. Jahrgang / 1994

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

störungen. Unveröffentlichte Inauguraldissertation – Mediz. Fakultät der Universität Göttingen. – PETZOLD, H./MATHIAS, U. (1982): Rollenentwicklung und Identität. Paderborn. – RAATZ, U./MÖHLING, R. (1971): Frankfurter Wortschatztest für 5jährige. Weinheim. – RADIGK, W. (1990): Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion. Dortmund. – RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P. (1987): Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Berlin. – RENNEN-ALLHOFF, B. (1989): Kognitive Frühförderung. In: KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNEN-ALLHOFF, B./SCHLACK, H.G.: Normale und gestörte Entwicklung. Berlin. – REUTER-LIEHR, C. (1992): Lautgetreue Rechtschreibförderung. Bochum. – REUTER-LIEHR, C. (1993): Behandlung der Lese-Rechtschreibschwäche nach der Grundschulzeit: Anwendung und Überprüfung eines Konzeptes. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, 135–147. – REY/WALTHER: Der akustisch-verbale Lerntest (AVL). Unveröffentlichte Handanweisung und Richtwerte – Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen. – RUDOLF, H. (1986): Graphomotorische Testbatterie. Weinheim. – SALVIA, J./YSELIDYKE, J.E. (1985): Assessment in special and remedial education. Boston. – SCHLANGE, H./STEIN, B./v. BOETTICHER, I./TANELI, S. (1972): Göttinger Formreproduktionstest (GFT). Göttingen. – SCHMIDT, M./REMSCHMIDT, H. (1985): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Stuttgart. – SCHNEIDER, W./NÄSLUND, J.C. (1992): Cognitive prerequisites of reading and spelling – a longitudinal approach. In: DEMETRIAN, A./SHAYER, M./EPLIDES, A. (Eds.): Neopietian theories of cognitive development. London, S.256–274. – SPECHT, F. (1986): Seelische Entwicklung bei umschriebenen Funktionsschwächen des Zentralnervensystems. In: ZAUNER, J./BIERMANN, G. (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen. München. – SPEKMAN, N.J./GOLDBERG, R.J./HERMAN, K.L. (1992): Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. Learning Disabilities – Research and Practice 7, 161–170. – SKOWRONEK, H./MARX, H. (1989): Die Bielefelder Längsschnittuntersuchung zur Früherkennung von Risiken der Lese-Rechtschreibschwäche. Heilpädagogische Forschung XV (1), 38–49. –

SKOWRONEK, H./JANSEN, H. (1992): Früherkennung der Lese-Rechtschreibschwäche – Das Bielefelder Screeningverfahren. Forschung an der Universität Bielefeld 6, S.13–18. – SMITH, C.R. (1985): Learning Disabilities: Past and Present. Journal of Learning Disabilities 18 (9), 513–517. – SPIEL, G./KUSTER, R./KARLON, A. (1990): Erste Ergebnisse mit einem differentiellen neuropsychologischen Test in der Differentialdiagnose von Teilleistungsstörungen. Frühförderung interdisziplinär 9, 101–113. – Testkuratorium der Förderung deutscher Psychologenverbände (1986): Beschreibung der einzelnen Kriterien für die Testbeurteilung Diagnostica 32, 358–360. – TIEDEMANN, J./FABER, G./KAHRA, G. (1985): Ausgewählte Frühindikatoren schulischer Lernschwierigkeiten. Psychologie, Erziehung, Unterricht 32, 93–98. – TORNEUS, M. (1984): Phonological awareness and reading: A chicken and egg problem? Journal of Educational Psychology 76 (6), 1346–1358. – VALTIN, R. (1988): Schriftspracherwerb als Entwicklungsprozeß. Grundschule 12, 12–16. – VELLUTINO, F.R./SCANLON, D.M. (1987): Phonological coding, phonological awareness and reading ability. Merrill-Palmer Quarterly 33 (3), 321–363. – WARNKE, A. (1990): Legasthenie und Hirnfunktion. Bern. – WEIDLICH, S./LAMBERTI, G. (1980): Diagnostikum für Cerebralschädigung. Bern. – WENDELER, J. (1988): Prognose der Lese-Rechtschreibschwäche im Anfangsunterricht der Grundschule. Zeitschrift für Heilpädagogik 11, 770–781. – WIMMER, H./HARTL, M. (1991): Erprobung einer phonologisch, multisensorischen Förderung bei jungen Schülern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Heilpädagogische Forschung XVII (2), 74–79. – WITTLING, W. (1982): Neuropsychologische Diagnostik. In: Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen. – WOLFRAM, H./NEUMANN, J./WIECZOREK, V. (1989): Psychologische Leistungstests in der Neurologie und Psychiatrie. Leipzig.

Anschrift der Verfasserinnen: Dipl.-Psych. Gaby Derichs, Dipl.-Supervisorin Gabriele Krohn-Jaster, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen, von-Siebold-Str.5, 37075 Göttingen.

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg
(Leiter: Prof. Dr.med. Dr.phil. H. Remschmidt)

Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter

Reinhard Walter und Helmut Remschmidt

Zusammenfassung

In dem Artikel werden die Ergebnisse einer Untersuchung an N = 1.969 Schulkindern im Alter von 6–17 Jahren referiert. Ziel war die Bestimmung der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und die Untersuchung der Wirksamkeit selektiver Faktoren bei der Inanspruchnahme kinderpsychiatrischer Einrichtungen. Zur Anwendung kam eine deutschsprachige Version der Child Behavior Checklist (ACHENBACH u. EDELBROCK 1983). Die Falldefinition basierte auf den von den Eltern angegebenen Sym-

ptomen und Verhaltensauffälligkeiten, die nach Maßgabe eines Expertenratings als beratungs- bzw. behandlungsbedürftig anzusehen waren. Aufgrund eines statistischen Vergleichs mit einer Patientenstichprobe wurde das Kriterium bei mindestens zwei dieser kritischen Items angesetzt. 12,7% der Schulkinder erfüllten diese Bedingung. Von ihnen hatte die Mehrzahl (87,6%) keine Fachdienste beansprucht. Die Rate psychotherapiebedürftiger Kinder und Jugendlicher wurde niedriger eingeschätzt (unter 10%). Die Vorstellungsbereitschaft psychisch auffälliger Kinder wird vom Alter und der sozialen Schicht beein-

flußt, nicht hingegen vom Geschlecht und dem Ausländerstatus.

1 Einleitung und Fragestellung

In der heutigen Zeit ist es kaum möglich, Aussagen zum psychotherapeutischen Versorgungsbedarf zu machen, ohne sich nicht zugleich dem Vorwurf auszusetzen, man betreibe Interessenpolitik. Dies vor allem dann, wenn die Institution, die solche Forschungen durchführt, zugleich selbst in der psychotherapeutischen Versorgung tätig ist. Dabei wird allerdings übersehen, daß ohne Bedarfsermittlung keine vernünftigen Planungen auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung möglich sind. Es ist erstaunlich, daß sich nur sehr wenige deutsche Untersuchungen mit der Bedarfsfrage befaßt haben und auch die Anzahl ausländischer Studien nimmt sich relativ bescheiden aus, wenn man einmal die epidemiologischen Arbeiten, die die Ermittlung von Prävalenzraten zum Ziel hatten, außer acht läßt.

Zunächst erscheint es notwendig, auf die inhaltlich unterschiedliche Bedeutung einiger Begriffe hinzuweisen. Ganz allgemein bezeichnen Prävalenzraten den Anteil einer Bevölkerung, der unter einer Erkrankung leidet, wobei sich die Aussagen entweder auf einen bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder einen bestimmten Zeitraum (Streckenprävalenz) beziehen können. Die Inzidenz, die eine Subgruppe darstellt, wird durch die absolute oder relative Anzahl der Neu- oder Ersterkrankungen definiert. Während die Prävalenz (auch sogenannte „wahre“ Prävalenz) alle Erkrankungen in einem Zeitraum umfaßt, bezeichnet die administrative Prävalenz nur den Anteil der institutionell bekanntgewordenen Erkrankungen. Die teilweise erheblichen Unterschiede zwischen „wahrer“ und administrativer Prävalenz (absolut und relativ) sind darauf zurückzuführen, daß nicht alle erkrankten Personen tatsächlich auch Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in Anspruch nehmen.

Die administrative Prävalenz ist schwierig zu ermitteln, da Voraussetzung hierfür ist, daß alle Patienten einer definierten Region von allen in Frage kommenden Einrichtungen dokumentiert und von einer zentralen Erfassungsstelle ausgewertet werden. Bei mangelhafter Kooperation der Institutionen werden die Aussagen unzuverlässig. Eine alternative, jedoch weniger sichere Methode besteht in der retrospektiven Befragung von auslesefreien Bevölkerungstichproben zu früheren Besuchen bei niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten oder Aufenthalten in Kliniken.

Durch finanzielle und politische Unterstützungen im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (1980–1985) war es erstmalig möglich, eine Totalerhebung aller Patienten bzw. Nutzer von Fachdiensten (psychiatrische, psychotherapeutische und andere psychosoziale Einrichtungen) bis zum Alter von 17 Jahren durchzuführen, die in einer definierten Region wohnhaft waren (REMSCHMIDT u. WALTER 1989). Es handelte sich hierbei um eine von 14 Modellregionen, in der ausschließlich die

kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung evaluiert wurde. Das ländlich strukturierte Gebiet umfaßte die nordhessischen Landkreise Marburg-Biedenkopf, Waldeck-Frankenberg und Schwalm-Eder mit insgesamt 575.000 Einwohnern. Alle Einrichtungen in dieser Region, die psychisch kranke, verhaltensgestörte oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche versorgten, dokumentierten für den Zeitraum eines Jahres, nämlich von Mitte 1983 bis Mitte 1984 ihre Patienten bzw. Nutzer. Außerdem beteiligten sich alle Institutionen, die ihren Standort in den angrenzenden Landkreisen hatten. Die Auswertung ergab eine Gesamtzahl von 3.578 Kindern und Jugendlichen mit Wohnsitz in den drei Landkreisen, die in insgesamt 70 Einrichtungen der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung vorgestellt worden waren. Bezogen auf die altersentsprechende Bevölkerung betrug die Rate 2,9%.

Von diesem Ergebnis kann man allerdings nicht auf einen entsprechenden kinderpsychiatrischen oder gar psychotherapeutischen Versorgungsbedarf schließen, da administrative Prävalenzraten, wie bereits erwähnt, nicht diejenigen Kinder enthalten, die trotz einer psychischen Auffälligkeit keine Einrichtungen aufsuchen.

Eine bessere Schätzung der Bedarfsrate liefern Untersuchungen an unausgelesenen, repräsentativen Bevölkerungstichproben, in denen mittels geeigneter Verfahren die Kinder mit psychischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Das Hauptproblem, das sich hierbei ergibt, ist das der Falldefinition, d. h. es müssen die Kriterien, aufgrund derer ein Kind als psychisch auffällig im klinischen Sinne gelten soll, definiert und operationalisiert werden.

Für die Ermittlung von Prävalenzraten wurden eine Reihe von Methoden entwickelt, die sich grob in statistische und klinisch-diagnostische unterteilen lassen. Die statistischen basieren auf der Anwendung von Fragebögen, mit denen die Häufigkeit und Intensität von Symptomen bei Kindern erfragt werden. Als Auskunftspersonen dienen entweder die Kinder selbst, die Eltern oder die Lehrer. Seltener werden mehrere Informationsquellen simultan verwendet. Die klinisch-diagnostische Methode stützt sich auf die klinische Urteilsbildung durch einen Experten, der aufgrund eines psychiatrischen Interviews, das er mit den Eltern und/oder dem Kind führt, die Entscheidung trifft, ob eine psychische Auffälligkeit vorliegt oder nicht. Darüber hinaus kann ggf. eine spezielle Diagnose gestellt werden. Das Vorgehen entspricht am ehesten der klinischen Alltagspraxis und wird als die bessere Methode angesehen. Der Vorteil muß jedoch mit einem beträchtlichen Untersuchungsaufwand erkauft werden, da große repräsentative Stichproben von Kindern erforderlich sind, die einzeln untersucht werden müssen. Die folgende Tabelle enthält eine Übersicht über die deutschen Prävalenzstudien, die seit 1953 durchgeführt wurden.

Wie man sieht, schwanken die Raten zwischen 9,5% (POUSTKA) und 20% bzw. sogar 49,3% (THALMANN), sie sind aber aufgrund der verschiedenen Falldefinitionen nicht miteinander vergleichbar. Die Raten der Untersuchungen, die sich auf psychiatrische Diagnosen stützen (mit Punkt markiert), bewegen sich zwischen 10,8% und

Tab. 1: Deutsche Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

Autoren	Stichprobe (N)	Alter	Falldefinitions-kriterium	Prävalenzraten %
VON HARNACK, 1953, 1958	2.391, davon 1.335 im Längsschnitt	5-7	Symptommhäufigkeiten	20 (9-11J.)
HEINDORF/RENKER/SCHÖNROK, 1967	1.015, davon 841 im Längsschnitt	3-6	klinischer Eindruck	17
THALMANN, 1971	150	7-10	Häufigk. u. Schwere der Symptome	20-49,3
KOHLSCHEEN, 1975	1. Stufe: 941 2. Stufe: 154	6-9	klinisch-psychologisch	19,1
ESSER, 1980	553	4/5	statistisch (cut-off-Wert)	4J.: 20,2 5J.: 19,2
	215	8	statistisch u. klin.-psychiatr. (Diagnosen nach ICD)	20 bzw. 18,3 ●
ARTNER/BIENER/CASTELL, 1984; CASTELL/BIENER/ARTNER, 1980	375	3-14	klinisch-psychiatr. (Diagnosen nach MAS)	18 ●
ESSER/SCHMIDT, 1987	216, davon 191 i. Längsschnitt	8	klinisch-psychiatr. (Diagnosen nach ICD 9)	8J.: 16,2 13J.: 16,2 bzw. 17,8 ●
POUSTKA, 1988 b	1. Stufe: 1.636 2. Stufe: 376	4-16	statist. (cut-off-Wert) u. klin.-psychiatr. (Diagnosen nach DSM-III)	9,5 (statist. Kriterium)
FICHTER, 1988	171	15-19	klinisch-psychiatr. (Diagnosen nach DSM-III)	10,8 (Jungen) 14,4 (Mädch.) ●
REMSCHMIDT/WALTER, 1990	1.969	6-17	statistisch (cut-off-Wert)	12,7

● Untersuchungen mit klinisch-psychiatrischer Falldefinition

20%, d. h. mindestens jedes zehnte Kind oder Jugendlicher weist eine psychiatrische Symptomatik auf.

Das Gros der ausländischen Prävalenzstudien kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Danach müssen zwischen 5% und 25% der im Schulalter befindlichen Kinder als psychisch auffällig im weitesten Sinne angesehen werden (s. Übersicht bei REMSCHMIDT u. WALTER 1990). Bemerkenswert ist vor allem, daß in keiner Untersuchung ein relativer Anteil von unter 5% festgestellt wurde. Dies scheint eine absolute Untergrenze zu sein. GOULDI et al. (1981) analysierten die Ergebnisse von 25 amerikanischen und zehn britischen Studien, die zwischen 1928 und 1975 durchgeführt wurden, und kamen zu dem Ergebnis, daß in den USA die Rate der „clinical maladjusted-Kinder“ nicht unter 11,8% liegt. Generell scheinen die Raten in großstädtischen Gebieten höher als in ländlichen zu sein, was aber nicht auf einen direkten Einfluß der städtischen Lebensumwelten zurückgeführt werden kann (s. WALTER 1993).

Die Prozentzahlen, die in den genannten epidemiologischen Studien festgestellt wurden, erlauben jedoch noch keinen Rückschluß auf einen ebenso hohen Anteil behandlungsbedürftiger Kinder, und zwar auch dann nicht, wenn die Methode der klinisch-psychiatrischen Falldefinition angewandt wurde. Der Behandlungsbedarf wird im allge-

meinen niedriger eingeschätzt, weil die psychischen Auffälligkeiten leichten Grades, die keine schwerwiegende Beeinträchtigung beinhalten, hiervon ausgenommen werden. Die Beurteilung hängt wiederum vom psychiatrischen Diagnostiker ab.

So ermittelten CASTELL et al. (1980; s. auch CASTELL et al. 1981; WEYERER et al. 1988) für eine auslesefreie Stichprobe von 375 Kindern aus einem kleinstädtisch-ländlichen Gebiet Oberbayerns einen Anteil von 18% mit einer psychiatrischen Diagnose (Vierteljahresprävalenz). Für 5% wurde eine Behandlung als dringlich angesehen, für weitere 5% eine Beratung, so daß sich insgesamt nur für 10% der Kinder ein Interventionsbedarf ergibt. Diese Zahl gilt aber, wie bereits erwähnt, nur für ein ländliches Gebiet und für den Zeitraum von drei Monaten. Bezogen auf ein Jahr erhöhen sich die jeweiligen Anteile um 1%.

Soweit uns bekannt ist, gibt es bisher keine einzige Studie, die speziell den Bedarf an Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ermittelt hätte. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß die Indikation für eine spezifische Behandlungsmethode einen Patientenstatus voraussetzt, der bei den Kindern, die in Felduntersuchungen als psychiatrisch auffällig ermittelt werden, in der Regel nicht erfüllt ist, da die meisten von ihnen keine Hilfe beanspruchen.

Wenn man Aussagen zur Psychotherapiebedürftigkeit in unausgelesenen Bevölkerungsstichproben machen will, so sollten nicht nur Dauer, Schwere und Art der Symptomatik berücksichtigt werden, sondern zugleich die Problembewältigungsmöglichkeiten des Kindes und der Familie evaluiert werden. Erst wenn diese als unzulänglich beurteilt würden, wäre die Annahme gerechtfertigt, daß eine Psychotherapiebedürftigkeit vorliegt.

Vermutlich aufgrund des erforderlichen hohen Forschungsaufwandes haben bisherige Prävalenzstudien die Coping-Potentiale psychisch auffälliger Kinder und ihrer Familie nicht simultan untersucht, so daß keine präzisen Angaben über die Anzahl der wirklich psychotherapiebedürftigen Kinder vorliegen.

2 Ergebnisse eigener Untersuchungen

Um den Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf psychisch auffälliger Kinder abzuschätzen, führten wir 1986/87 – unmittelbar nach Abschluß der Patientendokumentation im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie – in den bereits erwähnten drei nordhessischen Landkreisen eine Untersuchung an Schülern durch. Hierbei ging es u. a. um die Frage, wieviele der als psychisch auffällig definierten Kinder sich nicht in Behandlung befinden und welche Faktoren eine Inanspruchnahme speziell kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen beeinflussen (s. REMSCHMIDT u. WALTER 1990).

Die Stichprobe umfaßte $N = 1.969$ Schülerinnen und Schüler im Alter von 6–17 Jahren aus insgesamt 85 öffentlichen Schulen der drei Landkreise. Sie war so zusammengesetzt, daß die Merkmale Alter, Geschlecht und Schultyp proportional zur Grundgesamtheit der Schüler pro Kreis repräsentiert waren. Alle Probanden waren auch in dem Gebiet wohnhaft. Der Anteil ausländischer, vor allem türkischer Kinder, betrug 4%.

Als Instrument setzten wir die aus dem amerikanischen übersetzte ‚Child Behavior Checklist‘ von ACHENBACH u. EDELBROCK (1983) ein. Der Fragebogen erfaßt 118 verschiedene Symptome und Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen. Gefragt wird jeweils nach den Häufigkeiten bzw. dem Auftreten des Verhaltens während des letzten halben Jahres in den Kategorien 0 (nicht zutreffend), 1 (etwas/manchmal) und 2 (häufig bzw. intensiv). Die Item-Antworten können zu einem Gesamtscore aufaddiert werden, darüber hinaus ist eine skalenspezifische Auswertung möglich.

Die Checkliste wurde über die Schulklassen an die Eltern verteilt. Zusätzlich wurden die Eltern und ab dem 10. Lebensjahr die Kinder selbst um Angabe darüber gebeten, wegen welcher in dem Fragebogen aufgeführte Beschwerden sie im letzten Halbjahr welche Einrichtungen aufgesucht hatten. An weiteren Daten wurden Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Berufe der Eltern und Schultyp erhoben.

Um diejenigen Kinder ermitteln zu können, die aufgrund ihrer psychischen Auffälligkeit berater- bzw. behandlungsbedürftig sind, benötigten wir ein Falldefini-

tionskriterium. Zu diesem Zweck wurde ein Expertenrating durchgeführt. Aufgabe der insgesamt 16 beteiligten Kinderpsychiater und -psychologen war es, alle in der CBCL aufgeführten Symptome und Verhaltensauffälligkeiten hinsichtlich ihrer Interventionsbedürftigkeit zu beurteilen. Dies erfolgte getrennt für die Altersgruppen der 6–11- und 12–17jährigen, um der Entwicklungsabhängigkeit bestimmter Symptome Rechnung zu tragen. Da die Meinung der Experten differierte, wurden nur solche Items für die weitere Auswertung berücksichtigt, bei denen die Beurteilungen überzufällig übereinstimmten. Die Voraussetzung war erfüllt, wenn 14 von 16 Experten gleicher Meinung waren ($\alpha = 0,01$). Auf diese Weise wurden für die 6–11jährigen 47 Symptome als kritisch beurteilt und für die 12–17jährigen 49 Symptome, jeweils (mit wenigen Ausnahmen) nur bei starker Ausprägung. Zu den kritischen Symptomen zählten beispielsweise: Einkoten, Konzentrationsstörungen, Zwangsgedanken, Hyperaktivität, Phobien, Schulangst, Lügen, Schulschwänzen und Depressivität. Die folgenden Symptome wurden auch bei starker Ausprägung (Antwortkategorie 2) nicht für interventionsbedürftig befunden: verhält sich gegengeschlechtlich, gibt an, fühlt sich einsam, weint leicht, fordert viel Aufmerksamkeit und Beachtung, ungehorsam gegenüber Eltern usw.

Die Auswertung ergab, daß von den untersuchten Schülern 32,9%, also jedes dritte Kind, ein kritisches Symptom aufwies, 12,7% der Schüler mindestens zwei Symptome und 5,8% drei und mehr Symptome.

Aufgrund einer ROC-Analyse (Receiver Operating Characteristic; MURPHY et al. 1987), die unter Verwendung einer Patientenstichprobe ($N = 171$) und der Stichprobe der unbehandelten Schüler ($n = 1.905$ von $N = 1.969$) durchgeführt wurde, ermittelten wir als optimales Trennkriterium (niedrigste Mißklassifikationsrate) die Anzahl von zwei kritischen Items. Ein Proband galt somit als psychisch auffällig, wenn er zwei oder mehr Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten aufwies, die nach Meinung der Experten Anlaß für eine Vorstellung in einer Institution sein sollten. Die Anwendung dieses Definitionskriteriums in der Schülerstichprobe ($N = 1.969$) ergab, daß 12,7% der Schüler psychisch auffällig im Sinne einer Beratungs- oder Behandlungsbedürftigkeit sind. Die Prävalenzrate bezieht sich auf den Zeitraum eines halben Jahres. Das Ergebnis stimmt sehr gut mit der von CASTELL et al. (1981) und WEYERER et al. (1988) in Oberbayern ermittelten Bedarfsrate von 10% für ein Vierteljahr und von 12% für ein ganzes Jahr überein.

Von den 1.969 Kindern befanden sich 64 im zurückliegenden Halbjahr wegen einer psychiatrischen Symptomatik oder einem Entwicklungsrückstand in Beratung oder Behandlung, das sind 3,3% der Stichprobe. Von den 64 Kindern hatten 33, also die Hälfte, eine psychiatrische/psychotherapeutische Einrichtung aufgesucht, die übrigen eine organmedizinische.

Aus den wenigen Zahlen lassen sich zwei wichtige Schlußfolgerungen ziehen:

- (1) Obwohl das kinderpsychiatrische/psychotherapeutische Versorgungsangebot in den drei Landkreisen relativ hoch ist, liegt der Schwerpunkt der Inanspruchnahme keineswegs bei Einrichtungen dieses Typs, sondern es werden gleich häufig organmedizinische Einrichtungen beim Vorliegen einer psychischen Problematik genutzt.
- (2) Wenn die Inanspruchnahmerate nur 3,3% beträgt, aber nach den Ergebnissen dieser und anderer Untersuchungen mindestens 10% der Kinder eine Beratung oder Behandlung benötigen, dann bedeutet dies, daß die Mehrzahl der Kinder mit einer psychischen Störung überhaupt nicht zur Vorstellung, gleichgültig in welcher Einrichtung, kommen.
- (2) Die Bereitschaft der Eltern, ihr Kind in einer Institution vorzustellen, wird durch Art und Schwere der Symptomatik mitbestimmt. Zum einen nimmt die Inanspruchnahme mit der Schwere der Störung zu, zum anderen sind es vor allem die extravertierten Störungen und Schulschwierigkeiten, die Eltern zu einer Konsultation von Experten veranlassen (ESSER et al. 1986; FICHTER 1988; GRAHAM u. RUTTER 1973; THALMANN 1971).
- (3) Mindestens ein Drittel der Eltern, deren Kind nach Expertenmeinung psychisch auffällig ist, erkennen dies überhaupt nicht, d.h. sie beurteilen das Verhalten als nicht abweichend. Von denen, die die psychische Auffälligkeit erkennen, sind wiederum nur 20–60% bereit, eine Einrichtung aufzusuchen, die übrigen nicht (EARLS 1980; LESLIE 1974; RUTTER et al. 1970; WELDING 1975).
- (4) In unserer Untersuchung fanden wir, daß die Behandlungsbereitschaft mit zunehmendem Alter der Kinder abnimmt. Bei jüngeren Kindern ist also die Besorgnis der Eltern höher.

Wir haben letztere Hypothese anhand unseres Datenmaterials überprüft und festgestellt, daß von den 251 Kindern, die das Falldefinitions-kriterium von zwei und mehr kritischen Items erfüllten, nur 31 institutionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, d.h. also 88% waren nicht in Behandlung. Andererseits befanden sich auch 33 Kinder in Behandlung, obwohl sie das Kriterium (zwei und mehr kritische Items) nicht erfüllt hatten. Dies hängt zum einen mit der mangelnden Validität des Kriteriums zusammen und zum anderen damit, daß unter den Kindern, für die eine Behandlung im letzten halben Jahr stattgefunden hatte, sich auch solche mit (in diesem Zeitraum) auslaufender bzw. abgeschlossener Behandlung befanden. Bei diesen Kindern waren dann auch nicht mehr die relevanten Symptome zu beobachten, so daß das Definitions-kriterium verfehlt wurde.

3 Diskussion

Die hohe Diskrepanz zwischen administrativer und wahrer Prävalenz, die generell in epidemiologischen Untersuchungen gefunden wird, kann in der untersuchten Region nicht durch ein mangelndes Versorgungsangebot erklärt werden, sondern muß andere Ursachen haben. In einigen wenigen Studien hat man versucht, die Variablen, die eine Inanspruchnahme begünstigen, zu identifizieren. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- (1) Familien, in denen eine negative Einstellung gegenüber dem Kind oder ein kontrollierender Erziehungsstil dominiert, finden sich häufiger bei den Patienten als bei den nicht vorgestellten Kindern. Die Mütter der Patienten sind außerdem nervöser, hilfloser, resignierter, kurzum weniger belastbar. Eine zweite Gruppe von Eltern bilden diejenigen, die aufgeschlossener, gebildeter und informierter sind. Dies erklärt das recht konsistente Ergebnis, das auch in unserer Untersuchung bestätigt wurde, nämlich daß Familien aus oberen sozialen Schichten eine höhere Behandlungsbereitschaft haben (LANGNER et al. 1974; LOBITZ u. JOHNSON 1975; SHEPERD et al. 1971, 1973; STEUBER 1973; THALMANN 1971).

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, daß die Rate beratungs- und behandlungsbedürftiger Kinder in der Bevölkerung nicht unter 10% liegt, wobei der Bedarf an Psychotherapie niedriger anzusetzen ist. Abzüglich des Anteils der Kinder, für die eine Beratung ausreichend ist oder die somatische Behandlungen in Anspruch nehmen (einschließlich Logopädie, psychomotorische Übungsbehandlung), dürfte die Rate psychotherapiebedürftiger Kinder deutlich weniger als 10% betragen. Präzisere Aussagen sind aufgrund des bisherigen Erkenntnisstandes leider nicht möglich.

Vieles spricht dafür, daß durch eine Verbesserung des Versorgungssystems und durch Aufklärungsmaßnahmen nicht zu erreichen sein wird, daß sich alle Kinder, die psychotherapiebedürftig sind, auch wirklich in Behandlung begeben. Dabei steht außer Zweifel, daß Psychotherapie wirkt. Allerdings ist für die Mehrzahl der angebotenen Psychotherapieformen entweder noch kein empirischer Wirksamkeitsnachweis erbracht worden, oder sie haben sich als unwirksam erwiesen.

In einer umfassenden Analyse von fast 900 weltweit durchgeführten Therapiekontrollstudien kommt GRAWE (1992) zu dem Schluß, daß nur die drei folgenden Psychotherapieformen signifikante Behandlungserfolge nachweisen können: Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und psychoanalytische Therapien von kurzer und mittlerer Dauer. Von allen dreien zeigte die Verhaltenstherapie die mit Abstand höchste Effektstärke, die psychoanalytische die geringste.

HEEKERENS (1989), der sich speziell mit der Wirksamkeit von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen befaßte, wertete mehrere verfügbare Meta-Analysen aus und kam ebenso zu dem Ergebnis, daß verhaltenstherapeutische Verfahren den klientenzentrierten, nicht-direktiven Methoden deutlich überlegen sind. Im Unterschied zu den Erwachsenen erwiesen sich jedoch bei Kindern ein-sichtsorientierte, psychodynamische Therapieformen als

unwirksam. Sie hatten praktisch keinen Behandlungseffekt.

Diese Erkenntnisse haben sich bisher nur teilweise in der Praxis durchgesetzt. Die Auswertung der Dokumentationen von fast 4.000 Kindern und Jugendlichen, die im Verlauf eines Jahres (1983/84) kinderpsychiatrische, -psychotherapeutische und andere spezialisierte psychosoziale Einrichtungen in der Marburger Modellregion aufgesucht haben, hat ergeben, daß über die Hälfte der Psychotherapien nach der non-direktiven Methode – also Gesprächspsychotherapie oder Spieltherapie – durchgeführt werden, während verhaltenstherapeutische Verfahren mit weniger als 15% an zweiter Stelle rangieren, obwohl sie die effektivsten sind, psychoanalytische Methoden machen weniger als 10% der Behandlungen aus (REMSCHMIDT u. WALTER 1989).

Die Ergebnisse der Schüleruntersuchung berechtigen zu der Forderung nach einem Ausbau der ambulanten Versorgung, vor allem im kinderpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Bereich (s. auch Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, 1988). Befürchtungen, wonach solche Einrichtungen erst Bedarf wecken und damit die Nachfrage künstlich erhöhen, erscheinen unbegründet. Selbst in den überdurchschnittlich ausgestatteten drei Landkreisen der ehemaligen Modellregion wurden nur 3,3% der 6-17jährigen Probanden der Stichprobe (N = 1.969) wegen einer psychiatrischen Symptomatik oder einem Entwicklungsrückstand in Institutionen, einschließlich der „organmedizinischen“, vorgestellt. Dem steht eine ermittelte Bedarfsrate von 12,7% gegenüber. Auch durch eine drastische Verbesserung der Versorgung dürfte es jedoch nicht gelingen, die Lücke zwischen wahrer und administrativer Prävalenz zu schließen. Ebenfalls notwendig sind Aufklärungen von Eltern, Lehrern und niedergelassenen Ärzten (insbesondere Allgemeinmediziner und Pädiater) über psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren (psychotherapeutische) Behandlungsmöglichkeiten.

Summary

On the Need of Psychotherapy for School Children

The article reports the results of an investigation of N = 1.969 school children (aged 6 to 17) of three rural communities, who had been assessed by a German version of the Child Behavior Checklist (ACHENBACH u. EDELBRÖCK 1983). It was intended to determine the prevalence of clinical maladjustment and to investigate the effectiveness of selective factors in referring to child psychiatric facilities. The case definition was based on those items (behavior disorders), which were rated as in need for counseling or treatment by experts. After a statistical comparison with a sample of referred children the criterion was set up at two or more of such critical items. 12,7% of the school children fulfilled this condition, but most of them (87,6%) had not used institutional services. The rate of children and adolescents, who need psychotherapy was

estimated lower (less than 10%). The readiness to refer clinical maladjusted children to child psychiatric facilities was influenced by age and socio economic status, but not by sex and foreign nationality.

Literatur

- ACHENBACH, T. M./EDELBRÖCK, C. S. (1983): Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile. Burlington: Queen City Printers Inc. – ARTNER, K./BIENER, A./CASTELL, R. (1984): Psychiatrische Epidemiologie im Kindesalter. Untersuchung an 3- bis 14jährigen Kindern. In: H. DILLING/S. WEYERER/R. CASTELL (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke, S. 123-195. – Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn: Eigenverlag. – CASTELL, R./BIENER, A./ARTNER, K. (1980): Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Münchener Medizinische Wochenschrift 122, 591-592. – CASTELL, R./BIENER, A./ARTNER, K./DILLING, H. (1981): Häufigkeit von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und ihre psychiatrische Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Querschnittsuntersuchung 3- bis 14jähriger. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 9, 115-125. – EARLS, F. (1980): The prevalence of behavior problems in 3-year-old children. Comparison of the reports of fathers and mothers. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 19, 439-452. – ESSER, G. (1980): Über den Zusammenhang von Verhaltens- und Leistungsstörungen im Vorschulalter (und Grundschule). Unveröff. Diss., Mannheim. – ESSER, G./LAHNERT, B./SCHMIDT, M. H. (1986): Determinanten der Inanspruchnahme kinderpsychiatrisch-psychologischer Behandlung und ihr Erfolg. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 14, 228-244. – ESSER, G./SCHMIDT, M. H. (1987): Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Nervenheilkunde 6, 27-35. – FICHTER, M. M. (1988): Die Oberbayerische Verlaufsuntersuchung: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. München: Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft über das Projekt D 4 am Sonderforschungsbereich 116 (Psychiatrische Epidemiologie) an der Universität Heidelberg im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Außenstelle München, Psychiatrische Klinik der Universität München. – GOULD, M. S./WUNSCH-HITZIG, R./DOHRENWEND, B. (1981): Estimating the prevalence of childhood psychopathology: A critical review. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 20, 462-476. – GRAHAM, P./RUTTER, M. (1973): Psychiatric disorder in the young adolescent: A follow-up study. Proceedings of the Royal Society of Medicine 66, 1226-1229. – GRAWE, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau 43, 132-162. – HARNACK, G. A. VON (1953): Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen. Basel: Karger. – HARNACK, G. A. VON (1958): Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung. Stuttgart: Thieme. – HECKERENS, H. P. (1989): Effektivität von Kinder- und Jugendpsychotherapie im Spiegel von Meta-Analysen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 17, 150-157. – HEINDORF, H./RENKER, K./SCHÖNRÖCK, G. (1967): Über Auffälligkeiten bei Vorschulkindern. Berlin (Ost): VEB Verlag Volk und Gesundheit. – KOHLSCHÉEN, G. (1975): Untersuchungen zur Bedarfsermittlung eines Versorgungssystems für somatisch und psychisch

- auffällige Kinder und Jugendliche. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 7/4201, 432-457. - LANGNER, T. S. / GERSTEN, J. / GREEN, E. L. / EISENBERG, J. C. / HERSON, J. H./MCCARTHY, E. (1974): Treatment of psychological disorders among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42, 178-179. - LOBITZ, G. K./JOHNSON, S. M. (1975): Normal versus deviant children: a multimethod comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology* 3, 353-374. - LESLIE, S. A. (1974): Psychiatric disorder in the young adolescents of an industrial town. *British Journal of Psychiatry* 125, 113-124. - MURPHY, J. M./BERWICK, D. M. / WEINSTEIN, M. C. / BORUS, J. F. / BUDMAN, S. H./KLEMAN, G. I. (1987): Performance of screening and diagnostic tests. Application of receiver operation characteristic analysis. *Archives of General Psychiatry*, 44, 550-555. - POUSTKA, F. (1988): Untersuchung der gesundheitlichen Beeinträchtigung von Kindern in Gebieten unterschiedlicher militärischer Tiefflugaktivitäten. Unveröff. Abschlußbericht über eine Felduntersuchung in Westfalen an den Minister für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen. Frankfurt: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. - REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1989): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen. Stuttgart: Enke. - REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Göttingen: Hogrefe. - RUTTER, M./TIZARD, J./WHITMORE, K. (Hrsg.) (1970): Education, health and behaviour. London: Longman. - SHEPHERD, M./OPPENHEIM, B./ MITCHEL, S. (1971): Childhood behavior and mental health. London: University of London Press. - SHEPHERD, M./OPPENHEIM, B./MITCHEL, S. (1973): Auffälliges Verhalten bei Kindern. Göttingen: Hogrefe. - STEUBER, H. (1973): Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 22, 246-250. - THALMANN, H.-Ch. (1971): Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Stuttgart: Klett. - WALTER, R. (1993): Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Untersuchungen über den Einfluß soziobiographischer Merkmale und Siedlungsstrukturen. Unveröff. Diss., Marburg. - WELDING, G. (1975): Verhaltensauffällige Kinder in Kindergärten der Stadt Göttingen. Eine epidemiologische Untersuchung. Unveröff. Diss., Göttingen. - WEYERER, S./CASTELL, R./BIENER, A./ARTNER, K./DILLING, H. (1988): Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3 to 14-year-old children: Results of a representative field study in the mall town rural region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77, 290-296.
- Anschrift der Verfasser: Dipl.-Psych. Dr. Reinhard Walter, Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Hans-Sachs-Straße 6, 35033 Marburg.