

Universität Rostock - Philosophische Fakultät - Institut für Pädagogische Psychologie  
Rosa und David Katz

# **Seelische Gesundheit und Effizienz in der stationären Jugendhilfe / Heimerziehung**

Eine Untersuchung in den Einrichtungen der stationären  
Jugendhilfe des Landkreises Bad Doberan

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor philosophiae (Dr. phil.)  
der Philosophischen Fakultät  
der Universität Rostock

vorgelegt von

Claas Pätow, geb. am 02.11.1976 in Hagenow  
aus Rostock

Rostock, 2008

urn:nbn:de:gbv:28-diss2009-0022-7

Dekan : Prof. Dr. Hans-Jürgen von Wensierski

1. Gutachter : Prof. Dr. Frank Häßler

2. Gutachter : Prof. Dr. Helga Joswig

3. Gutachter : Prof. Dr. Christina Krause

4. Gutachter : Prof. Dr. Christoph Perleth

Verteidigung : 30.01.2009

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung - Historischer Blick auf die Heimerziehung .....	1
2	Theoretischer Hintergrund .....	11
2.1	Epidemiologische Forschung .....	11
2.2	Prävalenz von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter .....	13
2.2.1	Epidemiologische Studien mit kategorialem Ansatz .....	13
2.2.2	Epidemiologische Studien mit dimensionalem Ansatz .....	14
2.2.3	Prävalenz von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen bei Kindern- und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen .....	15
2.3	Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe - Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen .....	16
2.4	Juristische Arbeitsgrundlagen der stationären Jugendhilfe .....	18
3	Studie zur seelischen Gesundheit einer Rostocker Schülerstichprobe .....	20
4	Fragestellungen und Hypothesen .....	22
5	Methodik .....	25
5.1	Durchführung der Erhebung .....	25
5.1.1	Stichprobenziehung .....	25
5.1.2	Ablauf der Untersuchung .....	25
5.2	Rücklaufquote der Befragung .....	26
5.3	Erhebungsinstrumente .....	27
5.3.1	Youth-Self-Report (YSR) .....	27
5.3.2	Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) .....	29
5.3.3	Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) .....	31
5.3.4	Teacher's Report-Form (TRF) .....	32
5.3.5	Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) .....	33
5.4	Statistische Analysen .....	35
6	Ergebnisse .....	38
6.1	Beschreibung der untersuchten Wohngruppen .....	38
6.1.1	JSW für Heimerziehung .....	38
6.1.2	ASB Kinder- und Jugendhilfeverbund Landkreis Bad Doberan ..	39
6.1.3	AWO Kreisverband Bad Doberan .....	39
6.1.4	Therapeutisches Kinder- und Jugendhaus Becker .....	40
6.2	Beschreibung der Stichprobe .....	40
6.3	Teil A : Auswertung der psychischen Auffälligkeit .....	43
6.3.1	Youth-Self-Report (YSR) .....	43
6.3.2	Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) .....	50
6.3.3	Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) .....	52
6.3.4	Teacher's Report-Form (TRF) .....	53
6.3.5	Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) .....	59
6.4	Teil B : Gruppenbetrachtungen - Beziehungen zwischen Alter, Geschlecht und Schulform .....	61
6.4.1	Alters und Geschlechtsunterschiede .....	62
6.4.2	Unterschiede in Bezug auf den schulischen Bildungshintergrund .....	67
6.5	Teil C : Prävalenz psychischer Auffälligkeit zu den jeweiligen Messpunkten .....	73
6.5.1	Youth-Self-Report (YSR) .....	73

6.5.2	Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI).....	84
6.5.3	Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11).....	87
6.5.4	Teacher's Report-Form (TRF).....	89
6.5.5	Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	100
7	Diskussion.....	103
7.1	Diskussion zu den Probanden und zur Methode .....	103
7.2	Diskussion der Ergebnisse .....	104
7.2.1	Teil A : Auswertung der psychischen Auffälligkeit.....	104
7.2.2	Teil B : Gruppenbetrachtungen - Beziehungen zwischen Alter, Geschlecht und Schulform .....	122
7.2.3	Teil C : Prävalenz psychischer Auffälligkeit zu den jeweiligen Messpunkten.....	123
8	Schlussbetrachtung .....	127
9	Literaturverzeichnis .....	128
10	Abbildungsverzeichnis .....	141
11	Tabellenverzeichnis .....	146
12	Anhang.....	147
12.1	Youth-Self-Report (YSR) .....	147
12.2	Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI).....	152
12.3	Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11).....	156
12.4	Teacher's Report-Form (TRF).....	158
12.5	Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	164
12.6	Kooperationsvereinbarung.....	169
12.7	Ergebnistabellen (Auszug).....	170
	Lebenslauf.....	177
	Selbständigkeitserklärung .....	178
	Danksagung .....	179
	Thesen .....	180

# 1 Einleitung - Historischer Blick auf die Heimerziehung

Im klassischen Altertum<sup>1</sup>, als Griechenland und Rom zu nationaler Machtentfaltung kamen, war es um das Recht des Kindes auf Leben und Schutz schlecht bestellt. Kinder, die schwächlich oder sonst lästig waren, wurden einfach ausgesetzt.

In der Zeit des römischen Reichs wurden Kinder als Zukunftssicherung der Eltern und als Beitrag zum Weiterbestand der Gesellschaft zu betrachten. Mit Verbreitung des Christentums kamen erste Vorstellungen einer gesellschaftlichen Verantwortung zur Liebestätigkeit auf. Von nun an wurde die Betreuung von Waisen als „Dienst am Altar Gottes“ aufgefasst (Post, 1997).

Die christliche Lehre ist in Bezug auf die Armut und auf arme Kinder wenig wirksam geblieben. Die geringe Zahl an Überlieferungen aus den frühen Jahrhunderten lässt bezüglich der Situation von Waisen und verlassenen Kindern lediglich eine sporadische Betrachtung zu (Mehringer, 1994).

„Sicher brachte das Christentum zunächst eine Wendung zum Besseren. [...] Sein Programm enthält eine grandiose Aufwertung des Kindes (wenn ihr nicht werdet wie die Kinder) und das Gebot, für arme Kinder zu sorgen (wer eines in meinem Namen aufnimmt, nimmt mich auf). Für verlassene Kinder mitzusorgen, war denn auch in der Frühzeit des Christentums eine selbstverständliche Pflicht der Nachbarn, der Gemeinde – vermutlich ohne daß das mitleidig geduldete „Gemeindekind“ [...] daraus wurde, wie es später geschah“ (Mehringer, 1994, S. 16; Auslassungen: C.P.).

Festzustellen ist, dass das Aussetzen von Kindern zum damaligen Alltag gehörte. „Der Erzbischof von Mailand soll 787 das erste Findelhaus gegründet haben; etwa um die gleiche Zeit gebot ein früher Papst Leo, ein Asyl für Kinder zu errichten, da ihm immer wieder berichtet wurde, daß die Fischer Kinderleichen aus dem Tiber zogen“ (Mehringer, 1994, S. 17).

Karl der Große<sup>2</sup> tat sich im Frankenreich mit der Versorgung von Waisen zu seiner Zeit hervor (Post, 1997). In Folge dieser Bestrebungen wurden an Kirchen und Klöstern so genannte Drehläden installiert, welche das anonyme Abgeben der Kinder in eine Obhut ermöglichten. „Ein erstes deutsches Findelhaus haben Historiker aus dem Jahre 1041 in Laibach ausgemacht. Von der ersten „Findel“ in Nürnberg wird 1365 berichtet“

---

<sup>1</sup> Eine von ca. 2500 v.u.Z. bis ca. 500 währende Zeitepoche.

<sup>2</sup> Karl der Große: geb.: 02.04.748 gest.: 28.01.814

(Mehringer, 1994, S. 17). Diese Entwicklung hatte einen Rückgang der Kindermorde zur Folge.

Zur Zeit der Findelhäuser, Klosterschulen, Hospitäler und Armenhäuser war es vorrangiges Ziel, die Kinder und Jugendlichen zur Arbeit, zum Gehorsam und zum Christentum zu erziehen. Die Errichtung dieser speziellen Einrichtungen brachte ein zaghaft wachsendes Verständnis für die Eigenständigkeit der Kindheit. Das Prinzip von Zucht und Ordnung wurde aber weiterhin aufrechterhalten.

Neue Strukturen bahnte die Reformation insofern, dass nun beispielsweise die Trennung nach dem Geschlecht und die Arbeits- und Geisteserziehung propagiert wurden. Die Erziehung zur Arbeit und die Geistesbildung durch Unterricht fand nun in den Hospitälern eine Bedeutungssteigerung (Post, 1997).

Die ersten deutschen Waisenhäuser wurden ab Mitte des 16. Jahrhunderts in den Reichsstädten gegründet<sup>3</sup>. Die Finanzierung der Waisenhäuser war an eine streng christliche Erziehung in diesen gebunden.

Vor dieser Zeit wurden Waisenkinder in Familien gegeben, wo sie hauptsächlich zur Arbeit eingesetzt, während Erziehung und Bildung vernachlässigt wurden.

Eine positive Entwicklung auf Grund der neu gegründeten Einrichtungen wurde von Kriegen und anderen gesellschaftlichen Unruhen verhindert. In Folge des 30jährigen Krieges<sup>4</sup> kam es in einem noch größeren Umfang zu Massenunterbringungen von elternlosen Kindern.

Zum Ende des 17. Jahrhunderts und danach im 18. Jahrhundert wurden in Deutschland erneut zahlreiche Waisenhäuser gegründet, die nach heutigen Maßstäben gemessen eher maroden Gefängnissen glichen. Auf kommunaler Ebene gab es zu dieser Zeit keine diversifizierte Armenpolitik. Erst im 17. Jahrhundert weist Johann Justus Winkelmann auf die Notwendigkeit hin, die Kinderversorgung über eine Verteilung von Almosen hinaus zu gestalten (Mehringer, 1994).

Zu einem großen Bekanntheitsgrad gelangten die 1698 von August Hermann Francke gegründeten Hallischen Anstalten. In strenger Manier wurden hier lebenspraktische und christliche Inhalte vermittelt (Günder, 2000; Mehringer, 1994).

Erheblichen Einfluss auf das Wesen der damaligen Waisenhäuser hatte die pietistische Pädagogik. „ Die pietistische Pädagogik war gekennzeichnet von dem Prinzip der Zucht, der Behütung, der „Brechung des verderblichen Eigenwillens“, während die uns

---

<sup>3</sup> 1546 in Lübeck, 1567 in Hamburg, 1572 in Augsburg

<sup>4</sup> Dreißigjährige Krieg wurde von 1618-1648 über den gesamten deutschen Raum geführt.

heute so wichtigen positiven Elemente wie Spiel, Spontaneität, Freude sehr zurückgedrängt wurden.“ (Mehringer, 1994, S. 18)

Die Tagesstruktur war in den Anstalten mit Massenunterbringung durch einen strengen Zeitplan geprägt, in dem sich Gebete, Beschulung und Arbeit miteinander abwechselten. Körperliche Züchtigung der Kinder war dabei ebenfalls eine Selbstverständlichkeit. Missstände waren weiterhin in der Verpflegung und Hygiene auszumachen (Mehringer, 1994).

Die Waisenhäuser in öffentlicher Hand verstanden sich als Arbeits- und Zuchthäuser. Waisenhausstiftungen christlichen Hintergrunds führten ebenfalls die Erwerbsarbeit in die Heimordnung ein. Der Leiter der Einrichtung war hierbei gleichzeitig Unternehmer. Hintergrund der strengen Erziehung war die Vorstellung, dass Kinder durch Härte zu guten Christen beziehungsweise guten Gesellschaftsmitgliedern würden (Post, 1997).

Die hier beschriebenen Umstände der Waisenversorgung im Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit führten am Ende des 18. Jahrhunderts und zu Beginn des 19. Jahrhunderts zum so genannten Waisenhausstreit. Örtliche Dokumente beschreiben, dass sich gegen 1780 viel Kritik und Widerspruch gegen Kinderanstalten artikuliert (Mehringer, 1994).

Neben den Unterbringungsbedingungen wurden hauptsächlich die Arbeitspflicht und das Nichtvorhandensein von Fachpersonal kritisiert. Des Weiteren wurden auch die Kosten der massenhaften Unterbringung als Kritikpunkt vorgetragen. So kostete im Jahre 1862 in Berlin ein Heimplatz das Dreifache eines Platzes in einer Pflegefamilie.

In Folge der vorgenommenen Kritik stellten sich langsame Veränderungen ein. Viele Waisenhäuser öffneten ihre Strukturen, was im 18. Jahrhundert zu einer vermehrten Familienpflege führte. Kinder wurden in Pflegefamilien übergeben, wobei dieser Umstand eher in ökonomischen Vorteilen für den Staat auf Grund geringerer Pflegegelder seine Ursache findet.

Die Tatsache, dass viele Pflegeeltern ihre Pflegekinder ausschließlich als billige Arbeitskräfte betrachteten, zeigt einen den Teilerfolg dieser Entwicklung. Im Zuge dessen wurde die Erziehung von Waisen bei Pflegeeltern teilweise wieder revidiert. Arbeit sollte nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Auf die Entwicklung der Waisenhäuser hatte der Waisenhausstreit eine förderliche Wirkung. Eine endgültige Lösung dieses Streits konnte aber nicht herbeigeführt werden. So konnte der Waisenhausstreit nicht klären, ob die Familienerziehung einer

Anstaltserziehung vorzuziehen ist. Bezüglich der Heimorganisation wurden aber Stimmen für eine Neuausrichtung laut (Günder 2000; Mehringer 1994).

Unterstützt wurden diese Ansichten durch die geistigen Entwicklungen im Rahmen der Aufklärung, welche unter anderem Vorstellungen über den Wert des Kindes und einer kindgerechten Erziehung hervorbrachten. Zaghafte setzte sich infolgedessen ein neues Verständnis im Umgang mit Kindern durch.

Trotz der neuen geistigen Einflüsse blieb das 18. Jahrhundert bezüglich der Heimerziehung weiterhin durch eine sehr strenge Zucht charakterisiert (Günder 2000; Post 1997).

Im 19. Jahrhundert bildete die sich fortschreitend durchsetzende Industrialisierung mit der einhergehenden Ausweitung von Kinderarbeit den Hauptgrund für das Stagnieren der Verbesserungsbemühungen in der Waisenerziehung. Unterstützung fand diese Entwicklung auch aus der Fachöffentlichkeit, welche die Sinnhaftigkeit der Armen- und Kinderfürsorge in Frage stellte<sup>5</sup>.

Nur vereinzelt fanden Ideen, wie die des Johann Heinrich Pestalozzi, Thomas John Barnardo und anderen, welche das Kind in seinen Bedürfnissen zu achten versuchten, eine öffentliche Beachtung beziehungsweise Umsetzung (Mehringer, 1994).

Pestalozzi gründete 1798 in Stanz ein Haus für die Armenerziehung, welches nun die Liebe zu den Kindern und die Achtung vor deren Individualität zum obersten Prinzip erhob. Die von Pestalozzi gegebenen Impulse ließen pädagogisches Denken in die Waisenpflege zunehmend mit einfließen. Die im Anschluss gegründete Rettungshausbewegung stellte sich der Aufgabe, die seelische Gesundheit und die gesellschaftliche Integration der Heimbewohner zu fördern.

Bedeutender Vertreter der Rettungshausbewegung war Johann Hinrich Wichern, der 1833 das „Rauhe Haus“ in Hamburg gründete. Die Schaffung familienähnlicher Bedingungen und damit die Überwindung der weit verbreiteten Massenunterbringung war Wichern ein wichtiges Ziel (Günder, 2000; Post, 1997). „Die Erziehung in und durch kleine Gemeinschaften wurde begleitet von einer christlich geprägten individuellen Zuneigung.“ (Günder 2000, 19)

Obwohl die neuen pädagogischen Ansätze Erfolge zeigten, fanden sie dennoch keine allgemeine Zustimmung. Anstalten mit Massenunterbringung wurde auch weiterhin vor allem aus ökonomischen Gründen der Vorzug gegeben. Ein streng autoritär

---

<sup>5</sup> z.B. Die Lehre des Engländers T. M. Malthus (1766-1834).



ausgerichteter Erziehungsstil sollte so noch weit ins 20. Jahrhundert hinein zur Tagesordnung gehören (Günder, 2000; Mehringer, 1994).

Über Jahrhunderte schon wurde Kindern in diesen Institutionen ein Zuhause fast ausnahmslos verwehrt und stattdessen in Massenanstalten Zucht und Ordnung gepriesen.

Ausgehend von Juristen wurden mit Ende des 19. Jahrhunderts erste Gesetze zur Zwangserziehung erlassen.

Am Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Entwicklung der Heimerziehung weiter verfolgt. Der Begriff „Heim“ fand somit auch erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts Einzug in die Fachöffentlichkeit (Günder, 2000; Münchmeier, 1999).

Mit Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches<sup>6</sup> (BGB) in Deutschland fand die Vernachlässigung von Kindern als Grund für eine so genannte Fürsorgeerziehung beziehungsweise öffentliche Erziehung juristische Beachtung (Mehringer, 1994). Das BGB verhinderte weitgehend eine sozialpädagogische Intervention in der Familie. Eine Verkleinerung der Großen Erziehungsanstalten ließ weiter auf sich warten.

Mit dem Ende des Ersten Weltkriegs formte sich parallel zur Arbeiter-, Frauen- und Jugendbewegung eine sozialpädagogische Bewegung. Im Zuge dessen wurden in der Jugendhilfe die Maßnahmen der Zwangserziehung erweitert, was bis 1991 so blieb.

Die Prävention von Verwahrlosung stand nun auf dem Programm. Der Fortschritt in der Jugendfürsorge wurde forciert. „Die Gilde Soziale Arbeit wurde gegründet, eine Vereinigung idealistischer Praktiker und Hochschullehrer (Hermann Nohl, Karl Mennicke, Walter Herrmann, Karl Wilker u.a.).“ (Mehringer, 1994, S.29)

Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz<sup>7</sup> (RJWG) stärkte das Recht des Staates auf Kontrolle des familiären Erziehungsgeschehens. Dem Staat kam dem Gesetz nach die Rolle eines Wächters zu. Er verpflichtete sich zur Aufsicht und zur Kostenübernahme, wobei Reformmaßnahmen durch finanzielle Engpässe des Staatshaushalts schwer durchsetzbar waren. Dabei war festzustellen, dass das Klientel dieser so genannten Fürsorgeerziehung weitgehend der Unterschicht angehörte.

Charakteristisch für die damalige Fürsorgeerziehung war eine weitgehende Trennung der Zöglinge von der Herkunftsfamilie. Die Maßnahmen griffen größtenteils bis zur Volljährigkeit und blieben in der Mehrzahl ohne Erfolg (Münchmeier, 1999; Post, 1997).

---

<sup>6</sup> Bürgerliches Gesetzbuch: Verkündung 1896, Inkrafttreten 1900

<sup>7</sup> Reichsjugendwohlfahrtsgesetz: Verkündung 1922, Inkrafttreten 1924

Die gesetzlich geregelte Zwangserziehung bildete eine unrühmliche Verbindung zwischen dem Staat und privaten Anstalten. Ziel dieser Maßnahmen war die Abwehr von Verwahrlosung, wobei der Staat und die Jugend geschützt werden sollten. Umsetzung fand dieses Ziel lediglich in einer obrigkeitlichen und gegen Kinder und Eltern gerichteten Ausübung von Zwang, falls strafbare Handlungen beziehungsweise Verwahrlosung festgestellt wurden (Post, 1997).

Die mit dem RJWG angestrebten Erfolge stellten sich nicht ein. Die Fürsorgeerziehung hatte ein sehr schlechtes Ansehen, was die hohe Widerspruchsrate von Erziehungsberechtigten unterstreicht (Münchmeier, 1999).

Reformpädagogische Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Erziehungsanstalten blieben ohne öffentliche Unterstützung. „Die wirkliche Leistung der Reformpädagogik bestand nicht in einer größere Kreise Betroffener erreichenden alternativen Praxis sondern in der Sensibilisierung von Pädagogen und Teilen der Öffentlichkeit für die Probleme der Fürsorgeerziehung und Verwahrlostenpädagogik.“ (Münchmeier, 1999, S. 144)

Für eine Persönlichkeitsentfaltung der Kinder und Jugendlichen in den Anstalten war von den reformpädagogischen Vertretern plädiert worden. Dabei muss festgehalten werden, dass die damaligen Fortschritte auf dem Gebiet der Heimerziehung auf das Engagement Einzelner zurückgehen. In diesem Zusammenhang ist die Arbeit Pater Flannagans zu nennen, welcher in den USA Heime aufbaute (Mehring, 1994).

Kinder und Jugendliche, bei denen die durch das RJWG ermöglichten Maßnahmen gänzlich ohne Erfolg blieben, riefen eine Debatte hervor, die sich für eine Zwangsverwahrung dieser aussprach (Münchmeier, 1999). „Die Bewahrungs-Debatte belegt, daß nicht nur Hilfe und Kontrolle, sondern auch Zuwendung zu den einen und Ausgrenzung der anderen untrennbar verbunden waren.“ (Münchmeier, 1999, S. 145)

Die Vorhaben, per Staatsintervention, die Unterschichten Deutschlands zu disziplinieren, scheiterten an der Finanzierbarkeit und der praktischen Umsetzbarkeit. Des Weiteren fanden Ende der 1920er Jahre kritische Stimmen zur Fürsorgeerziehung ihren Weg in die Öffentlichkeit.

In dessen Folge wurden in Politik, Justiz, Sozialpädagogik und bei Betroffenen Diskussionen zur Verbesserung der Missstände der Heimerziehung aber auch über die Grenzen der Erziehbarkeit geführt (Münchmeier, 1999).

Nach Neuerungen des RJWG in den 1930er Jahren, welche vor allem ihren Grund in der finanziellen Notlage des Staates hatten, war die Fürsorgeerziehung an Erfolg angeknüpft worden. Kindern und Jugendlichen ohne Aussicht auf Besserung sollte von nun an die Erziehung verweigert werden (Münchmeier, 1999).

Mit dem Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft wurde im europäischen Raum die Heimentwicklung gestoppt (Mehring, 1994).

„Die Erziehungssituation im Dritten Reich war dadurch gekennzeichnet, dass alle Kinder und Jugendlichen während dieser Zeit ganz massiven ideologisch ausgerichteten Erziehungsgewalten außerhalb der eigenen Familie ausgesetzt waren.“ (Günder 2000, S. 20)

Die Heimerziehung jener Zeit fand keine Beachtung für pädagogische Erkenntnisse. Der Nutzen für den Aufbau des Staates war ihr alleiniger Focus.

In Folge dessen wurden die Kinder und Jugendlichen nach ihrer Verwertbarkeit klassifiziert. Eingliederungsfähige Kinder und Jugendliche wurden in Heimen der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) untergebracht. Heranwachsende mit weniger guten Chancen auf eine Eingliederung erhielten auf Basis des RJWG Fürsorgeerziehung. Schwererziehbare und somit als nicht verwertbar angesehene Kinder und Jugendliche wurden ab 1940 bis zur Volljährigkeit in polizeilichen Jugendschutzlager und im Anschluss in Arbeitshäuser beziehungsweise Konzentrationslager überführt (Günder, 2000; Münchmeier, 1999; Wolff, 1999).

Die Vielzahl an heimat- und elternlosen Kindern erhielt unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkrieges auf Grund des Mangels an Personal und geeigneten Gebäuden nur marginal eine Heimerziehung. In der Folge kam es wiederum zu sehr großen Heiminstitutionen mit strengen Regeln. Kasernenähnliche Zustände mit sehr großen Gruppen gehörten weiterhin zum Heimerziehungsalltag.

Die Spaltung Deutschlands ab 1949 in zwei deutsche Staaten wirkte sich auf Grund der unterschiedlichen politischen Ausrichtung auch auf die Struktur der Heimerziehung aus. Zunächst wird zur Heimerziehung in der DDR Stellung genommen.

Als Bestandteil des Volkssystemes in der DDR hatte die Heimerziehung zum Ziel, Kinder und Jugendliche aus diesen Institutionen ins sozialistische Gesellschaftssystem zu integrieren. Die Pädagogischen Konzepte folgten hier streng der Parteipolitik und erfuhren keine wissenschaftliche Innovation.

Entwicklungsprobleme wurden in der DDR weitestgehend mangelnder familiärer Erziehung beziehungsweise individuell verursachten pathologischen Bedingungen zugeschrieben. Auf Grund dessen war die Schwelle für eine staatliche Intervention zum Wohle des Kindes niedrig. In diesem Kontext galt die Heimerziehung auch in breiten Teilen der Bevölkerung als probates Mittel, um familiäre Erziehungsprobleme abzufangen und deviante Kinder und Jugendliche zu disziplinieren.

Die in der Öffentlichkeit propagierte Persönlichkeitsentfaltung für eine gelingende gesellschaftliche Integration hatte auf pädagogischer Ebene in der Heimerziehungspraxis weitgehend symbolische Bedeutung. Der Heimalltag in der DDR war geprägt durch die Vermittlung von Disziplin, Pflichterfüllung, Fleiß und ähnlichen Normen (Wölfel, 1999). „Individuelle Auseinandersetzungen jeglicher Art waren negativ besetzt und wurden zumeist unterbunden oder in eine ritualisierte Wettbewerbsführung einbezogen.“ (Wölfel, 1999, S. 124)

In der BRD nahm die kapitalistische Wirtschaft ab Mitte der 1950er Jahre erheblich an Schwung auf. Im Zuge dessen veränderten sich auch die inneren Einstellungen der Menschen. Wertvorstellungen änderten sich, das Ausleben individueller Freiheitsansprüche zwecks Selbstverwirklichung und eine Verschiebung von Wertvorstellungen gewannen zunehmend an Bedeutung (Post, 1997).

Das familiäre Zusammenleben wandelte sich in diesem Prozess ebenfalls. Emotionalität in Familien wurde Egoismen und dem Ziel der Sicherung der materiellen Existenz geopfert (Post, 1997).

Bei Familien ohne feste materielle Basis setzte vermehrt das Jugendwohlfahrtsgesetz mit dem Mittel der Heimunterbringung ein, wobei die Eltern in diesem Prozedere aus heutiger Sicht nicht als Partner sondern als Gegner im Hilfeprozess behandelt wurden. Bis in die 1960er Jahre hinein war auf Grund dieser Vorgehensweise ein starker Anstieg der Heimunterbringungszahlen zu verzeichnen. Der Allgemeine Fürsorgeerziehungstag (AFET)<sup>8</sup> warb in diesem Zusammenhang für die Durchsetzung einer Kostenminimierung, einer Differenzierung nach Problemlagen und die Einbeziehung pädagogisch-psychologischer Forschungsergebnisse. Diese Vorschläge fanden aber keine Umsetzung, so dass keine wesentliche Verbesserung der Heimunterbringung stattfand. Der Praxisalltag war weiterhin gezeichnet durch schlecht ausgebildete Erzieher, welche einen repressiven Erziehungsstil praktizierten. Gegenläufige Bewegungen sollten erst langsam eine Umsetzung ihrer Ideen erreichen (Post, 1997).

Mehringer realisierte in München während dieser Zeit ein Heim, welches nach dem Familienprinzip arbeitete. Breite Anerkennung in der Heimerziehung fanden seine Impulse erst nach Jahrzehnten. Das Ziel, elternlosen Kindern ein wirkliches Heim zu bieten, verfolgte in jener Zeit auch die SOS-Kinderdorfbewegung (Günder, 2000).

---

<sup>8</sup> 1906 wird der Allgemeine Fürsorgeerziehungstag - AFET gegründet.

Eine breite Reform der Heimstruktur, die die Auflösung der großen Anstalten und die Etablierung familienähnlicher Erziehungsformen mit sich brachte, fand in der BRD erst mit Beginn der 1970er Jahre statt.

Gegen Ende der 1960er Jahre bekam die Heimerziehung in der BRD vermehrte Aufmerksamkeit. Linke Studentengruppen setzten sich hier für die zuvor als Randgruppe deklarierten Kinder und Jugendlichen in den Heimen ein (Günder, 2000). Aus Sicht der Studentenbewegung sollte die auf Grund der kapitalistischen Wirtschaftsstruktur vollkommen dem Fetisch des Konsums verfallene Gesellschaft mit Hilfe von desintegrierten Außenseitern, die im Sinne Marx' revolutionäres Potenzial in sich tragen sollten, verändert werden.

Die aus der Studentenbewegung von 1968/69 hervorgehende Heimreform zeichnete sich zunächst durch ein breites Spektrum an Vorschlägen aus, welche den Weg zu einer Verbesserung der Heimerziehungsbedingungen aufzeigen sollten. In diesem Kontext kamen Forderungen nach neuen Unterbringungsbedingungen, einer Stärkung der Persönlichkeitsrechte der Kinder und Jugendlichen in den Heimen oder radikal nach einer gänzlichen Abschaffung der Heimerziehung auf. Die Zuschreibung eines revolutionären Potenzials auf Seiten der Heimbewohner stellte sich hier allerdings als Trugschluss heraus. Oftmals waren die Heimbewohner mit den neu gewonnenen Freiheiten schlicht überfordert.

Festzuhalten bleibt in diesem Zusammenhang aber, dass neben den Reformströmungen der Nachkriegszeit auf die Heimbewegung und die sich bis zum 4. Jugendhilfetag 1974 an sie angeschlossenen Reformbemühungen bedeutsamen Einfluss auf das Bild der heutigen Heimerziehungslandschaft hatten.

Der 4. Jugendhilfetag unterstrich die Notwendigkeit von gesicherten Forschungsergebnissen hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit von Heimkindern. Des Weiteren wurden Vorschläge unterbreitet, welche mittels des 1991 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)<sup>9</sup> in Maßnahmen unter den Schlagworten Dezentralisierung, Entinstitutionalisierung, Entspezialisierung, Regionalisierung, Professionalisierung und Individualisierung ihre Umsetzung finden beziehungsweise finden sollten (Post, 1997; Wolf, 1995).

Positives Ergebnis der Heimreform war beispielsweise, dass nun Pädagogen mit fundierter Ausbildung in diesem Bereich eingesetzt wurden. Die durchschnittliche Gruppengröße verringerte sich außerdem auf acht bis zehn Kinder und Jugendliche,

---

<sup>9</sup> Kinder- und Jugendhilfegesetz: 1990 vom Bundestag verabschiedet, trat am 1. Januar 1991 in Kraft und löste das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 in der Fassung von 1963 ab.

die von vier Mitarbeitern betreut werden. Ressourcen- und lebensweltorientierte Ansätze finden vermehrt Einzug in das pädagogische Handeln.

In Folge der beschriebenen Reformen stiegen die Heimkosten erheblich, was neben pädagogischen Zielen ebenfalls den Grund zur Installation diverser Maßnahmen zur Prävention vollstationärer Heimerziehung bildete (ambulante oder teilstationäre Betreuung aber auch Vollzeitpflege) (Günder, 2000).

Abschließend kann zur historischen Entwicklung der Heimerziehung angemerkt werden: „Die Geschichte der Heimerziehung ist durch sehr viel Leid, Missachtung, durch Fehlen elementarster Grundbedürfnisse wie liebevolle Zuneigung, Geborgenheit, Anerkennung und Lob gekennzeichnet.“ (Günder, 2000, S. 27)

Aus dieser Perspektive ist erkennbar, welchen großen Fortschritt die aktuelle Heimarbeit bereits erreicht hat. Gleichzeitig ist der erreichte Zustand noch nicht zufrieden stellend und sollte den Focus auf zukünftige Aufgaben lenken.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Epidemiologische Forschung

Die Epidemiologie im Bereich der Psychologie und Psychiatrie versucht, Aussagen hinsichtlich der Verbreitung psychischer Störungen und deren Zusammenhänge mit zum Beispiel kulturellen und soziodemographischen Merkmalen zu treffen.

Forschungsgegenstand sind weiterhin krankheitsspezifische Risikofaktoren, Ursachen und die Wertung sozialer und ökonomischer Folgen. Die Ergebnisse epidemiologischer Forschung sind daher auch zur Abwägung prophylaktischer Maßnahmen und im Hinblick auf die Installation angemessener Versorgungsstrukturen von Bedeutung.

Aussagen zur Häufigkeit und der Verteilung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bestimmter Populationen können ausgehend von Prävalenzuntersuchungen getroffen werden. Die Prävalenz ist eine statistische Kennzahl zur Charakterisierung von Krankheit. Sie gibt Auskunft über die Anzahl von Erkrankten zum Erhebungszeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem Zeitintervall (zum Beispiel Lebenszeitprävalenz) im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen. Grundlage einer Aussage zur Prävalenz psychischer Störungen bilden die Definition und die Klassifikation entsprechender Krankheitsbilder anhand einer operationalisierten Diagnostik.

Zur Erfassung von psychischen Störungen gibt es derzeit zwei methodische Ansätze: zum ersten den nosologischen Ansatz mit kategorialen Diagnoseschemata und zweitens den empirischen Ansatz, welcher vom dimensionalen Krankheitsbegriff ausgeht. Anhand von klinisch gewonnenen Symptomkomplexen auf phänomenologischer Basis wird die kategoriale Klassifikation vorgenommen. Die kategorialen Diagnoseschlüssel beschreiben psychische Störungen als Krankheits- oder Störungseinheiten, die sich eindeutig voneinander abgrenzen und unterscheiden lassen.

Die kategorialen Diagnoseschemata mit der größten Bedeutung sind heute das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-IV der American Psychiatric Association (APA, 1996) und die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1993). Diese Klassifikationen bildeten die für Basis strukturierte Interviews, welche eine eindeutige Zuordnung zu den Diagnoseklassen ermöglichen.

Auf Basis der DSM- und ICD-Klassifikation werden bei Kindern und Jugendlichen zur Feststellung psychischer Störungen zum Beispiel The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA, Angold et al., 1995) oder The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, Costello et al., 1987) verwendet.

Der empirische Ansatz folgt der Grundannahme einer kontinuierlich verteilten Merkmalsverteilung psychischer Störungen. Krankheiten werden dieser Annahme folgend dimensional klassifiziert, das heißt zwischen dem durchschnittlichen Ausprägungsgrad von Merkmalen und psychischen Abweichungen bestehen keine festgelegten Grenzen. Es wird daher versucht, psychische Merkmale zu erheben, welche eine relative Stabilität aufweisen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören die von T. M. Achenbach und C. Edelbrock (Achenbach, 1991a; Achenbach & Edelbrock, 1983) Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991b) und die davon abgeleiteten Messinstrumente Youth-Self-Report (YSR) (Achenbach, 1991c) und Teacher's Report-Form (TRF) (Achenbach, 1991d) zu den Testverfahren zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten mit der größten Verbreitung. Mit diesem Instrument können Informationen zum Verhalten aus den Perspektiven Schule, Familie und Individuum gewonnen werden.

Die Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behavior Checklist“ hat zusammen mit T. M. Achenbach deutschsprachige Konsensusversionen entwickelt, welche auf den letzten Revisionen T. M. Achenbachs aufbauen. Damit stellt dieses Fragebogensystem im deutschen Sprachraum das einzige Verfahren dar, das in großer Breite Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen erfasst (Döpfner et al., 1994).

Die Verwendung eines dimensional oder kategorialen Ansatzes ist mit Vor- und Nachteilen verbunden. Das kategoriale Diagnosesystem von DSM und ICD basiert wesentlich auf klinischen Studien, die für Kinder und Jugendliche nur begrenzt einsetzbar sind. Des Weiteren sind mit ihnen keine Aussagen hinsichtlich Altersspezifität und Ausprägungsgrad der psychischen Störungen möglich. Günstig ist das kategoriale System gegenüber dem empirischen Ansatz bezüglich der Genauigkeit von selten auftretenden Störungen. So können zum Beispiel Psychosen im Kindes- und Jugendalter auf Grund ihrer niedrigen Prävalenz nicht mittels Faktorenanalyse als Syndrome herausgestellt werden.



In diesem Zusammenhang bietet eine empirische Herangehensweise Vorteile. Die CBCL berücksichtigt hier beispielsweise die kindliche Entwicklung bei der Beurteilung in Form von altersabhängigen Normen. Außerdem können mit diesem Instrument im Gegensatz zur dichotom vorgenommenen kategorialen Klassifizierung Aussagen über das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten getroffen werden, was hinsichtlich der Abschätzung eines therapeutischen Interventionsbedarfs bedeutsam ist (Kraenz, 2002; Petermann et al., 2002).

## 2.2 Prävalenz von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

### 2.2.1 Epidemiologische Studien mit kategorialem Ansatz

Repräsentative Studien zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zeigen auch im transnationalen Vergleich weitgehend übereinstimmende Prävalenzraten hinsichtlich der Punkt- und Ein-Jahres-Prävalenzen. So bewegen sich die Werte um 20%. Bei den Lebenszeitprävalenzen ließen sich höhere Werte von 40-50% ermitteln (Tabelle 1).

Die Studien wurden mit standardisierten Interviews<sup>10</sup> auf Grundlage von DSM oder ICD Kriterien zur Operationalisierung der psychischen Auffälligkeit durchgeführt.

Tabelle 1: Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter  
(nach Bird et al., 1996; Petermann et al., 2002)

Autor, Ort	Alter (Jahre)	Anzahl (n)	Instrument / System	Prävalenz-Zeitraum	Prävalenz-rate
Puura et al., 1998 Finnland	8-9	279	DISC	Keine Angabe	15,1%
Esser at al., 1992 Deutschland	8	216	Mannheimer	keine Angabe	16,2%
	13	191	Elterninterview	keine Angabe	17,8%
	18	181	ICD-10	(Lebenszeit)	16,0%
Steinhausen et al., 1998 Schweiz	7-16	379	DISC DSM-III-R	6 Monate	22,5%
Cohen et al., 1993 USA	10-20	776	DISC DSM-III-R	Punkt	19,4%
Essau et al., 1998 Deutschland	12- 17	1035	CAPI DSM-IV	Lebenszeit	41,9%

<sup>10</sup> Es wurden sowohl Selbstbeurteilungsinstrumente als auch Fremdbeurteilungsinstrumente verwendet.

Fergusson et al., 1993 Australien	15	961	DISC DSM-III-R	1 Jahr	27,3%
McGee et al., 1990 Australien	15	943	DISC DSM-III	1 Jahr	22%
Canals et al., 1997 Spanien	18	304	SCAN ICD-10/ DSM-III-R	Punkt	30%/ 21%
Reinherz et al., 1993 USA	18	386	DIS-III-R DSM-III-R	Lebenszeit	49,1 %
Ferdinand et al., 1995 Niederlande	19-24	131	SCAN DSM-III-R	6 Monate	19,3%
Velhust et al., 1997 Niederlande	13-18	312	SCAN DSM-III-R	6 Monate	22%
Wittchen et al., 1998 Deutschland	14-24	3021	CAPI DSM-IV	Lebenszeit	41,9%
Offord et al., 1987,89 Kanada	4-16	194	modifizierte CBCL-Skalen DSM-III	6 Monate	18,1%
Anderson et al., 1987 Neuseeland	11	792	DISC DIS-III-R	1 Jahr	17,6%
Weyerer et al., 1988 Deutschland	3-14	358	ICD- 9	3 Monate	18,4%
Bird et al., 1988 Puerto Rico	4-16	386	DISC DSM-III	keine Angabe	17,9%
Erläuterungen:					
CAPI            Computer-Assisted Personal Interview of the Munich Version of the Composite International Diagnostic Interview - M-CIDI (Wittchen et al., 1996)					
DISC            Diagnostic Interview Schedule for Children (Costello et al., 1987)					
SCAN            Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (Wing et al., 1990)					
DIS-III-R        Diagnostic Interview Schedule, Version III-Revised (Robins et al., 1989)					
CBCL            Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991b)					
Mannheimer Eltern-Interview (Esser et al., 1989)					
ICD-9, ICD-10 (WHO, 1980, 93) oder DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV (APA, 1980, 87, 94)					

### 2.2.2 Epidemiologische Studien mit dimensionalem Ansatz

Bei der Bestimmung der Prävalenz mit dimensionalem Ansatz existieren keine eindeutigen Kriterien. Entscheidungsgrundlage sind hier klinische Einschätzungen und statistische Verfahren.

Wie bereits erwähnt, ist hier die CBCL mit ihren Subfragebögen YSR und TRF nach T. M. Achenbach (Achenbach, 1991a) in der Forschung das etablierteste Verfahren. Auf

Grund der kontinuierlichen Verteilung der mit den Messinstrumenten erfassten Merkmale bleibt die in der CBCL verwendete Einteilung nach bestimmten Grenzwerten fragwürdig.

Je nach Auswahl der Merkmalsanzahl beziehungsweise Höhe der Cut-Off-Werte für die Definition von psychischen Auffälligkeiten ergeben sich bei epidemiologischen Studien mit dimensionalem Ansatz unterschiedliche Prävalenzraten.

In einer Metaanalyse von 49 repräsentativen Studien, welche mit der CBCL und anderen Messinstrumenten durchgeführt wurde, ermittelte Velhurst eine mittlere Gesamtprävalenz von ungefähr 12% (Velhurst, 1995).

Eine bundesweit durchgeführte repräsentative Untersuchung mit der deutschen Fassung der CBCL an fast 3000 Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren zeigte je nach Grenzwerten für die Bestimmung von Auffälligkeiten eine Gesamtprävalenz zwischen 13% und 28% (Döpfner et al., 1997, 1998; Lehmkuhl et al., 1998; Petermann et al., 2002).

### **2.2.3 Prävalenz von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen bei Kindern- und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen**

Im Vergleich zur Normalpopulation weisen Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe höhere Prävalenzraten für psychische Störungen auf.

Je nach Forschungssetting liegen die Prävalenzzahlen zwischen 44% und 96%. (Blower et al., 2004; McCann et al., 1996; Meltzer et al., 2003). Die Spannweite der hier aufgeführten Prävalenzraten ist hauptsächlich durch unterschiedliche Messinstrumente und Stichprobeneffekte erklärbar.

Zu den häufigsten Störungsbildern von Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung gehören Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (Blower et al., 2004; dosReis et al., 2001; McCann et al., 1996).

Eine aktuelle deutsche Studie zur psychischen Auffälligkeit von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen in Ulm und Umgebung mit kategorialem Ansatz bestätigte diese Prävalenzraten.

Bei dieser Studie wurde mit Kindern und Jugendlichen, welche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, eine Erhebung mit der Child-Behavior-Checklist 4-18 (CBCL) und dem Youth-Self-Report (YSR) durchgeführt (Achenbach, 1991b, d).

Mit Kindern und Jugendlichen, welche in der Auswertung der Fragebögen auf der Gesamtskala einen T-Wert von  $\geq 60$ <sup>11</sup> aufwiesen, wurden klinische Untersuchungen mit dem von M. Döpfner und G. Lehmkuhl entwickelten halbstrukturierten Interview „*Diagnostisches System für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen - DISYPS-KJ*“ vorgenommen (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Dieses Instrument wurde gewählt, um zu überprüfen, ob die Probanden Kriterien einer ICD-10 (F) Diagnose auf der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes und Jugendalter erfüllen (Nützel et al., 2005; Remschmidt et al., 2006; Schmid et al., 2006).

In die Auswertung der Studie wurden 105 Kinder und Jugendliche, die als unauffällig galten sowie 359 Kinder und Jugendliche, welche am diagnostischen Interview DISYPS-KJ teilnahmen, einbezogen. Von diesen insgesamt 464 Probanden erfüllten 57,1% (265) die Kriterien einer ICD-10 (F) Diagnose auf der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. 6 Probanden (1,3%) wurden als intelligenzgemindert nach F70 ICD-10 eingestuft. Bei 193 (41,6%) Kindern und Jugendlichen wurde keine Diagnose gestellt (Tabelle 2, Nützel et al., 2005; Schmid et al., 2006).

Tabelle 2: Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen der Ulmer Heimstichprobe (nach Nützel et al., 2005)

<b>ICD-10 (F)- Diagnosen</b>	<b>Prävalenz gesamt (n=464)</b> (Häufigkeiten)
Kinder und Jugendliche ohne ICD-10 (F) Diagnose davon: (n=105) 22,6% $T \leq 60$ - unauffällig nach CBCL/YSR-Screening (n=88) 20,3% $T \geq 60$ - keine ICD-10 (F) Diagnose nach DISYPS-KJ	<b>(n=193) 41,6%</b>
Kinder und Jugendliche mit ICD-10 (F) Diagnosen ((n=6) 1,3% Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung (F70))	<b>(n= 265) 57,1%</b>

### **2.3 Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe - Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen**

Im folgenden Abschnitt werden psychosoziale Risikofaktoren in stationären Jugendhilfeeinrichtungen und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit beschrieben. Somit werden Hintergründe der in Kapitel 2.2 angeführten Prävalenzraten

<sup>11</sup> Ein Standard T-Wert von 60 als cut-off-Wert unterscheidet bei Kindern und Jugendlichen am besten zwischen dem Vorhandensein und Nichtvorhandensein von psychischen Auffälligkeiten (Nützel et al., 2005).

psychischer Störungen erkennbar. Des Weiteren wird ersichtlich, dass in Heimen lebende Kinder und Jugendliche hinsichtlich der Entwicklung psychischer Störungen eine besonders gefährdete Population darstellen.

Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen waren und sind oft psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt, wie zum Beispiel konfliktreiche Wohn- und Familienverhältnisse, mangelnde erzieherische Kompetenzen der Eltern, Vernachlässigung, psychische Erkrankung der Eltern, Suchterkrankung der Eltern, Gewalterfahrungen und Trennung der Eltern.

Studien zu psychosozialen Belastungen weisen einen erheblichen Anteil von Kindern und Jugendlichen aus, die vor dem Heimaufenthalt extremen Lebenssituationen ausgesetzt waren. Baur et al. finden in ihrer Stichprobe bei 44% der untersuchten Heimkinder Vernachlässigungen und bei 34,9% Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Des Weiteren wiesen 27,5% der Kinder Verwahrlosungstendenzen und desorientiertes Verhalten in Alltagssituationen auf. Bei 59,9% der Kinder zeigte sich eine Störung der Eltern-Kind-Beziehung (Baur et al., 1998).

Meltzer et al. zeigen, dass etwa 60% der untersuchten Heimkinder vernachlässigt wurden, körperliche Misshandlungen oder sexuellen Missbrauch ertragen mussten (Meltzer et al., 2003). Hukkanen et al. weisen in ihrer Stichprobe nach, dass bei 60% der Fälle der Alkoholkonsum der Eltern und bei 24% der Fälle häusliche Gewalt Grund für die Heimunterbringung war (Hukkanen et al., 1999).

Dinwiddie et al. und Manly et al. zeigen die Bedeutung von Vernachlässigungen im frühen Kindesalter, von körperlichen und sexuellen Misshandlungen und prekären psychosozialen Lebensbedingungen für die Ätiologie psychischer Störungen (Dinwiddie et al., 2000; Manly et al., 2001).

Ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie und die damit für Kinder und Jugendliche verbundenen Einschränkungen von personalen, familiären und sozialen Ressourcen ist in diesem Zusammenhang ebenso als bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Störungen zu betrachten (Erhart et al., 2007).

In diesem Kontext soll außerdem nicht unerwähnt bleiben, dass der mit der Indikation für die Erziehung in stationärer Jugendhilfe beginnende Hilfeprozess weitere Belastungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen darstellen kann (Schmid, 2007).

Zu den Ausführungen von psychosozial belastenden Lebensereignissen auf die psychische Gesundheit ist anzumerken, dass es resiliente Kinder und Jugendliche gibt, die obwohl sie diversen psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt waren, keine psychische Störung entwickeln. Psychosoziale Belastungsfaktoren führen demnach nicht zwangsläufig zu einer psychischen Störung. Jedoch ist ihr Vorhandensein mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken verbunden. Diese Wahrscheinlichkeit scheint sich durch das mehrfache Vorkommen von Risikofaktoren weiter zu erhöhen (Blanz et al., 1991; Ihle et al., 2002; Laucht et al., 1992; Schmid, 2007).

Die Ausführungen zu Risikofaktoren und Prävalenzraten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen führen zum Anliegen dieser Forschungsarbeit. So liegt das Hauptaugenmerk dieser Untersuchung darauf, psychosoziale Risikofaktoren und vor allem die psychische Belastung der befragten Jugendlichen festzustellen.

## **2.4 Juristische Arbeitsgrundlagen der stationären Jugendhilfe**

Im folgenden Abschnitt wird der gesetzliche Rahmen der stationären Jugendhilfe beschrieben.

Juristische Arbeitsgrundlage der Einrichtungen der stationären Jugendhilfe sind die in den §§ 34 - *Heimerziehung und sonstige Wohnformen* und 35 - *Intensive sozialpädagogische Betreuung* des Achten Sozialgesetzbuchs (SGB VIII) Kinder- und Jugendhilfe aus dem Jahr 1991 beschriebenen Leistungen.

Im Einzelfall werden auch Leistungen nach § 35a SGB VIII - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie nach § 41 - Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung SGB VIII erbracht.

Die Grundlage dieser Leistungen bilden § 2 Abs. 2 Ziffer 4 SGB VIII - Hilfen zur Erziehung und ergänzende Leistungen nach den §§ 27 - Hilfe zur Erziehung, 36 - Mitwirkung Hilfeplan, 37 - Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie, 39 - Leistungen zum Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen und § 40 - Krankenhilfe.

Die Zielgruppe der Heime sind in diesem Zusammenhang Kinder- und Jugendliche im Sinne des § 7 SGB VIII - *Begriffsbestimmungen*, bei denen eine auf das Kindeswohl ausgerichtete Erziehung nicht mehr gewährleistet ist (Marburger, 2006).

### **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (nach Kinder- und Jugendhilfe-weiterentwicklungsgesetz - KICK)**

Nachfolgend wird die auf Grund der hohen Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten von in stationärer Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen bedeutsame Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche § 35a SGB VIII nach den Richtlinien des 2005 verabschiedeten Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes (KICK) näher dargestellt.

Die Jugendhilfe hat in diesem Zusammenhang die Funktion, sowohl individuelle Ansprüche auf eine normale Entwicklung und gegebenenfalls die Förderung von Kindern und Jugendlichen als auch Normalitätserwartungen seitens der Gesellschaft zu sichern. In Bezug auf den § 35a SGB VIII hat die Jugendhilfe die Aufgabe, die Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen (Schraper, 2004).

Nach dem § 35a SGB VIII haben Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn erstens ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht. Zweite Anspruchsvoraussetzung ist, dass auf Grund der Abweichung der seelischen Gesundheit vom Normalzustand die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt oder eine entsprechende Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht sind in diesem Sinne Kinder und Jugendliche, bei denen nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit eine beeinträchtigte gesellschaftliche Teilhabe zu erwarten ist (Wiesner, 2006).

Zur Feststellung dieser Abweichung muss der Träger der öffentlichen Jugendhilfe eine Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines auf diesem Gebiet erfahrenen Arztes oder psychologischen Psychotherapeuten einholen.

Diese nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation zu verfassende zweistufige Stellungnahme umfasst neben den Angaben zum Krankheitswert auch die Auswirkungen auf die Partizipation (WHO, 1993).

### 3 Studie zur seelischen Gesundheit einer Rostocker Schülerstichprobe

S. Kraenz führte eine Untersuchung zu den Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten mit Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren an einem Gymnasium, drei Haupt- und Realschulen und der Berufsbildenden Schule für Ernährung und Hauswirtschaft der Hansestadt Rostock (Mecklenburg/ Vorpommern) durch. Zur Bestimmung der psychischen Auffälligkeit wurde für diese Untersuchung der aus der Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991b) abgeleitete Youth-Self-Report (YSR) (Achenbach, 1991c) verwendet (Kraenz, 2002).

Von insgesamt 393 Schülern, die an der Befragung teilnahmen, konnten von S. Kraenz 371 Fragebögen von 149 männlichen und 222 weiblichen Jugendlichen ausgewertet werden. In der Altersgruppe von 13 bis 16 Jahren beantworteten 246 Jugendliche und in der Altersgruppe von 17 und 18 Jahren 125 Jugendliche die Fragebögen (Tabelle 3, Tabelle 4, Kraenz, 2002).

Die im Rahmen der Untersuchung von S. Kraenz ermittelten Prävalenzraten zeigten bei den Rostocker Schülern im Vergleich zur Normstichprobe, welche in einer bundesweit repräsentativen Untersuchung über die psychische Auffälligkeit und Kompetenzen von Kindern in Deutschland (PAK-KID) erhoben wurde, im Hinblick auf die Internale Auffälligkeit, die Externale Auffälligkeit und die Gesamtauffälligkeit einen wesentlich höheren Anteil an fragwürdig auffälligen, beziehungsweise klinisch auffälligen Jugendlichen (Döpfner et al., 1997).

Wie in Tabelle 5 ersichtlich, beschreibt sich in der Rostocker Schülerstichprobe fast ein Viertel der Jungen und mehr als ein Fünftel der Mädchen als klinisch auffällig (Kraenz, 2002).

Auf Grund der regionalen Nähe der Heimstichprobe im Landkreis Bad Doberan und der Rostocker Schülerstichprobe wird in Kapitel 7.2.1.1 auf die Prävalenzraten beider Untersuchungen umfassend vergleichend Bezug genommen.

Tabelle 3: Geschlechtsverteilung, 13-18jährige Jugendliche (Kraenz, 2002)

Stichprobe		
Geschlecht	Anzahl n	Prozent %
Männlich	149	40,2
Weiblich	222	59,8
<b>gesamt</b>	371	100



Tabelle 4: Altersverteilung der Rostocker Schülerstichprobe (Kraenz, 2002)

Stichprobe		
Alter	Anzahl n	Prozent %
13-16	246	66,3
17-18	125	33,7
<b>gesamt</b>	<b>371</b>	<b>100</b>

Tabelle 5: Relative Häufigkeiten psychischer Auffälligkeit auf der Basis der Normierung für den deutschen Sprachraum (nach Kraenz, 2002)

YSR-Syndromskalen	Risikofälle (%)		Klinische Auffälligkeit (%)		$\chi^2$ -Test df(2)
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
<i>Internale Störungen</i>					
Sozialer Rückzug	8,7	9,0	2,7	2,7	n. s.
Körperliche Beschwerden	8,1	6,3	3,4	7,2	n. s.
Ängstlich/Depressiv	7,4	6,3	4,7	3,2	n. s.
<i>Gemischte Störungen</i>					
Schizoid/Zwanghaft	6,0	10,4	12,8	2,7	p < .001
Soziale Probleme	8,1	7,2	0,7	1,8	n. s.
Aufmerksamkeitsprobleme	11,4	5,9	4,0	4,5	n. s.
<i>Externale Störungen</i>					
Dissoziales Verhalten	9,4	8,1	9,4	6,8	n. s.
Aggressives Verhalten	1,3	6,8	6,0	2,7	p < .05
<i>Übergeordnete Skalen</i>					
Internale Auffälligkeit	11,4	21,2	21,5	22,1	p < .05
Externale Auffälligkeit	17,4	10,4	20,8	19,8	n. s.
<b>Gesamtauffälligkeit</b>	<b>15,4</b>	<b>20,7</b>	<b>24,2</b>	<b>21,6</b>	<b>n. s.</b>

Anmerkung: Problemskalen - Grenzbereich: ( $67 \leq T \leq 70$ ) - klinische Auffälligkeit:  $T > 70$ ;  
 Skalen II. Ordnung - Grenzbereich: ( $60 \leq T \leq 63$ ) klinische Auffälligkeit:  $T > 63$

## 4 Fragestellungen und Hypothesen

### (Fragen und Hypothesen zu Teil A)

**1. Frage:** Werden Jugendliche nach § 35a SBG VIII betreut?

**Hypothese 1:** Auf Grund der hohen psychischen Belastung der in stationären Jugendhilfeeinrichtungen des Landkreises Bad Doberan lebenden Jugendlichen findet die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SBGVIII eine häufige praktische Anwendung.

**2. Frage:** Sind Mädchen in stationärer Jugendhilfe external unauffälliger als Jungen?

**Hypothese 2:** Weibliche Jugendliche in stationärer Jugendhilfe im Landkreis Bad Doberan weisen im Vergleich zu männlichen Jugendlichen vor allem internale Auffälligkeiten auf.

**3. Frage:** Wie sieht die Geschlechtsverteilung bei Aufmerksamkeitsproblemen aus?

**Hypothese 3:** Auf Grund bisheriger Untersuchungsergebnisse zur Geschlechtsverteilung von Aufmerksamkeitsproblemen ist anzunehmen, dass die Mädchen der Heimstichprobe weniger Aufmerksamkeitsprobleme als Jungen aufweisen.

**4. Frage:** Wie hoch ist der Anteil von Sonderschülern in der Untersuchung?

**Hypothese 4:** Der überwiegende Teil der an der Untersuchung teilnehmenden Jugendlichen wird auf einer Sonderschule beschult oder hat einen entsprechenden Schulabschluss.

**5. Frage:** Gab es bei den befragten Jugendlichen schon vor der Heimaufnahme psychosoziale Belastungen?

**Hypothese 5:** Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben vor der Aufnahme häufig in psychosozial belasteten Settings. Für die Jugendlichen der Heimstichprobe könnte demnach erwartet werden, dass sie vor Betreuungsbeginn psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeit ausgesetzt waren.

**6. Frage:** Gibt es unter dem befragten Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten, die der Psychopathy entsprechen?

**Hypothese 6:** Die Jugendlichen der Heimstichprobe weisen ein hohes Maß an psychischen Belastungen auf. Es könnte daher auch ein Anteil an Jugendlichen mit Psychopathy-Merkmalen erwartet werden.

**7. Frage:** Wie ist das Verhalten der Jugendlichen im Hinblick auf impulsives Verhalten zu bewerten?

**Hypothese 7:** Es ist anzunehmen, dass die Jugendlichen der Heimstichprobe im Vergleich zu anderen Studien auf der Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) höhere Impulsivitätswerte aufweisen.

**8. Frage:** Wie sieht die Bewertung positiven und negativen Sozialverhaltens nach der NCBRF aus?

**Hypothese 8:** Die Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) ist für Kinder und Jugendliche mit intellektueller Behinderung konzipiert. Es ist daher zu erwarten, dass sich im Vergleich zu anderen Studien wesentlich geringere Skalenmittelwerte für die Problemskalen errechnen.

**9. Frage:** Sind Heimbewohner psychisch auffälliger als Kinder- und Jugendliche aus Normalpopulationen?

**Hypothese 9:** Die psychische Belastung von Heimkindern der Stichprobe im Landkreis Bad Doberan ist im Vergleich zu Normalstichproben wesentlich erhöht. Auch im Vergleich mit einer psychisch stärker belasteten Normalstichprobe aus der Region Rostock wird sich die psychische Auffälligkeit der Jugendlichen der Heimstichprobe als deutlich erhöht erweisen.

**10. Frage:** Benötigen Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen neben pädagogischer Förderung auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?

**Hypothese 10:** Auf Grund der hohen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe besteht neben der pädagogischen Förderung ein Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung.

**(Fragen und Hypothesen zu Teil B)**

**11. Frage:** Wie ist die psychische Belastung hinsichtlich Geschlechtszugehörigkeit und Alter zu einzuschätzen?

**Hypothese 11:** Die Mädchen werden über die untersuchte Altersspanne internal auffälliger und external weniger auffällig als die Jungen sein. Für die jüngeren Jugendlichen ist dabei anzunehmen, dass sowohl im Hinblick auf internale als auch auf externale Symptome eine höhere psychische Belastung besteht als für die älteren Jugendlichen.

**12. Frage:** Sind die Jugendlichen, die eine Sonderschule besuchen oder einen Sonderschulabschluss haben, psychisch auffälliger als die Jugendlichen mit höheren schulischen Abschlüssen?

**Hypothese 12:** Für den Vergleich von Jugendlichen mit Sonderschulhintergrund mit Jugendlichen einer anderen Schulform könnte eine höhere psychische Belastung der Sonderschüler erwartet werden.

**(Fragestellung und Hypothese zu Teil C)**

**13. Frage:** Wie beurteilen sich die Jugendlichen bei der zweiten Befragung. Gibt es Unterschiede?

**Hypothese 13:** Zwischen der ersten und zweiten Befragung liegt ein Zeitraum von acht Monaten. Hinsichtlich der psychischen Belastung der befragten Jugendlichen ist für den zweiten Messdurchgang eine Verbesserung zu erwarten.

## **5 Methodik**

### **5.1 Durchführung der Erhebung**

#### **5.1.1 Stichprobenziehung**

Die Befragung wurde in allen Einrichtungen der stationären Jugendhilfe von Trägern der Jugendhilfe im Landkreis Bad Doberan durchgeführt. Die Untersuchung umfasst somit acht Wohngruppen, die vier verschiedenen Trägern zugeordnet sind. Eine nähere Beschreibung der Struktur der untersuchten Wohngruppen und deren Trägern findet sich in Abschnitt 6.1.

Das Alter der befragten Jugendlichen lag zwischen 13 und 20 Jahren. Insgesamt wurden 44 Jugendliche befragt. Ein Jugendlicher wurde auf Grund seiner starken Lernbehinderung, die ein Verständnis der Fragebogeninhalte ausschloss, nicht in die Befragung aufgenommen. Zwei Jugendliche, welche in das Stichprobensetting gepasst hätten, verweigerten die Teilnahme an der Untersuchung.

Wie in der Jugendhilfe üblich, lagen zu den Jugendlichen keine Diagnosen vor.

#### **5.1.2 Ablauf der Untersuchung**

Im Vorfeld der Untersuchung wurde die Einwilligung der Sorgeberechtigten eingeholt sowie der Kontakt zu den jeweiligen Einrichtungsleitern hergestellt, um über den Hintergrund der Erhebung zu informieren. In gemeinsamen Gesprächen der Betreuer mit den Jugendlichen wurden diese Informationen weitergegeben. Der Kontakt mit den Jugendlichen war somit vorbereitet, in dem über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymität bei der Datenerfassung aufgeklärt wurde. Beim ersten Kontakt mit den Jugendlichen gab es nochmals die Möglichkeit, Fragen zu Studieninhalten zu klären.

Die Fragebögen<sup>12</sup> für die Jugendlichen wurden zunächst ausgeteilt. Im Anschluss wurden die Jugendlichen gebeten, die Fragebogaussagen unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgabenstellung ehrlich zu beantworten. Die Bögen wurden von den Jugendlichen während der Anwesenheit des Untersuchers ausgefüllt, so dass auftretende Unsicherheiten im Umgang mit Fragebogaussagen abgefangen werden konnten. Für die Beantwortung der Fragebogenmappe benötigten die Jugendlichen ungefähr 45 Minuten.

---

<sup>12</sup> YOUTH-SELF-REPORT - YSR (Achenbach, 1991d), YOUTH-PSYCHOPATHIC-TRAITS-INVENTORY - YPI (Andershed et al., 2002), BARRATT-IMPULSIVENESS-SCALE - (BIS-11) (Barratt, 2000).

Die praktische Durchführung konnte in einem Zeitraum von einer Woche pro Messung abgeschlossen werden. Die erste Messung erfolgte im April 2006. Nach einem Zeitraum von acht Monaten wurde im Dezember 2006 mit den Jugendlichen, welche an der ersten Messung teilnahmen und weiterhin in den jeweiligen Heimen wohnten, eine zweite durchgeführt, um mögliche Veränderungen feststellen zu können.

Fremdbeurteilungsbögen wurden von Betreuern beziehungsweise im Falle der Teacher's Report-Form (TRF) überwiegend von Lehrern vervollständigt. Auch hier wurde im Vorfeld die Möglichkeit zur Beantwortung von Fragen gegeben.

## 5.2 Rücklaufquote der Befragung

An der ersten Untersuchung nahmen insgesamt 44 Jugendliche teil. Auf Grund der guten Vorbereitung durch die Betreuer ergab sich eine hohe Rücklaufquote für die Messinstrumente. Das Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) und die Barrat-Impulsiveness-Scale (BIS-11) wurden von allen 44 Jugendlichen vollständig ausgefüllt. Lediglich zwei Jugendliche verweigerten das Ausfüllen des Youth-Self-Report (YSR), so dass hier die erreichte Fallzahl bei 42 (95,5%) Jugendlichen liegt.

Die Fremdbeurteilungsbögen Teacher's Report-Form (TRF) und Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) lagen von 39 (88,6%) beziehungsweise 42 (95,5%) Heimbewohnern vor.

An der zweiten Messung, die nach einem Zeitraum von acht Monaten mit Jugendlichen, welche bereits an der ersten Messung teilnahmen, durchgeführt wurde, nahmen 25 Jugendliche teil. Der Rückgang der Stichprobengröße ist dabei Veränderungen innerhalb der Wohngruppenstruktur geschuldet. So haben manche Jugendliche die Betreuungsform gewechselt. Andere haben die Maßnahme beendet und sind in die Erziehungsobhut ihrer Eltern zurückgekehrt.

Zwei Jugendliche verweigerten das Beantworten der Selbstbeurteilungsbögen, so dass von 25 möglichen 23 (92%) vollständig ausgefüllte Bögen vorliegen. Die Fremdbeurteilungsbögen liegen von allen 25 Jugendlichen vollständig vor.

## 5.3 Erhebungsinstrumente

Für die durchgeführte Untersuchung wurden folgende Fragebögen angewandt:

YOUTH-SELF-REPORT - YSR (Achenbach, 1991d) zur Erfassung von Kompetenzen, psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Selbsturteil,

YOUTH-PSYCHOPATHIC-TRAITS-INVENTORY - YPI (Andershed et al., 2002) zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften,

BARRATT IMPULSIVENESS SCALE - BIS-11 (Barratt, 2000) zur Erfassung von Impulsivitätsmerkmalen,

TEACHER'S REPORT-FORM - TRF (Achenbach, 1991c) zur Erfassung von Kompetenzen, psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten durch ein Fremdurteil und

THE NISONGER-CHILD-BEHAVIOR-RATING-FORM - NCBRF (Aman et al., 1995) zur Erfassung von Verhaltenseigenschaften.

### 5.3.1 Youth-Self-Report (YSR)

Die in der Befragung verwendete deutschsprachige Konsensusversion des Youth-Self-Report (YSR) ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren einsetzbar. Der YSR ist Teil des von T. Achenbach und C. Edelbrock entwickelten Diagnostikverfahrens Child-Behavior-Checklist (CBCL). Zu diesem Instrumentarium gehören des Weiteren die Elternversion der CBCL und die weiter unten beschriebene Lehrerversion Teacher's Report-Form (TRF) (Achenbach, 1991b, c, d; Achenbach & Edelbrock, 1983; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993, 1998; Döpfner et al., 1994).

Mit diesem standardisierten Fragebogen YSR lassen sich Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen und körperliche Beschwerden erfassen. Der YSR besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil werden Verhaltenskompetenzen im psychosozialen und schulischen Bereich erfragt. Der zweite Teil umfasst 119 Items. Aussagen, welche Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschreiben, haben einen Umfang von 103 Items. 16 Items, die sozial erwünschtes Verhalten beschreiben, werden auf Grund ihrer gegensätzlichen Wertigkeit nicht in die Auswertung aufgenommen. Der Beurteilungszeitraum beträgt dabei die voran gegangenen sechs Monate. Die Befragten nehmen dabei die Beurteilung über eine dreiteilige Skala von 0 - „nicht zutreffend“ bis 2 - „genau oder häufig zutreffend“ vor.

Zur Identifizierung von Verhaltensauffälligkeiten hat T. Achenbach acht Problemskalen gebildet. Die Problemskalen sind in drei Kategorien zusammengefasst: Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen und Gemischte Störungen.

Die Kategorie der Internalisierenden Störungen ist aus den Subskalen „Sozialer Rückzug“ (7 Items), „Körperliche Beschwerden“ (9 Items) und „Angst/ Depressivität“ (11 Items) aufgebaut.

Die Subskalen „Dissoziales Verhalten“ (11 Items) und „Aggressives Verhalten“ (19 Items) bilden die Kategorie der Externalisierenden Störungen.

Die Kategorie „Gemischte Störungen“ setzt sich zusammen aus den Skalen „Soziale Probleme“ (8 Items), „Schizoid/ Zwanghaft“ (7 Items) und „Aufmerksamkeitsstörungen“ (9 Items).

Die Items, welche Internalisierende beziehungsweise Externalisierende Auffälligkeiten beschreiben, werden zu Skalen zweiter Ordnung<sup>13</sup> zusammengefasst. 20 Items sind keiner Syndromskala zugeordnet. Diese bilden die Kategorie „Andere Probleme“ und gehen mit den Items der acht Problemskalen in den insgesamt 101 Items umfassenden Gesamtauffälligkeitwert ein<sup>14</sup> (Tabelle 6).

Tabelle 6: Faktoren des Youth-Self-Report (YSR)

<b>Übergeordnete Gruppen</b>	<b>Syndromskalen</b>
Internalisierende Störungen	Sozialer Rückzug Körperliche Beschwerden Angst/ Depressivität
Externalisierende Störungen	Dissoziales Verhalten Aggressives Verhalten
Gemischte Störungen	Soziale Probleme Schizoid/ Zwanghaft Aufmerksamkeitsstörungen

Für die Geschlechter stehen jeweils normierte T-Wert-Zuordnungen zur Verfügung. Die T-Werte wurden auf Grundlage von Zuordnung der Rohwerte zu entsprechenden Perzentilen ermittelt und ermöglichen Aussagen über das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich mit der Norm.

<sup>13</sup> Die Skalen zweiter Ordnung werden abhängig von der Itemaussage als Internalisierende oder Externalisierende Skala bezeichnet.

<sup>14</sup> Nicht in die Bestimmung des Gesamtwertes aufgenommen sind die Items für körperliche Beschwerden: 2. „Allergie“ und 4. „Asthma“, da diese in amerikanischen Studien nicht zwischen klinischen und Feldstichproben differenzierten (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).



T-Werte von 67-70 bilden auf den jeweiligen Problemskalen den Grenzbereich der Auffälligkeit, die so genannte Grauzone. Als klinisch auffällig werden Jugendliche eingeschätzt, bei denen ein T-Wert von 70 überschritten wird. Den übergeordneten Skalen „Internale Auffälligkeit“, „Externale Auffälligkeit“ und „Gesamtauffälligkeit“ sind T-Werte zwischen 60 und 63 für den Grenzbereich und über 63 für die klinische Auffälligkeit zugeordnet (Achenbach, 1991d; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Döpfner et al., 1994; Döpfner et al. 1995.). Diese Cut-Off-Werte werden zur Bestimmung der psychischen Auffälligkeit der befragten Heimbewohner angewandt.

### 5.3.2 Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

Das Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) ist ein Selbstbeurteilungsbogen, welcher Persönlichkeitseigenschaften der Psychopathy erfragt. Der YPI wurde entwickelt, um unter Jugendlichen zu identifizieren, wer beharrlich antisoziales Verhalten und der Psychopathy entsprechende Persönlichkeitsmerkmale aufweist.

Der hier verwendete Psychopathy-Begriff nach Hare ist von der Psychopathie nach K. Schneider<sup>15</sup> abzugrenzen. Um diese Abgrenzung zu verdeutlichen, wird im weiteren Verlauf die englische Schreibweise beibehalten (Schneider, 1923).

Die Psychopathy nach Hare ist als ein Untertyp der antisozialen Persönlichkeitsstörung definiert. Hare geht dabei von einer bestimmten Kombination antisozialer Verhaltensmerkmale und affektiv-interpersonellen Persönlichkeitsdimensionen aus. Diese Persönlichkeitseigenschaften sind bereits im Jugendalter auszumachen (Hare, 1984).

Kernsymptome sind eine gewohnheitsmäßige Devianz und Delinquenz beziehungsweise Neigung zu gewalttätigen Handlungen, welche mit einem Empathiedefizit und erhöhten Impulsivitätswerten einhergehen. Bei der Entstehung der Psychopathy sind beeinträchtigte oder veränderte kognitive Funktionen ursächlich beteiligt. Beeinträchtigungen im Bereich exekutiver Funktionen, dem Planbarkeitsvermögen, der mentalen Flexibilität und der Aufmerksamkeit sind in diesem Zusammenhang ebenfalls im Forschungsfokus. Neben sozialen Komponenten wird für die Psychopathy des Weiteren ein wesentlicher genetischer Einfluss auf neuronale Strukturen vermutet. Dabei wird angenommen, dass die den emotionalen Dysfunktionen der Psychopathy zugrunde liegenden neuronalen Störungen die Ausbildung angemessener Coping-Strategien beziehungsweise Sozialisations-

---

<sup>15</sup> Dieses Konzept beschrieb „Ein Krankheits- und zugleich ein Gesellschaftsbild, welches durch Erbllichkeit, Unverbesserlichkeit und gesellschaftliche Ablehnung gekennzeichnet war.“ (Sevecke et al., 2005b, S. 393)

techniken beeinträchtigen, was zur Folge hat, dass frustrationsbedingte Aggressionen in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit erheblich anwachsen.

Sozialpsychologische Untersuchungen zeigen in diesem Kontext außerdem Zusammenhänge zwischen mangelnder pädagogischer Kompetenz der Eltern<sup>16</sup> und antisozialen Verhalten in Form von fremdaggressiven und personenorientierten Handlungen. Ätiologisch wird demnach von einer biologischen Vulnerabilität und milieubedingten Auslösern ausgegangen. Kinder aus sozialstrukturell höheren Bevölkerungsanteilen zeigen in diesem Zusammenhang eine geringere Gefährdung durch das Milieu bei einer im Vergleich zu sozioökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsanteilen höheren biologischen Gefährdung. Psychopatische Persönlichkeitsdimensionen bei Jugendlichen sind bei einem Teil der Jugendlichen mit einer hyperkinetischen Störung oder hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens auszumachen. Bisher ist noch kein spezifisches Behandlungskonzept für die Psychopathy vorhanden. Frühe Interventionsstrategien scheinen hier notwendig zu sein, um eine positive Beeinflussung der antisozialen Verhaltensweisen anzustreben (Blair et al., 2006; Hare, 1984; Hare & McPherson, 1985; Herpertz & Habermeyer, 2004; Nuhn-Naber & Rehder, 2005; Sevecke et al., 2005a, b).

Der Fragebogen YPI ist für Jugendliche ab zwölf Jahren entwickelt worden. Die befragten Jugendlichen sollen auf einer Vier-Punkte Likert-Typ-Skala für sich bestimmen, in welchem Ausmaß die Itemaussagen übereinstimmen<sup>17</sup>.

H. Andershed et al. haben auf Grund dieser Symptome die Fragen des YPI so konstruiert, dass die Items Psychopathy Charakterzüge als Fähigkeiten abbilden, um Aussageverzerrungen und sozial erwünschtes Antworten zu minimieren. Das YPI fokussiert die Kerncharaktereigenschaften der Psychopathy und gewichtet dabei zwischenmenschliche und affektive Persönlichkeitseigenschaften und in geringerem Maße Eigenschaften der Lebensführung. Insgesamt umfasst das YPI 50 Items. Diese sind in der Auswertung in drei Dimensionen und insgesamt 10 Untergruppen mit jeweils 5 Items gegliedert.

Dimension I erfasst hochtrabende und manipulative Persönlichkeitseigenschaften (zwischenmenschlicher Art) in vier Untergruppen<sup>18</sup>. Auf emotionaler Ebene werden gleichgültige, abgestumpfte und emotionslose Eigenschaften in Dimension II in drei

---

<sup>16</sup> Die unzureichende pädagogische Kompetenz ist zum Beispiel durch folgende Merkmale charakterisiert: mangelnde Präsenz, inkonsequenter Erziehungsstil, Mangel an Fürsorge (Sevecke et al., 2005b).

<sup>17</sup> Die Itemaussagen können folgendermaßen bewertet werden: 1 - stimmt überhaupt nicht, 2 - stimmt kaum, 3 - stimmt ein wenig, 4 - stimmt genau.

<sup>18</sup> Die Subskalen der Dimension I - hochtrabend/ manipulative Persönlichkeitseigenschaften sind: 1 - betrügerisches Verhalten, 2 - Lügen, 3 - Großartigkeit/ Großspurigkeit und 4 - Beeinflussung/ Überredungskunst.

Untergruppen<sup>19</sup> erhoben. Dimension III erfasst in drei Untergruppen<sup>20</sup> verantwortungsloses und impulsives Verhalten (Andershed et al., 2002; Dolan & Rennie, 2006; Skeem et al., 2003).

### 5.3.3 Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)

Die Barratt-Impulsiveness-Scale 11 (BIS-11) ist ein Fragebogen mit insgesamt 30 Items. Die mögliche Punktzahl variiert von minimal 30 bis maximal 120 Punkte. Der Test ist für Jugendliche ab 13 Jahren geeignet. Die BIS wurde vornehmlich als Forschungsinstrument entwickelt, um bei psychiatrisch gesunden Menschen zur Beschreibung von Impulsivität beizutragen und die Bedeutung der Impulsivität in der Psychopathologie zu untersuchen.

Impulsivität ist zu verstehen als Disposition zu schnellen Reaktionen, Risikobereitschaft, mangelnder Voraussicht und Unfähigkeit zur Planung und ist definiert als das Handeln ohne nachzudenken. Die Impulsivität manifestiert sich nicht nur im Verhalten sondern auch als kognitive Impulsivität in der Persönlichkeit und wird mit verschiedenen psychischen Störungen in Verbindung gebracht.

Die BIS-11 ist in die Dimensionen 1. Aufmerksamkeit, 2. Motorische Impulsivität und 3. Voraussicht/ Antizipation gegliedert.

Die erste Dimension (Aufmerksamkeit) bezieht sich auf die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung. Dies zeigt sich beispielsweise in einer zu Ungenauigkeiten neigenden schnellen Entscheidungsbereitschaft.

Die Dimension der motorischen Impulsivität beschreibt die Neigung zu nicht vorausschauendem Verhalten. Dimension drei beschreibt nicht planende Impulsivität, welche sich in der eingeschränkten Fähigkeit zeigt, Problemlösungen nachhaltig zu planen.

Auf einer vierstufigen Likert-Typ-Skala von eins bis vier<sup>21</sup> sollen die Befragten die Itemaussagen für sich bewerten. Die Bewertung vier bildet üblicherweise die impulsivste Antwort, aber einige Items werden umgekehrt bewertet, um Antwortverzerrungen zu umgehen. Zur Auswertung werden die Itembewertungen addiert. Je höher im Anschluss der errechnete Gesamtwert der BIS-11 ist, desto höher

---

<sup>19</sup> Die Subskalen der Dimension II - gleichgültige, abgestumpfte und emotionslose Eigenschaften sind: 1-Gleichgültigkeit, 2- Emotionslosigkeit und 3 - Unbarmherzigkeit/ Hartherzigkeit.

<sup>20</sup> Die Subskalen der Dimension III - verantwortungsloses und impulsives Verhalten sind: 1 - Impulsivität, 2 - Aufregung suchendes Verhalten und 3 - verantwortungsloses Verhalten.

<sup>21</sup> Die Itemaussagen der Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) sollen folgender Maßen eingeschätzt werden: 1 - nie/ selten, 2 - gelegentlich, 3 - oft und 4 - immer/ fast immer.

ist auch der Impulsivitätsgrad einzuschätzen (Barratt et al., 1994; Barratt, 2000; Herpertz & Saß, 1997; Patton et al., 1995; Fossati et al., 2001).

### 5.3.4 Teacher's Report-Form (TRF)

Die Teacher's Report-Form (TRF) ist ein Fragebogen für Lehrer, dessen Entwicklungsgrundlage der Elternfragebogen „Child Behavior Checklist (CBCL)“ von T. Achenbach bildet. Mit diesem Fragebogen können Verhaltensauffälligkeiten bei Schülern im Alter von 5 bis 18 Jahren erfasst werden (Achenbach & Edelbrock, 1983).

Zusammen mit dem ebenfalls zur CBCL gehörenden Selbstbeurteilungsbogen Youth-Self-Report (YSR) für Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr bildet die TRF eine umfassende Möglichkeit zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven.

Die TRF ist analog zur YSR zweiteilig aufgebaut. Im ersten Teil werden allgemeine Hintergrundinformationen erfragt, sowie schulische Leistungen, das Arbeitsverhalten und Verhaltenskompetenzen beurteilt.

Im zweiten Teil sollen Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten sowie körperliche Beschwerden der letzten zwei Monate auf einer dreistufigen Skala<sup>22</sup> bewertet werden.

Die Items des zweiten Teils sind in die gleichen Syndromskalen wie der zuvor beschriebene YSR aufgeschlüsselt. Diese acht Skalen sind wiederum in drei übergeordnete Gruppen zusammengefasst: 1. internalisierende Störungen, 2. externalisierende Störungen und 3. gemischte Störungen.

Die Skala internalisierende Störung ist aus den Subskalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Angst/ Depressivität“ zusammengesetzt. Die Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ bilden zusammen die Skala der externalisierenden Störungen. Die Gruppe der gemischten Störungen setzt sich aus den Subskalen „Soziale Probleme“, „Schizoid/ Zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsstörungen“ zusammen.

Die Items, welche internalisierende beziehungsweise externalisierende Auffälligkeiten beschreiben, werden zu Skalen zweiter Ordnung, den Internalisierenden und den Externalisierenden Störungen zusammengefasst.

19 Items sind keiner Syndromskala zugeordnet. Diese bilden die Kategorie „Andere Probleme“ und gehen zusammen mit den Items der übrigen acht Syndromskalen in den 120 Items umfassenden Gesamtauffälligkeitswert ein (Tabelle 7).

---

<sup>22</sup> Die Itembewertung des zweiten Teils der TRF: 0 - nicht zutreffend, 1 - etwas oder manchmal zutreffend und 2 - genau oder häufig zutreffend.

Tabelle 7: Faktoren der Teacher's Report-Form (TRF)

Übergeordnete Gruppen	Syndromskalen
Internalisierende Störungen	Sozialer Rückzug Körperliche Beschwerden Angst/ Depressivität
Externalisierende Störungen	Dissoziales Verhalten Aggressives Verhalten
Gemischte Störungen	Soziale Probleme Schizoid/ Zwanghaft Aufmerksamkeitsstörungen

Zur Auswertung stehen für die Geschlechter jeweilige T-Wert-Zuordnungen zur Verfügung. Die T-Werte sind anhand der Zuordnung der Rohwerte zu entsprechenden Perzentilen ermittelt worden und bieten die Möglichkeit, das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeit im Vergleich zur Norm zu bestimmen.

Für die Syndromskalen erster Ordnung gelten Jugendliche mit einem T-Wert kleiner 67 als unauffällig. Den Grenzbereich bilden T-Wert-Zuordnungen im Bereich von 67 bis 70. Klinische Auffälligkeit besteht ab einem T-Wert größer 70.

Die übergeordneten Skalen internalisierende Störungen, externalisierende Störungen und Gesamtauffälligkeit haben einen Grenzbereich von T-Werten. Dieser liegt bei T-Werten zwischen 60 und 63. Jugendliche mit einem T-Wert ab 64 werden als klinisch auffällig eingestuft (Achenbach, 1991c; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993; Döpfner et al., 1994, 1997). Diese Cut-Off-Werte werden in der weiteren Auswertung der durchgeführten Befragungen ihre Anwendung finden.

### 5.3.5 Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

Obwohl bei Kindern mit mentaler Retardierung die Rate von Verhaltens- und emotionalen Problemen höher ist als bei normal entwickelten Kindern, gibt es innerhalb dieser Population nur wenige Messinstrumente zur Bestimmung des Ausmaßes dieser Probleme. Die Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) wurde daher als eine Checkliste zur Beurteilung des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen bei intellektueller Behinderung entwickelt.

Grundlage der Entwicklung der NCBRF ist die „Child-Behavior-Rating-Form“, welche von C. Edelbrock entwickelt wurde (Edelbrock, 1985). Die NCBRF ist ein Fremdbeurteilungsbogen für die Bewertung des Verhaltens von Kindern und Heranwachsenden im Alter zwischen 3 und 16 Jahren durch eine Person, welche das

Kind oder den Jugendlichen gut kennt. Dabei wird das Verhalten der letzten vier Wochen erfragt.

Die NCBRF ermöglicht eine umfassende und objektive Diagnostik von Anpassungsproblemen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung und ist bei leichtem bis schwerem Ausprägungsgrad einsetzbar.

Auf einer vierstufigen Likert-Typ-Skala<sup>23</sup> soll zu diesem Zweck in zehn Items eine Bewertung positiven Sozialverhaltens vorgenommen werden.

Die Bewertung problematischen Verhaltens ist in weiteren 66 Items zu externalisierenden und internalisierenden Verhaltensweisen vorgesehen. Dabei handelt es sich um eine Auswahl aus den 70 von M. Aman et al. entwickelten Items<sup>24</sup>. Die deutschsprachige Elternversion entspricht der englischsprachigen Version für Lehrer und Betreuer mit der Subskala „Reizbarkeit“ beim Abschnitt zur Bewertung problematischen Verhaltens.

Analog zur englischsprachigen Lehrerversion der NCBRF werden vier Items<sup>25</sup> nicht in die Auswertung aufgenommen.

Der Abschnitt der sozialen Kompetenz enthält zehn Items und ist in zwei Subskalen geteilt. Zum einen sollen hier fünf Aussagen zur Folgsamkeit und Ruhe getroffen werden. Daneben soll die Anpassungsfähigkeit des Sozialverhaltens in fünf Items bewertet werden.

Der Abschnitt zum problematischen Verhalten ist in sechs Subskalen mit 62 zur Auswertung genutzten Items aufgeteilt: 1. Verhaltensprobleme (13 Items), 2. Unsicherheit/ Ängstlichkeit (15 Items), 3. Hyperaktivität (8 Items), 4. selbstverletzendes Verhalten/ Stereotypien (9 Items), 5. Selbstisolation/ Rituale (11 Items), 6. Reizbarkeit (6 Items) (Aman et al., 1995; Sarimski, 2004, 2005; Tassé et al., 1996).

---

<sup>23</sup> Die Bewertung der Itemaussagen wird folgendermaßen vorgenommen: 1 - stimmt nicht, 2 - stimmt zum Teil oder manchmal, 3 - stimmt zum großen Teil und 4 - stimmt fast oder immer.

<sup>24</sup> Items, welche die Unentschlossenheit, das Vorkommen nervöser Bewegungen, die Impulsivität und das Zähneknirschen beschreiben, sind nicht mit aufgenommen.

<sup>25</sup> Nachfolgende Items werden bei der Bewertung der Skalen nicht berücksichtigt: Item 3 - „Klammert sich an Erwachsene, zu unselbständig“, Item 13 - „Leicht ablenkbar“, Item 30 - „Lügt oder schwindelt“ sowie Item 50 - „Dickköpfig, muss alles auf seine/ ihre Art machen“.

## 5.4 Statistische Analysen

Die computergestützte statistische Datenauswertung wurde auf Basis des Statistikprogramms SPSS<sup>26</sup> Version 14.0 durchgeführt.

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgte durch die Bestimmung der relativen Häufigkeiten von den in Kapitel 5.3.2 aufgeführten Variablen.

Eine Zuordnung der Jugendlichen zu den Kategorien „nicht auffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „klinisch auffällig“ nach den Problemskalen des Youth-Self-Report (YSR) und der Teacher's Report-Form (TRF) wurde nach Bestimmung der relativen Häufigkeiten vorgenommen.

Beim Youth-Psyopathic-Traits-Inventory (YPI) wurden für die Zuordnung der Jugendlichen zu den Gruppen „niedrig“, „normal“ und „hoch“ zunächst die in Kapitel 5.3.2 beschriebenen Subskalen summiert und nach Andershed et al. in drei Hauptskalen zusammengefasst. Von den errechneten Summenwerten wurden anschließend Z-Werte gebildet, welche in die genannten Gruppen umkodiert wurden (Andershed et al., 2002).

Die Auswertung der Fragebögen Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) und Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) erfolgte mit der Bestimmung von Mittelwerten der entsprechenden Skalen. Zuvor wurde der jeweilige Gesamtwert der Fragebögen durch Summierung der Subskalen bestimmt. Für die Fragebögen sind keine Normwerte vorhanden. Aus diesem Grund wurden die Mittelwerte anderer Studien zum Vergleich herangezogen (Tabelle 8, Tabelle 9, Abbildung 1).

Tabelle 8: BIS-11 Mittelwerte im internationalen Vergleich

Stichprobe (Anzahl n)	Mittelwert ± Standardabweichung
n=763 Studenten Universität Urbino (Fossati et al., 2001)	64,11 ± 10,07
n=412 Studenten Universität Baylor (Barratt, 2000; Patton, 1995)	63,82 ± 10,17
n=164 stat. psychiatrische Patienten mit Substanzmissbrauch-Problematik UTMB <sup>27</sup> (Barrat, 2000; Patton, 1995)	69,26 ± 10,28
n= 84 allgemein psychiatrische Patienten UTMB (Barratt, 2000; Patton, 1995)	71,37 ± 12,61

<sup>26</sup> SPSS - Statistical Package for Social Science

<sup>27</sup> UTMB - University of Texas Medical Branch. Hier wurden 248 psychiatrische Patienten mit der BIS-11 untersucht. Unterteilt wurde die Gruppe in 84 allgemein psychiatrische Patienten mit Diagnosen wie zum Beispiel Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und eine Gruppe von 164 Patienten mit Substanzmissbrauchsproblematik (Patton, 1995).

n=73 männliche Häftlinge TDCJ <sup>28</sup> (Barratt 2000; Patton 1995)	76,30 ± 11,86
<b>n=44 Jugendliche in stationärer Jugendhilfe im Landkreis Bad Doberan</b>	<b>69,25 ± 7,2</b>

Tabelle 9: Geschlechtsspezifischer Vergleich Gesamtscore BIS-11

	<b>Stichprobe italienische Studenten - Fossati et al., 2001 Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>Stichprobe amerikanische Studenten - Patton et al., 1995 Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>Stichprobe stationäre Jugendhilfe Landkreis Bad Doberan Mittelwert ± Standardabweichung</b>
<b>Jungen</b>	63,64 ± 10,08 (n=273)	64,94 ± 10,19 (n=130)	70,48 ± 7,9 (n=20)
<b>Mädchen</b>	64,37 ± 10,05 (n=490)	63,32 ± 10,17 (n=279)	68,13 ± 6,4 (n=24)

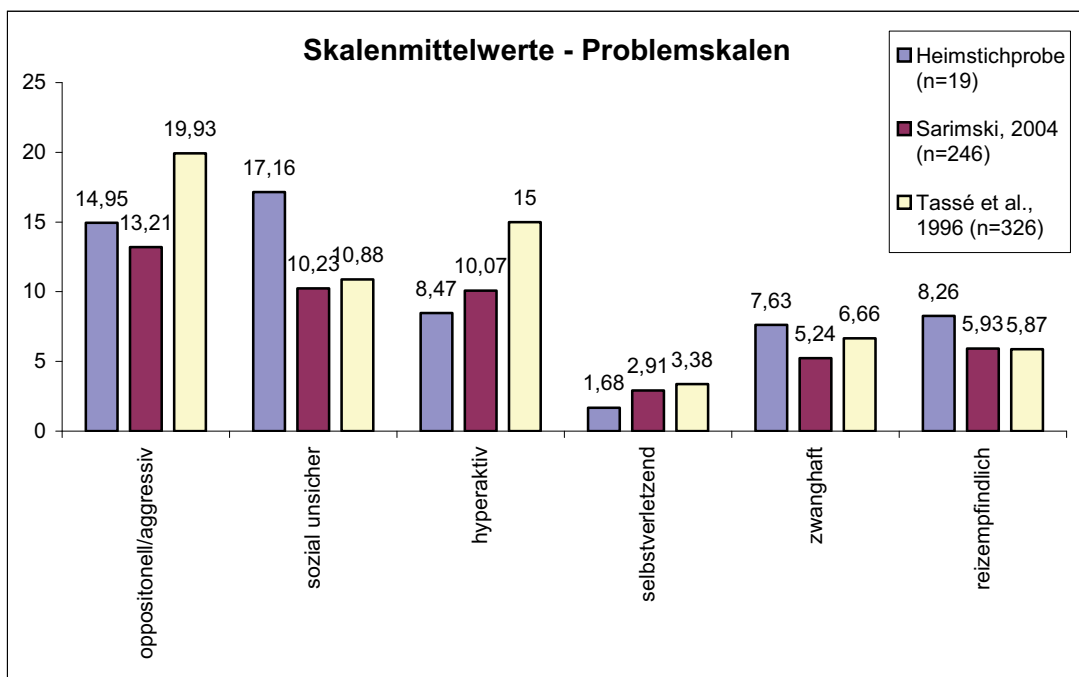


Abbildung 1: Heimstichprobe (Sonderschüler) im Vergleich mit Sarimski, 2004 und Tassé et al., 1996

Für die Bestimmung der Korrelation und der Signifikanz für die Variablen aller Messdurchgänge wurde zunächst mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test die Stichprobe auf Normalverteilung geprüft. Es ergab sich für alle Parameter eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Aus diesem Grund wurde der

<sup>28</sup> TDCJ - Texas Department of Criminal Justice. Das TDCJ ist ein Hochsicherheitsgefängnis (Patton, 1995).



Korrelationskoeffizient nach Spearman als Maß für die Stärke der Zusammenhänge zum Beispiel zwischen den Subskalen des TRF und des YSR bestimmt.

Der Korrelationskoeffizient nach Pearson zeigte keine erheblichen Unterschiede im Vergleich zu Spearman. Um Korrelationen und Signifikanzen zwischen dem ersten und zweiten Messdurchgang zu bestimmen, wurden Mittelwertsvergleiche (gepaarte T-Tests) durchgeführt. Die Mittelwertsvergleiche (T-Tests für unabhängige Stichproben) wurden entsprechend für die Daten der kompletten Erstbefragung vollzogen.

Die Beurteilung der Ergebnisse erfolgte auf der Basis der zweiseitigen Signifikanzprüfung. Auf Grund der geringen Stichprobengröße wurde hierbei eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 20% festgelegt.

## 6 Ergebnisse

### 6.1 Beschreibung der untersuchten Wohngruppen

Im nachfolgenden Kapitel wird die Struktur der untersuchten Wohngruppen bezüglich Kapazität, Altersstruktur der Bewohner zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung, Personalstruktur und juristischen Arbeitsgrundlagen beschrieben. Hierbei wird die Gesamtkapazität der Wohngruppen der jeweiligen Träger dargestellt, wobei in diesem Zusammenhang nochmals bemerkt sei, dass in die Stichprobe Jugendliche im Alter von 13 bis 20 Jahren einbezogen wurden. Wohnformen wie das Betreute Einzelwohnen beziehungsweise Trainingswohnmaßnahmen sind nicht berücksichtigt worden.

#### 6.1.1 JSW für Heimerziehung

(Jugend- und Sozialwerk Region Rostock e.V., Ribnitzer Str. 11, 18181 Graal-Müritz)

Der Jugend- und Sozialwert Region e.V. (JSW) mit Hauptsitz in Graal-Müritz ist mit der Wohngruppe Graal-Müritz, der Wohngruppe Dändorf und der Wohngruppe Blankenhagen in die Untersuchung einbezogen worden. Die untersuchten Wohngruppen verfügen über eine Kapazität von insgesamt 28 Plätzen (Tabelle 10).

Das pädagogische Personal der Wohngruppen des JSW weist folgende Berufsausbildungen auf: Staatlich anerkannte Erzieher, Heilpädagoge, Dipl. Pädagoge und Dipl. Lehrer. An Zusatzqualifikationen sind vorhanden: Sozialpädagogischer Familienhelfer, Suchtkrankenhelfer, Sozialpädagogischer Familienberater, Sozialdiagnostik und Sozialtherapeut.

Tabelle 10: Struktur der untersuchten Wohngruppen des JSW Region Rostock e.V.

Wohngruppe	Wohngruppe Graal- Müritz Bahnhofstr.17a, b 18181 Graal-Müritz	Wohngruppe Dändorf Koppelweg 2 18347 Dändorf	Wohngruppe SPH Blankenhagen Volkshäger Str. 1 18182 Blankenhagen
<b>Kapazität</b>	8 Plätze	10 Plätze	10 Plätze
<b>Altersstruktur</b>	Jugendliche von 13-17 Jahren	Jugendliche von 13-20 Jahren	Jugendliche von 13-16 Jahren
<b>Personalschlüssel</b>	1:1,8 (4,5 Fachkräfte)	1:2,5 (4 Fachkräfte)	1:2,5 (4 Fachkräfte)

### 6.1.2 ASB Kinder- und Jugendhilfeverbund Landkreis Bad Doberan

(ASB Kinder- u. Jugendhilfeverbund Landkreis Bad Doberan, Ernst-Schriever-Str. 6, 18230 Ostseebad Rerik)

Die untersuchten Wohngruppen des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) verfügen über eine Gesamtkapazität von 21 Plätzen, welche in Wohneinheiten für verschiedene Betreuungsformen gegliedert sind (Tabelle 11).

Die Mitarbeiter der Wohngruppen weisen folgende Qualifikationen vor: Dipl. Psychologe, Dipl. Pädagogin, Dipl. Religionspädagoge, Magister für Sport mit den Begleitfächern Erziehungswissenschaft und Psychologie und Staatlich anerkannter Erzieher. Das Personal weist des Weiteren folgende Zusatzqualifikationen auf: Fach-erzieherin für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, Sozial-pädagogische Kinder- und Jugendlichentherapeuten und Gordon-Familientrainer.

Tabelle 11: Struktur der untersuchten Wohngruppen des ASB Kinder- und Jugendhilfeverbundes Landkreis Bad Doberan

<b>Wohngruppe</b>	Wohngruppe Kröpelin Kühlungsborner- Chaussee 1 18236 Kröpelin	Wohngruppe Kühlungsborn Familienkinderhaus Wittenbecker Landweg 69 18225 Kühlungsborn
<b>Kapazität</b>	15 Plätze gesamt, davon: 10 Plätze Regelgruppe 5 Plätze Trainingswohnen/ Betreutes Wohnen	6 Plätze
<b>Altersstruktur</b>	In der Regelgruppe Kinder und Jugendliche von 2-17 Jahren	Kinder und Jugendliche von 11-17 Jahren
<b>Personalschlüssel</b>	1:2,3 Regelgruppe 1:3 Trainingswohnen/ Betr. Wohnen 4 Fachkräfte insgesamt	1:2,4 (2,5 Fachkräfte)

### 6.1.3 AWO Kreisverband Bad Doberan

(Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bad Doberan e.V., Hauptstr. 22, 18203 Bad Doberan)

Die Wohngruppe Kühlungsborn und die Wohngruppe Steffenshagen haben eine Platzkapazität von insgesamt 15 (Tabelle 12). Die Mitarbeiter der Wohngruppen des AWO-Kreisverbandes weisen folgende Qualifikationen auf: Heilerzieher, Sozial-pädagoge und Staatlich anerkannter Erzieher.

Tabelle 12: Struktur der untersuchten Wohngruppen des AWO Kreisverbandes Bad Doberan e.V.

<b>Wohngruppe</b>	Wohngruppe Kühlungsborn Hermannstr. 17 18225 Kühlungsborn	Wohngruppe Steffenshagen Dorfstraße 3a 18209 Steffenshagen
<b>Kapazität</b>	6 Plätze	9 Plätze
<b>Altersstruktur</b>	Kinder und Jugendliche von 5-16 Jahren	Kinder und Jugendliche von 14-17 Jahren
<b>Personalschlüssel</b>	1:2,3 (3 Fachkräfte)	1:2,2 (5 Fachkräfte)

### 6.1.4 Therapeutisches Kinder- und Jugendhaus Becker

(Therapeutisches Kinder- und Jugendhaus Becker, Dorfstraße 9, 18107 Lichtenhagen-Dorf)

Das therapeutische Kinder- und Jugendhaus Becker hat eine Gesamtkapazität von 10 Plätzen (Tabelle 13). Die Mitarbeiter sind staatlich anerkannte Erzieherinnen, wovon eine Mitarbeiterin eine Zusatzqualifikation als Staatlich geprüfte Motopädin besitzt.

Tabelle 13: Struktur der untersuchten Wohngruppe des therapeutischen Kinder- und Jugendhauses Becker

<b>Wohngruppe</b>	Therapeutisches Kinder- und Jugendhaus Becker Dorfstraße 9 18107 Lichtenhagen Dorf
<b>Kapazität</b>	10 Plätze davon 1 Platz Betreutes Einzelwohnen
<b>Altersstruktur</b>	Kinder und Jugendliche von 12-18 Jahren
<b>Personalschlüssel</b>	1:2,3 (4 Fachkräfte)

## 6.2 Beschreibung der Stichprobe

Mit 44 Jugendlichen im Alter von 13 bis maximal 20 Jahren wurde die Untersuchung durchgeführt. Nach einem Zeitraum von acht Monaten wurde mit 23 Jugendlichen, welche bereits an der ersten Messung teilnahmen und sich noch im gleichen Betreuungsstatus befanden, ein zweiter Messdurchgang durchgeführt.

Von den 44 untersuchten Jugendlichen sind 20 männlichen und 24 weiblichen Geschlechts. 29 Jugendliche befinden sich in der Altersgruppe von 13 bis 16 Jahren. In der Altersgruppe der 17 bis 20jährigen befinden sich 15 Jugendliche (Tabelle 14, Tabelle 15).

Tabelle 14: Geschlechtsverteilung, 13-20jährige Jugendliche

<b>Stichprobe</b>		
<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Prozent %</b>
Männlich	20	45,5
Weiblich	24	54,5
<b>Gesamt</b>	44	100

Tabelle 15: Altersverteilung der Heimstichprobe

<b>Stichprobe</b>		
<b>Alter</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Prozent %</b>
13-16	29 (♂=13,♀=16)	65,9
17-20	15 (♂=7,♀=8)	34,1
<b>gesamt</b>	44	100

Im folgenden Abschnitt wird die Stichprobe hinsichtlich ihrer sozialen Zusammensetzung unter anderem nach dem Schulabschluss beziehungsweise der besuchten Schulform, dem Hintergrund des Heimaufenthaltes und der Arbeitslosenquote der Eltern zum ersten Zeitpunkt der Messung beschrieben.

Bei mehr als zwei Dritteln der 44 Jugendlichen der Heimstichprobe war die Überforderung der Eltern beziehungsweise eines Elternteils Hintergrund der Aufnahme in die stationäre Jugendhilfe. 3,6% der Jugendlichen sind Vollwaisen. Von den 44 Jugendlichen sind 10,7% Halbwaisen. Bei zwei Jugendlichen wurde vor der Aufnahme in die stationäre Jugendhilfe der Versuch einer Stabilisierung im Rahmen der Erziehung in einer Pflegefamilie unternommen (Abbildung 2).

Mit einem prozentualen Anteil von 47,7% der Jugendlichen besucht der überwiegende Anteil der Jugendlichen eine Sonderschule beziehungsweise weist einen Sonderschulabschluss vor. Der Hauptschulanteil liegt bei etwa 27%. Nur etwas mehr als ein Fünftel der Jugendlichen wird an einer Realschule beschult beziehungsweise hat einen entsprechenden Schulabschluss erreicht. Nur ein Jugendlicher besucht ein Gymnasium (Abbildung 3).

Zum Beschäftigungsstatus der Eltern der untersuchten Jugendlichen konnte etwa ein Drittel keine Angaben bezüglich des Vaters machen, bei der Mutter ist es ein Anteil von 4,5%. Von den Jugendlichen, welche Angaben zum Beschäftigungsstatus ihrer Eltern machen konnten, zeigte sich eine Arbeitslosenquote bei den Müttern von etwa 45% und etwa 27% bei den Vätern (Abbildung 4).

Ein Jugendlicher wurde im Rahmen des § 35a SGB VIII - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche - betreut.

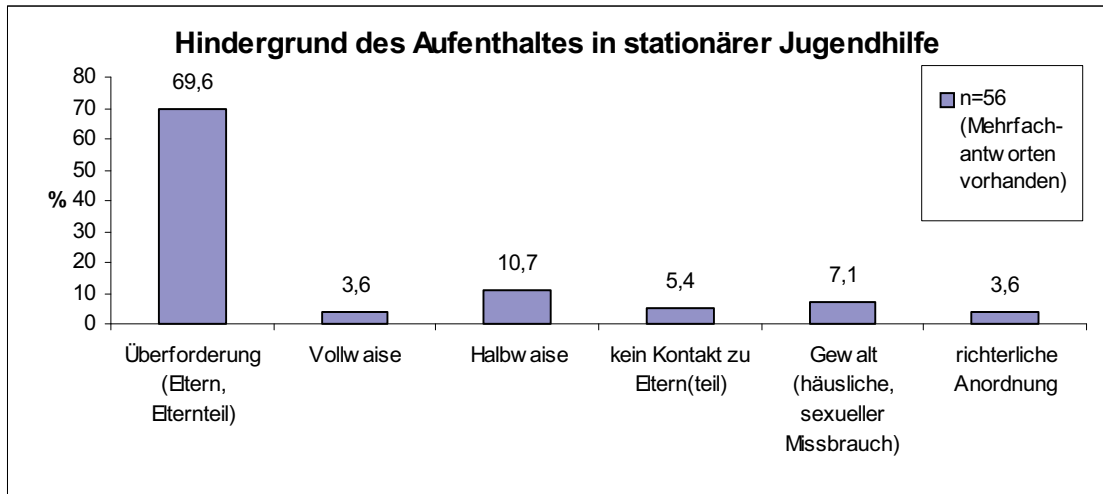


Abbildung 2: Hintergrund der Erziehung in stationärer Jugendhilfe

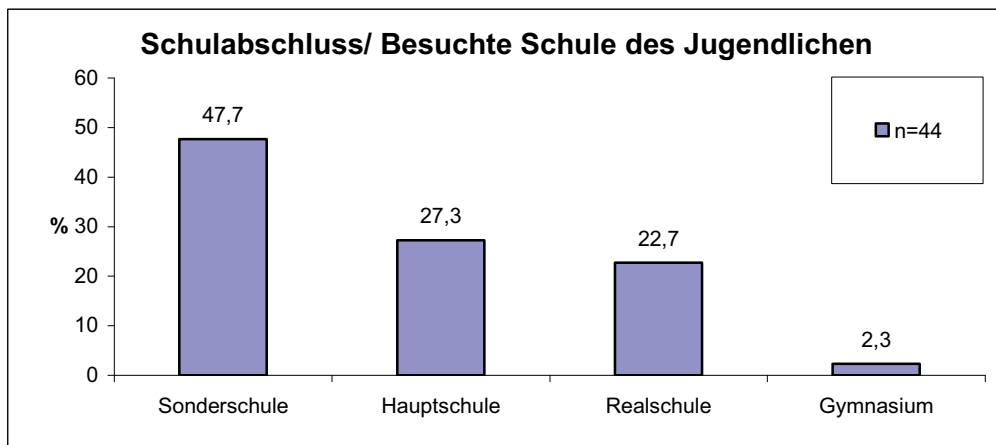


Abbildung 3: Schulabschluss/ besuchte Schule des Jugendlichen

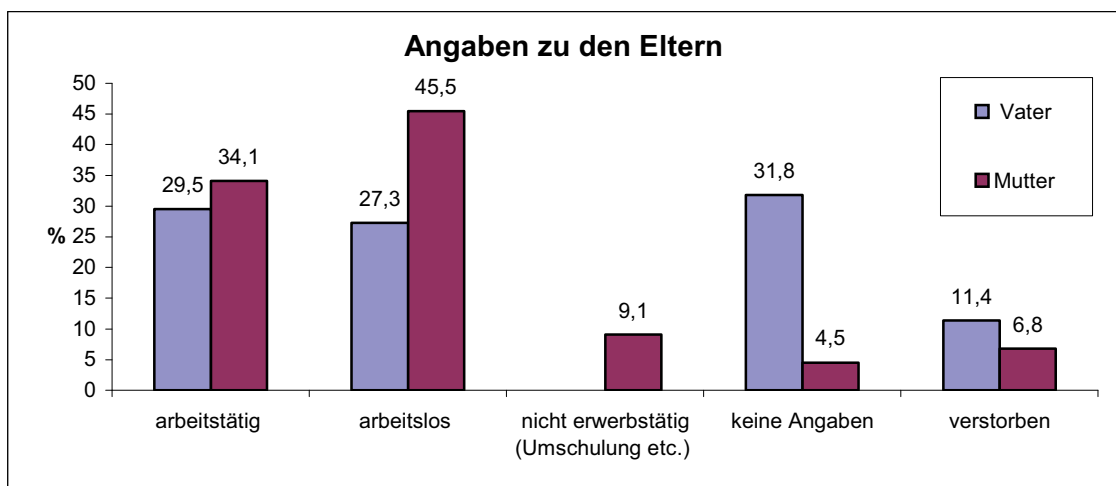


Abbildung 4: Angaben zu den Eltern der Jugendlichen hinsichtlich Arbeitstätigkeit etc.

## 6.3 Teil A : Auswertung der psychischen Auffälligkeit

Im diesem Abschnitt werden aufeinander folgend die Ergebnisse der Auswertung der Selbstbeurteilungsbögen Youth-Self-Report (YSR), Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI), Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) und der Fremdbeurteilungsbögen Teacher's Report-Form (TRF) sowie Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) dargestellt. Die Ausführungen beziehen sich dabei auf die im April 2006 mit 44 Jugendlichen durchgeführte erste Messung.

### 6.3.1 Youth-Self-Report (YSR)

Für alle Jugendlichen der Heimstichprobe werden anhand der deutschen normierten T-Werte für den Youth-Self-Report (YSR) die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten von psychischen Auffälligkeiten auf den Syndromskalen 1. und 2. Ordnung berechnet (Kapitel 5.3.1).

Die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist hat folgende Richtlinien für die Zuordnung der T-Werte bestimmt (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist ,1998):

Tabelle 16: YSR - Auffälligkeitsgrad anhand normierter T-Werte

	unauffällig	Grenzbereich Auffälligkeit	klinisch auffällig
Syndromskalen 1. Ordnung	$T < 67$	$67 \leq T \leq 70$	$71 \leq T \leq 80$
Syndromskalen 2. Ordnung	$T < 60$	$60 \leq T \leq 63$	$64 \leq T \leq 80$

In den folgenden Abschnitten wird auf die einzelnen psychischen Auffälligkeiten eingegangen.

#### 6.3.1.1 Internalisierende Verhaltensweisen

Auf der Skala „Sozialer Rückzug“ (Abbildung 5) erreichen jeweils 5% der Jungen klinisch auffällige beziehungsweise grenzwertig auffällige Werte. Fast 30% der Mädchen beschreiben sich als klinisch auffällig. Fragwürdig auffällige Scores erreichte etwa ein Fünftel der Mädchen. Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung auf dieser Skala besteht mit  $p=0,007$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

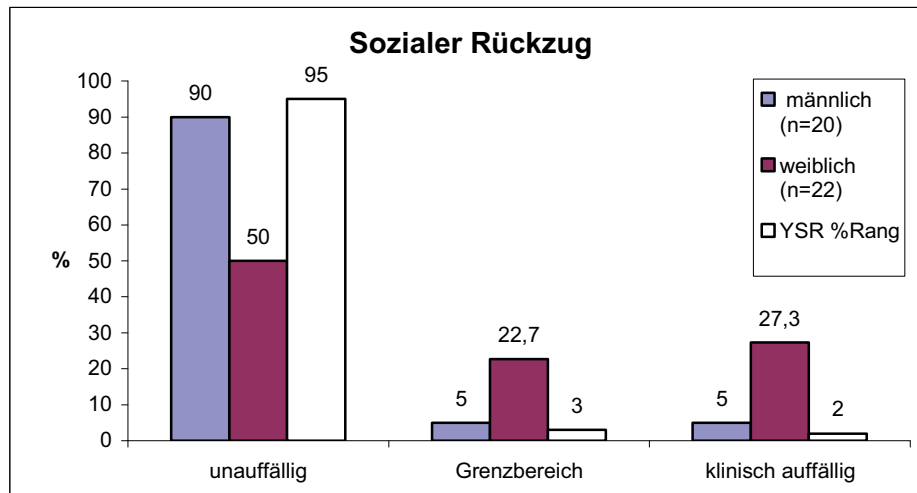


Abbildung 5: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

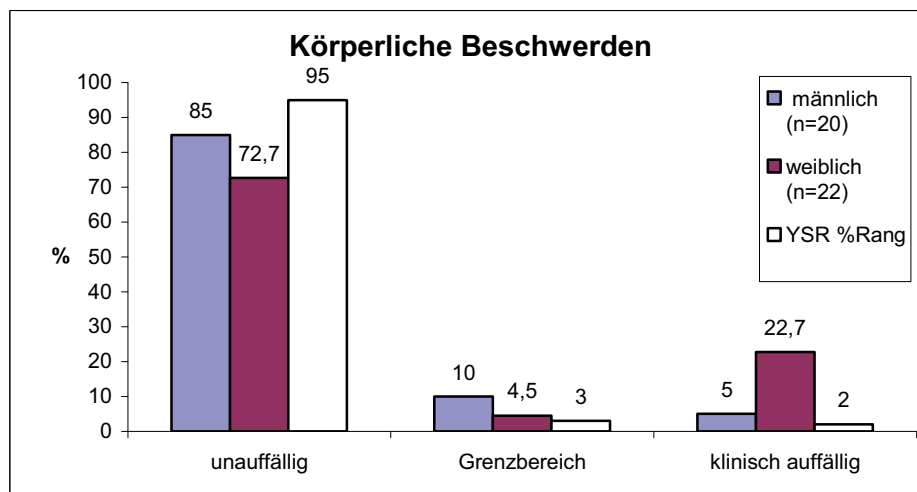


Abbildung 6: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

Körperliche Beschwerden ohne erkennbare physiologische Ursachen wurden in klinischem Ausmaß vor allem von Mädchen geäußert. 5% der Jungen und fast 23% der Mädchen sind auf dieser Skala als klinisch auffällig einzuschätzen. Bei den Jungen sind 85% als unauffällig zu bewerten. 10% der männlichen Jugendlichen beschreiben sich als fragwürdig auffällig (Abbildung 6). Im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ findet sich mit  $p=0,185$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Auf der Skala „ängstlich / depressiv“ beschreibt sich die Hälfte der Mädchen als unauffällig. Die Jungen schätzen sich mit einem prozentualen Anteil von 90% fast ausschließlich als unauffällig ein. Im Grenzbereich und im Bereich der klinischen Auffälligkeit liegt der Anteil der Jungen bei jeweils 5% (Abbildung 7).



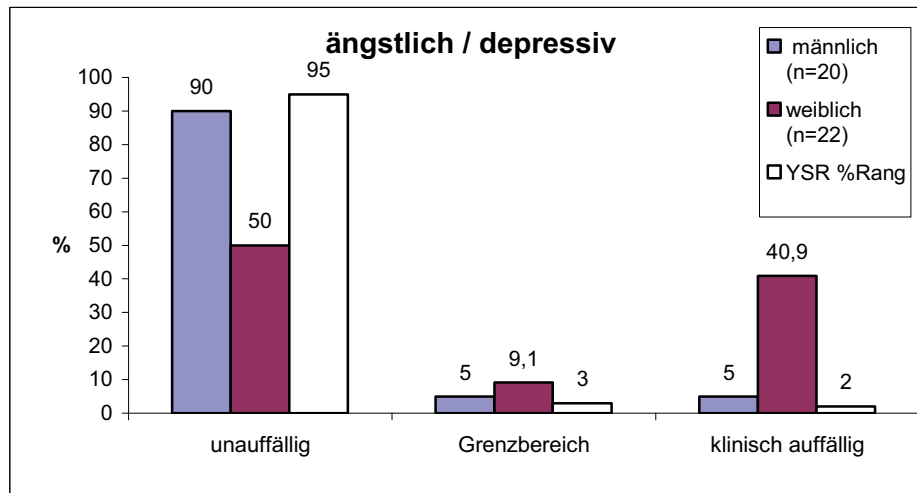


Abbildung 7: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“

Bei den weiblichen Jugendlichen ist der Anteil im Grenzbereich mit 9,1% fast doppelt so hoch wie der Anteil der Jungen. Dem Bereich der klinischen Auffälligkeit sind die Mädchen mit einem Anteil von über 40% wesentlich häufiger als die Jungen (5%) zuzuordnen (Abbildung 7). Die Häufigkeitsverteilung auf dieser Skala weist mit  $p=0,003$  einen signifikanten Geschlechtsunterschied auf.

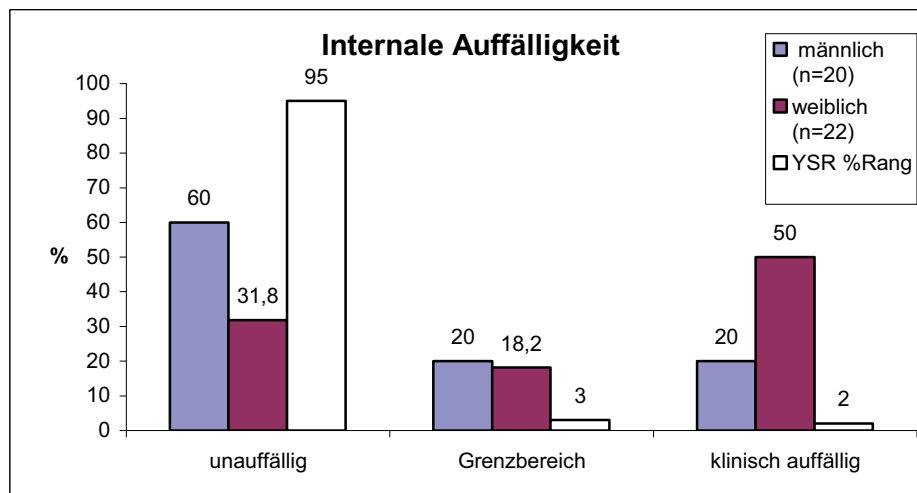


Abbildung 8: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

Hinsichtlich der Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ besteht ein signifikanter Geschlechtsunterschied mit  $p=0,035$ . Wie in Abbildung 8 ersichtlich, resultiert diese Differenz vor allem aus den Häufigkeiten klinisch auffälliger Scores. So beschreiben sich die Hälfte der Mädchen und nur jeder fünfte Junge internal als klinisch auffällig. Bei den grenzwertigen Scores liegen die prozentualen Anteile der Jugendlichen um 20%. Im Hinblick auf den YSR-Prozentrang zeigt sich ein deutlich erhöhter Anteil von fragwürdig und klinisch auffälligen Jugendlichen (Abbildung 8).

### 6.3.1.2 Gemischte Störungen

Die Skalen „soziale Probleme“, „schizoid / zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ des Youth-Self-Report zählen zu den gemischten Störungen.

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied bezüglich der Häufigkeitsverteilung psychischer Auffälligkeiten findet sich mit  $p=0,016$  für die Skala „soziale Probleme“. Etwa 27% der Mädchen sind auf dieser Skala als grenzwertig auffällig und fast 14% als klinisch auffällig einzuschätzen, die Jungen dagegen zu 90% als unauffällig (Abbildung 9).

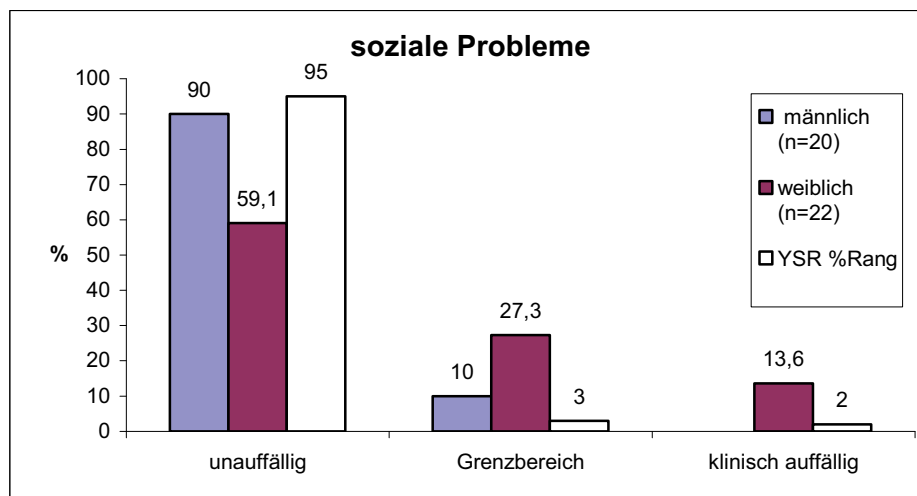


Abbildung 9: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Soziale Probleme“

Auf der Skala „schizoid/ zwanghaft“ beschreiben sich die männlichen Jugendlichen mit einem prozentualen Anteil von jeweils 5% als grenzwertig auffällig beziehungsweise klinisch auffällig. Bei den Mädchen liegt der Anteil in diesen Bereichen bei jeweils etwa 9% (Abbildung 10).

Auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ besteht bezüglich der Häufigkeitsverteilung mit  $p=0,015$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied. Abbildung 11 zeigt, dass dieser Unterschied vor allem aus der Verteilung klinisch auffälliger Scores resultiert: Während nur 5% der Jungen sich in diesem Bereich als klinisch auffällig beschreiben, ist hier mehr als ein Drittel der Mädchen als klinisch auffällig einzuschätzen. Fragwürdig auffällige Werte sind bei den Jungen mit einem Anteil von 15% bei den Mädchen mit knapp 14% fast in gleichem Ausmaß zu finden.

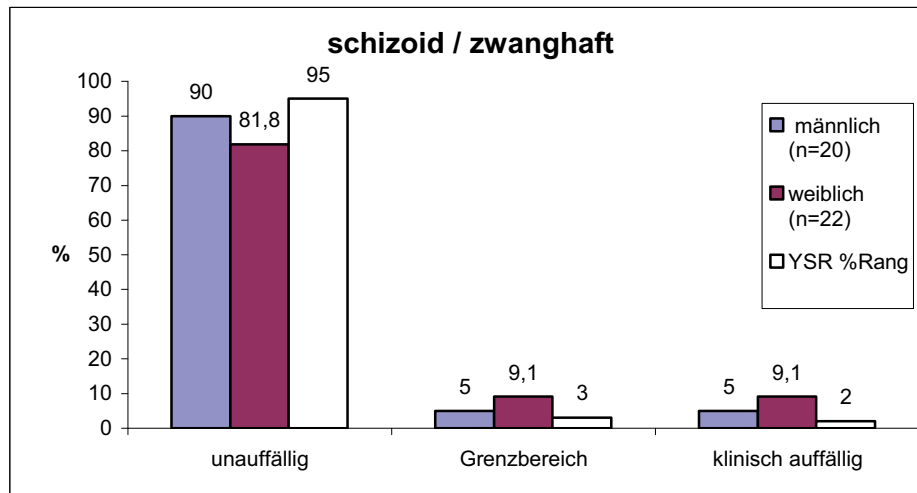


Abbildung 10: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

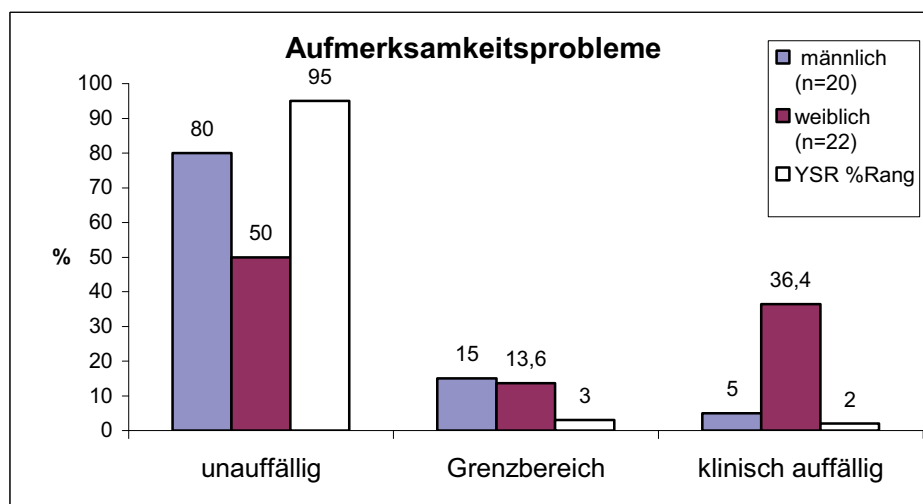


Abbildung 11: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

### 6.3.1.3 Externalisierende Verhaltensweisen

Für die Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“, die zur Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ zusammengefasst werden, bestehen im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ beschreiben sich die männlichen Jugendlichen mit 45% häufiger als die weiblichen Jugendlichen mit einem Anteil von etwa 27% als klinisch auffällig. Etwa jedes fünfte Mädchen aber nur 5% der Jungen beschreiben sich als grenzwertig auffällig (Abbildung 12).

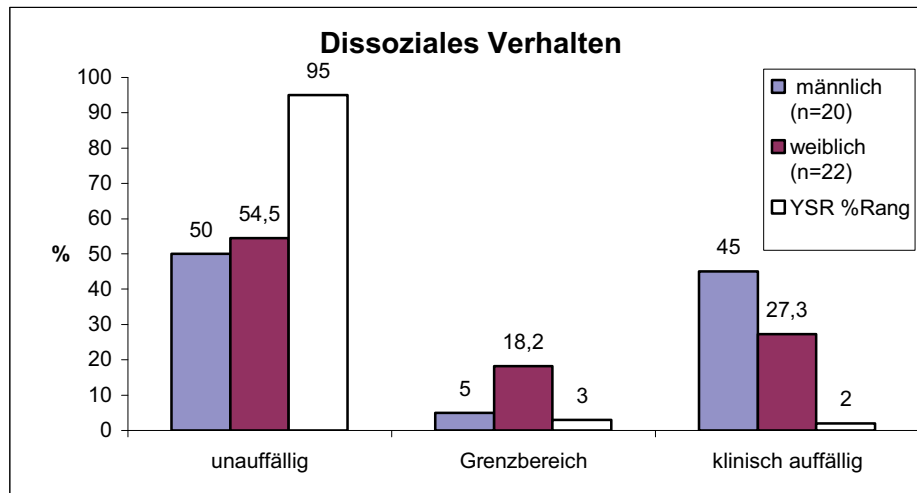


Abbildung 12: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

Wie in Abbildung 13 dargestellt sind für die Skala „Aggressives Verhalten“ 15% der Jungen und 5% der Mädchen als klinisch auffällig einzuschätzen. Grenzwertig auffällig beschreiben sich 15% der Jungen und mit einem etwas niedrigerem Anteil von 13,6% die Mädchen.

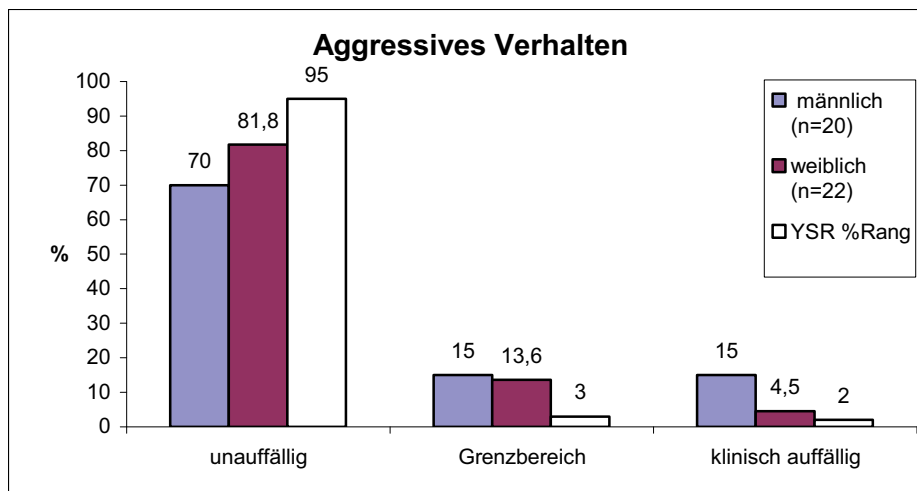


Abbildung 13: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

Die Abbildung 14 zeigt die Häufigkeitsverteilung auf der Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“. Etwa jeder vierte Junge zeigt Skalarohwerte, die als unauffällig eingeschätzt werden. Grenzwertige Scores werden bei den Jungen zu einem prozentualen Anteil von 15% bei den Mädchen mit 18,2% etwas häufiger beschrieben. Dem Bereich klinischer Auffälligkeit sind 60% der männlichen Jugendlichen und die Hälfte der weiblichen Jugendlichen zuzuordnen.

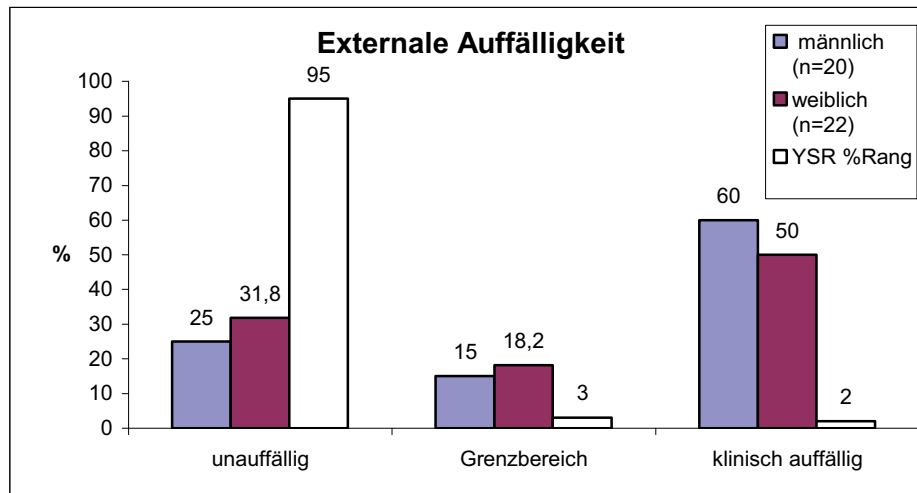


Abbildung 14: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

Hinsichtlich des YSR-Prozentranges ist bei den Jugendlichen der Heimstichprobe ein deutlich erhöhter Wert für den Grenzbereich und den Bereich klinischer Auffälligkeit zu verzeichnen (Abbildung 14).

#### 6.3.1.4 Gesamtprävalenz

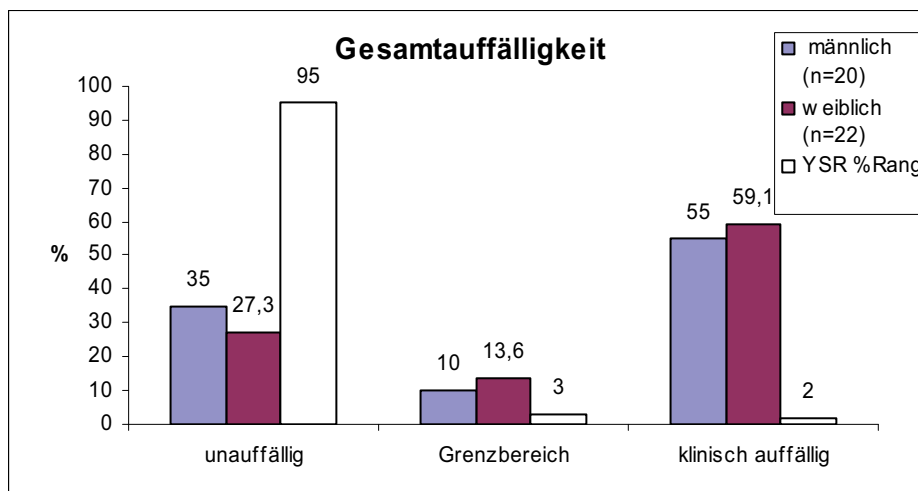


Abbildung 15: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“

Die Skalenrohwerte „Gesamtauffälligkeit“ werden aus der Mehrzahl der Items der Problemskalen und aus den Items der Skala „andere Probleme“ errechnet. Bezüglich der Häufigkeitsverteilung sind die Geschlechtsunterschiede als gering einzustufen. Die Mädchen weisen mit fast 60% häufiger als die Jungen mit einem Anteil von 55% klinisch auffällige Werte auf. Auch für den Grenzbereich zeigen die Mädchen mit 13,6% häufiger als die Jungen mit 10% fragwürdige Scores. Dementsprechend beschreiben sich 35% der männlichen Jugendlichen häufiger als weibliche Jugendliche (27,3%) unauffällig (Abbildung 15). Hinsichtlich des YSR-Prozentranges ist der Anteil von

grenzwertig auffälligen und klinisch auffälligen Jugendlichen in der Heimstichprobe deutlich erhöht.

### 6.3.2 Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

Für 44 Jugendliche wird nach den von Andershed et al., 2002 verwendeten Z-Werteinteilungen die Beschreibung vorgenommen:

Tabelle 17: Z-Werteinteilung nach Andershed et al. (Andershed et al., 2002)

Niedriger Bereich - Charakterzüge der Psychopathy	Normalbereich - Charakterzüge der Psychopathy	Bereich Hoch - Charakterzüge der Psychopathy
$Z < -0,75$	$-0,75 \leq Z \leq 0,75$	$Z > 0,75$

In den folgenden Abschnitten werden die Jugendlichen hinsichtlich der Einstufung der Z-Werte in den in Tabelle 17 beschriebenen Bereichen auf den Dimensionen „Hochtrabend/ Manipulativ“, „Abgestumpft/ Gleichgültig“ und „Impulsiv/ Verantwortungslos“ in prozentualen Anteilen dargestellt.

#### 6.3.2.1 Dimension - „Hochtrabend / Manipulativ“

Auf der Dimension „Hochtrabend/ Manipulativ“ schätzen mehr als die Hälfte der Jugendlichen ihr Verhalten im Normalbereich ein. 25% der männlichen Jugendlichen und 12,5% der weiblichen Jugendlichen zeigen hohe Werte für das Vorhandensein von hochtrabendem und manipulativem Verhalten. Ein Fünftel der Jungen beschreibt sein Verhalten für diese Dimension im niedrigen Bereich, bei den Mädchen ist es etwa ein Drittel (Abbildung 16).

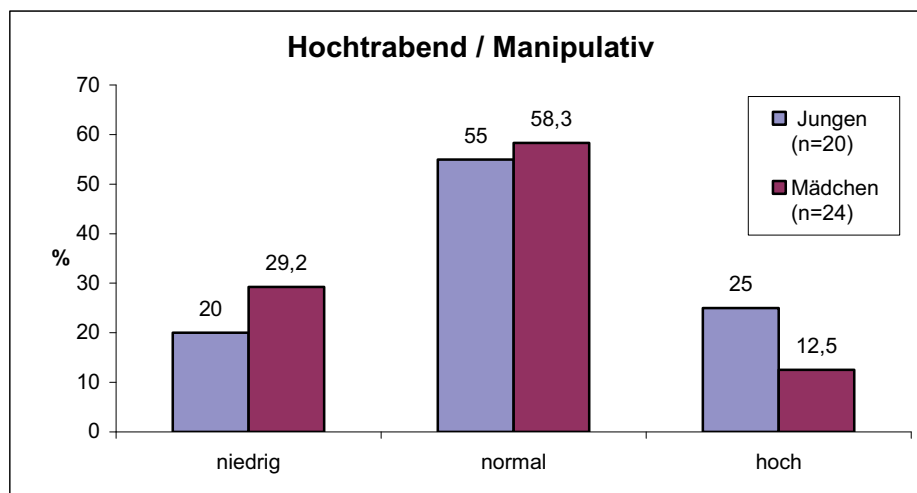


Abbildung 16: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“

### 6.3.2.2 Dimension - „Abgestumpft / Gleichgültig“

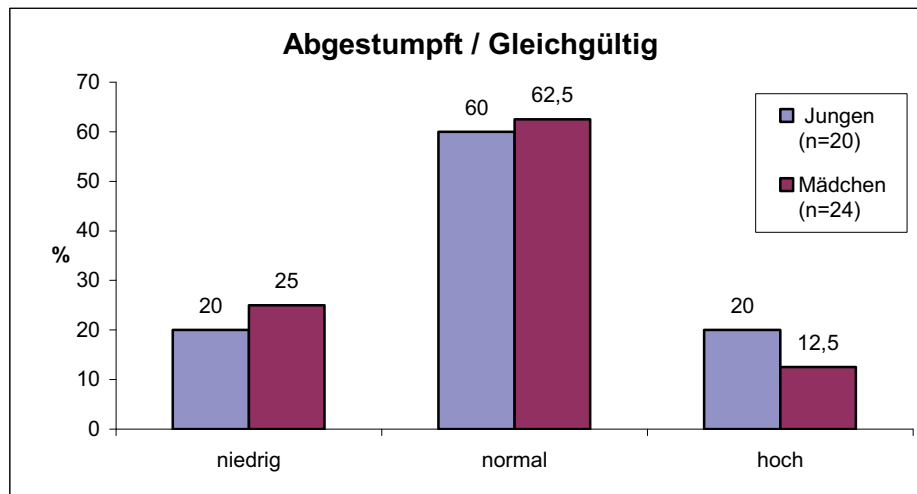


Abbildung 17: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“

Hinsichtlich der Dimension „Abgestumpft/ Gleichgültig“ liegen etwa zwei Drittel der Jugendlichen im Normalbereich. In den Bereich für ein hohes Vorkommen von abgestumpftem und gleichgültigem Verhalten nach den Kriterien der Psychopathy sind 20% der männlichen und 12,5% der weiblichen Jugendlichen einzustufen. Ein Fünftel der Jungen und ein Viertel der Mädchen entsprechen ihrer Selbsteinschätzung nach dem Bereich Niedrig (Abbildung 17).

### 6.3.2.3 Dimension - „Impulsiv / Verantwortungslos“

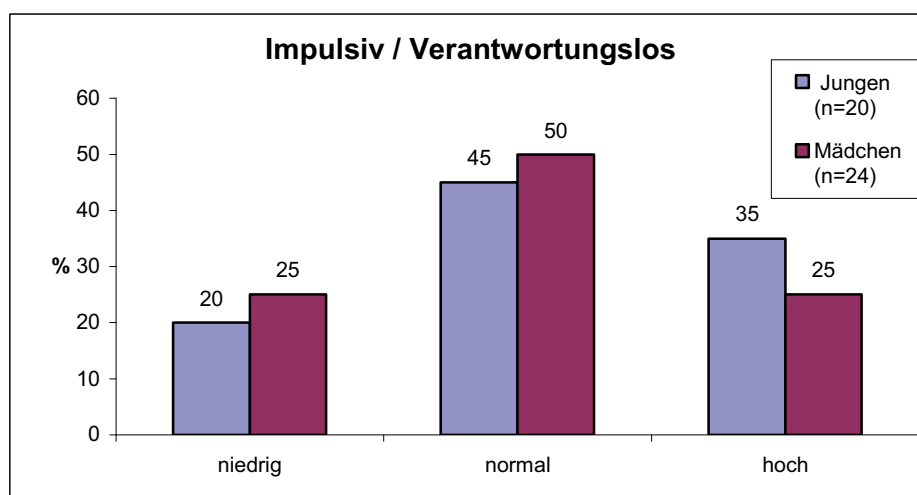


Abbildung 18: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“

Die Auswertung der Skalen für die Dimension „Impulsiv/ Verantwortungslos“ zeigt, dass sich 35% der Jungen und 25% der Mädchen im Bereich für einen hohen Ausprägungsgrad diesen Verhaltens einschätzen. Dem Normalbereich zuzurechnen

sind ungefähr die Hälfte der Jugendlichen. Der prozentuale Anteil für den Bereich Niedrig zeigt Werte von 20% bei den Jungen und 25% bei den Mädchen (Abbildung 18).

### 6.3.3 Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)

Für die Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) sind keine standardisierten Normwerte sondern nur Vergleichswerte vorhanden. Mögliche Gesamtpunktzahlen liegen im Bereich von minimal 30 und maximal 120 Punkten.

Im folgenden Abschnitt wird der aus den drei Dimensionen „Aufmerksamkeit“, „Motorische Impulsivität“ und „Voraussicht“ berechnete mittlere Gesamtscore der BIS-11 für insgesamt 44 Jugendliche (20 Jungen und 24 Mädchen) beschrieben.

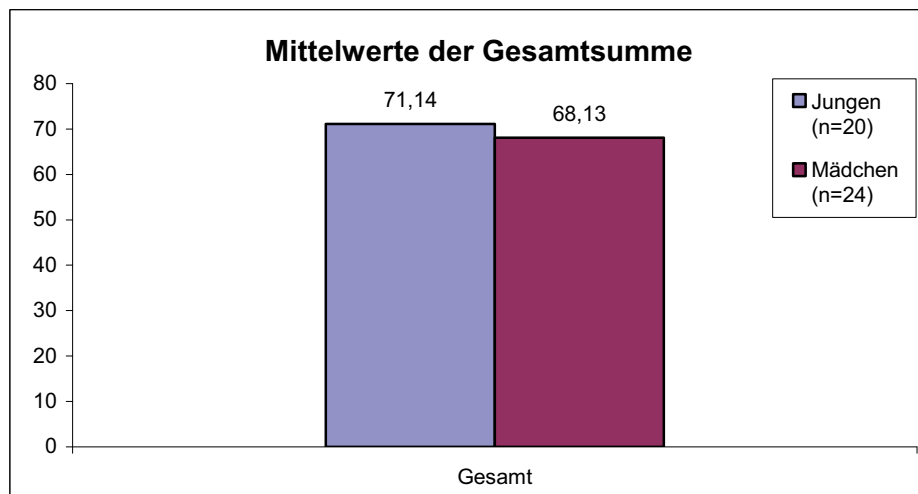


Abbildung 19: Mittelwerte des Gesamtscores der BIS-11 - Jungen/Mädchen

In der Abbildung sind die Mittelwerte der Gesamtsumme der BIS-11 für Jungen und Mädchen dargestellt. Bezüglich der Häufigkeitsverteilung des Gesamtscores der Heimstichprobe errechnet sich mit  $p=0,115$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied (Abbildung 19).

Der Vergleich der Mittelwerte der jeweiligen Dimensionen der BIS-11 zeigt höhere Scores bei den Jungen auf der Dimension „motorische Impulsivität“ und „Voraussicht“. Auf der Dimension „Aufmerksamkeit“ erreichen die Mädchen höhere Scores. Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung auf der Dimension „motorische Impulsivität“ ist der Geschlechtsunterschied mit  $p=0,165$  signifikant (Abbildung 20).



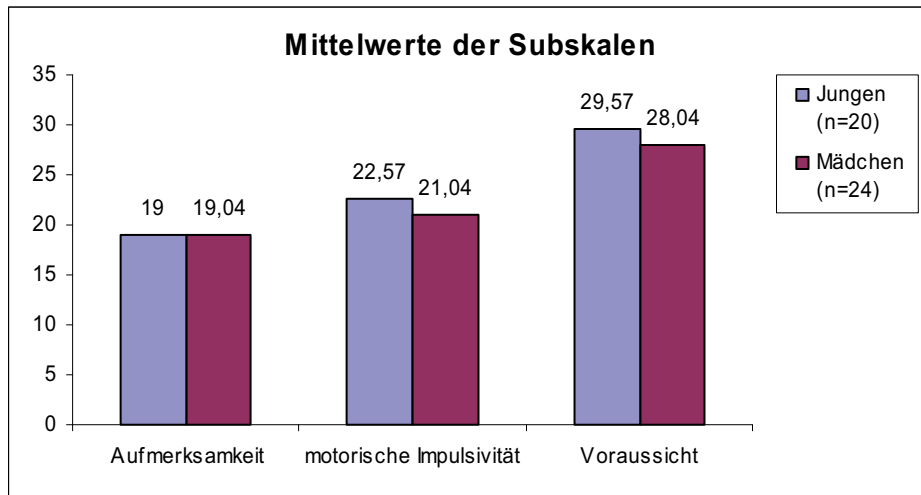


Abbildung 20: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Subskalen der BIS-11

### 6.3.4 Teacher's Report-Form (TRF)

Anhand der deutschen normierten T-Werte für die Teacher's Report-Form (TRF) werden für 39 Jugendliche der Heimstichprobe die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten von psychischen Auffälligkeiten auf den Syndromskalen 1. und 2. Ordnung berechnet (Kapitel 5.3.4).

Die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist hat folgende Richtlinien für die T-Wertzuzuordnung bestimmt (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993):

Tabelle 18: TRF - Auffälligkeitsgrad anhand normierter T-Werte

	unauffällig	Grenzbereich Auffälligkeit	klinisch auffällig
Syndromskalen 1. Ordnung	$T < 67$	$67 \leq T \leq 70$	$71 \leq T \leq 100$
Syndromskalen 2. Ordnung	$T < 60$	$60 \leq T \leq 63$	$64 \leq T \leq 100$

Die nachfolgenden Abschnitte beschreiben die einzelnen psychischen Auffälligkeiten.

#### 6.3.4.1 Internalisierende Verhaltensweisen

Auf der Skala „Sozialer Rückzug“ (Abbildung 21) erreichen fast 6% der Jungen und 5% der Mädchen klinisch auffällige Werte. Fast 95% der männlichen Jugendlichen sind als unauffällig einzustufen. Fragwürdig auffällig wird auf dieser Skala fast jedes fünfte Mädchen beschrieben.

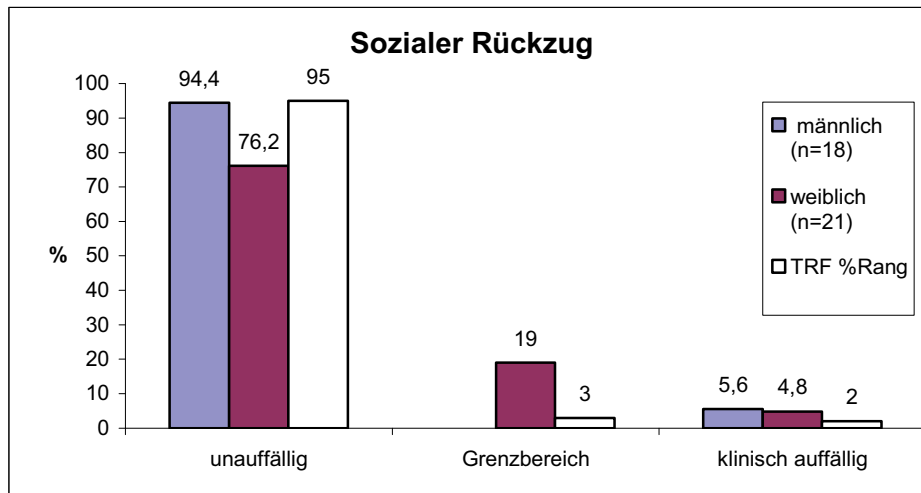


Abbildung 21: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

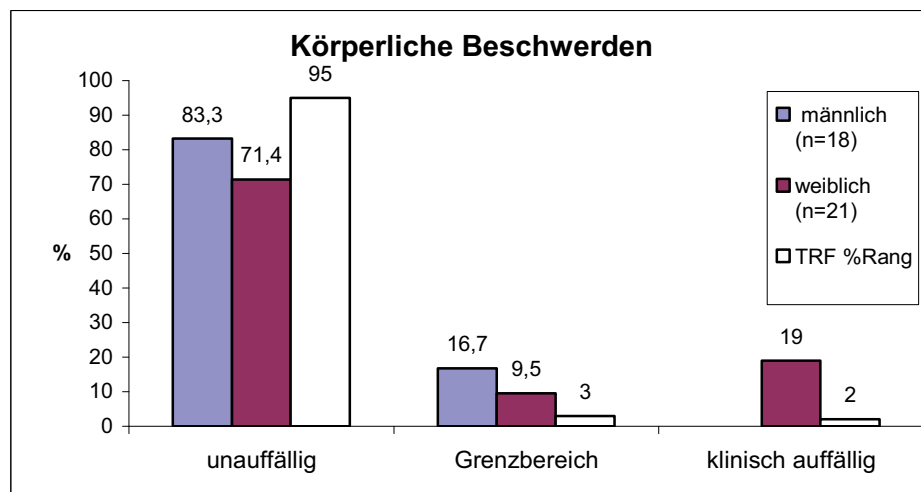


Abbildung 22: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

Auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ werden die männlichen Jugendlichen zu über 80% als unauffällig beschrieben. Fragwürdig auffällige Scores erreichen 16,7% der Jungen. Im Vergleich zu den Normwerten des TRF ist das eine mehr als dreifache Erhöhung. Grenzwertig auffällige Werte erreichen fast 10% der Mädchen. Mit einem Anteil von ungefähr 20% werden die weiblichen Jugendlichen als klinisch auffällig beschrieben, was in Bezug auf den Prozentrang des TRF eine fast 10fache Erhöhung darstellt (Abbildung 22). Mit  $p=0,148$  besteht hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

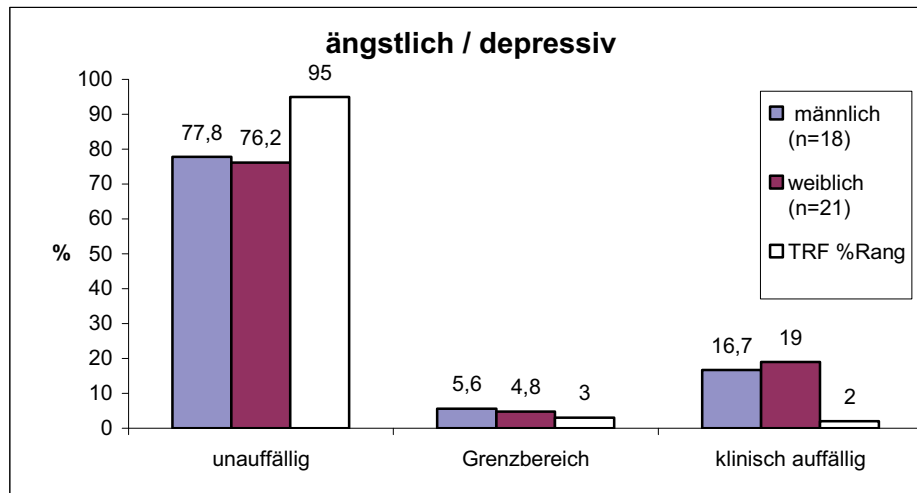


Abbildung 23: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala "Ängstlich/Depressiv"

16,7% der Jungen und 19% der Mädchen werden auf der Skala „Ängstlich Depressiv“ als klinisch auffällig beschrieben. Grenzwertige Scores liegen für die Jugendlichen in Nähe der Normwerte des TRF (Abbildung 23).

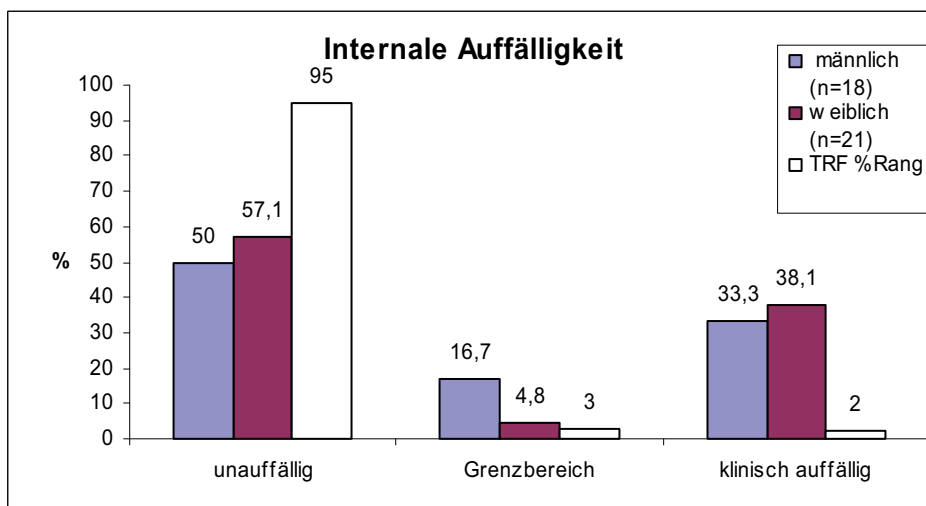


Abbildung 24: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

Hinsichtlich der Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ sind fast 40% der Mädchen und ein Drittel der Jungen als klinisch auffällig einzuschätzen. Weibliche Jugendliche erreichen grenzwertig auffällige Werte im Normbereich, wobei Jungen mit einem prozentualen Anteil von fast 17% als fragwürdig auffällig beschrieben werden (Abbildung 24).

### 6.3.4.2 Gemischte Störungen

Gemischte Störungen erfasst die Teacher's Report-Form in den Dimensionen „Soziale Probleme“, „Schizoid/ Zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“.

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied bezüglich der Häufigkeitsverteilung psychischer Auffälligkeiten findet sich bei den gemischten Störungen mit  $p=0,077$  für die Skala „Soziale Probleme“. Hier werden fast 95% der männlichen Jugendlichen als unauffällig beschrieben, während ein Drittel der Mädchen fragwürdig auffällige Werte erreichen. Im Bereich der klinischen Auffälligkeit haben die Jungen einen Anteil von über 5% und die Mädchen von fast 5%. Im Vergleich zum Prozentrang des TRF zeigt sich hier eine Erhöhung (Abbildung 25).

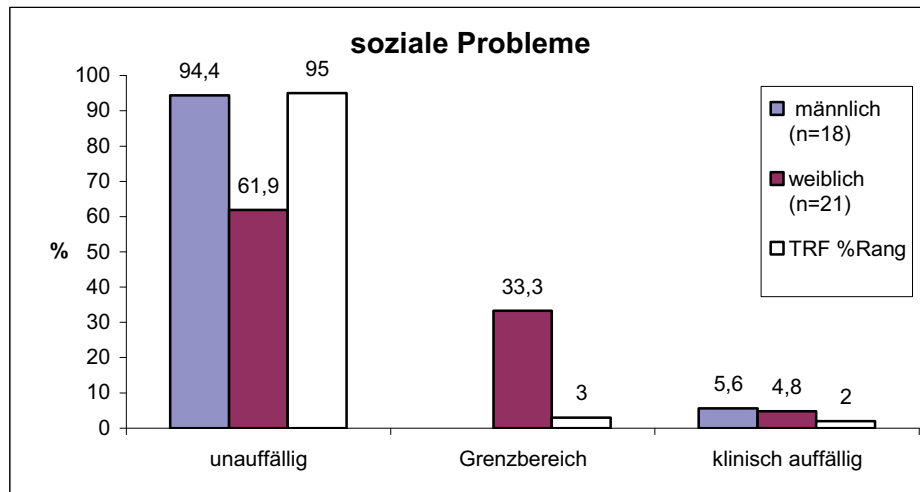


Abbildung 25: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala "Soziale Probleme"

Auf der Skala „Schizoid/ Zwanghaft“ werden etwa 10% der Mädchen und fast 6% der Jungen als klinisch auffällig eingeschätzt. Die Werte des Grenzbereichs liegen etwas über dem Prozentrang des TRF (Abbildung 26).

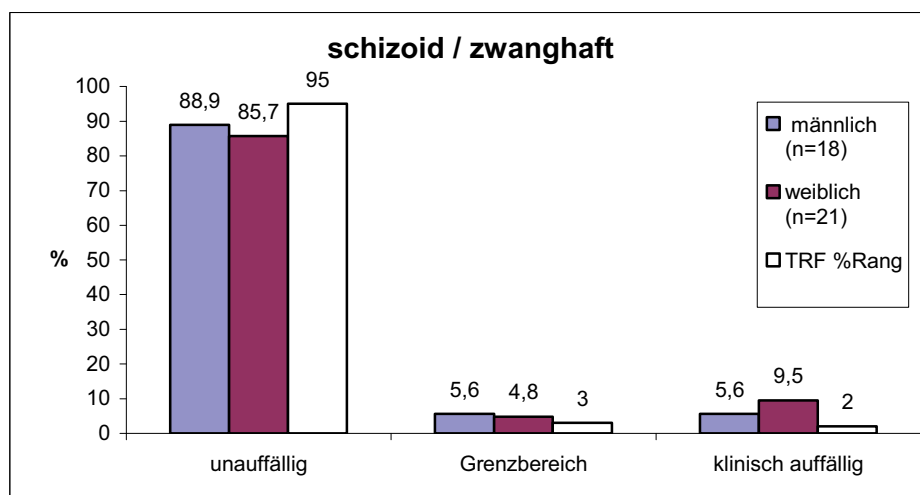


Abbildung 26: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

Aufmerksamkeitsprobleme werden bei ungefähr einem Fünftel der Mädchen für den fragwürdig auffälligen Bereich beschrieben. Bei den Jungen sind für diesen Bereich 5,6% als klinisch auffällig und 94,4% als unauffällig einzuschätzen (Abbildung 27).

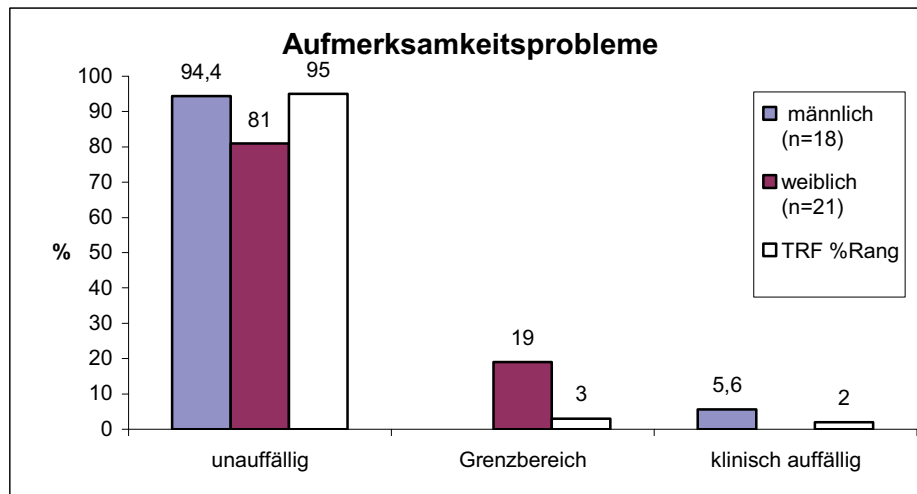


Abbildung 27: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

### 6.3.4.3 Externalisierende Verhaltensweisen

Die Skalenrohwerte für den Grenzbereich und den klinisch auffälligen Bereich zeigen für die Skala „Dissoziales Verhalten“ im Vergleich zum Prozentrang des TRF deutliche Erhöhungen.

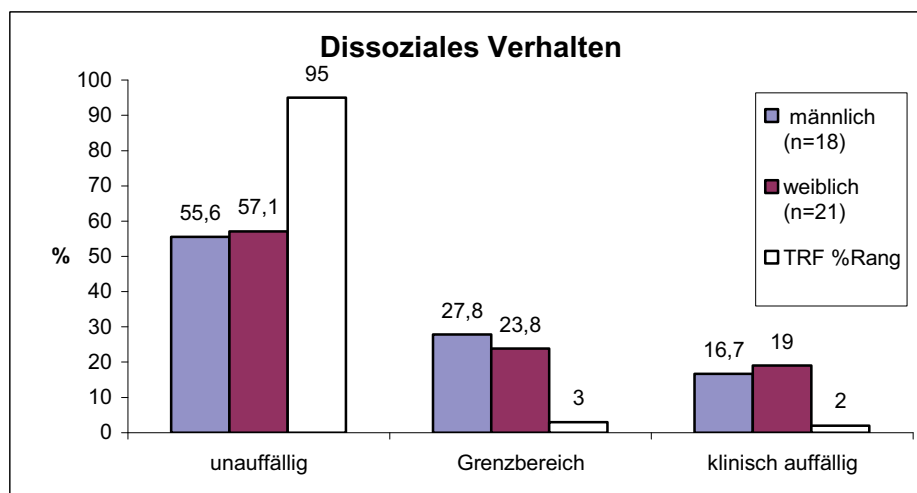


Abbildung 28: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

Fast ein Drittel der Jungen erreicht für diese Skala fragwürdig auffällige Werte, bei den Mädchen fast ein Viertel. Als klinisch auffällig werden bei den Mädchen 19% und bei den Jungen 16,7% beschrieben (Abbildung 28).

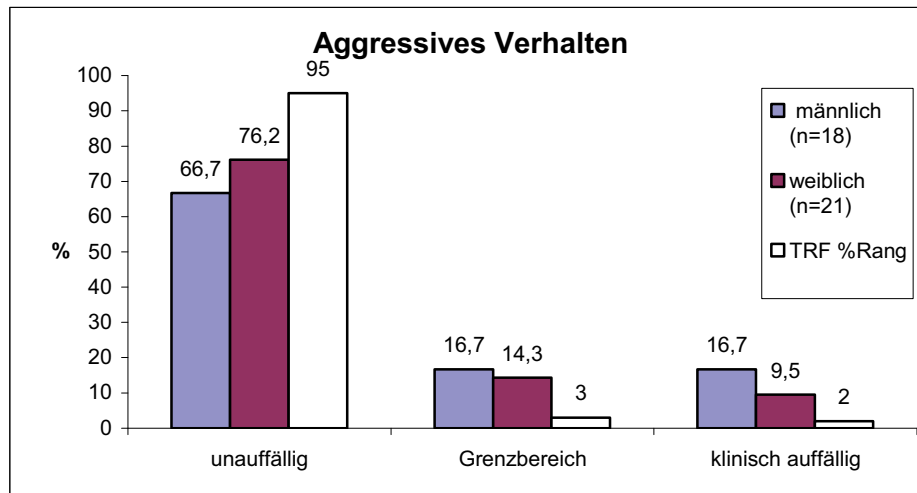


Abbildung 29: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

Die Scores der Skala „Aggressives Verhalten“ ergeben für den Bereich der klinischen Auffälligkeit der männlichen Jugendlichen einen prozentualen Anteil von etwa 17%, bei den Mädchen etwa 10%. Die Werte für den Bereich grenzwertig auffällig zeigen ebenfalls im Vergleich zur Normstichprobe (3%) mit 14,3% bei den Mädchen und 16,7% bei den Jungen höhere Anteile (Abbildung 29).

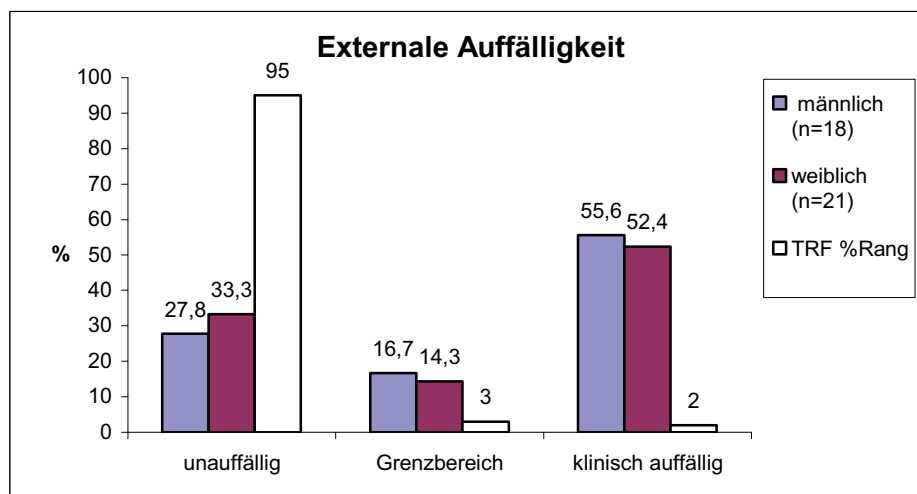


Abbildung 30: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

Für die Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ zeigt sich, dass nur etwa ein Drittel der Jugendlichen als unauffällig eingestuft wird. Klinisch auffällig sind mehr als die Hälfte der Jugendlichen einzuschätzen. Im Vergleich zu den Normwerten des TRF zeigt sich hier eine faktorielle Werterhöhung von etwa 25. 16,7% der Jungen und 14,3% der Mädchen erreichen fragwürdig auffällige Scores (Abbildung 30).

### 6.3.4.4 Gesamtprävalenz

Die Dimension „Gesamtauffälligkeit“ wird aus der Mehrzahl der Items der Problemskalen und den Items, die unter „Andere Probleme“ zusammengefasst wurden, gebildet.

Hier zeigt sich, dass die Hälfte der männlichen und etwa zwei Drittel der weiblichen Jugendlichen als klinisch auffällig beschrieben wird. Mit einem Anteil von 16,7% werden Jungen häufiger als Mädchen (9,5%) als grenzwertig auffällig eingeschätzt (Abbildung 31).

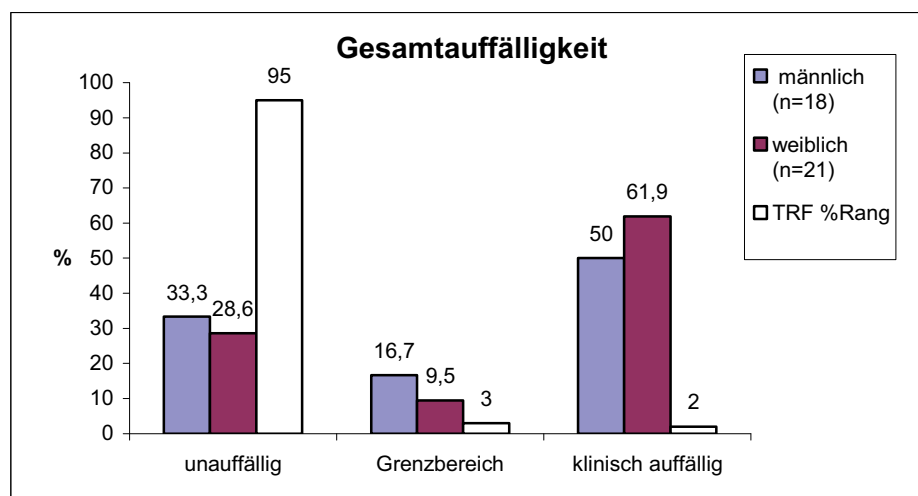


Abbildung 31: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“

### 6.3.5 Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

Die Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) wurde als eine Checkliste zur Beurteilung des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen bei intellektueller Behinderung entwickelt (Aman et al., 1995). Daher werden die Skalenmittelwerte von den 42 Jugendlichen der Heimstichprobe als Vergleich der Jugendlichen mit Sonderschulabschluss beziehungsweise Förderbeschulung und den Jugendlichen, welche die Haupt-, die Realschule oder das Gymnasium besuchen oder einen entsprechenden Schulabschluss erreicht haben dargestellt.

Die Jugendlichen, welche eine Sonderschule besuchen beziehungsweise einen entsprechenden Abschluss erreicht haben, werden im Vergleich mit Jugendlichen der Heimstichprobe mit einem anderen schulischen Bildungshintergrund auf den Skalen zur Bewertung problematischen Sozialverhaltens mit höheren Werten beschrieben (Abbildung 32).

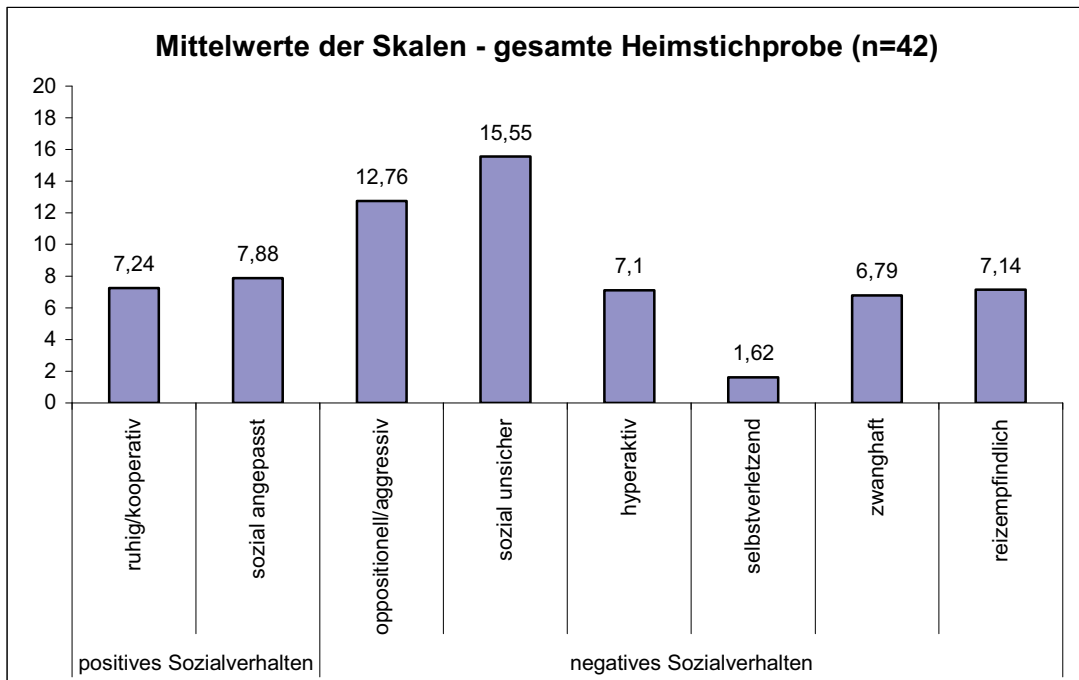


Abbildung 32: Skalenmittelwerte der NCBRF der gesamten Heimstichprobe

Ein hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung signifikanter Unterschied mit  $p=0,190$  findet sich für die Skala für oppositionelles und aggressives Verhalten mit einem Mittelwert von 14,95 bei den Heimbewohnern mit Sonderschulhintergrund zu einem Wert von 10,96 der Gruppe von Nicht-Sonderschülern (Abbildung 33).

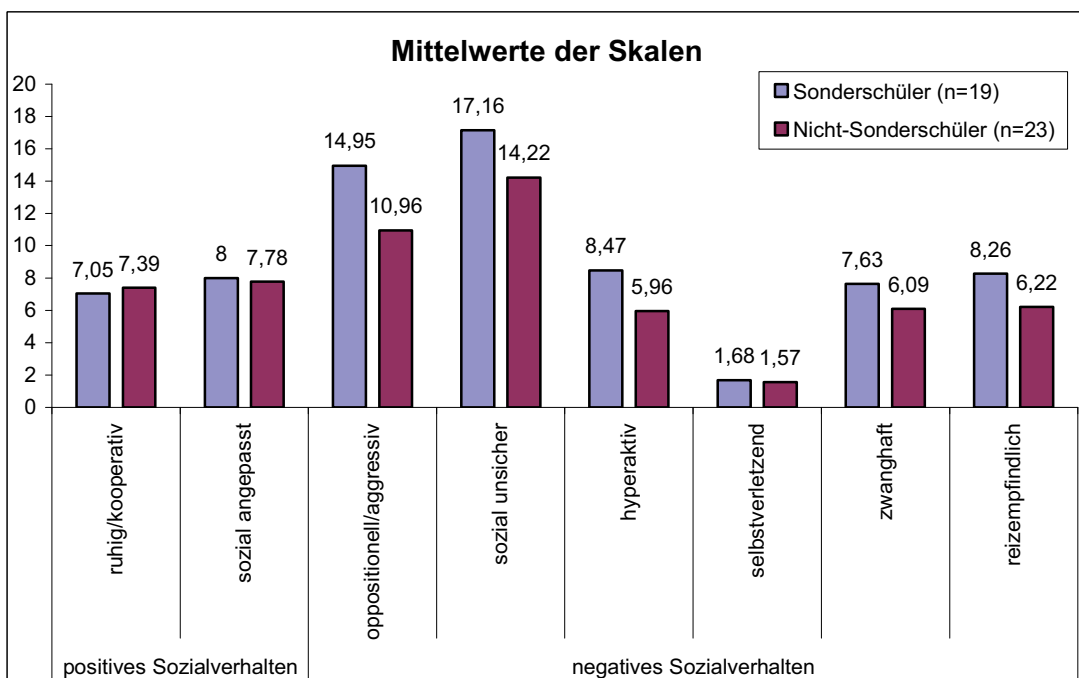


Abbildung 33: Skalenmittelwerte der NCBRF - Heimstichprobe nach Schulform

Für die Häufigkeitsverteilung auf der Problemskala „hyperaktiv“ sind die Unterschiede zwischen den in Abbildung 33 dargestellten Gruppen mit  $p=0,186$  signifikant.



Im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung der Sonderschüler und Nicht-Sonderschüler ist auf der Problemskala „reizempfindlich“ mit  $p=0,107$  ein signifikanter Unterschied festzuhalten. Für die Häufigkeitsverteilung des Gesamtscores der Skalen für negatives Sozialverhalten sind die Unterschiede der in Abbildung 33 beschriebenen Gruppen mit  $p=0,165$  signifikant.

Auf den Skalen für positives Sozialverhalten sind die Mittelwerte für die Skalen der Items, die ruhiges und kooperatives und sozial angepasstes Verhalten beschreiben, für beide Gruppen von Jugendlichen in geringem Maße unterschiedlich (Abbildung 33).

## 6.4 Teil B : Gruppenbetrachtungen - Beziehungen zwischen Alter, Geschlecht und Schulform

Zur Darstellung von Zusammenhängen von Alter, Geschlecht und schulischen Bildungshintergrund der untersuchten Jugendlichen wurde zunächst eine Gruppierung der Stichprobe vorgenommen.

Bezüglich des Alters wurden die Jugendlichen in die Gruppe der 13-16jährigen sowie in die Gruppe der 17-20jährigen aufgeteilt. Im Hinblick auf die Schulzugehörigkeit wird zwischen Jugendlichen mit Sonderschulhintergrund und Nicht-Sonderschülern unterschieden<sup>29</sup> (Tabelle 19, Tabelle 20).

Tabelle 19: Altersverteilung der Heimstichprobe

Stichprobe		
Alter	Anzahl n	Prozent %
13-16	29 (♂=13,♀=16)	65,9
17-20	15 (♂=7,♀=8)	34,1
<b>Gesamt</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Tabelle 20: Verteilung der Heimstichprobe nach Schulform

Stichprobe		
Schulzugehörigkeit	Anzahl n	Prozent %
Sonderschüler	21 (♂=10,♀=11)	47,4
Nichtsonderschüler	23 (♂=10,♀=13)	53,6
<b>Gesamt</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

<sup>29</sup> Zur Gruppe der Nicht-Sonderschüler sind Jugendliche mit Hauptschulhintergrund, Realschulhintergrund und Gymnasialhintergrund zusammengefasst.

Zur Bestimmung von signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen wurden für die Skalen der Fragebögen T-Testanalysen für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Um eine skalenübergreifende vergleichende Interpretation der zuvor im Kapitel 6.3 vorgestellten Ergebnisse zu erreichen, werden in den folgenden Abschnitten die standardisierten Skalenrohwerte<sup>30</sup> für die einzelnen Syndromskalen der in der Untersuchung verwendeten Erhebungsinstrumente in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und schulischem Hintergrund dargestellt.

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 10% werden den jeweiligen Skalen der Fragebögen entsprechend in Abbildungen dargestellt<sup>31</sup>. Unterschiede im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 10% und 20% finden im Text ihre Erwähnung.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die Alters- und Geschlechtseffekte für die Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen und anschließend entsprechend Effekte zwischen Geschlecht und besuchten Schultyp dargestellt. Grundlage der Ergebnisse dieser Abschnitte bildet die im April 2006 durchgeführte erste Untersuchung.

## **6.4.1 Alters und Geschlechtsunterschiede**

### **6.4.1.1 Youth-Self-Report (YSR)**

Für die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ findet sich mit  $p=0,035$  zwischen den 13-16jährigen und 17-20jährigen Mädchen ein signifikanter Unterschied. Die Jungen der Altersgruppe 17 - 20 Jahre zeigen höhere Skalenrohwerte als die jüngeren. Dieser Unterschied liegt aber im nicht signifikanten Bereich (Abbildung 34). Innerhalb der Altersgruppe 13 - 16 Jahre findet sich mit  $p=0,054$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Statistisch signifikante Altersunterschiede lassen sich für die Jungen ebenfalls auf der Skala „ängstlich/ depressiv“ mit  $p=0,096$  finden (Abbildung 34). Für die Gruppe der 17-20jährigen Jugendlichen besteht auf dieser Skala mit  $p=0,070$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Körperliche Beschwerden beschreiben die Jungen im Alter von 13-16 Jahren signifikant häufiger als die Jungen in der Altersgruppe der 17-20jährigen ( $p=0,053$ ). Die 17-20jährigen Mädchen äußern im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10%

---

<sup>30</sup> Der standardisierte Skalenrohwert SRW wird folgendermaßen errechnet:  $SRW = \text{arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte} / \text{Anzahl der Items der Skala}$ .

<sup>31</sup> Die ausführliche Darstellung der errechneten Signifikanzen zwischen den beschriebenen Gruppen ist in tabellarischer Form im Anhang einzusehen.

bis 20% mit  $p=0,115$  signifikant weniger körperliche Beschwerden als die Gruppe der Mädchen im Alter von 13-16 Jahren (Abbildung 34).

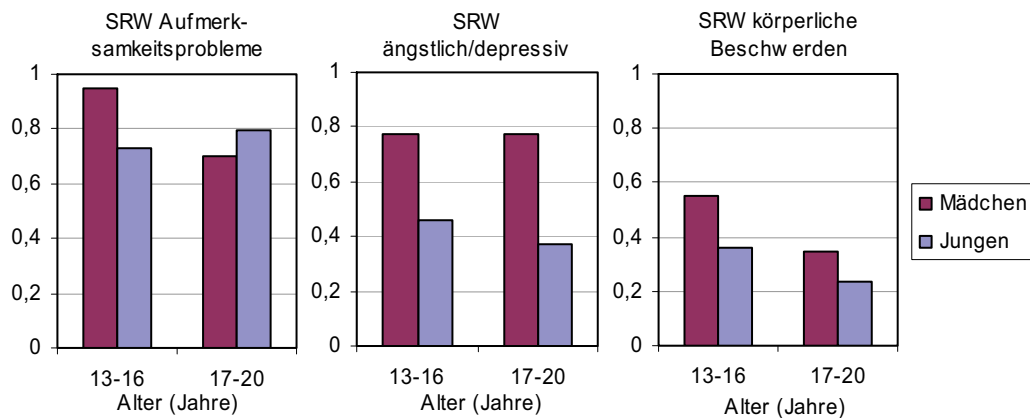


Abbildung 34: Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Youth-Self-Report (YSR) (SWR = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Auf der Skala „soziale Probleme“ errechnen sich für die Jugendlichen der Altersgruppe 13 - 16 Jahre höhere Skalenrohwerte als bei der Gruppe 17-20 Jahre. Für die weiblichen Jugendlichen ist dieser Unterschied im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% bis 20% mit  $p=0,101$  signifikant. Innerhalb der Altersgruppe 13 - 16 Jahre errechnet sich mit  $p=0,019$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied, wobei die Skalenrohwerte der Mädchen über denen der Jungen liegen.

Hinsichtlich der Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ findet sich bei den weiblichen Jugendlichen mit  $p=0,140$  ein signifikanter Unterschied. Hier beschrieben die Mädchen der Altersgruppe 13-16 Jahre mehr externe Symptome als die 17-20jährigen. Bei den Jungen zeigt die Altersgruppe 17 - 20 Jahre auf nicht signifikantem Niveau höhere Skalenrohwerte als die der anderen Altersgruppe. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit im Bereich von 10% bis 20% besteht zwischen den Jugendlichen im Alter von 17 - 20 Jahren ein signifikanter Geschlechtsunterschied. Die Skalenrohwerte der Jungen sind hier größer als die der Mädchen.

#### 6.4.1.2 Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

Auf der Subskala „Gefühlskälte“ der Dimension „Abgestumpft/ Gleichgültig“ berechnen sich für die 13-16jährigen Jugendlichen höhere Skalenrohwerte als bei der Gruppe der 17-20jährigen. Dieser Unterschied ist für die weiblichen Jugendlichen mit  $p=0,044$  signifikant (Abbildung 35).

In der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“ liegen die Skalenrohwerte der Altersgruppe 13 - 16 Jahre höher als die der Gruppe 17-20 Jahre. Mit  $p=0,057$  ist dieser Unterschied bei den Mädchen signifikant. Bei den Jungen sind die in Abbildung 35 dargestellten Unterschiede zwischen den Altersgruppen nicht signifikant.

Die Jugendlichen der Altersgruppe 13 - 16 Jahre zeigen ebenso auf der Subskala „Unbarmherzigkeit/ Hartherzigkeit“ der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“ höhere

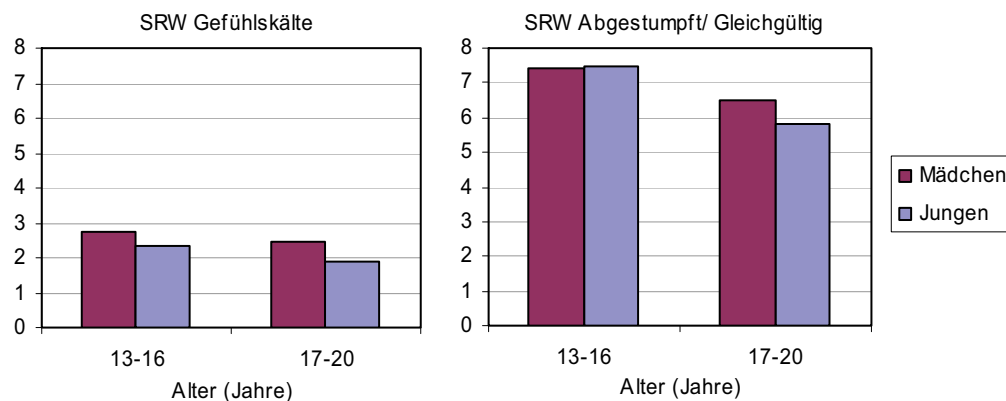


Abbildung 35: Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) (SWR = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Skalenrohwerte als die Gruppe 17 - 20 Jahre. Bei den Jungen ist diese Abweichung mit  $p=0,169$  im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% bis 20% signifikant. Für die männlichen Jugendlichen errechnen sich in den Altersgruppen jeweils höhere Skalenrohwerte als bei den weiblichen Jugendlichen. Dieser Geschlechtsunterschied ist mit  $p=0,120$  für die Altersgruppe 13 - 16 Jahre und mit  $p=0,058$  für die Altersgruppe 17 - 20 Jahre signifikant (Abbildung 35).

#### 6.4.1.3 Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)

Für Auswertung der Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) sind hinsichtlich der Altersgruppen keine signifikanten Unterschiede auszumachen.

#### 6.4.1.4 Teacher's Report-Form (TRF)

Für die Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ lässt sich mit  $p=0,084$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen der Mädchen finden (Abbildung 36). Im Bereich der Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% bis 20% errechnet sich für die Problemskala „Aufmerksamkeitsprobleme“ mit  $p=0,193$  bei den Mädchen ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen.

Bei den männlichen Jugendlichen zeigt sich für die Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ mit  $p=0,012$  ein signifikanter Unterschied (Abbildung 36).

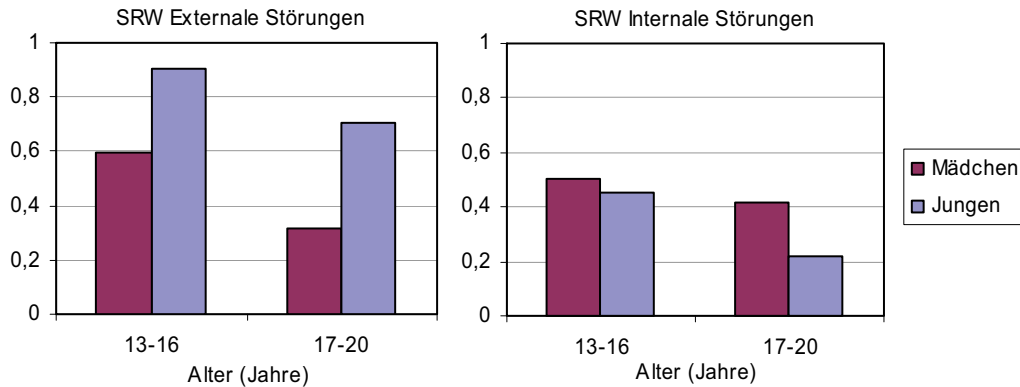


Abbildung 36: Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Teacher's Report-Form (TRF) (SWR = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Ein signifikanter Unterschied im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit im Bereich von 10% bis 20% ist für die Skalen „körperliche Beschwerden“ mit  $p=0,125$  bei den Jungen und „Aufmerksamkeitsprobleme“ mit  $p=0,193$  für die Mädchen vorhanden. Für beide Skalen ergeben sich für die Jugendlichen der Altersgruppe 13 - 16 Jahre höhere Skalenrohwerte als bei denen der Gruppe 17 - 20 Jahre.

Für die Gruppe der 17-20jährigen ergibt sich mit  $p=0,139$  auf der Skala „körperliche Beschwerden“ ein signifikanter Geschlechtsunterschied. Die Skalenrohwerte der Mädchen sind auf dieser Skala höher als die der Jungen.

#### 6.4.1.5 Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

Zwischen den Altersgruppen errechnen sich für die Skala „sozial angepasst“ mit  $p=0,063$  für die Mädchen und  $p=0,161$  für die Jungen signifikante Unterschiede. Für die Altersgruppe der 13-16jährigen besteht auf dieser Skala des Weiteren ein signifikanter Geschlechtsunterschied ( $p=0,026$ ) (Abbildung 37).

Die Skala „selbstverletzend“ zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Bei den Jungen sind die Skalenrohwerte der Altersgruppe 17 - 20 Jahre mit  $p=0,066$  signifikant niedriger als die der 13-16jährigen. Bei den Mädchen weist die Altersgruppe der 17-20jährigen signifikant höhere Skalenrohwerte als die der Gruppe 13-16 Jahre ( $p=0,175$ ) auf. Innerhalb der Altersgruppe 17 - 20 Jahre zeigt sich, dass die Mädchen höhere Skalenrohwerte als die Jungen aufweisen. Dieser Geschlechtsunterschied ist mit  $p=0,096$  signifikant (Abbildung 37).

Bei den männlichen Jugendlichen zeigt sich, dass die Altersgruppe der 13-16jährigen höhere Skalenrohwerte auf der Skala „oppositionell/ aggressiv“ aufweisen als die der Altersgruppe 17 - 20 Jahre. Dieser Unterschied ist mit  $p=0,066$  signifikant. Der in

Abbildung 38 ersichtliche Unterschied zwischen den Skalenrohwerten der Jungen und Mädchen im Alter von 13 - 16 Jahren ist mit  $p=0,030$  signifikant.

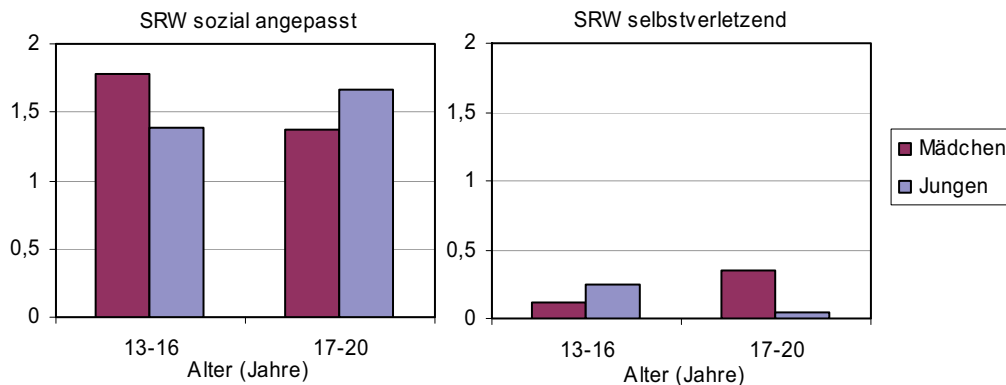


Abbildung 37: Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) (SWR = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Die Jungen im Alter von 13 - 16 Jahren zeigen auf der Skala „sozial unsicher“ signifikant höhere Skalenrohwerte als die 17-20jährigen ( $p=0,013$ ). Innerhalb der Altersgruppe der 17-20jährigen zeigen die männlichen Jugendlichen mit  $p=0,140$  signifikant niedrigere Skalenwerte als die Mädchen (Abbildung 38).

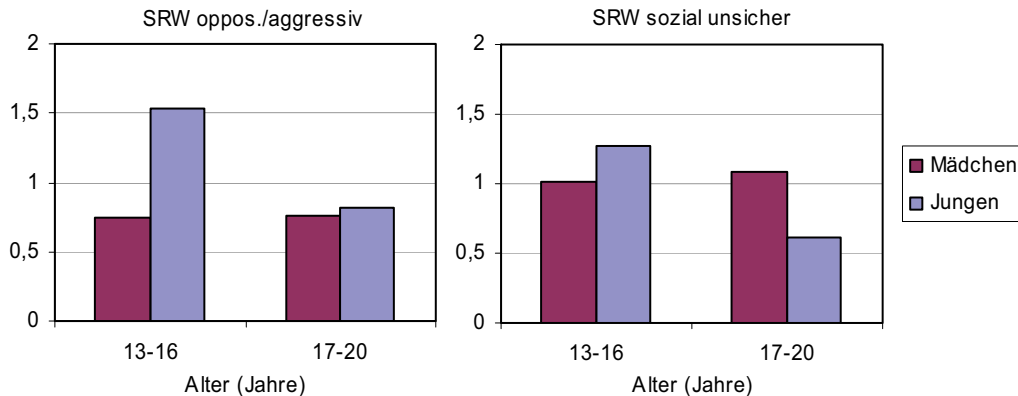


Abbildung 38: Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) (SWR = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Für die 17-20jährigen Jungen sind die Skalenwerte der Skala „hyperaktiv“ signifikant niedriger als die der Jüngeren ( $p=0,053$ ). Die 13-16jährigen Jungen weisen dabei mit  $p=0,025$  signifikant höhere Skalenwerte als die Mädchen dieser Altersgruppe auf (Abbildung 39).

Für die Mädchen sind die Unterschiede auf dieser Skala nicht signifikant. Des Weiteren besteht innerhalb der Altersgruppe 17 - 20 Jahre kein statistisch relevanter Geschlechtsunterschied.

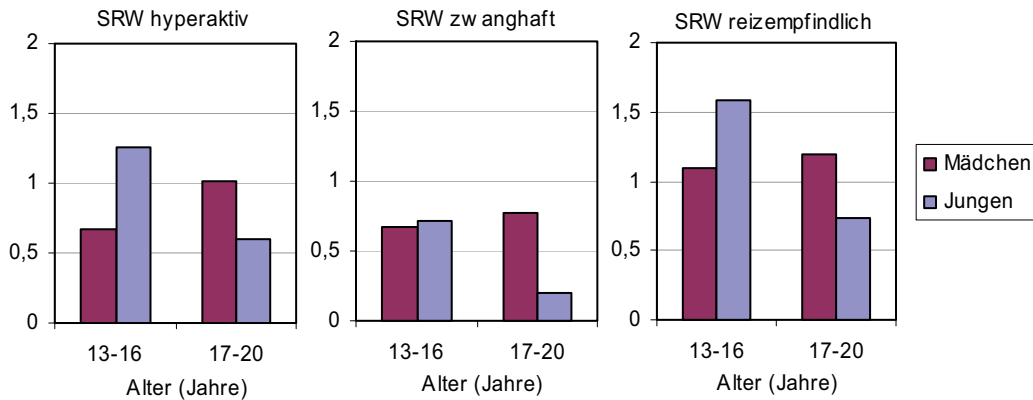


Abbildung 39: Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) (SWR = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Die Skalenwerte für zwanghafte Symptome liegen für die Altersgruppe 13 - 16 Jahre ungefähr auf gleichem Niveau. Die weiblichen Jugendlichen der Altersgruppe 17 - 20 Jahre zeigen auf der Skala „zwanghaft“ annähernd gleiche Skalenwerte wie die jüngeren Mädchen. Bei den Jungen der Altersgruppe 17 - 20 Jahre sind die Skalenrohwerte signifikant niedriger als die der 13-16jährigen Jungen ( $p=0,020$ ). Abbildung 39 zeigt außerdem, dass in der Altersgruppe 17 - 20 Jahre die Skalenrohwerte der Mädchen deutlich über den Werten der Jungen liegen. Dieser Geschlechtsunterschied ist mit  $p=0,032$  signifikant.

Für die Skala „reizempfindlich“ findet sich bei den Jungen mit  $p=0,027$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen. Innerhalb der Altersgruppe 13 - 16 Jahre zeigt sich mit  $p=0,076$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied (Abbildung 39). Bei den 17-20jährigen Jugendlichen sind keine signifikanten Geschlechtsunterschiede festzuhalten.

## 6.4.2 Unterschiede in Bezug auf den schulischen Bildungshintergrund

### 6.4.2.1 Youth-Self-Report (YSR)

Auf der Skala „soziale Probleme“ errechnen sich für die weiblichen Sonderschüler mit  $p=0,026$  signifikant höhere Skalenwerte als für die weiblichen Nicht-Sonderschüler. Während die Skalenwerte der Nicht-Sonderschüler hinsichtlich des Geschlechts etwa auf gleichem Niveau liegen, zeigt sich, dass die weiblichen Sonderschüler wesentlich häufiger soziale Probleme angeben als die männlichen Sonderschüler. Dieser Geschlechtsunterschied ist mit  $p=0,021$  signifikant (Abbildung 40).

Die Jugendlichen der Gruppe der Sonderschüler äußern häufiger körperliche Beschwerden als die Gruppe der Nicht-Sonderschüler. Dieser Unterschied ist mit  $p=0,098$  bei den weiblichen und mit  $p=0,144$  bei den männlichen Jugendlichen signifikant (Abbildung 40).

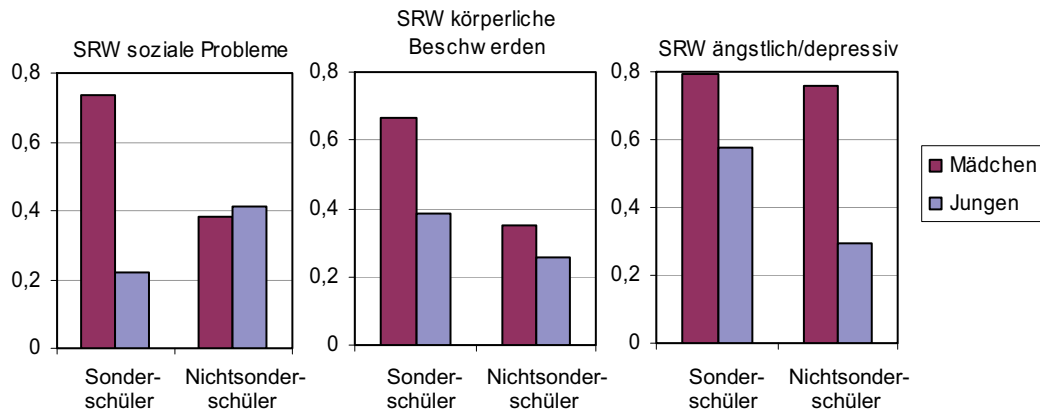


Abbildung 40: Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Youth-Self-Report (YSR) (SRW = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerter/ Anzahl der Items der Skala))

Bei den Jungen beurteilen sich die Nicht-Sonderschüler weniger häufig ängstlich und depressiv als die Sonderschüler. Dieser Unterschied ist für die Skala „ängstlich/depressiv“ mit  $p=0,062$  signifikant. Die weiblichen Jugendlichen haben sowohl in der Gruppe der Sonderschüler als auch in der Gruppe der Nicht-Sonderschüler höhere Skalenwerte als die männlichen Jugendlichen. Auf mit  $p=0,016$  signifikantem Niveau ist dieser Geschlechtsunterschied für die Gruppe der Sonderschüler (Abbildung 40).

Im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% bis 20% zeigen sich für die Mädchen mit Sonderschulhintergrund auf der Problemskala „schizoid/ zwanghaft“ signifikant höhere Skalenwerte als für Mädchen der Gruppe Nicht-Sonderschüler ( $p=0,105$ ).

Auf der übergeordneten Skala „Externale Auffälligkeit“ ergeben sich für die weiblichen Nicht-Sonderschüler signifikant niedrigere Skalenwerte als für die Sonderschüler ( $p=0,125$ ). Innerhalb der Gruppe Nicht-Sonderschüler finden sich für die Jungen signifikant höhere Skalenwerte als bei den Mädchen ( $p=0,125$ ).

Für die anderen Problemskalen des YSR sind zwischen Sonderschülern und Nichtsonderschülern keine signifikanten Unterschiede vorhanden.

#### 6.4.2.2 Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

Die weiblichen Sonderschüler weisen auf der Subskala „Großartigkeit/ Großspurigkeit“ mit  $p=0,012$  signifikant höhere Skalenwerte auf als die weiblichen Nicht-Sonderschüler.



Bei den Jungen ist die Bewertung auf dieser Subskala hinsichtlich der Gruppen umgekehrt. Sie weist aber keinen signifikanten Unterschied auf. In der Gruppe der Nicht-Sonderschüler ergeben sich für die Jungen mit  $p=0,109$  signifikant höhere Skalenwerte als für die Mädchen (Abbildung 41).

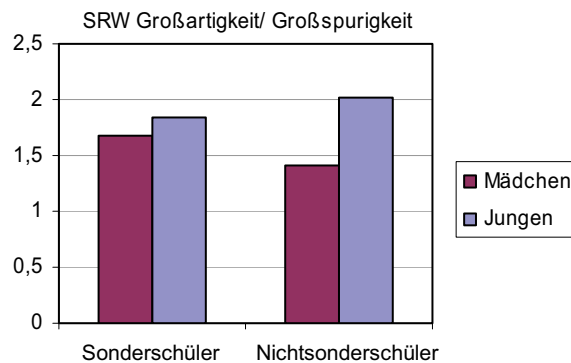


Abbildung 41: Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) (SRW = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerter/ Anzahl der Items der Skala))

Die Skalenwerte der Sonderschüler sind auf der Subskala „Gefühlskälte“ höher als die der Nicht-Sonderschüler. Für die Mädchen ist dieser Unterschied im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 10% und 20% signifikant ( $p=0,161$ ). Im Hinblick auf das Geschlecht zeigen sich bei den Mädchen höhere Skalenwerte als bei den Jungen. Innerhalb der Gruppe Nicht-Sonderschüler ist dieser Unterschied mit  $p=0,184$  signifikant.

Für die Skala „Impulsivität“ errechnen sich für die weiblichen Sonderschüler höhere Skalenwerte als bei den weiblichen Nicht-Sonderschülern. Bei den Jungen ohne Sonderschulhintergrund finden sich im Gegensatz dazu signifikant höhere Skalenrohwerter als bei den Sonderschülern ( $p=0,175$ ). Die Jungen der Gruppe der Sonderschüler zeigt mit  $p=0,025$  signifikant niedrigere Skalenwerte als die Mädchen dieser Gruppe.

Die Dimension „Abgestumpft/ Gleichgültig“ zeigt für die Sonderschüler höhere Skalenwerte als für die Nicht-Sonderschüler. Bei den Mädchen ist dieser Unterschied im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 10% und 20% signifikant ( $p=0,131$ ).

### 6.4.2.3 Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)

Auf der Skala „Aufmerksamkeit“ sind die Skalenwerte der Jungen der Gruppe Nicht-Sonderschüler signifikant niedriger als die der Gruppe Sonderschüler ( $p=0,121$ ).

Sonderschüler beiderlei Geschlechts weisen für die Skala „motorische Impulsivität“ niedrigere Skalenwerte auf als Nicht-Sonderschüler. Im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% bis 20% ist dieser Unterschied für die Jungen signifikant ( $p=0,142$ ).

#### 6.4.2.4 Teacher's Report-Form (TRF)

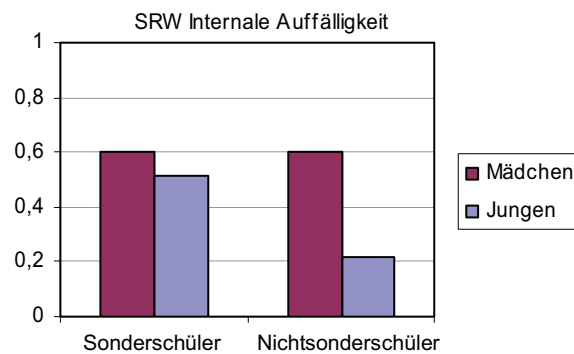


Abbildung 42: Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Teacher's Report-Form (TRF) (SRW = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerter/ Anzahl der Items der Skala))

Die männlichen Jugendlichen mit Sonderschulhintergrund werden hinsichtlich der Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ signifikant auffälliger eingeschätzt als die männlichen Nicht-Sonderschüler ( $p=0,004$ ). Bei den Mädchen ist zwischen diesen Gruppen lediglich ein minimaler Unterschied festzustellen (Abbildung 42). Die Skalenwerte der Mädchen sind sowohl in der Gruppe der Sonderschüler ( $p=0,147$ ) als auch bei den Nicht-Sonderschülern ( $p=0,050$ ) signifikant größer als die der Jungen.

Für die Skala „sozialer Rückzug“ zeigt der Vergleich von Sonderschülern und Nicht-Sonderschülern bei den Mädchen einen signifikant größeren Skalenwert ( $p=0,185$ ) für die Gruppe der Nicht-Sonderschüler. Bei den Jungen ergibt sich für die Sonderschüler ein höherer Skalenwert. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Die Skalenwerte für sozialen Rückzug sind bei den Jungen der Gruppe Sonderschüler höher als bei den Mädchen. In der Gruppe Nicht-Sonderschüler ist dieser Geschlechtsunterschied umgekehrt. Hier liegen die Skalenrohwerter der weiblichen Probanden mit  $p=0,079$  signifikant über dem Niveau der Werte der männlichen Probanden.

Auf der Skala „körperliche Beschwerden“ errechnen sich für die weiblichen Sonderschüler signifikant geringere Skalenwerte als für die weiblichen Nicht-Sonderschüler ( $p=0,179$ ). Bei den Jungen zeigt sich diesbezüglich ein umgekehrtes Bild, wobei kein signifikanter Unterschied besteht. Die Skalenwerte der Mädchen sind

in beiden Gruppen über denen der Jungen. Innerhalb der Gruppe der Nicht-Sonderschüler ist dieser Unterschied mit  $p=0,092$  signifikant.

Symptome der Skala „schizoid/ zwanghaft“ werden für die Mädchen der Gruppe Nicht-Sonderschüler signifikant häufiger angegeben als für Mädchen der Gruppe Sonderschüler ( $p=0,114$ ). Bei den Jungen zeigt sich, dass bei den Sonderschülern signifikant höhere Skalenwerte angegeben werden als bei den Nicht-Sonderschülern ( $p=0,150$ ). Im Hinblick auf einen Vergleich in den jeweiligen Gruppen zeigt sich, dass die männlichen Sonderschüler signifikant häufiger schizoid/ zwanghaft beschrieben werden als die Mädchen ( $p=0,128$ ). Bei den Nicht-Sonderschülern ist der Skalenwert der Mädchen mit  $p=0,134$  signifikant höher als bei den Jungen.

Auf der Skala „ängstlich/ depressiv“ errechnet sich für die weiblichen Nicht-Sonderschüler ein signifikant höherer Skalenwert als bei den weiblichen Sonderschülern ( $p=0,138$ ). Die Jungen der Gruppe Sonderschüler zeigen im Gegensatz dazu höhere Skalenwerte als die Jungen aus der Gruppe Nicht-Sonderschüler. In der Gruppe der Sonderschüler werden die Jungen in geringem Maße ängstlich und depressiv beschrieben. Innerhalb der Gruppe Nicht-Sonderschüler sind die Skalenrohwerte der Mädchen signifikant höher als die der Jungen ( $p=0,074$ ).

#### **6.4.2.5 Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)**

Bei den Mädchen sind hinsichtlich der Bewertung des positiven und auch des problematischen Sozialverhaltens keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der Gruppen Sonderschule und Nicht-Sonderschule festzuhalten.

Bei den Jungen werden die Nicht-Sonderschüler mit  $p=0,035$  signifikant häufiger sozial unsicher eingeschätzt. Die Skalenrohwerte von Jungen und Mädchen liegen in der Gruppe Nicht-Sonderschüler auf annähernd gleichem Niveau. In der Gruppe Sonderschüler errechnen sich für die Jungen signifikant niedrigere Skalenwerte als für die Mädchen ( $p=0,128$ ) (Abbildung 43).

Im Hinblick auf die Bewertung hyperaktiven Verhaltens zeigen sich höhere Skalenrohwerte bei den Jungen der Gruppe Sonderschüler als in der Gruppe Nicht-Sonderschüler. Dieser Unterschied ist mit  $p=0,085$  signifikant. Die Skalenwerte der Mädchen sind auf dieser Skala für beide Gruppen annähernd gleich. Während die Skalenwerte der Jungen der Gruppe Nicht-Sonderschüler fast denen der Mädchen dieser Gruppe entsprechen, errechnet sich innerhalb der Sonderschüler ein mit  $p=0,135$  signifikant höherer Wert für die Jungen (Abbildung 43).

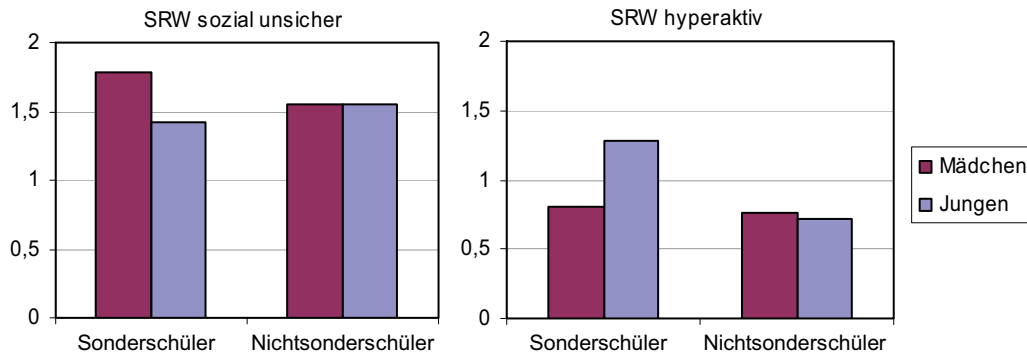


Abbildung 43: Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) (SRW = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Selbstverletzende Verhaltenstendenzen werden mit  $p=0,092$  signifikant häufiger bei Jungen der Gruppe der Sonderschüler als bei den Jungen der Gruppe Nicht-Sonderschüler angegeben. Die in Abbildung 44 dargestellten Geschlechtsunterschiede in den jeweiligen Gruppen sind mit  $p=0,112$  lediglich für die Gruppe Nicht-Sonderschüler signifikant (Abbildung 44).

Auf der Skala „zwanghaft“ werden die männlichen Nicht-Sonderschüler mit signifikant niedrigeren Skalenwerten beschrieben als die männlichen Sonderschüler ( $p=0,031$ ). Die Skalenwerte der Mädchen zeigen bezüglich des schulischen Hintergrunds keine relevanten Unterschiede und entsprechen etwa den Skalenwerten der männlichen Sonderschüler. Für die Gruppe Nicht-Sonderschüler errechnet sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied, da die Skalenwerte der Jungen wesentlich niedriger als die der Mädchen ausfallen ( $p=0,034$ ) (Abbildung 44).

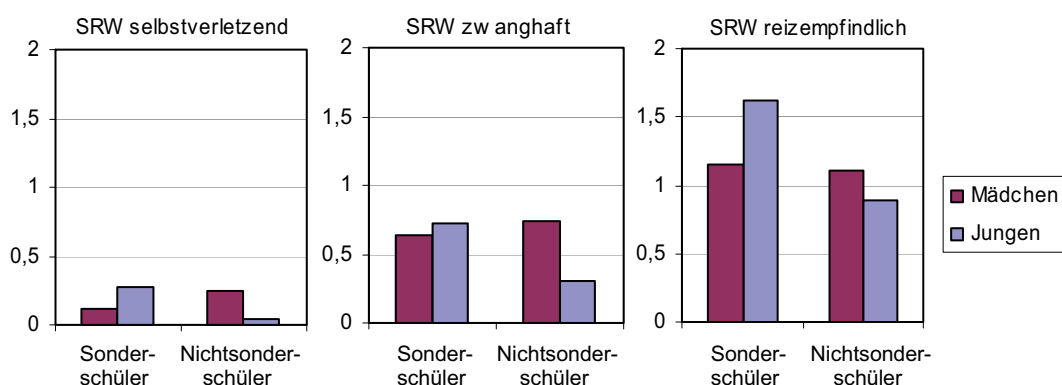


Abbildung 44: Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) (SRW = Standardisierter Rohwert (arithmetisches Mittel der Skalenrohwerte/ Anzahl der Items der Skala))

Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen den Jugendlichen der Gruppe Sonderschüler und der Gruppe Nicht-Sonderschüler besteht auf der Skala

„reizempfindlich“. Während die Mädchen beider Gruppen etwa konstante Skalenwerte aufweisen, weist der Skalenrohwert der männlichen Nicht-Sonderschüler im Vergleich zu den Skalenrohwerten der männlichen Sonderschüler signifikant niedrigere Scores auf ( $p=0,039$ ). Innerhalb der Gruppe der Sonderschüler zeigt sich im Bereich einer Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 10% und 20% mit  $p=0,196$  ein signifikanter Geschlechtsunterschied (Abbildung 44).

## **6.5 Teil C : Prävalenz psychischer Auffälligkeit zu den jeweiligen Messpunkten**

Wie schon in Kapitel 5.1.2 dargestellt, wurde in dieser Untersuchung mit den Jugendlichen, welche bereits an der im April 2006 durchgeführten Messung teilnahmen und nach einem Zeitraum von acht Monaten noch in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe des Landkreises Bad Doberan lebten, im Dezember 2006 eine zweite Erhebung durchgeführt. In den folgenden Abschnitten wird die psychische Auffälligkeit dieser Jugendlichen zu den jeweiligen Messzeitpunkten gegenübergestellt.

### **6.5.1 Youth-Self-Report (YSR)**

Wie bereits beschrieben, vervollständigten 23 Jugendliche, welche an der 1. Befragung teilnahmen und zum Zeitpunkt der 2. Befragung noch in stationärer Jugendhilfe waren, die ausgehändigten Selbstbeurteilungsbögen.

Für diese 23 Jugendlichen<sup>32</sup> der Heimstichprobe werden anhand der deutschen normierten T-Werte für den Youth-Self-Report (YSR) die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten auf den Syndromskalen 1. und 2. Ordnung für den Zeitpunkt der 1. Befragung im April 2006 und für die 2. Befragung im Dezember 2006 berechnet.

In den folgenden Punkten zum YSR wird auf die einzelnen psychischen Auffälligkeiten hinsichtlich der Veränderungen zwischen 1. und 2. Befragung eingegangen.

#### **6.5.1.1 Internalisierende Verhaltensweisen**

Auf der Skala „Sozialer Rückzug“ (Abbildung 45) beschreiben sich jeweils 80% der Jungen als unauffällig. Als klinisch auffällig sind zum 2. Messzeitpunkt 20% der Jungen einzuschätzen. Zum 1. Messdurchgang beschrieben sich 10% der Jungen auf dieser Skala als klinisch auffällig.

---

<sup>32</sup> Für den Vergleich des 1. und 2. Messdurchgangs konnten Daten von 10 Jungen und 13 Mädchen für die Berechnung der psychischen Auffälligkeit einbezogen werden.

Für beide Messdurchgänge erreicht fast ein Viertel der Mädchen klinisch auffällige Werte in diesem Bereich. Als unauffällig beurteilen sich zur 1. Messung 69,2% und zur 2. Messung 76,9% der Mädchen (Abbildung 46).

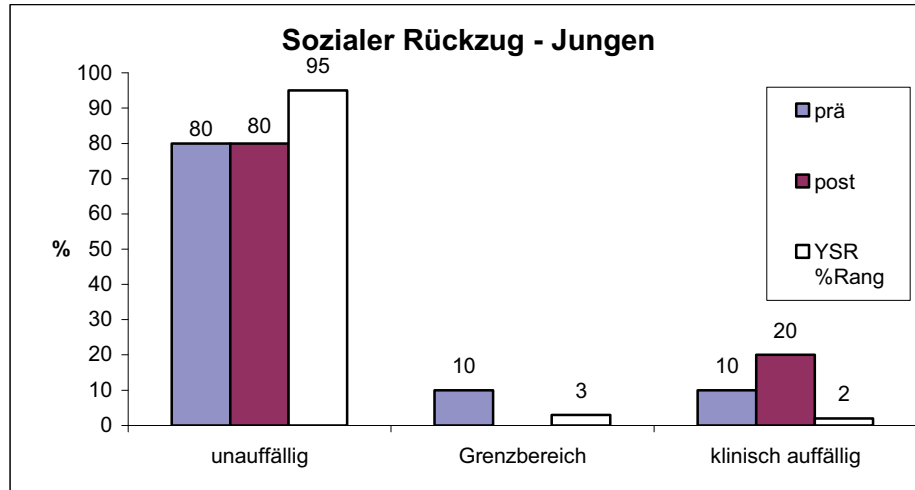


Abbildung 45: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

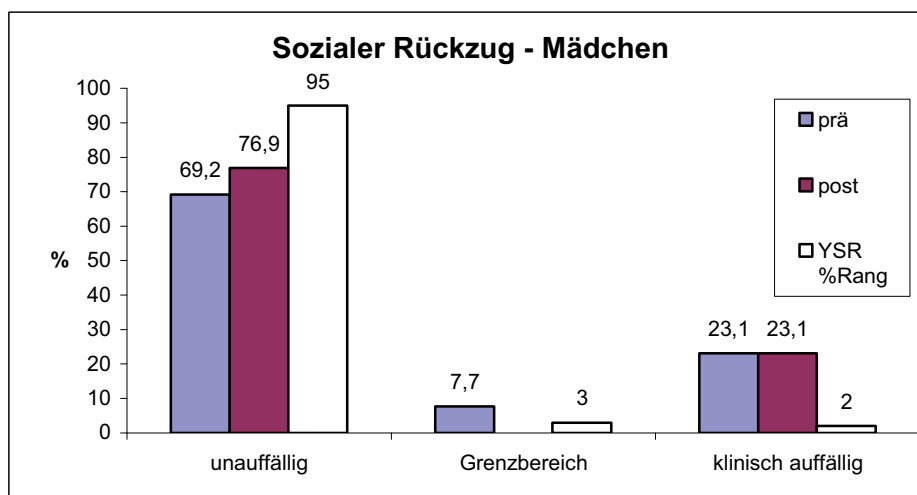


Abbildung 46: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

Auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ beschreiben sich zur 1. Messung alle Jungen als unauffällig, bei der 2. Messung 90%. 10% der Jungen sind zum 2. Erhebungszeitpunkt als fragwürdig auffällig einzuschätzen (Abbildung 47).

Körperliche Beschwerden ohne erkennbare physiologische Ursache beschreiben nahezu ausschließlich die Mädchen. Zu beiden Messungen beschreiben sich 69,2% der Mädchen auf dieser Skala als unauffällig. Während sich zur 1. Messung noch 23,1% der Mädchen als klinisch auffällig bewerteten, sind es im 2. Messdurchgang 15,4%. Als grenzwertig auffällig beschreiben sich mit 15,4% doppelt so viele Mädchen wie zum 1. Messzeitpunkt (Abbildung 48).

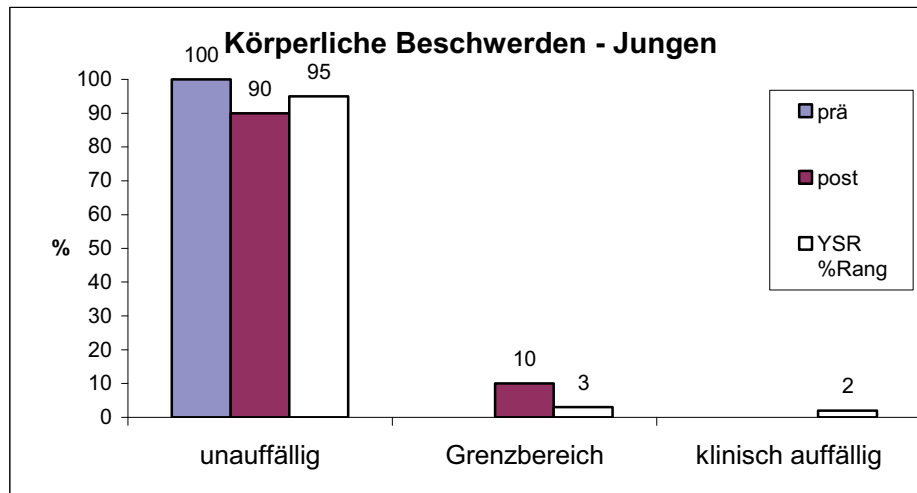


Abbildung 47: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

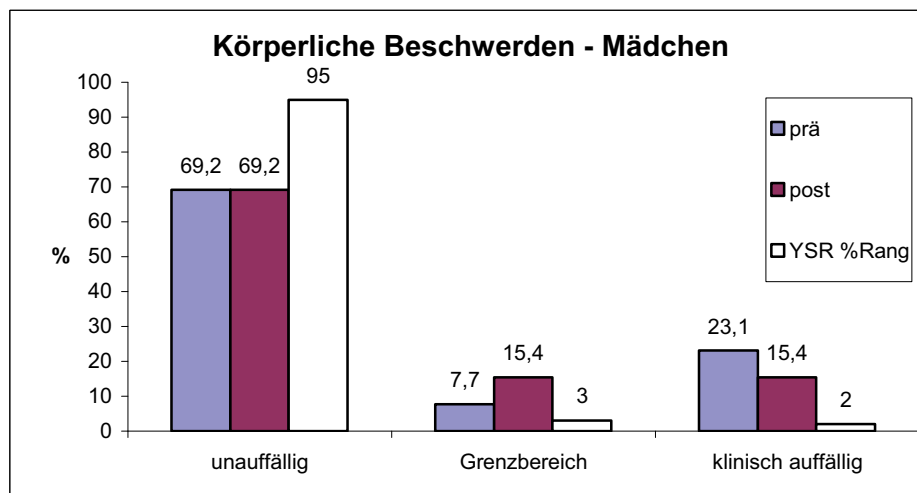


Abbildung 48: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

Auf der Skala „ängstlich / depressiv“ beschreiben sich im 1. Messdurchgang 10% der Jungen als fragwürdig auffällig. Bei der 2. Erhebung schätzen sich alle Jungen als unauffällig ein (Abbildung 49).

Angst- und Depressionssymptome beschreiben fast ausschließlich die Mädchen. So sind von ihnen ungefähr 70% zum 1. und etwa 77% zum 2. Erhebungszeitpunkt als unauffällig einzuschätzen. Grenzwertig auffällig beschreiben sich in beiden Messungen fast 8% der Mädchen. Als klinisch auffällig beschreiben sich zur 1. Messung 23,1% und zur 2. Messung 15,4% der Mädchen (Abbildung 50).

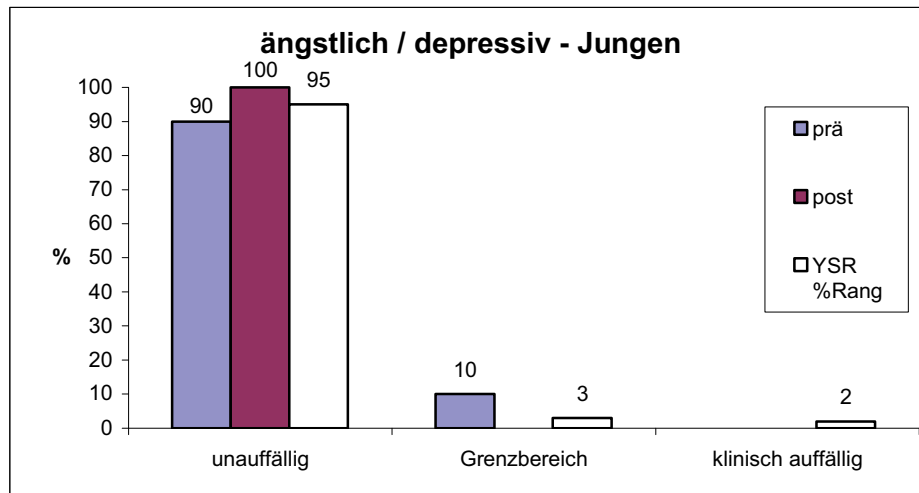


Abbildung 49: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich/ depressiv“

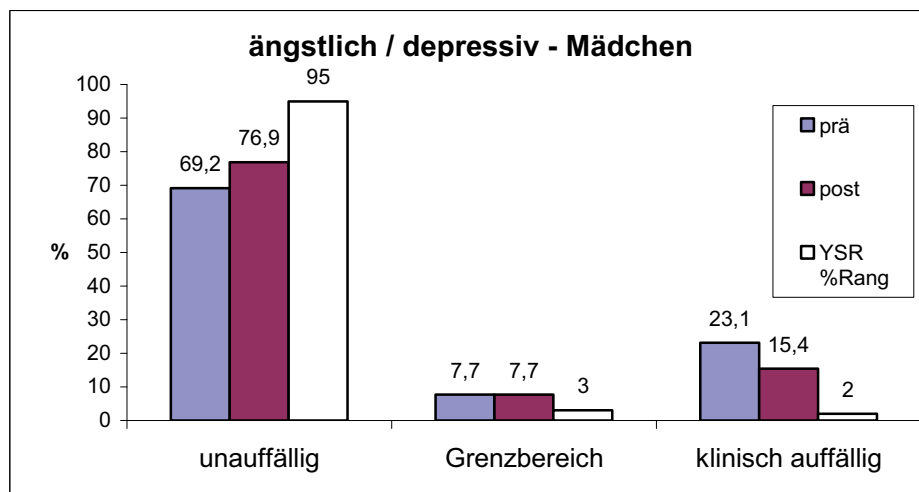


Abbildung 50: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich/ depressiv“

Bezüglich der Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ beschreibt sich etwa die Hälfte der Jugendlichen zu beiden Messungen als unauffällig. Bei den Jungen zeigt sich im Grenzbereich eine Verschiebung von 30% auf 20%, für den klinisch auffälligen Bereich von 20% auf 30% (Abbildung 51, Abbildung 52).

Wie in Abbildung 52 ersichtlich, zeigt sich bei den Mädchen ebenfalls eine Verschiebung der Bewertung vom Grenzbereich in den Bereich der klinischen Auffälligkeit. Während sich zum Zeitpunkt der 1. Erhebung etwa 23% der Mädchen als internal fragwürdig auffällig beschreibt, sind es in der 2. Messung ungefähr 15%. Im Bereich der klinischen Auffälligkeit ist eine Erhöhung von etwa 30% auf fast 40% zu verzeichnen.



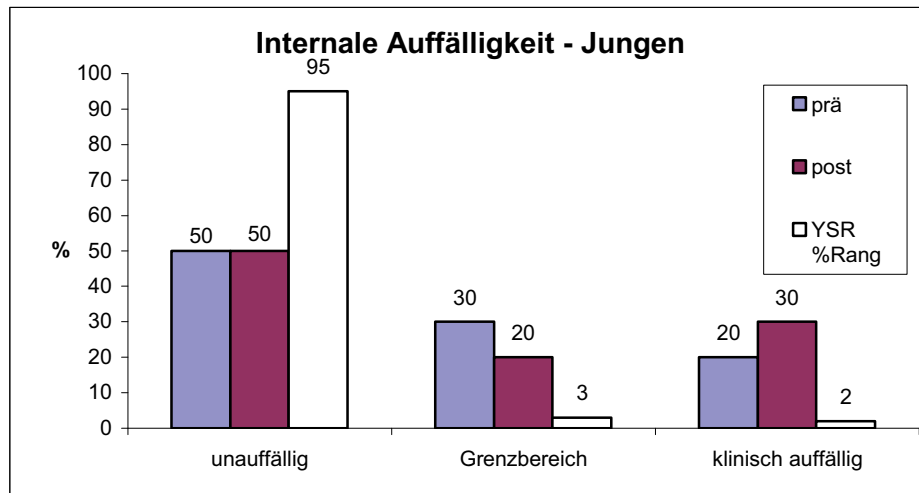


Abbildung 51: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

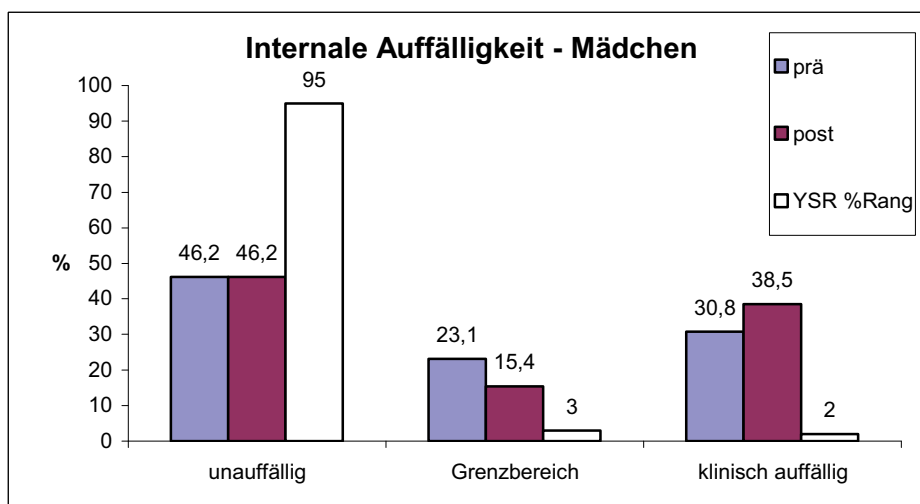


Abbildung 52: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

### 6.5.1.2 Gemischte Störungen

Auf der Skala „Soziale Probleme“ beschreiben sich bei den Befragungen 90% der Jungen als unauffällig. Wie in Abbildung 53 dargestellt, zeigt sich eine Verschiebung der Häufigkeitsverteilung von 10% vom Grenzbereich in den Bereich „klinisch auffällig“. Bei den Mädchen beurteilen sich etwa zwei Drittel in der 1. Messung als unauffällig, bei der 2. Messung über 90%. Während sich zur 1. Messung noch etwa 23% der Mädchen als fragwürdig auffällig und etwa 15% als klinisch auffällig beurteilen, sind lediglich etwa 8% der Mädchen im 2. Messdurchgang als klinisch auffällig einzuschätzen. Als grenzwertig auffällig beschreibt sich bei der 2. Messung kein Mädchen (Abbildung 53, Abbildung 54).

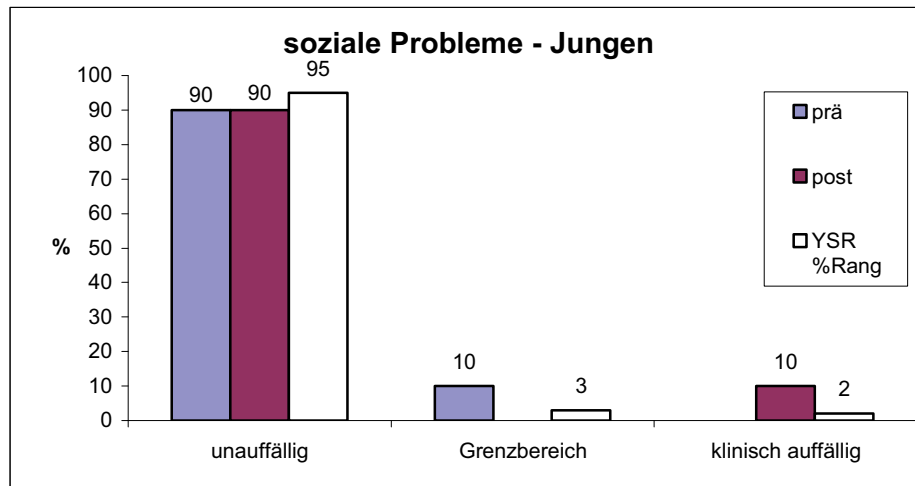


Abbildung 53: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“

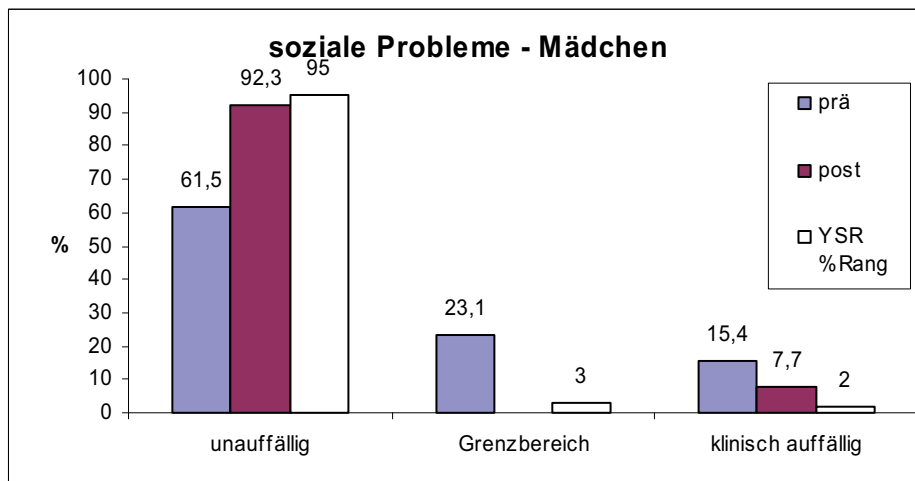


Abbildung 54: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“

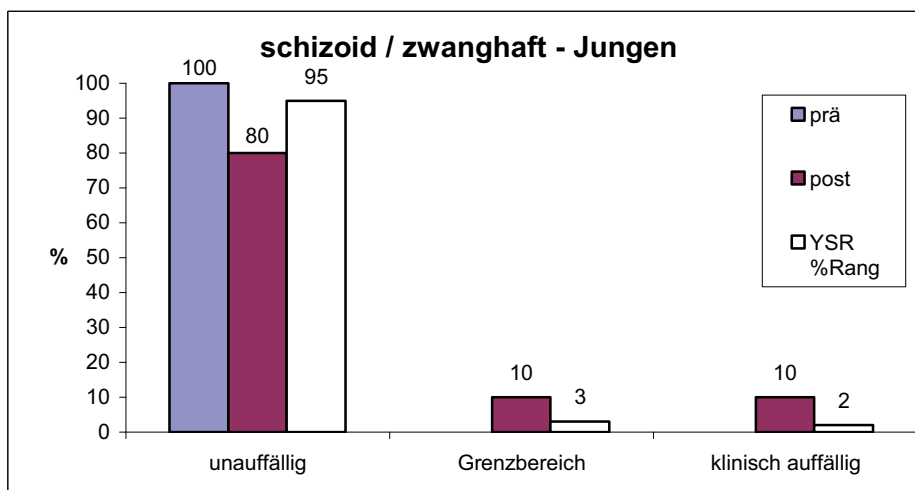


Abbildung 55: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

Auf der Skala „schizoid / zwanghaft“ beurteilen sich jeweils 10% der Jungen zum 2. Messzeitpunkt als grenzwertig beziehungsweise klinisch auffällig, während sich bei der 1. Befragung alle Jungen als unauffällig bewerteten (Abbildung 55).

Von den Mädchen sind bei beiden Befragungen jeweils fast 8% als klinisch auffällig einzuschätzen. Wie in Abbildung 56 ersichtlich, geht der Anteil der fragwürdig auffälligen Mädchen (7,7%) bei der 2. Messung in den Bereich „unauffällig“ ein.

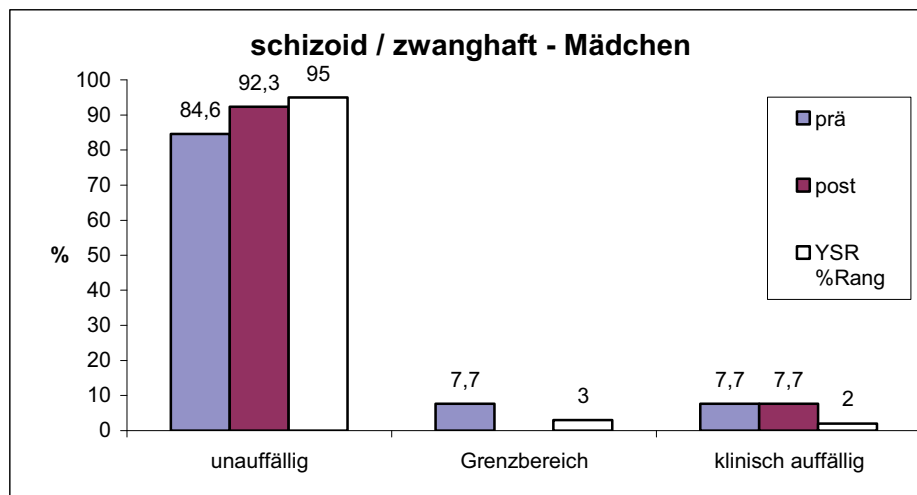


Abbildung 56: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

Aufmerksamkeitsprobleme im Grenzbereich bei der 1. Befragung von 20% und bei der 2. Befragung von 10% der Jungen beschrieben. Als klinisch auffällig ist für den 2. Messdurchgang ein Fünftel der Jungen zu bewerten. Zum Zeitpunkt der 1. Befragung schätzt sich kein Junge als klinisch auffällig ein (Abbildung 57).

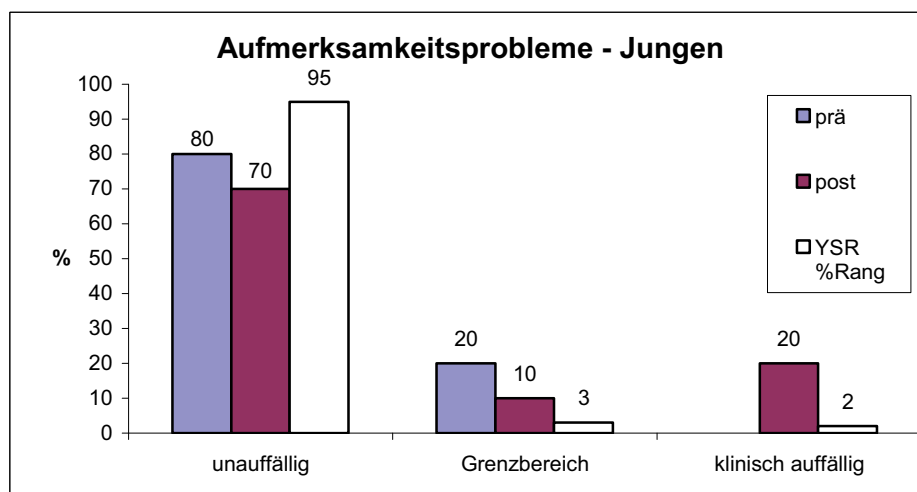


Abbildung 57: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

Bei den Mädchen bewerten sich zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung etwa 15% als klinisch auffällig. Dieser Wert hat sich bezüglich der Erstbefragung halbiert. Der

Grenzbereich hingegen weist mit jeweils etwa 8% keine Veränderung auf (Abbildung 58).

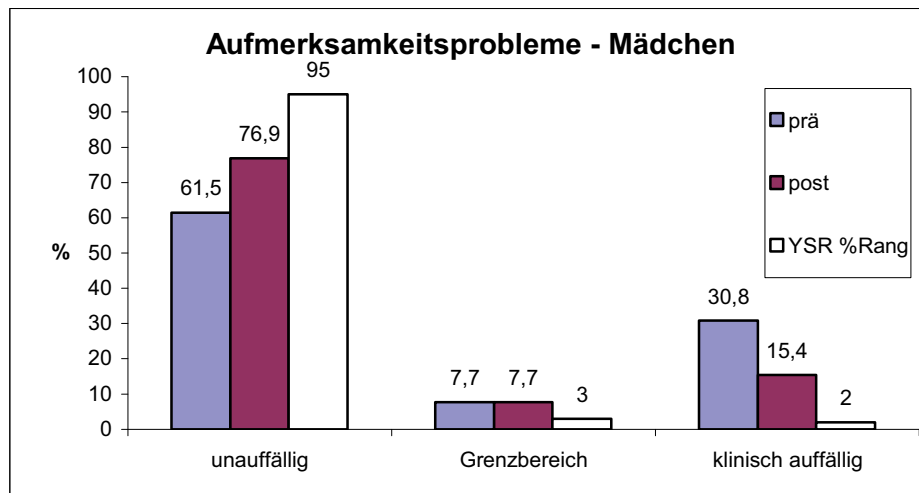


Abbildung 58: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

### 6.5.1.3 Externalisierende Verhaltensweisen

Auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ sind zu beiden Befragungen 60% der Jungen als unauffällig einzuschätzen. Es ergibt sich hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung eine Verschiebung der Einschätzung vom Bereich der klinischen Auffälligkeit in den Grenzbereich. Zum 1. Befragungszeitpunkt beurteilen 40% der Jungen ihr Verhalten als klinisch auffällig, zur 2. Messung ist dieser Anteil nur noch halb so groß und findet sich im Grenzbereich wieder (Abbildung 59).

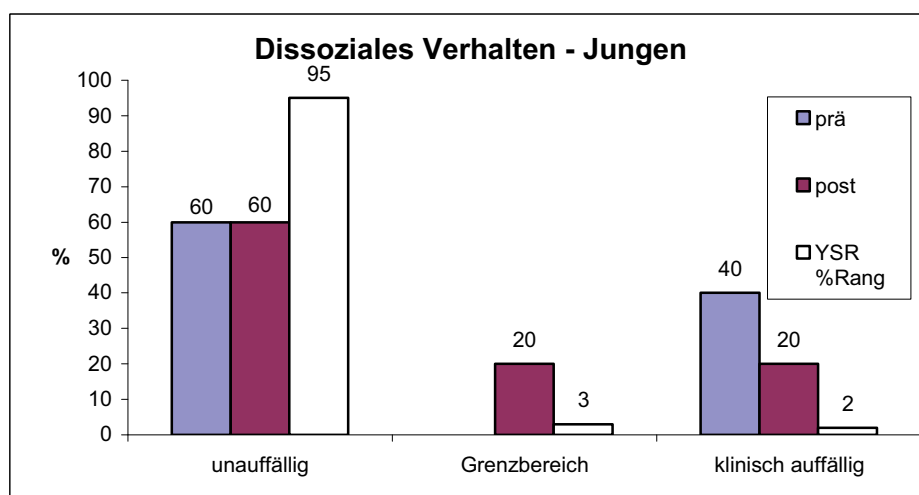


Abbildung 59: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

Zu jeweils etwa 60% beschreiben sich die Mädchen zu beiden Messpunkten als unauffällig. Eine deutliche Zunahme zeigt sich in der Beurteilung für den Bereich der

klinischen Auffälligkeit. Hier ist der prozentuale Anteil mit 23,1% zur 2. Messung dreimal so hoch wie zur 1. Befragung. Für den Grenzbereich verringerte sich der Anteil von etwa 30% auf die Hälfte (Abbildung 60).

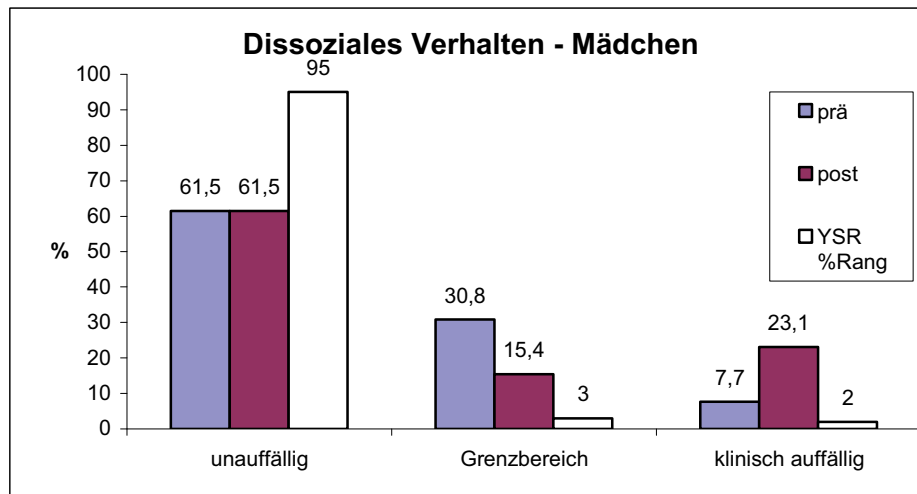


Abbildung 60: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

Aggressives Verhalten wird, wie in Abbildung 61 dargestellt im Grenzbereich von den Jungen mit einem Anteil von 30% bei der 1. Befragung und 10% bei der 2. Befragung beschrieben. Eine Erhöhung der Häufigkeit ergibt sich für den Bereich der klinischen Auffälligkeit von zuvor 0% auf 10% zum Zeitpunkt des 2. Messdurchgangs.

Die Mädchen beschreiben sich zu beiden Messungen zu etwa 85% als unauffällig. Hinsichtlich der klinischen Auffälligkeit ergibt sich eine Zunahme von fast 8%. Im Grenzbereich verringert sich der prozentuale Anteil von etwa 15% auf circa 7% (Abbildung 62).

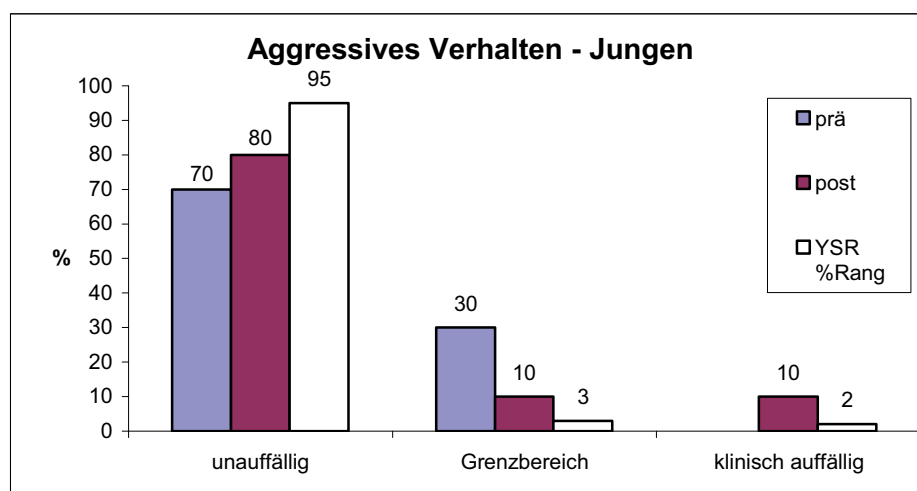


Abbildung 61: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

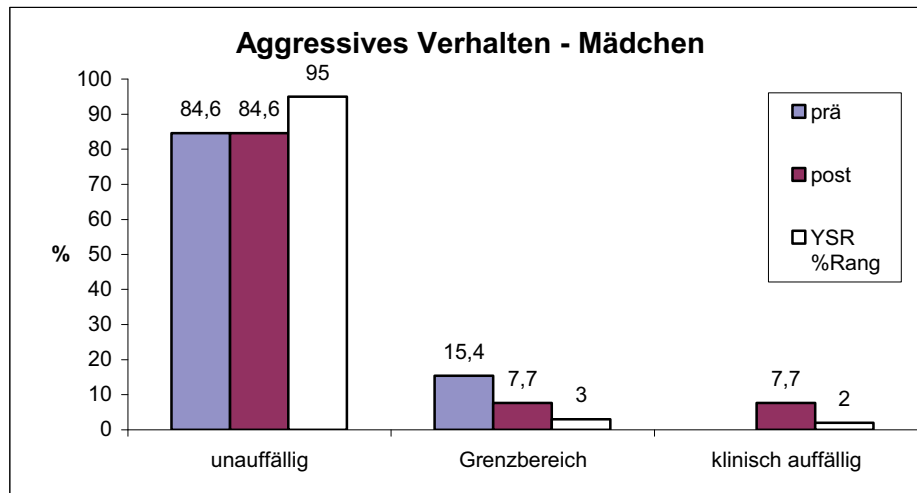


Abbildung 62: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

Bezüglich der Häufigkeitsverteilung auf der Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ ist für die Jungen, wie in Abbildung 63 ersichtlich, keine Wertänderung festzustellen. Zu beiden Messpunkten beschreiben sich die Jungen zur Hälfte als unauffällig, während ein beträchtlicher Anteil von 40% als klinisch auffällig einzuschätzen ist. Als fragwürdig auffällig beurteilen sich jeweils 10% der Jungen.

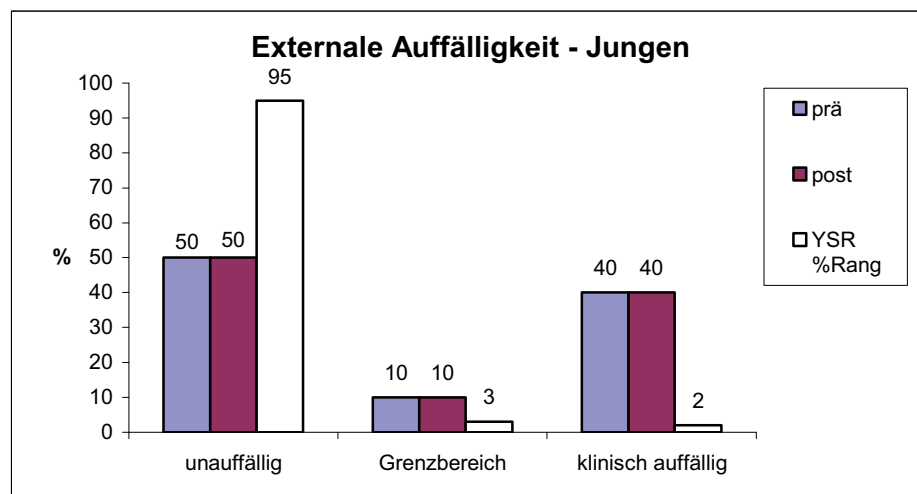


Abbildung 63: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

Bei den Mädchen ergibt der Vergleich der Bewertung des externalen Verhaltens zu den zwei Bewertungspunkten einen größeren Anteil von unauffälligen Mädchen beim 2. Messdurchgang. So ist für den Bereich „unauffällig“ eine Veränderung der Bewertung um etwa 15% von knapp 39% auf fast 54% und dementsprechend eine Verringerung des prozentualen Anteils für den Bereich der klinischen Auffälligkeit von etwa 46% auf ungefähr 30% zu verzeichnen. Als grenzwertig auffällig bewerten sich jeweils 15,4% der Mädchen (Abbildung 64).

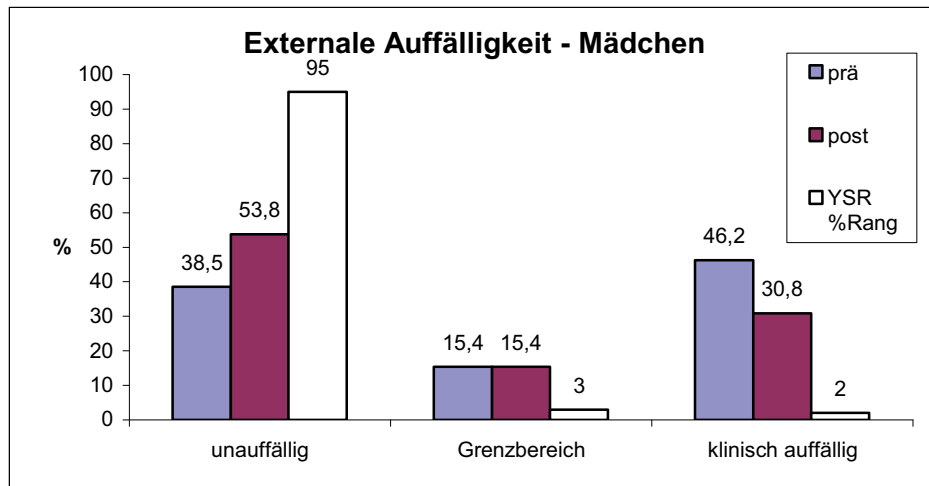


Abbildung 64: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

#### 6.5.1.4 Gesamtprävalenz

In Abbildung 65 ist die Häufigkeitsverteilung der Gesamtauffälligkeit für die Jungen im 1. und 2. Messdurchgang dargestellt. Hier zeigt sich eine Erhöhung des Anteils der Jungen, welche als grenzwertig auffällig einzuschätzen sind, von 0% auf 30% bei der 2. Befragung. Der Anteil von klinisch auffälligen Jungen sinkt von 50% auf 30%.

Für die Mädchen ist eine Zunahme des prozentualen Anteils im Grenzbereich von etwa 15% auf etwa 23% feststellbar, während sich der Anteil im Bereich der klinischen Auffälligkeit von knapp 46% auf etwa 39% vermindert. Zu jeweils fast 40% beurteilen sich die Mädchen bei den Messungen als unauffällig (Abbildung 65, Abbildung 66).

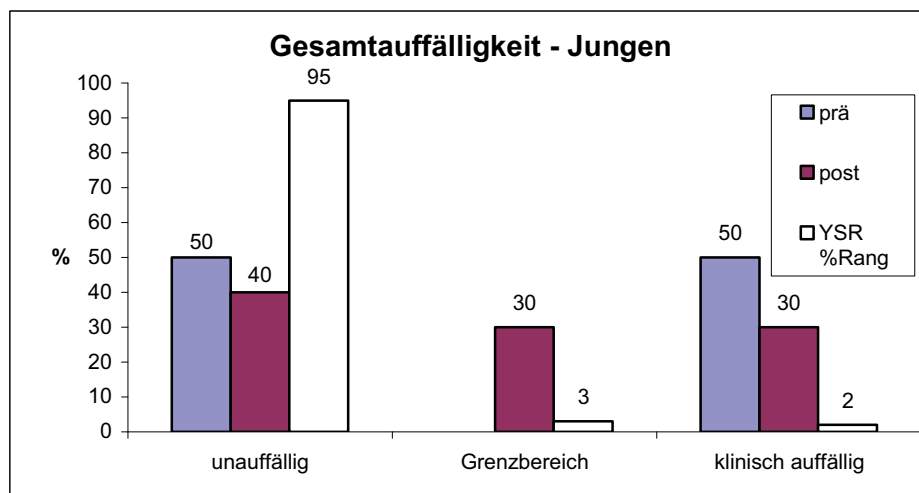


Abbildung 65: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“

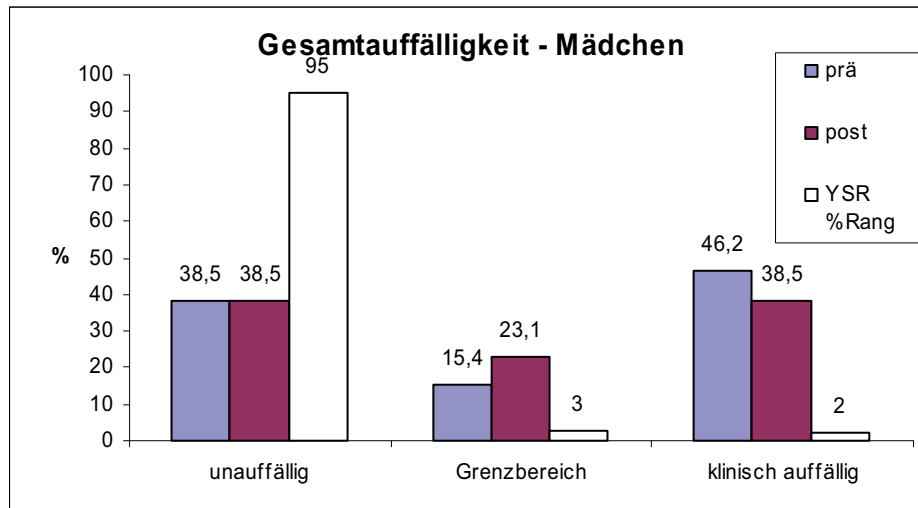


Abbildung 66: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“

## 6.5.2 Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

Für 9 Jungen und 14 Mädchen, welche an beiden Befragungen teilnahmen, wird nach den von Andershed et al., 2002 verwendeten Z-Werteinteilungen die Beschreibung vorgenommen.

Tabelle 21: Z-Werteinteilung nach Andershed et al. (Andershed et al., 2002)

Niedriger Bereich - Charakterzüge der Psychopathy	Normalbereich - Charakterzüge der Psychopathy	Bereich Hoch - Charakterzüge der Psychopathy
$Z < -0,75$	$-0,75 \leq Z \leq 0,75$	$Z > 0,75$

Im folgendem Abschnitt werden die 23 Jugendlichen hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung auf den Dimensionen „Hochtrabend / Manipulativ“, „Abgestumpft / Gleichgültig“ und „Impulsiv / Verantwortungslos“ im Vergleich des 1. und des 2. Messdurchgangs beschrieben.

### 6.5.2.1 Dimension - „Hochtrabend / Manipulativ“

Die Veränderung der prozentualen Häufigkeiten auf der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“ ist in Abbildung 67 dargestellt. Hier zeigt sich, dass der Anteil von Jungen mit einem Verhalten im Bereich „Niedrig“ von etwa 33% auf 22% sinkt. Im Normalbereich sind die Werte gleich (66,7%), während im Bereich für eine hohe Ausprägung von hochtrabendem und manipulativem Verhalten eine Anteilserhöhung von 0% auf etwa 11% errechnet wird.



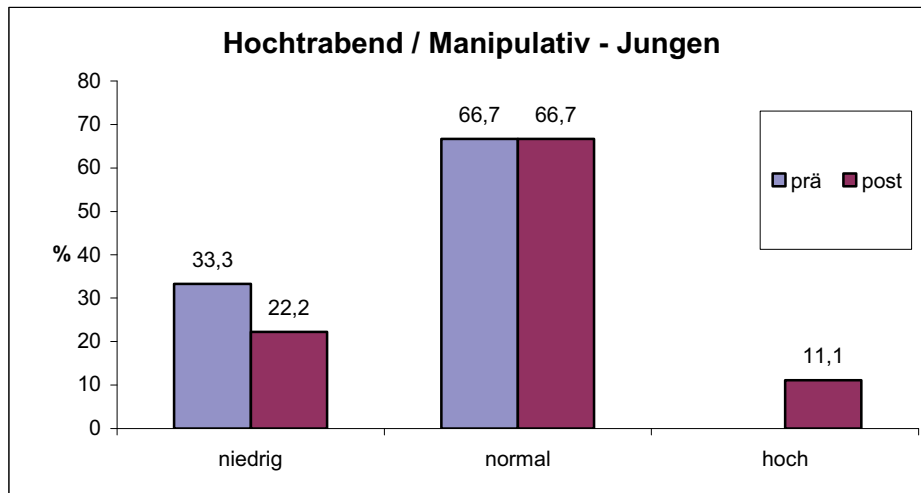


Abbildung 67: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“

Bei den Mädchen ist ebenfalls ein Anstieg des prozentualen Anteils für den Bereich „Hoch“ von 0% auf gut 14% zu verzeichnen (Abbildung 68). In der zweiten Messung zeigt sich, dass die Mädchen ihr Verhalten mit geringeren prozentualen Anteilen als bei Messung eins in den Bereichen „Niedrig“ und „Normal“ einschätzen.

Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen den Befragungen besteht auf dieser Dimension mit  $p=0,096$  ein signifikanter Unterschied.

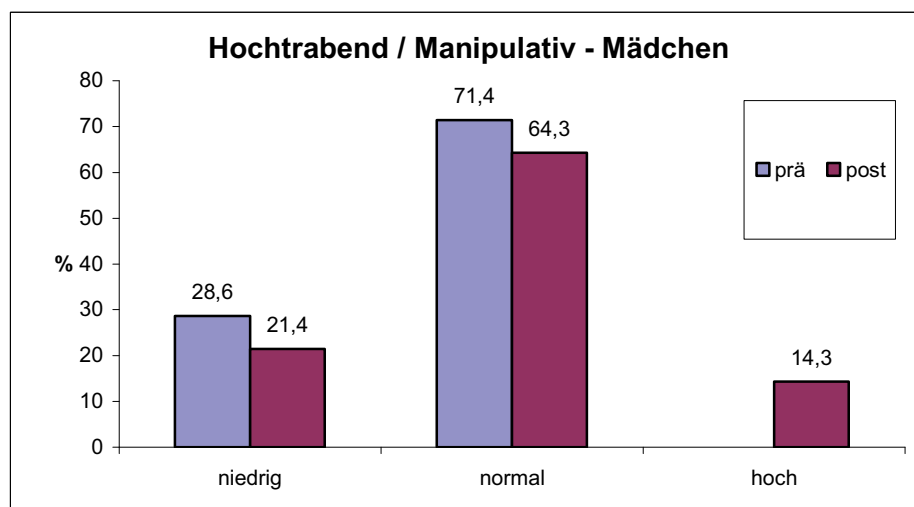


Abbildung 68: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“

### 6.5.2.2 Dimension - „Abgestumpft / Gleichgültig“

Auf der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“ ist, wie in Abbildung 69 dargestellt, ein konstanter Anteil von etwa einem Fünftel der Jungen in den Bereich für ein hohes Vorkommen von psychopathy-typischem Verhalten dieser Ausprägung einzuordnen. Im Bereich „Niedrig“ ist eine Anteilsverringern und im Normalbereich eine entsprechende Erhöhung zu verzeichnen.

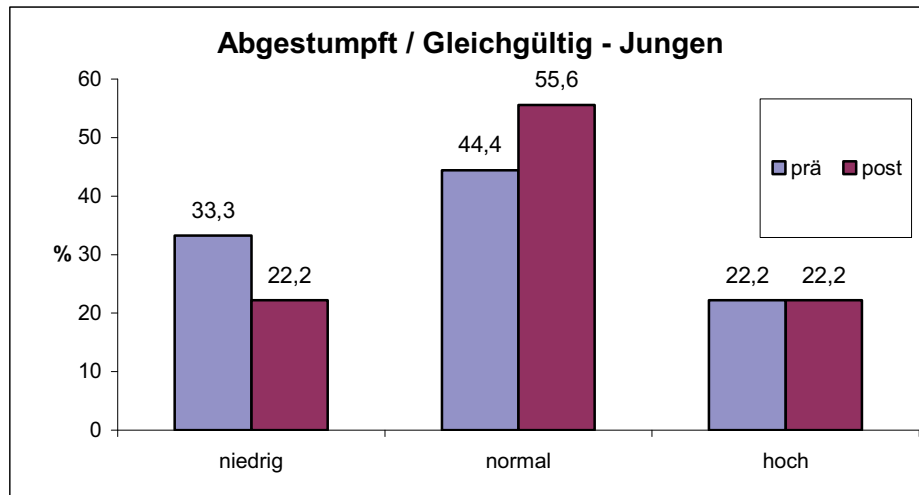


Abbildung 69: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“

Für die weiblichen Jugendlichen ist ebenfalls eine Steigerung des prozentualen Anteils im Bereich „Hoch“ von etwa 14% in der 1. Befragung auf fast 29% in der 2. Befragung zu verzeichnen. Des Weiteren ist in Abbildung 70 eine Veränderung des Anteils von fast 43% auf etwa 57% für den Normalbereich dargestellt. Im Bereich „Niedrig“ sind mit knapp 29% beide Messpunkte gleich.

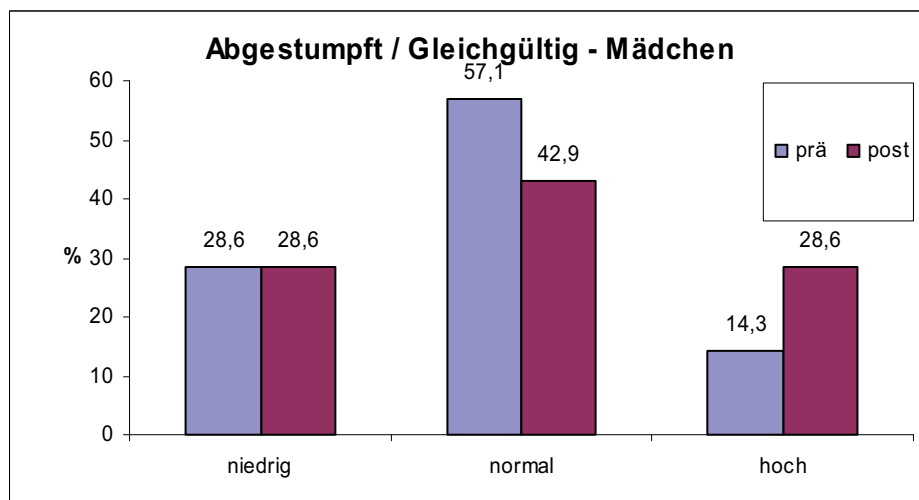


Abbildung 70: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“

### 6.5.2.3 Dimension - „Impulsiv / Verantwortungslos“

Bei den Jungen schätzt sich bei der 2. Befragung auf den Skalen der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“ ein Drittel im Bereich „Hoch“ ein (1. Befragung 22,2%). Im Bereich „Niedrig“ zeigt sich eine Verringerung des prozentualen Anteils von einem Drittel bei der 1. Befragung auf etwa ein Zehntel bei der 2. Befragung. Im Normalbereich stieg der Anteil von etwa 44% auf über die Hälfte (Abbildung 71).

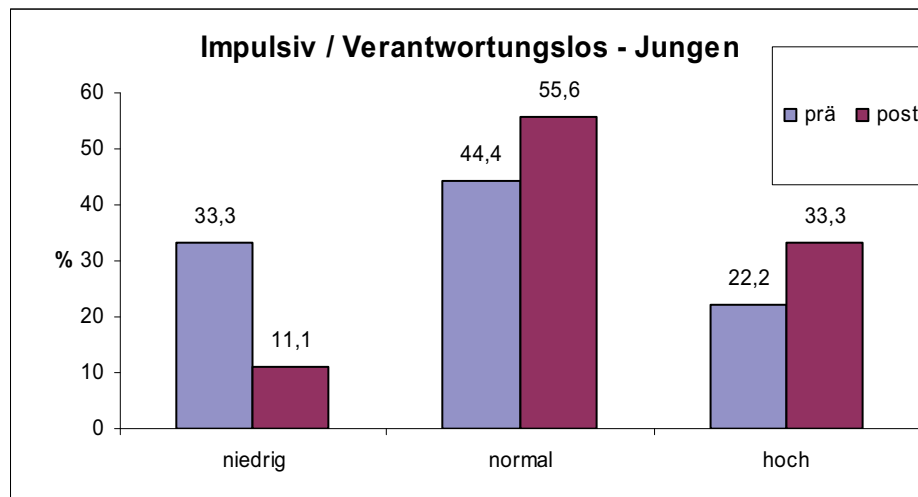


Abbildung 71: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“

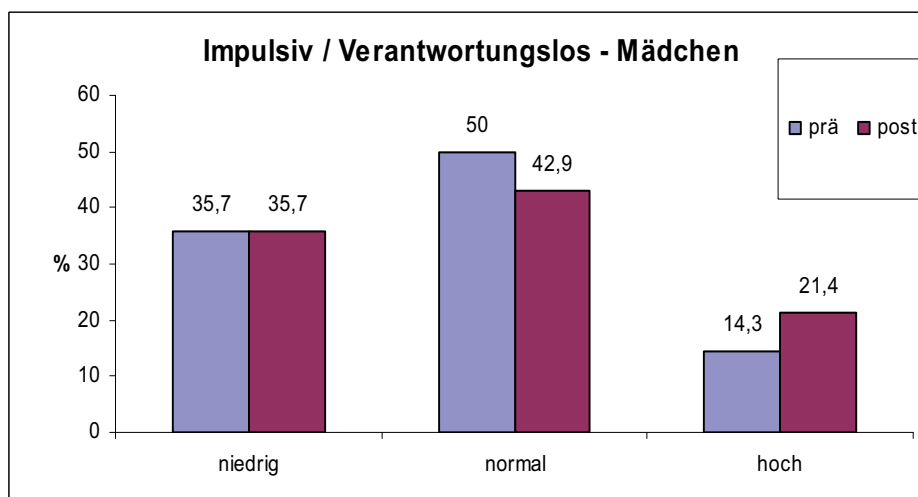


Abbildung 72: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“

Bei den Mädchen steigt der Anteil im Bereich „Hoch“ von 14,3% in der 1. Befragung auf etwa ein Fünftel in der 2. Befragung. Die Scores für den Niedrigbereich liegen bei beiden Befragungen bei einem Anteil von knapp 36%. Im Normalbereich sinkt der Anteil von 50% bei der 1. Messung auf etwa 40% bei der 2. Messung (Abbildung 72).

Im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung zwischen den Messdurchgängen findet sich mit  $p=0,162$  ein signifikanter Unterschied.

### 6.5.3 Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)

Für 23 Jugendliche (10 Jungen und 13 Mädchen), welche an beiden Befragungen teilnahmen, werden die Mittelwerte der Subskalen der BIS-11 Dimensionen „Aufmerksamkeit“, „motorische Impulsivität“ und „Voraussicht“ sowie der Gesamtwert der Dimensionen aufgeschlüsselt nach Mädchen und Jungen bestimmt.

Hinsichtlich der Mittelwerte der Dimensionen findet sich für die Dimension „Voraussicht“ mit  $p=0,019$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Befragungen. Für die übrigen Dimensionen und bezüglich des Gesamtwertes sind die Unterschiede gering und nicht signifikant.

Die Jugendlichen beurteilen sich im 2. Messdurchgang in der Betrachtung der Dimension „Voraussicht“ und des Gesamtwertes geringfügig besser als in der 1. Messung (Abbildung 73, Abbildung 74, Abbildung 75)

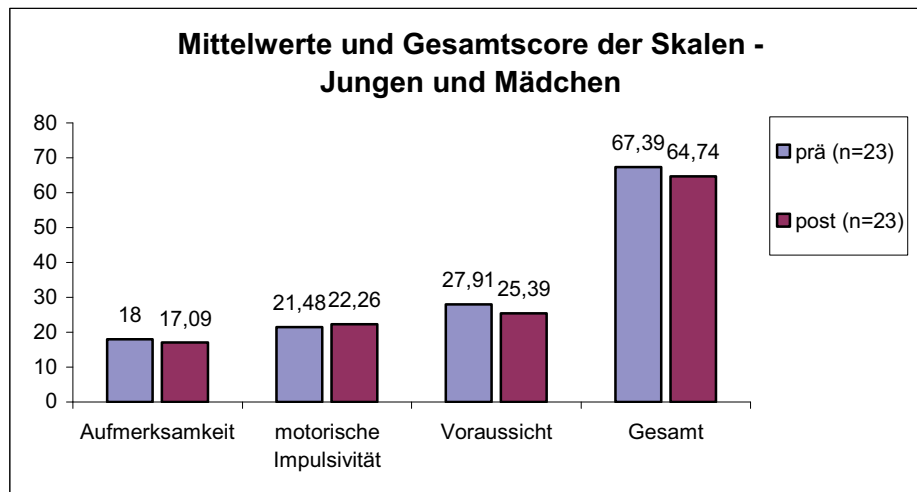


Abbildung 73: Mittelwerte - 1. und 2. Messung der Dimensionen und Gesamtscore

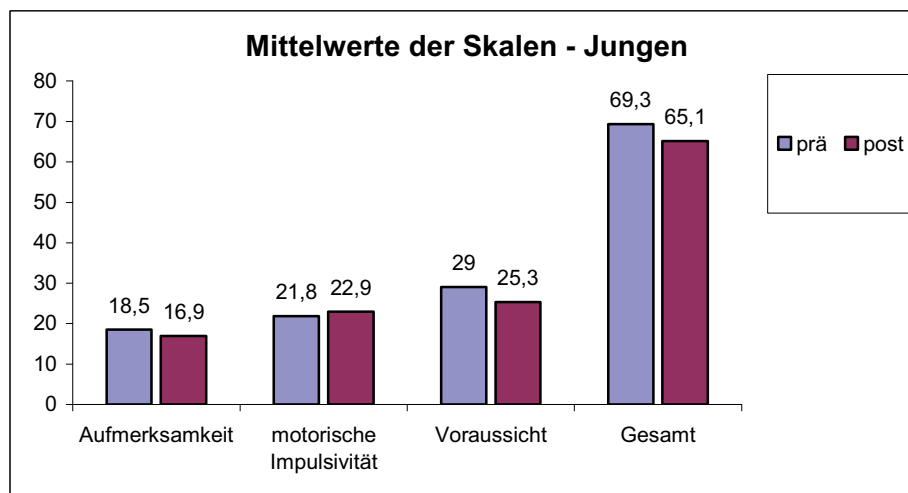


Abbildung 74: Mittelwerte - Jungen 1. und 2. Messung der Dimensionen und Gesamtscore

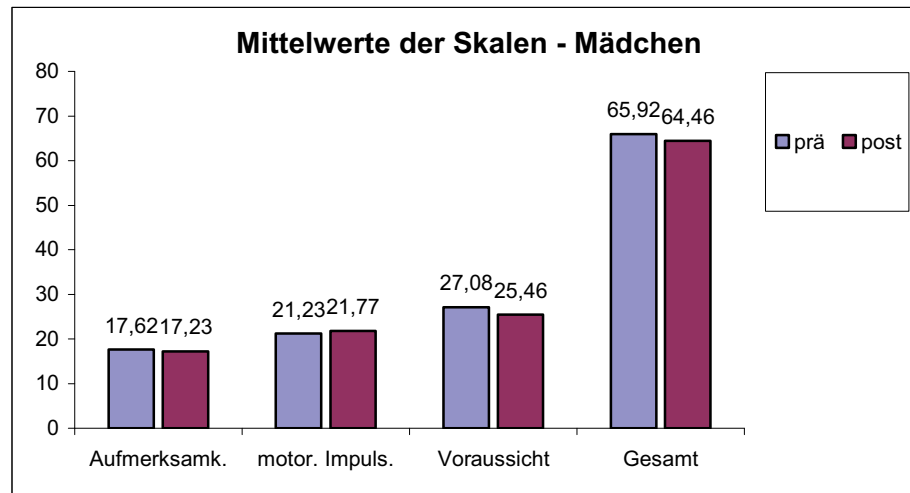


Abbildung 75: Mittelwerte - Mädchen 1. und 2. Messung der Dimensionen und Gesamtscore

## 6.5.4 Teacher's Report-Form (TRF)

Anhand der deutschen normierten T-Werte für die Teacher's Report-Form (TRF) werden für 11 Jungen und 14 Mädchen der Heimstichprobe die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten von psychischen Auffälligkeiten auf den Syndromskalen 1. und 2. Ordnung für die im April 2006 und Dezember 2006 durchgeführten Befragungen berechnet.

Die nachfolgenden Abschnitte beschreiben die spezifischen psychischen Auffälligkeiten hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung bei den Messdurchgängen.

### 6.5.4.1 Internalisierende Verhaltensweisen

Auf der Skala „Sozialer Rückzug“ sind, wie in Abbildung 76 dargestellt, keine Veränderungen feststellbar. In beiden Messungen werden alle Jungen unauffällig beschrieben.

In der zweiten Messung werden die Mädchen mit einem prozentualen Anteil von fast 93% als unauffällig beschrieben, bei der 1. Befragung etwa 79%. Im Grenzbereich sinkt der Wert von circa 14% auf etwa 7%. Im Bereich der klinischen Auffälligkeit wird in der 1. Befragung kein Mädchen auffällig, bei der 2. Befragung werden etwa 7% als klinisch auffällig beschrieben (Abbildung 77).

Bezüglich der Häufigkeitsverteilung besteht mit  $p=0,185$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Befragungen.

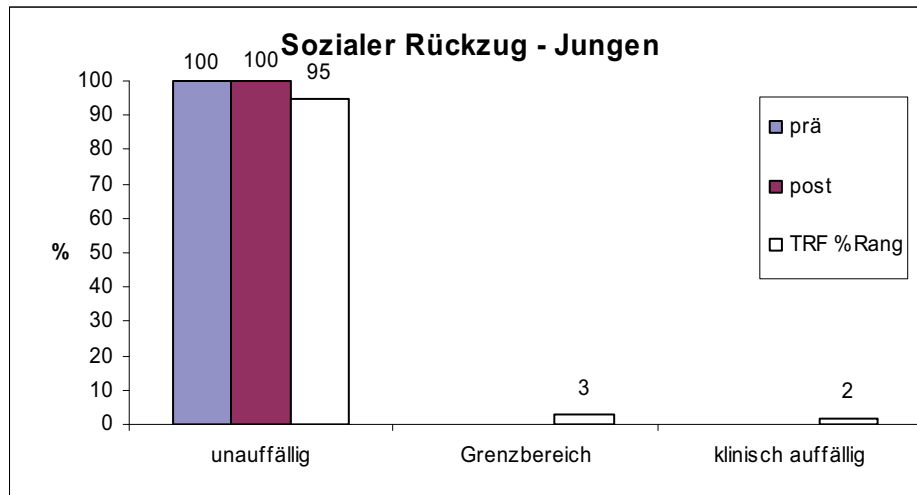


Abbildung 76: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

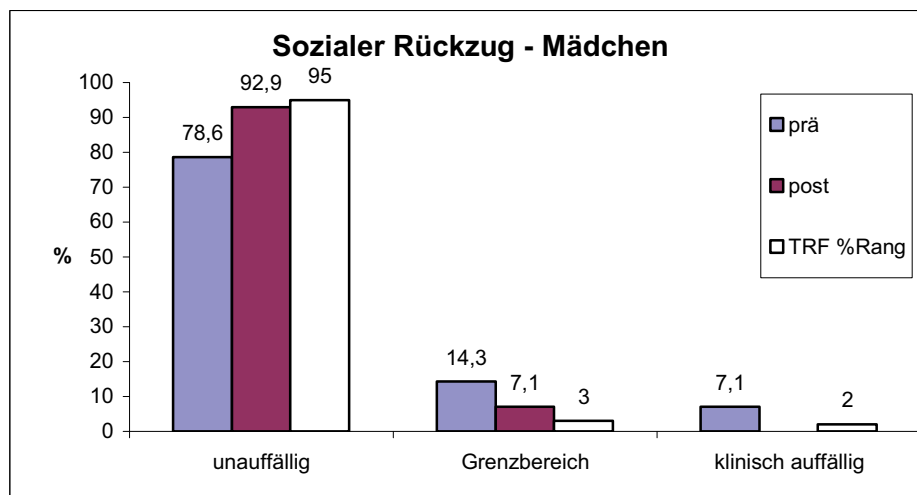


Abbildung 77: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

Auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ werden die Jungen in den Befragungen jeweils mit einem Anteil von etwa 91% als unauffällig beschrieben. In der 1. Befragung werden 9,1% der Jungen als fragwürdig auffällig beschrieben, bei der 2. Befragung in diesem Bereich schätzt sich kein Junge derart ein. Als klinisch auffällig werden bei der 2. Messung 9,1% (zuvor 0%) der Jungen eingeschätzt (Abbildung 78). Wie in Abbildung 79 dargestellt werden die Mädchen bei der 2. Befragung zu einem geringeren Anteil als im 1. Messdurchgang als unauffällig beziehungsweise klinisch auffällig beschrieben. Als fragwürdig auffällig sind mehr als ein Fünftel der Mädchen bei der 2. Befragung einzuschätzen, während es zuvor nur etwa 7% auf dieser Skala waren.

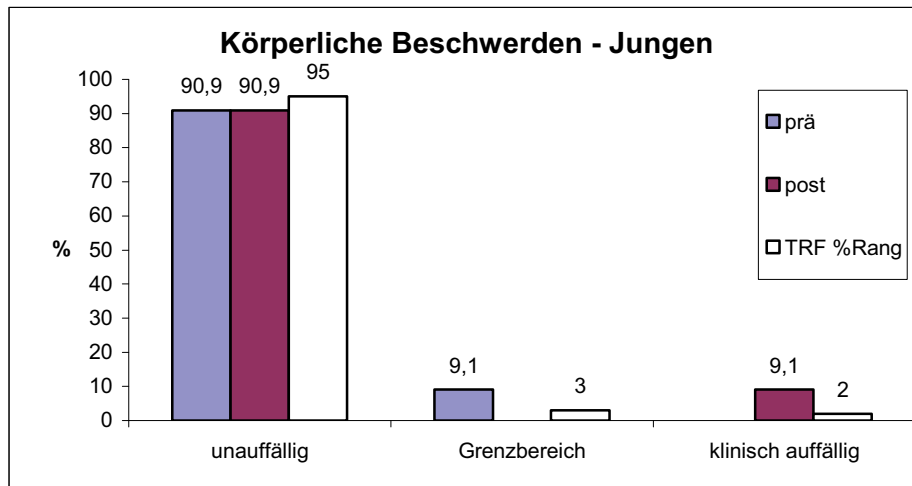


Abbildung 78: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

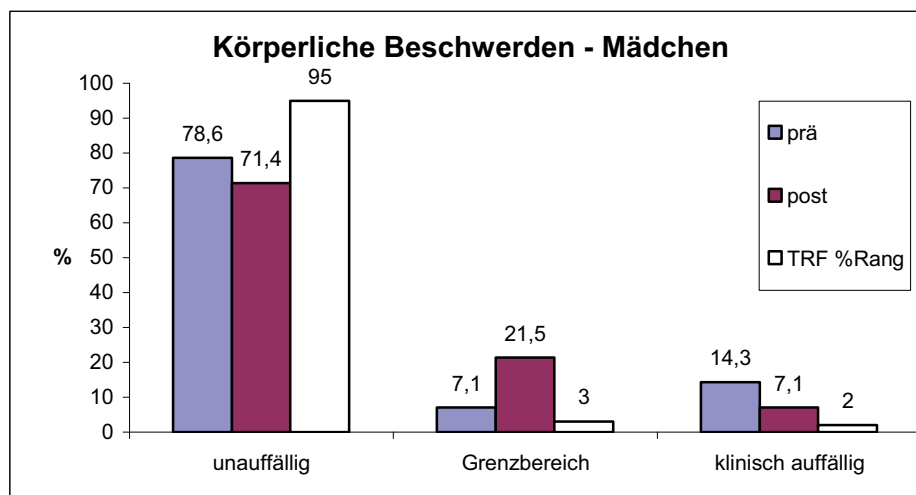


Abbildung 79: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

Als ängstlich und depressiv werden im Bereich der klinischen Auffälligkeit in der ersten Befragung fast ein Fünftel, bei der Zweitbefragung etwa 10% der Jungen beschrieben. Im Grenzbereich zeigt sich eine entsprechende Zunahme des Anteils. Als unauffällig sind in den Befragungen jeweils 72,7% der Jungen einzuschätzen (Abbildung 80).

Bei den Mädchen liegt der Anteil im Bereich „unauffällig“ bei etwa 85% in der 2. Messung (zuvor gut 70%). Als grenzwertig auffällig wird bei der 2. Befragung kein Mädchen (1. Befragung: 7,1%) beschrieben. Auch im Bereich der klinischen Auffälligkeit sinkt der Anteil von gut einem Fünftel bei der Erstbefragung auf etwa 14% bei der 2. Befragung (Abbildung 81).

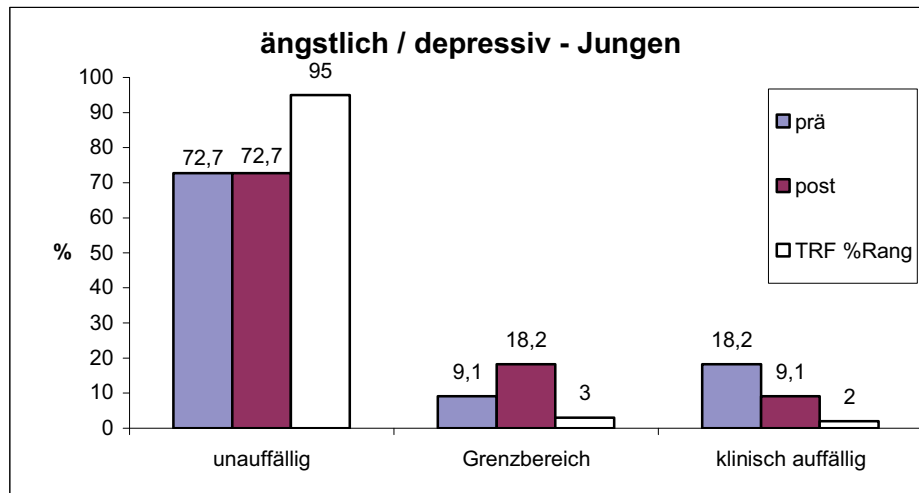


Abbildung 80: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“

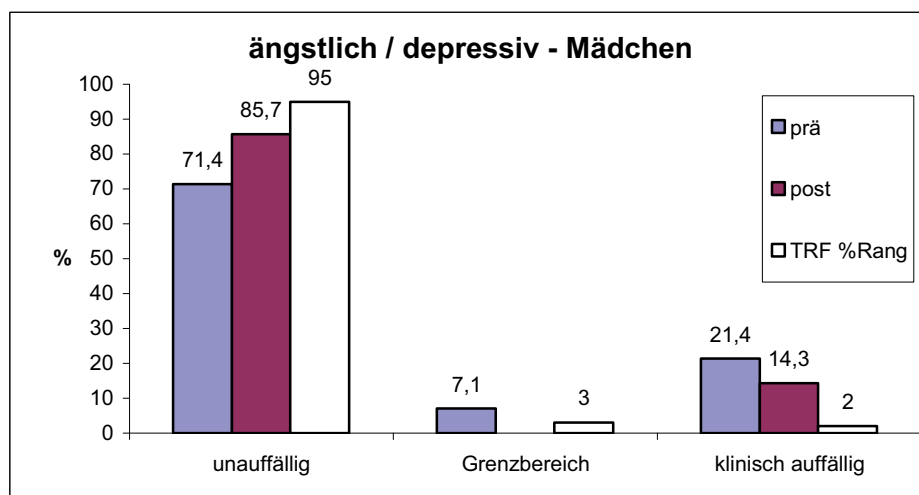


Abbildung 81: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“

Abbildung 82 zeigt für die Jungen auf der Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ im Vergleich beider Befragungen eine Zunahme um den Faktor 2 für den Grenzbereich (von 18,2% auf 36,4%). In den Bereichen „unauffällig“ und „klinisch auffällig“ ergibt sich für den Vergleich der Messungen eine Abnahme des prozentualen Anteils.

Für den Bereich der klinischen Auffälligkeit zeigt sich trotz der Minderung der Häufigkeit im Vergleich zu dem TRF-Prozentrang eine Erhöhung um mehr als das Zehnfache der Normwerte.

Im Vergleich der Messungen ist bei den als unauffällig eingeschätzten Mädchen ebenfalls eine Abnahme festzuhalten (Abbildung 83). Während bei der 1. Befragung kein Mädchen als fragwürdig beschrieben wird, ergibt sich für die Häufigkeitsverteilung beim 2. Messdurchgang ein Anteil von mehr als einem Viertel in diesem Bereich. Von



35,7% auf 28,6% sinkt in diesem Zusammenhang der prozentuale Anteil als klinisch auffällig einzuschätzender Mädchen.

Hinsichtlich des TRF-Prozentranges zeigt sich in der Heimstichprobe in beiden Befragungen ein erhöhter Anteil an grenzwertig und klinisch auffälligen Jugendlichen.

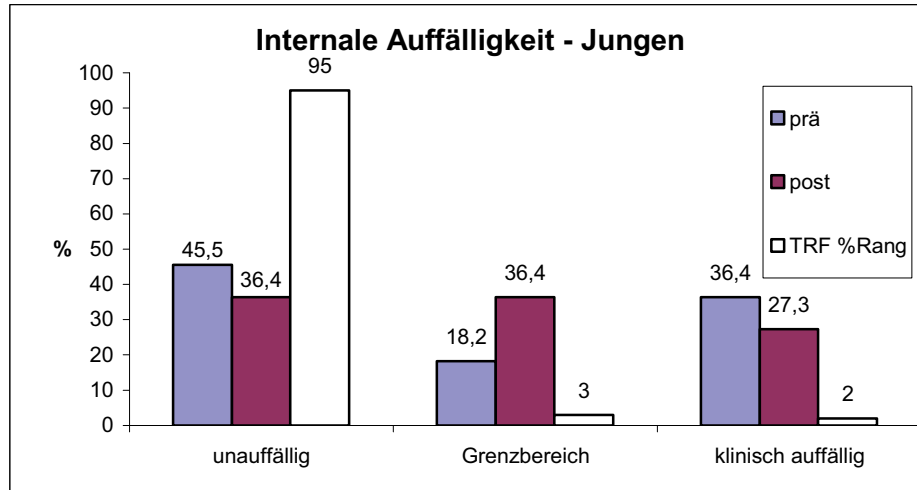


Abbildung 82: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

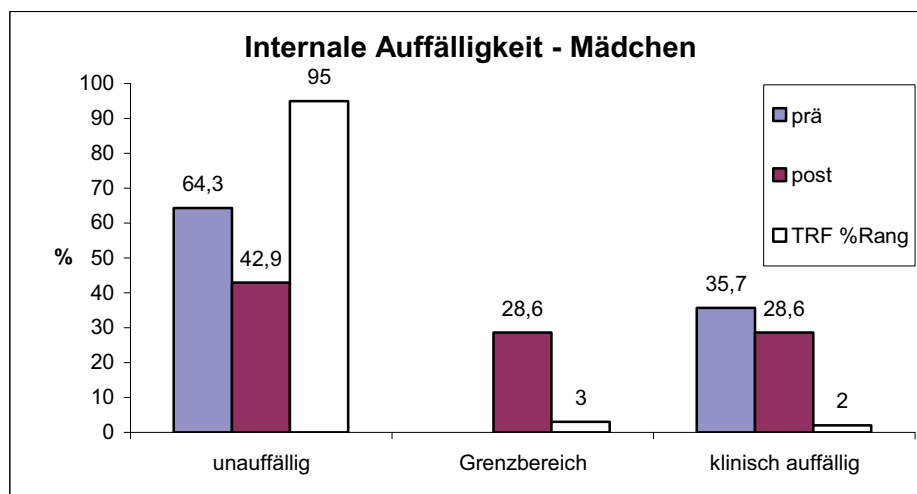


Abbildung 83: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

### 6.5.4.2 Gemischte Störungen

Im Vergleich der Befragungen werden die Jungen im 2. Messdurchgang mit einem größeren prozentualen Anteil als fragwürdig auffällig beschrieben. So ist bei der 2. Messung der Anteil der Jungen von null auf ungefähr 18% angestiegen. Wie in Abbildung 84 dargestellt, werden die Jungen bei der 1. Messung zu 100% als unauffällig eingeschätzt. Bei der 2. Messung beträgt dieser Anteil etwa 82%.

Abbildung 85 zeigt, dass auf der Skala „soziale Probleme“ bei der 2. Messung ein größerer prozentualer Anteil der weiblichen Jugendlichen als unauffällig beschrieben wird (2. Messung 78,6% - 1. Messung 71,4%). Im Grenzbereich sinkt der Anteil der Mädchen gegenüber der Erstbefragung von etwa 29% auf 21,4%.

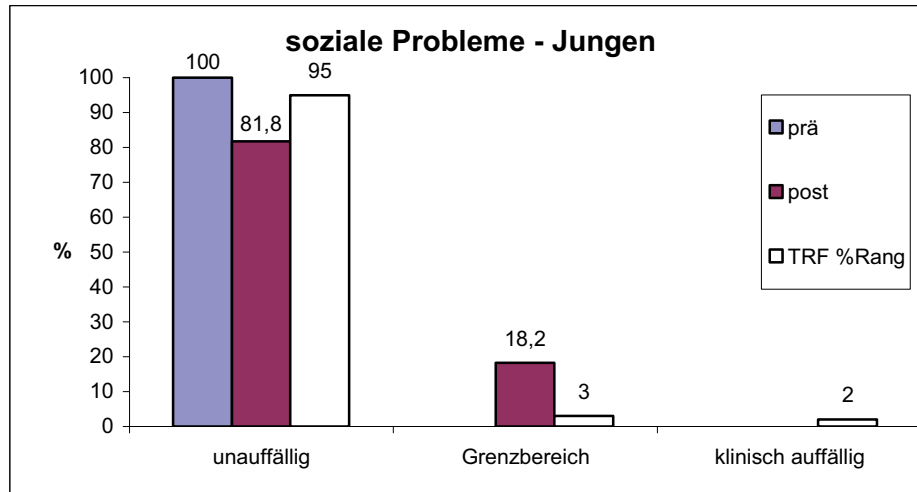


Abbildung 84: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“

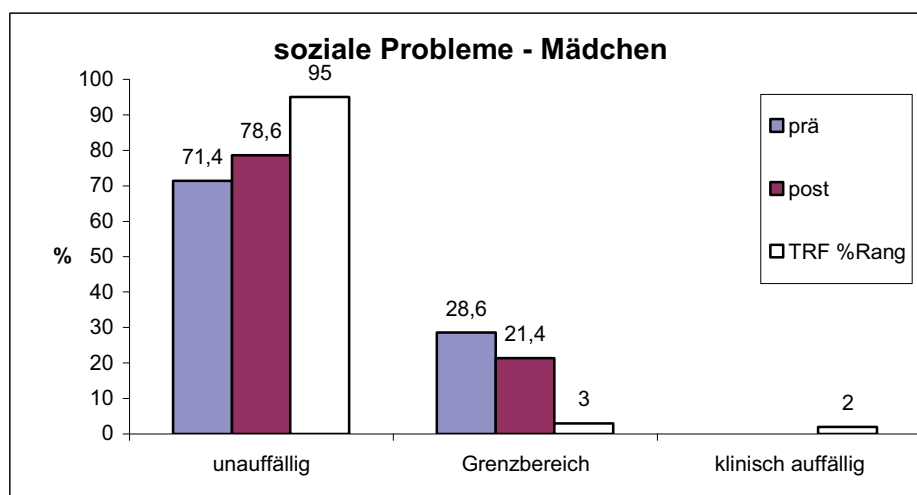


Abbildung 85: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“

Auf der Skala „schizoid / zwanghaft“ sind bei der 1. Messung noch ungefähr 9% der Jungen als grenzwertig auffällig einzuschätzen, während bei der 2. Messung alle Jungen als unauffällig beschrieben werden (Abbildung 86).

Die weiblichen Jugendlichen werden in beiden Befragungen mit einem Anteil von jeweils fast 86% als unauffällig eingeschätzt. Im Grenzbereich beträgt der Anteil 7,1% bei der 1. Messung. Bei der 2. Messung werden etwa doppelt so viele Mädchen als fragwürdig auffällig bewertet. Entsprechend sinkt der Anteil von 7,1% klinisch auffälliger Mädchen auf null (Abbildung 87).

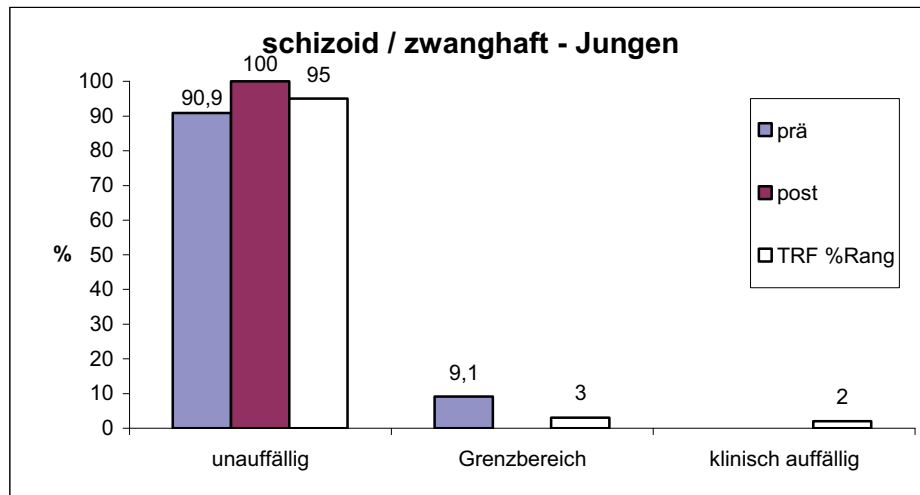


Abbildung 86: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

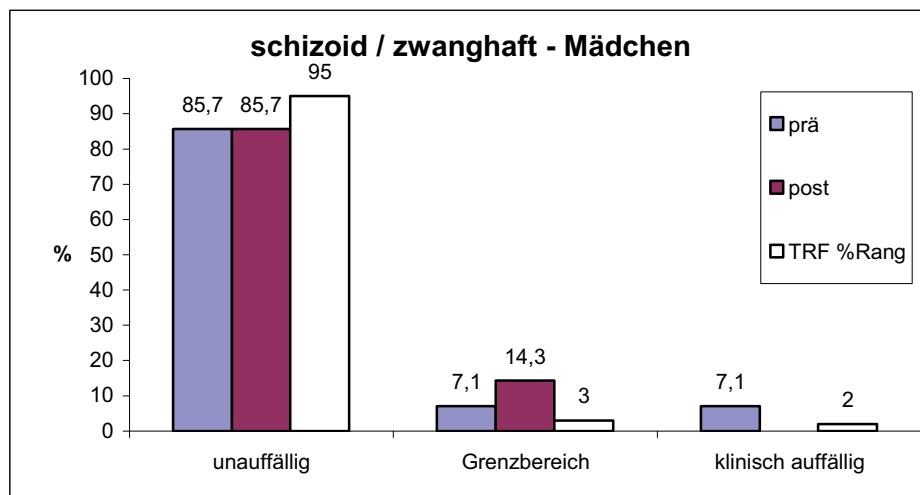


Abbildung 87: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

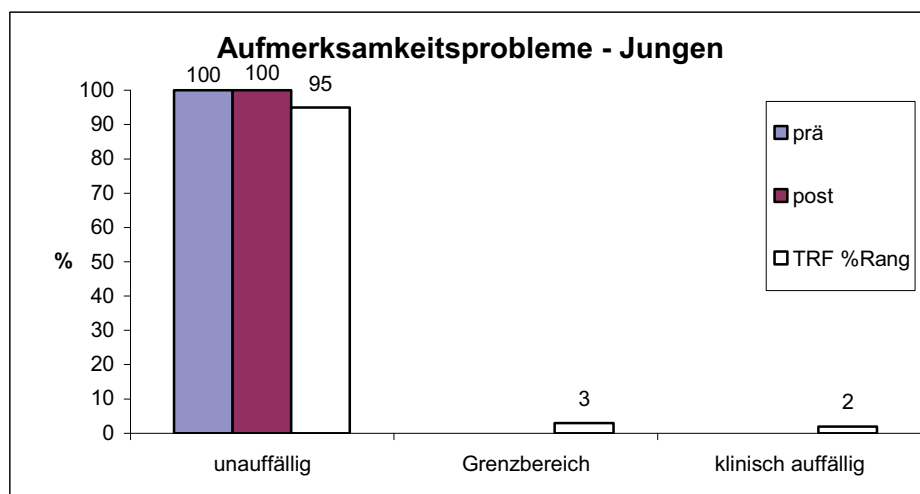


Abbildung 88: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

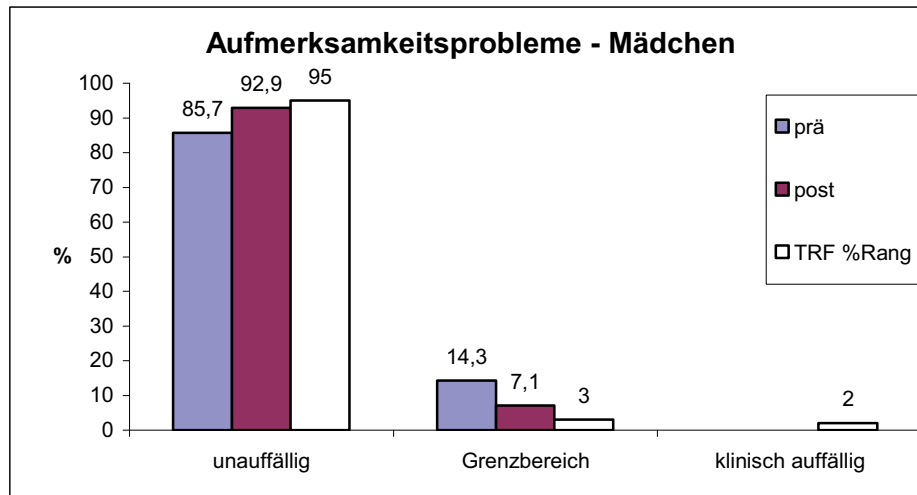


Abbildung 89: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

Wie in Abbildung 88 dargestellt, werden Aufmerksamkeitsprobleme bei den Jungen in beiden Befragungen nicht beschrieben.

Bei den weiblichen Jugendlichen ist auf dieser Skala der überwiegende Anteil ebenfalls als unauffällig einzuschätzen (2. Messung 92,9% - 1. Messung 85,7%). Als grenzwertig auffällig werden in der 1. Messung etwa 14% bei der 2. Messung ungefähr 7% der Mädchen beschrieben (Abbildung 89).

### 6.5.4.3 Externalisierende Verhaltensweisen

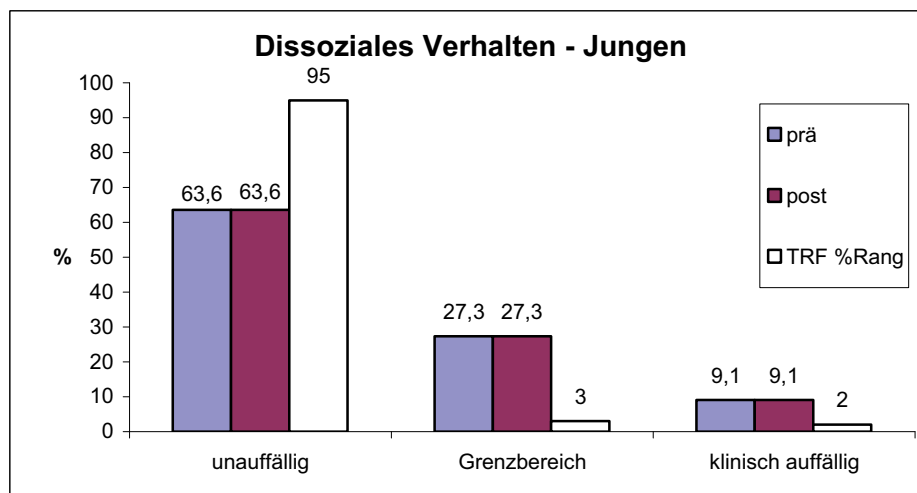


Abbildung 90: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

Auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ werden bei beiden Befragungen jeweils etwa 64% der Jungen als unauffällig beschrieben. Im Grenzbereich sind die Anteile bei beiden Messungen ebenfalls gleich. Sie liegen bei etwa 27%. Klinisch auffällige Anteile

sind bei den Jungen sowohl in der ersten als auch in der zweiten Messung mit etwa 9% zu finden (Abbildung 90).

Abbildung 91 zeigt für die Häufigkeitsverteilung auf dieser Skala, dass bei beiden Messungen die Mädchen mit einem Anteil von 14,3% als klinisch auffällig eingeschätzt werden. Im Grenzbereich zeigt sich eine Minderung des Anteils von 21,4% bei der 1. Messung auf 7,1% bei der 2. Messung. Dementsprechend fällt der Anteil an unauffälligen Mädchen bei der 2. Befragung höher aus.

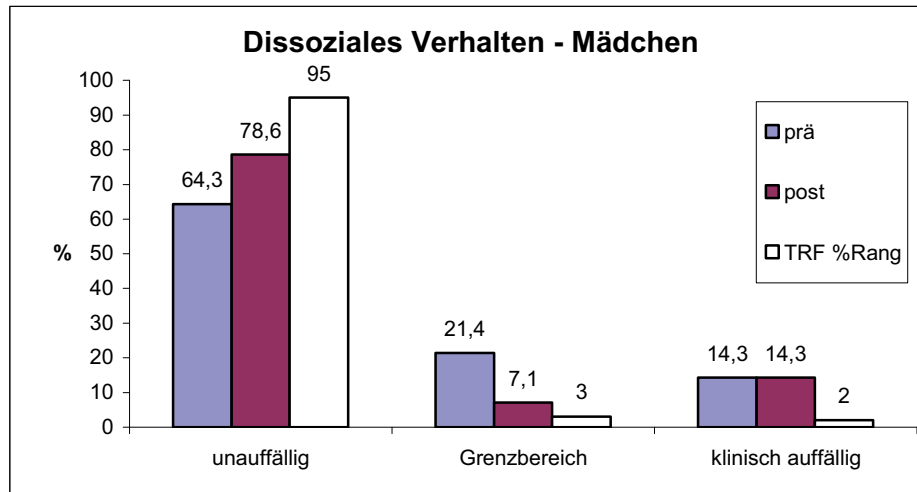


Abbildung 91: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

Auf der Skala „Aggressives Verhalten“ werden die Jungen, wie in Abbildung 92 dargestellt, gleich beschrieben. Der Anteil von Jungen im Bereich unauffällig beträgt in beiden Befragungen etwa 64%, im Grenzbereich jeweils etwa 27% und im klinisch auffälligen Bereich jeweils ungefähr 9%.

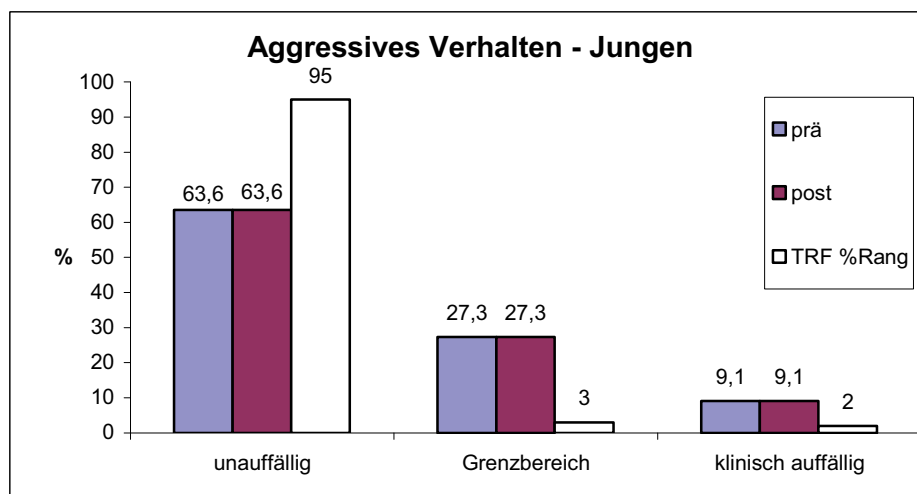


Abbildung 92: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

Die Mädchen werden auf der Skala „Aggressives Verhalten“ in beiden Messungen mit einem Anteil von fast 79% als unauffällig eingeschätzt. Im Grenzbereich sinkt der Anteil gegenüber der Erstbefragung von 14,3% auf etwa 7%. Im Hinblick auf die 1. Befragung (7,1%) werden im 2. Messdurchgang mehr Mädchen (14,3%) klinisch auffällig beschrieben (Abbildung 93).

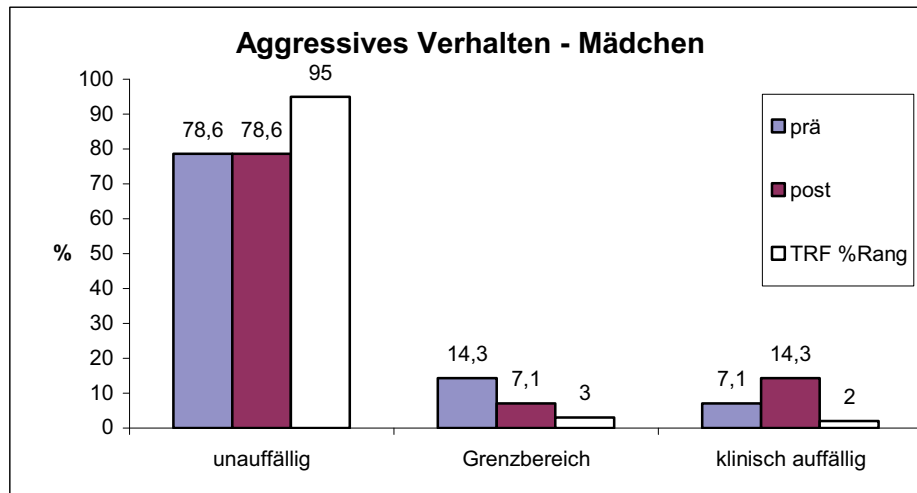


Abbildung 93: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

Bezüglich der Häufigkeitsverteilung auf der Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ zeigt die Abbildung 94, dass in beiden Befragungen Jungen mit einem prozentualen Anteil von jeweils 45,5% als klinisch auffällig eingeschätzt werden. Grenzwertig auffällig sind die Jungen hinsichtlich der Messdurchgänge zu jeweils etwa 18%.

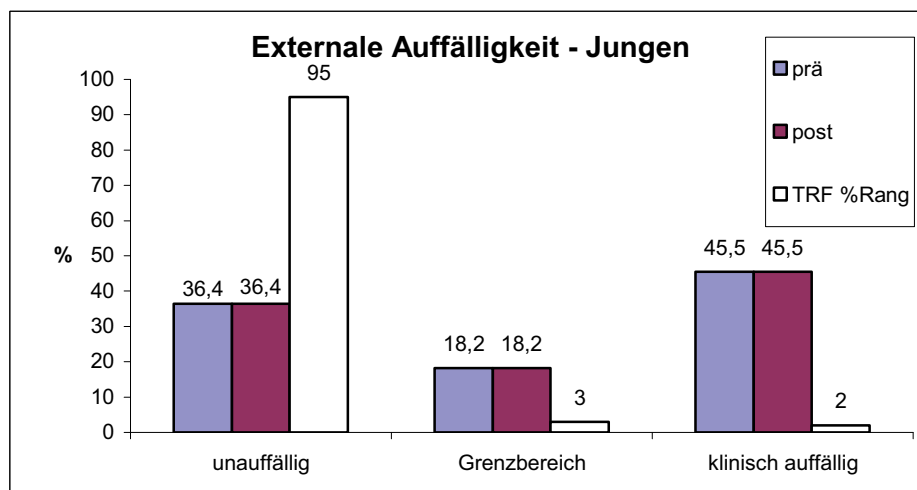


Abbildung 94: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

Abbildung 95 stellt dar, dass der Anteil an klinisch auffälligen Mädchen von 50% auf fast 29% in der 2. Befragung sinkt. Als grenzwertig auffällig sind in der 1. Messung etwa 7%, bei der Zweitmessung fast 36% der Mädchen einzuschätzen.

Hinsichtlich des TRF-Prozentranges sind die Häufigkeiten von external auffälligen Jugendlichen der Heimstichprobe deutlich erhöht.

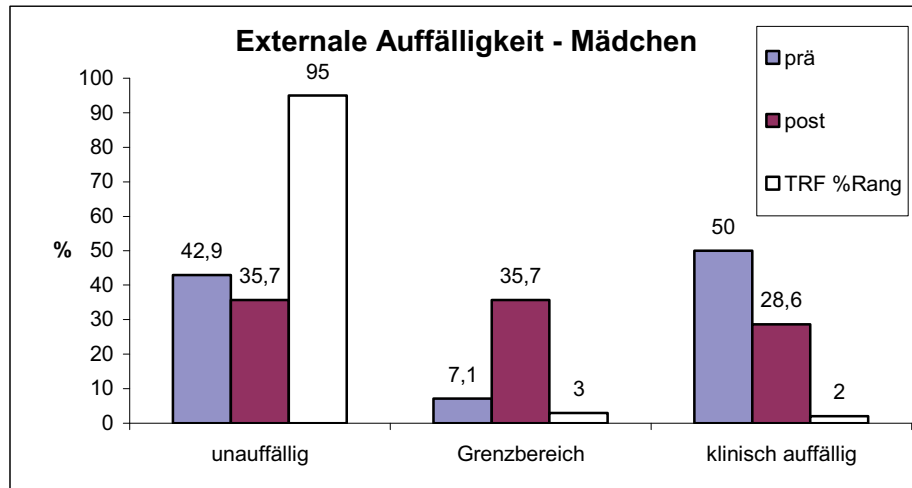


Abbildung 95: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

#### 6.5.4.4 Gesamtprävalenz

Im Hinblick auf die Gesamtauffälligkeit zeigt der Vergleich der Messdurchgänge, dass der Anteil an klinisch auffälligen Jugendlichen beim 2. Messdurchgang geringer ist. Werden in der Erstbefragung noch 45,5% der Jungen und die Hälfte der Mädchen als klinisch auffällig beschrieben, sinkt dieser Anteil bei beiden Geschlechtern auf etwa 36%.

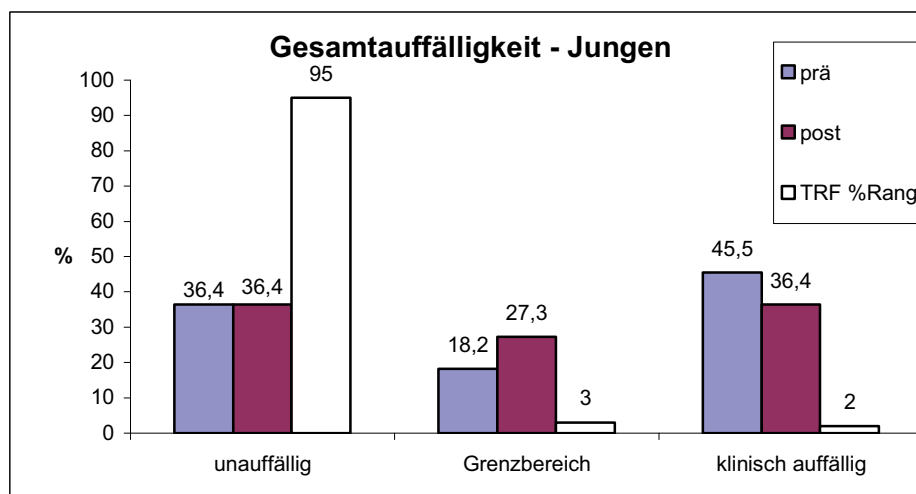


Abbildung 96: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtprävalenz“

Grenzwertig auffällig einzuschätzen sind in der 1. Messung etwa 18% der Jungen und ungefähr 14% der Mädchen. In diesem Bereich sind bei der 2. Messung ungefähr 27% der Jungen und fast 29% der Mädchen einzuordnen. Der Anteil an unauffälligen Jugendlichen liegt in beiden Befragungen bei ungefähr 36%.

Die Abbildung 96 und die Abbildung 97 zeigen des Weiteren, dass hinsichtlich des TRF-Prozentranges ein deutlich größerer Anteil an klinisch beziehungsweise grenzwertig auffälligen Jugendlichen in der Heimstichprobe vorliegt.

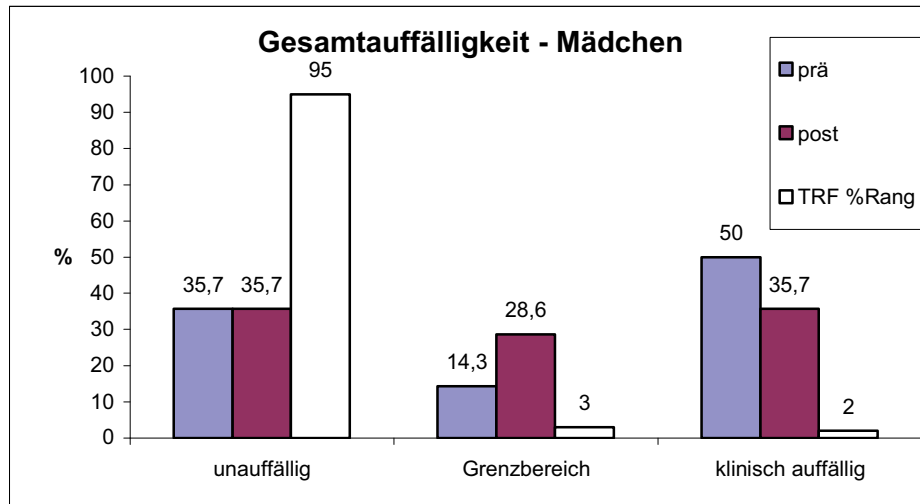


Abbildung 97: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtprävalenz“

### 6.5.5 Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

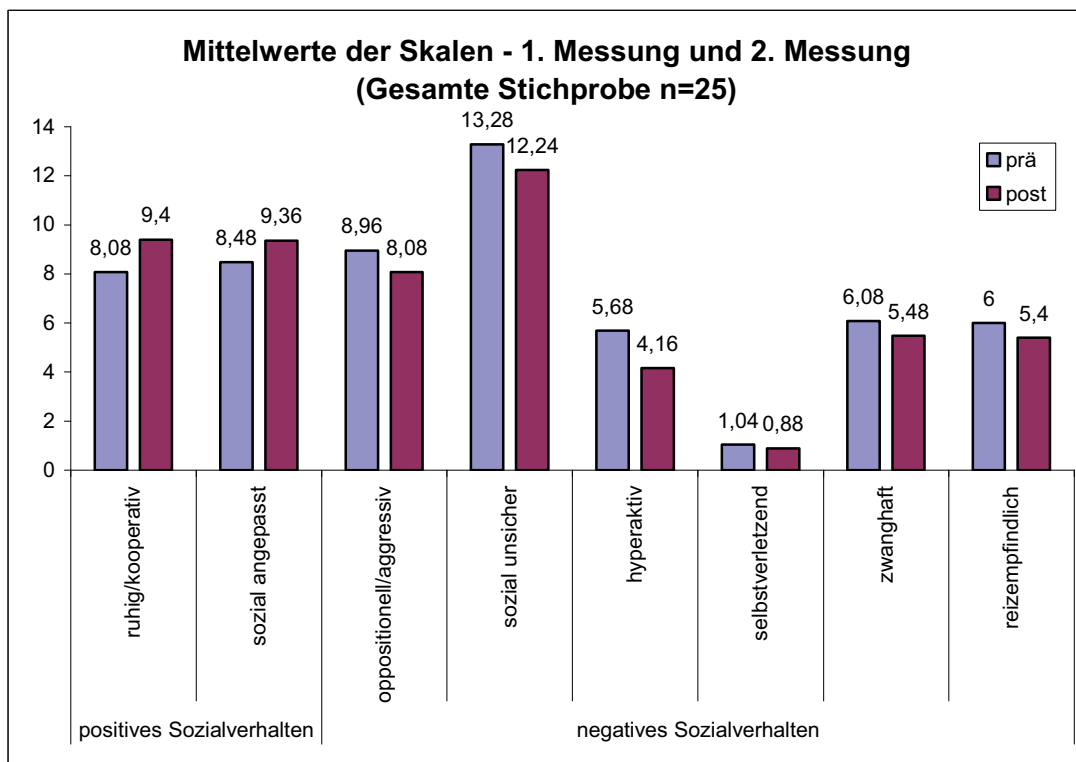


Abbildung 98: Mittelwerte der Befragungen für die gesamte Heimstichprobe



Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte findet sich für die Skala „ruhig/kooperativ“ mit  $p=0,007$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Befragungen. Für die Skala „sozial angepasst“ ergibt sich mit  $p=0,043$  ebenfalls ein signifikanter Unterschied für die errechneten Mittelwerte der Messdurchgänge. Mit einem Wert von  $p=0,005$  ist für die Skala „zwanghaft“ ein signifikanter Unterschied für die Einschätzung der Jugendlichen in den Befragungen festzuhalten. Ebenso ist für die Bewertung des positiven Sozialverhaltens der Jugendlichen mit  $p=0,016$  ein signifikanter Unterschied zwischen der 1. und 2. Befragung zu verzeichnen. Für die übrigen Skalen ist festzustellen, dass die Jugendlichen in der 2. Befragung geringfügig besser eingeschätzt werden als bei der 1. Befragung (Abbildung 98, Abbildung 99, Abbildung 100).

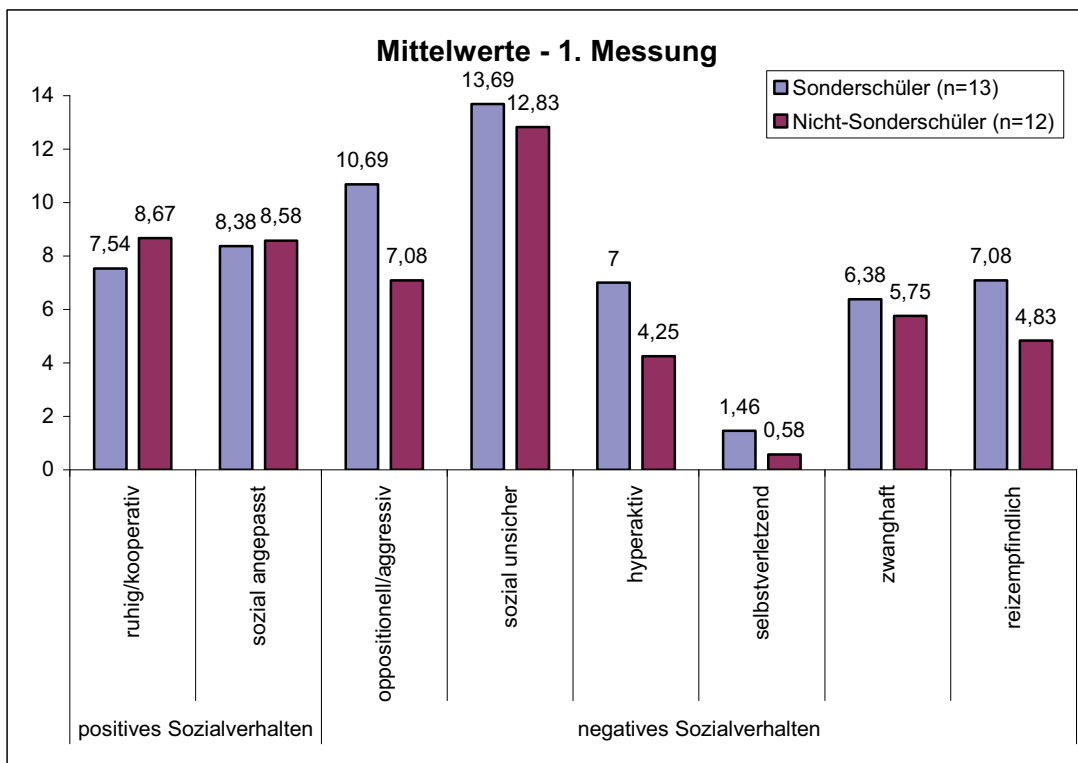


Abbildung 99: Mittelwerte der Heimstichprobe Befragung 1

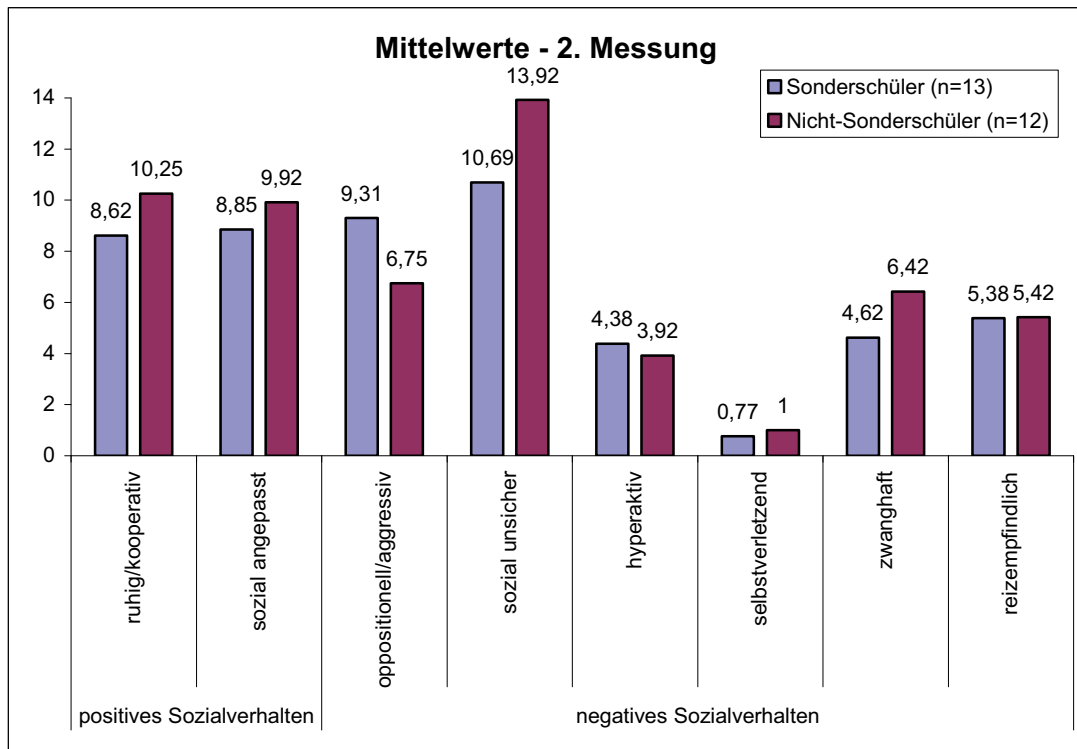


Abbildung 100: Mittelwerte der Heimstichprobe Befragung 2

## 7 Diskussion

### 7.1 Diskussion zu den Probanden und zur Methode

Untersuchungen zur psychischen Auffälligkeit weisen nach, dass Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen in hohem Maße psychisch belastet sind (z.B. Blower et al., 2004; Burns et al., 2004; Hukkanen et al., 1999; Nützel et al., 2005; Minnis et al., 2006; Schmid et al., 2006). Weiterhin wurde festgestellt, dass ein hoher prozentualer Anteil von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen auch kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen in Anspruch nimmt (Darius et al., 2001; Henkel et al., 2002).

Hieraus ergab sich die Frage zur psychischen Auffälligkeit unter Jugendlichen, welche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen im Landkreis Bad Doberan leben, um für das Kooperationsprojekt zwischen dem örtlich zuständigen Jugendamt, den örtlichen Trägern stationärer Jugendhilfe und der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/ Psychotherapie Rostock eine abgesicherte Datengrundlage zu schaffen.

Die Erfassung aller Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr in stationären Jugendhilfeeinrichtungen des Landkreises Bad Doberan erscheint daher sinnvoll, um einen entsprechenden Gesamtüberblick zu bieten.

Die gewählte Kombination von Messinstrumenten mit der Möglichkeit einer Selbst- und Fremdbeurteilung lässt eine breite Betrachtung der psychischen Belastung der Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen zu. Auf Grund der nach acht Monaten durchgeführten zweiten Messung mit Probanden, die bereits an der ersten Messung teilnahmen, lassen sich Tendenzen der Entwicklung der psychischen Gesundheit der Jugendlichen in den Jugendhilfeeinrichtungen des Landkreises Bad Doberan ablesen.

Die Aussagen zur psychischen Auffälligkeit der befragten Jugendlichen stützen sich hauptsächlich auf die aus der Child Behavior Checklist (CBCL) abgeleiteten Instrumente Youth-Self-Report (YSR) und Teacher's Report-Form (TRF), da diese Testverfahren zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern- und Jugendlichen eine sehr große Verbreitung aufweisen und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zulassen (Petermann et al., 2002).

Für die neben dem YSR und TRF verwendeten Fragebögen Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI), Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) und Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) sind derzeit keine Normwerte vorhanden. Daher

besteht bei diesen Fragebögen hinsichtlich der psychischen Auffälligkeit eine eingeschränkte Interpretationsmöglichkeit der gemessenen Werte. Dennoch lassen sich mit diesen Messinstrumenten Verhaltensweisen erfassen, welche mit psychischen Störungen im Zusammenhang stehen.

## **7.2 Diskussion der Ergebnisse**

### **7.2.1 Teil A : Auswertung der psychischen Auffälligkeit**

Die vorliegende Befragung von Jugendlichen im Alter von 13 bis 20 Jahren, die in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe im Landkreis Bad Doberan durchgeführt wurde, zeigt eine hohe psychische Symptombelastung sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil (Kapitel 6). Der Normierung der Fragebögen Youth-Self-Report (YSR) und Teacher's Report-Form (TRF) für den deutschen Sprachraum folgend, sind im Selbsturteil hinsichtlich der psychischen Gesamtsituation mehr als die Hälfte der Jugendlichen als „klinisch auffällig“ und des Weiteren mehr als jeder zehnte Jugendliche als grenzwertig auffällig einzuschätzen. Auch im Fremdurteil errechnet sich ein ähnlich hoher Anteil an in psychischer Hinsicht klinisch auffälligen beziehungsweise risikobehafteten Jugendlichen.

Zwischen dem Selbsturteil nach YSR und dem Fremdurteil nach dem TRF zeigten bisherige Studien durchschnittliche Korrelation<sup>33</sup>. In der vorliegenden Untersuchung zeigen die Ergebnisse hinsichtlich der Korrelation der internalen Auffälligkeit von YSR und TRF wie in anderen Untersuchungen durchschnittliche Werte. Im Hinblick auf die Korrelation der externalen Auffälligkeit und der Gesamtauffälligkeit errechnet sich jeweils eine hochsignifikante Übereinstimmung zwischen den Beurteilern<sup>34</sup>. Die hohe Übereinstimmung im Bereich der externalen Auffälligkeit und der Gesamtauffälligkeit stützt die bereits beschriebenen Ergebnisse zur hohen psychischen Symptombelastung der Jugendlichen.

Festzuhalten ist, dass die mit dem YSR und TRF errechneten Prävalenzraten psychischer Auffälligkeit nicht zwingend klinisch relevanten Diagnosekriterien entsprechen. So errechnet sich die Gesamtauffälligkeit aus Items, die internale und externale Auffälligkeiten beschreiben. Sie ist jedoch nicht mit dem Vorhandensein einer

---

<sup>33</sup> Bei weitgehend itemgleichen Skalen wurde zwischen Selbst- und Lehrerurteil eine durchschnittliche Korrelation zwischen  $r=0,25$  und  $r=0,27$  ermittelt (Döpfner, 1995).

<sup>34</sup> Die Korrelation zwischen YSR und TRF beträgt für internale Auffälligkeit  $r=0,255$ . Für die externale Auffälligkeit  $r=0,576$  und für die Gesamtauffälligkeit  $r=0,592$ , was einem Signifikanzniveau von 0,01 entspricht. Die entsprechende übersicht zur Korrelation der Skalen von YSR und TRF befindet sich auf dem der Arbeit beigelegten Datenträger (Dokument: „Anhang - Tabelle mit Korrelation zwischen YSR und TRF.pdf“).

psychiatrischen Erkrankung nach den Diagnosekriterien der DSM-IV beziehungsweise ICD-10 gleichzusetzen.

Die Ergebnisse zur Untersuchung zeigen hinsichtlich der Betreuungsform, dass trotz einer hohen psychischen Belastung der untersuchten Jugendlichen auf die Möglichkeiten der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII nahezu vollkommen verzichtet wird (Hypothese 1 nicht bestätigt). Diese Ergebnisse decken sich mit bisherigen Veröffentlichungen zur Anwendung des § 35a SGB VIII in der stationären Jugendhilfe (Schmid & Fegert, 2006).

Die Annahme der Hypothese 2, dass die Mädchen der Heimstichprobe im Vergleich zu den Jungen vorrangig internal auffällig sind, wird durch die Ergebnisse dieser Studie nur teilweise bestätigt. Die Mädchen sind in einem wesentlich größerem Umfang als die Jungen in den Dimensionen des Youth-Self-Report (YSR) „sozialer Rückzug“, „körperliche Probleme“, „ängstlich/ depressiv“ und „Internale Auffälligkeit“ fragwürdig auffällig beziehungsweise klinisch auffällig. Somit stimmen die Ergebnisse mit anderen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und in stationären Jugendhilfeeinrichtungen überein (Cohen et al., 1993; Fergusson et al., 1993; McGee et al., 1990; Schmid et al., 2007).

Der Anteil der Jungen mit externalisierenden Symptomen ist in dieser Heimstudie größer als bei den Mädchen. Dieses Ergebnis wird sowohl in einer deutschen als auch in einer norwegischen Jugendhilfestudie bestätigt (Kjelsberg & Nygren, 2004, Schmid et al., 2007). Im Hinblick auf die externale Auffälligkeit weist jedoch ein erheblicher Anteil der Mädchen klinische Scores auf. Dies gilt sowohl für die Dimension „Externale Auffälligkeit“ des Youth-Self-Report (YSR) als auch für die entsprechende Dimension der Teacher's Report-Form (TRF).

Es könnte also sein, dass die weiblichen Jugendlichen der Heimstichprobe zwar wie gemeinhin eher mit internalisierenden Symptomen auf psychosoziale Belastungen reagieren, gleichzeitig auf Grund ihrer biographischen Vorerfahrungen externes Verhalten als sinnvolle Coping-Strategie im familiären beziehungsweise Heimsetting nutzen.

Die in Hypothese 3 formulierte Annahme, dass die Mädchen in geringerem Umfang Aufmerksamkeitsprobleme aufweisen, kann durch die Ergebnisse der Untersuchung nicht bestätigt werden. Im Selbsturteil des Youth-Self-Report (YSR) sind die Mädchen

auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ signifikant stärker auffällig als die Jungen. Auch in den Fragebögen Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) und Teacher's Report-Form (TRF) zeigen sich im Vergleich zwischen den Geschlechtern höhere Aufmerksamkeitscores bei den Mädchen.

Untersuchungen zur Geschlechtsverteilung von Aufmerksamkeitsproblemen weisen nach, dass Jungen im Gegensatz zur hier gefundenen Verteilung stärker als Mädchen auffällig sind. Döpfner und Lehmkuhl wiesen in einer Studie zur Aufmerksamkeitsstörung bei Jungen Raten zwischen 8% und 27%, bei Mädchen bis 11% nach (Döpfner & Lehmkuhl, 1998). Hölling et al. zeigen im aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) über die untersuchte Alterspanne von 3-17 Jahren höhere Anteile männlicher Probanden mit Hyperaktivitätsproblemen als bei Mädchen. Im Hinblick auf die Gesamtauffälligkeit von Hyperaktivitätsproblemen werden 10,8% der Jungen und 4,8% der Mädchen als auffällig eingeschätzt (Hölling et al., 2007). Schmid weist in einer Heimpopulation bei Jungen ebenfalls einen Trend zu höheren Aufmerksamkeitsproblemen nach (Schmid, 2007).

Die Mädchen der Heimstichprobe könnten demnach in besonderem Ausmaß Belastungsfaktoren ausgesetzt sein, die mit Aufmerksamkeitsdefiziten in Verbindung stehen. Es wäre daher zu prüfen, ob die beschriebenen Aufmerksamkeitschwächen beispielsweise mit einer schulischen Überforderungssituation einhergehen oder schlicht Ausdruck einer altersgemäßen Aktivität sind oder andere Ursachenzusammenhänge haben (Döpfner, 2002).

Die Hypothese 4 hinsichtlich der besuchten Schulform der befragten Jugendlichen wird durch die Untersuchungsergebnisse bestätigt. Der Anteil an Sonderschülern betrug in der Heimstichprobe fast 48%. Die Anteile der Jugendlichen mit anderem schulischen Bildungshintergrund fallen wesentlich geringer aus<sup>35</sup> (Abbildung 3). Entsprechend hohe Anteile für Sonderschüler werden ebenfalls in der Heimstichprobe aus Ulm und Umgebung genannt (Schmid et al., 2006).

Anhand der Ergebnisse zum Hintergrund des Heimaufenthalts der befragten Jugendlichen scheint sich die in Hypothese 5 formulierte Annahme zu bestätigen. Die Jugendlichen waren bereits vor der Aufnahme in die Einrichtungen der stationären

---

<sup>35</sup> Neben dem Anteil von 47,7% Jugendlichen mit Sonderschulhintergrund errechneten sich hinsichtlich der Schulzugehörigkeit beziehungsweise des Schulabschlusses folgende Anteile: Hauptschule 27,3%, Realschule 22,7% und Gymnasium 2,3%.

Jugendhilfe teilweise extremen psychosozialen Belastungen ausgesetzt beziehungsweise zeigten selbst psychische Auffälligkeiten.

Als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen zu wertende Vorerfahrungen wurden in diesem Kontext unter anderem körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen, der Tod eines oder beider Elternteile und teilweise in Folge dessen Familien- und Lebensverhältnisse, die durch die erzieherische Überforderung der Sorgeberechtigten charakterisiert waren, genannt (Abbildung 2).

Die errechneten psychischen Auffälligkeiten der Jugendlichen könnten demnach aus entwicklungspsychopathologischer Perspektive in einem Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungen vor der Heimbetreuung stehen. Wobei festzuhalten ist, dass die Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung lediglich erhöhen und kein zwingender Zusammenhang besteht (Schmid, 2007).

Hinsichtlich der aufgeführten psychosozialen Belastungen der Jugendlichen der Heimstichprobe vor deren Betreuung decken sich mit Ergebnissen anderer Studien zu belastenden Erfahrungen von Jugendlichen vor Aufnahme in Einrichtungen stationärer Jugendhilfe (Burns et al., 2004; Hukkanen et al., 1999; Meltzer et al., 2003).

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass ein Anteil der Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten beschreibt, die den Persönlichkeitsdimensionen der Psychopathy entsprechen (Hypothese 6 bestätigt). Die Jungen haben dabei im Vergleich zu den Mädchen auf allen drei Dimensionen des Fragebogens höhere Scores im Bereich für ein hohes Vorkommen von Psychopathy-Verhalten. Diese Ergebnisse stimmen mit Studien überein, in denen erstens bereits jugendliche Untersuchungsteilnehmer entsprechende Persönlichkeitsmerkmale beschrieben und zweitens männliche Probanden höhere Scores aufwiesen als weibliche (Andershed, 2002; Sevecke et al., 2004).

Andershed et al. stellen des Weiteren einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften der Psychopathy und diversen Verhaltensauffälligkeiten insbesondere dissozialem Verhalten her (Andershed et al., 2002).

Ein erheblicher prozentualer Anteil der Jugendlichen der Heimstichprobe weist hinsichtlich dissozialer und externaler Auffälligkeiten sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung des Youth-Self-Report (YSR) beziehungsweise der Teacher's Report-Form (TRF) klinisch relevante Werte auf, was, dem Zusammenhang von Andershed et al. folgend, die Ergebnisse des Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) unterstützen würde (Andershed et al., 2002).

Für die Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) sind keine standardisierten Normwerte sondern lediglich Vergleichswerte zu anderen Studien vorhanden. Daher wird die Diskussion des aus den drei Dimensionen „Aufmerksamkeit“, „Motorische Impulsivität“ und „Voraussicht“ berechneten, mittleren Gesamtscores der BIS-11 im Vergleich mit Normal- und Extremstichproben vollzogen.

Wie aus Tabelle 8 hervorgeht, weisen die Jugendlichen der Heimstichprobe einen mittleren Gesamtscore auf, welcher etwa dem Wert der von Patton durchgeführten Studie mit stationären psychiatrischen Patienten mit Substanzmissbrauchsproblematik entspricht (Patton, 1995, Tabelle 8). Die mittleren Gesamtwerte der Jungen liegen über denen der Mädchen. Im Vergleich mit Studien von Fossati et al. und Patton, die mit Studenten durchgeführt wurden, zeigen sich für beiderlei Geschlecht der Heimstichprobe höhere Gesamtwerte (Fossati et al., 2001; Patton, 1995) (Hypothese 7 bestätigt).

Impulsivität wird mit verschiedenen psychischen Störungen wie zum Beispiel der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung und Persönlichkeitsstörungen wie zum Beispiel der antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang gebracht (Herpertz & Saß, 1997). Youth-Self-Report (YSR), Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) und Teacher's Report-Form (TRF) weisen in der Heimstichprobe in den Skalen für Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten und impulsives Verhalten einen hohen Anteil an klinisch beziehungsweise fragwürdig auffälligen Jugendlichen auf. Daher könnte man der von Herpertz und Saß aufgezeigten Verbindung zwischen Impulsivität und anderen psychischen Störungen folgend eine Störungsrelevanz der errechneten BIS-11-Werte vermuten. Hierbei wäre jedoch die Abhängigkeit des Gesamtwertes der BIS-11 vom Alter der Probanden genau zu überprüfen (Herpertz & Saß, 1997).

Die Ergebnisse der Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) zeigen, dass die Heimbewohner mit Sonderschulhintergrund auf den betrachteten Problemskalen höhere Scores erreichen als die Jugendlichen mit anderem schulischen Hintergrund. Hier muss einschränkend festgehalten werden, dass der Fragebogen für Kinder und Jugendliche mit intellektueller Behinderung konzipiert wurde, so dass eine weitere Interpretation dieses Vergleichs nicht angezeigt ist (Aman et al., 1995).

Fehlende Normwerte für die NCBRF lassen keine Aussagen zur Störungsrelevanz der errechneten Skalenmittelwerte zu. Es scheint daher lediglich eine Betrachtung der Skalenmittelwerte im Vergleich zu anderen Studien angebracht (Abbildung 1). Der



Vergleich mit Studien von Tassé et al. und Sarimski, welche mit Kindern und Jugendlichen mit leichter bis schwerer intellektueller Behinderung durchgeführt wurden, zeigt für die Jugendlichen der Heimstichprobe mit Sonderschulhintergrund auf den Problemskalen ähnlich hohe oder teilweise höhere Skalenmittelwerte (Sarimski, 2004; Tassé et al., 1995)<sup>36</sup> (Hypothese 8 nicht bestätigt).

Die Aussage in der Hypothese 10, dass die Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe auf Grund der hohen Prävalenz psychischer Auffälligkeit neben einem pädagogischen Förderbedarf ebenfalls einen Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung haben, wird von den Ergebnissen dieser Studie bestätigt. Untersuchungen weisen in diesem Zusammenhang auf eine kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen hin. Dabei wird die Notwendigkeit des Ausbaus der kooperativen Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie betont (Burns et al., 2004; Gintzel & Schone, 1990; Löcherbach et al., 1999).

### **7.2.1.1 Diskussion der Ergebnisse der Rostocker Schülerstichprobe und der Heimstichprobe Landkreis Bad Doberan**

In den folgenden Unterabschnitten wird die psychische Auffälligkeit der Heimstichprobe im Vergleich zu der von Kraenz (2002) veröffentlichten Rostocker Schülerstichprobe und den Prozenträngen für die Normwerte des Youth-Self-Report (YSR) vergleichend dargestellt. Beide Stichproben, die Schülerstichprobe und insbesondere die Heimstichprobe, weisen teilweise drastisch erhöhte Prävalenzraten bezüglich der Normwerte des YSR auf (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Kraenz, 2002).

#### **Internalisierende Verhaltensweisen**

Kraenz beschreibt etwa 3% der weiblichen und männlichen Jugendlichen der Rostocker Schülerstichprobe hinsichtlich sozialen Rückzugsverhaltens als klinisch auffällig. Im Grenzbereich liegen die Werte um 9%.

Im Vergleich dazu zeigt sich bei den Jungen der Heimstichprobe mit einem prozentualen Anteil von 5% auf der Skala „Sozialer Rückzug“ ein leicht höherer Wert

---

<sup>36</sup> Höhere Skalenmittelwerte der Skalen für problematisches Verhalten sind im Vergleich der Jugendlichen der Heimstichprobe mit Sonderschulhintergrund mit den Jugendlichen der Studien von Sarimski und Tassé et al. bei den Skalen für zwanghaftes Verhalten, sozial unsicheres Verhalten sowie für die Skala für Reizempfindlichkeit festzuhalten (Abbildung 1) (Sarimski, 2004; Tassé et al., 1995).

im Bereich der klinischen Auffälligkeit. Bei den Mädchen zeigt sich im Vergleich zur Schülerstichprobe ein zehnfach höherer Wert im Bereich der klinischen Auffälligkeit und im Grenzbereich eine Erhöhung um den Faktor 2,5 (Kraenz, 2002, Abbildung101, Abbildung 102).

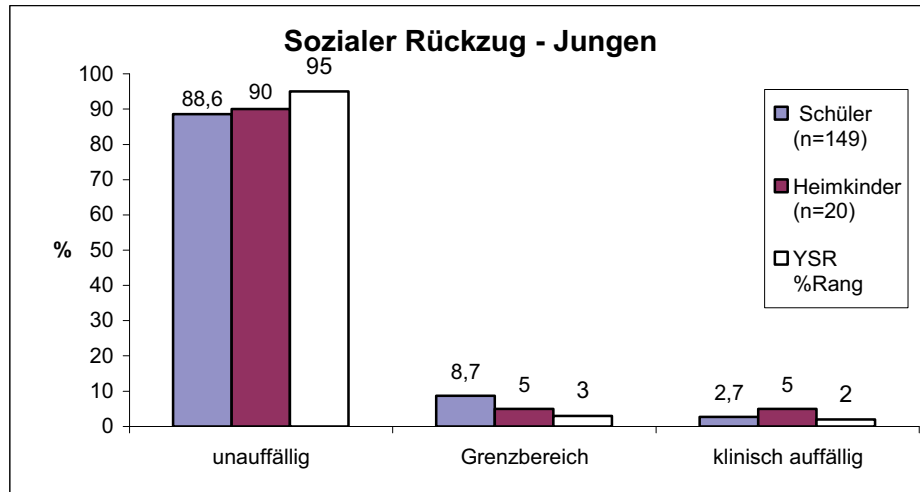


Abbildung 101: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

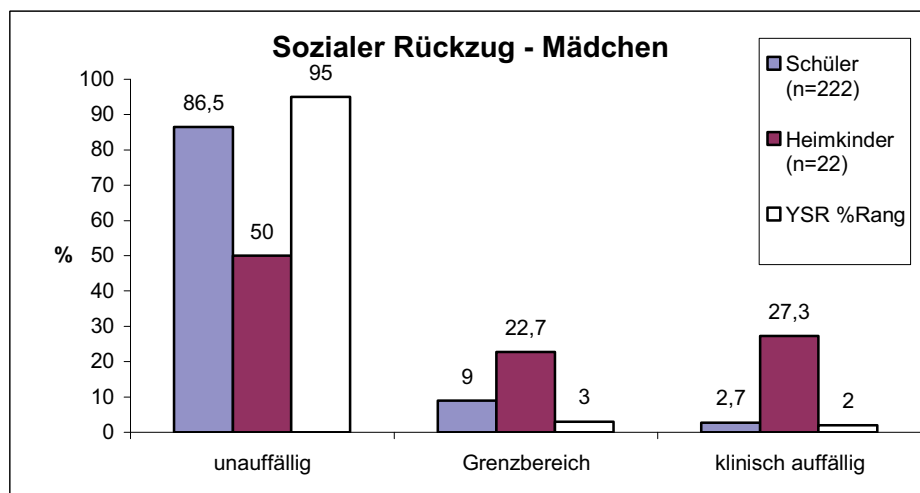


Abbildung 102: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“

Auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ beurteilten sich 7,2% der Mädchen der Schülerstichprobe als klinisch auffällig, bei den Jungen mit 3,4% nur halb so viele. Grenzwertige Scores liegen bei den Jungen etwas höher. Bei der Heimstichprobe müssen 22,7% der weiblichen Jugendlichen als klinisch auffällig beurteilt werden, bei den Jungen sind es lediglich 5%. Im Vergleich zu den Mädchen zeigen im Grenzbereich mehr als doppelt so viele Jungen (10%) körperliche Beschwerden ohne organische Ursache (Abbildung 103, Abbildung 104).

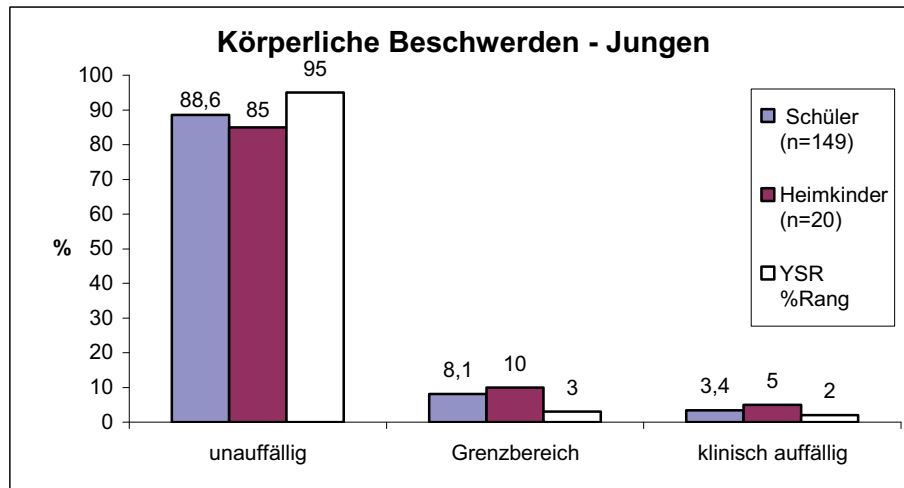


Abbildung 103: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

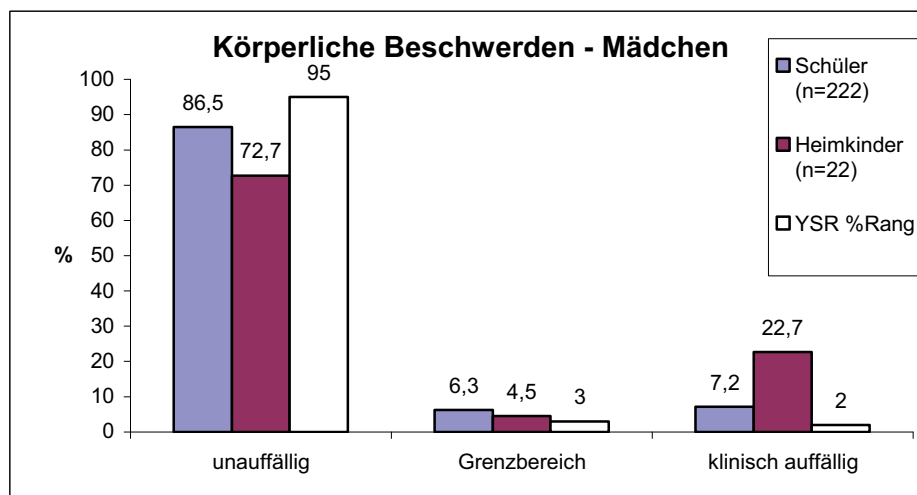


Abbildung 104: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“

Auf der Skala „Ängstlich / Depressiv“ beschreiben sich in der Schülerstichprobe 4,7% der Jungen und 3,2% der Mädchen als klinisch auffällig. Im Grenzbereich liegt der prozentuale Anteil bei den Jungen mit 7,4% etwas höher als bei den Mädchen (6,3%).

In der Heimstichprobe sind im Vergleich zur Normalstichprobe weibliche Jugendliche mit 40,9% mehr als 20mal häufiger als klinisch auffällig einzustufen. Im Vergleich zur Schülerstichprobe zeigt sich bei den weiblichen Jugendlichen auf der Skala „Ängstlich/ Depressiv“ im Bereich der klinischen Auffälligkeit ein mehr als 13mal höherer Wert. Im Grenzbereich liegt im Vergleich zur Schülerstichprobe und zur Normstichprobe des YSR mit 9,1% ebenfalls eine Werterhöhung vor. Die Jungen beschreiben sich in beiden Untersuchungen mit einem prozentualen Anteil von etwa 5% als auffällig (Abbildung 105, Abbildung 106).

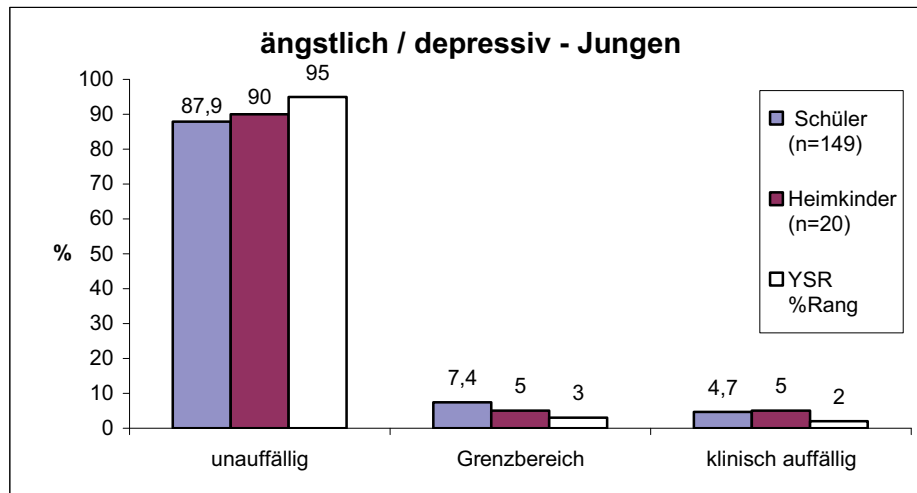


Abbildung 105: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“

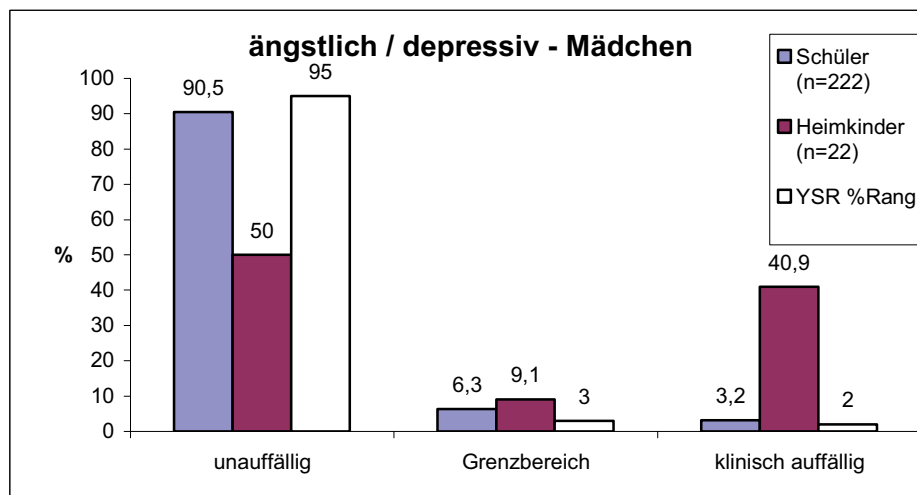


Abbildung 106: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“

Hinsichtlich der Syndromskala 2. Ordnung „Internale Auffälligkeit“ beschreibt Kraenz etwa jeden 10. Jungen internal als fragwürdig auffällig, bei den Mädchen etwa jedes fünfte. Als klinisch auffällig schätzen sich auf dieser Skala ungefähr jeweils 20% der männlichen und weiblichen Jugendlichen der Schülerstichprobe ein (Kraenz, 2002). In der Heimstichprobe sind ebenso 20% der männlichen Jugendlichen internal als klinisch auffällig einzustufen. Die Hälfte der Mädchen zeigt internal klinisch auffällige Werte. Im Vergleich zur Rostocker Schülerstichprobe zeigen die weiblichen Jugendlichen der Heimstichprobe demnach eine deutlich erhöhte internale Auffälligkeit auf klinischem Niveau. Im Grenzbereich stimmen die Scores der Heimstichprobe mit etwa 20% bei männlichen und weiblichen Jugendlichen ungefähr mit den Ergebnissen der Schülerstichprobe überein (Abbildung 107, Abbildung 108).

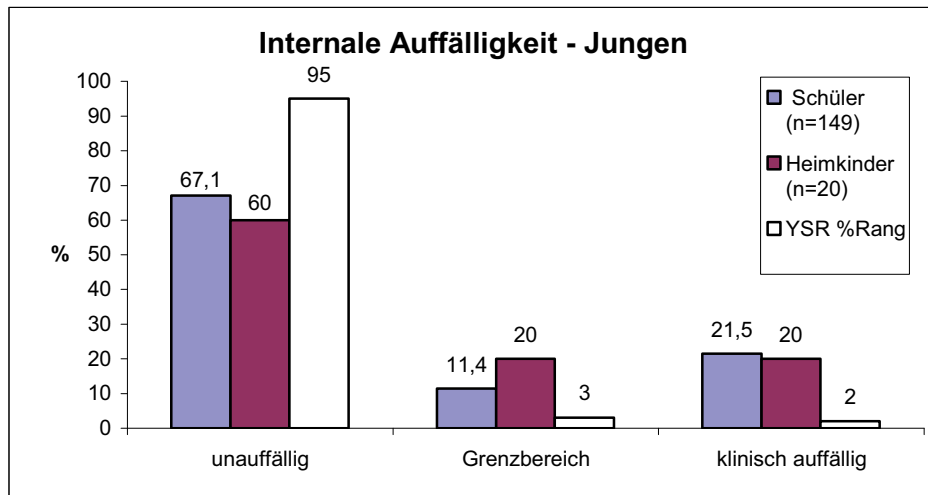


Abbildung 107: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

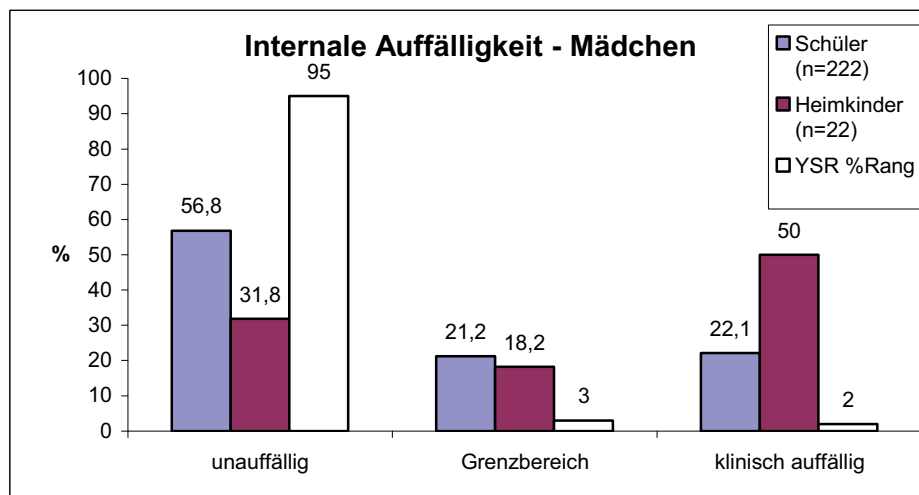


Abbildung 108: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“

### Gemischte Störungen

Auf der Skala „Soziale Probleme“ beschreibt sich in der von Kraenz durchgeführten Studie nur ein geringer Anteil der untersuchten Jugendlichen als klinisch auffällig (Jungen 0,7% und Mädchen 1,8%) und über 90% als unauffällig (Kraenz, 2002).

Die männlichen Jugendlichen der Heimstichprobe sind ebenso zu 90% als unauffällig einzuschätzen. Im Bereich der klinischen Auffälligkeit zeigt sich bei den Mädchen mit 13,6% und mit fast jedem dritten Mädchen im Grenzbereich ein deutlich erhöhter Wert (Abbildung 109, Abbildung 110).

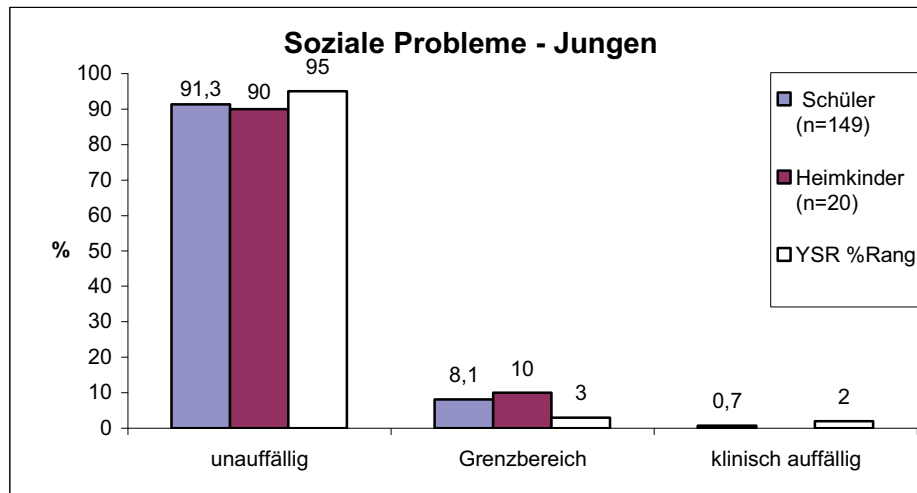


Abbildung 109: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Soziale Probleme“

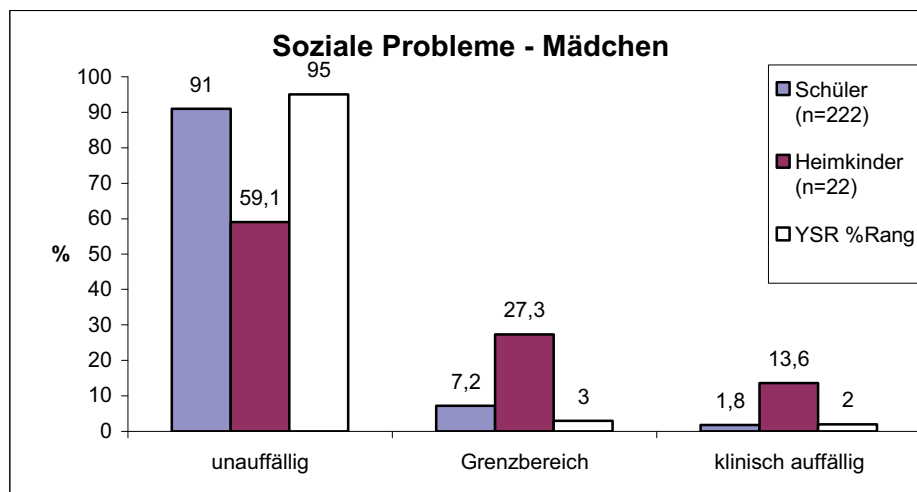


Abbildung 110: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Soziale Probleme“

In der Stichprobe mit Rostocker Schölern beschreiben sich fast 13% der männlichen Jugendlichen auf der Skala „schizoid/ zwanghaft“ als klinisch auffällig und 6% als grenzwertig auffällig. Die Werte der Mädchen liegen für den Grenzbereich bei etwa 10% und im Bereich der klinischen Auffälligkeit bei fast 3%. Im Vergleich dazu beschreiben sich die männlichen Jugendlichen der Heimstichprobe mit 5% etwa halb so oft als klinisch auffällig. Eine dreifache Erhöhung der Scores ist in diesem Zusammenhang für den Bereich klinische Auffälligkeit bei den weiblichen Jugendlichen zu verzeichnen. Die Werte für den Grenzbereich entsprechen etwa den Werten der Schölerstichprobe (Kraenz, 2002, Abbildung 111, Abbildung 112).

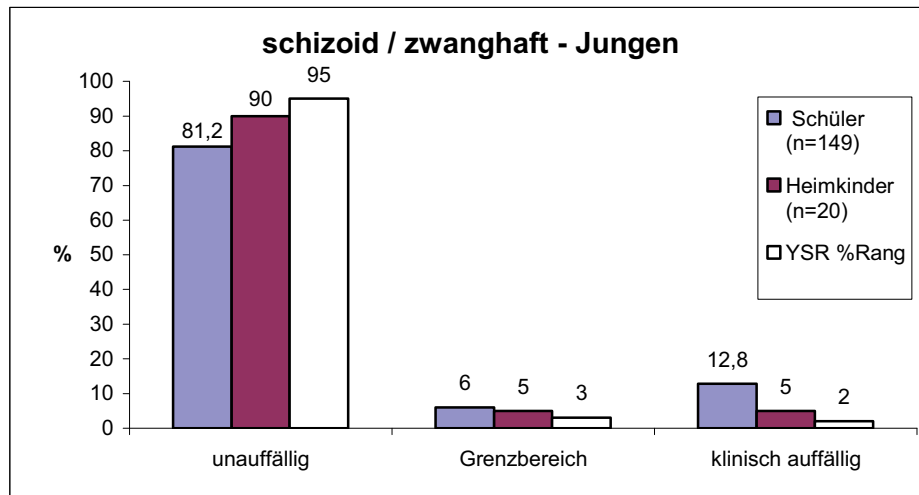


Abbildung 111: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

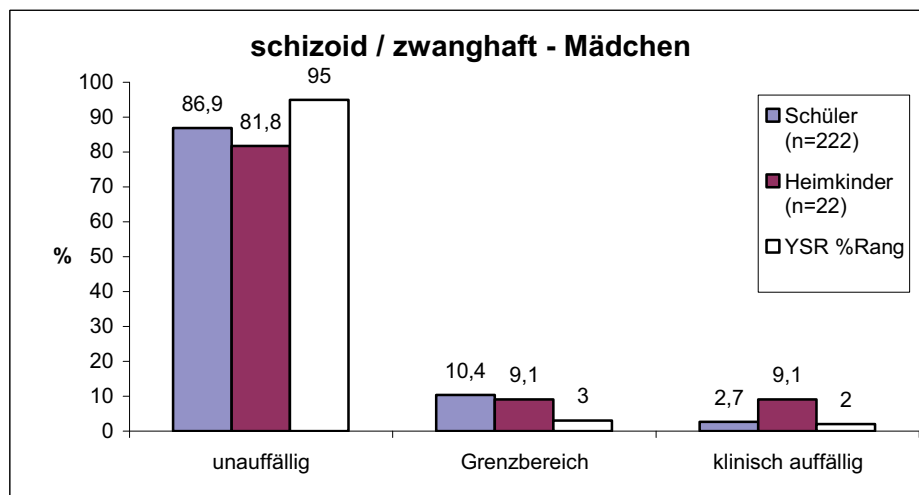


Abbildung 112: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“

Aufmerksamkeitsprobleme werden in der Schülerstichprobe von männlichen und weiblichen Jugendlichen mit einem prozentualen Anteil von etwa 4% im klinisch auffälligen Bereich festgestellt, wobei sich Jungen mit 11,4% fast doppelt so häufig wie Mädchen als fragwürdig auffällig beschreiben.

Für die Heimstichprobe ist festzustellen, dass die Hälfte der weiblichen Jugendlichen als grenzwertig beziehungsweise klinisch auffällig einzuschätzen ist. Hier beschreiben die weiblichen Jugendlichen mehr als doppelt so häufig wie in der Schülerstichprobe Aufmerksamkeitsprobleme im fragwürdig auffälligen Bereich. Für den Bereich der klinischen Auffälligkeit ist der Wert bei den Mädchen bezüglich der Schülerstichprobe mit 36,4% etwa achtfach erhöht (Kraenz, 2002, Abbildung 113, Abbildung 114).

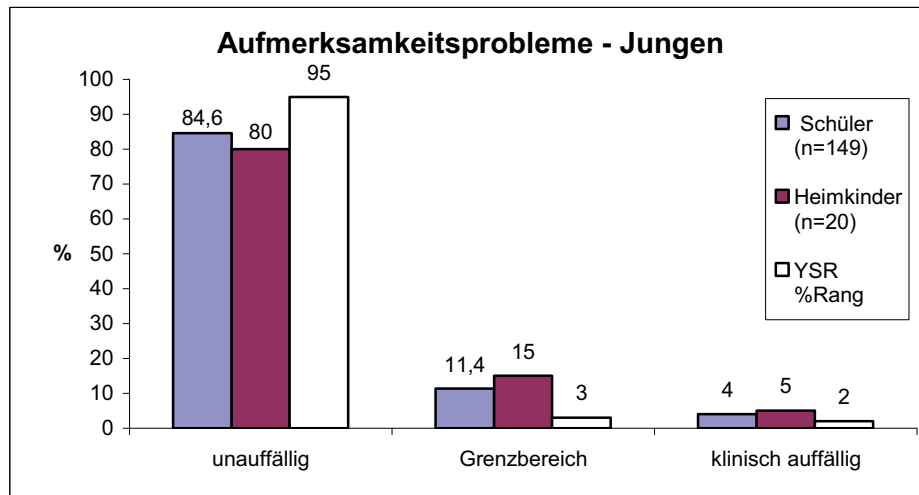


Abbildung 113: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

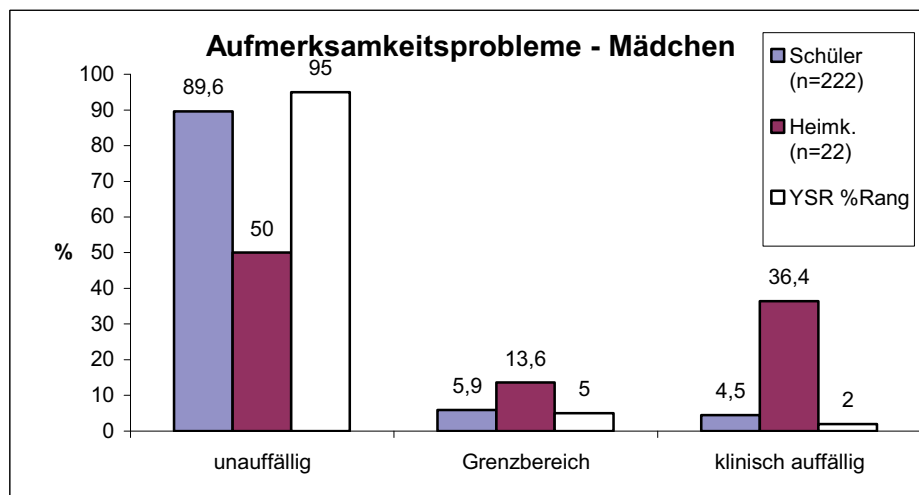


Abbildung 114: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“

### Externalisierende Verhaltensweisen

Für die Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ sind in der Schülerstichprobe nur geringe Geschlechtsunterschiede beschrieben. Die Jungen beschreiben sich zu jeweils 9,4% als grenzwertig beziehungsweise klinisch auffällig. Die Prozentsätze der Mädchen sind etwas niedriger.

Im Vergleich dazu zeigen fast die Hälfte der Jugendlichen der Heimstichprobe grenzwertig beziehungsweise klinisch auffällige Werte. Mehr als doppelt so häufig wie die Mädchen der Schülerstichprobe beschreiben sich hier die weiblichen Jugendlichen mit 18,2% als fragwürdig auffällig. Für den Bereich der klinischen Auffälligkeit zeigen sie in diesem Kontext vierfach erhöhte Scores. Bei den Jungen weist im Bereich klinischer Auffälligkeit fast die Hälfte dissoziales Verhalten auf (Abbildung 115, Abbildung 116).



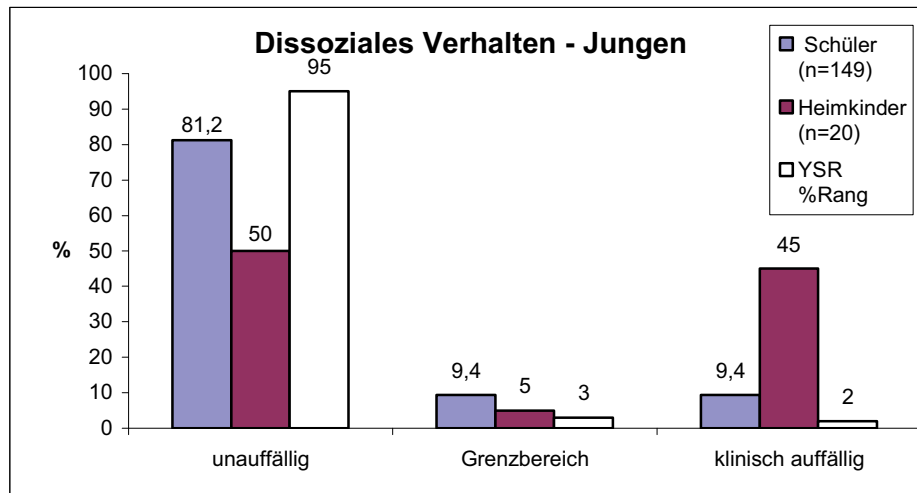


Abbildung 115: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

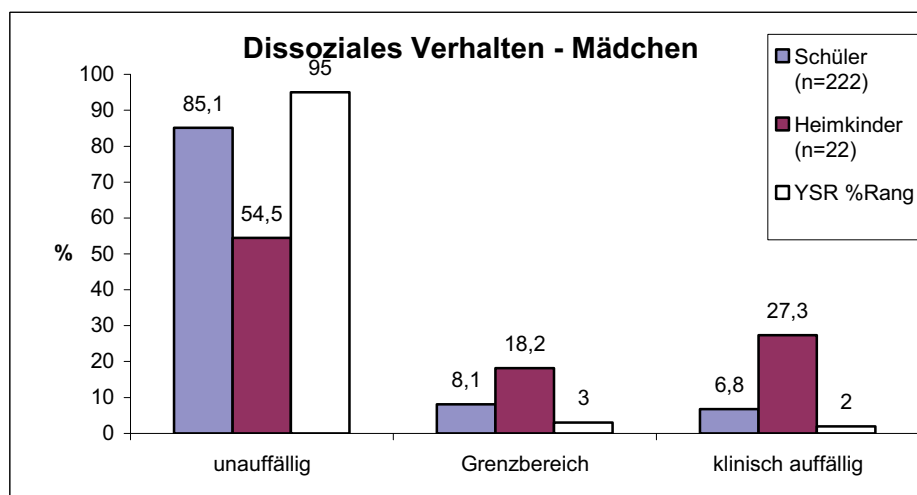


Abbildung 116: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“

In der Schülerstichprobe beschreiben sich 6% der Jungen und 2,7% der Mädchen auf der Skala „Aggressives Verhalten“ als klinisch auffällig. Nur ein kleiner Anteil der Jungen (1,3%) erreicht Skalenrohre Werte im Grenzbereich. Bei den Mädchen ist es ein prozentualer Anteil von fast 7%.

In der Heimstichprobe schätzen sich die männlichen Jugendlichen mit einem Anteil von 15% mehr als doppelt so häufig als klinisch auffällig ein, als in der Schülerstichprobe. Grenzwertige Scores sind bei den Jungen der Heimstichprobe im Vergleich zur Schülerstichprobe 10fach und zu den Prozenträngen des YSR um den Faktor fünf erhöht. Bei den Mädchen zeigen sich bezüglich der Schülerstichprobe doppelt so häufig fragwürdig auffällige Werte. Klinisch auffällig beschreiben sich 4,5% der Mädchen (Kraenz, 2002, Abbildung 117, Abbildung 118).

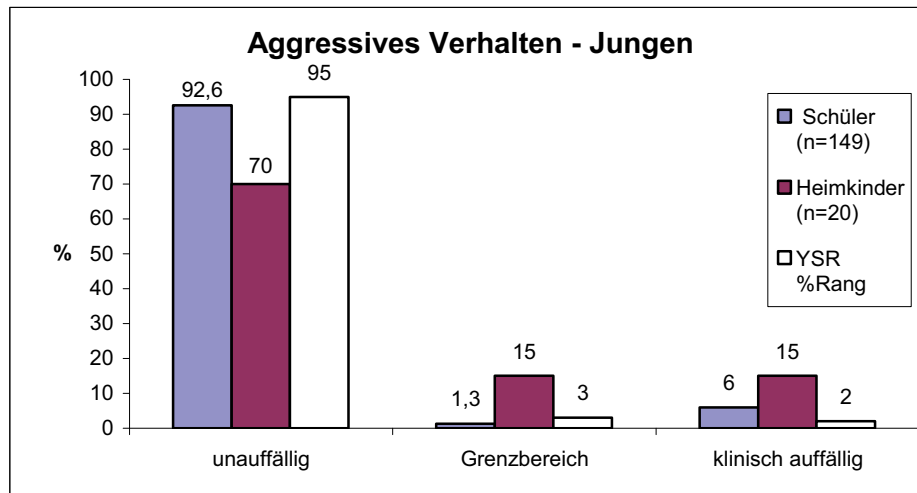


Abbildung 117: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

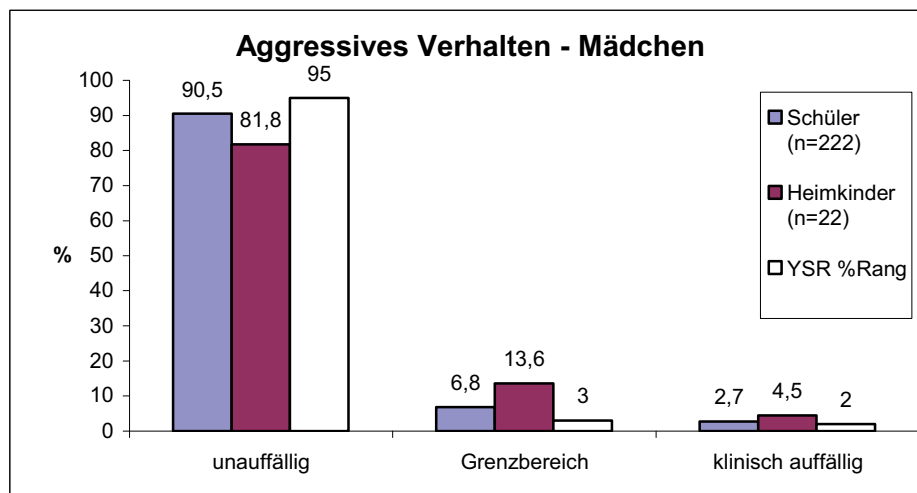


Abbildung 118: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“

Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung auf der Syndromskala 2. Ordnung „Externale Auffälligkeit“ weist in der Stichprobe mit Rostocker Schülern ungefähr jeder fünfte Jugendliche klinisch auffällige Werte auf. Im Grenzbereich weisen Jungen mit 17,4% höhere Werte als Mädchen mit 10,4% auf.

Die Heimstichprobe zeigt für diese Syndromskala bei 60% der männlichen Jugendlichen klinisch auffällige Werte. Bei den Mädchen liegen die Werte mit 50% ebenso mehr als doppelt so hoch wie die Werte der weiblichen Schüler. Im Grenzbereich liegen die Werte der Mädchen mit 18,2% etwas höher als die der Jungen (Kraenz, 2002, Abbildung 119, Abbildung 120).

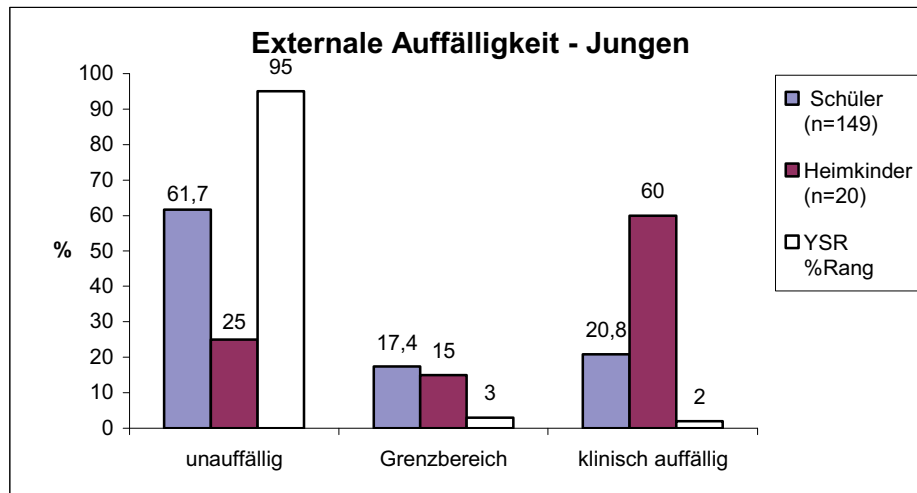


Abbildung 119: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

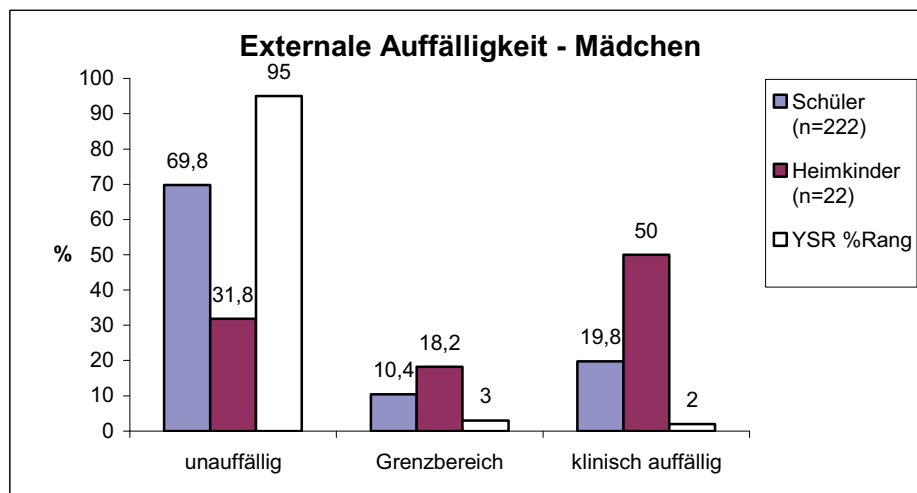


Abbildung 120: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“

### Gesamtprävalenz

Die Gesamtauffälligkeit der Jugendlichen der Schülerstichprobe ist im klinischen Bereich zwischen Jungen 24,2% und Mädchen 21,6% ungefähr gleich verteilt. Im Grenzbereich sind 20,7% der Mädchen und 15,4% der Jungen fragwürdig auffällig eingestuft (Kraenz, 2002). Bei der Heimstichprobe finden sich für beide Geschlechter deutlich höhere Werte für den Bereich der klinischen Auffälligkeit. Fast 60% der weiblichen Jugendlichen sind als klinisch auffällig einzuschätzen, bei den Jungen mehr als die Hälfte. Grenzwertig auffällig sind 10% der Jungen und 13,6% der Mädchen. Demnach beschreibt sich nur etwa ein Drittel der Jugendlichen der Heimstichprobe als psychisch unauffällig (Abbildung 121, Abbildung 122).

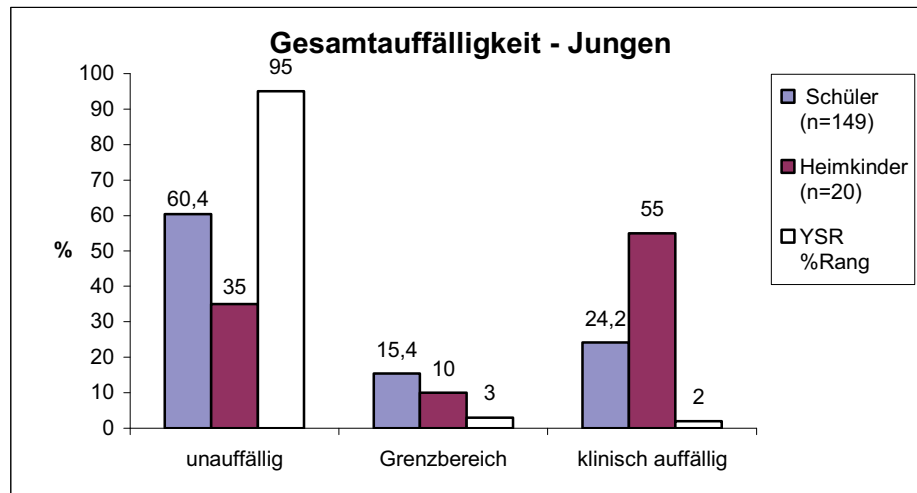


Abbildung 121: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“

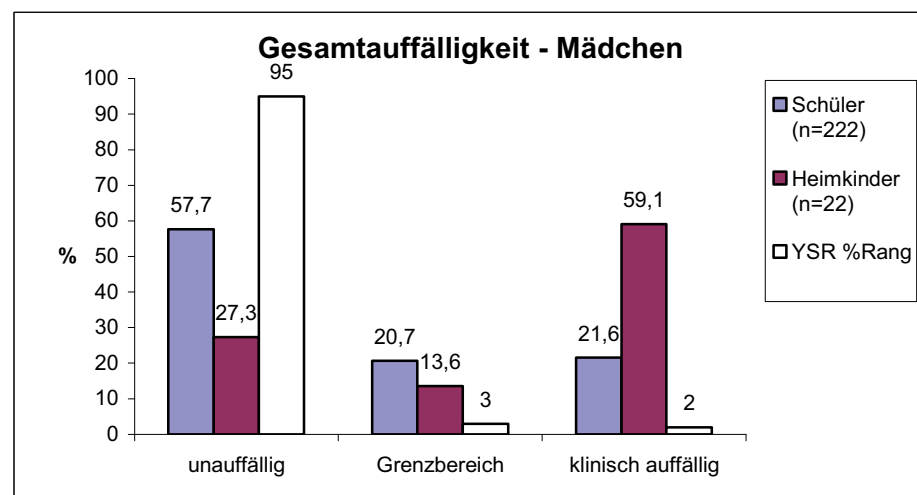


Abbildung 122: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“

### Fazit des Vergleichs der Rostocker Schölerstichprobe mit der Heimstichprobe Landkreis Bad Doberan

Der Vergleich der Heimstichprobe mit der Rostocker Schölerstichprobe zeigt für beide Untersuchungen im Hinblick auf die deutschsprachigen Normwerte des Youth-Self-Report (YSR) eine wesentliche Erhöhung des Anteils von klinisch auffälligen und grenzwertig auffälligen Jugendlichen (Döpfner et al., 1997).

In der direkten Gegenüberstellung beider Studien ist festzustellen, dass die Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe des Landkreises Bad Doberan in den übergeordneten Skalen „Internale Auffälligkeit“, „Externale Auffälligkeit“ und „Gesamtauffälligkeit“ sowie in den Subskalen in einem weitaus größerem Anteil als klinisch auffällig eingestuft werden können (Hypothese 9 bestätigt).

Bei den Jungen ist bei beiden Stichproben etwa jeder Fünfte internal klinisch auffällig. Bei den Mädchen ist etwa ein Fünftel der Schülerinnen jedoch die Hälfte der Mädchen der Heimstichprobe als klinisch auffällig einzuschätzen (Abbildung 107, Abbildung 108). Ungefähr jeder fünfte Jugendliche der Schülerstichprobe ist external klinisch auffällig. Die männlichen Teilnehmer der Heimstichprobe zeigen hier zu 60% und die weiblichen Teilnehmer zu 50% external klinisch auffällige Werte (Abbildung 121, Abbildung 122).

Im Hinblick auf die psychische Gesamtauffälligkeit zeigt der Stichprobenvergleich, dass mehr als die Hälfte der Jungen und etwa 60% der Mädchen der Heimstichprobe als klinisch auffällig einzuschätzen sind. Dieser Anteil ist bei der Schülerstichprobe deutlich geringer. Er liegt etwa bei einem Viertel der Jungen und ungefähr einem Fünftel der Mädchen (Kraenz, 2002).

Diese Ergebnisse stimmen mit bisherigen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen von Heimstichproben überein. So weisen verschiedene internationale Studien ebenfalls erhebliche Anteile an psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in Heimsettings nach (zum Beispiel: Blower et al., 2004; Burns et al., 2004; Franz, 2004; Hukkanen et al., 1999; McCann et al., 1996; Meltzer et al., 2003; Minnis et al., 2006<sup>37</sup>).

Tabelle 22: Prävalenz psychischer Störungen bei Heimkindern

<b>Untersuchung</b>	<b>Stichprobengröße</b>	<b>Prävalenz</b>
McCann et. al. 1996	n=103 (Heimkinder n=38)	96%
Hukkanen et. al.	n=91	59%
Meltzer et al. 2003	n=1039 (Heimkinder n=168)	68%
Burns et. al 2004	n=3803 (n=49 Heimkinder)	88,6%
Franz 2004	n=263	30%
Blower et al. 2004	n=50	44%
Schmid 2007	n=689	59,9%

Für den deutschsprachigen Raum zeigen aktuell Nützel et al. und Schmid et. al. eine hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe auf (Nützel et al., 2005; Schmid et al., 2006).

<sup>37</sup> Bis auf die Untersuchung von Meltzer et. al (Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)) verwendeten die hier angeführten Studien vorrangig die Child Behavior Checklist (CBCL) und ihre Ableitungen Teacher's Report-Form (TRF) oder Youth-Self-Report (YSR) zur Datenerhebung.

Die Unterschiede in der Höhe des Anteils der psychisch belasteten Jugendlichen in Heimerziehung sind im Wesentlichen auf die verschiedenen Forschungsdesigns zurückzuführen.

## **7.2.2 Teil B : Gruppenbetrachtungen - Beziehungen zwischen Alter, Geschlecht und Schulform**

### **Beziehungen zwischen Alter und Geschlecht**

Die Ergebnisse zur Geschlechts- und Altersabhängigkeit zeigen im Wesentlichen Übereinstimmungen mit bisherigen Forschungsbefunden (z.B. Cohen et al., 1993; Esser et al., 1992; Fergusson et al., 1993 und McGee et al., 1990). Die Mädchen der Heimstichprobe beurteilen sich sowohl in der Altersgruppe der 13-16jährigen als auch in der Altersgruppe 17 - 20 Jahre auf den Skalen, welche internale Symptome erfassen, auffälliger als die Jungen. In den Skalen zur Erfassung externaler Störungen sind die Jungen beider Altersgruppen auffälliger als die Mädchen zu bewerten

Es lässt sich hinsichtlich der Betrachtung der psychischen Auffälligkeit nach Altersgruppen für internale Symptome festhalten, dass die jüngeren Heimbewohner stärker belastet sind als die älteren. Diese psychische Belastung ist für die 17-20jährigen Jugendlichen auf internale Symptome beschreibenden Skalen fragebogenübergreifend geringer.

Die Mädchen in der Altersgruppe 13 - 16 Jahre sind sowohl im Youth-Self-Report (YSR) und in der Teacher's Report-Form (TRF) external signifikant auffälliger als die älteren Mädchen. Dieses Ergebnis scheint auf Grund dieser Übereinstimmung von Selbst- und Fremdurteil als gesichert gelten zu können. Bei den Jungen errechnen sich uneinheitliche Ergebnisse. Die Jungen der Altersgruppe 17 - 20 Jahre zeigen im Selbsturteil hinsichtlich externaler Belastungen höhere und im Fremdurteil niedrigere Skalenwerte als die 13-16jährigen Jungen auf (Hypothese 11 teilweise bestätigt).

### **Beziehungen zwischen Schulform und Geschlecht**

Die Ergebnisse des Vergleichs der psychischen Belastung von Sonderschülern und Nicht-Sonderschülern nach dem Youth-Self-Report (YSR) zeigen für die Jugendlichen mit Sonderschulhintergrund auf der Skala „körperliche Beschwerden“ signifikant höhere Skalenwerte als für die Nicht-Sonderschüler. Des Weiteren beschreiben sich die männlichen Sonderschüler signifikant häufiger ängstlich und depressiv als die Jungen der Gruppe der Nicht-Sonderschüler.

Zwischen Sonderschülern und Nicht-Sonderschülern scheint es auch für die Teacher's Report-Form (TRF) Hinweise darauf zu geben, dass die männlichen Sonderschüler internal stärker belastet sind als die Jungen aus der Gruppe der Nicht-Sonderschüler.

Externale Symptome beschreiben die weiblichen Sonderschüler im YSR signifikant häufiger als die Mädchen ohne Sonderschulhintergrund. Die Jungen des Bereichs Nicht-Sonderschüler sind im YSR external signifikant auffälliger als die Mädchen dieser Gruppe und weisen ebenfalls höhere Skalenwerte als die männlichen Sonderschüler auf.

Die Betrachtung von psychischer Belastung und dem schulischen Hintergrund zeigt für die Mädchen bei allen verwendeten Fragebögen für internale Symptome keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Sonderschülern und den Nicht-Sonderschülern. Bei den Jungen scheinen jedoch die Sonderschüler stärker internal auffällig zu sein als die Nicht-Sonderschüler.

Hinsichtlich externaler Symptome sprechen die Ergebnisse bei den Mädchen für eine höhere Belastung der Gruppe der Sonderschüler. Bei den Jungen zeigen die Ergebnisse jedoch umgekehrt eine höhere Belastung der Nicht-Sonderschüler. Die Hypothese 12 kann daher nur eingeschränkt angenommen werden.

Die Mädchen haben in internale Symptome beschreibenden Skalen fragebogenübergreifend höhere Skalenwerte als die Jungen. Die Auswertung der TRF zeigt im Hinblick auf internale Symptome im Geschlechtsvergleich ebenfalls höhere Scores für die Mädchen als bei den Jungen. Im Hinblick auf die Geschlechtsunterschiede stimmen daher die Ergebnisse im Wesentlichen mit den bereits in den Ausführungen zu den Beziehungen zwischen Alter und Geschlecht erwähnten Untersuchungen überein.

### **7.2.3 Teil C : Prävalenz psychischer Auffälligkeit zu den jeweiligen Messpunkten**

Zunächst sei angemerkt, dass auf Grund der geringen Stichprobengröße im Hinblick auf den Vergleich der psychischen Belastung der Jugendlichen zu den jeweiligen Messzeitpunkten eine hohe statistische Unsicherheit besteht. Eine repräsentative Anzahl an Jugendlichen war auf Grund der begrenzten Anzahl der Platzkapazität der untersuchten Jugendhilfeeinrichtungen nicht zu erreichen. Aussagen zur Effektivität der Jugendhilfemaßnahmen beziehen sich daher auf die untersuchten Heime. In einer repräsentativen Langzeitstudie mit einer Vergleichsgruppe, die ähnliche biographische

Risiken jedoch ohne Betreuung durch stationäre Jugendhilfeeinrichtungen aufweist, wäre zu klären, welche Auswirkungen die pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen in stationärer Jugendhilfe auf die psychische Stabilität von Jugendlichen haben.

Die Ergebnisse der Fragebögen Youth-Self-Report (YSR) und Teacher's Report-Form (TRF) weisen für den zweiten Messdurchgang hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit einen geringeren Anteil an klinisch auffälligen Jugendlichen auf. Einschränkend ist wiederum festzuhalten, dass keine entsprechende Zunahme an als unauffällig einzustufender Jugendlicher besteht, sondern ein Anstieg der fragwürdig auffälligen Jugendlichen zu verzeichnen ist.

Da sich sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil eine übereinstimmende Veränderung bezüglich der Gesamtauffälligkeit im Bereich der klinischen Auffälligkeit vorfindet, könnte man vermuten, dass sich die psychische Belastung der Jugendlichen während der Zeit nach der Erstbefragung leicht reduzierte. Dafür würden auch die geringeren Impulsivitätswerte der Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) und die höheren Scores im Bereich des positiven Sozialverhaltens beziehungsweise die geringeren Scores im Bereich des negativen Sozialverhaltens der Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) sprechen, wobei nochmals auf die eingeschränkte Interpretationsbasis der BIS-11 und der NCBRF auf Grund fehlender Normwerte hingewiesen sei.

Der Anteil an external klinisch auffälligen weiblichen Jugendlichen ist im Vergleich zur ersten Befragung ebenfalls für den YSR und die TRF geringer. Die Betrachtung des Anteils an unauffälligen Mädchen zeigt keine Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdurteil. So errechnet sich eine deutliche Zunahme an external unauffälligen Mädchen nur beim YSR. Bei den männlichen Jugendlichen zeigt sich wiederum keine Veränderung gegenüber der Erstbefragung.

Betrachtet man in diesem Kontext die Ergebnisse der Messungen mit dem Youth-Psyopathic-Traits-Inventory (YPI), welches Persönlichkeitseigenschaften erfragt, die mit externalen Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang stehen, könnte sich ein anderes Bild zeigen (Andershed et al., 2002). Für den YPI ist eine Zunahme der Jugendlichen, welche sich im Bereich für ein hohes Vorkommen von Eigenschaften der Psychopathy beschreiben, zu verzeichnen. Dieses Ergebnis könnte somit für eine Stabilität der mit dem YSR und der TRF messbaren externalen Auffälligkeit sprechen.

Der Anteil an internal als klinisch auffällig zu wertenden Jugendlichen steigt gegenüber der ersten Messung. Dieser Anstieg ist für den YSR und für die TRF zu verzeichnen, so dass sich auf Grund dieses fragebogenübergreifenden Ergebnisses trotz der beschriebenen statistischen Unsicherheit gesicherter von einer Verschlechterung der



internalen Auffälligkeit der an beiden Befragungen teilgenommenen Jugendlichen gesprochen werden kann.

Zusammenfassend lässt sich für den Vergleich der psychischen Befindlichkeit der Jugendlichen festhalten, dass sich nach einem Zeitraum von acht Monaten keine eindeutige Verbesserung der psychischen Belastung der an beiden Befragungen beteiligten Jugendlichen ergibt. Es sind einerseits Hinweise auf eine leichte Verbesserung der Gesamtauffälligkeit vorhanden. Andererseits ist eine Zunahme an internal klinisch auffälligen Jugendlichen zu verzeichnen (Hypothese 13 nicht bestätigt).

Für die hier diskutierten Veränderungen der psychischen Befindlichkeit der befragten Jugendlichen sollen lediglich kurz mögliche Erklärungen dargelegt werden. Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, die Gesamtheit der beteiligten Faktoren zu beschreiben. Daher wird versucht, die Effekte von Erziehung beziehungsweise Betreuung in stationärer Jugendhilfe auf die psychische Gesundheit der befragten Jugendlichen näher zu betrachten.

Es könnte sein, dass die Jugendlichen in der Zeit während der Befragung hinsichtlich ihrer psychischen Belastung von der Heimerziehung nicht profitiert haben. Ergebnisse von Hukkanen et al. weisen in ihrer Studie zur psychischen Gesundheit von finnischen Heimkindern keinen statistischen Zusammenhang zwischen dem Leben im Heim und schädlichen Auswirkungen dieses Umstandes auf die Psyche nach. Weiterhin kam die Studie zu der Annahme, dass die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit ebenfalls nicht dem Heimaufenthalt zugeschrieben werden kann (Hukkanen et al., 1999). Andererseits könnte es auch möglich sein, dass ohne die Betreuung in der stationären Jugendhilfe die psychische Auffälligkeit im beobachteten Zeitraum wesentlich ausgeprägter wäre. Die Betreuung der Jugendlichen in den jeweiligen Einrichtungen könnte demnach zwar keinen ausgeprägt verbessernden Effekt auf die psychische Auffälligkeit zumindest aber einen Status erhaltenden bewirkt haben. Dagegen würde allerdings die festgestellte Zunahme von internal klinisch auffälligen Jugendlichen sprechen.

Schmidt et al. bewerten in diesem Zusammenhang in der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES) die Wirksamkeit von Heimerziehung als positiv. Diese Untersuchung wurde mit Kindern und Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr durchgeführt. In der stationären Jugendhilfe leben aber überwiegend Jugendliche höheren Alters, so dass dieser positive Effekt unter Einbeziehung älterer Jugendliche eventuell geringer ausgefallen wäre (Schmidt et al., 2002).

Die Studie zu den Jugendhilfeleistungen (JULE) über die Leistungen und Grenze von Heimerziehung bewertet etwa 57 % der untersuchten Hilfeverläufe als positiv und ungefähr 16% in Ansätzen als positiv. Bei etwa 11% zeigte die Jugendhilfemaßnahme keine maßgeblichen Veränderungen und bei ungefähr 15% wurde ein negativer Verlauf festgestellt. Die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen beeinflusst dabei den Erfolg der Jugendhilfemaßnahme (Baur et al., 1998).

Die Kinderdorf-Effekte-Studie (KES) zeigt bei den Probanden einen Rückgang von Defiziten, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Belastungsfaktoren sowie einen Aufbau von Ressourcen während des Heimaufenthalts. Bei vielen Störungsbildern beschreibt die Studie jedoch keine Veränderung beziehungsweise eine Verschlechterung der psychischen Belastung. Insbesondere depressive Episoden, anhaltende affektive Störungen und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen waren schwer zu verändern (Klein et al., 2003).

Roos und Petermann schreiben der Heimerziehung aus der Perspektive der Humankapitaltheorie einen Nutzensgewinn für die Gesellschaft zu. Heimerziehung kann demnach auf Grund ihres positiven Einflusses auf die psychische Belastung der Heimbewohner zu Minderausgaben in anderen staatlichen Bereichen, wie zum Beispiel dem Gesundheitswesen, führen (Roos & Petermann, 2006).

Diese Ausführungen scheinen die Ergebnisse der Prä-Post-Betrachtung zu bestätigen. Während eines Heimaufenthaltes kann bei einer hohen psychischen Belastung von Heimbewohnern eine wesentliche Verbesserung des Auffälligkeitsstatus<sup>38</sup> trotz nachgewiesener positiver Effekte (beispielsweise beim Ausgleich von Entwicklungsdefiziten) dieser Erziehungsmaßnahme oftmals nicht erlangt werden<sup>38</sup>. Dafür spricht auch das von Buchler et al. nachgewiesene erhöhte Risiko für die Entwicklung und auch Chronifizierung einer psychischen Störung bei ehemaligen Heimbewohnern (Buchler et al., 2000).

---

<sup>38</sup> Aus dem Blickwinkel der Entwicklungspsychopathologie gibt es in diesem Zusammenhang Hinweise, dass eine frühe Intervention die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöht (Niebank und Petermann, 2002).

## 8 Schlussbetrachtung

Wie bereits erwähnt ist ein erheblicher Teil der befragten Jugendlichen als klinisch auffällig oder als grenzwertig auffällig einzuschätzen. Für eine angemessene Förderung dieser Jugendlichen scheint daher eine psychiatrische Abklärung des Krankheitswertes und eventuell eine anschließende Behandlung angezeigt zu sein.

Im Hinblick auf die im Vergleich zu in Pflegefamilien betreuten Jugendlichen erhöhte psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen, die in stationären Einrichtungen leben und deren ungünstigeren Langzeitprognose, sollte die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Jugendhilfe sowie deren fachlicher Austausch intensiviert werden. Eine am individuellen Bedarf orientierte, kooperativ und parallel erfolgende Zusammenarbeit der am Hilfeprozess involvierten Institutionen und Berufsgruppen wäre in diesem Zusammenhang anzustreben.

Diesem Ansatz folgend besteht bereits seit 2005 eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jugendamt des Landkreises Bad Doberan und der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/ Psychotherapie. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen in diesem Zusammenhang des Weiteren für einen Ausbau dieser Zusammenarbeit unter intensiverer Nutzung der Möglichkeiten der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII.

Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation von in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe lebenden, psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen, welche sich durch eine intensivere Kooperation aller beteiligten Professionen darbieten, bedürfen des Weiteren einer stärkeren Beachtung in den jeweiligen Ausbildungs-Curricula.

## 9 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. & Edelbrock C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991a). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/ 4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

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

Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991d). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Aman, M. G., Tassé, M. J., Rojahn, J. & Hammer, D. (1995). The Nisonger CBRF : A Child Behavior Rating Form For Children With Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 41-57.

Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H. & Levander, S. (2002). *Psychopathic Traits in Non-Referred Youths : Initial Test of a New Assessment Tool*. In Blaauw, E., Sheridan, L. (Hrsg.), *Psychopaths : Current International Perspectives*, 131-158, The Hague: Elsevier.

Andershed, H., Gustafson, S. B., Kerr, M. & Stattin, H. (2002). The Usefulness of Self-Reported Psychopathy-Like Traits in the Study of Antisocial Behavior among Non-Referred Adolescents. *European Journal of Personality, 16*, 383-402.

Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. & Silva P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry, 44*, 69-76.

Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Siminoff, E. & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed.)*. American Psychiatric Association: Washington, D.C..

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed. revised)*. American Psychiatric Association: Washington, D.C..

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. American Psychiatric Association: Washington, D.C..

American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF) : Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner und P. Melchers*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR) : Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim*. 2. Aufl., Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Barratt, E. S. (1995). Impulsiveness and Aggression. In Monahan, J., Stedman, H. J. (Hrsg.). *Violence and Mental Disorder : Development in Risk Assessment*. Chicago: University of Chicago Press, 61-80.

Barratt, E. S. (2000). Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11). In Rush, J. Jr. (Hrsg.). *Handbook of Psychiatric Measures : Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Association, 691-693.

Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A. D. (1998). *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen; Forschungsprojekt Jule*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bird, H. R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a crosscultural context. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37, 35-49.

Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V. & Pine, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 262-275.

Blanz, B., Schmidt, M. H. & Esser, G. (1991). Familial adversities and child psychiatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 939-950.

Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L. & Towlsen, K. (2004). Mental health of "Looked after" children : A needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117-129.

Buchler, C., Ormel, J., Post, J. & Patterson, D. (2000). The long term correlates of family foster care. *Children and Youth Services Review*, 22, 595-625.

Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, R. H., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y. & Landsverk, J. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.

Canals, J., Domenech, E., Cabajo, G. & Blade, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 287-294.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Noemi Velez, C., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – 1. Age- age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.

Costello, A. J., Edelbrock, C., Dulcan, M. K., Kalas, R. & Klaric, S. (1987). *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic, School of Medicine, University of Pittsburgh.

Darius, S., Hellwig, J. & Schrapper, C. (2001). *Krisenintervention und Kooperation als Aufgaben von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz*. Mainz: Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz.

Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Mada, P. A. F., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham, D. B. & Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology : a co-twin-control study. *Psychological Medicine*, 30, 41-52.

Dolan, M. C. & Rennie, C. E. (2006). Reliability, validity, and factor structure of the Swedish Youth Psychopathic Trait Inventory in a UK sample of conduct disordered boys. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 217-229.

Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J. M., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K., Steinhausen, H. C. & Poustka, F. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung*, 3, 54-59.

Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41, 221-244.

Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1997). Verhaltensauffälligkeiten von Schülern im Urteil der Lehrer : Reliabilität und faktorielle Validität der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 199-214.

Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie : Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218-233.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998). Die multimodale Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen : I. Indikation und medikamentöse Interventionen. *Der Kinderarzt*, 29, 171-181.

Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Englert, E., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern - Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 9-19.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Manual DISYPS-KJ Diagnostisches System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.

Döpfner, M. (2002). Hyperkinetische Störungen. In Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*, 5. Aufl.. Göttingen: Hogrefe, 151-186.

dosReis, S., Zito, J. M., Safer, D. J. & Soeken, K. L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91, 1094-1099.

Edelbrock, C. S. (1985). Child Behavior Rating Form. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 835-837.

Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) : Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 800-809.

Esser, G., Blanz, B., Geisel, B. & Laucht, M. (1989). *Mannheimer Elterninterview*. Weinheim: Beltz.

Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothberger, W. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer



Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242.

Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen : Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.

Ferdinand, R. F., van der Reijden, M., Velhust, F. C., Nienhuis, F. J. & Giel, R. (1995). Assessment of the prevalence of psychiatric disorder in young adults. *British Journal of Psychiatry*, 166, 480-488.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth control cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.

Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E. & Barratt, E. S. (2001). Psychometric Properties of an Italian Version the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) in Nonclinical Subjects. *Journal of clinical psychology*, 57, 815-828.

Franz, B. S. (2004). Predictors of behavioural and emotional problems of children placed in children`s homes in Croatia. *Child and Family Social Work*, 9, 265-271.

Gintzel, U. & Schone, R. (Hrsg.). (1990). *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie : Konzepte - Methoden – Rechtsgrundlagen*. Münster: Votum.

Günder, R. (2000). *Praxis und Methoden der Heimerziehung : Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe*. Freiburg: Lambertus.

Hare, R. D. & McPherson, L. M. (1984). Violent an Aggressive Behavior by Criminal Psychopaths. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 35-50.

Hare, R. D. (1985). Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 7-16.

Henkel, J., Schnapka, M. & Schrapper, C. (2002). *Was tun mit schwierigen Kindern? : Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe*. Münster: Beltz.

Herpertz, S. C. & Saß, H. (1997). Impulsivität und Impulskontrolle : Zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptionalisierung. *Nervenarzt*, 68, 171-183.

Herpertz, S. C. & Habermeyer, E. (2004). „Psychopathy“ als Subtyp der antisozialen Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 8, 73-83.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen : Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.

Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L. & Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children`s homes. *European child and adolescent psychiatry*, 8, 268-275.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 201-211.

Kjelsberg, E. & Nygren, P. (2004). The Prevalence of emotional and behavioral problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 319-325.

Klein, J., Erlacher, M. & Macsenaere, M. (2003). *Die Kinderdorf-Effekte-Studie (KES)*. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.

Kraenz, S. (2002) *Zur aktuellen seelischen Gesundheit einer Rostocker Schülerstichprobe im intra- und transkulturellen Vergleich*. unveröffentlichte Dissertation, Universität Rostock, Rostock.

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Ihle, W., Löffler, W., Stohr, R. M., Weindrich, D. & Weinel, H. (1992). „Risikokinder“ : Zur Beurteilung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41, 274-285.

Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern - ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 83-96.

Löcherbach, P., Heinrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H. J., Knopp-Vater, M., Riekman, N., Schneider, A. & Weber, I. (1999). Entwicklung und Indikatoren zur Bedarfsentwicklung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 615-644.

Manly, J. T., Jungmeen, K. E., Rogosch, F. A. & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment : contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.

Marburger, H. (2006). *SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe : Textausgabe mit ausführlicher Kommentierung*. 2. Aufl.. Regensburg: Walhalla u. Praetoria.

McCann, J. B., James, A., Wilson, S. & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529-1530.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Pardridge, F., Silva, P. A. & Kelly, J. (1990). DSM-III-disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.

Mehringer, A. (1994). *Heimkinder : gesammelte Aufsätze zur Geschichte und zur Gegenwart der Heimerziehung*. 4. Aufl.. München: E. Reinhardt.

Meltzer, H., Corbin, T., Gatward, R., Goodman R. & Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England : summary report*. London: The Stationary Office.

Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Goodman R. & Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in Scotland : summary report*. Edinburgh: The Stationary Office.

Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A., J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in Foster Care : Mental health, service use and costs. *European-Child-and-Adolescent-Psychiatry*, 15, 63-70.

Münchmeier, R. (1999). Geschichte der Heimerziehung : 1670-1936 / History of German Residential Care : 1870-1936. In Colla, H., Gabriel, T., Millham, S., Müller Teussler, S. & Winkler, M. (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa / Handbook Residential and Foster Care in Europe*. Neuwied: Luchterhand, 141-152.

Niebank, K. & Petermann, F., (2002). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie*. 5. Aufl.. Göttingen: Hogrefe, 57-94.

Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2005). Psychopathie – Gegenindikation für Sozialtherapie?. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88, 257-272.

Nützel, J., Schmid, M., Goldbeck, L. & Fegert, J. M. (2005). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 627-644.

Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barrat, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of clinical psychology*, 51, 768-774.

Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2002). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*, 29-56. 5. Aufl.. Göttingen: Hogrefe.

Post, W. (1997). *Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.

Offord, D. R., Boyle, M. H. & Racine, Y. (1989). Ontario child health study : correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 856-860.

Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K., Moilanen, I. & Koivisto, A. M. (1998). Psychiatric disturbances among prepubertal children in Southern Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 310-318.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Lefkowitz, E. S., Pakiz, B. & Frost, A. K. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 369-377.

Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO : Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. 5. Aufl., Bern: Huber.

Roos, K. & Petermann, F. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 45-54.

Sarimski, K. (2004). Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 319-332.

Sarimski, K. (2005). Verhaltensbeobachtung und Verhaltenseinschätzung. In Stahl, B., Irblich, D. (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung : Ein interdisziplinäres Handbuch*. Göttingen: Hogrefe, 113-135.

Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders : The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.

Schrapper, C. (2004). Teilhabe ermöglichen : Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach § 25a KJHG. In Fegert, J., M., Schrapper, C. (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie : Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim: Juventa, 203-207.

Schmid, M. & Fegert, J. M. (2006). Viel Lärm um nichts?. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 1, 30-35.

Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J., M. & Goldbeck, L. (2006). Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe?. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 554-558.

Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern : Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.

Schmidt, M., H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölzl, H. & Knab, E. (2002). *Bundesministerium für Familie, Senioren , Frauen und Jugend. Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneider, K. (1923). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Leipzig: F. Deuticke.

Sevecke, K., Krischer, M. K., Schönberg, T. & Lehmkuhl, G. (2005a). Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? : Literaturübersicht und Fallbeispiele. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 173-190.

Sevecke, K., Krischer, M. K., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005b). Das Psychopathy-Konzept und seine psychometrische Erfassung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73, 392-400.

Skeem, J. L. & Cauffman, E. (2003). Views of the Downward Extension : Comparing the Youth Version of the Psychopathy Checklist with the Youth Psychopathic traits Inventory. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 737-770.

Tassé, M. J., Aman, M. G., Hammer, D. & Rojan, J. (1996). The Nisonger Child Behavior Rating Form : Age and Gender Effects and Norms. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 59-75.

Velhust, F. C. (1995). A review of community studies. In Velhust, F. C. & Koot (Hrsg.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: University Press, 146-177.

Velhust, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.

Weyerer, S., Castell, R., Biener, A., Artner, K. & Dilling H. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3 to 14-year-old children : results of a representative field study in the small town rural region of Traunstein, upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 290-296.

Wiesner, R. (Hrsg.).(2006). SGB Kinder- und Jugendhilfe : Kommentar. 3. Aufl.. München: Beck.

Wittchen, H. -U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E. -M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegglänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, paper-pencil and CAPI version 2.2, 2/95, english)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

**Wolf, Klaus (Hrsg.). (1995). *Entwicklungen in der Heimerziehung*. 2. Aufl.. Münster: Votum.**

**Wölfel, I. (1999). Disparitäten in der Heimerziehung in Ostdeutschland / Disparities in Residential Treatment in Eastern Germany. In Colla, H., Gabriel, T., Millham, S., Müller Teussler, S. & Winkler, M. (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa / Handbook Residential and Foster Care in Europe*. Neuwied: Luchterhand, 121-127.**

**Wolff, J. (1999). Zwangserziehung und Strafrecht im Nationalsozialismus / Law, Locks, and Bars during the „Third Reich“. In Colla, H., Gabriel, T., Millham, S., Müller Teussler, S. & Winkler, M. (Hrsg.), *Handbuch für Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa / Handbook Residential Care and Foster Care in Europe*. Neuwied: Luchterhand, 153-161.**

**World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research*. Genf: World Health Organization.**

**World Health Organization (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien*. 2. Aufl.. Bern: Huber.**



## 10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Heimstichprobe (Sonderschüler) im Vergleich mit Sarimski 2004 und Tassé et al. 1996.....	36
Abbildung 2:	Hintergrund der Erziehung in stationärer Jugendhilfe.....	42
Abbildung 3:	Schulabschluss/ besuchte Schule des Jugendlichen.....	42
Abbildung 4:	Angaben zu den Eltern der Jugendlichen hinsichtlich Arbeitstätigkeit etc. ....	42
Abbildung 5:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“.....	44
Abbildung 6:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“.....	44
Abbildung 7:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“.....	45
Abbildung 8:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“.....	45
Abbildung 9:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Soziale Probleme“.....	46
Abbildung 10:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“.....	47
Abbildung 11:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“.....	47
Abbildung 12:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“.....	48
Abbildung 13:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“.....	48
Abbildung 14:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“.....	49
Abbildung 15:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“.....	49
Abbildung 16:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“.....	50
Abbildung 17:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“.....	51
Abbildung 18:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“.....	51
Abbildung 19:	Mittelwerte des Gesamtscores der BIS-11 - Jungen/Mädchen.....	52
Abbildung 20:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Subskalen der BIS-11.....	53
Abbildung 21:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“.....	54
Abbildung 22:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“.....	54
Abbildung 23:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala "Ängstlich/Depressiv".....	55
Abbildung 24:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“.....	55
Abbildung 25:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala "Soziale Probleme".....	56
Abbildung 26:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“.....	56
Abbildung 27:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“.....	57
Abbildung 28:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“.....	57

Abbildung 29:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“ .....	58
Abbildung 30:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“ .....	58
Abbildung 31:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“ .....	59
Abbildung 32:	Skalenmittelwerte der NCBRF der gesamten Heimstichprobe.....	60
Abbildung 33:	Skalenmittelwerte der NCBRF - Heimstichprobe nach Schulform.....	60
Abbildung 34:	Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Youth-Self-Report (YSR).....	63
Abbildung 35:	Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI).....	64
Abbildung 36:	Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Teacher´s Report-Form (TRF).....	65
Abbildung 37:	Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	66
Abbildung 38:	Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	66
Abbildung 39:	Zusammenhang von Alter und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	67
Abbildung 40:	Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Youth-Self-Report (YSR).....	68
Abbildung 41:	Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI).....	69
Abbildung 42:	Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Teacher´s Report-Form (TRF).....	70
Abbildung 43:	Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	72
Abbildung 44:	Zusammenhang von besuchter Schulform und Geschlecht nach Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF).....	72
Abbildung 45:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“ .....	74
Abbildung 46:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“ .....	74
Abbildung 47:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ .....	75
Abbildung 48:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ .....	75
Abbildung 49:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich depressiv“ .....	76
Abbildung 50:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“ .....	76
Abbildung 51:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“.....	77
Abbildung 52:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“.....	77
Abbildung 53:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“ .....	78
Abbildung 54:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“ .....	78
Abbildung 55:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“.....	78
Abbildung 56:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“.....	79

Abbildung 57:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ .....	79
Abbildung 58:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ .....	80
Abbildung 59:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ .....	80
Abbildung 60:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ .....	81
Abbildung 61:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“ .....	81
Abbildung 62:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“ .....	82
Abbildung 63:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“ .....	82
Abbildung 64:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“ .....	83
Abbildung 65:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“ .....	83
Abbildung 66:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“ .....	84
Abbildung 67:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“ .....	85
Abbildung 68:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“ .....	85
Abbildung 69:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“ .....	86
Abbildung 70:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“ .....	86
Abbildung 71:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“ .....	87
Abbildung 72:	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „Impulsiv / Verantwortungslos“ .....	87
Abbildung 73:	Mittelwerte - 1. und 2. Messung der Dimensionen und Gesamtscore	88
Abbildung 74:	Mittelwerte - Jungen 1. und 2. Messung der Dimensionen und Gesamtscore .....	88
Abbildung 75:	Mittelwerte - Mädchen 1. und 2. Messung der Dimensionen und Gesamtscore .....	89
Abbildung 76:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“ .....	90
Abbildung 77:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“ .....	90
Abbildung 78:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ .....	91
Abbildung 79:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ .....	91
Abbildung 80:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“ .....	92
Abbildung 81:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“ .....	92
Abbildung 82:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“ .....	93
Abbildung 83:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“ .....	93
Abbildung 84:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“ .....	94

Abbildung 85:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „soziale Probleme“	94
Abbildung 86:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“	95
Abbildung 87:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“	95
Abbildung 88:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“	95
Abbildung 89:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“	96
Abbildung 90:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“	96
Abbildung 91:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“	97
Abbildung 92:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“	98
Abbildung 93:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“	98
Abbildung 94:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“	99
Abbildung 95:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtprävalenz“	99
Abbildung 96:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtprävalenz“	100
Abbildung 97:	Mittelwerte der Befragungen für die gesamte Heimstichprobe	100
Abbildung 98:	Mittelwerte der Heimstichprobe Befragung 1	101
Abbildung 99:	Mittelwerte der Heimstichprobe Befragung 2	102
Abbildung 100:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“	110
Abbildung 101:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Sozialer Rückzug“	110
Abbildung 102:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“	111
Abbildung 103:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Körperliche Beschwerden“	111
Abbildung 104:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“	112
Abbildung 105:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „ängstlich / depressiv“	112
Abbildung 106:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“	113
Abbildung 107:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Internale Auffälligkeit“	113
Abbildung 108:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Soziale Probleme“	114
Abbildung 109:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Soziale Probleme“	114
Abbildung 110:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“	115
Abbildung 111:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „schizoid / zwanghaft“	115
Abbildung 112:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“	116
Abbildung 113:	Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“	116

---

Abbildung 114: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ .....	117
Abbildung 115: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Dissoziales Verhalten“ .....	117
Abbildung 116: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“ .....	118
Abbildung 117: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Aggressives Verhalten“ .....	118
Abbildung 118: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“ .....	119
Abbildung 119: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Externale Auffälligkeit“ .....	119
Abbildung 120: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“ .....	120
Abbildung 121: Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung auf der Skala „Gesamtauffälligkeit“ .....	120

## 11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (nach Petermann et al. 2002, Bird et al. 1996).....	13
Tabelle 2: Prävalenz psychischer Störungen Kinder und Jugendliche der Ulmer Heimstichprobe (nach Nützel et al. 2005).....	16
Tabelle 3: Geschlechtsverteilung, 13-18jährige Jugendliche (Kraenz 2002).....	20
Tabelle 4: Altersverteilung der Rostocker Schülerstichprobe (Kraenz 2002) .....	21
Tabelle 5: Relative Häufigkeiten psychischer Auffälligkeit auf der Basis der Normierung für den deutschen Sprachraum (nach Kraenz 2002).....	21
Tabelle 6: Faktoren des Youth-Self-Report (YSR).....	28
Tabelle 7: Faktoren der Teacher`s Report-Form (TRF) .....	33
Tabelle 8: BIS-11 Mittelwerte im internationalen Vergleich .....	35
Tabelle 9: Geschlechtsspezifischer Vergleich Gesamtscore BIS-11 .....	36
Tabelle 10: Struktur der untersuchten Wohngruppen des JSW Region Rostock e.V. .	38
Tabelle 11: Struktur der untersuchten Wohngruppen des ASB Kinder- und Jugendhilfeverbundes Landkreis Bad Doberan.....	39
Tabelle 12: Struktur der untersuchten Wohngruppen des AWO Kreisverbandes Bad Doberan e.V. ....	40
Tabelle 13: Struktur der untersuchten Wohngruppe des therapeutischen Kinder- und Jugendhauses Becker .....	40
Tabelle 14: Geschlechtsverteilung, 13-20jährige Jugendliche .....	41
Tabelle 15: Altersverteilung der Heimstichprobe .....	41
Tabelle 16: YSR - Auffälligkeitsgrad anhand normierter T-Werte.....	43
Tabelle 17: Z-Werteinteilung nach Andershed et al. (Andershed et al. 2002) .....	50
Tabelle 18: TRF - Auffälligkeitsgrad anhand normierter T-Werte.....	53
Tabelle 19: Altersverteilung der Heimstichprobe .....	61
Tabelle 20: Verteilung der Heimstichprobe nach Schulform .....	61
Tabelle 21: Z-Werteinteilung nach Andershed et al. (Andershed et al. 2002) .....	84
Tabelle 22: Prävalenz psychischer Störungen bei Heimkindern .....	121



V. 1. **Wieviele gute Freundinnen oder Freunde hast Du?**  Keine  einen  zwei bis drei  vier oder mehr  
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

2. **Wie oft pro Woche unternimmst Du etwas mit Deinen Freundinnen/Freunden außerhalb der Schulstunden?**  
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

weniger als einmal  ein- bis zweimal  dreimal oder häufiger

VI. **Im Vergleich mit anderen Jugendlichen Deines Alters:**

	schlechter	etwa gleich	besser	
a. <b>Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Geschwister.
b. <b>Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <b>Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <b>Wie gut kannst Du Dich alleine beschäftigen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. **Deine gegenwärtigen Schulleistungen:**

Ich besuche keine Schule

	sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. <b>Lesen, Deutsch</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <b>Rechnen oder Mathematik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <b>Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>andere Fächer</b> e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>nicht Fächer wie</b> g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunst, Musik, Sport usw.)				

(Bitte benutze weitere Blätter, wenn der Platz bei den folgenden Fragen nicht ausreicht.)

**Hast Du eine Krankheit, eine körperliche Behinderung oder eine Beeinträchtigung?**

nein  ja, bitte beschreiben:

Bitte beschreibe alle Sorgen und Probleme, die Du mit der Schule hast:

Bitte beschreibe hier alle anderen Sorgen, die Du hast:

Bitte beschreibe jetzt die Dinge, die Du an Dir selbst am besten findest:





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

57. Ich greife andere körperlich an .....0 1 2  
 58. Ich zupfe an der Haut oder kratze mich an  
 anderen Körperstellen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
59. Ich kann sehr freundlich sein .....0 1 2  
 60. Ich probiere gern etwas Neues aus.....0 1 2  
 61. Ich bin schlecht in der Schule .....0 1 2  
 62. Ich bin unbeholfen oder schwerfällig.....0 1 2  
 63. Ich bin lieber mit älteren zusammen als  
 mit Jugendlichen meines Alters.....0 1 2  
 64. Ich bin lieber mit jüngeren als mit  
 Jugendlichen meines Alters zusammen .....0 1 2  
 65. Ich will nicht sprechen .....0 1 2  
 66. Ich wiederhole bestimmte Handlungen immer  
 wieder (wie unter Zwang); bitte  
 beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
67. Ich laufe von zu Hause weg.....0 1 2  
 68. Ich schreie viel .....0 1 2  
 69. Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich.....0 1 2  
 70. Ich sehe Dinge, die andere nicht zu sehen  
 scheinen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.....0 1 2  
 72. Ich zünde gerne oder habe schon Feuer gelegt .....0 1 2  
 73. Ich kann mit meinen Händen geschickt umgehen...0 1 2  
 74. Ich produziere mich gern oder spiele den Clown .....0 1 2  
 75. Ich bin schüchtern .....0 1 2  
 76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen...0 1 2  
 77. Ich schlafe tagsüber und/oder nachts mehr als  
 die meisten Jugendlichen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
78. Ich habe viel Phantasie.....0 1 2  
 79. Ich habe Probleme mit dem Sprechen; bitte  
 beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
80. Ich setze mich für meine Rechte ein .....0 1 2  
 81. Ich habe zu Hause gestohlen .....0 1 2  
 82. Ich habe anderswo gestohlen .....0 1 2  
 83. Ich horte Dinge, die ich nicht brauche; bitte  
 beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
84. Ich tue Dinge, die andere Leute seltsam  
 finden; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
85. Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere  
 Leute seltsam finden würden; bitte beschreiben: 0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig .....0 1 2  
 87. Meine Stimmung oder Gefühle wechseln  
 plötzlich.....0 1 2  
 88. Ich bin gerne mit anderen Leuten zusammen.....0 1 2  
 89. Ich bin mißtrauisch.....0 1 2  
 90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter...0 1 2  
 91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen.....0 1 2  
 92. Ich bringe andere gern zum Lachen .....0 1 2  
 93. Ich rede zuviel.....0 1 2  
 94. Ich hänsele andere gern .....0 1 2  
 95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges  
 Temperament.....0 1 2  
 96. Ich denke zuviel an sexuelle Dinge .....0 1 2  
 97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.....0 1 2  
 98. Ich bin hilfsbereit.....0 1 2  
 99. Ich bin zu sehr auf Ordentlichkeit oder  
 Sauberkeit bedacht .....0 1 2  
 100. Ich habe Schlafprobleme; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
101. Ich schwänze die Schule oder einzelne  
 Schulstunden .....0 1 2  
 102. Ich habe nicht genug Energie .. .....0 1 2  
 103. Ich bin unglücklich, traurig oder  
 niedergeschlagen.....0 1 2  
 104. Ich bin lauter als andere Jugendliche .....0 1 2  
 105. Ich trinke Alkohol, nehme Drogen oder  
 Medikamente, die nicht von einem Arzt  
 verschrieben wurden; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
106. Ich versuche, anderen gegenüber fair zu sein .....0 1 2  
 107. Ich habe Spaß an einem guten Scherz .....0 1 2  
 108. Ich nehme das Leben gerne von der  
 leichten Seite .....0 1 2  
 109. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen,  
 wenn ich kann.....0 1 2  
 110. Ich möchte gerne dem anderen Geschlecht  
 angehören.....0 1 2  
 111. Ich bin zurückhaltend,nehme keinen Kontakt  
 zu anderen auf .....0 1 2  
 112. Ich mache mir viele Sorgen .....0 1 2

---> Bitte prüfe nach, ob Du alle Fragen  
 beantwortet hast.  
 ---> Unterstreiche bitte diejenigen Probleme,  
 die Dir Sorgen machen.

**Vielen Dank !**

Was wäre Dir noch wichtig mitzuteilen in Bezug auf Deine Gefühle, Verhaltensweisen und Interessen?



## 12.2 Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

### YPI

#### Instruktionen

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die davon handeln, was Du über bestimmte Dinge denkst oder fühlst. Lies jede Aussage sorgfältig und entscheide, wie gut diese Aussage für Dich zutrifft. Du kannst zwischen vier verschiedenen Antworten bei jeder Aussage wählen.

Beantworte jede Aussage so wie Du dich meistens fühlst oder denkst, nicht nur danach, wie Du dich jetzt gerade im Moment fühlst.

#### Beispiel:

	stimmt überhaupt nicht	stimmt kaum	stimmt ein wenig	stimmt genau
Ich lese gerne Bücher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mach ein Kreuz in das Kästchen, das dem entspricht, wie Du dich fühlst.  
Denk nicht zu lange bei jeder Aussage nach.

#### Zu Erinnerung:

- **Beantworte ALLE Aussagen.**
- **Mach kein Kreuz zwischen zwei Möglichkeiten.**
- **Mach nur ein Kreuz pro Aussage**

#### Wichtig!!!

Es gibt keine Antworten, die „richtig“ oder „falsch“ sind. Du kannst nicht besser oder schlechter als irgendjemand sonst abschneiden. Wir sind daran interessiert zu erfahren, was Du denkst und fühlst, nicht was „richtig“ oder „falsch“ ist.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Forschungsversion 3.0, Deutsche Version 2.0 aus 07/2005. © Andershed et. al., Center for Developmental Research, Örebro University, Sweden.

		stimmt überhaupt nicht	stimmt kaum	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Ich bin gerne da, wo aufregende Dinge passieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Normalerweise bleibe ich ruhig, wenn andere Leute ängstlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich gebe mein Geld lieber direkt aus als es zu sparen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich langweile mich schnell, wenn zu wenig passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich habe wahrscheinlich häufiger als die meisten anderen Menschen die Schule oder die Arbeit abgebrochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mir fällt es leicht, andere zu beeindrucken und zu verführen, um das zu bekommen was ich von ihnen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Es macht Spaß, Geschichten zu erfinden und andere dazu zu bringen auch daran zu glauben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich habe die Fähigkeit weder Schuldgefühle noch Bedauern über Dinge zu empfinden, für die sich andere Menschen schuldig fühlen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich halte mich für einen ziemlich impulsiven Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich bin in fast allem besser als alle anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich kann Leute dazu bringen mir fast alles zu glauben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich glaube, dass Weinen ein Zeichen von Schwäche ist, auch wenn dich dabei niemand sieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wenn ich eine Menge Geld in einer Lotterie gewinnen würde, würde ich die Schule oder meine Arbeit abbrechen und einfach Dinge tun, die Spaß machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich kann Menschen betrügen, indem ich meinen Charme und mein Lächeln einsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Es gelingt mir gut, dass Menschen an mich glauben, wenn ich irgendetwas erfinde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich bin oft zu spät zur Arbeit oder zur Schule gekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Wenn andere Menschen Probleme haben, ist es oft ihre eigene Schuld, daher sollte man ihnen nicht helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Es passiert oft, dass ich zuerst rede und dann erst nachdenke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich habe viel größere Fähigkeiten als andere Leute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Es fällt mir leicht, Menschen zu manipulieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt überhaupt nicht	stimmt kaum	stimmt ein wenig	stimmt genau
21	Ich bedaure selten Dinge, die ich tue, auch wenn andere Menschen meinen, dass sie falsch sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich mache gerne Dinge nur wegen des Nervenkitzels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Es ist mir wichtig, die Gefühle anderer Menschen nicht zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Manchmal lüge ich, nur weil es Spaß macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Nervös und ängstlich zu sein, ist ein Zeichen von Schwäche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wenn ich die Möglichkeit habe etwas zu tun, was Spaß macht, tue ich es, egal was ich vorher gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Wenn mich jemand etwas fragt, habe ich normalerweise eine schnelle Antwort, die glaubhaft klingt, auch wenn ich sie mir gerade erst ausgedacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Wenn jemand einen Fehler von mir herausbekommen hat, ärgere ich mich eher als dass ich mich schuldig fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Mir wird es schnell langweilig, immer wieder dasselbe zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Wenn ich die Verantwortung hätte, wäre die Welt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Um Menschen dazu zu bringen, das zu tun, was ich will, finde ich es oft wirksam, sie zu betrügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Es passiert mir oft, dass ich Dinge tue, ohne voraus zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Ich bin ziemlich oft charmant und nett auch gegenüber Menschen, die ich nicht mag, um das zu bekommen, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Es ist mehrmals vorgekommen, dass ich etwas ausgeliehen und es dann verloren habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Ich bin oft traurig oder bewegt, wenn ich traurige Dinge im Fernsehen oder im Kino sehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Was anderen Angst macht, ängstigt mich normalerweise nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Ich bin wichtiger und wertvoller als andere Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Wenn es nötig ist, benütze ich mein Lächeln und meinen Charme, um andere zu benützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Ich verstehe nicht, wie Menschen von Dingen, die sie im Fernsehen oder im Kino sehen so berührt sind, dass sie darüber weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Oft bin ich meinen Pflichten in der Schule oder bei der Arbeit nicht rechtzeitig nachgekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt überhaupt nicht	stimmt kaum	stimmt ein wenig	stimmt genau
41	Ich bin dazu bestimmt, eine bekannte, wichtige und einflussreiche Person zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Ich liebe es, aufregende und gefährliche Dinge zu tun, auch wenn sie verboten und illegal sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Manchmal merke ich, dass ich lüge, ohne dass es einen besonderen Grund gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Schuld oder Reue über etwas zu empfinden, was man getan hat und was andere Menschen verletzt hat, ist ein Zeichen von Schwäche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Ich lasse mich durch meine Gefühle nicht so stark beeinflussen, wie das andere Menschen tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Es ist vorgekommen, dass ich jemanden benutzt habe, um etwas zu bekommen, was ich haben wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Ich liebe es zu übertreiben und Dinge auszuschnücken, wenn ich über etwas rede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Schuld und Bedauern zu empfinden, wenn man etwas falsch gemacht hat, ist Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Ich werde gewöhnlich traurig, wenn ich andere Menschen sehe, die weinen oder traurig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Ich habe oft Probleme gekriegt, weil ich zu viel gelogen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12.3 Barratt-Impulsivness-Scale (BIS-11)

### Barratt Implusiveness Scale (BIS)

11. Revision (Bis-11, Patton & Barratt, 1995)

In diesem Fragebogen geht es darum, wie man sein eigenes Verhalten steuert. Darin unterscheiden sich Menschen sehr voneinander. Manche Menschen mögen es gar nicht langfristig zu planen und handeln lieber ganz spontan. Andere Menschen ziehen es vor, nichts dem Zufall zu überlassen, sondern möchten auf alles vorbereitet sein. Niemand kann beurteilen, welches der bessere Weg ist. Bitte geben Sie an, wie oft die einzelnen Aussagen auf Sie zutreffen. Überlegen Sie dabei nicht, wie Sie sich gerne verhalten würden oder wie Sie meinen, dass man sich verhalten sollte, sondern versuchen Sie zu beurteilen, wie Sie sich tatsächlich verhalten.

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen „nie/selten“, „gelegentlich“, „oft“ oder „immer/fast immer“ auf Sie zutreffen:

	nie/selten	gelegentlich	oft	immer/ fast immer
1. Ich bereite mich auf meine Aufgaben und Pflichten sorgfältig vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich tue Dinge, ohne darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin entschlossfreudig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin sorglos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich passe nicht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gedanken rasen durch meinen Kopf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich plane einen Ausflug rechtzeitig im voraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin beherrscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kann mich leicht konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich spare mein Geld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich drücke mich vor Theaterbesuchen oder Vorträgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin ein gründlicher Denker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich kümmere mich um Sicherheit am Arbeitsplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich sage Dinge ohne darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich mag es, über schwierige Probleme nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich wechsle meine Jobs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich handle impulsiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mir wird schnell langweilig, wenn ich über ein Problem nachdenke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich folge meinen augenblicklichen Eingebungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen „nie/selten“, „gelegentlich“, „oft“ oder „immer/fast immer“ auf Sie zutreffen:

	nie/selten	gelegentlich	oft	immer/ fast immer
20. Ich bin ein ausdauernder Denker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich wechsele meine Wohnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich kaufe Sachen spontan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich kann nicht über zwei Dinge gleichzeitig nachdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich wechsele meine Hobbys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich gebe mehr Geld aus, als ich verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wenn ich nachdenke, kommen mir oft nebensächliche Gedanken in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich kümmere mich mehr um die Gegenwart als um die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Im Theater oder bei Vorträgen werde ich unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich mag Puzzles und Geduldspiele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich bin zukunftsorientiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Aufmerksamkeit: 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26 u. 28*

*Motor. Impulsivität: 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 u. 30*

*Voraussicht: 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27 u. 29*

*Folgende Items sind negativ formuliert und müssen umgepolt werden: 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20 u. 29*



**VIII. Im Vergleich mit Schülern des gleichen Alters:**

	Sehr viel weniger	deutlich weniger	etwas weniger	etwa gleich viel	etwas mehr	deutlich mehr	sehr viel mehr
1. Wieviel arbeitet er/sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie angemessen verhält er/sie sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wieviel lernt er/sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie glücklich oder zufrieden ist er/sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IX. Ergebnisse von Schulleistungstests jüngeren Datums (sofern verfügbar):**

Name des Tests	Datum der Durchführung	Testergebnis
1.		
2.		
3.		

**X. Ergebnisse von Intelligenz-, Fertigungs-, Eignungs- oder Reifetests (sofern verfügbar):**

Name des Tests	Datum der Durchführung	Testergebnis
1.		
2.		
3.		

(Bitte benutzen Sie für die folgenden Fragen ggf. zusätzliche Blätter!)

**Hat dieser Schüler eine Krankheit, eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung ?**

nein  ja, bitte beschreiben

Worüber machen Sie sich bei diesem Schüler die meisten Sorgen?

Welche positiven Aspekte können Sie über diesen Schüler berichten?

**Bitte notieren Sie weitere Informationen über das Arbeiten dieses Schülers, sein Verhalten oder seine Möglichkeiten und Fähigkeiten.**

(Eventuell bitte weitere Blätter einfügen.)

---



---



---



---



---



---



---

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

<b>0 = nicht zutreffend</b> (soweit bekannt)	<b>1 = etwas oder manchmal zutreffend</b>	<b>2 = genau oder häufig zutreffend</b>
---	---	---

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter ..... 0 1 2</p> <p>2. Summt oder macht seltsame Geräusche<br/>im Unterricht ..... 0 1 2</p> <p>3. Streitet oder widerspricht viel ..... 0 1 2</p> <p>4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende ..... 0 1 2</p> <p>5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen<br/>Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge ..... 0 1 2</p> <p>6. Ist trotzig, ablehnend oder frech zu<br/>den Lehrern/Lehrerinnen ..... 0 1 2</p> <p>7. Gibt an, schneidet auf ..... 0 1 2</p> <p>8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht<br/>lange aufpassen ..... 0 1 2</p> <p>9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los;<br/>bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2</p> <hr/> <p>10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig<br/>oder überaktiv ..... 0 1 2</p> <p>11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu<br/>abhängig ..... 0 1 2</p> <p>12. Klagt über Einsamkeit ..... 0 1 2</p> <p>13. Ist verwirrt oder zerstreut ..... 0 1 2</p> <p>14. Weint viel ..... 0 1 2</p> <p>15. Ist zappelig ..... 0 1 2</p> <p>16. Ist roh oder gemein zu anderen oder<br/>schüchtert sie ein ..... 0 1 2</p> <p>17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren ..... 0 1 2</p> <p>18. Verletzt sich absichtlich oder versucht<br/>Selbstmord ..... 0 1 2</p> <p>19. Verlangt viel Beachtung ..... 0 1 2</p> <p>20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt ..... 0 1 2</p> <p>21. Zerstört die Sachen anderer ..... 0 1 2</p> <p>22. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen ..... 0 1 2</p> <p>23. Gehorcht nicht in der Schule ..... 0 1 2</p> <p>24. Stört andere Schüler ..... 0 1 2</p> <p>25. Kommt mit anderen Schülern nicht aus ..... 0 1 2</p> <p>26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,<br/>wenn er/sie sich schlecht benommen hat ..... 0 1 2</p> <p>27. Ist leicht eifersüchtig ..... 0 1 2</p> <p>28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen<br/>oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben:<br/>(keine Süßigkeiten angeben) _____ .. 0 1 2</p> <hr/> <p>29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situa-<br/>tionen oder Plätzen (Schule ausgenommen);<br/>bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2</p> <hr/> <p>30. Hat Angst, in die Schule zu gehen ..... 0 1 2</p> <p>31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken<br/>oder zu tun ..... 0 1 2</p> <p>32. Glaubte, perfekt sein zu müssen ..... 0 1 2</p> | <p>33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand<br/>ihn/sie liebt ..... 0 1 2</p> <p>34. Glaubte, andere wollen ihm/ihr<br/>etwas antun ..... 0 1 2</p> <p>35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen ..... 0 1 2</p> <p>36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt<br/>zu Unfällen ..... 0 1 2</p> <p>37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien ..... 0 1 2</p> <p>38. Wird viel gehänselt ..... 0 1 2</p> <p>39. Hat Umgang mit anderen, die in<br/>Schwierigkeiten geraten ..... 0 1 2</p> <p>40. Hört Geräusche oder Stimmen, die<br/>nicht da sind; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2</p> <hr/> <p>41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu<br/>überlegen ..... 0 1 2</p> <p>42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen ..... 0 1 2</p> <p>43. Lügt, betrügt oder schwindelt ..... 0 1 2</p> <p>44. Kaut Fingernägel ..... 0 1 2</p> <p>45. Ist nervös, reizbar oder angespannt ..... 0 1 2</p> <p>46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen<br/>(betrifft nicht die unter 10 erwähnte<br/>Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2</p> <hr/> <p>47. Ist überangepaßt ..... 0 1 2</p> <p>48. Wird von anderen Schülern nicht gemocht ..... 0 1 2</p> <p>49. Hat Lernschwierigkeiten ..... 0 1 2</p> <p>50. Ist zu furchtsam oder ängstlich ..... 0 1 2</p> <p>51. Fühlt sich schwindelig ..... 0 1 2</p> <p>52. Hat zu starke Schuldgefühle ..... 0 1 2</p> <p>53. Redet dazwischen ..... 0 1 2</p> <p>54. Ist immer müde ..... 0 1 2</p> <p>55. Hat Übergewicht ..... 0 1 2</p> <p>56. Hat folgende Probleme ohne bekannte<br/>körperliche Ursachen:<br/>a) Schmerzen (außer Kopf- oder<br/>Bauchschmerzen) ..... 0 1 2<br/>b) Kopfschmerzen ..... 0 1 2<br/>c) Übelkeit ..... 0 1 2<br/>d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche,<br/>die durch Brille korrigiert sind); bitte<br/>beschreiben: _____ .. 0 1 2<br/>e) Hautausschläge oder andere Haut-<br/>probleme ..... 0 1 2<br/>f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe ..... 0 1 2<br/>g) Erbrechen, Hochwürgen ..... 0 1 2<br/>h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: ..... 0 1 2</p> <hr/> |
|---|--|

**0 = nicht zutreffend**    **1 = etwas oder manchmal zutreffend**    **2 = genau oder häufig zutreffend**  
 (soweit bekannt)

- 57. Greift andere körperlich an .....0 1 2
- 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 59. Schläft im Unterricht ein .....0 1 2
- 60. Ist apathisch oder unmotiviert .....0 1 2
- 61. Ist schlecht in der Schule .....0 1 2
- 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....0 1 2
- 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen .....0 1 2
- 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen .....0 1 2
- 65. Weigert sich zu sprechen .....0 1 2
- 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 67. Stört in der Klasse .....0 1 2
- 68. Schreit viel .....0 1 2
- 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....0 1 2
- 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen .....0 1 2
- 72. Arbeitet unordentlich .....0 1 2
- 73. Verhält sich verantwortungslos; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.....0 1 2
- 75. Ist schüchtern oder zaghaft .....0 1 2
- 76. Zeigt aufbrausendes und unberechenbares Verhalten .....0 1 2
- 77. Muß Forderungen sofort erfüllt bekommen, ist schnell frustriert .....0 1 2
- 78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar.....0 1 2
- 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 80. Starrt ins Leere .....0 1 2
- 81. Ist bei Kritik schnell verletzt .....0 1 2
- 82. Stiehlt .....0 1 2
- 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar .....0 1 2
- 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....0 1 2
- 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt.....0 1 2
- 89. Ist mißtrauisch .....0 1 2
- 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter .....0 1 2

- 91. Spricht davon, sich umzubringen.....0 1 2
- 92. Bleibt unter seinen Möglichkeiten, könnte mehr leisten .....0 1 2
- 93. Redet zuviel .....0 1 2
- 94. Hänzelt andere gern.....0 1 2
- 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.....0 1 2
- 96. Scheint sich übermäßig mit Sex zu beschäftigen .....0 1 2
- 97. Bedroht andere.....0 1 2
- 98. Kommt zu spät zur Schule oder zum Unterricht .....0 1 2
- 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....0 1 2
- 100. Erledigt aufgetragene Arbeiten nicht.....0 1 2
- 101. Schwänzt die Schule oder fehlt unentschuldig .....0 1 2
- 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.....0 1 2
- 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....0 1 2
- 104. Ist ungewöhnlich laut.....0 1 2
- 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 106. Versucht zu sehr, anderen zu gefallen .....0 1 2
- 107. Mag die Schule nicht .....0 1 2
- 108. Hat Angst, Fehler zu machen.....0 1 2
- 109. Quengelt oder jammert .....0 1 2
- 110. Sieht ungepflegt aus .....0 1 2
- 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf .....0 1 2
- 112. Macht sich zuviel Sorgen .....0 1 2
- 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme, die der Schüler hat und die bisher noch nicht erwähnt wurden:  
 \_\_\_\_\_  
 .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 .....0 1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.  
 ---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

**Vielen Dank !**

TRF Lehrerfragebogen Jungen (1993) - Syndromskalen

Name	Externalisierende Störung										ID-Nr.	
	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18		T-Wert
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	100
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	95
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	90
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	85
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	80
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	75
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	70
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	65
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	60
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	55
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	50
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	45
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	40
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	35
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	30
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	25
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Name	Internalisierende Störung										ID-Nr.	
	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18		T-Wert
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	100
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	95
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	90
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	85
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	80
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	75
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	70
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	65
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	60
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	55
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	50
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	45
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	40
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	35
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	30
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	25
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SOZIALER RÜCKZUG	KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	ANGST	SOZIALE PROBLEME	SCHIZOID/ZWANGHAFT	AUFMERKSAM-KEITSTÖRUNG	DELINQUENTES VERHALTEN	AGGRESSIVES VERHALTEN
42. Lieber allein	51. Schwindelig	12. Ehsam	1. Verhalt sich zu jung	9. Zwangsdanken	1. Verhalt sich zu jung	26. Nicht schuldig	3. Streit viel
65. Spricht nicht	54. Müde	14. Weint	11. Klammer	13. Selbstverlezt	2. Salts/Gerauscht	39. Sch. Umgang	6. Trostig/frech
69. Verschlössen	58a. Kopfschm.	31. A/Schlimmes	12. S'insam	29. Phobien	4. Arb.unbeendet	43. Lugt	7. Gibt an
75. Scheu	58b. Kopfschm.	32. Perlekt	14. Weint	49. Hort Dinge	8. Konzentration	63. Lieber m.Älter.	16. Gemein zu And.
80. Starr/L. Leere	58c. Kopfschm.	33. Ungelebt	15. Weint	66. Zwangshandl.	10. Unruhig	82. Streikt	19. Ver. Beachtung
88. Schnell	58d. Augenprob.	38. Andere amun.	25. Komm. n. aus	73. Sten. Dinge	13. Verwirrt	90. Flucht	20. Zerstört Eigenes
102. Wagt aktiv	58e. Augenprob.	45. Nervös	34. Ungelebt	79. Sten. Verh. lten	17. Zappelig	99. Schreit	21. Zerstört Fremdes
107. Wagt passiv	58f. Entsch.	47. Überredet	35. Weites "Lun"	84. S'ins. lten	20. Zappelig	105. Abw. d. Sch. lten	24. St. d. Sch. lten
111. Soz. Rückzug	56a. Entsch.	50. Ängstlich	36. Häufig Unbillig	SUMME	22. Prob. Anweis.	SUMME	27. Eifersüchtig
					41. Impulsiv		37. Referseren
					49. Nervös		53. Reet dazw.
					81. Krit. verletz		57. Körper. Aggr.
					85. Mißtrauisch		67. Stet. Klasse
					SUMME		68. Schreit viel
							74. Spielt Clown
							77. Fordern
							78. Unzufrieden
							80. Stört ins Leere
							86. Störrisch
							87. Unfähig
							88. Hört nicht
							95. Wollausbreuen
							97. Bedroh. And.
							SUMME

SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME
71. Beiragen	81. Krit. verletz	62. Tapag	64. Lieber m. Älter.	82. Tapag	78. Unzufrieden	80. Stört ins Leere	86. Störrisch
81. Krit. verletz	62. Tapag	64. Lieber m. Älter.	82. Tapag	78. Unzufrieden	80. Stört ins Leere	86. Störrisch	87. Unfähig
85. Mißtrauisch	64. Lieber m. Älter.	82. Tapag	78. Unzufrieden	80. Stört ins Leere	86. Störrisch	87. Unfähig	95. Wollausbreuen
SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME

\* Wird nicht bei beurteilungsabhängigen Syndromen beifolgschäftigt.  
 Urheberrechtlich geschützt. Copyright T.M. Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.  
 Nachdruck verboten!

Auswertung auf der Grundlage US-amerikanischer Normen. Deutsche Bearbeitung: P. Reichers & M. Dopfner.

INT = Syndromskala I + II + III + Frage 103 =  
 EXT = Syndromskala VII + VIII =

Strichellinien = Grenzbereich Auffälligkeit  
 Baugr.-Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- psychiatrie und Familialdiagnostik (KJFD)  
 Geschäftsstelle KJFD, c/o Klinik für Kinder- und Jugenddiagnostik der Universität zu Köln  
 Robert Koch Str. 10, 50931 Köln  
 Fax: 0221/4785104

Name	Internal. Störung		External. Störung		Gesamtwert
	5-11	12-18	5-11	12-18	
18	69.70	68.70	58	100	335.230
17	67.98	67.68	59	97	320.235
16	64.98	65.68	59	96	320.235
15	66.83	66.84	57	95	318.220
14	67.59	68.25	55	94	316.215
13	67.59	68.25	55	94	316.215
12	67.59	68.25	55	94	316.215
11	67.59	68.25	55	94	316.215
10	67.59	68.25	55	94	316.215
9	67.59	68.25	55	94	316.215
8	67.59	68.25	55	94	316.215
7	67.59	68.25	55	94	316.215
6	67.59	68.25	55	94	316.215
5	67.59	68.25	55	94	316.215
4	67.59	68.25	55	94	316.215
3	67.59	68.25	55	94	316.215
2	67.59	68.25	55	94	316.215
1	67.59	68.25	55	94	316.215
0	67.59	68.25	55	94	316.215
0	67.59	68.25	55	94	316.215



## 12.5 Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben einen Termin zur entwicklungspsychologischen Untersuchung Ihres Kindes erhalten. Wir werden uns bemühen, an diesem Tag möglichst viele Beobachtungen zu sammeln, um Ihre Fragen zu beantworten. Manche Verhaltensweisen treten jedoch in der Untersuchungssituation nicht auf oder sind schwer einzuschätzen, so daß wir Sie bitten möchten, die folgenden Fragen zum sozialen Verhalten Ihres Kindes zu beantworten und den Bogen zu unserem Termin dann mitzubringen. Besten Dank für Ihre Vorbereitung!

### NISONGER BEURTEILUNGSBOGEN FÜR VERHALTEN VON KINDERN

#### ELTERNVERSION

Name des Kindes: .....	Geburtsdatum des Kindes: ..... / ..... / .....
	Tag    Monat    Jahr
Name des Beurteilenden: .....	Datum der Beurteilung: ..... / ..... / .....
	Tag    Monat    Jahr
Beziehung des Beurteilenden zum Kind:	<input type="checkbox"/> Elternteil [1] <input type="checkbox"/> Anderes [9]: .....
	(bitte angeben)

- I. Bitte beschreiben Sie alle besonderen Umstände oder Einflußfaktoren, die auf das Verhalten des Kindes in der jüngsten Vergangenheit (in den letzten 4 Wochen oder in den letzten beiden Monaten) gewirkt haben könnten, oder die Sie möglicherweise an einer vollständigen Beurteilung hindern.

- II. **POSITIVES SOZIALVERHALTEN.** Bitte beschreiben Sie das Verhalten des Kindes in den letzten 4 Wochen zu Hause.

	Stimmt nicht	Stimmt zum Teil oder manchmal	Stimmt zum großen Teil oder oft	Stimmt oder ist
IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN HAT/IST DAS KIND:	[0]	[1]	[2]	[3]
1. Lenkung akzeptiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seine/ihre Vorstellungen klar zum Ausdruck gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Regeln befolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. positive Interaktionen von sich aus begonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. an Gruppenaktivitäten teilgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Provokation widerstanden, war tolerant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. mit anderen geteilt oder anderen geholfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. bei einer Aufgabe geblieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. fröhlich oder glücklich gewesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. geduldig gewesen, konnte warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(BITTE  
WEND



III. **PROBLEMATISCHES VERHALTEN.** Zu jedem Item, das das Verhalten des Kindes in den letzten 4 Wochen beschreibt, kreuzen Sie bitte an:

- 0 .....wenn das Verhalten **nicht** auftrat oder **kein Problem** war  
 1 .....wenn das Verhalten **gelegentlich** auftrat oder ein **geringfügiges Problem** war  
 2 .....wenn das Verhalten **ziemlich oft** auftrat oder ein **mäßiges Problem** war  
 3 .....wenn das Verhalten **oft** auftrat oder ein **schwerwiegendes Problem** war

Kreuzen Sie bei jedem Problem, das auftrat, nur den Wert an, der das Verhalten am besten beschreibt.

**BITTE LASSEN SIE KEINE FRAGE AUS. WENN SIE DIE ANTWORT NICHT KENNEN ODER EINE ZEITLANG KEINE GELEGENHEIT HATTEN, DAS KIND ZU BEOBACHTEN, KREUZEN SIE BITTE DIE NULL AN.**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Apathisch oder unmotiviert.....                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Streitet mit Eltern, Lehrern oder anderen Erwachsenen.....           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Klammert sich an Erwachsene, zu unselbständig .....                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Grausamkeit oder Gemeinheit anderen gegenüber.....                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Weinen, tränenreiche Episoden.....                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Schlägt sich an Kopf, Nacken, Händen oder anderen Körperteilen ..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Trotzig, fordert erwachsene Autorität heraus.....                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Zerstört wissentlich fremdes Eigentum.....                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Konzentrationsschwierigkeiten .....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Ungehorsam.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Wiegt Körper oder Kopf wiederholt vor und zurück .....              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Kein Schuldbewußtsein nach Fehlverhalten .....                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Leicht ablenkbar .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Schnell frustriert.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Übermäßig sensibel, Gefühle schnell verletzt.....                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Übertreibt Fähigkeiten oder Leistungen.....                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Aufbrausend, leicht zu ärgern .....                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Hat Rituale, z.B. mit dem Kopf rollen oder auf- und abgehen.....    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Kann Dinge, die er/sie anfängt, nicht zu Ende führen.....           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Gefühle sind schnell verletzt.....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Hat das Gefühl, daß andere gegen ihn/sie sind .....                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Verletzt sich durch Aufkratzen der Haut oder Haare ziehen.....      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Fühlt sich wertlos oder minderwertig.....                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Zappelt, wackelt oder rutscht hin und her.....                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Zurückhaltend unter anderen Menschen; schüchtern .....              | 0 | 1 | 2 | 3 |

26. Gerät in körperliche Auseinandersetzungen.....	0	1	2	3
27. Reizbar.....	0	1	2	3
28. Bewegt wiederholt Hände, Finger oder Gegenstände (z.B. Schnurstücke) auf und ab oder winkt damit.....	0	1	2	3
29. Isoliert sich von anderen.....	0	1	2	3
30. Lügt oder schwindelt.....	0	1	2	3
31. Nervös oder angespannt.....	0	1	2	3
32. Bohrt an sich herum, steckt Gegenstände in Ohren, Nase etc. oder ißt ungenießbare Dinge.....	0	1	2	3
33. Überaktiv, sitzt nicht still.....	0	1	2	3
34. Übermäßig ängstlich darauf bedacht, es anderen recht zu machen.....	0	1	2	3
35. Übermäßig aufgeregt, überschwenglich.....	0	1	2	3
36. Greift andere körperlich an.....	0	1	2	3
37. Weigert sich, zu sprechen.....	0	1	2	3
38. Wiederholt den gleichen Laut, dasselbe Wort oder den gleichen Ausdruck wieder und wieder.....	0	1	2	3
39. Unruhig, voller Energie.....	0	1	2	3
40. Lläuft vor Erwachsenen, Lehrern oder anderen Autoritätspersonen davon.....	0	1	2	3
41. Behauptet, daß keine/r ihn/sie mag.....	0	1	2	3
42. Verschllossen, behält Dinge für sich.....	0	1	2	3
43. Beißt sich wiederholt so fest, daß Abdrücke der Zähne oder Hautverletzungen zurückbleiben.....	0	1	2	3
44. Befangen oder schnell verlegen.....	0	1	2	3
45. Wechselt beim Reden schnell von einem Thema zum nächsten.....	0	1	2	3
46. Kurze Aufmerksamkeitsspanne.....	0	1	2	3
47. Schüchternes oder ängstliches Verhalten.....	0	1	2	3
48. Stiehlt.....	0	1	2	3
49. Seltsames, sich wiederholendes Verhalten (z.B. starrt, grimassiert, verharrt in starren Haltungen).....	0	1	2	3
50. Dickköpfig, muß alles auf seine/ihre Art machen.....	0	1	2	3
51. Jähe Veränderungen der Stimmung.....	0	1	2	3
52. Schmolzt, ist still und schlechtgelaunt.....	0	1	2	3
53. Fügt sich absichtlich körperlichen Schaden zu oder tut sich selbst weh.....	0	1	2	3
54. Gibt Lehrern, Eltern oder anderen Erwachsenen freche Antworten.....	0	1	2	3
55. Redet zu viel oder zu laut.....	0	1	2	3
56. Wutanfälle.....	0	1	2	3
57. Bedroht andere.....	0	1	2	3

---

58. Droht damit, sich selbst zu verletzen .....	0	1	2	3
59. Beschäftigt sich mit sinnlosen, sich wiederholenden Körperbewegungen .....	0	1	2	3
60. Zu furchtsam oder ängstlich .....	0	1	2	3
61. Zu wenig aktiv, langsam .....	0	1	2	3
62. Unglücklich oder traurig .....	0	1	2	3
63. Verletzt Regeln.....	0	1	2	3
64. Zurückgezogen, hat keinen Kontakt zu anderen .....	0	1	2	3
65. Macht sich Sorgen.....	0	1	2	3
66. Streitet mit anderen Kindern .....	0	1	2	3

Entwickelt von M. G. Aman, M. J. Tassé, J. Rojahn, and D. Hammer, 1995.

# THE NISONGER CHILD BEHAVIOR RATING FORM

## TEACHER VERSION: SCORE SHEET

Child's Name: \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
month    day    year

Rater's Name: \_\_\_\_\_ Date of Rating: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
month    day    year

Relation of Rater to Child:     teacher [2]     aide [3]     other [9] \_\_\_\_\_  
(please specify)

**INSTRUCTIONS.** Transcribe the ratings from the Nisonger CBRF and write them into the "rating" column next to the appropriate item number "#". When all ratings have been transcribed, total the columns to obtain the subscale scores.

**II. POSITIVE SOCIAL**

**III. PROBLEM BEHAVIOR**

Compliant / Calm		Adaptive Social		Conduct Problem		Insecure / Anxious		Hyperactive		Self-Injury / Stereotypic		Self-Isolated / Ritualistic		Irritable	
#	rating	#	rating	#	rating	#	rating	#	rating	#	rating	#	rating	#	rating
1		2		2		15		9		6		1		5	
3		4		4		16		19		11		18		14	
6		5		7		20		24		22		25		17	
9		7		8		21		33		28		29		27	
10		8		10		23		35		32		37		51	
Total _____		Total _____		12		31		38		43		42		56	
				26		34		39		53		47		Total _____	
				36		41		46		58		49			
				40		44		Total _____		59		61			
				48		45				Total _____		62			
				54		52						64			
				57		55						Total _____			
				63		60									
				Total _____		65									
						66									
						Total _____									

Developed by M. G. Aman, M. J. Tassé, J. Rojahn, and D. Hammer, 1995.

## 12.6 Kooperationsvereinbarung

10.03.2005

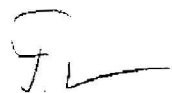
### Kooperationsvereinbarung

Zwischen dem Jugendamt des Landkreises Bad Doberan, vertreten durch den Amtsleiter, Herrn Johannsen  
und  
der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/ Psychotherapie, vertreten durch den Direktor, Herrn Prof. Dr. Häßler  
wird folgende Kooperationsvereinbarung geschlossen:

1. Entsprechend den Erfahrungen in der Zusammenarbeit der Vertragspartner zum sozialraumorientierten Ansatz und der grundsätzlich familiensystemischen Herangehensweise von Jugendhilfe werden Hilfesettings / Helferkonferenzen, die während eines oder im Anschluss an einen klinischen Aufenthalt erforderlich sind, in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik und dem regionalen Träger der Jugendhilfe unter Verantwortung des Jugendamtes so konzipiert, dass sie sowohl eine geeignete als auch notwendige Hilfe darstellen.
2. Die Vereinbarung über die Art der Hilfeleistung und den Träger der Hilfeleistung für den Patienten bzw. seinen Sorgeberechtigten erfolgt grundsätzlich über den Entscheidungsträger Jugendhilfe, wobei die Vorschläge und Empfehlungen von den Mitarbeitern der Klinik an das Jugendamt (welche Hilfeform aus therapeutischer Sicht erforderlich wird) zu berücksichtigen sind. Bei Dissensen ist eine Lösung in gemeinsamen Helferkonferenzen anzustreben. Die Erstinformation über Entscheidungen der Hilfeleistung an den Klienten bzw. Sorgeberechtigten erfolgt über das Jugendamt.
3. Zur Intensivierung und Qualifizierung der Zusammenarbeit zwischen der Klinik und der regionalen Jugendhilfe führen Klinik und AG „Hilfen zur Erziehung“ eine erste Arbeitsberatung durch. In diese Beratung wird das Staatliche Schulamt Rostock einbezogen. Das Gremium entscheidet über die weitere Zusammenarbeit. Herr Träger vom Träger Jugendsozialwerk nimmt die terminliche Abstimmung vor.
4. Klinik und Jugendamt entwickeln unter Einbeziehung der regionalen Jugendhilfeträger ein Bewertungsverfahren der Fälle, die entsprechend dieser Kooperationsvereinbarung Leistungen der Jugendhilfe erhalten. Herr Prof. Dr. Häßler unterbreitet hierzu einen Vorschlag.



G. Johannsen  
Jugendamtsleiter  
Landkreis Bad Doberan



Prof. Dr. Häßler  
Direktor der Klinik für Kinder- und  
Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie

## 12.7 Ergebnistabellen (Auszug)

### Messung 1: Geschlechtsunterschiede (Signifikanzen)

Tabelle: Geschlechtsunterschiede (Signifikanzen) für Youth-Self-Report (YSR)

		Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
soz. Rück	Varianzen sind gleich	18,200	0,000	2,821	40	<b>0,007</b>	0,623	0,221
	Varianzen sind nicht gleich			2,894	33,674	0,007	0,623	0,215
körp. Besch.	Varianzen sind gleich	9,309	0,004	1,350	40	<b>0,185</b>	0,300	0,222
	Varianzen sind nicht gleich			1,380	35,160	0,176	0,300	0,217
ängstlich/depressiv	Varianzen sind gleich	36,197	0,000	3,148	40	<b>0,003</b>	0,759	0,241
	Varianzen sind nicht gleich			3,241	31,635	0,003	0,759	0,234
soz. Prob.	Varianzen sind gleich	26,111	0,000	2,505	40	<b>0,016</b>	0,445	0,178
	Varianzen sind nicht gleich			2,592	28,635	0,015	0,445	0,172
schizoid	Varianzen sind gleich	1,841	0,182	0,699	40	0,489	0,123	0,176
	Varianzen sind nicht gleich			0,708	39,074	0,483	0,123	0,173
Aufmerks.prob.	Varianzen sind gleich	19,037	0,000	2,546	40	<b>0,015</b>	0,614	0,241
	Varianzen sind nicht gleich			2,608	34,388	0,013	0,614	0,235
dissoz. Verhalten	Varianzen sind gleich	3,009	0,090	-0,767	40	0,447	-0,223	0,290
	Varianzen sind nicht gleich			-0,763	38,158	0,450	-0,223	0,292
aggr. Verhalten	Varianzen sind gleich	4,786	0,035	-1,112	40	0,273	-0,223	0,200
	Varianzen sind nicht gleich			-1,093	33,537	0,282	-0,223	0,204
INT	Varianzen sind gleich	0,812	0,373	2,172	40	0,036	0,582	0,268
	Varianzen sind nicht gleich			2,182	40,000	<b>0,035</b>	0,582	0,267
EXT	Varianzen sind gleich	0,124	0,727	-0,610	40	0,545	-0,168	0,276
	Varianzen sind nicht gleich			-0,611	39,847	0,544	-0,168	0,275
GES	Varianzen sind gleich	0,549	0,463	0,415	40	0,680	0,118	0,285
	Varianzen sind nicht gleich			0,414	39,001	0,681	0,118	0,286

Tabelle: Geschlechtsunterschiede (Signifikanzen) Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)  
 Test bei unabhängigen Stichproben (T-Werte der Variablen) - Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)  
 Geschlechtsunterschied

		Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
1: Hochtrabend / Manipulativ	Varianzen sind gleich	0,042	0,839	-1,108	42	0,274	-2,883	2,602
	Varianzen sind nicht gleich			-1,112	41,121	0,272	-2,883	2,592
2: Abgestumpft / Gleichgültig	Varianzen sind gleich	0,499	0,484	-0,295	42	0,770	-0,600	2,036
	Varianzen sind nicht gleich			-0,290	37,428	0,773	-0,600	2,068
3: Impulsiv / Verantwortungslos	Varianzen sind gleich	2,340	0,134	0,902	42	0,372	2,258	2,505
	Varianzen sind nicht gleich			0,926	41,474	0,360	2,258	2,438
Z-Wert(1)	Varianzen sind gleich	0,212	0,648	0,084	42	0,933	0,02570	0,30536
	Varianzen sind nicht gleich			0,084	40,297	0,933	0,02570	0,30589
Z-Wert(2)	Varianzen sind gleich	0,010	0,922	0,020	42	0,984	0,00601	0,30629
	Varianzen sind nicht gleich			0,020	40,192	0,984	0,00601	0,30702
Z-Wert(3)	Varianzen sind gleich	0,011	0,915	-0,091	42	0,928	-0,02789	0,30518
	Varianzen sind nicht gleich			-0,091	40,317	0,928	-0,02789	0,30568
Z-Wert(1) - Beurteilung	Varianzen sind gleich	0,007	0,934	-1,085	42	0,284	-0,217	0,200
	Varianzen sind nicht gleich			-1,077	39,328	0,288	-0,217	0,201
Z-Wert(2) - Beurteilung	Varianzen sind gleich	0,073	0,788	-0,656	42	0,515	-0,125	0,190
	Varianzen sind nicht gleich			-0,653	39,634	0,518	-0,125	0,192
Z-Wert(3) - Beurteilung	Varianzen sind gleich	0,437	0,512	-0,676	42	0,503	-0,150	0,222
	Varianzen sind nicht gleich			-0,674	40,096	0,504	-0,150	0,222

Tabelle: Geschlechtsunterschiede (Signifikanzen) Barratt-Impulsivness-Scale (BIS-11)

Test bei unabhängigen Stichproben (T-Werte der Variablen) - Baratt-Impulsivness-Scale (BIS-11)								
Geschlechtsunterschied								
		Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Aufmerksamkeit	Varianzen sind gleich	0,012	0,913	0,046	42	0,964	0,043	0,956
	Varianzen sind nicht gleich			0,046	41,879	0,964	0,043	0,949
motor. Impulsivität	Varianzen sind gleich	0,203	0,655	-1,412	42	<b>0,165</b>	-1,528	1,082
	Varianzen sind nicht gleich			-1,416	41,972	0,164	-1,528	1,079
Voraussicht	Varianzen sind gleich	3,388	0,073	-1,297	42	0,202	-1,528	1,178
	Varianzen sind nicht gleich			-1,311	41,239	0,197	-1,528	1,166
Gesamtsumme	Varianzen sind gleich	0,001	0,976	-1,611	42	<b>0,115</b>	-3,012	1,869
	Varianzen sind nicht gleich			-1,617	41,988	0,113	-3,012	1,863



Tabelle: Geschlechtsunterschiede (Signifikanzen) Teacher's Report-Form (TRF)  
 Test bei unabhängigen Stichproben (T-Werte der Variablen) – Teacher's Report-Form (TRF)  
 Geschlechtsunterschied

		Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
soz. Rück	Varianzen sind gleich	3,447	0,071	1,042	37	0,304	0,175	0,168
	Varianzen sind nicht gleich			1,057	36,992	0,298	0,175	0,165
körp. Besch.	Varianzen sind gleich	12,545	0,001	1,478	37	<b>0,148</b>	0,310	0,209
	Varianzen sind nicht gleich			1,554	29,389	0,131	0,310	0,199
ängstlich/depressiv	Varianzen sind gleich	0,105	0,747	0,155	37	0,877	0,040	0,256
	Varianzen sind nicht gleich			0,156	36,502	0,877	0,040	0,255
soz. Prob.	Varianzen sind gleich	8,752	0,005	1,819	37	<b>0,077</b>	0,317	0,175
	Varianzen sind nicht gleich			1,853	36,776	0,072	0,317	0,171
schizoid	Varianzen sind gleich	0,621	0,436	0,386	37	0,702	0,071	0,185
	Varianzen sind nicht gleich			0,391	36,953	0,698	0,071	0,182
Aufmerks.prob.	Varianzen sind gleich	0,824	0,370	0,567	37	0,574	0,079	0,140
	Varianzen sind nicht gleich			0,560	33,693	0,579	0,079	0,142
delinq. Verhalten	Varianzen sind gleich	0,066	0,799	0,031	37	0,975	0,008	0,255
	Varianzen sind nicht gleich			0,031	36,438	0,975	0,008	0,254
aggr. Verhalten	Varianzen sind gleich	1,572	0,218	-0,721	37	0,475	-0,167	0,231
	Varianzen sind nicht gleich			-0,711	33,344	0,482	-0,167	0,234
INT	Varianzen sind gleich	0,927	0,342	-0,078	37	0,939	-0,024	0,307
	Varianzen sind nicht gleich			-0,078	36,645	0,938	-0,024	0,305
EXT	Varianzen sind gleich	0,180	0,674	-0,298	37	0,768	-0,087	0,293
	Varianzen sind nicht gleich			-0,299	36,460	0,767	-0,087	0,292
GES	Varianzen sind gleich	0,005	0,943	0,565	37	0,575	0,167	0,295
	Varianzen sind nicht gleich			0,565	35,959	0,576	0,167	0,295

Tabelle: Geschlechtsunterschiede (Signifikanzen) Nisongers-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

Test bei unabhängigen Stichproben (T-Werte der Variablen) - Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) Geschlechtsunterschied								
		Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
ruhig/koop.	Varianzen sind gleich	1,073	0,307	0,553	40	0,584	0,435	0,787
	Varianzen sind nicht gleich			0,542	34,675	0,591	0,435	0,802
soz. angepasst	Varianzen sind gleich	1,086	0,304	1,202	40	0,236	0,840	0,699
	Varianzen sind nicht gleich			1,222	39,976	0,229	0,840	0,687
oppos./aggr.	Varianzen sind gleich	0,248	0,622	-2,263	40	0,029	-6,682	2,953
	Varianzen sind nicht gleich			-2,265	38,678	<b>0,029</b>	-6,682	2,950
soz. unsicher	Varianzen sind gleich	0,007	0,935	0,014	40	0,989	0,039	2,697
	Varianzen sind nicht gleich			0,014	37,714	0,989	0,039	2,711
hyperaktiv	Varianzen sind gleich	0,118	0,733	-1,078	40	0,287	-1,941	1,800
	Varianzen sind nicht gleich			-1,078	38,566	0,288	-1,941	1,799
selbstverl.	Varianzen sind gleich	0,020	0,888	0,212	40	0,833	0,169	0,799
	Varianzen sind nicht gleich			0,211	37,642	0,834	0,169	0,803
zwanghaft	Varianzen sind gleich	0,958	0,334	1,192	40	0,240	1,915	1,607
	Varianzen sind nicht gleich			1,209	39,901	0,234	1,915	1,585
reizempf.	Varianzen sind gleich	0,461	0,501	-0,646	40	0,522	-0,892	1,382
	Varianzen sind nicht gleich			-0,639	36,752	0,527	-0,892	1,396
pos. gesamt	Varianzen sind gleich	0,050	0,824	0,934	40	0,356	1,275	1,365
	Varianzen sind nicht gleich			0,936	38,818	0,355	1,275	1,362
neg. gesamt	Varianzen sind gleich	0,006	0,936	-0,784	40	0,438	-7,391	9,431
	Varianzen sind nicht gleich			-0,781	37,920	0,440	-7,391	9,466

**1. und 2. Messung: Vergleich der psychischen Auffälligkeit (Signifikanzen)**

Tabelle: Signifikanzen prä/post Youth-Self-Report (YSR)

Vergleich der Messzeitpunkte - Signifikanzen - Youth- Self-Report (YSR)						
Paare (T-Werte der Variablen)	Gepaarte Differenzen			T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	St.	Standardfehler des Mittelwertes			
sozialer Rückzug	0,000	1,000	0,209	0,000	22	1,000
körperliche Beschwerden	0,000	0,739	0,154	0,000	22	1,000
ängstlich / depressiv	0,130	0,694	0,145	0,901	22	0,377
soziale Probleme	0,174	0,834	0,174	1,000	22	0,328
schizoid / zwanghaft	-0,087	0,515	0,107	-0,810	22	0,426
Aufmerksamkeitsprobleme	0,043	0,878	0,183	0,238	22	0,814
dissoziales Verhalten	0,000	0,739	0,154	0,000	22	1,000
aggressives Verhalten	-0,043	0,562	0,117	-0,371	22	0,714
internale Auffälligkeiten	-0,087	1,083	0,226	-0,385	22	0,704
externale Auffälligkeiten	0,174	0,834	0,174	1,000	22	0,328
Gesamtauffälligkeit	0,087	0,596	0,124	0,699	22	0,492

Tabelle: Signifikanzen prä/post Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)

Vergleich der Messzeitpunkte - Signifikanzen – Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI)						
Paare (T-Werte der Variablen)	Gepaarte Differenzen			T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	St.	Standardfehler des Mittelwertes			
Z-Wert(1) - Beurteilung	-0,217	0,600	0,125	-1,738	22	<b>0,096</b>
Z-Wert(2) - Beurteilung	-0,130	0,694	0,145	-0,901	22	0,377
Z-Wert(3) - Beurteilung	-0,174	0,576	0,120	-1,447	22	<b>0,162</b>

Tabelle: Signifikanzen prä/post Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)

Vergleich der Messzeitpunkte - Signifikanzen - Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11)						
Paare (T-Werte der Variablen)	Gepaarte Differenzen			T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	St.	Standardfehler des Mittelwertes			
Aufmerks. prä - Aufmerks. post	0,913	4,481	0,934	0,977	22	0,339
Mot.Impuls. prä - Mot Impuls. post	-0,783	4,390	0,915	-0,855	22	0,402
Voraussicht prä - Voraussicht post	2,522	4,795	1,000	2,522	22	<b>0,019</b>
Gesamt prä - Gesamt post	2,652	10,102	2,106	1,259	22	0,221

Tabelle: Signifikanzen prä/post Teacher's Report-Form (TRF)

Vergleich der Messzeitpunkte - Signifikanzen – Teacher's Report-Form (TRF)						
Paare (T-Werte der Variablen)	Gepaarte Differenzen			T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	St.	Standardfehler des Mittelwertes			
sozialer Rückzug	0,120	0,440	0,088	1,365	24	<b>0,185</b>
körperliche Beschwerden	-0,040	0,676	0,135	-0,296	24	0,770
ängstlich / depressiv	0,160	0,624	0,125	1,281	24	0,212
soziale Probleme	-0,040	0,455	0,091	-0,440	24	0,664
schizoid / zwanghaft	0,080	0,493	0,099	0,811	24	0,425
Aufmerksamkeitsprobleme	0,040	0,351	0,070	0,569	24	0,574
delinquentes Verhalten	0,080	0,909	0,182	0,440	24	0,664
aggressives Verhalten	-0,040	0,790	0,158	-0,253	24	0,802
internale Auffälligkeiten	-0,080	0,954	0,191	-0,419	24	0,679
externale Auffälligkeiten	0,0800	0,4933	0,098	0,811	24	0,425
Gesamtauffälligkeit	0,080	0,702	0,140	0,569	24	0,574

Tabelle: Signifikanzen prä/post Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF)

Vergleich der Messzeitpunkte - Korrelationen und Signifikanzen - Nisonger Child Behavior Rating Form (NCBRF)						
Paare (T-Werte der Variablen)	Gepaarte Differenzen			T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	St.	Standardfehler des Mittelwertes			
ruhig/koop. prä - ruhig/koop. post	-1,320	3,024	0,605	-2,183	24	<b>0,039</b>
soz. angepasst prä - soz. angepasst post	-0,880	3,100	0,620	-1,419	24	<b>0,169</b>
oppos./aggr. prä - oppos./aggr. post	0,880	6,496	1,299	0,677	24	0,505
soz. unsicher prä - soz. unsicher post	1,040	6,154	1,231	0,845	24	0,406
hyperaktiv prä - hyperaktiv post	1,520	3,560	0,712	2,135	24	<b>0,043</b>
selbstverl. prä - selbstverl. post	0,160	2,135	0,427	0,375	24	0,711
zwanghaft prä - zwanghaft post	0,600	5,123	1,025	0,586	24	0,564
reizempf. prä - reizempf. post	0,600	2,630	0,526	1,141	24	0,265
pos. gesamt prä - pos. gesamt post	-2,200	5,679	1,136	-1,937	24	<b>0,065</b>
neg. gesamt prä - neg. gesamt post	4,800	21,545	4,309	1,114	24	0,276

**Anmerkung:** Da eine vollständige Darstellung der Ergebnistabellen den Rahmen des Anhangs sprengen würde, ist der Arbeit ein CD-ROM-Datenträger beigelegt, welcher einen Einblick in weitere Untersuchungsergebnisse erlaubt.

# Lebenslauf

**Persönliche Daten:**

02.11.1976 geboren in Hagenow  
ledig

**Schule:**

1983-1991 Polytechnische Oberschule Picher  
1991-1995 Gymnasium Hagenow

**Ausbildung:**

1995-1996 Beginn einer Ausbildung zum Groß- und Außenhandelskaufmann

**Zivildienst:**

1996-1997 Zivildienst im Kreiskrankenhaus Hagenow

**Studium:**

1997-2003 Studium der Erziehungswissenschaft an der Universität Rostock

**Berufliche Tätigkeit:**

ab 2004 Sozialarbeiter in der Tagesklinik für Psychiatrie/ Psychotherapie der  
Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP) in Rostock

## **Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe. Die aus fremden Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen sind als solche gekennzeichnet.

Die Untersuchungen in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe im Landkreis Bad Doberan wurden von mir selbständig ohne Begleitung weiterer Personen durchgeführt.

Die Arbeit wurde von mir bisher weder innerhalb noch außerhalb Deutschlands in gleicher oder ähnlicher Form einer Prüfungsbehörde vorgelegt.

Rostock, Februar 2008

Claas Pätow

## Danksagung

Für die Betreuung und Förderung dieser Arbeit bin ich Herrn Professor Dr. med. F. Häßler zu großem Dank verpflichtet.

Ebenfalls danke ich meinem Arbeitgeber der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP) für die großzügige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit.

Bei Frau Anja Povaska bedanke ich mich herzlich für ihre Unterstützung bei Fragen der Statistik.

## Thesen

- Hinsichtlich der Untersuchung der psychischen Belastung von Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen besteht ein wesentliches Forschungsdesiderat. Aus diesem Grund war die Erhebung der psychischen Belastung von Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen des Landkreises Bad Doberan das Ziel der Untersuchung.
- In einer Rostocker Schülerstichprobe aus dem Jahr 2002 wurde für die Teilnehmer ein hoher Anteil an klinisch auffälligen Jugendlichen erhoben (Kraenz, 2002). Es bewertete sich nach Auswertung des Youth-Self-Report (YSR) ungefähr ein Fünftel der untersuchten Schüler sowohl internal als auch external als klinisch auffällig. Fast ein Viertel der Jungen und etwa ein Fünftel der Mädchen waren hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit als klinisch auffällig eingeschätzt worden.
- In einer aktuellen Untersuchung zur psychischen Gesundheit von Heimkindern aus dem Raum Ost-Baden-Württemberg wurde eine Prävalenz von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen von fast 60% ermittelt (Schmid, 2007).
- In die Untersuchung waren 44 Jugendliche (20 Jungen und 24 Mädchen) im Alter von 13 bis 20 Jahren in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe von entsprechenden Trägern im Landkreis Bad Doberan einbezogen (Teil A). Ein Prä-Post-Vergleich im Zeitraum von acht Monaten erhob Veränderungen der psychischen Belastung (Teil C).
- Zur Erfassung von Kompetenzen, psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wurde der Youth-Self-Report (YSR) eingesetzt. Das Youth-Psychothetic-Traits-Inventory (YPI) diente der Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften und die Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) der Erfassung von Impulsivitätsmerkmalen angewandt. Im Fremdurteil kamen die Teacher's Report-Form (TRF) zur Erfassung von Kompetenzen, psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten und die Nisonger-Child-Behavior-Rating-Form (NCBRF) zur Erfassung von Verhaltenseigenschaften zum Einsatz.



- Die Auswertung des Youth-Self-Report (YSR) zeigte, dass sich 20% der Jungen und 50% der Mädchen internal klinisch auffällig einschätzten. External waren 60% der Jungen und 50% der Mädchen als klinisch auffällig zu bewerten. Hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit zeigten die Ergebnisse für 55% der Jungen und fast 60% der Mädchen klinisch auffällige Werte.
- Im Fremdurteil nach der Teacher's Report-Form (TRF) zeigte die Auswertung ebenso wie im Selbsturteil hohe prozentuale Anteile an psychisch auffälligen Jugendlichen. Internal sind 34% der Jungen und fast 40% der Mädchen und hinsichtlich externaler Symptome ungefähr 56% der Jungen und 52% der Mädchen als klinisch auffällig eingeschätzt worden. Im Hinblick auf die Gesamtauffälligkeit wurden etwa die Hälfte der Jungen und ungefähr 60% der Mädchen als klinisch auffällig bewertet.
- Die untersuchten Jugendlichen beschrieben Verhaltensweisen die den Persönlichkeitsdimensionen der Psychopathy entsprechen. So zeigte ein Viertel der Jungen und etwa 12% der Mädchen Symptome der Dimension „Hochtrabend / Manipulativ“. Auf der Dimension „Abgestumpft / Gleichgültig“ bewerteten 20% der Jungen und ungefähr 12% der Mädchen ihr Verhalten im auffälligen Bereich. Als auffällig im Bereich „Impulsiv / Verantwortungslos“ waren 35% der Jungen und 25% der Mädchen einzuschätzen.
- Im Teil B der Studie erfolgte eine gruppenspezifische Betrachtung der psychischen Auffälligkeit der Jugendlichen. Die Untersuchungspopulation wurde dazu sowohl in Altersgruppen (13-16 Jahre und 17-20 Jahre) als auch schulischem Hintergrund (Sonderschüler und Nicht-Sonderschüler) aufgeteilt.
- Hinsichtlich internaler Symptome zeigten die Ergebnisse der Gruppenbetrachtung fragebogenübergreifend weniger Belastungen für die 17 bis 20jährigen Jugendlichen.
- Die Gruppenbetrachtung von Sonderschülern und Nicht-Sonderschülern zeigte bei den Mädchen für internale Symptomen keine wesentlichen Unterschiede. Die männlichen Sonderschüler waren internal als auffälliger als die Nicht-Sonderschüler zu bewerten.
- External zeigten sich die weiblichen Sonderschüler psychisch höher belastet als die Gruppe der Nicht-Sonderschüler. Bei den Jungen ergaben sich in diesem Zusammenhang umgekehrte Ergebnisse.

- Im Vergleich der psychischen Befindlichkeit zeigte sich nach einem Zeitraum von acht Monaten keine eindeutige Verbesserung. Es fanden sich sowohl für den Youth-Self-Report (YSR) als auch für die Teacher's Report Form (TRF) Hinweise auf eine leichte Verbesserung der Gesamtauffälligkeit. Gleichzeitig war eine Zunahme der internalen Auffälligkeit für den YSR und eine Verringerung des Anteils internal klinisch auffälliger Jugendlicher für die TRF festzustellen.
- Die Untersuchungsergebnisse sprechen für den Ausbau der kooperativen Zusammenarbeit aller an Hilfeprozessen der Jugendhilfe beteiligten Institutionen und Berufsgruppen bei gleichzeitiger Nutzung der Möglichkeiten der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII.
- Um generelle Aussagen zur seelischen Gesundheit von Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen treffen zu können, ist es sinnvoll in weiteren Landkreisen mit dem gleichen Forschungssetting beziehungsweise längeren Intervallen bei einer Post-Befragung zu untersuchen.