

Bäcker, Andreas; Neuhäuser, Gerhard

## **Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52 (2003) 5, S. 329-337

urn:nbn:de:0111-opus-9442

Erstveröffentlichung bei:



[www.v-r.de](http://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](mailto:pedocs@dipf.de)

Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,  
Psychologie und Familientherapie

52. Jahrgang 2003

---

## 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

# Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen

Andreas Bäcker und Gerhard Neuhäuser

## Summary

Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia

The prevalence and comorbidity of internalizing and externalizing syndromes was investigated in a clinical sample of children ( $n = 77$ ) with dyslexia. In the norm-oriented broadband-screening of the Child Behavior Checklist (CBCL) the rate of behavioral disorders is four times higher than in the standardisation sample. As a consequence of specific administrative prevalence the children have – in contrast to prospective studies – more internalizing than externalizing problems (according to the secondary scales of the CBCL). Psychiatric syndromes have been diagnosed in 66,2 percent: most frequently adjustment disorders, because of nonconformity to performance standards, followed by hyperkinetic disorders and anxiety. In all different diagnosis groups the scores of both secondary scales of the CBCL lie within or near the clinical range, only the priority was different. The high rate of psychiatric disorders indicates a great demand of personal or psychotherapeutic support in referred children with dyslexia, that has to be provided – besides interventions focusing on performance deficits.

**Keywords:** Dyslexia – comorbidity – internalizing disorders – externalizing disorders – Child Behavior Checklist (CBCL)

## Zusammenfassung

An einer Klinikstichprobe ( $n = 77$ ) von Regelschülern mit einer Lese- und Rechtschreibstörung (LRS) wurde die Prävalenz und Komorbidität psychischer Störungen untersucht. Im Breitbandscreening mit der Child Behavior Checklist (CBCL) zeigten sich viermal mehr Verhaltensauffälligkeiten als in der Normpopulation. Dabei wurden infolge einer besonderen administrativen Prävalenz anders als in prospektiven Studien mehr internalisierende als externalisierende Symptome festgestellt. Bei 66,2 Prozent der Stichprobe waren psychiatrische Syndrome nach ICD-10 zu diagnostizieren: wegen der kaum zu bewältigenden Leistungsanforderungen besonders häufig Anpassungsstörungen, gefolgt von hyperkinetischen und Angststörungen. Die Durchschnittswerte in beiden Sekundärskalen der CBCL lagen zumeist im klinisch auffälligen Bereich, unabhängig davon, welche Diagnose gestellt wurde, jedoch waren die Schwerpunkte unterschiedlich. Die hohe Rate an Verhaltens- bzw. psychiatrischen Störungen weist auf den großen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung bei LRS hin; Maßnahmen zur Leistungsförderung allein reichen vielfach nicht aus.

**Schlagwörter:** Lese- und Rechtschreibstörung – Komorbidität – internalisierende Störungen – externalisierende Störungen – Child Behavior Checklist (CBCL)

## 1 Einleitung

Es besteht eine hohe Komorbidität von Schulleistungsschwierigkeiten mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen. Diese bedeuten für die betroffenen Kinder und Eltern eine doppelte Belastung und sind häufig Grund zur Vorstellung in kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten (Fegert et al. 1994), Erziehungsberatungsstellen und anderen ambulanten Einrichtungen der Jugendhilfe (Becker u. Petermann 1998); auch in den Sozialpädiatrischen Zentren scheint dies nicht anders zu sein. Es besteht folglich eine relativ hohe administrative Prävalenz (vgl. Remschmidt u. Walter 1990) für diese kombinierten Störungen.

Repräsentative prospektive Studien zur Lese- und Rechtschreibstörung (LRS) als einer der häufigsten Ursachen für Schulleistungsschwierigkeiten belegen vor allem externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Rutter et al. (1970) fanden in der Isle-of-Wight-Studie bei jedem dritten Schüler mit einem schweren Rückstand in der Lesentwicklung markantes dissoziales Verhalten; umgekehrt wies etwa ein Drittel der Kinder mit dissozialen Störungen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten auf. Dieses besondere Risiko konnte in der Mannheimer epidemiologischen Studie zum Verlauf umschriebener Entwicklungsstörungen bestätigt werden. Esser (1991) stellte vom 8. bis 13. Lebensjahr in der vereinigten Feld- und Klinikstichprobe bei stabiler Ausprägung der LRS gleich bleibend in 61 Prozent psychiatrische Störungen fest: vor allem externalisierende Auffälligkeiten mit dissozialem Verhalten sowie hyperkinetische Störungen; mit 18 Jahren waren dies noch 41 Prozent. Die Prozentsätze psychischer Störungen allein der Feldstichprobe lagen niedriger und wurden für 8 Jahre mit 43,2 Prozent, 44,1 für 13 und 34,4 Prozent für 18 Jahre angegeben (Esser u. Schmidt 1993). Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1995) gehen unter Bezug auf eigene Studien (Klicpera u. Gasteiger-Klicpera 1993) ebenfalls von vor allem vermehrt externalisierenden Störungen aus. Sie fanden bei etwa einem Drittel der von einer LRS betroffenen Schüler Aufmerksamkeitsdefizite. Die Kinder zeigen im Unterricht häufig Störverhalten, ziehen sich andererseits aber auch öfter zurück. Als Spätfolgen nennen die Autoren eine pessimistische Lebenseinstellung und ein geringes Selbstvertrauen.

Allgemein ist die Komorbidität externalisierender mit internalisierenden Störungen hoch (z. B. Petermann et al. 1999; Kusch u. Petermann 1997). Letztere wurden jedoch bei epidemiologischen Untersuchungen an Kindern mit LRS kaum häufiger als in der Normalbevölkerung beobachtet; vielleicht auch weil keine für solche Symptome sensitiven Skalen verwendet wurden (Klicpera u. Gasteiger-Klicpera 1995). Eine andere Erklärung ist, dass externalisierende Störungen von den Befragten überbewertet werden, da diese im sozialen Umfeld auffälliger sind, belastender erlebt werden und deshalb verstärkt ins klinische Blickfeld rücken (Reicher 1999). Die Autorin weist darauf hin, dass im Rahmen einer sorgfältigen diagnostischen Klärung – insbesondere auch in der klinischen und therapeutischen Praxis – deshalb ein Breitbandscreening unter Einbeziehung verschiedener Informationsquellen durchgeführt werden sollte.

Niebergall (1987) beschreibt für eine Inanspruchnahmestichprobe von Legasthnikern der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls hohe Raten psychischer Auffälligkeiten, vor allem Zeichen mangelnder Leistungshaltung (59%). Doch waren neben Hyperaktivität (47,7%) eher internalisierende Symptome wie Angst (49,7%) und Verstimmung (45%) nachzuweisen, welche externalisierende Störungen wie Aggressivität (39,8%) und Dissozialität (26,5%) überwogen.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme werden bei LRS oft als sekundäre Begleitsymptome betrachtet, jedoch sind die pathogenetischen Wechselwirkungen nicht ausreichend geklärt. Sowohl internalisierende als auch externalisierende Störungen bestehen zum Teil schon vor dem Schulbesuch (McGee et al. 1986). Ein beträchtlicher Teil der Verhaltensstörungen, die Klicpera und Gasteiger-Klicpera in ihrer Wiener Längsschnittstudie fanden, war außerdem durch soziale bzw. familiäre Bedingungen erklärbar (Klicpera u. Gasteiger-Klicpera 1993). Auch Esser fand in der Mannheimer Studie frühe umweltbezogene Belastungen und widrige familiäre Bedingungen als wichtige Kofaktoren für umschriebene Entwicklungsstörungen (Esser 1991).

Thema des vorliegenden Artikels sind psychiatrische bzw. Verhaltenssyndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen in der klinischen Praxis. Multimodal werden mittels verschiedener Fragebogenverfahren, insbesondere eines Breitbandscreenings mit der CBCL, und einer anschließenden psychologischen Exploration die Prävalenz und Komorbidität internalisierender und externalisierender Syndrome bei Regelschülern mit LRS untersucht; außerdem Zusammenhänge mit familiären Belastungen und sozioökonomischen Lebensumständen.

## 2 Stichprobenbeschreibung und Untersuchungsmethoden

Die Stichprobe setzt sich aus 77 Kindern und Jugendlichen des Sozialpädiatrischen Zentrums der Kinderklinik Gießen zusammen, die vom Januar 1997 bis Dezember 1998 wegen Schulschwierigkeiten untersucht wurden. Häufigste Vorstellungsgründe waren neben dem Auftrag zur diagnostischen Klärung der Wunsch nach Empfehlungen zur schulischen und außerschulischen Unterstützung.

Ausgewählt wurden konsekutiv alle Regelschüler des Untersuchungszeitraums, bei denen eine Lese- und Rechtschreibstörung diagnostiziert wurde. Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen, traumatischen oder entzündlichen Hirnverletzungen sowie neurologischen Störungen (Herzfehler, Alkoholembyopathie, Epilepsie) wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Die Kinder und Jugendlichen wurden zur Bestimmung ihrer grundlegenden (sprachfreien) Intelligenz entweder mit der *Kaufman Assessment Battery for Children* (K-ABC) (Melchers u. Preuss, 1991) oder bei Überschreitung der Altersgrenze dieses Verfahrens mit dem *Adaptiven Intelligenzdiagnostikum* (AID) untersucht. Die Rechenleistungen wurden mit Untertests der K-ABC (*Rechnen*) und des AID (*Angewandtes Rechnen*) bestimmt. Überprüfungen der Rechtschreibung und des Lesens erfolgten mit einschlägigen Testverfahren: den *Westermann Rechtschreibtests* (WRT 4/5, WRT 6+), den *Weingartener Grundwortschatz Rechtschreibtests für erste und zweite bzw. zweite und dritte Klassen* sowie dem *Salzburger Lese- und Rechtschreibtest*. Der motorische Entwicklungsstand wurde im Rahmen der neuropädiatrischen Untersuchung und mit dem Untertest *Gesamtkörperkoordination* der *Tübinger neuropsychologischen Untersuchungsreihe* eingeschätzt. Während der Testuntersuchung wurden – auch zur differentialdiagnostischen Klärung – sprachliche, graphomotorische

und kommunikative Kompetenzen sowie die Leistungsmotivation eingeschätzt und klinisch bewertet. Alle Schulzeugnisnoten wurden in die diagnostische Beurteilung einbezogen.

Lese- und Rechtschreibstörungen wurden nach den diagnostischen Leitlinien (Leistungen im Lesen und Rechtschreiben mindestens 1,5 Standardabweichungen unterhalb des Intelligenzquotienten) der ICD-10 bestimmt. Mögliche Erkrankungen des Zentralnervensystems bzw. erworbene Hirnschädigungen als Ursachen für die LRS wurden durch die neuropädiatrische Untersuchung, die ebenfalls im Rahmen der Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgte, ausgeschlossen. Schüler mit kombinierten Störungen schulischer Fertigkeiten, d. h. solche Kinder, deren Testleistungen sowohl im Lesen und der Rechtschreibung als auch im Rechnen 1,5 Standardabweichungen unterhalb des Intelligenzquotienten lagen, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen, um diese hinsichtlich des Störungsbildes homogen zu halten. Das gilt aus demselben Grund auch für Kinder mit isolierten Rechtschreibstörungen (ohne entsprechende Defizite in der Leseleistung).

Zur normorientierten Bestimmung psychischer Störungen erfolgte eine Elternbefragung mit der *Child Behavior Checklist* (Döpfner et al. 1998). Elterneinschätzungen des Verhaltens sind sinnvoll, da vor allem sie die Störungen registrieren, eine Vorstellung veranlassen (vgl. Remschmidt 1990; Fegert et al. 1994) und in der klinischen Praxis ohnehin die wesentliche Informationsquelle sind. Die *Child Behavior Checklist* (CBCL) wurde als umfassendes Screeninginstrument für die klinische Verhaltensdiagnostik ursprünglich zu dem Zweck konzipiert, zwischen psychiatrisch auffälligen und unauffälligen Kindern zu differenzieren (vgl. Achenbach 1991; Döpfner et al. 1998); die Kompetenzskalen des Instrumentes werden dabei zumeist außer Acht gelassen, da sie den Testgütekriterien nicht genügen.

Es wurden in der Untersuchung T-Werte für die Primärskalen: *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden*, *Angst/Depressivität*, *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Dissoziales Verhalten*, *Aggressives Verhalten* sowie für die übergeordneten Sekundärskalen *Internalisierende Störung* (Summe aus den Scores der Primärskalen Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden und Angst/Depressivität) und *Externalisierende Störung* (Summe aus den Scores der Primärskalen Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten) sowie den *Gesamtscore* bestimmt. Die Primärskala *Schizoid/zwanghaft* wurde aufgrund mangelnder Reliabilität nicht in Betracht gezogen.

Ein fraglich auffälliger CBCL-Befund wird ab dem Grenzbereich klinischer Auffälligkeit (vgl. Döpfner et al. 1998) bei einem Prozentrang  $\geq 95$  (Primärskalen) bzw.  $\geq 84$  (Sekundärskalen und Gesamtscore) angenommen.

Zur Urteilsvalidierung erfolgten Befragungen der Lehrer mit der *Teacher Report Form* (TRF) der *Child Behavior Checklist*. Lehrer geben in Bezug auf externalisierende Störungen häufig validerer Auskunft als die Eltern (Remschmidt u. Walter 1990). Auch wurden Ergebnisse der Selbstbeurteilung mit dem *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 14 Jahren* (PFK) berücksichtigt.

Zur Kontrolle sozioökonomischer Einflüsse wurde der *bildungsverhaltensrelevante Sozialstatus* gemäß Bauer (1971) bestimmt. Die *familiäre bzw. psychosoziale Risikobelastung* wurde in drei Abstufungen: „keine“ (Risikoindex = 0), „leichte“ (Risikoindex = 1 oder 2) und „schwere Belastung“ (Risikoindex > 2) erfasst. Das Vorgehen ist am *Family Adversity Index* von Rutter und Quinton (1977) orientiert (vgl. Laucht et al. 1992). Als Risiken wurden bestimmt: keine abgeschlossene Berufsausbildung der Eltern; beengte Wohnverhältnisse; psychische Störung der Eltern; Herkunft der Eltern aus zerrütteten, kriminellen familiären Verhältnissen; eheliche Disharmonie; mangelnde soziale Integration der Eltern; ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (z. B. chronische Krankheit oder Arbeitslosigkeit); frühe Elternschaft; Scheidung der Eltern. Kinder, die außerhalb ihrer Herkunftsfamilien fremdplatziert waren, wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Eingehend wurde der individuelle Bedingungs-zusammenhang zwischen psychischen bzw. Verhaltensstörungen, die in der Untersuchung beobachtet oder von Bezugspersonen bzw. in Frage-

bogen angegeben wurden, und bestehenden Leistungsproblemen exploriert. Bei Unsicherheit über psychosoziale oder schulische Belastungsmomente wurden Telefonate mit den Lehrern geführt. Diagnosen psychiatrischer Syndrome wurden auf Grundlage der erhobenen Fragebogenbefunde und ausführlichen psychologischen Exploration von einem Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten BDP entsprechend den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 gestellt.

### 3 Ergebnisse

Der Altersdurchschnitt der Stichprobe lag bei 9;9 Jahre (Median = 10,0; Range: 6;6 bis 13;9 Jahre); der IQ bei durchschnittlich 96 ( $s = 8,5$ ); der durchschnittliche Prozentrang für die Rechtschreibung bei 4,0 ( $s = 3,9$ ). Die Stichprobe gehört überwiegend der unteren Mittelschicht an: der Index nach Bauer liegt im Durchschnitt bei 9,8 ( $s = 4,0$ ). Die Rechtschreibleistungen sind mit dem Sozialstatus nicht signifikant korreliert ( $r = .18$ ); der IQ hingegen mit  $.26$  ( $p = .03$ ). Für die Leistungsmaße war kein Zusammenhang mit dem Grad der familiären Belastung festzustellen.

#### 3.1 Verhaltensauffälligkeiten in der CBCL

Für 73 Schüler der Stichprobe lagen vollständige Daten der Child Behavior Checklist vor. Der durchschnittliche Gesamtscore liegt bei einem T-Wert von 62 ( $s = 9,2$ ; Median = 62); 61,3 Prozent weisen einen Wert im Grenzbereich klinischer Auffälligkeit auf (Prozentrang  $\geq 84$ ). In der Stichprobe finden sich nach diesem normorientierten Kriterium demnach viermal mehr Verhaltensstörungen als in der Normalbevölkerung. Abbildung 1 zeigt den prozentualen Anteil der Kinder mit klinisch auffälligen Summenwerten in den Primärskalen der CBCL (Prozenträge  $\geq 95$ ).

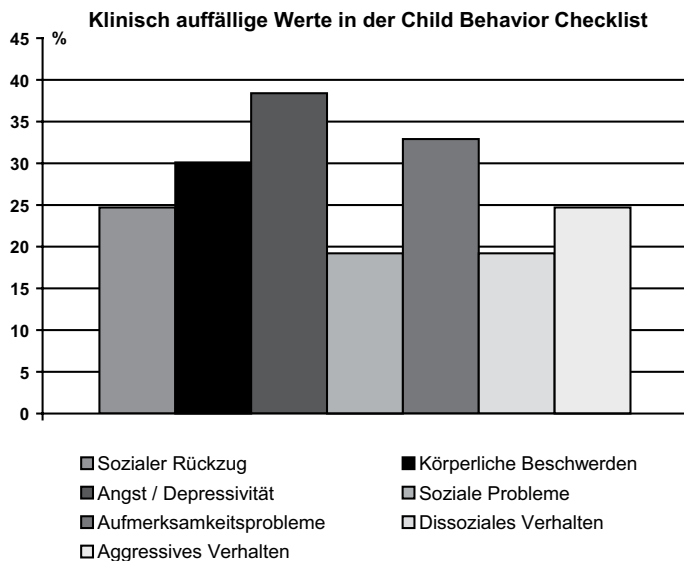


Abb. 1: Prozentualer Anteil klinisch auffälliger Werte (Scores jeweils  $\geq 95$ . Perzentile) der LRS-Klinikstichprobe ( $n = 73$ ) in den Primärskalen der CBCL

Wie ersichtlich sind die Raten gegenüber dem Erwartungswert von fünf Prozent zum Teil um ein Vielfaches erhöht. Aufmerksamkeitsprobleme und Angstsymptome werden besonders häufig genannt. Die Normabweichungen sind nach dem Binomialtest in allen Skalen hochsignifikant ( $p < .005$ ). In einer übergreifenden Analyse auf Ebene der Sekundärskalen der CBCL sind signifikant mehr internalisierende als externalisierende Störungen festzustellen ( $p < .01$ ; t-Test für abhängige Stichproben). Die Korrelation zwischen den Sekundärskalen liegt für die Gesamtstichprobe bei  $r = .53$ .

Eine multivariate Varianzanalyse zeigte über die drei Stufen familiärer Belastung zunehmende Verhaltensauffälligkeiten ( $p < .05$ ). In anschließenden univariaten Analysen ergaben sich Zusammenhänge mit den Primärskalen *Angst/Depressivität*, *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten*. Signifikante Korrelationen der CBCL-Skalen mit dem bildungsverhaltensrelevanten Sozialstatus waren nicht nachzuweisen.

### 3.2 Psychiatrische Störungen

Psychiatrische Diagnosen wurden gemäß den diagnostischen Kriterien der ICD-10 gestellt. Tabelle 1 dokumentiert eine hohe Zahl von Anpassungsstörungen (F43), die in 26 der 28 Fälle wesentlich auf die Leistungsschwierigkeiten zurückzuführen waren (vgl. Dilling et al. 1991); in zwei Fällen schienen familiäre Belastungen zu überwiegen und in zwei weiteren als etwa gleichrangige Kofaktoren wirksam zu sein. Oft bestanden bereits in der Vorschulzeit entsprechende Reaktionsweisen, die sich aber nach den Angaben der Eltern erst durch die Schulprobleme entscheidend im Sinne einer Anpassungsstörung verstärkt haben. Neben hyperkinetischen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91; F92) mit vorwiegend externalisierenden Symptomen wurden zudem häufig internalisierende Syndrome wie Angststörungen (F41; F93) und Depression (F34; F92) sowie auch somatoforme (F45) und dissoziative Störungen (F44) diagnostiziert; außerdem zweimal eine Enuresis (F98). Bei 26 Kindern der Stichprobe fanden sich keine psychiatrischen Störungen.

Tab. 1: Psychiatrische Syndrome der LRS-Klinikstichprobe (n = 77)

Psychiatrisches Syndrom	Absolute Zahl	Prozentsatz
Anpassungsstörung	28	36,4
Hyperkinetische Störung	9*	11,7
Angststörung	7	9,1
Störung des Sozialverhaltens	4	5,2
Depression	3	3,9
Somatoforme Störung	2	2,6
Dissoziative Störung	2	2,6
Enuresis	2	2,6
Gesamtheit klinisch auffälliger Patienten (teilweise Mehrfachdiagnosen!)	51	66,2

\* einfache HKS (n = 2), HKS des Sozialverhaltens (n = 7).



Bei den Kindern mit psychiatrischen Syndromen finden sich zumeist sowohl deutliche externalisierende als auch internalisierende Verhaltensmuster im oder sehr nahe dem Bereich klinischer Auffälligkeit (Prozentränge  $\geq 84$ ), jedoch sind die Schwerpunkte entsprechend unterschiedlich.

## 4 Diskussion

Nach den Angaben der Eltern in der Child Behavior Checklist ist die Gesamtrate der Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern dieser Klinikstichprobe mit LRS vielfach erhöht, wobei mehr internalisierende als externalisierende Auffälligkeiten angegeben werden.

Die klinische Diagnosestellung erfolgte gemäß ICD-10, und zwar unter Berücksichtigung der CBCL-Befunde. Somit spiegelt sich auch in den psychiatrischen Diagnosen das Überwiegen internalisierender Syndrome. Bei vielen Kindern und Jugendlichen wurden Anpassungsstörungen diagnostiziert, die nach der klinischen Beurteilung in der deutlichen Überzahl auf die schulischen Belastungen zurückzuführen gewesen sind, d. h. ohne diese wären die Symptome nicht in psychiatrisch relevantem Ausmaß aufgetreten. In repräsentativen prospektiven Studien wurden im Gegensatz dazu vermehrt externalisierende Störungen festgestellt (Rutter et al. 1970; Esser 1991; Esser u. Schmidt 1993; Klicpera u. Gasteiger-Klicpera 1993), insbesondere Dissozialität und hyperkinetische Symptome. Der Unterschied ist möglicherweise mit einer besonderen administrativen Prävalenz (Remschmidt 1990) zu erklären, denn die Kinder wurden zumeist vorgestellt, weil ihre Schwierigkeiten in der Schule wenig Berücksichtigung fanden und sich die Eltern mehr Unterstützung erhofften.

Die betroffenen Schüler und Schülerinnen waren durch ihre Lese- und Rechtschreibstörungen kaum zu bewältigenden Leistungsanforderungen ausgesetzt. Anzunehmen ist also, dass ein besonderer Leidensdruck infolge der schulischen Belastungen ein Faktor für die Inanspruchnahme war. In der Klientel einer medizinischen Hilfeinrichtung wie einem *Sozialpädiatrischen Zentrum* könnten ferner körperliche Beschwerden, die zu den internalisierenden Störungen gehören, selektiv häufiger ein Vorstellungsgrund sein. Eine andere Erklärungsmöglichkeit wären Unterschiede im diagnostischen Urteilsverhalten. Doch beruhen die Einschätzungen hier auch auf objektiven Fragebogenauswertungen, die korrespondierende Befunde ergeben haben.

Wenngleich der direkte Vergleich mit der Inanspruchnahmestichprobe von Legasthenikern aus der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie (Niebergall 1987) nur bedingt möglich ist, weil in dieser Untersuchung Angaben über diagnostische Instrumente und nähere Stichprobencharakteristiken fehlen, sind die Ergebnisse bezüglich der relativen Verteilung der Symptome bei der LRS doch ähnlich. Es werden hohe Prävalenzen von Angst und Verstimmung sowie auch hyperkinetischen Symptomen angegeben. Störungen des Sozialverhaltens traten seltener auf. Eine besondere Verzerrung des diagnostischen Spektrums in der Stichprobe des SPZ Gießen durch einen Urteilerbias erscheint damit weniger wahrscheinlich. Auch der in Erwägung gezogene mögliche Selektionseffekt, dass körperliche Beschwerden (als

ein Phänomen internalisierender Störungen) verstärkt dazu führten, professionelle Unterstützung einer Kinderklinik in Anspruch zu nehmen, kann aufgrund der Übereinstimmung in den diagnostischen Verteilungen der unter diesem Aspekt unterschiedlichen Klientelen wohl ausgeschlossen werden. Eine schlüssigere Interpretation ist, dass internalisierende und externalisierende Störungen in Abhängigkeit vom Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen unterschiedlich häufig vorkommen können.

Auch wenn sich zwischen selektiven Inanspruchnahmestichproben und prospektiven Studien hinsichtlich der relativen Häufigkeit psychiatrischer Auffälligkeiten bzw. Verhaltensstörungen bei Lese- und Rechtschreibstörungen Unterschiede zeigen, ist jedenfalls eine unter Umständen hohe administrative Prävalenz auch internalisierender Störungen zu berücksichtigen; jedes zweite oder zumindest dritte Kind mit einer LRS zeigt in der klinischen Praxis eventuell solche Auffälligkeiten. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die hier untersuchten Kinder, bei denen psychiatrische Syndrome diagnostiziert wurden, durchschnittlich in beiden Sekundärskalen der CBCL Werte im oder nahe dem Bereich klinischer Auffälligkeit erhielten; die Schwerpunkte waren jedoch bei den verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedlich.

Die nicht selten kombiniert auftretenden internalisierenden und externalisierenden Störungen (vgl. Petermann et al. 1999; Kusch u. Petermann 1997) lassen sich mit der CBCL im Rahmen klinischer Untersuchungen gleichermaßen gut bestimmen. Ein Beleg für die repräsentative Erfassung der Komorbidität dieser Verhaltensmuster in unserer Untersuchung ist auch die Korrelation der Sekundärskalen von .53, die genauso hoch liegt wie in der amerikanischen Normierungsstichprobe (Achenbach 1991). Zu beachten ist, dass solche komplexen Verhaltensstörungen mit vielfältigen Symptomen in einer Hauptdiagnose nicht adäquat zum Ausdruck gebracht werden können.

Programme zur Leistungsförderung bei LRS spielen in der Forschung eine große Rolle (siehe z.B. Heft 3 der Zeitschrift *Kindheit und Entwicklung* 1999 mit dem Schwerpunktthema: Lese- und Rechtschreibprobleme). Angesichts der hohen Komorbidität mit psychiatrischen Störungen rückt aber der psychotherapeutische Hilfebedarf in der klinischen Praxis stärker ins Blickfeld. Neben einer spezifischen Lernförderung sind häufig Maßnahmen und Konzepte zur persönlichen Unterstützung der betroffenen Kinder erforderlich, um schulische und psychische Belastungen zu bewältigen. Familiäre bzw. überhaupt bestehende psychosoziale Belastungsfaktoren wirken sich problemverstärkend aus und müssen bei der diagnostischen Beurteilung und Interventionsplanung berücksichtigt werden.

## Literatur

- Achenbach, T. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Bauer, A. (1971): Zum sozioökonomischen und soziokulturellen Bildungsniveau. In: DIPP Mitteilungen und Nachrichten; Sonderheft „Der hessische Schulversuch zur Früheinschulung“; Frankfurt, S. 43-100.

- Becker, P.N.; Petermann, F. (1998): Leistungen und Leistungsadressaten: Tendenzen in der Jugendhilfe-Statistik. *Kindheit und Entwicklung* 7 (1): 3-11.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Döpfner, M.; Plück, J.; Bölte, S.; Lenz, K.; Melchers, P.; Heim, K. (1988): Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen). Köln.
- Döpfner, M.; Melchers, P. (1993): Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln.
- Esser, G. (1991): Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? Der langfristige Verlauf umschriebener Entwicklungsstörungen. Stuttgart: Enke.
- Esser, G.; Schmidt, M. H. (1993): Die langfristige Entwicklung von Kindern mit Lese- Rechtschreibschwäche. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22 (2): 100-116.
- Fegert, J.M.; Greven, P.; Lehmkühl, U. (1994): Aggressives und ausagierendes Verhalten in der Schule - (k)ein Vorstellungsanlaß in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Kindheit und Entwicklung* 3: 212-219.
- Klicpera, C.; Gasteiger-Klicpera, B. (1993): Lesen und Schreiben - Entwicklung und Schwierigkeiten. Die Wiener Längsschnittuntersuchungen über die Entwicklung, den Verlauf und die Ursachen von Lese- und Schreibschwierigkeiten in der Pflichtschulzeit. Bern: Huber.
- Klicpera, C.; Gasteiger-Klicpera, B. (1995): Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten: Entwicklung, Ursachen, Förderung. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Kusch, M.; Petermann, F. (1997): Komorbidität von Aggression und Depression. *Kindheit und Entwicklung* 6: 212-223.
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M.H.; Ihle, W.; Löffler, W.; Stöhr, R.-M.; Weindrich, D.; Weinel, H. (1992): "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41: 274-285.
- McGee, R.; Williams, S.; Share, D.L.; Anderson, J.; Silva, P.A. (1986): The relationship between specific reading retardation, general reading backwardness and behavioral problems in a large sample of Dunedin boys: A longitudinal study from five to eleven years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 27: 597-610.
- Niebergall, G. (1987): Diagnostische Aspekte der Legasthenie. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 135: 297-301.
- Petermann, F.; Essau, C.A.; Turbanisch, U.; Conradt, J.; Groen, G.: Komorbidität, Risikofaktoren und Verlauf aggressiven Verhaltens: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Kindheit und Entwicklung* 8: 49-58.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern - mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist. Göttingen: Hogrefe.
- Rutter, M.; Tizard, J.; Whitmore, K. (1970): *Education, health and behaviour*. London: Longmans.
- Rutter, M.; Quinton, D. (1977): Psychiatric disorder-ecological factors and concepts of causation. In: McGurk, M. (Hg.): *Ecological factors in human development*. Amsterdam.
- Seitz, W.; Rausche, A. (1992): Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren; 3., überarb. u. erg. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse: Dr. Andreas Bäcker, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Abteilung Neuro- und Sozialpädiatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum, Feulgenstraße 12, 35385 Gießen, E-Mail: andreas.baecker@paediat.med.uni-giessen.de