

Prävention der Verhaltensstörungen im Kleinkindesalter im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege

J.-C. Vuille

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Es dürfte sich erübrigen, im Zusammenhang mit diesem Symposium die Notwendigkeit psychohygienischer Massnahmen im Kindesalter und insbesondere im Kleinkindesalter speziell zu begründen. Die folgenden Ausführungen gehen davon aus, dass psychische Störungen beim Kind zum grossen Teil im Schosse der Familie entstehen, dass sie durch ein ungünstiges emotionales Klima oder einen den Bedürfnissen des Kindes nicht gerecht werdenden Erziehungsstil verursacht oder doch mitgeprägt werden. Dabei ist es ganz klar, dass im Hinblick auf die Prävention diejenigen Faktoren, welche ihrerseits dieses psychische Klima innerhalb der Familie bedingen, beachtet werden müssen. Mutter und Vater sind in ihrem Verhalten durch ihren Charakter, ihre Lebenserfahrungen geprägt, das Kind besitzt von Geburt an individuelle biologische Eigenschaften, die Umwelt ist oft hart, fordernd und versagend. Wenn man dazu noch an alle Gefahren und Wechselfälle des Lebens denkt, liegt die Überlegung nahe, dass von alledem wenig oder nichts verändert werden könne, es sei denn auf sehr lange Sicht und nur im Sinne einer revolutionären Umgestaltung der Lebensbedingungen. Es ist hier nicht der Ort, diese gesellschaftlichen Probleme näher zu erörtern, so bedeutsam sie für die psychische Gesundheit auch sein mögen. Als Ausgangspunkt soll statt dessen die Annahme dienen, dass innerhalb der durch die erwähnten Umstände gesetzten Grenzen ein mehr oder weniger grosser Freiheitsraum für das erzieherische Verhalten der Eltern besteht, und dass hier die Möglichkeit einer Beeinflussung durchaus gegeben ist.

1. Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention erscheint vor allem deshalb einigermassen attraktiv, weil man wegen des Vorhandenseins von Störungen beim Kind mit einer relativ hohen Motivation der Bezugspersonen rechnen darf. Es geht hier darum, dass therapeutisch und beraterisch tätige Personen frühzeitig mit denjenigen Familien in Berührung kommen, die tatsächlich Hilfe nötig haben, und dass dann auch problemgerechte und effektive Massnahmen zur Anwendung kommen. Die Frage nach der tatsächlichen Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden therapeutischen Massnahmen müsste von kompetenteren Fachleuten beantwortet werden. Vom präventivmedizinischen Standpunkt aus interessiert hier zunächst der Mechanismus des Zusammenbringens von behandlungsbedürftigen und therapeutisch tätigen Personen. Dazu gibt es mindestens vier verschiedene Ansätze:

Muss die Kindererziehung allein der Verantwortung der Eltern überlassen bleiben? Dürfen, sollen und können die im Gesundheitswesen tätige Personen sich hier einschalten? Der folgende Artikel geht auf einige Voraussetzungen ein, unter denen eine Intervention gerechtfertigt und erfolgversprechend erscheint.

1.1. Der traditionelle Ansatz

Dem traditionellen Ansatz, der nach wie vor von der überwiegenden Mehrheit der therapeutisch tätigen Personen vertreten wird – wenn nicht in Schrift und Rede, so doch in der täglichen Arbeit –, liegt die Annahme zu Grunde, dass zwischen objektivem und subjektivem Behandlungsbedürfnis ein hoher Grad von Kongruenz besteht, dass also die Betreuerpersonen selber im richtigen Augenblick das Problem erkennen und adäquate Hilfe suchen. In Tat und Wahrheit dürften einige Zweifel an der Gültigkeit dieser Annahme angebracht sein. Es wäre aber immerhin wichtig zu wissen, wie gross die Übereinstimmung bzw. die Inkongruenz dieser beiden Bereiche in Wirklichkeit ist. Im Rahmen einer epidemiologischen Arbeit über Verhaltensstörungen bei 4-jährigen Kindern haben wir zusammen mit M. Schlaginhaufen und F. Blaser [3] die Grössenordnung dieser Relationen zu bestimmen versucht. Die Daten wurden mittels Fragebogen erhoben, die an eine repräsentative Stichprobe von 500 Familien mit 4-jährigen Kindern in der Stadt Bern verschickt wurden. Die Antwortrate betrug 82 %. Zur Beurteilung des objektiven Behandlungsbedürfnisses wurde eine Liste von 28 kindlichen Verhaltensweisen verwendet. Diese von den Eltern angegebenen Symptome des Kindes waren also die einzigen zur Verfügung stehenden Kriterien. Es ist möglich, dass der Erziehungsstil ein ebenso wichtiges Kriterium für Behandlungsbedürftigkeit abgeben würde; es bestand aber keine praktische Möglichkeit, diesen methodisch schwierigen Aspekt in die Arbeit einzubeziehen. Als quantitatives Kriterium wurde die Gesamtzahl der angegebenen Symptome verwendet. Zusätzlich wurde aber auch ein qualitatives Kriterium konstruiert: Alle Kinder mit mindestens einem *bedenklichen Symptom* (Tabelle 1) wurden zu diesem Zweck in eine Gruppe mit grossem objektivem Behandlungsbedürfnis zusammengekommen.

Das subjektive Behandlungsbedürfnis wurde durch die Frage erfasst, ob für die im Fragebogen angegebenen Probleme bereits Rat gesucht worden sei, ob jetzt eine

Tabelle 1: Als bedenklich beurteilte Symptome:

- Kontaktschwierigkeiten
- Essensverweigerung (muss gefüttert werden)
- Affektzyanose
- Auffallende Gefügigkeit (im Urteil der Eltern)
- Allein Spielen (wann Gelegenheit zum Spielen mit Gleichaltrigen gegeben)
- Trennungsangst
- Pavor nocturnus
- Enkopresis
- Enuresis diurna

Behandlung gewünscht werde, oder ob eine solche eventuell in Zukunft nötig werden könnte.

Der Grad der Übereinstimmung zwischen objektivem und subjektivem Behandlungsbedürfnis geht aus Tabelle 2 hervor. Insgesamt besteht bei 39,6 % der Eltern ein – manifestes oder latentes – Behandlungsbedürfnis. Objektiv würde ein solches Bedürfnis bei 29,0 % (Kriterium A), resp. 35,1 % (Kriterium B) bestehen. Diese Zahlen sind durchaus vergleichbar mit den in anderen epidemiologischen Studien mit zum Teil mehrdimensionalen Methoden gefundenen Prävalenzen psychischer Störungen beim Kind [2, 6, 8]. In unserem Material ist für beide Kriterien die Übereinstimmung zwischen objektivem und subjektivem Behandlungsbedürfnis völlig ungenügend: Die Eltern von fast der Hälfte der Kinder mit mehr als 5 Symptomen wünschen keine Hilfe von aussen; auf der anderen Seite weisen 97 von 161 Kindern, deren Eltern sich beraten lassen wollen, weniger als 5 Symptome auf. Wenn das Vorhandensein von bedenklichen Sym-

Tabelle 2: Objektives und subjektives Behandlungsbedürfnis

SUBJEKTIVES BEHANDLUNGSBEDÜRFNIS	TOTAL		OBJEKTIVES BEHANDLUNGSBEDÜRFNIS							
			Kriterium A:				Kriterium B: Bedenkliche Symptome			
			> 5		≤ 5		≥ 1		0	
N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Früher behandelt/beraten	107	26.3	49	41.5	58	20.1	49	34.3	58	22.0
Behandlung/Beratung jetzt oder in Zukunft gewünscht/ ev. nötig	54	13.3	15	12.7	39	13.5	14	9.8	40	15.1
Total subj. Behandlungs- bedürfnis	161	39.6	64	54.2	97	33.6	63	44.1	98	37.1
Behandlung/Beratung nicht gewünscht	246	60.4	54	45.8	192	66.4	80	55.9	166	62.9
Total	407	100.0	118	100.0	289	100.0	143	100.0	264	100.0
% der Zeilensumme	407	100.0	29.0		71.0		35.1		64.9	

ptomen als Kriterium für Behandlungsbedürftigkeit gewählt wird, sind die Verhältnisse eher noch ungünstiger.

Diejenigen Eltern, die sich bereits hatten beraten lassen, hatten sich in der überwiegenden Mehrheit an den Hausarzt oder Kinderarzt gewandt, während Psychiater oder Psychologen nur ganz ausnahmsweise konsultiert worden waren.

Unter der Voraussetzung, dass grundsätzlich die Möglichkeit besteht, von den Symptomen beim Kind auf objektive Behandlungsbedürftigkeit zu schliessen, muss aus diesen Resultaten herausgelesen werden, dass der traditionelle Ansatz, der ganz auf die eigene Initiative der Eltern abstellt, kein ideales Modell der sekundären Prävention abgibt.

1.2. Betreuung von Gruppen mit erhöhtem Risiko

Eine wesentlich aktivere Strategie geht darauf aus, aufgrund von mehr oder weniger allgemein zugänglichen Informationen über die sozioökonomischen Verhältnisse eine Gruppe mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Verhaltensstörungen zu identifizieren, die dann besonders intensiv betreut wird. Vor allem angelsächsische Autoren konnten tatsächlich die Bedeutung derartiger sozialer Gradienten nachweisen [8], während in Skandinavien die klassischen sozialen Indikatoren in neuerer Zeit nur noch ein sehr stumpfes Instrument zur Abgrenzung solcher Risikogruppen ergeben [9, 11]. Auch in unserem eigenen Berner Material gelang es nicht, aufgrund sozioökonomischer Kriterien eine spezielle Risikogruppe zu definieren (Tabelle 3). In einer multiplen Regressionsanalyse mit 10 demografischen oder sozioökonomischen Faktoren als unabhängige Variablen erwiesen sich das Geschlecht des Kindes, seine Stellung in der Geschwister-

Tabelle 3: Abhängigkeit der Anzahl Symptome (y) von demographischen und sozioökonomischen Variablen. Resultat einer multiplen Regressionsanalyse.

$$y = 2.93 + \alpha \cdot 0.05X_1 - 0.58X_2 - 0.23X_3$$

wo: $\alpha =$ 1.07 für Einzelkind
 0.82 für mittleres Kind
 0 für ältestes oder jüngstes Kind

$X_1 =$ Jahrgang der Mutter
 $X_2 =$ 0 für Knaben
 1 für Mädchen

$X_3 =$ Schulabschluss des Vaters:
 1 = Primarschule
 2 = Sekundarschule
 3 = Mittelschule oder Berufsschule
 4 = Hochschule

$R^2 = 0.076.$

reihe, das Alter der Mutter und die Schulbildung des Vaters wohl als signifikante Determinanten der Anzahl Symptome; aber alle diese Variablen zusammen erklärten bloss 8 % der gesamten Varianz. 92 % sind durch Faktoren bedingt, die kaum als Risikoindikatoren verwendet werden können, da es sich nicht um allgemein bekannte Merkmale der Familien handelt. Sehr ähnlich war der Befund einer Diskriminanzanalyse, in der das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von bedenklichen Symptomen als abhängige Variable verwendet wurde. Es muss also daraus geschlossen werden, dass eine Risikostrategie aufgrund demografischer und sozioökonomischer Kriterien keine realistische Lösung darstellt. Diese Aussage muss allerdings insofern eingeschränkt werden, als die extremen Fälle sozialer Desintegration in unserem Materiel nicht erfasst wurden; aber abgesehen von diesen statistischen Überlegungen wäre zu bedenken, ob eine Beschränkung aktiver präventiver Bemühungen auf unterprivilegierte Familien nicht eine unzulässige zusätzliche Diskriminierung darstellen würde.

1.3 Kriseninvention

Ein anderer Angriffspunkt bietet sich in Form der sogenannten *Kriseninvention*. Es ist unbestritten, dass die pathogene Wirkung von kritischen Ereignissen, wie der Verlust von Vater und Mutter, langdauernde Hospitalisationen etc. durch adäquate Hilfen gemildert werden kann [4]. Es wäre daher zu fordern, dass alle, die in ihrem Beruf häufig mit solchen Situationen zu tun haben, wie Sozialarbeiter, Juristen, Pfarrherren, aber auch Spitalärzte, Schwestern etc., auf diese Aufgabe besser vorbereitet würden, als dies heute der Fall ist. Von ausschlaggebender Bedeutung wäre zudem ein bereits vorbestehendes tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und therapeutischen Instanzen. Dieser Aspekt wird weiter unten näher bespro-

chen. Selbst wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, könnte aber doch nur ein geringer Teil aller psychischer Störungen beim Kind durch Krisenintervention frühzeitig erfasst werden.

1.4. Systematisches Screening aller Kinder

Als nächster Schritt bietet sich deshalb *das systematische Screening sämtlicher Kinder* an.

Im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung 4jähriger Kinder in Schweden wurde den psychischen Problemen ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt [7, 10]. Als Screeninginstrumente wurden verwendet: ein einfacher Elternfragebogen, ein strukturiertes Interview der Schwester mit der Mutter, eine direkte Beobachtung des kindlichen Verhaltens und eine zusammenfassende Beurteilung durch den Arzt am Schluss eines freien Gesprächs mit einem oder beiden Eltern.

Während der beiden ersten Jahre wurden in der Provinz Uppsala 3897 Kinder zur Untersuchung eingeladen. Die Beteiligung betrug in dieser durchaus freiwilligen Aktion 97,8 %. 4,1 % der untersuchten Kinder wurden zur weiteren Abklärung und Behandlung an ein speziell für diesen Zweck gebildetes Spezialistenteam, bestehend aus einem Pädiater, einem Kinderpsychiater und einer Kinderpsychologin überwiesen. Dieses Team beurteilte ca. 1/3 der überwiesenen Kinder als nicht weiter behandlungsbedürftig, nicht ganz die Hälfte als in der psychischen Entwicklung gefährdet und den Rest als eindeutig psychisch gestört. Das vielleicht erstaunlichste Resultat dieser Untersuchung dürfte darin liegen, dass die Grössenordnung der auf diese Weise als behandlungsbedürftig erfassten Kinder – in diesem Fall nicht einmal ganz 3 % der gesamten Population – um eine Zehnerpotenz niedriger liegt als die in deskriptiven epidemiologischen Studien gefundenen Zahlen. Ähnliche Resultate wie in Schweden ergaben die Vorsorgeuntersuchungen von Vorschulkindern in Basel [12], während in der Bundesrepublik Deutschland die Ausbeute bei den Vorsorgeuntersuchungen noch bedeutend geringer zu sein scheint [1]. Es besteht also offensichtlich ein grosser Unterschied zwischen dem blossen Registrieren von Problemen aus wissenschaftlicher «Neugierde» einerseits und der Absicht, aktiv therapeutisch tätig zu werden, andererseits. Wir neigen deshalb zu der Ansicht, dass das systematische Screening in kompetenten Händen wohl einen positiven Beitrag zur Prävention darstellt, allein aber niemals genügen kann. Einer der Hauptgründe für die ungenügende Sensitivität eines solchen Programms ist vermutlich die noch immer weit verbreitete Skepsis bei Eltern und Medizinalpersonen gegenüber den therapeutischen Möglichkeiten der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ein weiteres Problem liegt darin, dass das Screening in einem bestimmten, vorwiegend nach administrativen Gesichtspunkten gewählten Zeitpunkt stattfindet, der durchaus nicht mit dem Zeitpunkt der höchsten Motivation der Eltern übereinstimmen muss.

2. Primäre Prävention

Nachdem sich somit die sekundäre Prävention als ungenügend erwiesen hat, sollen nun die Möglichkeiten einer *primären Prävention* betrachtet werden. Es wären dabei folgende Ziele anzustreben:

- Erhöhung der erzieherischen Kompetenz der Eltern (subjektiv und objektiv).
- Verbesserung des Unterscheidungsvermögens zwischen «normalen» Verhaltensweisen und ernsthaften Signalen einer beginnenden Fehlentwicklung.
- Verbesserung des Vertrauens in die therapeutischen Möglichkeiten.

Es werden heute in allen industrialisierten Ländern grosse Anstrengungen unternommen, um diese Ziele zu erreichen. Leider ist es bisher in den meisten Fällen bei Versuchen geblieben. Wohldokumentierte, kontrollierte Studien über die Wirksamkeit derartiger Anstrengungen auf lange Sicht gibt es kaum. Als allgemeine Erfahrungstatsache ist immerhin die bedeutende Schwierigkeit erwähnenswert, Elternberatung «an den Mann» oder «an die Frau» zu bringen. Auch wenn einzelne Programme an sich wirksam sind, bleibt ihr gesamter Effekt auf die Bevölkerung meistens sehr gering. Man vermutet hier wiederum soziale Gradienten: In unserem Material scheint höhere Schulbildung des Vaters trotz geringerem objektivem Behandlungsbedürfnis tatsächlich mit einer stärkeren Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen einherzugehen (Tabelle 4). Diese Abhängigkeit ist allerdings nur für das Kriterium A statistisch signifikant. Die Differenz zwischen objektivem und subjektivem Behandlungsbedürfnis ist aber bei den Kindern von Primarschülern mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit grösser als bei den drei anderen Kategorien zusammen ($\chi^2 = 30.6$, FG = 1, $p < 0.001$ für Kriterium B).

Die Bereitschaft, therapeutische Dienste in Anspruch zu nehmen, wird also nach wie vor stark von der sozialen Distanz zwischen dem Konsumenten und dem Fachmann beeinflusst. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass dies in bezug auf präventive Massnahmen im Sinne der Teilnahme an Elternbildungskursen grundsätzlich anders sein sollte.

Tabelle 4: Subjektives und objektives Behandlungsbedürfnis in Abhängigkeit von der Schulbildung des Vaters.

Schulbildung des Vaters	Total N	Subjektiv: Früher bereits behandelt		Objektiv:			
		n	%	Kriterium A > 5 Symptome		Kriterium B Bedenkliche Symptome	
		n	%	n	%	n	%
Primerschule	164	35	21.3	58	35.4	55	39.6
Sekunderschule	74	20	27.0	15	20.3	21	28.4
Mittelschule	116	35	30.2	32	27.6	40	34.5
Hochschule	52	17	32.7	13	25.0	17	32.7
χ^2 für 1 FG (Primerschule/ Rest)		3.54	n.s.	5.26	$p < 0.05$	2.39	n.s.

3. Kombinierte Strategie

Aus den bisherigen Darstellungen dürfte hervorgegangen sein, dass weder die primäre noch die sekundäre Prävention allein zum Ziele führen, sondern dass beide einander ergänzen. Die Idee einer kombinierten Strategie weckt einige Fragen zur Struktur und Organisation. Elternbildung ist im Idealfall ein kontinuierlicher Prozess, der in der Schule beginnt und später die jungen Eltern durch die Jahre ihrer Elternschaft begleitet, bis ihre eigenen Kinder selbständig geworden sind. Ganz im Zentrum müsste aber eine eigentliche «praxisbegleitende Ausbildung» der jungen Eltern mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindesalter stehen, weil in diesem Stadium mit der besten Motivation gerechnet werden darf, und weil hier die grössten Chancen für eine Verhaltensbeeinflussung von Erzieher und «Zögling» bestehen.

Um in einem auf Freiwilligkeit basierendem System eine gute Breitenwirkung zu erzielen, müssen verschiedene Eigenschaften der potentiellen «Eltern-Ausbildner» beachtet werden, welche für das Vertrauen in der breiten Bevölkerung von Bedeutung sind:

- Bekanntheit, wenn möglich aufgrund von früheren positiven Erfahrungen.
- Hohes Ansehen in der Öffentlichkeit (gemessen etwa an den finanziellen Zuwendungen).
- Fachliche Kompetenz
- Geringe soziale Distanz
- Entwicklung eigener Aktivität (z. B. persönliche Einladung durch Brief, Telefon oder Hausbesuch).
- Früher Beginn (d. h. im Verlauf der ersten Schwangerschaft und der ersten Lebensjahre des ersten Kindes).
- Innere Kohärenz zwischen Theorie und Praxis, das heisst die in Kursen gelehrtten Prinzipien sollten mit denen übereinstimmen, die bei individueller Beratung zur Anwendung kommen.

Es gibt in allen westlichen Ländern viele verschiedene Organisationen, Institutionen und Personen, die sich um die Elternbildung bemühen, ganz zu schweigen von der Informationsflut auf dem Büchertisch und in den Massenmedien. Dadurch entsteht leicht der Eindruck eines Überangebots, das unter anderem bereits zu gewissen Revierkämpfen Anlass gibt. Dabei ist die Diskrepanz zwischen der Diversität des Angebots und der tatsächlichen Nutzenanwendung so offensichtlich, dass eine gemeinsame Kraftanstrengung zur Überwindung der wirklichen Probleme dringend nötig wäre. Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter, Mütterberatung und Säuglingsfürsorge, gemeinnützige Vereinigungen, Kirchen etc. dürfen alle mit Recht für sich in Anspruch nehmen, zur Elternbildung wesentliches beitragen zu können. Es scheint aber, dass niemand alle oben erwähnten Voraussetzungen für eine gute Breitenwirkung erfüllt. Der Gedanke der gemeinsamen Aktion ergibt sich daher von selbst. Dabei stellt sich aber die Frage nach der organisatorischen Verankerung einer solchen Aktion. Von den erwähn-

ten Organisationen scheint die Mütterberatung und Säuglingsfürsorge die günstigsten Bedingungen zu bieten, vor allem deshalb, weil sie von jeher aktiv aufsuchenden Charakter hat und bereits der Mehrzahl der jungen Eltern als beratendes Organ für emotional relativ wenig belastende Fragen (v. a. solche der körperlichen Pflege und der Ernährung) bekannt ist. Ohne eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Erziehungsberatern und Vereinigungen mit spezieller Erfahrung auf dem Gebiet der Elternschulung steht aber auch diese Organisation auf schwachen Füßen.

Eine Zusammenarbeit wird am ehesten funktionstüchtig, wenn eine longitudinale Strategie möglichst genau definiert wird. Dazu gehören sicher Kurse in Form von kleinen Gruppen, in denen die Eltern aktiv mitarbeiten (primäre Prävention), ein Angebot für individuelle Beratung, das allen Eltern bekanntzumachen ist und auf den Kursinhalten aufbaut, sowie ein wiederholtes «Screening» im Sinne eines kontinuierlichen Kontaktes mit einer Vertrauensperson (sekundäre Prävention). Es erscheint wichtig, dass das auf lokaler Ebene tätige Team ein Mitglied für diese Rolle bestimmt. In der Regel wird es die Säuglingsfürsorgeschwester sein; aber auf Wunsch der Eltern oder in speziellen Situationen kommen auch andere Teammitglieder dafür in Frage. Von grösster Bedeutung ist hier die Kontinuität der persönlichen Beziehung. Sie allein schafft eine Grundlage dafür, dass die Familien in plötzlichen Krisen nicht allein dastehen, sondern sich auch in verzweifelten und schuldbelastenden Situationen an jemand wenden können, zu dem sie Vertrauen haben, und der dank seiner Verankerung im Team jederzeit die richtigen Hebel in Bewegung setzen kann, wenn eine Aussprache allein nicht genügt. Wenn die Kinder in Kindergarten und Schule übertreten, sollte die primäre Verantwortung von der «Mütterberatung» allmählich an die Schule und die der Schule zugeordneten Organe übergehen; aber auch hier behält das Postulat nach persönlicher Kontinuität und nach Zusammenarbeit im Team seine volle Gültigkeit.

Die hier skizzierte Strategie mag für schweizerische Verhältnisse utopisch erscheinen. Sicher wird sie sich nicht von einem Tag auf den andern verwirklichen lassen; sie enthält aber so viel präventives Potential, dass die Berechtigung für Versuche zur Realisierung in begrenztem Massstab und unter möglichst kontrollierten Bedingungen gegeben scheint.

Zusammenfassung

Im Bereich der sekundären Prävention werden vier Ansätze beschrieben: Die Eigeninitiative der Eltern, eine Risikostrategie aufgrund sozialer Indikatoren, die Krisenintervention und das systematische Screening. Mit Ausnahme der Risikostrategie, die wenig effizient erscheint, können alle Ansätze einen positiven Beitrag leisten, sind aber allein ungenügend. Die primäre Prävention in Form von strukturierter Gruppenarbeit, welche die Eltern zu eigener Aktivität veranlasst, hat eine sehr wichtige Rolle in einer kombinierten Strategie zu spielen. Es werden einige Voraussetzungen für das Gelingen einer solchen Strategie erwähnt, wobei besonders die Notwendigkeit einer Teamarbeit und einer persönlichen Kontinuität hervorgehoben wird. Die Säuglingsfürsorge und Mütterberatung stellt die günstigste organisatorische Basis für ein kooperatives Vorgehen dar.

Summary

The prevention of behaviour disturbances in preschool children as a task of public health

Four approaches in secondary prevention are described: the personal initiative of the parents, a risk strategy based on social indicators, crisis intervention, and systematic screening. With the exception of the risk strategy, which—at least in a Swiss urban setting—appears to be rather ineffective, these approaches could make a significant contribution, but cannot be considered as sufficient by themselves. Primary prevention in the form of structured group work stimulating the parents to display own activity is an important part in a combined strategy. Some conditions for such a strategy to be successful are mentioned. The necessity of team work and of personal continuity is stressed. Well baby clinics provide the optimal organisational base on which to build the necessary cooperation between professionals of different fields and appropriate lay organisations.

Résumé

La prévention des troubles du comportement du petit enfant dans le cadre des services de santé publics

Quatre modèles différents de prévention secondaire sont décrits: l'initiative personnelle des parents, une stratégie de risque basée sur des indicateurs sociaux, l'intervention en cas de crise et le dépistage systématique. Avec l'exception de la stratégie de risque qui apparaît peu effective — au moins dans un contexte urbain Suisse —, ces modèles pourraient apporter une contribution significative, mais seuls, ils ne peuvent être considérés comme suffisant. La prévention primaire, préférablement sous la forme de discussions structurées en petits groupes stimulant les parents d'élaborer des activités à eux-mêmes, constitue un élément essentiel d'une stratégie combinée. Quelques conditions portant à la réussite d'une telle stratégie sont mentionnées. Parmi celles-ci le travail en équipe et la continuité personnelle se présentent comme les plus importantes. Du point de vue de l'organisation, l'auteur propose que l'action collaborative entre les différents experts et les associations qui s'occupent de la formation des parents, se base sur la protection maternelle et infantile.

Literatur

- [1] *Battelle-Institut e. V.*, Krankheitsfrüherkennung; Säuglinge und Kleinkinder. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Löwenich 1975.
- [2] *Björnsson, S.*, Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland, *Scand. J. Psychol.* 15, 244 (1974).
- [3] *Blaser, F., und Schlaginhausen, M.*, Psychische Störungen bei 4- bis 5-jährigen Kindern in der Stadt Bern, Dissertation. In Vorbereitung.
- [4] *Bürgin, D.*, Zur Prävention psychischer Störungen bei Verlust einer nahen Bezugsperson, *Soz. Prävent. Med.* 22, 46 (1977).
- [5] *Kessler, M., and Albee, W.*, Primary prevention, *Annual Rev. Psychol.* 26, 557 (1975).
- [6] *Lurie, O.*, The emotional health of children in the family setting, *Comm. Ment. Hlth. J.* 6, 229 (1970).
- [7] *Nilsson, C., Sundelin, C., and Vuille, J.-C.*, Health screening of four-year-olds in a Swedish county. IV An analysis of the effectiveness of the psychological examination program, *Acta Paediatr. Scand.* 65, 663 (1976).
- [8] *Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule W., and Berger, M.*, Attainment and adjustment in two geographical areas: III Some factors accounting for area differences, *Brit. J. Psychiat.* 125, 520 (1974).
- [9] *Socialfölkkningsinstitutet i Danmark*, Børns opvaekstvilkår. En undersøgelse af de 9-12-årige problemer og hjemmemiljø. Publikation nr. 34 (1968).
- [10] *Sundelin, C., and Vuille, J.-C.*, Health screening of four-year-olds in a Swedish county. I, II. *Acta Paediatr. Scand.* 64, 795; 801 (1975).
- [11] *Sundelin, C.*, Persönliche Mitteilung.
- [12] *Urbanczik, A.*, Erste Ergebnisse und Erfahrungen mit Vorsorgeuntersuchungen bei Kindergartenkindern in Basel. *Ther. Umsch.* 30, 142 (1973).

Adresse des Autors:

PD Dr. med. J.-C. Vuille, Inst. f. Soz.- u. Präventivmedizin, Waldheimstrasse 18, CH-3012 Bern