

Fegert, Jörg M.

Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 3, S. 83-94

urn:nbn:de:bsz-psydok-38947

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Begutachtung bei strittigen Sorge- und Umgangsrechtsfragen

- DU BOIS, R./RÖCKER, D.: Zur Dynamik der kindlichen Suggestibilität beim Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs im Scheidungsverfahren (Allegations of Sexual Abuse in Divorce Conflicts and the Problem of Suggestibility) . . 339
- KARLE, M./KLOSINSKI, G.: Empfehlungen zum Ausschluß des Umgangsrechts – Gründe und Begründungen aus 30 Gutachten (Recommendations for the Exclusion of the Right of Visitation – Reasons and Substantiations from 30 Expert Opinions) 331
- ROHMANN, J.A.: Elternschaft und Kooperation in der Sorgerechts-Begutachtung (Parenthood or rather Parenting and Cooperation. Topics of Forensic Psychology Dealing with Custody Problems) 323
- SIEFEN, R.G./BOERGER, G./KLAR, W.: Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern (Legal Testimony in Families with Alcohol Abusing Parents) . 343

Erziehungsberatung

- LÜTKENHAUS, P./HASLER-KUFNER, P./PLAUM, E.: Evaluation eines präventiven Gruppenangebots für Scheidungskinder (Evaluation of a Preventive Group Intervention Program for Children of Divorce) 238
- MADERTHANER, A./HABEL, G./SAMITZ, U./SPRANGER, B.: Das Linzer Modell: Trennung – Scheidung – Neubeginn (The Linz-Project: Separation – Divorce – New Beginning) 244

Forschungsergebnisse

- HIRSCHBERG, W.: Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents) . . 374
- HOPF, H./WEISS, R.H.: Horror- und Gewaltvideokonsum bei Jugendlichen. Eine Untersuchung von Sprachproben von Videokonsumenten mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (Consumption of Horror and Violence Videos by Adolescents) 179
- KLICPERA, C./GASTEIGER KLICPERA, B.: Die Situation von „Tätern“ und „Opfern“ aggressiver Handlungen in der Schule (The Situation of Bullies and Victims of Aggressive Acts in School) 2

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie

- BERGER, C.: Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung mit dem SOBEKI-Verfahren an acht- bis elfjährigen Grundschulkindern (Social Relations of Children in Primary School Age. An Investigation of Eight-to Eleven-Year-Old Primary School Children with the „SOBEKI-Verfahren“) . . . 102
- CRITTENDEN, P.: Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoreti-

- scher Sicht (Evolution, Experience, and Intimate Relationships: An Attachment Perspective on Mental Health) 147
- DOERFEL-BAASEN, D./RASCHKE, I./RAUH, H./WEBER, C.: Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder (School Beginners in Previously East and West Berlin: Socio-emotional Adoption and its Relation to Attachment Patterns) 111
- FEGERT, J.M.: Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern (Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children) 83
- HUSS, M./LEHMKUHL, U.: Coping im familiären Kontext: Aktive und vermeidende Strategien bei Jugendlichen aus Scheidungsfamilien (Coping in the Context of the Family: Active and Avoidant Strategies of Adolescents of Divorce) 123
- KREPPNER, K.: Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und ihren jugendlichen Kindern und der Zusammenhang mit Indikatoren des Selbstwertgefühls (Communication Behavior in the Family and the Development of Self-esteem during Adolescence: Links between Judgement and Reality) 130
- LEHMKUHL, U./RAUH, H.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Relevance of Developmental Psychology Models for Child and Adolescent Psychiatry) 78
- ZIEGENHAIN, U./MÜLLER, B./RAUH, H.: Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation (Influence of Attachment Quality and Intensity of Attachment Insecurity on Cognitive Performance and Emotional State of 20 Months-Old Infants in a Test Situation) 95

Praxisberichte

- KLOSINSKI, G.: Bibliothераapeutische Traumarbeit nach akuter psychotischer Dekompensation (Bibliothераapeutic Dream Work after Acute Psychotic Decomperensation) 174
- KLOSINSKI, G.: Muttermord durch die Tochter – Familiendynamik und Mythologie (Matricide by the Daughter – Familydynamic and Mythology) 217
- LORENZ, A.L.: Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung (Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance) 19
- MACKENBERG, H.: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines varierten Reizkonfrontationsverfahrens (Case Study of a Treatment of School Phobia using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation) 57

Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: individuelle und institutionelle Reaktionen

- BERGER, C./KLOPPER, U./BREUER, B./DEGET, F./WOLKE, A./FEGERT, J. M./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./LÜDERITZ, A./WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung (German Criminal Law in Cases of Sexual Abuse. An Expert Interview Study on Attitudes towards Criminal Prosecution) . . . 300
- BUSSE, D./VOLBERT, R.: Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren (Emotional Impact of Criminal Court on Children) . . . 290
- HÄUSSERMANN, R.: Spannungsfeld Familie während der Situation des Verdachts (The Family as Area of Conflict while in a Situation of Suspicion) . . . 280
- KIRCHHOFER, F.: Institutioneller Umgang mit sexueller Kindesmißhandlung (Institutional Handling of Sexual Abuse) . . . 294
- KIRCHHOFF, S.: Kommentar zu dem Beitrag „Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren“ . . . 293
- OBERLOSKAMP, H.: Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch (Official Approach to Sexual Abuse) . . . 273
- RAACK, W.: Kommentar zu dem Beitrag „Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch“ . . . 279
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffs (Towards an „Objectivation“ of the Term „Child Well-being“ in its Contents: Contribution of Child and Adolescent Psychiatry and Developmental Psychology) . . . 266
- ROHLEDER, C./WEBER, M.: Zwei Schritte vor und einer zurück? – Antworten der Jugendhilfe auf sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen (Two Steps ahead, one Step back? – Sexual Abuse and Changes in the System of Social Help) . . . 297
- WIESNER, R.: Zwischen familienorientierter Hilfe und Kinderschutz – Interventionen im Rahmen des KJHG: Ein unlösbares Dilemma? (Family-Oriented Support or Child Protection – Interventions within the KJHG (German Child Care and Protection Legislation): An Irreconcilable Dilemma?) . . . 286
- Kinds of „Identification with the Aggressor“ – following Ferenczi and Anna Freud) . . . 198
- KOPECKY-WENZEL, M./HIPFNER, A./FRANK, R.: Fragen zur psychosexuellen Entwicklung – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch (A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children) . . . 230
- LANDOLT, M.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter (Psychological Aspects of Severe Burn Injuries in Children and Adolescents) . . . 47
- MARTINIUS, J./KRICK, G./REITINGER, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung (Child and Adolescent Psychiatry and Social Welfare Services and Child Protection: A Study of Transferral Practices and Obstacles to Cooperation) . . . 170
- RAUCHFLEISCH, U.: Zur Beratung männlicher Adoleszenten mit homosexueller Orientierung und ihrer Eltern (Counseling of Adolescents with a Homosexual Orientation and their Parents) . . . 166
- RUDNITZKI, G.: Gruppenbilder der Adoleszenz – Erfahrungen mit Adoleszenzphänomenen aus der gruppenanalytischen Position (How the Group Reflects Adolescence – Group Analytical Experience with the Phenomena of Adolescence) . . . 362
- SCHMIDT, B.: Psychoanalytische Überlegungen zur rechts-extremistischen Orientierung männlicher Jugendlicher (Psychoanalytic Thoughts on Extreme Right-Wing Tendencies of Male Youth) . . . 370
- TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapie bei Jugendlichen (Research Results in Regards to Therapeutic Factors and Outcome in Group Therapies With Adolescents) . . . 38

Workstattberichte

- BOHLEN, G.: Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum (The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Developmental Disorders in the Country) . . . 25

Übersichten

- BERNS, U.: Das zentrale Beziehungsgeschehen – seine Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (The Core Relational Process – Its Dynamic in the Child and Youth-Psychotherapy) . . . 205
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (Siblings of Physically Ill Adolescents: Does Chronic Illness Affect Their Developmental Possibilities?) . . . 356
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern (Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children) . . . 10
- HIRSCH, M.: Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud (Two different
- Buchbesprechungen**
- AMELANG, M./ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik . . . 32
- ARENZ-GREIVING, I./DILGER, H. (Hrsg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis . . . 162
- ARNOLD, W./EYSENCK, K. J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Bd. 1–3 . . . 230
- BECKER, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe . . . 230
- BIEN, W./KARIG, U./LANG, G./REISSIG, M.: Cool bleiben – Erwachsen werden im Osten . . . 159
- BLANZ, B.: Psychische Störungen und Compliance beim juvenilen Diabetes mellitus . . . 256
- BOTT, R. (Hrsg.): Adoptierte suchen ihre Herkunft . . . 317
- BÜTTNER, C.: Gruppenarbeit – eine psychoanalytisch pädagogische Einführung . . . 225
- DEGENER, G.: Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter . . . 228

DETER, H.-C./HERZOG, W.: Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese	315	KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und Wandel der Familie	67
DULZ, B./SCHNEIDER, A.: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie	189	LOTZ, W./KOCH, W./STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen	191
DUSS-VON WERDT, J./MÄHLER, J./MÄHLER, H.-G. (Hrsg.): Mediation: Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick	195	LUKESCH, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik	33
EGGERS, C./BILKE, O.: Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter	230	MANES, S.: Mama ist ein Schmetterling. Papa ein Delphin	252
EICKHOFF, F.W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 35	351	MOGEL, H.: Geborgenheit. Psychologie eines Lebensgefühls	229
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 34	313	MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels. Die Bedeutung des Spiels als Lebensform der Kinder, seine Funktion und Wirksamkeit für die kindliche Entwicklung	189
EIHLER, U.: Über das Bettnässen und wie man es los wird	255	NISSEN, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie	255
ERMERT, C.: Spielverhalten im Scenotest. Entwicklung und Erprobung von Beobachtungssystemen bei Kindern im Vorschulalter	188	NISSEN, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen – Prävention und Therapie	226
FRANKE, U. (Hrsg.): Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder	314	OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie	225
FREEMAN, A./REINECKE, M.A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten	253	Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse XII	192
FRITZ, J. (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren. Empirische Annäherungen an Nutzung und Wirkung von Bildschirmspielen	350	PETERMANN, F. (Hrsg.): Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen	193
FRÖHLICH, V.: Psychoanalyse und Behindertenpädagogik	162	PETERMANN, U. (Hrsg.): Verhaltensgestörte Kinder	31
GÄNG, M. (Hrsg.): Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren	227	RAUE, R.: Im Labyrinth der Gewalt. Jugendliche zwischen Macht und Ohnmacht	191
HARNACH-BECK, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe	187	REISTER, G.: Schutz vor psychogener Erkrankung	232
HARNISCH, G.: Was Kinderträume sagen	226	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern	161
HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie	252	RIEGEL, K./OHRT, B./WOLKE, D./ÖSTERLUND, K.: Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr	194
HÉDERVÁRI, E.: Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter	192	SALGO, L.: Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen	316
HOCKE, M./SCHÄPFER, G.: Mädchenwelten: Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung	66	SAYLOR, C.F. (Hrsg.): Children and Disasters	29
HOLLER-NOWITZKI, B.: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streß-Reaktionen	186	SCHARFETTER, C.: Der spirituelle Weg und seine Gefahren	66
HOLTSTIEGE, H.: Montessori-Pädagogik und soziale Humanität	188	SCHLACK, H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten	316
HUNDSALZ, A./KLUG, H.-P./SCHILLING, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte	311	SCHMALOHR, E.: Erklären statt Beschuldigen. Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern	253
HUNDSALZ, A.: Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden	259	SCHMID, R.G./TIRSCH, W.S.: Klinische Elektroenzephalographie des Kindes- und Jugendalters. Ein Atlas der EEG-Aktivität: Altersbezogene Normkurven und Pathologie	258
JÄGER, R./PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch	231	SCHON, L.: Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind	158
KAUFMANN-HUBER, G.: Kinder brauchen Rituale. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende	230	SCHULTE, D.: Therapieplanung	312
KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten	257	SCHUSTER, M.: Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten	30
KÖTTER, S.: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern“	158	SCHWERIN, A.-C.: Sterben, Tod und Trauer im Bilde verwaister Eltern	190
KRAPPMANN, L./OSWALD, H.: Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen	232	SEHRINGER, W./JUNG, G.: Schulreform von unten – Leistungsdifferenzierung an einem Gymnasium und Begabungsuntersuchungen an weiterführenden Schulen in einer süddeutschen Region	350
KUBINGER, K.: Einführung in die Psychologische Diagnostik	231	SOREMBA, E.M.: Legasthenie muß kein Schicksal sein	67
		SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung	229
		TEXTOR, M./WARNDORF, P.K. (Hrsg.): Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung	228
		VOGT, M./WINIZKI, E.: Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen	227
		WINNICOTT, D.W.: Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe	190
		WOLFRAM, W.-W.: Präventive Kindergartenpädagogik. Grundlagen und Praxishilfen für die Arbeit mit auffälligen Kindern	313

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie	258	Editorial 77, 265, 322
ZOLLINGER, B.: Die Entdeckung der Sprache	68	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 28, 64, 155, 186, 223, 251, 307, 349, 383
		Ehrungen 383
		Zeitschriftenübersicht 64, 156, 223, 309, 383
		Tagungskalender 34, 69, 163, 196, 233, 260, 318, 353, 390
		Mitteilungen 35, 69, 164, 196, 234, 261, 319, 353, 390

Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern¹

Jörg M. Fegert

Zusammenfassung

Nach einer Literaturübersicht über die in Deutschland gebräuchlichen Verhaltensdiagnostik-Instrumente im Säuglings- und Kleinkindalter wird eine eigene Untersuchung zur CBCL 2–3 an einer deutschen normativen Stichprobe von 2 ½-jährigen Kindern vorgestellt (N = 751). Es wird dargestellt, daß z.B. ACHENBACHS Schlafproblemskala identisch repliziert werden konnte. Auch sonst ließen sich ACHENBACHS Ergebnisse in seinen sogenannten Syndromskalen sehr gut nachvollziehen. Der internationale Vergleich der Ergebnisse ergibt, daß zwischen den Niederlanden, USA und Kanada und unserer deutschen Stichprobe keine signifikanten Unterschiede bestehen. Deshalb kann für internationale Forschung in diesem Altersbereich im Vergleich zwischen dem deutschen Sprachraum und den genannten Ländern durchaus auf ACHENBACHS Normen zurückgegriffen werden. Im vorliegenden Beitrag werden aber auch unsere deutschen Normierungen und eine geschlechtsspezifische Faktorenlösung präsentiert. Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht ziehen wir es vor, in dieser Altersgruppe nicht von Syndromskalen, die eine gewisse Verhaltensstabilität suggerieren, zu sprechen, sondern befürworten eine geschlechts- und altersspezifische Betrachtung von Verhaltens- und emotionalen Dimensionen.

1 Einleitung

Die Psychiatrie des Säuglings- und Kleinkindalters ist ein relativ junges Teilgebiet. LAUCHT et al. (1992b) haben darauf hingewiesen, daß umfassendere Übersichten und Lehrbücher erst im Verlauf der Achtziger Jahre erschienen sind (vgl. CALL et al. 1983, 1985; NISSEN 1984; MINDE u. MINDE 1986; GREENSPAN u. PORGES 1984; KREISLER u. CRAMER 1983). 1980 wurde eine „World Association for Infant

Psychiatry and „Allied Disciplines“ gegründet und auch eine regelmäßige Publikation, das „Infant Mental Health Journal“, widmet sich diesem Themenbereich. Betrachtet man die Gewichtungen der Forschungsansätze, fällt im Vergleich zur sonstigen Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, daß der Bereich „kindliches Verhalten“ als beobachtbares einzelnes (Epi)phänomen und in seiner Verdichtung als diagnostische Konstrukte in den Publikationen über das Säuglings- und Kleinkindalter weitaus geringere Beachtung findet. Zentrale Ansätze der Entwicklungspsychologie prägen auch die Diskussion über die Entwicklungspsychopathologie in dieser frühen Lebensperiode. Bindungsverhalten, Beziehungsstörungen und vor allem die Auseinandersetzung mit möglicherweise schon sehr früh ausgeprägten, relativ stabilen Temperamentsmerkmalen stellen Forschungsschwerpunkte auch der Entwicklungspsychopathologie dar. Das Fütterverhalten, das Schreien sowie das Schlafverhalten sind die Verhaltensbereiche, die im Säuglingsalter relativ gut erforscht sind (vgl. FEGERT et al. 1993). Die Mannheimer Risikokinderstudie (LAUCHT et al. 1992a) versucht auf der Basis einer Modifikation des „Mannheimer Elterninterviews für Kleinkinder“ auch Häufigkeitsangaben von Auffälligkeiten im Säuglingsalter zu geben. Gegen eine frühe Einordnung von Verhaltensauffälligkeiten sind wegen der enormen Variabilität und Plastizität des Verhaltens in dieser Lebensphase wiederholt theoretische Einwände erhoben worden (vgl. LAUCHT et al. 1992b; KOOT 1993; ENGELAND et al. 1990; EMDE 1985; CASTRUP u. NIELSEN 1979). Die internationalen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 beschreiben nur einige wenige Krankheitsbilder, die schon im Säuglings- bzw. Kleinkindalter auftreten. Hierzu gehören der frühkindliche Autismus, Gedeihstörungen und frühe Eßstörungen. Für andere, schon im Kleinkindalter beobachtbare und in der Regel in dieser Zeit beginnende Syndrome, wie z.B. das hyperkinetische Syndrom, liegen keine altersspezifischen diagnostischen Kriterien vor. Auf der Basis von Elternbefragungen gibt es mehr Informationen über das Verhalten bei Kleinkindern. Allerdings variieren die Prävalenzangaben aus solchen Studien nach KOOT (1993) zwischen 6 und 50% (CORNELLY u. BROMET 1986; EARLS u. RICHMAN 1980; JENKINS et al. 1980, 1984; LARSON et al. 1988; LONG 1941; MAC FARLANE et al. 1954; MINDE u. MINDE 1977; RICHMAN et al. 1975; ERNST u. ERNST 1967; BERGER et al. 1985; MEYER-PROBST u. TEICHMAN 1984; LAUCHT et al. 1992a,b).

Für eine standardisierte Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern stehen folgende Instrumente zur Verfügung:

¹ Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen der vom BMFT unter dem Förderkennzeichen #07015633 geförderten Multizentrischen Allergie-Studie (MAS-90), Studienleiter: Prof. Dr. U. Wahn, durchgeführt. Mein besonderer Dank gilt den Eltern und den Kindern aus der Studienpopulation, den Mitarbeitern und Kolleginnen und Kollegen in den einzelnen Zentren sowie in der Zentrale der Studie, Frau Dipl.-Psych. Eichhorn, welche die Dateneingabe für diese Zusatzuntersuchung zuverlässig erledigte, Frau Dipl.-Math. Gütschow und Herrn Dipl.-Math. Wolf, die mich bei der faktorenanalytischen Auswertung der Daten im Rahmen ihrer Diplomarbeit unterstützten.

- Das BSQ (Behavior Screening Questionnaire) von RICHMAN und GRAHAM (1971): In einem standardisierten Interview werden Müttern drei Jahre alter Kinder Fragen zu den 12 Problembereichen (Essen, Schlafen, Sauberkeitserziehung, Aktivität, Konzentration, Geschwister- und Gleichaltrigenbeziehung, Zuwendungs-Abhängigkeit, Kontrolle, Wutausbrüche, Stimmungen, Sorgen und Ängste) mit mehrstufigen Skalen gestellt. Richman und Graham gaben eine Test-Retest-Reliabilität von .77 bei einem Abstand von einem Jahr für das BSQ an.
- BCL (Behavior Checklist) von RICHMAN (1977): Ausgehend vom strukturierten Interview BSQ formulierte Richman einen Elternfragebogen, die BCL. Sie setzt diesen Bogen als Screening-Instrument ein, um bei Kleinkindern Verhaltensprobleme zu beschreiben.

Kritisiert wurde an diesen beiden Instrumenten von NAOMI RICHMAN, daß sie sich zwar als Screening-Instrumente eignen, aber kein differenziertes Verhaltensspektrum abbilden. In ihrer Studie mit dem BSQ kamen RICHMAN et al. (1975) zu dem Ergebnis, daß 7% der Kinder in Londons Vorstadtbezirken erhebliche, mit 3 Jahren deutliche Probleme und 14% leichte Probleme aufwiesen. Jenkins et al. (1980) kamen bei einem nur wenig modifizierten Verfahren zur Angabe, daß 11% der dreijährigen Kinder in Nord-London mäßige oder schwere Verhaltensprobleme hatten. EARLS und RICHMAN (1980) fanden, daß 16% der dreijährigen Kinder westindischer Abstammung in London mäßige oder schwere Verhaltensprobleme hatten. In den USA wurde das BSQ von EARLS (1980) und CORNELLY und BROMET (1986) eingesetzt, dort ergaben sich mit diesem Instrument bei gleichen Cut-offs Häufigkeitsraten von 24% (EARLS 1980) bzw. 12% (CORNELLY u. BROMET 1986). MINDE und MINDE (1977) fanden 6% Kleinkinder mit mäßigen oder schweren Verhaltensproblemen in Toronto.

- CBCL 2-3 (ACHENBACH et al. 1987): Dieses Instrument, das von der Child Behavior Checklist für Kinder im Alter von 4-18 Jahren teilweise abgeleitet wurde, besteht aus 100 Verhaltensitems. Im Gegensatz zu den Instrumenten von NAOMI RICHMAN wurden hier zur Taxonomie des kindlichen Verhaltens über Faktorenanalysen Skalen für Verhaltensdimensionen entwickelt. ACHENBACH nennt diese Skalen „Syndromskalen“, wobei er sich bei dieser Benennung darauf stützt, daß er die faktorenanalytisch gewonnenen Skalen aus einer sogenannten „klinischen“ Stichprobe abgeleitet hat, die allerdings nicht nur aus einer Klinikanspruchnahme, sondern aus einem sehr heterogenen Sample bestand.

Gegen die Formulierung „Syndromskalen“, die ACHENBACH wählte, werden in dieser Arbeit auch aufgrund eigener Faktorenanalysen Einwände formuliert. Kritisiert wird dabei nicht das Vorgehen, durch Faktorenanalysen bestimmte Verhaltensbereiche zu beschreiben, sondern vielmehr die Tatsache, daß solche Verhaltensdimensionen mit dem klinisch konnotierten „Syndrombegriff“ belegt werden. Mit bezug auf die Kritik von LARGO (1993) oder LAUCHT et al. (1992b) muß hier die Frage gestellt werden, ob die faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen tatsächlich klinische Syndrome darstellen oder ob nicht vielmehr Dimensionen von alterstypischem Verhalten beschrieben werden, wobei dann das Abweichen in einem Überschreiten bestimmter Perzentilenwerte definiert wird. Eine solche

Abweichung von der Norm ist sicher beachtenswert, vielleicht sogar behandlungsrelevant. Allerdings lassen sich die wenigen in den international vereinbarten Klassifikationssystemen DSM IV und ICD-10 beschriebenen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalter nicht durch solche summarisch erfaßten Abweichungen herausfinden. Sie sind vielmehr unter den vielen Items der CBCL 2-3 durch die Erwähnung einzelner Items repräsentiert und gehen in den Gesamtskalenwert eher unter. Die Marburger Arbeitsgruppe (REMSCHMIDT u. WALTER 1990) hat für Schulkinder und Jugendliche durch eine klinisch orientierte Falldefinition versucht, dieses Divergenzproblem, welches in der unterschiedlichen psychiatrischen Dignität einzelner Verhaltensweisen im Hinblick auf eine Diagnosestellung begründet liegt, zu lösen. Dort wurde durch ein altersabhängiges (6 bis 11 Jahre/12 bis 17 Jahre) Expertenrating eine gewisse Zahl von klinisch relevanten Symptomen definiert. Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Rating solcher Symptome ergaben sich in der Marburger Untersuchung nicht.

Die CBCL 2-3 ist bisher in den USA (ACHENBACH et al. 1987; ACHENBACH 1992), in Kanada (LARSON et al. 1988; diese Untersuchung in Montreal basierte auf der 1987er Version des Fragebogens) und in Holland (KOOT u. VERHULST 1991; KOOT 1993, diese Untersuchung basiert auf der neueren Version der CBCL 2-3) eingesetzt worden. In der kanadischen Studie lag die Prävalenz für pathologische Werte in einer oder mehr Skalen der CBCL 2-3 bei 11,1% (Werte über der 98. Perzentile). ACHENBACH (1992) gibt eine Rate von 12% solcher Auffälligkeiten bei der Nichtanspruchnahmepopulation an. Die Studie in Süd-Holland (KOOT u. VERHULST 1992) ergab unter denselben Bedingungen, daß 12,4% der 2-3 Jahre alten Kinder einen oder mehrere Syndromscores mit Werten über der 98. Perzentile hatten. KOOT (1993) beschreibt Geschlechtsunterschiede für insgesamt 16 Einzelitems und Altersunterschiede zwischen zwei- und dreijährigen Kindern bei 17 Items. Auch die soziale Schicht hatte einen Einfluß auf 22 Items. Auf Skalenniveau zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied bei der Achenbach-Skala für aggressives Verhalten zwischen Jungen und Mädchen. Der Versuch der konfirmatorischen Replikation von ACHENBACHS Faktorenlösungen führte zu teilweise etwas abweichenden Ergebnissen. Allerdings konnte auf der Basis der niederländischen Stichprobe die Schlafprobleme-Skala identisch repliziert werden.

- Mannheimer Elterninterview für Kleinkinder: Dieses Instrument stützt sich nach Angaben der Autoren (LAUCHT et al. 1992b) auf die genannten Instrumente sowie auf einzelne Items des VBV 3-8 von DÖFFNER et al. (1991). An psychopathologischen Symptomen im Kleinkindalter wurden erfaßt: Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen, Eßstörungen, Eßsucht, Rumination, Verdauungsstörungen, Jaktationen, Daumenlutschen, Nägelkauen, Selbstverletzung, Kontaktstörungen, Trennungsangst, Ängstlichkeit, depressive Verstimmungen, Wutanfälle, Ungehorsam, Unselbständigkeit, Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität, Pica, Kotschmierern und autistische Symptome.

Auch bei diesem Instrument zeigt sich wie beim Vergleich zwischen dem Mannheimer Elterninterview und z.B. der

CBCL 4–18 die eindeutig klarere klinische Orientierung, die auch auf die hinlängliche Repräsentation seltener, aber schwerwiegender kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder Wert legt. Die Autoren ermittelten eine Auffälligkeitsrate für das Kleinkindalter von 19,5%. Sie fanden eine erhöhte Auffälligkeitsrate bei Jungen mit einem Geschlechterverhältnis von 1,56:1. Die Autoren weisen darauf hin, daß das Überwiegen von Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen in der mittleren Kindheit sein Maximum erreicht. Das Verhältnis ist üblicherweise 1:2–3. Es ist schwierig, diese Zahl mit den Häufigkeitsangaben aus den mit dem Achenbach-Fragebogen für zwei- bis dreijährige Kinder durchgeführten Prävalenzstudien zu vergleichen. Wahrscheinlich führen unterschiedliche Cut-offs zu stark divergierenden Einschätzungen der Häufigkeit. Dennoch muß primär die hohe Auffälligkeitsrate in der Mannheimer Untersuchung erstaunen (vgl. JENKINS et al. 1980). Folgende Symptome waren in der Mannheimer Risikokinderstudie bei den zweijährigen Kindern am häufigsten ausgeprägt: Einschlafstörungen 32,2%, Durchschlafstörungen 29,1%, Wutanfälle 26%, Unaufmerksamkeit 25,7%, Kontaktstörungen 24%, Ungehorsam 24%. Die klinische Relevanz solcher Verhaltensweisen im Sinne tatsächlicher „Störungen“ sei hier noch einmal in Frage gestellt, wenn man sie mit den seltenen Angaben für Rumination (0,3%), Eßsucht (0,6%), Pica (2,0%), autistische Symptome (3,4%) und Jaktationen (4,0%) vergleicht. Die Mannheimer Untersuchung ist die einzige mir bekannte, die für Kinder im Alter von 24 Monaten eine Zuordnung zu in der ICD-10 definierten Diagnosen wagt. Nach den Angaben von LAUCHT et al. (1992a) ergibt sich für hyperkinetische Störungen (F90) eine Gesamthäufigkeit von 6,8% (Jungen 10,5%, Mädchen 3,3%), für Verhaltensstörungen (F91, 92 und 94) eine Gesamthäufigkeit von 4,5% (Jungen 4,7%, Mädchen 4,4%), für emotionale Störungen (F93) von 4% (Jungen 2,9%, Mädchen 4,9%) und für andere Störungen (F55, F84, F98) von 4,2% (Jungen 5,8%, Mädchen 2,7%). Die Gesamtauffälligkeitsrate betrug nach ICD-10-Diagnosen, wie oben schon genannt, 19,5%, mit einem Geschlechterverhältnis von 23,8% bei den Jungen und 15,4% bei den Mädchen.

- VBK 3–6 von DÖPFNER et al. (1993): Der Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, von dem es auch eine vergleichbar aufgebaute Erzieherversion gibt, versucht neben Auffälligkeiten auch Kompetenz von Vorschulkindern zu erfassen. Die Autoren gehen davon aus, daß Verhaltenskompetenzen sich im Vorschulalter hauptsächlich in Interaktionssituationen als sozial emotionale Kompetenzen und in Spielsituationen in Form von Spielintensität und Spielproduktivität manifestieren. Sie betonen die Kontextabhängigkeit von Verhalten und bieten deshalb auch die wichtige, auf den Kindergarten zugeschnittene Erzieherversion an. Der Elternfragebogen erfaßt auf einer Skala, welche aus 10 Items besteht, sozial emotionale Kompetenz, auf einer Skala, die aus 20 Items besteht, oppositionell-aggressives Verhalten, auf einer bipolaren Skala, bestehend aus 12 Items, Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität versus Spieldauer, auf einer Skala bestehend aus 11 Items die emotionalen Auffälligkeiten, schließlich tritt noch eine Symptomliste mit 17 Items, die altersspezifische umschriebene Auffälligkeiten erfassen soll, hinzu. Das Instrument wurde an einer Repräsentativstichprobe normiert.

- BBK von DUHM und ALTHAUS (1979): Dieser 78 Items umfassende Beobachtungsfragebogen für Erzieher/innen zur Beurteilung von Kindern im Vorschulalter soll soziales und emotionales Verhalten der Kinder gegenüber den Erziehern und der Gruppe sowie Spiel-, Sprach- und Arbeitsverhalten beschreiben. Bilsky und Flaig (1986) reanalysierten diesen Fragebogen und präsentierten eine 7 faktorielle Lösung, welche folgende Skalen unterscheidet: 1. praktische und emotionale Selbständigkeit bei der Ankunft, 2. soziale Aktivität/Passivität und Einordnung des Kindes in der Gruppe, 3. emotionale und soziale Selbständigkeit gegenüber den Erziehern, 4. aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern und den Erziehern, 5. Spielintensität und -produktivität, Sprechverhalten und Sprachfähigkeiten, 6. Arbeitsverhalten.
- VBK, Verhaltensbeurteilungsbogen für Kinder, von STERN (1982) wurde in der ehemaligen DDR als Erzieherfragebogen zur Beurteilung von Kindern in Kinderkrippen und jüngeren bzw. älteren Kindergartenkindern entwickelt. Dieser Fragebogen umfaßt 100 Items, welche je nach Altersgruppe zu 5 bzw. 6 Dimensionen auf der Basis von Faktorenanalysen zusammengefaßt werden können.

Diese Literaturübersicht zeigt, daß zwar für das Kleinkind- und Vorschulalter im deutschen Sprachraum einige Instrumente vorliegen bzw. auch normiert sind, doch besteht gerade für das Alter der zwei- bis dreijährigen Kinder ein Defizit an Instrumenten. Die weltweit am meisten verbreitete Verhaltensliste, die CBCL, ist in ihrer Kleinkindversion bisher in Deutschland noch nicht in größerem Umfang zum Einsatz gekommen oder gar normiert worden. Wenn auch inhaltliche Bedenken gegen das Syndromkonzept von ACHENBACH geäußert werden müssen und hier der Gedanke der Dimensionalität (vgl. DÖPFNER et al. 1993) sehr viel angemessener erscheint, könnte eine deutsche Version der CBCL 2–3 eine wichtige diagnostische Lücke schließen. Da Untersuchungen mit der CBCL für Schulkinder und für Jugendliche zwischen Deutschland, den Niederlanden und den USA zum Teil überraschend hohe Übereinstimmungen zeigten, würde sich aus ähnlichen Übereinstimmungen bei der Kleinkindversion ergeben, daß sich Ergebnisse aus der sehr umfassenden niederländischen Untersuchung (KOOT 1993, bzw. KOOT u. VERHULST 1991) auf Deutschland übertragen lassen. Bei dieser Untersuchung war es gelungen, sowohl Verlaufsdaten als auch klinische Untersuchungsdaten zu erheben. Darüber hinaus ist dies die einzige Stichprobe, die über eine tatsächliche Inanspruchnahmepopulation kinderpsychiatrisch auffälliger Kinder in diesem Alter verfügt. Die Inanspruchnahmegruppe auch in der neueren Untersuchung von ACHENBACH zur CBCL 2–3 ist wiederum eine kompilierte Stichprobe. Nur in der niederländischen Untersuchung ist durch die Einbindung mehrerer Zentren in ganz Holland eine wirkliche Klinikstichprobe erzielt worden.

2 Methodik und Stichprobenbeschreibung

2.1 Stichprobe

Im 30. Lebensmonat der Kinder aus der multizentrischen Atopiastudie (MAS 90, s. Fußnote 1) führten wir eine po-

stalische Befragung der Kindeseltern durch, die vor allem kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen zum Verhalten und zur Familiensituation, aber auch einige Daten zum Gesundheitsstatus der Kinder enthielt. Zum Zeitpunkt der Auswertung der Bögen erhielten wir 847 ausgefüllte Fragebögen. Bezogen auf die Gesamtzahl der noch an der Studie beteiligten Eltern (n = 1091) bedeutet dies ein Rücklauf von 78%. Weitere 23 Fragebögen, die von Eltern erst bei der nächsten Untersuchung abgegeben wurden und in Studienzentren außerhalb Berlins liegengeblieben waren, gingen deutlich verspätet ein und wurden deshalb nicht mehr in diese Analyse einbezogen. Zählt man diese Bögen ebenfalls zum Rücklauf, so ist mit knapp 80% ein für eine postalische Befragung beachtenswertes Ergebnis erreicht worden. Durch einen Fehler in der Druckerei mußten 11 Fragebögen ausgeschlossen werden. Für die kinderpsychiatrische Fragestellung nach deutschen Normen für die CBCL 2-3 galt es, die Effekte des Oversampling in der Atopierisiko-Kohorte rechnerisch wieder rückgängig zu machen, so daß die Ausgangsverteilung elterlicher Atopiebelastung in den Kreißsaalgrundkollektiven wieder erreicht wurde. In unserer Stichprobe der 835 Kinder war die Prävalenz elterlicher Asthma- oder Neurodermitiserkrankungen ungefähr doppelt so hoch wie in der Grundgesamtheit. Um hier durch ein zu globales Vorgehen keine schiefe Verteilung entstehen zu lassen, entschieden wir uns, Prävalenzen von Asthma bei der Mutter und beim Vater, und die Prävalenzen von Neurodermitis bei der Mutter und beim Vater spezifisch zu korrigieren. Nicht bertück-

sichtigt wurde dabei das sehr viel weniger belastende und sehr viel häufigere Symptom Heuschnupfen, das 15,5% der Mütter und 16% der Väter betraf. In unserer Stichprobe litten 68 Mütter (8,2%) und 51 Väter (6,2%) an Asthma, an Neurodermitis litten 52 Mütter (6,3%) und 27 Väter (3,3%). Schließlich wurden nach rechnerischer Korrektur folgende Prävalenzen für die Atopiemerkmale der Eltern erreicht: Asthma der Mutter 4,2% (entsprechend 35 Fällen), Asthma des Vaters 3,7% (entsprechend 20 Fällen), Neurodermitis der Mutter: Prävalenz 3,6% (entsprechend 19 Fällen), Neurodermitis des Vaters: Prävalenz 1,9% (entsprechend 13 Fällen). Diese Verhältnisse entsprechen sehr weitgehend den Verhältnissen in der Grundgesamtheit. Es entstand so unsere rechnerische „Normalpopulation“ von N = 753. Da ACHENBACH (1992) keine Fragebögen zuläßt, die mehr als 8 unbeantwortete Items aufweisen, mußten weitere zwei Bögen für die Normierung ausgeschlossen werden. Es ergab sich deshalb für die Normierungsstichprobe N = 751 mit 355 Mädchen, entsprechend 47,3% und 396 Jungen, entsprechend 52,7% (vgl. Abb. 1).

Durch den Beteiligungsrückgang in der Gesamtstudie und durch den spezifischen Rücklauf in der postalischen Befragung war zu erwarten, daß durch die Teilnahme der motivierteren bzw. im Schriftverkehr geschickteren Eltern nicht mehr die ursprünglichen Schichtverteilungen der Kreißsaal-Grundkollektive bestanden. Die Tatsache, daß die „Panelmortalität“ besonders Fälle aus den unteren sozialen Schichten, aus Milieus mit geringer Schulbildung, betrifft, ist aus vielen prospektiven epidemiologischen Stu-

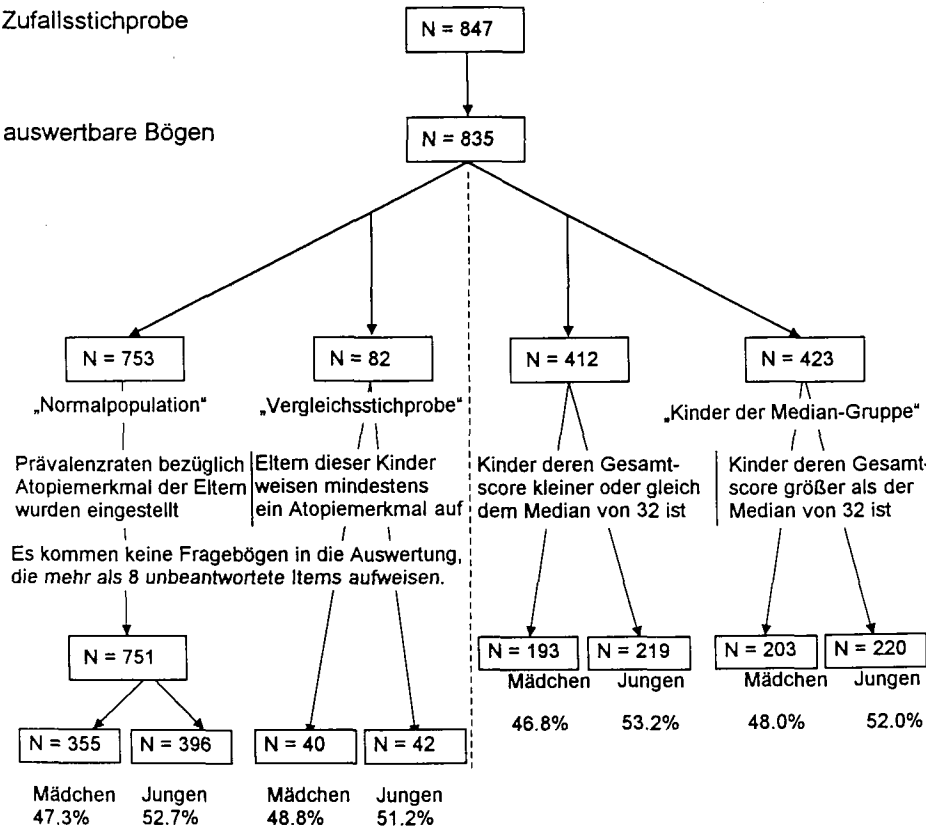


Abb. 1: Stichprobenzusammensetzungen der Untersuchung

dien bekannt. Wenn wir die soziale Schichtung nach der ausgeübten Berufstätigkeit der Eltern in drei große Schichtgruppen zusammenfassen, erhalten wir folgenden Verteilungsvergleich.

Tab. 1: Normierungsstichprobe

Soziale Schicht	Anteil in % an der Grundgesamtheit (N = 6056)	Anteil in % der Normierungsstichprobe (N = 751)
Unterschicht	12 %	3,0 %
Mittelschicht	56 %	63,5 %
Oberschicht	23 %	31,0 %
Keine Schichtzuordnung möglich	9 %	2,5 %

Dieser Vergleich macht deutlich, daß die Selektionseffekte bei der Beteiligung in der Studie über 2½ Jahre zu einer Überrepräsentierung der Mittel- und Oberschicht geführt haben. Bei dieser groben Schichteneinteilung wurden zur Unterschicht gezählt: Sozialhilfeempfänger, un- bzw. angelernte Arbeiter und Arbeiterinnen sowie Hausfrauen bzw. Hausmänner. Zur Mittelschicht: Sekretärinnen, Facharbeiter, einfache, mittlere und gehobene Beamte bzw. Angestellte, Handwerksmeister bzw. -meisterinnen, Selbständige in Kleingewerbe oder mit kleineren Betrieben. Oberschicht: leitende Beamte bzw. Angestellt und Selbständige mit mittleren bzw. größeren Betrieben.

Hinsichtlich der Bevölkerungsrepräsentativität muß gegen unsere Normierungsstichprobe des weiteren kritisch eingewandt werden, daß durch die städtische Lage der geburtshilflichen Zentren die Stadtbevölkerung zum Nachteil der Landbevölkerung überrepräsentiert ist. Ebenfalls auf die Verhältnisse in den Kreißsaal-Grundgesamtheiten sind auch weitere Einwände zurückzuführen, z. B. die Tatsache, daß keine Kinder aus Hausgeburten repräsentiert sind und daß Kinder mit Hochrisikogeburten und frühgeborene Kinder grundsätzlich ausgeschlossen wurden. Diese Einwände müssen bei der Interpretation der Ergebnisse ebenso bedacht werden wie die relativ komfortable Datenbasis von 751 Datensätzen, die aus einer breiten multizentrischen Verteilung aus dem Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik stammen. Da die Studie vor der Wiedervereinigung konzipiert wurde, sind keine Studienzentren aus dem Gebiet der ehemaligen DDR mit einbezogen worden. Sollten die Ergebnisse im Hinblick auf die Häufigkeiten bestimmter kindlicher Verhaltensweisen bei unserer bundesrepublikanischen Normierungsstichprobe stark von internationalen Vergleichsstichproben abweichen, sollte nur von Richtwerten für westdeutsche Kinder gesprochen werden.

ACHENBACH (1992) erhielt seine Syndromskalen durch Faktorenanalysen an einer Teilstichprobe (273 Mädchen und 376 Jungen), die sich aus Kindern ohne bisher erkannte Belastungen, aber auch aus frühgeborenen, entwicklungsverzögerten Kindern aus psychiatrischen Einrichtungen zusammensetzte. Um diese sehr heterogene Gruppe ein-

geschlossen zu werden, mußten die Kinder eines der folgenden Kriterien erfüllen: (a) Kind war in psychiatrischer Behandlung oder (b) Gesamtscore des Kindes lag über dem entsprechenden geschlechtsabhängigen Median (Mädchen > 31, Jungen > 32).

Diese mit Verhaltensauffälligkeiten belastete Stichprobe wurde deshalb konstituiert, da Verhaltensmuster ermittelt werden sollten, die besonders für die Auswertung der Daten von „Problemkindern“ geeignet sind. Da in der Kohorte MAS-90 in diesem Alter kinderpsychiatrisch behandelte Kinder nicht in nennenswerter Zahl vorhanden waren, bemühten wir uns ähnlich dem Vorgehen, das ACHENBACH bei der Faktorenanalyse für die 4–19jährigen Kinder wählte, eine Klinikstichprobe von Kindern zwischen 2 und 4 Jahren zusammenzustellen. Angesichts der altersspezifischen Inanspruchnahme ist die bisher erreichte Zahl von Fällen zu gering, um darauf eine fundierte Analyse aufbauen zu können. Auch Versuche, durch das „Poolen“ von Datensätzen aus mehreren Kliniken (eine Mitwirkung wurde von den Abteilungen in München und Köln zugesagt) führten bislang noch nicht zu einer befriedigenden Fallzahl. Da ACHENBACHS Stichprobe verhaltensauffälliger Kinder allerdings nach wenig nachvollziehbaren und kaum reproduzierbaren Kriterien zustande gekommen war, entschlossen wir uns, eine Auswertung hinsichtlich des einen von ihm klar definierten Einzelkriteriums (Kind liegt über dem entsprechenden geschlechtsabhängigen Median) vorzunehmen. Aus der Gesamtheit der auswertbaren Bögen (N = 835) wurde so eine Stichprobe von insgesamt 423 Kindern (203 Mädchen entsprechend 48% und 220 Jungen entsprechend 52%) gebildet. Der geschlechtsabhängige Median lag in unserer Stichprobe für Mädchen und Jungen bei 32. Diese Gruppe wird im weiteren die Gruppe der verhaltensauffälligeren Kinder oder „Mediengruppe“ genannt.

2.2 Methodik

In Anlehnung an ACHENBACH führten wir ebenfalls faktorenanalytische Methoden durch, um die Fülle von Einzelinformationen, die in den 99 auswertbaren Items der CBCL 2–3 liegen, auf bestimmte sinnvolle Dimensionen zu reduzieren. Mit ARMITAGE und BERRY (3. Auflage, 1994) kann vereinfachend gesagt werden, daß letztendlich die vielen Fragen im Verhaltensfragebogen nur gestellt wurden, weil eine einzelne Frage nach dem zugrundeliegenden Konstrukt von den Eltern nicht adäquat hätte beantwortet werden können.

ACHENBACH wählte für seine Analysen die Hauptkomponentenmethode, die in den Dreißiger Jahren HOTELLING entwickelt worden war. Die Hauptkomponentenanalyse ist ein Spezialfall der allgemeinen Faktorenanalyse. Das Prinzip des Vorgehens ist dabei folgendes: Die einzelnen Variablenvektoren können als Koordinatenachsen aufgefaßt werden, so daß jeder Koordinatenachse eine Zeile der Datenmatrix entspricht. Diese Achsen spannen sich in einem N-dimensionalen Raum auf. Gesucht wird nun ein neues Koordinatensystem, dessen Achsen dem Modell der Hauptkomponentenanalyse genügen. Dieses wird dann durch Drehung des Koordinatensystems im N-dimensionalen Variablenraum gefunden. Dies bedeutet also, daß korrelierte Variablen durch eine lineare Transformation in neue unkorrelierte, d. h. orthogonale Variablen (Hauptkomponenten) überführt werden. Die entstehenden

Tab. 2: Mittelwertvergleiche der Gesamtscores von Normalpopulationen aus USA, CDN, NL, D

Gesamtscores					
	Achenbach et al. 1987, USA	Larson et al. 1988, Canada	Koot & Verhulst 1991, Niederlande	Achenbach et al. 1992, USA	Fegert et al. 1994, BRD
N	273	756	421	368	751
Mittelwert	40,6	32,9	33,4	34,4	32,4
SD	19,5	18,8	18,9	19,8	15,7

Komponenten sollen ein Maximum der gesamten Merkmalsvarianz aufklären. Die erste Hauptkomponente (Y1) soll ein Maximum der Gesamtvarianz aller Variablen erfassen, die zweite Komponente ein Maximum der nach Extraktion der ersten Komponente verbleibenden Restvarianz (usw.).

Da die Faktorenanalyse nach ÜBERLAA (1968) bzw. ARMITAGE und BERRY (1994) nur eine sinnvolle Reduktion in der Dimensionalität der Daten erzielt, wenn die Komponenten sinnvoll interpretiert werden können, bleibt die Interpretation und die Entscheidung für bestimmte Faktorenlösungen in gewisser Weise subjektiv bzw. bedingt Fachwissen oder eine klinische Einschätzung über Sinn oder Unsinn bestimmter Lösungen.

ACHENBACH (1992) hat ohne explizit ausgedrückte theoretische Vorüberlegungen bis zu 12 Faktoren extrahiert. Die von ihm verworfenen Lösungen liegen relativ nahe an der Zufallsgrenze. Während KOOT (1993), basierend auf ersten Promaxrotationen, bei denen er nach seinen Angaben im Bereich der niedrigeren Ladungen bessere und deshalb interpretierbarere Ergebnisse als bei der Varimaxrotation erhielt, eine konfirmatorische Faktorenanalyse in bezug auf die 7 von ACHENBACH benannten Dimensionen durchführte, beschreiben wir hier zunächst unsere eigenen unterschiedlichen Faktorenmodelle. Bei ACHENBACH (1992) und KOOT und VERHULST (1991 bzw. KOOT 1993) wurde die Grenze, ab der eine Faktorenladung als bedeutsam anzusehen ist, willkürlich bei ≥ 0.3 angenommen. Wir gingen zunächst von einer Grenze bei 0.4 aus, entschlossen uns jedoch, wenn dies aus kinderpsychiatrisch-klinischen Gesichtspunkten sinnvoll schien, auch Faktorenladungen ab 0.3 in Betracht zu ziehen.

3 Ergebnisse

3.1 Gesamtauffälligkeit

Einen ersten Überblick über die Gesamtauffälligkeit der Kinder erlaubt die Bildung des sogenannten „Gesamtscores“ (Total score). Dieser Summenscore wird dadurch ermittelt, daß man die angegebenen Werte für die einzelnen Items (0,1, oder 2) für alle Items addiert. Maximal ist also ein Gesamtwert von 200, minimal ein Wert von 0 zu erreichen. Bildet man Mittelwert und Standardabweichung des Gesamtscores, so ist es möglich, einen ersten internationalen Vergleich mit den anderen Studien zur CBCL 2–3 durchzuführen.

Die Tabellen 2 und 3 zeigen einen solchen Vergleich der Gesamtscores zwischen dem ersten Sample von ACHENBACH et al. zur CBCL 2–3 von 1987 zu den ebenfalls in einer Prospektiv-Kohorte erhobenen Daten von LARSSON et al. (1988) in Kanada und zu den Daten von KOOT und VERHULST (1991; KOOT 1993) aus den Niederlanden und zur zweiten Population von ACHENBACH (1992). Auffallend

ist die sehr hohe Übereinstimmung der vier letztgenannten Total scores. Während KOOT und VERHULST (1991) bei der Erörterung ihrer Ergebnisse noch diskutierten, ob die höheren Werte in der ersten amerikanischen Stichprobe auf einen unterschiedlichen Stadt-Land-Verteilungsanteil, mit hohem städtischen Anteil in der amerikanischen Stichprobe und dem eher ländlichen Anteil in der holländischen Stichprobe, zurückzuführen seien, ist aufgrund der anderen Ergebnisse und vor allem aufgrund von ACHENBACHS erweiterter Stichprobe von 1992 davon auszugehen, daß andere Faktoren für dieses als einziges von allen anderen Studien signifikant abweichende Ergebnis anzunehmen sind. KOOT (1993), der in seiner Untersuchung ausführlich die beiden amerikanischen Samples vergleicht, betont auch, daß die Hauptkomponentenanalysen in der Stichprobe von 1986 (ACHENBACH 1987) und in der Stichprobe von 1992 (ACHENBACH 1992) in bezug auf manche Skalen zu sehr abweichenden Faktorenlösungen führten. So fanden sich z. B. in der 1992er Version der Skala mit dem Namen „Sozialer Rückzug“ nur 36% der Items aus der Fassung von 1987 wieder. Für die Skala „depressiv“ bzw. „ängstlich-depressiv“ war die Rate mit 18% noch geringer. Identisch repliziert wurde bei ACHENBACH in beiden Stichproben die Schlafproblem-Skala. Zwar können in unserer Untersuchung keine Angaben zur Test-Retest-Reliabilität und auch nicht zur Interrater-Reliabilität gemacht werden, da aufgrund der Voraussetzungen in der Prospektiv-Kohorte die hier notwendigen Designs nicht durchführbar waren, doch kann wegen der insgesamt guten internationalen Vergleichbarkeit hier vor allem auf die große niederländische Untersuchung von KOOT und VERHULST (1991) bzw. KOOT (1993) verwiesen werden. In dieser Untersuchung erfolgte auch eine ausführlich fundierte externe Validierung durch kinderpsychiatrische Untersuchungen (vgl. KOOT 1993).

Tab. 3: Mittelwertvergleiche der Gesamtscores zwischen Jungen und Mädchen

Gesamtscores				
	Achenbach et al. 1992, USA		Fegert et al. 1994, BRD	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
N	184	184,6	355	396
Mittelwert	34,8	34,0	32,3	32,4
SD	19,8	20,6	15,6	15,8

Tab. 4: Die deutsche Stichprobe auf den Skalen von Achenbach

Skalen	Itemzahl	Mittelwert			Standardabweichung			Cronbachs-Alpha			Reliabilitätsbewertung		
		N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A
Syndromskalen von Achenbach													
Gesamtskala ¹	98	32.25	44.63	33.8	15.55	12.03	19.9	.91	.81	.96	++	+	++
Externalizing	26	11.96	16.42	12.8	6.4	5.43	8.3	.85	.74	.93	+	°	++
Internalizing	25	6.48	9.22	8.0	4.23	4.24	5.2	.76	.70	.88	°	°	+
destruktives Verh.	11	3.18	4.48	4.1	2.7	2.54	3.3	.68	.60	.83	-	-	+
aggressives Verh.	15	8.77	11.94	8.6	4.55	3.78	5.7	.81	.67	.92	+	-	++
somatische Probl.	14	2.89	3.89	2.4	2.18	2.31	2.4	.44	.37	.65	--	--	
Schlafprobl.	7	3.33	5.58	3.2	2.69	2.80	2.8	.71	.68	.83	°	-	+
sozialer Rückzug	14	2.74	4.04	3.5	2.30	2.45	2.8	.62	.55	.84	-	-	+
ängstl./depressiv	11	3.75	5.19	4.5	2.47	2.51	3.0	.64	.57	.78	-	-	°

N = 751 Kinder der Normalpopulation auf den Skalen von Achenbach
M = 423 Kinder der Median-Gruppe auf den Skalen von Achenbach
A = amerikanische Stichprobe; Handbuch von ACHENBACH 1992 S. 189
Beurteilungskriterien:

- Alpha ≤ .90 sehr gut ++
- .80 ≤ Alpha < .90 gut +
- .70 ≤ Alpha < .80 befriedigend °
- .50 ≤ Alpha < .70 eingeschränkt -
- Alpha < .50 unbefriedigend --

Als Maß für die sogenannte interne Konsistenz konnten wir in unserer Stichprobe Cronbachs Alpha bestimmen. Hier erhielten wir, ähnlich wie Koor (1993) an seiner niederländischen Stichprobe, vergleichbar befriedigende Ergebnisse, wobei in unserer Stichprobe schlechtere Ergebnisse vor allem im internalisierenden Bereich bei den Skalen „Sozialer Rückzug“ und „ängstlich-depressiv“ auftraten. Sowohl in den niederländischen Stichproben als auch in unserer Untersuchungspopulation schnitt die Skala „somatische Probleme“ mit einem Alpha um ca. .40 indiskutabel schlecht ab, was jedoch angesichts ihrer Heterogenität (vgl. Koor 1993) gut nachvollziehbar ist.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Mittelwerte der Gesamtskalen der beiden übergeordneten Skalen „externalizing“ und „internalizing“ und der sechs Syndromskalen in bezug auf ACHENBACHs amerikanisches Sample, unsere Normalstichprobe und eine hier mit M gekennzeichnete Stichprobe von Kindern, deren Total scores über dem Median lagen. Diese im folgenden Medianstichprobe genannte rechnerisch gebildete Stichprobe von mehr mit Verhaltensproblemen belasteten Kindern stellt den Versuch dar, ACHENBACHs Vorgehen, Syndromskalen aus den Angaben auffälligerer Kinder abzuleiten, nachzuvollziehen.

Versucht man nun aufgrund unserer Ergebnisse Aussagen über die Prävalenz auffälligen Verhaltens nach den jeweiligen landesspezifischen Normen zu treffen, so gibt es hierfür – wie die Literaturübersicht zeigte – bisher zwei Wege. Entweder man entscheidet sich generell für eine gewisse Cut-off-Setzung und nennt jedes Kind auffällig, das mindestens in einem Skalenbereich diesen Schwellenwert, der entweder bei der 95. Percentile oder bei vorsichtigerem Vorgehen bei der 98. Percentile liegen sollte, überschreitet. REMSCHMIDT und WALTER (1990) hatten sich für

die CBCL 4–18 im Gegensatz dazu zu einem altersabhängigen Expertenrating in bezug auf die psychiatrische Diagnostik einzelner Symptome entschieden. Aufgrund der in der Literaturübersicht dargelegten mangelhaften Repräsentierung psychischer Probleme im Kleinkindesalter in den gängigen diagnostischen Manualen (ICD-10, DSM-IV) schied diese Möglichkeit hier zunächst aus. Tabelle 5 zeigt die einzelnen prozentualen Häufigkeiten im internationalen Vergleich zwischen der deutschen, US-amerikanischen und niederländischen Stichprobe.

Tab. 5: Prävalenz auffälligen Verhaltens auf Achenbachs Syndromskalen nach landesspezifischen Normen

	Kinder gesamt		
	Deutschland	USA	Niederlande
ängstlich depressiv	2,5%	3%	1,9%
sozialer Rückzug	2,8%	4%	2,1%
Schlafproblem	2,4%	5%	3,4%
Somat. Problem	3,0%	3%	1,2%
aggressives Verhalten	2,3%	3%	2,4%
destruktives Verhalten	2,8%	4%	
oppositionell			2,4%
hyperaktiv			3,1%
mindestens 1 Syndromskala jenseits des „cut-off“ → Häufigkeit verhaltensauffälliger Kinder in Prozent	11,6%	12%	12,6%

Wie ACHENBACH (1992) und auch KOOT (1993) führten wir eine Varianzanalyse auf Einzelitemebene durch, in die die Schulbildung der Mutter, das Geschlecht und der sozioökonomische Status der Eltern mit einbezogen wurden. Im Gegensatz zu den genannten Studien konnten wir keine Alterseffekte berücksichtigen, da im Rahmen der prospektiven Untersuchung, in der diese Studie durchgeführt wurde, nur zu einem Alterszeitpunkt (mit zweieinhalb Jahren) der Fragebogen erhoben worden war. Zieht man COHENS (1988) Kriterien für die Wertigkeit von Effekten, die auch ACHENBACH (1992) bei der Bewertung seiner Kovarianzanalyse anlegte, heran, so müssen alle von uns aufzeigbaren Geschlechts-, Schulbildungs- oder Statureffekte als „kleine“ Effekte bezeichnet werden. Auch bei den nur von ACHENBACH (1992) bzw. KOOT (1993) beschriebenen Alterseffekten handelt es sich durchgängig um schwache Effekte. Einzig beim Item 65, welches die Sauberkeitserziehung betrifft, wird durch ein Jahr Altersunterschied ein Effekt zuungunsten jüngerer Kinder beschrieben, der immerhin 5% der Gesamtvarianz aufklärt. Letztendlich erscheinen als Ergebnisse der Kovarianzanalyse nur einige wenige geschlechtsspezifische Unterschiede überhaupt erwähnenswert. Die Items 17 und 18 („zerstört eigene Sachen“, „zerstört die Sachen anderer Kinder“) unterscheiden sich mit 3% Varianzaufklärung signifikant zwischen Jungen und Mädchen. Erwartungsgemäß war dieses destruktive Verhalten häufiger bei Jungen zu finden. Ein gleichsinniger Geschlechtsunterschied findet sich auch für das Item 53 („greift Leute an“) ebenfalls mit 3% Varianzaufklärung. Ein gleich starker Effekt, allerdings mit umgekehrter Geschlechtsverteilung, läßt sich für das Item 52 („Schmerzen bei der Verdauung“) beschreiben, welches bei Mädchen häufiger genannt wurde. Schichtunterschiede und Unterschiede in Abhängigkeit von der Schulbildung der Mutter waren noch diskreter, sie wurden bei FEGERT (1995) ausführlich dargestellt, ihre Erwähnung erübrigt sich wegen der vernachlässigbaren Relevanz hier.

3.2 Versuch, Achenbachs Vorgehen nachzuvollziehen

ACHENBACHS Vorgehen bei der Entwicklung seiner Syndromskalen war nach seinen eigenen Beschreibungen folgendes: Er berechnete zunächst für die angegebenen drei Datenbasen Jungen und Mädchen gemeinsam ($N = 546$), Jungen allein ($N = 367$), Mädchen allein ($N = 273$), und zwar alle 6 bis 12 Faktorenlösungen. Seiner Ansicht nach zeigten die entstandenen Faktorenmodelle, daß die intendierten Syndromskalen sich am besten ausbildeten, wenn man Jungen und Mädchen nicht getrennt betrachtete, sondern die gemeinsame Stichprobe analysierte. Allerdings muß hier angegeben werden, daß die einzelnen möglichen Lösungen nicht dargelegt bzw. diskutiert werden und das THOMAS ACHENBACH ungefähr zum gleichen Zeitpunkt wegen der größeren Übersichtlichkeit, vor allem bei der Analyse von verschiedenen Informationen, auch für Kinder und Jugendlichen-Skalen von einer geschlechtsspezifischen Betrachtung abwich. Ausgehend von einer 7-Faktoren-Lösung für die Gesamtgruppe der 546 Kinder interpretierte ACHENBACH die 6 Faktoren mit dem höchsten Eigenwert, wobei er den 7. extrahierten Faktor vernachlässigte. Diese mit römischen Ziffern von I bis VI bezeichneten und in eine Rangfolge gebrachten Faktoren sind nicht in dieser Reihenfolge

nach ihren jeweiligen Eigenwerten geordnet, sondern entsprechen der von ACHENBACH eingeführten Aufteilung in internalisierendes und externalisierendes Verhalten, welche er wiederum durch eine Faktorenanalyse zweiter Ordnung auch für diesen Datensatz post hoc legitimierte. Es gibt in dem Handbuch (ACHENBACH 1992) keine Angaben darüber, ob auch 2- bis 6-Faktoren-Lösungen betrachtet wurden und ob sich hier sinnvolle interpretierbare Faktoren fanden. Wir versuchten aus unserer sogenannten „Mediangruppe“ ($N = 423$, entsprechend 203 Mädchen und 220 Jungen) eine Replikation der Syndromskalen von ACHENBACH. Analog zu seinem Vorgehen wählten wir eine 7-Faktoren-Lösung als Grundlage der Interpretation, wobei wir allerdings auch – wohl im Gegensatz zu ACHENBACH, der dies in seinem Handbuch (1992) nicht darlegt – schon interpretierbare 2-, 3-, 4-, 5- und 6-Faktorenlösungen beschreiben konnten. Vor allem die 2-Faktorenlösung an der Normalstichprobe wie an der Medianstichprobe zeigte einen *internalisierenden* und einen *externalisierenden Verhaltenspool*, der ACHENBACHS in seiner Studie durch Faktorenanalyse 2. Ordnung gewonnene Metastruktur empirisch stützt. Betrachtet man bei unserer 7-Faktorenlösung einen einzelnen Itemgruppen, so ist der 6. entstandene Faktor nur schwer sinnvoll zu interpretieren. Im Gegensatz zu ACHENBACHS Zuordnungsregeln ordneten wir alle Items mit Faktorenladung > 0.4 dem entsprechenden Faktor zu, auch wenn dieses Item auf einem weiteren Faktor lud. Nur für den 6. Faktor, den wir insgesamt nicht interpretieren konnten (auch ACHENBACH hatte bei seiner 7-Faktorenlösung auf die Interpretation eines Faktors verzichtet), wurden Items, welche auf einer zweiten Skala Ladung > 0.3 aufwiesen, dieser Skala zugewiesen. Auf diese Weise wurde die offensichtlich international und über alle Analysen hinweg sehr stabile Schlafproblemskala identisch repliziert. ACHENBACHS Skala 1 und 2 für sogenanntes internalisierendes Verhalten fielen bei uns in unserem 1. Faktor zusammen. Insgesamt konnten wir 12 Items von den 18 auf diesen Faktor ladenden Items replizieren. Inhaltlich sind auch die weiteren 5 Items, die in unserer Faktorenlösung zu diesem Bereich zählen, gut zuordenbar und stammen auf jeden Fall nicht aus einer der anderen Syndromskalen bei ACHENBACH, sondern aus den Item, die ACHENBACH zur Gruppe der anderen Probleme zählen mußte. Auch unser Faktor 3, der zu ca. zwei Dritteln ACHENBACHS Skala 5 „aggressives Verhalten“ entspricht, kann somit als inhaltlich übereinstimmend bewertet werden. Schlechter sind die Übereinstimmungen für unsere Faktoren 2 und 7, die sich allerdings – wie oben dargestellt – bei der Konstruktion problemhafter Skalen auf die Skala 6 und die Skala 4 bei ACHENBACH beziehen. Unser Faktor 4, der eine Aufmerksamkeitsstörungsdimension beschreibt, weicht vom ACHENBACHSchen Modell ab, deckt sich aber mit den Analyseergebnissen von KOOT (1993).

Insgesamt kann gefolgert werden, daß hier, obwohl keine klinische Stichprobe vorlag und auch nicht wie bei ACHENBACH eine Mischstichprobe aus Kindern mit Werten über dem Median und klinisch auffälligen Kindern herangezogen werden konnte, in wichtigen Grundzügen seine Lösungen nachvollzogen werden konnten. Da auch auf Einzelitemebene beeindruckende internationale Übereinstimmungen bestanden und der dargestellte Vergleich der Total scores zwischen den genannten Studien wenig Unterschiede zeigte, kann geschlossen werden, daß bei der Verwendung von ACHENBACHS Normen und Syndromskalen in Deutschland keine wesentlichen Fehler begangen werden. Präziser wäre vor allem für zwei- bis dreijährige Kinder die Verwendung unserer deutschen Normen, welche an einer etwas mittelschichtlastigen Stichprobe (Drop-out-

Effekt in der Kohorte) erhoben wurden. Wir konnten jedoch aufzeigen, daß Schichteffekte keinen zentralen Einfluß auf die Ergebnisse hatten. Ein weiterer Bias in unserer Kohorte, nämlich die Tatsache, daß die Grund-Kohorte an 6 großstädtischen Geburtskliniken konstituiert worden war, läßt sich auch im Vergleich zur holländischen Stichprobe, die mehr ländlich geprägt ist, aufgrund der hohen Übereinstimmung der beiden Gruppen relativieren. Dies bedeutet, daß für internationale Vergleiche ACHENBACHS CBCL 2-3 nun in einer deutschsprachigen Version und deutschen Normierung für 2- bis 3jährige Kinder vorliegt. Ob man sich bei der Anwendung der Skala für 3- bis 4jährige Kinder für die altersentsprechenden amerikanischen Normen entscheidet oder die nicht ganz altersentsprechenden deutschen Normen anwendet, bleibt im Ergebnis nahezu irrelevant. Beim Arbeiten mit den deutschen Normen wird für einige wenige stark entwicklungsabhängige Verhaltensweisen, wie z. B. Sauberkeitserziehung, zu beachten sein, daß durch die Normierung an einer 2½jährigen-Stichprobe die gewonnenen Normen für 3½jährige Kinder nicht ganz streng genug sind. Dies bedeutet jedoch, daß bei der globalen Auswertung, wenn die deutschen Normen auch für 3- bis 4jährige Kinder angewandt werden, eher vorsichtig vorgegangen wird, so daß ein Überschreiten der 95. bis 98. Percentile als beachtenswerte, vielleicht klinisch relevante Auffälligkeiten bemerkt werden sollte.

3.3 Geschlechtsspezifische Faktorenlösungen

Weniger zufrieden waren wir mit ACHENBACHS Entscheidung, auf geschlechtsspezifische Faktorenlösungen zu verzichten. Wir kommen zu dem Schluß, daß kindliches Ver-

halten gerade im Alter zwischen 2 und 3 Jahren in unserer Gesellschaft bei Mädchen und Jungen relativ divergent bewertet wird. Wir führten deshalb getrennte Faktorenanalysen an den Datensätzen der 396 Jungen der Normalpopulation und der 355 Mädchen der Normalpopulation durch. Sowohl bei den Mädchen, wie auch bei den Jungen erschien uns eine 5-Faktorenlösung klinisch die sinnvollsten Ergebnisse zu bieten. Wir nannten die entstandenen Skalen entsprechend unserer Kritik an ACHENBACHS Syndrombegriff „Verhaltens- und emotionale Dimensionen“ (Tab. 6). Für die Jungen beschrieben wir 5 Skalen, die sich aufgrund ihrer Entwicklung von der 2- bis 5-Faktorenlösung drei Bereichen zuteilen ließen. Die erste Skala „aggressiv-ausagierend“ mit einem Eigenwert von 5.15, bestehend aus 11 Items, und die Skala „irritabel-unruhig“, Eigenwert 4.44, bestehend aus 12 Items, können dem externalisierenden Gesamtbereich zugeordnet werden. Gerade diese letztgenannte Skala beschreibt einen Bereich, der für die Untersuchung von Aufmerksamkeitsdefiziten relevant scheint. Geschlechtsspezifisch ist eine Skala, die wir „frustrationsintolerant“ nannten, Eigenwert 4.08, bestehend aus 12 Items, die sowohl eher externalisierende Items („schreit viel“, „reizbar“) wie auch internalisierende (z. B. „weint“, „Veränderungsangst“, „Gefühle verletzbar“, „Launen“, „Stimmungswechsel“) Items enthält. Im internalisierenden Bereich lassen sich 2 Skalen beschreiben, die Skala „ängstlich-schüchtern“ mit insgesamt 13 Items und einem Eigenwert von 4.66, und die in bezug auf ACHENBACH identisch replizierte Schlafproblemskala, die sich bei der geschlechtsspezifischen Bewertung bei den Jungen eindeutig aus dem internalisierenden Itempool der 2-Faktorenlösung heraus entwickelte. Betrachtet man nun unsere Ver-

Tab. 6: Geschlechtsspezifische Verhaltens- und emotionale Dimensionen

Skalen	Itemzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Cronbachs Alpha	Bewertung der Reliabilität
355 Mädchen der Normalpopulation					
Gesamtskala	86	31.86	15.15	.91	++
aggressiv	13	3.64	3.15	.74	°
oppositionell/irritabel	18	11.71	5.88	.87	+
Schlafprobleme	7	3.43	2.70	.71	°
depressiv/somatisieren	9	1.49	1.78	.62	-
ängstlich/schüchtern	12	3.24	2.89	.77	°
396 Jungen der Normalpopulation					
Gesamtskala ¹	85	31.88	15.18	.91	++
aggressiv/ausagierend	11	4.32	3.15	.78	°
irritabel/reizbar	12	8.70	4.23	.79	°
depressiv	12	5.27	3.63	.78	°
Schlafprobleme	7	3.24	2.67	.71	°
ängstlich/schüchtern	13	3.20	3.08	.71	°

¹ Ausschuß von Item 51 „hat Übergewicht“ führt zu einem Alhawert von .55 (eingeschränkt)

Alpha ≥ .90, sehr gut	++
.80 ≤ Alpha < .90, gut	+
.70 ≤ Alpha < .80, befriedigend	°
.50 ≤ Alpha < .70, eingeschränkt	-
Alpha < .50, unbefriedigend	--

haltens- und emotionalen Dimensionen für 2- bis 3jährige Mädchen, so gibt es zwei mehr oder weniger internalisierende Qualitäten, die wir aber nicht einer übergeordneten Skala zugeordnet haben. Zunächst der Bereich „ängstlich-schüchtern“, der hohe Übereinstimmungen mit der gleichnamigen Skala für die Jungen aufweist, diese Skala hat bei den Mädchen 12 Items und einen Eigenwert von 4.63. Die 2. Dimension beschreibt die Skala, die wir mit den Begriffen „depressiv“ und „somatisierend“ umschrieben haben. Sie besteht aus 9 Items und gruppiert hier bei den Mädchen affektive Merkmale zusammen mit körperlichen Symptomen wie z. B. „dem Kind tut häufig etwas weh“, „Verstopfung“, „Durchfall“, „Magenschmerzen“. Diese Skala hat einen Eigenwert von 3.06.

Im externalisierenden Bereich finden sich drei Skalen: Die Skala „aggressiv“, bestehend aus 13 Items und einem Eigenwert von 5.17, die Skala „oppositionell-irritabel“, bestehend aus 18 Items und einem Eigenwert von 6.65, sowie die wiederum identisch replizierte Schlafproblemskala, bestehend aus 7 Items und einem Eigenwert von 3.2. Offensichtlich werden Schlafschwierigkeiten bei Mädchen im Alter von 2 bis 3 Jahren von ihren deutschen Eltern anders konnotiert als die identischen Probleme bei den Jungen. Auch das dem Trotzalter durchaus entsprechende oppositionelle und frustrationsintolerante Verhalten wird geschlechtsspezifisch konnotiert, wobei an Mädchen höhere Folgsamkeitserwartungen als an Jungen gestellt werden.

4 Diskussion

Aufgrund unserer Ergebnisse der geschlechtsspezifischen Skalenbildungen für emotionale und Verhaltensdimensionen auf der Basis von ACHENBACHS CBCL für 2- bis 3jährige gelangen wir zu der Ansicht, daß es gerade in diesem frühen Alter, in dem sich noch keine klaren Verhaltenssyndrome herausgebildet haben, sinnvoll ist, geschlechtsspezifische, faktorenanalytisch gewonnene Verhaltensdimensionen zu beschreiben. Die völlig unterschiedliche Zuordnung der Schlafproblemskala, die von der Verhaltensphänomenologie identisch ist, zeigt, wie gleiches Verhalten bei Kindern unterschiedlichen Geschlechts unterschiedlich bewertet werden kann. Offensichtlich gehen die deutschen Eltern, die hier Angaben zum Verhalten ihrer Kinder machten, bei den Jungen davon aus, daß die Symptome der Schlafschwierigkeiten eher Ausdruck eines dem internalisierenden Bereich zuzuordnenden Problems sind. Bei den Mädchen werden dagegen im gleichen Alter Schlafprobleme eher als störendes externalisierendes Verhalten beschrieben. Auch im Umgang mit anderen altersentsprechenden Verhaltensproblemen wie das von ACHENBACH sogenannte „oppositionelle“ Verhalten, welches im Trotzalter nicht unbedingt pathologisch bewertet werden sollte, zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Konnotationen. Wir sind der Ansicht, daß ein Verzicht auf eine geschlechtsspezifische Sichtweise zwar nicht zu völlig veränderten klinischen Einschätzungen führt, jedoch wesentliche geschlechtsspezifische Informationen außer acht läßt. Diese geschlechtsspezifische Betrachtung kann auch einige me-

thodische Probleme der Globallösungen beseitigen. ACHENBACHS Skala „somatische Probleme“, die auch in KROOTS Analyse (1993) eine sehr schlechte interne Konsistenz zeigte, verschwindet in unseren Verhaltensskalen bei den Jungen und erscheint nur noch als gemischte emotionale und Verhaltenskategorie bei den geschlechtsspezifischen Skalen für die Mädchen. Auch hier hat diese Skala die schlechteste interne Konsistenz mit .62, alle andere Skalen lagen über .70 (sowohl bei den Mädchen wie bei den Jungen), dennoch bedeutet dies eine deutliche Optimierung. Insgesamt ist in unseren hier beschriebenen Verhaltensdimensionen kein Konkurrenzmodell zu sehen, vielmehr bieten sich unterschiedlichen Anwendern Alternativen für spezifische Anwendungszusammenhänge. In internationalen Vergleichsstudien muß bei aller berechtigten Kritik an ACHENBACHS „Syndrombegriff“ auf eine nicht-geschlechtsspezifische Skalenbildung zurückgegriffen werden. Dies erlaubt eine internationale Vergleichbarkeit, wobei die bisherigen Untersuchungen eine erstaunliche internationale Übereinstimmung der Ergebnisse erbrachten. Allerdings stimmen auch für die CBCL 4–18 Untersuchungen aus den genannten Ländern sehr viel besser überein als Angaben von Eltern z. B. aus Südeuropa (vgl. DÖPFNER et al. 1994). Wenn ACHENBACH die klinische Relevanz seiner sogenannten Syndromskalen unterstreicht, so beruft er sich wiederholt darauf (vgl. ACHENBACH 1992), daß diese Skalen faktorenanalytisch an einer auffälligen Population gewonnen wurden. Wir haben aufgezeigt, daß dies für den 2–3jährigen Fragebogen nur eingeschränkt gilt, eine tatsächliche klinische Population untersuchten nur KOOT und VERHULST (1991, bzw. KOOT 1993). Unsere dargestellte Analyse an der sogenannten „Medianpopulation“ und die Vergleiche in der eben zitierten holländischen Stichprobe zeigen aber, daß der Einfluß dieser Unterscheidung gerade in größeren Stichproben relativ gering ist. In Deutschland könnte deshalb im klinischen Alltag, aber z. B. auch in Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen, die geschlechtsspezifische Auswertung der CBCL 2–3 nach unseren deutschen Normen für die Verhaltens- und emotionalen Skalen eine wichtige Ergänzung zu ACHENBACHS „Syndromskalierung“ darstellen. Mit den genannten Einschränkungen sind die von uns erhobenen deutschen Normen auch für 3- bis 4jährige Kinder noch gut anwendbar. Wir haben auf der Basis dieser Studie ein Software-Programm (FEGERT et al. 1995) entwickelt, welches es dem Anwender bei einmaliger Eingabe der Antworten aus dem Fragebogen ermöglicht, vier spezifische, fallbezogene Ausdrücke zu erstellen. Zunächst kann der englischsprachige Ausdruck nach dem Profil von ACHENBACH erstellt werden. Des weiteren ist es möglich, dasselbe Profil in unserer deutschen Übersetzung (aber mit ACHENBACHS amerikanischen Normen) auszudrucken. Dann kann ACHENBACHS Syndromskalenlösung mit unseren deutschen Normen dargeboten werden. Schließlich können geschlechtsspezifische Profile für die Verhaltens- und emotionalen Dimensionen auf der Basis unserer deutschen Norm erstellt werden. Wir dachten, daß diese Softwarelösung, die dem Nutzer bei einem Eingabevorgang verschiedene Sichtweisen auf ein und dasselbe Kind erlaubt und die Zusammenfassung der Datensätze zu unterschied-

lichen Studien nach den jeweils gewünschten Kriterien ermöglicht, eine sinnvolle praktische Antwort auf die Fragen, die sich aus unserer Untersuchung an einer deutschen Stichprobe zu Achenbachs CBCL 2-3 ergaben, darstellt.

5 Schluß

Während eine an klassischen Diagnose-Schemata orientierte Diagnostik im frühen Kindesalter immer Gefahr läuft, entweder nicht über altersentsprechend klar formulierte Kriterien verfügen oder noch normales altersentsprechendes Verhalten gemäß bestimmter diagnostischer Kategorien für höhere Altersstufen zu „pathologisieren“, kann der Einsatz der CBCL 2-3 eine Chance in der deskriptiven Entwicklungspsychopathologie darstellen. Zwar eignet sich ACHENBACHS Vorgehen weniger für die Erfassung und Beschreibung seltener und ausgeprägter früher Störungsbilder, wie z.B. dem Autismus. Hier sind die eingeführten psychiatrischen Klassifikationsschemata deutlich überlegen, doch kann mit Hilfe von ACHENBACHS empirisch gewonnenen Gruppierungen von Verhaltensweisen sehr viel müheloser ein altersadäquater Übergang zwischen Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie beschrieben werden. In diesem Beitrag konnten wir zeigen, daß Faktorenanalysen an einer Normalpopulation zu geschlechtsspezifischen, aussagekräftigen Dimensionen des Verhaltens und der Emotionalität führen. Wir haben ausführlich dargelegt, daß wir im Gegensatz zu ACHENBACH der Ansicht sind, daß es aus entwicklungspsychologischen Gründen wegen der offensichtlich teilweise völlig unterschiedlichen Konnotationen von gleichem beobachtbaren Verhalten bei den beiden Geschlechtern unseres Erachtens sehr viel günstiger ist, eine geschlechtsspezifische Betrachtung vorzunehmen. Dies soll nun nicht heißen, daß zwischen einzelnen Verhaltensweisen erhebliche Geschlechtsunterschiede bestanden hätten. Unsere Analysen zu dieser Fragestellung hatten insgesamt nur wenige relevante Unterschiede ergeben, welche sich in der zu erwartenden Richtung von mehr ausagierendem Verhalten bei Jungen finden ließen. Sehr viel interessanter ist aber die Tatsache, daß bei Mädchen und Jungen sich unterschiedliche Sets von Verhaltensweisen zu Faktoren gruppierten. Mit unserem Vorgehen ist es möglich, ausgehend vom alterstypischen, normalen Verhalten, zunächst einmal faktorenanalytisch gewonnene Dimensionen dieses Verhaltens zu beschreiben. Interessant ist hier z.B. die von uns bei den Jungen beschriebene Skala „Frustrationsintoleranz“, die sowohl Items aus dem eher ausagierenden Bereich wie auch Items, die eine emotionale Belastung anzeigen, vereint. Wir können deshalb sagen, daß bei zwei- bis dreijährigen Jungen noch eine gewisse alterstypische Frustrationsintoleranz z.B. mit Reizbarkeit, Stimmungswechseln, Zornausbrüchen, Schmollen, Weinen, emotionaler Verletzbarkeit vorliegt. Uns scheint es nicht sinnvoll, dieses Verhalten zu „pathologisieren“. Vielmehr entspricht diese Kombination von Verhaltensweisen einer in der Allgemeinpopulation der Jungen diesen Alters auftretenden Verhaltensdimension. Die statistische Auswertung unserer Ergebnisse macht es möglich, durch die Bestimmung von Schwellen- und Grenz-

werten (Cut-off-Setzung) auf der Ebene solcher Dimensionen normalen Verhaltens statistisch abgesicherte, abweichende Ausprägungen zu beschreiben. Der Vorteil dieses Vorgehens für die Entwicklungspsychopathologie liegt klar auf der Hand, denn wir gehen hier von empirisch gewonnenen, altersentsprechenden normalen Verhaltens- und emotionalen Dimensionen aus und orientieren uns nicht an prototypischen Beschreibungen bestimmter pathologischer Verhaltensweisen, die ihren maximalen Ausprägungsgrad erst in anderen Entwicklungsstufen erreichen. Auf der Basis anderer Untersuchungen (insbesondere Koor 1993) kann man davon ausgehen, daß bestimmte Verhaltensdimensionen, wie z.B. der Bereich der „Unruhe“, auch für spätere Altersstufen relativ stabil bleiben werden. Hier scheinen sich tatsächlich bei einem Teil der Kinder die Frühformen und Kernsymptome eines späteren hyperkinetischen Syndroms zu zeigen. Ein anderer Teil der Kinder scheint aber entwicklungsabhängig noch Auffälligkeiten in diesem Bereich zu zeigen. Wieder andere sogenannte „Auffälligkeiten“, wie bestimmte Schlafprobleme, können nur vor dem empirischen Hintergrund und im Vergleich zur Altersnorm tatsächlich als pathologisch bezeichnet werden, zeigen doch unsere Untersuchungen, wie viele Kinder in diesem Alter noch eine Kombination von Schwierigkeiten mit dem Schlafen zeigen. Die Schlafproblemskala war über alle Untersuchungen hinweg und mit allen Untersuchungsansätzen stabil und identisch repliziert worden. Rückt man den entwicklungspsychopathologischen Aspekt altersspezifischer Verhaltensdimensionen in den Vordergrund, muß man bei allem Verdienst, den ACHENBACH durch seinen Zugang erworben hat, Kritik an seinem Syndrombegriff üben. Syndrome, d.h. die typische Kombination pathologischer Verhaltensweisen, die per se eher als altersunabhängige Entitäten angenommen werden, liegen in bezug auf die CBCL 2-3 nicht vor.

Summary

Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children

The present article gives a literature review on rating scales and psychometric instruments used for behavior rating in infants and toddlers. The results of gender specific factor analysis in a German normative sample of 2½ year old children (N = 751) are compared to ACHENBACH's syndrome scales of the CBCL 2-3. In contrast to psychiatric diagnostic manuals (DSM-IV, ICD-10), which currently do not provide correct descriptions of the developmental psychopathology in this age group an empirically derived classification of age specific behavior is presented. Our own factor analysis replicated identically ACHENBACH's sleep-probleme-scale for this age group and came very next to ACHENBACH's syndrome scales. A comparison of the published international normative samples for the CBCL 2-3 shows, that the results in the Netherlands, in the United States and Canada are not statistically different from our German group. In the context of developmental psychopathology we prognose gender specific factor solutions derived from a normative sample and not from a clinical

population. Psychometric data of these different versions are presented and discussed from a child psychiatrists view on developmental psychopathology.

Literatur

- ACHENBACH, T. M./EDEL BROCK, C. S./HOWELL, D. T. (1987): Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 15, 629-650. – ACHENBACH, T. M. (1992): Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile. Burlington: University of Vermont. – ARMITAGE, P./BERRY, G. (1994): Statistical methods in medical research. Third edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications. – BAUER, F. (1986): Datenanalyse mit SPSS. 2. rev. Aufl. Berlin: Springer. – BERGER, E./FRIEDRICH, M. H./SCHUCH, B. (1985): Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen: Allgemeine und spezielle Psychopathologie. Stuttgart: Thieme. – BILSKY, W./FLAIG, M. (1986): Verhaltensbeurteilung von Kindern – Reanalyse zweier Instrumente für den Einsatz in Kindergarten und Vorschule. *Diagnostica* 32, 129-141. – BORTZ, J. (1979): Lehrbuch der Statistik, Korr. Nachdruck der ersten Auflage. Berlin: Springer. – CALL, J. D./GALENSON, E./TYSON, R. L. (Eds.) (1983): *Frontiers of Infant Psychiatry*. Vol. 1. New York: Basic Books. – CALL, J. D./GALENSON, E./TYSON, R. L. (Eds.) (1985): *Frontiers of Infant Psychiatry*. Vol. 2. New York: Basic Books. – CASTRUP, M./NIELSEN, J. (1979): A review of the prevalence of psychiatric disorders in children under five. In: J. G. HOWELLS (Ed.): *Modern perspectives in the psychiatry of infancy*, 353-377. New York: Brunner/Mazel. – CORNELI, P./BROMET, E. (1986): Prevalence of behavior problems in three-year-old children living near Three Mile Island: A comparative analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 27, 489-498. – DÖLPFNER, M./BERNER, W./FLEISCHMANN, T./SCHMIDT, M. (1993): VBV 3-6. Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder. Weinheim: Manual/Beltz Test GmbH. – DUHM, E./ALTHAUS, D. (1979): Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter. Handanweisung. Braunschweig: Westermann. – EARLS, F. (1980): Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: A cross-national replication. *Archives of General Psychiatry* 37, 1153-1157. – EARLS, R./RICHMAN, N. (1980): The prevalence of behavior problems in 3-yr-old children of West Indian-born parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 21, 99-106. – EGELAND, B./KALKOSKE, M./GOTTESMAN, N./ERICKSON, M. F. (1990): Preschool behaviour problems: Stability and factors accounting for change. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 31, 891-909. – EMDE, R. N. (1985): Assessment of infancy disorders. In: M. RUTTER/L. HERSON (Eds.): *Child and Adolescent Psychiatry* (2d ed.). Oxford: Blackwell. – FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K./WAHN, U. (1993): Prävalenz und Persistenz von Schlaf- und Fütter Schwierigkeiten im 1. Lebensjahr. *Mschr. Kinderheilkd.* 141, 9. – FEGERT, J. M. (1995): Neurodermitis und problematisches Verhalten in den ersten drei Lebensjahren. Eine kinderpsychiatrisch-psychosomatische, epidemiologische Untersuchung über Auswirkungen atopischer Ekzemerkrankungen an einer multizentrischen prospektiven Geburtskohorte. FU Berlin: Unveröffentlichte Habilitationsschrift. – FEGERT, J. M./GÜTSCHOW, D./WOLF, A. (1994) (Arbeitsgruppe KJFD): Deutsche Computerauswerteprogramm für die CBCL 2-3. KJFD, 50931 Köln, Robert-Koch-Str. 10. – GORSUCH, R. L. (1983): Factor analysis. 2nd edition. London: Erlbaum. – GREENSPAN, S./PORGES, S. W. (1984): Psychopathology in infancy and early childhood: Clinical perspectives and the organization of sensory and affective-theme experience. *Child Development* 55, 49-70. – GÜTSCHOW, C./WOLF, A. (1994): Multivariate statistische Verfahren bei der Auswertung eines kinderpsychiatrischen Fragebogens. Berlin: Unveröffentlichte Diplomarbeit, Technische Fachhochschule. – HORN, J. L. (1965): A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* 30 (2) 179-185. – JENKINS, S./BAX, M./HART, H. (1980): Behaviour problems in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 21, 5-17. – JENKINS, S./OWEN, C./BAX, M./HART, H. (1984): Continuities of common behaviour problems in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25, 75-89. – KOOT, H. M. (1993): Problem behavior in Dutch preschoolers. Rotterdam: Erasmus University. – KOOT, H. M./VERHULST, F. C. (1991): Problem behavior in Dutch children aged 2-3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (Suppl. 367). – KREISLER, L./CRAMER, B. (1983): Infant psychopathology: Guidelines for examination clinical groupings, nosological propositions. In: J. D. CALL/E. GALENSON/R. L. TYSON (Eds.): *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books. – LARGO, R. H. (1993): Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten: Störungen oder Normvarianten? *Monatsschr. Kinderheilkd.* 141, 698-703. – LARSON, D. P./PLESS, I. B./MIETTINEN, O. (1988): Preschool behavior disorders: Their prevalence in relation to determinants. *J. Pediatr.* 113, 278-285. – LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H. (1992 a): Psychisch auffällige Eltern: Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? *Zeitschrift für Familienforschung* 4, 22-28. – LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H. (1992 b): Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 20, 12-21. – LONG, A. (1941): Parents' reports of undesirable behavior in children. *Child Development* 12, 43-61. – MACFARLANE, J. W./ALLEN, L./HONZIK, M. P. (1954): A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-one months and fourteen years. Berkeley: University of California Press. – MEYER-PROBST, B./TEICHMANN, H. (1984): Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung. Leipzig: Thieme. – MINDE, K./MINDE, R. (1977): Behavioural screening of pre-school children: A new approach to mental health? In: P. J. Graham (Ed.): *Epidemiological approaches to child psychiatry*, 139-164. London: Academic Press. – MINDE, K./MINDE, R. (1986): *Infant psychiatry*. Beverly Hills: Sage. – NISSEN, G. (Hrsg.) (1984): *Psychiatrie des Säuglings- und frühen Kleinkindalters*. Bern: Huber. – REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1990): *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist*. Göttingen: Hogrefe. – RICHMAN, N./STEVENSON, J./GRAHAM, P. J. (1982): *Preschool to school: A behavioral study*. London: Academic Press. – RICHMAN, N./GRAHAM, P. J. (1971): A behavioural screening questionnaire for use with three-year-old children: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 12, 5-33. – RICHMAN, N./STEVENSON, J. E./GRAHAM, P. J. (1975): Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 16, 277-287. – RICHMAN, N. (1977): Is a behaviour checklist for pre-school children useful? In: P. J. Graham (Ed.): *Epidemiological approaches in child psychiatry*. New York: Academic Press. – STERN, K. (1982): Verhaltensbeurteilungsbogen für Kinder. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum. – ÜBERLA, K. (1968): *Faktorenanalyse*. Berlin: Springer. – World Health Organisation (1989): *International Classification of Diseases ICD-10*, WHO-document; WHO/ MNH/MEP/87. 1. Rev. 2, Fassung vom 8.5.1989, Geneva.

Anschrift des Verfassers: Dr. Jörg M. Fegert, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kinder- und Jugendalters des Visschow-Klinikums der Humboldt-Universität zu Berlin, Platanenallee 23, 14050 Berlin.