

Prävalenz
von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in
stationärer pädiatrischer Behandlung

Dominik Thaler

Aus der Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital-Innenstadt
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr. med. Dietrich Reinhardt

Prävalenz
von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in
stationärer pädiatrischer Behandlung

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Dominik Thaler
aus München
2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. D. Reinhardt

Mitberichterstatter: Prof. Dr. W.v. Suchodoletz
Prof. Dr. U. Mansmann
Prof. Dr. R.v. Kries

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 07.07.2005

1. EINLEITUNG	6
1.1 Einführung	6
1.2 Stand der Forschung.....	6
1.3 Fragestellungen und Hypothesen.....	9
2. METHODEN.....	11
2.1 Stichproben	11
2.2 Kurze Beschreibung der verwendeten Fragebögen.....	17
2.2.1 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	17
2.2.1.1 SDQ-Auswertung.....	18
2.2.1.2 SDQ in der Literatur.....	20
2.2.2 Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation.....	23
2.2.3 Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern (BB)	23
2.3 Statistische Verfahren.....	24
2.3.1 Kolmogorov-Smirnov-Test	24
2.3.2 Mann-Whitney-U-Test.....	24
2.3.3 Spearmanscher- Korrelationskoeffizient.....	25
3. ERGEBNISSE	26
3.1. SDQ-Eltern:	26
3.1.1 SDQ-D Eltern :	26
3.1.3 SDQ-D Selbst Fragebogen:.....	37
3.2 SDQ-Eltern und der Familienbogen:.....	44
3.2.1 Überblick über statistisch signifikante Unterschiede:	44
3.2.2 Belastungsfaktoren der Eltern:	46
3.2.3 Lebenssituation und Familienstand der Mutter:	48
3.3 SDQ-Eltern und der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern.....	50
3.3.1 Übersicht:.....	50
3.3.2 Der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern in Korrelation zu den Scores aus dem SDQ-Eltern:.....	54
4. DISKUSSION	64
4.1 SDQ:.....	64
4.1.1 SDQ-Eltern	64
4.1.2 SDQ-Eltern Zusatzbogen:	70
4.1.3 SDQ-Selbst:	71
4.2 SDQ-Eltern und der Familienbogen:	72
4.2 SDQ-Eltern und der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern:	74
5. ZUSAMMENFASSUNG	78

6. AUSBLICK.....	80
8. VERZEICHNIS DER TABELLEN.....	83
9. ABKÜRZUNGEN	86
10. LITERATURVERZEICHNIS	87
11. DANKSAGUNG	92
12. LEBENSLAUF	93
13. ANHANG: FRAGEBÖGEN	94

1. Einleitung

1.1 Einführung

Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass psychiatrische Störungen bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet sind (Kramer et al., 2000). Da sich aber nur wenige Betroffene mit emotionalen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten beim Arzt oder in der Klinik vorstellen, werden somatoforme Störungen im klinischen Alltag nur unzureichend wahrgenommen (Bass et al., 2001). In der Regel werden Kinder mit schweren Störungen oder aus besonders belastenden Familienverhältnissen leichter erkannt, man kann aber davon ausgehen, dass leichtere oder früh diagnostizierte Störungen einfacher behandelt werden können und so scheint ein dringender Bedarf nach der Entwicklung und Etablierung eines routinemäßig einsetzbaren Instrumentes zu bestehen, das Kinder mit erhöhten Risikofaktoren aufzuspüren vermag, um sie weiter zu untersuchen und wenn nötig, einer adäquaten Behandlung zuführen zu können. Im klinischen Alltag wäre ein kurzer Fragebogen ideal, den die Eltern bei der Aufnahme des Kindes ausfüllen könnten und der anhand ermittelter Scores eine einfache Auswertung erlauben würde.

Um den Bedarf an psychologischer/psychiatrischer Betreuung bei Kindern, die stationär in Behandlung sind, abzuschätzen, haben wir ein Fragebogenscreening im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München durchgeführt. Mit den Ergebnissen, die die Auswertung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ergaben, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

1.2 Stand der Forschung

Ungefähr 10 % der britischen Kinder und Erwachsenen leiden unter psychiatrischen Störungen, die zu substantieller Not oder sozialer Schwäche führen können (Meltzer et al., 2000). Obwohl es „evidence-based“ Therapieformen für die meisten kindlichen, mentalen Gesundheitsprobleme gibt (Goodman et al., 1997), stehen nur 20% der betroffenen Kinder in Kontakt mit einer spezialisierten Einrichtung (Burns et al., 1995; Leaf et al., 1996; Meltzer et al., 2000; Offord et al., 1987).

Kinder mit chronischen Krankheiten haben eine erhöhte Rate an mentalen Gesundheitsproblemen und psychologischen Schwierigkeiten, die häufig als physische Symptome in Erscheinung treten. Ein erheblicher Anteil der Kinder, die eine Kinderklinik

wegen physischer Beschwerden aufsuchen, dürfte zusätzlich emotionale Probleme haben und durch Verhaltensstörungen auffallen. Eine britische Studie (Fitzgerald, 1985) ergab, dass 44% der 7-11 Jährigen, die eine chirurgische Ambulanz besuchten, bei einem Fragebogenscreening Scores erreichten, die auf eine Verhaltensauffälligkeit hinwiesen. Eine folgende Studie mit der gleichen Altersgruppe zeigte, dass 28% der untersuchten Patienten einer pädiatrischen Klinik in einem klinischen Interview durch psychiatrische Störungen auffielen. Nach US Studien zur Prävalenz psychiatrischer Störungen in allgemeinen pädiatrischen Einrichtungen ist bei bis zu 20% der Kinder mit Störungen zu rechnen (Briggs-Gowan et al., 2000; Costello et al., 1988).

In einer Studie von Glazebrook fielen ebenfalls annähernd 20% der untersuchten Kinder, die verschiedene pädiatrische Einrichtungen aufsuchten, durch abnorm hohe Raten an emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten, die auf eine mögliche psychiatrische Störung hinweisen, auf. Im Elternfragebogen zeigten doppelt so viele Kinder Anzeichen einer psychiatrischen Störung wie die Vergleichsgruppe (Glazebrook et al., 2002). Dies entspricht vorausgegangenen Studien, die ebenfalls eine annähernde Verdopplung des Risikos psychiatrischer Störungen bei Kindern mit physischen Krankheiten nachwiesen (Meltzer et al., 2000; Mrazek, 1994; Rutter et al., 1970). Glazebrook konnte auch zeigen, dass Kinder mit Gehirnstörungen ein sechsfach höheres Risiko für psychiatrische Auffälligkeiten hatten.

Während knapp die Hälfte der Kinder, die einen abnormen Gesamtpunktwert im SDQ hatten, schon einmal professionelle Hilfe in Bezug auf ihre emotionalen und Verhaltensprobleme in Anspruch genommen hatten, war nur ein Viertel von ihnen tatsächlich von einem Spezialisten behandelt worden. Die Hälfte der Eltern würde sich Hilfe durch Spezialisten wünschen, sofern sie verfügbar wären. Die Pädiater gaben an, dass sie 14% aller klinischen Fälle zu einem psychiatrischen Dienst überweisen würden, wenn dieser vorhanden war, mit der Neigung diejenigen Kinder, die im SDQ besonders hervortraten, zu bevorzugen. Dabei wird nur ein Viertel der Fälle mit möglichen psychiatrischen Störungen von den Ärzten erkannt, was die bekannte Tatsache bestätigt, dass die psychologischen Konsequenzen, die sich aus kindlicher Krankheit ergeben, in der Regel unerkannt und unbehandelt bleiben, (Briggs-Gowan et al., 2000; Goodman et al., 1996).

Somatischen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, muskuloskeletale Schmerzen und Bauchschmerzen, können psychologische Mechanismen unterliegen (Costello et al., 1988; Egger et al., 1999; Garralda, 1996). Kinder und Jugendliche, die mangels Vertrauen oder aufgrund sprachlichen Unvermögens ihre emotionalen Schwierigkeiten nicht auszudrücken vermögen, könnten sich mit körperlichen Symptomen präsentieren. Eine prospektive Studie

fand zum Beispiel heraus, dass 38% der 13-16 Jahre alten Patienten einer allgemeinen Praxis eine klinisch psychiatrische Störung im vorausgegangenen Jahr hatten, aber nur 2% mit psychischen Beschwerden vorstellig geworden waren (Kramer et al., 1998).

Auf der anderen Seite übt körperliche Krankheit auch direkten Einfluss auf die kindliche Psyche aus. Übereinstimmend zeigte sich, dass chronische Krankheiten in der Kindheit zu einem erhöhten Risiko beitragen an psychischen und emotionalen Problemen zu leiden (Cadman et al., 1987; Daud et al., 1993; Gortmaker et al., 1990). Unter den Kindern mit physischen Krankheiten findet sich der stärkste Zusammenhang zu psychiatrischen Störungen bei Kindern, die einen Hirnschaden (z.B. Epilepsie) aufweisen (Howe et al., 1993; Seidel et al., 1975). Ein besonders hohes Risiko psychiatrischer Störungen haben Kinder mit organisch bedingten Störungen wie Cerebralparese (Goodman et al., 1996). Dies legt eine direkte und starke Verbindung zwischen Gehirnstrukturen und Verhalten nahe. Auch die Art der psychologischen Schwierigkeiten unterschied sich von den anderen, es fanden sich eine erhöhte Neigung zur Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme.

Neben der starken Korrelation zwischen Hirnstörungen und psychiatrischen Problemen, gibt es auch indirekte Faktoren, die im Zuge kindlicher Erkrankungen auf das emotionale Wohlbefinden einwirken. Kinder scheinen in vulnerablen Phasen eines Krankheitszyklus vermehrt zu psychiatrischen Störungen zu neigen, wenn die Belastung besonders hoch ist, so zum Beispiel, wenn das erste Mal ein Diabetes mellitus diagnostiziert wird (Kovacs et al., 1985). Kinder mit chronischen Krankheiten wie Asthma und Nierenversagen haben in einigen Studien einen Zusammenhang zwischen der Schwere der Krankheit und der Fähigkeit zur psychischen Kompensation gezeigt (Daud et al., 1993; Garralda et al., 1988), auch wenn Kinder mit weniger schlimmen Voraussetzungen ebenso betroffen sein können (Pless et al., 1991; Smithard et al., 2001).

Andere Faktoren können das psychosoziale Wohlbefinden eines Kindes beeinflussen und seine Neigung zu körperlichen Symptomen verstärken. Unter anderem nehmen die Familien- und Lebenssituation, die möglichen Folgen eines traumatisierenden Ereignisses, die Bindungsfähigkeit und eventuelle Schlaf- und Ernährungsprobleme Einfluss auf die körperliche Gesundheit. (Boyce et al., 2002; Costello et al., 2003; Kelly et al., 2001; Lumeng et al., 2003; McMunn et al., 2001; Silver et al., 1999; Smedje et al., 2001)

1.3 Fragestellungen und Hypothesen

Der Auswertung der im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Fragebögen liegen folgende Fragestellungen zugrunde:

- Haben Kinder, die in einer Kinderklinik zur stationären Behandlung aufgenommen wurden, höhere Werte in den Scores des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als Kinder in einer Kontrollgruppe?

Hypothese H1: Kinder, die in einer Kinderklinik zur stationären Behandlung aufgenommen wurden, haben im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) höhere Werte als Kinder in einer nicht-klinischen Kontrollgruppe.

- Gibt es im familiären Umfeld von stationär aufgenommenen Kindern Unterschiede zu Kindern einer Kontrollgruppe?

Hypothese H2: Kinder mit Belastungsfaktoren im familiären Umfeld haben im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) höhere Werte sowohl in der klinischen Gruppe der stationär behandelten Kinder als auch in einer nicht-klinischen Kontrollgruppe.

- Weisen Kinder, die im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) aufgefallen sind, auch höhere Werte im Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern (BB) auf?

Hypothese H3: Kinder mit höheren Werten im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zeigen auch im Fragebogen für die Bindungsentwicklung höhere Werte sowohl in der klinischen Gruppe der stationär behandelten Kinder als auch in einer nicht-klinischen Kontrollgruppe.

- Gibt es einen Unterschied im Fragebogen zur Bindungsentwicklung (BB) zwischen stationär aufgenommenen Kindern und einer Kontrollgruppe?

Hypothese H4: Kinder in stationärer Behandlung zeigen im Bindungsfragebogen höhere Werte als Kinder in einer nicht-klinischen Kontrollgruppe

2. Methoden

2.1 Stichproben

Klinische Stichprobe

Vom Sommer 2002 bis Frühjahr 2003 wurde das Fragebogen-Paket an Eltern, deren Kinder auf verschiedenen Stationen im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München behandelt wurden verteilt und um freiwillige Teilnahme gebeten. Dabei wurden fünf interne und drei chirurgische Abteilungen eingeschlossen. Von einer Verteilung der Fragebögen auf den vorhandenen onkologischen Stationen wurde Abstand genommen, weil die Ärzte, wie auch das Pflegepersonal, die Belastung der Eltern durch die Krankheit ihrer Kinder als zu schwerwiegend betrachteten, so dass ihnen nicht auch noch das Ausfüllen des umfangreichen Fragebogenpaketes zugemutet werden sollte.

Kontrollgruppe

Im gleichen Zeitraum wurden die Fragebögen in verschiedenen Kindergärten, Kinderhorten und Schulen in München und dem Umland verteilt. Auch hier wurden die Fragebögen freiwillig von den Eltern ausgefüllt.

Zusammensetzung der Stichproben

Die Fragebögen wurden von insgesamt N=303 Eltern verwertbar ausgefüllt, wobei n=126 Mädchen und n=177 Knaben erfasst wurden. In der Gruppe der stationären Kinder befanden sich n=83 (40,7%) Mädchen und n=121 (59,3%) Knaben (gesamt N=204), in der Kontrollgruppe waren es n=43 (43,4%) Mädchen und n=56 (56,6%) Knaben (gesamte Kontrollgruppe N= 99). Die Altersverteilung sah wie folgt aus:

Altersverteilung der Kinder:

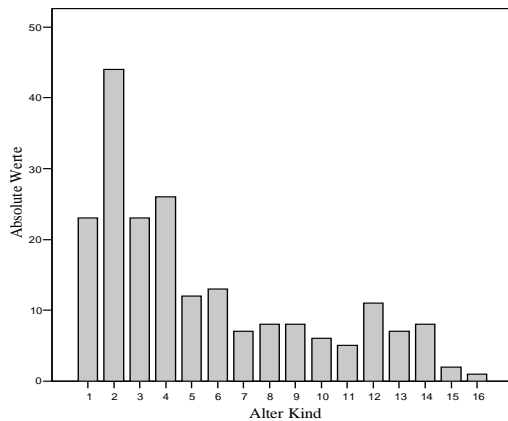


Abbildung 1: Stationäre Patienten

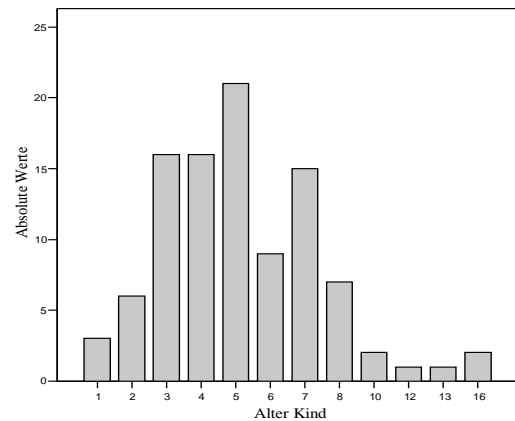


Abbildung 2: Kontrolle

Das Alter der Eltern lag bei der Patientengruppe bei den Müttern zwischen 20 und 56 (MW 35) und bei den Vätern zwischen 24 und 65 (MW 38). In der Kontrollgruppe waren die Mütter zwischen 23 und 48 (MW 36) und die Väter zwischen 28 und 56 (MW 39) Jahre alt. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ergab sich lediglich bei der Schulbildung der Eltern (sehr signifikant $p < 0,005$), der Anzahl der Belastungsfaktoren (signifikant $p < 0,05$), dem Beruf und der Lebenssituation der Mutter (signifikant $p < 0,05$) und bei der Frage nach der Unterbringung während des Tages (sehr signifikant $p < 0,005$) (siehe Tabelle 2.1).

	Anzahl	Schulabschluss Mutter/Vater Median	Anzahl an Belastungsfaktoren Mutter/ Vater % > 0 Bel.	Beruf Mutter/Vater	Lebenssituation Mutter/Vater feste Beziehung in gemeinsamem Haushalt %	Regelmäßig außer Haus %
Patientengruppe	204	4 / 4	52,9/51	6/3	58,3/58,8	69,6
Kontrollgruppe	99	5 / 5	42,4/31,3	4/3	73,7/72,7	93,9
Signifikanz		<0,005**	<0,05	<0,05*/n.s.	<0,05*/n.s.	<0,005**

Tabelle 2. 1: signifikante Unterschiede beim Familienbogen

Andere Faktoren wie das Alter der Kinder und das Alter der Eltern, die Kinderzahl in der Familie, die Nationalität der Eltern, deren Einkommen und deren eventuelle psychiatrische / psychologische Betreuung waren gleich verteilt, bzw. es fanden sich keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 2.2).

	Anzahl	Geschlecht f/m %	Alter Kinder Median	Alter Mutter/ Vater Median	Nationalität Mutter/Va- ter deutsch %	Kinder- zahl Median	Psychr. Behandl. Mut./Vat. %	Einkom- men in Euro Median
Patienten- gruppe	204	40,7/59,3	4 (1-16)	36 / 37	90,7/85,8	2	12,3/2	3000
Kontroll- gruppe	99	43,4/56,6	5 (1-16)	37 / 38	97/93,9	2	14,1/4	3000
Signifi- kanz		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 2. 2: nicht signifikante Unterschiede beim Familienbogen

Der Schulabschluss der Eltern verteilte sich im Einzelnen:

Schulabschluss der Mutter:

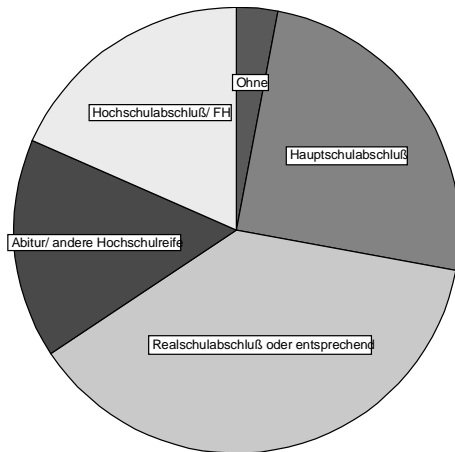


Abbildung 3: Stationäre Patienten

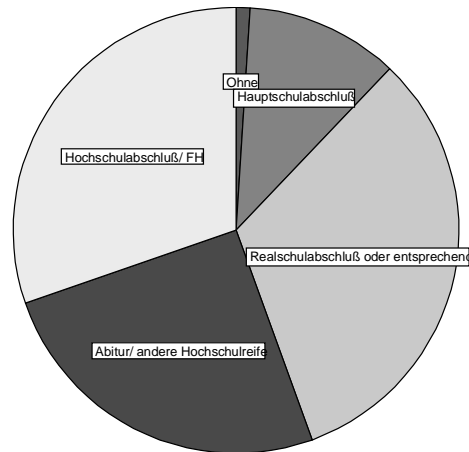


Abbildung 4: Kontrolle

Schulabschluss des Vaters:

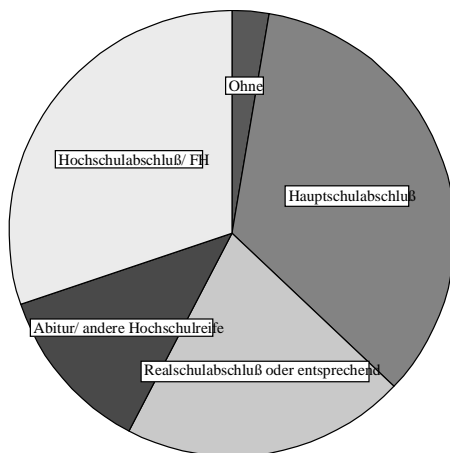


Abbildung 5: Stationäre Patienten

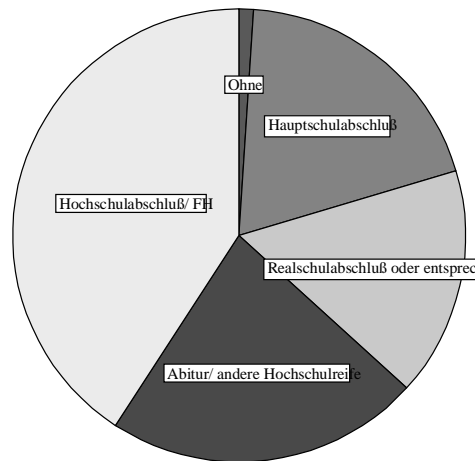


Abbildung 6: Kontrolle

Verteilung der Berufstätigkeit der Mütter:

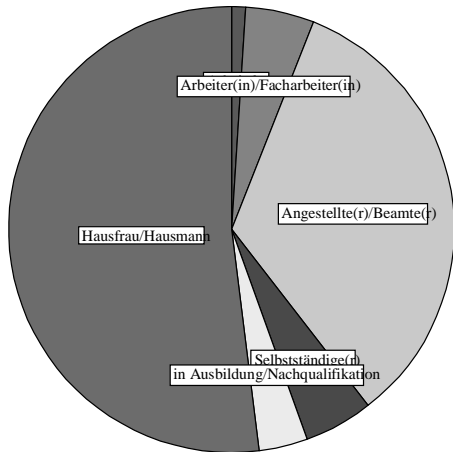


Abbildung 7: Stationäre Patienten

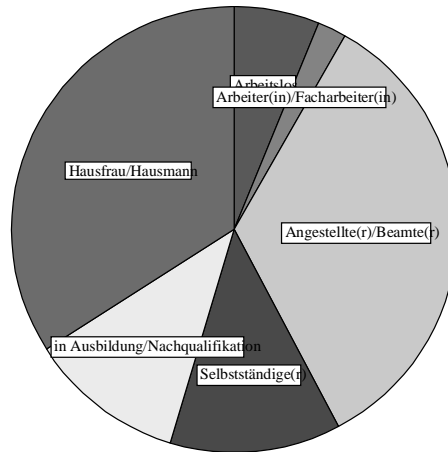


Abbildung 8: Kontrolle

Die Anzahl der Belastungsfaktoren (Summe aus den mit ja angekreuzten außergewöhnlichen Belastungen) waren verteilt:

Anzahl der Belastungsfaktoren der Mutter:

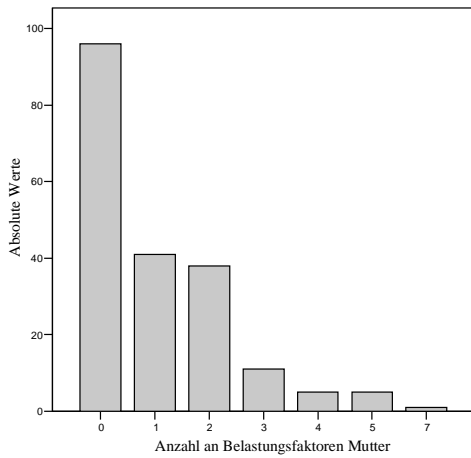


Abbildung 9: Stationäre Patienten

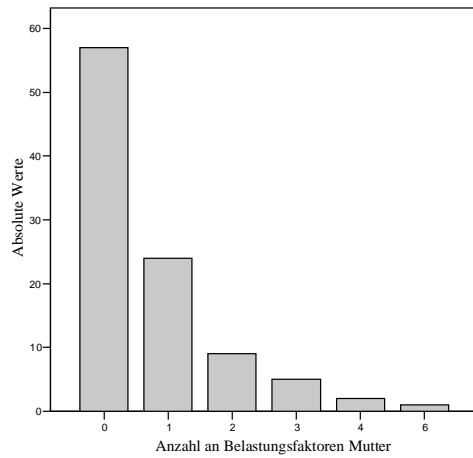


Abbildung 10: Kontrolle

Anzahl der Belastungsfaktoren des Vaters:

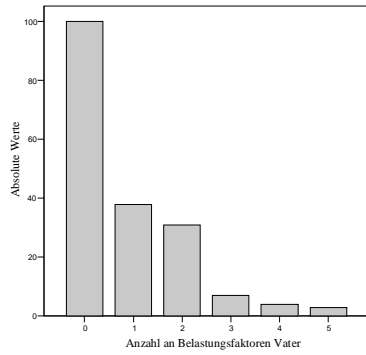


Abbildung 11: Stationäre Patienten

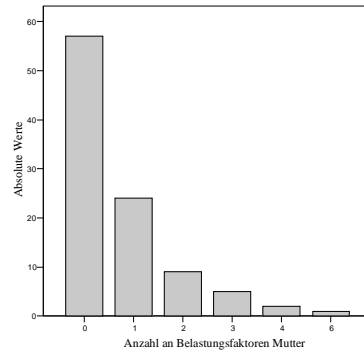


Abbildung 12: Kontrolle

Die Lebenssituation der Eltern stellte sich folgendermaßen dar:

Die Lebenssituation der Mutter:

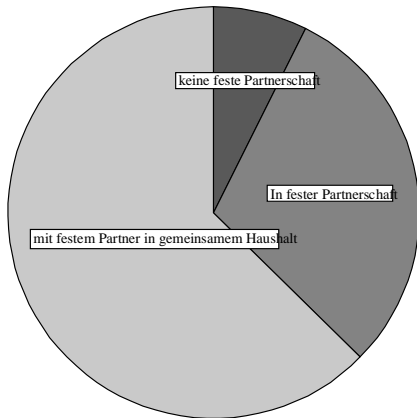


Abbildung 13: Stationäre Patienten

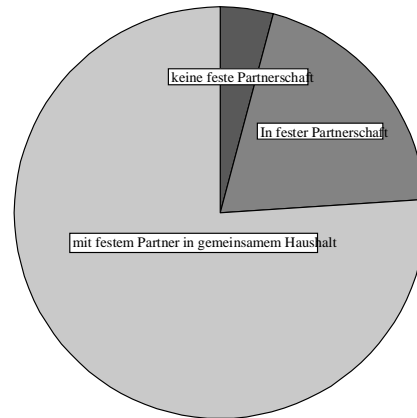


Abbildung 14: Kontrolle

Die Lebenssituation des Vaters:

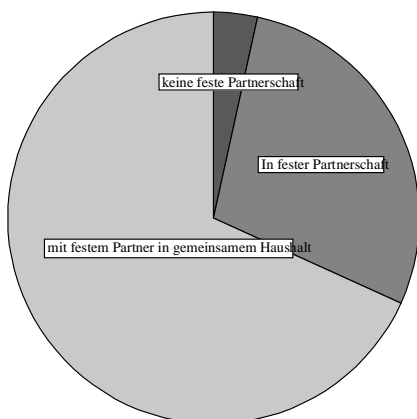


Abbildung 15: Stationäre Patienten

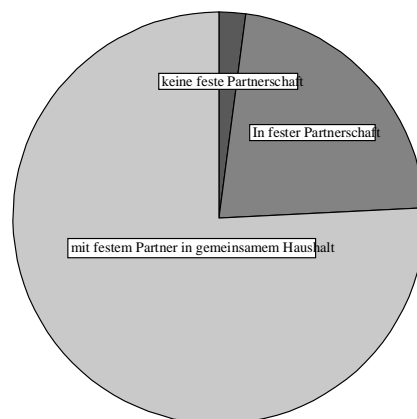


Abbildung 16: Kontrolle

Die Unterbringung der Kinder tagsüber war verteilt:

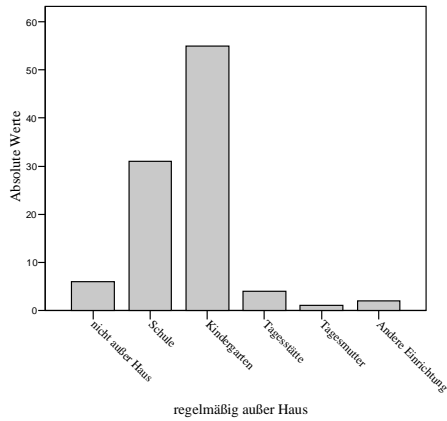


Abbildung 17: Stationäre Patienten

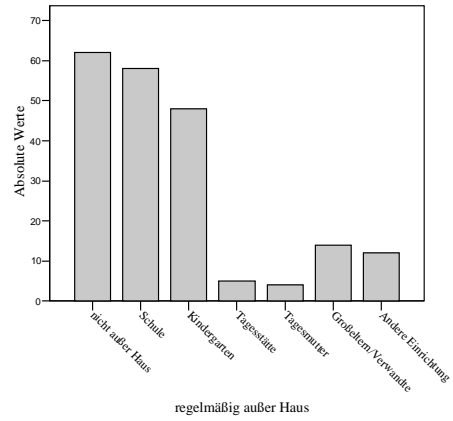


Abbildung 18: Kontrolle

Von den stationär behandelten Kindern waren die Krankheitsbilder nach folgenden Kategorien aufgeteilt:

Diagnosegruppen:

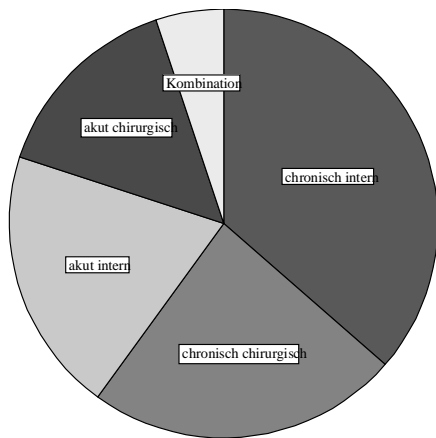


Abbildung 19: Diagnosenverteilung der stationären Patienten

Diagnosegruppen	Häufigkeit	Prozent
chronisch intern	71	34,8
chronisch chirurgisch	46	22,5
akut intern	39	19,1
akut chirurgisch	29	14,2
Kombination	10	4,9
Gesamt	195	95,6

Tabelle 2. 3: Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen

2.2 Kurze Beschreibung der verwendeten Fragebögen

Das an die Stichproben verteilte Fragebogen-Paket beruhte auf einer Zusammenstellung verschiedener Fragebögen. Die vorliegende Dissertation wertete den bereits in deutscher Fassung standardisierten Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes von Goodman aus (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman 1997)) und bezog die Ergebnisse auf die Daten der Kinder und auf die Daten des Fragebogens zur Lebens- und Familiensituation der Befragten. Es wurden weitere Fragebögen eingesetzt, wie etwa der Child Report of Posttraumatic Symptoms (CROPS) und Parent Report of Posttraumatic Symptoms (PROPS), sowie ein Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern und zu traumatischen Erfahrungen der Eltern. Diese Fragebögen sind aber nicht Gegenstand dieser Dissertation. Der SDQ-Fragebogen sowie der Fragebogen zur Familien- und Lebenssituation und der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern (Brisch, 2002) finden sich im Anhang dieser Arbeit.

2.2.1 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) ist ein kurzer Fragebogen, der von Goodman (1997) zum Screening von Kindern und Jugendlichen entwickelt worden ist und nach Symptomen und positiven Eigenschaften fragt, um eventuell vorhandene Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme aufzudecken. Der große Vorteil des SDQ liegt in seiner Kürze -das Ausfüllen der Bögen nimmt ungefähr 5 Minuten in Anspruch- und in seiner erwiesenermaßen besseren Akzeptanz bei den Eltern, die auch darauf zurückzuführen sein dürfte, dass nicht nur negativ formulierte Items (z.B., „kann sich nicht konzentrieren, kann seine Aufmerksamkeit nicht lange halten“) aufgelistet sind, sondern auch positiv formulierte (z.B., „Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentration“).

Die 25 Punkte, die nacheinander abgefragt werden, lassen sich in 5 Kategorien unterteilen. Mit jeweils 5 Items werden emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität und Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten erfasst. Dabei wird das prosoziale Verhalten als positive Eigenschaft bewertet und aus den anderen Skalen ein Gesamtpunktwert errechnet (max. 40 Punkte). Für die Auswertung liegen entsprechende Scores vor (siehe unten).

In der erweiterten Form wird, in Ergänzung zu diesen 25 Aussagen, der Ausfüllende auf einem extra Blatt um eine Beurteilung, ob Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung,

Konzentration, Verhalten und im Umgang mit Anderen vorliegen, gebeten. Weitere Fragen sollen über das Ausmaß, die Chronizität, die Beeinträchtigung des Betroffenen und über die Belastung Dritter Auskunft geben. Diese Erweiterung kann wichtige Zusatzinformationen liefern, ohne dem Ausfüllenden viel Zeit zu rauben (Goodman et al., 1999).

Der SDQ liegt in verschiedenen Versionen vor. Es gibt eine Version für Eltern mit Kindern im Alter zwischen 4-16 Jahren, eine Version für Lehrer oder Erzieher (inhaltlich dem Elternbogen gleich) und eine Version für ältere Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11-16 Jahren (hier erfolgt lediglich eine grammatikalische Umstellung der Aussagen von der dritten in die erste Person). Es gibt zusätzlich eine leicht abgeänderte Form für Kinder im Alter von 3 (bis 4) Jahren, wobei 22 Items identisch sind, ein Item („denkt nach, bevor er/sie handelt“) leicht geändert und 2 Items bezüglich prosozialem Verhalten durch 2 Items bezüglich „Aufsässigkeit“ ersetzt wurden. Der SDQ ist in über 40 verschiedenen Sprachen kostenlos für nicht kommerzielle Zwecke erhältlich (download unter www.sdqinfo.com).

2.2.1.1 SDQ-Auswertung

Zur manuellen Auswertung des SDQ liegen Schablonen vor. Dabei werden die 5 Skalen: emotionale Probleme (Verhaltensauffälligkeiten; Hyperaktivität; Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten) mit ihren 5 Unterpunkten, zusammengefasst und nacheinander bewertet. Jeder Unterpunkt kann als „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“, eingeschätzt werden. Zehn der Fragen sind so formuliert, dass sie die Stärken des Kindes hervorheben, 14 spiegeln eher die Schwierigkeiten und eine („ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen“) könnte als neutral gelten, wird aber zu den Schwierigkeiten gerechnet.

Die Antwortkategorien der einzelnen Items werden folgendermaßen mit Punkten belegt: „teilweise zutreffend“ zählt immer 1 Punkt, „nicht zutreffend“ zählt 0 Punkte, außer bei Stärke-Items (schräggedruckt), bei denen „nicht zutreffend“ 2 Punkte zählt. „Eindeutig zutreffend“ zählt 2 Punkte, mit Ausnahme bei Stärke-Items (schräggedruckt), hier zählt „eindeutig zutreffend“ 0 Punkte.

Durch Aufsummieren der Punkte für die entsprechenden 5 Unterpunkte errechnet sich ein Score für die einzelnen Skalen (jeweils 0-10 Punkte möglich). Hohe Punktzahlen in der prosozialen Unterskala entsprechen den Stärken des Kindes, wohingegen hohe Punktwerte in den 4 anderen Skalen eher Schwierigkeiten widerspiegeln. Der Gesamtscore wird deshalb nur

aus den 4 anderen Skalen gebildet und die prosoziale Skala eher als Maßstab für die Fähigkeit des Kindes angesehen, unabhängig von den sonstigen Schwierigkeiten prosozial zu interagieren.

(zum Vgl. GB: N=10298; 5-15J; in%)	<u>Unauffällig</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
<u>Elternfragebogen</u>		D (GB)	
Gesamtproblemwert	0-12%	13-15% (14-16%)	16-40%
Emotionale Probleme	0-3%	4% (5%)	5-10%
Verhaltensauffälligkeiten	0-3%	4% (4%)	5-10%
Hyperaktivität	0-5%	6% (7%)	7-10%
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3%	4% (4%)	5-10%
Prosoziales Verhalten	6-10	5 (6)	0-4

Tabelle 2. 4: Cut-Off-Werte für den SDQ (D = deutsche Version; GB = englische Version)

Zur Bewertung der Ergebnisse liegen Cut-Off-Werte vor, die so gewählt wurden, dass 80% einer repräsentativen deutschen Feldstichprobe (N=930, 6-16 Jahre) im Gesamtproblemwert als unauffällig, ca. 10% als grenzwertig und ca. 10% als auffällig eingestuft werden.

Für den Selbstfragebogen gibt es bislang noch keine deutschen Normen. Eine große englische Studie (2000) ergab folgende Unterteilungen:

(N=4228; 11-15J; in%)	<u>Unauffällig</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
<u>Selbstfragebogen</u>			
Gesamtproblemwert	0-15%	16-17%	18-40%
Emotionale Probleme	0-5%	6%	7-10%
Verhaltensauffälligkeiten	0-4%	5%	6-10%
Hyperaktivität	0-6%	7%	8-10%
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3%	4%	5-10%
Prosoziales Verhalten	7-10%	6%	0-5%

Tabelle 2. 5: Cut-Off-Werte für den SDQ-Selbst (englische Version)

Für den Erweiterungsbogen liegen keine Auswertungskriterien vor.

	nicht zutreffend	etwas zutreffend	eindeutig zutreffend
Prosoziale-Items:			
Rücksichtsvoll			
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, usw.)			
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind			
Liebt zu jüngeren Kindern			
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)			
Hyperaktivitäts-Items:			
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen			
Ständig zappelig			
Leicht ablenkbar, unkonzentriert			
<i>Denkt nach, bevor er/sie handelt</i>			
<i>Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentration</i>			
Emotionale Probleme-Items:			
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit			
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt			
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig			
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen;			
verliert leicht das Selbstvertrauen			
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht			
Verhaltensauffälligkeits-Items:			
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend			
<i>Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen</i>			
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie			
Lügt oder mogelt häufig			
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo			
Probleme mit Gleichaltrigen-Items:			
Einzelgänger spielt meist alleine			
<i>Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin</i>			
<i>Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt</i>			
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert			
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern			

Schräggeschriebene Items werden umgekehrt bewertet

2.2.1.2 SDQ in der Literatur

Will man die geistige Gesundheit in großen Stichproben von Kindern und Jugendlichen erfassen, sind Fragebögen, die von Eltern, Lehrern oder den Kindern selbst ausgefüllt werden, ein brauchbares Mittel. Verschiedene Typen von Schätzskaletn schließen gewöhnlich zwei grundlegende Bereiche mit ein: emotionale Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten (Boyle et al., 1985). Häufig treten beide Symptome gleichzeitig auf, so lässt sich in vielen Fällen aggressives Verhalten und Depressivität beim gleichen Kind nachweisen (Garber et al., 1991). Neben emotionalen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten sind Störungen der Aufmerksamkeit und Aktivitätskontrolle, die einen erheblichen Einfluss auf die soziale und psychologische Entwicklung des Kindes haben, von großer Bedeutung (Barkley et al., 1990; Weinberg, 1991).

Schätzskaletn wurden von Jean McFarlane (McFarlane et al., 1954) in den 1950igern in Studien eingesetzt und dienten später bei bedeutenden Untersuchungen der geistigen Gesundheit in Schweden als Grundlage (Cederblad et al., 1984).

Zwei gut etablierte Instrumente sind die „Child Behaviour Checklist“ (CBCL) (Achenbach et al., 1983) und der kürzere Rutter-Fragebogen (Rutter, 1967). Beide Fragebögen sind dazu geeignet Kinder, die psychiatrische Hilfe nötig hätten, zu identifizieren. Durch zahlreiche Validitätsstudien wurden Cut-off Werte ermittelt und festgelegt, bei deren Überschreiten eine psychiatrische Störung nahe liegt. Diese Werte liegen meist, wie bei anderen Schätzskalen, über der 90ten Perzentile, die bei einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung ermittelt wurde (Fombonne, 1989, 1991). Beide Fragebögen scheinen in vergleichenden Studien ähnlich brauchbar zu sein, obwohl der Fragebogen von Rutter kürzer ist und nur ein Screening von emotionalen Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten vorsieht (Fombonne, 1989).

Während der Rutter-Fragebogen nur von Eltern und Lehrern ausgefüllt werden kann, gibt es für die von Achenbach entwickelten Fragebögen verschiedene Versionen, einschließlich einer Selbst-Version, die von unterschiedlichen Informanten, auszufüllen sind. The Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a) ist ein standardisiertes Messinstrument kindlicher Verhaltensauffälligkeiten für die Eltern, die Lehrer-Version (Teacher's Report Form TRF) (Achenbach, 1991b) ist für Lehrer und die Jugend-Version (Youth Self Report YSR) (Achenbach, 1991c) für Kinder und Heranwachsende. Sie sind ein häufig angewandtes epidemiologisches Instrument, das in der heutigen Forschung zur Untersuchung von emotionalen Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern eingesetzt wird. Der CBCL besteht aus 20 Items bezüglich kindlicher Kompetenzen und 120 Items die sich auf das Verhalten und emotionale Schwierigkeiten während der letzten 6 Monate beziehen. Zwei Versionen liegen für unterschiedliche Altersgruppen vor; eine für Kinder zwischen 1,5 und 5 Jahren und eine für Kinder zwischen 6 und 18 Jahren. Sowohl die CBCL als auch der YSR zielen darauf ab ein breites Spektrum an Verhalten zu erfassen, das von klinischem Interesse sein könnte. Obwohl die CBCL wesentlich umfangreicher als der Rutter-Fragebogen ist, hat er auch seine Vorteile, wie zum Beispiel die Versionen für unterschiedliche Informanten. Die Validität und Reliabilität der CBCL und des Rutter-Fragebogens sind international gut dokumentiert und in zahlreichen Studien nachvollzogen worden (Achenbach, 1991a, 1991c; Almqvist et al., 1988; Verhulst Frank C., 1985). Dass ihre Ergebnisse stark korrelieren und ihre Aussagekraft vergleichbar ist zeigten andere Untersuchungen (Berg et al., 1992; Fombonne, 1989).

Im Laufe der Zeit wurde der Fragebogen von Rutter, der Bereiche wie Konzentrationsfähigkeit, Probleme mit Gleichaltrigen und soziale Kompetenz mangelhaft abdeckte und nur auf Schwierigkeiten abzielte, immer wieder verbessert (Goodman, 1994; Hay, 1994). Der

englische Kinderpsychiater Robert Goodman entwickelte eine erweiterte Form des Rutter-Fragebogens, die die brauchbaren Eigenschaften des Originals beibehielt, sich auf die schlecht repräsentierten Bereiche ausdehnte und Stärken des Kindes mit berücksichtigte. Er setzte den Fragebogen bei einer Untersuchung an 320 Kindern ein (Goodman, 1994). Die Einbeziehung von Stärken des Kindes sollten den Ausfüllenden von der Bürde befreien, nur über Schwierigkeiten des Kindes berichten zu müssen. Man hoffte so, größere Akzeptanz und einen geringeren Halo-Effekt durch den Informanten zu erreichen. Die Ergebnisse, die mit dieser erweiterten Form des Rutter-Fragebogens gewonnen wurden, dienten als Grundstein zur Entwicklung eines neuen, kurzen Screening-Instrumentes, dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Eine anschließend durchgeführte vergleichende Studie, die 403 Kinder (psychiatrische und zahnärztliche Fälle) einschloss, bestätigte, dass beide Fragebögen, von Eltern und Lehrern ausgefüllt, gleich gut zwischen psychiatrischen und zahnärztlichen Patienten unterschieden und in ihren Ergebnissen weitgehend korrelierten (Goodman, 1997). Nachdem auch die CBCL (Arbeitsgruppe, 1998) im deutschen Sprachraum weit verbreitet ist und in zahlreichen Studien (Döpfner et al., 1996; Lehmkuhl et al., 1998; Remschmidt et al., 1990) validiert wurde, lag es nahe, den SDQ auch mit der CBCL zu vergleichen (Klasen et al., 2000). Die Studie zeigte, dass der SDQ-Deu und die deutsche CBCL, wie schon die englischen Originale (Goodman et al., 1999), für klinische Belange und Forschungsarbeiten gleich aussagekräftig sind. Neben seiner Kürze scheint der SDQ in zwei Punkten der CBCL überlegen zu sein. Zum einen differenziert er in seinen Endscores besser zwischen normalen und klinischen Fällen, und zum anderen erfasst er Hyperaktivität signifikant besser (Goodman et al., 1999; Klasen et al., 2000; Koskelainen et al., 2000). Dies mag daran liegen, dass der SDQ nach nosologischen Konzepten und vorausgegangenen Faktoranalysen konzipiert wurde. Zum Beispiel wurden die 5 Items, die die Skala Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität einschließt, so gewählt (jeweils 2 Items zur Erfassung von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, und ein Item zur Erfassung von Impulsivität), weil diese drei Punkte die drei Schlüsselsymptome für die DSM-IV Diagnose ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) (American Psychiatric Association, 1994) oder die ICD-10 Diagnose Hyperaktivität (World Health Organisation, 1994) sind. Im Gegensatz dazu enthält die CBCL Items, die in keinem Zusammenhang mit den oben erwähnten diagnostischen Konzepten stehen, wie zum Beispiel „nervös, überempfindlich, angespannt“. Die Korrelation zwischen den verschiedenen Informanten scheint beim SDQ auch höher zu sein als bei anderen Fragebögen. Internalisierende und externalisierende Skalen wirken weniger voneinander kontaminiert und reiner (Goodman et al., 1999). Die gleiche Studie konnte zeigen, dass der SDQ von Eltern von

„low risk“ Kindern besser angenommen wurde. Unbestreitbar bleibt jedoch, dass die CBCL einen wesentlich breiteren Rahmen an Problemen erfasst.

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass beide Fragebögen ihren eigenen Wert haben. Für die hier vorliegende Studie wurde der SDQ gewählt, weil er durch seine Kürze und die bessere Akzeptanz bei den Eltern für ein Screening im vorgestellten Rahmen geeigneter schien. Die CBCL mag für Studien und klinische Erhebungen, die neben den üblichen Formen kindlicher Psychopathologie auch seltene Unterarten erfassen wollen, passender sein.

2.2.2 Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation

Der Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation ist ein vielschichtiger Fragebogen, der mit 13 Unterpunkten die familiäre Situation zu erfasst. Neben den persönlichen Daten (Geburtsdatum; Nationalität; Schulbildung; Beruf; Familienstand; Lebenssituation; Familieneinkommen) sowie ergänzenden Fragen nach außergewöhnlichen Belastungen und eventueller psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung der Eltern, wird nach dem Geschlecht und Alter des Kindes und seiner Geschwister, der Unterbringung / Versorgung des Kindes während des Tages, nach Umzügen und Kinderarztwechsel gefragt. Die Antworten können für beide Elternteile getrennt gegeben werden. Am Ende des Bogens kann noch eine Zuordnung vorgenommen werden, welcher Elternteil den Bogen ausgefüllt hat.

2.2.3 Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern (BB)

Basierend auf dem Attachment Disorders Interview von Zeanah (Zeanah et al., 1986), wurde von PD Dr. Brisch (Brisch, 2002) ein Fragebogen als Screeninginstrument entwickelt, bei dem von Item 1-15 drei, für Item 16 fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die Items erfassen bestimmte Verhaltensweisen, die auf Bindungsstörungen hinweisen können. Durch Zuordnung der Antworten zu entsprechenden Punktwerten ergeben sich Gesamtsummenwerte, die zwischen Maximum 31 Punkte und Minimum 0 Punkte liegen.

2.3 Statistische Verfahren

Alle in dieser Arbeit verwerteten Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11,5 für Windows durchgeführt.

Es wurden folgende Verfahren angewandt:

2.3.1 Kolmogorov-Smirnov-Test

Da für die Anwendung einiger statistischer Verfahren eine Normalverteilung der Ergebnisse Voraussetzung ist, müssen die Daten im Vorfeld entsprechend getestet werden. Hierfür eignet sich der Kolmogorov-Smirnov-Test, der die maximale Abweichung der gegebenen Verteilung einer Variablen von der theoretisch berechneten Normalverteilung überprüft.

Bei den in dieser Studie vorliegenden Ergebnissen fand sich nur in Ausnahmefällen eine Normalverteilung, sodass für die weiteren Berechnungen nichtparametrische Tests, die von der Verteilungsart unabhängig sind, zur Anwendung kamen.

2.3.2 Mann-Whitney-U-Test

Dieser Test eignet sich zum Vergleich zweier von einander unabhängigen Stichproben. Dabei werden nicht die Mittelwerte der Stichproben, sondern die Rangplätze, die durch Bildung von Rangreihen aller Messwerte gebildet werden, auf Übereinstimmung überprüft. Berechnet wird der Wert p , der das Signifikanzniveau angibt. Die in dieser Arbeit verwandten Abstände der Signifikanzniveaus sind in folgender Tabelle zusammengestellt.

berechneter Wert p	verbale Beschreibung	Zeichen	Färbung in Tabellen
$> 0,05$	nicht signifikant	n.s.	
$\leq 0,05$	signifikant	*	
$\leq 0,01$	sehr signifikant	**	
$\leq 0,001$	höchst signifikant	***	

Tabelle 2. 6: Bezeichnungen des Signifikanzniveaus (Bühl et al., 2000)

2.3.3 Spearmanscher- Korrelationskoeffizient

Der Korrelationskoeffizient, der mit r symbolisiert wird und zwischen -1 und $+1$ liegen kann, gilt als Maß für den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. Der Betrag 1 spricht für einen starken Zusammenhang, nähert sich der Wert dem Betrag 0 , so wird der Zusammenhang immer schwächer. Liegen die Werte im negativen Bereich, deutet dies auf einen gegenläufigen Zusammenhang hin. Verbal lässt sich der Korrelationskoeffizient wie folgt abstufen:

berechneter Wert p	verbale Beschreibung	Zeichen
bis $0,2$	sehr geringe Korrelation	--
bis $0,5$	geringe Korrelation	-
bis $0,7$	mittlere Korrelation	=
bis $0,9$	hohe Korrelation	+
$> 0,9$	sehr hohe Korrelation	++

Tabelle 2. 7: Bezeichnungen beim Korrelationskoeffizient. (Bühl et al., 2000)

Da die Werte der meisten Variablen nicht normalverteilt waren, wurden in der vorliegenden Arbeit die Rangkorrelationen nach Spearman berechnet, die den einzelnen Werten Rangplätze zuordnet und in einer entsprechenden Formel berechnet.

Die im Text angegebenen Signifikanzaussagen und p -Werte sind deskriptiv und beinhalten keine konfirmatorische Testaussage. Wegen der kleinen Fallzahlen, der zahlreichen Prüfungen, der Abhängigkeiten im Material und im zeitlichen Verlauf sind Signifikanzaussagen im strengen Sinn und im Hinblick auf die explorative Datenanalyse nicht möglich. Die Worte „signifikant“ oder „sehr signifikant“ bzw. $p < 0,05$ oder $p < 0,01$ sind als „deutlich“ oder „sehr deutlich“ zu interpretieren.

3. Ergebnisse

3.1. SDQ-Eltern:

3.1.1 SDQ-D Eltern :

	nicht zutreffend		teilweise zutreffend		eindeutig zutreffend	
	Patienten N=204 in %	Kontrolle N=99 in %	Patienten N=204 in %	Kontrolle N=99 in %	Patienten N=204 in %	Kontrolle N=99 in %
Prosoziale-Items:						
Rücksichtsvoll	10,3	3,0	37,7	44,4	46,6	51,5
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, usw.)	10,3	1,0	40,2	46,5	44,6	51,5
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	9,8	4,0	25,5	24,2	56,9	70,7
Liebt zu jüngeren Kindern	6,4	3,0	19,1	17,2	69,1	78,8
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	10,3	6,1	35,3	38,4	44,1	54,5
Hyperaktivitäts-Items:						
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	48,0	59,6	39,7	32,3	9,3	7,1
Ständig zappelig*	58,8	73,7	30,9	21,2	5,4	4,0
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	44,1	55,6	38,7	37,4	11,8	6,1
Denkt nach, bevor er/sie handelt	11,3	7,1	45,6	56,6	33,3	35,4
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentration**	15,7	5,1	49,5	52,5	27,0	41,4
Emotionale Probleme-Items:						
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	70,1	78,8	17,2	20,2	7,4	0
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	76,0	84,8	14,2	12,1	3,9	2,0
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	82,4	90,9	10,8	6,1	2,5	2,0
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	52,9	56,6	34,8	36,4	8,3	6,1
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	69,1	76,8	22,1	20,2	3,4	2,0
Verhaltensauffälligkeits-Items:						
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	51,5	50,5	36,3	42,4	7,8	5,1
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	7,8	8,1	54,9	46,5	32,8	44,4
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	72,1	78,8	19,1	19,2	2,0	1,0
Lügt oder mogelt häufig	71,6	75,8	17,2	19,2	2,5	4,0
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	88,2	97,0	2,5	2,0	1,0	0
Probleme mit Gleichaltrigen-Items:						
Einzelgänger spielt meist alleine	61,8	75,8	29,9	19,2	3,4	4,0
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin***	12,3	2,0	14,7	10,1	64,2	86,9
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	4,9	0	21,1	20,2	67,6	78,8
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	74,5	85,9	15,7	12,1	2,5	1,0
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern***	57,8	79,8	27,0	18,2	6,9	1,0

Fett gedruckte Items unterscheiden sich signifikant (* p < 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001)

Tabelle 3.1. 1: Häufigkeitsverteilung der Antworten

Die Tabelle 3.1.1 zeigt einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Antworten in einer Gegenüberstellung der stationären Patienten und der Kontrolle. Die Items des SDQ-Eltern Fragebogens wurden nach den Skalen sortiert und in ihrem Wortlaut wiedergegeben. In die Gesamtanalyse gingen 303 Fragebögen ein, wobei nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen mit einbezogen wurden.

Da sich alle Ergebnisse bei der Überprüfung der Verteilungsform nach Kolmogorov-Smirnov als nicht normal verteilt erwiesen, wurden für die weiteren Berechnungen Verfahren aus den nicht parametrischen Tests ausgewählt. Vergleicht man nun die beiden Stichproben Item für Item mit dem U-Test nach Mann und Whitney erhält man die p-Werte der Tabelle 3.1.2:

Vergleich Patienten/Kontrolle Mann-Whitney-U-Test	Asymptotische Signifikanz (2- seitig) alle N=204/99	Asymptotische Signifikanz (2- seitig) Alter ≥ 4 n=115/73	Asymptotische Signifikanz (2- seitig) Alter < 4 n=87/26
rücksichtsvoll (Eltern)	,313	,954	,370
unruhig, überaktiv (Eltern)	,086	,207	,269
häufig Schmerzen (Eltern)	,185	,138	,139
gerne Teilen (Eltern)	,127	,954	,046*
oft Wutanfälle (Eltern)	,912	,935	,678
Einzelgänger (Eltern)	,058	,008**	,545
folgsam (Eltern)	,127	,769	,080
Sorgen (Eltern)	,275	,409	,061
hilfsbereit (Eltern)	,064	,429	,005**
zappelig (Eltern)	,035*	,080	,095
wenigstens ein/e Freund/in (Eltern)	,001***	,072	,009**
oft Streiten und Schikane (Eltern)	,639	,758	,686
oft unglücklich (Eltern)	,164	,341	,083
allgemein beliebt (Eltern)	,122	,228	,762
ablenkbar (Eltern)	,071	,025*	,645
nervös oder anklammernd (Eltern)	,633	,379	,739
lieb zu Jüngeren (Eltern)	,189	,190	,886
lügt oder mogelt (Eltern)	,672	,878	,960
gehänselt oder schikaniert (Eltern)	,173	,012*	,253
oft freiwillig helfen (Eltern)	,220	,580	,007**
nachdenken vor Handeln (Eltern)	,724	,247	,159
stehlen (Eltern)	,430	,542	,406
Erwachsene lieber als Kinder (Eltern)	,001***	,006**	,068
viele Ängste (Eltern)	,381	,449	,279
Aufgaben beenden (Eltern)	,004**	,099	,007**

Tabelle 3.1. 2: Mann-Whitney-U-Test über alle Items, (alle;≥4; <4)

Bei diesem Überblick fällt zunächst auf, dass es bei 4 Items („Ständig zappelig“ ($p = 0,035$); „Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentration“ ($p = ,004$); „Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin“ ($p = 0,001$); „Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern“ ($p = 0,001$)) einen signifikanten Unterschied in den Ergebnissen gibt, wenn man die Patientengruppe und die Kontrolle vergleicht. Dabei liegen die Werte der stationären Patienten höher als bei der Kontrolle.

In der Tabelle 3.1.2 sind zusätzlich die Ergebnisse angeführt, die man erhalten würde, wenn man nur die Kinder berücksichtigen würde, für die der verteilte Fragebogen ausgelegt ist (Kinder im Alter ≥ 4 Jahren $n=115/73$), bzw. für die Kinder, die jünger sind (< 4 Jahre $n=87/26$). Diese beiden Untergruppen unterscheiden sich durch einen Shift in den Signifikanzen. Bei Kindern die jünger als 4 Jahre sind, tauchen vermehrt Unterschiede bei den prosozialen Faktoren („gerne Teilen“ $p=0,008$; „hilfsbereit“ $p=0,005$; „oft freiwillig helfen“ $p=0,007$) auf, wenn man die Patientengruppe mit der Kontrolle vergleicht. Dagegen zeigen sich bei den älteren Kindern (≥ 4 Jahre) vermehrt signifikante Unterschiede bei den „Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen“ („Einzelgänger“ $p=0,008$; „gehänselt oder schikaniert“ $p=0,012$; „Erwachsene lieber als Kinder“ $p=0,006$).

Unterteilt man die Gesamtgruppe in 4 Altersgruppen und nach dem Geschlecht und überprüft die signifikanten Unterschiede wiederum für die Patienten und die Kontrolle erhält man die p-Werte der Tabelle 3.1.3. Auch wenn die Gruppen auf fraglich kleine Zahlen zusammenschrumpfen, lässt sich doch feststellen, dass die auftretenden signifikanten Unterschiede (in den Tabellen markiert) in den Ergebnissen zu den einzelnen Variablen, je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich verteilt sind.

Es zeigt sich, dass für die jüngeren Altersgruppen (0-3/4-6 Jahre) eher die weiblichen Untergruppen signifikante Unterschiede aufweisen, dagegen bei den älteren Kindern (≥ 7 Jahre) vermehrt die männlichen Probanden mit signifikant unterschiedlichen Ergebnissen bei einzelnen Items auffallen. Ferner scheinen die Unterschiede mit steigendem Alter abzunehmen.

Patienten/ Kontrolle Mann- Whitn.-U-T.	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 0-3 Jahre n=87/26			Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 4-6 Jahre n=51/46			Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 7-10 Jahre n=30/23			Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 11-16 n=30/3		
	ges.	männl. n=52/12	weibl. n=35/14	ges.	männl. n=32/29	weibl. n=19/17	ges.t	männl. n=16/13	weibl. n=14/10	ges.	männl. n=19/2	weibl. n=11/1
rücksichtsvoll (Eltern)	,370	,860	,509	,643	,726	,757	,598	,913	,351	,604	,891	,429
unruhig, überaktiv (Eltern)	,269	,311	,626	,307	,233	,870	,222	,493	,296	,521	,433	,655
häufig Schmerzen (Eltern)	,139	,481	,171	,684	,921	,462	,938	,627	,530	,419	,781	,280
gerne Teilen (Eltern)	,046*	,771	,003**	,851	1,000	,757	,354	,398	,587	,546	,891	,420
oft Wutanfälle (Eltern)	,678	,788	,508	,451	,946	,263	,742	,960	,531	1,000	,793	,733
Einzelgänger (Eltern)	,545	,183	,892	,056	,103	,235	,026*	,050*	,264	,969	,663	,567
Folgsam (Eltern)	,080	,906	,033*	,825	,598	,702	,326	,269	,820	,420	,673	,398
Sorgen (Eltern)	,061	,216	,157	,255	,564	,303	,377	,859	,203	,798	,834	,486
hilfsbereit (Eltern)	,005**	,269	,011*	,577	,547	,941	,694	,780	,759	,350	,226	,763
Zappelig (Eltern)	,095	,054	,748	,303	,791	,166	,090	,192	,227	,910	,722	,480
ein/e Freund/in (Eltern)	,009**	,219	,016*	,061	,193	,092	,422	,195	,855	,506	,554	,763
oft Streiten Schikane (Eltern)	,686	,368	,142	,866	,946	,849	,846	,367	,717	,238	,420	,317
oft unglücklich (Eltern)	,083	,182	,344	,401	,202	,862	,970	,264	,247	,400	,483	,655
allgemein beliebt (Eltern)	,762	,621	,505	,718	,311	,282	,093	,057	,759	,400	,420	,763
ablenkbar (Eltern)	,645	,689	,827	,222	,143	,958	,312	,457	,353	,564	,897	,206
nervös oder anklammernd (Eltern)	,739	,459	,194	,318	,902	,158	,723	,809	,478	,107	,261	,237
lieb zu Jüngeren (Eltern)	,886	,746	,774	,547	,835	,092	,265	,519	,321	,808	,359	,083
lügt oder mogelt (Eltern)	,960	,799	,594	,781	,570	,896	,882	,347	,264	,190	,025*	,409
gehänselt oder schikaniert (Eltern)	,253	,016*	,311	,416	,211	,487	,016*	,029*	,126	,265	,405	,480
oft freiwillig helfen (Eltern)	,007**	,287	,009**	,517	,409	,971	,692	,270	,548	,091	,145	,398
Nachdenk. vor Handeln (Eltern)	,159	,384	,285	,371	,816	,239	,482	,767	,493	,802	,786	,398
Stehlen (Eltern)	,406	,617	,480	,605	,341	,968	,720	,881	,398	,752	,746	1,000
Erwachs. lieber als Kinder (Eltern)	,068	,195	,244	,009**	,091	,028*	,444	,370	,883	,685	,890	,375
viele Ängste (Eltern)	,279	,246	,740	,364	,084	,565	,699	,808	,414	,853	,779	,486
Aufgaben beenden (Eltern)	,007**	,009**	,335	,060	,118	,295	,239	,208	,548	,082	,629	,076

Tabelle 3.1. 3: Mann-Whitney-U-Test: alle Items nach Geschlecht und Alter

Alle	Jungen (n=177)			Mädchen (n=126)			Gesamt (N=303)		
in %	Patienten (n=121)	Kontrolle (n=56)	U-Test	Patienten (n=83)	Kontrolle (n=43)	U-Test	Patienten (n=204)	Kontrolle (n=99)	U-Test
TotalSDQ									
Unauffällig	80,2	87,5	signifikant p = 0,027	86,2	92,9	nicht signifikant p = 0,110	82,5	89,8	sehr signifikant p = 0,005
Grenzwertig	6,6	5,4		10,0	7,1		8,0	6,1	
Auffällig	13,2	7,1		3,8	0		9,5	4,1	
Emotionale Probleme									
Unauffällig	87,5	94,6	nicht signifikant p = 0,361	88,6	90,4	nicht signifikant p = 0,489	87,9	92,9	nicht signifikant p = 0,257
Grenzwertig	3,3	3,6		3,8	4,8		3,5	4,1	
Auffällig	9,2	1,8		7,6	4,8		8,5	3,1	
Verhaltens- auffälligkeiten									
Unauffällig	87,5	85,7	nicht signifikant p = 0,821	87,0	95,2	nicht signifikant p = 0,502	87,3	89,8	nicht signifikant p = 0,51
Grenzwertig	8,3	8,9		9,1	2,4		8,6	6,1	
Auffällig	4,2	5,4		3,9	2,4		4,1	4,1	
Hyperaktivität									
Unauffällig	80,8	87,5	nicht signifikant p = 0,061	90,0	92,9	nicht signifikant p = 0,494	84,5	89,8	nicht signifikant p = 0,063
Grenzwertig	6,7	8,9		5,0	2,4		6,0	6,1	
Auffällig	12,5	3,6		5,0	4,8		9,5	4,1	
Probl. mit Gleichaltrigen									
Unauffällig	75,0	92,9	sehr signifikant p = 0,005	93,5	97,6	sehr signifikant p = 0,003	82,2	94,9	höchst signifikant p = 0,000
Grenzwertig	13,3	1,8		5,2	2,4		10,2	2,0	
Auffällig	11,7	5,4		1,3	0		7,6	3,1	
Prosoziales Verhalten									
Unauffällig	76,5	82,1	nicht signifikant p = 0,525	78,2	97,6	sehr signifikant p = 0,003	77,2	88,8	signifikant p = 0,01
Grenzwertig	10,1	14,3		6,4	2,4		8,6	9,2	
Auffällig	13,4	3,6		15,4	0		14,2	2,0	

Tabelle 3.1. 4: Teil- und Gesamtscores nach Häufigkeit und Geschlecht, Mann-Whitney-U-Test, alle

Alter ≥4	Jungen (n=111)			Mädchen (n=77)			Gesamt (n=188)		
in %	Patienten (n=66)	Kontrolle (n=49)	U-Test	Patienten (n=48)	Kontrolle (n=29)	U-Test	Patienten (n=114)	Kontrolle (n=44)	U-Test
TotalSDQ									
Unauffällig	76,1	86,4	nicht signifikant p = 0,062	82,3	92,9	nicht signifikant p = 0,210	78,6	88,9	signifikant p = 0,025
Grenzwertig	6,0	4,5		13,3	7,1		8,9	5,6	
Auffällig	17,9	9,1		4,4	0		12,5	5,5	
Emotionale Probleme									
Unauffällig	82,1	93,2	nicht signifikant p = 0,792	82,2	89,3	nicht signifikant p = 0,288	82,1	91,7	nicht signifikant p = 0,356
Grenzwertig	3,0	4,5		4,5	3,6		3,6	4,2	
Auffällig	14,9	2,3		13,3	7,1		14,3	4,1	
Verhaltens- auffälligkeiten									
Unauffällig	85,1	88,6	nicht signifikant p = 0,773	79,5	92,9	nicht signifikant p = 0,841	82,9	90,3	nicht signifikant p = 0,744
Grenzwertig	11,9	4,6		13,6	3,6		12,6	4,2	
Auffällig	3,0	6,8		6,8	3,5		4,5	5,6	
Hyperaktivität									
Unauffällig	79,1	84,1	nicht signifikant p = 0,170	91,1	96,4	nicht signifikant p = 0,542	83,9	88,9	nicht signifikant p = 0,179
Grenzwertig	7,5	11,4		4,5	3,6		6,1	6,9	
Auffällig	13,4	4,5		4,4	0		9,8	4,2	
Probl. mit Gleichaltrigen									
Unauffällig	71,6	95,5	signifikant p = 0,02	95,5	96,4	signifikant p = 0,034	81,1	95,8	höchst signifikant p = 0,000
Grenzwertig	14,9	4,5		2,3	3,6		9,9	1,4	
Auffällig	13,4	0		2,3	0		9,0	2,8	
Prosoziales Verhalten									
Unauffällig	85,1	86,4	nicht signifikant p = 0,062	91,1	96,4	nicht signifikant p = 0,299	87,5	90,3	nicht signifikant p = 0,970
Grenzwertig	7,4	11,4		4,5	3,6		6,3	8,3	
Auffällig	7,5	2,3		4,4	0		6,2	1,4	

Tabelle 3.1. 5: Teil- und Gesamtscore nach Häufigkeit und Geschlecht, Mann-Whitney-U-Test, ≥4 Jahre

Blickt man auf die Scores der einzelnen Skalen und den Gesamtscore, erhält man die p-Werte der Tabellen 3.1.4, die für alle Fragebögen berechnet ist, und Tabelle 3.1.5, bei der nur Kinder ab 4 Jahren berücksichtigt wurden, für die der ausgegebene Fragebogen ausgelegt ist.

In Tabelle 3.1.4 fällt ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe im „Gesamtscore“ ($p = 0,005$), der Skala für „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ ($p = 0,000$) und der Skala für „Prosoziales Verhalten“ ($p = 0,01$) auf. Unterteilt man die Stichproben noch nach dem Geschlecht, zeigt sich, dass der signifikante Unterschied im Gesamtscore nur bei der männlichen Untergruppe nachzuweisen ist, wohingegen bei der Skala für „Prosoziales Verhalten“ nur die weibliche Untergruppe auffällt. In den Scores der Skala für „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ unterscheiden sich die beiden Geschlechter nicht. Bei der Skala für „Hyperaktivität“ zeigt nur die männliche Untergruppe eine Tendenz zur Signifikanz ($p = 0,061$).

Beschränkt man das Alter auf die vorgesehene Altersgruppe ab dem 4. Lebensjahr, so verschwindet die Signifikanz der Skala für „Prosoziales Verhalten“ ($p = 0,970$) und die Signifikanz des Gesamtscores wird etwas abgeschwächt ($p = 0,025$), unverändert hoch bleibt die Signifikanz der Skala für „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ ($p = 0,000$).

Alle	N	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Emotionale Probleme	297	1,43	1,00	1,689	0	10
Verhaltensauffälligkeiten	295	1,75	1,00	1,450	0	9
Hyperaktivität	298	2,99	3,00	2,210	0	10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	295	1,48	1,00	1,655	0	8
Prosoziales Verhalten	295	7,34	8,00	2,301	0	10
Gesamtscore	299	7,59	7,00	4,909	0	29

Tabelle 3.1. 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Scores, alle

Alle	n		Mittelwert		Median		Standardabweichung		Minimum		Maximum	
	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M
Geschlecht												
Emotionale Probleme	121	176	1,46	1,40	1,00	1,00	1,648	1,721	0	0	7	10
Verhaltensauffälligkeiten	119	176	1,62	1,83	1,00	1,00	1,334	1,521	0	0	6	9
Hyperaktivität	122	176	2,72	3,18	3,00	3,00	2,034	2,312	0	0	7	10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	119	176	1,05	1,78	1,00	1,00	1,333	1,786	0	0	8	8
Prosoziales Verhalten	120	175	7,62	7,15	8,00	8,00	2,377	2,234	0	1	10	10
Gesamt-score	122	177	6,78	8,14	6,00	7,00	4,282	5,238	0	1	21	29

Tabelle 3.1. 7: Mittelw. und Standardabweichungen der einzelnen Scores, alle, W=weiblich;M=männlich

Kontrolle	n		Mittelwert		Median		Standardabweichung		Minimum		Maximum	
	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M
Geschlecht												
Emotionale Probleme	42	56	1,31	1,13	1,00	1,00	1,554	1,251	0	0	7	5
Verhaltensauffälligkeiten	42	56	1,48	1,82	1,00	1,50	1,234	1,585	0	0	5	7
Hyperaktivität	42	56	2,55	2,66	3,00	2,00	1,941	2,143	0	0	7	8
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	42	56	,55	1,29	,00	1,00	,832	1,670	0	0	4	8
Prosoziales Verhalten	42	56	8,60	7,43	9,00	7,50	1,326	1,847	5	4	10	10
Gesamt-score	42	56	5,88	6,89	5,00	6,00	3,704	4,674	0	1	15	19

Tabelle 3.1. 8: Mittelw. und Standardabw. der einzelnen Scores, Kontrolle, W=weiblich;M=männlich

Stationäre Patienten	n		Mittelwert		Median		Standardabweichung		Minimum		Maximum	
	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M
Geschlecht												
Emotionale Probleme	79	120	1,54	1,53	1,00	1,00	1,701	1,892	0	0	7	10
Verhaltensauffälligkeiten	77	120	1,70	1,83	1,00	1,00	1,387	1,497	0	0	6	9
Hyperaktivität	80	120	2,81	3,42	2,50	3,00	2,087	2,357	0	0	7	10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	77	120	1,32	2,01	1,00	2,00	1,473	1,799	0	0	8	7
Prosoziales Verhalten	78	119	7,09	7,02	7,50	8,00	2,644	2,390	0	1	10	10
Gesamt-score	80	121	7,25	8,72	7,00	8,00	4,507	5,401	0	1	21	29

Tabelle 3.1. 9: Mittelw. und Standardabw. der einzelnen Scores, Patienten, W=weiblich;M=männlich

Tabelle 3.1.6 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen zu den einzelnen Scores für die gesamte Erhebung wieder. In Tabelle 3.1.7 wird die Gesamtgruppe nach dem Geschlecht, in den Tabellen 3.1.8 und 3.1.9 zusätzlich in die Kontrollgruppe und die stationären Patienten aufgeteilt.

Berechnet man die Korrelationskoeffizienten zwischen den einzelnen Scores für alle fünf Skalen und den Gesamtscore, um den Zusammenhang unter den Variablen zu ermessen, ergeben sich die Werte aus der Tabelle 3.1.10. Hier zeigen sich deutliche Signifikanzen in beinahe allen Korrelationen ($p \leq 0,001$), mit Ausnahme des prosozialen Verhaltens, das nicht mit den emotionalen Problemen, und den Verhaltensauffälligkeiten, die nicht mit den Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen in Zusammenhang zu stehen scheinen (in der Tabelle markiert). Eine besonders starke Korrelation liegt für den Hyperaktivitätsscore in Verbindung mit dem Gesamtscore vor ($r = 0,821$; $p = 0,000$) (in der Tabelle markiert).

Spearman-Rho Alle		Emotionale Probleme	Verhaltens- auffälligkeiten	Hyperakti- vität	Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamt- score
Emotionale Probleme	Korrel.-koef.	1,000	0,233***	0,278***	0,268***	-0,042	0,595***
	Sig. (2-sei.)	.	0,000	0,000	0,000	0,469	0,000
	N	297	294	296	294	295	297
Verhaltens- auffälligkeiten	Korrel.-koef.	0,233***	1,000	0,376***	0,099	-0,340***	0,589***
	Sig. (2-sei.)	0,000	.	0,000	0,089	0,000	0,000
	N	294	295	294	295	294	295
Hyperaktivität	Korrel.-koef.	0,278***	0,376***	1,000	0,363***	-0,234***	0,821***
	Sig. (2-sei.)	0,000	0,000	.	0,000	0,000	0,000
	N	296	294	298	294	294	298
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Korrel.-koef.	0,268***	0,099	0,363***	1,000	-0,364***	0,620***
	Sig. (2-sei.)	0,000	0,089	0,000	.	0,000	0,000
	N	294	295	294	295	294	295
Prosoziales Verhalten	Korrel.-koef.	-0,042	-0,340***	-0,234***	-0,364***	1,000	-0,328***
	Sig. (2-sei.)	0,469	0,000	0,000	0,000	.	0,000
	N	295	294	294	294	295	295
Gesamtscore	Korrel.-koef.	0,595***	0,589***	0,821***	0,620***	-0,328***	1,000
	Sig. (2-sei.)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	297	295	298	295	295	299

Tabelle 3.1. 10: Korrelationen (nach Spearman-Rho) zwischen den einzelnen Scores, alle

Untersucht man die gleichen Korrelationen für die einzelnen Gruppen getrennt (stationäre Patienten/ Kontrolle) ergeben sich einige Unterschiede. Die Korrelation des Verhaltensauffälligkeitsscores mit dem Score für emotionale Probleme, die bei der Gruppe der stationären Patienten signifikant ist, fällt bei der Kontrolle weg (siehe Tabelle 3.1.11 und 3.1.12). Insgesamt ist der Score für emotionale Probleme bei der stationären Gruppe deutlicher mit den anderen Scores korreliert als bei der Kontrollgruppe.

Dagegen ist die negative Korrelation des Scores für prosoziales Verhalten mit den anderen Scores bei der Kontrolle stärker.

Spearman-Rho stationäre Patienten		Emotionale Probleme	Verhaltens- auffälligkeiten	Hyper- aktivität	Probleme im Umgang mit Gleichaltri- gen	Prosozia- les Verhalten	Ge- samt- score
Emotionale Probleme	Korrel.-koef.	1,000	,249***	,283***	,255***	,021	,613***
	Sig. (2-sei.)	.	,000	,000	,000	,771	,000
	N	199	196	198	196	197	199
Verhaltens- auffälligkeiten	Korrel.-koef.	,249***	1,000	,402***	,056	-,285***	,585***
	Sig. (2-sei.)	,000	.	,000	,437	,000	,000
	N	196	197	196	197	196	197
Hyperaktivität	Korrel.-koef.	,283***	,402***	1,000	,325***	-,194***	,820***
	Sig. (2-sei.)	,000	,000	.	,000	,006	,000
	N	198	196	200	196	196	200
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Korrel.-koef.	,255***	,056	,325***	1,000	-,314***	,595***
	Sig. (2-sei.)	,000	,437	,000	.	,000	,000
	N	196	197	196	197	196	197
Prosoziales Verhalten	Korrel.-koef.	,021	-,285***	-,194***	-,314***	1,000	-,246***
	Sig. (2-sei.)	,771	,000	,006	,000	.	,000
	N	197	196	196	196	197	197
Gesamtscore	Korrel.-koef.	,613***	,585***	,820***	,595***	-,246***	1,000
	Sig. (2-sei.)	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	199	197	200	197	197	201

Tabelle 3.1. 11: Korrelationen (nach Spearman-Rho) zwischen den einzelnen Scores, Patienten

Spearman-Rho Kontrolle		Emotionale Probleme	Verhaltensauffälligkeiten	Hyperaktivität	Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamt-score
Emotionale Probleme	Korrel.-koef.	1,000	,186	,252*	,302**	-,156	,540***
	Sig. (2-sei.)	.	,067	,012	,002	,126	,000
	N	98	98	98	98	98	98
Verhaltensauffälligkeiten	Korrel.-koef.	,186	1,000	,319***	,196	-,446***	,602***
	Sig. (2-sei.)	,067	.	,001	,052	,000	,000
	N	98	98	98	98	98	98
Hyperaktivität	Korrel.-koef.	,252*	,319***	1,000	,416***	-,293**	,817***
	Sig. (2-sei.)	,012	,001	.	,000	,003	,000
	N	98	98	98	98	98	98
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Korrel.-koef.	,302**	,196	,416***	1,000	-,420***	,649***
	Sig. (2-sei.)	,002	,052	,000	.	,000	,000
	N	98	98	98	98	98	98
Prosoziales Verhalten	Korrel.-koef.	-,156	-,446***	-,293**	-,420***	1,000	-,456***
	Sig. (2-sei.)	,126	,000	,003	,000	.	,000
	N	98	98	98	98	98	98
Gesamtscore	Korrel.-koef.	,540***	,602***	,817***	,649***	-,456***	1,000
	Sig. (2-sei.)	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	98	98	98	98	98	98

Tabelle 3.1. 12: Korrelationen (nach Spearman-Rho) zwischen den einzelnen Scores, Kontrolle

In der Abbildung 3.1 ist die Verteilung der Diagnosezuordnung bei den verschiedenen Gesamtscoregruppen dargestellt. Dabei fällt auf, dass nur die chronisch (intern/chirurgisch) kranken Patienten mit auffälligen Ergebnissen in Erscheinung treten.

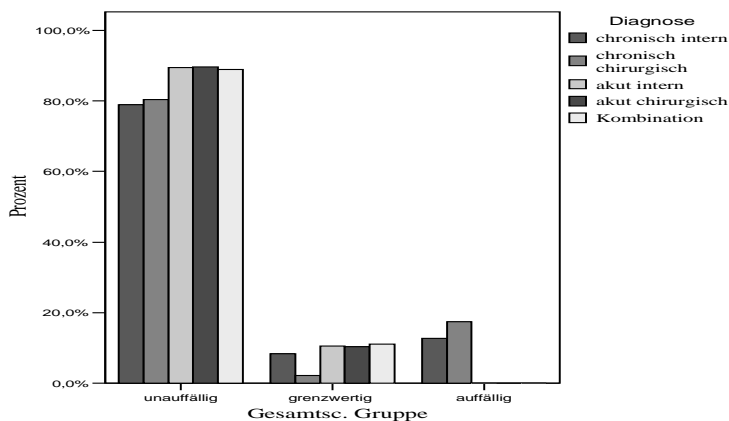


Abbildung 3. 1: Diagnoseverteilung der Gesamtscoregruppen

3.1.2 SDQ-Eltern Zusatzbogen:

Der Zusatzfragebogen ergibt beim Vergleich zwischen Patienten und Kontrolle keine signifikanten Unterschiede, bzw. eine gute Übereinstimmung. Die Häufigkeiten der Antworten sind in Tabelle 3.1.13 dargestellt.

Mann-Whitney-U-Test	Vergleich Patienten/Kontrolle	Vergleich SDQ-Gesamtscore auffällig/grenzwertig, unauffällig		Zuordnung		Gesamtscore auffällig	
				Stationäre Patienten	Kontrolle	Unauffällig/grenzwertig (n=276)	Auffällig (n=23)
	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Schwierigkeiten (Stimmung.) (Eltern)	,504	,000	nein	135	70	202	3
			leichte	46	25	60	11
			deutliche	11	3	8	6
			massiv	4	0	1	3
Dauer der Schwierigkeiten (Eltern)	,221	,289	<1 Monat	4	4	7	1
			1-5 Monate	5	4	9	0
			6-12 Monate	9	4	9	4
			über ein Jahr	44	18	47	15
leiden unter diesen Schwierigkeiten (Eltern)	,925	,001	gar nicht	21	8	26	3
			kaum	27	15	37	5
			deutlich	9	5	6	8
			schwer	6	1	4	3
Beeinträchtigt zu Hause (Eltern)	,593	,020	gar nicht	26	11	33	4
			kaum	19	13	25	7
			deutlich	13	4	10	7
			schwer	4	0	3	1
Beeinträchtigt mit Freunden (Eltern)	,433	,026	gar nicht	28	15	36	7
			kaum	23	10	29	4
			deutlich	10	3	5	8
			schwer	0	0	0	0
Beeinträchtigt im Unterricht (Eltern)	,095	,039	gar nicht	16	12	24	4
			kaum	15	8	18	5
			deutlich	14	5	12	7
			schwer	4	0	2	2
Beeinträchtigt in der Freizeit (Eltern)	,450	,332	gar nicht	29	15	36	8
			kaum	20	12	24	8
			deutlich	7	1	6	2
			schwer	2	0	1	1
belastet Familie (Eltern)	,162	,001	gar nicht	19	10	27	2
			kaum	29	15	36	8
			deutlich	11	2	6	7
			schwer	4	0	2	2

Tabelle 3.1. 13: Häufigkeiten der Antworten im Zusatzfragebogen und Mann-Whitney-U-Test

Tabelle 3.1.13 zeigt ferner die Ergebnisse, die man erhält, wenn man die im SDQ-Gesamtscore als auffällig bewerteten Fragebögen mit den grenzwertigen / unauffälligen Fragebögen vergleicht. Hier zeigt sich deutlich, dass es zum vermehrten Auftreten von Schwierigkeiten ($p = 0.000$) kommt, die in besonderem Maße die Familie belasten ($p = 0,001$) und in den Augen der Eltern die Kinder vermehrt unter den Schwierigkeiten leiden lässt ($p = 0,001$). Die Beeinträchtigungen werden zuhause ($p = 0,020$), mit Freunden ($p = 0,026$) und im Unterricht ($p = 0,039$) beobachtet, scheinen aber in der Freizeit ($p = 0,332$) nicht ins Gewicht zu fallen.

3.1.3 SDQ-D Selbst Fragebogen:

Zuordnung	Alter Kind	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
stationäre Patienten	Gültig	2	1	2,0	2,0	2,0
		4	2	4,0	4,0	6,0
		5	3	6,0	6,0	12,0
		7	3	6,0	6,0	18,0
		8	2	4,0	4,0	22,0
		9	3	6,0	6,0	28,0
		10	5	10,0	10,0	38,0
		11	5	10,0	10,0	48,0
		12	10	20,0	20,0	68,0
		13	7	14,0	14,0	82,0
		14	6	12,0	12,0	94,0
		15	2	4,0	4,0	98,0
		16	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0		
Kontrolle	Gültig	2	1	7,7	7,7	7,7
		4	1	7,7	7,7	15,4
		5	3	23,1	23,1	38,5
		6	2	15,4	15,4	53,8
		7	3	23,1	23,1	76,9
		8	1	7,7	7,7	84,6
		10	1	7,7	7,7	92,3
		12	1	7,7	7,7	100,0
	Gesamt	13	100,0	100,0		

Tabelle 3.1. 14: Altersverteilung beim SDQ-Selbst-Fragebogen

Die Auswertung der Selbst-Version des SDQ erscheint nicht sinnvoll, da zuwenig brauchbare Fragebögen zur Verfügung stehen. Betrachtet man die Altersverteilung der Informanten, zeigt sich, dass zumindest ein Teil der Fragebögen nicht wirklich von den Kindern selbst

ausgefüllt sein kann. Würde man nur die Altersgruppe werten für die die SDQ-Selbst-Version vorgesehen ist, Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren, blieben nicht genügend Bögen, um eine Auswertung vornehmen zu können. Beschränkt man das Alter auf ≥ 7 Jahre, bleiben nur noch 43 Patienten und 6 Kontrollen! Alle Signifikanzen verschwinden! Bezieht man dennoch alle zur Verfügung stehenden Bögen ein, ergibt sich bei den Antworten die Häufigkeitsverteilung, wie sie in Tabelle 3.1.15 zu sehen ist. Hier zeigen sich nur bei 2 Items signifikante Unterschiede.

„Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht“ ($p = 0,014$) und „Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert“ ($p = 0,014$) sind im Vergleich Patienten/Kontrolle signifikant unterschiedlich. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von dem SDQ-Eltern Fragebogen. Vergleicht man die Scores der fünf Skalen und den Gesamtscore ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der stationären Patienten und der Kontrollgruppe. Untersucht man allerdings den Zusammenhang zwischen den Scores ergeben sich Auffälligkeiten.

Vergleicht man die Korrelationen der stationären Patienten (Tabelle 3.1.16) und der Kontrolle (Tabelle 3.1.17) getrennt, fällt auf, dass bei der Kontrolle der Score für prosoziales Verhalten negativ mit dem Score für Hyperaktivität ($r = -0,583$; $p = 0,037$), negativ für Verhaltensauffälligkeiten ($r = -0,607$; $p = -0,028$) und negativ mit dem Gesamtscore ($r = -0,664$; $p = -0,013$) signifikant korreliert. Bei den stationären Patienten trifft dies nur für den Score für Verhaltensauffälligkeiten ($r = -0,378$; $p = 0,007$) zu. Bei der stationären Gruppe korreliert der Score für emotionale Probleme mit den Scores für Hyperaktivität ($r = 0,455$; $p = 0,001$), für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ($r = 0,370$; $p = 0,009$) und den Gesamtscore ($r = 0,662$; $p = 0,000$), bei der Kontrolle nur mit dem Score für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ($r = 0,635$; $p = 0,020$). Der Verhaltensauffälligkeitsscore ist bei der Kontrolle hoch signifikant mit den Scores für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ($r = 0,799$; $p = 0,001$) und dem Gesamtscore ($r = 0,836$; $p = 0,000$) korreliert, bei der stationären Gruppe zusätzlich mit dem Hyperaktivitätsscore ($r = 0,309$; $p = 0,031$). Die höchste Korrelation mit dem Gesamtscore hat bei der Kontrolle der Verhaltensauffälligkeitsscore ($r = 0,836$; $p = 0,000$), bei den stationären Patienten der Hyperaktivitätsscore ($r = 0,800$; $p = 0,000$).

	nicht zutreffend		teilweise zutreffend		eindeutig zutreffend	
	Patienten n=49 in %	Kontrolle n=13 in %	Patienten n=49 in %	Kontrolle n=13 in %	Patienten n=49 in %	Kontrolle n=13 in %
Prosoziale-Items:						
Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	2,0	0	36,7	53,8	61,2	46,2
Ich teile normalerweise mit anderen (Süßigkeiten, Spielzeug, usw.)	10,2	0	32,7	46,2	55,1	53,8
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	10,2	0	18,4	38,5	69,4	61,5
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	2,0	7,7	24,5	7,7	71,4	84,6
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	10,2	0	44,9	53,8	42,9	46,2
Hyperaktivitäts-Items:						
Ich bin oft unruhig, kann nicht lange stillsitzen	36,7	61,5	36,7	23,1	26,5	15,4
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	38,8	53,8	38,8	30,8	20,4	15,4
Ich lasse mich leicht ablenken, ich finde es schwer mich zu konzentrieren	44,9	46,2	26,5	38,5	26,5	15,4
Ich denke nach, bevor ich handle	8,2	7,7	38,8	46,2	51,0	46,2
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; Ich kann mich lange genug konzentrieren	10,2	7,7	38,8	46,2	49,0	46,2
Emotionale Probleme-Items:						
Ich habe häufig Kopfschmerzen, Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	57,1	84,6	34,7	15,4	6,1	0
Ich mache mir häufig Sorgen	53,1	76,9	36,7	23,1	8,2	0
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	73,5	92,3	22,4	7,7	2,0	0
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	61,2	53,8	28,6	38,5	8,2	7,7
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht*	53,1	92,3	36,7	7,7	8,2	0
Verhaltensauffälligkeits-Items:						
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	49,0	46,2	32,7	46,1	16,3	7,7
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	8,2	15,4	46,9	53,8	42,9	30,8
Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun was ich will	87,8	92,3	8,2	7,7	2,0	0
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogle	87,8	100,0	8,2	0	2,0	0
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	89,8	92,3	6,1	7,7	2,0	0
Probleme mit Gleichaltrigen-Items:						
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	67,3	76,9	22,4	23,1	8,2	0
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	2,0	0	6,1	23,1	89,8	76,9
Im allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	6,1	0	30,6	38,5	59,2	61,5
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert*	63,3	100,0	28,6	0	6,1	0
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	65,3	92,3	20,4	7,7	12,2	0

Fett gedruckte Items unterscheiden sich signifikant (* p < 0,05);

Tabelle 3.1. 15: Häufigkeitsverteilung der Antworten beim SDQ-Selbst-Fragebogen

Spearman-Rho Stationäre Patienten		Emotionale Probleme (Selbst)	Verhaltens- auffälligkeiten (Selbst)	Hyperak- tivität (Selbst)	Probleme im Umgang mit Gleichaltri- gen (Selbst)	Prosozia- les Verhalten (Selbst)	Gesamt- problem- wert (Selbst)
Emotionale Probleme (Selbst)	Korrel.koef.	1,000	-,064	,455***	,370**	,212	,662***
	Sig. (2-seitig)	.	,664	,001	,009	,144	,000
	N	49	49	49	49	49	49
Verhaltens- auffälligkeiten (Selbst)	Korrel.koef.	-,064	1,000	,309*	,300*	-,378**	,508***
	Sig. (2-seitig)	,664	.	,031	,036	,007	,000
	N	49	49	49	49	49	49
Hyperaktivität (Selbst)	Korrel.koef.	,455***	,309*	1,000	,284*	-,052	,800***
	Sig. (2-seitig)	,001	,031	.	,048	,720	,000
	N	49	49	50	49	50	50
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Selbst)	Korrel.koef.	,370**	,300*	,284*	1,000	-,076	,680***
	Sig. (2-seitig)	,009	,036	,048	.	,604	,000
	N	49	49	49	49	49	49
Prosoziales Verhalten (Selbst)	Korrel.koef.	,212	-,378**	-,052	-,076	1,000	-,021
	Sig. (2-seitig)	,144	,007	,720	,604	.	,885
	N	49	49	50	49	50	50
Gesamtscore (Selbst)	Korrel.koef.	,662***	,508***	,800***	,680***	-,021	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,885	.
	N	49	49	50	49	50	50

Tabelle 3.1. 16: Korrelationen zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst bei den Patienten

Spearman-Rho Kontrolle		Emotionale Probleme (Selbst)	Verhaltens- auffälligkeiten (Selbst)	Hyperak- tivität (Selbst)	Probleme im Umgang mit Gleichaltri- gen (Selbst)	Prosozia- les Verhalten (Selbst)	Gesamt- problem- wert (Selbst)
Emotionale Probleme (Selbst)	Korrel.koef.	1,000	,448	-,107	,635*	,042	,420
	Sig. (2-seitig)	.	,125	,727	,020	,892	,153
	N	13	13	13	13	13	13
Verhaltens- auffälligkeiten (Selbst)	Korrel.koef.	,448	1,000	,445	,799***	-,607*	,836***
	Sig. (2-seitig)	,125	.	,127	,001	,028	,000
	N	13	13	13	13	13	13
Hyperaktivität (Selbst)	Korrel.koef.	-,107	,445	1,000	,209	-,583*	,756**
	Sig. (2-seitig)	,727	,127	.	,493	,037	,003
	N	13	13	13	13	13	13
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Selbst)	v	,635*	,799***	,209	1,000	-,487	,741**
	Sig. (2-seitig)	,020	,001	,493	.	,091	,004
	N	13	13	13	13	13	13
Prosoziales Verhalten (Selbst)	Korrel.koef.	,042	-,607*	-,583*	-,487	1,000	-,664*
	Sig. (2-seitig)	,892	,028	,037	,091	.	,013
	N	13	13	13	13	13	13
Gesamtscore (Selbst)	Korrel.koef.	,420	,836***	,756**	,741**	-,664*	1,000
	Sig. (2-seitig)	,153	,000	,003	,004	,013	.
	N	13	13	13	13	13	13

Tabelle 3.1. 17: Korrelationen zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst bei der Kontrolle

Die Skalen sind bei der SDQ-Selbst-Version insgesamt weniger signifikant untereinander korreliert, als bei der SDQ-Eltern-Version.

Zwischen den einzelnen Scores für die 5 Skalen und den Gesamtscores ergeben sich hochsignifikante Korrelationen, wenn man die Selbst-Version und die Eltern-Version miteinander in Beziehung setzt. Die Gesamtscores beider Fragebögen korrelieren auch mit sämtlichen Skalenscores aus den jeweils anderen Fragebögen. Der Score für emotionale Probleme im SDQ-Selbst-Bogen korreliert zusätzlich mit dem Score für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen im SDQ-Eltern ($r = 0,432$; $p = 0,001$). Der Hyperaktivitätsscore im SDQ-Selbst-Bogen korreliert auch mit den Scores für Verhaltensauffälligkeiten ($r = 0,451$; $p = 0,000$) und für prosoziales Verhalten ($r = -0,273$; $p = 0,035$) im SDQ-Eltern-Bogen. Die anderen beiden Scores, für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Ausnahme nicht mit dem Score für Hyperaktivität ($r = 0,2051$; $p = 0,116$)) und für prosoziales Verhalten (Ausnahme nicht mit den Scores für emotionale Probleme ($r = -0,128$; $p = 0,333$) und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ($r = -0,232$; $p = 0,077$)), im SDQ-Selbst-Bogen korrelieren mit fast allen Scores aus dem SDQ-Eltern-Bogen.

Spearman-Rho Alle		Emotionale Probleme (Selbst)	Verhaltensauffälligkeiten (Selbst)	Hyperaktivität (Selbst)	Probl. m Umgang mit Gleichaltrigen (Selbst)	Prosoziales Verhalten (Selbst)	Gesamtwert (Selbst)
Emotionale Probleme (Eltern)	Korrel.koef.	,596***	,065	,080	,321*	-,128	,405***
	Sig. (2-seitig)	,000	,622	,546	,013	,333	,001
	N	59	59	59	59	59	59
Verhaltensauffälligkeiten (Eltern)	Korrel.koef.	,225	,495***	,451***	,276*	-,366**	,474***
	Sig. (2-seitig)	,087	,000	,000	,035	,004	,000
	N	59	59	59	59	59	59
Hyperaktivität (Eltern)	Korrel.koef.	,244	,229	,729***	,205	-,353**	,543***
	Sig. (2-seitig)	,061	,078	,000	,116	,006	,000
	N	60	60	60	60	60	60
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Eltern)	Korrel.koef.	,432***	,254	,179	,489***	-,232	,469***
	Sig. (2-seitig)	,001	,052	,176	,000	,077	,000
	N	59	59	59	59	59	59
Prosoziales Verhalten (Eltern)	Korrel.koef.	-,115	-,245	-,273*	-,336**	,566***	-,332**
	Sig. (2-seitig)	,380	,059	,035	,009	,000	,010
	N	60	60	60	60	60	60
Gesamtwert (Eltern)	Korrel.koef.	,484***	,325*	,548***	,394**	-,332**	,643***
	Sig. (2-seitig)	,000	,011	,000	,002	,010	,000
	N	60	60	60	60	60	60

Tabelle 3.1. 18: Korrel. zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst und SDQ-Eltern; alle

Spearman-Rho Stationäre Patienten		Emotionale Probleme (Selbst)	Verhaltens- auffälligkeiten (Selbst)	Hyperak- tivität (Selbst)	Probleme im Umgang mit Gleichaltri- gen (Selbst)	Prosozia- les Verhalten (Selbst)	Gesamt- problem- wert (Selbst)
Emotionale Probleme (Eltern)	Korrel.koef.	,644***	,038	,152	,385**	-,150	,478***
	Sig. (2-seitig)	,000	,803	,314	,008	,320	,001
	N	46	46	46	46	46	46
Verhaltens- auffälligkeiten (Eltern)	Korrel.koef.	,154	,475***	,500***	,238	-,239	,455***
	Sig. (2-seitig)	,308	,001	,000	,112	,110	,001
	N	46	46	46	46	46	46
Hyperaktivität (Eltern)	Korrel.koef.	,283	,210	,678***	,125	-,239	,479***
	Sig. (2-seitig)	,054	,157	,000	,403	,106	,001
	N	47	47	47	47	47	47
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Eltern)	Korrel.koef.	,414**	,199	,192	,506***	-,127	,461***
	Sig. (2-seitig)	,004	,184	,202	,000	,401	,001
	N	46	46	46	46	46	46
Prosoziales Verhalten (Eltern)	Korrel.koef.	-,050	-,213	-,197	-,201	,431**	-,224
	Sig. (2-seitig)	,738	,151	,185	,176	,002	,131
	N	47	47	47	47	47	47
Gesamtscore (Eltern)	Korrel.koef.	,484***	,289*	,561***	,353*	-,211	,618***
	Sig. (2-seitig)	,001	,049	,000	,015	,154	,000
	N	47	47	47	47	47	47

Tabelle 3.1. 19: Korrel. zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst und SDQ-Eltern; Patienten

Spearman-Rho Kontrolle		Emotionale Probleme (Selbst)	Verhaltens- auffälligkeiten (Selbst)	Hyperak- tivität (Selbst)	Probleme im Umgang mit Gleichaltri- gen (Selbst)	Prosozia- les Verhalten (Selbst)	Gesamt- problem- wert (Selbst)
Emotionale Probleme (Eltern)	Korrel.koef.	,363	,230	-,242	-,135	-,143	,003
	Sig. (2-seitig)	,223	,449	,426	,659	,642	,993
	N	13	13	13	13	13	13
Verhaltens- auffälligkeiten (Eltern)	Korrel.koef.	,595*	,678*	,295	,527	-,712**	,623*
	Sig. (2-seitig)	,032	,011	,328	,065	,006	,023
	N	13	13	13	13	13	13
Hyperaktivität (Eltern)	Korrel.koef.	,075	,321	,912***	,565*	-,637*	,737**
	Sig. (2-seitig)	,808	,285	,000	,044	,019	,004
	N	13	13	13	13	13	13
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Eltern)	v	,672*	,714**	,143	,454	-,591*	,578*
	Sig. (2-seitig)	,012	,006	,640	,119	,033	,039
	N	13	13	13	13	13	13
Prosoziales Verhalten (Eltern)	Korrel.koef.	-,522	-,403	-,469	-,944***	,882***	-,744**
	Sig. (2-seitig)	,067	,172	,106	,000	,000	,004
	N	13	13	13	13	13	13
Gesamtscore (Eltern)	Korrel.koef.	,477	,602*	,585*	,635*	-,783**	,771**
	Sig. (2-seitig)	,100	,030	,036	,020	,002	,002
	N	13	13	13	13	13	13

Tabelle 3.1. 20: Korrel. zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst und SDQ-Eltern; Kontrolle

Untersucht man die Korrelationen für beide Stichproben getrennt ergeben sich einige Unterschiede bei den signifikanten Korrelationen.

Die hochsignifikanten Korrelationen zwischen den jeweiligen Skalen des SDQ-Selbst-Fragebogens und des SDQ-Eltern-Fragebogens, die sich beim Überblick aller Fragebögen ergeben, sind bei der Kontrolle, im Gegensatz zu den stationären Patienten, bei denen außer beim Score für prosoziales Verhalten ($r = 0,431$; $p = 0,002$) alle Korrelationen hoch signifikant sind, nur für den Hyperaktivitätsscore ($r = 0,912$; $p = 0,000$) und den Score für prosoziales Verhalten ($r = 0,882$; $p = 0,000$) vorhanden. Für die Gesamtscores ($r = 0,771$; $p = 0,002$) und die Scores für Verhaltensauffälligkeiten ($r = 0,678$; $p = 0,011$) gibt es bei der Kontrolle signifikante Ergebnisse, wohingegen die signifikanten Zusammenhänge bei den Scores für die Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ($r = 0,454$; $p = 0,119$) und die emotionalen Probleme ($r = 0,363$; $p = 0,223$), die bei den stationären Patienten hochsignifikant sind (Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ($r = 0,506$; $p = 0,000$); emotionalen Probleme ($r = 0,644$; $p = 0,000$)), wegfallen. Bei der Kontrolle korrelieren die Scores für emotionale Probleme auch nicht mit den Gesamtscores (bei den stationären Patienten ($r = 0,478$; $p = 0,001$)). Die negative Korrelation der Scores für prosoziales Verhalten mit den anderen Skalen ist bei der Kontrolle überwiegend signifikant, bei den stationären Patienten trifft dies nicht zu. Der Hyperaktivitätsscore ist nur bei den stationären Patienten signifikant mit dem Score für Verhaltensauffälligkeiten ($r = 0,500$; $p = 0,000$) korreliert.

3.2 SDQ-Eltern und der Familienbogen:

3.2.1 Überblick über statistisch signifikante Unterschiede:

Bei der Beschreibung der Stichprobe wurde bereits kurz auf die Unterschiede in einzelnen Unterpunkten des Familienfragebogens zwischen der Kontrollgruppe und den stationären Patienten hingewiesen. Hier soll nun im Vergleich dargestellt werden, ob sich die im SDQ-Eltern-Gesamtscore als auffällig eingeteilten Kinder (Score >15) von den unauffälligen/grenzwertigen abgrenzen lassen. In Tabelle 3.2.1 findet sich eine Zusammenstellung der Ergebnisse. Zusätzlich wurde untersucht, ob sich die Kinder, die von ihren Eltern im Zusatzbogen des SDQ als mit deutlichen/massiven Schwierigkeiten eingeschätzt wurden, von den Kindern, die nur leichte/keine Schwierigkeiten in den Augen ihrer Eltern aufwiesen, bei verschiedenen Variablen unterscheiden. In der Tabelle 3.2.1 finden sich nur die Variablen, die in einer der Unterteilungen einen signifikanten Unterschied aufweisen. Die Variable familiäres Monatseinkommen ist mitberücksichtigt, weil sie bei den Untergruppen SDQ-Gesamtscore nur knapp einen signifikanten Unterschied verfehlt. Da der in dieser Studie verwendete SDQ-Eltern-Bogen für Kinder ab dem 4. Lebensjahr ausgelegt ist, wurden die Berechnungen ergänzend für diese Altersgruppe zusätzlich erhoben.

Bei der Übersicht in Tabelle 3.2.1 fällt auf, dass sich die Anzahl der Belastungsfaktoren sowohl der Mutter als auch des Vaters in allen Kategorien signifikant unterscheiden. Deshalb werden in Tabelle 3.2.2 detailliert die Items, die in ihrer Aufsummierung die Anzahl der Belastungsfaktoren ergeben, aufgelistet.

Die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung der Eltern scheint keinen Einfluss darauf zu haben, wie häufig Kinder stationär behandelt werden (kein signifikanter Unterschied im Vergleich stationäre Patienten/Kontrolle), aber beim Vergleich der Gruppen, die im SDQ-Eltern-Fragebogen auffällig/grenzwertig bzw. unauffällig waren oder die im Zusatzbogen deutliche bzw. massive/leichte oder keine Schwierigkeiten aufwiesen, kommt es zu signifikanten Unterschieden (siehe Tabelle 3.2.2).

Familienbogen/ SDQ-Eltern	Vergleich Stationäre/ Kontrolle alle	Vergleich Stationäre/ Kontrolle Alter ≥4	Vergleich auffällig/un- auffällig, grenzwertig alle	Vergleich auffällig/un- auffällig, grenzwertig Alter ≥4	Vergleich Schwierig- keiten deutlich, massiv/ leichte, keine alle	Vergleich Schwierigkei- ten deutlich, massiv/ leichte, keine Alter ≥4
Mann-Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asympto- tische Signifikanz (2-seitig)	Asympto- tische Signifikanz (2-seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asympto- tische Signifikanz (2-seitig)
Alter Kind	,085	,002**	,018*	,153	,093	,352
Geschlecht	,650	,692	,005**	,009**	,110	,017*
Nationalität Vater	,457	,055	,122	,007**	,263	,627
Schulabschluss Mutter	,000***	,020*	,157	,376	,618	,063
Schulabschluss Vater	,002**	,012*	,044*	,021*	,677	,427
Beruf Mutter	,049*	,973	,576	,580	,912	,507
berufstätig Mutter	,148	,988	,020*	,070	,986	,758
berufstätig Vater	,089	,032*	,161	,256	,700	,953
Familienstand Mutter	,636	,553	,003**	,000***	,106	,030*
Familienstand Vater	,765	,685	,013**	,001***	,139	,017*
Lebenssituation Mutter	,022*	,044*	,319	,231	,330	,098
regelmäßig außer Haus	,002**	,446	,982	,941	,786	,719
Umzüge	,137	,913	,023*	,023*	,219	,122
Kinderarzt- wechsel	,979	,262	,048*	,076	,009**	,068
Anzahl an Belastungsfak- toren Mutter	,050*	,018*	,001***	,010**	,003**	,009**
Anzahl an Belastungsfak- toren Vater	,017*	,060	,016*	,101	,018*	,004**
psychiatri.Beh./ Psychotherapie Mutter	,740	,627	,010**	,037*	,004**	,025*
psychiatri.Beh./ Psychotherapie Vater	,376	,753	,001***	,026*	,000***	,005**
monatl. Familein- kommen	,467	,967	,058	,057	,606	,754
Gesamtscore SDQel	,010**	,031*	,000***	,000***	,000***	,000***

Tabelle 3.2. 1: Familienbogen, Mann-Whitney-U-Test; verschiedene Gruppen

3.2.2 Belastungsfaktoren der Eltern:

In der Tabelle 3.2.2 sind alle Items aufgelistet, die durch dichotome Antwortauswahl (0 = nein, 1 = ja), in ihrer Summe die Anzahl der Belastungsfaktoren ergeben. Eine schwere Erkrankung nahe stehender Personen der Eltern führt zu signifikanten Unterschieden in beinahe allen Untergruppen (Ausnahme schwere Erkrankung nahe stehender Personen Vater; Vergleich Schwierigkeiten deutlich, massiv/ leichte, keine). Beim Vergleich stationäre Patienten/ Kontrolle ergeben sich signifikante Unterschiede (im U-Test nach Mann-Whitney) bei den Items „Todesfälle von nahe stehenden Personen Vater“ ($p = 0,043$); „schwere Erkrankung nahe stehender Personen Mutter“ ($p = 0,002$); „schwere Erkrankung nahe stehender Personen Vater“ ($p = 0,018$); „Pflegefälle in Familie Mutter“ ($p = 0,012$); „Pflegefälle in Familie Vater“ ($p = 0,045$).

„Schwere Erkrankung nahe stehender Personen Mutter“ führt bei allen Vergleichen in den Hauptgruppen zu signifikanten Unterschieden.

Die Gruppe der im SDQ-Eltern Auffälligen unterscheidet sich von den Übrigen signifikant bei den Variablen „schwere Erkrankung Mutter“ ($p=0,26$); „Erkrankung nahe stehender Personen Mutter“ ($p = 0,007$); „Erkrankung nahe stehender Personen Vater“ ($p = 0,021$); „Trennung vom Partner Mutter“ ($p = 0,002$); „Verlust wichtiger Beziehungen Vater“ ($p = 0,030$). Beim Vergleich „Schwierigkeiten deutlich, massiv/ leichte, keine“ ergaben sich bei den Variablen „schwere Erkrankung nahe stehender Personen Mutter“ ($p = 0,024$); „Pflegefälle in Familie Mutter“ ($p = 0,027$); „Verlust wichtiger Beziehungen Vater“ ($p = 0,000$) signifikante Unterschiede.

Andere Belastungen der Eltern scheinen bei beiden Gruppen ähnlich verteilt zu sein.

Belastungsfaktoren der Eltern	Vergleich Stationäre/Kontrolle alle	Vergleich Stationäre/Kontrolle ≥ 4	Vergleich auffällig/un-auffällig, grenzwertig alle	Vergleich auffällig/un-auffällig, grenzwertig ≥ 4	Vergleich Schwierigkeiten deutlich, massiv/ leichte, keine alle	Vergleich Schwierigkeiten deutlich, massiv/ leichte, keine ≥ 4
Mann-Whitney-U-Test	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Todesfälle von nahe stehenden Personen Mutter	,098	,010*	,470	,684	,577	,444
Todesfälle von nahe stehenden Personen Vater	,043*	,009**	,718	,552	,920	,842
schwere Erkrankung Mutter	,106	,183	,026*	,013*	,252	,139
schwere Erkrankung Vater	,133	,031*	,909	,860	,783	,673
schwere Erkrankung nahe stehender Personen Mutter	,002**	,000***	,007**	,082	,024*	,027*
schwere Erkrankung nahe stehender Personen Vater	,018*	,131	,021*	,051	,093	,058
Pflegefälle in Familie Mutter	,012*	,016*	,971	,745	,027*	,078
Pflegefälle in Familie Vater	,045*	,037*	,968	,928	,208	,175
Verlust des Arbeitsplatzes Mutter	,271	,598	,726	,718	,434	,485
Verlust des Arbeitsplatzes Vater	,146	,273	,333	,346	,724	,602
Trennung vom Partner Mutter	,192	,303	,002**	,002**	,063	,053
Trennung vom Partner Vater	,390	,126	,222	,055	,143	,020*
Verlust wichtiger Beziehungen Mutter	,388	,870	,100	,148	,160	,038*
Verlust wichtiger Beziehungen Vater	,596	,536	,030*	,134	,000***	,000***
Beengte Wohnverhältnisse Mutter	,494	,200	,513	,786	,306	,055
Beengte Wohnverhältnisse Vater	,801	,669	,347	,652	,212	,029*
Andere Belastungen Mutter	,402	,839	,523	,217	,590	,990
Andere Belastungen Vater	,472	,743	,948	,441	,311	,496

Tabelle 3.2. 2: Familienbogen; Belastungsfaktoren der Eltern; Mann-Whitney-U-Test; verschiedene Gruppen

3.2.3 Lebenssituation und Familienstand der Mutter:

In Tabelle 3.2.3 werden die Häufigkeiten dargestellt, die sich bei der Auswertung des SDQ-Eltern Gesamtscores und der Teilscores ergeben, wenn man die Gruppen nach der Lebenssituation der Mutter aufteilt. Hier fällt auf, dass bei den Kindern von Müttern ohne feste Partnerschaft vermehrt auffällige Ergebnisse in den Scores „emotionale Probleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“, „Hyperaktivität“ und im Gesamtscore vorliegen, wohingegen beim Score für „prosoziales Verhalten“ das Gegenteil der Fall ist. „Verhaltensauffälligkeiten“ sind eher mit grenzwertig zu beurteilen. Vergleicht man die Gruppen untereinander, ergibt sich ein signifikanter Unterschied bei den „Problemen mit Gleichaltrigen“ ($p = 0,008$) und dem Gesamtscore ($p = 0,024$), zwischen Kindern von Müttern mit fester Partnerschaft, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, und Kindern von Müttern ohne feste Partnerschaft.

in %	Lebenssituation (feste Partnerschaft)			Mann-Whitney-U (Asympt. Signifikanz (2-seitig))		
	keine n=18	ja n=75	ja + gemeinsamer Haushalt n=190	Keine / ja	Keine / ja + gemeinsamer Haushalt	Ja / ja + gemeinsamer Haushalt
Emotionale Probleme						
Unauffällig	82,4	90,7	89,4	,328	,369	,784
Grenzwertig	5,9	2,7	4,2			
Auffällig	11,8	6,7	6,3			
Verhaltensauffälligkeiten						
Unauffällig	83,3	84,0	90,3	,945	,378	,123
Grenzwertig	16,7	8,0	7,5			
Auffällig		8,0	2,2			
Probl. mit Gleichaltrigen						
Unauffällig	66,7	85,3	87,6	,045*	,008**	,590
Grenzwertig	5,6	8,0	8,1			
Auffällig	27,8	6,7	4,3			
Hyperaktivität						
Unauffällig	83,3	84,0	86,3	,927	,703	,615
Grenzwertig	5,6	6,7	6,3			
Auffällig	11,1	9,3	7,4			
Prosoziales Verhalten						
Unauffällig	94,1	80,0	80,2	,149	,145	,919
Grenzwertig	5,9	8,0	9,6			
Auffällig		12,0	10,2			
TotalSDQ						
Unauffällig	66,7	82,7	86,3	,100	,024*	,499
Grenzwertig	11,1	10,7	6,3			
Auffällig	22,2	6,7	7,4			

Tabelle 3.2. 3: Häufigkeitsverteilung nach Lebenssituation, Mann-Whitney-U-Test

in %	Familienstand			Mann-Whitney-U (Asympt. Signifikanz (2-seitig))		
	verheiratet n=238	ledig n=28	geschieden n=29	verheiratet/ ledig	verheiratet/ geschieden	ledig/ geschieden
Emotionale Probleme						
Unauffällig	92,4	85,7	67,9	0,513	0,000***	0,014*
Grenzwertig	2,1	7,1	14,3			
Auffällig	5,5	7,1	17,9			
Verhaltens- auffälligkeiten						
Unauffällig	88,9	85,2	86,2	0,323	0,170	0,813
Grenzwertig	6,4	14,8	13,8			
Auffällig	4,7					
Probl. mit Gleichaltrigen						
Unauffällig	89,4	70,4	75,9	0,026*	0,055*	0,765
Grenzwertig	7,2	11,1	6,9			
Auffällig	3,4	18,5	17,2			
Hyperaktivität						
Unauffällig	86,9	75,0	89,7	0,050*	0,202	0,663
Grenzwertig	5,9	10,7	3,4			
Auffällig	7,2	14,3	6,9			
Prosoziales Verhalten						
Unauffällig	81,4	70,4	89,3	0,256	0,256	0,094
Grenzwertig	8,5	14,8	7,1			
Auffällig	10,2	14,8	3,6			
TotalSDQ						
Unauffällig	87,4	78,6	69,0	0,034*	0,002**	0,428
Grenzwertig	7,1	3,6	13,8			
Auffällig	5,5	17,9	17,2			

Tabelle 3.2. 4: Häufigkeitsverteilung nach Familienstand der Mutter; Mann-Whitney-U-Test

Führt man die gleiche Untersuchung mit Unterteilung der Fragebögen nach dem Familienstand der Mutter durch erhält man die Ergebnisse aus Tabelle 3.2.4.

Hierbei fällt auf, dass Kinder geschiedener Mütter höchst signifikant ($p = 0,000$) mehr grenzwertige oder auffällige Ergebnisse im Score für „emotionale Probleme“ erzielen, als Kinder verheirateter Mütter. Auch der Gesamtscore unterscheidet sich bei diesen beiden Gruppen signifikant ($p = 0,002$). Beim Vergleich der Gruppen ledig und geschieden ergibt sich nur bei den „emotionalen Problemen“ ein signifikanter Unterschied ($p = 0,014$). Vergleicht man die Gruppen der Kinder verheirateter oder lediger Mütter, finden sich signifikante Unterschiede in den Scores für „Probleme mit Gleichaltrigen“ ($p = 0,026$), „Hyperaktivität“ ($p = 0,050$) und im Gesamtscore ($p = 0,034$).

3.3 SDQ-Eltern und der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern

3.3.1 Übersicht:

Ähnlich wie bei der Untersuchung des Familienbogens, zeigt auch die Tabelle 3.3.1 die durch den Mann-Whitney-U-Test berechneten Signifikanzen für den Fragebogen zur Bindungsentwicklung für die drei oben eingeführten Untergruppen. Beim Vergleich stationäre Patienten/ Kontrolle fallen bei den Items „Stimmung des Kindes“ ($p = 0,035$); „in ungewohnter Umgebung“ ($p = 0,025$); „in Gegenwart von Fremden“ ($p = 0,014$); „Klammern“ ($p = 0,042$); „Sprache“ ($p = 0,000$); „Jaktationen“ ($p = 0,010$); „Summe >7“ (Einteilung der Summe aus dem Bindungsbogen in auffällig bei Werten über 7 und unauffällig bei Werten unter 7) ($p = 0,007$), auf. Nimmt man hier wiederum den Altersausgleich vor ($\text{Alter} \geq 4$), fallen alle Signifikanzen weg bis auf den Unterschied bei der Auswertung des Items „Summe >7“ ($p = 0,021$).

Beim Vergleich der Gruppen die im SDQ-Eltern in auffällig/grenzwertig, unauffällig eingestuft wurden ergeben sich Signifikanzen bei den Items „Trost suchen beim Betreuer“ ($p = 0,004$), „Stimmung des Kindes“ ($p = 0,000$), „mit Fremden weggehen“ ($p = 0,005$), „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($p = 0,000$), „Aggressivität“ ($p = 0,016$), „Jaktationen“ ($p = 0,003$), „Summe“ (Summe der 16 Items) ($p = 0,000$). Hier bleiben die Signifikanzen nach der Altersbereinigung bestehen, lediglich beim Item „gefährliches Benehmen“ ($p = 0,025$) tritt zusätzlich eine Signifikanz auf.

Teilt man die Gruppen nach den Schwierigkeiten, die im Zusatzbogen des SDQ ermittelt wurden (deutlich, massiv/ leichte, keine), ergeben sich signifikante Unterschiede bei den Items „Trost suchen beim Betreuer“ ($p = 0,050$), „Stimmung des Kindes“ ($p = 0,011$), „in Gegenwart von Fremden“ ($p = 0,030$), „mit Fremden weggehen“ ($p = 0,047$), „Summe“ (Summe der 16 Items) ($p = 0,036$).

Bindungs- bogen	Vergleich Patienten/ Kontrolle alle (N=202/99)	Vergleich Patienten/ Kontrolle ≥4 (n=112/74)	SDQ-auffällig/ grenzwertig, unauffällig Alle (n=24/273)	SDQ-auffällig/ grenzwertig, unauffällig ≥4 (n=18/166)	Vergleich Schwierigkeiten deutlich, massiv/ leichte, keine alle (n=18/274)	Vergleich Schwierigkeiten deutlich, massiv/ leichte, keine ≥4 (n=12/169)
Mann- Whitney-U- Test	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
bevorzugter Betreuer	,165	,392	,245	,531	,772	,279
Trost suchen beim Betreuer	,067	,098	,004**	,023*	,050*	,689
Trösten durch Betreuer	,806	,637	,619	,581	,024	,371
miteinander reden möglich	,500	,439	,083	,092	,139	,888
Stimmung des Kindes	,035*	,057	,000***	,004**	,011*	,208
in ungewohnter Umgebung	,025*	,191	,971	,536	,735	,429
in Gegenwart von Fremden	,014*	,074	,182	,248	,030*	,076
mit Fremden weggehen	,106	,065	,005**	,003**	,047*	,038*
gefährliches Benehmen	,776	,265	,070	,025*	,135	,105
Klammern	,042*	,137	,740	,789	,679	,268
Ängstlichkeit gegenüber Betreuer	,276	,454	,000***	,003**	,735	,871
Sorgen um Betreuer	,647	,611	,586	,965	,060	,243
Aggressivität	,196	,054	,016*	,011*	,132	,123
Sprache	,000***	,064	,312	,454	,367	,228
Jaktationen	,010*	,629	,003**	,000***	,382	,463
Symptome bei Trennung/ Stress	,882	,912	,091	,090	,501	,737
Summe	,105	,623	,000***	,000***	,036*	,188
Summe >7	,007**	,021*	,000***	,000***	,051	,349
Summe >6	,206	,764	,000***	,000***	,009**	,118

Tabelle 3.3. 1: Bindungsbogen; Mann-Whitney-U-Test; verschiedene Untergruppen

Bindungs- bogen	Vergleich Patienten/ Kontrolle alle (N=202/99)	Vergleich Patienten/ Kontrolle Männlich (n=120/57)	Vergleich Patienten/ Kontrolle Weiblich (n=82/42)	SDQ-auffällig/ grenzwertig, unauffällig alle (n=24/273)	SDQ-auffällig/ grenzwertig, unauffällig Männlich (n=21/157)	SDQ-auffällig/ grenzwertig, unauffällig Weiblich (n=3/119)
	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
bevorzugter Betreuer	,165	,482	,181	,245	,168	,827
Trost suchen beim Betreuer	,067	,323	,090	,004**	,137	,000***
Trösten durch Betreuer	,806	,598	,943	,619	,610	,025*
miteinander reden möglich	,500	,324	,951	,083	,124	,160
Stimmung des Kindes	,035*	,292	,051*	,000***	,000***	,000***
in ungewohnter Umgebung	,025*	,202	,047*	,971	,885	,668
in Gegenwart von Fremden	,014*	,046*	,135	,182	,148	,740
mit Fremden weggehen	,106	,008**	,539	,005**	,016*	,117
gefährliches Benehmen	,776	,543	,236	,070	,087	,700
Klammern	,042*	,065	,332	,740	,667	,738
Ängstlichkeit gegenüber Betreuer	,276	,454	,425	,000***	,000***	,087
Sorgen um Betreuer	,647	,581	,897	,586	,973	,688
Aggressivität	,196	,428	,296	,016*	,026*	,250
Sprache	,000***	,001***	,005**	,312	,143	,470
Jaktationen	,010**	,042*	,118	,003**	,023*	,154
Symptome bei Trennung/ Stress	,882	,874	,682	,091	,219	,098
Summe	,105	,026*	,985	,000***	,002**	,006**
Summe >7	,007**	,015*	,175	,000***	,000***	,000***
Summe >6	,206	,269	,521	,000***	,001***	,005**

Tabelle 3.3. 2: Bindungsbogen; Mann-Whitney-U-Test; alle/männlich/weiblich

Ähnlich wie bei der Auswertung des SDQ-Eltern zeigt die Aufstellung in Tabelle 3.3.2, dass die signifikanten Unterschiede in den Vergleichsgruppen nicht nur vom Alter der Kinder, sondern auch von ihrem Geschlecht abhängig sind. Da in der stationären Gruppe der Mädchen nur n=3 auffällig waren sind die Ergebnisse nicht zu bewerten, aber es lassen sich vielleicht

daraus Tendenzen ableiten. So scheinen die Unterschiede insgesamt eher bei den Knaben als bei den Mädchen aufzutreten. Bei den Mädchen finden sich eher Unterschiede beim Trösten, bei den Knaben eher im Verhalten und der Aggressivität.

3.3.2 Der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern in Korrelation zu den Scores aus dem SDQ-Eltern:

Die Tabelle 3.3.3 stellt die Korrelationskoeffizienten und die zugehörigen Signifikanzen dar, die sich beim Spearman-Rho-Test ergeben, wenn man die aus dem SDQ-Eltern errechneten Scores für die 5 Skalen und den Gesamtscore in Verbindung mit den Variablen des Fragebogens zur Bindungsentwicklung von Kindern untersucht. Signifikante Korrelationen erscheinen für den Score „Emotionale Probleme“ aus dem SDQ-Eltern und den Variablen „Trösten durch Betreuer“ ($r = 0,131$; $p = 0,024$); „Stimmung des Kindes“ ($r = 0,326$; $p = 0,000$); „in ungewohnter Umgebung“ ($r = -0,128$; $p = 0,29$); „in Gegenwart von Fremden“ ($r = -0,0131$; $p = 0,025$); „Klammern“ ($r = 0,194$; $p = 0,001$); „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($r = 0,233$; $p = 0,000$); „Aggressivität“ ($r = 0,121$; $p = 0,039$); „Symptome bei Trennung/Stress“ ($r = 0,171$; $p = 0,000$). Bei dem Score für „Verhaltensauffälligkeiten“ und den Variablen „Stimmung des Kindes“ ($r = 0,245$; $p = 0,000$); „gefährliches Benehmen“ ($r = 0,221$; $p = 0,000$); „Aggressivität“ ($r = 0,321$; $p = 0,000$) ergeben sich hochsignifikante Korrelationen. Der Score für „Hyperaktivität“ korreliert signifikant mit den Variablen „miteinander reden möglich“ ($r = 0,159$; $p = 0,010$); „Stimmung des Kindes“ ($r = 0,141$; $p = 0,015$); „in Gegenwart von Fremden“ ($r = 0,210$; $p = 0,000$); „mit Fremden weggehen“ ($r = 0,141$; $p = 0,016$); „gefährliches Benehmen“ ($r = 0,270$; $p = 0,000$); „Aggressivität“ ($r = 0,264$; $p = 0,000$); „Jaktationen“ ($r = 0,114$; $p = 0,050$).

Der Score für „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ zeigt signifikante Korrelationen mit den Variablen „bevorzugter Betreuer“ ($r = -0,151$; $p = 0,009$); „Stimmung des Kindes“ ($r = 0,161$; $p = 0,005$); „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($r = 0,214$; $p = 0,000$); „Sprache“ ($r = 0,182$; $p = 0,002$); „Jaktationen“ ($r = 0,152$; $p = 0,009$). „Prosoziales Verhalten“ korreliert signifikant negativ mit den Variablen „miteinander reden möglich“ ($r = -0,159$; $p = 0,024$); „Stimmung des Kindes“ ($r = -0,154$; $p = 0,008$); „gefährliches Benehmen“ ($r = -0,152$; $p = 0,011$); „Klammern“ ($r = -0,164$; $p = 0,005$); „Sorgen um Betreuer“ ($r = -0,176$; $p = 0,0031$); „Aggressivität“ ($r = -0,225$; $p = 0,000$); „Sprache“ ($r = -0,280$; $p = 0,000$); „Jaktationen“ ($r = -0,201$; $p = 0,001$). Der Gesamtscore führt bei der Korrelation mit den Variablen „Trösten durch Betreuer“ ($r = 0,132$; $p = 0,023$); „miteinander reden möglich“ ($r = 0,146$; $p = 0,018$); „Stimmung des Kindes“ ($r = 0,306$; $p = 0,000$); „gefährliches Benehmen“ ($r = 0,201$; $p = 0,001$); „Klammern“ ($r = 0,158$; $p = 0,007$); „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($r = 0,173$; $p = 0,003$); „Aggressivität“ ($r = 0,312$; $p = 0,000$) zu Signifikanzen.

Spearman-Rho Alle		Emotionale Probleme	Verhaltens-auffälligkeiten	Hyperaktivität	Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamt-score
bevorzugter Betreuer	Korrelationskoeffizient	-,071	-,040	-,064	-,151(**)	-,025	-,107
	Sig. (2-seitig)	,222	,492	,269	,009	,669	,065
Trost suchen beim Betreuer	Korrelationskoeffizient	,043	,087	,010	,025	-,066	,042
	Sig. (2-seitig)	,460	,138	,858	,666	,261	,472
Trösten durch Betreuer	Korrelationskoeffizient	,131(*)	,080	,084	,001	-,003	,132(*)
	Sig. (2-seitig)	,024	,174	,150	,993	,960	,023
miteinander reden möglich	Korrelationskoeffizient	,038	,082	,159(***)	,104	-,140(*)	,146(*)
	Sig. (2-seitig)	,539	,189	,010	,095	,024	,018
Stimmung des Kindes	Korrelationskoeffizient	,326(***)	,245(***)	,141(*)	,161(**)	-,154(**)	,306(***)
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,015	,005	,008	,000
ungewohnter Umgebung	Korrelationskoeffizient	-,128(*)	,026	,007	-,022	,002	-,033
	Sig. (2-seitig)	,029	,656	,905	,714	,967	,573
in Gegenwart von Fremden	Korrelationskoeffizient	-,131(*)	,088	,210(***)	,015	,028	,113
	Sig. (2-seitig)	,025	,132	,000	,792	,630	,053
mit Fremden weggehen	Korrelationskoeffizient	-,017	,082	,141(*)	,025	-,078	,104
	Sig. (2-seitig)	,772	,161	,016	,669	,187	,078
gefährliches Benehmen	Korrelationskoeffizient	-,022	,221(***)	,270(***)	,052	-,152(*)	,201(***)
	Sig. (2-seitig)	,713	,000	,000	,389	,011	,001
Klammern	Korrelationskoeffizient	,194(***)	,095	,074	,109	-,164(**)	,158(**)
	Sig. (2-seitig)	,001	,109	,209	,065	,005	,007
Ängstlichkeit gegenüber Betreuer	Korrelationskoeffizient	,233(***)	,035	,027	,214(***)	-,105	,173(**)
	Sig. (2-seitig)	,000	,558	,647	,000	,075	,003
Sorgen um Betreuer	Korrelationskoeffizient	,106	,057	,009	,000	,176(**)	,081
	Sig. (2-seitig)	,080	,349	,877	,996	,003	,180
Aggressivität	Korrelationskoeffizient	,121(*)	,321(***)	,264(***)	,095	-,225(***)	,312(***)
	Sig. (2-seitig)	,039	,000	,000	,105	,000	,000
Sprache	Korrelationskoeffizient	-,023	,041	,028	,182(**)	-,280(***)	,072
	Sig. (2-seitig)	,696	,492	,642	,002	,000	,226
Jaktationen	Korrelationskoeffizient	,043	,000	,114(*)	,152(**)	-,201(***)	,103
	Sig. (2-seitig)	,459	,998	,050	,009	,001	,077
Symptome bei Stress	Korrelationskoeffizient	,171(**)	,006	,023	,066	,064	,095
	Sig. (2-seitig)	,004	,923	,703	,270	,284	,112

Tabelle 3.3. 3 : Korrelationen zwischen dem Bindungsbogen und den Scores aus dem SDQ-Eltern; alle

Korreliert man die Variablen aus dem Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern und dem SDQ-Eltern getrennt für die stationären Patienten und die Kontrolle erhält man die Tabellen 3.3.4 und 3.3.5. Im Vergleich der beiden Tabellen fällt auf, dass sich folgende Unterschiede der signifikanten Korrelationen ergeben.

Bei der Korrelation mit dem Score für „emotionale Probleme“ mit den Variablen „Trösten durch Betreuer“ ergibt sich für die Kontrolle ($r = 0,212$; $p = 0,036$) für die stationäre Gruppe keine Signifikanz; „Stimmung des Kindes“ für die Kontrolle ($r = 0,266$; $p = 0,008$), für die stationäre Gruppe ($r = 0,342$; $p = 0,000$); „in ungewohnter Umgebung“ für die Kontrolle keine Signifikanz, für die stationäre Gruppe ($r = -0,191$; $p = 0,008$); „in Gegenwart von Fremden“ für die Kontrolle keine Signifikanz, für die stationäre Gruppe ($r = -0,195$; $p = 0,006$); „Klammern“ für die Kontrolle ($r = 0,241$; $p = 0,017$), für die stationäre Gruppe ($r = 0,165$; $p = 0,023$); „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ für die Kontrolle keine Signifikanz, für die stationäre Gruppe ($r = 0,279$; $p = 0,000$); „Sprache“ für die Kontrolle ($r = -0,213$; $p = 0,036$), für die stationäre Gruppe ; „Symptome bei Trennung/Stress“ für die Kontrolle keine Signifikanz, für die stationäre Gruppe ($r = 0,211$; $p = 0,004$). Beim Score für Verhaltensauffälligkeiten finden sich in Korrelation mit den Variablen „Stimmung des Kindes“ für die Kontrolle ($r = 0,286$; $p = 0,004$), für die stationäre Gruppe ($r = 0,237$; $p = 0,001$); „gefährliches Benehmen“ für die Kontrolle ($r = 0,212$; $p = 0,036$), für die stationäre Gruppe ($r = 0,227$; $p = 0,002$); „Aggressivität“ für die Kontrolle keine Signifikanz, für die stationäre Gruppe ($r = 0,395$; $p = 0,000$), signifikante Unterschiede.

Der Hyperaktivitätsscore korreliert mit den Variablen „miteinander reden möglich“ bei der Kontrolle ($r = 0,212$; $p = 0,036$), bei der stationären Gruppe nicht signifikant; „Stimmung des Kindes“ bei der Kontrolle nicht signifikant, bei der stationären Gruppe ($r = 0,140$; $p = 0,048$); „in Gegenwart von Fremden“ bei der Kontrolle nicht signifikant, bei der stationären Gruppe ($r = 0,271$; $p = 0,000$); „mit Fremden weggehen“ bei der Kontrolle nicht signifikant, bei der stationären Gruppe ($r = 0,172$; $p = 0,017$); „gefährliches Benehmen“ bei der Kontrolle ($r = 0,204$; $p = 0,044$), bei der stationären Gruppen ($r = 0,311$; $p = 0,000$); „Aggressivität“ bei der Kontrolle nicht signifikant, bei der stationären Gruppe ($r = 0,357$; $p = 0,000$).

Der Score für „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ zeigt nur bei der stationären Gruppe signifikante Korrelationen bei den Variablen „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($r = 0,239$; $p = 0,001$) und „Aggressivität“ ($r = 0,179$; $p = 0,013$).

Unterschiedlich verhalten sich die Korrelationen für den Score des prosozialen Verhaltens. Gemeinsame Signifikanzen ergeben sich für die Variablen „Aggressivität“ bei der Kontrolle ($r = -0,259$; $p = 0,010$), bei der stationären Gruppen ($r = -0,227$; $p = 0,012$) und „Sprache“ bei

der Kontrolle ($r = -0,206$; $p = 0,042$), bei der stationäre Gruppe ($r = -0,290$; $p = 0,000$). Für die Variablen „Stimmung des Kindes“ ($r = -0,253$; $p = 0,042$); „gefährliches Benehmen“ ($r = -0,220$; $p = 0,029$); „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($r = -0,252$; $p = 0,012$) finden sich nur für die Kontrollen signifikante Korrelationen, bei den Variablen „Klammern“ ($r = -0,169$; $p = 0,021$); „Sorgen um Betreuer“ ($r = -0,203$; $p = 0,007$) und „Jaktationen“ ($r = -0,245$; $p = 0,001$) trifft dies nur für die stationäre Gruppe zu.

Auch beim „Gesamtscore“ finden sich bei den Variablen „Stimmung des Kindes“ ($r = -0,289$; $p = 0,004$); „gefährliches Benehmen“ ($r = 0,200$; $p = 0,048$); „Aggressivität“ ($r = 0,201$; $p = 0,047$); „Trösten durch Betreuer“ ($r = 0,216$; $p = 0,033$); „miteinander reden möglich“ ($r = 0,237$; $p = 0,019$); „Klammern“ ($r = 0,200$; $p = 0,048$) Signifikanzen, wohingegen bei der stationären Gruppe die Variablen „Ängstlichkeit gegenüber Betreuer“ ($r = 0,188$; $p = 0,008$) und „Symptome bei Trennung/Stress“ ($r = 0,161$; $p = 0,029$) mit dem Gesamtscore signifikant korrelieren.

Spearman-Rho Stationäre Patienten		Emotionale Probleme	Verhaltens- auffällig- keiten	Hyperakti- vität	Probl. im Umgang mit Gleichaltrigen	Pro- soziales Verhalten	Gesamt- score
bevorzugter Betreuer	Korrelations koeffizient	-,089	-,040	-,085	-,118	-,023	-,113
	Sig. (2- seitig)	,215	,580	,233	,099	,751	,113
Trost suchen beim Betreuer	Korrelations koeffizient	,018	,088	-,010	-,035	-,046	,007
	Sig. (2- seitig)	,800	,222	,888	,624	,525	,921
Trösten durch Betreuer	Korrelations koeffizient	,091	,085	,083	-,008	,017	,097
	Sig. (2- seitig)	,208	,242	,245	,916	,810	,176
miteinander reden möglich	Korrelations koeffizient	-,010	,007	,123	,083	-,125	,089
	Sig. (2- seitig)	,899	,931	,117	,291	,112	,261
Stimmung des Kindes	Korrelations koeffizient	,342(***)	,237(***)	,140(*)	,133	-,109	,299(***)
	Sig. (2- seitig)	,000	,001	,048	,063	,127	,000
in ungewohnter Umgebung	Korrelations koeffizient	-,191(**)	,073	-,001	-,001	-,016	-,025
	Sig. (2- seitig)	,008	,311	,987	,992	,830	,731
in Gegenwart von Fremden	Korrelations koeffizient	-,195(**)	,092	,271(***)	,001	,014	,134
	Sig. (2- seitig)	,006	,200	,000	,991	,841	,060
mit Fremden weggehen	Korrelations koeffizient	-,032	,131	,172(*)	,037	-,124	,138
	Sig. (2- seitig)	,654	,070	,017	,613	,086	,056
gefährliches Benehmen	Korrelations koeffizient	-,061	,227(**)	,311(***)	,030	-,127	,209(**)
	Sig. (2- seitig)	,412	,002	,000	,689	,088	,004
Klammern	Korrelations koeffizient	,165(*)	,095	,043	,055	-,169(*)	,116
	Sig. (2- seitig)	,023	,192	,552	,452	,021	,108
Ängstlichkeit gegenüber Betreuer	Korrelations koeffizient	,279(***)	-,020	,026	,239(***)	-,039	,188(**)
	Sig. (2- seitig)	,000	,778	,722	,001	,591	,008
Sorgen um Betreuer	Korrelations koeffizient	,112	,058	,032	,062	,203(**)	,121
	Sig. (2- seitig)	,136	,444	,670	,410	,007	,107
Aggressivität	Korrelations koeffizient	,100	,395(***)	,357(***)	,179(*)	-,227(**)	,397(***)
	Sig. (2- seitig)	,170	,000	,000	,013	,002	,000
Sprache	Korrelations koeffizient	-,012	,018	,005	,121	-,290(***)	,030
	Sig. (2- seitig)	,877	,811	,947	,101	,000	,685
Jaktationen	Korrelations koeffizient	,050	-,029	,119	,122	-,245(***)	,088
	Sig. (2- seitig)	,490	,689	,095	,088	,001	,220
Symptome bei Trennung/Stress	Korrelations koeffizient	,211(**)	,008	,084	,115	,031	,161(*)
	Sig. (2- seitig)	,004	,909	,256	,120	,675	,029

Tabelle 3.3. 4: Korrelationen zwischen dem Bindungsbogen und den Scores aus dem SDQ-Eltern; Patienten

Spearman-Rho Kontrolle		Emotionale Probleme	Verhaltens-auffälligkeiten	Hyperakti-vität	Probl. im Umgang mit Gleichal-trigen	Prosoziales Verhalten	Gesamt-score
bevorzugter Betreuer	Korrelation skoeffizient	-,021	-,036	-,010	-,158	-,073	-,066
	Sig. (2-seitig)	,834	,725	,925	,120	,473	,518
Trost suchen beim Betreuer	Korrelation skoeffizient	,097	,074	,048	,130	-,070	,076
	Sig. (2-seitig)	,341	,467	,638	,203	,493	,459
Trösten durch Betreuer	Korrelation skoeffizient	,212(*)	,074	,087	,047	-,052	,216(*)
	Sig. (2-seitig)	,036	,466	,395	,647	,610	,033
miteinander reden möglich	Korrelation skoeffizient	,124	,194	,216(*)	,169	-,174	,237(*)
	Sig. (2-seitig)	,223	,056	,033	,097	,086	,019
Stimmung des Kindes	Korrelation skoeffizient	,266(**)	,286(**)	,110	,173	-,253(*)	,289(**)
	Sig. (2-seitig)	,008	,004	,282	,088	,012	,004
in ungewohnter Umgebung	Korrelation skoeffizient	,030	-,046	,066	,045	-,016	,020
	Sig. (2-seitig)	,766	,651	,520	,663	,872	,845
in Gegenwart von Fremden	Korrelation skoeffizient	-,016	,068	,057	-,068	,109	,013
	Sig. (2-seitig)	,873	,503	,577	,504	,286	,901
mit Fremden weggehn	Korrelation skoeffizient	,000	-,042	,052	-,039	,066	,002
	Sig. (2-seitig)	,998	,680	,610	,701	,519	,987
gefährliches Benehmen	Korrelation skoeffizient	,075	,212(*)	,204(*)	,158	-,220(*)	,200(*)
	Sig. (2-seitig)	,462	,036	,044	,120	,029	,048
Klammern	Korrelation skoeffizient	,241(*)	,076	,103	,167	-,110	,200(*)
	Sig. (2-seitig)	,017	,459	,314	,099	,282	,048
Ängstlichkeit gegenüber Betreuer	Korrelation skoeffizient	,111	,162	,009	,129	-,252(*)	,110
	Sig. (2-seitig)	,275	,112	,931	,204	,012	,280
Sorgen um Betreuer	Korrelation skoeffizient	,086	,057	-,039	-,146	,139	,003
	Sig. (2-seitig)	,401	,582	,707	,154	,175	,976
Aggressivität	Korrelation skoeffizient	,193	,194	,126	,023	-,259(**)	,201(*)
	Sig. (2-seitig)	,057	,055	,215	,825	,010	,047
Sprache	Korrelation skoeffizient	-,212(*)	,068	,010	,176	-,206(*)	,008
	Sig. (2-seitig)	,036	,508	,920	,083	,042	,940
Jaktationen	Korrelation skoeffizient	-,019	,064	,064	,067	,001	,077
	Sig. (2-seitig)	,852	,534	,532	,515	,994	,453
Symptome bei Trennung/Stress	Korrelation skoeffizient	,094	-,001	-,096	-,013	,135	-,024
	Sig. (2-seitig)	,361	,993	,353	,902	,189	,813

Tabelle 3.3. 5: Korrel. zwischen dem BB und den Scores aus dem SDQ-Eltern; Kontrolle

Spearman-Rho		Summe	Emotionale Probleme	Verhaltensauffälligkeiten	Hyperaktivität	Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamtscore
Summe alle	Korrelationskoeffizient	1,000	,134(*)	,264(***)	,278(***)	,153(**)	-,194(***)	,337(***)
	Sig. (2-seitig)	.	,021	,000	,000	,009	,001	,000
	N	301	297	295	298	295	295	299
Summe stationäre Patienten	Korrelationskoeffizient	1,000	,111	,290(***)	,334(***)	,178(*)	-,196(**)	,384(***)
	Sig. (2-seitig)	.	,118	,000	,000	,012	,006	,000
	N	202	199	197	200	197	197	201
Summe Kontrolle	Korrelationskoeffizient	1,000	,176	,204(*)	,151	,051	-,162	,201(*)
	Sig. (2-seitig)	.	,083	,043	,138	,618	,111	,047
	N	99	98	98	98	98	98	98

Tabelle 3.3. 6: Korrelationen der Summe aus dem BB und den Scores aus dem SDQ-Eltern

Abschließend zeigt Tabelle 3.3.6 die Korrelationen zwischen dem Summenwert aus dem Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern und den Scores aus dem SDQ-Eltern-Fragebogen. Zum einen sind die Werte für die gesamten Fragebögen berechnet („Summe“ alle), zum anderen für die einzelnen Stichproben getrennt („Summe“ stationäre Patienten; „Summe“ Kontrolle). Hier zeigt sich, dass der Summenwert aus dem Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern („Summe“ stationäre Patienten) der stationären Gruppe mit fast allen Teilscores (Ausnahme „Emotionale Probleme“) und dem Gesamtscore aus dem SDQ-Eltern signifikant korreliert. Bei der Kontrollgruppe lässt sich nur für den Score der Skala „Verhaltensauffälligkeiten“ und den „Gesamtscore“ eine signifikante Korrelation nachweisen.

Spearman-Rho		Symptome bei Trennung /Stress	Stimmung des Kindes	Aggressivität	Klammern
häufig Schmerzen (Eltern)	Korrl.koef.	,094	,237(***)	,143(*)	-,052
	Sig. (2-s.)	,119	,000	,015	,384
	N	276	290	287	283
Sorgen (Eltern)	Korrl.koef.	,079	,425(***)	,132(*)	-,008
	Sig. (2-s.)	,189	,000	,025	,892
	N	278	290	287	283
oft Streiten und Schikane (Eltern)	Korrl.koef.	,011	,096	,239(***)	,095
	Sig. (2-s.)	,856	,106	,000	,111
	N	277	288	286	281
nervös oder anklammernd (Eltern)	Korrl.koef.	,120(*)	,133(*)	,067	,265(***)
	Sig. (2-s.)	,045	,023	,256	,000
	N	279	294	289	287
oft unglücklich (Eltern)	Korrl.koef.	,211(***)	,298(***)	,072	,038
	Sig. (2-s.)	,000	,000	,223	,518
	N	279	293	289	286

Tabelle 3.3. 7: Korrelationen einzelner Items, BB/SDQ-Eltern; alle

Im Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern und dem SDQ-Eltern finden sich einige Variablen, die sich in ihren Aussagen sehr ähneln. Tabelle 3.3.7 zeigt die für diese Variablen zutreffenden Korrelationen. Die im Wortlaut zusammengehörigen Variablen „Stimmung des Kindes“- „Sorgen (Eltern) (r = 0,425; p = 0,000) und „oft unglücklich“ (Eltern) (r = 0,425; p = 0,000); „Aggressivität“- „oft Streiten und Schikane (Eltern)“ (r = 0,298; p = 0,000); „Klammern“- „nervös oder anklammernd“ (r = 0,265; p = 0,000) zeigen dabei die höchsten Signifikanzen, nur bei den Variablen zur Symptombildung („Symptome bei Trennung/ Stress“- „häufig Schmerzen“ (r = 0,094; p = 0,119) stimmt diese Aussage nicht.

		Symptome bei Trennung/ Stress	Stimmung des Kindes	Aggressivität	Klammern
häufig Schmerzen (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,113	,218(**)	,096	-,050
stationäre Patienten	Sig. (2-seitig)	,130	,002	,190	,501
	N	180	192	189	185
Sorgen (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,105	,441(***)	,104	-,077
stationäre Patienten	Sig. (2-seitig)	,157	,000	,153	,299
	N	182	192	189	185
oft Streiten und Schikane (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,018	,115	,311(***)	,095
stationäre Patienten	Sig. (2-seitig)	,806	,114	,000	,203
	N	181	190	188	183
nervös oder anklammernd (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,153(*)	,126	,026	,277(***)
stationäre Patienten	Sig. (2-seitig)	,038	,078	,718	,000
	N	183	196	191	189
oft unglücklich (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,230(**)	,335(***)	,116	,076
stationäre Patienten	Sig. (2-seitig)	,002	,000	,111	,302
	N	183	195	191	188
häufig Schmerzen (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,059	,279(**)	,273(**)	-,096
Kontrolle	Sig. (2-seitig)	,566	,005	,007	,347
	N	96	98	98	98
Sorgen (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,028	,369(***)	,211(*)	,130
Kontrolle	Sig. (2-seitig)	,784	,000	,037	,201
	N	96	98	98	98
oft Streiten und Schikane (Eltern)	Korrelationskoeffizient	-,003	,022	,111	,079
Kontrolle	Sig. (2-seitig)	,976	,828	,276	,437
	N	96	98	98	98
nervös oder anklammernd (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,055	,156	,157	,231(*)
Kontrolle	Sig. (2-seitig)	,595	,124	,123	,022
	N	96	98	98	98
oft unglücklich (Eltern)	Korrelationskoeffizient	,174	,123	-,006	-,108
Kontrolle	Sig. (2-seitig)	,090	,228	,951	,291
	N	96	98	98	98

Tabelle 3.3. 8 : Korrelationen einzelner Items, BB/SDQ-Eltern; Patienten/Kontrolle

Untersucht man wiederum diesen Zusammenhang getrennt für die stationären Patienten und die Kontrolle (siehe Tabelle 3.3.8) zeigen sich deutliche Unterschiede in den Korrelationen. Bei der stationären Gruppe sind die korrespondierenden Variablen stark korreliert, bei der Kontrolle nur die Variablen „Sorgen (Eltern)“ – „Stimmung des Kindes“ und „nervös oder

anklammernd (Eltern)“ – „Klammern“. Eine Korrelation der Variablen zur Symptombildung lässt sich bei beiden Gruppen nicht finden („häufig Schmerzen“ - „Symptome bei Trennung/Stress“). Interessant ist aber, dass bei der Kontrolle die Variable „häufig Schmerzen“ mit den Variablen „Stimmung des Kindes“ und „Aggressivität“ korreliert, bei den Patienten jedoch nur mit der „Stimmung des Kindes“. Bei der Kontrollgruppe korreliert auch noch die Variable „Sorgen (Eltern)“ mit der „Aggressivität“, bei der stationären Gruppe jedoch nicht. Dafür steht bei den Patienten die Variable „Symptome bei Trennung/Stress“ mit den Variablen „nervös oder anklammernd (Eltern)“ und „oft unglücklich (Eltern)“ in Beziehung.

4. Diskussion

4.1 SDQ:

4.1.1 SDQ-Eltern

Will man die in dieser vorliegenden Studie erhobenen Daten bewerten, sind folgende Punkte in Betracht zu ziehen. Einerseits sind für den deutschen Sprachraum erst wenige Studien, die den SDQ-Eltern eingesetzt haben, vorhanden, andererseits fehlt eine große Erhebung, wie sie vergleichsweise für andere Länder vorliegen (z.B. GB mit N = 10298; 5-15 Jährigen), um die entsprechenden Scores für die Auswertung der Fragebögen zu erhalten. Dieser Mangel ist bereits erkannt worden und hat zu einer umfassenden Querschnittsstudie („dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey - eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele“ (Bergmann et al., 2002)) geführt, deren Ergebnisse noch nicht vorliegen.

Bei dieser Arbeit wurden die Cut-Off-Werte zu Grunde gelegt, die mit den Fragebögen mitgeliefert wurden und sich auf eine Feldstichprobe mit 930 Kindern beziehen. Für den Lehrer- und Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor. Es stellt sich die Frage, ob die vorliegenden Cut-Off-Werte auf unsere Stichproben angewandt werden dürfen, da sich bei der Kontrollgruppe nicht die in der Normierungsstichprobe gefundenen Häufigkeiten nachvollziehen lassen. Wie auch in anderen Studien (Fombonne, 1991) wurden die Werte bei der Normierung so festgelegt, dass 10 % der Feldstichprobe als auffällig, 10% als grenzwertig und 80% als unauffällig eingestuft wurden. Nach Auswertung unserer Kontrollgruppe ergeben sich jedoch für die auffälligen und grenzwertigen Werte wesentlich geringere Häufigkeiten als zu erwarten sind, denn hier finden sich 89,8 % unauffällige, 6,1 % grenzwertige und 4,1 % auffällige Gesamtscores. Die Häufigkeiten für die stationären Patienten entsprechen eher der geforderten Verteilung mit 82,5 % unauffälligen, 8,0% grenzwertigen und 9,5 % auffälligen Ergebnissen. Würde man für unsere Kontrollgruppe die Cut-Off-Werte entsprechend der geforderten Häufigkeitsverteilung wählen, würden sich die Häufigkeiten für die Patientengruppe, wie in Tabelle 4.1.1 angegeben, ändern.

Um diese Verteilung zu erhalten, sind folgende Cut-Off-Werte festzulegen:

Gesamtproblemwert unauffällig 0-9	grenzwertig 10-12	auffällig 13-40
(Gesamtproblemwert unauffällig 0-12	grenzwertig 13-15	auffällig 16-40).

In Klammern stehen zum Vergleich, die angegebenen Cut-Off-Werte aus der Feldstichprobe mit N=930 Kindern.

Auf entsprechende Umrechnungen der Teilscores für die 5 Skalen soll im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit verzichtet werden, weil unsere Kontrollgruppe nicht repräsentativ genug ist, um eine solche Neueinteilung der Richtwerte zu rechtfertigen. Hier stellt sich nur die Frage, wie die erhaltenen Ergebnisse zu werten sind.

Zuordnung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
stationäre Patienten	Gültig	unauffällig	131	64,2	65,2	65,2
		grenzwertig	35	17,2	17,4	82,6
		auffällig	35	17,2	17,4	100,0
		Gesamt	201	98,5	100,0	
	Fehlend	System	3	1,5		
	Gesamt	204	100,0			
Kontrolle	Gültig	unauffällig	80	80,8	81,6	81,6
		grenzwertig	8	8,1	8,2	89,8
		auffällig	10	10,1	10,2	100,0
		Gesamt	98	99,0	100,0	
	Fehlend	System	1	1,0		
	Gesamt	99	100,0			

Tabelle 4.1. 1: Häufigkeitsverteilung bei Cut-Offs: unauffällig 0-9; grenzwertig 10-12; auffällig 13-40

Vergleicht man die vorliegenden Daten mit anderen Studien, so liegen auch für die stationären Patienten die Häufigkeiten unter den zu erwartenden. Bei einer vergleichbaren Erhebung in England wurden die in Tabelle 4.1.2 aufgelistete Häufigkeitsverteilung gefunden (Glazebrook et al., 2002). Leider sind dieser Studie nicht die Cut-off-Werte zu entnehmen, die bei der Einteilung der Ergebnisse in unauffällig, grenzwertig und auffällig angesetzt worden sind.

Ähnliche Verteilungen, mit einer 20%igen Rate an auffälligen Gesamtsummenwerten, ergaben sich auch bei anderen Studien in den USA und Großbritannien, die die Verbreitung psychiatrischer Störungen in allgemeinen pädiatrischen Einrichtungen untersuchten (Briggs-Gowan et al., 2000; Costello et al., 1988; Garralda et al., 1989). Eine noch ältere Studie fand sogar bis 44% auffällige Scores bei 7-11 Jährigen, die chirurgische Ambulanzen aufsuchten (Fitzgerald, 1985). Der niedrige Anteil an auffälligen Kindern in der hier vorliegenden Untersuchung kann an den „falsch gewählten“ Cut-Off-Werten liegen.

	Jungen		Mädchen	
in %	Patienten (n=187)	Kontrolle (n=5212)	Patienten (n=110)	Kontrolle (n=5226)
TotalSDQ				
Unauffällig	69,5	78,6	68,2	85,5
Grenzwertig	9,5	9,5	12,7	6,8
Auffällig	20,9	11,8	19,1	7,7
Emotionale Probleme				
Unauffällig	65,2	78,6	60,9	79,3
Grenzwertig	10,7	7,0	10,9	8,6
Auffällig	24,1	10,7	28,2	12,1
Verhaltens-auffälligkeiten				
Unauffällig	69,5	73,4	72,1	79,3
Grenzwertig	9,6	11,5	10,8	10,4
Auffällig	20,9	15,1	17,1	10,3
Hyperaktivität				
Unauffällig	64,7	71,3	72,3	84,4
Grenzwertig	9,6	9,1	8,0	5,7
Auffällig	25,7	19,5	19,6	9,9
<i>Probl. mit Gleichaltrigen</i>				
Unauffällig	67,7	76,2	70,3	79,7
Grenzwertig	11,1	10,4	11,7	10,2
Auffällig	21,2	13,4	18,0	10,1

Tabelle 4.1. 2: Häufigkeitsverteilung bei Studie in England (Glazebrook et al., 2002)

In einer Studie von Klasen et al. (Klasen et al., 2000) bei der der SDQ mit der CBCL verglichen wurde fanden sich folgende Mittelwerte (Tabelle 4.1.3) der einzelnen Scores:

SDQ-Skala	Vorliegende Studie				Studie von Klasen			
	Mittelwert stationäre Patienten (SD)		Mittelwert Kontrolle (SD)		Mittelwert Clinic (SD)		Mittelwert Community (SD)	
	W N = 80	M N = 120	W N = 42	M N = 56	W N = 39	M N = 124	W N = 52	M N = 58
Geschlecht								
Emotionale Probleme	1,5 (1,7)	1,5 (1,9)	1,3 (1,6)	1,1 (1,3)	4,3 (2,6)	3,4 (2,5)	1,8 (1,7)	1,3 (1,5)
Verhaltensauffälligkeiten	1,7 (1,4)	1,8 (1,5)	1,5 (1,2)	1,8 (1,6)	3,3 (2,2)	4,0 (2,4)	0,7 (1,1)	1,0 (1,4)
Hyperaktivität	2,8 (2,1)	3,4 (2,4)	2,5 (1,9)	2,7 (2,2)	4,6 (2,6)	6,5 (2,6)	1,9 (2,1)	2,8 (2,4)
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	1,3 (1,5)	2,0 (1,8)	0,5 (0,8)	1,3 (1,7)	2,7 (2,5)	3,5 (2,5)	0,7 (1,1)	1,5 (2,0)
Prosoziales Verhalten	7,1 (7,4)	7,0 (2,4)	8,6 (1,3)	7,4 (1,8)	6,4 (2,4)	6,1 (2,1)	8,9 (1,3)	7,6 (2,0)
Gesamt score	7,2 (4,5)	8,7 (5,4)	5,9 (3,7)	6,9 (4,7)	14,9 (6,7)	17,4 (6,5)	5,1 (4,5)	6,6 (4,9)

Tabelle 4.1. 3: Häufigkeitsverteilung Vergleich mit Studie von Klasen (Klasen et al., 2000)

Die Werte der jeweiligen Kontrollen sind in etwa vergleichbar. Die Patientengruppen unterscheiden sich jedoch deutlich. Bei den klinischen Fällen in der Studie von Klasen liegen die Werte deutlich höher, was nicht verwunderlich ist, da diese Gruppe in psychiatrischen Kliniken erfasst wurde. Auch bei einer dänischen Studie, die mit dem SDQ durchgeführt

wurde, ergaben sich ähnliche Werte für die Kontrollgruppe, wie wir sie bei unserer Studie gefunden haben (van Widenfelt et al., 2003).

SDQ-Skala Mittelwerte und Standard- abweichung (SD)	Studie von Woerner			Studie von Goodman		Studie von Klasen			
	Norm	Klinik ohne Diag- nose	Klinik mit Diag- nose	High risk sample (SD)	Kontrolle (SD)	Clinic (SD)		Community (SD)	
Geschlecht	N=930	n=136	n=345	n=61	n=71	W n = 39	M n = 124	W n = 52	M n = 58
Emotionale Probleme	1,5	2,9	4,0	3,6 (2,7)	1,7 (1,6)	4,3 (2,6)	3,4 (2,5)	1,8 (1,7)	1,3 (1,5)
Verhaltensauf- fälligkeiten	1,8	2,3	4,1	5,1 (2,0)	1,5 (1,5)	3,3 (2,2)	4,0 (2,4)	0,7 (1,1)	1,0 (1,4)
Hyperaktivität	3,2	4,6	6,3	7,4 (2,5)	3,7 (2,1)	4,6 (2,6)	6,5 (2,6)	1,9 (2,1)	2,8 (2,4)
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	1,6	1,9	3,7	3,4 (2,1)	1,6 (1,5)	2,7 (2,5)	3,5 (2,5)	0,7 (1,1)	1,5 (2,0)
Prosoziales Verhalten	7,6	7,7	6,5			6,4 (2,4)	6,1 (2,1)	8,9 (1,3)	7,6 (2,0)
Gesamt score	8,1	11,7	18,1	19,5 (5,5)	8,6 (4,5)	14,9 (6,7)	17,4 (6,5)	5,1 (4,5)	6,6 (4,9)

Tabelle 4.1. 4: Mittelwerte und Standardabweichungen; andere Studien

In einer Studie von Smedje (Smedje 1999) über die psychometrischen Eigenschaften einer schwedischen Version des SDQ findet sich ebenfalls eine ähnliche Häufigkeitsverteilung der Antworten zu den einzelnen Items, wie wir sie bei unserer Kontrollgruppe gefunden haben. In dieser Studie wird zum Eingrenzen der 10ten Perzentile ein Cutt-Off-Wert von 14 für den Gesamtscore vorgeschlagen, bei dem 12,8% der Knaben und 8,9% der Mädchen auffällig wären. Die Mediane für die 5 Skalen waren mit der hier vorliegenden Studie vergleichbar (Emotionale Probleme M 1/ W 1; Verhaltensauffälligkeiten M 1/ W 1; Hyperaktivität M 3/ W 2; Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen M 1/ W 1; Prosoziales Verhalten M 8/ W 9; Gesamtscore M 7/ W 6).

Ein weiteres Problem bei der Beurteilung der Ergebnisse entsteht durch die Frage, ob die Fragebögen, die an Kinder unter 4 Jahren verteilt und ausgefüllt worden sind, mitgewertet werden sollen oder nicht. Je nach Ein- oder Ausschluss verschieben sich die signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten und der Kontrolle. Wenn man jedoch bedenkt, dass sich hauptsächlich bei den Items zum prosozialem Verhalten, die beim Endscore nicht mitgerechnet werden, im Text des Fragebogens Unterschiede ergeben, darf man zumindest die Gesamtsumme durchaus mitberechnen. Interessant ist hier, dass sich in der Altersgruppe, die jünger als vorgesehen ist, ein großer Unterschied zwischen den stationären Patienten und der Kontrolle bei den Mädchen zeigt ($p = 0,003$). Ein weiteres Problem stellt sich durch die Tatsache, dass wir die Kinder, die im SDQ mit auffälligen Scores abgeschnitten haben, nicht

nachuntersucht haben, wir also nicht wissen, wie viele der auffälligen Kinder tatsächlich mit psychiatrischen Problemen belastet sind und einer Behandlung zugeführt werden müssten. Geht man von den Ergebnissen anderer Studien aus, so wäre bei etwa 35-50% der im SDQ auffälligen Kindern mit einer gravierenden Störung zu rechnen. Dies würde bei unserer Studie bedeuten, dass bei bis zu 4,75% der stationären Kinder mit einem Bedarf an psychiatrischer/psychologischer Zusatzbetreuung bestünde (Goodman, 2001; Goodman et al., 2000).

Bei unseren Ergebnissen fällt auf, dass bei den jüngeren Kindern (≤ 4 Jahren) vor allem bei den Mädchen ein signifikanter Unterschied zwischen stationären Patienten und der Kontrolle besteht. Dies könnte möglicherweise ein Hinweis auf vermehrte Somatisierungsstörungen bei kleinen Mädchen sein. Haines et.al. (Haines 2002) fanden in einer Studie, dass bei Mädchen psychologische Probleme sowohl von den Eltern, als auch von Ärzten weniger wahrgenommen wurden, was dazu führen könnte, dass Mädchen vermehrt zur Ausbildung physischer Symptome neigen (Haines et al., 2002).

In demselben Artikel wird auch angeführt, dass Jungen vermehrt zu extrinsischen Problemen wie Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität neigen, wohingegen Mädchen vermehrt zu intrinsischen Problemen wie emotionalen Problemen tendieren. Bei unserer stationären Gruppe finden sich bei den Knaben aber vermehrt emotionale Probleme (nicht signifikant aber dennoch 9,2% / 1,8% auffällig), wohingegen Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zur Kontrolle sogar seltener auffällig (nicht signifikant 4,2% / 5,4%) sind. Auch daraus ließe sich vielleicht eine Tendenz zur Somatisierung ablesen, wenn Jungen ihre emotionalen Probleme nicht durch ihr Verhalten abreagieren können. Garralda und Bailey (Garralda et al., 1989) konnten in einer Studie zeigen, dass emotionale Störungen die häufigste psychiatrische Diagnose bei Kindern war, die in einer allgemeinen pädiatrischen Klinik aufgenommen worden sind.

Betrachtet man die Verteilung der Untergruppen des Gesamtscores (unauffällig; grenzwertig; auffällig) ergibt sich, dass nur bei den stationären Patienten, die in die Diagnosekategorien chronisch kranker Kinder (chronisch internistisch; chronisch chirurgisch) fielen, „auffällige Ergebnisse“ zu finden sind (siehe Abbildung 3.1). Dies bestätigt die Ergebnisse anderer Studien, die ebenfalls gefunden haben, dass bei chronisch kranken Kindern mit höheren Raten an psychologischen Schwierigkeiten zu rechnen ist (Madden et al., 2002; Nolan et al., 1986).

Ein weiterer Befund, der mit anderen Studien im Einklang steht, ist die Tendenz zu erhöhten Scores in der Skala „Hyperaktivität“ (12,5%/3,6% M; 5,0%/4,8% W), die vor allem bei den Knaben zu finden ist (Cohen et al., 1993; Wassermann et al., 1999). Bei beiden

Untersuchungsgruppen fällt auf, dass die stärkste Korrelation zwischen dem Hyperaktivitätsscore und dem Gesamtscore besteht.

Vergleicht man die Korrelationen der fünf Skalen („Emotionale Probleme“; „Verhaltensauffälligkeiten“; „Hyperaktivität“; „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“; „Prosoziales Verhalten“) und des Gesamtscores des SDQ-Eltern Fragebogens untereinander für beide Gruppen (Patienten und Kontrolle) getrennt (siehe Tabellen 3.1.10; 3.1.11; 3.1.12), könnte man die stärker negativ korrelierenden Werte für das „prosoziale Verhalten“ mit allen anderen Skalen bei der Kontrollgruppe, im Vergleich zur Patientengruppe, als eine Art Schutz vor Auffälligkeiten im Gesamtscore werten. Bei der Kontrollgruppe liegen die Korrelationen zwischen den Werten $r=-0,152$ und $r=-0,456$, hingegen bei den Patienten zwischen $r=0,021$ und $r=-0,31$. Wie oben erwähnt findet sich ein „Mangel“ an prosozialem Verhalten vor allem bei kleinen Mädchen (Alter < 4 Jahren) in der stationären Patientengruppe. Bei der Kontrolle korrelieren die anderen Skalen weniger positiv miteinander und im Gegensatz zur stationären Gruppe zeigt die positive Korrelation zwischen emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten kein signifikantes Ergebnis mehr.

4.1.2 SDQ-Eltern Zusatzbogen:

Der SDQ-Eltern-Zusatzbogen zeigt bei der vorliegenden Erhebung keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich zwischen stationären Patienten und der Kontrolle. Dies kann unter Umständen daran liegen, dass die Eltern der stationären Patienten die Schwierigkeiten ihrer Kinder unterschätzt, bzw. die Eltern der Kontrollgruppe die Schwierigkeiten überschätzt haben. Dagegen konnte Goodman in einer Studie über den Zusatzbogen zeigen, dass sich eine psychiatrische Stichprobe (N=232) von einer Kontrollgruppe (N=467) durch eine unterschiedliche Verteilung der wahrgenommenen Schwierigkeiten und deren Einflüsse und Belastungen abgrenzen ließ (Goodman, 1999).

Deutlich signifikant waren bei unserem Screening die Unterschiede zwischen den Kindern, die im SDQ-Eltern einen auffälligen Gesamtscore aufwiesen und denjenigen Kindern mit unauffälligem Gesamtscore. Hier ließ sich die Gruppe der Auffälligen mit einem erhöhten Auftreten von Schwierigkeiten signifikant von den anderen unterscheiden. Der Zusatzbogen liefert somit zusätzliche Informationen, die bei einer Differenzierung psychisch auffälliger Kinder nützlich sein können, ohne den Ausfüllenden viel Zeit zu kosten. Bei der Unterscheidung zwischen stationären Patienten und Kindern aus der Allgemeinbevölkerung scheint er weniger hilfreich zu sein.

Auch bei den Zusatzfragebögen, die von den Kindern selbst ausgefüllt worden sind, waren ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachweisbar. Allerdings zeigen sich auch bei dem Vergleich zwischen den Kindern mit auffälligen Werten im SDQ und den Kindern ohne Auffälligkeiten keine Unterschiede. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Einschätzung der Kinder selbst, wann und in welchem Grade Schwierigkeiten vorhanden sind, nicht unbedingt auf einen erhöhten Gesamtscore zurückgeführt werden kann. Auch in anderen Studien fiel auf, dass die Selbstwahrnehmung eventuell vorhandener Schwierigkeiten bei den Kindern nur teilweise vorhanden war (Goodman et al., 1998; van Widenfelt et al., 2003). Die Selbstversion des SDQ scheint deshalb, in Verbindung mit anderen Versionen (Eltern- und/oder Lehrerversion), eher dazu geeignet zu sein, den Grad des Bewusstseins der eigenen Probleme bei jungen Menschen oder Gruppenunterschiede zu ermitteln, als eine genaue Diagnose eines einzelnen Individuums zu ermöglichen.

4.1.3 SDQ-Selbst:

Bei der Auswertung der SDQ-Selbst-Version stellen sich die bereits oben angeführten Schwierigkeiten in der Bewertung in besonderem Maße. Ab welchem Alter die Bögen mitzuberechnen sind ist fragwürdig. Ließe man nur das vorgesehene Alter zu, würde sich aufgrund des Mangels an verwertbaren Bögen jede weitere Analyse erübrigen, denn leider wurden die Bögen nur von einem geringen Teil der in Frage kommenden Kinder ausgefüllt. Da sich aber selbst unter Berücksichtigung aller ausgefüllten Bögen keinerlei signifikante Unterschiede bei den Gruppen in den fünf Skalen und dem Gesamtscore ergeben, ist eine weitere Diskussion dieser Ergebnisse nicht möglich.

Betrachtet man die Korrelationen der Scores für jede Gruppe getrennt, zeigen sich ein paar Auffälligkeiten. Auch hier scheint bei der Kontrolle, entsprechend der signifikanten negativen Korrelationen, das prosoziale Verhalten eine Art Schutz vor Problemen darzustellen. Bei der stationären Gruppe stehen die „emotionalen Probleme“ in einem deutlich stärkeren Zusammenhang mit dem Gesamtscore und dem „Hyperaktivitätsscore“ als bei der Kontrollgruppe. Insgesamt zeigt sich bei den stationären Patienten eine deutlich stärkere Korrelation zwischen den Endscores und den Skalenscores (mit Ausnahme des Scores für prosoziales Verhalten).

Wie in anderen Studien findet man auch bei unserer Erhebung eine gute Korrelation zwischen den Scores des SDQ-Eltern und des SDQ-Selbst Fragebogens (Goodman et al., 2000; Koskelainen et al., 2000; Smedje et al., 1999; van Widenfelt et al., 2003). Hier stellt sich die Frage, wie die von den Kindern selbst ausgefüllten Bögen zu bewerten sind. Truman et al. (Truman et al., 2003) wiesen darauf hin, dass die Kinder unter Umständen die Fragen nicht richtig verstehen könnten oder die Kinder Antworten geben könnten, von denen sie glaubten, dass die Erwachsenen sie hören wollten. Aus diesem Grunde wurden Alternativen zu den gebräuchlichen Papierfragebögen entwickelt, die mit Hilfe von Computern und Graphiken ein besseres Ergebnis zu erzielen versuchen. Ein anderes Problem könnte dadurch entstehen, dass die Kinder bei den Antworten zur mittleren Lösung tendieren (Koskelainen, Sourander & Vauras, 2001). Dies könnte zu verzerrten Scores führen. Angesichts des Alters mancher Kinder (<5 Jahre) von denen ausgefüllte SDQ-Selbst-Bögen vorliegen, muss man auch davon ausgehen, dass zum Teil die Eltern die Fragebögen ausgefüllt haben.

Kinder und Jugendliche scheinen nur zum Teil über ihre Probleme Auskunft geben zu wollen, bzw. sich nur teilweise dieser bewusst zu sein, was sich auch, wie oben erwähnt, beim Zusatzbogen durch einen Mangel an Bewusstheit der mit den Problemen verbundenen

Schwierigkeiten zeigt (van Widenfelt et al., 2003). Von den drei Versionen (Eltern-, Lehrer-, Selbst-Version) scheint der Selbstfragebogen am wenigsten nützlich zu sein. Für Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität ist seine Aussagekraft geringer als die der Eltern oder Lehrerversion. Bei emotionalen Problemen ist er der Lehrerversion ebenbürtig, dagegen ist er nicht so aussagekräftig wie die Elternversion (Goodman et al., 2000). Wünschenswert wäre es, wenn für die auffälligen Kinder zusätzlich die Lehrerversion des SDQ vorliegen würde, denn andere Studien haben gezeigt, dass sich mit der Kombination von Eltern- und Lehrerversion die besten Ergebnisse erzielen lassen (Goodman, 2001; Mullick et al., 2001; van Widenfelt et al., 2003).

4.2 SDQ-Eltern und der Familienbogen:

Die mit dem Familienbogen erhobenen Daten entsprechen in etwa den Ergebnissen anderer Studien. So lässt sich bei unserer Erhebung zeigen, dass der Familienstand der Eltern einen deutlichen Einfluss auf die Scores im SDQ-Eltern hat (Briggs-Gowan et al., 2000; Haines et al., 2002; McMunn et al., 2001). Entsprechend der Studie von Haines (2002) spielt der Familienstand der Eltern jedoch keine Rolle, ob Kinder in einer Ambulanz oder einem Krankenhaus vorstellig werden oder nicht. Hier scheint die Lebenssituation der Mutter eine bedeutendere Rolle zu spielen. In der Gruppe der Kinder, deren Mütter in keiner festen Partnerschaft leben, zeigen sich vermehrt „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“. Auch „emotionale Probleme“ und „Hyperaktivität“ liegen über den Werten der anderen Kinder, wohingegen „Verhaltensauffälligkeiten“ und „prosoziales Verhalten“ eher positiv abschneiden. Das Leben der Mutter mit einem festen Partner in einem gemeinsamen Haushalt scheint ein gewisser Schutz vor dem Auftreten psychischer Schwierigkeiten zu sein, wobei bedacht werden muss, dass andere Studien gezeigt haben, dass dies vor allem für das Zusammenleben der leiblichen Eltern zutrifft. Eine so genannte „patchwork-family“ scheint diesen Schutz in nur geringerem Ausmaß zu bieten (McMunn et al., 2001).

In der Studie von Haines (2002) werden als Risikofaktoren für psychologische Schwierigkeiten bei Kindern männliches Geschlecht, jüngeres Alter (4-9 Jahre), Familieneinkommen, Familienkonstellation, Bildungsstand der Mutter, und psychische Probleme der Mutter angesehen (Haines et al., 2002). Bei unserer Studie zeigt sich, dass zusätzliche Belastungen der Eltern, häufige Umzüge und die Berufstätigkeit der Mutter ebenfalls eine Rolle spielen können.

Dass die Krankheit eines Kindes die beruflichen Möglichkeiten der Eltern beeinträchtigen könnte, zeigt eine Studie von Kuhlthau et al. (Kuhlthau et al., 2001). Hier fand sich ein Zusammenhang zwischen angeschlagenem Gesundheitszustand des Kindes und geringerer Berufstätigkeit der Eltern. Unklar blieb in dieser Studie, was in diesem Zusammenhang Ursache und Wirkung war, denn die geringere Berufstätigkeit der Eltern könnte über verschiedene Faktoren (wie geringeres Familieneinkommen, sozialer Status, Belastung der Eltern) auf die Gesundheit des Kindes rückwirken.

Wie auch andere Studien zeigten, scheint der Bildungsstand der Eltern einen Einfluss darauf zu haben, ob ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird oder nicht (Haines et al., 2002; McMunn et al., 2001). Auch in unserer Erhebung fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen, wenn man den Bildungsstand der Eltern verglich. Ein besseres Bildungsniveau und die Zugehörigkeit zu einer höheren sozialen Schicht scheinen sowohl zu einem geringeren Gesamtscore im SDQ-Eltern zu führen und gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Eltern für ihre Kinder im Bedarfsfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Der signifikante Unterschied zwischen stationären Patienten und der Kontrolle in den Variablen bezüglich der Unterbringung der Kinder tagsüber, muss kritisch betrachtet werden. Im Krankenhaus wurden die Fragebögen bevorzugt von Müttern angenommen und ausgefüllt, die mit ihren Kindern stationär aufgenommen waren, oder viel Zeit hatten, sich um ihre Kinder im Krankenhaus zu kümmern. Dies dürfte zu einer Häufung von Müttern, die nicht berufstätig sind, geführt haben. Bei der Kontrolle war eher das Gegenteil der Fall, da die Fragebögen in Kinderkrippen, -gärten, -horten und Schulen verteilt worden sind, könnten die Mütter, die sich ganztags um ihre Kinder zuhause kümmerten, nicht erfasst worden sein. Dieser Umstand könnte auch der Grund für die Signifikanz bei der Variablen „Beruf Mutter“ sein. Deshalb verwundert es nicht, dass diese Signifikanzen wegfallen, wenn man die Kinder < 4 Jahre nicht mit einbezieht.

Wenn man die Belastungsfaktoren der Eltern, die in ihrer Aufsummierung zu einem signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen führt, im Einzelnen betrachtet, könnte dieses Ergebnis aufgrund eines Missverständnisses zustande gekommen sein. Denn sowohl die Variable „schwere Erkrankung nahe stehender Personen“, wie auch die Variable „Pflegefälle in der Familie“ könnten von den Eltern so ausgefüllt worden sein, dass die stationär behandelten Kinder mit eingeschlossen wurden, was dann natürlich zu einem signifikanten Unterschied führen musste. Es bleibt hier die Frage offen, ob bei der stationären

Gruppe zusätzliche Pflegefälle oder schwere Erkrankungen anderer Personen in den jeweiligen Familien gehäuft auftreten und die Eltern dadurch zusätzlich belastet sind.

Die Belastungsfaktoren, die zu einem erhöhten Score im SDQ-Eltern führen, sind hier vermutlich aussagekräftiger und bestätigen anderweitig gefundene Ergebnisse. So sind vor allem die Trennung vom Partner und eine schwere Erkrankung der Mutter, oder einer der Familie nahe stehenden Person, mit einem auffälligen SDQ-Gesamtscore in Verbindung zu bringen (Briggs-Gowan et al., 2000; McMunn et al., 2001).

Interessant ist die Tatsache, dass die Kinder, deren Eltern eine psychiatrische/ psychologische Therapie in Anspruch nehmen, gehäuft auffällige SDQ- Gesamtscores erreichten, wohingegen sich bei den stationären Patienten keine Auffälligkeiten ergaben.

4.2 SDQ-Eltern und der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern:

Der Beurteilung der Übereinstimmung der Ergebnisse aus dem SDQ-Eltern und dem Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern muss vorausgeschickt werden, dass der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern erstmals zur Pilot-Untersuchung eingesetzt wurde. Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine Re-Test-Untersuchung der „auffälligen“ Kinder stattgefunden hat, lässt sich auch nicht abschließend ermitteln, wie verlässlich der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern eventuelle Bindungsstörungen anzeigt.

Geht man vom Gesamtwert des Bindungsbogens aus, zeigt sich kein Unterschied zwischen den stationären Patienten und der Kontrolle. Nur bei Gesamtwerten >7 kann ein signifikanter Unterschied beider Gruppen aufgezeigt werden. Dieser Cut-Off-Wert wurde so gewählt, dass bei der Kontrollgruppe in etwa 10% (exakt 8,1%) als auffällig eingeschätzt wurden. (Bei Werten >6 wären bereits 23,3% auffällig). In der stationären Gruppe sind bei diesem Wert 20,1% als auffällig einzustufen. Dieser Unterschied ist gleichzeitig der einzige, der unabhängig vom Alter der Kinder zu sein scheint. Die Unterschiede bei den anderen Variablen sind nicht mehr signifikant, wenn man das Alter ≥ 4 Jahre festlegt. Dies könnte darauf hinweisen, dass vor allem bei jüngeren Kindern (≤ 4 Jahre) im Krankheitsfall mit einem vermehrten Auftreten von Bindungsstörungen zu rechnen ist. Andere Studien haben gezeigt, dass Krankheit Einfluss auf die Interaktion von Mutter und Kind nehmen kann (Esser

et al., 1995); (Becker-Stoll, 1997). Chronisch kranke Kinder neigen zum Beispiel vermehrt zu einer unsicheren Bindung und/oder fallen durch desorganisierte Verhaltensmuster auf (Goldberg, 1997). Untersuchungen zu Stressreaktionen auf Trennungen und der Aktivierung des Immunsystems durch das Bindungssystem legen einen Zusammenhang zwischen Bindungsmustern und der Neigung zu psychosomatischen Beschwerden nahe. Vor allem „bindungsvermeidende“ Kinder reagieren, im Gegensatz zu ihrem äußerlich eher ruhigen Erscheinungsbild, mit überhöhtem physiologisch messbarem Stress und neigen dazu, ihre innere Erregung, vergleichbar mit psychosomatischen Patienten, in belastenden Situationen durch körperliche Symptome zum Ausdruck zu bringen (Spangler et al., 1995).

Studien zur emotionalen Stabilität und Belastbarkeit von Kindern konnten zeigen, dass das Vorhandensein zumindest einer verfügbaren Bezugsperson einen gewissen Schutz vor Belastungen darstellt. Im Verlauf neigen diese Kinder weniger dazu zu dekomensieren oder später Symptome zu entwickeln (Tress, 1986; Werner, 1990).

Es kann diskutiert werden, in wie weit mit Hilfe des SDQ Rückschlüsse auf vorhandene Bindungsstörungen möglich sind. Zieht man die Korrelationen der einzelnen Items des Fragebogens zur Bindungsentwicklung von Kindern mit den SDQ-Scores in Betracht, finden sich hauptsächlich dort Signifikanzen, wo der Inhalt der Items den Skalen des SDQ entspricht. Hochsignifikant ist dieser Zusammenhang bei den Items, die in beiden Fragebögen mit annähernd gleichen Aussagen vorkommen (siehe Ergebnisteil Tabellen 3.3.7; 3.3.8).

Interessant ist, dass bei den stationären Patienten ein deutlich größerer Zusammenhang zwischen den Scores aus dem SDQ-Eltern und dem Summenscore aus dem Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern besteht, als für die Kontrollgruppe. Wie dieses Ergebnis zu deuten ist bleibt offen, denn es könnte ebenso möglich sein, dass die Krankheit des Kindes, und ein damit verbundener Anstieg des SDQ-Gesamtscores, zu einer Dekompensation einer latent vorhandenen Bindungsstörung, wie auch eine durch die Krankheit bedingte Bindungsstörung zu erhöhten Ergebnissen im SDQ führen könnte.

Die im SDQ-Eltern Gesamtscore auffälligen Kinder unterscheiden sich auch im Summenwert des Bindungsbogens signifikant von den übrigen. Bei zahlreichen Variablen ergeben sich Unterschiede in beiden Gruppen. Dies zeigt, dass ein erhöhter Gesamtscore im SDQ-Eltern auf eine Bindungsstörung hinweisen könnte. Die Tatsache, dass sich zum einen in der Patientengruppe ein doppelt so hoher Anteil an im SDQ-Eltern auffälligen Kindern fand, sich die stationäre Gruppe im Summenwert des Bindungsbogens aber nicht von der Kontrolle unterscheidet, scheint in einem gewissen Widerspruch zu stehen. Hier ist zu bedenken, dass für den Bindungsbogen keine Normierung vorliegt und sich bei geeignetem Cut-Off-Wert (im

vorliegenden Fall bei Summenwerten > 7) doch ein signifikanter Unterschied ergibt. Bei diesem Cut-Off-Wert wären in der Kontrollgruppe 8,1% auffällig, in der stationären Gruppe jedoch 20,1%. Ähnlich wie beim SDQ-Eltern scheint sich beim Bindungsbogen das Risiko für auffällige Werte bei der stationären Gruppe mehr als zu verdoppeln.

Untersucht man die im Bindungsbogen auffälligen Kinder (Summe >7 ; $n=49$) nach Besonderheiten im SDQ-Eltern, so zeigt sich bei 12 der 23 im SDQ-auffälligen Kinder eine Überschneidung beider Auffälligkeiten. Verblüffenderweise sind diese 12 ausschließlich in der stationären Gruppe zu finden. Hier wären weiterführende Untersuchungen von Interesse, weil diese Schnittmenge unter Umständen eine Hochrisikogruppe für Bindungsstörungen oder andere psychologisch/psychiatrische Störungen darstellen könnte. Vergleicht man diese Gruppe ($n=12$) mit dem Rest, so ergeben sich noch andere Besonderheiten. Sie unterscheiden sich in allen 5 Teilscores des SDQ-Eltern hochsignifikant (mit Ausnahme des Scores für Verhaltensauffälligkeiten $p = 0,003$), im Familienbogen ist das Familieneinkommen und der Bildungsstand des Vaters signifikant niedriger, die Mutter ist vermehrt belastet oder schwer erkrankt, arbeitet vermehrt ganztags, ist häufiger ledig, getrennt oder geschieden, der Vater vermehrt in psychiatrischer/psychologischer Behandlung

Dem SDQ entsprechend sind die Unterschiede bei den Knaben deutlicher als bei Mädchen, was die Ergebnisse einer groß angelegten amerikanischen Studie des „National Institute of Child Health and Development“ (Study-of-Early-Child-Care, 1996), die eine höhere Sensibilität gegenüber Belastungsfaktoren bei Knaben fand, bestätigt.

Die Unterschiede in den Korrelationen zwischen den SDQ-Eltern Scores und den Items des Bindungsbogens beider Gruppen (stationäre Patienten – Kontrolle) könnten darauf hinweisen, dass sich in der stationären Gruppe vermehrt Kinder mit vermeidendem bis desorganisiertem Bindungsverhalten befinden, als in der Kontrollgruppe. Hier finden sich keine Korrelationen zwischen den Items, die ein sicheres Bindungsverhalten spiegeln würden, mit den Scores aus dem SDQ-Eltern. Die emotionalen Probleme stehen bei dieser Gruppe in einem stärkeren Zusammenhang mit inadäquatem Verhalten in ungewohnter Umgebung und gegenüber Fremden und ist mit einer Neigung zur Symptombildung in Stress/Trennungssituationen verbunden. Die Aggressivität steht in einem engeren Verhältnis zu den Skalenscores des SDQ-Eltern, und der SDQ-Eltern Hyperaktivitätsscore korreliert mit mehr Items aus dem Bindungsbogen als bei der Kontrolle. Auch die Ergebnisse aus Tabelle 3.3.8 könnten diese These unterstützen.

Ursprünglich war bei der Verteilung des Fragebogenpaketes ein einseitiger Fragebogen mit vorgesehen, der das Verhalten von Kindern im Krankenhaus beleuchten sollte und vom

Pflegepersonal auszufüllen gewesen wäre. Leider hat sich beim Verteilen der Bögen auf den Stationen und in Rücksprache mit den Schwestern herausgestellt, dass ein verwertbares Ausfüllen der Bögen mit dem stationären Betrieb nicht vereinbar war. Durch die Schichtwechsel kam es oft vor, dass die Schwestern die Kinder nicht gut genug kannten, um in der Lage zu sein, die Bögen adäquat auszufüllen, und so ergab es sich, dass einige Bögen aus Gefälligkeit willkürlich ausgefüllt wurden. Deshalb waren die Bögen, die wir zurückerhielten in ihrem Aussagewert, nicht zu beurteilen. Im Verlauf haben wir dann von der Verteilung Abstand genommen. Bei einer weiterführenden Studie zur Erfassung von Bindungsstörungen wäre es allerdings sehr empfehlenswert, zusätzlich zum (von den Eltern ausgefüllten) Bindungsbogen einen von anderen Betreuungspersonen ausgefüllten Bogen, der das Bindungsverhalten der Kinder spiegelt, zu verteilen. Die Wahrnehmung der Eltern könnte sich in Bezug auf Bindungsstörungen als ungenügend erweisen.

Die Sensitivität des SDQ-Eltern bezüglich Bindungsstörungen bei den Kindern erwies sich in dieser Studie als unzureichend, denn von den 49 im Bindungsbogen (bei einem Cut-Off-Wert >7) Auffälligen wären nur 12 bei einem Screening mit dem SDQ-Eltern erfasst worden. Dies könnte dafür sprechen, dass bei Screening-Untersuchungen zur Erfassung von Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen im Sinne von Bindungsstörungen die Ergebnisse von beiden Fragebögen mehr Informationen über die Entwicklung eines Kindes und seiner Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Probleme abbilden könnten als die Untersuchung mit dem SDQ alleine.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie hatte das Ziel, einen ersten Überblick über die mögliche Verteilung und die Häufigkeit von psychischen Störungen bei Kindern widerzuspiegeln, die in einer Universitätskinderklinik zur stationären Behandlung aufgenommen wurden. Das Vorhandensein eventueller Störungen wurde mit Hilfe eines Fragebogen-Screenings an einer Studiengruppe (N=204) und einer Kontrollgruppe (N=99) untersucht. Neben anderen Fragebögen wurde der für den deutschen Sprachraum validierte Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman 1997) eingesetzt, mit dem Eltern in einer Fragebogen-Version (SDQ-Eltern) die Stärken und Schwächen ihrer Kinder wiedergeben sollen. Die Ergebnisse des Eltern-Fragebogens (SDQ-Eltern) zeigen, dass bei stationär behandelten Kindern ein um das Doppelte erhöhtes Risiko für das Vorhandensein einer psychiatrischen Störung im Vergleich zur Kontrollgruppe besteht (4,1 % auffällige Ergebnisse bei der Kontrolle; 9,5 % auffällige Ergebnisse bei den stationären Patienten). Dieses Ergebnis entspricht anderen Studien (Glazebrook und Hollis 2002; Rutter und Graham 1970; Mrazek 1994; Meltzer, Gatward et al. 2000), wenn auch die prozentuale Verteilung der Häufigkeiten unter den Werten liegt, die andere Studien gefunden haben. Bei Studien von Costello et al. (1988) und Briggs-Gowan et al. (Briggs-Gowan, Horwitz et al. 2000) fanden sich bis zu 20% auffällige Ergebnisse und bei einer älteren Studie von Fitzgerald (1985) sogar bis zu 40%. Mit dem SDQ-Eltern konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der stationären Gruppe und der Kontrollgruppe gefunden werden. In den von uns durchgeführten Untersuchungen ließen sich jedoch auch andere Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen, vor allem in ihren Korrelationsmustern, nachweisen.

Die Auswertung des Fragebogens zur Lebens- und Familiensituation zeigte, dass verschiedene Faktoren häufiger bei psychischen Störungen von Kindern auftreten können. Neben männlichem Geschlecht und jüngerem Alter des Kindes, dem Einkommen und der Konstellation der Familie, dem Bildungsstand und den psychischen Problemen der Mutter fanden sich zusätzliche Belastungen der Eltern (Trennung vom Partner; schwere Erkrankung einer Person aus der Familie), sowie häufige Umzüge und Berufstätigkeit der Mutter, die häufiger in der stationären Behandlungsgruppe auftraten. Das Leben der Mutter mit einem festen Partner (vor allem dem Vater des Kindes) in einem gemeinsamen Haushalt könnte für Kinder einen gewissen Schutz vor dem Auftreten psychischer Schwierigkeiten darstellen, da bei diesen Kindern weniger psychische Probleme angegeben wurden.

Ein besseres Bildungsniveau und die Zugehörigkeit zu einer höheren sozialen Schicht findet sich sowohl häufiger bei einem geringeren Gesamtscore im SDQ-Eltern, als auch bei denjenigen Eltern, die für ihre Kinder im Bedarfsfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen würden.

Der Wert des SDQ als Screening-Instrument für die Diagnostik kindlicher Verhaltensstörungen wurde durch zahlreiche Studien belegt. Sein Wert bezüglich der Sensitivität bei Bindungsstörungen scheint in dieser Studie eher fraglich. Der Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern wurde in dieser Studie erstmals getestet. Es bleibt durch weitere Untersuchungen zu klären, ob Kinder, die sowohl im SDQ als auch im Fragebogen zur Bindungsentwicklung mit erhöhten Scores auffallen, eine besondere Risikogruppe für das Auftreten von emotionalen Störungen darstellen. Sollte sich dieser in unserer Studie gewonnene Hinweis auch in Folgestudien und durch parallel eingesetzte klinische Diagnostik dieser Kinder bestätigen, könnte durch ein kombiniertes Screening mit dem SDQ und dem Fragebogen zur Bindungsentwicklung ein diagnostisches Instrumentarium zur Verfügung stehen, das von Kinderärzten bei den Vorsorgeuntersuchungen eingesetzt werden könnte. Kinder mit emotionalen Entwicklungsstörungen könnten auf diese Weise frühzeitig erfasst und einer erweiterten klinischen Diagnostik zugeführt werden. Eine solche Diagnostik in der Anfangsphase einer Störung hätte den Vorteil, dass die betroffenen Kinder zeitig therapiert werden könnten, was unter prognostischen Gesichtspunkten sehr wichtig wäre, da die Chronifizierung einer Störung die Behandlungsdauer verlängern und das Ergebnis der Behandlung verschlechtern könnte.

6. Ausblick

Wie in der Einleitung bereits dargestellt scheint ein dringender Bedarf nach der Entwicklung und Etablierung eines routinemäßig einsetzbaren Screeninginstruments zu bestehen, das Kinder mit erhöhten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer/psychiatrischer Krankheiten aufzuspüren vermag, um sie weiter zu untersuchen und - wenn nötig - einer adäquaten Behandlung zuführen zu können. Im klinischen Alltag werden solche Störungen häufig übersehen, und es wäre wünschenswert, wenn es einen kurzen Fragebogen gäbe, der jedem Kind, bzw. dessen Eltern, bei Aufnahme in einem Krankenhaus oder beim Erscheinen in einer Praxis, ausgehändigt werden könnte und - noch vor der Anamnese ausgefüllt - durch schnelle Auswertbarkeit dem Behandelnden erste Hinweise auf eventuell vorhandene Risikofaktoren geben könnte. Ein „Idealfragebogen“ sollte deshalb kurz, in seiner Formulierung leicht verständlich und dennoch möglichst allumfassend sein. Dieses Ideal wird sich nur in Annäherung erreichen lassen, aber der SDQ stellt auf dem Weg zu einem solchen Instrument einen brauchbaren Schritt dar.

Will man die Anwendbarkeit des SDQ auf andere Gebiete, wie zum Beispiel Bindungsstörungen, erweitern, stellt sich die Frage, ob dies durch Ergänzung weiterer Items sinnvoll wäre, oder ob man zusätzlich zum SDQ einen weiteren Screeningbogen mit entsprechenden Items entwickeln sollte. Eine Vielzahl von Symptomen, die auf eine Störung des Kindes hinweisen, mit der Gefahr, eine dauerhafte Beeinträchtigung zu entwickeln, werden vom SDQ nicht erfasst. So können neben Ess- (Koskelainen, Sourander et al. 2001) und Schlafstörungen (Smedje, Broman et al. 2001), Übergewicht (Lumeng und Gannon 2003), Sprech- und Sprachschwierigkeiten (Lindsay und J. 2000), Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten (Adams und Snowling 1999), Geburtsgewicht (Kelly, Nazroo et al. 2001) Frühgeburtlichkeit (Huddy, Johnson et al. 2001), Schreistörungen (Wolke, Rizzo et al. 2002) noch eine große Zahl anderer Auffälligkeiten in Verbindung mit kindlichen Verhaltensstörungen oder emotionalen Problemen bestehen. Auf welche Auffälligkeiten man bei einem Screening Wert legen wird, ist vom angestrebten Ziel abhängig.

Bei der Entwicklung eines Screeningbogens sollte darauf geachtet werden, dass ein möglichst breites Spektrum an Störungen aufgedeckt werden kann und nicht so sehr, dass durch die Auswertung möglicherweise schon eine Diagnose gestellt werden kann. Dem Screening sollte sich eine eingehendere Untersuchung der auffälligen Kinder anschließen. Erst nach der Zusammenschau aller erhaltenen Befunde wäre eine diagnostische Zuordnung sinnvoll.

Ein Vorgehen, wie es bei der vorliegenden Studie gehandhabt wurde (eine Zusammenstellung einiger, zum Teil sehr umfangreicher, Fragebögen, um ein breites Spektrum an Auffälligkeiten abzudecken und konfundierende Variablen zu erfassen) könnte in der klinischen Alltagspraxis auf einige Eltern abschreckend wirken und so bereits nur einen bestimmten Teil der Kinder mit dem angestrebten Screening erfassen.

Neben dem Wunsch, durch ein Screening möglichst viele auffällige Kinder in einem frühen Stadium einer Störung erfassen zu wollen, stellt sich die Frage nach der Finanzierbarkeit eines solchen Screenings. Wenn ein Screening sinnvoll und durchführbar ist, müssen genügend Ressourcen (finanziell und personell) zur Verfügung gestellt werden, um die „entdeckten“ Kinder vertiefend zu untersuchen und bei Bedarf adäquat behandeln zu können. Zusätzlich sollte sichergestellt sein, dass bei einer möglichen Identifizierung eines Problems eine hilfreiche Therapie zur Verfügung steht. Außerdem muss vermieden werden, dass eventuell im Screening aufgefallene Kinder einer Stigmatisierung unterliegen und ein falsch positives Ergebnis die Kinder oder die Eltern unnötig beunruhigen könnte. Diese grundsätzliche Problematik und die Schwierigkeiten, wie sie mit jeder Form der Screening-Untersuchung verbunden sind, sollten aber nicht davon abhalten, solche Instrumente für die frühzeitige Erkennung von Verhaltensstörungen und emotionalen Entwicklungsstörungen im Kindesalter zu entwickeln und zu erproben, da von der Früherkennung und einer rechtzeitigen Therapie eine langfristige Entwicklungsprognose für das einzelne Kind abhängen kann. Die vorliegende Studie sollte hierzu einen ersten Beitrag leisten.

7. Verzeichnis der Abbildungen:

- Abbildung 1: Altersverteilung der Kinder; Stationäre Patienten
- Abbildung 2: Altersverteilung der Kinder; Kontrolle
- Abbildung 3: Schulabschluss der Mutter; Stationäre Patienten
- Abbildung 4: Schulabschluss der Mutter; Kontrolle
- Abbildung 5: Schulabschluss des Vaters; Stationäre Patienten:
- Abbildung 6: Schulabschluss des Vaters; Kontrolle:
- Abbildung 7: Verteilung der Berufstätigkeit der Mütter; Stationäre Patienten
- Abbildung 8: Verteilung der Berufstätigkeit der Mütter; Kontrolle
- Abbildung 9: Anzahl der Belastungsfaktoren der Mutter; Stationäre Patienten
- Abbildung 10: Anzahl der Belastungsfaktoren der Mutter; Kontrolle
- Abbildung 11: Anzahl der Belastungsfaktoren des Vaters; Stationäre Patienten
- Abbildung 12: Anzahl der Belastungsfaktoren des Vaters; Kontrolle
- Abbildung 13: Die Lebenssituation der Mutter; Stationäre Patienten
- Abbildung 14: Die Lebenssituation der Mutter; Kontrolle
- Abbildung 15: Die Lebenssituation des Vaters; Stationäre Patienten
- Abbildung 16: Die Lebenssituation des Vaters; Kontrolle
- Abbildung 17: Die Unterbringung der Kinder tagsüber; Stationäre Patienten
- Abbildung 18: Die Unterbringung der Kinder tagsüber; Kontrolle
- Abbildung 19: Diagnosegruppen der stationären Patienten

8. Verzeichnis der Tabellen

- Tabelle 2. 1: signifikante Unterschiede beim Familienbogen
- Tabelle 2. 2: nicht signifikante Unterschiede beim Familienbogen
- Tabelle 2. 3: Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen
- Tabelle 2. 4: Cut-Off-Werte für den SDQ (D = deutsche Version; GB = englische Version)
- Tabelle 2. 5: Cut-Off-Werte für den SDQ-Selbst (englische Version)
- Tabelle 2. 6: Bezeichnungen des Signifikanzniveaus (Bühl et al., 2000)
- Tabelle 2. 7: Bezeichnungen beim Korrelationskoeffizienten (Bühl et al., 2000)
-
- Tabelle 3.1.1: Häufigkeitsverteilung der Antworten
- Tabelle 3.1.2: Mann-Whitney-U-Test über alle Items, (≥ 4 ; < 4)
- Tabelle 3.1.3: Mann-Whitney-U-Test: alle Items nach Geschlecht und Alter
- Tabelle 3.1.4: Teil- und Gesamtscores nach Häufigkeit und Geschlecht, Mann-Whitney-U-Test
- Tabelle 3.1.5: Teil- und Gesamtscores nach Häufigkeit und Geschlecht, Mann-Whitney-U-Test, ≥ 4 Jahre
- Tabelle 3.1.6: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Scores, alle
- Tabelle 3.1.7: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Scores, alle
- Tabelle 3.1.8: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Scores, Kontrolle
- Tabelle 3.1.9: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Scores, Patienten
- Tabelle 3.1.10: Korrelationen (nach Spearman-Rho) zwischen den einzelnen Scores, alle
- Tabelle 3.1.11: Korrelationen (nach Spearman-Rho) zwischen den einzelnen Scores, Patienten
- Tabelle 3.1.12: Korrelationen (nach Spearman-Rho) zwischen den einzelnen Scores, Kontrolle

- Tabelle 3.1.13: Häufigkeiten der Antworten im Zusatzfragebogen und Mann-Whitney-U-Test
- Tabelle 3.1.14: Altersverteilung beim SDQ-Selbst-Fragebogen
- Tabelle 3.1.15: Häufigkeitsverteilung der Antworten beim SDQ-Selbst-Fragebogen
- Tabelle 3.1.16: Korrelationen zwischen den einzelnen Scores bei den Patienten
- Tabelle 3.1.17: Korrelationen zwischen den einzelnen Scores bei der Kontrolle
- Tabelle 3.1.18: Korrel. zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst und SDQ-Eltern; alle
- Tabelle 3.1.19: Korrel. zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst und SDQ-Eltern; Patienten
- Tabelle 3.1.20: Korrel. zwischen den einzelnen Scores des SDQ-Selbst und SDQ-Eltern; Kontrolle
-
- Tabelle 3.2.1: Familienbogen, Mann-Whitney-U-Test; verschiedene Gruppen
- Tabelle 3.2.2: Familienbogen; Belastungsfaktoren der Eltern; Mann-Whitney-U-Test; verschiedene Gruppen
- Tabelle 3.2.3: Häufigkeitsverteilung nach Lebenssituation, Mann-Whitney-U-Test
- Tabelle 3.2.4: Häufigkeitsverteilung nach Familienstand der Mutter; Mann-Whitney-U-Test
-
- Tabelle 3.3.1: Bindungsbogen; Mann-Whitney-U-Test; verschiedene Untergruppen
- Tabelle 3.3.2: Bindungsbogen; Mann-Whitney-U-Test; alle/männlich/weiblich
- Tabelle 3.3.3: Korrelationen zwischen dem Bindungsbogen und den Scores aus dem SDQ-Eltern
- Tabelle 3.3.4: Korrelationen zwischen dem Bindungsbogen und den Scores aus dem SDQ-Eltern; Patienten
- Tabelle 3.3.5: Korrelationen zwischen dem Bindungsbogen und den Scores aus dem SDQ-Eltern; Kontrolle
- Tabelle 3.3.6: Korrelationen der Summe aus dem BB und den Scores aus dem SDQ-Eltern
- Tabelle 3.3.7: Korrelationen einzelner Items, BB/SDQ-Eltern; alle

- Tabelle 3.3.8: Korrelationen einzelner Items, BB/SDQ-Eltern; Patienten/Kontrolle
- Tabelle 4.1.1: Häufigkeitsverteilung bei Cut-Offs: unauffällig 0-9; grenzwertig 10-12; auffällig 13-40
- Tabelle 4.1.2: Häufigkeitsverteilung bei Studie in England(Glazebrook et al., 2002)
- Tabelle 4.1.3: Häufigkeitsverteilung Vergleich mit Studie von Klasen (Klasen et al., 2000)
- Tabelle 4.1.4: Mittelwerte und Standardabweichungen; andere Studien

9. Abkürzungen

ADHD	=	attention-deficit/hyperactivity disorder
BB	=	Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern
CBCL	=	Child Behaviour Checklist
SDQ	=	Strengths and Difficulties Questionnaire
TRF	=	Teacher`s Report Form
YSR	=	Youth Self Report

10. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the child behavior checklist 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the youth self report and profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: Queen City Printers Inc.
- Adams, J. W. & Snowling, M. J. (1999). Problems of behaviour, reading and arithmetic. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 571-585.
- Almquist, F. & Bredenberg, P. (1988). Social competence and behaviour problems among school children and child psychiatric patients - an empirical study using the CBCL. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 42, 311-319.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington.
- Arbeitsgruppe. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist*. Köln, Germany: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-, und Familiendiagnostik.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Bass, C., Peveler, R. & House, A. (2001). Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 179, 11-14.
- Becker-Stoll, F. (1997). *Interaktionsverhalten zwischen Jugendlichen und Müttern im Kontext längsschnittlicher Bindungsentwicklung*. Unpublished Dissertation (Dr. phil.), Universität Regensburg.
- Berg, I., Lucas, C. & McGuire, R. (1992). Measurement of behaviour difficulties in children using standard scales. *European Child and Adolescent Psychiatry*(1), 14-23.
- Bergmann, K. E., Thefeld, W. & Kurth, B.-M. (2002). Der Kinder und Jugendgesundheitsurvey- eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele. *Gesundheitswesen* 2002, 64(Sonderheft 1), 53-58.
- Boyce, W. T., Essex, M. J., Woodward, H. R., Measelle, J. R., Ablow, J. C. & Kupfer, D. J. (2002). The confluence of mental, physical, social and academic difficulties in middle childhood. I: Exploring the "headwaters" of early life morbidities. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 580-587.
- Boyle, M. H. & Jones, S. H. (1985). Selecting measures of emotional and behavioural disorders for use in childhood populations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*(26), 137-159.
- Briggs-Gowan, M. J., Horwitz, S. M., Schwab-Stone, M., Leventhal, J. M. & Leaf, P. J. (2000). Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(39), 841-849.
- Brisch, K. H. (2002). *Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern*. Ludwig-Maximilians-Universität München, München.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (Eds.). (2000). *SPSS Version 10 - Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows (7. ed.)*: Addison Wesley Verlag.

- Burns, B. J., Costello, E. J. & Angold, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147-159.
- Cadman, D. & Boyle, M. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social wellbeing: findings of the Ontario child health study. *Pediatrics*(79), 805-813.
- Cederblad, M. & Höök, B. (1984). *Revision and evaluation of an instrument measuring children's behaviour deviances* (174): Laboratory for Clinical Stress Research.
- Cohen, P., Cohen, J. & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, II: Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines*, 34, 869-896.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Relationship between poverty and psychopathology. *JAMA Journal Of The American Medical Association*, 290(15), 2023-2030.
- Costello, E. J. & Edelbrock, C. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*(45), 1107-1116.
- Daud, L. R., Garralda, M. E. & David, T. J. (1993). Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of Disease in Childhood*, 69, 670-676.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Poustka, F., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Verhulst, F. (1996). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Nervenarzt*, 67, 960-967.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 852-860.
- Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M. H. (1995). Der Einfluß von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung*, 4(11), 33-42.
- Fitzgerald, M. (1985). Behavioural deviance and maternal depressive symptoms in paediatric out-patients. *Archives of Disease in Childhood*(60), 560-562.
- Fombonne, E. (1989). The child behaviour checklist and the Rutter parental questionnaire. *Psychological Medicine*, 19, 777-785.
- Fombonne, E. (1991). The use of questionnaires in child psychiatry research: Assessing their performance and choosing an optimal cut-off. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 677-693.
- Garber, J., Quiggle, N. L., Panak, W. & Dodge, K. A. (1991). Aggression and depression in children, *Internalizing and Externalizing Expressions of Dysfunction*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13-33.
- Garralda, M. E. & Bailey, D. (1989). Psychiatric disorders in general paediatric referrals. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 1727-1733.
- Garralda, M. E., Jameson, R. A. & Reynolds, J. M. (1988). Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 79-90.
- Glazebrook, C., Hollis, C., Heussler, H., Goodman, R. & Coates, L. (2002). Detecting emotional and behavioural problems in pediatric clinics. *Child: Care, Health and Development*, 29(2), 141-149.
- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk, and clinical samples. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology* (pp. 171-195). New York, London: The Guilford Press.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including extra items on children's strengths. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.

- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337 - 1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534 - 539.
- Goodman, R. & Graham, P. (1996). Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey. *British Medical Journal*, 312, 1065-1069.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Goodman, R. & Scott, S. (1997). *Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17 - 24.
- Gortmaker, S. L., Walker, D. K., Weitzman, M. & Sobol, A. M. (1990). Chronic conditions, socioeconomic risks and behavioural problems in children and adolescents. *Pediatrics*, 85, 267-276.
- Haines, M. M., McMunn, A. M., Nazroo, J. Y. & Kelly, Y. J. (2002). Social and demographic predictors of parental consultation for child psychological difficulties. *Journal of Public Health Medicine*, 24(4), 276-284.
- Hay, D. (1994). Prosocial development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 29-71.
- Howe, G. W., Feinstein, C., Reiss, D., Molock, S. & Berger, K. (1993). Adolescent adjustment to chronic physical disorders- I. Comparing neurological and non-neurological conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1153-1171.
- Huddy, C. L. J., Johnson, A. & Hope, P. L. (2001). Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 85, F23-F28.
- Kelly, Y. J., Nazroo, J. Y., McMunn, A. M., Boreham, R. & Marmot, M. G. (2001). Birthweight and behavioural problems in children. *International Journal of Epidemiology*, 30, 88-94.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2000). Comparing the German versions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ-DEU) and the child behavior checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(No. 4), 271 - 276.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Helenius, H. (2001). Dieting and weight concerns among Finnish adolescents. *Nordic Journal of psychiatry*, 55, 427-431.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljonen, A. (2000). The strengths and difficulties questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 277-284.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 180-185.

- Kovacs, M., Feinberg, T. L. & Paulauskas, S. (1985). Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics*, 106, 827-834.
- Kramer, T. & Garralda, M. E. (1998). Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 508-513.
- Kramer, T. & Garralda, M. E. (2000). Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 287-294.
- Kuhlthau, K. A. & Perrin, J. M. (2001). Child health status and parental employment. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 1346-1350.
- Leaf, P. J., Alegria, M. & Cohen, P. (1996). Mental health service use in the community and schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 889-897.
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., U., L. & Poustka, F. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjähriger Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern - ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(2), 83-96.
- Lindsay, G. & Dockrell, J. (2000). The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 583-601.
- Lumeng, J. C., Gannon, K., Cabral, H., Frank, D. & Zuckerman, B. (2003). Association between clinically meaningful behaviour problems and overweight in children. *Pediatrics*, 112(5), 1138-1145.
- Madden, S. J., Ledermann, S. E., Guerrero-Blanco, M., Bruce, M. & Trompeter, R. S. (2002). Cognitive and psychosocial outcome of infants dialysed in infancy. *Child: Care, Health and Development*, 29(1), 55-61.
- McFarlane, J. W. & McFarlane, A. (1954). *A Developmental Study of the Behaviour Problems of Normal Children Between Twenty-one Months and Fourteen years*. Los Angeles: University of California Press.
- McMunn, A. M., Nazroo, J. Y., Marmot, M. G., Boreham, R. & Goodman, R. (2001). Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the health survey for England. *Social Science and Medicine*(53), 423-440.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2000). *The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office.
- Mrazek, D. (1994). Psychiatric aspects of somatic disease and disorders, *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches* (pp. 697-710). Oxford: Rutter.
- Mullick, M. S. I. & Goodman, R. (2001). Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: preliminary study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 94-99.
- Nolan, T. & Pless, I. B. (1986). Emotional correlates and consequences of birth defects. *Journal of Pediatrics*, 109, 201-216.
- Offord, D. R., Boyle, M. H. & Szatmari, P. (1987). Ontario child health study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Pless, I. B. & Nolan, T. (1991). Revision, replication and neglect- Research on maladjustment in chronic illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 347-365.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 18, 121-132.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.

- Rutter, M., Graham, P. & Yule, W. (1970). *A Neuropsychiatric Study in Childhood*. London: Hienemann.
- Seidel, U. P., Chadwick, O. F. & Rutter, M. (1975). Psychological disorders in crippled children. A comparative study of children with and without brain damage. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 17, 563-573.
- Silver, E. J., Stein, R. E. K. & Baumann, L. J. (1999). Sociodemographic and condition-related characteristics associated with conduct problems in school-aged children with chronic health conditions. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine*, 153, 815-820.
- Smedje, H., Broman, J.-E. & Hetta, J. (2001). Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(1), 1-9.
- Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J. & von Knorring, A.-L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "strengths and difficulties questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(2), 63-70.
- Smithard, A., Glazebrook, C. & Williams, H. C. (2001). Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: A community-based study. *British Journal of Dermatology*, 145, 274-279.
- Spangler, G. & Schieche, M. (1995). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Eds.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (pp. 297-310). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Study-of-Early-Child-Care. (1996). *Infant child care and attachment security* (Manuscript): National Institutes of Health.
- Tress, W. (1986). *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früherer Schutz gegen psychogene Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Truman, J., Robinson, K., Evans, A. L., Smith, D., Cunningham, L., Millward, R. & Minnis, H. (2003). The strengths and difficulties questionnaire a pilot study of a new computer version of the self-report scale. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 9-14.
- van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. & Goodman, R. (2003). Dutch version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289.
- Verhulst Frank C. , e. a. (1985). Mental Health in Dutch children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*(72), Suppl. 323.
- Wassermann, R., Kelleher, K. J. & Bocian, A. (1999). Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care. *Pediatrics*, 103, 38.
- Weinberg, W. A. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder: The differential diagnosis. *Journal of Child Neurology*, 6, S23-S36.
- Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (1st ed., pp. 97-116). New York: Cambridge University Press.
- Wolke, D., Rizzo, P. & Woods, S. (2002). Persistent crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*, 109(6), 1054-1060.
- World Health Organisation. (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland.
- Zeanah, C. H., Benoit, D. & Barton, M. (1986). *Working model of the child interview*. Unpublished manuscript, Brown University: Typescript.

11. Danksagung

Mein Dank gilt:

- Herrn OA Dr. med. Karl-Heinz Brisch, Leiter der Abteilung für Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität Münchens, der mir die Möglichkeit einräumte, diese Arbeit unter seiner Anleitung zu realisieren.
- Frau R. Schmidt, die stets hilfsbereit bei allen unerwartet aufgetauchten Problemen zur Seite stand.
- Meinen Kommilitoninnen, ohne deren Mitarbeit diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.
- Allen Eltern, die sich die Zeit genommen haben die Fragebögen auszufüllen.
- Frau Oberamtsrätin Peters, ohne deren Vermittlung des Stipendiums aus der Rosa-Schneider-Stiftung sowohl mein Studium, wie auch die Dr.-Arbeit nicht finanzierbar gewesen wäre.
- Den Damen und Herren der Rosa-Schneider-Stiftung, die mir das Stipendium gewährten.
- Meiner Frau und meinen Kindern.

12. Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum und –ort	18.11.1964 in München
Familienstand	verheiratet, zwei Kinder
Staatsangehörigkeit	deutsch
Konfession	rk

Schulausbildung

09.1970 - 09.1974	Grundschule in München
09.1974 - 09.1977	Gymnasium im Internat Kloster Ettal
09.1977 - 06.1984	Gymnasium in München
29.06.1984	Abitur im Albert-Einstein-Gymnasium München

Ausbildungen

1990 .-. 12.1997	Ausbildung zum Opernsänger bei Prof. Josef Metternich
1995 .- 1998	Freiberuflicher Opernsänger

Studium

09.1984 – 03.1985	Studium der Philosophie an der Hochschule für Philosophie München, Philosophische Fakultät S.J.
03.1985 – 09.1989	Studium der Sinologie an der LMU-München
09.1989 – 03.1991	Studium LA Sonderschule, Verhaltensgestörtenpädagogik an der LMU-München
03.1998 – 11.2004	Studium der Humanmedizin an der LMU-München
10.04.2000	Physikum
12.04.2001	1. Staatsexamen
22.09.2003	2. Staatsexamen
02.11.2004	3. Staatsexamen

Praktisches Jahr

10.2003	Chirurgie, Fußchirurgie, Traumatologie, Viszeralchirurgie, LMU-München, Innenstadt
02.2004	Neurologie, Station H8A, LMU-München, Großhadern
05.2004	Innere Medizin, Station 47, Städt. KH München-Neuperlach

Berufliche Weiterbildung

01.2005	Assistenzarzt im Klinikum Kaufbeuren, Abteilung Innere Medizin
---------	--

13. Anhang: Fragebögen

Klinikum der Universität München

Kinderklinik und Poliklinik

im Dr. von Haunerschen Kinderspital – Innenstadt

Direktor: Prof. Dr. med. Dietrich Reinhardt

Postanschrift: • Kinderklinik und Poliklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital •
 Kinderpsychosomatik • LMU • Pettenkoferstr. 10 • 80336 München

Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie

Leiter: OA Dr. med. K. H. Brisch

Kenn-Nummer.....

(wird von uns ausgefüllt)

Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation

Wir bitten Sie, einige Fragen zu Ihrer momentanen Situation zu beantworten.

Falls der Vater des kranken Kindes nicht der Lebenspartner ist, Sie aber in einer festen Partnerschaft leben, bitten wir Sie um eine kurze Notiz hierzu.

Bitte tragen Sie die entsprechenden Angaben an den jeweils dafür vorgesehenen gepunkteten Stellen ein, bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an. Mehrfach-Antworten sind möglich.

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
1. Geburtsdatum
2. Nationalität
In Deutschland seit...

3. Schulabschluß	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
Ohne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderschulabschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluß oder entsprechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur / andere Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluß / Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Derzeitige berufliche Tätigkeit

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
Arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter(in) / Facharbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte(r) / Beamte(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständige(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ausbildung / Nachqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>halbtags berufstätig</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>ganztags berufstätig</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Familienstand

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
verheiratet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
getrennt / geschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Lebenssituation

	<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
In fester Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mit festem Partner in einem gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7. Geschlecht und Alter Ihrer Kinder

	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>Geburtsjahr</i>	<i>lebt außer Haus</i>	<i>verstorben</i>
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			...		
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			...		
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			...		
Kind 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			...		

Kind 5
 ...

8. Verbringt Ihr Kind regelmäßig einen Teil des Tages außer Haus?

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kindergarten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tagesstätte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tagesmutter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Großeltern / Verwandte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Einrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche: |
..... | |

9. Wie häufig sind Sie seit Geburt Ihres Kindes umgezogen?

.....mal

10. Wie oft haben Sie bisher den behandelnden Kinderarzt gewechselt?

.....mal

11. Gab es bzw. gibt es in Ihrem Leben außergewöhnliche Belastungen, die jetzt noch für Sie von großer

<u>Bedeutung</u> sind?	<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
▪ Todesfälle von nahestehenden Personen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Eigene schwere Erkrankung(en)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Schwere Erkrankung(en) bei nahestehenden Personen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Pflegefälle in der eigenen Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Verlust des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Verlust von wichtigen sozialen Beziehungen (durch Umzug / Arbeitsplatzwechsel,...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Besonders beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Andere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:	
	

12. Sind oder waren Sie selbst während der letzten 7 Jahre in psychiatrischer / psychotherapeutischer

Behandlung?

Mutter

Vater

ja nein

ja nein

13. Wie hoch ist Ihr monatliches Familien-Einkommen (netto)

- ca. 1.000 €
- ca. 2.000 €
- ca. 3.000 €
- ca. 4.000 €
- mehr als 5.000 €
- keine Angaben

Vielen Dank, selbstverständlich werden alle Daten anonym behandelt!

13. Fragebogen ausgefüllt von

Mutter

Vater

Klinikum der Universität München

Kinderklinik und Poliklinik

im Dr. von Haunerschen Kinderspital – Innenstadt

Direktor: Prof. Dr. med. Dietrich Reinhardt

Postanschrift: • Kinderklinik und Poliklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital •
Kinderpsychosomatik • LMU • Pettenkoferstr. 10 • 80336 München

Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie

Leiter: OA Dr. med. K. H. Brisch

Kennnummer.....

(wird von uns ausgefüllt)

Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern

Wir bitten Sie, einige Fragen zum Verhalten Ihres Kindes zu beantworten.

Bitte tragen Sie die entsprechenden Angaben an den jeweils dafür vorgesehenen gepunkteten Stellen ein, bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an. Mehrfach-Antworten sind möglich.

Alter des Kindes:

Sind Sie die Hauptbezugsperson des Kindes?

Ja

Nein

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, von der Sie glauben dass sie das Verhalten Ihres Kindes am besten beschreibt.

Zeigt Ihr Kind einen bevorzugten Betreuer?

... mein Kind hat einen klar bevorzugten Betreuer

... mein Kind hat nur manchmal einen bevorzugten Betreuer

... mein Kind hat selten oder nie einen bevorzugten Betreuer

2. Wenn mein Kind sich verletzt hat

... sucht es Trost beim bevorzugten Betreuer

... sucht es manchmal oder wenig Trost beim bevorzugten Betreuer

... sucht es selten oder nie Trost beim Betreuer

3. Wenn mein Kind zum bevorzugten Betreuer kommt

... lässt sich gut trösten und beruhigt sich schnell

... lässt sich schlecht beruhigen

... lässt sich kaum oder nie trösten



4. Wenn mein Kind und ich miteinander reden
 - ... erzählt es mir Dinge aus dem Alltag und redet abwechselnd mit mir
 - ... rede ich oder mein Kind viel mehr als der andere
 - ... können wir kaum ein Gespräch führen in dem wir abwechselnd sprechen und Inhalte austauschen

5. Wenn ich die Stimmung meines Kindes beschreiben sollte
 - ... ist es im allgemeinen glücklich und nur selten traurig, ernst oder gereizt
 - ... ist es des öfteren gereizt oder traurig und nicht so oft glücklich
 - ... ist es meistens gereizt oder traurig

6. In ungewohnter Umgebung
 - ... erkundet mein Kind kurz die Umgebung und kehrt dann zum Betreuer zurück
 - ... erkundet mein Kind die Umgebung und kommt nur manchmal zum Betreuer zurück
 - ... erkundet mein Kind die Umgebung und kehrt selten oder nie zum Betreuer zurück

7. In Gegenwart von Fremden oder unbekanntem Erwachsenen
 - ... zeigt mein Kind klar Zurückhaltung und ist scheu
 - ... zeigt mein Kind manchmal Zurückhaltung oder legt die Scheu schnell ab
 - ... zeigt mein Kind selten Zurückhalten und benimmt sich nicht scheu

8. Wenn mein Kind mit einem Unbekanntem weggehen soll
 - ... ist es dazu nicht bereit
 - ... würde es nur manchmal mitgehen
 - ... würde es meistens mitgehen

9. Wenn ich dabei bin
 - ... begibt sich mein Kind nie in gefährliche Situationen (z.B. auf die Straße laufen)
 - ... zeigt mein Kind manchmal oder etwas gefährliches Benehmen
 - ... bringt sich mein Kind öfters in Gefahr

10. In einer ungewohnten Umgebung oder in Gegenwart unbekannter Personen
 - ... klammert sich mein Kind nicht übermäßig an einen bestimmten Betreuer
 - ... klammert sich mein Kind manchmal übermäßig stark an einen bestimmten Betreuer
 - ... klammert sich mein Kind übermäßig stark an einen bestimmten Betreuer

11. Gegenüber einem bestimmten Betreuer
 - ... zeigt sich mein Kind im allgemeinen nicht ängstlich oder überwachsam
 - ... ist mein Kind manchmal ängstlich, gehemmt oder tut was er will fast automatisch
 - ... ist mein Kind ängstlich, gehemmt oder tut öfters automatisch was er will

12. Glauben sie dass ihr Kind weiß ob der Betreuer traurig oder wütend ist? Scheint es sich Sorgen um den Betreuer zu machen?
 - ... mein Kind zeigt keine Beunruhigung wegen dem Wohlbefinden des Betreuers
 - ... mein Kind scheint den Betreuer manchmal zu überwachen und ist beunruhigt über sein Wohlbefinden
 - ... mein Kind macht sich oft Sorgen um den Betreuer und sein Wohlbefinden oder scheint die Rolle des Erwachsenen zu übernehmen

13. Wenn sie über die Aggressivität ihres Kindes nachdenken
... ist es nicht aggressiv gegenüber anderen Kindern oder Erwachsenen
... ist es manchmal mit oder ohne Grund aggressiv gegenüber anderen
... ist es häufig und grundlos aggressiv gegenüber anderen, diese Aggression ist ein echtes Problem

14. Wenn mein Kind spricht
... benutzt es ganze verständliche klare Sätze
... benutzt es Ein- und Zweiwortsätze
... mein Kind spricht nicht sondern zeigt mir durch Gesten was es will

15. Eintönige, ungewöhnliche Bewegungen (z.B. Vor- und Zurückschaukeln, Kopf anschlagen)
... macht mein Kind nie
... macht mein Kind manchmal in bestimmten Situationen, z.B. wenn es müde ist
... macht mein Kind häufiger und nicht nur beim Einschlafen

16. Wenn mein Kind sich von mir getrennt fühlt, getrennt ist, und / oder sich sehr geängstigt hat,
..... klagt es über Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, oder andere Schmerzen
..... klagt es über Hautausschlag, Schnupfen, Atemprobleme
..... klagt es über Durchfall, Einnässen, Erbrechen
..... isst und trinkt es viel weniger oder viel mehr
..... klagt es über keine Symptome

