

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik  
des Zentrums für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin  
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort

Häufigkeit und Verteilung depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern  
im Eltern- und Erzieherurteil

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Caroline Zimmermann  
aus Heidelberg

Hamburg 2006

Angenommen vom Fachbereich der Medizin  
der Universität Hamburg am: 06.10.2006

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs  
Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. med. P. Riedesser

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. med. M. Bullinger

*Meinen Eltern*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstellung .....	1
1.2 Literaturrecherche .....	2
1.3 Historische Entwicklung .....	2
1.4 Modelle und Konzepte .....	5
1.4.1 Allgemeines .....	5
1.4.2 Klassifikation .....	5
1.4.3 Symptomatik .....	10
1.4.4 Ätiologische Konzepte .....	11
1.4.5 Besonderheiten bei Kindergartenkindern .....	16
1.4.6 Übereinstimmung verschiedener Informationsquellen .....	17
1.5 Empirischer Stand der Forschung .....	19
1.5.1 Kindergartenkinder und Einschulungskinder .....	20
1.6 Fragestellungen und Hypothesen .....	25
1.7 Ziele der Arbeit .....	26
<b>2. Methodik .....</b>	<b>27</b>
2.1 Forschungsdesign .....	27
2.2 Variablenauswahl .....	28
2.2.1 Merkmale des Kindes, der Familie und seiner Lebenssituation .....	28
2.2.2 Merkmale des psychischen Befindens .....	28
2.3 Operationalisierung .....	29
2.3.1 Allgemeines .....	29
2.3.2 Verwendete Untersuchungsinstrumente .....	29
2.4 Stichprobenansatz .....	38
2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung .....	40
2.6 Auswertungsverfahren .....	41
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>42</b>
3.1 Art der Ergebnisdarstellung .....	42
3.2 Darstellung der Stichprobe .....	42
3.2.1 Allgemeines .....	42
3.2.2 Merkmale des Kindes, der Familie und seiner Lebenssituation .....	43
3.3 Häufigkeit und Verteilung depressiver Auffälligkeiten im Eltern- und Erzieherurteil .....	54
3.3.1 CBCL .....	54
3.3.2 DSM-IV .....	56
3.4 Übereinstimmung der Urteiler .....	57
3.4.1. SDQ .....	57
3.4.2. CBCL .....	58
3.4.3 DSM-IV (kategoriale Ebene) .....	59
3.5 Analyse eines Zusammenhangs zwischen den Merkmalen des Kindes, seiner Familie, der Lebenssituation und depressiver Symptomatik .....	60
3.6 Nebenrechnungen .....	62
3.6.1 Merkmale des psychischen Befindens .....	62
3.6.2 Unterschiede zwischen den Kindergärten .....	66
3.6.3 Übereinstimmung der Instrumente .....	68

<b>4. Diskussion.....</b>	<b>72</b>
4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	72
4.2 Methodische Kritik .....	73
4.3 Diskussion der Hauptergebnisse.....	76
4.3.1 Prävalenz depressiver Merkmale.....	76
4.3.2 Konkordanz zwischen Eltern- und Erzieherurteil .....	81
4.3.3 Zusammenhang zwischen den Merkmalen des Kindes, seiner Familie, seiner Lebenssituation und depressiver Symptomatik .....	84
4.4 Diskussion der Nebenrechnungen .....	89
4.4.1 Unterschiede zwischen den Kindergärten .....	89
4.4.2 Übereinstimmung der Instrumente .....	90
4.5 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick .....	91
<b>5. Zusammenfassung .....</b>	<b>93</b>
<b>6. Literatur .....</b>	<b>94</b>
<b>7. Anhang.....</b>	<b>105</b>
7.1 Grafiken .....	105
7.2 Übereinstimmung der Instrumente .....	108
7.2.1 Eltern .....	108
7.2.2 Erzieher.....	110
7.3 Anschreiben an Eltern, Anschreiben an Kindergartenleitung und Erzieher/innen, Fragebogen für Eltern und Fragebogen für Erzieher .....	113
<b>Danksagung.....</b>	<b>132</b>
<b>Lebenslauf .....</b>	<b>133</b>
<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>134</b>

# **1. Einleitung**

## **1.1 Problemstellung**

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass die Anzahl der an Depressionen erkrankten Personen in den Industrieländern stetig steigt (Laux, 1996). Allerdings berücksichtigen diese Untersuchungen überwiegend das Adoleszenten- und Erwachsenenalter, während über die Häufigkeit und die Verteilung depressiver Auffälligkeiten im Kindergartenalter erst wenige Daten vorliegen.

Heute existiert zwar eine altersgerechte Methode zur Erfassung von Verhaltensstörungen im Vorschul- bzw. Kindergartenalter, jedoch ist noch kein standardisiertes Screeninginstrument zur Evaluation depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern vorhanden (Luby et al., 2002). Zur Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Kindergartenkindern werden oftmals Eltern und Betreuer herangezogen. Zur Erfassung depressiver Symptome mittels Fragebögen ist zu klären, in welchem Ausmaß eine derartige Evaluation geeignet ist, depressive Auffälligkeiten zu erkennen und inwieweit sie zu übereinstimmenden Ergebnissen führt.

So sollte die vorliegende Untersuchung einen Beitrag für die Depressionsforschung im Kindergartenalter leisten, um weiteres Wissen über diese Erkrankung, deren Ursachen und Hintergründe in Deutschland zu erarbeiten.

## 1.2 Literaturrecherche

In die Literatursuche wurden die Datenbanken MEDLINE (1983-2005), Embase (1988-2005), Psynindex (1977-2005) und PsychLIT (1974-2005) einbezogen. Zunächst wurde der Suchterm „*depression\* or depressi\**“ and „*preschooler or preschool\**“ or „*kindergarten\**“ eingesetzt. Anschließend wurden anhand der Thesaurus-Schlagworthilfen diese Begriffe folgendermaßen eingegrenzt: „*depression, depressive disorder, major depressive disorder, affective disorder, unipolar depression, depressive symptoms, depressive syndrome*“ or „*bipolar disorder*“ and „*preschool child or preschool*“. Ergänzend wurden 13 internationale Lehrbücher und Monographien aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychologie zum Thema Depression im Kindesalter auf relevante Beiträge durchgesehen (Blöschl & Nissen, 1983; Döpfner & Schmidt, 1993a; Eggers & Harbauer, 1994; Knölker & Matthejat & Schulte-Markwort, 2000; Petermann, 2000; Goodyer, 1995; Groen & Petermann, 2002; Nissen, 1983; Nissen & Trott, 1995; Noshpitz & Greenspan & Wieder & Osofsky, 1997; Renschmidt & Schmidt, 1988; Schuster, 2001; Steinhausen, 2000).

## 1.3 Historische Entwicklung

Noch vor 25 Jahren waren depressive Störungen bei Kindern in der klinischen Praxis kaum bekannt und wurden in der wissenschaftlichen Diskussion wenig berücksichtigt. Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass Depressionen als ernst zu nehmende Störungen vor allem bis zur Pubertät, aber auch im Jugendalter keine klinische Relevanz hätten. Erst zu Beginn der 80er Jahre setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Depressionen schon in diesem Alter auftreten können und eine durchaus nicht zu unterschätzende Problematik darstellen. Im Folgenden wird nun ein kurzer historischer Überblick über die Entwicklung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zum Thema „Depressionen im Kindesalter“ dargestellt. Da bis heute nur wenige Angaben über die depressive Erkrankung im Kindergartenalter zu finden sind, wird auf Grund fehlender Untersuchungen von Kindern dieses Alters häufig auf die Untersuchungsergebnisse im Kinder- und Jugendalter verwiesen.

Im 19. Jahrhundert befasste sich erstmals der Wissenschaftler Arbeitsamer mit der Existenz einer melancholischen Stimmung bei Kindern (nach Parry-Jones, 1995). In diesem Jahrhundert waren Maudsley, Hurd und Griesinger (nach Parry-Jones, 1995) schon bekannt, dass Gefühle von Melancholie selbst im präpubertären Alter bestehen können. Neben

physischen Ursachen wurden auch damals schon psychologische Ursachen, wie frühe Verlusterfahrungen und andere belastende Lebensereignisse und -umstände sowie bestimmte Erziehungspraktiken der Eltern als Gründe für die Entwicklung emotionaler Probleme diskutiert (vgl. Groen & Petermann, 2002).

Ab 1920 beschäftigten sich dann einige Wissenschaftler mit den psychischen Folgen von Trennung, Verlust und sozialer Deprivation im frühen Kindesalter. Hier ist vor allem Spitz (1946) mit seinem Konzept der anaklitischen Depression zu nennen. Er beschreibt darin bei Säuglingen ab dem sechsten Lebensmonat Auswirkungen auf die Trennung von ihrer Mutter. Hierbei zeigen sich Reaktionen, die den Depressionssymptomen, bestehend aus Traurigkeit, Zurückgezogenheit und einem reduzierten Gefühls- und Kommunikationsausdruck, von Erwachsenen ähneln. Gewisse Parallelen liegen hier zur Depressionstheorie nach Freud (1917) vor. Dieser stellt die Melancholie als Folge des Verlustes einer geliebten Person dar.

Trotz der frühen Ansätze auf diesem Forschungsgebiet war vor allem in den 50er und 60er Jahren die vorherrschende Meinung vertreten, dass präpubertäre Kinder auf Grund verschiedener entwicklungsgeschichtlicher und kognitiver Aspekte keine klinisch relevante Form der Depression erleiden können (Rie, 1966). Die psychoanalytische Sicht vertrat die Auffassung, dass Depressionen, die aus einem Konflikt mit dem Über-Ich entstehen, wegen der emotionalen Unreife und der mangelnden Fähigkeit differenzierte Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Trennung zu erleben (Mahler, 1966) im Kindesalter noch gar nicht existent sein können.

In den späten 60er und 70er Jahren dieses Jahrhunderts erkannte man, dass bei Kindern depressionsäquivalente Symptome für eine depressive Erkrankung stehen können. Eine solche, durch scheinbar andere psychische oder physische Störungen verdeckte Depression, wurde „larvierte“ bzw. „maskierte“ Depression genannt (Parry-Jones, 1995).

In den frühen 70er Jahren zeigte sich dann ein allgemein zunehmendes Interesse an der differenzierten Beschreibung und Klassifikation von psychischen Störungen. Typische Depressionssymptome von Erwachsenen versuchte man nun bei emotional auffälligen Kindern zu finden. Es entstanden mehr altersgerechte Bewertungsskalen, die sich an depressiven Symptomen von Erwachsenen orientierten (Poznanski & Zrull, 1970). Daraufhin gelang es immer häufiger mit Hilfe standardisierter Instrumente, welche die für Erwachsene

typischen Depressionssymptome berücksichtigen, diese Erkrankung auch bei Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren (Carlson & Cantwell, 1980). Somit setzte sich die Auffassung durch, dass depressive Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in nahezu identischer Symptomatik wie bei Erwachsenen auftreten (Kovacs et al., 1996; Carlson & Kashani, 1988). Dabei wurden entwicklungsbedingte Einflüsse auf die Entstehung der Depression eher negiert (Ryan et al., 1987). Deshalb war es lange Zeit gängige Praxis, die für Erwachsene entwickelten Kriterien einer depressiven Erkrankung mit nur einigen Änderungen auch als Diagnostikum für Kinder einzusetzen.

Doch durch die zunehmende Relevanz der Entwicklungspsychologie wurden seit den 80er Jahren wachstumsspezifische Aspekte auf dem Themengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend diskutiert (Achenbach, 1995; Kusch & Petermann, 1997). Inzwischen wird eine differenzierte Sichtweise bei Kindern und Jugendlichen gefordert, die dem Alter und der Entwicklung entsprechend das Krankheitsbild der Depression erkennt und therapiert.

Der größte Anteil des historischen Überblicks über die Depressionsforschung bezieht sich auf das Kinder- und Jugendalter. Leider wird in der Literatur über depressive Erkrankungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr selten auf das Kindergartenalter verwiesen. Erst seit den späten 80er Jahren gab es einige Wissenschaftler, die sich in ihrer Forschung auf das Kindergartenalter spezialisierten. Lediglich Kashani & Simonds (1979), Rosenthal & Rosenthal (1984) und Poznanski & Zrull (1970) publizierten in den späten 70er und frühen 80er Jahren zu dem Thema Depression im Kindergartenalter. Mit diesen Studien wurde die Existenz depressiver Erkrankungen auch im Kindergartenalter bewiesen. Des Weiteren liegen einige Übersichtsarbeiten über Verhaltensstörungen (Bird et al., 1988) und allgemeine psychische Störungen (Angold, 1988) vor, deren primäres Ziel nicht die Exploration der Depression war. Allerdings erwähnten die Autoren diese Erkrankung in ihren Publikationen. Ab den frühen 90er Jahren nahm die Anzahl an Veröffentlichungen zu diesem Thema zu (Essau et al., 2000; Frigero et al., 2001; Luby et al., 2002; Canino et al., 2004). Jedoch ist bei diesen Publikationen bzw. Studien die Altersspanne der untersuchten Kinder recht groß, so dass die Ergebnisse meist durch die große Anzahl älterer Kinder verzerrt werden.

## **1.4 Modelle und Konzepte**

### **1.4.1 Allgemeines**

Grundsätzlich werden Depressionen den internalisierenden bzw. überkontrollierten Störungen zugeordnet. Im Gegensatz dazu stehen die externalisierenden bzw. unterkontrollierten Störungen, wie z.B. die Aggression oder Hyperaktivität (Groen & Petermann, 2002). Der eigentliche Begriff Depression wird sowohl im wissenschaftlichen als auch im allgemeinen Sprachgebrauch häufig und in vielfältiger Weise verwendet. Hier wird er oft eingesetzt, um ein alltägliches Gefühl von Traurigkeit, Bedrücktheit, Seelenschmerz oder Kummer auszudrücken. Unter diesen Begriffen ist die Depression jedem Menschen bekannt. Ebenfalls im medizinischen oder psychologischen Gebrauch lassen sich viele Beschreibungsebenen unterscheiden, wie z.B. das Symptom, das Syndrom oder die Diagnose (Essau & Petermann, 2000b).

### **1.4.2 Klassifikation**

Die verschiedenen Formen der depressiven Störungen werden sowohl nach der ICD-10-Klassifikation (WHO, 1993) als auch nach der DSM-IV-Klassifikation (APA, 1996) unter den affektiven Störungen eingeordnet. Wesentliches Merkmal ist die depressive Verstimmung, die jedoch mit einer Reihe psychischer und somatischer Symptome kombiniert vorliegen kann. Auch der Schweregrad, die Intensität, das komorbide Auftreten mit manischen, psychotischen oder schizophrenen Störungen und die Zeitdauer der depressiven Erkrankung bilden ein weiteres Klassifikationsmerkmal. Alle Symptome der Erwachsenen können auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten. Allerdings liegen für manche Störungen jugend- und kinderspezifische Modifikationen vor. Hier ist vor allem die bei Kindern häufig durch eine gereizte oder aggressive Stimmung verschleierte depressive Symptomatik zu nennen. Einige Wissenschaftler fordern für depressive Erkrankungen im Kindergartenalter eine Veränderung der diagnostischen Kriterien (Luby et al., 2002; Kashani et al., 1986).

Die affektiven Störungen lassen sich in depressive Störungen und in bipolare Störungen einteilen:

⇒ die *depressiven Störungen* werden folgendermaßen unterteilt:

- Major Depression
- dysthyme Störung
- nicht näher bezeichnete depressive Störung

⇒ zur Gruppe der *bipolaren Störungen* gehören:

- Bipolar Störung I
- Bipolar Störung II
- zylothyme Störung
- nicht näher bezeichnete bipolare Störung

Die bipolaren Störungen, die auch parallel mit depressiven Erkrankungen auftreten können, werden hier allerdings nicht weiter erwähnt.

Im Folgenden werden die charakteristischen Merkmale der Major Depression und der dysthymen Störung kurz beschrieben und eine Klassifikation sowohl nach der DSM-IV als auch nach der ICD-10 vorgenommen:

#### 1.4.2.1 Major Depression

Die Major Depression (nach DSM-IV: Code 296.2 und 296.3) ist eine schwere akute Form der depressiven Störung. Ihre Diagnose nach DSM-IV wird gestellt, wenn mindestens fünf der folgenden neun Symptome über einen Zeitraum von wenigstens zwei Wochen auftreten. Die Symptome können durch Selbsteinschätzung gewonnen oder von anderen Personen beobachtet werden:

- depressive Verstimmung an fast allen Tagen (Beachte: kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Stimmung sein)
- deutlich vermindertes Interesse oder kaum Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, die früher als positiv empfunden wurden
- deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen (Beachte: bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtsabnahme zu berücksichtigen)

- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
- psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung)
- Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen
- Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins)
- verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen
- wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids

Eines der geforderten fünf Symptome muss sich entweder auf die depressive Verstimmung bzw. bei Kindern und Jugendlichen auch auf gereizte Stimmung oder auf den Verlust von Interesse oder Freude beziehen. Die Beeinträchtigungen müssen als massiv erlebt werden. Die Diagnose darf jedoch nicht gestellt werden, wenn die Symptome auf die unmittelbare Einwirkung einer Substanz zurückzuführen sind (z.B. Drogen, Toxine oder Medikamente) oder durch eine körperliche Erkrankung (z.B. Hypothyreose) zu erklären sind. Auch falls die Symptome den Kriterien einer gemischten Episode entsprechen oder durch eine einfache Trauerreaktion (z.B. Verlust oder Tod einer geliebten Person) ausgelöst werden, darf eine Major Depression nicht diagnostiziert werden. Des Weiteren ist die Diagnose unangemessen, falls sie besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden kann. Auch eine Überlagerung durch eine Schizophrenie, eine wahnhaft oder nicht näher bezeichnete psychotische Störung darf nicht zu der Diagnose Major Depression führen.

#### 1.4.2.2 Dysthyme Störung

Die dysthyme Störung (nach DSM-IV: Code 300.4) ist durch eine chronisch depressive Verstimmung, bei Kindern und Jugendlichen auch durch eine gereizte Stimmung, gekennzeichnet. Bei Kindern und Jugendlichen dauert sie mindestens ein Jahr an, während sie bei Erwachsenen mindestens zwei Jahre andauern muss. Sie ist jedoch weniger stark ausgeprägt als die Major Depression. In dem genannten Zeitraum muss die depressive bzw.

gereizte Verstimmung überwiegend den Tagesablauf prägen und an mehr als der Hälfte der Tage vorliegen. Die diagnostischen Kriterien sind die folgenden:

- Appetitverlust oder gesteigertes Bedürfnis zu essen
- Schlaflosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis nach Schlaf
- Energielosigkeit oder Erschöpfung
- reduziertes Selbstwertgefühl
- Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Von den sechs Kriterien müssen zusätzlich zur depressiven bzw. reizbaren Verstimmung mindestens zwei weitere Symptome vorliegen, um eine dysthyme Störung zu diagnostizieren. Weiterhin dürfen während des Zeitraumes von einem Jahr nicht mehr als zwei symptomfreie Monate vergehen. Die Beeinträchtigungen müssen auch hier als massiv erlebt werden. Die Diagnose darf nicht gestellt werden, falls in dem gleichen Zeitraum die Diagnose einer Major Depression bestanden hat. Weitere Ausschlusskriterien sind identisch zu jenen der Major Depression.

Eine diagnostische Differenzierung zwischen dysthymen Störung und Major Depression ist häufig durch die ähnlichen Kernsymptome sehr schwierig, da sie sich auch nach einem längeren Zeitraum überlagern können.

Es folgt eine Klassifikation der depressiven Störungen nach DSM-IV und ICD-10 (aus Essau & Petermann, 2000b; siehe Tabelle 1):

**Tabelle 1:** Klassifikation der Major Depression und der dysthymen Störung nach DSM-IV und ICD-10 (mit Codes)

DSM-IV		ICD-10	
<b>296.2</b>	<b>Major Depression mit einer einzelnen Episode</b>	<b>F32</b>	<b>Depressive Episode</b>
296.21	leicht	F32.0	leichte depressive Episode
296.22	mittelschwer	F32.1	mittelgradige depressive Episode jeweils zu unterscheiden mit oder ohne somatische Symptome
296.23	schwer ohne psychotische Merkmale	F32.2	schwere depressive Episode mit somatischen und ohne psychotische Symptome
296.24	schwer mit psychotischen Merkmalen	F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
296.25	teilremittiert		
296.26	vollremittiert		
296.20	unspezifisch		
<b>296.3</b>	<b>Rezidivierende Major Depression</b>	<b>F33</b>	<b>Rezidivierende depressive Störung</b>
296.31-	mit zwei oder mehr Episoden; zwischen den	F33.0-	mit mindestens zwei Episoden, zwischen
296.30	Episoden muss minimal für zwei Monate Symptomfreiheit bestanden haben. Eine Episode umfasst wenigstens zwei Wochen. Dieses Kriterium gilt auch für die Major Depression mit einzelner Episode. Ausprägungsformen siehe oben.	F33.3	denen ein mehrmonatiges symptomfreies Intervall eindeutig erkennbar sein muss. Eine Episode umfasst wenigstens zwei Wochen. Dieses Kriterium gilt auch für die depressive Episode. Ausprägungsformen siehe oben
<b>300.4</b>	<b>Dysthyme Störung</b>	<b>F34.1</b>	<b>Dysthymia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• für mehr als die Hälfte aller Tage</li> <li>• die meiste Zeit des Tages</li> <li>• für den Zeitraum von einem Jahr bei Kindern und Jugendlichen</li> <li>• mit nicht mehr als zwei zusammenhängenden Monaten Symptomfreiheit</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine meistens und oft monatelang anhaltende depressive Verstimmung</li> <li>• Tage oder Wochen ohne Symptome</li> <li>• Kriterien einer leichten oder mittelgradigen depressiven Störung sind nicht erfüllt</li> <li>• mehrjährig, manchmal lebenslang</li> <li>• Beginn im frühen Erwachsenenalter (Abweichung zu DSM-IV; deshalb auch keine weiteren kinderspezifischen Angaben)</li> </ul>

### 1.4.3 Symptomatik

Viele Autoren gehen heutzutage davon aus, dass sich depressive Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hinsichtlich der Kernsymptomatik auf gleichartige Weise äußern (Carlson & Kashani, 1988; Kovacs et al., 1996; Lewinsohn et al., 1998). Leider liegen jedoch nur wenige Studien vor, die sich mit einem Vergleich der verschiedenen Altersstufen und deren veränderter Depressionssymptomatik beschäftigen. Zum klinischen Bild im Kindergartenalter ist bisher ebenfalls noch nicht viel bekannt (Kashani et al., 1986; Luby et al., 2003a; Mol Lous et al., 2000). Eine weitere Schwierigkeit der Symptomatik und Diagnostik depressiver Erkrankungen im Kindergartenalter betrifft die Frage, inwieweit Symptome von Unglücklichsein als bedenklich eingestuft werden sollten oder ob sie normale entwicklungsabhängige Gefühlsfluktuationen darstellen (Luby, 2003e; Burke, 2003).

Es folgt eine Darstellung depressiver Symptomatik im Vorschulalter (3-6 Jahre) nach der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2000):

- trauriger Gesichtsausdruck
- verminderte Gestik und Mimik
- leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil
- mangelnde Fähigkeit sich zu freuen
- introvertiertes oder aggressives Verhalten
- vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- Essstörungen bis zu Gewichtsverlust oder -zunahme
- Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen

Wie schon im vorherigen Kapitel beschrieben, wird das gleiche Klassifikationssystem für Kinder und Erwachsene verwendet. Hinsichtlich der Symptomatik wird in einigen Studien teilweise eine altersspezifische Änderung des klinischen Bildes gesehen (Kovacs et al., 1996; Ryan et al., 1987). Demnach tritt im Kindesalter häufig eine aggressive Haltung an Stelle eines depressiven Verhaltens auf (Quiggle et al., 1992). Auch andere komorbide Verhaltensstörungen wie Trennungsangst, somatische Beschwerden, Trotzverhalten und Hyperaktivitätssyndrom können die primäre Symptomatik darstellen und die Diagnose der Depression erschweren (Luby et al., 2003a; AACAP, 1998; Carlson & Kashani, 1988). Das internationale Klassifikationssystem nach DSM-IV berücksichtigt wenige altersspezifische Symptome.

Das klinische Bild der maskierten Depression wurde in der Literatur lange als dominante Erscheinungsform im Kindesalter beschrieben (Lesse, 1983). Nach Carlson & Cantwell (1980) sind maskierte Symptome bei depressiven Erkrankungen zwar vorhanden, sie stellen jedoch kein spezifisches Symptom dar, da sie auch bei anderen affektiven Störungen auftreten. Auch Luby et al. (2003a) konnten in einer Studie über Kindergartenkinder beweisen, dass maskierte Symptome vorkommen, jedoch typische Symptome der Major Depression wie Anhedonie, vegetative Zeichen, Somatisation, Freudlosigkeit beim Spielen und suizidale Themen häufiger anzutreffen sind. Das Symptom der Anhedonie präsentierte sich in dieser Studie als spezifisches Symptom der Depression. Eine depressive körperliche Erscheinung, psychomotorische Unruhe sowie sozialer Rückzug und Trennungsängste sind vor allem im präpubertären Alter häufig zu beobachten. In einer Studie von Mol-Lous et al. (2002) fielen drei- bis sechsjährige depressive Kinder durch wechselndes bzw. nicht kontinuierliches Spielverhalten, verminderte Spielaktivität und psychomotorische Agitation auf. Mit zunehmendem Alter scheinen jedoch differenziertere depressive Ausdrucksformen im Vordergrund zu stehen (Eggers & Stage, 1994).

#### **1.4.4 Ätiologische Konzepte**

Bezüglich der Ätiologie der depressiven Erkrankung existieren viele Modelle, die sich jedoch meistens auf das Erwachsenenalter beschränken. Im Nachfolgenden werden vor allem diejenigen erklärt, die sich auf Entwicklungsunterschiede im Kindesalter beziehen. Sofern Literatur zum Kindergartenalter vorhanden war, wurde diese in die ätiologischen Überlegungen eingebracht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die ursächlichen Konzepte des Kindesalters auch für das Kindergartenalter gelten (Kashani & Ray, 1987).

##### 1.4.4.1 Biologische Modelle

#### Familiengenetische Grundlagen

Die elterliche Psychopathologie ist ein sehr relevanter und bestätigter Prädiktor für die depressive Erkrankung bei den Nachkommen (Hammen, 1991; Nurnberger & Gershon, 1992). In einer Studie von Merikangas (1993) wird ein vierfach erhöhtes Risiko für unipolare Depressionen bei Kindern von Eltern mit affektiven Störungen gefunden. McGuffin & Katz (1986) berichten sogar über ein achtfach erhöhtes Risiko bei Verwandten ersten Grades von Personen mit Depressionen. Der Einfluss genetischer Faktoren wird in Zwillingsstudien

bestätigt (Plomin et al., 1997; Hautzinger, 1997). Überdies wird von dynamischen Wechselwirkungsmodellen ausgegangen, die sowohl genetische Determinanten als auch Umweltfaktoren einbeziehen (Rutter et al., 1997).

Viele Studien (Luby et al., 2003c; Luby & Mrakotsky, 2003d; Reicher, 1998) bestätigen familiengenetische Grundlagen als Indikator für depressive Erkrankungen ebenfalls im Kindergartenalter.

### Neurobiologische Modelle

Folgende biologische Auffälligkeiten wurden nach Birmaher & Ryan (1999) und Groen & Petermann (1998) bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Allerdings ist unsicher, ob es sich hierbei um begleitende Faktoren oder um Folgen der depressiven Erkrankung handelt.

- eine veränderte Empfindlichkeit postsynaptischer Rezeptoren des Zentralen Nervensystems
- Mangel an biochemischen Überträgerstoffen im Zentralen Nervensystem (z.B. Serotonin, Noradrenalin und Dopamin)
- eine verkürzte zirkadiane Periodik und eine reduzierte REM-Latenz
- eine abweichende laterale Aktivität im Frontalhirnbereich
- eine atypische Ausschüttung von Wachstumshormonen

Luby et al. (2003c) konnten auch bei Vorschulkindern eine Veränderung der endokrinen Aktivität in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse finden. In einer Studie bewiesen sie bei Vorschulkindern mit depressiver Störung einen steigenden Cortisolspiegel durch Stressoren wie Frustration oder Trennung. Im Gegensatz dazu zeigte die gesunde Kontrollgruppe geringere Erhöhungen der Cortisolwerte nach Stressoren. Des Weiteren erreichte die depressive Gruppe, die gleichzeitig das Merkmal der Anhedonie aufwies, stärker steigende Cortisolwerte als die depressive Gruppe ohne anhedonische Symptome. Diese Befunde entsprechen den Ergebnissen bei Erwachsenen mit depressiven Störungen.

#### 1.4.4.2 Psychologische Modelle

Auf diese soll hier nur am Rande eingegangen werden, da sie in der aktuellen Literatur über Depressionen im Vorschulalter keine ausdrückliche Erwähnung finden.

Sie basieren vor allem auf verstärkungstheoretischen und kognitionspsychologischen Ansätzen. Auch die Selbstkontrolltheorie nach Rehm (1977 in Schuster, 2001) spielt hier eine Rolle. Inzwischen wurden jedoch noch weitere Konzepte wie die kognitiven Modelle oder die Annahme von Defiziten in sozialen Fertigkeiten und sozialen Kompetenzen formuliert. Eine umfassende Darstellung findet sich bei Schuster (2001).

#### 1.4.4.3 Psychosoziale Modelle

Hier sind die kritischen beziehungsweise belastenden Lebensereignisse von besonderer Bedeutung. Im Rahmen diverser Depressionsmodelle und vieler Studien gilt die These als gesichert, dass belastende Ereignisse in der Vorgeschichte signifikant häufiger zu depressiven Störungen führen (Goodyer, 1999; Kashani et al., 1986). Nach Essau & Petermann (2000b) haben Jugendliche mit rezidivierend auftretenden depressiven Erkrankungen mehrmaliger kritische Lebensereignisse erlitten als jene mit nur einer depressiven Episode. Sowohl Brown & Harris (1986) als auch Ihle et al. (2004) vertreten die Ansicht, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen am besten anhand des Vulnerabilitäts-Stressmodells erklärt werden können. Ihrer Meinung nach interagieren spezifische, schwer belastende Lebensereignisse oder Stressfaktoren mit Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. frühe Traumata, Mangel an einer engen Bezugsperson, chronischer Streit der Eltern oder psychische Erkrankung eines Elternteils) bei gleichzeitiger biologischer Bereitschaft (z.B. genetische Disposition, Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen). Paykel & Cooper (1992) vertreten allerdings die Ansicht, dass lebensverändernde Ereignisse nicht unbedingt hinreichende oder notwendige Ursachen für die Entstehung psychischer Krankheiten sein müssen, sondern dass sie vielmehr im Rahmen einer multifaktoriellen Genese betrachtet werden sollten. Auch Wittchen & von Zerssen (1987) und Keller (1997) gehen von einer additiven Kumulation stressreicher, belastender oder verlustreicher Ereignisse aus. Viele Autoren erwähnen in diesem Zusammenhang auch so genannte Stressoren oder triggernde Faktoren, die eine Depression auslösen können (Brown et al., 1994; Post, 1992; Kovacs, 1997). Hierzu zählen unter anderem der Verlust bzw. Tod

wichtiger Bezugspersonen (Weller et al., 1991), die Scheidung der Eltern und Veränderungen im kindlichen sozialen Umfeld (Wallerstein, 1991), frühere medizinische Erkrankungen oder nicht affektive psychiatrische Symptome (Reinherz et al., 1989). Ebenfalls früherer sexueller Missbrauch (Goldston et al., 1989) oder körperlicher Missbrauch (Allen & Tarnowski, 1989) begünstigen die Genese depressiver Erkrankungen. Des Weiteren wurde in vielen Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen niedrigem sozialem Status (z.B. Bildungsstand und Einkünfte der Eltern) und depressiver Erkrankung bei Kindern gesehen (Luby et al., 2003b; Frigerio et al., 2001; Kovacs, 1997). Ein weiterer psychosozialer Indikator für depressive Erkrankungen kann eine schlechte Mutter-Kind-Beziehung sein (Stein et al., 1991). An dieser Stelle ist jedoch auch auf die Bedeutung von Schutzfaktoren (z.B. personale und soziale Ressourcen) hinzuweisen, die Kinder vor dem Auftreten von psychischen Störungen bewahren können (Laucht et al., 1997).

Kashani et al. (1986) und Luby et al. (2003a) konnten auch im Kindergartenalter eine Korrelation zwischen depressiven Erkrankungen und belastenden Lebensereignissen feststellen.

Direkt oder indirekt kann das Kind ebenfalls das depressive Verhalten eines erkrankten Elternteils übernehmen bzw. erlernen (Kovacs, 1997).

#### 1.4.4.4 Geschlechtsdifferenzen

Die Angaben zur geschlechtsbezogenen Häufigkeit depressiver Erkrankungen im präpubertären Alter sind widersprüchlich. Nach Lavigne et al. (1996) und Najman et al. (2005) bestehen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bezüglich der Prävalenz depressiver Erkrankungen bei Kindergartenkindern. Kuschel (2001) konnte ebenso keinen signifikanten Geschlechtsunterschied depressiver/ängstlicher Auffälligkeiten im grenzwertigen Bereich feststellen. Jedoch zeigte sich im klinisch auffälligen Bereich eine doppelt so große Anzahl an Mädchen depressiv. Nach Ihle et al. (2000), Angold & Rutter (1992) und Lewinsohn et al. (1993) finden sich ausgewogene Geschlechtsverhältnisse sogar bis zum präpubertären Alter. Im Gegensatz dazu zeigten Larsson et al. (2004), Angold et al. (1998) und Carlson & Kashani (1988) ein häufigeres Auftreten depressiver Erkrankungen beim männlichen Geschlecht bei Kindern bis zum 11. Lebensjahr. Ein erhebliches Übergewicht allgemeiner psychischer Störungen bei Jungen im Alter von drei bis sechs

Jahren beschrieben ebenfalls Larsson et al. (2004). Allerdings tritt nach einhelliger Meinung beim Übergang vom Jugend- ins frühe Erwachsenenalter bzw. nach der Pubertät ein signifikanter Geschlechtsunterschied auf: eine deutliche Zunahme depressiver Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht entsteht (Ihle et al., 2000; Essau et al., 1998). Ab dem Alter von 15 Jahren geht man von zwei bis drei Mal höheren Raten depressiver Störungen bei Mädchen aus (Lewinsohn et al., 1993; Essau et al., 1998). Diese Rate ist vergleichbar mit dem Erwachsenenalter (Piccinelli & Francesca, 1997). Petersen et al. (1991) erklären diesen Wandel zum einen mit der geschlechtsspezifischen Sozialisation und zum anderen durch biologische Veränderungen während der Pubertät.

#### 1.4.4.5 Komorbidität

Der Begriff Komorbidität bezeichnet das gemeinsame Auftreten mehrerer Störungen. Sowohl klinische als auch epidemiologische Studien zeigen ein erhebliches Ausmaß an Komorbidität bei affektiven Erkrankungen bzw. depressiven Erkrankungen im Kindesalter (Angold et al., 1999; Kovacs et al., 1996). Angold et al. (1999) bewiesen ein deutlich erhöhtes Risiko für Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen bei gleichzeitiger depressiver Erkrankung. Somit ist die Chance, bei depressiver Grunderkrankung an einer Angststörung zu erkranken, acht Mal so groß wie bei Patienten ohne Depression. Bei Vorliegen einer Angststörung als Grunderkrankung ist das Risiko an einer depressiven Erkrankung zu leiden dementsprechend ebenfalls achtfach erhöht. Kessler et al. (1996) konnten die Hypothese bestätigen, dass Angststörungen einerseits als Risikofaktoren der depressiven Erkrankungen anzusehen sind und andererseits eine verstärkende Wirkung auf Depressionen ausüben können. Dabei ist die Komorbidität zwischen Angststörungen und depressiven Erkrankungen sehr häufig (Reynolds, 1992). Des Weiteren beeinflusst die Komorbidität die Dauer und die Prognose der depressiven Episode (Kovacs, 1993). Luby et al. (2003a) belegten eine starke Komorbidität bei Kindergartenkindern mit depressiven Erkrankungen zu Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (42%) und zu Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten (62%). McConaughy & Achenbach (1994) wiesen bei vier- bis achtzehnjährigen Kindern ebenfalls eine hohe Komorbidität bei depressiver Grunderkrankung nach: Komorbidität mit somatischen Beschwerden (6,2-fach erhöhtes Risiko; 14,8% Kinder zeigten dieses Symptom zusätzlich), sozialem Rückzug (16-fach erhöhtes Risiko; 25,4% Kinder zeigten dieses Symptom zusätzlich), Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (18,1-fach erhöhtes

Risiko; 42.6% Kinder zeigten diese Erkrankung zusätzlich) und mit aggressivem Verhalten (16.3-fach erhöhtes Risiko; 40.7% Kinder zeigten diese Erkrankung zusätzlich).

#### **1.4.5 Besonderheiten bei Kindergartenkindern**

Auf Grund fehlender etablierter Instrumente, die depressive Erkrankungen im Kindergartenalter evaluieren, sicher erkennen und diagnostizieren, ist eine Aussage über deren Epidemiologie sehr schwierig (Larsson et al., 2004; Luby et al., 2003b). In allen Studien, die sich mit Depressionen im Kindergartenalter beschäftigen, werden die Eltern, Erzieher, Interviews und das Beobachten kindlichen Spielens als die wichtigsten Informationsquellen gesehen. Jedoch haben sich bis heute noch keine standardisierten Kriterien zur Erfassung dieser Erkrankung im Kindergartenalter durchgesetzt (Luby et al., 2003b; Martini et al., 1990). Gerade in diesem Alter machen Kinder erhebliche Veränderungen auf dem Gebiet der emotionalen, kognitiven sowie sozialen Entwicklung durch. Diese Phase ist durch eine zunehmende Unabhängigkeit und Selbstständigkeit und sich rasch entwickelnde soziale und kognitive Kompetenz gekennzeichnet (Campbell, 1990). Somit ist es in diesem Alter besonders schwierig, die entwicklungsbedingten und als physiologisch anzusehenden Gefühlswechsel und –fluktuationen von auffälligen und besorgniserregenden Symptomen zu unterscheiden (Burke, 2003).

Seit Beginn der Depressionsforschung im Kindergartenalter wurde immer wieder die These aufgestellt, dass solch junge Kinder keine typischen depressiven Symptome erkennen lassen, sondern stattdessen so genannte „maskierte Symptome“ wie somatische Beschwerden oder aggressives Verhalten im Vordergrund stehen (Lesse, 1983). Nach Carlson & Cantwell (1980) konnte diese These jedoch widerlegt werden. Somit ist eine ähnliche Kernsymptomatik depressiver Erkrankungen bei Kindergartenkindern und Adoleszenten bewiesen (Luby et al., 2003b). Es ist jedoch unumstritten, dass Kindergartenkinder häufig auch komorbide Störungen wie Angststörungen, Hyperaktivitätssyndrom oder aggressives Verhalten zeigen (Larsson et al., 2004). Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Kinder in diesem Alter viele Gefühle äußern können (Martini et al., 1990).

Studien, die Kinder zwischen vier und 16 Jahren untersuchen, zeigen bedeutende Altersunterschiede bei der Auftretenshäufigkeit internalisierender Verhaltensauffälligkeiten (Achenbach, 1991). Allerdings sind diese Ergebnisse nur bedingt mit der Altersspanne bei Kindergartenkindern vergleichbar. Kuschel (2001) zeigte bei Kindern zwischen drei und

sechs Jahren eine vermehrte Häufigkeit depressiver Symptome bzw. internalisierender Verhaltensauffälligkeiten bei den Älteren dieser Altersgruppe. Diese Theorie stellt jedoch ein widersprüchliches Ergebnis zu einer Untersuchung von Luby et al. (2002) dar. Des Weiteren wird aus einigen Studien in diesem Alter ersichtlich, dass eine depressive Erkrankung bei unzureichender Therapie das Risiko einer Chronifizierung oder rezidivierender Episoden (Mc Cauley et al., 1993) erhöht. Zusätzlich steigt die Chance an weiteren psychischen Erkrankungen zu leiden (Luby & Mrakrotzky, 2003d).

Weitere Angaben zu Besonderheiten im Kindergartenalter siehe Kapitel 1.4.3 und 1.4.4.

#### **1.4.6 Übereinstimmung verschiedener Informationsquellen**

Bei der Einschätzung der psychischen Symptomatik von Kindern ist es von Vorteil, mehrere Informationsquellen heranzuziehen (Renschmid & Walter, 1990). Dies liegt unter anderem daran, dass Kinder unterschiedliche Verhaltensweisen bei verschiedenen Bezugspersonen zeigen (Grietens et al., 2004). Ein großes Problem stellt jedoch die geringe Übereinstimmung zwischen den Informanten dar (van der Ende, 1999; Mc Conaughy, 1992; Winsler & Wallace, 2001). Vor allem bei Urteilern aus einem verschiedenen Umfeld, wie z.B. Eltern und Lehrer (Fergusson & Horwood, 1993; van der Ende, 1999), zeigt sich sehr häufig eine nur geringe Korrelation. Diese Tatsache der geringen Übereinstimmung initiiert die Frage nach der Gewichtung der Informationen und der Informanten (Gómez, 1996). Allerdings darf sie nicht als Indiz für die Gültigkeit der Information betrachtet werden, sondern eher als unvermeidliche Folge der unterschiedlichen Sichtweise (Edelbrock et al., 1986). Einige Studien zeigten eine höhere Urteilerkorrelation, falls sie aus dem gleichen Umfeld des Kindes herangezogen wurden (McConaughy, 1992; Verhulst & Akkerhius, 1989). In anderen Studien wurde dieser Aussage jedoch widersprochen, und es konnte keine große Konkordanz, z.B. zwischen väterlichem und mütterlichem Urteil bewiesen werden (Grietens et al., 2004). Trotz aller kontroversen Diskussionen darüber kennen Eltern und Lehrer bzw. Betreuer das Kind und sein Verhalten am besten (Verhulst & Akkerhius, 1989) und werden auch in bisherigen Studien vorwiegend als Informationsquellen berücksichtigt. Somit können Eltern eine bessere Auskunft über das soziale Verhalten zu Hause geben, während Erzieher oder Lehrer häufiger über die Konzentrationsfähigkeit, das Verhalten mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität berichten können.

Die geringe Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Beurteilern wird heutzutage von Wissenschaftlern akzeptiert und folgendermaßen erklärt: Zum einen liegt ein Erklärungsansatz in der subjektiven Wahrnehmung des Informanten und zum anderen in dem spezifischen interaktiven Einfluss verschiedener Bezugspersonen aus einem unterschiedlichem Umfeld (Verhulst & Akkerhuis, 1989). Durch die Unstimmigkeit der Urteiler wird des Weiteren gezeigt, dass Informanten nicht willkürlich austauschbar sind und dass jeder Urteiler einen wichtigen Beitrag für die Beurteilung leistet (Stanger & Lewis, 1993; van der Ende, 1999). In Studien von Gómez (1996) und Grietens et al. (2004), die eine Übereinstimmung zwischen Kinder- und Elternurteil bezüglich psychischer Symptome untersuchten, zeigte sich nur eine sehr geringe Korrelation. In einigen Studien wird über eine höhere Übereinstimmung zwischen den Urteilern bei jüngeren Kindern berichtet (van der Ende, 1999; Achenbach et al., 1987).

Eine besonders geringe Übereinstimmung zwischen Eltern- und Lehrer- bzw. Betreuerurteil wird bei internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten offensichtlich (Grietens et al., 2004; Mesman & Koot, 2000; Hay et al., 1999; Kashani et al., 1986), während eine höhere Urteilerkonkordanz bei externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten vorkommt. Dafür gibt es folgenden Erklärungsansatz: Eltern oder Erzieher erkennen internalisierende Verhaltensauffälligkeiten wie Depressionen viel schwerer als externalisierende Probleme wie Hyperaktivität oder aggressives Verhalten. Diese Symptome werden nach „außen“ sowohl für Eltern als auch für Erzieher besser ersichtlich. Zwischen Vater und Mutter herrscht häufiger bei externalisierenden als bei internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten eine Übereinstimmung. Außerdem bewiesen Mesman & Koot (2000) in ihrer Studie eine höhere Korrelation bei internalisierenden Problemen zwischen Kindern und Lehrern als zwischen Kindern und Eltern. Sie sehen ein besseres Verständnis von Lehrern, depressive Erkrankungen oder Angststörungen bei den Kindern wahrzunehmen.

Nach Sawyer et al. (1992) berichten Eltern, vor allem Mütter, häufiger über Probleme bei ihren Kindern als Lehrer. Gerade bei wachsender depressiver Symptomatik der Mutter werden Verhaltensprobleme häufig überinterpretiert (Chilcoat & Breslau, 1997; Kovacs, 1997). Sowohl väterliche als auch mütterliche Depression korrelieren mit einer höheren Rate an Urteilerdiskrepanz (Younstrom et al., 2000).

Die meisten Studien, die sich mit der Prävalenz psychischer Probleme im Kindesalter befassen, interviewen zumeist als dritten Informanten neben den Eltern und den Lehrern die Kinder (Gómez, 1996). Inzwischen ist bewiesen, dass sie auch sehr gut über ihr psychisches Befinden Auskunft geben können. Da die meisten Prävalenzstudien jedoch mittels Fragebögen durchgeführt werden, ist gerade bei Kindergartenkindern diese Methode nicht realisierbar. Häufig werden hier nur Eltern- und Erzieherurteile mit einbezogen (Blanz et al., 1999; Kuschel, 2001). Eine Ergänzung durch Interviews von Kinderpsychologen- und psychiatern ist zwar ebenfalls möglich (Kashani et al., 1986; Lavigne et al., 1996), jedoch für Prävalenzstudien häufig zu aufwendig.

Allerdings existieren immer noch zu wenige Studien, die sich speziell mit Vorschul- oder Kindergartenkindern befassen und somit in dieser Altersgruppe eine Aussage über die Übereinstimmung von verschiedenen Fremdurteilen machen können (Grietens et al., 2004). Kashani et al. (1986) konnten in einer Screeningstudie auch bei Kindergartenkindern eine geringe Korrelation zwischen Eltern- und Erzieherurteil beweisen.

## **1.5 Empirischer Stand der Forschung**

Die Ergebnisse von Studien, die das Auftreten depressiver Auffälligkeiten im Kindesalter wiedergeben, zeichnen sich durch eine relativ große Spannweite aus. Dies liegt vor allem an den unterschiedlich verwendeten Instrumenten, obwohl hier der Einsatz von Fragebögen die am häufigsten genutzte Methode ist, und dem großen Altersunterschied der Probanden. Auch ein uneinheitlich diagnostizierter Schweregrad der Depression, verschiedene Beurteiler sowie unterschiedliche Falldefinitionen können die differenten Ergebnisse erklären (Levi et al., 2001; Nilzon, 1996; Fleming & Offord, 1990). Ein weiterer Grund für die große Divergenz der Ergebnisse ist die Tatsache, dass die zu untersuchende Stichprobe oftmals nicht aus der normalen Bevölkerung, sondern aus dem Patientengut gezogen wird.

Es gibt bisher nur wenige Studien ab 1986, die sich ausschließlich mit der Prävalenz depressiver Auffälligkeiten im Kindergartenalter in der normalen Bevölkerung befassen. Die Prävalenzraten depressiver Erkrankungen in diesem Alter reichen von 0.3% (Lavigne et al., 1996) bis zu 2.6% (Kashani et al., 1997). In einer Studie von Kashani et al. (1986) werden mittels Fragebögen sogar 8.3% zweieinhalb- bis sechsjährige Kinder als depressiv gescreent, nach ausführlicher Diagnostik wurde diese Anzahl jedoch wieder auf 0.9% korrigiert. Auf

Grund der geringen Zahl vorhandener Studien werden an dieser Stelle ebenfalls relevante Screeninguntersuchungen vorgestellt, die sich mit der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindergarten- und Einschulungsalter auseinandersetzen. Folgend werden allerdings nur diejenigen Studien erwähnt, die in einem Unterpunkt Angaben über die Häufigkeit depressiver Auffälligkeiten machen. Einige Untersuchungen, die sich mit depressiven Erkrankungen im Kindesalter befassen, beziehen oft auch Kinder im Alter von vier bis 16 Jahren ein. Diese Studien wurden nicht in die Präsentation des empirischen Forschungsstandes einbezogen, da sie die Ergebnisse durch die große Anzahl älterer Kinder verzerrt hätten.

Bevor Prävalenzraten bestimmt werden können, muss die zu untersuchende Krankheit (depressive Erkrankung) definiert werden. Die Falldefinition legt die Kriterien fest, nach welchen jemand als gesund oder als krank eingestuft wird (Barkmann, 2004). Sie hat eine direkte Auswirkung auf die Höhe der Prävalenz und muss den wichtigsten psychometrischen Gütemaßen genügen (vgl. Barkmann, 2004). Falldefinitionen lassen sich folgendermaßen einteilen: Definition durch Einzelsymptome, Symptomlisten, empirisch gefundene Krankheitskategorien und Diagnosen gemäß den kategorialen Gesundheitssystemen (vgl. Barkmann, 2004). Diese verschiedenen Definitionen lassen sich auch miteinander kombinieren. Im Folgenden sollen nun die Studien mit den besten Vergleichsmöglichkeiten vorgestellt werden.

### **1.5.1 Kindergartenkinder und Einschulungskinder**

Die zu untersuchende Population in den Studien war ausschließlich zwischen zweieinhalb und acht Jahren alt.

#### **1.5.1.1 Aus normaler Population**

Hier werden alle Studien ab 1986 vorgestellt, die sich mit Kindern zwischen zweieinhalb und acht Jahren aus einer gesunden Normalbevölkerung befassen (siehe Tabelle 2).

Die Arbeit von Kashani et al. (1986) beschäftigte sich als einzige von allen anderen Studien ausschließlich mit dem Auftreten depressiver Symptome. Die anderen hier vorgestellten Studien hatten primär das Ziel, psychische Auffälligkeiten bei Kindern in dieser Altersspanne zu evaluieren (Lavigne et al., 1996; Kuschel, 2001; Larsson et al., 2004; Haffner et al., 2002; Blanz et al., 1999).

**Tabelle 2:** Bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen zur Prävalenz depressiver Merkmale bei Kindern zwischen 2 ½- 8 Jahren

Autoren	Kashani et al.	Lavigne et al.	Blanz et al.	Kuschel	Haffner et al.	Larsson et al.
Erscheinungsjahr	1986	1996	1999	2001	2002	2004
Durchführungsjahr			1997	1998	1996	
Ort	Missouri, USA	Illinois, USA	Jena, D	Braunschweig, D	Heidelberg, D	Stockholm, S
Auswahl	Kindergarten	Kinderarztpraxen	Schuleingangs- untersuchung	Kindergarten	Schuleingangs- untersuchung	Stadtteil
Stichprobengröße	109	3860	674	809	4363	403
Studiendesign	Querschnitts- studie, zweizeitig	Querschnitts- studie, zweizeitig	Querschnitts- studie, einzeitig	Querschnitts- studie, einzeitig	Querschnitts- studie, einzeitig	Querschnitts- studie, zweizeitig
Alter	2 ½-6 Jahre	2-5 Jahre	6-8 Jahre	3-6 Jahre	6 Jahre	4-6 Jahre
Instrumente	Behavior Checklist FB, DSM-III Depression FB, psychologisches Interview	CBCL FB, Spielobservation, psychologisches Interview	CBCL FB	CBCL FB	CBCL FB	FB nach DSM-IV, psychologisches Interview
Informationsquelle	Eltern, Betreuer, Kinder	Eltern, Kinder	Eltern	Eltern	Eltern	Eltern, Kinder
Falldefinition	verschiedene Ansätze	> 90. Perzentile	Döpfner-Gesamt- Wert, Cut-off	Döpfner-Gesamt- Wert, Cut-off	Gesamt Cut- off; eigene Fall- definition	eigene Falldefinition nach DSM
Prävalenzrate (Screening)	8.3%		0.9%	2.4%	1.7%	
Prävalenzrate (Diagnostik)	0.9%	0.3%				2.2%

**Kashani et al. (1986)** erfassten in ihrer Studie die Prävalenz depressiver Symptome bei Kindergartenkindern aus einer normalen Population. N=109 Kinder (54 Jungen und 55 Mädchen) zwischen zweieinhalb und sechs Jahren aus zwei verschiedenen Kindergärten nahmen an dieser Untersuchung teil. Erster Schritt der Studie waren Tests der Kinder von Psychologen: die GRASP (General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers), die McCarthy Skala für kindliche Fähigkeiten und ein Bildertest. Nachfolgend beantworteten die Eltern der teilnehmenden Kinder diverse Fragebögen (die Behavior Checklist nach Richman (1977), die Coddington Life Events Skala für Kindergartenkinder und eine Depressionscheckliste nach DSM-III-Kriterien). Letztendlich füllten die Betreuer der Kinder noch einen Fragebogen aus. Mit diesen Daten wurde ein Screening nach depressiven Symptomen durchgeführt. Bei neun Kindern (8.3%) fiel das Screening auffällig aus, so dass nun weitere Diagnostik durch Kinderpsychologen erfolgte. Hierauf wurde ein Kind (0.9%) nach den DSM-III-Kriterien als depressiv diagnostiziert. Diese Studie von Kashani et al. (1986) befasste sich als eine der ersten Untersuchungen mit der depressiven Symptomatik bei Kindergartenkindern.

**Lavigne et al. (1996)** untersuchten die Prävalenz und Korrelation psychischer Störungen von Vorschulkindern in Chicago. N=3860 Kinder zwischen zwei und fünf Jahren aus 68 verschiedenen Kinderarztpraxen nahmen an der Studie teil. Als Screeninginstrument diente die CBCL, die von den Eltern ausgefüllt wurde. 510 als auffällig im Screening-Test eingestufte Kinder wurden genauer mittels Interview, Spielobservation und noch weiteren nicht standardisierten Tests untersucht (Developmental Evaluation,). Auch deren Eltern wurden noch intensiver befragt (Rochester Adaptive Behavior Inventory, Moos Family Environment Scale and Life events Scale). 8.3% aller Kinder beurteilte man als psychisch auffällig (Falldefinition oberhalb der 90.Perzentile). 3.7% der Kinder zeigten jeweils internalisierende und 3.7% der Kinder zeigten externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Die Rate depressiv auffälliger Kinder lag bei 0.3%.

**Blanz et al. (1999)** analysierten mittels Elternurteil die psychische Gesundheit von Jenaer Kindern in der Übergangsphase vom Kindergarten- zum Schulalter. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung des Schuljahrs 1997/98 konnten N=674 sechs- bis achtjährige Kinder mit einem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) untersucht werden. Auf der Grundlage des kriterienbezogenen Ansatzes wurde eine Prävalenzrate allgemeiner psychischer Auffälligkeiten bei insgesamt 12.8% der Kinder

ermittelt. 0.9% der Kinder zeigten auf der Skala „Ängstlich/Depressiv“ der CBCL Auffälligkeiten.

**Kuschel (2001)** erfasste die Prävalenz kindlicher Verhaltensprobleme und emotionaler Störungen bei N=809 Braunschweiger Kindergartenkindern mittels der Einschätzung von Eltern und Erziehern. Als Screeninginstrument diente der CBCL-Fragebogen für Kinder und Jugendliche/4-16. Im Grenzbereich (zwischen der 95. und 98. Perzentile) wurden 35.6% der Kinder als allgemein psychisch auffällig eingestuft. 17.4% der Kinder (oberhalb der 98. Perzentile) wurden als klinisch auffällig bezüglich allgemeiner psychischer Symptome diagnostiziert. Auf der Skala „Ängstlich/Depressiv“ lagen 6% der Kinder im Grenzbereich und 2.4% der Kinder im klinisch auffälligen Bereich. Das Geschlechterverhältnis zeigte sich folgendermaßen: im Grenzbereich lag ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Geschlechtern bezüglich der Skala „Ängstlich/Depressiv“ vor. Im klinisch auffälligen Bereich wurden doppelt so viele Mädchen wie Jungen mit depressiven Symptomen eingestuft.

**Haffner et al. (2002)** screenen bei sechsjährigen Kindern in einer Schuleingangsuntersuchung in Heidelberg und Umgebung kindliches Problemverhalten aus elterlicher Perspektive. Mittels des Untersuchungsinstrumentes CBCL für Kinder und Jugendliche/4-16 erfassten sie die Prävalenz und Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten bei N=4364 Kindern. 17.4% aller Kinder wurden von den Eltern anhand des CBCL-Fragebogens als psychisch auffällig eingestuft (Falldefinition: > 95.Perzentile). Auf der Skala „Ängstlich/Depressiv“ wurden 1.72% aller Kinder als depressiv bewertet (Falldefinition: > 95.Perzentile).

**Larsson et al. (2004)** untersuchten in einer Studie Verhaltensstörungen von vier- bis sechsjährigen Kindern aus einem neuen Stockholmer Stadtteil (N=403). Eigentliches Ziel dieser Arbeit waren Clusterbildungen für die verschiedenen Symptome, dabei wurde die Prävalenz depressiver Symptome bei den Kindern auch erfasst. Als Untersuchungsinstrument diente ein Interview mit den Kindern sowie den Eltern und eine Observation der Kinder beim Spielen. Relevante Symptome wurden nach den DSM-IV-Kriterien diagnostiziert. Es zeigte sich eine Prävalenz depressiver Symptome von insgesamt 2.2%.

### 1.5.1.2 Aus klinischer Population

Hier werden Studien vorgestellt (siehe Tabelle 3), die sich mit der Prävalenz depressiver Merkmale bei Kindern aus einer Krankenhauspopulation zwischen zwei und sechs Jahren beschäftigen (Kashani & Carlson, 1987; Kashani et al., 1997).

**Tabelle 3:** Prävalenz depressiver Merkmale bei Kindern zwischen 2-6 Jahren aus Zentren für Kinderentwicklungsstörungen

Autoren	Kashani & Carlson	Kashani et al.
Erscheinungsjahr	1987	1997
Durchführungsjahr	1981	
Ort	Missouri, USA	Missouri, USA
Auswahl	Zentrum für Kinderentwicklungsstörungen	Zentrum für Kinderentwicklungsstörungen
Stichprobengröße	1000	300
Studiendesign	Querschnittsstudie, zweizeitig	Querschnittsstudie, zweizeitig
Alter	2-6 Jahre	2-6 Jahre
Instrumente	Interview, Spielobservation	CBCL, Interview, Spielobservation
Informationsquelle	Eltern, Kinder	Eltern, Betreuer
Falldefinition	verschiedene Ansätze	verschieden Ansätze
Prävalenzrate (Screening)		
Prävalenzrate (Diagnostik)	0.9%	2.7%

**Kashani & Carlson (1987)** erfassten bei 1000 Vorschulkindern aus einem Zentrum für Entwicklungsstörungen die Prävalenz der Major Depression. Dazu wurden die Kinder von Kinderpsychologen, Erziehungspsychologen und Sprachtherapeuten interviewt. Die Eltern der Kinder wurden ebenfalls befragt. Als letzte Untersuchung wurden die Kinder beim Spielen und bei der Kinder-Eltern-Interaktion beobachtet. 0.9% (n=9) der Kinder (sechs Jungen und drei Mädchen) erhielten die Diagnose der Major Depression.

**Kashani et al. (1997)** untersuchten in dieser Studie bei 300 Vorschulkindern aus einem Zentrum für Entwicklungsstörungen die Prävalenz der Dysthymie. Anhand einer Eltern- und Erzieherbefragung durch die CBCL für Kinder und Jugendliche wurde eine erste Erhebung durchgeführt. Es folgten spezielle Interviews durch Kinderpsychiater, Sozialarbeiter und Erziehungspsychologen. Das Spielverhalten der Kinder und die Kinder-Eltern-Interaktion wurden von ausgebildetem Personal beobachtet. Nach den Kriterien der DSM-IV wurden acht Kinder (2.7%) als dysthym diagnostiziert (sechs Jungen und zwei Mädchen). Die Dauer der

dysthymen Erkrankung reichte von 14 Monaten bis zu vier Jahren. Zwei Mal wurde als komorbide Störung die Major Depression diagnostiziert (0.6%).

## **1.6 Fragestellungen und Hypothesen**

1. Mit welcher Häufigkeit und Verteilung treten depressive Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern im Eltern- und Erzieherurteil auf?
2. Wie hoch ist die Konkordanz zwischen Eltern- und Erzieherurteil?
3. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Merkmalen des Kindes, der Familie, seiner Lebenssituation und den depressiven Auffälligkeiten?

Nach Bortz & Döring (2002) richtet sich die Frage, ob eine Untersuchung entweder zur Erkundung oder zur Überprüfung einer Hypothese durchgeführt wird, nach dem aktuellen Wissensstand im jeweils zu erforschenden Problemfeld. Zum Planungszeitpunkt der Studie waren keine gut begründbaren Hypothesen für die ersten beiden Fragestellungen im Kindergartenalter vorhanden. Hier handelt es sich vielmehr um parameterschätzende Fragestellungen.

Ad 3. Es werden folgende signifikante Zusammenhänge erwartet:

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen depressiver Auffälligkeiten und

- einer positiven Anamnese familiärer affektiver Erkrankungen.
- dem Beziehungsstand der Eltern.
- dem Einkommensstatus der Eltern.
- dem Bildungsstand der Eltern.
- belastenden Lebensereignissen des Kindes.

## **1.7 Ziele der Arbeit**

Mit dieser Untersuchung soll ein Überblick über die Prävalenz depressiver Auffälligkeiten bei Kindern im Kindergartenalter gewonnen werden. Des Weiteren sollen korrelative Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen depressiver Symptome und Faktoren aus dem Umfeld des Kindes überprüft werden. Da inzwischen viele epidemiologische Erkenntnisse über depressive Erkrankungen bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern vorhanden sind, soll mit dieser Arbeit ein erster Einblick in dieses Thema auch im Kindergartenalter in Deutschland erfolgen. Infolgedessen wird mit den Daten aus dieser Studie eine Grundlage für die weitere Forschung in der Epidemiologie, der Ätiologie, der Pathogenese, der Diagnostik sowie den Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen im Kindergartenalter in Deutschland gegeben sein. Für die Zukunft der Depressionsforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhofft man sich mit der vorliegenden Untersuchung, diese Erkrankung und deren Ursachen bei den jungen Kindern viel früher, bestmöglich schon während des Krankheitsbeginns, erkennen zu können, um ideale Therapiebedingungen und dadurch auch bessere Heilungschancen zu erreichen.

## 2. Methodik

### 2.1 Forschungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Solche einmaligen Untersuchungen oder Beobachtungen einer Population von Individuen werden auch Prävalenzstudien genannt. Nach Pöppel et al. (1994) dient diese einzeitige Studienart vor allem dazu, an einem bestimmten Zeitpunkt in einer definierten Population an Individuen die Prävalenz einer Erkrankung sowie deren abhängige und unabhängige Merkmale zu evaluieren. Nach Bortz und Döring (2002) eignet sie sich für Analysen, bei denen auf eine systemische Kontrolle der Untersuchungsbedingungen weitgehend verzichtet werden kann. Ein weiterer Vorteil dieses Designs liegt in der schnellen Erfassung korrelativer Zusammenhänge (Hilgers et al., 2003). Nach Fletcher & Wagner (1999) können durch diese Studienart vor allem Angaben über Wahrscheinlichkeiten hinsichtlich einer Krankheit für einen Patienten gemacht und Vergleiche angestellt werden.

Als Mittel der Datenerhebung wurde der Fragebogen gewählt. Die Wahl quantitativer Verfahren mit einem möglichst hohen Grad der Standardisierung sollte dabei die statistische Datenanalyse erleichtern und eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien herstellen.

Auf Grund des geringen Alters (zwischen drei und sechs Jahren) der zu untersuchenden Population war eine Befragung in Form der Selbstbeurteilung nicht durchführbar. Die Untersuchung in Form eines persönlichen Interviews war wegen der nötigen Anzahl der zu untersuchenden Kinder für eine Person unrealistisch. In den Literaturangaben findet man auch keine standardisierten Untersuchungsmethoden, um die Problematik der Depressivität im Kindergartenalter in geeigneter Weise zu evaluieren (Luby et al., 2003b; Larsson et al., 2004).

Prävalenzstudien über psychische Auffälligkeiten im Kindergartenalter oder über depressive Störungen bei älteren Kindern verwenden als Informationsquelle in der Literatur meistens Fremdurteiler (Kuschel, 2001; Hackstein, 1990). Daher wurden bei der vorliegenden Untersuchung Eltern und Erzieher befragt. Diese Methode erlaubt es, zwei verschiedene Sichtweisen zu erfassen und gleichzeitig die Übereinstimmung bei der Beantwortung der Fragen zwischen beiden Parteien zu untersuchen. Somit konnte die Umsetzung inhaltlicher Überlegungen auf das im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit Durchführbare begrenzt werden.

## **2.2 Variablenauswahl**

Einerseits ist das Ziel dieser Studie, das Auftreten und die Häufigkeit depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern im Eltern- und Erzieherurteil zu evaluieren. Andererseits sollen Übereinstimmungen zwischen den Urteilern und mögliche Ursachen und Hintergründe depressiver Symptome untersucht werden. Deshalb wurde neben Merkmalen zum psychischen bzw. ängstlich/depressiven Befinden auch nach Merkmalen zum sozialen Umfeld gefragt.

### **2.2.1 Merkmale des Kindes, der Familie und seiner Lebenssituation**

- ⇒ soziodemographische Daten
- ⇒ Gesundheit des Kindes und Erkrankungen in der Familie
- ⇒ Besuch von Gesundheitsdiensten
- ⇒ Probleme beim Besuch des Kindergartens

### **2.2.2 Merkmale des psychischen Befindens**

- ⇒ Ausmaß der Depressivität
- ⇒ Ausmaß der Ängstlichkeit
- ⇒ Ausmaß der körperlichen Beschwerden
- ⇒ Ausmaß der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten
- ⇒ Ausmaß der emotionalen Probleme
- ⇒ Ausmaß der Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen

## **2.3 Operationalisierung**

### **2.3.1 Allgemeines**

Als Grundlage dieser Studie diente ein Fragebogenheft für Eltern und für Erzieher. Für beide Urteiler bestand der dreiseitige Fragenkatalog zum einen aus ausgewählten Items aus der Child Behavior Checklist von Achenbach und Edelbrock (CBCL 1981; 1983) und aus dem kompletten Strengths and Difficulties Questionnaire von Goodman (SDQ, 1997). Zum anderen wurde eine neuartige, 21 Items umfassende, nach den DSM-IV-Kriterien modifizierte Version von Luby et al. (2002) für Vorschul- bzw. Kindergartenkinder verwendet. Das Elternfragebogenheft war zusätzlich noch um vier Seiten erweitert worden, auf denen Items nach Merkmalen des Kindes, seiner Familie und seiner Lebenssituation fragten (vgl. Barkmann, 2004). In dem Fragebogenheft für die Eltern wurde ferner der Beurteiler des Fragebogens ermittelt, da aus der Literatur bekannt ist, dass dieser das Ergebnis durch seine subjektive Sichtweise stark beeinflussen kann (van Dusen Randazzo et al., 2003; Eltern- und Erzieherfragebogen sind im Anhang dargestellt).

Es wurde versucht, so weit wie möglich auf standardisierte Instrumente mit psychometrischen Eigenschaften zurückzugreifen. In den folgenden Kapiteln werden die hier angewandten Instrumente beschrieben und Überlegungen, die zu ihrer Auswahl bzw. Konstruktion beigetragen haben, dargestellt.

### **2.3.2 Verwendete Untersuchungsinstrumente**

Zuerst werden in diesem Unterkapitel die Instrumente, die die Merkmale des Kindes, der Familie und seiner Lebenssituation erfragen, vorgestellt. Daraufhin folgt eine Präsentation der Untersuchungsverfahren, die das psychische Befinden bzw. depressive Merkmale der Kinder darstellen.

#### **2.3.2.1 Merkmale des Kindes, der Familie und seiner Lebenssituation**

Für die Evaluation dieser Merkmale wurde ein modifizierter Fragenkatalog verwendet, der seit 1995 ein standardisiertes Dokumentationsschema zur qualitätssichernden kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation bezüglich der Inanspruchnahme von Populationen

darstellt (vgl. Barkmann, 2004). Dieser Fragenkatalog wurde auf relevante Items bezüglich dieser Studie gekürzt. Im Folgenden werden die erfragten Merkmale kurz dargestellt.

### Soziodemographische Daten

Ermittelt wurden Alter, Geschlecht, Nationalität, Geschwisteranzahl und Wohnsituation des Kindes. Zur orientierenden Einschätzung des sozialen Status und des familiären Hintergrunds wurde nach dem Ausbildungsniveau, den Beschäftigungsumständen, der Nationalität, dem durchschnittlichen Nettoeinkommen und dem Alter der Eltern gefragt. Des Weiteren wurde um Auskunft zum Stand der elterlichen Beziehung und zum Vitalstatus gebeten.

In vielen Literaturangaben werden Zusammenhänge zwischen depressiven Verstimmungen bei Kindern und dem sozioökonomischen Status der Familie gesehen (Kovacs, 1997; McCouley et al., 1993). Auch eine Trennung von einem Elternteil durch eine Scheidung oder andere Umstände übt häufig einen Einfluss auf die Entstehung einer Depression bei Kindern aus (Wallerstein, 1991; Kashani & Carlson, 1987). Widersprüchliche Angaben gibt es zu der Rolle der Nationalität bzw. der ethnischen Zugehörigkeit bei kindlichen depressiven Verstimmungen (Angold, 1988; Achenbach et al., 1990; Nissen, 1994).

### Gesundheit des Kindes und Erkrankungen in der Familie

Aktuelle Körpermaße und körperlicher Entwicklungsstand im Vergleich zu Gleichaltrigen wurden anhand der einleitenden Fragen an die Eltern ermittelt. Erfragt wurde außerdem das Tragen von Sehhilfen. Auch nach seelisch schwer belastenden Lebensereignissen in den letzten sechs Monaten oder früher wurde gefragt. Des Weiteren wurde um Auskunft über seelische oder körperliche Erkrankungen bzw. Behinderungen in der Familie gebeten.

Gerade eine familiäre Vorbelastung durch psychische Erkrankungen, im Besonderen die Depression, kann bei Kindern schon eine frühere und langwierigere depressive Erkrankung verursachen (Reicher, 1998). Auch körperliche Erkrankungen können zu der Genese der Depression beitragen. Belastende oder kritische Lebensereignisse während der kindlichen Entwicklung können ebenfalls einen potentiellen Einfluss auf das Entstehen einer depressiven Erkrankung ausüben (Kashani et al., 1986; Goodyer, 1999).

### Besuch von Gesundheitsdiensten

In diesem Abschnitt wurde nach einer Behandlung in den letzten sechs Monaten oder früher wegen seelischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten gefragt. Außerdem wurde um Auskunft zu Medikamenteneinnahmen und zu Betreuungen in anderen Einrichtungen gebeten. Die Frage nach einem früheren Besuch bei Gesundheitsdiensten wegen seelischer Probleme sollte Aufschluss über das psychische Bild der Kinder geben.

### Probleme beim Besuch des Kindergartens

Es wurde nach Problemen beim Besuch dieser Einrichtung gefragt, um einen Eindruck von der Situation des Kindes in dieser Einrichtung zu erhalten.

#### 2.3.2.2 Merkmale des psychisches Befindens

Wie oben schon erwähnt, gibt es kein international anerkanntes Instrument, um die Prävalenz depressiver Merkmale bei Kindergartenkindern anhand eines Fragebogens zu ermitteln. Deswegen wurde teilweise auf schon standardisierte Fragebögen, die nach allgemeinen Verhaltensauffälligkeiten fragen, zurückgegriffen. Zugleich wurde auch erstmals hier eine in den USA entwickelte, veränderte Version der DSM-IV-Kriterien für die Major Depression bei Kindergartenkindern angewandt (Luby et al., 2002).

In Deutschland existieren einige Instrumente zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern zwischen drei und sechs Jahren: BBK (Beobachtungsbogen für Erzieher/innen zur Beurteilung von Kindern im Vorschulalter; Duhm & Althaus, 1979), VBK (Verhaltensbeurteilungsbogen für Kinder; Stern, 1982), VBV-EL (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder -Elternfragebogen; Döpfner et al., 1993b) und VBV-ER (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder -Erzieherfragebogen; Döpfner et al., 1993b). Der Einsatz dieser deutschen diagnostischen Instrumente ist jedoch auf Grund einer geringen internationalen Vergleichbarkeit verworfen worden. Auch ein Verfahren aus dem angloamerikanischen Raum, wie die von Martini et al. (1990) entworfene „Symptom Self-Report Measure for Preschool Children“, konnte bisher keine internationale Vergleichbarkeit vorzeigen.

Folgend werden die drei eingesetzten Instrumente vorgestellt, die das psychische Befinden im Allgemeinen, vor allem aber emotionale bzw. depressive Merkmale bei den untersuchten Kindern erfragten.

### Child Behavior Checklist (CBCL)

Bei der Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach und Edelbrock (1981; 1983) handelt es sich um ein international weit verbreitetes Verfahren, welches in zahlreichen Untersuchungen vor allem im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich Anwendung gefunden hat. Seit der Entwicklung dieses Instruments haben zahlreiche Überarbeitungen stattgefunden (Döpfner et al., 1998). Übersetzungen der CBCL liegen in 25 Sprachen vor. Gerade bei epidemiologischen Fragestellungen bietet diese große Verbreitung des Instruments im Sinne einer internationalen Vergleichbarkeit viele Vorteile. Die CBCL gilt durch ihren hohen Standardisierungsgrad und durch die Frage- und Antwortvorgaben als besonders objektiv. Des Weiteren sind Auswertungs- und Interpretationsrichtlinien nach einem festen Schema auszufüllen. Dieser Fragebogen ist vor allem ein geeignetes Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Kinder- und Jugendalter (Remschmidt & Walter, 1990). Allerdings bestehen nach Drotar et al. (1995) Probleme bei der Kombination verschiedener Urteilerperspektiven. Des Weiteren liegt nach deren Meinung eine begrenzte Sensitivität für seltenere Symptomauffälligkeiten vor.

Die CBCL misst sowohl soziale Kompetenz als auch klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren. Sie enthält insgesamt 113 Items zu Einzelsymptomen und problematischen Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen, die von den Eltern und/oder Erziehern auf drei Stufen (0= nicht zutreffend, 1= etwas/manchmal zutreffend, 2=genau/häufig zutreffend) für die letzten sechs Monate einzuschätzen sind. Bei der vorliegenden Studie wurde die CBCL nur mit 24 Items eingesetzt. Diese Kürzung der CBCL wurde durchgeführt, um eine zeitliche Reduzierung beim Ausfüllen der Fragebögen zu erreichen, da die Erzieher teilweise mehr als 30 Fragebögen beantworten mussten. Somit wurden Fragen aus der CBCL nur zu den Faktoren Depression, Ängstlichkeit (14 Items) und körperliche Beschwerden (10 Items) entnommen.

Die Skala „Körperliche Beschwerden (KB)“ setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome -Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen-

beschreiben. Die Skala „Ängstlich/Depressiv (AD)“ erfasst neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.

Die Syndromskalen werden getrenntgeschlechtlich ausgewertet (siehe Tabelle 4). Ab einem T-Wert  $\geq 70$  werden Ausprägungen als klinisch auffällig eingeschätzt. Dieser cut-off wurde aufgrund von Diskriminierungsanalysen in amerikanischen Stichproben ermittelt (Achenbach; 1991). Da mit den Skalen kontinuierlich verteilte Merkmale gemessen werden, sind Grenzwerte immer fragwürdig. Deshalb wurde ein Grenzbereich zwischen T-Werten von 67 bis 70 definiert (in Abhängigkeit der Rohdatenwerte), der den Übergangsbereich von unauffälligen zu auffälligen Werten markiert (siehe Tabelle 4).

Neben einem Gesamtwert („total problem score“) können zur Auswertung Profile dreier Kompetenzbereiche (Aktivitäten, soziale Beziehungen und Schulleistung) und auch faktorenanalytisch erstellte „narrow-band“ Syndrome für verschiedene Altersbereiche (Hyperaktivität, Depressivität, Delinquenz, usw.) oder „broad-band“- Faktoren („Internalizing“, „Externalizing“) errechnet werden. Remschmidt und Walter (1990) ermittelten für die CBCL anhand einer deutschen Stichprobe eine interne Konsistenz von .94 (N= 404), eine Split-Half-Reliabilität von .95 (N= 404), sowie eine Retest- Reliabilität nach 5 Wochen von .81 (N=103). Ergebnisse zur Validität sind ebenfalls ausführlich bei Schneider et al. (1991) und bei Remschmidt & Walter (1990) zu finden. In der vorliegenden Studie wurden jedoch nur die beiden „narrow-band“ Syndrome „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“ berücksichtigt.

**Tabelle 4:** Rohwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht

Rohwerte für	Mädchen		Jungen	
	KB	AD	KB	AD
normal	0-3	0-6	0-2	0-6
grenzwertig	4	7-9	3	7-10
auffällig	5-18	10-28	4-18	11-28

### Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein in Großbritannien von Goodman (1997) entwickeltes Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und –auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren. Übersetzte Fassungen liegen in 40 Sprachen vor. Der kurze Fragebogen kann von Eltern, Erziehern, Lehrern oder in einer Selbstbericht-Version von Jugendlichen ausgefüllt werden. Der SDQ enthält 25 Items, die in ausgewogener Form nach Stärken und Schwächen fragen. Jeweils fünf Items bilden folgende fünf Einzelskalen: Emotionale Probleme, Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten. Die fünf Einzelskalen können mit mindestens null und maximal zehn Punkten bewertet werden. Um den Gesamtproblemwert anzugeben, werden die vier Skalen, die sich auf Probleme beziehen, summiert. Die Skala des Gesamtproblemwertes kann zwischen null und 40 Punkte erreichen. Dabei wird die Skala „Prosoziales Verhalten“ nicht berücksichtigt. Genauere Angaben zur Auswertung sind Tabelle 5 zu entnehmen. Jedes Item kann als „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“ angekreuzt werden. Jedes Item wird mit entweder null Punkten oder maximal mit zwei Punkten bewertet. Klasen et al. (2003) zeigten vor allem bei der Identifikation von Kindern mit Hyperaktivität, externalisierenden Verhaltensstörungen und Depressionen, dass dieser Fragebogen eine hohe Validität besitzt. Woerner et al. (2002) errechneten eine Reliabilität (Cronbach's  $\alpha$ ) von .82 (N=930) für den Gesamtproblemwert und von .66 (N=930) für emotionale Probleme. Mit dieser Untersuchung wurde eine hohe Reliabilität der SDQ-Skalen auch in der deutschen Nominierungsstichprobe nachgewiesen. Goodman et al. (2000) stellten eine Spezifität von 94.6% und eine Sensitivität von 63.3% dar. Nach Klasen et al. (2000) eignet sich dieses Instrument vor allem, um zwischen psychisch unauffälligen und auffälligen Kindern zu unterscheiden.

**Tabelle 5:** Werteverteilung des SDQ

	Eltern			Erzieher		
	normal	grenzwertig	auffällig	normal	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40	0-11	12-15	16-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10	0-4	5	6-10
Verhaltensprobleme	0-2	3	4-10	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4

### Modifizierte DSM-IV-Kriterien für die Major-Depression (m-DSM-IV)

Psychiatrische Diagnosen werden nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th, DSM-IV kategorisiert. Diese Kategorisierung wurde von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft publiziert und betrifft sowohl Erwachsene als auch Kinder.

Da es bis zum Untersuchungsbeginn (März 2003) noch keinen standardisierten, spezifischen Fragenkatalog zur Problematik „Depressivität im Kindergartenalter“ gab, wurde nach ausführlicher Literaturrecherche neben den beiden anderen Fragebögen die von Luby et al. (2002) erstmals in den USA angewandte, modifizierte Version der DSM-IV-Kriterien zur Diagnose einer Major Depression verwendet. Die Diagnose einer Major Depression nach DSM-IV wird anhand neun standardisierter Kriterien gestellt (siehe Tabelle 6). Um eine Major Depression nach den konventionellen DSM-IV-Kriterien zu diagnostizieren, sind folgende Symptomkonstellationen nötig:

- 1) Mindestens fünf der Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und sie zeigen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit.
- 2) Mindestens Symptom eins oder zwei liegt vor.

Luby et al. (2002) veränderte die Diagnosekriterien in folgenden Punkten (siehe Tabelle 6; Veränderungen an den konventionellen DSM-IV-Kriterien wurden *kursiv* hervorgehoben):

- 1) Die depressiven Verstimmungen müssen nicht unbedingt über einen andauernden Zeitraum von zwei Wochen bestehen. Sie können auch nur zeitweise über mehrere Tage vorhanden

sein. Des Weiteren muss sich eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit zeigen.

2) Es genügen vier statt fünf Diagnosekriterien, falls sowohl depressive Verstimmung als auch Interessenverlust bestehen.

3) Es erfolgt eine altersgerechte Anpassung der Kriterien an drei- bis sechsjährige Kinder. Dies ist in diesem Sinne zu verstehen, dass die zur Diagnose der Depression nötigen Kriterien auch aus dem Spielverhalten der Kinder abzuleiten sind.

Anlass zu dieser Modifikation der DSM-IV-Kriterien war die Erkenntnis, dass die konventionellen Kriterien viele Kinder mit depressiven Symptomen nicht erfassen, obwohl schon alarmierende Symptome bestehen (Luby et al., 2002).

Luby et al. (2002) setzten die veränderten DSM-IV-Kriterien nach einem ausführlichem Interview als diagnostische Leitlinien ein. Hingegen wurden die modifizierten Kriterien in der vorliegenden Untersuchung in einen Fragenkatalog an die Eltern und Erzieher umgewandelt. Dieser Fragebogen nach den modifizierten DSM-IV-Kriterien besteht aus 21 Items, die sich nach den neun Diagnosekriterien dieses DSM-IV-Katalogs richten. Jedes Item kann entweder mit „ja“ oder mit „nein“ beantwortet werden. Zur Auswertung des Fragebogens werden die 21 Items wieder zu neun Diagnosekriterien zusammengefasst. Dieser Fragebogen wird im Ergebnisteil sowohl nach den konventionellen als auch nach den modifizierten DSM-IV-Kriterien ausgewertet. Die Auswertung nach den konventionellen DSM-IV-Kriterien wird allerdings auch an das Spielverhalten der Kinder angepasst. Ergebnisse zur Validität dieses Instruments sind bei Luby et al. (2002) dargestellt.

**Tabelle 6:** DSM-IV-Kriterien der Major Depression nach konventioneller und modifizierter Methode

DSM-IV	Modifizierte DSM-IV-Kriterien
1. depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe). (Beachte: kann bei <b>Kindern</b> und <b>Jugendlichen</b> auch reizbare Stimmung sein)	1. depressive Verstimmung <i>für eine Portion des Tages für mehrere Tage, beobachtet oder berichtet am Verhalten (Beachte: evt. auch gereizte Stimmung)</i>
2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)	2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allem oder fast allen Aktivitäten <i>oder Spielen für eine Portion des Tages oder für mehrere Tage (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)</i>
3. deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. ( <b>Beachte:</b> Bei <b>Kindern</b> ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtsabnahme zu berücksichtigen)	siehe 3 <i>ohne Klammer und ohne <b>Beachte</b></i>
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen	siehe 4
5. psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung)	siehe 5
6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen	siehe 6
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins)	7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können), <i>die beim Spielen auffallen</i>
8. verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)	8. verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit <i>für mehrere Tage (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)</i>
9. wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids	siehe 9. <b>und</b> <i>suizidale oder selbstverletzende Themen fallen andauernd beim Spielen auf</i>

## 2.4 Stichprobenansatz

Als Grundgesamtheit wurden drei- bis sechsjährige Kindergartenkinder aus Hamburg definiert.

Da im Rahmen einer medizinischen Dissertation keine repräsentative Zufallsstichprobe gezogen werden konnte, wurde stattdessen versucht, alle Kindergartenkinder desjenigen Hamburger Stadtteils zu erreichen, der hinsichtlich wesentlicher, mit depressiver Symptomatik korrelierender, soziodemographischer Merkmale repräsentativ für gesamt Hamburg ist. Die Repräsentativität wurde anhand folgender Kriterien von allen 98 Hamburger Stadtteilen definiert (aus Stadtteil-Profile, 2002):

- die durchschnittlichen Einkünfte je Steuerpflichtiger in Euro (Stand 1995): Das Kriterium des sozioökonomischen Status wird häufig in der Literatur als beeinflussender Faktor bei der Genese depressiver Erkrankungen beschrieben (Bird et al., 1988).
- Anteil der Arbeitslosen in % (15 bis 65- Jährige, Stand 2002): Nach Adams & Adams (1991) ist ein hohes Depressionsniveau mit einschneidenden Erlebnissen wie Arbeitslosigkeit eines Familienmitgliedes verbunden.
- Anteil der Ausländer in % der Bevölkerung (Stand 2002): Das Kriterium der Ausländerquote wurde gewählt, um eine möglichst normal verteilte Bevölkerung hinsichtlich der Nationalitäten anzutreffen.

Nach Beschränkung der durchschnittlichen Abweichungen auf ein Minimum zeigte sich Rahlstedt als repräsentativer Stadtteil.

Nach diesen Vorüberlegungen wurde die zu untersuchende Stichprobe folgendermaßen definiert:

*Einschlusskriterien:*

⇒ Kinder zwischen drei und sechs Jahren, die in Elementarkindergärten in Rahlstedt untergebracht waren.

*Ausschlusskriterien:*

⇒ Keine ausreichenden Deutschkenntnisse der Eltern, um eine zuverlässige Beantwortung der Fragebögen zu erreichen.

Nach Angaben der Hamburger Behörde für Familie und Soziales existierten in Rahlstedt insgesamt 31 Kindergärten (Stand März 2003). Diese wurden angeschrieben und um Mitarbeit in der Studie gebeten. Davon lehnten 14 (45.2%) eine Teilnahme an diesem Projekt ab (Begründung: neunmal wegen Zeitmangels, dreimal wegen Desinteresses und zweimal keine Angabe), die 17 folgenden Kindergärten in Rahlstedt erklärten sich bereit, an dieser Untersuchung teilzunehmen:

- Ev. KiGa der Kirchengemeinde Meiendorf (Leitung: Fr. Tränckler)
- Ev. KiGa der Kirchengemeinde Meiendorf (Leitung: Frau Steen)
- Ev. KiGa Pfarrstraße
- KiGa Buchwaldstraße „Villa Kunterbunt“
- KiGa Kinderstube Brockdorfstraße
- KiGa Meiendorfer Weg
- KiGa Rahlstedter Weg
- KiTa Die Urmelis
- KiTa Kielkoppelstraße
- KiTa Kinderhaus Rahlstedt
- KiTa Knirps & Co
- KiTa Radau
- KiTa Rahlstedter Höhe
- KiTa Rappelkiste II
- KiTa Spatzennest
- KTG Petra Schiffler
- Park-KiTa Altrahlstedt

Die Größe der Stichprobe ist nach oben hin durch das im Rahmen einer medizinischen Dissertation Machbare begrenzt. Sie sollte aber so groß wie möglich sein, um eine möglichst präzise Parameterschätzung zu gewährleisten. Geplant ist eine Stichprobengröße von N=400.

## 2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung

Zum Probelauf wurden die Elternfragebögen drei Müttern überreicht. Bei diesem Vortest sollte hauptsächlich die Verständlichkeit der Fragen, die Übersichtlichkeit des formalen Aufbaus und die Bereitschaft, die Fragen über das eigene Kind zu beantworten, geprüft werden. Alle drei „Testpersonen“ gaben beim Ausfüllen der Fragen weder Verständnisprobleme noch andere Verbesserungsvorschläge an, so dass der Elternbogen in dieser Form übernommen wurde.

In dem Untersuchungszeitraum von Mitte März bis Anfang Juli 2003 wurde diese Studie in den Rahlstedter Kindergärten in Hamburg durchgeführt. Als ersten Schritt erhielten die teilnehmenden Kindergärten ein Informationsschreiben, das an Erzieherinnen, Erzieher und Eltern der jeweiligen Einrichtung verteilt wurde (siehe Anhang). In diesem Schreiben wurden sowohl Eltern als auch Erzieher über das Ziel und den Ablauf der Studie informiert. Um sowohl Eltern als auch Erzieher bei der späteren Beantwortung der Fragebögen nicht zu sehr zu beeinflussen, wurde diese Untersuchung in der Benachrichtigung folgendermaßen betitelt: „Studie zum seelischen Befinden im Kindergartenalter“. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme an dieser Studie auf jeden Fall freiwillig und ein Abbruch jederzeit möglich sei. Außerdem wurde ausdrücklich auf die Schweigepflicht und Anonymisierung der Daten aufmerksam gemacht. Die teilnehmenden Personen erhielten auch das Angebot, sich bei Fragen bezüglich dieser Studie oder des Kindes jederzeit an die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Hamburg wenden zu können.

Als nächster Schritt folgte eine Terminabsprache mit den verschiedenen Leitern der Kindergärten. Bei diesem Treffen wurde die Studie noch einmal vorgestellt und es bestand die Möglichkeit zur Besprechung weiterer Fragen. Die Eltern wurden zu diesem Zeitpunkt nochmals über die freiwillige Teilnahme an dieser Studie unterrichtet. Auch auf die Anonymisierung und Schweigepflicht der Daten wurde abermals hingewiesen. Nachfolgend fand die Verteilung der Fragebögen an Erzieher und Eltern statt.

Die Eltern, die sich an dem Projekt beteiligen wollten, erhielten den siebenseitigen Fragebogen. Sie konnten ihn entweder gleich vor Ort ausfüllen oder mit nach Hause nehmen. Jeder Fragebogen an die Eltern enthielt auf der letzten Seite eine Einverständniserklärung, in der sie den Erziehern erlaubten, auch einige Fragen zu ihrem Kind zu beantworten. Die

Erzieher erhielten daraufhin eine Liste aller Eltern, die einer Teilnahme an dieser Studie zusagten und über deren Kind sie einen Fragebogen beantworten sollten. Die Fragebögen wurden dann einmalig von Eltern und Erziehern ausgefüllt.

Da in dieser Studie die Beantwortung der Fragebögen sowohl von den Eltern als auch von den Erziehern bezüglich jedes Kindes nötig war, konnten die Daten erst nach Zusammenführung der beiden Bögen anonymisiert werden. Einige verteilte Elternfrageformulare (23.9%; n=123) wurden leider nicht wieder zurückgegeben, so dass bei diesen Fällen nur die Erzieherbögen ausgewertet werden konnten.

## **2.6 Auswertungsverfahren**

Zur Beantwortung der epidemiologisch orientierten Fragestellungen kamen die Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung (statistische Kennwerte, Tabellen und Grafiken). Die Fragestellungen nach dimensionalen Zusammenhängen wurden mit bivarianten Korrelationen nach Pearson geprüft. Bei kategorialen Zusammenhangsüberprüfungen in Vierfeldertafeln wurde mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson gearbeitet. Bei Zusammenhangsüberprüfungen von Vierfeldertafeln und einer erwarteten Häufigkeit kleiner als fünf, wurde zusätzlich der exakte Test nach Fisher ausgeführt. Bei Fragen nach Zusammenhängen auf dimensional und kategorialen Ebenen wurde der t-Test unabhängiger Stichproben verwendet. Urteilerübereinstimmungen auf kategorialer Ebene zwischen Eltern und Erziehern wurden mit dem Kappa-Korrelationskoeffizienten überprüft und auf dimensionaler Ebene wurde die Korrelation nach Pearson angewendet. Die Fragestellung zum Vorhersagewert der ausgewählten Variablen wurde durch eine schrittweise multiple Regressionsanalyse beantwortet. Die verwendete Software war SPSS (Version 12.0) für Windows.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Als erster Unterpunkt wird hier die Stichprobe dargestellt (Kapitel 3.2). Es werden Angaben zu Anzahl und Merkmalen der teilnehmenden Kinder, ihrer Familie und deren Lebenssituation gemacht. Im darauf folgenden Kapitel wird über die Prävalenz depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern im Eltern- und Erzieherurteil berichtet (Kapitel 3.3). Es schließt sich eine Überprüfung der Konkordanz zwischen Eltern- und Erzieherurteil an (Kapitel 3.4). Ob ein möglicher korrelativer Zusammenhang zwischen dem Auftreten depressiver Auffälligkeiten und Merkmalen des Kindes, seiner Familie und seiner Lebenssituation besteht, wird nachfolgend überprüft (Kapitel 3.5). Im letzten Kapitel folgen Ergebnisse, die nicht direkt die Fragestellung betreffen, jedoch wichtige Nebenrechnungen in dieser Untersuchung beleuchten. Es werden allgemeine psychische Merkmale der Kinder, die aus der Sicht der Eltern und Erzieher erfasst wurden, dargestellt. Des Weiteren wird ein möglicher Einfluss der Erzieher auf die Ergebnisse der jeweiligen Kindergärten getestet. Eine Überprüfung auf Übereinstimmung der Instrumente bezüglich des gleichen Urteilers wird abschließend untersucht (Kapitel 3.6).

### 3.2 Darstellung der Stichprobe

#### 3.2.1 Allgemeines

An der Studie nahmen  $N=514$  drei- bis sechsjährige Kinder aus 17 verschiedenen Kindergärten teil. In den 17 Kindergärten waren insgesamt 892 Kinder angemeldet. Durchschnittlich gehörten  $M=52.5$  Kinder zu jeder dieser Einrichtungen ( $SD=26.77$ ;  $Min=19$ ;  $Max=105$ ). Der durchschnittliche prozentuale Anteil an Eltern, die einer Teilnahme an dieser Studie zustimmten, lag bei 63%. Somit erhielten diese Eltern einen Fragebogen bzw. gaben die Erlaubnis, dass die Erzieher einen Fragebogen über ihr Kind ausfüllten. Durchschnittlich 79% der an die Eltern ausgegebenen Fragebögen kamen beantwortet wieder zurück ( $Min=54\%$ ;  $Max=100\%$ ). Der Rücklauf der an die Erzieher ausgeteilten Fragebögen betrug 98%. Von den  $N=514$  teilnehmenden Kindern lagen bei  $n=382$  sowohl der Erzieher- als auch der Elternfragebogen zur Auswertung vor (74.3%). Zu neun Kindern fehlte der Erzieherbogen (1.8%) und zu 123 Kindern fehlte der Elternbogen (23.9%). Die vorhandenen Elternfragebögen ( $n=391$ ) wurden zum größten Teil von der leiblichen Mutter ausgefüllt

(84.3%; n=328). In 12 Fällen (3.1%) beantwortete der leibliche Vater, in 48 Fällen (12.3%) beide Eltern und in einem Fall (0.3%) beantwortete die Stiefmutter den Fragebogen.

Der Elternfragebogen erfragt alle Merkmale des Kindes, seiner Familie und seiner Lebenssituation. Somit ist durch das Fehlen von Elternfragebögen in 123 Fällen leider keine Aussage zu diesen Daten möglich. Diese fehlende Anzahl (n=123) von den insgesamt N=514 untersuchten Kindern muss somit in den nachfolgenden Kapiteln beachtet werden. Dadurch wird in vielen Kapiteln, die den familiären Hintergrund betreffen, von einer Fallzahl von n=391 ausgegangen. Eine Ausnahme bildet jedoch die Angabe über das Geschlecht des Kindes. Hier konnte man in vielen Fällen Rückschlüsse über die Erzieherbögen ziehen. Bei einigen anderen Fragen nach Merkmalen zum familiären Hintergrund haben die Eltern keine Angabe gemacht, so dass bei diesen Fällen die Stichprobengröße noch weiter sinkt.

### **3.2.2 Merkmale des Kindes, der Familie und seiner Lebenssituation**

#### 3.2.2.1 Soziodemographische Daten

##### Alter & Geschlecht

Die befragten Kinder (n=391) waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen drei und sechs Jahren alt, der Median wurde bei 5.0 Jahren und der Mittelwert bei 4.7 Jahren errechnet (SD=0.93). Die 25er Perzentile lag im Alter von vier Jahren und die 75er Perzentile lag im Alter von fünfeinhalb Jahren. Trotz der fehlenden Elternfragebögen konnte bei 94.7% (n=487) von N=514 das Geschlecht ermittelt werden. Es nahmen 250 Jungen (48.6%) und 237 Mädchen (46.1%) an dieser Studie teil (bei 5.3% der Kinder (n=27) fehlt die Geschlechtsangabe). Tabelle 7 stellt die Verteilung des Alters in Bezug auf das Geschlecht dar.

**Tabelle 7: Alter und Geschlecht**

		Alter							gesamt
		3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	
männlich	%	3.6	5.4	7.2	10	6.4	9.7	9.5	51.8
	n	14	21	28	39	25	38	37	202
weiblich	%	3.6	5.1	6.2	8.5	8.2	7.9	8.7	48.2
	n	14	20	24	33	32	31	34	188
gesamt	%	7.2	10.5	13.3	18.5	14.6	17.7	18.2	100
	n	28	41	52	72	57	69	71	390

Anmerkung: n=391; 1mal keine Angabe

### Nationalität

Innerhalb der gültigen Daten liegt der Anteil ausländischer Kindergartenkinder bei 5.9% (n=23). Von ihnen stammen 11 (47.8%) Kinder aus Europa (einmal griechischer, zweimal spanischer, zweimal türkischer, dreimal portugiesischer, dreimal kosovarischer und einmal kroatischer Herkunft). Zwölf (52.2%) Kinder haben eine außereuropäische Nationalität (achtmal aus Ostasien, zweimal aus Schwarzafrika, einmal aus Angloamerika und einmal aus Südasien).

### Familie

Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung lebten von den n=391 befragten Eltern 81.6% (n=319) zusammen. 11.8% (n=46) der Eltern waren getrennt, 4.1% (n=16) geschieden, 0.3% (n=1) durch Tod getrennt und 2.3% (n=9) hatten nie zusammengelebt. 81.6% (n=319) der Kinder wohnten bei den leiblichen Eltern. Bis auf ein Kind, welches bei der Stiefmutter lebte, wohnten alle anderen bei der leiblichen Mutter (99.7%). 83% (n=322) lebten beim leiblichen Vater, 13.9% (n=54) ohne Vater, 2.3% (n=9) beim Stiefvater und 0.8% (n=3) beim Lebensabschnittsgefährten der Mutter (dreimal keine Angabe). Bei 99.7% (n=390) lebten beide Elternteile noch. Bei einer Familie war der Vater gestorben. Die durchschnittliche Zahl leiblicher Geschwister betrug  $M=0.9$  ( $SD=0.81$ ;  $Min=0$ ;  $Max=6$ ). 27.9% (n=109) der Kinder waren Einzelkinder, 54.0% (n=211) hatten einen Bruder oder eine Schwester und 18.3% (n=71) der Kinder hatten zwei oder mehr Geschwister. 36.7% (n=143) der befragten Kinder waren die Jüngsten und 25.9% (n=101) der Kinder waren die Ältesten in der Geschwisterreihe. Bei 37.4% (n=146) lag eine andere Stellung in der Geschwisterreihe vor.

Das durchschnittliche Alter der Mütter lag bei 35.4 Jahren (SD=4.59; Minimum=22Jahre; Maximum=46Jahre), das der Väter bei 38.0 Jahren (SD=5.54; Minimum=24Jahre; Maximum=59Jahre). Der Altersmedian der Frauen wurde bei 36 Jahren und der Altersmedian der Männer bei 37 Jahren errechnet. 5% der Mütter waren jünger als 27 Jahre, während die 5er Perzentile bei den Männern bei 30 Jahren errechnet wurde. Angaben zur Nationalität der Eltern sind in Tabelle 8 zusammengefasst. Daraus geht hervor, dass 17.2% (n=97) der Kinder zumindest einen nichtdeutschen Elternteil hatten.

**Tabelle 8:** Staatsangehörigkeit der Eltern

		Vater			gesamt	
		deutsch	andere	kein Vater vorhanden		
Mutter	deutsch	%	82.8	5.7	11.5	100
		n	288	20	40	348
	andere	%	51.4	40.5	8.1	100
		n	19	15	3	37
gesamt		%	79.7	9.1	11.2	100
		n	307	35	43	385

*Anmerkung: n=385; 6mal keine Angabe*

Weitere soziodemographische Daten zum Ausbildungsniveau, Beruf, monatlichem Nettoeinkommen und den Beschäftigungsumständen der Eltern sind in Tabelle 9 zusammengefasst.

**Tabelle 9a:** Ausbildungsniveau und Beruf der Eltern

Schulabschluss der Eltern		Mutter		Vater	
		%	n	%	n
gültig	kein Schulabschluss	1.6	6	0.9	3
	Sonderschule	0.3	1	0.6	2
	Hauptschule	12.8	49	18.4	63
	Realschule	37.2	143	27.5	94
	(Fach-)Abitur	25.8	99	17	58
	(Fach-)Hochschule/Universität	22.4	86	35.7	122
gesamt		100	384	100	342
fehlend	keine Angabe		7		7
	kein Vater/keine Mutter vorhanden		0		42
	gesamt		391		391
Beruf der Eltern					
gültig	un- o. angelernte/r Arbeiter/in	8.9	33	6.2	21
	Facharbeiter/in, Handwerker/in, Angestellte/r, Beamte/r	62.5	232	40.9	138
	höher qualifizierte/r, leitende/r Angestellte/r o. Beamte/r	21.6	80	35.3	119
	kleine/r o. mittlere/r Selbstständiger	3.8	14	11.6	39
	selbstständige/r Akademiker/in, größere/r Unternehmer/in	3.0	11	5.9	20
	Berentung	0.3	1	0	0
gesamt		100	371	100	337
fehlend	keine Angabe		20		12
	kein Vater/keine Mutter vorhanden		0		42
	gesamt		391		391

Anmerkung: n=391

**Tabelle 9b:** Tätigkeit und monatliches Nettoeinkommen der Eltern

Tätigkeit der Eltern		Mutter		Vater	
		%	n	%	n
gültig	vollzeitbeschäftigt	6.3	24	88.1	297
	teilzeitbeschäftigt	46.9	180	5	17
	zeitweise beschäftigt	7.6	29	0.9	3
	arbeitslos	5.2	20	5.0	17
	in Ausbildung bzw. Umschulung	3.4	13	0.9	3
	Rentner	0.3	1	0	0
	im Haushalt tätig	30.5	117	0	0
	gesamt	100	384	100	337
fehlend	keine Mutter/kein Vater vorhanden		0		41
	keine Angabe		7		13
	gesamt		391		391

## Monatliches Nettoeinkommen der Eltern

gültig	kein Geld	0.7	2	0	0
	bis 1000 Euro	68.6	186	9.1	29
	1000-2000 Euro	25.8	70	37.3	119
	2000-3000 Euro	3.7	10	27.9	89
	3000-5000 Euro	0.7	2	20.7	66
	mehr als 5000 Euro	0.4	1	5.0	16
	gesamt	100	271	100	319
fehlend	keine Mutter/kein Vater vorhanden		0		41
	im Haushalt tätig		88		2
	keine Angabe		32		29
	gesamt		391		391

*Anmerkung: n=391; Unstimmigkeiten in Bezug auf Angaben zu monatlichem Nettoeinkommen und Beschäftigungsstatus der Eltern können aus steuerlichen Gründen entstanden sein.*

### 3.2.2.2 Gesundheit des Kindes und Besuch von Gesundheitsdiensten

#### Aktuelle Körpermaße und Entwicklungsstand

Es gibt 350 gültige Werte zur Angabe von Körpergewicht und Körpergröße. Diese wurden in das standardisierte Maß des Body-Maß-Indexes (BMI) umgerechnet: M=15.4; MED=15.2; SD=2.44; Min=10.6; Max=24.8. Die 5er Perzentile des BMI wurde bei 12.6 und die 95er Perzentile bei 18.2 errechnet (siehe Tabelle 10). 11% (n=43) der Kindergartenkinder haben Kontaktlinsen oder eine Brille getragen. 80% (n=312) der Eltern gaben an, dass ihre Kinder altersentsprechend körperlich entwickelt wären. 12.3% (n=48) der Eltern empfanden den körperlichen Entwicklungszustand ihres Kindes als frühentwickelt und 7.7% (n=30) als spätentwickelt. Auch hier zählte die Stichprobenanzahl n=391.

**Tabelle 10:** BMI in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter

Alter	Mädchen			Jungen		
	M	MED	SD	M	MED	SD
3	15.5	15.86	1.56	16.0	15.7	1.42
4	15.3	15.12	1.51	15.3	15.15	1.55
5	15.2	14.86	2.02	15.5	15.39	1.85
6	15.1	15.1	1.91	15.3	14.65	2.22

*Anmerkung: n=350*

#### Besuch von Gesundheitsdiensten

5.6% (n=22) der 391 Kinder waren innerhalb der letzten sechs Monate wegen seelischer Probleme in Behandlung gewesen. Drei Kinder dieser Gruppe waren von zwei verschiedenen Therapeuten behandelt worden. Am häufigsten hatten die Kinder verschiedene Einrichtungen besucht (dreimal beim Ergotherapeuten, einmal beim Homöopathen, einmal beim Krankengymnasten, zweimal beim Flehming Institut, einmal beim Logopäden, einmal beim Kneisner Institut und einmal keine Angabe). Ansonsten hatten sie einen Kinderarzt (27.3%; n=6), Kinderpsychologen (22.7%; n=5), Neurologen oder einen Kinder/Jugendpsychiater (4.5%; n=1) aufgesucht. 5.1% (n=20) der befragten Eltern gaben an, dass ihre Kinder früher schon einmal wegen seelischer Probleme behandelt worden waren. Durchschnittlich waren die Kinder zu diesem Zeitpunkt drei Jahre alt gewesen (MED=3; SD=0.96). Des Weiteren nahmen 21 Kinder (5.4%) zur Zeit der Befragung Medikamente ein. 71.4% (n=15) dieser

Kinder nahmen diese nur vorübergehend ein und 28.6% (n=6) andauernd. 4.5% (n=23) der Kinder waren in den letzten sechs Monaten von einer der folgenden Einrichtungen betreut worden: Am häufigsten waren die Erziehungsberatung (n=10) und das Sozialamt (n=7) aufgesucht worden (weitere aufgesuchte Betreuungseinrichtungen: dreimal Jugendamt, einmal allgemeiner sozialer Dienst und viermal andere Einrichtungen). Zwei Familien waren bei mehr als einer Einrichtung gewesen.

### 3.2.2.3 Erkrankungen in der Familie

Von den 391 befragten Eltern berichteten 15.1% (n=59) über seelische Erkrankungen in der Familie. Überwiegend waren die Großeltern, die Mütter und Onkel oder Tante betroffen (siehe Tabelle 11). Die häufigste seelische Erkrankung fiel in die Kategorie Depression (70.7%; n=41). Andere Erkrankungen waren vielfach verteilt (dreimal AHDS, zweimal Angststörungen, zweimal Alkoholprobleme, zweimal Schizophrenie, zweimal allgemeine psychische Erkrankungen usw.). In sechs Familien litten zwei oder mehr Personen an einer seelischen Erkrankung. Des Weiteren lagen in 23.3% (n=91) der Familien körperliche Erkrankungen vor. Am häufigsten waren auch hier wieder die Großeltern betroffen (siehe Tabelle 12). In sieben Fällen war das Kind körperlich erkrankt (zweimal schwere Hauterkrankungen, einmal schwere Allergie, einmal schwere neurologische Erkrankung, einmal orthopädische Erkrankung und zweimal keine Angabe). Die meist genannte Erkrankung war mit 45.1% (n=41) Krebs. Mit großem Abstand folgten Organerkrankungen (9.9%; n=9) und Herz- und Kreislaufkrankungen (6.6%; n=6). Weitere Erkrankungen waren nur selten vertreten. In 14 Familien waren zwei oder mehr Familienmitglieder betroffen.

**Tabelle 11:** Seelische Erkrankungen in der Familie

Person	n	% der Antworten	% der Fälle
Kind	1	1.5	1.7
Mutter	17	25.8	28.8
Vater	7	10.6	11.9
Geschwister	4	6.1	6.8
Großeltern	25	37.9	42.4
Onkel/Tante	11	16.7	18.6
Cousine	1	1.5	1.7
gesamt	66	100	111.9

*Anmerkung: n=59*

**Tabelle 12:** Körperliche Erkrankungen in der Familie

Person	n	% der Antworten	% der Fälle
Kind	7	6,6	7,7
Mutter	12	11,3	13,2
Vater	7	6,6	7,7
Geschwister	4	3,8	4,4
Großeltern	64	60,4	70,3
Onkel/Tante	11	10,4	12,1
Cousin	1	0,9	1,1
gesamt	105	100	116,7

Anmerkung: n=91

Tabelle 13 zeigt einen Zusammenhang zwischen seelischen und körperlichen Erkrankungen in der Familie. Das Risiko, an einer seelischen Erkrankung in einer Familie zu leiden, war fast dreimal häufiger in Familien mit körperlichen Erkrankungen als in Familien ohne körperliche Erkrankungen.

**Tabelle 13:** Seelische und körperliche Erkrankungen in der Familie

		körperliche Erkrankungen			
		nein	ja	gesamt	
seelische Erkrankungen	nein	%	80.2	19.9	100
		n	266	66	332
	ja	%	57.6	42.4	100
		n	34	25	59
gesamt		%	76.7	23.3	100
		n	300	91	391

Odds ratio= 2.96; Anmerkung: n=391

Bei 7.2% (n=28) der befragten Eltern (n=391) lagen körperliche oder geistige Behinderungen in der Familie vor. In der Mehrzahl der Fälle waren Onkel oder Tante (39.3%; n=11) betroffen. Je fünfmal (17.9%) litten entweder das Kind selbst oder die Geschwister an einer Behinderung. In drei Fällen (10.7%) war die Mutter und in zwei Fällen (7.1%) waren die Großeltern betroffen. Einmal litt die Cousine oder der Cousin an einer Behinderung. Die Art der Behinderung ist in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14:** Art der körperlichen oder geistigen Behinderung

	n	gültige%
Down Syndrom	5	17.9
Gehbehinderung	3	10.7
neurologische Behinderung	10	35.7
orthopädische Behinderung	1	3.6
Hör-, Sprach oder Sehbehinderung	1	3.6
körperliche Behinderung	2	7.1
körperliche und geistige Behinderung	2	7.1
anderes	4	14.3
gesamt	28	100

*Anmerkung: n=28; anderes: 1mal keine Angabe, 1mal Minderbegabung, 1mal Entwicklungsverzögerung und 1mal fragiles X-Syndrom*

#### 3.2.2.4 Seelisch schwer belastende Lebensereignisse

Der Anteil der Eltern, die die Frage nach seelisch schwer belastenden Ereignissen in den letzten sechs Monaten im Leben ihrer Kinder bejahten, lag bei 14.3% (n=56). Am häufigsten wurden veränderte Familienbeziehungen (20 Fälle) und andere schwere seelische Belastungen angegeben (18 Fälle; darunter zweimal Krankheit, siebenmal Tod, zweimal Trennung und siebenmal Probleme im Umfeld; Tabelle 15). Im Mittel erlebten diese Kinder 1.2 schwer belastende Ereignisse im letzten halben Jahr. 16.6% (n=65) der Eltern von insgesamt n=391 berichteten über frühere schwer belastende Ereignisse bei ihrem Kind. Davon entfielen 40% (n=26) auf die Kategorie „Trennung, Tod oder Verlust“, 15.4% (n=10) auf „Umzug“, 13.8% (n=9) auf „Geschwisterkind“ und 12.3% (n=8) auf „Krankheit, Operation oder Unfall“. Des Weiteren entfielen 7.7% (n=5) auf „Scheidung der Eltern“, 6.2 % (n=4) auf „anderes“ (zweimal Wechsel des Kindergartens, einmal Einbruch und einmal finanzielle Not), 3.1% (n=2) auf „Streit, Probleme mit Eltern, Freunden oder Familie“ und 1.5% (n=1) auf „mehrere Belastungen“ (Umzug und Krankenhausaufenthalt des Bruders).

**Tabelle 15:** Seelisch schwer belastende Lebensereignisse  
in den letzten 6 Monaten

	n	% der Antworten	% der Fälle
beängstigende/demütigende Lebensereignisse	7	10.3	12.5
finanzielle/materielle Not	2	2.9	3.6
längere Trennung von Mutter/Vater	9	13.2	16.1
schwerer Streit	2	2.9	3.6
Sündenbockzuweisung	1	1.5	1.8
Umzüge	7	10.3	12.5
veränderte Familienbeziehungen	20	29.4	35.7
Verlust enger Freundschaft/Liebesbeziehung	2	2.9	3.6
andere schwere seelische Belastung	18	26.5	32.1
gesamt	68	100	121.4

*Anmerkung: n=56*

Die nächste Tabelle (Tabelle 16) zeigt einen Zusammenhang zwischen früheren seelisch schwer belastenden Lebensereignissen und solchen, die sich in den letzten sechs Monaten ereignet hatten. Kinder, die früher schon einmal unter seelisch schwer belastenden Ereignissen gelitten hatten, erlebten mit einer 1.27fach höheren Wahrscheinlichkeit später noch einmal solch belastende Momente.

**Tabelle 16:** Seelisch schwer belastende Lebensereignisse früher  
und in den letzten 6 Lebensmonaten

		frühere seelische Belastungen			
			nein	ja	gesamt
belastende Ereignisse in den letzten 6 Monaten	nein	%	83.9	16.1	100
		n	281	54	335
	ja	%	80.4	19.6	100
		n	45	11	56
gesamt		%	83.4	16.6	100
		n	326	65	391

*Odds ratio: 1.27; Anmerkung: n=391*

### 3.2.2.5 Probleme beim Besuch des Kindergartens

30.2% (n=118) der Eltern gaben an, dass ihre Kinder Probleme beim Besuch des Kindergartens haben würden oder gehabt hätten. Hier wurde überwiegend die Trennungsangst genannt (46.6%; n=81). Siehe Tabelle 17. Durchschnittlich wurden pro Kind eineinhalb Probleme angegeben.

**Tabelle 17:** Probleme beim Kindergartenbesuch

	n	%der Antworten	% der Fälle
Aggressionen	8	4.6	6.8
Kontaktprobleme	39	22.4	33.1
schlechtes Betragen	9	5.2	7.6
Spielprobleme	9	5.2	7.6
Trennungsangst	81	46.6	68.6
Überaktivität	6	3.4	5.1
andere Probleme	22	12.6	18.6
gesamt	174	100	147.5

*Anmerkung: n=118; andere Probleme: 4mal internalisierende Verhaltensauffälligkeiten, 1mal externalisierende Verhaltensauffälligkeit, 2mal krankheitsbedingt, 4mal Ängste, 2mal Einkoten/Einnässen und 4mal anderes*

### 3.3 Häufigkeit und Verteilung depressiver Auffälligkeiten im Eltern- und Erzieherurteil

Anhand der Skala „Ängstlich/Depressiv“ der CBCL sowohl in kategorialer als auch in dimensionaler Ebene und anhand des modifizierten DSM-IV-Fragebogens wird eine Aussage über die Häufigkeit depressiver Auffälligkeiten aus Sicht der Eltern und der Erzieher getroffen.

#### 3.3.1 CBCL

##### 3.3.1.1 CBCL (kategorial)

**Tabelle 18:** Antworten der CBCL-Skala Ängstlich/Depressiv

	Eltern		Erzieher	
	%	n	%	n
nicht zutreffend	86.2	337	79.6	401
manchmal zutreffend	8.4	33	11.3	57
genau oder häufig zutreffend	5.4	21	9.1	46
gesamt	100	391	100	504

Tabelle 18 sowie die Grafiken 3 und 4 (siehe Anhang) geben die Häufigkeiten der gewählten Antwortkategorien aus Sicht der Eltern und Erzieher der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ an. Es zeigt sich, dass 5.4% (n=21) der Eltern und 9.1% (n=46) der Erzieher die Kinder nach der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ als auffällig (im klinischen Bereich, das heißt oberhalb der 98. Perzentile) einstufen. Somit wurden fast doppelt so viele Kinder von den Erziehern wie von den Eltern als depressiv bewertet. 8.4% (n=33) der Eltern und 11.3% (n=57) der Erzieher sahen die Kinder im grenzwertigen Bereich (zwischen der 95. und 98. Perzentile) bezüglich der CBCL Skala „Ängstlich/Depressiv“ als auffällig an.

## 3.3.1.2 CBCL (dimensional)

**Tabelle 19:** CBCL Ängstlich/Depressiv in der Kategorie „genau/häufig zutreffend“

	Eltern			Erzieher		
	MED	%	n	MED	%	n
Perfektionismus	0	8.4	33	0	8.3	42
Befangenheit	1.0	8.2	32	1.0	13.1	66
Furchtsamkeit	0	4.3	17	0	6.7	34
viel weinen	0	3.8	15	0	4.2	21
Misstrauen	0	2.6	10	0	5.1	26
zu viele Sorgen machen	0	2.6	10	0	3.0	15
Nervosität	0	1.5	6	0	6.3	32
Deprimiertheit	0	1.0	4	0	5.0	25
sich ungeliebt fühlen	0	1.0	4	0	1.2	6
Einsamkeit	0	0.8	3	0	1.8	9
Angst haben	0	0.8	3	0	1.6	8
sich bedroht fühlen	0	0.3	1	0	3.6	18
Minderwertigkeitsgefühle	0	0.3	1	0	3.2	16
starke Schuldgefühle	0	0.3	1	0	0.8	4
<i>Anmerkung:</i>			n=391			n=505

In Tabelle 19 beziehen sich die Stichprobenanzahl und der Prozentwert nur auf die Antwort „auffällig“. Die Items wurden in absteigender Häufigkeit bezüglich der Antwort der Eltern sortiert. Es fallen deutliche Schwankungen in der Häufigkeit der Antwort „auffällig“ zwischen den Eltern und den Erziehern auf. Auch hier sieht man, dass die Erzieher die Kinder häufiger als die Eltern in allen Items der Depressivität und Ängstlichkeit als auffällig eingestuft haben. Bei den Eltern wird das Item „Perfektionismus“ (8.4%; n=33) am häufigsten genannt. Im Gegensatz dazu nannten die Erzieher das Item „Befangenheit“ am zahlreichsten (13.1%; n=66).

### 3.3.2 DSM-IV

#### 3.3.2.1 Konventionelle DSM-IV-Kriterien (kategorial)

**Tabelle 20:** Konventioneller DSM-IV kategorial

	Eltern		Erzieher	
	%	n	%	n
nein	99.5	389	94.9	479
ja	0.5	2	5.1	26
gesamt	100	391	100	505

#### 3.3.2.2 Modifizierte DSM-IV-Kriterien (kategorial)

**Tabelle 21:** Modifizierter DSM-IV kategorial

	Eltern		Erzieher	
	%	n	%	n
nein	99.5	389	93.3	471
ja	0.5	2	6.7	34
gesamt	100	391	100	504

Aus den Tabellen 20 und 21 sowie aus den Grafiken 5 bis 7 (siehe Anhang) geht hervor, dass die Erzieher die Kinder sowohl nach den konventionellen (5.1%) als auch nach den modifizierten DSM-IV-Kriterien (6.7%) als depressiv eingestuft haben (Anmerkung: Die Antworten „nein“ und „ja“ beziehen sich auf die Diagnosestellung der Depression nach den DSM-IV-Kriterien). Im Gegensatz dazu waren es bei den Eltern nur 0.5% nach den modifizierten und konventionellen DSM-IV-Kriterien. Dies zeigt einen deutlichen Unterschied bei der Beurteilung der Prävalenz depressiver Auffälligkeiten zwischen beiden Urteilern.

### 3.4 Übereinstimmung der Urteiler

In diesem Kapitel wird die Konkordanz der Instrumente zwischen den Eltern und den Erziehern überprüft.

#### 3.4.1. SDQ

##### 3.4.1.1 SDQ (kategoriale Ebene)

**Tabelle 22:** Beurteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Erziehern

	K
Emotionale Probleme	.21
Verhaltensprobleme	.15
Hyperaktivität	.24
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	.21
Prosoziales Verhalten	.10
Gesamtproblemwert	.16

*Anmerkung: n=382; K= Cohen`s Kappa*

Aus Tabelle 22 ist ersichtlich, dass zwischen Eltern und Erziehern nur eine geringe Übereinstimmung bezüglich der Beurteilung des SDQ vorliegt. Der höchste Kappa-Wert ( $K=.24$ ) liegt auf der Skalenebene „Hyperaktivität“, spiegelt also eine externalisierende Verhaltensstörung wider. Jedoch zeigt auch dieser Wert nur einen sehr kleinen Zusammenhang an. Die Urteilerübereinstimmungen der anderen Problemskalen des SDQ sind nur sehr klein bzw. nicht vorhanden.

## 3.4.1.2 SDQ (dimensionale Ebene)

**Tabelle 23:** Urteilerübereinstimmung nach Pearson zwischen Eltern und Erziehern

		1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Emotionale Probleme	r	.35	.00	.03	.12	-.01	.17
2. Verhaltensprobleme	r	.08	.34	.25	.11	-.23	.27
3. Hyperaktivität	r	.04	.26	.35	.12	-.18	.28
4. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	r	.09	.13	.19	.33	-.15	.28
5. Prosoziales Verhalten	r	-.06	-.24	-.22	-.17	.28	-.24
6. Gesamtproblemwert	r	.20	.27	.32	.24	-.21	.37

Anmerkung:  $n=382$

Bei der Korrelation nach Pearson auf dimensionaler Ebene wird der höchste Korrelationskoeffizient ( $r=.35$ ) bei den emotionalen Problemen und der Hyperaktivität zwischen Eltern und Erziehern errechnet. In Tabelle 23 zeigt sich insgesamt nur ein sehr kleiner Zusammenhang.

## 3.4.2. CBCL

## 3.4.2.1 CBCL (kategoriale Ebene)

In einer Beurteilerübereinstimmungsprüfung nach Kappa wird für die Skala „Ängstlich/Depressiv“  $K=.12$  und die CBCL-Skala „Körperliche Beschwerden“  $K=.02$  erreicht. Folglich besteht zwischen beiden Problemskalen der CBCL kein Zusammenhang im Eltern- und Erzieherurteil.

## 3.4.2.2 CBCL (dimensionale Ebene)

**Tabelle 24:** Urteilerübereinstimmung nach Pearson zwischen Eltern und Erziehern

	Ängstlich/Depressiv		Körperliche Beschwerden	
	r	p	r	p
Ängstlich/Depressiv	.24	.000	.11	.040
Körperliche Beschwerden	.14	.007	.22	.000

*Anmerkung: n= 382*

Auch bei der Korrelation der CBCL auf dimensionaler Ebene zeigt sich nur ein kleiner Zusammenhang auf beiden Skalen.

**3.4.3 DSM-IV (kategoriale Ebene)**

Sowohl bei dem nach konventionellen DSM-IV-Kriterien ( $K=.01$ ) als auch bei dem nach modifizierten DSM-IV-Kriterien ( $K=.07$ ) ausgewerteten Fragebogen zeigt sich fast kein Zusammenhang zwischen beiden Urteilern.

### 3.5 Analyse eines Zusammenhangs zwischen den Merkmalen des Kindes, seiner Familie, der Lebenssituation und depressiver Symptomatik

**Tabelle 25:** Prädiktoren depressiver Auffälligkeit

	CBCL		SDQ Emotionale	
	Ängstlich/Depressiv		Probleme	
	Eltern	Erzieher	Eltern	Erzieher
R (R <sup>2</sup> )	.46 (.22)	.29 (.08)	.43 (.18)	.26 (.07)
F	15.357	7.480	16.211	12.241
df	9/504	6/507	7/506	3/510
p	.000	.000	.000	.000
Probleme Kindergartenbesuch	.31	.09	.27	.15
Staatsangehörigkeit Mutter	.12			
Brille/Kontaktlinsen	.12			
Alter (Jahre)	.11		.11	
Betreuungsstatus	.10		.12	
Beruf Vater	-.11			
frühere schwere seelische Belastungen	.12		.14	
Beziehungsstatus Eltern	-.13		-.13	
belastende Lebensereignisse	.10	.16	.13	.16
Behandlungsstatus			.09	
seelische Erkrankungen in der Familie		.09		
Tätigkeit der Mutter		.11		
Urteiler		-.09		
frühere seelische Behandlung		.09		
Anzahl Kindergartenkinder				.12

*Anmerkung: Methode: schrittweise; Einschlusskriterium:  $p(F) < .05$ ; fehlende  $\beta$ -Werte beruhen auf fehlendem Erklärungswert*

Mit Hilfe der multiplen Regressionsanalyse (schrittweise Aufnahme der Regressoren, Kriterium  $p(F) < .05$ ) wurde ein Vorhersagemodell mit selektierten unabhängigen Variablen für die abhängigen Variablen errechnet (CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ für Eltern und Erzieher sowie SDQ-Skala „Emotionale Probleme“ für Eltern und Erzieher). Alle aus der Literatur bekannten wichtigen unabhängigen Variablen (siehe Kapitel 2.3.2.1), die das Umfeld des Kindes und seiner Familie betreffen, wurden ausgewählt und in diese Regressionsanalysen mit einbezogen. Tabelle 25 zeigt die vier Regressionsmodelle. Dem errechneten Modell zufolge leisteten die Variablen „Probleme beim Kindergartenbesuch,

---

Staatsangehörigkeit der Mutter, Tragen von Brille oder Kontaktlinsen, Alter, Betreuungsstatus, Beruf des Vaters, frühere schwere seelische Belastungen, Beziehungsstatus der Eltern und belastende Lebensereignisse“ zusammen mit 22% Varianzaufklärung den höchsten Beitrag zur Prädiktion des Ausmaßes der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ bei den Eltern. Des Weiteren zeigten die Variablen „belastende Lebensereignisse, seelische Erkrankungen in der Familie, Tätigkeit der Mutter, Urteiler und frühere seelische Behandlung“ mit 8% Varianzaufklärung den höchsten Beitrag zur Prädiktion des Ausmaßes der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ bei den Erziehern (zu den SDQ-Skalen „Emotionale Probleme“ der Eltern und Erzieher siehe Tabelle 25).

## 3.6 Nebenrechnungen

### 3.6.1 Merkmale des psychischen Befindens

#### 3.6.1.1 SDQ

Bei der Auswertung des SDQ-Fragebogens der Eltern und der Erzieher sind die fünf einzelnen Problemskalen (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten) und der Gesamtproblemwert berücksichtigt. Des Weiteren sind Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum aufgelistet (Angaben zur Interpretation der Werte siehe Kapitel 2.3.2.2).

**Tabelle 26:** Verteilungskennwerte des SDQ im Erzieher- und Elternurteil (dimensional)

	Eltern				Erzieher			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Emotionale Probleme	1.8	1.64	0	7	2.2	2.25	0	10
Verhaltensprobleme	2.1	1.43	0	8	2.0	1.96	0	10
Hyperaktivität	3.2	2.37	0	10	3.6	2.71	0	10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1.4	1.55	0	8	1.7	2.00	0	10
Prosoziales Verhalten	7.6	1.66	1	10	6.6	2.38	0	10
Gesamtproblemwert	8.6	4.73	0	28	9.4	6.39	0	36

*Anmerkung: n=391*

*Anmerkung: n=505*

Die Tabelle 26 zeigt, dass im Mittel in fast allen Kategorien (Ausnahme: „Verhaltensprobleme“) die Erzieher die Kinder als auffälliger bewertet haben als die Eltern. Des Weiteren erreichten die Kinder häufiger die maximale Punktzahl von den Erziehern (Ausnahme: „Verhaltensprobleme“).

**Tabelle 27:** Verteilungskennwerte des SDQ im Elternurteil (kategorial)

		normal	grenzwertig	auffällig	gesamt
Emotionale Probleme	%	83.9	8.7	7.4	100
	n	328	34	29	391
Verhaltensprobleme	%	68.8	15.3	15.9	100
	n	269	60	62	391
Hyperaktivität	%	83.4	6.4	10.2	100
	n	326	25	40	391
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	%	77.2	11.5	11.3	100
	n	302	45	44	391
Prosoziales Verhalten	%	89	6.9	4.1	100
	n	348	27	16	391
Gesamtproblemwert	%	85.7	7.2	7.2	100
	n	335	28	28	391

*Anmerkung: n=391*

**Tabelle 28:** Verteilungskennwerte des SDQ im Erzieherurteil (kategorial)

		normal	grenzwertig	auffällig	gesamt
Emotionale Probleme	%	83.8	6.9	9.3	100
	n	423	35	47	505
Verhaltensprobleme	%	63.8	18.2	18	100
	n	322	92	91	505
Hyperaktivität	%	77.8	7.1	15.1	100
	n	393	36	76	505
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	%	83.2	5.7	11.1	100
	n	420	29	56	505
Prosoziales Verhalten	%	67.1	14.5	18.4	100
	n	339	73	93	505
Gesamtproblemwert	%	69.3	14.7	16	100
	n	350	74	81	505

*Anmerkung: n=505*

Aus den Tabellen 27 und 28 wird ersichtlich, dass (bei der Gesamtauswertung des SDQ) die Eltern in 85.7% der Fälle ihr Kind als normal ansahen, im Gegensatz dazu waren es bei den Erziehern nur 69.3%. Die Kategorie „Emotionale Probleme“ wurde fast identisch bewertet, bei den Kategorien „Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ divergierten die Urteile der Eltern von denen der Erzieher um 5% oder ein

wenig mehr. Hingegen weicht das Ergebnis der Kategorie „Prosoziales Verhalten“ um mehr als 20% voneinander ab.

### 3.6.1.2 CBCL

Es folgt die Auswertung des nur in zwei Syndromskalen erster Ordnung eingesetzten CBCL-Fragebogens, welcher sowohl von Eltern als auch von Erziehern ausgefüllt wurde. Dieser Fragebogen wird geschlechtsspezifisch bearbeitet (genauere Angaben zur Auswertung siehe Kapitel 2.3.2.2).

**Tabelle 29:** Verteilungskennwerte des CBCL im Erzieher- und Elternurteil (dimensional)

	Eltern				Erzieher			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Ängstlich/Depressiv; beide Geschlechter	3.4	3.14	0	16	3.9	4.45	0	25
Körperliche Beschwerden; beide Geschlechter	1.1	1.39	0	8	0.55	1.12	0	7

*Anmerkung: n=391*      *Anmerkung: n=505*

Beim Vergleich der Mittelwerte zwischen Eltern- und Erzieherurteil in Tabelle 29 zeigen sich auf der Skalenebene „Ängstlich/Depressiv“ höhere Werte bei den Erziehern. Auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ liegt der Mittelwert bei den Eltern doppelt so hoch wie bei den Erziehern.

**Tabelle 30:** Verteilungskennwerte des CBCL im Elternurteil (kategorial)

		normal	grenzwertig	auffällig	gesamt
Ängstlich/Depressiv; männlich	%	86.1	8.9	5	100
	n	174	18	10	202
Ängstlich/Depressiv; weiblich	%	86.2	7.9	5.8	100
	n	163	15	11	189
Ängstlich/Depressiv; beide Geschlechter	%	86.2	8.4	5.4	100
	n	337	33	21	391
Körperliche Beschwerden; männlich	%	86.6	7.4	5.9	100
	n	175	15	12	202
Körperliche Beschwerden; weiblich	%	93.1	4.8	2.1	100
	n	176	9	4	189
Körperliche Beschwerden; beide Geschlechter	%	89.8	6.1	4.1	100
	n	351	24	16	391

**Tabelle 31:** Verteilungskennwerte des CBCL im Erzieherurteil (kategorial)

		normal	grenzwertig	auffällig	gesamt
Ängstlich/Depressiv; männlich	%	83.7	9.4	6.9	100
	n	205	23	17	245
Ängstlich/Depressiv; weiblich	%	75.1	13.3	11.6	100
	n	175	31	27	233
Ängstlich/Depressiv; beide Geschlechter	%	79.5	11.3	9.2	100
	n	380	54	44	478
Körperliche Beschwerden; männlich	%	95.1	2.9	2	100
	n	233	7	5	245
Körperliche Beschwerden; weiblich	%	84	3.4	2.6	100
	n	219	8	6	233
Körperliche Beschwerden; beide Geschlechter	%	94.6	3.1	2.3	100
	n	452	15	11	478

Aus den Tabellen 30 und 31 wird erkennbar, dass auch bei diesem Fragebogen die Eltern in Bezug auf die Kategorie „Ängstlich/Depressiv“ ihre Kinder häufiger als normal einschätzten, als dies die Erzieher taten (79.5% versus 86.2%). In der Kategorie „Körperliche Beschwerden“ wurden die Kinder von den Erziehern mehrmaliger als normal bezeichnet als von den Eltern (94.6% versus 89.8%).

### 3.6.1.3 DSM-IV

Die Auswertung des nach den DSM-IV-Kriterien gerichteten Fragebogens wird in den Tabellen 32 und 33 dargestellt.

**Tabelle 32:** DSM-IV-Auswertung der Eltern

	DSM-IV-Diagnostik konventionell		DSM-IV-Diagnostik modifiziert	
	%	n	%	n
ja	0.5	2	0.5	2
nein	99.5	389	89.5	389
gesamt	100	391	100	391

*Anmerkung: n=391*

**Tabelle 33:** DSM-IV-Auswertung der Erzieher

	DSM-IV-Diagnostik konventionell		DSM-IV-Diagnostik modifiziert	
	%	n	%	n
ja	5.1	26	6.7	34
nein	94.9	479	93.3	471
gesamt	100	505	100	505

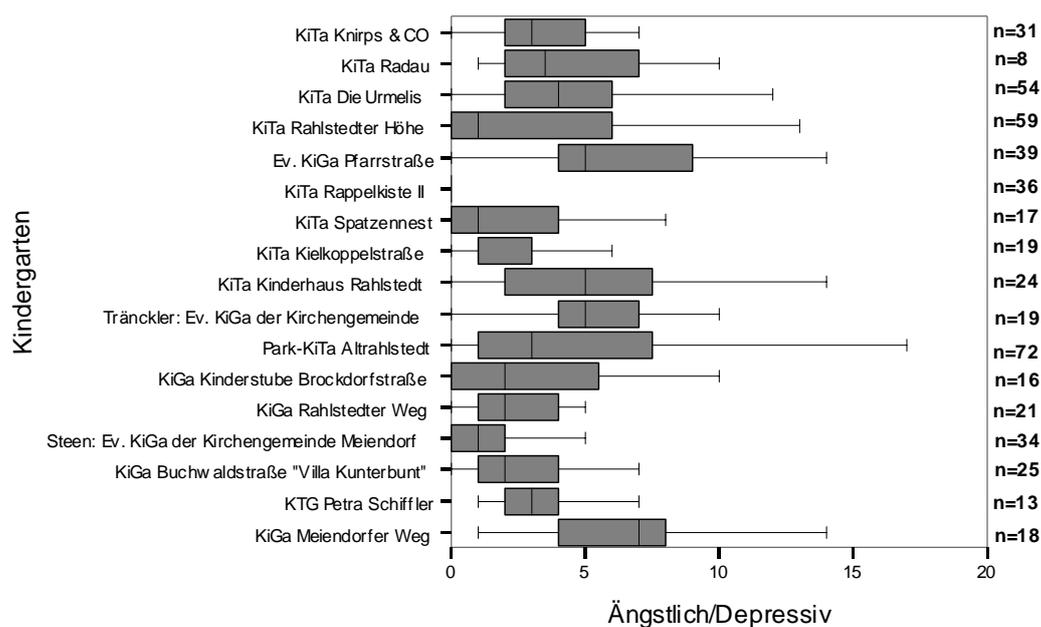
Anmerkung: n=505

Man sieht (siehe Tabellen 32 und 33), dass die Erzieher, im Gegensatz zu den Eltern, die Kinder häufiger nach den DSM-IV-Kriterien als depressiv einstufen. Sowohl nach der konventionellen als auch nach der modifizierten Diagnostik divergieren das Erzieher- und Elternurteil (konventionelle Diagnostik: 5.1% versus 0.5% und modifizierte Diagnostik: 6.7% versus 0.5%). Des Weiteren zeigt sich, dass sich beim Elternurteil kein Unterschied in der Häufigkeit einer Diagnose nach den verschiedenen DSM-IV-Kriterien ergibt, während dies bei den Erziehern anders ist (5.1% versus 6.7%).

### 3.6.2 Unterschiede zwischen den Kindergärten

#### 3.6.2.1 CBCL „Ängstlich/Depressiv“ (dimensional)

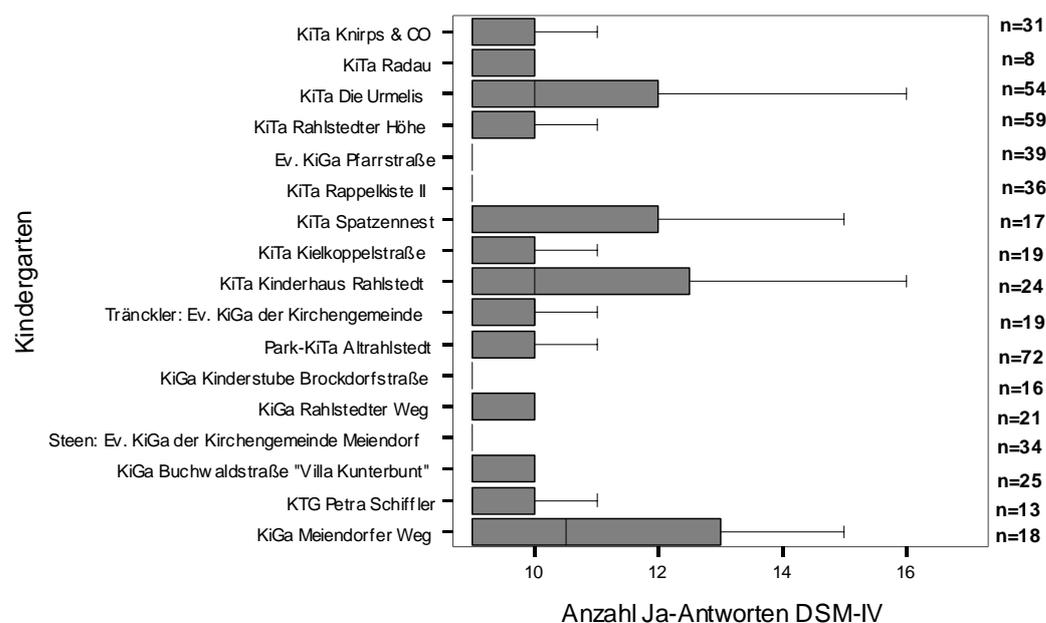
**Grafik 1:** Rohdatenauswertungen der CBCL "Ängstlich/Depressiv" in Abhängigkeit der Kindergärten



Die Grafik 1 zeigt auf der x-Achse Rohdatenauswertungen der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ und auf der y-Achse die verschiedenen teilnehmenden Kindergärten. Sowohl die Mediane als auch die Streuung der Rohdatenwerte der CBCL fallen stark unterschiedlich zwischen den verschiedenen Kindergärten aus. Eine besonders hohe Mediane zeigt der KiGa Meiendorfer Weg. Allerdings weisen auch die Kindergärten Ev. KiGa Pfarrstraße, KiTa Kinderhaus Rahlstedt und Ev. KiGa der Kirchengemeinde (Tränckler) höhere Medianebenen auf. Die Stichprobengröße gibt die jeweilige Anzahl an Kindern an, die bei jedem einzelnen Kindergarten an der Studie teilgenommen hat.

### 3.6.2.2 DSM-IV (dimensional)

**Grafik 2:** Rohdatenauswertungen der DSM-IV-Kriterien in Abhängigkeit der Kindergärten



Die Grafik 2 zeigt auf der x-Achse Rohdatenauswertungen des DSM-IV-Fragebogens und auf der y-Achse die verschiedenen teilnehmenden Kindergärten. Falls alle der neun Symptomkomplexe mit „nein“ beantwortet werden, nimmt der jeweilige Wert auf der x-Achse die Mindestpunktzahl neun an. Bei jedem weiteren „ja“ nimmt der x-Achsen-Wert um einen Punkt zu. Maximal können somit 18 Punkte erreicht werden, dann wären alle Symptomkomplexe mit „ja“ beantwortet worden. Auch hier zeigt sich ein bedeutender Unterschied in der Bewertung nach den DSM-IV-Kriterien unter den verschiedenen Kindergärten. Der Kindergarten KiGa Meiendorfer Weg zeigt die höchste Mediane (auch bei

der Auswertung der CBCL- Skala „Ängstlich/Depressiv“ ist diese besonders hoch). Die Streuung um die Mediane ist bei vier Kindergärten besonders groß.

### 3.6.3 Übereinstimmung der Instrumente

Sofern es möglich war, wurden die Fragebögen sowohl auf dimensionaler Ebene als auch auf kategorialer Ebene bezüglich ihrer Korrelation überprüft. Es werden die einzelnen Instrumente der Eltern untereinander und im Folgenden die Übereinstimmung der Erzieherurteile untereinander getestet. Vergleiche zwischen denen der Eltern und denen der Erzieher erfolgen im Erzieherkapitel.

#### 3.6.3.1 Eltern

##### SDQ (dimensionale Ebene)

Hier fällt auf, dass starke Korrelationen (ab  $r \geq .60$ ) ausschließlich zwischen dem Gesamtproblemwert und allen Einzelskalen (Ausnahme: „Prosoziales Verhalten“) zu finden sind. Die einzelnen Skalen untereinander korrelieren nicht, bzw. nur sehr schwach (siehe Tabelle 34 im Anhang).

##### CBCL (dimensionale Ebene)

Hier wurden die Rohwerte der CBCL „Körperliche Beschwerden“ mit denen der Skala „Ängstlich/Depressiv“ nach Pearson korreliert ( $r=.38$ ;  $p<.001$ ). Somit liegt hier nur ein kleiner Zusammenhang vor ( $n=391$ ).

##### SDQ und CBCL (dimensionale Ebene)

Ein starker Zusammenhang liegt nur zwischen der CBCL „Ängstlich/Depressiv“ und der SDQ-Skala „Emotionale Probleme“ ( $r=.65$ ;  $p<.001$ ) vor. Des Weiteren ist ein mittlerer Zusammenhang zwischen der CBCL „Ängstlich/ Depressiv“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert gegeben ( $r=.49$ ;  $p<.001$ ). Die anderen Skalen zeigen lediglich einen sehr kleinen bzw. keinen Zusammenhang (siehe Tabelle 35 im Anhang).

### SDQ und CBCL (kategoriale Ebene)

Bei der Korrelation des SDQ und der CBCL auf kategorialer Ebene nach Fisher's Exakter Test zeigt sich ein maximaler Kontingenzkoeffizient von  $C=.52$  (Korrelation zwischen der Skala „Ängstlich/Depressiv“ der CBCL und der Skala „Emotionale Probleme“ des SDQ). Somit liegt hier maximal ein mittlerer Zusammenhang vor. Ansonsten zeigen sich bei der Korrelation der beiden Instrumente nur schwache bis gar keine Zusammenhänge (siehe Tabelle 36 im Anhang).

### Modifizierter DSM-IV und konventioneller DSM-IV (kategorial)

Errechnet nach dem Chi-Quadrat-Test, ergeben sich folgende Werte: Chi-Quadrat nach Pearson: 96.747;  $C=.45$ ;  $P=.010$ . Damit liegt nur ein mittlerer Zusammenhang vor.

Auf Grund der geringen Gruppengröße sowohl bei dem nach den konventionellen DSM-IV-Kriterien als auch bei dem nach den modifizierten DSM-IV-Kriterien ausgewerteten Fragebogen macht es keinen Sinn diese mit dem CBCL- oder dem SDQ-Fragebogen zu korrelieren (389mal nein und zweimal ja).

#### 3.6.3.2 Erzieher

### SDQ (dimensionale Ebene)

Bei den Erziehern liegen weitaus größere Korrelationen als bei den Eltern vor (siehe auch Tabellen 34 und 37 im Anhang). Einmal zeigt sich eine sehr große Korrelation (zwischen Gesamtproblemwert und Hyperaktivität:  $r=.80$ ). Des Weiteren zeigt die Gesamtproblemwertskala zu allen anderen Faktoren, bis auf Prosoziales Verhalten, große Korrelationen ( $.60 < r < .80$ ). Auch die anderen Kategorien korrelieren in stärkerem Maß, als dies bei den Eltern der Fall ist.

### CBCL (dimensionale Ebene)

Hier wurden die Rohwerte der CBCL „Körperliche Beschwerden“ mit denen der Skala „Ängstlich/Depressiv“ nach Pearson korreliert ( $r=.37$ ;  $p<.001$ ). Somit liegt hier nur ein kleiner Zusammenhang vor ( $n=505$ ). Die Korrelation ist hier fast identisch mit jener der Eltern.

### SDQ und CBCL (dimensionale Ebene)

Ein großer Zusammenhang liegt nur zwischen der CBCL „Ängstlich/Depressiv“ und der SDQ-Skala „Emotionale Probleme“ ( $r=.75$ ;  $p<.001$ ) vor. Es zeigt sich wieder ein größerer Korrelationskoeffizient bei den Erziehern als bei den Eltern. Des Weiteren ist ein mittlerer Zusammenhang zwischen der CBCL „Ängstlich/Depressiv“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert gegeben ( $r=.55$ ;  $p<.001$ ). Die anderen Skalen zeigen lediglich einen sehr schwachen bzw. keinen Zusammenhang. Erneut wird eine insgesamt höhere Korrelation bei den Erziehern im Gegensatz zu den Eltern deutlich (siehe Tabelle 38 im Anhang).

### SDQ und CBCL (kategoriale Ebene)

Der maximale Kontingenzkoeffizient wird bei der Korrelation zwischen der Skala „Ängstlich/Depressiv“ der CBCL und der Skala „Emotionale Probleme“ des SDQ mit  $C=.58$  erreicht (siehe Tabelle 39 im Anhang). Auch hier liegt nur ein moderater Zusammenhang vor. Ansonsten zeigen sich bei der Korrelation der beiden Instrumente nur geringe bis gar keine Zusammenhänge. Allerdings ist auch bei dieser Korrelation wieder zu sehen, dass diese zwischen den Erziehern etwas höher liegt, als dies bei den Eltern der Fall ist.

### Modifizierter DSM-IV und konventioneller DSM-IV (kategorial)

Errechnet nach dem Chi-Quadrat-Test, ergeben sich folgende Werte: Chi-Quadrat nach Pearson: 319.673;  $C=.62$ ;  $P\leq.001$ . Damit liegt ein großer Zusammenhang bei sehr hoher Signifikanz vor. Auch ist hier eine weitaus höhere Übereinstimmung bei den Erziehern im Gegensatz zu den Eltern vorhanden.

Da bei dem nach den DSM-IV-Kriterien erstellten Fragebogen bei den Erziehern die Gruppengröße hinsichtlich einer Positiv- und Negativantwort groß genug war, bestand hier

die Möglichkeit, weitere Tests bezüglich der Übereinstimmung mit anderen Instrumenten durchzuführen.

#### Modifizierter DSM-IV-Fragebogen und SDQ (dimensional) und CBCL (dimensional)

Bei einer Überprüfung im t-Test wird deutlich (siehe Tabelle 40 im Anhang), dass die Kinder, die im modifizierten DSM-IV-Fragebogen von den Erziehern als depressiv eingestuft wurden, sowohl im CBCL- als auch im SDQ-Fragebogen auf allen Skalen deutlich höhere Rohdatenmittelwerte aufzeigen, teilweise sogar um das eineinhalbfache der Standardabweichung (CBCL „Körperliche Beschwerden“, CBCL „Ängstlich/Depressiv“ und SDQ „Emotionale Probleme“).

#### Konventioneller DSM-IV-Fragebogen und SDQ (dimensional) und CBCL (dimensional)

Aus einer Überprüfung der konventionellen DSM-IV-Kriterien im t-Test geht hervor, dass die von den Erziehern als depressiv eingestuften Kinder sowohl auf den beiden CBCL-Skalen als auch auf allen SDQ-Skalen im Mittel höhere Werte zeigen. Alle Mittelwertunterschiede sind mindestens signifikant, die Effekte liegen im mittleren und großen Bereich (siehe Tabelle 41 im Anhang).

#### Konventioneller und Modifizierter DSM-IV-Fragebogen und SDQ (kategorial) und CBCL (kategorial)

Bei Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen den DSM-IV-Kriterien und dem SDQ- sowie CBCL-Fragebogen auf kategorialer Ebene (nach Fisher's Exakter Test; siehe auch Tabelle 42 im Anhang) zeigen sich überwiegend kleine Zusammenhänge im Erzieherurteil.

## 4. Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Aussagen über die Prävalenz depressiver Auffälligkeiten der Kinder wurden sowohl mittels der kategorialen als auch der dimensional CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ sowie mittels der konventionellen DSM-IV-Kriterien und der modifizierten DSM-Kriterien nach Luby et al. (2002) für Eltern und Erzieher berechnet. Hier ergab sich im Urteil der Eltern eine Prävalenz depressiver Merkmale bezüglich der CBCL von 5.4% (im klinischen Bereich) und bezüglich der konventionellen und modifizierten DSM-IV-Kriterien von 0.5%. Aus der Sicht der Erzieher lagen folgende Werte hinsichtlich der Prävalenz depressiver Merkmale vor: Nach der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ waren 9.4% der Kinder (im klinischen Bereich) depressiv, nach den konventionellen DSM-IV-Kriterien 5.1% und nach den modifizierten DSM-IV-Kriterien 6.7%.

Bei der Auswertung der Ergebnisse fallen deutliche Unterschiede zwischen beiden Urteilern auf. Die kategoriale Auswertung des Instruments SDQ zeigte in der Gesamtauswertung einen prozentualen Anteil von 85.7% (n=335) der Kinder, die von den Eltern als normal eingestuft wurden. Im Gegensatz hierzu waren es bei den Erziehern 69.3% (n=350). Die Interpretation der Ergebnisse der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ deutet auf eine weitere Abweichung zwischen dem Eltern- und dem Erzieherurteil hin. Hier beurteilten die Eltern in 86.2% (n=337) die Kinder als normal, während es bei den Erziehern 79.5% (n=380) waren. Auch in der Auswertung des Fragebogens nach den konventionellen und den modifizierten DSM-IV-Kriterien zeigte sich eine Differenz zwischen den Erzieher- und Elternurteilen. Die Korrelationen nach Pearson und Kappa erreichten zwischen beiden Urteilern ebenfalls eine geringe Übereinstimmung (maximaler Korrelationswertwert:  $r=.37$ ).

Anhand der multiplen Regressionsanalyse wurde ein Zusammenhang zwischen depressiven Auffälligkeiten und Merkmalen des Kindes, seiner Familie und seiner Lebenssituation getestet. Für diese Analyse wurden sowohl die CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ als auch die SDQ-Skala „Emotionale Probleme“ verwendet. Es ergaben sich maximale  $\beta$ -Werte von .31 bei dem Merkmal „Probleme beim Kindergartenbesuch“ mit der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ der Elternurteile mit einer Varianzaufklärung von 22%. Ansonsten zeigten sich keine prägnanten Zusammenhänge zwischen den allgemeinen Merkmalen des Kindes und den psychischen Merkmalen aus Sicht der Eltern und Erzieher.

## 4.2 Methodische Kritik

Einige methodische Aspekte müssen bei der Interpretation der Ergebnisse kritisch betrachtet werden. Hierzu zählen das Studiendesign, die Auswahl der Stichprobe und die verschiedenen Instrumente, die in dieser Untersuchung verwendet wurden.

Zur Bestimmung von Prävalenzraten ist die Verwendung von Fragebögen die häufigste Methode. Zu den Vorteilen dieser Untersuchungsmethode gehören eine effiziente Durchführbarkeit und das Vermeiden von Interviewer-Artefakten durch gleichartige Beständigkeit. Es gibt jedoch auch einige Nachteile: Fehlklassifikationen (falsch positiv und falsch negativ), Verfälschungstendenzen durch Verständnisprobleme, Unwissenheit, Erinnerungslücken, Beobachtungsfehler usw. (vgl. Bortz & Döring, 2002). Auch eine Tendenz zur Ankreuzung des mittleren Wertes, das heißt weder das oberste noch das unterste Extrem zu wählen, kann bei der Evaluation in dieser Studie eine Rolle gespielt haben.

Obwohl bei der Auswertung der Fragebögen Anonymität zugesichert wurde, konnte diese Anonymisierung erst nach Zusammenführung des Eltern- und des Erzieherfragebogens zu dem jeweiligen Kind erfolgen. In dem Elternfragebogen wurde zu persönlichen Daten, wie Nettoeinkommen, Ausbildungsstand, Tätigkeit, familiären Problemen und Erkrankungen um Auskunft gebeten. Trotz Zusicherung der Schweigepflicht und Anonymität der Daten kann es sein, dass hier nicht ganz korrekte Angaben gemacht wurden und somit eine Ergebnisverzerrung nicht auszuschließen ist.

Einen weiteren nicht zu vernachlässigenden Einflussfaktor stellt die Subjektivität der beantwortenden Person dar. Dies gilt sowohl für Erzieher als auch für Eltern. Der überwiegende Teil der Elternfragebögen wurde von den Müttern ausgefüllt (84.3%). Nach Achenbach et al. (1987) tendieren Mütter häufiger dazu, über internalisierende Verhaltensprobleme zu berichten, als dies bei Vätern der Fall ist. Anhand dieser Studie kann jedoch keine Aussage über Mutter- bzw. Vaterverzerrung bezüglich der Ergebnisse gemacht werden, da eine zu geringe Anzahl von Vätern ( $n=12$ ) die Fragebögen ausgefüllt hat.

Das gewählte Studiendesign bei dieser Untersuchung, eine Querschnitts- oder Screeningstudie, kann korrelative Zusammenhänge prüfen, jedoch keine Angaben über kausale Abhängigkeiten oder ursächliche Faktoren machen (Hilgers et al., 2003; Fletcher & Wagner,

1999). Die Konzeption der Einstufigkeit lässt nur Erklärungen über die Prävalenz depressiver Merkmale bzw. Symptome zu. Es dürfen weder Aussagen über depressive Störungen getroffen werden noch darf die Diagnosestellung der Depression erfolgen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird bei Prävalenzstudien häufig die Konzeption der Querschnittsstudie verwendet (Kuschel, 2001; Barkmann, 2004). Allerdings ist die inhaltliche Validität stark durch Falldefinitionen geprägt und kann je nach Festlegung eines variierenden cut-off-Wertes schnell die Prävalenzrate einer Studie bzw. deren psychometrische Güte verändern und einen Vergleich zwischen verschiedenen Untersuchungen erschweren.

Ein weiterer methodischer Kritikpunkt ist die Erfassung der psychischen Merkmale nur aus Sicht der Eltern und der Erzieher. Die Kinder, die nach Martini et al. (1990) auch schon in diesem Alter ihre Gefühle zeigen und ausdrücken können, wurden nicht direkt interviewt, da diese Studie im Rahmen des für eine Person Realisierbaren gehalten werden musste. Somit entfällt bei der Beurteilung der Ergebnisse ein sehr wichtiger Parameter: die klinische Untersuchung, das psychiatrisch/psychologische Interview und das Beobachten der Interaktion zwischen Kind, Eltern und Gleichaltrigen. Andere Personen, die in einer nahen Beziehung zu dem Kind stehen, beurteilen durch den eigenen Gefühlzustand, durch Ängste, Sorgen und auch durch andere Umstände das Verhalten des Kindes subjektiv und beeinflussen somit die Ergebnisse.

Von den 31 angeschriebenen Kindergartenleitungen in dem selektierten Stadtteil verweigerten 14 (45.2%) eine Beteiligung an dieser Studie. Auch viele Eltern in den Kindergärten lehnten eine Teilnahme ab bzw. gaben Desinteresse an (durchschnittliche Teilnahmequote 68%) oder brachten den Fragebogen nicht oder unausgefüllt zurück (23.9%). Bei einer Absage durch die Kindergartenleitung ist es schwierig, exakte Rückschlüsse auf eine etwaige Verzerrung vorzunehmen. Auf jeden Fall spielen hier Motivation, Zeit, personelle Besetzung, Interesse an der psychischen Situation der Kinder und auch persönliche Erfahrungen eine große Rolle. In der Literatur ist es umstritten, ob die Verweigerung der Teilnahme an einer psychologischen Untersuchung als Indiz für das Vorliegen einer Auffälligkeit zu interpretieren ist (Remschmidt & Walter, 1990). Einerseits zeigt sich bei Verweigerern eine Tendenz zu höheren Auffälligkeitsraten (Walter, 1993), andererseits fanden Verhulst & Akkerhuis (1989) keinen höheren Gesamtscore bei Kindern, deren Eltern eine Teilnahme abgelehnt hatten.

Mehrfach wurde auf das Fehlen geeigneter Screeningmethoden zur Erfassung depressiver Merkmale im Kindergartenalter hingewiesen. So stehen entweder Instrumente zur Verfügung, die depressive Auffälligkeiten bei Kindern ab sechs Jahren erfragen, oder die Verfahren sind international nicht vergleichbar oder sie ermitteln primär nicht depressive Merkmale, sondern psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Studie auf standardisierte und international anerkannte Instrumente zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken für Kinder und Jugendliche (SDQ und CBCL) zurückgegriffen. Diese beiden Fragebögen sind inzwischen in Bezug auf Validität und Reliabilität ausreichend untersucht und publiziert worden (siehe Kapitel 2.3.). Allerdings ist an dieser Stelle anzumerken, dass sich die Untersuchungen nur auf den Einsatz der kompletten CBCL beziehen. In dieser Studie sind jedoch nur zwei statt acht Symptomskalen verwendet worden. Somit kann durch das Fehlen der sechs anderen Problemskalen, die externalisierende und gemischte Auffälligkeiten ermitteln, auf die Ergebnisse eingewirkt worden sein. Nach Klasen et al. (2003) liegt eine hohe Korrelation ( $r=.69$ ) bezüglich internalisierender Verhaltensauffälligkeiten und emotionaler Probleme zwischen CBCL und SDQ vor. Viele Studien zeigen, dass typischerweise erwachsenenäquivalente Symptome bei depressiven Erkrankungen im Kindergartenalter auftreten (Carlson & Kashani, 1988). Allerdings ist das komorbide Auftreten von depressiven Erkrankungen und anderen psychischen Störungen in der Literatur bekannt (Angold et al., 1999). Da in dieser Studie jedoch hauptsächlich nach internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten mittels aller Instrumente gefragt wurde, kann bei einer Überdeckung der charakteristischen depressiven Symptome durch andere Störungen wie externalisierende Verhaltensauffälligkeiten das Ergebnis geringfügig beeinflusst worden sein. Auch die noch nicht ausreichend untersuchte modifizierte Version der DSM-IV-Kriterien nach Luby et al. (2002) bezüglich Validität und Reliabilität für Vorschul- bzw. Kindergartenkinder erschweren einen Vergleich zu anderen Studien.

Als abschließender methodischer Kritikpunkt ist die geringe Stichprobengröße zu nennen. Insgesamt nahmen 514 Kinder an dieser Untersuchung teil. Von dieser Anzahl sind bei 382 Kindern die Elternbögen vorhanden. Bei diesen zurückgegebenen Elternfragebögen fehlen in einigen Fällen Angaben zu persönlichen Daten, so dass hier die Fallgröße noch etwas weiter sinkt. Gerade eine geringe Fallgröße in Verbindung mit der Prävalenzbeurteilung eines seltenen psychischen Merkmals wie depressive Auffälligkeiten können Aussagen über Zusammenhänge erschweren bzw. deren Ergebnis in Frage stellen.

## 4.3 Diskussion der Hauptergebnisse

### 4.3.1 Prävalenz depressiver Merkmale

Aus Sicht der Eltern (Erzieherwerte in Klammern) lagen 8.4% (11.3%) der Kinder in einem grenzwertigen Bereich und hinsichtlich der kategorialen Ebene der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ waren 5.4% (9.1%) klinisch auffällig. Auf der dimensionalen Skala wird von den Eltern am häufigsten „Perfektionismus“ und von den Erziehern „Befangenheit“ als auffälliges Symptom angegeben. Nach den modifizierten DSM-IV-Kriterien wurden nach dem Elternurteil 0.5% und nach dem Erzieherurteil 6.7% der Kinder als depressiv eingeschätzt. Somit konnte in der vorliegenden Studie das Vorhandensein depressiver Merkmale bei Kindergartenkindern mittels Fremdbeurteilung bestätigt werden. Dieses Ergebnis wurde durch alle Instrumente bekräftigt. Es zeigten sich jedoch höhere Prävalenzraten für depressive Merkmale als in anderen Studien. Des Weiteren ist eine ausgeprägte Divergenz zwischen den einzelnen Instrumenten vorhanden. Bemerkenswert ist außerdem eine signifikant höhere Prävalenzrate depressiver Symptome aus Sicht der Erzieher als aus Sicht der Eltern.

Die erhöhte Prävalenzrate depressiver Auffälligkeiten legt die Vermutung nahe, dass Kinder heute häufiger depressive Symptome zeigen als früher (Essau & Petermann, 2000a). Vor allem bei der erwachsenen Bevölkerung ist zurzeit eine Zunahme depressiver Erkrankungen zu finden oder sie werden häufiger als solche erkannt (Faust, 1996). Des Weiteren wird dieses psychiatrische Krankheitsbild in Praxen immer häufiger diagnostiziert (Laux, 1996). Diese Gegebenheit kann auch für das Kindergartenalter gelten. Die heutige Zeit ist durch einen starken technologischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wandel charakterisiert. Der steigende Leistungsdruck in der Gesellschaft, der schon das Schul- oder Erwachsenenalter beeinflusst, könnte sich schon direkt oder indirekt durch die Anforderungen der Eltern auf jüngere Kinder auswirken und depressive Symptome in diesem Alter hervorrufen. Eine Zunahme der Scheidungsraten und eine damit verbundene Steigerung von familiären Problemen können ebenso eine Erklärung für das Ergebnis der vorliegenden Studie sein. Im Gegensatz zu früher sind in der heutigen Zeit durch das Fernsehen und den Computer andere Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl für Eltern als auch für Kinder vorhanden. Des Weiteren steht die Selbstverwirklichung der Eltern oftmals im Vordergrund. Dadurch bleibt häufig weniger Zeit für die Bedürfnisse der Kinder. Außerdem übt die wirtschaftliche Ungewissheit

in der gegenwärtigen Zeit hinsichtlich Arbeitslosigkeit und Ausbildungsmöglichkeiten einen großen Einfluss auf die Grundstimmung der Bevölkerung aus. Mit diesen Gedanken und Sorgen um die Zukunft beschäftigen sich viele Eltern, was bei deren Kindern ebenfalls zu internalisierenden Auffälligkeiten führen kann.

Die höhere Prävalenzrate depressiver Auffälligkeiten in der vorliegenden Studie kann durch viele weitere Faktoren entstanden sein. In dieser Studie wurde zumeist nach internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten gefragt. Somit können die Urteiler durch die große Anzahl an Fragen nach depressiven Merkmalen und durch die wenigen Fragestellungen nach allgemeinen Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Sichtweise und auch in ihrer Aufmerksamkeit beeinflusst worden sein. Durch diese „Einseitigkeit“ der Fragen kann eine Tendenz der Eltern und Erzieher zu einer intensivierten Wahrnehmung und eventuell auch zu einer Überinterpretation trauriger oder depressiver Verhaltensweisen bei den Kindern provoziert worden sein.

Durch die Modifikation der DSM-IV-Kriterien von Luby et al. (2002) werden Kinder mit auch schon leichten depressiven Symptomen beobachtet (Luby et al., 2003b). Im Gegensatz dazu erfassen die konventionellen DSM-IV-Kriterien nur die schweren Fälle einer Major-Depression. Durch diese veränderte Version der DSM-IV-Kriterien wurden folglich auch in dieser Untersuchung schon Kinder mit geringeren depressiven Symptomen wahrgenommen und somit häufiger entdeckt, so dass sich daher gut die höhere Prävalenzrate erklären lässt. Auch die Zunahme der Prävalenz durch das Erzieherurteil bei Verwendung der modifizierten im Gegensatz zu den konventionellen DSM-IV-Kriterien unterstützt diese These von Luby et al. (2002). Allerdings kann dieser Erklärungsansatz nicht die Aufdeckung geringerer depressiver Auffälligkeiten bei den Kindern aus Sicht der Eltern deuten.

Gerade eine mögliche Beeinflussung der Urteiler durch den Titel der Studie könnte die höhere Prävalenz aus Sicht der Erzieher erklären. Dieser lautete zwar „Studie zum psychischen Befinden im Kindergartenalter“, um eine Beeinflussung der Informanten zu vermeiden. Im Gegensatz zu den Eltern wurden jedoch sowohl die Kindergartenleitungen als auch die Erzieher über die primäre Fragestellung dieser Studie in Kenntnis gesetzt. Somit kann durch dieses Wissen eine Beeinflussung zu vermehrter Wahrnehmung depressiver Merkmale vor allem bei den Erziehern entstanden sein.

Nach Blanz et al. (1999) zeigen sich vor allem für die CBCL-Skalen „Ängstlich/Depressiv“ und „Sozialer Rückzug“ erhöhte Mittelwerte bei Kindern, die in der Innenstadt im Gegensatz zu Neubaugebieten leben. Obwohl alle untersuchten Kinder in der vorliegenden Studie aus Kindergärten desselben Stadtteils stammen, können auch innerhalb eines großen Stadtteils wie Rahlstedt Unterschiede in der Häufigkeit der Auftretens depressiver Auffälligkeiten durch Stadtteilunterschiede bedingt sein, wie z.B. vorhandene Grünflächen zum Spielen im Freien. Allerdings kann die Tatsache, dass bei der vorliegenden Studie erhöhte Prävalenzzahlen bezüglich depressiver Merkmale gefunden wurden, einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit an depressiven Auffälligkeiten und dem Wohnort weder ausschließen noch beweisen, da keine Vergleichsmöglichkeiten zu anderen Stadtteilen vorhanden sind.

In der Literatur wird häufiger eine erhöhte Rate an internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Eltern als aus Sicht der Erzieher beschrieben (Grietens et al., 2004; van Dusen Randazzo et al., 2003). Jedoch widersprechen einige Autoren dieser These (Blanz et al., 1999; Kashani et al., 1986). Gerade eine depressive Grunderkrankung bei den Eltern kann zu einem Ergebnisbias führen (Mesman & Koot, 2000; van Dusen Randazzo et al., 2003). Allerdings kamen Kashani et al. (1986) zu dem gegensätzlichen Ergebnis, dass Erzieher eher über depressive Symptome berichten als Eltern und Eltern depressive Symptome häufiger unterbewerten. Letztere Studiengruppe führte dies auf die Tatsache zurück, dass Eltern weniger Erfahrung mit anderen gleichaltrigen Kindern aufweisen. Auch der Glaube der Eltern, dass Kinder in diesem jungen Alter immer glücklich seien oder dass das Berichten über depressive Gefühle ihre eigenen elterlichen Fähigkeiten in Frage stellen könnte, war ein möglicher Erklärungsansatz von Kashani et al. (1986).

Folgende weitere Ursachen können für die deutlich höhere Prävalenzrate depressiver Merkmale aus Sicht der Erzieher vorliegen: Die Erzieher sehen die Kinder tagtäglich über lange Zeit. Anhand der guten Vergleichsmöglichkeiten zu den anderen Kindern können die Erzieher die psychische Situation der Kinder eventuell viel besser einschätzen. Auch hier kann die Aufmerksamkeit der Erzieher auf internalisierende Probleme durch den intensiven Kontakt erklärt werden. Zudem können Kinder im Spiel mit Gleichaltrigen oft gehemmt und unsicher wirken. Gerade im Kindergarten und vor allem während der Eingewöhnungsphase ergibt sich diese Situation häufiger. Diese These wird durch die am zahlreichsten genannte dimensionale Auffälligkeit „Befangenheit“ aus Sicht der Erzieher des CBCL-Fragebogens bekräftigt. Eine weitere mögliche Erklärung wäre, dass die Erzieher weniger

voreingenommen bzw. weniger befangen als die Eltern in der Beantwortung der Fragen nach depressiven Auffälligkeiten sind. Dass die Prävalenzrate depressiver Merkmale aus Sicht der Eltern niedrig ist, lässt sich vermutlich auch auf die Tatsache zurückführen, dass die Eltern in ihren Kindern eher Positives sehen und registrieren wollen als negative Gefühle und Merkmale zu beschreiben. Blanz et al. (1999) zeigten, dass Eltern häufig die psychischen Probleme ihrer Kinder nicht erkennen. Sie interpretieren die Ergebnisse auf Grund der Annahme der Eltern, dass diese nur zeitweilig bestehen und weder einer Diagnostik noch einer Behandlung bedürfen. Allerdings steht diese Interpretation im Gegensatz zu Grietens et al. (2004): Nach deren Meinung sind Eltern manchmal gerade bei ihren Kindern überängstlich und überbesorgt und können depressive Symptome bei ihren Kindern überbewerten. Andererseits können Kinder in der gewohnten häuslichen Umgebung ausgelassener wirken. Dadurch lassen sich seltener depressive Merkmale aus Sicht der Eltern erkennen. In ihrer gewohnten Umgebung und gerade zu Hause erscheinen sie dann glücklicher und ausgeglichener.

Im Folgenden werden nun die hier gefundenen Prävalenzraten mit anderen Studien verglichen. In allen Untersuchungen, bis auf die Screeningstudie von Kashani et al. (1986), sind niedrigere Prävalenzraten depressiver Merkmale hinsichtlich des Elternurteils eruiert worden. Dies kann an den unterschiedlichen Instrumenten (einzeitig oder zweizeitig, Fragebogen oder Interview), der größeren Altersspanne der untersuchten Kinder, der Auswahl der Stichprobe oder der unterschiedlich verwendeten Klassifikation liegen und ist in der methodischen Kritik schon ausreichend diskutiert worden (siehe Kapitel 4.2). Des Weiteren ist anzumerken, dass alle Studien, die ihre Stichprobe aus einer gesunden Bevölkerung gezogen haben, vorwiegend psychische Auffälligkeiten bei Kindern untersucht haben. Nur Kashani et al. (1986) untersuchten primär depressive Merkmale bei den Kindern. Somit kann die große Spannweite an Prävalenzraten depressiver Merkmale auch durch das Ziel der Studie verzerrt bzw. verändert worden sein.

Kuschel (2001) zeigte in einer Screeningstudie über psychische Auffälligkeiten an Braunschweiger Kindergartenkindern eine Symptomprävalenz mittels der Skala „Ängstlich/Depressiv“ der CBCL von 2.4% im klinisch auffälligen Bereich und 6.0% im Grenzbereich. Auch Blanz et al. (1999) und Haffner et al. (2002) wiesen mittels Screeninguntersuchungen durch die CBCL weitaus niedrigere Prävalenzraten (Blanz et al.: 0.9% und Haffner et al.: 1.72%) nach. Da bei allen diesen Untersuchungen das gleiche Instrument verwendet wurde,

kann die große Abweichung nicht, oder nur bedingt (siehe Kapitel 4.2), durch die Verschiedenheit der Methode erklärt werden. Hier ist die Stichprobenselektion (zweimal Schuleingangsuntersuchungen bzw. leicht ältere Kinder) als möglicher Einflussfaktor zu nennen. Ängstlichkeit bzw. Depressivität scheint folglich bei Kindergartenkindern eine größere Rolle zu spielen als bei Einschulungskindern. Gerade in dieser Lebensphase sind die Kinder häufig das erste Mal von ihren Eltern getrennt und klammern sich mehr an Erwachsene, sind noch sehr befangen, oft schüchtern und zu ängstlich, um mit gleichaltrigen Kindern zu spielen. Ebenfalls weinen sie häufiger als ältere Kinder. Kuschel (2001) hatte jedoch auch eine Gruppe von Kindergartenkindern untersucht und kam zu einer deutlich niedrigeren Symptomprävalenzrate. Allerdings wurden hier primär psychische Auffälligkeiten analysiert und die Auftretungsrate von depressiven Merkmalen nur in einem Unterpunkt erwähnt. Die höhere Prävalenzrate in der vorliegenden Studie kann durch das Überwiegen von Fragen nach depressiven Merkmalen und somit einer vermehrten Aufmerksamkeit zu diesen Problemen erklärt werden. In anderen zweizeitigen Untersuchungen, also nach ausführlicher Diagnostik, von Lavigne et al. (2001) und Larsson et al. (2004) wurden Raten zwischen 0.3% bis 2.2% gefunden. Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz könnte wieder im Ziel der Studien, die Untersuchung allgemeiner psychischer Auffälligkeiten, begründet sein. Die Verwendung unterschiedlicher Instrumente kann ebenfalls bedeutende Einflüsse auf das Ergebnis ausüben.

Die Studien von Kashani widmeten sich dagegen primär der Erfassung depressiver Störungen. Bei der 1986 durchgeführten Studie wurde mittels Fragebögen ein Screening durchgeführt. Hier wurden 8.3% der Kinder als auffällig depressiv erfasst. Diese hohe Prävalenzrate deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Erst in weiteren Untersuchungen durch diagnostische Interviews wurde diese hohe Anzahl als depressiv gescreenter Kinder revidiert und es ergab sich eine Prävalenzrate von 0.9%. Damit wird der Verdacht erhärtet, dass Prävalenzstudien stark durch den Untersuchungszweck und die Methodik beeinflusst werden können. Diese These begründet sich vor allem darauf, dass nur Kashani et al. (1986) primär depressive Symptome in ihrer Untersuchung bei Kindergartenkindern evaluiert haben und auf ein vergleichbares Ergebnis wie in der vorliegenden Studie gekommen sind. Zwei weitere Studien von Kashani & Carlson (1987) und Kashani et al. (1997), die depressive Erkrankungen bei Kindergartenkindern aus einem Zentrum für Entwicklungsstörungen untersuchten, zeigten Prävalenzraten von 0.9% bis 2.7%. Hier wurden jedoch jeweils zweizeitige Instrumente angewendet.

Somit lässt sich nach Veranschaulichung all dieser Thesen zum Auftreten depressiver Auffälligkeiten im Kindergartenalter zusammenfassen, dass die erhöhte Prävalenz depressiver Symptome vor allem auf die veränderte gegenwärtige wirtschaftliche Situation, die Zunahme depressiver Erkrankungen bei auch schon jüngeren Kindern, die Subjektivität der Urteiler sowie auf das verwendete Instrument und das Ziel der Studien zurückzuführen ist.

#### **4.3.2 Konkordanz zwischen Eltern- und Erzieherurteil**

Insgesamt liegt eine relativ niedrige Übereinstimmung zwischen den beiden Urteilern hinsichtlich internalisierender Verhaltensauffälligkeiten vor. Dies entspricht den Angaben in der Literatur (Grietens et al., 2004; van Dusen Randazzo et al., 2003; Mesman & Koot, 2000; Stanger & Lewis, 1993; Kashani et al., 1986). Gerade bei Untersuchungen über internalisierende Verhaltensauffälligkeiten ist die Konkordanz der verschiedenen Urteiler viel geringer als bei Untersuchungen über externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (Grietens et al., 2004).

Die unterschiedlichen Aussagen von verschiedenen Urteilern implizieren jedoch nicht die Schlussfolgerung, dass einige Angaben unwichtiger, unbrauchbar oder unzuverlässig sind (Stanger & Lewis, 1993; van der Ende, 1999). Hier wäre eine dritte Informationsquelle, z. B. das direkte Interview oder eine Befragung des Kindes von Nutzen gewesen. Aus anderen Studien lässt sich folgern, dass durch Einbeziehen einer dritten Informationsquelle, zumeist bei älteren Kindern die Kinder selbst, eine stärkere Korrelation zwischen Kindern und Erziehern als zwischen Eltern und Erziehern erreicht wird (Grietens et al., 2004; Mesman & Koot, 2000). Dies kann zu der Folgerung führen, dass Erzieher eventuell doch die objektiveren Beurteiler sind, da sie das Kind häufiger mit Gleichaltrigen beobachten können und mehr Vergleichsmöglichkeiten auf Grund des tagtäglichen beruflichen Umgangs sowie durch die Ausbildung und die Erfahrung haben. Gerade soziale Probleme scheinen wichtige Indikatoren für internalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zu sein (Mesman & Koot, 2000; Grietens et al., 2004). Diese werden am besten im Kindergarten bzw. bei älteren Kindern in der Schule erkennbar und somit am häufigsten für Erzieher bzw. Lehrer sichtbar. Vor allem im Kindergarten, im Umgang mit Gleichaltrigen, scheinen Gefühle von Wertlosigkeit, Nervosität oder Angst deutlicher zu werden als zu Hause. Des Weiteren hängen Einschätzungen von Eltern oder Erziehern auch sehr stark von subjektiven Erlebnis- und Bewertungsmaßstäben des jeweiligen Beurteilers ab.

Eine weitere essentielle Beeinflussung stellt eine Beurteilerverzerrung dar, die besonders häufig aus Sicht der Eltern entstehen kann. Über diese Verzerrung durch die Eltern, vor allem die Mutter, ist bei depressiver Grunderkrankung oder Stress in Bezug auf internalisierende Probleme vielfach berichtet worden (Youngstrom et al., 2000; Mesman & Koot, 2000). Nach Mesman & Koot (2000) ist das Bestehen von kindlicher Ängstlichkeit und Depression stark mit den gleichen Symptomen bei den Eltern assoziiert. Dies hindert die Eltern daran, die Gefühle und Bedürfnisse der Kinder bei gleichzeitiger depressiver Symptomatik wahrzunehmen. Dieser Einfluss konnte in der vorliegenden Studie nicht ausreichend untersucht werden, da eine zu geringe Anzahl an depressiven Erkrankungen bei den Eltern bestand, um eine multiple Regressionsanalyse durchzuführen.

Wenn Erzieher und Eltern gleiche Verhaltensweisen des Kindes beurteilen, erleben sie das Kind in völlig verschiedenen Situationen und sozialen Bezügen (Kindergarten oder zu Hause), die zu grundsätzlich anderen kindlichen Verhaltensreaktionen und somit auch zu anderen Einschätzungen führen. Verschiedene Studien belegten dies (Youngstrom et al., 2000; Stanger & Lewis, 1993; van der Ende, 1999). Dennoch sind diese Bezugspersonen immer noch die wichtigsten Informanten, denn sie kennen die Kinder und ihre Verhaltensweisen am intensivsten. Es gibt einige Studien, die eine größere Übereinstimmung bei Urteilern aus dem gleichen sozialen Umfeld, z.B. von Mutter und Vater, belegen (Youngstrom et al., 2000; Grietens et al., 2004). Entsprechend unterschiedlich fallen dann die Antworten von den verschiedenen Urteilern aus. Somit können die niedrigen Urteilerübereinstimmungen innerhalb der angewandten Instrumente von einer subjektiven Einschätzung des Urteilers über das kindliche Verhalten zeugen oder die verschiedenen Verhaltensweisen in anderen Situationen sowie anderer Umgebung der Kinder widerspiegeln.

Im Folgenden wird nun eine Gegenüberstellung der Korrelation beider Urteiler in dieser Studie mit anderen publizierten Untersuchungen vorgenommen: Auf Grund besserer Vergleichbarkeit werden hier zunächst nur die Ergebnisse der CBCL mit anderen Untersuchungen verglichen. Eine Gegenüberstellung der beiden anderen Instrumente erfolgt an späterer Stelle.

Achenbach et al. (1987) führten eine Studie bei 18 Monate bis 19 Jahre alten Kindern durch und erfassten eine Korrelation bezüglich der Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern von  $r=.27$  und zwischen Vater und Mutter von  $r=.59$ . Bei dieser Studie ist jedoch

anzumerken, dass die Altersspanne recht hoch war, nur wenige Kindergartenkinder miterfasst wurden und vor allem nach externalisierenden Auffälligkeiten gefragt wurde. Grietens et al. (2004) hingegen zeigten in ihrer Studie mittels der CBCL eine Korrelation zwischen Eltern und Erziehern bei internalisierenden Problemen von nur  $r=.20$ . Somit liegt die Übereinstimmung der Urteiler in der vorliegenden Studie, wegen bester Vergleichsmöglichkeit, gemessen anhand der dimensional CBCL-Skalen „Ängstlich/Depressiv“ ( $r=.24$ ) und „Körperliche Beschwerden“ ( $r=.14$ ), ungefähr im gleichen Korrelationsbereich. Auch Youngstrom et al. (2000) bestätigten in ihrer Studie eine geringe Korrelation zwischen Eltern und Lehrern ( $r=.18$ ). In einer Untersuchung von Mesman & Koot (2000) wurde ebenfalls eine sehr geringe Korrelation zwischen Eltern- und Erzieherurteil hinsichtlich internalisierender Probleme bei Kindergartenkindern bewiesen. Somit steht die sehr geringe Korrelation, wie sie in dieser Studie präsentiert wurde, im Einklang mit der aktuellen Literatur. Sie ist, wie oben auch schon erwähnt, am ehesten durch die verschiedenen Sichtweisen, das unterschiedliche soziale Umfeld und die subjektive Wahrnehmung der Untersucher zu erklären. Eine Aussage bezüglich der Gewichtung und Genauigkeit des Urteilers kann nicht vorgenommen werden.

Eine größere Urteilerübereinstimmung zeigt sich bei der Korrelationsprüfung des SDQ-Fragebogens. Jedoch liegen hier nur wenige Vergleichsmöglichkeiten vor. In einer Studie von Goodman (2001) zeigt sich eine etwas höhere Korrelation von  $r=.46$  (im Vergleich  $r=.37$  in der vorliegenden Studie) bei dem „Gesamtproblemwert“ und von  $r=.27$  ( $r=.35$  in der vorliegenden Studie) bei der Skala „Emotionale Probleme“. Somit variieren die Ergebnisse der beiden Studien leicht. Dies könnte bei Goodman et al. (2001) an der größeren Altersspanne (drei bis 16 Jahre) der untersuchten Kinder liegen.

Die Korrelation zwischen den Urteilern ist bei dem Fragebogen nach den konventionellen und modifizierten DSM-IV-Kriterien am geringsten. Ein Erklärungsansatz dafür ist die noch nicht ausreichend getestete Validität dieses Instruments (siehe auch Kapitel 4.2). Auch die Tatsache, dass die Kriterien normalerweise der Diagnose einer Depression nach ausführlichem psychiatrischem Interview dienen, und nicht als Fragebogenkatalog für Eltern oder Erzieher verwendet werden, kann die Zuverlässigkeit dieses Instruments in Frage stellen. Bei den Erziehern zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den nach den DSM-IV-Kriterien gerichteten Fragebogen und dem SDQ- und CBCL-Fragebogen. Die Kinder, die im modifizierten DSM-IV-Fragebogen von den Erziehern als depressiv eingestuft wurden,

weisen sowohl im CBCL- als auch im SDQ-Fragebogen auf allen Skalen deutlich höhere Rohdatenmittelwerte auf. Bei den Eltern kann wegen fehlender Positiv-Antwort bei dem nach den DSM-IV-Kriterien gerichteten Fragebogen kein Zusammenhang ermittelt werden. Somit stellt sich bei den Erziehern ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen allen drei Instrumenten dar. Mehrfach wurde sowohl von Erziehern als auch von Eltern an diesem Fragebogen bemängelt, dass nur Ja- oder Neinantworten existieren. Hier scheint den Urteilern eine dritte Dimension, wie es bei den beiden anderen Instrumenten üblich war, gefehlt zu haben. Auf jeden Fall liegt bei diesem Fragebogen eine äußerst niedrige Urteilerübereinstimmung vor. Gerade die Eltern, die das Fehlen einer dritten Antwortmöglichkeit bemängelt haben, können bei Beantwortung dieses Fragebogens zum Negieren depressiver Symptome verleitet worden sein, da sie ihren Kindern lieber positive und glückliche Gedanken und Gefühle zuschreiben. Während die Erzieher, die die Kinder objektiver betrachten können, eher auch Traurigkeit und depressive Gefühle der Kinder registrieren können.

Eine direkte Vergleichbarkeit mit der Studie von Kashani et al. (1986) ist nicht möglich, da andere Instrumente verwendet wurden (siehe auch Kapitel 1.5.1.1). Jedoch wurde auch bei dieser Untersuchung eine äußerst niedrige Korrelation bei der depressiven Symptomatik zwischen Eltern und Erziehern erreicht ( $r=-.04$ ). Dieses Ergebnis zeigt sogar noch geringere Korrelationen als in der vorliegenden Studie. Somit stehen die in dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse im Einklang mit den Erwartungen.

#### **4.3.3 Zusammenhang zwischen den Merkmalen des Kindes, seiner Familie, seiner Lebenssituation und depressiver Symptomatik**

Hier wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ und der SDQ-Skala „Emotionale Probleme“ mit den Merkmalen des Kindes, seiner Familie und seiner Lebenssituation mit Hilfe der multiplen Regressionsanalyse evaluiert. Es wurden maximale  $\beta$ -Werte von .31 zu dem Merkmal „Probleme beim Kindergartenbesuch“ und der CBCL-Skala „Ängstlich/Depressiv“ mit einer Varianzaufklärung von 22% bei den Elternurteilen festgestellt. Ansonsten konnten keine relevanten Zusammenhänge gezeigt werden. Die Erwartungen signifikanter Zusammenhänge zwischen depressiven Auffälligkeiten und anderen Merkmalen aus der familiären Lebenssituation konnten somit nicht bestätigt werden.

Wie schon im Ergebnisteil beschrieben, wurden alle wichtigen unabhängigen Variablen aus der Literatur in die Regressionsanalysen einbezogen. Allerdings konnten folgende unabhängige Variablen auf Grund zu kleiner Fallzahlen nicht in der Analyse berücksichtigt werden: körperliche Behinderungen in der Familie, monatliches Nettoeinkommen der Eltern, Tätigkeit der Mutter und des Vaters. Weitere wichtige unabhängige Variablen, die gerade in der aktuellen Literatur häufig in einen Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen gebracht werden, zeigten in dieser Studie keinen bzw. nur einen äußerst geringen Bezug zueinander. Hierzu zählen vor allem frühere schwere seelische Belastungen, frühere seelische Behandlungen des Kindes, seelische Erkrankungen in der Familie, belastende Lebensereignisse des Kindes, Bildungsstand der Eltern und der Beziehungsstatus der Eltern. Probleme beim Kindergartenbesuch präsentierten aus der elterlichen Sicht den größten Zusammenhang mit depressiven Symptomen. Im Gegensatz dazu gaben die Erzieher bei diesen Kindern keine vermehrten depressiven Auffälligkeiten an. Die in der Literatur beschriebenen widersprüchlichen Angaben zu Zusammenhängen zwischen depressiver Symptomatik und Merkmalen des Kindes beziehen sich auf das Alter und Geschlecht. Auch hier konnte kein relevanter Zusammenhang festgestellt werden.

Die am häufigsten genannten Probleme beim Kindergartenbesuch waren Trennungsangst und Kontaktprobleme. Beide spiegeln internalisierende Verhaltensauffälligkeiten wider. Gerade Trennungsangst und Kontaktprobleme werden den Eltern sowohl zu Hause als auch beim Begleiten in den Kindergarten besonders deutlich. Des Weiteren sind sie häufig mit depressiven Störungen assoziiert (AACAP, 1998; Luby et al., 2003a). Somit stellt sich in der vorliegenden Studie ein Zusammenhang zwischen depressiven Merkmalen und Problemen im Kindergarten dar. Allerdings müssten die Erzieher gerade bei Kontaktproblemen im Kindergarten diese Schwierigkeiten sehen. Auch depressive Merkmale bei den Kindern müssten den Erziehern dann eher auffallen. Dass die Erzieher bei diesen Kindern kein häufigeres Vorliegen von depressiven Auffälligkeiten wahrnehmen, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Kinder diese Ängste und Sorgen vorwiegend zu Hause zeigen bevor sie in den Kindergarten gehen. Die Eltern werden dadurch dazu verleitet, in diese kindlichen Probleme auch depressive Merkmale zu interpretieren. Hingegen präsentieren sich den Erziehern im Kindergarten diese Probleme bzw. depressiven Symptome nicht. Auch können die von den Eltern als erwähnenswert gesehen Probleme für die Erzieher mit ihrem tagtäglichen Erfahrungsschatz als normal empfunden werden. Weitere beeinflussende

Faktoren sind auch hier wieder das subjektive Empfinden der Urteiler und die verschiedenen Blickwinkel.

Da durch die relativ niedrigen Fallzahlen einige wichtige unabhängige Variablen nicht in die Regressionsanalyse einbezogen werden konnten, können hier nur deskriptive Aussagen aus der Literatur referiert werden. Gerade familiäre körperliche Behinderungen oder Erkrankungen, im Besonderen bei dem Kind selbst (Reinherz et al., 1989), monatliches Nettoeinkommen der Eltern (Luby et al., 2002; Kovacs, 1997; Mc Couley et al., 1993), Bildungsstand der Eltern und Tätigkeit bzw. Beschäftigungsstatus oder Arbeitslosigkeit der Mutter und des Vaters (Haffner et al., 2002; Lavigne et al., 1996; Adams & Adams, 1991) zeigen häufig einen Zusammenhang mit depressiven Auffälligkeiten des Kindes. Erkrankungen in der Familie oder bei dem Kind selbst können zu einer sozialen Ausgrenzung oder zu Minderwertigkeitsgefühlen und damit zu vermehrter depressiver Symptomatik führen. Ein niedriges Nettoeinkommen ist häufig mit allein erziehenden Eltern, Arbeitslosigkeit, geringer Wohnungsgröße oder auch niedrigem Bildungsstand assoziiert. Gerade diese Faktoren werden häufig bei depressiven Kindern beschrieben (Kovacs, 1997). Auch wie viel Zeit die Eltern mit ihren Kindern verbringen können, hängt unter anderem von der Tätigkeit oder dem Beschäftigungsstatus der Eltern ab. All diese familiären Hintergründe können das Entstehen depressiver Störungen bei Kindern beeinflussen und stellen somit wichtige Parameter für korrelative Zusammenhänge dar.

Obwohl in der Literatur meistens Zusammenhänge zwischen depressiven Erkrankungen und Merkmalen aus dem Umfeld des Kindes gefunden werden, liegen zwei andere Studien vor, die ebenso äußerst geringe Zusammenhänge evaluierten: Lavigne et al. (1996) konnten in einer Studie über allgemeine psychische Auffälligkeiten ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen, im Besonderen emotionalen Problemen, und familiären Problemen wie Ehekonflikt, mütterlicher Psychopathologie und stressvollen Lebensereignissen finden. Najman et al. (2005) wiesen in einer Untersuchung über Depressionen bei jungen Kindern zwar Zusammenhänge zwischen depressiver Erkrankung und früheren Risikofaktoren nach, jedoch zeigte sich bei der Mehrzahl der depressiven Kinder keine risikobehaftete Anamnese. Somit kamen sie zu der Schlussfolgerung, dass eine biologische Prädisposition zu dieser Erkrankung auch eine wahrscheinliche Ursache sein kann. Diese These verbunden mit der niedrigen Fallzahl an

depressiv gescreenten Kindern mit positiver Familienanamnese kann das Ergebnis in der vorliegenden Studie erklären.

Nach der Meinung vieler anderer Autoren (Haffner et al., 2002; Goodyer, 1999; Kovacs, 1997) sind vor allem belastende Ereignisse im Leben des Kindes wie Scheidung der Eltern, Verlust einer engen Bezugsperson oder Krankheit häufig mit depressiven Erkrankungen bei Kindern assoziiert. Auch in der Studie von Kashani et al. (1986) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den als depressiv und den als normal gescreenten Kindern hinsichtlich stressvoller Lebensereignisse gefunden werden. Ein starker korrelativer Zusammenhang wird häufig zwischen depressiven Störungen und seelischen Erkrankungen in der Familie beschrieben (Dilsaver & Akiskal, 2004; Luby et al., 2003c; Luby & Mrakotsky, 2003d; Reicher, 1998). Insbesondere bei depressiven Kindern leiden auch die Verwandten ersten Grades oft an depressiven Erkrankungen (Kashani et al., 1986; Kashani et al., 1997; Luby et al., 2002).

Die im Vergleich zu anderen Studien geringeren Korrelationen zwischen dem Vorliegen depressiver Symptome aus Sicht der Eltern und Erzieher werden auf folgende Faktoren zurückgeführt: Als belastende Lebensereignisse in der Vergangenheit des Kindes wurden am häufigsten Scheidung oder Trennung der Eltern angegeben. Diese Ereignisse müssen jedoch nicht unbedingt negative Auswirkungen auf das psychische Befinden der Kinder ausüben. Manchmal kann eine solche Trennung, besonders wie z.B. nach jahrelangem Streit der Eltern oder die neue Partnerwahl, sogar positive Auswirkungen auf die kindliche Psyche haben. Als weiteres häufig belastendes Lebensereignis wurde der Tod der Großeltern genannt. Auch hier können die Eltern unterbewusst nicht die Belastungen im Leben der Kinder genannt haben, sondern vor allem ihre eigenen Probleme dargestellt haben.

Weiterhin ist es möglich, dass die Eltern an dieser Stelle von Problemen berichteten, die die Kinder noch nicht begriffen oder realisiert haben. Gerade die Beurteilung der Eltern, dass bestimmte Ereignisse schwere Belastungen für ihre Kinder dargestellt hätten, ist stark von subjektiver Wahrnehmung hinsichtlich ihrer Schwere und Relevanz abhängig und sehr variabel. Auch ist an dieser Stelle auf den Einfluss protektiver Faktoren hinzuweisen, wie z.B. ein gutes Mutter-Kind-Verhältnis. Durch diese Faktoren kann trotz negativer Erlebnisse im Leben des Kindes einem einschneidenden Erlebnis, das bei anderen Kindern unter Umständen negative Auswirkungen auf die Psyche gehabt hätte, entgegengewirkt werden. Ein

Erklärungsansatz für den geringen Zusammenhang zwischen familiärer Disposition und depressiven Merkmalen ist die geringe Anzahl an Kindern, in deren Familie depressive Erkrankungen vorliegen (n=33). Dieser Erklärungsansatz gilt vor allem auch für die Variablen „belastende Lebensereignisse“ des Kindes und „Beziehungsstaus der Eltern“.

Ob geschlechtsspezifische Unterschiede in der biologischen, kognitiven, emotionalen oder sozialen Entwicklung oder ob der altersabhängige Übergang vom Vorschulalter zum Schulalter als Phase erhöhter Vulnerabilität für höhere Raten depressiver Auffälligkeiten verantwortlich gemacht werden können, wird letztendlich in der Literatur noch kontrovers diskutiert (Najman et al., 2005; Larsson et al. 2004; Kuschel, 2001; Carlson & Kashani, 1988). Auch in dieser Studie können anhand der vorliegenden Ergebnisse über diese beiden Variablen keine eindeutigen Aussagen getroffen werden.

Insgesamt kann gefolgert werden, dass die geringen Zusammenhänge zwischen depressiven Auffälligkeiten und Merkmalen des Kindes, seiner Familie und der Lebenssituation sich am wahrscheinlichsten auf die geringe Fallzahl bei dieser spezifischen Fragestellung zurückführen lassen.

## 4.4 Diskussion der Nebenrechnungen

### 4.4.1 Unterschiede zwischen den Kindergärten

In der vorliegenden Arbeit zeigen sich unter Verwendung beider Instrumente bei den Kindergärten Abweichungen hinsichtlich der Medianebenen. Im Bezug auf die Medianebenen fällt bei beiden Fragebögen vor allem ein Kindergarten mit höheren Werten auf. Des Weiteren zeigen sich bei beiden Instrumenten einige Kindergärten, die vermehrt zu Ausreißern und Extremwerten neigen. Zum einen lassen sich die Abweichungen der einzelnen Kindergärten auf die Gesamtergebnisse darauf zurückführen, dass jeder Erzieher die Kinder subjektiv beurteilt und mit gesteigerter Aufmerksamkeit über diese berichten kann. Auch ein unterschiedlicher Erfahrungsschatz sowie eine andere pädagogische Ausbildung können die Ergebnisse beeinflussen. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die ungleiche Gruppengröße der Kindergärten. Somit haben einzelne Erzieher weniger Kinder zu betreuen als andere. Dadurch können sie psychische und im Besonderen depressive Auffälligkeiten bei den Kindern besser erkennen. Im Gegensatz dazu kann es bei größeren Gruppen der Fall sein, dass gerade internalisierende Auffälligkeiten bei den Kindern seltener wahrgenommen werden können. Die Gruppen zeigten allerdings auch in den von den Ergebnissen abweichenden Kindergärten eine ähnliche Größe.

Obwohl diese Studie innerhalb eines Stadtteils Hamburgs durchgeführt wurde, kann auch hier eine unterschiedliche „Klientel“ z. B. hinsichtlich des sozialen Status, der Nationalität und der ethnischen Zugehörigkeit die einzelnen Kindergärten besuchen. Gerade diese unabhängigen Variablen können in einem korrelativen Zusammenhang mit depressiven Merkmalen stehen und somit kindergartenabhängig unterschiedliche Ergebnisse zeigen. In der vorliegenden Untersuchung lässt sich jedoch kein Zusammenhang zwischen diesen Variablen herstellen.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die Abhängigkeit der Ergebnisse von den verschiedenen Kindergärten ist das Vorhandensein unterschiedlicher Rahmenbedingungen (z. B. räumliche Nähe und Öffnungszeiten) und Gegebenheiten. Dazu gehören auch die verschiedenen Konzepte und Ideologien (z. B. pädagogisches Konzept, Gesundheitsförderung, Ernährung, Mitwirkungsmöglichkeiten der Eltern, Qualitätsentwicklung und –sicherung). Nach diesen Kriterien wählen die Eltern die Kindergärten aus, wodurch eine Selektion der Kindergartenkinder durch die Eltern entsteht. Unterschiede ergeben sich des Weiteren in der Anzahl der angemeldeten Kinder, in der vorhandenen Spielfläche für die Kinder sowohl

innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung und in einer möglichen Behindertenintegration. Somit kann durch die Selektion der unterschiedlichen „Klientel“ ein möglicher Einfluss auf die Ergebnisse der einzelnen Kindergärten hinsichtlich depressiver Merkmale nicht ausgeschlossen werden.

Nach Aufzählung und Abwägung aller möglichen Erklärungen begründet sich die Ergebnisabweichung der verschiedenen Kindergärten am wahrscheinlichsten auf die subjektive Beobachtung der Erzieher. Vor allem die Wahrnehmungsfähigkeit der einzelnen Betreuer bezüglich depressiver Symptome sowie deren Erfahrung scheinen eine Rolle bei dieser Fragestellung gespielt zu haben.

#### **4.4.2 Übereinstimmung der Instrumente**

Die Übereinstimmung zwischen den Instrumenten ist bei den Eltern innerhalb des SDQ meistens stark. Zwischen der CBCL und dem SDQ ist sie am größten bei der Skala „Ängstlich/Depressiv“ und „Emotionale Probleme“. Eine moderate Kongruenz aus Sicht der Eltern besteht zwischen den konventionellen und modifizierten DSM-IV-Kriterien. Insgesamt lässt sich bei den Erziehern eine höhere Übereinstimmung innerhalb aller Instrumente erfassen. Des Weiteren zeigt sich ein relevanter Zusammenhang zwischen den DSM-IV-Kriterien und dem SDQ sowie der CBCL bei den Erziehern.

Die Korrelationen innerhalb der gleichen standardisierten Instrumente und innerhalb derselben Informantengruppe stehen im Einklang mit den Literaturangaben. Die niedrige Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Urteilern bei den standardisierten Fragebögen (CBCL und SDQ) stimmt ebenfalls mit den Ergebnissen anderer Studien überein.

Bei Korrelationsüberprüfung der Eltern- und Erzieherurteile des SDQ-Fragebogens zeigen sich in der vorliegenden Untersuchung vergleichbare Ergebnisse mit anderen Studien (Goodman, 2001). Auch die Übereinstimmung zwischen der CBCL „Ängstlich/Depressiv“ und dem SDQ „Emotionale Probleme“ deckt sich größtenteils mit den Angaben in der Literatur (Klasen et al., 2000). Die DSM-IV-Kriterien präsentieren eine moderate Übereinstimmung. Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass vor allem die CBCL und der SDQ geeignete Instrumente sind, um bezüglich der gleichen Urteiler valide Aussagen über internalisierende Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern zu machen.

## 4.5 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Untersuchung konnte die Existenz depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern mittels Einsatz von Fremdurteilen bestätigt werden. Dabei beurteilten sowohl die Eltern als auch die Erzieher die Kinder häufiger depressiv als in früheren Untersuchungen. Dieses Ergebnis legt die Schlussfolgerung nahe, dass eine Zunahme dieser Symptome bei Kindern in der heutigen Zeit in Betracht gezogen werden muss. Ebenfalls können ein vermehrtes subjektives Wahrnehmen depressiver Symptome bei den Urteilern oder eine Beeinflussung der Beurteiler durch das Ziel und den Titel der Studie als Erklärungsansätze für dieses Untersuchungsergebnis nicht ausgeschlossen werden. Die im Vergleich zu anderen Studien allgemein höheren Prävalenzraten lassen sich möglicherweise auch auf das differente Studiendesign und –ziel sowie auf die Verwendung modifizierter Instrumente zurückführen. Aus diesen Gründen ist eine direkte Vergleichbarkeit zur aktuellen Literatur schwierig.

Die moderate bzw. sehr geringe Konkordanz zwischen Eltern- und Erzieherurteil steht im Einklang mit weiteren Studien und ist vor allem auf die unterschiedlichen Verhaltensreaktionen der Kinder in verschiedenen Situationen und sozialen Bezügen zurückzuführen. Ebenso sind eine subjektive Wahrnehmung, eine eventuelle depressive Stimmung des Beurteilers sowie andere Erlebnis- und Bewertungsmaßstäbe denkbar. Die geringe Übereinstimmung zwischen den Urteilern darf jedoch nicht die Folgerung implizieren, dass eine Aussage wichtiger oder zuverlässiger als die andere ist.

Ein Zusammenhang zwischen depressiven Auffälligkeiten und Problemen beim Besuch des Kindergartens konnte in dieser Studie dargestellt werden. Im Gegensatz zu anderen Studien zeigten viele andere wichtige unabhängige Variablen aus dem familiären Umkreis des Kindes keine Beziehung zu depressiven Symptomen. Dies ist in der vorliegenden Studie vor allem auf die möglicherweise nicht ausreichende Fallzahl zurückzuführen.

Mit dieser Untersuchung wurden erstmals die Häufigkeit und die Verteilung depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern im Eltern- und Erzieherurteil in Deutschland erforscht. Nur wenige Studien zu diesem Thema sind in anderen Ländern zu finden. Allerdings ist hier eine direkte Vergleichbarkeit durch Verwendung verschiedener Instrumente und Methoden schwer durchführbar. Zukünftige Forschungsbemühungen sollten

sich auf die Entwicklung, Verbesserung und Standardisierung von Instrumenten und Methoden zur Erfassung depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern konzentrieren. Um sowohl einen nationalen als auch internationalen Vergleich depressiver Symptomprävalenzen im Kindergartenalter durchführen zu können, sollten weitere Untersuchungen zu diesem wichtigen psychiatrischen Krankheitsbild erfolgen. Auch die im Einklang mit anderen Studienergebnissen gefundene geringe Urteilerübereinstimmung internalisierender Verhaltensauffälligkeiten sollte Anlass zu weiteren Analysen geben, um das Verhalten der Kinder aus verschiedenen sozialen Bezügen besser verstehen und interpretieren zu können. Des Weiteren besteht immer noch ein großer Forschungsbedarf hinsichtlich ätiologischer, pathogenetischer, diagnostischer und therapeutischer Faktoren, die depressive Erkrankungen im Kindergartenalter auslösen und beeinflussen können.

## 5. Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung sollte einen Beitrag für die Depressionsforschung im Kindergartenalter leisten, um weiteres Wissen über diese Erkrankung, deren Ursachen und Hintergründe in Deutschland zu erarbeiten.

In einer einzeitigen Querschnittsstudie beantworteten sowohl Eltern als auch Erzieher einen Fragebogen über depressive Auffälligkeiten zu 514 Kindergartenkindern in einem Hamburger Stadtteil im Frühjahr 2003. Instrumente zur Erfassung depressiver Auffälligkeiten waren die beiden Symptomskalen der CBCL „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“, der SDQ und eine modifizierte Version der DSM-IV-Kriterien nach Luby et al. (2002). Des Weiteren wurde nach Merkmalen aus dem sozialen familiären Umfeld des Kindes gefragt.

Es ergab sich eine Prävalenz depressiver Merkmale aus Sicht der Eltern (in Klammern aus Sicht der Erzieher) bezüglich der CBCL von 5.4% (9.4%) im klinischen Bereich und bezüglich der modifizierten DSM-IV-Kriterien von 0.5% (6.7%). Die Überprüfung auf Übereinstimmung zwischen den beiden Urteilern wies maximale Korrelationskoeffizienten von  $r=.37$  beim Gesamtwert und von  $r=.35$  bei den emotionalen Problemen des SDQ-Fragebogens auf. Hinsichtlich depressiver Symptome zeigten sich bei allen drei Instrumenten sehr kleine Korrelationen zwischen den Urteilern. Ein Zusammenhang zwischen depressiven Auffälligkeiten und Merkmalen aus dem sozialen familiären Umfeld konnte nur für die unabhängige Variable „Probleme beim Kindergartenbesuch“ eruiert werden.

Somit existieren depressive Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern in einem Hamburger Stadtteil aus Sicht von Eltern und Erziehern. Diese Auffälligkeiten treten in der vorliegenden Studie häufiger als in anderen Untersuchungen auf. Erklärt wird diese Tatsache hauptsächlich durch den Wandel in der heutigen Zeit und durch das unterschiedliche Studiendesign und –ziel im Vergleich zu anderen Studien (Erfassung allgemeiner psychischer Auffälligkeiten; psychiatrisches Interview). Des Weiteren zeigte sich nur eine geringe Übereinstimmung zwischen den Beurteilern. Die Erzieher sahen häufiger depressive Symptome bei den Kindern als die Eltern. Dies lässt sich vor allem auf das subjektive Empfinden, verschiedene Bewertungsmaßstäbe und unterschiedliche soziale Bezüge zurückführen. Fehlende Zusammenhänge zwischen depressiven Auffälligkeiten und Merkmalen aus dem familiären Umfeld lassen sich in der vorliegenden Studie am wahrscheinlichsten durch die geringe Fallzahl erklären.

Zukünftige Forschungsbemühungen sollten sich auf die Weiterentwicklung, Verbesserung und Standardisierung von Instrumenten und Methoden zur Erfassung depressiver Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern konzentrieren.

## 6. Literatur

AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(10):63-83

Achenbach TM, Edelbrock CS (1981) Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. Monographs of the Society for Research in Child Development. University of Chicago press, Chicago

Achenbach TM, Edelbrock CS (1983) Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile. Queen City Printers, Burlington

Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987) Child/adolescent behavioral and emotional problems. Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 101:213-232

Achenbach TM, Bird HR, Canino G, Phares V, Gould MS, Rubio-Stipec M (1990) Epidemiological comparisons of Puerto Rican and U.S. Mainland children: parent, teacher and self-reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:84-93

Achenbach TM (1991) Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry

Achenbach TM (1995) Developmental issues in assessment, taxonomy and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In D. Gicchetti & D.J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology*, Vol. 1: Theory and methods. Wiley, New York, pp 57-80

Adams M, Adams J (1991) Life events, depression and perceived problems solving alternatives in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 32:811-820

Allen DM, Tarnowski KJ (1989) Depressive characteristics of physically abused children. *J Abnorm Child Psychiatry* 17:1-11

Angold A (1988) Childhood and adolescent depression: I. Epidemiological and aetiological aspects. *Br J Psychiatry* 152:601-617

Angold A, Rutter M (1992) Effects of age and pubertal status of depression in a large clinical sample. *Dev Psychopathol* 4:5-28

Angold A, Costello EJ, Worthman CM (1998) Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 28:51-61

Angold A, Costello EJ, Erkanli A (1999) Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 40:57-87

APA (1996) Diagnostisches und statistisches Manual Psychiatrischer Störungen (DSM-IV). Hogrefe, Göttingen

Barkmann C (2004) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ein epidemiologisches Screening. Kovacs, Hamburg

- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 45:1120-1126
- Birmaher B, Ryan ND (1999) Neurobiological factors. In C.A. Essau & F. Petermann (Eds.) *Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment*. Jason Aronson, New Jersey, pp 287-318
- Blanz B, Seemann U, Schönejahn A, Fricke R (1999) Psychische Gesundheit im Schuleintrittsalter. *Gesundheitswesen* 61:544-547
- Blöschl L, Nissen G (1983) *Psychiatrie des Kleinkind- und Vorschulalters: psychodynamische, humangenetische, ethologische, entwicklungspsychologische und psychopathologische Aspekte*. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien
- Bortz J, Döring N (2002) *Forschungsmethoden und Evaluation*. 3.Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York
- Brown GW, Harris TO (1978) Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. Tavistock, London
- Brown GW, Harris T (1986) Stressor, vulnerability and depression: a question of replication. *Psychol Med* 16:739-744
- Brown GW, Harris TO, Hepworth C (1994) Life events and endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry* 51:525-534
- Burke MG (2003) Depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(3):263-264
- Campbell SB (1990) *Behavior problems in preschool children: clinical and developmental issues*. Guilford Press, New York
- Canino G, Shrozt PE, Rubio-Stipec M, Bird HR (2004) The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 61:85-93
- Carlson GA, Cantwell DP (1980) Unmasking masked depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 137:445-449
- Carlson GA, Kashani JH (1988) Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 145:1222-1225
- Chilcoat HD, Breslau N (1997) Does psychiatric history bias mother's reports? An application of a new analytic approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:971-979
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP) (Hrsg.) (2000) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln
- Dilsaver SC, Akiskal HS (2004) Preschool-onset mania: incidence, phenomenology and family histories. *J Affect Disord* 82:35-43

Döpfner M, Schmidt MH (1993a) Kinderpsychiatrie Vorschulalter. 1. Auflage Quintessenz, München

Döpfner M, Berner W, Fleischmann T, Schmidt MH (1993b) Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV). Beltz, Weinheim

Döpfner M, Plueck J, Boelte S, Lenz K, Melchers P, Heim K (1998) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)

Drotar D, Stein R, Perrin E (1995) Methodological issues in using the CBCL and its related instruments in clinical child psychology research. *J Clin Child Psychol* 24(2):184-192

Duhm E, Althaus D (1979) Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter. Westermann, Braunschweig

Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover NC, Kalas R (1986) Parent child-agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *J Child Psychol Psychiatry* 27:181-190

Eggers C, Harbauer H (1994) Kinder- und Jugendpsychiatrie. 7. Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York

Eggers C, Stage A (1994) Kinder- und jugendpsychiatrische Ansätze bei Depression: Ein integratives Modell. *Kindheit und Entwicklung* 3:178-184

Essau CA, Karpinski NA, Petermann F, Conradt J (1998) Häufigkeit, Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 46:105-124

Essau CA, Petermann F (1998) Life events and coping: Their association to depressive disorders among adolescents. Seventh International Conference on Social Stress Research, Budapest

Essau CA, Petermann F (2000a) Immer mehr Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *MMW Fortschr Med* 18:386-388

Essau CA, Petermann U (2000b) Depression. In: Petermann F (Ed.) *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 4. Auflage Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, pp 292-322

Faust V (1996) Depressionen. In: Faust V (Ed.) *Psychiatrie*. G. Fischer, Stuttgart Jena New York, pp 111-142

Fergusson DM, Horwood LJ (1993) The structure, stability and correlations of the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety/withdrawal report. *J Child Psychol Psychiatry* 34:749-766

Fleming JE, Offord DR (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(4):571-580

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH (1999) *Klinische Epidemiologie: Grundlagen und Anwendung*. Ullstein Medical, Wiesbaden

Freud S (1917) Mourning and melancholia (trans. Strachley J). Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. XIV. Hogarth press, London (1957), pp 243-258

Frigerio A, Presenti S, Molteni M, Snider J, Battaglia M (2001) Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *Eur Psychiatry* 16:33-37

Gómez Y (1996) *Depression im Kindesalter: Auftretenshäufigkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung unter Berücksichtigung dimensionaler und kategorialer Erfassungsmethoden*. Philosophische Dissertation. Universität Mainz

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire. A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581-586

Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H (2000) Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child and psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 177:534-539

Goodman R (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1337-1345

Goodyer IM (1995) *The depressed child and adolescent*. 1. Edition Cambridge University Press, Cambridge

Goodyer IM (1999) The influence of recent life events on the onset and outcome of major depression in young people. In CA Essau & F Petermann (Eds.) *Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment* (237-260). Jason Aronson, New Jersey

Goldston DB, Turnquist DC, Knutson JF (1989) Presenting problems of sexually abused girls receiving psychiatric services. *J Abnorm Psychiatry* 98:314-317

Grietens H, Onghena P, Prinzie P, Gadeyne E, Van Assche V, Ghesquière P, Hellinckx W (2004) Comparison of mother's, father's and teacher's reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *J Psychopathol Behav Assess* 26(2):137-146

Groen G, Petermann F (1998) Depression. In: Petermann F, Kusch M, Niebank K. (Eds.) *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Psychologie Verlags Union, Weinheim, pp 327-361

Groen G, Petermann F (2002) *Depressive Kinder und Jugendliche*. 1.Auflage Hogrefe, Göttingen Bern Toronto

Hackstein HJ (1990) *Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter*. Philosophische Dissertation. Universität Bremen

- Haffner J, Esther C, Münch H, Parzer P, Raue B, Steen R, Klett M, Resch F (2002) Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive- Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51:675-696
- Hammen C (1991) *Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. 1.Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York
- Hautzinger M (1997) Affektive Störungen. In: Hahlweg K, Ehlers A. (Eds.) *Enzyklopädie der Psychologie*. Band 2: Klinisch-psychologische Störungen und ihre Behandlung. Hogrefe, Göttingen, pp155-239
- Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Schmücker G, Mills A, Allen H et al. (1999) Parent`s judgement about young children`s problems: Why mothers and father`s might disagree yet still predict later outcomes. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 40:1249-1258
- Hilgers RD, Bauer P, Scheiber V (2003) *Einführung in die medizinische Statistik*. 1.Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B (2000) Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Z Klin Psychol Psychother* 29:263-275
- Ihle W, Esser G, Laucht M, Schmidt MH (2004) Depressive Störungen und aggressive-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* (8)47:728-735
- Kashani JH, Simonds JF (1979) The incidence of depression. *Am J Psychiatry* 136 (9):1203-1205
- Kashani JH, Ray JS, Carlson GA (1984) Depression and depressive-like states in preschool children in a child development unit. *Am J Psychiatry* 141:1397-1402
- Kashani JH, Holcomb WR, Orvaschel H (1986) Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am J Psychiatry* 143:1138-1143
- Kashani JH, Carlson GA (1987) Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 144:348-350
- Kashani JH, Ray JS (1987) Major depression with delusional features in a preschool-age child. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:110-112
- Kashani JH, Allan WD, Beck NC, Bledsoe Y, Reid JC (1997) Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1426-1433
- Kazdin A (1990) Childhood depression. *J Child Psychol Psychiatry* 31:121-160
- Keller F (1997) *Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen*. Waxmann, München Münster Berlin

Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Liu J, Swartz M, Blazer D (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorders in the general population: results from the US national comorbidity survey. *Br J Psychiatry* 168(30):17-30

Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)- Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 52:491-502

Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R (2000) Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 9:271-276

Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M (2000) *Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie systematisch*. 2.Auflage uni-med, Bremen

Kovacs M (1993) Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:8-20

Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C (1996) Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the lifespan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:705-715

Kovacs M (1997) Depressive disorders in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 38(3):287-298

Kuschel A (2001) *Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkindern*. Naturwissenschaftliche Dissertation. Universität Braunschweig

Kusch M, Petermann F (1997) Komorbidität von Aggression und Depression. *Kindheit und Entwicklung* 6:212-232

Larsson JO, Bergman LR, Earls F, Rydelius PA (2004) Behavioral profiles in 4-5 year-old children: normal and pathological variants. *Child Psychiatry Hum Dev* 35(2):143-162

Laucht M, Esser G, Schmidt MH (1997) Wovor schützen Schutzfaktoren?- Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 29:260-270

Laux G (1996) Affektive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Eds.) *Psychiatrie*. Hippokrates, Stuttgart, pp 58-96

Lavigne JV, Gibbons RD, Kaufman-Christoffel K, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H, Isaacs C (1996) Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(2):204-214

Lesse S (1983) Masked depression. *Curr Psychiatr Ther* 22:81-87

Levi G, Sogos C, Mazzei E, Paolosso (2001) Depressive disorder in preschool children: Patterns of affective organization. *Child Psychiatry Hum Dev* 32:55-69

- Lewinsohn PM (1974) A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM (Eds.) *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Wiley, New York, pp 157-185
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA (1993) Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 102:133-144
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 18:765-794
- Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakrotzky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T (2002) Preschool major disorder: Preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(8):928-937
- Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakrotzky C (2003a) The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(3):340-348
- Luby JL, Mrakrotzky C, Heffelfinger AK (2003b) Modification of DSM-IV criteria for depressed preschool children. *Am J Psychiatry* 160(6):1169-1172
- Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakrotzky C (2003c) Alterations in stress cortisol reactivity in depressed preschoolers relative to psychiatric and no-disorder comparison groups. *Arch Gen Psychiatry* 60:1248-1255
- Luby JL, Mrakrotzky C (2003d) Depressed preschoolers with bipolar family history: A group at high risk for later switching to mania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 13(2):187-197
- Luby JL (2003e) Depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(3):264-265
- Mahler MS (1966) On sadness and grief in infancy and childhood. *Psychoanal Study Child* 16:332-254
- Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J (1990) A symptom self-report measure for preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(4):594-600
- Mc Cauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloredt K, Treder R (1993) Depression in young children: Initial presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:714-722
- McConaughy SH (1992) Objective assessment of children's behavioral and emotional problems. In: CE Walker & MC Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*, 2. edition. John Wiley & Sons, Oxford, pp 163-180
- McConaughy S, Achenbach TM (1994) Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. *J Child Psychol Psychiatry* 33(6):1141-1157
- McGuffin P, Katz R (1986) Nature, nurture and affective disorder. In: Deakin JWF (Ed.) *The biology of depression*. Gaskell Press, London, pp 26-51

Merikangas KR (1993) Genetic epidemiologic studies of affective disorders in childhood and adolescence. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 243:121-130

Mesman J, Koot HM (2000) Child-reported depression and anxiety in preadolescence: I. Associations with parent- and teacher-reported problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(11):1371-1378

Mol-Lous A, De Wit CAM, De Bruyn EEJ, Riksen-Walraven JM, Rost H (2000) Depression and play in early childhood: Play behavior of depressed and nondepressed 3- to 6-year-olds. *J Em Behav Disord* 8:249-260

Mol-Lous A, De Wit CAM, De Bruyn EEJ, Riksen-Walraven JM (2002) Depression marker`s in young children`s play: a comparison between depressed and nondepressed 3- to 6-year-olds in various play situations. *J Child Psychol Psychiatry* 43(2):1029-1038

Najman JM, Hallam D, Bor WB, O`Callaghan M, Williams GM, Shuttlewood G (2005) Predictors of depression in very young children: A prospective study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:367-374

Nilzon KR (1996) Childhood depressive disorder: social withdrawal, anxiety and family aspects. Med. Dissertation. Universität Göteborg

Nissen G (1983) *Psychiatrie des Kleinkind- und Vorschulalters*. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien

Nissen G (1994) Depressionssyndrom. In: Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P(Eds.) *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 7.Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 181-189

Nissen G, Trott GE (1995) *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. 3.Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York

Noshpitz JD, Greenspan S, Wieder S, Osofsky J (1997) *Infants and preschoolers: Development and syndromes*. 1. Edition John Wiley & Sons, Inc, New York Chichester Weinheim

Nurnberger JI, Gershon ES (1992) Genetics. In: Paykel ES (Ed.). *Handbook of affective disorders* (2. Edition) Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 149-170

Parry-Jones WL (1995) Historical aspects of mood and its disorders in young people. In: IM Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (2. Edition) Cambridge University Press, Cambridge, pp 1-25

Paykel ES, Cooper Z (1992) Life events and social stress. In: Paykel ES (Ed.) *Handbook of affective disorders* (2. Edition) Churchill Livingstone, pp 149-170

Petermann F (2000) *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 4.Auflage Hogrefe, Göttingen Bern Toronto

Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE (1991) Adolescent depression: Why more girls? *J Youth Adolesc* 20:247-271

- Piccinelli M, Francesca GH (1997) (Eds.) Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: WHO, Division of Mental Health and Prevention of Substance abuse
- Plomin R, DeFries JC, McClearn GE, Rutter M (1997) Behavioral Genetics (3. Ed.) Freeman, New York
- Pöppel E, Bullinger M, Härtel U (1994) Medizinische Psychologie und Soziologie. Chapman & Hall, London Glasgow Weinheim
- Post RM (1992) Transduction of psychological stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 149:999-1010
- Poznanski EO, Zrull L (1970) Child depression: Clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch Gen Psychiatry* 23:8-15
- Quiggle NL, Garber J, Panak WF, Dodge KA (1992) Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Dev* 63:1305-1320
- Reicher H (1998) Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Waxmann, Münster
- Reinherz HZ, Stewart-Berghauer G, Pakiz B, Frost AK, Moeykens BA, Holmes WM (1989) The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:942-947
- Remschmidt H, Schmidt MH (1988) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. 1. Auflage Thieme, Stuttgart New York
- Remschmidt H, Walter R (1990) Psychische Auffälligkeiten von Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. Hogrefe, Göttingen
- Reynolds WM (1992) (Ed.) Internalizing disorders in children and adolescents. John Wiley & Sons, New York
- Richman N, Stevenson J, Graham PJ (1982) Preschool to school: a behavioral study. Academic Press, London
- Richman N (1977) Is a Behavior Checklist for preschool children useful? In: Graham PJ (Ed.) In epidemiological approaches in child psychiatry. Academic Press, New York
- Rie HE (1966) Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:369-377
- Rosenthal PA, Rosenthal S (1984) Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry* 141:520-525
- Rutter M, Dunn J, Plomin R, Simonoff E, Pickles A, Maughan B, Ormel J, Meyer J, Eaves L (1997) Integration nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 9:335-364

Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Neilson B, Iyengar S, Toomey J (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 44:854-861

Sawyer MG, Baghurst P, Mathias J (1992) Differences between informants' reports describing emotional and behavioral problems in community and clinic referred children: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 33:441-449

Schneider K, Walter R, Remschmidt H (1991) Untersuchungen zur Validität einer deutschen Version der Child-Behavior Checklist (CBCL). *Z Klin Psychol Psychother* 20(1):52-64

Schuster P (2001) Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 1. Auflage Schattauer, Stuttgart

Spitz RA (1946) Anaclitic depression. An enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood II. *Psychoanal Study Child* 2: pp 313-342

Städeli H (1983) Angst- und Depressionssyndrome im Vorschulalter- ihre Erkennung und ihre Behandlung. In Nissen G (Ed.) *Psychiatrie des Kleinkind- und Vorschulalters*. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien, pp 148-161

Stanger C, Lewis M (1993) Agreement among parents, teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol Psychiatry* 22:107-115

Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (2002) Stadtteilprofile 2002 mit Kreisdaten für das Umland. Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg. Band 18

Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day, A, Cooper PJ (1991) The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry* 158:46-52

Steinhausen HC (2000) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 4. Auflage Urban & Fischer, München Jena

Stern K (1982) *Verhaltensbeurteilungsbogen für Kinder*. Psychodiagnostisches Zentrum. Berlin

van der Ende J (1999) Multiple informants: Multiple views. In: Koot HM, Crijnen AAM, Ferdinand RF (Eds.) *Child psychiatric epidemiology. Accomplishments and future directions*. Van Gorcum, Assen, pp 39-52

Van Dusen Randazzo K, Landsverk J, Ganger W (2003) Three informant's reports of child behavior: Parents, teachers and foster parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(11):1343-1350

Verhulst FC, Akkerhuis GW (1989) Agreement between parent's and teacher's ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *J Child Psychol Psychiatry* 30:123-136

Wallerstein JS (1991) The long-term effects of divorce on children: A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:349-360

Walter R (1993) Psychische Auffälligkeiten im Kinder- und Jugendalter. Dissertation, Universität Marburg

Weller RA, Weller EB, Fristad MA, Bowes JM (1991) Depression in recently bereaved prepubertal children. *Am J Psych* 148:1536-1540

WHO (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2.Auflage). Huber, Bern

Winsler A, Wallace GL (2001) Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Educ Dev* 13:41-58

Wittchen HU, von Zerssen D (1987) (Hrsg.) Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Springer, Berlin Heidelberg New York

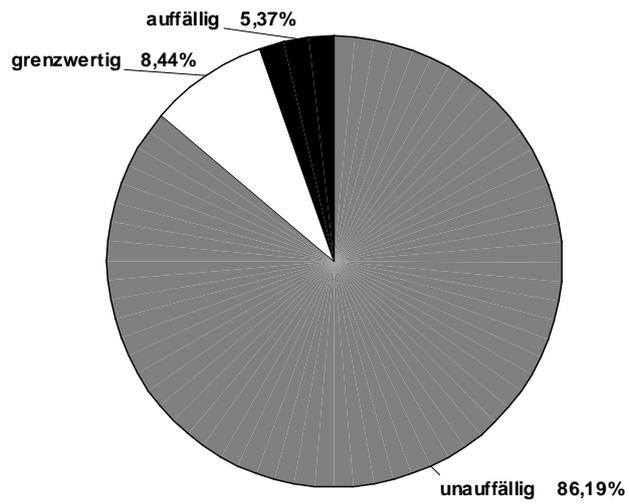
Woerner W, Becker A, Friedrich C, Klasen H, Goodman R, Rothenberger A (2002) Normal values and evaluation of the German parent's version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 30:105-112

Youngstrom E, Loeber R, Stouthamer-Loeber M (2000) Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *J Consult Clin Psychol* 68:1038-1050

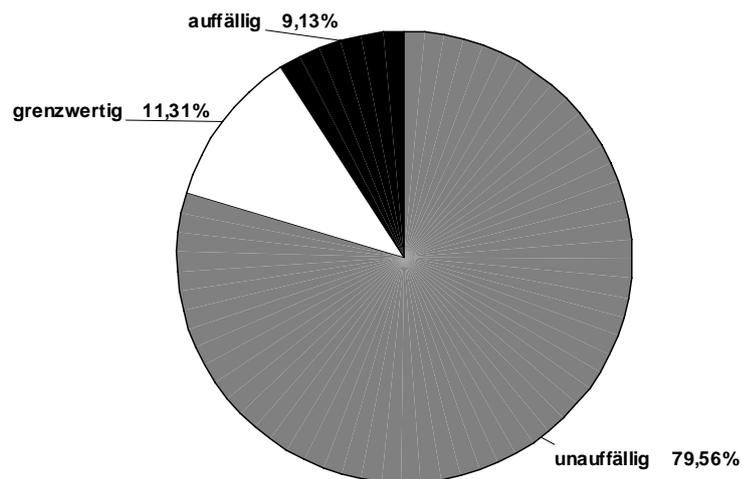
## 7. Anhang

### 7.1 Grafiken

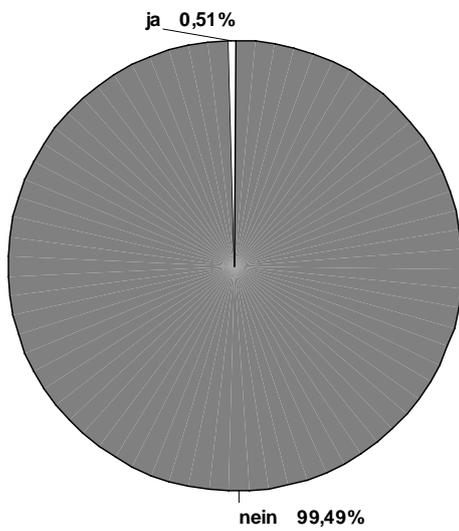
**Grafik 3:** Auswertung der Skala "Ängstlich/Depressiv" im Elternurteil



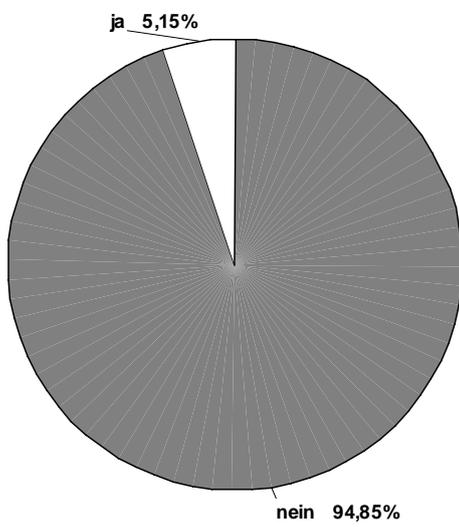
**Grafik 4:** Auswertung der Skala "Ängstlich/Depressiv" im Erzieherurteil



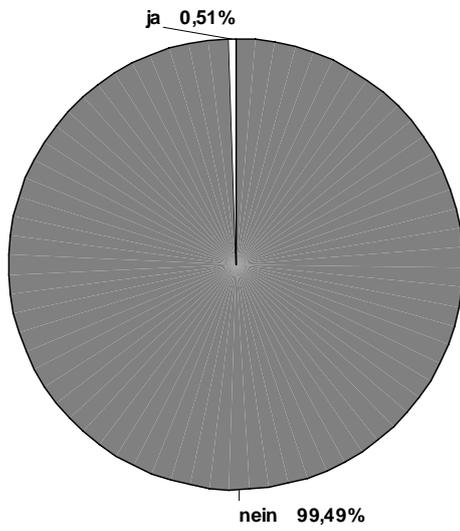
**Grafik 5:** Auswertung der konventionellen DSM-IV-Kriterien für die Major Depression im Elternurteil



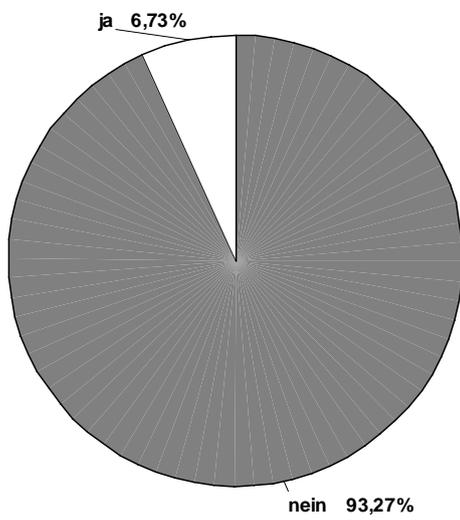
**Grafik 6:** Auswertung der konventionellen DSM-IV-Kriterien für die Major Depression im Erzieherurteil



**Grafik 7:** Auswertung der modifizierten DSM-IV-Kriterien für die Major Depression im Elternurteil



**Grafik 8:** Auswertung der modifizierten DSM-IV-Kriterien für die Major Depression im Erzieherurteil



## 7.2 Übereinstimmung der Instrumente

### 7.2.1 Eltern

#### SDQ (dimensionale Ebene)

**Tabelle 34:** Korrelation nach Pearson

1. Emotionale Probleme	1	.27	.22	.28	-.19	.63
2. Verhaltensprobleme		1	.38	.27	-.38	.67
3. Hyperaktivität			1	.22	-.25	.76
4. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen				1	-.33	.61
5. Prosoziales Verhalten					1	-.41
6. Gesamtproblemwert						1

*Anmerkung: n=391; alle Werte p<.001*

#### SDQ und CBCL (dimensionale Ebene)

**Tabelle 35:** Korrelation nach Pearson

	CBCL Ängstlich/Depressiv		CBCL Körperliche Beschwerden	
	r	p	r	p
Emotionale Probleme	.65	.000	.38	.000
Verhaltensprobleme	.27	.000	.19	.000
Hyperaktivität	.18	.000	.22	.000
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	.29	.000	.12	.015
Prosoziales Verhalten	-.20	.000	-.16	.001
Gesamtproblemwert	.49	.000	.34	.000

*Anmerkung: n=391*

SDQ und CBCL (kategoriale Ebene)**Tabelle 36:** Korrelation nach Fisher`s Exakter Test

		CBCL Ängstlich/Depressiv			CBCL Körperliche Beschwerden		
		Fisher-Wert	p	C	Fisher-Wert	p	C
SDQ	Emotionale Probleme	89.881	.000	.52	21.688	.000	.25
	Verhaltensprobleme	16.601	.001	.21	8.452	.060	.13
	Hyperaktivität	8.081	.062	.14	3.931	.340	.08
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	17.516	.001	.23	13.394	.005	.19
	Prosoziales Verhalten	12.344	.008	.18	9.459	.029	.15
	Gesamtproblemwert	35.144	.000	.33	26.917	.000	.28

*Anmerkung: n=391; Fisher`s Exakter Test; C= Kontingenzkoeffizient*

## 7.2.2 Erzieher

### SDQ (dimensionale Ebene)

**Tabelle 37:** Korrelation nach Pearson

1. Emotionale Probleme	1	.16	.22	.40	-.10	.62
2. Verhaltensprobleme		1	.57	.32	-.57	.71
3. Hyperaktivität			1	.39	-.49	.80
4. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen				1	-.30	.72
5. Prosoziales Verhalten					1	-.51
6. Gesamtproblemwert						1

*Anmerkung: n=505; alle Werte  $p < .001$ ; nur Prosoziales Verhalten korreliert mit  $p = .026$*

### SDQ und CBCL (dimensionale Ebene)

**Tabelle 38:** Korrelation nach Pearson

	CBCL Ängstlich/Depressiv		CBCL Körperliche Beschwerden	
	r	p	r	p
Emotionale Probleme	.75	.000	.47	.000
Verhaltensprobleme	.28	.000	.13	.003
Hyperaktivität	.20	.000	.07	.107
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	.37	.000	.13	.004
Prosoziales Verhalten	-.15	.001	-.06	.200
Gesamtproblemwert	.55	.000	.28	.000

*Anmerkung: n=505*

SDQ und CBCL (kategoriale Ebene)**Tabelle 39:** Fisher`s Exakter Test

		CBCL Ängstlich/Depressiv			CBCL Körperliche Beschwerden		
		Fisher-Wert	p	C	Fischer-Wert	p	C
SDQ	Emotionale Probleme	172.506	.000	.58	42.058	.000	.32
	Verhaltensprobleme	22.184	.000	.21	6.709	.122	.12
	Hyperaktivität	14.771	.004	.18	1.258	.832	.03
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	35.461	.000	.28	6.718	.096	.11
	Prosoziales Verhalten	11.341	.021	.15	3.668	.430	.09
	Gesamtproblemwert	65.125	.000	.36	12.776	.006	.16

Anmerkung: n=504; Fisher`s Exakter Test; C= Kontingenzkoeffizient

Modifizierter DSM-IV-Fragebogen und SDQ (dimensional) und CBCL (dimensional)**Tabelle 40:** Modifizierter DSM-IV im t-Test mit SDQ und CBCL

		Nein (n=471)		Ja (n=34)		t	df	p	d
		M	SD	M	SD				
CBCL	Ängstlich/Depressiv	.5	1.01	1.8	1.73	-4.555	34.63	.000	-.81
	Körperliche Beschwerden	3.4	3.88	11.2	5.25	-8.633	35.65	.000	-1.53
SDQ	Emotionale Probleme	1.9	2.05	5.6	2.08	-10.144	503	.000	-1.80
	Verhaltensprobleme	1.9	1.90	2.8	2.56	-1.962	35.69	.058	-0.35
	Hyperaktivität	3.4	2.65	5.5	2.85	-4.499	503	.000	-.80
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1.6	1.94	3.3	2.19	-4.693	503	.000	-.83
	Prosoziales Verhalten	6.6	2.38	5.9	2.37	1.583	503	.114	-.28
	Gesamtproblemwert	8.9	6.01	17.2	6.57	-7.760	503	.000	-1.38

Anmerkung: n= 505

Konventioneller DSM-IV-Fragebogen und SDQ (dimensional) und CBCL (dimensional)**Tabelle 41:** Konventioneller DSM-IV im t-Test mit SDQ und CBCL

		Nein (n=471)		Ja (n=34)		t	df	p	d
		M	SD	M	SD				
CBCL	Ängstlich/Depressiv	.5	1.02	1.9	1.86	-3.832	25.824	.001	-.68
	Körperliche Beschwerden	3.5	3.99	11.8	5.22	-7.949	26.611	.000	-1.41
SDQ	Emotionale Probleme	2.0	2.13	5.5	1.88	-8.140	503	.000	-1.44
	Verhaltensprobleme	1.9	1.88	3.4	2.79	-2.684	26.254	.012	-.48
	Hyperaktivität	3.4	2.62	6.2	3.03	-4.597	27.065	.000	-.82
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1.7	1.92	3.2	2.82	-2.738	26.279	.011	-.49
	Prosoziales Verhalten	6.7	2.36	5.5	2.58	2.503	503	.013	-.44
	Gesamtproblemwert	9.0	5.98	18.2	7.41	-6.271	26.797	.000	-1.11

Anmerkung: n= 505

Konventioneller und Modifizierter DSM-IV-Fragebogen und SDQ (kategorial) und CBCL (kategorial)**Tabelle 42:** Korrelation nach Fisher`s Exakter Test

		modifizierter DSM-IV			konventioneller DSM-IV		
		Fischer- Wert	p	C	Fischer- Wert	p	C
SDQ	Emotionale Probleme	57.107	.000	.37	46.356	.000	.34
	Verhaltensprobleme	2.143	.358	.06	5.228	.067	.10
	Hyperaktivität	15.338	.000	.19	24.288	.000	.25
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	16.825	.000	.20	8.891	.008	.14
	Prosoziales Verhalten	3.100	.214	.08	7.086	.025	.12
	Gesamtproblemwert	40.947	.000	.31	30.363	.000	.27
CBCL	Ängstlich/Depressiv	89.820	.000	.44	72.108	.000	.41
	Körperliche Beschwerden	16.737	.000	.21	17.322	.000	.23

Anmerkung: n=505; Fisher`s Exakter Test, C= Kontingenzkoeffizient

Es folgen:

### **7.3 Anschreiben an Eltern, Anschreiben an Kindergartenleitung und Erzieher/innen, Fragebogen für Eltern und Fragebogen für Erzieher**



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugend  
psychiatrie und Psychotherapie

Direktor:  
Prof. Dr. med. P. Riedesser

Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
www.uke.uni-hamburg.de

Stellvertretender Direktor  
**Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort**

Telefon: (0 40) 4 28 03 – 51 13  
Telefax: (0 40) 4 28 03 – 59 59  
schulte.markwort@uke.uni-  
hamburg.de

Sekretariat: Frau S. Wegner

April 2003/we/zi

### Studie „seelisches Befinden im Kindergartenalter“

Liebe Eltern,

die Medizin weiß viel zu wenig über seelisches Befinden im Kindergarten- und Vorschulalter. Insbesondere traurige Stimmungen werden immer wieder viel zu selten wahrgenommen. Um diesen Fragen gezielter nachgehen zu können, möchten wir in Zusammenarbeit mit dem Kindergarten, in dem sich Ihr Kind befindet, eine Befragung zum Thema seelisches Wohlbefinden im Kindergartenalter durchführen. Dazu ist es notwendig, dass sowohl die Erzieher/innen als auch Sie selbst einen Fragebogen über Ihr Kind beantworten. Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie an dieser Untersuchung teilnehmen würden. Sie können sich bei Fragen bezüglich dieser Studie oder bezüglich Ihres Kindes gerne jederzeit an uns wenden. Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist selbstverständlich freiwillig. Wir möchten Sie jedoch herzlich bitten, uns zu unterstützen, damit in Zukunft Kindergartenkinder medizinisch besser versorgt werden können.

**Die Befragung verläuft nach den Richtlinien des Hamburger Datenschutzgesetzes. Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.**

**Alle Daten werden nach der Auswertung anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Namen der Kinder gezogen werden können.**

Entweder bei dem nächsten Elternabend des Kindergartens oder an einem Nachmittag innerhalb des nächsten Monats wird einer unserer Mitarbeiter anwesend sein. Gerne können Sie dann Fragen zu diesem Projekt stellen. Den Fragebogen werden wir Ihnen bei diesem Treffen überreichen. Sie können den Fragebogen direkt vor Ort ausfüllen, oder ihn zur Beantwortung mit nach Hause nehmen. Wir bitten Sie den ausgefüllten Bogen den Erziehern wieder mitzugeben. Nachdem Sie uns mitgeteilt haben an dieser Untersuchung teilzunehmen, werden die Erzieher auch einen kurzen Fragebogen beantworten.

Falls Sie Fragen oder Zweifel haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort      cand. med. C. Zimmermann



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugend  
psychiatrie und Psychotherapie

Direktor:  
Prof. Dr. med. P. Riedesser

Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
www.uke.uni-hamburg.de

Stellvertretender Direktor  
**Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort**

Telefon: (0 40) 4 28 03 – 51 13  
Telefax: (0 40) 4 28 03 – 59 59  
schulte.markwort@uke.uni-  
hamburg.de

Sekretariat: Frau S. Wegner

April 2003/we/zi

## Studie „seelisches Befinden im Kindergartenalter“

Sehr geehrte Erzieherinnen und Erzieher,

seelischem Befinden im Vorschul- und Kindergartenalter wird viel zu wenig Beachtung geschenkt. Untersuchungen aus anderen Ländern weisen zum Beispiel darauf hin, dass es auch schon im Vorschulalter eine Anzahl von Kindern mit deutlich trauriger Stimmung gibt, die behandlungsbedürftig sind. Für Deutschland liegt bislang keine derartige Untersuchung vor.

Deshalb planen wir zurzeit eine erste Studie zu diesem Thema in Hamburg, welche in den Kindergärten in Rahlstedt durchgeführt wird. Der Träger Ihres Kindergartens wurde von uns schon angeschrieben und hat einer Teilnahme zugestimmt. Erzieher/innen und Eltern werden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Dieser Bogen besteht für Erzieher aus drei Seiten und für Eltern aus sieben Seiten. Selbstverständlich werden die Eltern der Kinder um eine Einverständniserklärung gebeten, bevor Sie die Bögen ausfüllen.

Wir wenden uns heute mit der herzlichen Bitte an Sie, uns bei dieser Untersuchung zu unterstützen. Wir gehen davon aus, dass es auch in Ihrem Interesse ist, wenn mehr Sensibilität und Wissen über seelisches Wohlbefinden im Kindergartenalter entsteht. Da wir natürlich wissen, dass eine Teilnahme Ihrerseits mit Mühen verbunden ist, würden wir uns gerne dahingehend erkenntlich zeigen, dass wir Ihnen während der Untersuchung eine telefonische Hotline für Beratungen zu Verfügung stellen, in deren Rahmen uns selbstverständlich auch Kinder zur Diagnostik vorgestellt werden können. Darüber hinaus können wir Ihnen und Ihren Mitarbeiter/innen Fortbildungsseminare zum Thema psychische Auffälligkeiten im Kindergartenalter anbieten. Das Ergebnis dieser Studie wird Ihnen nach Abschluss der Studie mitgeteilt.

Hier eine kurze Erklärung des Ablaufs:

- 1) Nachdem Sie dieses Schreiben erhalten haben, wird sich einer unserer Mitarbeiter in der nächsten Woche bei Ihnen melden, um einen Termin zu vereinbaren, bei dem Sie Fragen zu diesem Projekt stellen können.
- 2) Wir werden Informationsschreiben für die Eltern der Kinder bei diesem Treffen mitbringen, welches Sie bitte den Eltern vor Durchführung der Studie geben.
- 3) Wir vereinbaren einen Termin mit Ihnen, wann die Fragebögen durch unsere Mitarbeiter den Eltern ausgeteilt werden. Wenn demnächst ein Elternabend stattfinden sollte, würden wir die Studie gerne an diesem Abend durchführen. Ansonsten werden wir an einem

Nachmittag, der selbstverständlich vorher mit Ihnen vereinbart wird, bei der Abholung der Kinder anwesend sein, um diese Befragung durchzuführen.

- 4) Bei diesem Treffen fragen wir die Eltern, ob sie einverstanden sind, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Bei Zustimmung erhalten sie den Elternfragebogen, den sie gleich vor Ort oder zu Hause ausfüllen können. Diesen bringen die Eltern dann wieder ausgefüllt zu Ihnen zurück.
- 5) Erst nach der Zustimmung der Eltern, werden wir Ihnen eine Liste mit den Namen aller Kinder geben, die in die Studie miteinbezogen werden.
- 6) Zu diesen Kindern füllen Sie dann bitte einen Erzieherbogen aus.
- 7) Alle drei- bis sechsjährige Kinder werden in diese Studie aufgenommen.
- 8) Sowohl Erzieher als auch Eltern stecken die ausgefüllten Bögen in die beigefügten Umschläge.
- 9) Bitte bewahren Sie diese Umschläge in Ihrem Kindergarten auf, wir werden diese demnächst abholen.

**Die Befragung verläuft nach den Richtlinien des Hamburger Datenschutzgesetzes. Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.**

**Alle Daten werden nach der Auswertung anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Namen der Kinder gezogen werden können.**

Falls Sie Fragen oder Zweifel haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort      cand. med. C. Zimmermann



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugend  
psychiatrie und Psychotherapie

Direktor:  
Prof. Dr. med. P. Riedesser

Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
www.uke.uni-hamburg.de

Stellvertretender Direktor  
**Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort**

Telefon: (0 40) 4 28 03 – 51 13  
Telefax: (0 40) 4 28 03 – 59 59  
schulte.markwort@uke.uni-  
hamburg.de

Sekretariat: Frau S. Wegner

April 2003/we/zi

### Studie „seelisches Befinden im Kindergartenalter“

Sehr geehrte Erzieherinnen und Erzieher,

seelischem Befinden im Vorschul- und Kindergartenalter wird viel zu wenig Beachtung geschenkt. Untersuchungen aus anderen Ländern weisen zum Beispiel darauf hin, dass es auch schon im Vorschulalter eine Anzahl von Kindern mit deutlich trauriger Stimmung gibt, die behandlungsbedürftig sind. Für Deutschland liegt bislang keine derartige Untersuchung vor.

Deshalb planen wir zurzeit eine erste Studie zu diesem Thema in Hamburg, welche in den Kindergärten in Rahlstedt durchgeführt wird. Der Träger Ihres Kindergartens wurde von uns schon angeschrieben und hat einer Teilnahme zugestimmt. Erzieher/innen und Eltern werden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Dieser Bogen besteht für Erzieher aus drei Seiten und für Eltern aus sieben Seiten. Selbstverständlich werden die Eltern der Kinder um eine Einverständniserklärung gebeten, bevor Sie die Bögen ausfüllen.

Wir wenden uns heute mit der herzlichen Bitte an Sie, uns bei dieser Untersuchung zu unterstützen. Wir gehen davon aus, dass es auch in Ihrem Interesse ist, wenn mehr Sensibilität und Wissen über seelisches Wohlbefinden im Kindergartenalter entsteht. Da wir natürlich wissen, dass eine Teilnahme Ihrerseits mit Mühen verbunden ist, würden wir uns gerne dahingehend erkenntlich zeigen, dass wir Ihnen während der Untersuchung eine telefonische Hotline für Beratungen zu Verfügung stellen, in deren Rahmen uns selbstverständlich auch Kinder zur Diagnostik vorgestellt werden können. Darüber hinaus können wir Ihnen und Ihren Mitarbeiter/innen Fortbildungsseminare zum Thema psychische Auffälligkeiten im Kindergartenalter anbieten. Das Ergebnis dieser Studie wird Ihnen nach Abschluss der Studie mitgeteilt.

Hier eine kurze Erklärung des Ablaufs:

- 1) Mit diesem Schreiben erhalten Sie ein Informationsschreiben über diese Studie an die Eltern, welches Sie bitte diesen weiterreichen.
- 2) Wir können gerne einen Gesprächstermin festlegen, bei dem Sie Fragen zu diesem Projekt stellen können.
- 3) Wir vereinbaren einen Termin mit Ihnen, wann die Fragebögen durch unsere Mitarbeiter den Eltern ausgeteilt werden. Wenn demnächst ein Elternabend stattfinden sollte, würden wir die Studie gerne an diesem Abend durchführen. Ansonsten werden wir an einem Nachmittag,

- der selbstverständlich vorher mit Ihnen vereinbart wird, bei der Abholung der Kinder anwesend sein, um diese Befragung durchzuführen.
- 4) Bei diesem Treffen fragen wir die Eltern, ob sie einverstanden sind, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Bei Zustimmung erhalten sie den Elternfragebogen, den sie gleich vor Ort oder zu Hause ausfüllen können. Diesen bringen die Eltern dann wieder ausgefüllt zu Ihnen zurück.
  - 5) Erst nach der Zustimmung der Eltern, werden wir Ihnen eine Liste mit den Namen aller Kinder geben, die in die Studie miteinbezogen werden.
  - 6) Zu diesen Kindern füllen Sie dann bitte einen Erzieherbogen aus.
  - 7) Alle drei- bis sechsjährige Kinder werden in diese Studie aufgenommen.
  - 8) Sowohl Erzieher als auch Eltern stecken die ausgefüllten Bögen in die beigefügten Umschläge.
  - 9) Bitte bewahren Sie diese Umschläge in Ihrem Kindergarten auf, wir werden diese demnächst abholen.

**Die Befragung verläuft nach den Richtlinien des Hamburger Datenschutzgesetzes. Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.**

**Alle Daten werden nach der Auswertung anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Namen der Kinder gezogen werden können.**

Falls Sie Fragen oder Zweifel haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort      cand. med. C. Zimmermann



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

## Umfrage zum seelischen Befinden im Kindergartenalter

### Elternfragebogen zum seelischen Befinden im Kindergartenalter

Liebe Eltern,

die Medizin weiß viel zu wenig über seelisches Befinden im Kindergarten- und Vorschulalter. Um diesen Fragen gezielter nachgehen zu können, haben wir einen Fragebogen sowohl für Eltern als auch für Erzieher von drei- bis sechsjährigen Kindern entwickelt.

Da die Erzieher des Kindergarten auch viel Zeit mit Ihrem Kind verbringen, ist es ebenfalls wichtig deren Einschätzung in dieser Befragung zu berücksichtigen.

Die Erzieher werden den von Ihnen beantworteten Bogen nicht lesen. Sofort nach Zusammenführung der von Ihnen und den Erziehern ausgefüllten Bögen, werden die Daten anonymisiert.

Den vorliegenden Elternfragebogen können Eltern, Erziehungsberechtigte oder Ersatzeltern ausfüllen. Er kann von einem oder beiden Elternteilen gemeinsam ausgefüllt werden. Haben Sie mehrere Kinder, machen Sie bitte nur Angaben für das Kind, welches in diesen Kindergarten geht.

**Die Befragung verläuft nach den Richtlinien des Hamburger Datenschutzgesetzes. Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.**

**Alle Daten werden nach der Auswertung anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Namen der Kinder gezogen werden können**

Zur Beantwortung der Fragen hier fünf wichtige Hinweise:

- Bitte füllen Sie den Fragebogen zügig und ohne langes Überlegen aus.
- Bei einigen Fragen können Sie auch mehr als eine Antwort ankreuzen.
- Kreuzen Sie bitte **immer** eine Antwort an, auch wenn Ihnen eine Frage merkwürdig erscheint.
- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **vollständig** aus.
- Nach Beantwortung des Bogens stecken sie diesen bitte mit **allen** Blättern in den beigelegten Umschlag und geben Sie diesen den Erziehern.

Nach Ihrer Einverständniserklärung, werden wir den Erziehern einen dreiseitigen Fragebogen geben.

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**

## ALLGEMEINES

---

1. Dieser Fragebogen wird ausgefüllt von (zutreffende Kästchen bitte ankreuzen):

leibliche Mutter /  leiblicher Vater /  andere (bitte eintragen): \_\_\_\_\_

2. Ausfülldatum (bitte eintragen): \_\_\_\_\_ 2001

3. Alter des Kindes: \_\_\_\_\_ Jahre

4. Geschlecht des Kindes:

männlich /  weiblich

5. Staatsangehörigkeit des Kindes:

Deutschland /  anderes Land (bitte eintragen): \_\_\_\_\_

6. Leben beide leiblichen Elternteile?

beide leben /  Mutter gestorben /  Vater gestorben

7. Stand der elterlichen Beziehung:

leben zusammen /  getrennt /  geschieden /  durch Tod getrennt /  nie zusammengelebt

8. Zahl der leiblichen Geschwister des Kindes: \_\_\_\_\_

9. Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe:

Einzelkind /  jüngstes Kind /  ältestes Kind /  anderes

## DERZEITIGE WOHSITUATION DES KINDES

---

Bei wem wohnt Ihr Kind?

leibliche Mutter /  Stiefmutter /  andere: \_\_\_\_\_ /  ohne Mutter

leiblicher Vater /  Stiefvater /  anderer: \_\_\_\_\_ /  ohne Vater

andere Wohnsituation: \_\_\_\_\_

## KINDERGARTEN

---

Hatte/hat Ihr Kind Probleme beim Besuch dieser Einrichtung?

nein /  ja

Wenn ja, welche?

Aggressionen /  Kontaktprobleme /  schlechtes Betragen /

Spielprobleme /  Trennungsangst /  ungewöhnliche Unruhe /

andere: \_\_\_\_\_

## GESUNDHEIT DES KINDES

---

### 1. Aktuelle Körpermaße des Kindes:

Gewicht: ca. \_\_\_\_\_ kg / Größe: ca. \_\_\_\_\_ cm

### 2. Wie weit ist Ihr Kind in seiner körperlichen Entwicklung im Vergleich zu Gleichaltrigen?

eher frühentwickelt /  altersentsprechend /  eher spätentwickelt

### 3. Trägt Ihr Kind eine Brille oder Kontaktlinsen? nein / ja

### 4. Gab es in den letzten 6 Monaten seelisch schwer belastende Lebensereignisse für Ihr Kind?

nein /  ja

Wenn ja, was war seelisch schwer belastend?

- beängstigende o. demütigende Erlebnisse: \_\_\_\_\_
- Ein- o. Auswanderung
- finanzielle o. materielle Not
- längere Trennung von Mutter o. Vater durch: \_\_\_\_\_
- schwerer Streit mit: \_\_\_\_\_
- Sündenbockzuweisung durch: \_\_\_\_\_
- Umzüge
- veränderte Familienbeziehungen durch: \_\_\_\_\_
- Verlust einer engen Freundschaft o. Liebesbeziehung
- anderes: \_\_\_\_\_

### 5. Gab es solche schweren seelischen Belastungen für Ihr Kind früher? nein / ja

Wenn ja, welche (s. o.)? \_\_\_\_\_

### 6. Gab oder gibt es seelische Erkrankungen in der Familie? nein / ja

Wenn ja, bei wem?

- bei dem Kind selbst /  Mutter /  Vater /  Geschwister /  Großeltern /
- Onkel o. Tante /  andere: \_\_\_\_\_

Welcher Art? \_\_\_\_\_

### 7. Gab oder gibt es schwere körperliche Erkrankungen in der Familie? nein / ja

Wenn ja, bei wem?

- bei dem Kind selbst /  Mutter /  Vater /  Geschwister /  Großeltern /
- Onkel o. Tante /  andere: \_\_\_\_\_

Welcher Art? \_\_\_\_\_

### 8. Gab oder gibt es körperliche/geistige Behinderungen in der Familie? nein / ja

Wenn ja, bei wem?

- bei dem Kind selbst /  Mutter /  Vater /  Geschwister /  Großeltern /
- Onkel o. Tante /  andere: \_\_\_\_\_

Welcher Art? \_\_\_\_\_

## Besuch von Gesundheitsdiensten

1. Wurde Ihr Kind in den letzten 6 Monaten wegen seelischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten behandelt?

nein /  ja

Wenn ja, wo ist Ihr Kind in Behandlung?

Niedergelassener...

Allgemeinarzt

Kinderarzt

(Kinder- u. Jugend-)Psychiater

(Kinder-)Psychologe

Neurologe

anderer: \_\_\_\_\_

Klinik für...

ambulante psychiatrische Behandlung

teilstationäre psychiatr. Behandlung  
(Tagesklinik)

stationäre psychiatrische Behandlung

stationäre psychosomatische Behandlung

anderes: \_\_\_\_\_

unbekannt

2. War das Kind früher schon einmal wegen seelischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten in Behandlung?

nein /  ja

Wenn ja, wie alt war Ihr Kind bei Beginn der Behandlung? \_\_\_\_\_ Jahre

3. Wurden Sie in den letzten 6 Monaten von einer der folgenden Einrichtungen betreut?

Allg. Sozialer Dienst /  Erziehungsberatung /  Gesundheitsamt /  Jugendamt /

Schulpsychologischer Dienst /  Sozialamt /  andere: \_\_\_\_\_

4. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?  nein /  ja

Wenn ja, ist diese Einnahme vorübergehend oder andauernd?

vorübergehend /  andauernd

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein?

Antiallergika /  Antibiotika /  Antidepressiva /  Antirheumatika /  Ritalin /  Neuroleptika

Valium /  andere: \_\_\_\_\_ /  unbekannt

## ELTERN (ERZIEHUNGSBERECHTIGTE O. ERSATZELTERN, BEI DENEN DAS KIND LEBT)

Falls Sie alleinerziehend sind, beantworten Sie bitte nur die für Sie zutreffenden Fragen.

1. Alter der Mutter (o. Ersatzmutter): \_\_\_\_\_ Jahre Alter des Vaters (o. Ersatzvater): \_\_\_\_\_ Jahre

2. Staatsangehörigkeit: der Mutter:  Deutschland /  anderes Land: \_\_\_\_\_

des Vaters:  Deutschland /  anderes Land: \_\_\_\_\_

3. Schulabschluss: der Mutter des Vaters

\_\_\_\_\_ kein Schulabschluss \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sonderschule \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hauptschule \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Realschule \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Fach-)Abitur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Fach-)Hochschule/Universität \_\_\_\_\_



Es folgt eine Liste von Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft oft anderen freiwillig (Eltern, Erziehern oder anderen Kindern)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, im Kindergarten oder anderswo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dies ist eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1 und 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie bitte die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn Sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

**0 = nicht zutreffend    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend**

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Klagt über Einsamkeit_____   | 0 1 2 |
| 2. Weint viel_____  | 0 1 2 |
| 3. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun_____                    | 0 1 2 |
| 4. Glaubt, perfekt sein zu müssen_____                                      | 0 1 2 |
| 5. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt_____                 | 0 1 2 |
| 6. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun_____                           | 0 1 2 |
| 7. Fühlt sich wertlos oder unterlegen_____                                  | 0 1 2 |
| 8. Ist nervös oder angespannt_____  | 0 1 2 |
| 9. Ist zu furchtsam oder ängstlich_____                                     | 0 1 2 |
| 10. Fühlt sich schwindelig_____   | 0 1 2 |
| 11. Hat zu starke Schuldgefühle_____  | 0 1 2 |
| 12. Ist immer müde_____   | 0 1 2 |
| 13. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:            |       |
| a) Schmerzen (außer Kopf- und Bauchschmerzen)_____                          | 0 1 2 |
| b) Kopfschmerzen_____   | 0 1 2 |
| c) Übelkeit_____  | 0 1 2 |
| d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); |       |
| e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme_____                             | 0 1 2 |
| f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe_____                                    | 0 1 2 |
| g) Erbrechen_____   | 0 1 2 |
| h) andere Beschwerden; bitte beschreiben:_____                              | 0 1 2 |
| 14. Ist befangen oder wird leicht verlegen_____                             | 0 1 2 |
| 15. Ist misstrauisch_____   | 0 1 2 |
| 16. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen_____                     | 0 1 2 |
| 17. Macht sich zuviel Sorgen_____   | 0 1 2 |

Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen genau durch. Beantworten Sie bitte die Fragen vollständig und so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige Fragen für Ihr Kind unpassend erscheinen. Beantworten Sie bitte für jede Frage, ob sie bei Ihrem Kind zu beobachten war. Falls ein Punkt zutrifft, kreuzen Sie bitte ja an, falls ein Punkt nicht zutrifft, nein.

Zeigt das Kind:

	Nein	Ja
1. Eine traurige Stimmung zeitweise über mehrere Tage_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eine gereizte Stimmung zeitweise über mehrere Tage_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen, fast allen Aktivitäten oder beim Spielen zeitweise über mehrere Tage anhaltend_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Energieverlust an fast allen Tagen (d.h. Trägheit und Schläppheit)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gefühle von Wertlosigkeit (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Versuche sich umzubringen (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Selbstverletzende Handlungen (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Selbstverletzende oder vom Selbstmord handelnde Themen fallen andauernd beim Spielen auf_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Seit mehreren Tagen eine verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Seit mehreren Tagen eine verminderte Entscheidungsfähigkeit_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Psychomotorische Unruhe an fast allen Tagen (d.h. Nervosität und Aufgeregtheit)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eine körperliche und/oder geistige Verlangsamung an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schlaflosigkeit in fast allen Nächten_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vermehrten Schlaf an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Einen deutlichen Gewichtsverlust ohne Diät_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eine deutliche Gewichtszunahme_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Einen verminderten Appetit an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Einen gesteigerten Appetit an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte vergessen Sie nicht, auf der folgenden Seite noch den Namen Ihres Kindes anzugeben und die Einverständniserklärung zu unterschreiben.**



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

## Einverständniserklärung

Als Sorgeberechtigte des Kindes .....

geb. am .....

bin ich damit einverstanden, dass die Erzieher/innen

.....

des Kindergartens

.....

einen Fragebogen über mein Kind ausfüllen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass alle Daten in anonymisierter Form erhoben werden und zu keiner Zeit Rückschlüsse auf die untersuchten Kinder oder deren Eltern möglich sind. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Nachteile für mich oder mein Kind widerrufen kann.

.....

(Name)

.....

(Vorname)

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

## Umfrage zum seelischen Befinden im Kindergartenalter

### Erzieherfragebogen zum seelischen Befinden im Kindergartenalter

Sehr geehrte Erzieherinnen und Erzieher,

die Medizin weiß viel zu wenig über seelisches Befinden im Kindergarten- und Vorschulalter. Um diesen Fragen gezielter nachgehen zu können, haben wir einen Fragebogen sowohl für Eltern als auch für Erzieher von drei- bis sechsjährigen Kindern entwickelt.

Den folgenden Bogen können Erzieherinnen und Erzieher ausfüllen. Bitte beantworten Sie alle Fragen nur für diejenigen Kinder, deren Eltern dieser Befragung zugestimmt haben.

**Die Befragung verläuft nach den Richtlinien des Hamburger Datenschutzgesetzes. Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.**

**Alle Daten werden nach der Auswertung anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Namen der Kinder gezogen werden können**

Zur Beantwortung der Fragen hier vier wichtige Hinweise:

- Bitte füllen Sie den Fragebogen zügig und ohne langes Überlegen aus.
- Kreuzen Sie bitte **immer** eine Antwort an, auch wenn Ihnen eine Frage merkwürdig erscheint.
- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **vollständig** aus.
- Nach Beantwortung des Bogens stecken sie diesen bitte mit **allen** Blättern in den beigelegten Umschlag. Wir werden diesen demnächst abholen.

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**

Es folgt eine Liste von Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten dieses Kindes in den letzten sechs Monaten.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft oft anderen freiwillig (Eltern, Erziehern oder anderen Kindern)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, im Kindergarten oder anderswo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dies ist eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1 und 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei diesem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie bitte die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn Sie für dieses Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

**0 = nicht zutreffend    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend**

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Klagt über Einsamkeit  | 0 1 2 |
| 2. Weint viel   | 0 1 2 |
| 3. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun                         | 0 1 2 |
| 4. Glaubt, perfekt sein zu müssen   | 0 1 2 |
| 5. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt                      | 0 1 2 |
| 6. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun                                | 0 1 2 |
| 7. Fühlt sich wertlos oder unterlegen                                       | 0 1 2 |
| 8. Ist nervös oder angespannt   | 0 1 2 |
| 9. Ist zu furchtsam oder ängstlich  | 0 1 2 |
| 10. Fühlt sich schwindelig  | 0 1 2 |
| 11. Hat zu starke Schuldgefühle   | 0 1 2 |
| 12. Ist immer müde  | 0 1 2 |
| 13. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:            |       |
| f) Schmerzen (außer Kopf- und Bauchschmerzen)                               | 0 1 2 |
| g) Kopfschmerzen  | 0 1 2 |
| h) Übelkeit   | 0 1 2 |
| i) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); |       |
| j) Hautausschläge oder andere Hautprobleme                                  | 0 1 2 |
| f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe   | 0 1 2 |
| g) Erbrechen  | 0 1 2 |
| h) andere Beschwerden; bitte beschreiben:                                   | 0 1 2 |
| 14. Ist befangen oder wird leicht verlegen                                  | 0 1 2 |
| 15. Ist misstrauisch  | 0 1 2 |
| 16. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen                          | 0 1 2 |
| 17. Macht sich zuviel Sorgen  | 0 1 2 |

Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen genau durch. Beantworten Sie bitte die Fragen vollständig und so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige Fragen für dieses Kind unpassend erscheinen. Beantworten Sie bitte für jede Frage, ob sie bei diesem Kind zu beobachten war. Falls ein Punkt zutrifft, kreuzen Sie bitte ja an, falls ein Punkt nicht zutrifft, nein.

Zeigt das Kind:

	Nein	Ja
1. Eine traurige Stimmung zeitweise über mehrere Tage_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eine gereizte Stimmung zeitweise über mehrere Tage_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen, fast allen Aktivitäten oder beim Spielen zeitweise über mehrere Tage anhaltend_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Energieverlust an fast allen Tagen (d.h. Trägheit und Schlappeheit)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gefühle von Wertlosigkeit (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Versuche sich umzubringen (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Selbstverletzende Handlungen (die auch beim Spielen auffallen können)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Selbstverletzende oder vom Selbstmord handelnde Themen fallen andauernd beim Spielen auf_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Seit mehreren Tagen eine verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Seit mehreren Tagen eine verminderte Entscheidungsfähigkeit_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Psychomotorische Unruhe an fast allen Tagen (d.h. Nervosität und Aufgeregtheit)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eine körperliche und/oder geistige Verlangsamung an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schlaflosigkeit in fast allen Nächten_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vermehrten Schlaf an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Einen deutlichen Gewichtsverlust ohne Diät_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eine deutliche Gewichtszunahme_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Einen verminderten Appetit an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Einen gesteigerten Appetit an fast allen Tagen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**

## **Danksagung**

Die vorliegende Untersuchung war nur durch die Mitarbeit vieler Kindergärten möglich. Besonders möchte ich in diesem Zusammenhang den zahlreichen Kindergartenleitern sowie Erzieher/innen und Eltern in Rahlstedt für ihre Teilnahme an diesem Projekt, ihr Interesse und ihren Einsatz danken.

Herrn Prof. Dr. Schulte-Markwort spreche ich für die Überlassung dieses interessanten wissenschaftlichen Themas, seine wertvollen inhaltlichen und methodischen Anregungen und seine Hilfe beim Überwinden zahlreicher organisatorischer Hemmnisse meinen Dank aus. Ganz besonders möchte ich auch Herrn Dr. Dipl.-Psych. Barkmann für seine tatkräftige kompetente Unterstützung in methodischen und statistischen Fragestellungen und seine stetige selbstverständliche Hilfsbereitschaft danken. Mein Dank gilt weiterhin vielen anderen Mitarbeitern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Klinikdirektor: Prof. Dr. Riedesser) und der Kinder- und Jugendpsychosomatik (Klinikleiter: Prof. Dr. Schulte-Markwort).

Besonderen Dank schulde ich auch meiner Familie und meinen Freunden, die mir stets mit konstruktiver Kritik zur Seite standen und auf deren emotionale und tatkräftige Unterstützung ich jederzeit zählen konnte.

# Lebenslauf

Caroline Zimmermann, geb. 19.01.78 in Heidelberg

Eltern: Prof. Dr. med. Rainer Zimmermann, Ltd. Arzt

Dr. med. K. Zimmermann-Conradi, Internistin

## Schulbildung:

---

1984-1988	Grundschule in Heidelberg
1988-1997	Gymnasium Elisabeth von Thadden-Schule, Heidelberg
1997	Allgemeine Hochschulreife

## Hochschulbildung:

---

1997-2001	Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
2001-2004	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
03.2000	Ärztliche Vorprüfung an der Medizinischen Fakultät Heidelberg
03.2001	1. Staatsexamen an der Medizinischen Fakultät Heidelberg
09.2003	2. Staatsexamen an der Medizinischen Fakultät Hamburg Praktisches Jahr im Albertinenkrankenhaus, Hamburg, im St. Claraspital, Basel, Schweiz, und im Concord Hospital, Sydney, Australien sowie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
12.2004	3. Staatsexamen an der Medizinischen Fakultät Hamburg, Gesamtnote: gut

## **Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: C. Zimmermann

