Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe / Heimerziehung

Eine Untersuchung zur Effizienz pädagogischer Intervention in der stationären Jugendhilfe in Rostock

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum humanarum (Dr. rer. hum.)
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

Rostock 2013

vorgelegt von

Katrin Niemann

aus Rostock

geb. am 04.03.1978 in Rostock

urn:nbn:de:gbv:28-diss2014-0177-1

Gutachter:

1. Gutachter :

Prof. Dr. med. habil. Frank Häßler, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

2. Gutachter :

apl. Prof. Dr. paed. habil Helga Joswig, Institut für Pädagogische Psychologie “Rosa und David Katz” der Universität Rostock

3. Gutachter :

Prof. Dr. Wolf-Dieter Gerber, Institut für medizinische Psychologie und

Soziologische Psychologie der Universität Kiel

Datum der Einreichung: 16.08.2013

Datum der Verteidigung: 02.07.2014

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 1
2 Theorien zur Persönlichkeit ... 5
2.1 Das Fünf – Faktoren – Modell (FFM) der Persönlichkeit („Big Five“) ... 6
2.2 Theorien zu Impulsivität und Temperament ... 7
2.2.1 Impulsivität ... 7
2.2.1 Das biopsychosoziale Persönlichkeitskonzept ... 9
2.3 Das Konzept der Psychopathy ... 11
3 Trauma, Traumatisierung ... 13
3.1 Folgen traumatischer Erlebnisse im Kindes- und Jugendalter ... 13
3.2 Traumaverarbeitung im Gehirn ... 15
4 Seelische oder psychische Gesundheit ... 18
4.1 Seelische Gesundheit ... 18
4.2 Seelische Behinderung und sich daraus ableitende Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ... 20
4.3 Diagnose psychischer Erkrankungen ... 23
4.3.1 Diagnostische Systeme ... 23
4.3.2 Kategoriale vs. dimensionale Falldefinition ... 24
4.4 Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter ... 25
5 Resilienz und Kohärenz ... 27
5.1 Resilienz ... 27
5.1.1 Endogene Faktoren für die Entwicklung von Resilienz ... 29
5.1.2 Exogene Faktoren für die Entwicklung von Resilienz ... 30
5.1.3 Zusammenfassung zur Resilienz ... 32
5.2 Kohärenz ... 34
6 Gesetzlicher Rahmen und Stand der Effizienzuntersuchungen ... 38
6.1 Gesetzlicher Rahmen der stationären Jugendhilfe ... 38
6.2 Stand der Untersuchungen zur Effizienz von Heimerziehung ... 40
7 Häufigkeit und Prävalenzen in der stationären Jugendhilfe ... 42
7.1 Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe - Statistik ... 42
7.2 Zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Heimunterbringung ... 43
7.3 Zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung ... 46
7.4 Studie zur seelischen Gesundheit an einer Rostocker Schülerstichprobe ... 47
7.5 Zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 48
8 Empirischer Teil ... 51
8.1 Fragestellungen und Hypothesen ... 51
8.1.1 Deskriptive Fragestellung ... 51
8.1.2 Vergleichende Fragestellungen ... 51
8.1.3 Komplexe Zusammenhänge ... 52
8.2 Aufbau der Studie und Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen ... 53
8.2.1 Auswahl und Aufbau ... 53
8.2.2 Teilnehmende Einrichtungen ... 55
8.3 Beschreibung der verwendeten Fragebögen und Verfahren ... 63
8.4 Datenerfassung und statistische Auswertung ... 68

9 Auswertung und Ergebnisdarstellung 71
9.1 Ergebnisse zur Sozialstruktur 71
9.2 Die Ergebnisse der Kompetenzskalen des CBCL, YSR und TRF 73
9.3 Ergebnisse der Globalskalen CBCL, YSR und TRF 75
9.4 Geschlechterunterschiede CBCL, YSR , TRF und BIS 78
9.5 Ergebnisse der Barratt Impusivness Scale (BIS-11) 80
9.6 Ergebnisse des Youth Self Report (YPI) 81
9.7 Gruppenbetrachtungen: Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund. 83
9.7.1 Zusammenhang von Alter und Geschlecht 83
9.7.2 Ergebnisse bezogen auf den Bildungshintergrund 87
9.8 Prävalenz psychischer Auffälligkeit zwischen den beiden Messzeitpunkten 93
9.8.1 Auswertung der CBCL 93
9.8.2 Auswertung der YSR 95
9.8.3 Auswertung der TRF 96
9.8.4 Auswertung der BIS 97
9.8.5 Auswertung der YPI 99
10 Diskussion der Ergebnisse 100
10.1 Methodik 100
10.2 Deskriptive Fragestellungen 102
10.2.1 Hypothese 1 - Bildungshintergrund bei Jugendlichen in der stationären Heimunterbringung 102
10.3 Vergleichende Fragestellungen 103
10.3.1 Hypothese 2 - Psychische Belastung der Kinder und Jugendliche im Vergleich zu ihren Altersgenossen aus der Allgemeinbevölkerung 103
10.3.2 Hypothese 3 - Geschlecht- und Altersunterschiede hinsichtlich psychischer Belastungen 103
10.3.3 Hypothese 4 - Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten 104
10.4 Komplexe Zusammenhänge 106
10.4.1 Hypothese 5 - Einfluss das Alter und der Aufenthaltslänge auf die psychische Belastung bzw. die Psychopathy 106
10.4.2 Hypothese 6 - Verhaltensauffälligkeiten bezogen auf die Psychopathy 107
10.4.3 Hypothese 7 - Bewertung des Verhalten hinsichtlich der Impulsivität 108
10.5 Vergleich der Untersuchung in Rostock mit der Bad Doberaner Stichprobe 109
10.5.1 Gegenüberstellung einiger Ergebnisse aus der Doberaner Studie zur Rostocker 109
10.5.2 Vergleichende Betrachtung 111
10.6 Schlussbetrachtung 112
11 Literaturverzeichnis 119
12 Abkürzungsverzeichnis 135
13 Abbildungsverzeichnis 136
14 Tabellenverzeichnis 138
15 Anhang 139
Child-Behaviour-Check-List (CBCL) 139
Youth-Self-Report (YSR) 144

Taechers-Report-Form (TRF) 149
Youth-Psychopatic-Traits-Inventory (YPI) 154
Barratt-Impulsiveness-Scala (BIS-11) 159
Ergebnistabellen (Auszug) 162
Kooperationsvereinbarung 179
Lebenslauf 180
Selbständigkeitserklärung 182
Danksagung 183
Thesen 184

1 Einleitung

„The true measure of a nation‘s standing is how well it attends to its children – their health and safety, their material security, their education and socialization, and their sense of being loved, valued and included in the families and societies into which they are born.” (UNICEF, 2007)

Das Umfeld und die Bedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche in den letzten zwei Jahrzehnten aufwuchsen, haben einen offensichtlichen und drastischen Wandel vollzogen: die gesellschaftlichen und sozialen Strukturen haben sich durch die Vereinigung von DDR und BRD so gravierend verändert, dass vielen jungen und entstehenden Familien die soziale Abgesichertheit (finanzielle Unterstützung bei Eheschließung und Geburt von Kindern, unbezahlter Anspruch auf Krippen- und Kindergartenplatz, kostenlose medizinische Betreuung der Kinder, etc.) entzogen und durch ein System ersetzt wurde, in dem die Familie weniger staatliche Unterstützung erfährt, die Kosten der Kinderbetreuung und -erziehung regelmäßig steigen, Konkurrenz am Arbeitsplatz und die Angst vor Erwerbslosigkeit das soziale Umfeld der Familie belasten und der Staat sich mehr und mehr der Verantwortung für die Bildung und Erziehung gesund aufwachsender Kinder und Jugendlicher entzieht.

Dies hat auch zu einer Verschiebung in der Soziologie des Zusammenlebens geführt. Das Alter der Eltern bei der Geburt des ersten Kindes ist dadurch beeinflusst und im Schnitt um 5 Jahre gestiegen (2010 = 30,5 Jahre). Bereits seit den 1970er Jahren wurde in der BRD auch ein steter Geburtenrückgang verzeichnet, für Deutschland insgesamt ergab sich innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren eine Abnahme der Zahl der minderjährigen Kinder um 14% (Statistisches Bundesamt, 2010).

Neben der traditionellen Familie hat die Bedeutung anderer Formen und Zusammensetzungen - nicht eheliche Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende, getrennt lebende Eltern, wieder verheiratete Eltern mit Kindern und Stiefkindern, die so genannten „Patchwork-Familie“ - zugenommen (Nissel & Griebel, 2004).

So stieg beispielsweise die Zahl der Alleinerziehenden (einschließlich derer, die Lebenspartner in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft sind) für unter 18jährige deutlich an. Allein in Westdeutschland hat sich die Anzahl von 1970 bis 2009 nahezu verdoppelt, in Ostdeutschland ist sie von 1991 bis 2009 um 20% gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2010). Dieses ist u. a. auf eine veränderte Sichtweise zu

Lebensplanung und Lebensstil zurückzuführen, die immer individueller und auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnitten, erfolgt.

Vor allem in städtischen Bereichen ist der Trend zum Einzelkind deutlich erkennbar. Heute lebt jedes vierte minderjährige Kind als Einzelkind und Mehrgenerationenhaushalte sind kaum noch anzutreffen. Vielfach bedeutet dies, dass die Kinder weitgehend vaterlos aufwachsen, was zu Beziehungsverschiebungen führt. Männer als Väter werden damit insbesondere für Jungen immer weniger „konkret erfahrbar“ (Opp u. a., 1999, S. 283). Aber auch Kinder, die in ihrer Familie diese Einschnitte nicht erfahren, sind von der Pluralisierung der Lebensformen in ihrem Umfeld betroffen, indem sie mit den Problemen ihrer Altersgenossen konfrontiert werden.

Hinzu kommt ein immer stärker werdender finanzieller Existenzdruck, der die freie Verfügbarkeit von Zeit („quality time“) für die eigenen Kinder reduziert. „Die Erwerbsbeteiligung von Mann und Frau gleicht sich immer mehr an. Im Jahr 2009 kamen auf 100 Erwerbstätige 46 Frauen. Dies entspricht zwar noch nicht ganz ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung – hier kamen auf 100 Personen 51 Frauen – aber der Anteil der Frauen bei den Erwerbstätigen ist im Laufe der vergangenen zwei Jahrzehnte kontinuierlich gestiegen, von 41,6% im Jahr 1991 auf 45,8% im Jahr 2009“ (Statistisches Bundesamt, 2010). Eine diesen Tatsachen gerecht werdende Umorientierung in der Betrachtung der Rolle der Geschlechter und damit eine andere Aufgabenverteilung innerhalb der Familie ist aber nicht oder nur ungenügend erfolgt.

Auch haben sich die Erziehungs- und Umgangsformen in den Familien stark gewandelt und die traditionellen auf elterlicher Autorität basierenden Erziehungsvorstellungen werden in der Gegenwart kaum mehr akzeptiert. Diese wurden vielfach durch Einstellungen und Haltungen ersetzt, die auf stärkere emotionale Nähe, Teilnahme und Verständnis ausgerichtet sind. Dazu wird versucht, sich mehr mit den anstehenden Erziehungsfragen auseinander zu setzen, wobei auf populärwissenschaftliche Darstellungen und Erkenntnisse aus der Pädagogik, die über die Medien und Erwachsenenbildung vermittelt werden, zurückgegriffen wird. Das bleibt nicht ohne Folgen: Zum einen sind Eltern nicht selten mit den verschiedenen Ratgebern und Expertenmeinungen zu Fragen der Erziehung überfordert, was sich in einer zunehmenden Erziehungsunsicherheit in den Familien wiederspiegelt. Zum anderen erfahren Kinder in Kleinfamilien zwar mehr Aufmerksamkeit, Beachtung und Zuwendung, sind aber auf der anderen Seite auch verstärkt belastenden Erwartungshaltungen und Selbständigkeitsanforderungen ausgesetzt. Die zum Schutz der Jugendlichen erforderliche lenkende und betreuende Kontrolle kommt dabei oft zu

kurz. In manchen Fällen ist auch eine völlige Vernachlässigung von Erziehung zu finden. Somit werden gesellschaftlich anerkannte moralische und ethische Regeln und Verhaltensweisen kaum oder nur ungenügend vermittelt und implementiert.

Der 11. Kinder – und Jugendbericht der Bundesregierung (Berlin, 2002) hat sich mit den aktuellen Lebenslagen für Kinder und Jugendliche beschäftigt und die Bedingungen, unter denen die heutige junge Generation aufwächst mit Begriffen wie Individualisierung, Pluralisierung, Globalisierung, Virtualisierung und Flexibilisierung charakterisiert. Auf der einen Seite bieten sich Chancen zur Ausdifferenzierung der eigenen Biographie, mehr individuelle Spielräume und Optionen, auf der anderen Seite birgt es das Risiko radikaler Enttraditionalisierung mit dem Verlust von Gemeinschaftssinn und damit eine Entsolidarisierung in der Gesellschaft. Opp nennt dies „Individualisierungsfalle“ (Opp, 2001). Auch Fingerle sieht in der Entwicklung zu einer modernen, liberalen Gesellschaft eine Vielzahl von Chancen, aber auch eine ansteigende Zahl von Risiken (Fingerle, 1999).

Bei einer genaueren Betrachtung der Entwicklungsmöglichkeiten, die die Gesellschaft den Menschen bietet, wird ersichtlich, dass es eine Schieflage in der Chancenverteilung gibt. Dies wiederum führt bei einer wachsenden Anzahl von Kindern und Jugendlichen zu einer neuen Armut und sozialen Benachteiligung, was nicht übersehen werden darf (Fingerle et al., 1999).

Beck bezeichnet die heranwachsende Generation als „Kinder der Freiheit“, die im Übergang von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung leben (Beck, 1996). Keupp teilt diese Ansicht nicht. Für ihn sind Freiheiten auch mit Risiken verbunden, da es ausreichender psychologischer Ressourcen bedarf, um die gewonnenen Freiheiten auch entwicklungsfördernd umsetzen zu können, weil es anderenfalls zur gesellschaftlichen Ablehnung wegen Fehlverhaltens führen kann. Der Einfluss der Medien, welche Kindern und Jugendlichen suggerieren möchten, dass „jeder Mensch sein Lebensdrehbuch problemlos selbst schreiben, eigenes Leben entwerfen, inszenieren und realisieren kann“ (ebd.), ohne aber auch auf Verantwortungsbewusstsein, Voraussetzungen und eventuelle Rückschläge zu verweisen, ist ein weiterer nicht zu unterschätzender Faktor. „Die Aufforderung, sich selbstbewusst zu inszenieren, hat ohne Zugang zu den erforderlichen Ressourcen etwas Zynisches“ (Krebs, 2003, S. 21 f). Die unkritische Übernahme von Rollenmustern, den sogenannten „Identitätspaketen“ aus der Vergangenheit, reicht zur Bewältigung des eigenen Lebens nicht mehr aus. Es muss an der Entwicklung einer individuellen Identität gearbeitet werden, die durch „Schlüsselqualifikationen“ bzw. spezielle Kompetenzen, welche gleichsam ein gesundes Maß an Selbstvertrauen, eine

relative Skepsis dem Leben gegenüber und soziale Unterstützung in einem Beziehungsgefüge voraussetzen, gekennzeichnet ist (Keupp, 2003). Dazu braucht insbesondere die junge Generation die Unterstützung, aber eben auch die lenkende Kontrolle von allen Seiten der Gesellschaft.

Bleibt also die Frage, was aus den Kindern und Jugendlichen wird, die nicht auf derartige sie unterstützenden Beziehungen zurückgreifen können.

Diese Arbeit versucht einen Überblick über die derzeitige Lage und die Bedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche heute in der stationären Jugendhilfe im Bereich Rostock aufwachsen, zu vermitteln. Welche Ressourcen stehen zur Verfügung und wie werden sie von Seiten der Jugendhilfe genutzt, um Kinder und Jugendliche in ihren schwierigen Lebenslagen zu unterstützen und was ist erforderlich, um den gebotenen Service eventuell individueller zu gestalten bzw. insgesamt zu verbessern.

Um zu verstehen, was in Kindern und insbesondere Jugendlichen heutzutage vorgeht, ist es erforderlich, sich mit den Theorien zur Persönlichkeit, den Risiko- bzw. Resilienzfaktoren sowie ausgewählten psychischen Auffälligkeiten, deren Entstehungsbedingungen und Erscheinungsbildern, zu beschäftigen.

Daraus ableitend können dann Aussagen zu den Anforderungsprofilen der Mitarbeiter und Erzieher in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe getroffen und allgemeine Hinweise gegeben werden.

2 Theorien zur Persönlichkeit

Im Folgenden soll eine kurze Betrachtung verschiedener Modelle zur Persönlichkeit vorgenommen werden, um eine entsprechende Grundlage für das Verstehen im Hinblick auf die Entwicklung der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. In der Fachliteratur wird hauptsächlich zwischen den folgenden Persönlichkeitstheorien zur Beschreibung bzw. Kategorisierung von Persönlichkeitsmerkmale unterschieden:

- Eigenschaftstheorien (Traittheorien), z. B. von Cattel (1950) und Eysenck (1969) sowie die „Big Five“
- Psychodynamische Theorien, z.B. Freud (1895)
- Sozial-kognitive Theorien, z.B. von Bandura (1963)
- Lerntheorien, z.B. von Skinner (1938) und Watson (1930).

Hinsichtlich der Vereinbarkeit der verschiedenen Ansätze hin zu einer allgemeinen integrativen Ansicht über Persönlichkeit gibt es jedoch bis heute keine Einigung. In den letzten Jahren konzentrierte sich die Forschung mehr auf einige ausgewählte Persönlichkeitseigenschaften, wissenschaftliche Methoden oder auch Problemfeldern, wie das der Anlage – Umwelt – Kontroverse. Neue Theorien zur Persönlichkeit wurden nicht mehr entwickelt.

Die Persönlichkeit entwickelt sich in Abhängigkeit von endogenen Faktoren, zu denen biologische Anlagen, Temperament, physiologische Prozesse sowie bisherige Ergebnisse der Persönlichkeitsentwicklung (Selbstkonzept, -wertgefühl, Einstellungen, Werte, Motive, Ängste, Interessen, Erwartungen, etc.) und exogenen Faktoren, z.B. soziales Umfeld und Schicht, umgebende Personen (Familie, Freunde), Kultur, Gesellschaft, etc. gehören. Wahrnehmungs- und Denkprozesse wirken als Transmitter, da ohne die Wahrnehmung und Verarbeitung (bewusst und unbewusst) keine Entwicklung stattfinden kann (Textor, 2008). Eysenck definiert Persönlichkeit als eine *„mehr oder wenige stabile Organisation des Charakters, Temperaments, Intellekts und Körperbaus eines Menschen, die seine einzigartige Anpassung an die Umwelt bestimmt“* (Fiedler, 2001, S. 136). Dagegen geht die psychodynamische Betrachtungsweise davon aus, dass innere psychisch Kräfte die Persönlichkeit eines Menschen formen und dessen Verhalten motivieren. Lerntheorien wiederum besagen, dass Verhalten, außer den angeborenen Reflexen, das Ergebnis von Lernprozessen ist und die Persönlichkeit das Resultat einer persönlichen „Lerngeschichte“ darstellt.

Im Rahmen dieser Arbeit wird auf das „Fünf-Faktoren Modell (Big Five)“ näher eingegangen, da dieses Modell aus heutiger Sicht die fünf Hauptdimensionen der Persönlichkeit vereint. Es wird sich weiterhin mit der Impulsivität beschäftigt und weiterleitend das Temperaments- und Charaktermodell von Cloninger betrachtet.

2.1 Das Fünf – Faktoren – Modell (FFM) der Persönlichkeit („Big Five“)

Die „Big Five“ Persönlichkeitstheorie zählt zu den deskriptiven Persönlichkeitstheorien, wie beispielsweise von Cattel und Eysenck ausgeführt. Sie versuchten eine Vielzahl von möglichen Eigenschafts-, Situations- und Verhaltensbegriffen zu ordnen und zu systematisieren, um menschliches Verhalten so genau wie möglich zu beschreiben. Beschreibungsdimensionen werden nach den Kategorien: stabil über einen Zeitraum hinweg, universell für alle Menschen geltend sowie generell auf viele Situationen anwendbar, festgelegt und als „traits“ bezeichnet.

Mit den „Big Five“ (Big Five personality traits) werden allgemein die fünf Hauptdimensionen einer Persönlichkeit bezeichnet. Sie werden den neueren dimensionalen Theorien der Differenziellen Psychologie und Persönlichkeitsforschung zugeordnet. Für den amerikanischen Sprachraum haben Allport und Odberg bereits 1936 erstmals eine Zusammenfassung der Eigenschaften ihrer Sprache in wenige Faktoren vorgelegt, Dabei gingen sie von der Annahme aus, dass sich die im Alltag gebräuchliche Charakterisierung von Personen begrifflich in der jeweiligen Muttersprache widerspiegeln müsste. In der weiteren Forschungsarbeit zu diesem Thema wurde u.a. von Norman (1967) und Goldberg (1985) eine weitere Reduktion der Liste von Persönlichkeitsdispositionen vorgenommen. Daraus etablierten sich die fünf Faktoren, *Openness* (Offenheit, bezogen auf Erfahrungsgewinn), *Conscientiousness* (Gewissenhaftigkeit), *Extraversion (Weltoffenheit)*, *Agreeabelness* (Verträglichkeit) und *Neuroticism* (Neurotizismus), die heute unter dem Terminus „Big Five“ in die Wissenschaft eingegangen sind. Das Fragebogen-Inventar NEO-PI von Costa und McCrae (Costa, & McCrae, 1985) ist in der Praxis weit verbreitet und findet nach mehrfacher Überarbeitung in der revidierten Fassung NEO-PI-R in der Klinischen Psychologie & Psychiatrie und der modernen Persönlichkeitsforschung Anwendung.

Die auf diesen fünf Faktoren basierende Theorie wird als Fünf-Faktoren-Modell (FFM) bezeichnet. Tabelle 1 stellt die fünf Faktoren und ihre Subskalen da.

Tabelle 1: Darstellung der fünf Faktoren und ihrer Subskalen (Bartussek, 1996)

Neurotizismus	**Extraversion**	**Offenheit**	**Verträglichkeit**	**Gewissenhaftigkeit**
Ängstlichkeit	Herzlichkeit	Phantasie	Vertrauen	Kompetenz
Reizbarkeit	Geselligkeit	Ästhetik	Freimütigkeit	Ordnungsliebe
Depression	Durchsetzungsfähigkeit	Gefühle	Altruismus	Pflichtbewusstsein
Befangenheit	Aktivität	Handlungen	Entgegenkommen	Leistungsstreben
Impulsivität	Erlebnishunger	Ideen	Bescheidenheit	Selbstdisziplin
Verletzlichkeit	Frohsinn	Werte und Normen	Gutherzigkeit	Besonnenheit

Hauptkritikpunkt am Konstrukt der „Big Five“ ist die Frage nach ihrer kultur- und sprachübergreifenden Generalisierbarkeit, denn es gibt wissenschaftliche Diskrepanz bei Forschern bezüglich einer international anwendbaren inhaltlichen Interpretation, denn nicht in allen Sprachen können die fünf Dimensionen nachgewiesen werden. Dennoch findet das FFM breite Anwendung.

2.2 Theorien zu Impulsivität und Temperament

2.2.1 Impulsivität

Der allgemein verwendete Begriff „Impulsivität“ ist wissenschaftlich nicht eindeutig belegt, es gibt aber bedeutende Ansätze bei Buss und Plomin (1975) um für diesen komplexen psychischen Aspekt eine einheitliche Definition zu liefern. Sie gehen dabei davon aus, dass sich die Impulsivität in zwei Komponenten beschreiben lässt.

Antriebsdimension ist die impulsive, also die schnelle, heftige, nicht geplante Reaktion auf äußere Einflüsse.

Kontrolldimension bildet die hemmende, bewusste Seite ab und damit die Fähigkeit, Trieben, Impulsen und Motivationen einen Willen oder Widerstand entgegen zu setzen oder diesen nachzugeben.

Damit wird sozusagen eine Differenzierung zwischen Antrieb und Hemmung als divergente bewusstseinsrelevante Kräfte und Antikräfte vorgenommen und so Impulsivität als eine Beeinträchtigung der Denk-, Emotionalitäts- und Verhaltensinteraktion verstanden. Daraus lässt sich auch ableiten, dass der Grad der Impulsivität den Grad von Aggressivität und emotionale Instabilität determiniert.

Demnach ist eine impulsive Handlung das Resultat eines Kontrollverlustes gegenüber dem Handlungsantrieb, wobei unter „Handlungsantrieb“ das Durchsetzen eigener Grundbedürfnisse (Essen, Schlafen, Sex), Handlungen zur Abwehr von Bedrohung

(Aggressivität, „fight or flight“) oder das Bedürfnis nach sozialer Nähe (Bindung, Geborgenheit, aber ebenso das Autonomiestreben) verstanden wird (vgl. Janzarik, 1991). Je höher der Handlungsantrieb ausfällt, desto mehr Impulskontrolle ist gefordert. Herpertz und Sass (1997) bezeichnen Impulsivität auch als eine komplexe, stabile Persönlichkeitsdisposition, wobei für Antrieb und Kontrolle interindividuelle Unterschiede bestehen. Außerdem gehen Forscher davon aus, dass die Ausprägung des Handlungsantriebes eng mit dem Temperament verbunden ist, was bedeutet, dass er biologisch vorbestimmt ist. Seine Kontrolle ist jedoch ein Lernprozess, bei dem es gilt, kurzfristige Bedürfnisse zugunsten langfristiger Ziele aufschieben zu können (Herpertz & Sass, 1997). Auch Barratt (1993) versteht Impulsivität als eine dispositionelle Neigung, welche sich in spontanen Verhaltensmustern und beeinträchtigter kognitiver Kontrolle manifestiert. Er unterscheidet daher drei Formen von Impulsivität:

Motorische Impulsivität:

Darunter wird die mangelhafte Hemmung von Verhaltensantrieben verstanden, was bedeutet, dass Betroffene oft handeln ohne nachzudenken bzw. sich in dem Augenblick nicht der Konsequenzen ihres Handelns bewusst sind.

Kognitive Impulsivität:

Betroffene fällen recht schnell Entscheidungen und ihr Handeln ist durch ein hohes kognitives Tempo gekennzeichnet.

Nichtplanende Impulsivität:

Vorausschauende bzw. zukunftsorientierte Planung oder Problemlösungsfähigkeit ist kaum oder nur sehr selten bei Betroffenen anzutreffen.

Besonders im Arbeitsleben, im sozialen Bereich, dem Bildungsgrad und im Bereich der Gesundheit wird deutlich, welchen Einfluss Impulsivität als Persönlichkeitsmerkmal hat (Spinella & Miley, 2003; Barrick & Mount, 1991; Bagge et al., 2004; Bogg & Roberts, 2004), denn die Fähigkeit, Handlungsimpulse unterdrücken zu können, ist wichtig für das individuelle Funktionieren in einer Gemeinschaft (Chamberlain & Sahakian, 2007). Oft wird auch der Term „mangelnde Impulskontrolle“ verwendet, wonach es Betroffenen kaum oder nicht gelingt, selbst- oder fremdschädigenden Impulsen zu widerstehen. Nach der DSM-IV (1994) gilt Impulsivität als Merkmal einer psychischen Störung („Störungen der Impulskontrolle“) und ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

Betroffene können einem Impuls, einem Trieb oder einer Versuchung, eine Handlung durchzuführen, die für die Person oder für andere schädlich ist, nicht oder kaum widerstehen.

Bewusster Widerstand gegen den Impuls kann vorkommen oder nicht.

Ansteigendes Gefühl von Spannung oder Erregung vor Durchführung der Handlung.

Empfinden von Vergnügen, Befriedigung oder Erleichterung während der Durchführung der Handlung.

Auftreten von Schuldgefühle, Reue, Selbstvorwürfen unmittelbar nach der Handlung oder nicht (DSM-IV, 1994).

Subkategorien von Impulskontrollstörungen sind: die intermittierende explosive Störung, Stehlen (Kleptomanie), Feuer legen (Pyromanie), pathologisches Glücksspiel (Gambling) oder das Haarausreißen (Trichotillomanie). Assoziiert wird Impulsivität auch mit Essstörungen (Herpertz, 2001), ADHS (Aron & Poldrack, 2005) und der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) (Linehan & Bohus, 2004)

2.2.1 Das biopsychosoziale Persönlichkeitskonzept

Dieses von Robert C. Cloninger entwickelte Konzept rückte in den letzten Jahren immer mehr in den Blickpunkt der psychiatrischen Forschung, denn es liefert einen vielversprechenden Ansatz im Hinblick auf die Erklärung verschiedener psychischer Störungen wie Suchterkrankungen, Essstörungen, delinquentes und aggressives Verhalten, etc. (Lehmkuhl, 2003). Es integriert unterschiedliche Denkschulen (Lerntheorie, psychodynamische Ansätze, etc.) in einem Modell und unterscheidet *Temperament* und *Charakter* als zwei grundlegende Aspekte von Persönlichkeit, indem es ersteres in den biologisch-konstitutionellen und den Charakter in den soziologisch-kognitiven Bereich einordnet. So ermöglichen die *Junior Temperament und Charakter Inventare* (JTCI) nun auch die Einschätzung von Kindern und Jugendlichen, nachdem es für Erwachsene bereits international etabliert ist. Um möglichst sinnvolle, valide Aussagen treffen zu können, grenzt das Konzept sieben Persönlichkeitsdimensionen voneinander ab. Die Tabelle verdeutlicht die Unterscheidung in Charakter und Temperamentsdimensionen:

Tabelle 2: Zusammenfassung der Persönlichkeitsdimensionen nach Cloninger (Goth & Schmeck, 2009)

Temperamentsdimensionen	Ausprägung
Neugierverhalten - Verhaltensaktivierung durch neue Reize und Belohnungssignale (Annäherung, aktive Reizsuche).	Ausmaß explorativen Verhaltens des impulsiven Entscheidens (der Spaß an der Schnelligkeit), in der Schnelligkeit und Intensität emotionaler Reaktionen (der Spaß am Extremen), sowie der Tendenz, im Zuge dessen auch gesellschaftliche Regeln zu überschreiten (der Spaß am Verbotenen).
Schadensvermeidung - bündelt den Teil des individuellen Verhaltensstils, der sich als Reaktion auf solche Situationen zeigt, die eine Hemmung von Verhalten auslösen können.	Reize, die eine mögliche "Gefahr" oder "Bestrafung" anzeigen. Ausprägung zeigt sich im Ausmaß der Vermeidung von Risiken und Veränderungen (Angst vor Ungewissem), der Tendenz pessimistisch und besorgt zu sein (Angst vor der Zukunft), der Schüchternheit (Angst vor Blamage) und der Ermüdbarkeit (Angst vor körperlicher Überforderung).
Belohnungsabhängigkeit - Regulation von Verhalten durch soziale Verstärkungsreize	Ausprägung zeigt sich im Ausmaß der Gefühlsbetontheit (Empfindsamkeit), der spontanen Wärme und Kontaktaufnahme (Emotionale Offenheit), der Neigung, enge Beziehungen herzustellen (Bindung) und der Offenheit für und Suche nach Unterstützung durch andere (Abhängigkeit).
Beharrungsvermögen - intrinsisch vermitteltes Aufrechterhalten von Verhalten	Ausprägung zeigt sich im Ausmaß von spontaner Bereitschaft zur Arbeit (Arbeitseifer), vom "Spaß" an der Herausforderung oder Anstrengung (Ausdauer), von der Neigung, zu den Besten gehören zu wollen (Ehrgeiz) und von der Bestrebung, immer die optimale Lösung zu finden (Perfektionismus).
Charakterdimensionen	Ausprägung
Selbstlenkungsfähigkeit - Person als effektives und selbstbestimmtes Individuum. („Ich und Ich“)	Ausmaß, Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen (Verantwortlichkeit), in der Lage zu sein, sich eigene Ziele zu stecken (Zielbewusstheit) und diese umzusetzen (Einfallsreichtum) und die eigenen Eigenschaften und Bedürfnisse akzeptieren zu können (Selbstakzeptanz).
Kooperativität – Person als integraler Bestandteil seines sozialen Systems („Ich und Du“)	Ausmaß der Toleranz (soziale Akzeptanz), der Empathiefähigkeit und Rücksichtnahme (Einfühlungsvermögen), der Tendenz, andere zu unterstützen (Hilfsbereitschaft), der Neigung zur Rachsucht (vs. Mitleid) und der Bestrebung zu moralischem Verhalten (Gewissen).
Selbsttranszendenz - Person als Bestandteil eines größeren Ganzen („Ich und die Welt“)	Ausmaß der Fähigkeit, fantasievoll ganz in etwas aufzugehen (Selbstvergessenheit), der Neigung, sich mit anderen Menschen und "der Welt" verbunden zu fühlen (Transpersonale Identifikation) und offen für Spiritualität und idealistische Motive zu sein (Spirituelle Akzeptanz)

In diesem Konzept wird durch den Bereich „Charakter“ eine weitere Dimension hinzugefügt, die es mit dem zugrunde liegenden Reifekonzept möglich macht, die für eine Diagnose einer psychischen Störung zentralen dysfunktionalen Merkmale und Verhaltensweisen in ihrer Ausprägung zu erfassen. So sind für die Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit eine altersentsprechende individuelle Selbstlenkungsfähigkeit (Selbstakzeptanz, Kreativität) und die Fähigkeit, mit anderen Menschen zu kooperieren (durch Empathie, Hilfsbereitschaft, etc.) wichtige Voraussetzungen, um die Herausforderungen des Lebens erfolgreich bewältigen zu können. Fehlen dagegen diese Fähigkeiten bzw. sind sie zu gering ausgeprägt, so erhöht sich wahrscheinlich das Risiko der Entstehung von emotionalen Problemen bzw. liegt eine psychische Störung bereits vor (Schmidt, 2007).

Persönlichkeits- und Charaktermodelle stoßen allerdings bei den Menschen an ihre Grenzen, denen im Leben traumatische Ereignisse wiederfahren sind oder die solche gerade durchleben. Insbesondere Kinder und Jugendliche sind von solchen Erlebnissen insofern stärker betroffen, als dass ihnen aufgrund ihres Alters verschiedene Copingstrategien und –instrumente noch nicht oder nur in geringem Umfang zur Verfügung stehen. Dieses Thema wird im Kapitel 3 detaillierter betrachtet. Im Folgenden wird kurz auf das Konzept der Psychopathy eingegangen.

2.3 Das Konzept der Psychopathy

Der kanadische Psychologe Robert D. Hare entwickelte ab 1970 Kriterien zur Erkennung des Rückfallrisikos bei Gefängnisinsassen. Dabei orientierte er sich an den Vorarbeiten von Harvey Cleckley in den Vierzigerjahren. Er entwickelte den Fragebogen „Psychopathy Checklist“ (PCL). Deren Revision (PCL-R) findet bis heute Anwendung. Hare bezeichnete diejenigen Probanden als „Psychopaths“, deren Rückfallrisiko für Straftaten als sehr hoch eingeschätzt wurde. Hare entwickelte in weiterer Forschung Persönlichkeitskriterien, die der Psychopathy entsprechen und belegte in Studien seine Theorie, dass Straftäter, die diesen Merkmalen entsprachen, häufiger und mit gravierenden Delikten rückfällig wurden, als diejenigen, die diesen Kriterien nicht entsprachen.

Das Konzept der Psychopathy entspricht keiner klassischen Diagnose (Sachs & Ritter, 2012) sondern wurde als Identifizierungsinstrument für Gefängnisinsassen entwickelt. Zur Unterscheidung zu vorangegangenen Konzepten wird die englische Schreibweise beibehalten.

Menschen mit psychopatischen Zügen, weisen auf drei Ebenen Auffälligkeiten auf (vgl. ebd.):

1. Defizientes Über-Ich: lügnerisch, betrügerisch, keine langfristigen Ziele, verantwortungslos.
2. Bindungslosigkeit: oberflächlich, unempathisch, keine langfristigen Bindungen.
3. Hemmungslosigkeit: unbeherrscht, impulsiv, promiskuitiv, kriminell vielseitig.

Diese Ebenen wurden in der PCL-R operationalisiert. Menschen, die der Psychopathy entsprechen, müssen nicht zwangsläufig an einer psychischen Erkrankung gemäß ICD–10 leiden. Hare definierte die Psychopathy als einen Untertyp der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Ausgehend von einer Kombination von affektiv-interpersonellen Persönlichkeitseigenschaften sowie antisozialen Verhaltensmerkmalen können Traits der Psychopathy bereits im Jugendalter identifiziert werden. Auch Andershed et al. stellen einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften der Psychopathy und diversen Verhaltensauffälligkeiten besonders dissozialem Verhalten her (Andershed et al., 2002).
Beeinträchtige kognitive Funktionen sind ursächlich bei der Entstehung der Psychopathy beteiligt. Erforscht wird aber auch die genetische Komponente. Neuronale Defekte können Sozialisationstechniken sowie die Entwicklung angemessener Coping-Mechanismen beeinträchtigen. Infolgedessen steigt das Risiko frustrationsbedingter Aggressionen.

3 Trauma, Traumatisierung

3.1 Folgen traumatischer Erlebnisse im Kindes- und Jugendalter

Die Folgen belastender Erlebnisse in der Kindheit können sich in verschiedenster Weise im Leben eines Heranwachsenden auswirken. Einflussfaktoren wie Dauer, Schwere und Art der belastenden Erfahrungen, Entwicklungsstadium, die Prädisposition des Kindes sowie die Eltern – Kind – Interaktion im Zusammenhang mit Missbrauch und Vernachlässigung, spielen eine Rolle. Das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung wird besonders dann als sehr hoch eingeschätzt, wenn das Trauma in einem kritischen Entwicklungsstadium des Kindes stattfindet (Cicchetti & Rogosch, 2002) oder durch Bezugspersonen hervorgerufen wird (Schore, 2001; Freyd et al., 2007; Ullman, 2007). Hierbei wird zwischen Typ 1-Trauma (Einzel- oder kurzandauerndes Ereignis) und Typ 2-Trauma (langandauerndes, sich wiederholendes Ereignis) und beide Typen wiederum in „accidentally“ (zufällig, unbeabsichtigt auftretend) und „deliberately inflicted“ (absichtlich, bewusst zugefügt) Ereignis unterschieden.

Die drei wichtigsten Aspekte in den ersten fünf Jahren der kindlichen Entwicklung sind:

Aufbau von Bindungen und Beziehungen: die Erfahrungen der primären Bindungen aus der Kindheit spielen bis ins Erwachsenenalter eine Rolle und prägen zukünftige Beziehungen.

Affektregulation: die mentale Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu regulieren, entwickelt sich in Verbindung mit primären Bezugspersonen und Modellierung / Vorbildwirkung derselben (beispielsweise erst tröstendes und dann provozierendes oder abweisendes Verhalten erschweren die mentale Regulation von Emotionen).

Selbstkonzept: Das Selbst bezeichnet im Sinne der Psychoanalyse die Wahrnehmung und das Wissen über sich selbst und die eigenen Beziehungen zur Umwelt, also die Selbstkenntnis. Damit im Zusammenhang steht der Wissenserwerb über die eigenen physischen und psychischen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen sowie Realitäten. Sie ist Voraussetzung der Selbstentwicklung und -verwirklichung.

Kinder entwickeln in den ersten Jahren sogenannte „innere Arbeitsmodelle“, welches aus der Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen entsteht (Bowlby, 1973). Darin sind die Erfahrungen gespeichert, die sich daraus und den Selbstkonzepten, die wiederum aus dem Erlebten resultieren, entwickeln. Es dient zur Erfassung und Einschätzung von Situationen und ist das Resultat der eigenen Erfahrungen über die

emotionale Verfügbarkeit und Feinfühligkeit der Bezugspersonen. Somit können innere Arbeitsmodelle als Konstrukte aus Emotions- und Verhaltensregulierung gesehen werden (Zimmermann, 2000a). Während es in den ersten Lebensjahren noch relativ flexibel ist, formt es sich im Laufe der Entwicklung und wird zunehmend stabiler. Es entstehen feste Bindungsrepräsentationen. Diese können sich zwar durch entsprechenden Einfluss oder auch Eingehen substanzieller Bindungen zu anderen Personen verändern, dies wird mit zunehmendem Alter jedoch immer schwieriger (Brisch, 1999). Die Hauptfunktion der inneren Arbeitsmodelle bleibt jedoch, die Ereignisse der realen Welt zu antizipieren und das eigene Verhalten dementsprechend zu organisieren.

Die Bedeutung von Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch und Gewalt für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten sind in Studien gut belegt (Cicchetti & Toth, 1995; Ford, 2002; Nelson et al., 2002; Putnam, 2003; Turner et al., 2006; Kim & Cicchetti, 2006; Rutter et al., 2006; Kaplow & Widow, 2007; Finkelhor et al., 2007a, 2009). Es zeigen sich außerdem u.a. höhere Prävalenzraten von Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (AD(H)S) und Störungen des Sozialverhaltens (Famularo et al, 1992; Famularo et al., 1996) oder Ängstlichkeit, Depression und Dissoziation sowie Substanzmissbrauch (Malinosky-Rummel & Hansen, 1993; Mazza & Reynolds, 1999; Gordon, 2002; Finkelhor et al., 2007). Vernachlässigt werden darf auch nicht der kulturelle und evolutionäre Kontext von Traumatisierung (Belsky, 1993; Malinosky-Rummel und Hansen, 1993).

Folgen traumatischer Kindheitserlebnisse können sich bis ins Jugend- und Erwachsenenalter auswirken. Neben psychischen Auffälligkeiten erleben die Jugendlichen häufig Schwierigkeiten in der Schule, Lehre oder Arbeit. Außerdem entstehen oft auch Beeinträchtigungen des Selbstwertsystem und in der Beziehungsfähigkeit. Die Ursache für die Unfähigkeit zur Aufnahme und Pflege von Freundschaften mit Gleichaltrigen liegt meist in der gestörten Bindungsentwicklung in der Kindheit. Dies ist besonders bei Kindern zu beobachten, die Missbrauchserfahrungen und Vernachlässigung durch nahe Angehörige erfahren haben oder bei alkohol- oder drogenabhängigen bzw. psychisch kranken Eltern aufwachsen. Sie sind in der Möglichkeit, sichere Bindungen aufzubauen, eingeschränkt (Cicchetti & Toth, 1995; Weinfield et al., 2000; Kim et al., 2004; Ziegenhain & Fegert, 2004).

Auch bei Kindern in der Heimunterbringung, die häufige Neuplatzierungen oder Abbrüche erfahren haben und die damit verbundene Diskontinuität in Beziehungen, zeigt sich dieses Bindungsmuster. Besonders bei diesen Kindern mit unsicheren

Bindungen unterliegen soziale Wahrnehmungsprozesse kognitiven Verzerrungen. Diese sind gekennzeichnet durch Ärger, Furcht, Feindseligkeit oder Misstrauen (Guttmann-Steinmetz & Crowell, 2006). Dies kann als mögliche Erklärung für die aggressiven Reaktionen dieser Kinder in sozialen Situationen herangezogen werden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Abfolge von Entscheidungsprozessen am Beispiel einer Missbrauchserfahrung.

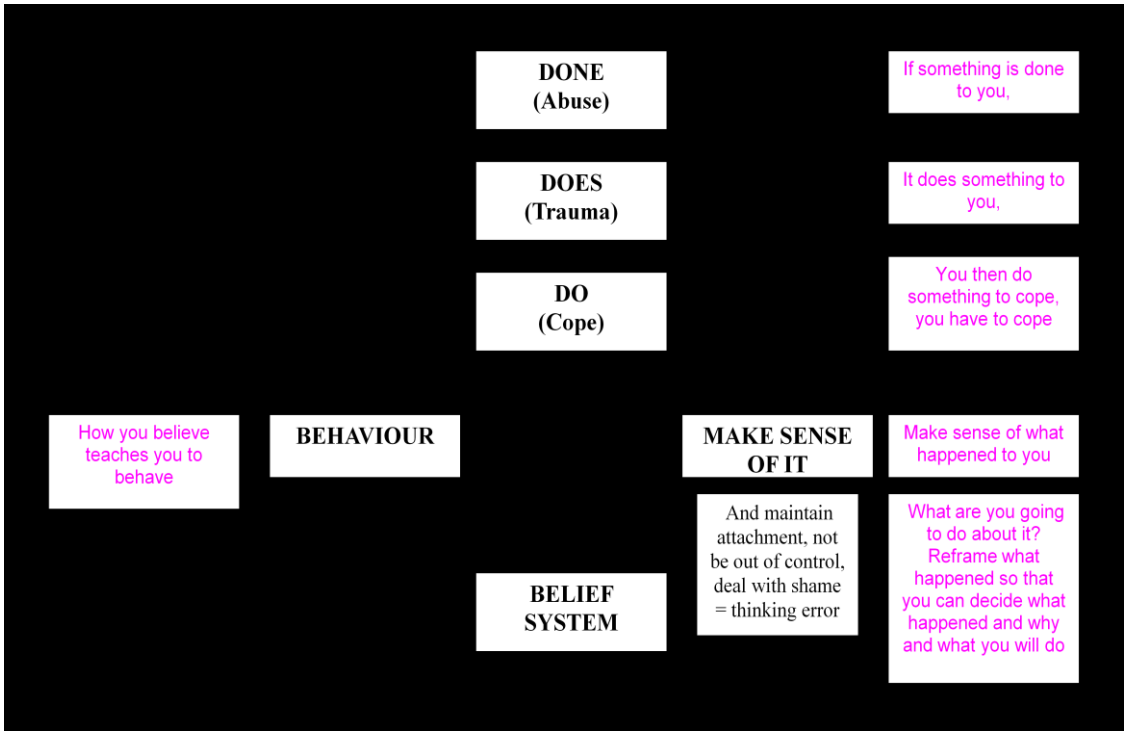

Abbildung 1: Kreislauf „Trauma“ (Pereira, Robertson, Niemann, 2012 in Anlehnung an Norma Howes, 2000)

3.2 Traumaverarbeitung im Gehirn

Das menschliche Gehirn ist hierarchisch organisiert. In erster Instanz sorgt es für das „Überleben“, indem es Informationen aufnimmt, verarbeitet, speichert und im Falle einer Bedrohung (internal oder external) entsprechend mobilisiert. Wird die Umgebung als „sicher“ eingestuft, reguliert der Cortex das limbische System und den Hirnstamm. Dieser Prozess wird als „Top–down-processing“ bezeichnet.

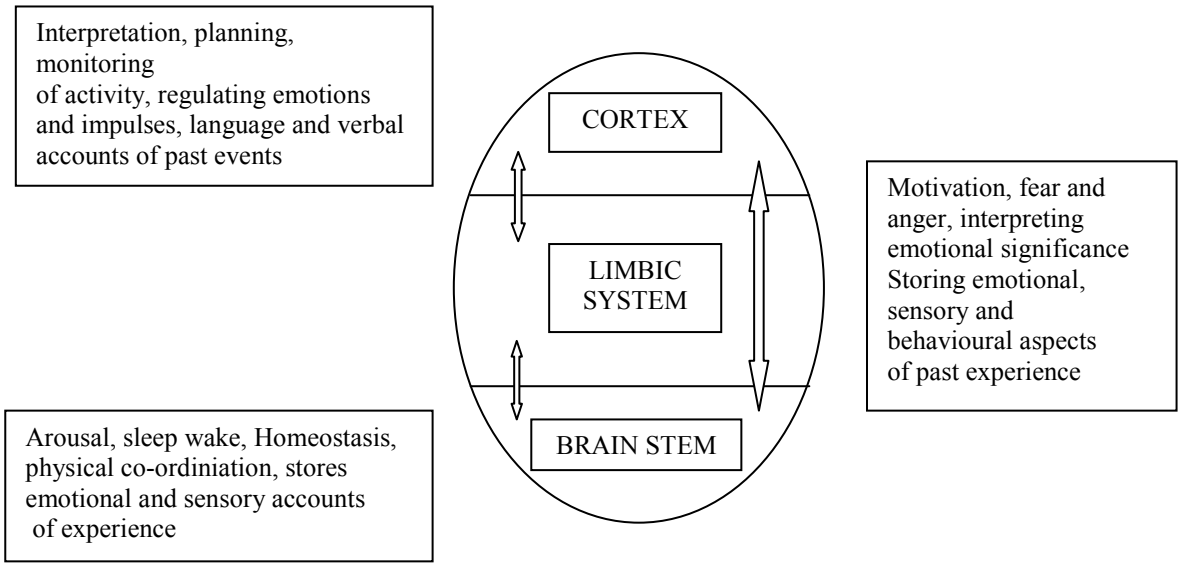

Abbildung 2: Top-down Prozess im menschlichen Gehirn (Pereira, Robertson, Niemann, 2012 in Anlehnung an Norma Howes, 2000)

Im Falle von Stress oder Trauma läuft dieser Prozess reziprok ab und das Gehirn wird limbisch dominiert („Bottom – up – processing“), d. h. gerät eine Person in Stress oder erlebt ein Trauma, schlägt das limbische System Alarm und der präfrontale Cortex initiiert Flucht oder Kampf. Die aufgenommenen Sinnesreize fließen zunächst in den Thalamus, wo sie „vorgefiltert“ werden und gelangen dann in die Amygdala („Angstzentrum“). Hormone werden ausgeschüttet und der Körper in Alarmbereitschaft versetzt, Energiereserven werden mobilisiert. Die Amygdala und Hippocampus werden getrennt, das Großhirn „deaktiviert“. Große Teile von Informationen werden nicht an das explizite (bewusste) Gedächtnis geleitet, Reaktionen werden vom impliziten (unbewussten) Gedächtnis gesteuert. Während das Großhirn weiter unbeteiligt bleibt, erfolgt die Weiterleitung und Speicherung von Informationen im impliziten Gedächtnis, die Suche nach Auswegen geht weiter. Die Reizüberflutung führt langfristig zu einer erhöhten Empfindlichkeit, wie gegenüber Licht, Lärm, Gerüchen, etc. und die Sensibilität für die äußeren Reize erhöht sich – man wird hochempfindlich.

Große Teile des Traumas werden jedoch nicht im expliziten Gedächtnis gespeichert, was erklärt, warum sich Menschen teilweise nicht mehr erinnern können, was ihnen zugestoßen ist (Dissoziation) und warum sie auf bestimmte Situationen mit speziellen Gefühlen und Empfindungen reagieren.

Kinder mit traumatischen Erlebnissen zeigen oft Angst, Ärger und Aggression, wenn jemand nett zu ihnen ist. Bei langanhaltendem Trauma (Typ 2-Trauma) kann die „Umverdrahtung“ des Gehirns dauerhaft werden. Kinder und Jugendliche reagieren oft

auch dann noch mit Flucht oder Kampfreflexen, wenn gar keine Bedrohung mehr vorhanden ist.

Die folgende Abbildung soll diesen Prozess noch einmal grafisch darstellen:

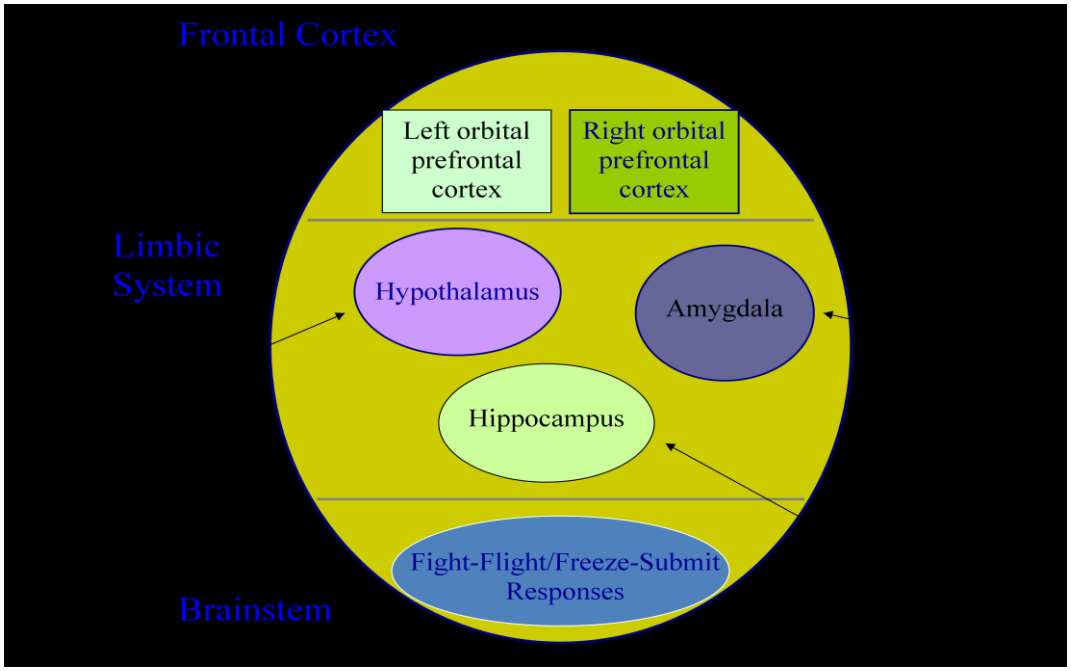

Abbildung 3: „Bottom – up“ Prozess (Pereira, Robertson, Niemann, 2012 in Anlehnung an Norma Howes, 2000)

Ausgehend von den in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführten Betrachtungen zu einigen die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinflussenden Faktoren, wird sich nun dem Hauptthema der Arbeit, der Seelischen Gesundheit, zugewendet und der Einfluss von Störungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen oder auf das Umfeld, in dem sie gezwungen sind zu leben, erörtert. Des Weiteren werden Bedingungen dargestellt, die zur Sicherung der Seelischen Gesundheit im Entwicklungsprozess erfüllt werden müssen.

4 Seelische oder psychische Gesundheit

4.1 Seelische Gesundheit

Was ist „seelische Gesundheit“? Zur Klärung dieser Frage wird sich zunächst mit dem Begriff „Gesundheit“ allgemein befasst, um daraus abzuleiten, was seelische Gesundheit ist und wie sich abweichendes Verhalten bzw. eine psychische Störung darstellt bzw. abgegrenzt wird.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2006) definiert den Begriff „Gesundheit“ wie folgt:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

Gesundheit schließt also vollständiges geistiges und soziales Wohlergehen oder Wohlbefinden ein und beschränkt sich nicht nur auf das Fehlen körperlicher Gebrechen oder Krankheiten.

Nach dem Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky (1997) ist Gesundheit nicht nur als Zustand, sondern auch als Prozess zu verstehen, dass heißt, es konzentriert sich nicht auf die Suche nach Ursachen und Entstehung von Krankheiten (Pathogenese), sondern fragt nach Gründen, warum Menschen bei endogenen und exogenen Risiken überhaupt gesund bleiben können. Welche schützenden Faktoren gibt es, die Menschen befähigen, mit Belastungen besser umzugehen? Maßgeblich dafür erachtet Antonovsky das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, welches einen lückenlosen Zusammenhang zwischen Krankheit und Gesundheit darstellt und davon ausgeht, dass der Mensch trotz Krankheit auch gewisse Reserven hat, die er mobilisieren kann, um die Krankheit zu überwinden oder besser mit ihr umzugehen lernt.

Der Sozialmediziner Georg L. Engel entwickelte 1977 das „Bio-psycho-soziale Modell“, indem es um die wechselseitige Beeinflussung von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren geht (Krause & Lorenz, 2009). Das bedeutet, dass nicht nur die Krankheit an sich in Betracht gezogen werden sollte, sondern auch psychologische Faktoren wie zum Beispiel Angst und ebenso die Meinungsbildung über Krankheiten in der Gesellschaft im Allgemeinen berücksichtigt werden. Das betrifft besonders psychische Erkrankungen, die heute vielfach noch unter dem Stereotyp des „Simulierens“ oder „keine echte Krankheit“ betrachtet wird (ebd.).

Individuell gesehen stellt die seelische Gesundheit also die Basis dar, von der aus der Einzelne sein Potential (emotional und intellektuell) entfalten und seinen Beitrag in der

Gesellschaft leisten kann. Gesellschaftlich gesehen ist seelische Gesundheit eine Ressource für den sozialen Zusammenhalt einer Gemeinschaft.

Maßgeblich für die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist nach Antonovsky das Kohärenzgefühl „Sense of coherence = SOC“, welches sich aus den Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ zusammensetzt (Antonovsky, 1997). Weitere Kernbestandteile seines Konzepts sind generalisierte Widerstandsressourcen, die mobilisiert werden können, um Probleme zu lösen. Belastungen des Wohlbefindens oder der seelischen Gesundheit werden individuell wahrgenommen und sind abhängig von Ressourcen, aus denen das Individuum schöpfen kann. Mit diesen Ressourcen wird sich detailliert in Kapitel 5 „Resilienz“ beschäftigt.

Das „Every Child Matters“ (ECM) Green Paper (Department for Education and Skills - DfES, UK 2003) beschreibt fünf Bereiche, die für eine optimale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wichtig sind, wie folgt:

Gesundheit: körperlich und geistig gesund sein und einen gesunden Lebensstil pflegen

Sicherheit: vor Schaden, Leid und Vernachlässigung geschützt sein

Entwicklung fördern: Entwicklungsaufgaben erfolgreich meistern, Krisen bewältigen und das Leben genießen können.

Gemeinde / Kommune: sich in der Gemeinde aktiv engagieren können und dadurch das Beteiligen an anti-sozialem oder kriminellen Verhalten verhindern.

Materielle Versorgung: Das Entfalten des eigenen Potentials bzw. die Teilhabe an der Gesellschaft sollte nicht durch wirtschaftliche / materielle Nachteile verhindert werden.

Viele dieser jungen Menschen haben z.B. durch die stationäre Heimunterbringung eine Chance, mittels intensiver und langandauernder Arbeit mit ihren Betreuern, die eigenen Stärken zu erkennen sowie die ihnen zugänglichen oder vorhandene Ressourcen nutzen zu lernen.

Können Kinder und Jugendliche nicht auf unterstützende Ressourcen zurückgreifen, kann das Folgen haben und ein erhöhtes Risiko für deren psychosoziale Entwicklung darstellen. Zu nennen wären da zum Beispiel das Schließen und Pflegen von Freundschaften, Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins, Selbstwertgefühl, Vertrauen, Identitätsentwicklung, etc.

Im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) wird in diesem Zusammenhang von Kindern mit „seelischer Behinderung“ gesprochen, die gemäß §35a SGB VIII das Recht auf Eingliederungshilfe haben. Eine „seelische Behinderung“ liegt erst vor, wenn nach Feststellung einer psychischen Störung nach ICD-10 / F (WHO 1994) auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Nach §36 Abs. 3 SGB VIII stellt dies ein Kinder- und Jugendpsychiater / Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. ein auf diesem Gebiet sachkundiger Arzt fest.

Im folgenden Kapitel wird näher auf den Begriff der „seelischen Behinderung“ eingegangen und welche Risiken sich für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen daraus ergeben können.

4.2 Seelische Behinderung und sich daraus ableitende Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Für den Begriff „seelische Behinderung“ gibt Fegert folgende Definition: „Aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht verstehe ich Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als ein sekundäres Phänomen, als einen Folgezustand, der soziale Beziehungen und Handlungskompetenzen, die schulische und persönliche Entwicklung beeinträchtigt und die spätere berufliche Integration gefährden kann, wobei diese Beeinträchtigung und das zugrunde liegende Krankheitsbild oder Leiden zu einer mehr oder weniger starken individuellen psychischen Belastung (Leiden) führen können“ (Fegert, 2004).

Eine psychische oder seelische Belastung umfasst die Gesamtheit aller äußeren Einflüsse (Wahrnehmung, Sinnesorgane), die auf ein Individuum einwirken. Diese beeinflussen das Denken, Lernen, Gedächtnis, Gefühle und Empfindungen. Je nach vorhandener individueller Resilienz können Unter- und Überforderung, soziale Konflikte, etc. zu psychischer Ermüdung, ermüdungsähnlichen Zuständen, Stress und daraus resultierenden Folgeerkrankungen (körperlich und seelisch) führen.

Diese Kinder und Jugendlichen haben meist hochproblematische Bindungserfahrungen und neigen oftmals dazu, sich selbst sozial auszugrenzen bzw. durch ihr Auftreten ausgegrenzt zu werden oder auf Ablehnung zu stoßen, was zu einer Aggravierung der bereits bestehenden sozialen Schwierigkeiten führen kann. Als ein weiterer negativer Aspekt ist die Stigmatisierung durch den Begriff „seelische Behinderung“ und deren Folgen für das Kind oder den Jugendlichen sowie auch für dessen Eltern zu bewerten. Dennoch stellt Fegert fest, dass „die neue Norm“ des §35a SGB VIII alles in allem zu einer positiven Auseinandersetzung aller Beteiligten sowohl in der Kinder- und

Jugendpsychiatrie als auch in der Jugendhilfe geführt hat (Fegert, 2000). Was bleibt, ist die Notwendigkeit einer breiteren Aufklärung der Bevölkerung, um die nötige Akzeptanz und Unterstützung der Eltern und ihre Kinder zu erreichen und ihnen den Zugang zum entsprechenden Service zu erleichtern.

Eine Störung der seelischen Gesundheit ist jedoch noch nicht gleichbedeutend mit dem Vorhandensein einer Krankheit (Baruch, 2012). Menschen fühlen sich zuweilen unwohl, obwohl sie nicht an einer psychischen Erkrankung leiden. In diesem Fall sind dennoch Maßnahmen wünschenswert, die eine Person darin unterstützen, mehr als nur „nicht krank“ zu sein. Ein wichtiges Forschungsfeld der modernen Psychologie (Psychosomatik) beschäftigt sich mit der Reaktion und den Fähigkeiten von Menschen in Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit körperlichen Vorgängen und dem sozialen Lebensumfeld. Dabei wird auch die Frage berücksichtigt, welche Faktoren das menschliche Wohlbefinden fördern und welche Faktoren dazu beitragen, dass ein Mensch in seinem Leben Sinn und Zugehörigkeit erlebt (vgl. ebd.).

Kulturelle und persönliche Einflüsse sowie persönliche Eigenheiten werden jeden Menschen diese Fragen unterschiedlich beantworten lassen. Einige der wichtigen Faktoren, wie z.B. stabile und sichere Bindungen zu Bezugspersonen, in der Familie, zu Freunden oder Anerkennung in der Schule, im Beruf, das Verdienen des Lebensunterhaltes etc., die für die meisten Menschen relevant sind, konnten jedoch identifiziert werden, sodass die Förderung seelischer Gesundheit daran anknüpfen kann.

Wenn das Denken, emotionales Erleben und Handeln jedoch zu einem Leidensdruck führen, die die Person am Erreichen wichtiger Ziele hindert, liegt eine psychische Störung vor, wobei die Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ oft unscharf sind. Die Beurteilung, ob jemand an einer psychischen Erkrankung leidet, basiert in der Regel auf der Bewertung des individuellen Verhaltens durch Spezialisten mit entsprechender Ausbildung. Die Beschreibung des Phänomens (geistige Störung, abnormales Verhalten, Geisteskrankheit, etc.) hängen hier insbesondere sowohl von der Perspektive, der Ausbildung und dem kulturellen Hintergrund des Beurteilenden, als auch von der Situation und dem Status der beurteilten Person ab. Vielmehr muss psychische Störungen als ein Kontinuum begriffen werden, welches zwischen optimaler psychischer Gesundheit und minimaler psychischer Gesundheit (psychisch belastet) liegt.

Die folgende Abbildung stellt das Kontinuum anschaulich dar (Zimbardo, 2004):

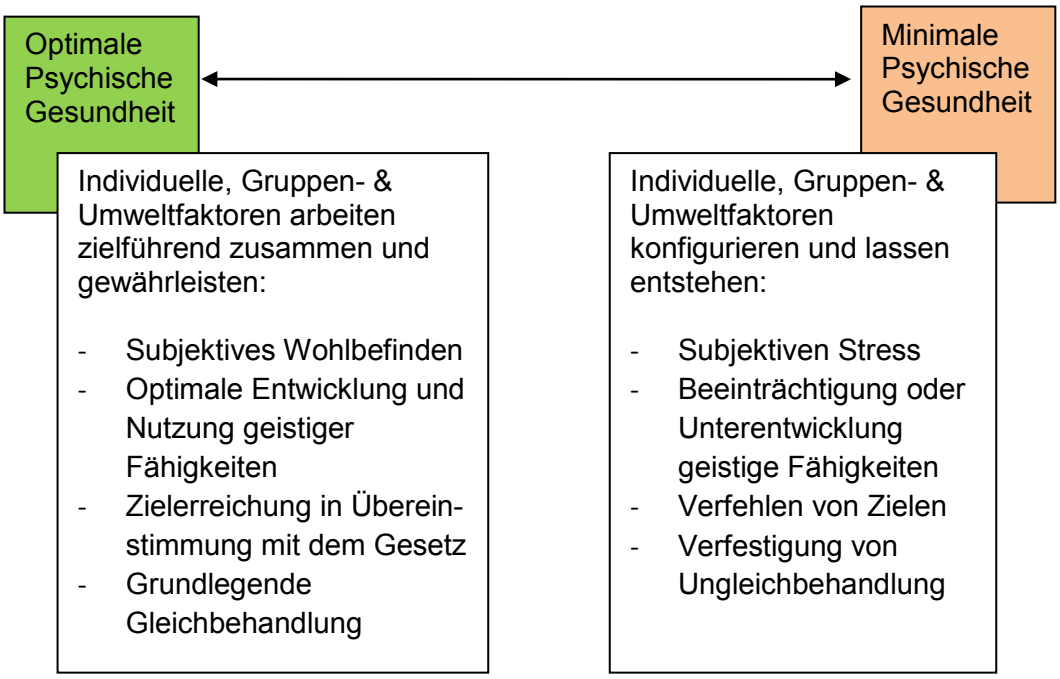

Abbildung 4: Das Kontinuum psychischer Gesundheit (Zimbardo, 2004, S. 654)

Heimerziehung beginnt für Kinder und Jugendliche nur selten freiwillig, denn nur wenige Kinder und Jugendliche haben die erforderliche Reife, um diese Erziehungsform als für sie in der jeweiligen Situation als am besten geeignet anzusehen. Viele „landen“ mehr oder weniger dort und fühlen sich demzufolge oft auch genötigt und zur Erziehungsmaßnahme gezwungen. Sie durchleben somit als erstes eine Verlust- und Trennungserfahrung, welche ein gravierendes Risiko für ihre weitere Entwicklung darstellt, da die negativ wahrgenommene Herausnahme aus dem gewohnten Umfeld und Freundeskreis, sowie die damit verbundenen Abbrüche bestehender Bindungen, erst verarbeitet werden müssen und nicht so schnell ersetzt werden können. Bis zum Erfolg solcher stationären Hilfen ist es daher mitunter ein sehr langer, steiniger Weg.

In der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Lösel & Bender, 1999) werden sie der Hochrisikogruppe zugeordnet, die lernen muss, sich wie alle anderen Gleichaltrigen in einer sich ständig und rasant entwickelnden und verändernden Gesellschaft zu orientieren. Deshalb sind pädagogische Konzepte gefragt, die die Kinder und Jugendliche in ihren speziellen Lebenssituationen abholen und ihnen Ressourcen zur Verfügung stellen, die einer von Mangel und Verlust geprägte Entwicklung entgegen wirken, sie versucht auszugleichen und positiv zu verändern. Schleiffer sieht den Erfolg solcher Maßnahmen in hohem Maß von der Qualität der pädagogischen Beziehung abhängig (Schleiffer, 2001).

Viele Kinder und Jugendliche sind in ihrer Entwicklung diversen Risikofaktoren ausgesetzt (Burns et al., 2004; Lawrence et al., 2006):

- Substanzmissbrauch von Bezugspersonen und daraus resultierende gestörte Beziehungen,
- Vernachlässigung, Misshandlung,
- Erkrankungen (physisch / psychisch) in der Herkunftsfamilie,
- Armut,
- fehlende unterstützende soziale Netzwerke,
- zerrüttete Familienverhältnisse,
- etc.

Studien belegen sehr gut den Zusammenhang zwischen gehäuft auftretenden Risikofaktoren und der Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Rutter, 1989; Blanz et al., 1991; Esser & Schmidt, 1997; Manly et al., 2001; Hanson et al., 2006; Kopp & Beauchaine, 2007). Insbesondere sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen spielen eine Rolle im Hinblick auf die Ätiologie von emotionalen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Kaplow & Widom, 2007; Rutter, 1989; Putnam, 2003; Spataro et al., 2004). Auch der Konsum von Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft gilt als Hochrisikofaktor für die Entwicklung externalisierender Verhaltensweisen bei Kindern (Laucht & Schmidt, 2004; Huijbregts et al., 2007; Linnet et al., 2003).

4.3 Diagnose psychischer Erkrankungen

4.3.1 Diagnostische Systeme

Eine psychologische Diagnose gibt gestörtem Verhalten eine spezifische Benennung und erfolgt durch die Interpretation beobachteter Verhaltensweisen einer Person. Hierzu gibt es Klassifikationssysteme, wie die 10. Revision „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“(ICD-10) der WHO oder das “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-V) der American Psychiatric Association.

Im fünften Kapitel der ICD-10 werden die psychischen Störungen mit dem Kennbuchstaben “F” in die diagnostischen Kategorien “F 0” bis “F 9” unterteilt. In DSM V wird auf die entsprechenden Kategorien der ICD-10 verwiesen, es gibt jedoch auch Unterschiede zwischen diesen beiden Klassifikationssystemen. Diagnostische Kriterien werden teilweise unterschiedlich definiert. Die ICD-10 beinhaltet im Gegensatz zum DSM V auch komorbide Diagnosen (z.B. Hyperkinetisches Syndrom mit Störung des

Sozialverhaltens) und führt im Anhang auch kulturspezifische Störungen auf. Auch liegt der Schwerpunkt des DSM V auf stärkerer Operationalisierung bezüglich klinischer und psychosozialer Relevanz der Symptomatik.

Rutter und Mitarbeiter (Rutter, M. et al, 1986) entwickelten unter Berücksichtigung psychosozialer Umstände und dem Entwicklungsaspekt auf der Grundlage der ICD-10 das Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter basierend auf sechs Achsen.

Auf der ersten Achse wird das Störungsbild beschrieben, auf der zweiten Achse die spezifischen Entwicklungsbesonderheiten und auf der dritten Achse wird das Intelligenzniveau festgehalten. Auf der vierten Achse können zusätzliche körperliche Erkrankungen nach ICD-10 verschlüsselt und auf Achse fünf abweichende psychosoziale Umstände festgehalten werden. Die sechste Achse kann zur Beurteilung des Funktionsniveaus im Hinblick auf Familie, Schule, Peers herangezogen werden.

Diese erweiterte Diagnostik bietet zusätzliche Informationen über die Begleitumstände einer psychischen Erkrankung (Komorbidität). Das DSM V beinhaltet ebenfalls diese Möglichkeit der multiaxialen Diagnostik, jedoch nicht im Hinblick auf das Kindes- und Jugendalter.

4.3.2 Kategoriale vs. Dimensionale Falldefinition

Die Definition einer Krankheit muss testtheoretischen Anforderungen entsprechen, damit sie als allgemeingültige wissenschaftliche Beschreibung der Gesundheitsstörung gelten kann. Sie muss nachvollziehbar (objectiv), messbar (reliable) und inhaltlich gültig (valid) sein.

Die kategoriale Diagnostik erfolgt mit Hilfe von Klassifikationssystemen und bedarf erfahrener Kliniker. Validität und Objektivität sind schwer messbar, da es von Patient zu Patient unterschiedliche Informationen gibt bzw. valide Außenkriterien fehlen. Die Reliabilität kann durch Schulung der Beurteiler und das Rückgreifen auf übergeordnete diagnostische Einheiten erhöht werden (Remschmid et al., 1983).

Bei der dimensionalen Diagnostik erfolgt die Identifizierung einer Erkrankung über Symptomlisten. Das Setzen eines cut-off Wertes wirft die Frage nach der Validierung auf, da die Häufigkeitsverteilung von Symptomsummen selten einen „natürlichen“ Grenzwert nahelegt und die Gleichsetzung der Schwere einer Erkrankung nicht über die Vielzahl der Symptome zu verifizieren ist.

4.4 Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter

Seelische Gesundheit ist ein andauernder Prozess, denn in jeder Lebensphase sind andere psychische Herausforderungen zu bewältigen. Die Vereinten Nationen stellten 2011 fest, dass die seelische Gesundheit („mental health") trotz Bemühungen in der Gesundheitspolitik immer noch vernachlässigt wird, denn auch durch den technischen Fortschritt stehen salutogenetische, psycho- und sozialtherapeutische Erkenntnisse nicht unbedingt im Vordergrund (Sweet, 2011). Erkenntnisse zum Beispiel aus der Gesundheitspsychologie zeigen aber, dass seelische Gesundheit des Einzelnen sich durchaus auch auf das Gemeinwohl auswirkt (ebd.). Jeder Zweite erkrankt seelisch mindestens einmal in seinem Leben. Besonders gefährdet sind Menschen in Lebensüberganspsasen (Transition) wie Schuleintritt, Pubertät, Berufsein- oder ausstieg, Rente, etc.). Auch Lebenskrisen wie Trauer, Scheidung, Traumata, etc. erhöhen das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Im Abschlussbericht zur „Psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen" weist bereits die Einleitung darauf hin, dass dies:

> *„…die Kinder in unserer Gesellschaft (sind), die am häufigsten extremen und kumulierten psychosozialen Belastungen (z.B. Misshandlung, Deprivation) ausgesetzt sind. Ungefähr 60% […..] haben gesicherte Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen. Diese massiven Belastungsfaktoren stellen ein erhebliches Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung dar"* (Fegert et al., 2004).

Das Zusammentreffen mehrerer solcher Risikofaktoren erhöht zwangsläufig das Gefährdungspotential. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Erkrankungen fand heraus, dass in Deutschland 25 % der Bevölkerung frei von Krankheit sind (Wittchen et al., 2003). Ein Großteil der an einer psychischen Erkrankung leidenden Patienten wird allgemeinmedizinisch betreut, jedoch ist bei 5-10 % der Erkrankten die psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung angezeigt (vgl. ebd.). Die Studie fand außerdem heraus, dass bei etwa 3 % der erkrankten Erwachsenen eine chronische psychische Störung mit Funktionseinschränkung vorliegt. Auch wenn psychische Erkrankungen kein seltenes Phänomen sind, sagt dies nichts über ihre Behandlungsbedürftigkeit aus. Die Komorbiditätsrate liegt jedoch mit 50 % recht hoch (ebd.). Das folgende Schaubild verdeutlicht die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland.

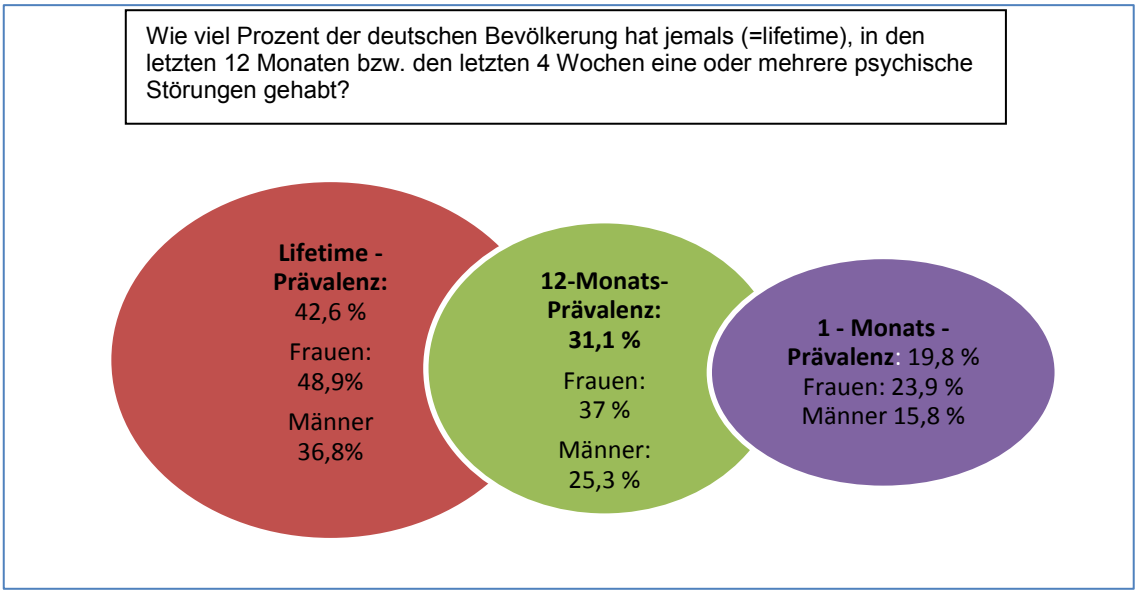

Abbildung 5: Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland (Jacobi et.al. 2004)

Es ist immer wieder festzustellen, dass Kinder und Jugendliche bei nahezu identischen Ausgangs- oder Umweltbedingungen sehr unterschiedlich reagieren und einige teilweise einen „Schutzmechanismus“ besitzen, der es ihnen ermöglicht, die störenden Ereignisse besser zu verarbeiten. Sie sind widerstandsfähiger - resilienter - im Umgang mit Belastungen. Auf das Thema der Entwicklung von Resilienz und den Risiko- und Schutzfaktoren sowie der Kohärenz soll im folgenden Kapitel eingegangen werden.

5 Resilienz und Kohärenz

5.1 Resilienz

Resilienz ist, wenn man's trotzdem schafft - oder - mit den Worten von Fonagy „normal development under difficult circumstances" (Fonagy, 1994).

Die Frage danach, warum sich Menschen trotz widriger Lebensumstände positiv entwickeln können, beschäftigte die Forschung etwa seit der von Emma Werner initiierten Kauai-Studie 1955. Dort entdeckten die Forscher mittels Längsschnitten, dass sich Kinder, die in belastenden Lebensumständen aufwuchsen, durchaus altersentsprechend entwickeln können und später erfolgreich ihr privates und berufliches Leben meistern. Mit diesen Ergebnissen wurde der Grundstein für die Resilienzforschung gelegt. Aus salutogenetischer Sicht hinterfragt die Resilienzforschung besonders die Persönlichkeitsmerkmale der Kinder, die sich trotz Risikofaktoren gesund entwickeln können (Skof, 2000 zur Bielefelder Invulnerabilitätsstudie).

Dr. Michael Ungar (2009) definiert in seinem internationalen Forschungsprogramm zu Resilienz diesen Begriff wie folgt:

*„In the context of exposure to significant adversity, resilience is both - the capacity of individuals to **navigate** their way to the psychological, social, cultural and physical resources that sustain their well-being, and their capacity individually and collectively to **negotiate** for these resources to be provided in culturally meaningful ways."*

Damit wird eine Sichtweise beschrieben, die von der bisherigen, eher westlichen Forschungsansicht des individuellen Konzepts abgeht, weg von einem Defizitmodell hin zu einem Ressourcen- und Kompetenzmodell, welches ebenso auch den kulturellen Hintergrund berücksichtigt. Mit Ressourcen sind dabei alle Faktoren gemeint, die in der Umwelt des Kindes auftauchen oder dessen Persönlichkeitsmerkmale einschließen. Sie helfen dem Kind, besser mit den Anforderungen umzugehen bzw. Abwehrmechanismen zu entwickeln und begünstigen damit die Wahrscheinlichkeit eines positiven Entwicklungsverlaufes. In diesem Sinne haben sie die Eigenschaft von Schutzfaktoren gegen auftretende widrige Umstände.

Einige davon sind (Payne & Butler, 2003):

- Sichere frühkindliche Bindungen
- Vertrauen geliebt und geschätzt zu werden

- Identitätsentwicklung (individuell, gesellschaftlich, spirituell)
- Selbstwirksamkeit (Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und umzusetzen)
- positives Selbstkonzept, (Zielsetzung und –erreichung, Bestätigung)

Gilligan (1997) nennt drei fundamentale Voraussetzungen, um Resilienz aufzubauen, Sicherheit (Geborgenheit und Nähe), Selbstbewusstsein und die bereits erwähnte Selbstwirksamkeit und identifiziert sechs Domänen, die diese beeinflussen.

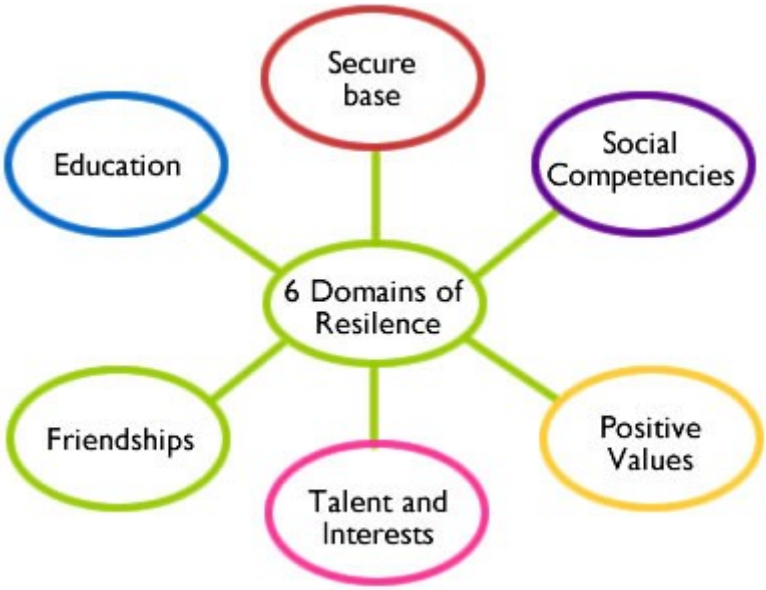

Abbildung 6: Die sechs Domänen zur Entwicklung von Resilienz (nach Fox, 2006)

„…die Akzentuierung primärer Prävention [….] (kann) verhindern, dass unangemessene Bewältigungswege beschritten und stabilisiert werden, die den Umgang mit Belastungen in späteren Entwicklungsabschnitten erschweren. Ein großer Bestand an Bewältigungsfähigkeiten und sozialen Ressourcen trägt zu einer aktiven, konstruktiven und erfolgreichen Auseinandersetzung mit der Risikosituation bei und stellt ein wichtiges Präventionsziel der Resilienzforschung dar“ (Kormann, 2007).
Die gegenwärtige Resilienzforschung stellt fest, dass ein wesentlicher Aspekt darin liegt, Kinder möglichst früh mit effektiven Bewältigungsformen von Belastungen vertraut zu machen, wobei insbesondere die Rolle der Bildungs- und Erziehungseinrichtungen bei einer grundlegenden Resilienzförderung betont wird.

Nachfolgend wird auf die endogenen (Persönlichkeitsmerkmale des Individuums betreffend) und exogenen Bedingungen (das Umfeld betreffend), die die Entwicklung von Resilienz beeinflussen, eingegangen.

5.1.1 Endogene Faktoren für die Entwicklung von Resilienz

Hierbei handelt es sich um Faktoren, die sowohl genetisch prädispositioniert (z.B. Phänotyp, geistige Fähigkeiten, Krankheiten wie z. B. Depression), aber auch anerziehbar und erlernbar sind. Kinder, die schon sehr früh die Erfahrung sammeln, Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen, entwickeln ein Gefühl der Selbstachtung und Selbstwirksamkeit durch soziale Anerkennung und Bestätigung, schulische oder sportliche Erfolge, welche zu einem positiven Selbstkonzept beitragen, was wiederum Voraussetzung ist, um auch negative Ereignisse, wie z.B. Krankheit, Verlust und Trauer, zu überwinden. Die Wechselwirkung von Herausforderung, Meisterung und Bestätigung ist essentiell zur Stabilisierung des Eigenwertempfindens. Selbst wenn in dieser Kette Misserfolge zu verzeichnen sind, kann dies als positiv angenommen werden, solange diese Misserfolge als Stimulierung erkannt werden und nicht nur negativ besetzt sind. In dieser Hinsicht spielt das Alter keine Rolle und auch Erwachsene können Resilienz noch erwerben oder schulen.
Im folgenden Modell ist dieses Prinzip der Entwicklung von Resilienz veranschaulicht:

Abbildung 7: Bedingungen für die Ausbildung von Resilienz (eigene Darstellung)

Selbstwirksamkeit ist dabei keine statische Größe, sondern wird durch Erziehung gefördert, indem gelernt wird, aktiv und selbständig mit Problemen umzugehen (Zimmer, 2002). „Das Gefühl von Selbstwirksamkeit beinhaltet die subjektive Überzeugung, selbst etwas bewirken und verändern zu können. Die Annahme, selbst Kontrolle über die jeweilige Situation zu haben, mit seinen eigenen Handlungen die

Umwelt beeinflussen zu können, und die Zuversicht, in stressreichen Situationen nicht hilflos zu sein, gehört ebenso dazu wie das Gefühl, kompetent im Umgang mit Schwierigkeiten zu sein“ (Skof, 2003). Kinder, die dieses Gefühl erlebt haben, gehen selbstbewusster an schwierige Situationen heran und scheinen auch kreativer im Umgang mit Problemen zu sein. Selbstbewusste Kinder stellen sich neuen Situationen, die sie an bereits bewältigte erinnern, eher und mit mehr Zuversicht und bauen dadurch ihren Kompetenzbereich weiter aus. Dies wiederum stärkt das Selbstwertgefühl und damit auch das positive Selbstkonzept und macht Kinder resilienter. Im Gegensatz dazu wirken Kinder ohne das Gefühl von Selbstwirksamkeit oft hilflos, vermeiden herausfordernde Situationen oder schätzen diese falsch ein und setzen sich Situationen aus, die sie nicht kontrollieren oder bewältigen können. Dies kann zur Resignation und Stagnation bei den Kindern führen („erlernte Hilfslosigkeit“ vgl. Seligmann, 1975), mit negativer Auswirkung auf das Selbstwertgefühl und damit auf das Selbstkonzept.

5.1.2 Exogene Faktoren für die Entwicklung von Resilienz

Zu diesen Faktoren gehören alle von außen auf die Entwicklung des Kindes einwirkenden Prozesse und Geschehnisse, wobei insbesondere die Eltern und deren Bindung zum Kind eine wichtige Rolle spielen. Deshalb wird hier auf wesentliche Merkmale der Bindungstheorien nach John Bowlby, dem englischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker eingegangen, der sich Ende der 1940er Jahren aufbauend auf den Erfahrungen und Publikationen von Vorreitern auf diesem Gebiet, wie Siegmund Freud, Ian Suttie, David Levy, welcher das Phänomen „primary affect hunger“ bemerkte, Bill Goldfarb, der Intelligenz vs. Fürsorgeformen untersuchte, Konrad Lorenz (ethnologische Studien zur frühen Prägung im Tierreich), sowie René Spitz (Deprivationsstudien), tiefgreifender mit dieser Materie beschäftigte.

Er widmete sich nach dem zweiten Weltkrieg, nachdem er davor schon einige Zeit in einem Heim für verhaltensgestörte Kinder gearbeitet hatte, der Beobachtung und retrospektiven Analyse der Bedürfnisse von einheimischen obdachlosen Kindern. Verwahrlosung, Verrohung, triebgesteuertes Überlebenshandeln und Trennungstrauma durch Verlust der Bezugspersonen waren nur einige der Folgen aus der Destabilisierung des gesellschaftlichen Umfeldes infolge des Krieges und es waren erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit dieser Zielgruppe zu erwarten.

In seiner Arbeit „Maternal care and mental health“ (1951) stellte er die Ergebnisse und Feststellungen seiner im Auftrag der WHO durchgeführten Untersuchungen vor, in die auch die Ergebnisse aus Diskussionen mit Fachleuten aus anderen Nationen Europas

und Amerikas einflossen. Das prinzipielle Konzept seiner Theorie ist, dass die Qualität der elterlichen Fürsorge einen entscheidenden Einfluss auf kindliche Entwicklung und zukünftige psychische Gesundheit hat, wobei er leibliche Eltern auch mit permanenten Substituten gleichsetzt, vorausgesetzt beide Seiten (Kind und Fürsorgender) erleben Erfüllung, Genuss und Befriedigung in dieser Beziehung.
Dieses vorausgesetzt kann ein Kind seine Emotionen, wie Angst oder Schuld, die charakteristisch für psychische Krankheiten sind, moderat, organisiert und beeinflussbar entwickeln und somit die Basis für eine psychische Gesundheit schaffen.
Dies stellt einen Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und den mentalen Prozessen her, welche entsprechend der klinischen Bindungsforschung einer Psychopathologie zugrunde liegen, da psychische Störungen auf gestörten psychische Strukturen und gestörte affektive Bewertungsprozesse hinweisen (Buchheim et al., 2002). Das Bindungssystem ist ein offenes biosoziales homöostatisches Regulationssystem (Fonagy et al., 2002).
Den Zustand, wenn Kindern diese Grundbedürfnisse entzogen sind, nennt Bowlby „maternal deprivation“, welches wiederum komplett, partiell oder leicht ausfallen kann. Dementsprechend kann der dadurch angerichtete Schaden von „entirely cripple the capacity to make relationships" bis zu akuter Angst, Depression, Notlage und vom Kind nicht beherrschbaren Emotionsausbrüchen reichen, wobei das Endresultat solcher psychischen Störungen Neurosen und Charakterinstabilität sein können (Bowlby, 1951). Er stellt aber ebenso klar, dass die Gesellschaft ihren Anteil an der Sicherung stabiler Bindungen zu realisieren hat, indem sie die Eltern dabei unterstützt die sozio-ökonomischen und sozio-medizinischen Grundlagen für diese Aufgabe zu schaffen. „If a community values its children it must cherish its parents" (Bowlby, 1951, S. 84). Später wurde von seiner Mitstreiterin Mary Ainsworth festgestellt, dass der Terminus „parental deprivation“ akkurater gewesen wäre bzw. durch die Begriffe „insufficiency“, „discontinuity“, und „distortion“ substituiert werden sollte.
Airnsworth und Wittig entwickelten 1969 den „Fremdsituation-Test“ (strange situation procedure) zur Kategorisierung des Verhaltens von Kindern als Reaktion auf variierende Stresssituationen und etablierten zunächst drei Bindungstypen: „sicher“, „unsicher-vermeidend“ und „unsicher-ambivalent“. Main und Salomon (1990) fügten später noch den „desorientierten und desorganisierten“ Bindungstyp hinzu, nachdem sie festgestellt hatten, dass das Bindungsverhalten einiger Kinder in die drei vorher genannten nicht einordbar waren.

Sir Michael Rutter, ein Kritiker der Theorie von Bowlby, hat in seiner Abhandlung von 1981 sowie früheren Schriften (Rutter, 1972; Rutter, 1979), dessen frühe Arbeiten zur

„maternal deprivation“ auf der Basis von empirischen Untersuchungen aktualisiert, indem er weitere Beweise fand, die vielen unterschiedlichen zugrunde liegenden sozialen und psychologischen Mechanismen adressierte und zeigte, wo Bowlby irrte. Er beleuchtete weitere Formen von Entzug, welche bei stationärer Unterbringung auftraten und die Komplexität von Trennungsschmerz und deutet an, dass antisoziales Verhalten nicht auf die „maternal deprivation“ zurückzuführen ist, sondern mehr auf familiäre Disharmonie. Damit positionierte er die Theorie als eher ein „vulnerability factor“ denn ein „causative agent“ mit einer Reihe von verschiedenen Einflüssen, die bestimmen, welchen Weg ein Kind einschlagen wird und sieht Trennung nur als einen von vielen Risikofaktoren neben der Komplexität von Entwicklung, die Rolle der erblichen Prädisposition und Erfahrungseinflüssen für eine schlechte kognitive und emotionale Entwicklung.

Bindungserfahrungen werden, nach Bowlby (1973), in "inneren Arbeitsmodellen" (IWM = Internal Working Models) zusammengefasst, die für die Bildung sicherer oder unsicherer Bindungsmuster in mental symbolischen Repräsentanzen verantwortlich sind. Diese *"inneren Arbeitsmodelle (...) regulieren das Verhalten des Kindes zur Bezugsperson und strukturieren später das Verhalten und Erleben in allen emotional relevanten Beziehungen, einschließlich der zu sich selbst. Sie wirken im Laufe der Entwicklung auch in Abwesenheit der Bindungspersonen und determinieren, inwieweit jemand in Beziehungen Nähe und Sicherheit erwartet und inwieweit er sich selbst der Zuwendung, der Liebe und Aufmerksamkeit wert fühlt, also Nähe zulassen kann"* (Daudert, 2001, S. 6).

Crittenden (1990) betrachtet diese inneren Arbeitsmodelle als im Unbewussten operierend und veränderungsresistent. Neuere Erkenntnisse sehen sie aber nicht festgelegt sondern auch veränder- oder beeinflussbar, aber mit deutlicher Stabilität (Stegmaier, 2008). Diese sind allerdings auch stark diskutiert, da die empirischen Befunde extrem uneinheitlich sind (Überblick bei Grossmann/ Grossmann/ Zimmermann, 1999).

5.1.3 Zusammenfassung zur Resilienz

In der internationalen Studie zum Thema Resilienz (Ungar, M., 2009) haben sich sieben Punkte herauskristallisiert, die Jugendliche aus der ganzen Welt als Risikofaktoren für die Herausbildung von Resilienz für sich erkannt haben:

1. Zugang zu materiellen Hilfsmitteln:
   Finanzielle Hilfen, Bewerbungshilfen / Ausbildungsplatzsuche, Zugang zu medizinischer Versorgung und Bildung sowie Essen, Wohnung, Kleidung und Schutz
2. Beziehungen
   Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, Peers, Erwachsenen innerhalb der Familie und Kommune/Gemeinschaft
3. Identität
   Sinn des eigenen Lebens finden; Selbsteinschätzung; seine eigenen Stärken und Schwächen erkennen; Ambitionen; Wertesystem (auch religiöse / spirituelle)
4. Macht und Kontrolle
   Erfahrungen, für sich und andere zu sorgen zu können / zu müssen; Änderungen bei sich und anderen im sozialen und physischen Bereich bewirken, um sich fit und gesund zu halten bzw. Zugang zu entsprechenden Einrichtungen zu finden
5. Kulturelle Zugehörigkeit
   Zugehörigkeit zu lokalen und / oder globalen kulturellen Traditionen, Werten und Glaubenssystemen
6. Soziale Gerechtigkeit
   Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Finden einer bedeutungsvollen Rolle in der Kommune/Gemeinschaft sowie soziale Gerechtigkeit
7. Zusammenhalt
   Das Finden einer Balance zwischen den individuellen Bedürfnissen und der Verantwortung zum Wohle der Gemeinschaft beizutragen; das Gefühl, zu etwas Größerem zu gehören anstatt als Individuum isoliert nebeneinander her zu leben

Diese Aussagen geben, unter anderem, gute Ansatzpunkte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Gerade auch in Gemeinden mit hohem Migrationshintergrund kann durchaus erfolgreich gearbeitet werden.
Zusammenfassend gibt die folgende Tabelle die Risiko- und Schutzfaktoren sowie deren Zuordnung zu den drei Dimensionen wieder.

Tabelle 3: Risiko- und Resilienzfaktorenfv für die Entwicklung (Niemann, 2011)

Risiko		Resilienz
Kommunikationsprobleme Entwicklungsstörungen Geringes Selbstbewusstsein Genetische Ursachen Lernstörungen Körperliche Behinderungen Temperament	Kinder & Jugendliche	Weiblich Hohe Intelligenz Sicherere frühe Bindungen Einfaches Temperament als Baby / Kleinkind Positive Einstellung zum Lösen von Problemen Reflexion eigener Handlungen Religion / Glauben Humor Selbstwertgefühl Kohärenzgefühl
Abhängigkeiten und Kriminalität Erkrankungen der Eltern (physisch, psychisch) Trennung, Scheidung, Verlust, Todesfall Missbrauch & Vernachlässigung Unvermögen der Eltern, sich an den Entwicklungsstand des Kindes anzupassen und es zu fördern	Familie	Bindung zu mindestens einem Elternteil Langfristige sichere & unterstützende Bindung Zuneigung Förderung von Bildung und Interessen Disziplin und Grenzen Vermeidung großer familiärer Konflikte medizinische (Vor)Sorge
Armut Arbeitslosigkeit Obdachlosigkeit Desaster, Katastrophen Diskriminierung Andere signifikante Lebensereignisse	Umfeld, Gesellschaft	Schule mit umfangreichen akademischen und nicht-akademischen Aufgaben & Regeln, z.B. gegen Mobbing, etc. Gesichertes Einkommen zur Sicherung adequaten Lebensstandards Angebote an Freizeitaktivitäten in der Umgebung und Kommune Unterstützendes Netzwerk von Freunden und Kommune Zugang zu Gesundheitsressourcen

5.2 Kohärenz

Bei Antonovsky ist das Kohärenzgefühl (sense of coherense) der Kern seines salutogenetischen Konzepts. Er versteht Kohärenz als eine Lebenseinstellung, die ausdrückt, „in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen,
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Mitterbauer, 2010).

Die Elemente des Kohärenzgefühls, welche sich aus dem Zitat ergeben werden im Folgenden kurz dargestellt.

Verstehbarkeit „Was passiert gerade?“:
Personen vertrauen darauf, dass Probleme und Belastungen „geordnete, strukturierte und einschätzbare Phänomene sind, dass sie in gewissem Maße vorhersehbar sind oder zumindest nach ihrem Auftreten erklärt werden können“ (Krause, 2010). Grundlage für Verstehbarkeit der inneren und äußeren Welt sind konsistente Erfahrungen, das heißt, dass sich Dinge wiederholen oder Abläufe in ähnlichen Situationen wieder auftreten, dass Beziehungen andauern. Schon bei Säuglingen kann man das Phänomen der Verstehbarkeit beobachten. Sie wissen noch nicht immer, was mit ihnen passiert, wenn sie hochgehoben, gedreht, gewickelt, gefüttert, etc. werden. Jedoch kann sich durch konsistente Erfahrungen mit den Bezugspersonen das Element der Verstehbarkeit schon recht früh herausbilden: z.B. durch Aufnahme von Blickkontakt, Aufheben des Kindes von vorne, Erklären und Zeigen des Ablaufes dessen, was der Erwachsene mit dem Kind vorhat (Keller-Schuhmacher, 2005).

Handhabbarkeit „Gibt es in Zukunft immer jemanden, auf den ich zählen kann?“
Handhabbarkeit bedeutet, dass das Individuum darauf vertraut, Probleme und Belastungen mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen lösen oder mildern kann. Grundlage für die Handhabbarkeit ist eine ausgewogene Belastungsbalance, was bedeutet, dass es nicht zu einer chronischen Unter- bzw. Überforderung einer Person bei der sich entwickelnden Zuversicht „Ich kann es“ kommen sollte. Dabei zählen nicht nur die inneren Ressourcen, die ein Mensch zur Verfügung hat, sondern auch externe Hilfsmittel oder Personen. Antonovsky distanziert sich demnach von dem heutigen individualistischen Menschenbild, in dem es als „schwach“ gilt, andere um Hilfe zu bitten, weil man alles „im Griff haben muss“. Selbst für Jugendliche ist es trotz wachsendem Autonomiebedürfnisses wichtig, dass sie auf ihre Eltern zählen können. Die Jugend-Shell-Studie von 2010 bestätigt dies, denn 76 % der Befragten gaben an,

dass sie eine Familie brauchen, um glücklich zu sein bzw. 90% haben ein gutes Verhältnis zu ihren Eltern (16. Shell- Studie 2010).

Bedeutsamkeit „Lohnt es sich, dass ich mich bemühe?“

Bedeutsamkeit besagt in diesem Kontext, dass sich der Einsatz lohnt und die Anforderungen eher als Herausforderungen denn als Belastungen erfahren werden. Bedeutsamkeit entsteht durch die „Lebenserfahrungen der Teilhabe“ (Krause & Lorenz, 2009, S. 117). Das bedeutet, dass Kinder und Jugendliche beim Handeln Resonanz erfahren, mit ihren Stärken und Schwächen angenommen und akzeptiert werden sowie die notwendige Reflexion hinsichtlich ihrer Entwicklungsfortschritte erhalten (Achtung, Akzeptanz und Respekt). Wenn zum Beispiel bei der Erstellung eines Hilfeplans durch das Jugendamt der Jugendliche ein Mitspracherecht hat, so wird sich der Erfolg der Maßnahme eher einstellen, als wenn über seinen Kopf hinweg entschieden würde. Denn dann wird der Betroffen zum Objekt reduziert und die Welt hat keine Bedeutung mehr.

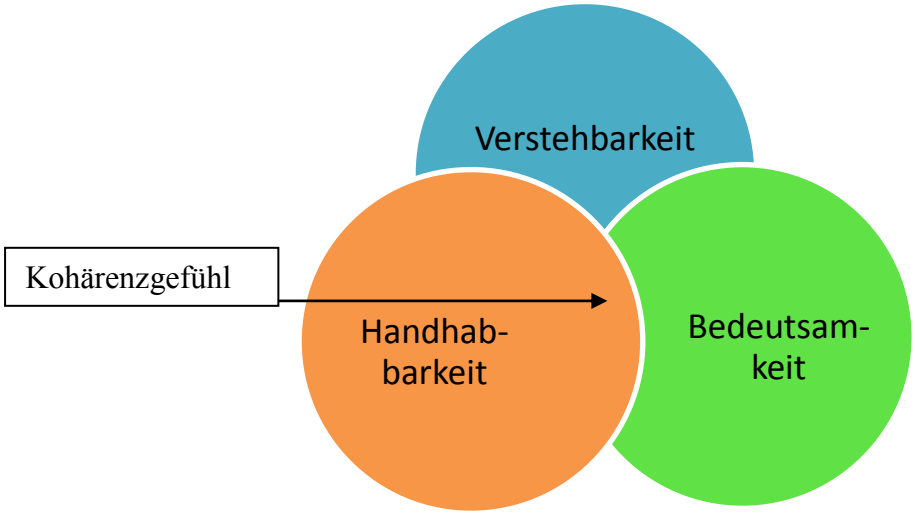

Abbildung 8: Zusammenhang von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (in Anlehnung an Krause &Lorenz, 2009)

Nach Antonovsky entwickelt sich das Kohärenzgefühl in den ersten dreißig Lebensjahren vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen und bleibt danach relativ stabil. Er geht davon aus, dass besonders die biographischen und sozialen Faktoren eingebunden in den soziokulturellen und historischen Kontext für das Herausbilden eines starken oder schwachen Kohärenzgefühls verantwortlich sind (Krause & Lorenz, 2009). Krause und Lorenz gehen jedoch davon aus, dass durch den

ständigen Wandel und das kontinuierliche Lernen im Laufe des Lebens ebenso die Widerstandsressourcen angepasst werden, da der Mensch immer wieder neue, in sich nachvollziehbare, zusammenhängende Erfahrungen sammelt.

Mit diesen Betrachtungen schließt der theoriebasierte Teil dieser Arbeit ab und betrachtet vor der empirischen Auswertung der Studie die rechtlichen Grundlagen sowie die bisherigen Untersuchungen zur Effizienz der Stationären Jugendhilfe.

6 Gesetzlicher Rahmen und Stand der Effizienzuntersuchungen

6.1 Gesetzlicher Rahmen der stationären Jugendhilfe

Ziel der Jugendhilfe ist die Verwirklichung des Rechtes und den individuellen Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf eine ungefährdete Entwicklung. Das Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe aus dem Jahr 1991 in der Fassung vom 22. Dezember 2011 steckt den gesetzlichen Rahmen und die Arbeitsgrundlagen der Einrichtungen der stationären Jugendhilfe ab. Darin ist der § 27 als Grundlage im Entscheidungsprozess des Jugendamtes maßgebend für stationäre Heimunterbringung und in den §§ 34 - *Heimerziehung und sonstige Wohnformen* und 35 - *Intensive sozialpädagogische Betreuung* erfolgt die weitere Untersetzung der gesetzlich vorgesehenen Hilfen zur Erziehung und der intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung, welche insgesamt am Ende der gesetzlichen Hilfeangeboten stehen.

Der §35a regelt den Anspruch auf Eingliederungshilfe, den Kinder und Jugendliche dann haben,

„wenn […] ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ bzw. „eine Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX, Neufassung des § 35a SGB VIII).

Um Eingliederungshilfe zu erhalten, müssen *beide* Bedingungen erfüllt sein. Wird eine psychische Störung diagnostiziert, kommt die Frage auf, ob dies zu einer Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führt oder mit hoher Wahrscheinlichkeit führen kann. Diese Diagnose stellt zweifelsohne eine Voraussetzung für die Anwendung des §35a dar (Denner, 2008). Die Deduktion, ob ein Bedarf oder die Notwendigkeit für diese Eingliederungshilfe besteht, hat durch mindestens zwei voneinander unabhängige Facheinschätzungen zu erfolgen.

Das fachliche Gutachten einer psychischen Störung nach ICD-10 Kriterien wird durch einen vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe bestellten und auf dem Gebiet der Kinder- & Jugendpsychiatrie / -psychotherapie erfahrenen Arzt oder Psychotherapeuten erstellt. Folgendes sollte die ärztliche Stellungnahme beinhalten (Denner, 2008):

Angewandte Testverfahren und Untersuchungsmethoden (unverschlüsselt),

Befunde (verschlüsselt),

Interpretation des Krankheitswertes einer Störung oder ob deren Ursache eine Krankheit ist (unverschlüsselt),

Begründung, warum keine Hilfen im Rahmen einer medizinischen Versorgung (SGB V) gewährt werden können (unverschlüsselt).

Die Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erfolgt durch eine sozialpädagogische Anamnese / Diagnose. Diese stellt immer einen zentralen Bezugspunkt für die Ermittlung des Hilfebedarfes dar. Es werden die verschiedenen Lebensbereiche des Kindes oder Jugendlichen angeschaut, wobei der Fokus vor allem auf die altersgerechte Teilhabe bezogen auf die Lebensbereiche Familie, Kindertagesstätte / Schule / Ausbildung, Freunde und Freizeitgestaltung liegt. Die differenzierte Beschreibung und Darstellung, in welchem Kontext ein Problem besteht, sowie die multiperspektivische Betrachtung des Falles sind hierbei wichtige Qualitätskriterien (Denner, 2008). Zu eruieren ist, in wieweit der Jugendliche aufgrund der Störung seiner seelischen Gesundheit an der Teilhabe gehindert wird und wie sein Umfeld bestehende Probleme zu kompensieren bereit und in der Lage ist bzw. wie viel Hilfe notwendig ist, um auf Normalisierung, Integration und Rehabilitation hinzuwirken (ebd., S. 159). Entwicklungsaufgaben im Schulkind- bzw. Jugendalter sind zum Beispiel nach Havighurst (1973) der Schulbesuch, Anschluss an die Gemeinschaft Gleichaltriger, Ausdehnung des Lebensbereiches, Schulabschluss, Eingehen erster Partnerbeziehungen, Ablösung vom Elternhaus, Beginn einer Ausbildung, etc. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist also bedroht, wenn ein Kind / Jugendlicher bislang keine altersentsprechende Selbstständigkeit entwickeln, von altersgemäßen Kontakten / Beteiligungschancen ausgeschlossen und / oder in ihren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind.

Wird nur eines der beiden Kriterien erfüllt, gibt es die Möglichkeit für den Jugendlichen Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII zu beantragen, um adäquate Unterstützung zu erfahren. In der Praxis ist auch die Bewilligung beider Hilfen anzutreffen, da sie unabhängig voneinander gewährt werden können, allerdings wird zu selten davon Gebrauch gemacht. Für die Gewährung der Unterstützung nach §35a liegt der Fokus mehr auf der Wiedereingliederung des betroffenen Jugendlichen, während als Grund für die Gewährung der Erziehungshilfen nach §27 mehr die belastete Beziehung zu den Eltern zu sehen ist. Trotzdem kommt es immer wieder vor, dass sich beides gegenseitig bedingt.

6.2 Stand der Untersuchungen zur Effizienz von Heimerziehung

Unter Effizienz wird das Verhältnis zwischen einem definierten Nutzen (z.B. Wiedereingliederung der Jugendlichen) und dem Aufwand (z.B. stationäre Jugendhilfe), dieses Ziel zu erreichen, verstanden (= Kosten-Nutzen-Relation). Effektiv hingegen bedeutet, in wieweit es der Jugendhilfe gelungen ist, dieses Ziel zu erreichen bzw. diesem Ziel so nahe wie möglich entgegen zu arbeiten (= Wirksamkeit und Qualität der Zielerreichung).

Über die Effizienz stationärer Jugendhilfe wurde bisher nur wenig veröffentlicht. Hebborn-Bass (1991) beispielsweise spricht von einem Gebiet ohne jegliche Wissenschaftstradition, wo es keine vergleichenden Untersuchungen und Ergebnisse gibt. Außerdem wird deutlich, dass es – ähnlich wie die Evaluation von psychotherapeutischen Interventionen – keinen Hinweis darauf gibt, wie mit Abbrechern der Maßnahme bei der Berechnung der Effektivität umgegangen werden soll (Schmid, 2007).

Im Fokus der bisherigen Forschungsunternehmungen standen bisher mehr die negativen Folgen von Vernachlässigung und Hospitalismus (Spitz, 1951) und das Ziel nachzuweisen, dass ein Heimaufenthalt zwangsläufig negative Folgen habe (Hansen, 1994). Studien zeigten aber auch, dass die weitere Entwicklung ehemaliger Heimbewohner sehr unterschiedlich verläuft. Einige Jugendliche litten sehr stark unter einer schlechten psychosozialen Anpassung und chronifizierten psychischen Störungen, während andere Jugendliche sich sehr gut in die Gesellschaft integrieren konnten. Buchanan (1999) führte dies unter anderem auf geringere Verhaltensauffälligkeiten während des Heimaufenthaltes, auf ein stabiles Bezugsbetreuerverhältnis und gute schulische Leistungen zurück. Lambers (1996) kritisiert, dass Heimunterbringung immer noch mit einem negativen Image besetzt ist und viele Jugendliche befürchten, den Bezug zur Familie zu verlieren (vgl. auch Millham et al., 1986). Er forderte die intensiviere Nutzung des Hilfeplans nach § 36 SGB VIII sowie die Etablierung von Koordinatoren und Moderatoren von Hilfeplanprozessen außerhalb des Jugendamtes. Die Kooperation zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Ursprungsfamilie wird dabei besondere Beachtung geschenkt, da die Qualität dieser Zusammenarbeit entscheidenden Einfluss auf die Dauer und den Erfolg der Maßnahme hat (Millham et al., 1986; Bullock et al., 1993).

Positive Ergebnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit von Heimunterbringung zeigen sich in der Jugendhilfe – Effekt – Studie (Schmid et al., 2000; Hom und Petermann

2001; Schmid et al., 2002). Es zeigt sich, dass die Wirksamkeit der Heimerziehung meist erst nach einem Jahr deutlich wird. Bei Kindern und Jugendlichen, die psychopathologisch sehr belastet sind, fallen die Ergebnisse geringer aus. Festzustellen ist, dass die Quote des Abbruchs der Maßnahme mit 28 % sehr hoch ist und dieses meist in den ersten Monaten nach Beginn der Maßnahme auftritt. Ähnliche Befunde finden sich auch in britischen Studien (Richardson & Lelliot, 2003).

Im Rahmen der Kinderdorf – Effekt – Studie (KES), die ähnlich aufgebaut war wie die Jugendhilfe – Effekt – Studie, wurde außerdem deutlich, dass die Zielerreichung bei jüngeren Kindern besser war und sich bereits im ersten Jahr der Unterbringung Erfolge zeigten. Je länger der Aufenthalt im Heim dauerte, desto bedeutsamer waren der Zuwachs im Bereich Ressourcen sowie der Abbau von Defiziten (Klein et al, 2003). In der Studie „Evaluation erzieherischer Hilfen“ (EVAS) wurden diese positiven Ergebnisse nur teilweise bestätigt. Aber auch hier wurde auf die Bedeutsamkeit der Dauer des Aufenthaltes hingewiesen, da der Ressourcenaufbau auch nach einem Zeitraum von zwei Jahren noch nicht abgeschlossen scheint. In den stationären Settings zeigt sich allerdings, dass die externalisierenden Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen nicht richtig eingeschätzt wurden, da diese sich zu Beginn der neuen Maßnahme meist noch besser an die neuen Gegebenheiten anpassen konnten und meistens eine intensivere pädagogische Betreuung in den ersten Wochen des Aufenthaltes erfahren. Auch in dieser Studie zeigt sich, dass ein Teil der Jugendlichen nicht erreicht werden konnte. Die Abbrecherquote bei Jugendlichen, die sich im Vorfeld in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befanden, schien hier besonders hoch zu sein. Auch ein häufiger Wohnwechsel der Eltern schien eine Rolle zu spielen.

Der Auszug an Studien zeigt, dass es insgesamt positive Trends hinsichtlich der Effizienz von stationärer Jugendhilfe gibt, die Jugendlichen aber auch nach Beendigung des Heimaufenthaltes zur Hochrisikopopulation sowohl für die Entwicklung als auch Chronifizierung psychischer Störungen zählen und bis ins Erwachsenenalter persistieren können (Buchler et al., 2000). Fast 25% der Mädchen aus Heimerziehung werden schwanger bevor das 20. Lebensjahr erreicht ist. Jugendliche aus stationärer Heimerziehung unterliegen einem höheren Risiko, straffällig und / oder obdachlos zu werden oder von staatlichen Zuschüssen zu leben (Department of Health GB zitiert nach Richardson & Joughin, 2002).

Ausgehend von diesen Betrachtungen stellt sich die Frage zu der Anzahl der in Deutschland von den Maßnahmen der Jugendhilfe allgemein und von der Unterbringung in Heimen konkret betroffenen Jugendlichen.

7 Häufigkeit und Prävalenzen in der stationären Jugendhilfe

7.1 Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe - Statistik

Die Daten des Statistischen Bundesamtes zum 31.12.2010 (http://www.destatis.de) belegen, dass 63.191 junge Menschen bundesweit in Maßnahmen der stationären Jugendhilfe (Heim, Wohngemeinschaft) betreut werden.

Die für diese Untersuchung relevante Altersverteilung (11-20 Jahre) ist dem Auszug aus der Tabelle des Statistischen Bundesamtes (Jahr 2011) zu entnehmen.

Tabelle 4: Anzahl der Jugendlichen, die sich zwischen 1991 und 2010 in den Maßnahmen der Jugendhilfe befanden nach Art der Hilfe und nach Altersverteilung

Außerhalb des Elternhauses und Art der Hilfe nach Jahren[1]

Jahr	Erziehung in einer Tagesgruppe	Vollzeitpflege in einer anderen Familie	Heimerziehung; sonstige betreute Wohnform	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung
		Anzahl der Hilfen		
1991	7 747	48 017	68 190	865
1995	10 863	48 021	69 969	1 424
2000	15 934	48 993	69 723	2 692
2005	16 541	50 364	61 806	2 294
2007	15 153	49 673	52 793	3 323
2008	16 997	54 429	58 690	3 487
2009	17 635	57 452	60 902	3 347
2010	17 589	60 451	63 191	3 487

[1] Zum 1.1.1991, ab 1995 zum 31.12.

Außerhalb des Elternhauses und Art der Hilfe nach Alter - 31.12.2010

Altersgruppe	Insgesamt	Erziehung in einer Tagesgruppe	Vollzeitpflege in einer anderen Familie	Heimerziehung; sonstige betreute Wohnform	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung
Insgesamt	144 718	17 589	60 451	63 191	3 487
Alter von ... bis					
9 bis 12	27 216	7 811	10 840	8 449	116
12 bis 15	29 933	4 336	10 540	14 535	522
15 bis 18	35 645	1 158	9 973	23 046	1 468
18 bis 21	13 505	-	3 480	8 775	1 250

- = Nichts vorhanden.

Daraus wird ersichtlich, dass zwischen 1991 und 2010 die Hilfen zur Erziehung generell zugenommen haben. Die Zahlen der stationären Heimunterbringung haben sich zwar verringert, es ist jedoch davon auszugehen, dass im Sinne der

Ökonomisierung der sozialen Arbeit vermehrt auf alternative Hilfen zurückgegriffen wird und stationäre Unterbringung das letzte Erziehungsmittel darstellt. Beispielsweise kann ein Heimplatz je nach Art der Betreuung im Sinne KJHG durchschnittlich rund 4000 € und ein Platz in der Pflegefamilie um die 700 € kosten (Knuth, 2008). Andererseits werden bei der Hilfeplanerstellung vermehrt Maßnahmen wie Tagesgruppe, soziale Gruppenarbeit, etc. berücksichtigt (KJHG, §27-35a). Besonders im Bereich der Intensiven Einzelbetreuung haben sich die Zahlen fast vervierfacht. Auch wird vermehrt auf Pflegefamilien zurückgegriffen. Während bei den 9-15 Jährigen Tagesgruppe und Unterbringung in Pflegefamilien dominiert, greift die Jugendhilfe bei den Älteren (16-21 Jahre) auf die Intensive Einzelfallbetreuung oder Heimunterbringung zurück. Dies erklärt sich aus entwicklungspsychologischer Sicht und aus dem Hintergrund der Wiedereingliederungsmöglichkeiten in die Ursprungsfamilie, spezielle Betreuungsformen oder der Ablösung und Hinwendung zu Aufgaben wie Ausbildung und Verselbständigung (Wohnen, Ausbildung, Arbeit).

Heimerziehung genießt in den Augen der Öffentlichkeit bis heute keinen besonders guten Ruf, denn Kinder und Jugendliche sehen sich auch heute noch stigmatisiert, da die stationäre Unterbringung im Rahmen der Erziehungshilfen als eine der letzten Maßnahmen gilt, nachdem vorgelagerte Angebote, Familien und Kinder / Jugendliche zu unterstützen, keinen Erfolg zeigten. Auch trotz der Reformbewegungen im Rahmen der Heimkampagnen in den 70er Jahren steht die stationäre Jugendhilfe nur geringfügig besser da. Es gibt auch in der Fachliteratur widersprüchliche Meinungen. Einen positiven Effekt von stationärer Jugendhilfe belegt beispielsweise die Jugend-Effekt-Studie, die vom Caritasverband initiiert wurde (Schleiffer, 2001).

7.2 Zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Heimunterbringung

Zur Prävalenz psychischer Störungen in stationärer Heimunterbringung gibt es im Vergleich jedoch nur wenige Studien. Dies mag durch verschiedene Faktoren wie beispielsweise die kurzen Aufenthaltsdauern und Wechsel in den Einrichtungen sowie die häufig schwierige Erreichbarkeit der Sorgeberechtigten zur Erlangung eines informierten Einverständnisses begründbar sein.

Im Rahmen einer großen Längsschnittuntersuchung, der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES; Schmidt et al., 2002; Schmidt et al., 2000; Knab & Macsenare, 1997), wurden die Maßnahmen der Jugendhilfe hinsichtlich ihrer Angemessenheit und ihrer Effekte bei verhaltensauffälligen Kindern im Alter zwischen 5 und 13 Jahren dargestellt. Die Studie hatte nicht den Anspruch, die Prävalenz psychischer Störungen zu untersuchen;

dennoch zeigte sich, dass die psychischen Belastungen der Kinder in stationären Maßnahmen der Jugendhilfe sehr hoch sind, bei gleichzeitig eher unzureichend ausgeprägten sozialen Kompetenzen. Durch eine fremdbeurteilte Einschätzung der Verhaltensauffälligkeiten mit einem Fragebogen (Child Behavior Checklist, CBCL/4-18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) wurden bei den untersuchten Kindern Belastungswerte beschrieben, die deutlich über den Werten der Normpopulation lagen.

In einer in Süddeutschland an stationären Jugendhilfeeinrichtungen (689 Teilnehmer) durchgeführten Studie zur Prävalenz psychischer Belastungen anhand eines standardisierten klinischen Interviews konnten bei etwa 60% der Probanden behandlungsbedürftige psychische Störungen festgestellt werden (Fegert et al., 2005), wobei multiple Symptombelastungen (Störungen des Sozialverhaltens, Hyperaktivität sowie einhergehende emotionale Störungen) beschrieben wurden.

Noch höher (72.1%) lag der Anteil der im Erzieherurteil als verhaltensauffällig beschriebenen Kindern und Jugendlichen. Unter der Prämisse, dass seelische Gesundheit mehr umfasst als nur die bloße Abwesenheit einer diagnostizierbaren psychiatrischen Störung (Ford et al., 2007), ist diese Tatsache bedeutsam und unterstreicht den großen Hilfe- und Unterstützungsbedarf dieser Hochrisikopopulation. Diese Zahlen stehen im Einklang mit den Ergebnissen internationaler Studien, die bei bis zu 80% der Kinder und Jugendlichen im stationären Jugendhilfesektor über bedeutsame emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten berichten (McCann et al., 1996; Farmer et al., 2001; Garland et al., 2001; Meltzer et al., 2003a; Blower et al., 2004; Burns et al., 2004; Mount et al., 2004; Costello et al., 2005). Für eine gesicherte Aussage zu Prävalenzraten psychischer Störungen gibt es zu wenige Studien, die dem Anspruch strukturierter klinischer Interviews gerecht werden.

In einer britischen Studie an Jugendlichen aus Einrichtungen der stationären Jugendhilfe im Alter von 13-18 Jahren wiesen 67% der Befragten die Kriterien mindestens einer psychischen Störung auf, wobei externalisierende Verhaltensauffälligkeiten am häufigsten auftraten (McCann et al., 1996). In einer neueren britischen Untersuchung wird die Prävalenz psychischer Störungen in der Gruppe von im Jugendhilfesektor betreuter Kinder mit 45-49% angegeben, wobei in der Gruppe der Kinder aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen („residential care“, n=279) bei 71% psychiatrische Störungen diagnostiziert wurden (Ford et al., 2007).

Diese Resultate lassen keine andere Schlussfolgerung zu, als dass Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen vielfachen Belastungen

ausgesetzt sind und die Prävalenz psychischer Störungen in dieser Gruppe im Vergleich zur Normalpopulation deutlich erhöht ist.
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 zählen Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (Blower et al., 2004; dosReis et al., 2001; McCann et al., 1996), wie auch J. Broil auf der BPtK-Tagung zur stationären Jugendhilfe (06.05.2011) untersetzte:

„Bis zu 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe leiden Studien zufolge unter einer psychischen Störung. Die häufigsten Diagnosen sind Störungen des Sozialverhaltens (26 Prozent) und hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens (22 Prozent), gefolgt von Depressionen (10 Prozent). Dabei erfüllen fast die Hälfte der Kinder (47 Prozent) die Kriterien für mehr als eine Diagnose. Außerdem sind Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe sehr häufig aufgrund von traumatischen Erlebnissen belastet – einer Studie nach berichteten 81 Prozent von mindestens einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit.“

In stationären Jugendhilfeeinrichtungen der Stadt Ulm sowie aus der Umgebung wurde im Zeitraum 2003 bis 2005 mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Pädagogen eine Befragung mit dem Youth-Self-Report (YSR) und dem Erwachsenenfragebogen Child-Behavior-Checklist 4-18 (CBCL) durchgeführt (Achenbach, 1991b, d). Für die Auswertung wurde ein cut-off Wert von mindestens einer Standardabweichung über dem Mittelwert der Normalpopulation festgesetzt, bei dem dann mit den Probanden klinische Interviews (DISYPS-KJ) zur Absicherung der Diagnose einer psychischen Störung nach ICD-10, durchgeführt wurden. In die Auswertung der Studie wurden von den im Schnitt 14,4 Jahre alten Kindern und Jugendlichen (Settings: 557 - mit vollständigem Einverständnis, 93 drop-outs), 105 als unauffällig bewertet. 359 Probanden wurden mit dem klinischen Interview DISYPS-KJ untersucht, wovon 57,1% (265) die Kriterien mindestens einer ICD-10 Diagnose erfüllten und 1,3% (6) als intelligenzgemindert nach ICD-10 (F70) eingestuft wurden. (Fegert et al., 2005).

Eine Befragung der sich in stationärer Heimunterbringung befindlichen Jugendlichen aus dem Landkreis Bad Doberan / Mecklenburg Vorpommern mittels der Achenbachskalen (YSR und TRF) im Jahr 2008 ergab, dass sich im Selbsturteil 57%

der Befragten als psychisch belastet einschätzten. Die weiblichen Probanden wiesen hier deutlich stärkere Belastungen auf der internalisierenden Ebene auf. Diese Studie zeigte, dass eine Vernetzung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie von großer Bedeutung ist, um adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit vor Ort zu gewährleisten.

7.3 Zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung

Tabelle 5 gibt einen Überblick über vorhandene Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Aus den Arbeiten geht hervor, dass die Prävalenzrate, bei der auch das psychosoziale Funktionsniveau beeinträchtigt ist, zwischen 10 % und 20% variieren. Die Prävalenz von ernsthaften psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wird mit zwischen 15 % und 18 % angegeben (Borg-Lauffs, 1999; Petermann et al., 1998; Hampel und Petermann, 2005; Ihle und Esser, 2002).

Untersuchungen der Lifetime – Prävalenz psychischer Störungen in der Adoleszenz (14-24 Jahre) geben ebenfalls Werte zwischen 17,7 % und 27,5 % an (Wittchen et al., 1998).

Tabelle 5: Prävalenzraten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung (nach Schmid, 2007)

Studie	Stichprobengröße Land	Alter	Instrumente	Prävalenz
Rutter et al., (1977)	Isle of Wight N = 1279 London N = 1689	10 – 11 Jahre	Diagnostische Kriterien	12% 25%
Castell et al., (1981)	N = 358 (D)	3 – 14 Jahre	ICD-9	20 %
Esser und Schmidt, (1987)	N = 216 N = 191 (D)	8 Jahre 13 Jahre	ICD-9	16 % 18 %
Andersen et al., (1987)	N = 925 (NZ)	11 Jahre	DSM-III	12 %
McGee et al., (1990)	N = 925 (NZ)	15 Jahre	DSM-III-R	10 %
Offord et al., (1987)	N = 1.648 (Stadt)	4 – 16 Jahre	DSM-III	20 %

	N = 1.031 (Land) (CA)			15 %
Kashani et al., (1987	N = 150 (USA)	14 – 16 Jahre	DSM-III	19%
Costello et al., (1988)	N = 300 (USA)	7 – 11 Jahre	DSM-III	22 %
Verhulst et al., (1997)	N = 780 (NL)	13 – 18 Jahre	DSM-III-R	12 %
Meltzer et al., (2000)	N = 12.529 (GB)	5 – 15 Jahre	ICD-10	10 %
Ezpleta et al., (2001)	N = 1.420 (USA)	9 – 13 Jahre	DSM-IV (CAPA)	13 %
Ravens-Sieberer U, Wille N et al. (2007)	N=17.641 (GER)	0 – 17 Jahre	SDQ	21,9 %

7.4 Studie zur seelischen Gesundheit an einer Rostocker Schülerstichprobe

Eine Untersuchung an mehreren Schulen (Gymnasium, Haupt- und Realschulen, berufsbildenden Einrichtung) in Rostock (Mecklenburg-Vorpommern) an Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren zu den Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten (Kraenz, 2002), unter Verwendung des aus der Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991b) abgeleiteten Youth-Self-Reports (YSR) (Achenbach, 1991c) erbrachte folgende Ergebnisse:

Von den insgesamt 393 Befragungen konnten 371 Fragebögen (149 männliche und 222 weibliche Teilnehmer) ausgewertet werden, wovon wiederum 246 Jugendliche der Altersgruppe 13 bis 16 Jahre und 125 Probanden der Altersgruppe 17 und 18 Jahre zuzuordnen waren. Die aus den erhobenen Daten ermittelten Prävalenzraten weisen im Hinblick auf die Internale Auffälligkeit, die Externale Auffälligkeit und die Gesamtauffälligkeit einen wesentlich höheren Anteil an fragwürdig bzw. klinisch auffälligen Jugendlichen (Döpfner et al., 1997) bei der Rostocker Schülerstichprobe aus, bezogen auf die Vergleichsdaten der Normstichprobe, welche in einer bundesweit repräsentativen Untersuchung über die psychische Auffälligkeit und Kompetenzen von Kindern in Deutschland (PAK-KID) erhoben wurde.

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, beschreibt sich in der Rostocker Schülerstichprobe fast ein Viertel der Jungen und mehr als ein Fünftel der Mädchen als klinisch auffällig (Kraenz, 2002).

Tabelle 6: Relative Häufigkeiten psychischer Auffälligkeit auf der Basis der Normierung für den deutschen Sprachraum (nach Kraenz, 2002)

YSR-Syndromskalen	Risikofälle (%)		Klinische Auffälligkeit (%)		χ^2-Test
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	df(2)
	Internale Störungen				
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.
	Gemischte Störungen				
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.
	Externale Störungen				
Dissoziales Verhalten	9,4	8,1	9,4	6,8	n. s.
Aggressives Verhalten	1,3	6,8	6,0	2,7	$p < .05$
	Übergeordnete Skalen				
Internale Auffälligkeit	11,4	21,2	21,5	22,1	$p < .05$
Externale Auffälligkeit	17,4	10,4	20,8	19,8	n. s.
Gesamtauffälligkeit	**15,4**	**20,7**	**24,2**	**21,6**	**n. s.**

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

7.5 Zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aufgrund der erhöhten Prävalenz psychiatrischer Störungen und den multiplen psychosozialen Belastungen ist im Bereich der stationären Jugendhilfe von einem hohen Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen auszugehen. Die Wahrscheinlichkeit stationärer Notfall- oder Krisenaufnahmen ist für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in Abgrenzung zu chronisch körperlichen Erkrankungen deutlich erhöht (Almgren & Marcenko, 2001); eine Beobachtung, die einmal mehr für Kinder und Jugendliche im Jugendhilfesektor zutrifft (Cole et al., 1991).

Dies könnte einerseits an der allgemein erhöhten Prävalenz psychischer Störungen in dieser Population liegen, mag aber auch auf multiple Wechsel des Lebens- und Betreuungsumfeldes, dem diese Kinder oftmals ausgesetzt sind, zurück zu führen sein,

was zu diskontinuierlicher und meist inadäquater medizinisch-therapeutischer Versorgung führen kann (Almgren & Marcenko, 2001). Immer wieder auftretende Beziehungsabbrüche haben zudem negative Effekte auf die weitere persönliche und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (Simms et al., 2000; Viner & Taylor, 2005). Eine angemessene und möglichst frühzeitige Behandlung stellt einen wichtigen Baustein zur Reduktion von langfristig negativen Konsequenzen durch emotionale, persönliche und schulische Entwicklungsprobleme dar und trägt dazu bei, die Haltefähigkeit der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen zu erhöhen und dadurch das Lebens- und Betreuungsumfeld längerfristig möglichst stabil zu halten (Hurlburt et al., 2004). Trotz des Wissens um die zahlreichen Belastungen und der Tatsache, dass jugendliche Heimbewohner zu einem erheblichen Anteil irgendwann einmal in der Psychiatrie vorstellig werden, ist die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Bereich der stationären Jugendhilfe derzeit noch mangelhaft. In deutschen Studien wurde u. a. festgestellt, dass der Anteil derjenigen, die bereits Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, sich auf etwa knapp ein Drittel (Darius et al., 2001) beläuft und versorgungsepidemiologisch etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer entsprechenden Diagnose irgendeine Form von psychologischer oder psychiatrischer Behandlung erhielt und 12% medikamentös behandelt wurden (Schmid et al., 2008; Schmid, 2007). In einer britischen Studie (Meltzer et al., 2003b) wurde ein Wert von 40% für den Kontakt Jugendlicher zu einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten ausgewiesen, während in einer anderen Studie (Blower et al., 2004) an 48 britischen Kindern in Fremdunterbringung 74% der 27 als psychisch auffällig eingestuften Jugendlichen bereits einmal bei einem Psychologen oder Psychiater vorgestellt worden waren. Eine der diagnostizierten psychischen Störung angemessene und längerfristige Behandlung fand allerdings selten statt, was bei der Komplexität der Störung und der Gefahr einer chronischen Manifestierung unverständlich erscheint.

Von unzureichenden Angeboten für spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsleistungen wird auch in amerikanischen Studien berichtet (Burns et al., 2004; Hurlburt et al., 2004). Hurlburt et al. (2004) untersuchten 2823 Kinder und Jugendliche und fanden heraus, dass beispielsweise nur 28.3% davon innerhalb des einjährigen Beobachtungszeitraums derartige Leistungen in Anspruch genommen haben. 42.4% der Befragten wurden aber im Fremdurteil als emotional und klinisch relevant verhaltensauffällig angegeben. Insbesondere jüngere Kindern sind von der mangelhaften Versorgung betroffen (Hurlburt et al., 2004), was in vielen Fällen zwangsläufig zu ausbleibender Früherkennung und zu spät oder ungenügend greifender Problembehandlung führt. Die Wahrscheinlichkeit, Behandlung erst bei

hoher Symptomschwere (Garland et al., 1996) oder Chronifizierung der Psychopathologie und multipler psychosozialer Funktionseinbußen zu erfahren, nimmt zu und damit verbunden auch der personelle Aufwand.

Faktoren wie die Angst vor weiterer Stigmatisierung durch das Bekanntwerden vor psychiatrische Behandlung und enge personelle und zeitliche Ressourcen stellen Barrieren für die Inanspruchnahme vorhandener Behandlungsleistungen dar (Blower et al., 2004).

8 Empirischer Teil

8.1 Fragestellungen und Hypothesen

8.1.1 Deskriptive Fragestellung

Fragestellung 1:

Welche Aussagen lassen sich über den Sozial- und Bildungshintergrund bei Jugendlichen in der stationären Heimunterbringung treffen?

Hypothese 1:

Es wird angenommen, dass ein Großteil der Probanden einen Förderschulhintergrund hat bzw. nicht beschult wird. Viele Probanden stammen aus sozial benachteiligten Verhältnissen.

8.1.2 Vergleichende Fragestellungen

Fragestellung 2:

Sind Kinder und Jugendliche in stationärer Heimunterbringung psychisch mehr belastet als ihre Altersgenossen aus der Allgemeinbevölkerung?

Hypothese 2:

Kinder und Jugendliche in stationärer Unterbringung sind deutlich mehr psychosozial belastet als ihre Altersgenossen in der Allgemeinbevölkerung.

Fragestellung 3:

Gibt es Geschlechts- und Altersunterschiede hinsichtlich psychischer Belastungen?

Hypothese 3:

Mädchen neigen eher zu internalisierenden Verhaltensweisen als Jungen, die oft mehr externalisierende Symptome aufweisen. Dieses wird sich auch in diesen Untersuchungen wiederspiegeln.

Fragestellung 4:

Bestehen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten?

Hypothese 4:

Trotz des geringen Zeitraumes von 8 Monaten zwischen den beiden Messzeitpunkten wird ein Teil der Probanden eine positive Entwicklung einschlagen oder eine Stabilisierung der psychischen Befindlichkeiten zeigen.

8.1.3 Komplexe Zusammenhänge

Fragestellung 5:

Beeinflusst das Alter bei der Aufnahme und die Länge des Aufenthaltes das Ausmaß der psychischen Belastung bzw. der Psychopathy?

Hypothese 5:

Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung bzw. Chronifizierung psychischer Störungen sollte bei Beginn der stationären Jugendhilfemaßnahme in sehr jungem Alter geringer sein. Bei konstantem Betreuungsverhältnis und gleichbleibenden Bezugsbetreuern von Anfang an können Entwicklungsdefizite leichter bearbeitet sowie Ressourcen aufgebaut werden.

Es ist zu erwarten, dass die Probanden mit längerer Aufenthaltsdauer hinsichtlich der psychischen Belastungen unauffälliger sind. Bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsmerkmalen, die nach Andershed im Zusammenhang mit der Psychopathy stehen, dürfte die Aufenthaltsdauer keine wesentliche Rolle spielen.

Fragestellung 6:

Gibt es unter den befragten Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten, die der Psychopathy entsprechen?

Hypothese 6:

Es wird davon ausgegangen, dass sich auch in dieser Untersuchungsgruppe Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten befinden, die der Psychopathy entsprechen.

Fragestellung 7:

Wie ist das Verhalten hinsichtlich der Impulsivität zu bewerten?

Hypothese 7:

Es wird vermutet, dass ein Großteil der Probanden hohe Werte im Bereich Impulsivität erreichen wird.

8.2 Aufbau der Studie und Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen

8.2.1 Auswahl und Aufbau

Von den in Rostock etablierten Einrichtungen der Jugendhilfe, die für eine Teilnahme an dieser Studie geeignet waren, wurden 14 Träger und Einrichtungen kontaktiert und eingeladen, an der Untersuchung teilzunehmen.

Nach Vorstellen des Projektes bei den einzelnen Trägern erklärten sich

4 Träger zur Mitarbeit bereit,

1 Einrichtung stellte ihre Arbeit nach dem 1. MZP ein (Schließung der Einrichtung)

2 Einrichtungen haben während des Auswahlverfahrens ihre Tätigkeit eingestellt,

1 Einrichtung erklärte sich zur Mittarbeit bereit, hatte aber altersmäßig nicht die

geeigneten Probanden

2 Einrichtungen nahmen nicht mehr am 2. MZP teil und

4 Einrichtungen wollten aus Zeit- und anderen Gründen nicht an der Untersuchung teilnehmen. (Häufige Durchführung von Befragungen in den Einrichtungen)

Mit den Einrichtungen, die ihre Zusage gaben, wurde Kontakt der zu den einzelnen Einrichtungsleitern hergestellt, um über den Hintergrund der Erhebung zu informieren (Exposé) und anschließend die Einwilligung der Sorgeberechtigten eingeholt. Mit dem Arbeiter Samariter Bund (ASB) wurde eine Kooperationsvereinbarung erarbeitet und abgeschlossen (siehe Anhang).

In weiteren gemeinsamen Gesprächen der Betreuer mit den Jugendlichen wurden diese über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymität bei der Datenauswertung aufgeklärt.

Von den insgesamt 66 gemeldeten Teilnehmern an dieser Studie haben sich letztendlich nur 48 Probanden im Alter zwischen 11 und 20 Jahren bereit erklärt, an der Untersuchung teilzunehmen bzw. wurde die Einwilligung der Sorgeberechtigten erteilt. Dies stellt, bezogen auf die 600 Kinder und Jugendlichen, die sich 2009 im Raum Rostock in stationärer Unterbringung befanden, eine sehr geringe Stichprobenzahl dar.

Das folgende Schaubild verdeutlicht den Aufbau und den Ablauf der Studie.

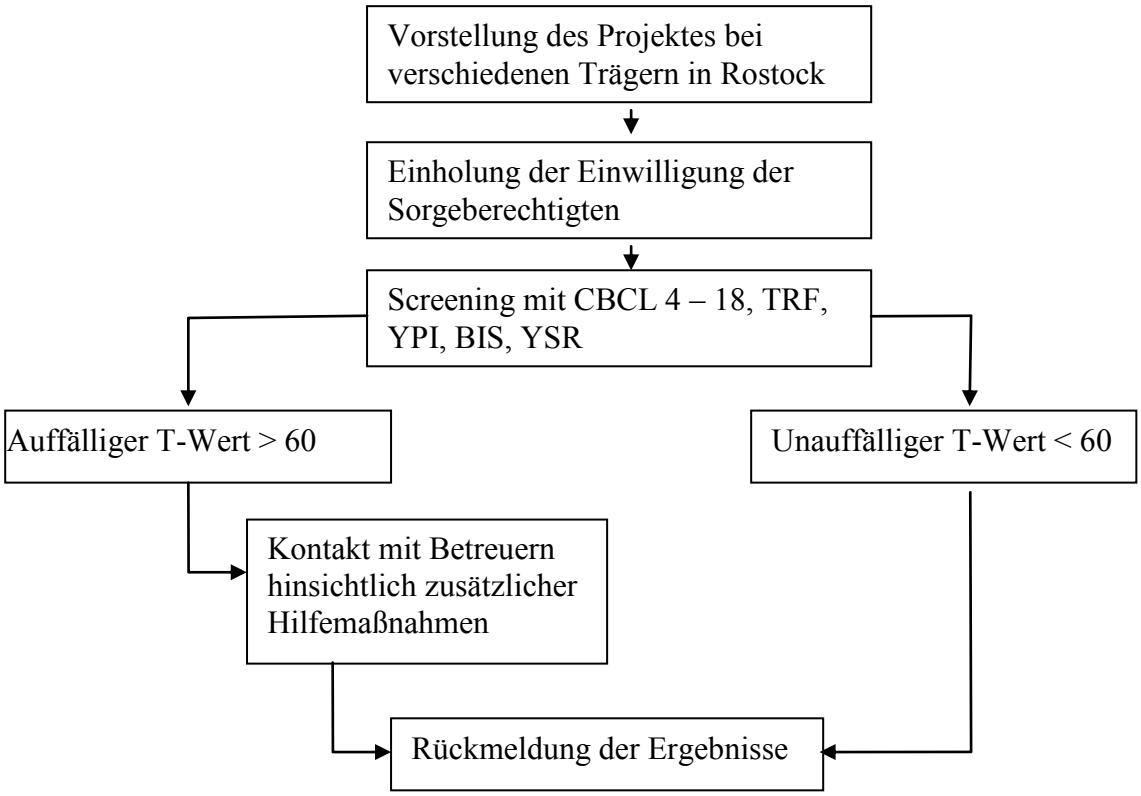

Abbildung 9: Aufbau der Studie

Die Fragebögen (Youth-Self-Report (YSR) - YSR (Achenbach, 1991d), Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) Andershed et al., 2002, Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) -Barratt, 2000) für die Untersuchung wurden individuell oder in kleinen Gruppen mit dem / den Jugendlichen bearbeitet, so dass Unklarheiten ggf. gleich besprochen werden konnten. Für die Beantwortung der Fragebogenmappe (YSR, YPI, BIS) benötigten die Jugendlichen zwischen 45 und 90 Minuten (geführt und selbstständig mit Rückfragen).

Die praktische Durchführung konnte in einem Zeitraum von zwei Wochen pro Messung abgeschlossen werden.

Die erste Messung erfolgte im Juli 2010. Nach einem Zeitraum von acht Monaten wurde im April 2011 mit den Jugendlichen, die an der ersten Messung teilnahmen und weiterhin in den jeweiligen Heimen wohnten, eine zweite Befragung durchgeführt, um den Vergleichsdatensatz zu Feststellung möglicher Veränderungen zu erstellen.

Die Fremdbeurteilungsbögen CBCL und TRF wurden von den unmittelbaren betreuenden Erziehern beziehungsweise den jeweiligen Lehrern, die mit einem

Anschreiben über die Studie informiert wurden, ausgefüllt. Auch hier wurde im Vorfeld die Möglichkeit zur Beantwortung von Fragen gegeben.

8.2.2 Teilnehmende Einrichtungen

Im folgenden Kapitel wird die Struktur der teilnehmenden Wohngruppen bezüglich Kapazität, Altersstruktur der Bewohner zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung, Personalstruktur und juristische 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 11 bis 20 Jahren einbezogen wurden. Wohnformen wie das Betreute Einzelwohnen beziehungsweise Trainingswohnmaßnahmen sind nicht berücksichtigt worden.

8.2.2.1 Therapeutische Jugend-Wohngemeinschaften (ThJWG) „TERRA“ & SOLARIS“

Die Therapeutischen Jugend-Wohngemeinschaften sind eine Einrichtung der Jugendhilfe in Kooperation mit der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Der gemeinsame Träger ist die Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP) in Rostock. Grundlage für die Unterbringung ist die Eingliederungshilfe nach Paragraph 35a und die Leistungen sind Bestandteil der psychosozialen Versorgungsstruktur der Hansestadt Rostock.

Tabelle 7: Therapeutische Jugend-Wohngemeinschaften

Wohngruppe	TERRA-WG Martin Niemöller Str. 40 18147 Rostock	SOLARIS-WG Kuphalstraße 79/80 18069 Rostock
Kapazität	6 Plätze	6 Plätze
Altersstruktur	13-17 Jahren	13-20 Jahren
Personal	Personal mit sozialpädagogischer Ausbildung sowie Zusatzqualifikationen im therapeutischen Bereich	Personal mit sozialpädagogischer Ausbildung sowie Zusatzqualifikationen im therapeutischen Bereich

Bei der Terra- und Solaris-Wohngruppe können jeweils 6 Kinder bzw. Jugendliche und junge Erwachsene bei vollem Betreuungsumfang (24 h) aufgenommen werden.

In den Wohngemeinschaften (WG) wohnen Kinder und Jugendliche, die seelisch beeinträchtigt sind oder zur Risikogruppe der davon Bedrohten zählen und somit Schwierigkeiten im familiären Umfeld, in der Schule, im Freundeskreis etc. haben. Die Betreuer in den einzelnen Wohngruppen sind Mitarbeiter aus verschiedenen Richtungen der pädagogischen und therapeutischen Berufe. Sie arbeiten in Früh- und Spätschichten innerhalb der WG, während die Nachtschicht durch pädagogische Nachtbereitschaften abgesichert wird.

Nach einem Zeitraum von etwa 4 bis 6 Wochen nach dem Einzug in die WG erfolgt die Hilfeplanung mit der Festlegung der individuellen Ziele in Zusammenarbeit mit den Sorgeberechtigten, dem Kind/Jugendlichen, den Mitarbeitern der ThJWG, der Tagesklinik und dem Jugendamt. Grundlage der pädagogischen und therapeutischen Arbeit in diesen Wohngruppen ist der systemische Ansatz. Jedes Handeln wird als grundsätzlich nützlich für die Bewältigung des Lebens durch das Kind oder den Jugendlichen verstanden. Es ist das Ergebnis von Prozessen, die in den verschiedenen Systemen (z.B. Familie, Schule, Ausbildung) ablaufen. Jedes Kind und jeder Jugendliche hat seinen Bezugsbetreuer, mit dem er alle anfallenden Probleme und Schwierigkeiten besprechen kann. Darüber hinaus ist grundsätzlich jeder Betreuer auch für die anderen Jugendlichen ansprechbereit. Zu den Aufgaben der Betreuer gehören die neben der gemeinsamen Alltagsbewältigung und der Hilfe beim Erlernen und Training lebenspraktischer Fähigkeiten die Organisation von Freizeitaktivitäten. In Schule und Ausbildung wird ein enger Kontakt mit den jeweiligen Einrichtungen gepflegt. Einen wichtigen Teil stellt im Sinne des systemischen Ansatzes die pädagogische und therapeutische Arbeit mit der Herkunftsfamilie dar.

Die pädagogischen und soziotherapeutischen Grundleistungen werden durch die Mitarbeiter der ThJWG abgedeckt. Die individuellen Sonderleistungen in Form von therapeutischen Fachleistungsstunden werden durch die Therapeuten der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. der Heilpädagogisch Medizinisch Therapeutischen Tagesstätte realisiert. Somit kann auf ein sehr weit gefasstes therapeutisches Angebot zurückgegriffen werden (z.B. verhaltenstherapeutisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie unterschiedlicher Schulen, Spieltherapie, Theatertherapie, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Ergotherapie u.a.). Zwischen den Betreuern in der WG und den beteiligten Therapeuten findet ein regelmäßiger Austausch statt,

dessen Ziel die gemeinsame Arbeit an den Problemlagen der Kinder und Jugendlichen ist.

Alle Dinge des täglichen Leben können unter der Begleitung und Unterstützung der Betreuer erlernt oder gefestigt werden; speziell auftretende oder festgestellte Probleme oder Beeinträchtigungen werden individuell und grundsätzlich unter der Beteiligung der Kinder und Jugendlichen bearbeitet.
Aufgrund der Komplexität von psychischen Störungen und der zur Gesundung bzw. Stabilisierung nötigen langwierigen und intensiven Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen gibt es hier in den Kernzeiten einen Betreuungsschlüssel von 1:1, d.h. es kommt rechnerisch auf jeden Jugendlichen ein Betreuer.

8.2.2.2 Die dezentrale Wohngruppe der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Rostock

Bei den dezentralen Wohngruppen handelt es sich um eine Hilfe zur Erziehung gem. § 34 SGB VIII, die im Einvernehmen zwischen Jugendamt, Familie und AWO eingeleitet und gestaltet wird. In der Wohngruppe, die sich im Stadtteil Schmarl befindet, werden Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 18 Jahren von je vier Pädagogen betreut. In einer Wohngruppe leben bis zu acht Kinder und Jugendliche, die in der Regel in einem Einzelzimmer wohnen.

Tabelle 8: Wohngruppe der Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Wohngruppe	Kolumbusring 56, 18055 Rostock
Kapazität	8 Plätze
Altersstruktur	0;2 - 18 Jahren
Personal	Fachkräfte mit sozialpädagogischer Ausbildung sowie therapeutischer Zusatzqualifikation 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung

Ausgehend von einem individuellen Hilfekonzept, welche in Kooperation der Beteiligten vor Beginn der Maßnahme erstellt wurde, wird jedes Kind durch Spiel, (schulische) Förderung und Gruppenangebote in ein selbstständiges Leben begleitet oder auf die Rückführung in das Elternhaus vorbereitet. Besonders wichtig ist dabei die enge Zusammenarbeit mit den Familien der Kinder und Jugendlichen. Die Eltern können ihr Kind in der Wohngruppe besuchen, um mit ihm z.B. zu spielen oder Hausaufgaben zu machen. Es finden auch regelmäßige Besuche der Kinder/Jugendlichen bei den Eltern statt. Dabei stehen der Familie die Wohngruppenmitarbeiter als Ansprechpartner unterstützend zur Seite. Darüber hinaus werden regelmäßige Elterntreffen in gemütlicher Atmosphäre organisiert. Hier können sich Eltern untereinander austauschen und Interessantes zu den Themen Erziehung, Ernährung, Medien etc. erfahren.

8.2.2.3 Psychologisch betreute Jugendwohngemeinschaft

Auf der Grundlage der §§ 34/35/35a/41 SGB VIII und §§ 53/54/67 SGB XII bietet die therapeutische Jugendwohngemeinschaft für Jugendliche und Jungerwachsene der Hansestadt Rostock und ihrer Umgebung seit 1993 stationär betreutes Wohnen für bis zu 12 Bewohner an. Durch sozialpädagogische, therapeutische und psychologische Betreuung beim Zusammenleben/Wohnen in der Gruppe, und einfache, neigungsorientierte werktherapeutische Tätigkeit sollen das Klientel an individuell befriedigende wie auch gesellschaftlich und sozial relevante Handlungskonzepte und Wertvorstellungen herangeführt werden.

Tabelle 9: Psychologisch betreute Jugendwohngemeinschaft

Wohngruppe	Schröderstr. 36, 18069 Rostock
Kapazität	12 Plätze (2 WGs)
Altersstruktur	16 - 27 Jahren
Personal	Fachkräfte mit sozialpädagogischer Ausbildung sowie therapeutischer Zusatzqualifikation

Die Bewohner müssen bei ihrer individuellen Zielplanung bereit sein, die nachfolgenden Verhaltensregeln einzuhalten:

- Bereitschaft zur Arbeit an den eigenen sozialen Kompetenzen in intensiver Gruppen- und Einzeltherapie in kontinuierlicher Zusammenarbeit mit den jeweils zwei Bezugsbetreuern und der Psychologin
- Verzicht auf den Missbrauch von Medikamenten, Alkohol und Substanzen sowie grundlegende Bereitschaft an derartiger Problematik arbeiten zu wollen
- Verzicht auf Gewalt als Lösungsstrategie
- Nachgehen einer geregelten Beschäftigung

Dazu wird mit ihnen ein Verhaltenskontrakt abgeschlossen.

Nach Auszug aus der Wohngemeinschaft können für die Bewohner bis zu 6 Monate Nachbetreuungsleistungen auf Grundlage von Fachleistungsstunden durch das pädagogische Team angeboten werden.

8.2.2.4 Arbeiter Samariter Bund (ASB)

Der Integrierte Fachdienst (IFD) ist eine Sondereinrichtung im ASB, der ergänzend zu den ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen Kindern, Jugendlichen und deren Familien therapeutische Unterstützung anbietet. Sie erfolgt ambulant als eigenständige Hilfe oder wird flankierend zu bereits installierten Erziehungshilfen eingesetzt. Sie ist immer am Bedarf orientiert und vor allem auf die Aktivierung der individuellen, familiären oder sozialen Ressourcen ausgerichtet. Die therapeutische Unterstützung wird in Form von Einzelfallarbeit, Gruppenarbeit sowie Eltern- und Familienarbeit gestaltet und umfasst auch Diagnostik und Krisenintervention. Der Integrierte Fachdienst setzt sich aus einem multiprofessionellen Team aus psychologischen, pädagogischen und sozialpädagogischen Fachkräften mit individuellen therapeutischen Zusatzqualifikationen zusammen.

Tabelle 10: Die Wohngruppen des *Arbeiter Samariter Bundes*

Wohngruppe	**Ziel**	**Kapazität**	**Altersstruktur**	**Personal**
Regelwohngruppe Carl-von-Linné-Straße 11 18106 Rostock	Rückführung in die Familie Begleitung und Förderung der Verselbständigung Vermittlung in eine andere Betreuungsform	Heimerziehung / Trainingswohnen: 10 Plätze	0-18 Jahre: mit starken Entwicklungsverzögerungen und Auffälligkeiten im Sozialverhalten die zeitweilig nicht in der elterlichen	4 sozialpäd. Fachkräfte darunter mit musischer Zusatzausbildung 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung

			Häuslichkeit leben können	
Regelwohngruppe A.-J.-Krusenstern-Straße 5 18106 Rostock	Förderung der Entwicklung des Kindes/des Jugendlichen Rückführung in die Familie Vorbereitung auf und Vermittlung in geeignetere bzw. weiterführende Betreuungsformen (z.B. Pflegefamilien)	Heimerziehung: 10 Plätze	0 – 18 Jahre: aufgrund sozialer Probleme mit Lernbehinderungen bzw. Entwicklungsverzögerungen	4 Fachkräfte mit sozialpäd.und erzieherischer Ausbildung sowie Zusatzausbildung Mediation 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung
Regelwohngruppe Kurt-Schumacher-Ring 151 18146 Rostock	Förderung der Entwicklung des Kindes/Jugendlichen Rückführung in die Familie Vermittlung einer weiterführenden Betreuungsform Begleitung in die Selbständigkeit	Heimerziehung: 7 Plätze Trainingswohnen / Betreutes Wohnen: 4 Plätze	7 – 18 Jahre: Schulaversion Störungen im sozialen Beziehungsgefüge Gewalt- und Misshandlungserfahrungen psychosozialen Defiziten in der selbständigen Lebensführung und in akuten Krisensituationen	4 Fachkräfte mit sozialpäd., erzieherischer, heilerzieherischer Ausbildung und Zusatzqualifikation zur systemischen Beratung und zur Fachkraft gemäß § 8a SGB VIII 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung
Regelwohngruppe Taklerring 27 18109 Rostock	Förderung der Entwicklung des Kindes/Jugendlichen Förderung und Begleitung der Verselbständigung bis zum selbständigen Leben in der eigenen Wohnung Vermittlung in geeignetere Betreuungsformen	Heimerziehung: 6 Plätze Trainingswohnen: 3 Plätze	12 – 19 Jahre: mit sozialer Problemlage mit Perspektive zur Verselbständigung	4 Fachkräfte mit sozialpäd. und erzieherischer Ausbildung, davon eine mit Zusatzausbildung zur Fachkraft gemäß § 8a SGB VIII 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung
Intensivwohngruppe Kastanienweg 8 18147 Rostock	Förderung der Entwicklung des Kindes Rückführung in die Herkunftsfamilie Vermittlung in geeignetere bzw. weiterführende	Heimerziehung: 6 Plätze	0 – 16 Jahre: die des Schutzes und der Gefahrenabwehr bedürfen deren Grundbedürfnisse gesichert werden	5 sozialpäd. Fachkräfte mit Zusatzqualifikationen in Spiel- und Lerntherapie, Familiensozialtherapie und im Bereich Familientraining Tag- und Nachtbetreuung

	Betreuungsformen		müssen für die verlässliche Beziehungen geschaffen werden müssen mit Entwicklungsver-zögerungen und leichter körperlicher oder geistiger Behinderung	
Intensivwohngrup pe Friedrich-Franz-Straße 1 18209 Bad Doberan	Förderung der Persönlichkeitsent-wicklung Unterstützung und Förderung in der schulischen/berufli-chen Entwicklung Erlernen sozialer und alltagspraktischer Kompetenzen Vorbereitung und Begleitung bei der Verselbständigung Vermittlung in geeignete Betreuungsformen Rückführung in die Familie	Heimerziehung: 7 Plätze	12 – 21 Jahre: mit Gewalterfahrun-gen nach Psychiatrieaufent halten (ohne Suizidgefahr) mit chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) wenn eine Auszeit aus dem bisherigen Umfeld notwendig ist	4 Fachkräfte mit sozialpäd. und heilerzieherischer Ausbildung und Zusatzqualifikationen in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen, systemische Sozialarbeit und Erlebnispädagogik 1 Hauswirtschaftskraft Tag und Nachtbetreuung
Lerntherapeutisch e Schulwerkstatt Schleswiger Straße 6 18109 Rostock	Stabilisierung des gesundheitlichen, psychischen und sozialen Zustandes neue Motivation und Stabilisierung von Lernstrukturen Ausbau der Leistungsfähigkeit und der sozialen Kompetenzen Erhöhung der Familienkompetenz Reintegration in die Regelschule Reintegration in das familiäre System bzw. weiterführende Integration in eine geeignete	Heimerziehung mit interner Beschulung: 6 Plätze	Grundschulalter bis 13 Jahre: die einen erheblichen sonderpädagogi-schen Förderbedarf im sozial-emotionalen Bereich aufweisen die in Regelschulen oder alternativen Schulformen nicht mehr beschulbar sind deren Verbleib im familiären Umfeld die Beschulung gefährdet und	5 sozialpäd. Fachkräfte mit Zusatzqualifikationen auf den Gebieten Lerntherapie, systemische Beratung und Erlebnispädagogik 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung

	Anschlusshilfe		die einen erhöhten Therapiebedarf aufweisen	
WG mit Intensivbetreuung s-system (IBS) Hafenbahnweg 18 18147 Rostock	Befähigung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung straffreie Lebensperspektive Aushalten langfristiger sozialer Beziehungen Integration in mittelbares und unmittelbares Umfeld Anwenden gewaltfreier Konfliktlösungsstra-tegien schulische und berufliche Perspektivvermittlung Handlungssicherheit im Umgang mit Ämtern bzw. Ausbildungssystemen Rückführung in die Familie, andere Anschlusshilfen oder in die Selbstständigkeit bewusster Umgang mit dem eigenen Körper	Heimerziehung: 5 Plätze	10 – 21 Jahre: mit hochgradig psychosozialen Problemen und dysfunktionalen Verhaltensweisen, auch in Verbindung mit Lern- und geistiger Behinderung	5 sozialpäd. Fachkräfte mit Zusatzquali-fikationen in den Bereichen Sonderpädagogik, Ergotherapie und systemisch-integrative Familien- und Sozialtherapie 1 Psychologin (10 Stunden/Woche) 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung

WG mit intensiver Familien- und Schulbetreuung (ISF) Hafenbahnweg 18 18147 Rostock	Wiedereingliederung in alltägliche schulische Arbeitszusammen-hänge Verhinderung einer andauernden Ausgrenzung emotionale Stabilisierung der Kinder/Jugendlichen Rückführung in die Herkunftsfamilie Befähigung zur selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung bzw. Vorbereitung anderer geeigneter Anschlusshilfen	Heimerziehung: 6 Plätz	10-16 Jahre: mit hochgradig psychosozialen und familiären Problemen, Entwicklungsrück ständen Schul- und Leistungsstörun-gen (in Ausnahmefällen Aufnahme jüngerer Kinder bzw. weiterführende Betreuung Jugendlicher / Nachbetreuung)	5 sozialpäd. Fachkräfte darunter mit Zusatzqualifikation als Facherzieherin für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche 1 Psychologin (6 Stunden/Woche) 1 Hauswirtschaftskraft Tag- und Nachtbetreuung

8.3 Beschreibung der verwendeten Fragebögen und Verfahren

Für die Durchführung der Studie wurden die Fragebögen der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, die inhaltlich aufeinander abgestimmt sind und alle für die Befragung in der Altersgruppe von 11-18 Jahre geeignet sind, verwendet.

Diese sind:

Der Fragebogen für Jugendliche – YOUTH-SELF-REPORT, Range 11-18 Jahre (YSR) – vom Jugendlichen selbstständig oder unter Anleitung auszufüllen,

der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Child Behavior Checklist, Range 4-18 Jahre (CBCL) – der in dieser Studie vom Bezugsbetreuer auszufüllen war,

und der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – TEACHER'S REPORT FORM, Range 5-18 Jahre (TRF) – auszufüllen vom Lehrer.

Weiter wurden zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften hinsichtlich der Psychopathy der YOUTH-PSYCHOPATHIC-TRAITS-INVENTORY – (YPI) (Andershed et al., 2002) und zur Erfassung von Impulsivitätsmerkmalen die BARRATT IMPULSIVENESS SCALE – (BIS-11) (Barratt, 2000) eingesetzt.

Die drei erst genannten Fragebögen – CBCL 4-18, TRF und YSR - sind in zwei Fragenkomplexe unterteilt. Im ersten Teil werden soziale Kompetenzen hinsichtlich ihrer Qualität und Intensität im Vergleich zu Gleichaltrigen sowie körperliche Behinderungen und Erkrankungen im Freitext erfasst. Diese Daten werden in 2 Subskalen, Aktivitäten und soziale Kompetenzen, abgebildet, die mit den Angaben zu schulischen Leistungen zu einem Kompetenz-Gesamtwert zusammengefasst werden. Der TRF weicht hiervon ab und weist nur schulische Leistungen und Schulverhalten als adaptive Fähigkeiten für die Auswertung aus.

Der zweite Teil umfasst 120 Items (119 beim YSR) und erfasst Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, körperliche Beschwerden und sozial erwünschtes Verhalten anhand einer 3-stufigen Likertskala (1= nicht zutreffend; 2= etwas oder manchmal zutreffend, 3= genau oder häufig zutreffend).

Die im Elternfragebogen enthaltenen 16 Items, die für die Jugendlichen nicht geeignet sind (z.B. „Starrt ins Leere“, „Richtet mutwillig Zerstörung an“), sind im Jugendfragebogen durch Fragen zu positivem, sozial erwünschtem Verhalten ersetzt worden, die den Jugendlichen die Chance einräumen, nicht nur über Probleme sondern auch positive Eigenschaften zu berichten.

Der TRF bezieht sich auf 93 Probleme, die auch im Elternfragebogen (CBCL) erfragt werden, enthält jedoch zusätzlich weitere 27 Fragen, die direkt auf die Schulsituation und das Lehrer-Schüler-Verhältnis gerichtet sind.

Die Identifizierung von Verhaltensauffälligkeiten in den Syndromskalen erfolgt mittels der acht Problemskalen (Skalen 1. Ordnung), die weiter in drei Hauptkategorien (Skalen 2. Ordnung) zusammengefasst werden. Die Skalen zweiter Ordnung werden abhängig von der Itemaussage als Internalisierende oder Externalisierende Skala bezeichnet.

Tabelle 11: Haupt- und Syndromskalen; Untergliederung der Fragebögen

Übergeordnete Gruppen	**Syndromskalen**
Internalisierende Störungen	Sozialer Rückzug (7 Items) Körperliche Beschwerden (9 Items) Angst/ Depressivität (11 Items)
Externalisierende Störungen	Dissoziales Verhalten (11 Items) Aggressives Verhalten (19 Items)
Gemischte Störungen	Soziale Probleme (8 Items) Schizoid/ Zwanghaft (7 Items) Aufmerksamkeitsstörungen (9 Items)

20 Items sind keiner Syndromskala zugeordnet. Diese bilden die Kategorie „Andere Probleme“ und gehen mit den Items der acht Syndromskalen in den insgesamt 101 Items umfassenden Gesamtauffälligkeitswert ein. 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).

Die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist hat Richtlinien für die Zuordnung der T-Werte, die eine Aussagen über das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich mit der Norm erlauben, bestimmt (Achenbach, 1991c,d; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a,b, 1998a,b; Döpfner et al., 1994a,b; Döpfner et al. 1995,):

Tabelle 12: Auffälligkeitsgrad anhand normierter T-Werte

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

Diese cut-off Werte werden zur Bestimmung der psychischen Auffälligkeit der befragten Heimbewohner angewandt.

Die Normierung basiert auf der Studie über Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-KID – Studie), die als Kooperationsprojekt der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Berlin (Virchow-Klinikum), Frankfurt und Köln entstand. Der Deutschen Normierung liegt die vollständige repräsentative Stichprobe zugrunde, es werden also auch solche Daten verwendet, die auf Förderbedarf oder bereits in Anspruch genommene professionelle Hilfe abstellen.

Das YOUTH-PSYCHOPATHIC-TRAITS-INVENTORY - YPI wurde entwickelt, um unter Jugendlichen zu identifizieren, wer beharrlich antisoziales Verhalten und der Psychopathy entsprechende Persönlichkeitsmerkmale aufweist.

Ursprünglich entwickelt zum Vergleich von 3 Faktoren (zwischenmenschliche Beziehungen, Gefühl und Verhalten), welche als verantwortlich für die Definierung psychopathischer Charakterzüge bei jugendlichen und erwachsenen Straffälligen angesehen werden, wurde dieser Fragebogen adaptiert, um für Kinder und

Jugendliche oberhalb der Altersgrenze von 12 Jahren angewandt werden zu können. Die zugrunde liegende Hypothese ist, dass psychopathische Charakterzüge einheitliche Muster sind, die sich selbst in ähnlicher Weise zwischen Jugendlichen und Erwachsenen sowie Straftätern und Nicht-Straftätern manifestieren.

Die befragten Jugendlichen sollen auf einer 4-Punkte-Likertskala für sich bestimmen, in welchem Ausmaß die Itemaussagen übereinstimmen oder zutreffen. Die Itemaussagen können folgender Maßen bewertet werden:

1 - stimmt überhaupt nicht, 2 - stimmt kaum, 3 - stimmt ein wenig, 4 - stimmt genau.

Der hier verwendete Psychopathy-Begriff nach Hare ist von der Psychopathy nach Schneider abzugrenzen. Dieses Konzept beschrieb „Ein Krankheits- und zugleich ein Gesellschaftsbild, welches durch Erblichkeit, Unverbesserlichkeit und gesellschaftliche Ablehnung gekennzeichnet war.“ (Sevecke et al., 2005b, S. 393). Um diese Abgrenzung zu verdeutlichen, wird im weiteren Verlauf die englische Schreibweise beibehalten (Schneider, 1923).

Die Psychopathy nach Hare ist als ein Subtyp 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 Sozialisationstechniken beeinträchtigen, was zur Folge hat, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens frustrationsbedingter Aggressionen sowie deren Intensität erheblich zunehmen.

Sozialpsychologische Untersuchungen zeigen in diesem Kontext außerdem Zusammenhänge zwischen mangelnder pädagogischer Kompetenz der Eltern und antisozialem Verhalten in Form von fremdaggressiven und personenorientierten

Handlungen. Die unzureichende pädagogische Kompetenz ist zum Beispiel durch folgende Merkmale charakterisiert: mangelnde Präsenz, inkonsequenter Erziehungsstil, Mangel an Fürsorge (Sevecke et al., 2005b). Ätiologisch wird demnach von einer biologischen Vulnerabilität und milieubedingten Auslösern ausgegangen. Kinder aus sozialstrukturell höher gestellten Bevölkerungsgruppen zeigen in diesem Zusammenhang eine geringere Gefährdung durch das Milieu bei einer im Vergleich zu sozioökonomisch schlechter bewerteten Teilen der Bevölkerung 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).

Andershed et al. haben die Fragen des YPI so konstruiert, dass die Items Charakterzüge der Psychopathy 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 (betrügerisches Verhalten, Lügen, Großartigkeit/ Großspurigkeit und Beeinflussung/ Überredungskunst).

Auf emotionaler Ebene werden gleichgültige, abgestumpfte und emotionslose Eigenschaften in Dimension II in drei Untergruppen erhoben (Gleichgültigkeit, Emotionslosigkeit und Unbarmherzigkeit/ Hartherzigkeit).

Dimension III erfasst in drei Untergruppen verantwortungsloses und impulsives Verhalten (Andershed et al., 2002; Dolan & Rennie, 2006; Skeem et al., 2003): Impulsivität, Aufregung suchendes Verhalten und verantwortungsloses Verhalten.

Die BARRATT IMPULSIVENESS SCALE - 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. 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 Unterkategorien für diese Dimension sind Kognitive Instabilität und Aufmerksamkeit.

Die Dimension der motorischen Impulsivität beschreibt die Neigung zu nicht vorausschauendem Verhalten. Die Subskalen hierzu sind Motorik und Ausdauer.

Dimension drei beschreibt nicht planende Impulsivität, welche sich in der eingeschränkten Fähigkeit zeigt, Problemlösungen nachhaltig zu planen. Teil dieser Dimension sind Selbstkontrolle und kognitive Komplexität.

Auf einer 4-stufigen Likertskala bewerten die Befragten das Zutreffen der Itemaussagen auf ihre Person. 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.

Die Fragen sind sowohl positiv als auch negativ formuliert, um Antwortverzerrungen zu umgehen, und sind bei der Auswertung entsprechend umgekehrt zu bewertet. Je höher der errechnete Gesamtwert ausfällt, desto höher ist der Impulsivitätsgrad einzuschätzen (Barratt et al., 1994; Barratt, 2000; Herpertz & Saß, 1997; Patton et al., 1995; Fossati et al., 2001).

8.4 Datenerfassung und statistische Auswertung

Die durch die Befragung erhobenen Daten wurden in MS Excel erfasst und mit der Software „SPSS für Windows“ (Version 16) statistisch ausgewertet.

Die allgemeinen Aussagen zu den Stichproben wurden mittels Bestimmung der relativen Häufigkeiten und Mittelwerte der jeweiligen Variablen getroffen.

Für die CBCL und die TRF werden die Mittelwerte der Skalenrohwerte bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Zugehörigkeit zu einer diagnostischen Gruppe abgebildet und erläutert. Zur Berechnung signifikanter Mittelwertunterschiede wurden T-Tests für unabhängige Stichproben beziehungsweise einseitige Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt und diese durch anschließende Post-Hoc-Analysen überprüft.

Die Zuordnung der Kompetenzen und Auffälligkeiten der Probanden zu den Kategorien „nicht auffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „klinisch auffällig“ ergab sich aus den erreichten T-Werten, die zu den jeweiligen Kompetenz- und Syndromskalen des Youth-Self-Report (YSR), der Child-Behavior-Checklist (CBCL) und der Teacher´s Report-Form (TRF) ermittelt wurden. Es wurden die Syndrom- und Dimensionsskalen der Fragebögen in ihrer originalen Form verwendet und auf einen Nachweis des Zutreffens der Einteilung verzichtet, obwohl es Quellen und Untersuchungen gibt, in denen die vorliegende Einteilung nach Döpfner angezweifelt wird (Henger, 2006).
Eine probeweise durchgeführte Faktoren- und Clusteranalyse für den CBCL dieser Stichprobe bestätigte ebenfalls nicht die gewählten Einteilungen, was aber höchstwahrscheinlich auf die zu geringe Stichprobe zurückgeführt werden kann.

Beim Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI) wurden zunächst die Befragungsrohwerte der Subskalen summiert und nach Andershed et al. in den drei Hauptskalen zusammengefasst und anschließend Z-transformiert (Andershed et al., 2002). Anhand der Summen-Z-Werte der Subskalen erfolgte dann die Einordnung der Probanden in die Domänen „normal“, „mittel“, „hoch“ der psychopatischen Charakterzüge und aus der Kombination der Eigenschaften in den Hauptgruppen wurde die Gesamtauffälligkeit ermittelt.

Die Barratt-Impulsiveness-Scale (BIS-11) wurde über die Aufsummierung der normalisierten Rohdaten in den drei Subskalen, der Bildung einer Gesamtsumme und die Zuweisung einer entsprechenden Perzentile aufbereitet und so der Grad der Impulsivität bestimmt. Um die Aussagen zur Impulsivität mit denen des Teils des YPI, der sich auf die Impulsivität bezieht, vergleichen zu können, erfolgte eine weitere Reduktion der Impulsivitätsgrade auf die drei Stufen „kaum impulsiv“, „impulsiv“ und „hoch Impulsiv“.

Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test wurde die Stichprobe einer Überprüfung auf Normalverteilung unterzogen, welche für alle Parameter eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung ergab. Daher war der Korrelationskoeffizient nach Spearman als Maß für die Stärke von Zusammenhängen zwischen den Subskalen maßgebend.

Tabelle 13. Bedeutung der Irrtumswahrscheinlichkeit

Signifikanz	**Bedeutung**	**Symbolisierung**
$p > .5$	nicht signifikant	ns.
$p \leq .2^{(1)}$	signifikant	*
$p \leq .1$	sehr signifikant	**
$p \leq .01$	hoch signifikant	***

Für die weitere statistische Betrachtung wurde wegen der relativ geringen Stichprobengröße der Schwellenwert für die Irrtumswahrscheinlichkeit auf 20% angehoben.

9 Auswertung und Ergebnisdarstellung

Nachfolgend wird die Stichprobe hinsichtlich ihrer Sozialstruktur beschrieben. Dabei werden besuchte Schulform, Schulabschluss, Beschäftigung der Eltern und Grund des Heimaufenthaltes berücksichtigt.

Insgesamt erklärten sich 48 Jugendliche im Alter zwischen 11 und 20 Jahren bereit, an der ersten Untersuchung (Juli 2010) teilzunehmen.

4 Jugendliche werden im Rahmen des § 35a SGB VIII - Eingliederungshilfe für seelisch beeinträchtigte Kinder- und Jugendliche - betreut. Diese Wiedereingliederungshilfe wird nur gewährt, wenn die Diagnose einer psychischen Störung vorliegt sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefährdet ist.

Tabelle 14: Alterszusammensetzung der Heimstichprobe zum ersten Messzeitpunkt

Stichprobe 1. Befragung		
Altersgruppe	**Anzahl n**	**Prozent %**
11-15	26 (♂=16,♀=10)	54,2
16-20	22 (♂=10,♀=12)	45,8
Gesamt	48	100

Das Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe beträgt zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung 14,5 Jahre.

9.1 Ergebnisse zur Sozialstruktur

Der größte Teil der Probanden besucht zum Zeitpunkt der Untersuchung eine sonderpädagogische Einrichtung (35% Förderschule, 8% Schule für individuelle Lebensbewältigung und 4% Lerntherapeutische Werkstatt innerhalb der stationären Einrichtung), gefolgt von Jugendlichen, die sich in einer Ausbildung befinden (19%), auf die Regional- und Gesamtschule (je 10%), Realschule (8%), Gymnasium und Grundschule (je 4%) gehen. 2% der Kinder- und Jugendlichen sind derzeit in keinem Beschulungs- oder Ausbildungsverhältnis.

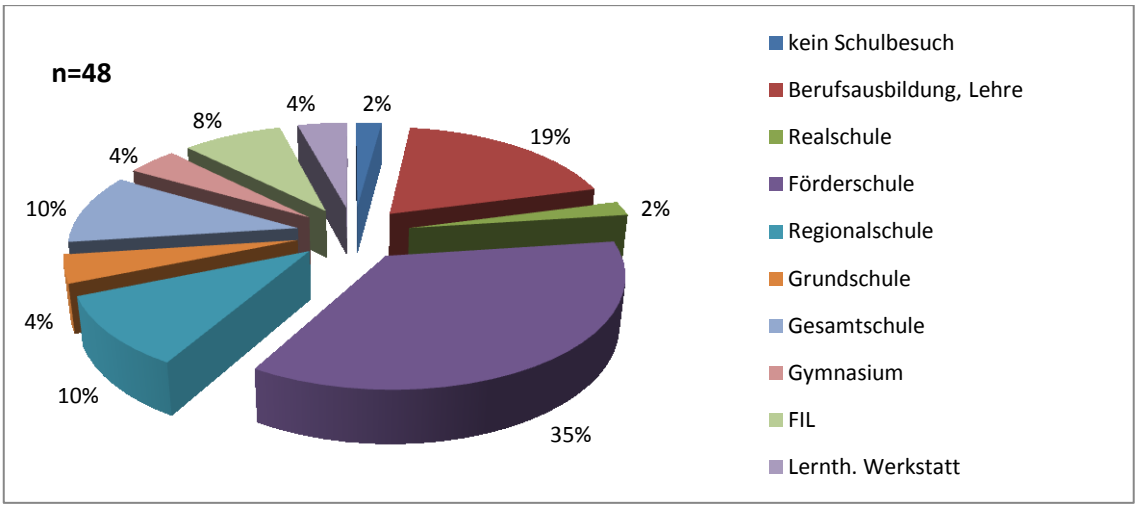

Abbildung 10: Ausbildungshintergrund der Probanden zum ersten Messzeitpunkt

Der soziale Hintergrund der Familien, aus der die Kinder stammen, lässt sich wie folgt abbilden: Lediglich bei 33% der Befragten leben beide Elternteile noch zusammen. 22% der Eltern leben getrennt oder in instabilen Beziehungen, in denen teilweise der Kontakt vom getrennt lebenden Elternteil verweigert wird. 23% der Jugendlichen sind Halbwaisen, ein Jugendlicher Vollwaise. Bei 19% der Jugendlichen lagen keine Angaben vor. Fast alle Jugendlichen stammen aus sozioökonomisch schwachen Verhältnissen.

Hinsichtlich des Berufsstandes der Eltern ergibt sich die folgende Auswertung:

46% der Väter sind berufstätig und 27% der Mütter. Im Bereich „arbeitslos“ ist der Anteil der Väter gering (2%) während 17% der Mütter sich in keinem Arbeitsverhältnis befinden. Für 44% der Väter bzw. 25% der Mütter liegen keine Informationen vor bzw. wurden keine Angaben gemacht.

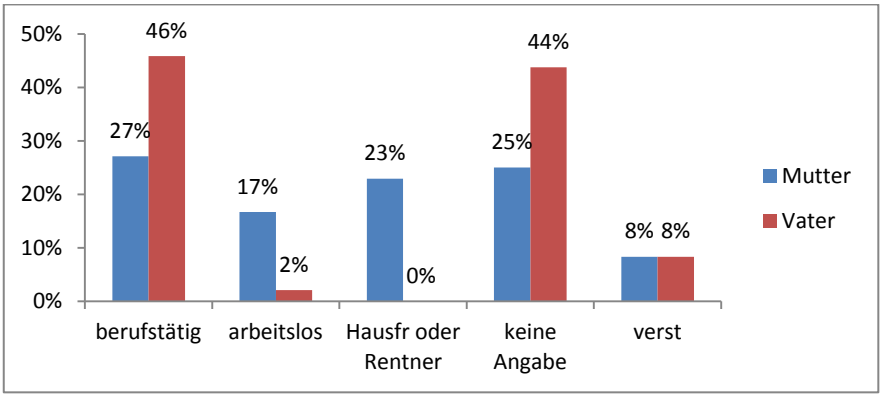

Abbildung 11: Berufsstand der Eltern im 1. Messzeitpunkt

Da einige Jugendlichen Halb- oder Vollwaisen sind, wurden auch Daten zu den verstorbenen Elternteilen in die Darstellung mit einbezogen.

Bei der Befragung der Bezugsbetreuer wurden separat ebenfalls Daten zum Grund des Aufenthaltes, entsprechend der in der Abbildung angegebenen Kriterien, abgefragt.

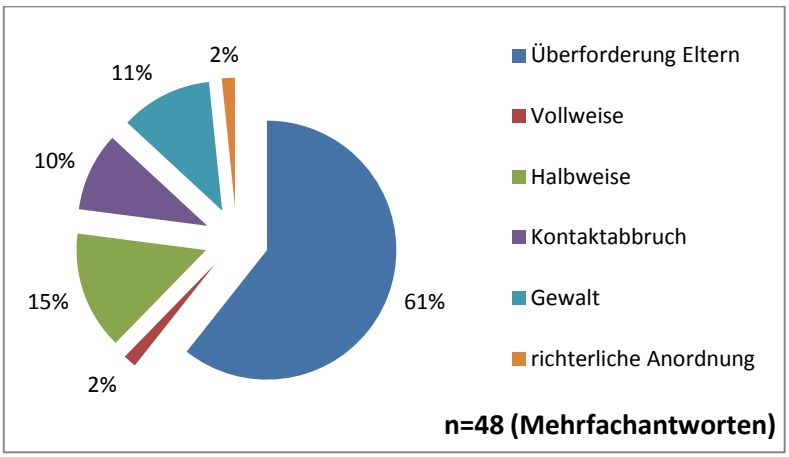

Abbildung 12: Hintergrund für die stationäre Heimunterbringung

Fast zwei Drittel der Untersuchungsgruppe lebt wegen Überforderung der Eltern / eines Elternteils in stationärer Heimunterbringung (61%) und werden nach den §§ 27 und 34 betreut.

9.2 Die Ergebnisse der Kompetenzskalen des CBCL, YSR und TRF

Die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen basieren auf der Auswertung der jeweiligen Fragebögen mittels der normierten Kompetenz- und Syndromskalen.

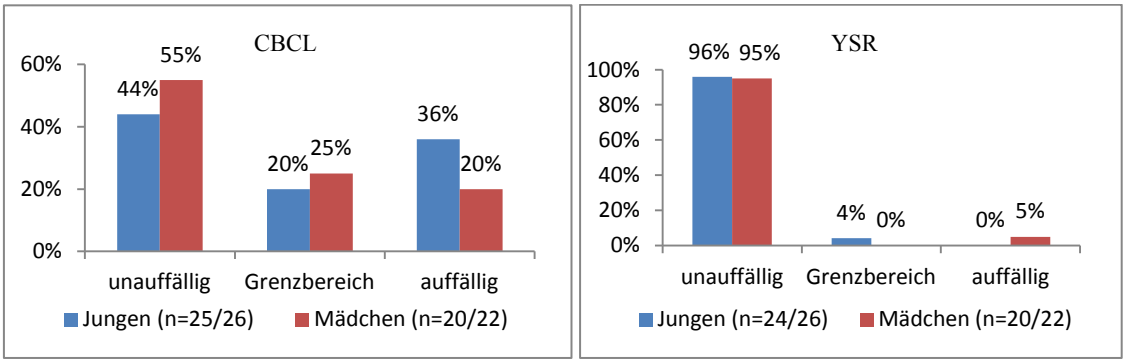

Abbildung 13: Darstellung der Gesamtkompetenz ermittelt aus den Kompetenzskalen (CBCL und YSR)

Die Gesamtkompetenz ergibt sich aus den Werten, die bei den Teilkompetenzen Aktivitäten, soziale Fähigkeiten sowie schulischen Leistungen entsprechend der jeweiligen Altersgruppen, erreicht wurden. Abbildung 14 zeigt, dass sich die

Jugendlichen selbst überwiegend als unauffällig einschätzen, während im Fremdurteil (Erzieher) der Prozentsatz der auffälligen bzw. im Grenzbereich scorenden Probanden erheblich höher liegt. Die Hauptursache für diesen Unterschied liegt im schulischen und sozialen Kompetenzbereich. Im Bereich der Aktivitäten bewegen sich die Ergebnisse weitgehend im Normalbereich, was Rückschlüsse auf einen stabilen, strukturierten und unterstützenden Tagesablauf in den Wohngruppen zulässt.

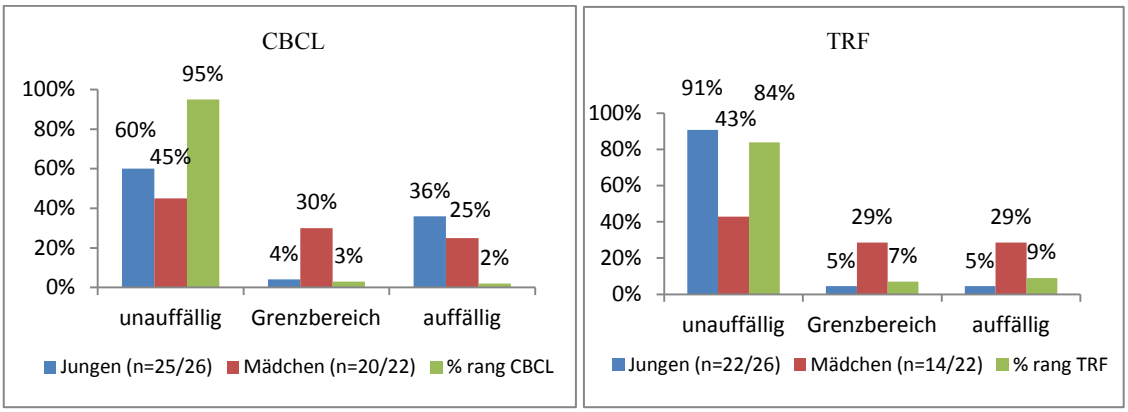

Abbildung 14: Darstellung der schulischen Leistungen ermittelt aus den Kompetenzskalen (CBCL und TRF)

Der Vergleich der schulischen Ergebnisse im Fremdurteil zeigt, dass die Lehrer die Jungen als unauffälliger einschätzen als die Bezugsbetreuer.

Hinsichtlich der Mädchen sehen die Ergebnisse ähnlich aus. Auch bildet der TRF schulische Leistungen und Schulverhalten als adaptive Fähigkeiten für die Auswertung ab und vernachlässigt soziale Kompetenzen und Aktivitäten in Relation zu Gleichaltrigen. Von den Bezugsbetreuern wurde mehrheitlich ein guter bis enger Kontakt zu den Bildungseinrichtungen bezeugt, was den oben festzustellenden Unterschied zwischen den beiden Einschätzungen nicht nachvollziehbar macht. Dieser lässt sich aber dahingehend erklären, dass viele Lehrkräfte die Schüler zum Zeitpunkt der ersten Befragung noch nicht lange kannten bzw. nur im Kontext der Schulbildung betrachteten. Der Anteil der männlichen Förderschüler ist höher als der der Mädchen, woraus sich auch schließen ließe, dass Lehrer ein gewisses „Erwartungsbild“ von männlichen Förderschülern haben und sich dies in der Auswertung wiederspiegelt. Bei den Mädchen fallen diejenigen besonders auf, die eine höhere Schule besuchen. Leistungsabfall und internalisierende Störungen wurden hier vermehrt von den Lehrern benannt.

In die Auswertung der Lehrer gehen Probanden, die sich in der Ausbildung oder in keinem Ausbildungsverhältnis befinden nicht mit ein.

9.3 Ergebnisse der Globalskalen CBCL, YSR und TRF

Die Ergebnisse der Skalen in Tab. 15 zeigen, dass die Jugendlichen aus den Heimen psychisch stärker belastet sind als ihre Altersgenossen. Als Vergleichsbasis werden die Ergebnisse der deutschen Normierung mit T-Wert 50 und Standardabweichung (SD) 10 angesetzt.

Tabelle 15: Ergebnisse CBCL

Skala	Mittelwert	Standardabweichung (SD)	% im klinischen Bereich
Gesamtscore n=44	60,30	8,76	45 % > 59 T - Wert Pkt. 16 % > 69 T - Wert Pkt.
Int. Störungen n=44	56,64	10,26	32 % > 59 T - Wert Pkt. 9 % > 69 T - Wert Pkt.
Ext. Störungen n=44	59,23	9,04	27 % > 59 T - Wert Pkt. 16 % > 69 T - Wert Pkt.

Die Mittelwerte beim Fremdurteil liegen bei den internalisierenden Störungen um 1/2 SD und bei den externalisierenden Störungen sowie dem Gesamtscore um 1 SD über denen der Normalpopulation. Betrachtet man ergänzend noch den Prozentsatz der Jugendlichen, die im Grenzbereich der klinischen Auffälligkeit und darüber liegen, bestätigt dies die Aussage der psychischen Belastung von Heimkindern, da nur ca. 2 % der Normalpopulation in diesem Bereich scoren (Schmeck et al, 2001a).

Bei der Selbsteinschätzung wird dieser Unterschied zur Normalpopulation noch deutlicherer, da hier 51% der Jugendlichen den eigenen Angaben zufolge im klinischen Bereich liegen.

Tabelle 16: Ergebnisse YSR

Skala	Mittelwert	Standardabweichung (SD)	% im klinischen Bereich
Gesamtscore n=44	68,23	8,13	51 % > 59 T - Wert Pkt. 37 % > 69 T - Wert Pkt.
Int. Störungen n=44	57,37	10,22	28 % > 59 T - Wert Pkt. 12 % > 69 T - Wert Pkt.
Ext. Störungen n=44	59,23	9,68	37 % > 59 T - Wert Pkt. 14 % > 69 T - Wert Pkt.

Der Mittelwert des Gesamtscore liegt mit 68 (SD = 8,13) um fast 2 SD über dem Normal-T-Wert.

Tabelle 17: Ergebnisse TRF

Skala	Mittelwert	Standardabweichung (SD)	% im klinischen Bereich
Gesamtscore n=44	60,39	8,496	39 % > 59 T - Wert Pkt. 16 % > 69 T - Wert Pkt.
Int. Störungen n=44	58,74	8,489	45 % > 59 T - Wert Pkt. 3 % > 69 T - Wert Pkt.
Ext. Störungen n=44	59,74	9,227	45 % > 59 T - Wert Pkt. 10 % > 69 T - Wert Pkt.

Das Fremdurteil der Lehrer ergibt ein ähnliches Bild. 39% der beurteilten Schüler der Heimstichprobe bewegen sich im klinischen Bereich (MW 60, SD 8,76).

Die folgende Ansicht zeigt die Ergebnisse der Global – und Subskalen des CBCL, YSR und TRF im Vergleich zur Normalpopulation.

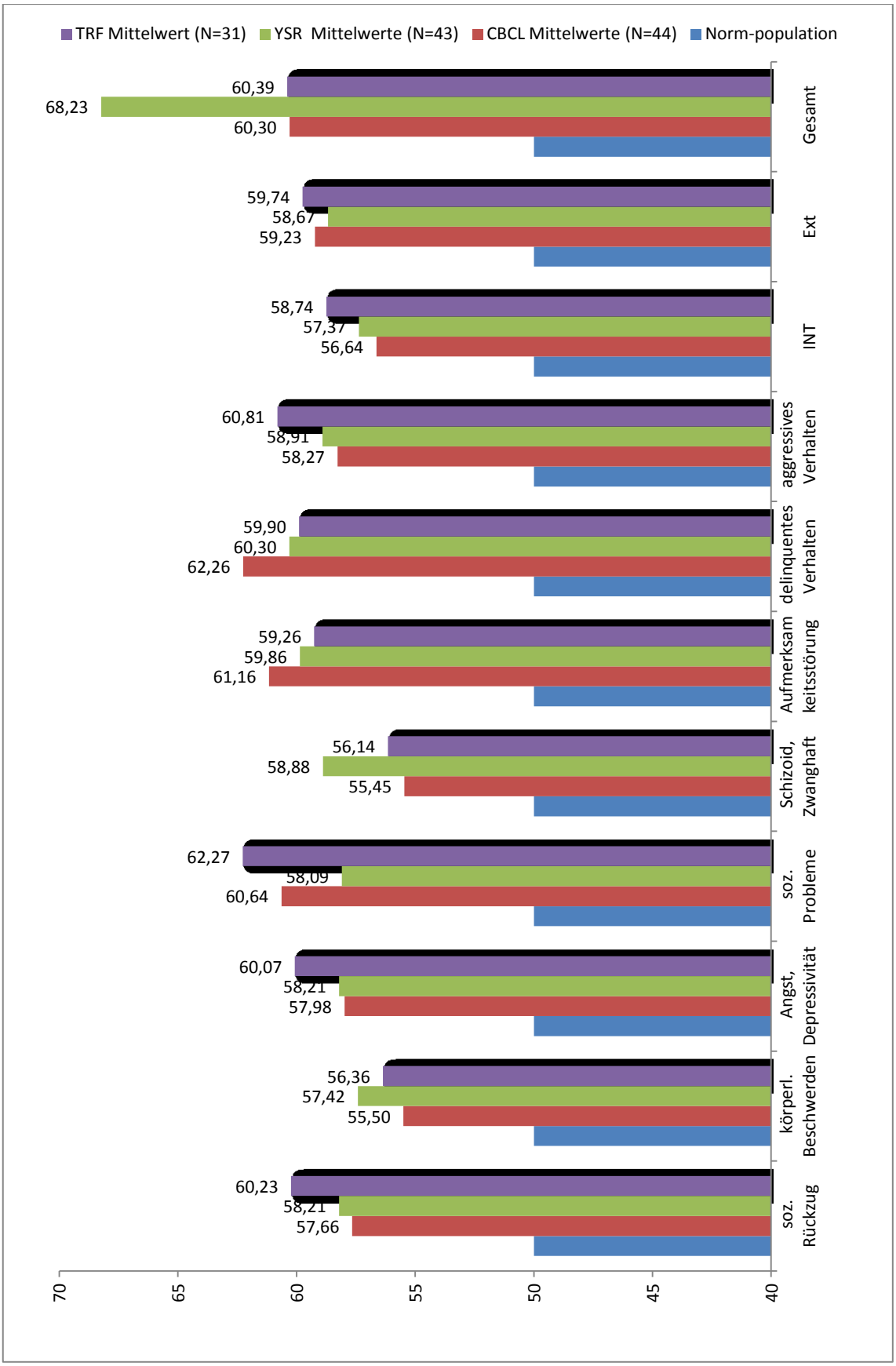

Abbildung 15: Vergleich der Mittelwerte der Syndromskalen (CBCL, YSR, und TRF)

Auf Unterskalenniveau zeigt sich, dass die Jugendlichen aus der Heimstichprobe in fast allen Subskalen Werte erzielten, die teilweise bis zu einer Standardabweichung (SD 10) von der Normalpopulation differieren. Während sich die Ergebnisse „Körperliche Beschwerden“ und „Schizoid / zwanghaft“ an der unteren Grenze zur Auffälligkeit bewegen, stellen sich die Ergebnisse der Kategorien „Dissoziales / Aggressives Verhalten“ und „Soziale Probleme“ signifikant höher dar. Bis auf „körperliche Beschwerden“ (p=0,161*) unterscheiden sich Mädchen und Jungen dabei nur gering voneinander.

Tabelle 18: Ergebnisse CBCL (n=44)

Subskalen	Mittelwert	Standardabweichung (SD)	% im klinischen Bereich
Sozialer Rückzug	57,66	8.39	7 % > 66 T - Wert Pkt. 9 % > 70 T - Wert Pkt.
Körperliche Beschwerden	55.0	7.65	2 % > 66 T - Wert Pkt. 11 % > 70 T - Wert Pkt.
Ängstlich / depressiv	57.98	7.95	7 % > 66 T - Wert Pkt. 7 % > 70 T - Wert Pkt.
Soziale Probleme	60.64	9.05	2 % > 66 T - Wert Pkt. 14 % > 70 T - Wert Pkt.
Schizoid / zwanghaft	55.45	8.48	11 % > 66 T - Wert Pkt. 7 % > 70 T - Wert Pkt.
Aufmerksamkeitsprobleme	61.16	8.29	21 % > 66 T - Wert Pkt. 9 % > 70 T - Wert Pkt.
Dissoziales Verhalten	62.26	8.45	12 % > 66 T - Wert Pkt. 23 % > 70 T - Wert Pkt.
Aggressives Verhalten	58.27	8.46	5 % > 66 T - Wert Pkt. 11 % > 70 T - Wert Pkt.

In den Unterskalen der CBCL, YSR und TRF wurde der klinische Bereich nach Achenbach (1991) bei einem T–Wert ≥ 65 angesetzt.

9.4 Geschlechterunterschiede CBCL, YSR , TRF und BIS

Aus der folgenden Abbildung ist zu entnehmen, dass es keine signifikanten Geschlechterunterschiede hinsichtlich der internalen und externalen sowie der Gesamtwerte beim Fremdurteil (CBCL) gibt, lediglich dass die Mädchen höhere Werte auf der internalen Gesamtskala erzielten.

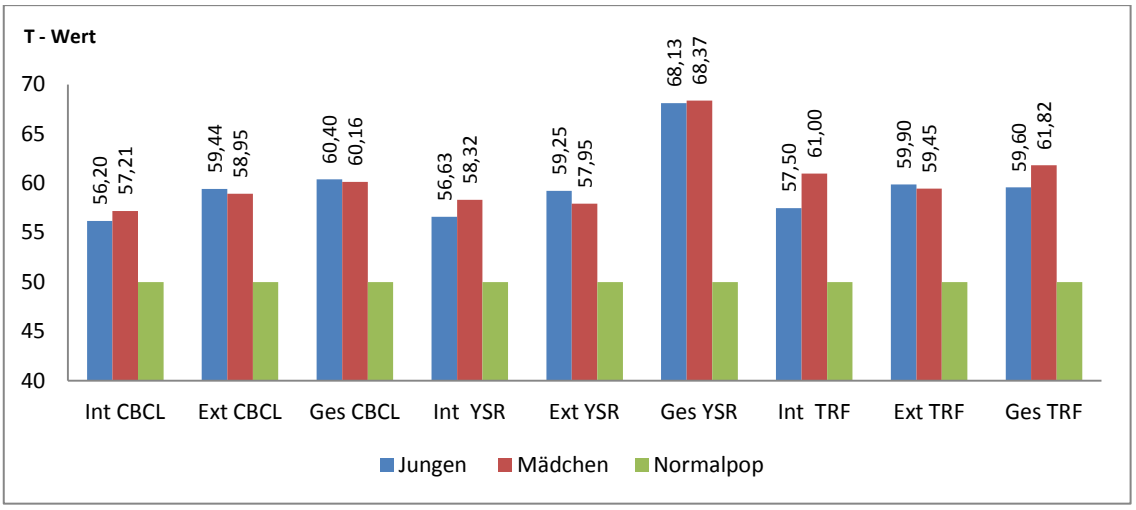

Abbildung 16: Geschlechtsspezifische Mittelwertunterschiede in den Gesamtskalen (CBCL, YSR und TRF)

Signifikante Unterschiede gab es jedoch in der Kategorie „körperliche Beschwerden“ (p=0,161*) für die Mädchen der Altersgruppe 11 – 15 Jahre, die hier höhere Werte erreichten. Auch die Ergebnisse in der Kategorie „zwanghaft / schizoid“ sind bei den Mädchen – besonders in der Altersgruppe der 11 – 15jährigen - auffälliger (p=0,236).

Auf der Skala der externalisierenden Verhaltensweisen erzielen die Jungen höhere Werte, die sich jedoch nicht signifikant von denen der Mädchen unterscheiden. Auffälliger ist hier die Altersgruppe 11 – 15 im Bereich aggressiven Verhaltens.

Beim Selbsturteil (YSR) Gesamtscore gibt es keine auffälligen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auf der Skala der internalen Verhaltensweisen fällt in der Altersgrupe 16 – 20 jedoch die Gruppe der Mädchen durch hohe Werte im Bereich „ängstlich / depressiv“ auf (p=0,127*). Ähnliche Ergebnisse für diese Altersgruppe zeigen sich in den Kategorie „sozialer Rückzug“ (p=0,189*) und „Aufmerksamkeitsprobleme“ bei den gemischten Störungen. Für die Altersgruppe 11 – 15 beider Geschlechter zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Die externalen Verhaltensweisen sind im Bereich „aggressives Verhalten“ als auffällig zu bezeichnen. Die Werte befinden sich an der Signifikanzgrenze (p=0,219). Hier schätzten sich besonders die Jungen der Altersgruppe 11-15 hoch ein.

Die Ergebnisse der TRF zeigt Geschlechterunterschiede im internalen Bereich, die jedoch nicht signifikant sind (p=0,279). Auf der Subskala „schizoid / zwanghaft“ in der Kategorie der gemischten Störungen werden die Mädchen als auffälliger eingeschätzt, wobei diese Beurteilung besonders auf die Altersgruppe der 16-20jährigen zutrifft. Gleiches trifft auf die Kategorie der „Aufmerksamkeitsstörung“ zu. Die Mädchen

erzielten auch in diesem Bereich höhere Werte und auch hier trifft diese Einschätzung besonders auf die Mädchen der Altersgruppe 16 – 20 zu. External sind keine signifikanten Geschlechterunterschiede zu verzeichnen.

9.5 Ergebnisse der Barratt Impusivness Scale (BIS-11)

Für diesen Test, der zur Ermittlung der Impulsivität verwendet wird, gibt es keine standardisierten Normwerte, aber Studien, die zum Vergleich herangezogen werden können. Auf einer vierstufigen Skala kann für die 30 Fragen eine Punktzahl zwischen 30 und 120 erreicht werden. Fragen, die negativ formuliert wurden, sind für die Auswertung zu reversieren.

Je höher der Gesamtwert aus den 6 Faktoren erster Ordnung, die in 3 Faktoren zweiter Ordnung zusammengefasst werden, ausfällt, desto höher ist der Impulsivitätsgrad einzuschätzen. Entgegen der Praxis 6 Bewertungskriterien (sehr sehr impulsiv, sehr impulsiv, impulsiv, leicht impulsiv, nicht sehr impulsiv, gar nicht impulsiv) zu verwenden, wurden nur 3 Kategorien festgelegt: hoch impulsiv (Punktwert liegt über 70), impulsiv (Punktwert liegt zwischen 60 und 70) und kaum impulsiv (Punktwert liegt unter 60). Dadurch wird eine vergleichende Betrachtung der Ergebnisse der BIS mit den analog gegliederten Ergebnissen des Teils des YPI, der die Impulsivität abbildet, ermöglicht.

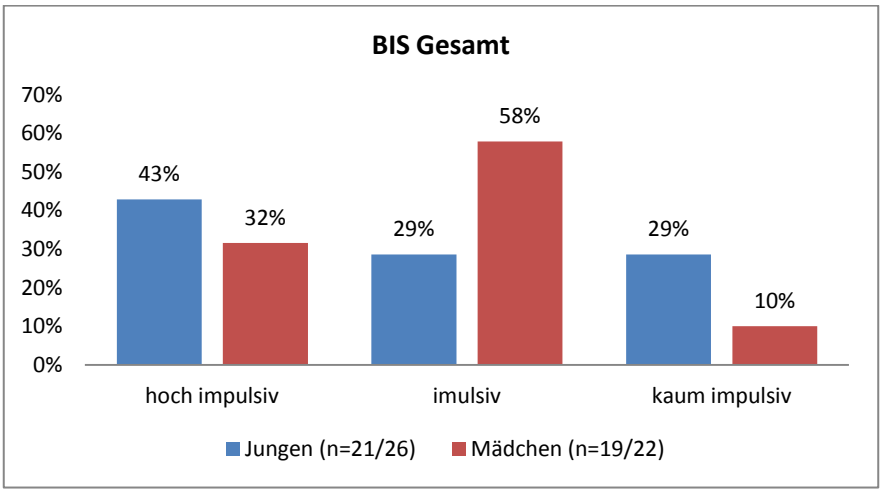

Abbildung 17: Geschlechtsspezifische Impulsivitätsunterschiede (BIS-11)

Die Graphik zeigt, dass 58% der Mädchen einen Punktwert zwischen 60 und 70 erreichten und damit im impulsiven Bereich liegen. 43 % der befragten Jungen sind als hoch impulsiv einzuschätzen. Der Geschlechterunterschied ist signifikant (p=0,137*)

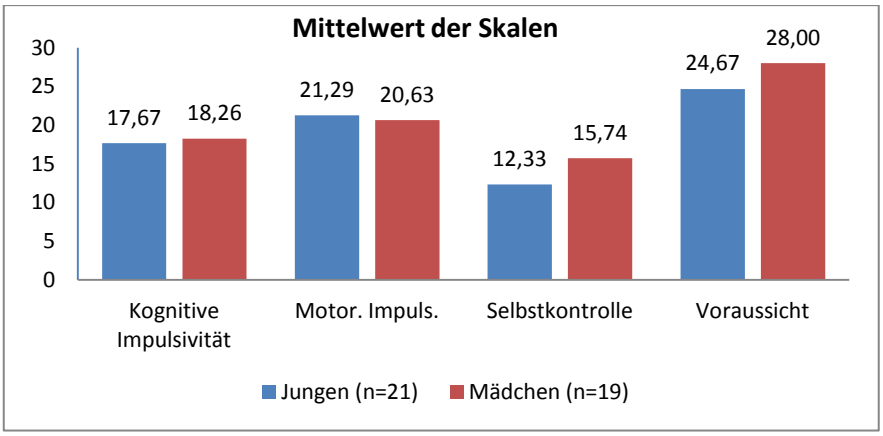

Abbildung 18: Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Subskalen (BIS-11)

Die Ergebnisdarstellung der Subskalen „Motorische Impulsivität“, „Aufmerksamkeit“, „Selbstkontrolle“ und „Voraussicht“ zeigen einen hoch bis sehr signifikanten Geschlechterunterschied in den Unterkategorien „Selbstkontrolle“ (p=0,005***) und „Voraussicht“ (p=0,059**). Die Mädchen erzielten hier höhere Werte.

9.6 Ergebnisse des Youth Self Report (YPI)

Das YPI fokussiert die Kerncharaktereigenschaften der Psychopathy und gewichtet dabei zwischenmenschliche und affektive Persönlichkeitseigenschaften und in geringerem Maße Eigenschaften der Lebensführung.

Für die Untersuchung wurde nach Andershed die Unterteilung „hoch (high) – normal (avarage) – niedrig (low)“ mit folgenden Z-Werten vorgenommen:

Tabelle 19: Bewertungskriterien zur Einstufung der Ergebnisse des YPI

niedrig (low)	normal (average)	hoch (high)
$Z < -0{,}75$	$-0{,}75 \leq Z \leq 0{,}75$	$Z > 0{,}75$

Wie bei Andershed wurde ein Test auf Konsistenz durchgeführt und die Chrombach’s Alpha liegen für alle Subskalen und Dimensionen über 0,84, was eine akzeptabel hohe Alphaverlässlichkeit bedeutet.

In den folgenden Abbildungen erfolgt die Auswertung der Daten hinsichtlich der psychopatischen Veranlagungen der Jugendlichen durch die prozentuale Aufteilung (Häufigkeiten) in die Dimensionen „Hochtrabend/Manipulativ“, „Abgestumpft/ Gleichgültig“ und „Impulsiv/Verantwortungslos“.

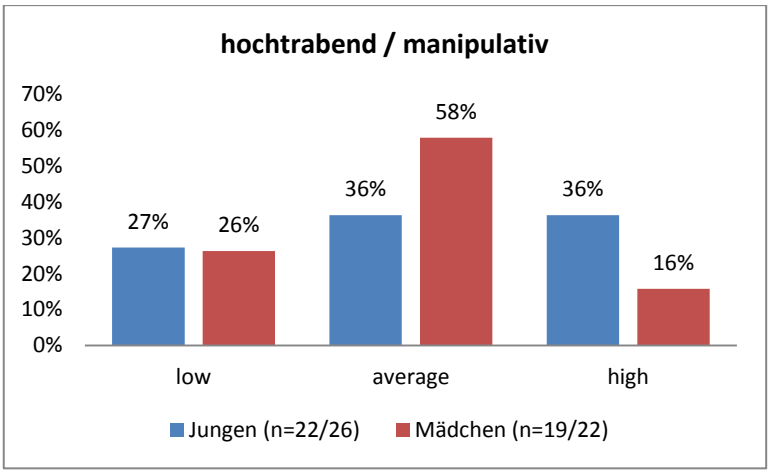

Abbildung 19: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „hochtrabend/manipulativ“ (YPI)

Wie die obige Abbildung zeigt, erreichten 36 % der befragten Jungen und 16 % der Mädchen im Bereich „hochtrabend/manipulativ“ hohe Werte. Gesamtbetrachtet liegen aber die meisten Kinder und Jugendlichen im Normalbereich (Mädchen - 58% und Jungen - 36%).

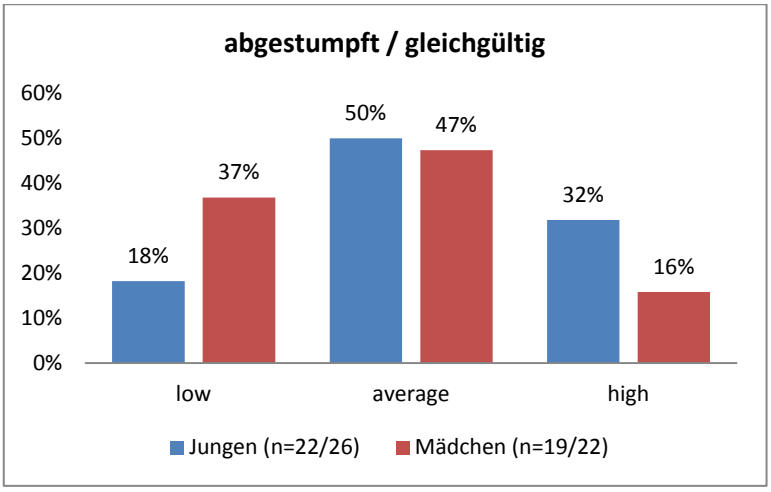

Abbildung 20: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „abgestumpft/gleichgültig“ (YPI)

Der größte Teil der befragten Teilnehmer scorte in der Dimension „abgestumpft / gleichgültig“ im Normalbereich, während es auffällige Geschlechterunterschiede auf der Skala „low“ und “high“ gibt. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch im dritten Bereich „impulsiv/verantwortungslos“.

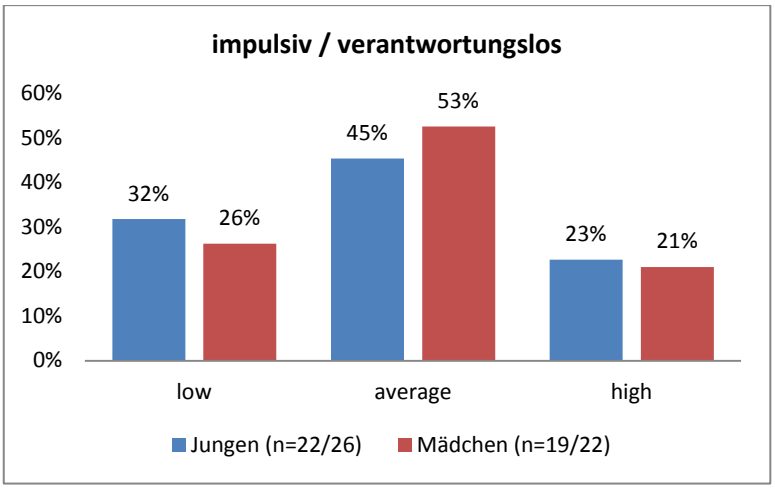

Abbildung 21: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „impulsiv/verantwortungslos“ (YPI)

9.7 Gruppenbetrachtungen: Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund.

Der nachfolgende Abschnitt bezieht sich ausschließlich auf die Auswertung der ersten Befragung.

Zur Darstellung von Zusammenhängen zwischen Alter, Geschlecht und Bildungshintergrund der untersuchten Jugendlichen wurde eine Gruppierung der Stichprobe vorgenommen. Bezüglich des Alters wurden die Jugendlichen in die Gruppe der 11-15jährigen sowie in die Gruppe der 16-20jährigen aufgeteilt (siehe Tabelle 14).

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

Im Folgenden werden zunächst die Alters- und Geschlechtseffekte für die Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen und anschließend entsprechend Effekte zwischen Geschlecht und besuchtem Schultyp beleuchtet.

9.7.1 Zusammenhang von Alter und Geschlecht

CBCL

Die weiblichen Probanden weisen bei „körperliche Beschwerden“ (p=0,161*) signifikant höhere Werte auf. Auch internalisierend scoren die Mädchen beider Altersgruppen höher als die Jungen, die ältere Gruppe zeigt aber eine verringerte Auffälligkeit.

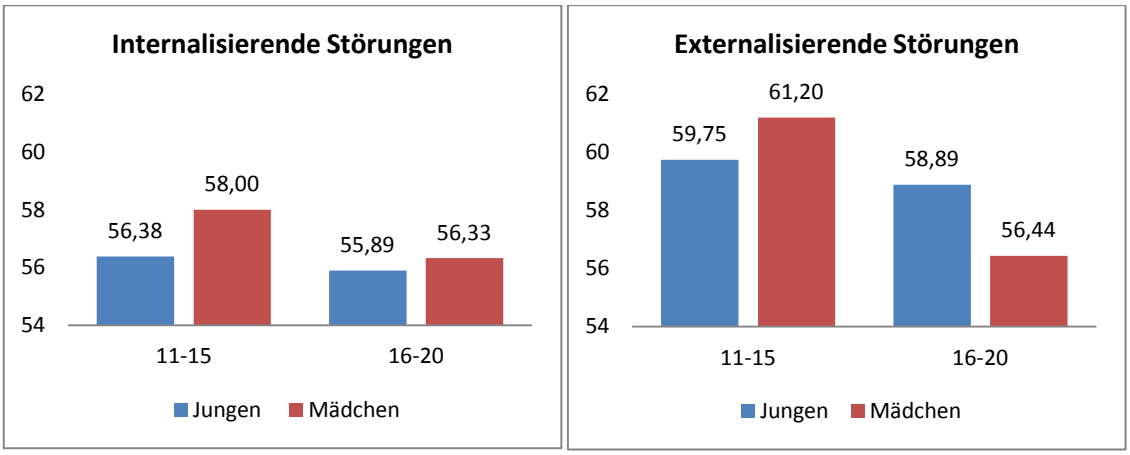

Abbildung 22: Internale und externale Auffälligkeiten – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (MW der T-Werte) (CBCL)

Bei den externalisierenden Störungen ist dagegen eine höhere Auffälligkeit beider Geschlechter in der Altersgruppe 11-15 mit höherem Score für die Mädchen zu erkennen. Dieses Ergebnis kehrt sich in der Altersgruppe 16-20 um, wobei entgegen dieses Trends ein Anstieg bei den älteren Mädchen auf der Subskala „Aufmerksamkeitsstörungen“ (p=0,101*) zu verzeichnen ist.

Auffällig, aber nicht signifikant, ist der fast 10%ige Unterschied der Werte zwischen den Altersgruppen bei den Mädchen.

YSR

Die Jugendlichen schätzen sich auf der internalen Skala in der Altersgruppe 11-15 geringfügig auffälliger ein als die Erzieher im CBCL, dagegen gibt es relativ gute Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdansicht bei den externalisierenden Auffälligkeiten. Bei den älteren Jugendlichen weicht dagegen die Eigenbewertung bei den internalen Störungen von der Bewertung durch die Betreuer erheblich ab.

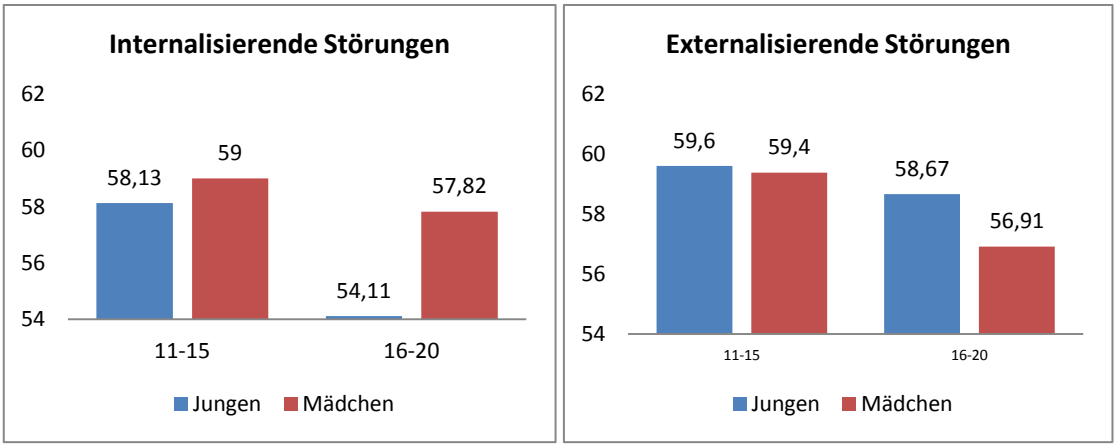

Abbildung 23: Internale & externale Auffälligkeiten – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (MW der T-Werte) (YSR)

Aber auch beim YSR gibt es keine signifikanten Geschlechterunterschiede auf den Hauptskalen, aber auf dem Niveau der Subskalen sind bei den älteren Probanden signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen im Bereich „sozialer Rückzug“ (p=0,189*), „Angst / Depressivität“ (p=0,127*) und Werte an der Signifikanzgrenze im Bereich „Aufmerksamkeitsstörungen“ gefunden worden.

Betrachtet man die geschlechtsspezifischen Altersunterschiede, ist festzustellen, dass bei den Jungen besonders im Bereich der gemischten Störungen signifikante Unterschiede auftreten. Hervorzuheben sind die Bereiche „sozialer Rückzug“ (p=0,141*), „soziale Probleme“ (p=0,086**), „schizoid / zwanghaft“ (p=0,154*) und „Aufmerksamkeit“ (p=0,134*) gibt.

TRF

Bei den Einschätzungen durch die Lehrer / Ausbilder ergibt sich das folgende Bild.

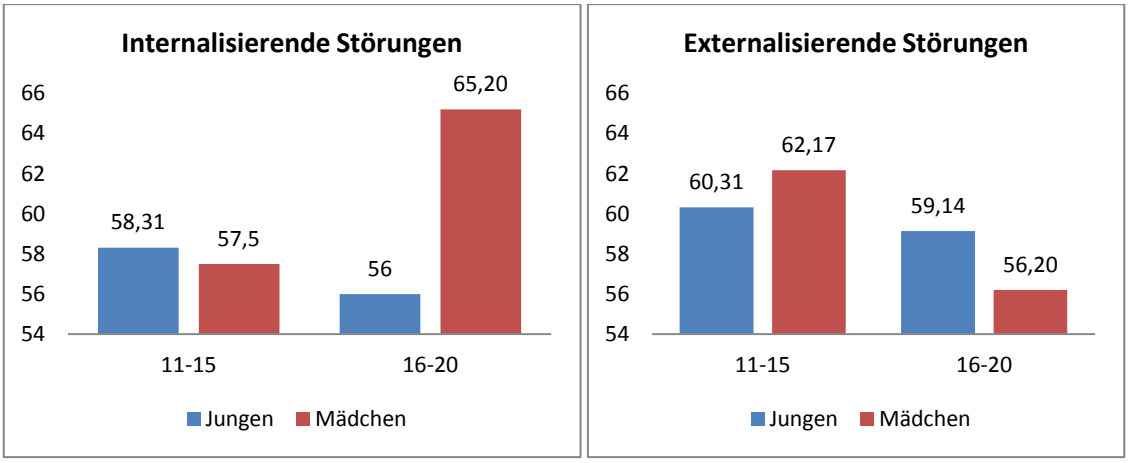

Abbildung 24: Internale & externale Auffälligkeiten – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (MW der T-Werte) (TRF)

Internal erzielen die Jungen der Altersgruppe 11-15 geringfügig höhere Werte als die Mädchen. In der älteren Untersuchungsgruppe werden die Mädchen mit höheren Werten angegeben. External zeigt sich ein ähnliches Muster wie im CBCL.

In der Gruppe der 16-20 jährigen sind die Geschlechterunterschiede in folgenden Bereichen signifikant: „Aufmerksamkeit“ (p=0,153*) und den „internalisierenden Störungen“ (p=0,115*).

Zwischen den Altersgruppen treten bei den Jungen signifikante Unterschiede bei „sozialer Rückzug“ (p=0,086**) und „soziale Probleme“ (p=0,067**) und bei den

Mädchen bei „sozialer Rückzug“ (p=0,139*) sowie den „Internalisierenden Störungen“ (p=0,156*) auf.

BIS11

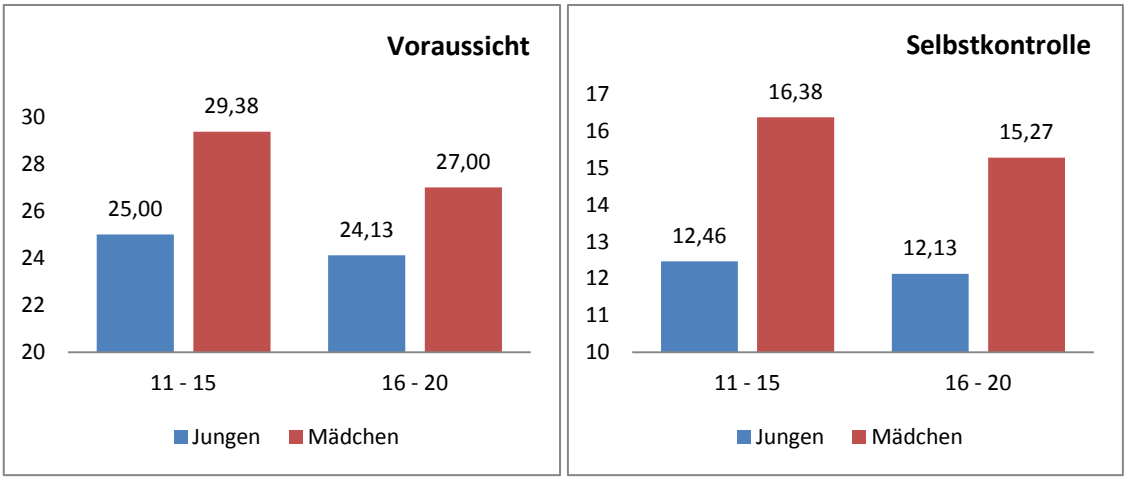

Abbildung 25: Impulsivität – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (Voraussicht und Selbstkontrolle) (BIS-11)

In der Altersgruppe 11-15 unterscheiden sich die Jungen im Bereich „Voraussicht“ (p=0,043**) und „Selbstkontrolle“ (p=0,017**) signifikant von den Mädchen und in der Altersgruppe 16-20 liegen Signifikanzen für die Selbstkontrolle (p=0,107*) und kognitive Instabilität (p=0,104*) vor. In allen diesen Bereichen erzielen die Mädchen höher Werte.

Auf der Subskala „Motorik“ scoren die 11-15jährigen Mädchen signifikant höher als die Älteren (p=0,114*).

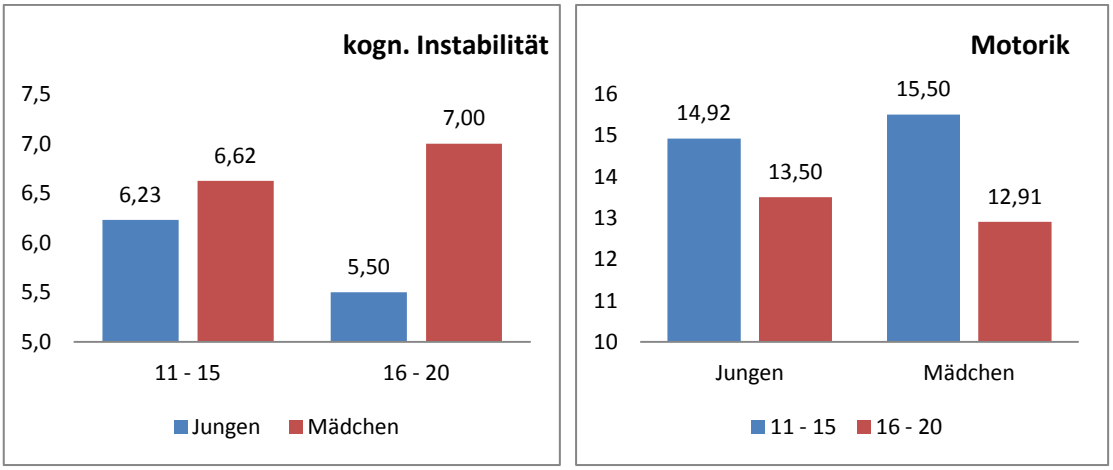

Abbildung 26: Impulsivität – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (kognitive Instabilität und Motorik) (BIS-11)

YPI

Die Auswertung des YPI ließ außer auf den Skalen „Lügen“, auf der die jüngeren Mädchen signifikant höher scorten (p=0,157*), und „unemotional“, auf der die Jungen höhere Werte gegenüber den Mädchen aufwiesen (p=0,158*), keine Alters- und Geschlechtsunterschiede erkennen.

9.7.2 Ergebnisse bezogen auf den Bildungshintergrund

Im Hinblick auf den Bildungshintergrund wird zwischen Jugendlichen mit Förderschulhintergrund und Nicht-Förderschülern, kein Schulbesuch/in Ausbildung unterschieden. Folgende Abbildung stellt die Zusammensetzung der Heimstichprobe hinsichtlich des Bildungshintergrunds dar:

Tabelle 20: Verteilung der Heimstichprobe nach besuchter Schulform

Stichprobe		
Schulzugehörigkeit	**Anzahl n**	**Prozent %**
Förderschüler	23 (♂=14,♀=9)	47,92
Nicht-Förderschüler	15 (♂=8,♀=7)	31,25
Kein Schulbesuch / in Ausbildung	10 (♂=4,♀=6)	20,83
Gesamt	48	100

Zur Gruppe der Förderschüler gehören die Teilnehmer, die Förderschulen, Lerntherapeutische Werkstätten oder Schulen für individuelle Lebensbewältigung besuchen. Zur Gruppe der Nicht-Förderschüler zählen Probanden, die in einer Gesamt-, Grund-, Haupt-, Real-, Regionalschule oder dem Gymnasium ausgebildet werden. Zur dritten Gruppe zählen Probanden, die sich in einer Berufsausbildung befinden oder (derzeit) keine Schule besuchen.

CBCL

Die Darstellung der signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung bei Jungen und Mädchen zeigt, dass sich die männlichen Förderschüler sowie die Kinder und Jugendlichen, die keine Schule besuchen bzw. sich in Ausbildung befinden, im Bereich „körperliche Beschwerden “signifikant von den Probanden unterscheiden, die eine Regel- oder höhere Schule besuchen (p=0,046**).

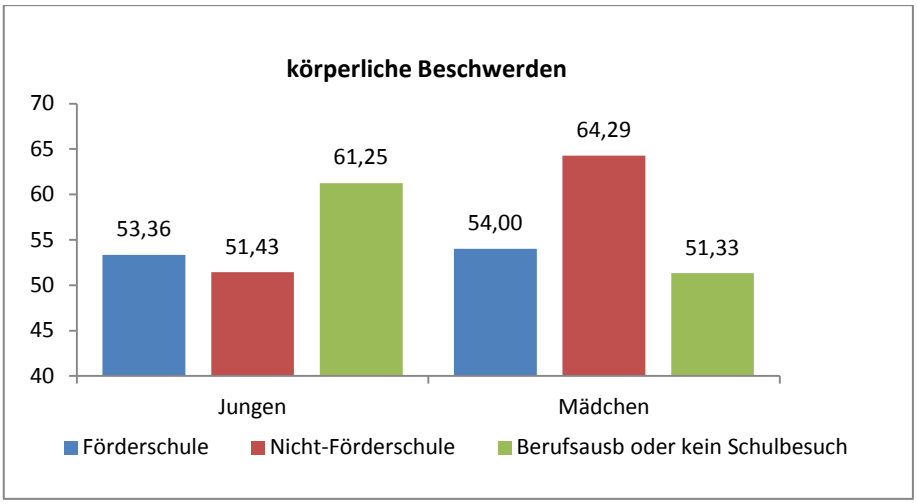

Abbildung 27: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (CBCL)

Bei den Mädchen liegt der Anteil der Nicht-Förderschüler gegenüber denjenigen, die eine Förderschule besuchen bzw. in Ausbildung/nicht beschult sind signifikant höher (p=0,014**). Zwischen den Geschlechtern scoren die Jungen signifikant höher als die Mädchen bei der Skala „körperliche Beschwerden“ und dem Ausbildungstyp „Berufsausbildung und kein Schulbesuch“ (p=0,175*).

Ein weiterer auffälliger Unterschied zwischen Jungen und Mädchen tritt im Bereich der „Nicht-Förderschule“ bei „sozialer Rückzug“ auf (p=0,193*), der den Jungen zuzuordnen ist.

Beim gleichen Schultyp haben die Mädchen in den Bereichen „körperliche Beschwerden“ (p=0,005***), „schizoid, zwanghaft“ (p=0,135*) und „internalisierende Störungen“ (p=0,184*) signifikant höhere Werte.

Schaut man sich die Werte der CBCL in den Altersgruppen genauer an, so ist festzustellen, dass die Förderschüler in der Altersgruppe 11-15 signifikant höhere Werte in den Bereichen „aggressives Verhalten“ (p=0,024**) und dem Gesamtwert der externalisierenden Störungen (p=0,027**) aufweisen. Diese Bereiche sind auch für die Nicht-Förderschüler signifikant hoch, jedoch erreichen hier die älteren Jugendlichen hohe Werte („aggressives Verhalten (p=0,010***) und „externalisierende Störungen“ (p=0,123*)). Bei den Jugendlichen, die keine Schule besuchen oder sich schon in Ausbildung befinden, liegen keine Signifikanzen vor.

YSR

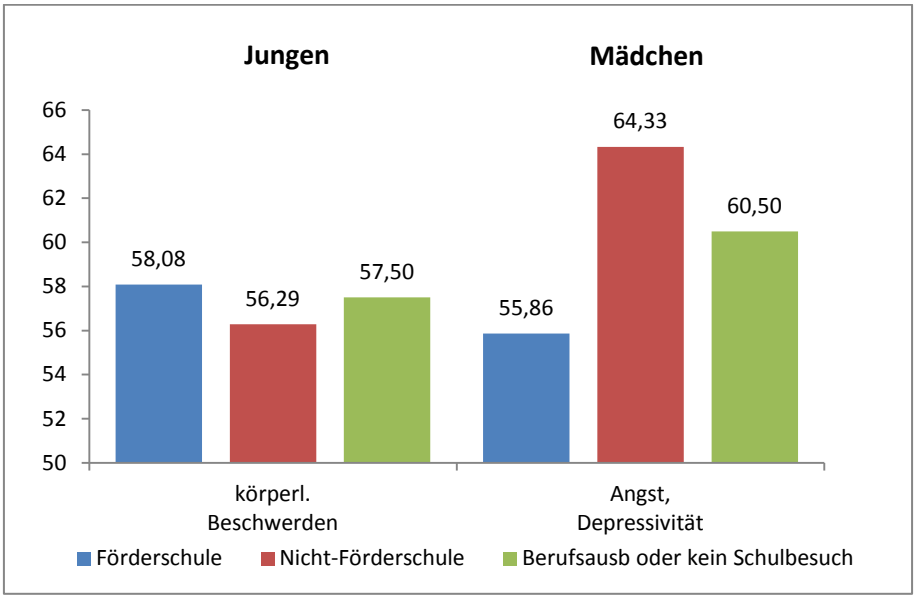

Abbildung 28: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (YSR)

Bei der Auswertung des YSR zeigten sich Signifikanzen im Bereich „körperliche Beschwerden“ bei den Jungen (p=0,072**) und „Angst und Depressivität“ bei den Mädchen (p=0,172*) beim Vergleich der drei Typen der Bildungseinrichtungen. Bei den Jungen schätzen sich im genannten Bereich besonders die Nicht-Förderschüler hoch ein, während sich bei den weiblichen Probanden ebenfalls die Nicht-Förderschüler sehr hoch im Bereich „Angst / Depressivität“.

Hinsichtlich Unterschiede in den Altersgruppen lässt sich feststellen, dass in der Förderschule besonders die Jüngeren (11-15jährige) bei „schizoid/zwanghaft“ (p=0,136*) und „aggressives Verhalten“ (p=0,149*) höhere Werte angeben. Bei den Nicht-Förderschülern liegen gleich in mehreren Bereichen für die jüngeren Probanden signifikante Unterschiede zu den Älteren vor. Sowohl beim „sozialen Rückzug“ (p=0,084**), den „körperliche Beschwerden“ (p=0,102*), den „sozialen Problemen“ (p=0,072**), bei „schizoid/zwanghaft“ (p=0,169*) und den Summenwerten „internalisierende Störungen“ (p=0,058**) und „Gesamtauffälligkeit“ (p=0,134*) scoren die Jüngeren hoch.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich für die männlichen Förderschüler bei „schizoid/zwanghaft“ (p=0,183*) finden. Die weiblichen Nicht-Förderschüler weisen dahingegen beim „sozialen Rückzug“ (p=0,192*), „Angst/Depressivität“ (p=0,076**) und den „sozialen Problemen“ (p=0,148*) Signifikanzen auf.

Durch „aggressives Verhalten“ fallen insbesondere die Jungen in der Berufsausbildung auf (p=0,149*).

TRF

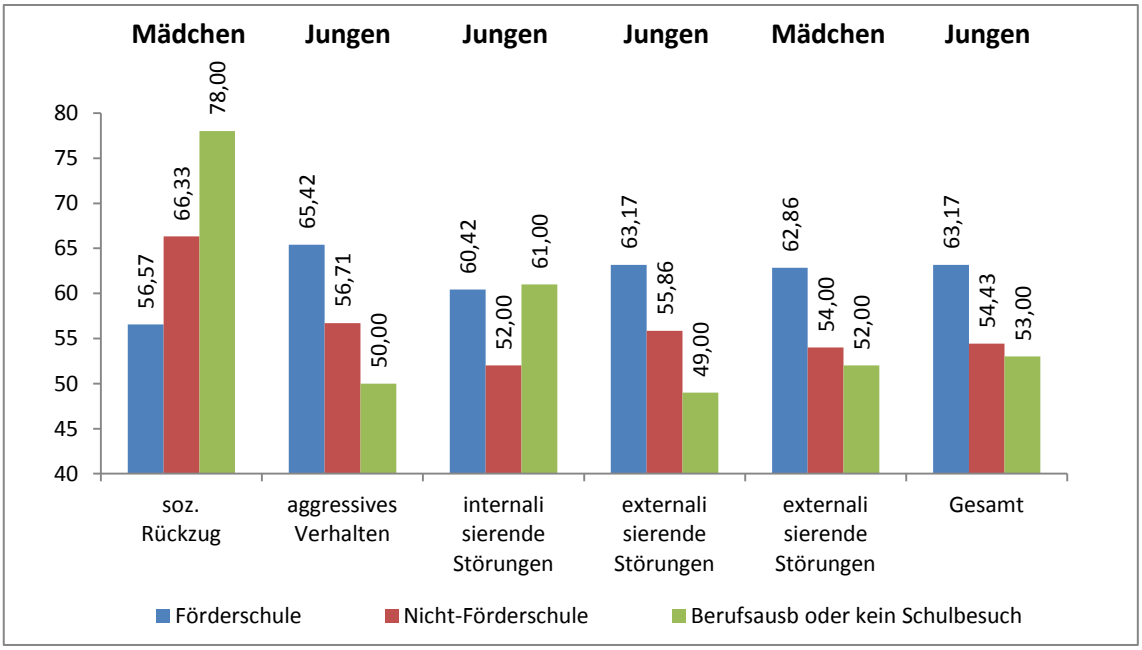

Abbildung 29: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (TRF)

Das Urteil der Lehrer bzw. Ausbilder über die Probanden ergab signifikante Werte in den folgenden Bereichen:

Im Vergleich der besuchten Schultypen liegen für die Jungen mit Förderschulhintergrund höhere Werte vor bei „aggressives Verhalten“ (p=0,079**), „internalisierende Störungen“ (p=0,087**), „externalisierende Störungen“ (p=0,170*) und dem „Gesamt“-Score (p=0,096**). Die Mädchen haben hier im Bereich der „externalisierenden Störungen“ die höheren Werte (p=0,170*), während sie bei „sozialer Rückzug“ die Auffälligkeit in der Nicht-Förderschule (p=0,043**) haben. Die augenscheinlich sehr hohen Graphen für Berufsschüler sind auf die Fallzahl zurückzuführen, da nur jeweils ein Ausbilder je Geschlecht den Fragebogen ausgefüllt hat. Allerdings ist damit auch der Schluss zulässig, dass es sich bei den Probanden um sehr auffällige Jugendliche handeln muss.

Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt, dass die Mädchen bei den „internalisierenden Störungen“ signifikant höher punkten als die Jungen (p=0,158*).

Betrachtet man nun noch die Altersstruktur der Auffälligkeiten, so sind bei den Förderschülern die Älteren im Bereich „sozialer Rückzug“ (p=0,006***) und die Jüngeren im Bereich „aggressives Verhalten“ (p=0,193*) am auffälligsten.

Nicht-Förderschüler weisen bei „soziale Probleme“ (p=0,062**), „aggressives Verhalten“ (p=0,146*) sowie den „externalisierenden Störungen“ (p=0,124*) die Signifikanzen für die Gruppe der 16-20jährigen auf.

BIS

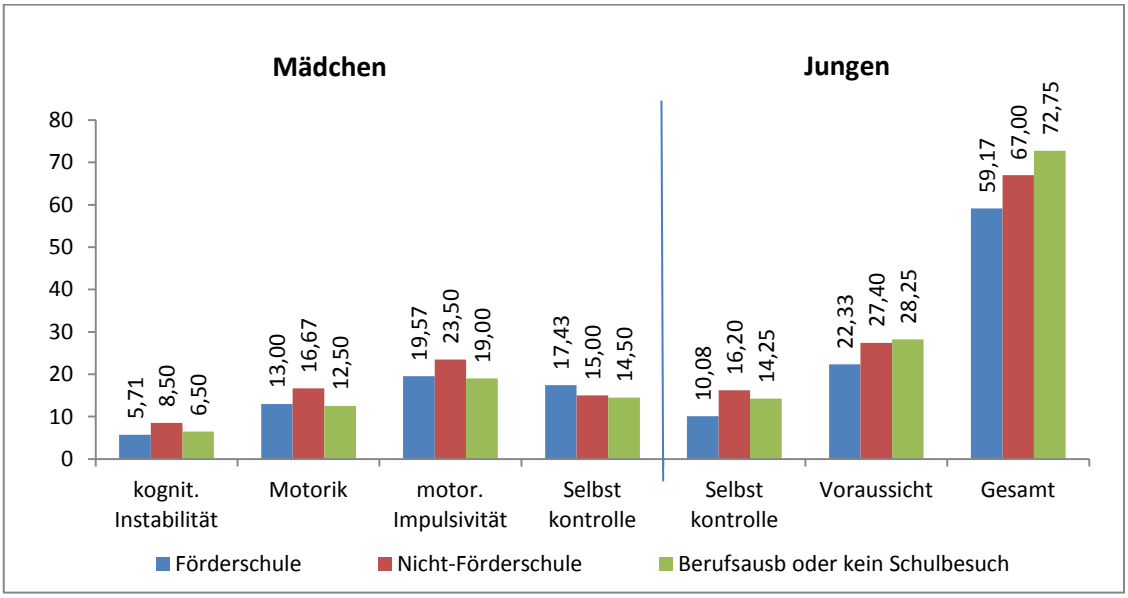

Abbildung 30: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (BIS-11)

Bei den Selbstaussagen zur Impulsivität der Probanden sind die folgenden Ergebnisse hervorzuheben:

Männliche Nicht-Förderschüler fallen bei „Selbstkontrolle“ (p=0,007***) und die Berufsschüler bei der „Voraussicht“ (p=0,095**) und „Gesamt“ (p=0,194*) auf.

Bei den Mädchen gleichen Schultyps liegen die Werte „kognitive Instabilität“ (p=0,022**), „Motorik“ (p=0,069**) und „motorische Impulsivität“ (p=0,107*) signifikant höher; bei den Förderschülerinnen trifft dies auf „Selbstkontrolle“ (p=0,104*) zu.

Geschlechtsspezifisch liegen die weiblichen Förderschüler bei der „Selbstkontrolle“ (p=0,000***) und „Voraussicht“ (p=0,023**) vor den Jungen und bei den Nicht-Förderschülerinnen sind „kognitive Instabilität“ (p=0,021**) sowie „kognitive Komplexität“ (p=0,106*) im höheren Ausschlag.

Die Jungen in der Berufsausbildung scoren dagegen bei „Motorik“ (p=0,066**), „motorische Impulsivität“ (p=0,017**), „kognitive Komplexität“ (p=0,077**) und beim „Gesamt“-Wert (p=0,031**) auffällig höher.

Altersspezifische Unterschiede treten bei den jüngeren Förderschulbesuchern in den Bereichen „Aufmerksamkeit“ (p=0,113*), „kognitive Impulsivität“ (p=0,133*), „Motorik“ (p=0,094**) und „motorische Impulsivität“ (p=0,191*) auf.

YPI

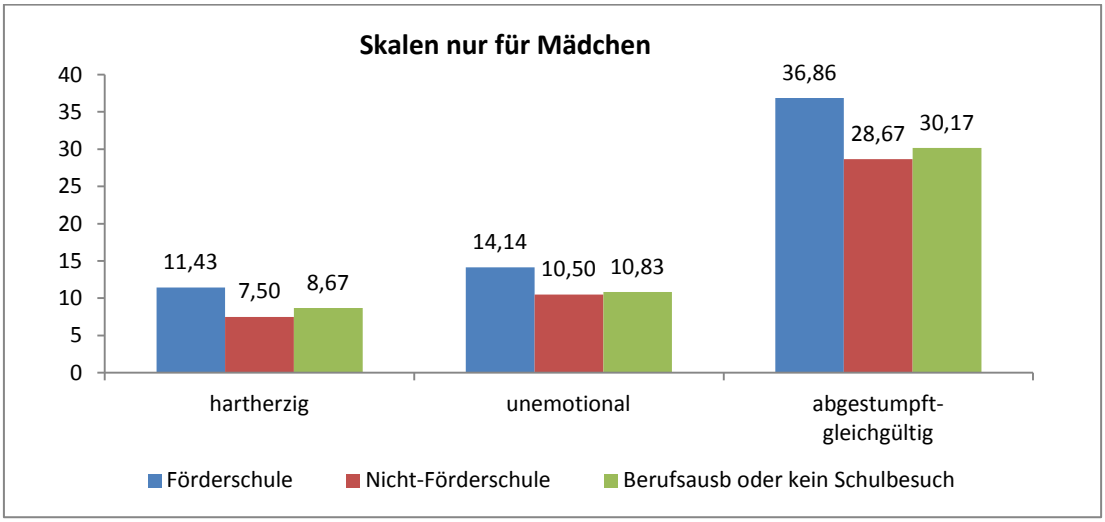

Abbildung 31: Signifikanzen auf den Subskalen nach Geschlecht und Bildungshintergrund (YPI)

Bei den männlichen Probanden sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der besuchten Bildungseinrichtungen erkennbar. Bei den Mädchen mit Förderschulhintergrund liegen auffällige Werte für „hartherzig“ (p=0,123*), „unemotional“ (p=0,021**) und „abgestumpft, gleichgültig“ (p=0,066**) vor.

Altersspezifisch fallen die 11-15jährigen Förderschüler auf der Skala „hochtrabend“ (p=0,172*) auf.

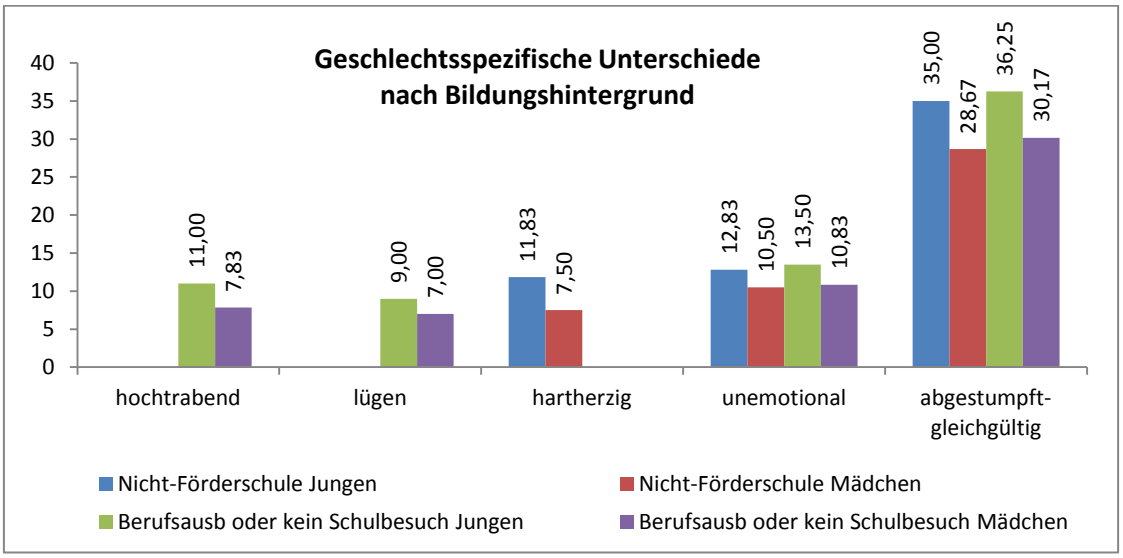

Abbildung 32: Signifikanzen geschlechtsspezifisch nach Bildungshintergrund (YPI)

Beim Vergleich zwischen den Geschlechtern liefern die Jungen aus der Nicht-Förderschule bei „hartherzig“ (p=0,030**), „unemotional“ (p=0,108*) und „abgestumpft, gleichgültig“ (p=0,070**) und beim dritten Schultyp auf den Subskalen „hochtrabend“ (p=0,188*), „Lügen“ (p=0,086**), „unemotional“ (p=0,123*) sowie der Dimension „abgestumpft, gleichgültig“ (p=0,175*), höhere Werte.

9.8 Prävalenz psychischer Auffälligkeit zwischen den beiden Messzeitpunkten

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich der Etablierung von Unterschieden zwischen dem 1. und dem 2. Befragungszeitpunkt, zwischen denen eine achtmonatige Pause lag. Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung standen von den ursprünglich 48 nur noch 29 Probanden, 17 Jungen und 12 Mädchen, zur Verfügung. Von den restlichen Teilnehmern waren 10 inzwischen aus den Einrichtungen ausgezogen, Eine Einrichtung (3 Probanden) hatte die Arbeit einstellen müssen und 6 Jugendliche wollten keiner 2. Befragung zustimmen.

9.8.1 Auswertung der CBCL

Von den befragten Jungen wurden 56% und von den Mädchen 50% als auffällig eingeschätzt, im Gegensatz zum ersten MZP, in dem das nur auf 28% der Jungen und 26% der Mädchen zutraf. Der Anteil der sich im Grenzbereich befindenden Jungen (6%) und Mädchen (17%) stieg in der zweiten Befragung bei den Jungen auf 16% und sank bei den Mädchen auf 11%.

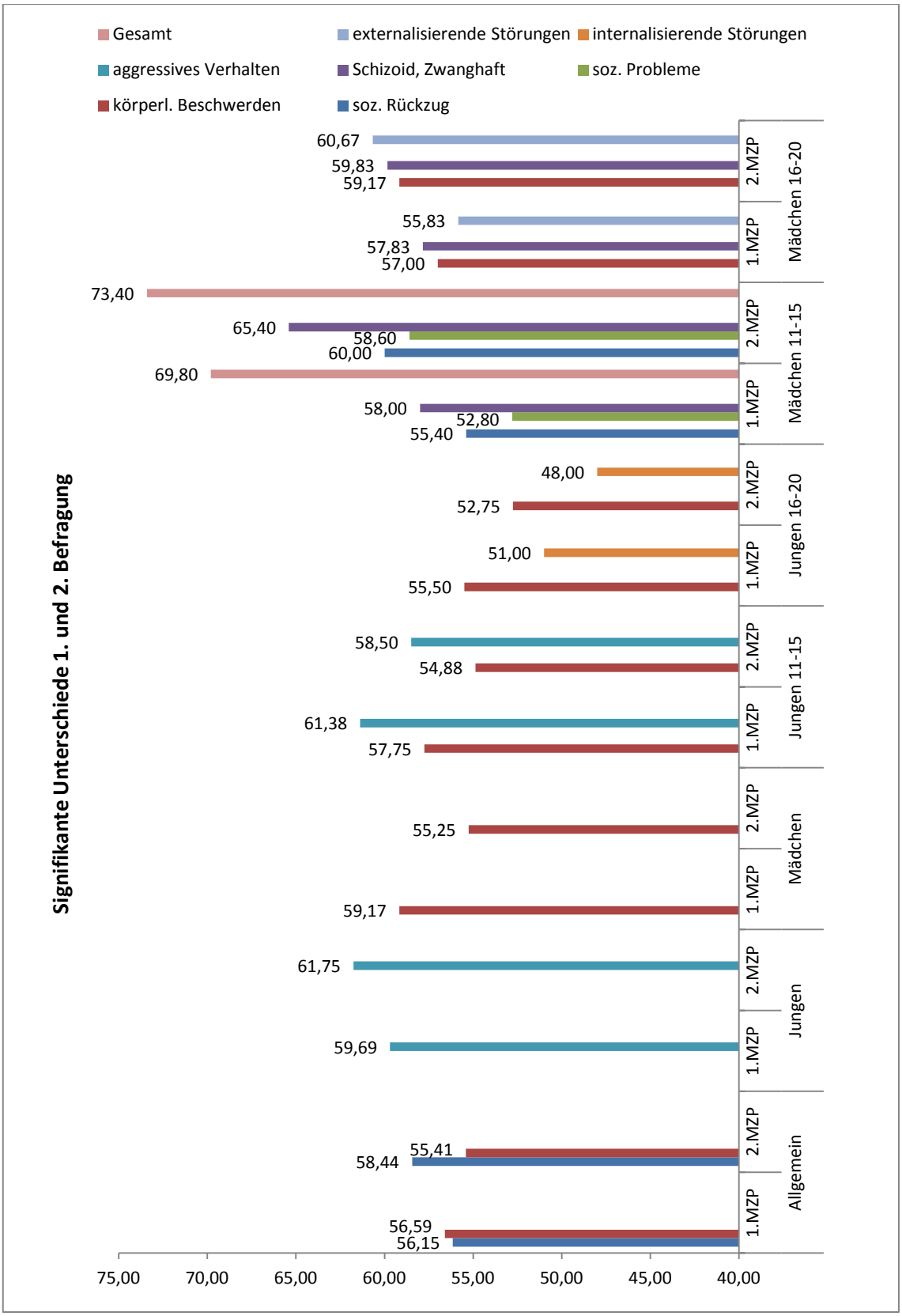

Abbildung 33: Signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (CBCL)

Im Gesamtbild ergibt sich ein signifikanter Anstieg im Bereich „aggressiven Verhalten“ (p=0,057**). Dieser ist signifikant den Jungen (p=0,086**) der Altersgruppe 16-20 (p=0,052**) zuzuordnen.

Im Bereich der internalisierenden Störungen fiel der Anteil der Mädchen (p=0,032**) der Altersgruppe 11-15 (p=0,043**), die von den Betreuern im 1.MZP im Bereich „körperliche Beschwerden“ auffällig eingeschätzt worden sind, geringer als in der zweiten Befragung, in der sie höhere Werte (p=0,101*) erzielten, aus. Die älteren Mädchen sind bei „sozialer Rückzug“ (p=0,077**) auffälliger geworden.

Die Jungen der Altersgruppe 11-15 weisen gesunkene Werte bei „Angst, Depressivität“ (p=0,127*) und „delinquentes Verhalten“ (p=0,145*) und höhere Ergebnisse bei „soziale Probleme“ (p=0,022**) auf.

9.8.2 Auswertung der YSR

Nach den 8 Monaten schätzen sich 25 % der Jungen als unauffällig bzw. grenzwertig ein und 50 % als auffällig. Bei den Mädchen sind es 17% im grenzwertigen und 83% im auffälligen Bereich. Keines der Mädchen schätzte sich als unauffällig ein.

Die folgende Abbildung reflektiert nur signifikante Unterschiede zwischen beiden Messzeitpunkten.

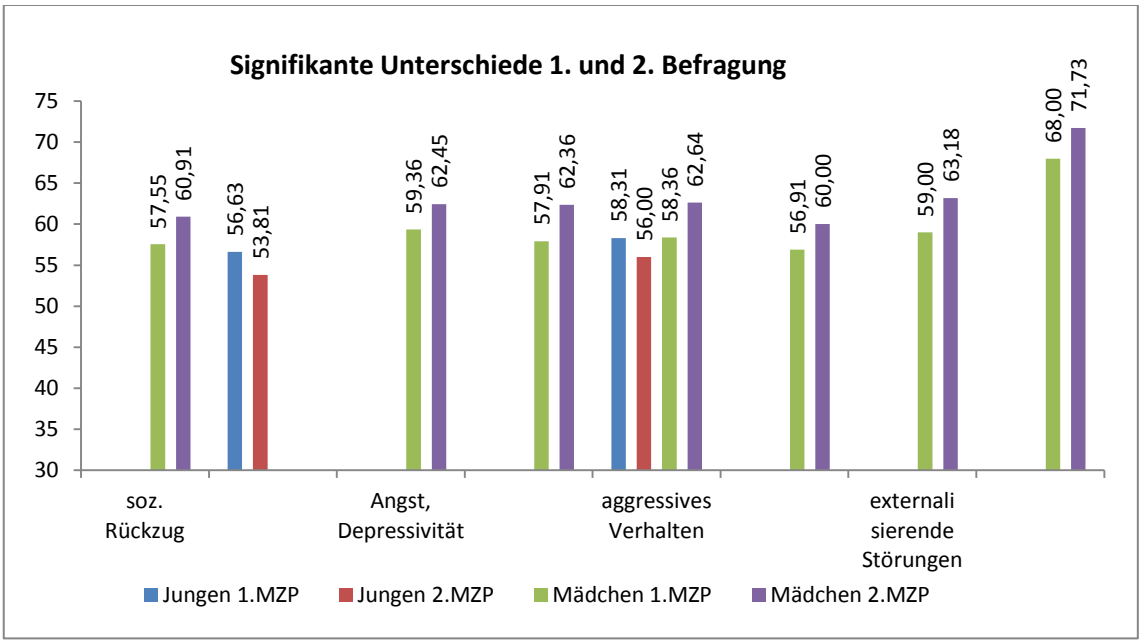

Abbildung 34: Signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (YSR)

Im Gesamtbild des YSR ergibt sich ein signifikanter Unterschied in den Bereichen „sozialer Rückzug“ (gestiegen, p=0,079**) und „körperliche Beschwerden“ (gesunken, p=0,176*) zwischen den beiden Messzeitpunkten.

Internalisierende Auffälligkeiten:

19% (13%) der Jungen und 17% (32%) der Mädchen schätzen sich als grenzwertig und 6% (32%) Jungen und 33% (16%) der Mädchen als auffällig ein. Prozentwerte in Klammern sind die Vergleichswerte der 1. Befragung

Im Vergleich erzielten die Mädchen zum zweiten Messzeitpunkt höhere Werte im Bereich „sozialer Rückzug“ (p=0,097**). Der Anteil, der sich im Bereich „körperliche Beschwerden“ als auffällig beschrieben hat, sinkt von 11% auf 8% (Signifikanzgrenze). Auf der Subskala „Angst / Depressivität“ liegt dagegen ein signifikanter Anstieg vor (p=0,123*). Damit erreichen die Mädchen auf der Dimension „internationalisierende Störungen“ eine signifikante Ausprägung der Auffälligkeit (p=0,159*).

Bei den Jungen ist der Wert bei „körperliche Beschwerden“ signifikant gesunken (p=0,023**), wobei sich kaum jemand als auffällig (4%) und nur 6% (8%) als grenzwertig einschätzten.

Gemischte Störungen:

Die Mädchen weisen gestiegene Werte in der Kategorie „Schizoid, Zwanghaft“ (0,032**) auf.

Externalisierende Störungen:

Bei den Jungen hat sich in der Selbsteinschätzung das aggressive Verhalten erkennbar verbessert (p=0,029**), während der Trend bei den Mädchen umgekehrt ist (p=0,098**). Sie erbringen auf der Dimension „externalisierende Störungen“ signifikant angestiegene Ergebnisse (p=0,070**).

9.8.3 Auswertung der TRF

Für die Auswertung des TRF lagen nach der 2. Messung nur noch die Daten von 13 Jungen und 5 Mädchen vor.

Signifikante Unterschiede zum ersten Messzeitpunkt ergaben sich für den Bereich „Aufmerksamkeitsprobleme“ (gesunken, p=0,088**) und „delinquentes Verhalten“ (gestiegen, p=0,036**).

Während der Anstieg in der erstgenannten Kategorie den älteren Jungen zugeordnet werden kann ist dies bei der 2. Nennung eindeutig den weiblichen Probanden

(p=0,078**) und insbesondere den jüngeren (p=0,006***) zuzuschreiben. Einen geringfügigeren Anstieg gibt es aber auch bei den älteren Jungen (p=0,173*)

Signifikant gesunken ist der Gesamtscore, den die jüngeren Mädchen erzielten (p=0,118*).

9.8.4 Auswertung der BIS

Nach Beendigung der zweiten Befragung schätzen sich von den Probanden 40% (57% ♂, 18% ♀) als unverändert impulsiv ein. Als impulsiver bewerteten sich 28% der Jugendlichen (21% ♂, 36% ♀). Die restlichen 32% (21% ♂, 46% ♀) denken, dass sie weniger impulsiv geworden sind.

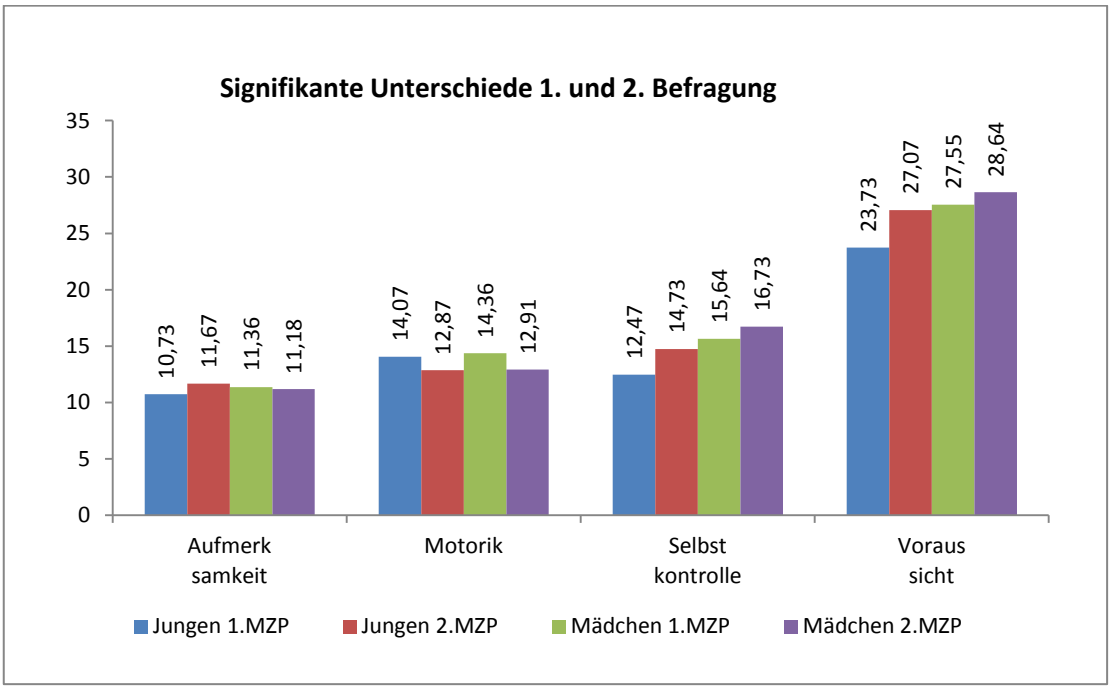

Abbildung 35: Geschlechtsspezifische signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (BIS-11)

Geschlechtsspezifisch ist bei den Jungen noch ein signifikanter Anstieg im Bereich „Aufmerksamkeit“ zu verzeichnen (p=0,145*), welcher den älteren (p=0,192*) zuzuordnen ist. Der Abbildung ist ebenfalls zu entnehmen, dass sich bei den Mädchen (altersunabhängig) auf dieser Skala kein deutlicher Unterschied zwischen beiden Messzeitpunkten wiederspiegelt. Lediglich bei die jüngeren Mädchen haben sich die Werte in diesem Bereich signifikant verringert (p=0,142*).

Geschlechts- und altersneutral sind ein Rückgang der Werte für „kognitive Instabilität“ (p=0,152*) und „Motorik“ (p=0,110*) aber ein Anstieg bei der „Selbstkontrolle“ (p=0,034**) und „Voraussicht“ (p=0,059**) festzustellen.

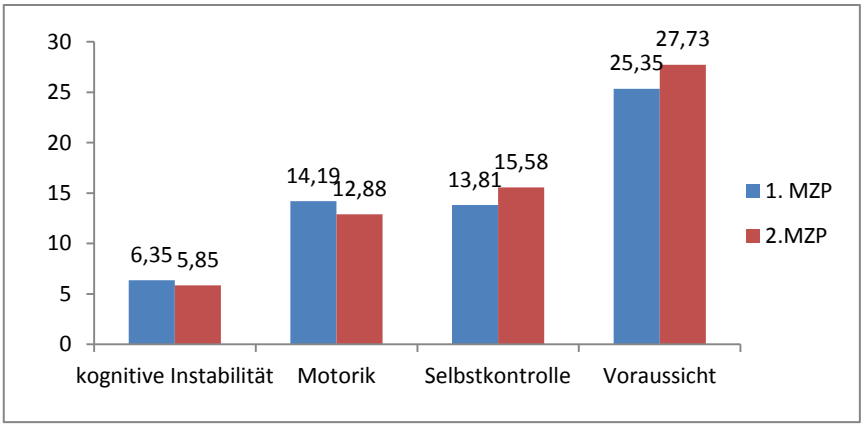

Abbildung 36: Geschlechts- und Altersneutrale signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (BIS-11)

In der Kategorie „Motorik“ der Ebene „Motorische Impulsivität“ sanken die Werte im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt bei den Jungen der Altersgruppe 11-15 deutlich (p=0,126*). Altersgruppenunabhängig bewegen sich die Werte bei den Jungen an der Signifikanzschwelle. Bei den weiblichen Probanden sinkt der Wert im Bereich „Motorik“ signifikant (p=0,188*), wobei die größten Unterschiede bei 16 bis 20jährigen Mädchen zu verzeichnen sind.

Im Bereich „Selbstkontrolle“ stiegen die Werte der Jungen an (p=0,092**). Betrachtet man dies bezogen auf die Altersgruppen, ist der Anstieg den 11-15jährigen (p=0,080**) zuzuschreiben. Bei den Mädchen erhöhten sich die Werte ebenfalls signifikant (p=0,198*).

In der Kategorie „Voraussicht“ sind die Werte beider Geschlechter gestiegen (Jungen p=0,103*). Betrachtet man die Geschlechter altersgruppenspezifisch, so ist festzustellen, dass die 11-15jährigen Jungen sich signifikant höher einschätzen als ihre älteren Geschlechtsgenossen (p=0,119*). Bei den Mädchen befinden sich die Werte an der Signifikanzgrenze, wobei sich auch hier die 11-15jährigen Mädchen deutlich höher einschätzen als ihre älteren Geschlechtsgenossinnen.

9.8.5 Auswertung der YPI

Geschlechtsunabhängig betrachtet weist das YPI einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen nur bei der Impulsivität auf (p=0,105*), die abgenommen hat.

Bei der getrennten Betrachtung der Werte für die beiden Geschlechter ergibt sich, dass dieser Unterschied bei den Mädchen entstanden ist (p=0,167*). Bei den Mädchen sind weiterhin signifikante Veränderungen auf den Skalen „Lügen“ (verringert, p=0,124*) und „verhärtet“ (angestiegen, p=0,044**) mit einem sehr signifikanten Anstieg bei den älteren Mädchen (p=0,010***) zu finden.

Die Jungen erzielten zwischen den beiden Messzeitpunkten bei „unemotional“ (p=0,186*) eine Verringerung der Auffälligkeit mit dem Hauptanteil bei den 11-15jährigen (p=0,147*). Bei den Älteren ist ein signifikanter Rückgang auf der Skala „verhärtet“ (p=0,173*) eingetreten.

Insgesamt schätzen sich auf der Domain „hochtrabend-manipulativ“ 22% (19% ♂, 27% ♀) als geringer, 56% (63% ♂,46% ♀) als gleich und 22% (19% ♂, 27% ♀) als höher scorend ein. Bei „abgestumpft-gleichgültig“ liegen die Werte für geringer bei 22% (31% ♂, 9% ♀), für gleich bei 44% (50% ♂,36% ♀) und für höher bei 33% (19% ♂, 55% ♀). Impulsiv-Verantwortungsloser sehen sich 37% (38% ♂, 36% ♀), gleichgeblieben 48% (56% ♂,36% ♀) und weniger 15% (6% ♂, 27% ♀).

10 Diskussion der Ergebnisse

10.1 Methodik

Zur Erreichung der Zielstellung dieser Arbeit wurden Befragungen zu 2 Messzeitpunkten im Abstand von acht Monaten durchgeführt, um den Einfluss stationärer Betreuung von Kindern und Jugendlichen auf die seelische Gesundheit am Beispiel von Einrichtungen der stationären Jugendhilfe im Raum Rostock zu evaluieren und den Grad der psychisch Belastung durch diese Art der Unterbringung zu betrachten. Es ist davon auszugehen, dass viele der Kinder und Jugendlichen während ihrer Aufenthaltszeit in den Einrichtungen auch kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen in Anspruch nehmen, was aber im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter untersucht wurde.

Die Ergebnisse können mit einer früheren im Landkreis Bad Doberan durchgeführten Untersuchung hinsichtlich der Auffälligkeiten und Häufigkeitsverteilungen verglichen werden. Pätow hat im Jahr 2008 mit seiner Untersuchung für den Bereich Bad Doberan eine Datengrundlage für eine vergleichende Analyse geschaffen und gleichzeitig die Kooperation zwischen dem Landkreis Bad Doberan, dem örtlichen Jugendamt, den öffentlichen Trägern und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie betrachtet. Es wurden Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr in stationären Jugendhilfeeinrichtungen des Landkreises Bad Doberan erfasst. Für die Untersuchung im Raum Rostock wurden Jugendliche ab dem 11. Lebensjahr befragt.

In beiden Untersuchungen – Bad Doberan und Rostock - wurden Messinstrumente gewählt, die eine Selbst- und Fremdbeurteilung ermöglichten und somit eine breitere Betrachtung psychischer Belastungen zuließen. Der vorgegebene Zeitraum zwischen den beiden Messzeitpunkten soll der Erfassung von Tendenzen hinsichtlich des Auftretens und der Intensität psychischer Auffälligkeiten bei den Jugendlichen dienen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollten methodische Einschränkungen beachtet werden. Die Stichprobengröße ist gering, was eine gewisse statistische Unsicherheit nach sich zieht. Die Untersuchungspopulation hat sich zum zweiten Messzeitpunkt stark reduziert.

Eine höhere Qualität in Bezug auf die biographischen Daten, wie z.B. zu den bisherigen Jugendhilfemaßnahmen und der Rechtsgrundlage der Unterbringung, hätte sicherlich durch eine Akteneinsicht beim Jugendamt bzw. ein detailliertes Gespräch mit den Fachbereichsleitern der Wohngruppen erreicht werden können. Beides war aus Gründen personeller Ressourcen und des Aufwands für die Anonymisierung der Daten der Kinder und Jugendlichen nicht realisierbar. Es wurde auf die Akteneinsicht beim

Jugendamt verzichtet, ebenso auf den detaillierten biographischen Hintergrund der Jugendlichen.

Durch die Erhebung anamnestischen Daten über die beteiligten Heimbewohner (z.B. Grund des Aufenthalts, vorherige Jugendhilfemaßnahmen, sozialer Hintergrund, Behandlungen, Medikation) über die Pädagogen der Wohngruppen wurde versucht, weitere wichtige Informationen zu sammeln.

Es wurde aus Zeit- und Kapazitätsgründen auf die Durchführung eines standardisierten Intelligenztests verzichtet, was vermutlich bei Kindern und Jugendlichen, die eine Lernschwäche haben, bei der Selbsteinschätzung zu einer Unter- bzw. Überschätzung geführt haben könnte. Die verwendeten Fragebögen führen außerdem nicht zu einer ICD-10 Diagnose, sondern weisen lediglich auf psychische Belastungen hin. Bei der Ausfüllung der Fragebögen im Selbsturteil besteht außerdem das Risiko, dass die Probanden die Fragen nicht ehrlich oder nur im Sinne erlernter gesellschaftlicher Normen beantworten bzw. schlecht in der Lage sind, sich selbst zu reflektieren. Etwaiger Wechsel der Bezugsperson in den Wohngruppen oder auch im schulischen Bereich zwischen den beiden Messzeitpunkten können die Ergebnisse ebenfalls beeinflussen.

Um die Effizienz in der Rostocker stationären Jugendhilfe deutlicher herausstellen zu können, wäre es notwendig, eine länger angelegte Untersuchung zu planen. Dass heißt, die Population wäre so auszuwählen, dass über mehrere Messzeitpunkte hinaus die Stabilität der Untersuchungsgruppe gegeben ist und damit über einen längeren Zeitpunkt die psychische Gesundheit der Teilnehmer im Zusammenhang mit den Konzepten der Einrichtungen betrachtet werden kann. Es ließe sich dann auch der Einfluss therapeutischen Maßnahmen besser abbilden. Kinder und Jugendliche haben aus entwicklungspathologischer Sicht höhere Chancen auf Rehabilitation, wenn sie schon möglichst jung in die stationäre Jugendhilfe kommen, um ein stabiles Umfeld mit Bezugspersonen zu gewährleisten (Niebank & Petermann, 2002). An dieser Studie nahmen Probanden mit weniger als einem Jahr bis zu einer mehrjährigen Aufenthaltsdauer teil. Zu hinterfragen ist, in wieweit die Eingewöhnungszeit von Jugendlichen bei Neuaufnahme sich auf das Ergebnis auswirkt.

10.2 Deskriptive Fragestellungen

10.2.1 Hypothese 1 - Bildungshintergrund bei Jugendlichen in der stationären Heimunterbringung

Mit 47% ist der Anteil der Probanden, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine sonderpädagogische Einrichtung (35 % Förderschule bzw. 8% Schule für individuelle Lebensbewältigung und 4% Lerntherapeutische Werkstatt innerhalb der stationären Einrichtung) besuchen relativ hoch. Dieser hohe Anteil an Schülern mit Förderbedarf wurde auch in anderen Untersuchungen bestätigt (vgl. Pätow 2008, Statistisches Bundesamt, 2004; Baur et al., 1998; Hebborn-Bass, 1991). 2 % befinden sich in keinem Ausbildungsverhältnis.

Einige Förderschüler oder Schulabbrecher stammen aus Familien mit vielen Geschwistern, oft ist wenigstens ein Elternteil arbeitslos. Viele Kinder und Jugendliche leben auch in so genannten Patchwork-Familien, werden von einem Elternteil allein aufgezogen oder sind verwaist. In persönlichen Gesprächen am Rande der Befragung konnte festgestellt werden, dass ein Großteil der Probanden dauerhafte Konflikte mit ihren Eltern hat oder sie haben Eltern mit psychischen Problemen Oft liegt auch Substanzmissbrauch vor. Finanzielle Probleme sind ein Dauerzustand, ebenso wie Konflikte mit Polizei und Gerichten für fast jeden Vierten zur Lebenserfahrung gehören. Außerdem können auch Lernbehinderungen der Eltern oder nur eines Elternteils und / oder der Kinder zu einem Scheitern einer harmonischen Eltern–Kind–Beziehung beitragen.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die Regelschulen besuchen oder sich in Ausbildung befinden (19% in einer Ausbildung, je 10% Regional- und Gesamtschule, 8% Realschule, je 4% Gymnasium und Grundschule) fällt relativ gering aus. Auch wenn der Grund der stationären Aufnahme ähnlich wie bei den Förderschülern sein kann, scheinen diese Jugendlichen von besseren Bewältigungsstrategien zu profitieren und resilienter zu sein. Somit kann die aufgestellte Hypothese zum Zusammenhang von sozial- und Bildungshintergrund und Häufigkeit der stationären Unterbringung als bestätigt erachtet werden.

10.3 Vergleichende Fragestellungen

10.3.1 Hypothese 2 - Psychische Belastung der Kinder und Jugendliche im Vergleich zu ihren Altersgenossen aus der Allgemeinbevölkerung

Die Gesamtauffälligkeit dieser Untersuchung errechnet sich aus Items, die internale und externale Auffälligkeiten des CBCL, TRF und YSR beschreiben. Störungsbilder gemäß Diagnosekriterien der DSM-IV beziehungsweise ICD-10 können mit den angegebenen Tests nicht diagnostiziert werden. Die „echte“ Prävalenz kann mit den hier gewählten Untersuchungsinstrumenten nicht genau bestimmt werden.

Nach dem ersten Messzeitpunkt lagen ca. 61 % der Jugendlichen über den Werten der Normpopulation. Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit anderen Untersuchungen innerhalb Deutschlands (Schmid, 2007; Graf et al., 2002, Klein et al., 2003). Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Heimen stellt eine sehr kostenintensive Maßnahme dar, die ganz am Ende der Bemühungen des Jugendhilfesystems in Deutschland stehen. Die davon Betroffenen mit ihren sehr starken psychosozialen Belastungen beanspruchen die meiste Hilfe des Systems. Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Heimunterbringung liegt ca. viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Schmid (2007) spricht von einem Referenzwert von ca. 60 % bei dieser Klientel innerhalb Deutschlands. Somit bestätigt sich auch in dieser Untersuchung die Hypothese, dass Kinder und Jugendliche aus stationärer Heimunterbringung psychisch belasteter sind als ihre Altersgenossen aus der Allgemeinbevölkerung.

10.3.2 Hypothese 3 - Geschlecht- und Altersunterschiede hinsichtlich psychischer Belastungen

In der Selbst- sowie auch in der Fremdbeurteilung liegen beide Geschlechter über den Werten der Normpopulation. 37 % der befragten Mädchen und 32 % der Jungen liegen beim CBCL im klinischen Bereich (T-Wert > 70). Beim YSR liegen 71 % der Jungen und 58 % der Mädchen im auffälligen Bereich. Bei den externalisierenden Störungen tendieren die männlichen Jugendlichen zu aggressiven Verhaltensweisen, während die Mädchen höhere Werte im Bereich delinquenten Verhalten aufweisen. Die Annahme, dass Mädchen im Vergleich zu den Jungen internal auffälliger sind, kann in dieser Studie teilweise bestätigt werden. In der Selbsteinschätzung (YSR) sind die Mädchen in einem wesentlich größerem Umfang als die Jungen in den Dimensionen „sozialer Rückzug“, „körperliche Probleme“, „ängstlich/ depressiv“ und „Internale Auffälligkeit“ auffällig beziehungsweise klinisch auffällig. Somit stimmen die Ergebnisse mit anderen

Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und in stationären Jugendhilfeeinrichtungen überein (Fergusson et al., 1993; McGee et al., 1990; Schmid et al., 2007; Cohen et al., 1993). Handwerk et al. (2006) bestätigen, dass weibliche Jugendliche stärker psychosozial belastet sind und vor allem mehr internalisierende Symptome aufweisen, die aber im Verlauf der Maßnahme erfolgreicher bearbeitet werden können als die externalisierenden Symptome. Die Stichprobe dieser Untersuchung ist sehr gering und die Effekte hinsichtlich der Symptome können sich auf mehrere Ursachen zurückführen lassen. Zum einen kann diese Stichprobe besonders psychosozial belastet sein. Mädchen reagieren eher internal auf Belastungen als Jungen. Des Weiteren können die Ergebnisse auch Folge isolierter Traumata sein. Mädchen, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, reagieren eher mit Dissoziation und depressiven Symptomen (Huber, 2003), während Jungen zu aggressivem und risikoreichem Verhalten, Alkohol-, Substanzmissbrauch und Hyperarousal neigen. Schneider (1995) geht davon aus, dass auch die Art der Traumatisierung für diesen Unterschied der Geschlechter verantwortlich ist. Jungen werden häufiger Opfer körperlicher Gewalt, während Mädchen oft sexuelle Missbrauchserfahrungen haben. Weiterhin sollte auch der soziale Background bei der Betrachtung der Ergebnisse beachtet werden. In der Unterschicht sind Rollenaufteilungen wesentlich mehr ausgeprägt als zum Beispiel in der Mittelschicht (DeVol, Payne, Smith, 2011). Der größte Anteil der Befragten dieser Untersuchung stammt aus sozial benachteiligten Familien. Der CBCL bestätigt das Ergebnis, dass Mädchen stärker psychosozial belastet sind als die männlichen Probanden und damit auch teilweise Hypothese 3.

10.3.3 Hypothese 4 - Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten

Aufgrund der zu geringen Stichprobengröße dieser Untersuchung zu den jeweiligen Messzeitpunkten konnte keine repräsentative Anzahl an Probanden erreicht werden. Dies führt zu einer relativ hohen statistischen Unsicherheit. Zur zweiten Befragung standen insgesamt nur noch 29 Probanden zur Verfügung – 17 Jungen und 12 Mädchen. Viele Probanden haben die stationäre Unterbringung verlassen und standen für eine zweite Befragung nicht mehr zur Verfügung.

Die Auswertung der CBCL und YSR weisen bezüglich der Gesamtauffälligkeit einen höheren Anteil Jugendlicher im klinischen Bereich aus, während der Anteil der unauffälligen Jugendlichen sich nicht signifikant verändert. Die TRF gibt eine positive Entwicklung im Gesamtscore für die Mädchen an. Aufgrund der Übereinstimmung im

Selbst- und Fremdurteil hinsichtlich der Gesamtveränderungen könnte man vermuten, dass sich die psychische Belastung der Jugendlichen gegenüber der Erstbefragung nur minimal reduzierte. Für eine Verbesserung würden die positiveren Werte der Kompetenzskalen der CBCL, des YSR und TRF sprechen, aber auch der BIS, denn die Impulsivitätswerte haben sich auch hier zum Positiven verändert.

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

Im YPI, das Persönlichkeitseigenschaften erfragt, ist eine Zunahme der Probanden zu beobachten, die hohe Werte im Bereich der Eigenschaften erreichten, die Kennzeichen der Psychopathy beschreiben. Diese Eigenschaften stehen mit externalisierendem Verhalten in Zusammenhang (Andershed et al., 2002) und könnten für die in der CBCL, YSR und TRF gemessenen externalen Auffälligkeiten sprechen. Hinsichtlich der internalen Auffälligkeiten steigt der Anteil der Jugendlichen im auffälligen Bereich. Selbst- und Fremdurteil zeigen eine ähnliche Tendenz.

Trotz statistischer Unsicherheiten kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass sich die psychische Befindlichkeit der Probanden im Untersuchungszeitraum nicht eindeutig verbessert hat. Es ist eine Zunahme der klinisch auffälligen Jugendlichen zu verzeichnen, auch wenn sich die Kompetenzbereiche und die Gesamtauffälligkeit leicht verbessert zu haben scheinen.

Während der Untersuchung schieden viele Jugendliche aus der Befragung aus, sei es durch Erreichen der Volljährigkeit, Wechseln des Betreuungsverhältnisses oder auch durch Rückführung ins Elternhaus. Die verbleibenden Jugendlichen könnten diejenigen mit den größten Belastungen sein. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der verbleibenden Probanden betrug 5 Jahre, Durchschnittsalter bei der Aufnahme in die stationäre Unterbringung 14,5 Jahre. Nun könnte vermutet werden, dass der stationäre Aufenthalt für die Jugendlichen nicht erfolgreich war oder sie im Zeitraum der Befragung nicht profitiert haben. Hukkanen et al. weisen in ihrer Studie mit finnischen Heimkindern keinen statistischen Zusammenhang zwischen Unterbringung im Heim und negative Auswirkung auf die Psyche nach. Auch die Verbesserung des psychischen Zustandes kann ebenfalls nicht mit Sicherheit dem Heimaufenthalt zugeschrieben werden (Hukkanen et al., 1999). Dennoch könnte vermutet werden,

dass die psychischen Belastungen der Jugendlichen ohne diese Betreuungsform ausgeprägter wäre. Somit kann Hypothese 4 nur als eingeschränkt bestätigt betrachtet werden

Besonders bei Jugendlichen mit hoher psychischer Belastung kann eine wesentliche Verbesserung ihres Auffälligkeitsniveaus während eines stationären Heimaufenthaltes, trotz nachgewiesener positiver Effekte dieser Erziehungsmaßnahme (beispielsweise beim Ausgleich von Entwicklungsdefiziten), oftmals nicht erlangt werden. 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). Jedoch gibt es Hinweise aus der Entwicklungspathologie, dass je früher Intervention geplant und durchgeführt werden, desto höher ist die Erfolgswahrscheinlichkeit – ergo eine Reduzierung der psychischen Belastungen.

10.4 Komplexe Zusammenhänge

10.4.1 Hypothese 5 - Einfluss des Alters und der Aufenthaltslänge auf die psychische Belastung bzw. die Psychopathy

Das Durchschnittsalter bei Beginn der Maßnahme liegt bei ca. 11 Jahren und die Dauer des Aufenthalts variiert zwischen 3 Monaten und 16 Jahren, woraus zu ersehen ist, dass Probanden bereits im Säuglingsalter in die Einrichtung kamen.

Durch Bildung von Gruppen für die Aufenthaltsdauer (unter 1 Jahr = 6 Probanden, 1 – 3 Jahre = 13 Probanden und über 3 Jahre = 15 Probanden) wurde versucht, verallgemeinerbare Aussagen zu finden.

Werden die Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Belastung im Selbsturteil betrachtet, ist festzustellen, dass sich 25 der 36 Befragten unabhängig vom Alter bei der Aufnahme als klinisch auffällig beschreiben. Bei den männlichen Jugendlichen scheint die Dauer des Aufenthaltes keine wesentliche Rolle zu spielen, während bei den weiblichen Probanden sich diejenigen als auffällig beschreiben, die am längsten in der Einrichtung leben und zwar besonders im internalen Bereich und den gemischten Störungen. Am unauffälligsten beschreiben sie sich im Bereich „Aggressives Verhalten“, erreichten dafür in der Dimension „Delinquentes Verhalten“ auffällige bzw. klinische Werte.

Im Bereich „hochtrabend / manipulativ“ des YPI nimmt die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die im durchschnittlichen bzw. hohen Bereich liegen, mit einem Aufnahmealter ab dem 10. Lebensjahr zu. Geschlechterspezifisch fallen hier besonders die Mädchen auf. Ersichtlich wird, dass die Teilnehmer mit der längsten

Aufenthaltsdauer geringer auffälliger sind. Sie liegen vermehrt im niedrigen bzw. durchschnittlichen Bereich.
Die männlichen Probanden erreichen erwartungsgemäß höhere Werte im Bereich „impulsiv / verantwortungslos“. Hier lassen sich aber keine Rückschlüsse auf das Aufnahmealter ziehen, jedoch auf die Aufenthaltsdauer. Auch hier sind die Jugendlichen mit dem längeren Aufenthalt am ausgeglichensten.
In der Dimension „abgestumpft / gleichgültig“ fallen besonders die Kinder mit einem Aufnahmealter zwischen 8 und 11 Jahren auf. Sie erreichen auffällige Werte. Hinsichtlich der Länge des Aufenthaltes in der stationären Unterbringung sind die Jungen, die sich länger als ein Jahr im Heim befinden, am unauffälligsten. Dies trifft für die Mädchen mit der längsten Aufenthaltsdauer (ab 3 Jahren) zu.
Entgegen der Erwartung, dass die Länge der stationären Unterbringung keine wesentliche Rolle in Bezug auf die Psychopathy spielt, waren positive Effekte feststellbar, was eventuell auf eine konstante, sichere und stabile Bindung zwischen Betreuer und Kindern und Jugendlichen hinweist. Die Hypothese 5 ist damit nur teilweise bestätigt.

10.4.2 Hypothese 6 - Verhaltensauffälligkeiten bezogen auf die Psychopathy

Kernsymptome einer Psychopathy sind unter anderem die Neigung zu gewalttätigen Handlungen, fehlende Empathie, erhöhte Impulsivität und gewohnheitsmäßige Devianz und Delinquenz, einhergehend mit kognitiver Funktionseinschränkung bzw. -veränderungen. Die Ergebnisse der Untersuchung dieser Population zeigen, dass viele Jugendliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die die Persönlichkeitsmerkmale einer Psychopathy aufweisen (vgl. Kap. 2.3).

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

Die Jungen scoren dabei im Vergleich zu den Mädchen auf allen drei Dimensionen des Fragebogens in einem Bereich, der für ein hohes Vorliegen von psychopathischem Verhalten stehen kann. Diese Ergebnisse stimmen mit Studien überein, in denen erstens bereits jugendliche Untersuchungsteilnehmer entsprechende Persönlichkeitsmerkmale beschrieben und zweitens männliche Probanden höhere Score 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). Die Aussagen der Hypothese 6 werden als bestätigt angesehen.

10.4.3 Hypothese 7 - Bewertung des Verhalten hinsichtlich der Impulsivität

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

Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, weisen die Jugendlichen der Heimstichprobe einen Gesamtscore auf, welcher etwa dem Wert der von Patton durchgeführten Studie mit stationären psychiatrischen Patienten mit Substanzmissbrauchsproblematik entspricht (Patton, 1995). Die Gesamtwerte der Jungen liegen signifikant 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 Score (Fossati et al., 2001; Patton, 1995).

Impulsivität wird mit verschiedenen psychischen Störungen (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung) und Persönlichkeitsstörungen (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 grenzwertig auffälligen Probanden auf. Daher könnte der von Herpertz und Saß aufgezeigten Verbindung zwischen Impulsivität und anderen psychischen Störungen folgend eine Störungsrelevanz der errechneten BIS-11-Werte vermutet werden. Hierbei wäre jedoch die Abhängigkeit des Gesamtwertes der BIS-11 vom Alter der Probanden genau zu überprüfen (Herpertz & Saß, 1997). Somit ist auch die Hypothese 7 richtig.

10.5 Vergleich der Untersuchung in Rostock mit der Bad Doberaner Stichprobe

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Heimstichprobe Bad Doberan zusammengefasst und eine vergleichende Betrachtung zur Rostock Untersuchung vorgenommen.

Vor der vergleichenden Betrachtung der signifikanten Ergebnisse aus beiden Untersuchungen ist jedoch zweierlei anzumerken:

Pätow hat eine Altergruppenunterscheidung in 13-16 und 17-20 vorgenommen und es können nur die Daten der Fragebögen YSR, TRF, YPI und BIS vorgenommen werden, da anstelle des Eltern/Betreuerfragebogens CBCL der Nissonger verwendet wurde, was meines Erachtens einen direkten Vergleich und die Auswertung der Daten aus der Erzieher/Betreuerbefragung mit der Selbstauskunft nicht zulässt.

10.5.1 Gegenüberstellung einiger Ergebnisse aus der Doberaner Studie zur Rostocker

Im Jahr 2006 wurde eine ähnliche Untersuchung an stationären Einrichtungen der Jugendhilfe für den Bereich Bad Doberan durchgeführt (Pätow, 2008).

Zum Zeitpunkt der ersten Befragung lagen die Ergebnisse von 44 Jugendlichen vor. Die Stichprobengröße ist somit ähnlich gering wie bei der vorliegenden Untersuchung (48 Probanden) ausgefallen. Eine weitere augenscheinliche Gemeinsamkeiten gab es hinsichtlich des Bildungshintergrundes:

Tabelle 21: Aufstellung zum Bildungshintergrund Doberaner und Rostocker Stichprobe

Schulart	Bad Doberan	Rostock
Förderschule (inkl. Lerntherap. WG)	47,7 %	51 %
Gymnasium	2,3 %	4 %
Realschule	22,7 %	26 % (Regionalschule, Gesamtschule)
Hauptschule	27,3 %	
Andere (kein Schulbesuch, Berufsausbildung, bes. Beschulungsformen, etc.)	k. Angaben	29 %

Der größte Anteil der Befragten wird in einem Sonderpädagogischen Förderzentrum oder einer Lerntherapeutischen Wohngruppe beschult. In Rostock gab es einen hohen Anteil an Jugendlichen, die sich bereits in einem Ausbildungsverhältnis befinden oder keiner Beschulungsform zuordneten.

YSR

In der Gesamtbetrachtung unterscheiden sich in der Rostocker Heimstichprobe die Jungen nicht signifikant von den Mädchen. Dies deckt sich auch mit den Ergebnisse aus Bad Doberan.

Internalisierende Auffälligkeiten

Hier schätzten sich die Mädchen der Altersgruppe 16- 20 der Rostocker Stichprobe im Bereich „sozialer Rückzug“ (p=0,189*) und „ängstlich / depressiv“ (p= 0,127*) auffällig hoch ein. In der Vergleichsstudie liegt ein ähnliche Ergebnis vor: Hier schätzten sich 5% der Jungen und 30 % der Mädchen als auffällig auf der Skala „sozialer Rückzug“ ein.

In Doberan schätzten sich die weiblichen Probanden im Punkt „körperliche Beschwerden“ auffälliger ein als die männlichen. Dieses Ergebnis findet sich in der Rostocker Stichprobe nicht wieder. Hier lagen keine signifikanten Geschlechterunterschiede vor.

Externalisierende Auffälligkeiten

Die Werte hinsichtlich des Geschlechterunterschiedes für den Bereich „aggressives Verhalten“ liegen in der Rostocker Stichprobe an der gewählten Signifikanzgrenze (p=0,219). Die Jungen der Altersgruppe 11-15 erzielten hier höhere Werte als ihre weiblichen Altersgenossen. In der Doberander Stichprobe beschreiben sich 15 % der Jungen und 13,6 % der Mädchen als auffällig. Auch hier nähern sich die Ergebnisse beider Bereiche an.

Im Bereich des „dissozialen Verhaltens“ beschreiben sich auffällig mehr Mädchen als Jungen in der Dobaraner Stichprobe als auffällig. Dieses Ergebnis konnte in der Rostocker Untersuchung ebenfalls nicht verifiziert werden (keine signfikanten Geschlechterunterschiede).

Gemischte Störungen

Im Bereich „Aufmerksamkeitsprobleme“ fallen die weiblichen Probanden der Altersgruppe 16-20 in der Rostocker Untersuchung auf. In Doberan erzielten ebenfalls die weiblichen Probanden hohe Werte in diesem Bereich, es wurde hier aber keine Aussage zu den Altersgruppenunterschieden getroffen.

BIS

In der Rostocker Heimstichprobe liegen 58 % der Mädchen im Bereich „impulsiv“ und unterscheiden sich damit signifikant von den Jungen, welche wiederum im Bereich „hochimpulsiv“ signifikant höhere Werte zeigten (p=0,127*).
Beim Vergleich der Mittelwerte der einzelnen Dimensionen zeigt sich, dass die Mädchen in beiden Studien in der Dimension „Aufmerksamkeit“ höher scorten als die Jungen, während die wiederum im Bereich „Motorische Impulsivität“ höher Werte auswiesen. Bei „Voraussicht“ erzielten die Mädchen der Rostocker Untersuchung höhere Werte.

10.5.2 Vergleichende Betrachtung

In der direkten Gegenüberstellung der Studien ist festzustellen, dass die Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe beider Bereiche in den übergeordneten Skalen „Internale Auffälligkeit“, „Externale Auffälligkeit“ und „Gesamtauffälligkeit“ sowie in den Subskalen im weitaus größeren Anteil als klinisch auffällig eingestuft werden können.

Bei männlichen Probanden fällt bei allen Stichproben etwa jeder Fünfte internal klinisch auf. Bei den Mädchen ist etwa ein Fünftel der Schülerstichprobe jedoch 50 % der Heimstichproben als klinisch auffällig. Ungefähr jeder fünfte Jugendliche der Rostocker Schülerstichprobe ist external klinisch auffällig. Die männlichen Teilnehmer der Heimstichproben zeigen hier zu 60% und die weiblichen Teilnehmer zu 50% external klinisch auffällige Werte.

Im Hinblick auf die psychische Gesamtauffälligkeit zeigt der Stichprobenvergleich, dass mehr als die Hälfte der Jungen und etwa 60% der Mädchen der Heimstichproben als klinisch auffällig einzuschätzen sind. Dieser Anteil ist bei der Rostocker 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 (siehe Tabelle 22). So weisen verschiedene internationale Untersuchungen ebenfalls hohe Anteile an psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in Heimsettings nach (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). Bis auf die Untersuchung von Meltzer et. al (Strength and Difficulties Questionaire -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.

Tabelle 22: Prävalenz psychischer Störungen bei Heimkindern

Untersuchung	Stichprobengröße	Prävalenz
McCann et al. 1996	n=103 (Heimkinder n=38)	96%
Hukkanen et al. 1999	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 weisen aktuell Fegert et al. und Schmid et al. auf eine hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe hin (Fegert et al., 2005; Schmid et al., 2006).

10.6 Schlussbetrachtung

Der zu ermittelnde Stand der seelischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Unterbringung als Maßnahme der Jugendhilfe und die zu untersuchende Effizienz bei der Betreuung und Erziehung durch die Durchführung von Befragungen zu den zwei Messzeitpunkten, ließen keine wesentlichen Verbesserungen der Befindlichkeiten der beteiligten Probanden erkennen, da eher ein geringer Anstieg des Anteils Jugendlicher mit klinischer Auffälligkeit zu verzeichnen war. Insgesamt kann aber ein positiver stabilisierender Effekt herausarbeitet werden, denn es liegen keine belastbaren Aussagen dazu vor, wie es den Jugendlichen ohne die Hilfeleistung ergehen würde bzw. welchen Werdegang sie eingeschlagen hätten.

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

Die Studie zu den Jugendhilfeleistungen (JULE) über die Leistungen und Grenzen von Heimerziehung bewertet etwa 57 % der untersuchten Hilfeverläufe als positiv und ungefähr 16% in Ansätzen als positiv. Während ca. 11% die Jugendhilfemaßnahme keine gravierenden Veränderungen zeigten, weisen 15% einen negativen Verlauf auf. Der Grad der psychischen Belastung der Kinder und Jugendlichen beeinflusst dabei maßgebend den Erfolg der Jugendhilfemaßnahme (Baur et al., 1998).

Bei der Kinderdorf – Effekte Studie (KES) zeigen die Ergebnisse, dass bei den untersuchten Kindern eine Verbesserung hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten, Belastungsfaktoren sowie ein Aufbau von Ressourcen während des Heimaufenthaltes zu verzeichnen war. Als Problem wurde auch hier erkannt, dass insbesondere depressive Episoden, affektive Störungen und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen nur sehr schwer zu verändern sind. Die Studie weist ebenfalls bei einigen Probanden keine Veränderung bzw. eine Anstieg der psychischen Belastung (Klein et al., 2003).

Aus ökonomischer Sicht sehen Roos und Petermann in der Heimerziehung einen Zugewinn für die Gesellschaft, denn Heimerziehung kann auf Grund ihres positiven Einflusses auf die psychische Entwicklung und Belastungsabbau zur Vermeidung kostenträchtige Ausgaben in anderen staatlichen Bereichen, wie zum Beispiel dem Gesundheits- oder Justizwesen, führen (Roos & Petermann, 2006). Frühzeitig einsetzende Präventionsarbeit kann helfen, Kinder und Jugendliche rechtzeitig aufzufangen, ihre Ressourcen zu aktivieren und deren Aussichten auf ein erfülltes Leben zu verbessern, was die Gesellschaft von Kosten für das Eingreifen des Staates bei z.B. unsozialem delinquentem Verhalten befreien würde.

Trotz der statistischen Unsicherheit aufgrund der geringen Teilnehmerzahl, aber mit Hinblick auf die Wiederspiegelung von Ergebnissen und Trends aus anderen Studien, können wichtige praxisrelevante Erkenntnisse für die Rostocker Jugendhilfe gewonnen werden. Das Hauptproblem, in wieweit die Jugendhilfe auf den sehr hohen Anteil von psychisch belasteten Jugendlichen vorbereitet ist und reagieren kann, bleibt bestehen. Wie sieht es mit dem fachlichen Austausch zwischen der Kinder- und

Jugendpsychiatrie und der stationären Jugendhilfe aus? Eine intensivere am individuellen Bedarf orientierte, kooperativ und parallel erfolgende Zusammenarbeit der am Hilfeprozess beteiligten Institutionen und Berufsgruppen wäre ein anzustrebendes Ziel. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen in diesem Zusammenhang für einen Ausbau dieser Zusammenarbeit unter intensiverer Nutzung der Möglichkeiten der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Aus dem Missverständnis über die Nutzung des §35a SGB VIII und der tatsächlichen psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen kann man schlussfolgern, dass §35a SGB VIII in der Praxis der stationären Unterbringung zu wenig zum Einsatz kommt. Im Hilfeplanungsprozess nach §36 SGB VIII werden psychotherapeutische bzw. psychiatrische Kompetenzen außerdem sehr zurückhaltend einbezogen (Schmid, 2007). Ein Großteil der sehr kostenintensiven vollstationären Maßnahmen könnte vielfach über den §35a SGB VIII verbucht werden, wenn man ebenfalls die Kostenfrage einer Maßnahme aus jugendhilfepolitischer Sicht berücksichtigt. Vielfach wird aber auf die Gefahr der Stigmatisierung von Jugendlichen hingewiesen, weshalb auf die Zuhilfenahme des §35a verzichtet wird und über §27 „Hilfen zur Erziehung“ in Verbindung mit §34 SGB VIII die Kinder und Jugendlichen eingliedert. Jedoch ist zu hinterfragen, inwieweit die adäquate Hilfe bzw. Förderung der zum Teil massiv belasteten Kinder und Jugendlichen damit gewährleistet wird.

Schmid (2007) stellt fest, dass in Deutschland– nach heutigem Stand - gute bis sehr gute Ergebnisse hinsichtlich der Regeleinrichtungen für psychisch belastete Kinder und Jugendliche erzielt werden. Jedoch stößt die Jugendhilfe an Grenzen, wenn es um höchst belastete Kinder und Jugendliche geht. Die Frage nach entsprechenden Angeboten für Jugendliche mit Mehrfachabbrüchen von stationären Maßnahmen bleibt bestehen. Wie kann es gelingen, die hohe Zahl der Abbrüche zu reduzieren und bereits vor der Hilfeplanung die hohe psychische Belastung zu erkennen, aufzuarbeiten und gegebenenfalls nach Alternativen zu der klassischen Heimunterbringung zu suchen? Statistiken sagen aus, dass bei Kindern und Jugendlichen, die aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die stationäre Unterbringung entlassen wurden, die Rate der Abbrüche besonders hoch ausfällt (IKJ 2004). Diese Jugendlichen scheinen nicht auf die Heimerziehung anzusprechen bzw. davon zu profitieren. Hier gibt es Handlungsbedarf.

Die stationäre Heimunterbringung steht oft am Ende vorangegangener, gescheiterter, niedrigschwelliger und kostengünstiger Hilfeangebote. Viele Jugendliche befinden sich dann in einer Lebensphase des Autonomiebedürfnisses und der Identitätsfindung. Damit sind sie für pädagogische und therapeutische Interventionen schwerer

erreichbar, denn Verhaltensprobleme können sich manifestiert haben. Auch sind Kinder und Jugendlichen mit Vorerfahrung hinsichtlich anderer Jugendhilfe-Maßnahmen belasteter als andere Probanden. Somit ist zu hinterfragen, wie früh die Indikation einer Heimunterbringung geprüft wird und wie konsequent diese eingeleitet wird, um die Erfahrung des Verlustes weiterer Bezugspersonen zu vermeiden.

Zu oft wird Pädagogik noch missverstanden und auf die Arbeit mit einem subjektunabhängigen Instrumentarium der Methodik und Didaktik reduziert. Dabei ist die affektive Seite von Interaktionsverläufen in der klinischen Pädagogik sehr viel bedeutsamer als der formale Bildungsauftrag. Im Kern einer pädagogischen Basisqualifikation steht die Fähigkeit zur relativ unverzerrten Wahrnehmung von Beziehungsdimensionen. Der Beziehungsaspekt bestimmt den Inhaltsaspekt von Interaktionen und damit den Sozialisations- und Lernerfolg bzw. -misserfolg. Eine durch den Erzieher vorgenommene Trennung von Affekt- und Geistesbildung wäre falsch und praxisfern.
Wenn die noch immer unzureichende Vorbereitung auf den Erzieherberuf nicht durch das Bemühen des Erziehers um die eigene Selbsterfahrung und eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung kompensiert wird, wird oft eine große Chance vertan, in Teams interdisziplinär effizienter zusammenzuarbeiten und pädagogische Arbeit auf hohem Niveau sicherzustellen.

An dieser Stelle werden aus der Praxis der Autorin einige Anmerkungen zur Erzieherausbildung in Mecklenburg Vorpommern eingefügt.

Im Dezember 2012 veröffentlichte das Bildungsministerium MV einen neuen Rahmenplan für die Ausbildung von Erziehern an Fachschulen auf Probe. Dieser sieht eine vierjährige bzw. verkürzte dreijährige Ausbildung zum staatlich anerkannte Erzieher vor - bestehend aus einer zwei- bzw. einjährigen Beschulung zum Sozialassistenten und einer zweijährigen weiterführenden Ausbildung zum Erzieher. Als Zulassungsvoraussetzungen werden die Mittlere Reife (ehemals Realschulabschluss) angegeben oder eine abgeschlossene Berufsausbildung, die der Mittleren Reife entspricht. Schüler mit Abitur oder einer abgeschlossenen Berufsausbildung können in die verkürzte Ausbildung gehen, was bedeutet, sie erwerben den Abschluss zum „Staatlich geprüften Sozialassistenten“ in einem Jahr anstatt in zwei. Da aber die Erzieher nach Abschluss der Ausbildung in allen Bereichen der Kinder- und Jugendbetreuung arbeiten können, wird hier dringender Handlungsbedarf gesehen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Ausbildung unter dieser Heterogenität in den Klassen hinsichtlich der Ausbildungsqualität leidet. Es lernen

Studienabbrecher, Abiturienten sowie Schüler mit Berufsausbildung in der verkürzten Ausbildung zusammen. Unter den Schülern mit Berufsausbildung finden sich alle Formen der Schulbildung wieder. Hier stoßen viele Schüler bei der Aufnahme und Verarbeitung des Unterrichtsstoffs an ihre Grenzen. „Die Europäische Kommission hat in ihren Empfehlungen deutlich gemacht, dass generell das Abitur als Eingangsbedingung für die Ausbildung als Erzieher/innen anzustreben sei. Sie sagt, nicht nur das Niveau der Ausbildung, sondern auch deren Qualität müsse deutlich verbessert werden“ („Netzwerk Kinderbetreuung und andere Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen und Männer der Europäischen Kommission“, www.kindergartenpaedagogik.de/360.html. Zugriff am 9.3.13).

Hier wäre es völlig falsch, dem politischen Druck, der aufgrund des im Kindertagesförderungsgesetz (KiFöG) festgesetzten Anspruchs auf einen Kindertagesstätten- Platz für unter Dreijährige entstanden ist, folgend in Aktionismus zu verfallen und den zu erwartenden Erziehermangel mit verkürzter Ausbildung sowie Herabsetzen des Anforderungsprofils an die Bewerber und die Ausbildung zu kompensieren. Es geht hierbei um Kinder, unsere Zukunft, die in einem Alter betreut, erzogen und versorgt werden sollen, in dem sie noch keine eigenen gefestigten Werte- und Moralvorstellungen entwickelt haben und vollständig beeinflussbar sind. Hier zu sparen, kann irreparabler Schäden verursachen, die dann mühsam mit viel Aufwand behandelt werden müssen.

Die gesellschaftlichen Veränderungen erfordern ein immer breiteres Bildungsangeboten in den Betreuungseinrichtungen. Erzieher und Pädagogen sind auf diese Anforderungen als Begleiter im Prozess zur Umsetzung dieser Angebote vorzubereiten. Die Vermittlung von substanziellen Kenntnisse zur Diagnose biographischer Entwicklungsschritte, zur Förderung interkultureller und sprachlicher Kompetenzen, zur Erklärung elementarer Zusammenhänge aus Mathematik, Naturwissenschaft und Gesellschaft, welches gleichsam eine hohe Allgemeinbildung voraussetzen, kann meines Erachtens nicht auf Berufs- oder Fachschulniveau in dem angestrebten Zeitraum realisiert werden. In den derzeitigen Ausbildungsrichtlinien kommen der Erwerb von Kenntnissen zum Gegenstand und den Aufgaben der Sonderpädagogik sowie zu spezifischen Kompetenzen des Erziehers und ebenso der Bereich der Kinder- und Jugendhilfe viel zu kurz. Wolfgang Tietze und seiner Studie zur Qualitätssicherung in deutschen Kindertagesstätten (Tietze, 1998) zu Folge wird in Kitas besonders die pädagogische Struktur- und Prozessqualität bemängelt. In der Praxis lässt der Betreuungsschlüssel individuelle Förderung kaum zu (1:17 in der KiTa,

ca. 1:9 stationäre Jugendhilfe). Auch gilt der Betreuungsschlüssel eher als Richtlinie, so dass 1:23 nicht selten anzutreffen war.
Ein ebenso wichtiger Aspekt ist die Supervision für alle im Erziehungsprozess von Kindern und Jugendlichen involvierten Fach- und Hilfskräften. So wird ein Informationsfluss gewährleistet und die gedachte Herangehensweise an eine Maßnahme kann besprochen werden, um sich auch selbst abzusichern. Ebenso sollten „Team Supervisionen“ durchgeführt werden, bei denen die Mitarbeiter motiviert werden und ein Ideenaustausch stattfinden kann. Hier besteht akuter Handlungsbedarf, der nicht von finanziellen Aspekten beeinflusst oder negiert werden darf.

Abschließend wird hier folgender Vorschlag unterbreitet:

Zur Minimierung des Eingriffs in den laufenden Tagesbetrieb der Einrichtungen und zur Vereinfachung der Erhebung von Daten für statistische Auswertungen wird angeregt, die Befragungen obligatorisch aller 2 Jahre an allen Einrichtungen mit einer selektiven Auswahl an Fragebögen vornehmen zu lassen, damit sowohl die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen abgebildet werden kann und gleichzeitig ein Datenpool entsteht, auf den für spezielle Fallanalysen zurückgegriffen werden kann. Dies sollte ebenfalls der Abbildung der Effizienzbemühungen der Jugendhilfe dienlich sein. So kann bei Aufnahme eines Kindes eine Ist-Stand Feststellung erfolgen und eine generelle Vollmacht zur Weitergabe von in der Einrichtung erhobener Befragungsdaten in anonymisierter Form an berechtigte Institutionen von den Erziehungs- bzw. Verfügungsberechtigten eingeholt werden.

Fazit

Eine langfristige Verbesserung der Lebenssituationen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher, die sich in stationärer Heimunterbringung befinden, kann nur durch eine intensive Kooperation aller beteiligten Institutionen und Berufsgruppen erreicht werden.

Die Basis dafür ist das Erkennen diese Notwendigkeit, sowie die Ableitung und Implementierung entsprechender Ausbildungscurricula, die die zur Umsetzung erforderlichen Fähigkeiten vermitteln, in den jeweiligen Professionen.

Neuentwickelte sowie die bereits bestehende Konzepte und Arbeitsmodelle sollten sich einer kontinuierlichen empirischen Evaluierung stellen, in die auch sozial- und

gesundheitsökonomische Aspekte einfließen. Der Focus sollte auf die Investition in die Zukunft eines Staates – nämlich in die Kinder und Jugendlichen – gerichtet sein.

Zusätzlich zum bestehenden Engagement der in den verschiedenen Ausbildungszweigen tätigen Pädagogen, Therapeuten und Ärzten bedarf die Arbeit in der Jugendhilfe – hier im besonderen der stationären Jugendhilfe – auch der Unterstützung und Wertschätzung der Gesellschaft.

All diese Maßnahmen und Interventionen haben das Ziel die Effektivität und Effizienz der Jugendhilfe bei der Betreuung und Erziehung von Minderjährigen aus schwierigen sozialen Verhältnissen und sozialen Randgruppen zu steigern.

Die These von Foucault, dass die Humanität und Machstrukturen einer Gesellschaft am besten am Umgang mit ihren Rändern beurteilen werden kann, sollte auf alle Fälle auch bei der Weiterentwicklung der (stationären) Jugendhilfe Beachtung finden.

Abstract

A long term improvement of the life situation of psychological stressed children and adolescents, who are living in residential care homes, can only be achieved by an intensive cooperation of all the involved institutions and professions. The basis for this is the realisation of this necessity as well as the deduction and implementation of appropriate curricula, which imparts the required abilities needed for the conversion in the respective professions.

Newly developed as well as the already existing concepts and working models should be continuously empirically evaluated, with the impact of social and health related economical aspects. The focus should be directed upon the investment into the future of a state – namely the children and young people.

In addition to the existing engagement of the pedagogues, therapists and medics in the respective areas of education, the work in the youth welfare service – here especially the residential care – needs to be more regarded and supported by the society.

All these measures and interventions have the aim to improve the effectivity and efficiency of the youth welfare service with the care for and education of the underaged from difficult social circumstances and social fringe groups.

The thesis of Foucault, that the humanity and power structures of the society can be assessed the best in the way of dealing with their fringes, should by all means get attention also for the further development of the (residential) youth welfare service.

11 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self Report Report Form and Profile.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

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

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

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

Ainsworth, M.D. (1962). *The Effects of Maternal Deprivation: A Review of Findings and Controversy in the Context of Research Strategy. Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of its Effects.* Public Health Papers, No 14. Geneva: WHO.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment:* A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum.

Almgren, G., Marcenko, M. (2001). *Primary Care and Access to Community Mental Health Care for Children in Foster Care: An Analysis of Children in Foster Care During Fiscal Year 1999.* Report to Washington State Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration and Children's Administration.

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 Behaviour among non-referred Adolescents.* European Journal of Personality, Eur.J.Pers. 16, 383-402 (2002)

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke, Tübingen: Dgvt-Verlag.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen;* deutsche Bearbeitung der Teachers 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. Plöck, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim. 2. Aufl., Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Aron, A. R., & Poldrack, R. A. (2005). *The cognitive neuroscience of response inhibition: relevance for genetic research in attention-deficit/hyperactivity disorder.* Biological Psychiatry, 57(11), 1285-1292.

Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). *Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later.* Journal of Abnormal Psychology, 113(2), 279-288**.**

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.

Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). *The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis*. Personnel Psychology, 44, 1-26.

Bartussek, Dieter (1996). *Faktorenanalytische Gesamtsystemsysteme der Persönlichkeit*. In: Amelang, Manfred (Hrsg.), Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede, Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle 1996 (Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C, Theorie und Forschung. Ser. 8, Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Bd. 3, S. 51 - 105.

Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M., Köhn, A. (2002). *JULE 1-12. Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluation stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen.* Forschungsprojekt JULE.

Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.) 1994. *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie.* In: Beck/Beck-Gernsheim 1994a, 10-39.

Beck, U., Giddens, A., Lash, S. (1996). *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse.* Frankfurt/Main 1996, S. 289-315.

Belsky, J. (1993). *Etiology of child maltreatment: A developmental neurological analysis.* Psychological Bulletin Vol 114(3) Nov 1993, 413-434.

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

BMFSFJ (Hrsg., 2002). *11. Kinder- und Jugendbericht,* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

BMFSFJ (Hrsg., 2006). *12. Kinder- und Jugendbericht,* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

BMFSFJ (Hrsg., 2009). *13. Kinder- und Jugendbericht,* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). *Conscientiousness and health-related behaviours: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality.* Psychological Bulletin, 130(6), 887-919.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Retrospect and prospect.* American Journal of Orthopsychiatry Vol 52(4) Oct 1982, 664-678.

Brisch, K. H. (1999) *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie.* Stuttgard: Klett Cotta.

Brisch, K. H. (1999). *Grundlagen der Bindungsforschung und ihre Anwendung der psychotherapeutisch-pädagogischen Arbeit mit Kindern und Familien.* In: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e.V.: Zeitschrift Frühe Kindheit. Ausgabe 1/99. Berlin 1999. http://liga-kind.de/fruehe/199_brisch.php (22.03.2013).

Buchanan, A. (1999). *Are careleavers significantly dissatisfied and depressed in adult life?* Adoption and Fostering (23), 35 – 40.

Buchheim, A., Strauss, B., Kächele, H. (2002). *Die differentielle Relevanz der Bindungsklassifikationen für psychische Störungen. Zum Stand der Forschung bei Angststörungen, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung.* Psychother Psych Med 52*, 128-133.*

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., Phillpis, S., Ryan Wagner, H., Barth, R., Kolko, D., 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, 960-969.

Buss, A., & Plomin, R. (1975). *A Temperament Theory of Personality Development.* London: Wiley-Interscience**.**

Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2007). *The neuropsychiatry of impulsivity.* Current Opinion in Psychiatry, 20(3), 255-261.

Christensen, A. J., & Smith, T. W. (1995). *Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis.* Journal of Behavioral Medicine, 18(3), 305-313.

Chudasama, Y., & Robbins, T. W. (2006). *Functions of frontostriatal systems in cognition: comparative neuropsychopharmacological studies in rats, monkeys and humans.* Biological Psychology, 73(1), 19-38.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). *A developmental psychopathology perspective on adolescence.* Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol 70(1) Feb 2002, 6-20.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Vol 34(5) May 1995, 541-565**.**

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). *The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data.* Psychological Reports, 69 (3 Pt 1), 1047-1057.

Cloninger, C. R. (1994). *Temperament and personality.* Current opinion in Neurobiology, 4(2), 266 – 273.

Cloninger, C. R. (1999). *Personality and Psychopathology.* Washington.

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.

Cole, K. N., Mills, P. E., Dale, P. S., Jenkins, J. R. (1991). *Effects of Preschool Integration for Children with Disabilities.* In: Exceptional Children, 58, 36- 46.

Colla, H. E., Gabriel, T., Millham, S., Müller-Teusler, S., Winkler, M. (Hrsg.). (1999) *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen.* in Europa/Handbook residential and foster care in Europe. Neuwied: Luchterhand.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory. Manual form S and form R. Odessa,* FL: Psychological Assessment Resources.

Costello, E. 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.

Costello, E. J., et al. (2003). *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence.* Archives of General Psychiatry 60, 837–844.

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.

Daudert, E. (2001). *Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie.* Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Denner, S. (Hrsg.) (2008). *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.* Kohlhammer, Stuttgard.

Department for education and Skills - DfES (2003). *Every Child Matters, Green Paper. Summary 2003.* https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/ECM-Summary.pdf (06.02.2012).

DeVol, P., Payne, R-K., Smith, T. (2011). *Bridges out of Poverty. Strategies for Professionals and Communities.* OtB Learning Resources, Ireland 2011.

Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madda, 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.

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 Teachers Report Form der Child Behavior Checklist.* Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 18, 199-214.

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 Teachers Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR).* Kindheit und Entwicklung, 3, 54-59.

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., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2008). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. 2. Aufl. Göttingen; Hogrefe.

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.

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

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.

Eysenck, H. J. (1990). *Biological dimensions of personality.* In L. A. Pervin (Ed.), Handbook of personality: Theory and research (pp. 244-276). New York: Guilford.

Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). *Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder.* Child Abuse & Neglect, 20 (10), 953-961.

Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). *Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Vol 31(5) Sep 1992, 863-867.

Farmer, E.M. Z., Burns, B. J.,Chapman,M.V., et al (2001). *Use of mental health services by youth in contact with social services.* Social Service Review, 75, 605-624.

Fegert, J. M. (1994). *Was ist seelische Behinderung?* Münster: Votum.

Fegert, J. M. (2000). *Bessere Teilhabe durch Integration unter ein gemeinsames Dach.* Zentralblatt für Jugendrecht 12, 441-446.

Fegert, J. M. & Schrapper, C. (2004). *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation.* Juventa, Weinheim und München.

Fegert, J. M. (2004a). *Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Feststellung seelischer Behinderung und drohender seelischer Behinderung.* In: Fegert, J.M. & Schrapper, C. (Hrsg): Handbuch Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Juventa, Weinheim und München.

Fegert, J. M., Goldbeck, L., Schmid, M. & Nützel, J. (2005). *„Psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen“* Abschlussbericht.

Fergusson, D. M., Horwood, J., Lynskey, M. T. (1993): *Prevalence and comorbidity of the DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds.* In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32: 1.127-1.134.

Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz, Weinheim, 5. überarbeitete Auflage.

Fingerle, M.; Freytag, A.; Julius, H. (1999). *Ergebnisse der Resilienzforschung.* Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 6/99.

Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (2003). *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen.* Gießen 2003, S. 21ff.

Fonagy, P. et. al (1994). *The theory and practise of resilience.* Journal of Child Psychology and Psychiatry. 35.2., 231-257

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Ford, J. D. (2002). *Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance.* Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma Vol 6(1) 2002, 25-58.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). *Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households.* British Journal of Psychiatry Vol 190(4) Apr 2007, 319-325.

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.

Fox, J. (2006). *Building resilience*. Use of the risk an resilience matrix when planning for children. Child centred practise.

Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. H. (2007). *The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally--Conceptual issues and future directions.* Memory Vol 15(3) Apr 2007, 295-311.

Garland, A.F., Hough, R.L., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., Aarons, G.A. (2001). *Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths across Five Sectors of Care.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40: 409-418.

Gatzke-Kopp, L.; Beauchaine, T.P. (2007). *Familial and temperamental predictors of resilience for children at risk for conduct disorder and depression.* Development and Psychopathology, 19 (3), 701–727.

Gintzel, U.; Schone, R. (1990). *„Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“.* Münster: Votum.

Goth, K. & Schmeck, K. (2009). *Das Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI).* Manual. Göttingen: Hogrefe.

Gordon, R. et al, (2000). *The Child’s World Training & Development Pack.* NSPCC.

Göppel, R. (1997). *Ursprunge der seelischen Gesundheit*. Edition Bendtheim: Würzburg.

Göppel, R. (1998). *Eltern, Kinder und Konflikte*. W. Kohlhammer: Stuttgart.

Göppel, R. (2000). *Die Bedeutung der Risiko- und Resilienzforschung für die Sonder- und Heilpädagogik.* In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Wahrnehmen - Verstehen - Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert. Klinkhardt: Bad Heilbrunn, 79-96.

Gordon, H. W. (2002). *Early environmental stress and biological vulnerability to drug abuse.* Psychoneuroendocrinology Vol 27(1-2) Jan/Feb 2002, 115-126.

Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Zimmermann, P. (1999). *A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity.* In: Cassidy, J./ Shaver, P.R. (Hg.): Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: Guilford, 760-786.

Guttmann-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). *Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Vol 45(4) Apr 2006, 440-451.

Handwerk, M.L. et al. (2006).*Gender Differences in Adolescents in Residential Treatment*. American Journal of Orthopsychiatry, 73 (3), 312-324

Hansen, G. (1994). *Die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern in Erziehungsheimen. Ein empirischer Beitrag zur Sozialisation durch Institutionen der öffentlichen Erziehungshilfe.* Weinheim: Deutscher Studienverlag.

Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. (2006). *Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: The national survey of adolescents.* Addictive Behaviors Vol 31(11) Nov 2006, 1988-2001.

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

Häßler, F., Pätow, C., Engel, C. (2009). *Psychische Belastung und Geschlechterunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe.* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58, 702 – 715.

Henger, S. (2006). *Methodenkritische Re-Analyse des Youth Self-Report (YSR).* Diplomarbeit. Universität Leipzig.

Hebborn-Brass U. (1991). *Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg*. Freiburg: Lambertus.

Herpertz, S. (2001). *Impulsivität und Persönlichkeit***.** Stuttgart: Kohlhammer.

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

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

Hohm, E.; Petermann, F. (2000). *Sind die Effekte erzieherischer Hilfen stabil? Ergebnisse einer 1-Jahreskatamnese.* Kindheit und Entwicklung 9(4), 212-221.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem*

Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 784-793.

http://resilienceproject.org (Zugriff am 16.2.13).

Huijbregts, S.C., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Boivin, M. & Tremblay R. E. (2007). *Associations of maternal prenatal smoking with early childhood physical aggression, hyperactivity-impulsivity, and their co-occurrence.* Abnorm Child Psychol. 35(2):203-15. Epub 2007 Feb 10. Erratum in: J Abnorm Child Psychol. 2007 Aug;35(4), S. 683.

Hukkanen R., Sourander A., Bergroth L., Piha J. (1999). *"Psychosocial factors and adequacy of ser-vices for children in children's homes"*. European Child and Adolescent Psychiatry, 8, 268-275.

Hurlburt, M.S., Leslie, L.K., Landsverk, J., Barth, R.P., Burns, B.J., Gibbons, R.D., Slymen, D.J., Zhang, J. (2007). *Archives of General Psychiatry,* 61, 1217-1224.

Janzarik, W. (1991). *Desaktualisierung als Prinzip von Steuerung und Handlung***.** In: Schütz H., Kaatsch HJ., Thomsen H. (Hrsg.) Medizinrecht-Psychopathologie-Rechtsmedizin Springer, Berlin Heidelberg New York, 218-238.

Janzarik, W. (1991). *Grundlagen der Einsicht und das Verhältnis von Einsicht und Steuerung.* Nervenarzt, 62(7), 423-427.

Kaplow, J.B.; Widow, C.S. (2007). *Age of Onset of Child Maltreatment Predicts Long-Term Mental Health Outcomes***.** Journal of Abnormal Psychology Vol 116(1) Feb 2007, 176-187.

Keller-Schuhmacher, K. (2005). *Salutogenese und Kohärenzgefühl in der Praxis.* Referat Arbeitsgruppe Salutogenese (GAIMH). Hamburg.

Keupp, H. (2003). *Aufwachsen in der Postmoderne: Riskanter werdende Chancen für Kinder und Jugendliche.* In: Finger-Trescher, Urte; Krebs, Heinz (Hrsg.): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Giessen 2003. 21-45.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). *A Longitudinal Study of Child Maltreatment, Mother-Child Relationship Quality and Maladjustment: The Role of Self-Esteem and Social Competence.* Journal of Abnormal Child Psychology Vol 32(4) Aug 2004, 341-354.

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.

Knab, E. & Macsenaere M. (2004). *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS): Eine Einführung.* Freiburg: Lambertus.

Knuth, Nicole (2008). *Fremdplatzierungspolitiken*. *Das System der stationären Jugendhilfe im deutsch-englischen Vergleich.* Dissertation. Berltz Juventa.

Kopp, L. M., & Beauchaine, T. P. (2007). *Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions.* Journal of Abnormal Child Psychology Vol 35(2) Apr 2007, 301-312.

Kormann, G. (2007). *Resilienz – Was Kinder stärkt und in ihrer Entwicklung unterstützt.* In: Plieninger M. u. Schumacher E. (Hrsg.), Auf den Anfang kommt es an – Bildung und Erziehung im Kindergarten und im Übergang zur Grundschule. Gmünder Hochschulreihe Nr. 27, 37 – 56.

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

Krause, C. (2010). *Wie können wir gesund bleiben? Das Salutogenese-Konzept in der Gesundheitsförderung.*Fortbildungsveranstaltung in der Psychiatrischen Klinik Zugersee am 11. Januar 2010.

Krause, C. & Lorenz, R-F. (2009). *Was Kindern halt gibt – Salutogenese in der Erziehung.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 98.

Lambers, H. (1995). *Bestandsaufnahme zur Heimerziehungsforschung. Hannover,* Wissenschaftliche Informationsschriften der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung.

Lau, Chr. (2008). *Kinder und Jugendliche im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - eine empirische Untersuchung zu Ursachen und Zusammenhängen anhand der stationären Klientel der Klinik für Psychiatrie,* Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock. Dissertation, Rostock.

Laucht, M & Schmidt, MH (2004). *Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes?* Zeitschrift für Kindes- und Jugendpsychiatrie 32, 177-185.

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (1997). *Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung.* Zeitschrift Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 29, 260-270.

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.

Lehmkuhl, U. (2003). *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen*. Gemeinsamer

wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Österreichischen Gesellschaft und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Wien 2003, S. 117.

Lempp, R. (1984). *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gegenwart und Entwicklung.* In R. Lempp & A. Veltin (Eds.), „Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme“ Tagung am 18. Und 19.10.1984 in Bonn (Vol. 12). Bonn: Aktion Psychisch Kranke e.V.

Lempp, R. (1990). *Wirkungsvolle Jugendhilfe durch Zusammenfassung der Zuständigkeit, Sachverstand und Finanzierung.* In U.Gintzel & R. Schone (Eds.), „Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Münster: Votum, 21–28.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder.* Lancet, 364(9432), 453-461.

Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C et al. (2003). *Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviours: review of the current evidence.* American Journal for Psychiatry 160, 1028-1040.

Lösel, F. & Bender, D. (1999). *Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung.* In: Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A.(Hrsg.). Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt, 37-58.

Main, M. & Solomon, J. (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. In: Greenberg, M. T., Cicchetti, D., & Cummings, M. (Eds.). The University of Chicago Press: Chicago, (121-160).

Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. (1993). *Long-term consequences of childhood physical abuse.* Psychological Bulletin, 114(1), 68-79.

Manly, J.T.; Jungmeen, K.E.; Rogosch, F.A. & Cicchetti, D (2001). *Dimesions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of develomental timing and subtype.* Development and Psychopathology, 13(4), 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, et al. (1990). *DSM-III disorders in a large sample of adolescents***.** J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 29:611–619.

Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., & Ford, T. (2003): *The mental health of Young People Looked After by Local Authorities in England.* London: TSO (The Stationary Office).

Mitterbauer, E. (2010). *Unterwegs als gesunde Schule - Ein Reiseführer zu den Inseln der schulischen Gesundheitsförderung.* give – Servicestelle für Gesundheitsbildung. Eine Initiative von BMUKK, BMG und ÖJRK, Wien.

Mount et al. (2004). *Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People.* Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9(3), 363-382.

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., et al. (2002). *Association Between Self-reported Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychosocial Outcomes: Results From a Twin Study.* Arch Gen Psychiatry, 59(2), 139-145.

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.

Nigg & Breslau (2007). *Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders.* Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry 46, p 362.

Nissel, R.; Griebel W. (2004). *Übergänge sind Chancen für Entwicklung.* Theorie und Praxis der Sonderpädagogik Nr. 5/04.

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.

Opp, G. (2001). *Kindliches Wohlbefinden trotz riskanter Lebensbedingungen: Neue Ergebnisse aus der Resilienzforschung.* Fachzeitschrift für Gesundheitswesen, Nr. 63/01.

Opp, Günter; Fingerle, Michael; Freytag, Andreas (Hrsg.) (1999). *Was Kinder stärkt.* München.

Pätow, C. (2008). Seelische Gesundheit und Effizienz in der stationären Jugendhilfe / Heimerziehung - Eine Untersuchung in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe des Landkreises Bad Doberan. Dissertation, Rostock.

Paris, J.; Zweig Frank, H.; Guzder, J. (1994). *Risk factors of borderline personality in male outpatients.* Journal of Nervous and Mental Disease, 187(7), 375-380.

Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barrat, E. S. (1995). *Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale.* Journal of clinical psychology, 51, 768-774.

Payne, H. & Butler, I.(2003) *Quality Protects Research Briefing – No 9 : Promoting the mental health of children in need.* DfES, Research in Practice.

Pereira, E., Robertson, D., Niemann, K. (2011a). *The behaviour is not the problem. Working with children in difficult circumstances.* Training Manual for Tier 1 Practitioners. Reading Borough Council.

Pereira, E., Robertson, D., Niemann, K. (2011b). *Young people and suicide.*Training Manual for Tier 1 Practitioners. Reading Borough Council.

Post, W. (2002). *Erziehung im Heim: Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe.* Beltz Juventa; 2. Auflage.

Putnam, F. (2003). *Ten year research update review: child sexual abuse.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 269 -278.

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.

Revelle, W. (1997). *Three fundamental dimensions of personality.* http://personality-project.org/perproj/theory/big3.table.html (12.5.2010).

Richardson J, Joughin C (2000). *The mental health needs of looked after children.* London: Gaskell (Royal College of Psychiatrists).

Richardson, J., & Lelliott, P. (2003). *Mental Health Needs of Looked after Children.* Advances in Psychiatric Treatment, 9, 249-256**.**

Roos, K. & Petermann, F. (2006). *Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung.* Kindheit und Entwicklung, 15, 45-54.

Rutter, M. (1972). *Maternal Deprivation Reassessed*. Harmondsworth: Penguin.

Rutter, M. (1989). *Temperament: Conceptual issues and clinical application.* In G. A. Kohnstamm, J. Bates & M.K. Rothbart (Eds.), Temperament in childhood. New York: Wiley, 463-476.

Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). *Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life.* Journal of Child Psychology and Psychiatry Vol 47(3-4) Mar-Apr 2006, 276-295.

Rutter, M., Shaffer, D., Sturge, C. (1986). *Multiaxiales Klassifikationsschema psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Huber, Bern Stuttgart – Toronto.

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.

Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe***.** Weinheim 2001.

Schmid, M. & Fegert, J. M. (2006). *Viel Lärm um nichts?* Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, 1, 30-35.

Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern: Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe***.** Weinheim: Juventa.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nützel, J., Fegert, J. M. (2008). *Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions.* Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.

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.

Schmidt, M.H.; Hohm, E.; Petermann, F. Pickartz, A.; F.; Macsenaere, M.; Schneider, K.; et al. (2000). *Effekte, Verlauf und Erfolgsbedingungen unterschiedlicher erzieherischer Hilfen.* Kindheit und Entwicklung, 9(4), 202-211.

Schneider, A.; Dulz, B. (1995): *Borderline-Störungen – Theorie und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.

Schmidt, M.H.; Petermann, F.; Macsenaere, M.; Knab, E.; Schneider, K.; Hölz, H.; et al. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe* (Vol 219). Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt, Martin H. (2000). *Neues für die Jugendhilfe?* Ergebnisse der Jugendhilfe-Effekte-Studie, Deutscher Caritas-Verband e.V., Freiburg.

Schore, A. N. (2001). *The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health.* Infant Mental Health Journal Vol 22(12) Jan-Apr 2001, 201-269.

Schrapper, C. (2004). *Teilhabe ermöglichen: Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach §25a SGB VIII.* In Fegert, J., M., Schrapper, C. (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa, 203-207.

Schwartz, D., Fadyen-Ketchum, S., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1999). *Early behaviour problems as a predictor of later peer group victimization: moderators and mediators in the pathways of social risk.* Journal of Abnormal Child Psychology, 27(3), 191-201.

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.

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., Schönberg, T. & Lehmkuhl, G. (2005b). *Das Psychopathy-Konzept und seine psychometrische Erfassung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.* Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 73, 392-400.

Shell Deutschland (Hrsg.) (2010). *Shell Jugendstudie 2010***.** Fischer Taschenbuchverlag 2. Aufl.

Simms, M.D., Dubowitz, H., Szilagyi, M.A. (2000). *Health care needs of children in the foster care system.* Pediatrics, 106: 909-918.

Spataro et al. (2004). *Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females.* British Journal of Psychiatry, 184.

Spinella, M., & Miley, W. M. (2003). *Impulsivity and academic achievement in college students.* College Student Journal, 37, 545-549.

Spitz, R. (1945). *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.* Psychoanalytic study of the Child 1: 53-74.

Spitz, R. (1950). *Revelance of direct infant observation*. Psychoalanlytic study of the child 5, 66-73.

Spitz, R. (1951). *The Psychogenic Diseases in Infancy - An Attempt at their Etiologic Classification.* Psychoanalytic Study of the Child, 6.

Statistisches Bundesamt (2010). *Alleinerziehende in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2010,* Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010). *Fachserie 1 Reihe 3 „Haushalte und Familien",* Wiesbaden.

Stegmaier, Susanne (2008). *Grundlagen der Bindungstheorie*. In: Textor, Martin R.: Online Handbuch Kindergartenpädagogik. http://www.kindergartenpaedagogik.de/ 1722.html (14.02.13).

Suess G. J. & Zimmermann, P. (2001). *Anwendung der Bindungstheorie und Entwicklungspathologie.* In: Suess, G. J. & Scheurer-Englisch, H. & Pfeifer, K.W. (Hrsg.). Bindungstheorie und Familiendynamik. Giessen: Psychosozial Verlag.

Sweet, Melissa (2011). *Mental health – a continuing history of neglect.* http://blogs.crikey.com.au/croakey/2011/04/12/mental-health-a-continuing-history-of-neglect/?wpmp_switcher=mobile (14.02.13).

Tietze, W. (1998) *„Wie gut sind unsere Kindergärten? Eine Untersuchung zu Pädagogischen Qualität in deutschen Kindergärten".* Berlin 1998.

Ullman, S. E. (2007). *Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors.* Journal of Child Sexual Abuse Vol 16(1) 2007, 19-36.

Viner, R.M., & Taylor, B. (2005). *Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study.* Pediatrics, 115: 894-899.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). *Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates.* Child Development, 71(3), 695-702.

Weithorn, C. J., Kagen, E., & Marcus, M. (1984). *The relationship of activity level ratings and cognitive impulsivity to task performance and academic achievement.* The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25(4), 587-606.

Weltgesundheitsorganisation (WHO 2006). *Constitution of the World Health Organisation.* Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

Wiesner, R. (Hrsg.) (2006). *SGB Kinder- und Jugendhilfe: Kommentar. 3. Aufl..* München: Beck.

Ziegenhain, U., & Fegert, J. M. (2004). *Frühkindliche Bindungsstörung***.** In C. Eggers, J. M. Fegert & F. Resch (Eds.), Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (pp. 875-890). Heidelberg: Springer.

Zimmermann, P. (2000a). *Bindung, Emotionsregulation und internale Arbeitsmodelle: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell.* Frühförderung Interdisziplinär, 19, 119-129.

Zimmermann, P., & Fremmer-Bombik, F. (2000). *Die Bedeutung internaler Arbeitsmodelle von Bindung aus entwicklungspsychopathologischer und klinischer Sicht.* In L. Koch-Kneidl & M. Wiese (Hrsg.), Frühkindliche Interaktion und Psychoanalyse, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 40-67.

12 Abkürzungsverzeichnis

&	und
Abb.	Abbildung
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	und andere
etc.	et cetera
m. E.	meines Erachtens
m. M.	meiner Meinung
MW	Mittelwerte
MZP	Messzeitpunkt
n.d.	nicht diagnostiziert
Nr.	Nummer
o.ä.	oder ähnliche/s
o.g.	oben genannt(e/s)
s.	siehe
S.	Seite
Tab.	Tabelle
u. a.	und andere
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

13 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kreislauf „Trauma“ (Pereira, Robertson, Niemann in Anlehnung an Norma Howes, 2000) 15
Abbildung 2: Top-down Prozess im menschlichen Gehirn (Pereira, Robertson, Niemann in Anlehnung an Norma Howes, 2000) 16
Abbildung 3: „Bottom – up“ Prozess (Pereira, Robertson, Niemann in Anlehnung an Norma Howes, 2000) 17
Abbildung 4: Das Kontinuum psychischer Gesundheit (Zimbardo, 2004, S. 654) 22
Abbildung 5: Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland (Jacobi et.al. 2004) 26
Abbildung 6: Die 6 Domänen zur Entwicklung von Resilienz (nach Fox, 2006) 28
Abbildung 7: Bedingungen für die Ausbildung von Resilienz (eigene Darstellung) 29
Abbildung 8: Zusammenhang von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (in Anlehnung an Krause &Lorenz 2009) 36
Abbildung 9: Aufbau der Studie 54
Abbildung 10: Ausbildungshintergrund der Probanden zum ersten Messzeitpunkt 72
Abbildung 11: Berufsstand der Eltern im 1. Messzeitpunkt 72
Abbildung 12: Hintergrund für die stationäre Heimunterbringung 73
Abbildung 13: Darstellung der Gesamtkompetenz ermittelt aus den Kompetenzskalen (CBCL und YSR) 73
Abbildung 14: Darstellung der schulischen Leistungen ermittelt aus den Kompetenzskalen (CBCL und TRF) 74
Abbildung 15: Vergleich der Mittelwerte der Syndromskalen (CBCL, YSR, und TRF) 77
Abbildung 16: Geschlechtsspezifische Mittelwertunterschiede in den Gesamtskalen (CBCL, YSR und TRF) 79
Abbildung 17: Geschlechtsspezifische Impulsivitätsunterschiede (BIS-11) 80
Abbildung 18: Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Subskalen (BIS-11) 81
Abbildung 19: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „hochtrabend/manipulativ“ (YPI) 82
Abbildung 20: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „abgestumpft/gleichgültig“ (YPI) 82
Abbildung 21: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Dimension „impulsiv/verantwortungslos“ (YPI) 83
Abbildung 22: Internale und externale Auffälligkeiten – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (MW der T-Werte) (CBCL) 84
Abbildung 23: Internale & externale Auffälligkeiten – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (MW der T-Werte) (YSR) 84
Abbildung 24: Internale & externale Auffälligkeiten – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (MW der T-Werte) (TRF) 85
Abbildung 25: Impulsivität – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (Voraussicht und Selbstkontrolle) (BIS-11) 86
Abbildung 26: Impulsivität – Zusammenhang von Alter und Geschlecht (kognitive Instabilität und Motorik) (BIS-11) 86
Abbildung 27: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (CBCL) 88
Abbildung 28: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (YSR) 89
Abbildung 29: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (TRF) 90
Abbildung 30: Signifikanzen geschlechterspezifisch nach Bildungshintergrund (BIS-11) 91
Abbildung 31: Signifikanzen auf den Subskalen nach Geschlecht und Bildungshintergrund (YPI) 92

Abbildung 32: Signifikanzen geschlechtsspezifisch nach Bildungshintergrund (YPI) .. 92
Abbildung 33: Signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (CBCL) 94
Abbildung 34: Signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (YSR)..... 95
Abbildung 35: Geschlechtsspezifische signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (BIS-11) 97
Abbildung 36: Geschlechts- und Altersneutrale signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (BIS-11)..... 98

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der fünf Faktoren und ihrer Subskalen (Bartussek, 1996) 7
Tabelle 2: Zusammenfassung der Persönlichkeitsdimensionen nach Cloninger (Goth & Schmeck, 2009) 10
Tabelle 3: Risiko- und Resilienzfaktoren für die Entwicklung (Niemann, 2011).....34
Tabelle 4: Anzahl der Jugendlichen, die sich zwischen 1991 und 2010 in den Maßnahmen der Jugendhilfe befanden nach Art der Hilfe und nach Altersverteilung 42
Tabelle 5: Prävalenzraten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung (nach Schmid, 2007) 46
Tabelle 6: Relative Häufigkeiten psychischer Auffälligkeit auf der Basis der Normierung für den deutschen Sprachraum (nach Kraenz, 2002).....48
Tabelle 7: Therapeutische Jugend-Wohngemeinschaften 55
Tabelle 8: Wohngruppe der Arbeiterwohlfahrt (AWO).....57
Tabelle 9: Psychologisch betreute Jugendwohngemeinschaft.....58
Tabelle 10: Die Wohngruppen des *Arbeiter Samariter Bundes*.....59
Tabelle 11: Haupt- und Syndromskalen; Untergliederung der Fragebögen 64
Tabelle 12: Auffälligkeitsgrad anhand normierter T-Werte.....65
Tabelle 13. Bedeutung der Irrtumswahrscheinlichkeit.....69
Tabelle 14: Alterszusammensetzung der Heimstichprobe zum ersten Messzeitpunkt 71
Tabelle 15: Ergebnisse CBCL 75
Tabelle 16: Ergebnisse YSR 75
Tabelle 17: Ergebnisse TRF.....76
Tabelle 18: Ergebnisse CBCL (n=44).....78
Tabelle 19: Bewertungskriterien zur Einstufung der Ergebnisse des YPI.....81
Tabelle 20: Verteilung der Heimstichprobe nach besuchter Schulform.....87
Tabelle 21: Aufstellung zum Bildungshintergrund Doberaner und Rostocker Stichprobe.....109
Tabelle 22: Prävalenz psychischer Störungen bei Heimkindern 112

15 Anhang

Child-Behaviour-Check-List (CBCL)

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - CBCL/4-18

Name (des Kindes):

Tätigkeit der Eltern: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt)
Bitte genaue Bezeichnung, z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann:

Geschlecht: ☐ Mädchen ☐ Junge **Alter:**

Tätigkeit des Vaters:

Geburtsdatum: (des Kindes) Tag Monat Jahr

Tätigkeit der Mutter:

Datum heute: Tag Monat Jahr

Fragebogen ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater
☐ Anderen (z.B. Oma, Erzieher):

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Menschen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.

I. Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt, z.B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tischtennis usw..

☐ keine

	Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?				Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?			
	Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr	Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes, z.B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, mit Puppen oder Autos spielen usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen).

☐ keine

	Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?				Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?			
	Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr	Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an?

☐ keine

	Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen?			
	Ich weiß es nicht	weniger aktiv	gleich aktiv	aktiver
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts, z.B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw.?

☐ keine

	Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen?			
	Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD).
Geschäftsstelle KJFD: c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln

Urheberrechtlich geschützt
© T.M. Achenbach, 1991, und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist
Nachdruck verboten!

1

V. 1. Wieviele Freunde hat Ihr Kind? ☐ Keine ☐ einen ☐ zwei bis drei ☐ vier oder mehr
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

2. Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?
(bitte Geschwister nicht mitzählen)
☐ weniger als einmal ☐ ein- bis zweimal ☐ dreimal oder häufiger

---

VI. Verglichen mit Gleichaltrigen:

	schlechter	etwa gleich	besser	
a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?	☐	☐	☐	☐ Einzelkind
b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?	☐	☐	☐	
c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?	☐	☐	☐	
d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?	☐	☐	☐	

VII. 1. Gegenwärtige Schulleistungen (für Kinder ab 6 Jahren)**:**

☐ **besucht keine Schule**

	ungenügend	unterdurch-schnittlich	durch-schnittlich	überdurch-schnittlich
a. **Lesen, Deutsch**	☐	☐	☐	☐
b. **Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde**	☐	☐	☐	☐
c. **Rechnen oder Mathematik**	☐	☐	☐	☐
d. **Naturwissenschaften** (falls zutreffend)	☐	☐	☐	☐
andere Fächer (wie Erdkunde, Fremdsprachen; nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) e._____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g._____	☐	☐	☐	☐

---

2. Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z.B. Integrationskind)?
☐ nein ☐ ja, bitte genaue Beschreibung:

---

3. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt ☐ nein ☐ ja, welche und warum:

---

4. Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten?
☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben:

Wann fingen die Probleme an?

Haben diese Probleme aufgehört? ☐ Nein ☐ ja, wann:

Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? ☐ nein ☐ ja
wenn ja, bitte beschreiben:

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

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 6 Monate* bei Ihrem Kind 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 Ihr Kind *nicht zutrifft*, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt) **1 = etwas oder manchmal zutreffend** **2 = genau oder häufig zutreffend**

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter 0 1 2
2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
3. Streitet oder widerspricht viel 0 1 2
4. Hat Asthma 0 1 2
5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen
   Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge 0 1 2
6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein 0 1 2
7. Gibt an, schneidet auf 0 1 2
8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen 0 1 2
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 0 1 2
11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig 0 1 2
12. Klagt über Einsamkeit 0 1 2
13. Ist verwirrt oder zerstreut 0 1 2
14. Weint viel 0 1 2
15. Ist roh zu Tieren oder quält sie 0 1 2
16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein 0 1 2
17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren 0 1 2
18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord 0 1 2
19. Verlangt viel Beachtung 0 1 2
20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt 0 1 2
21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören 0 1 2
22. Gehorcht nicht zu Hause 0 1 2
23. Gehorcht nicht in der Schule 0 1 2
24. Ißt schlecht 0 1 2
25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus 0 1 2
26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat 0 1 2
27. Ist leicht eifersüchtig 0 1 2
28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ 0 1 2
29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____ 0 1 2
30. Hat Angst, in die Schule zu gehen 0 1 2
31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun 0 1 2
32. Glaubt, perfekt sein zu müssen 0 1 2
33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt 0 1 2
34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun 0 1 2
35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen 0 1 2
36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen 0 1 2
37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien 0 1 2
38. Wird viel gehänselt 0 1 2
39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten 0 1 2
40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen 0 1 2
42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen 0 1 2
43. Lügt, betrügt oder schwindelt 0 1 2
44. Kaut Fingernägel 0 1 2
45. Ist nervös oder angespannt 0 1 2
46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ 0 1 2
47. Hat Alpträume 0 1 2
48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt 0 1 2
49. Leidet an Verstopfung 0 1 2
50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 0 1 2
51. Fühlt sich schwindelig 0 1 2
52. Hat zu starke Schuldgefühle 0 1 2
53. Ißt zu viel 0 1 2
54. Ist immer müde 0 1 2
55. Hat Übergewicht 0 1 2
56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:
    a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) 0 1 2
    b) Kopfschmerzen 0 1 2
    c) Übelkeit 0 1 2
    d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 0 1 2
    e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme 0 1 2
    f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 0 1 2
    g) Erbrechen 0 1 2
    h) andere Beschwerden; bitte beschreiben 0 1 2

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. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen 0 1 2
60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen 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. Läuft von zu Hause weg 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. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt 0 1 2
73. Hat sexuelle Probleme; 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. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen 0 1 2
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
78. Schmiert oder spielt mit Kot 0 1 2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
80. Starrt ins Leere 0 1 2
81. Stiehlt zu Hause 0 1 2
82. Stiehlt anderswo 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. Schmollt 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. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
93. Redet zuviel 0 1 2
94. Hänselt andere gern 0 1 2
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament 0 1 2
96. Denkt zuviel an Sex 0 1 2
97. Bedroht andere 0 1 2
98. Lutscht am Daumen 0 1 2
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht 0 1 2
100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) 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. Richtet mutwillig Zerstörungen an 0 1 2
107. Näßt bei Tag ein 0 1 2
108. Näßt im Schlaf ein 0 1 2
109. Quengelt oder jammert 0 1 2
110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein 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 Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:

_____ 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 !

Youth-Self-Report (YSR)

Fragebogen für Jugendliche - YSR/ 11-18

Dein Name:

Geschlecht: ☐ Mädchen ☐ Junge **Alter:**

Geburtsdatum: ☐☐☐☐☐☐ Tag Monat Jahr

Datum heute: ☐☐☐☐☐☐ Tag Monat Jahr

Beruf der Eltern: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) bitte genaue Bezeichnung,z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann:

Tätigkeit des Vaters:

Tätigkeit der Mutter:

Besuchte Schule und Klasse: _____

Berufstätigkeit: (falls zutreffend)

Bitte beantworte die Fragen auf diesem Bogen, um Deine Ansichten wiederzugeben, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Bitte schreibe zusätzliche Kommentare in die freien Felder und neben jede Frage, bei der es Dir sinnvoll erscheint.

I. Bitte nenne die Sportarten, bei denen Du am liebsten mitmachst, z.B. Fußball, Radfahren, Tischtennis Schwimmen, Skateboard fahren usw.:

☐ keine

	Wieviel Zeit verbringst Du mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?			Wie gut beherrschst Du diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?		
	weniger	gleich viel	mehr	weniger gut	gleich gut	besser
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Bitte nenne Deine Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele, z.B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, Basteln, Gesellschaftsspiele usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen):

☐ keine

	Wieviel Zeit verbringst Du damit, verglichen mit Gleichaltrigen?			Wie gut beherrschst Du diese Aktivität,verglichen mit Gleichaltrigen?		
	weniger	gleich viel	mehr	weniger gut	gleich gut	besser
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Bitte nenne die Organisationen, Vereine oder Gruppen, bei denen Du mitmachst:

☐ keine

	Wie aktiv bist Du dort, verglichen mit Gleichaltrigen?		
	weniger aktiv	glaich aktiv	aktiver
a. _____	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐

IV. Welche Arbeiten oder Pflichten hast Du innerhalb oder außerhalb des Haushalts, z.B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw.?

☐ keine

	Wie gut verrichtest Du diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen?		
	weniger gut	gleich gut	besser
a. _____	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐

Urheberrechtlich geschützt
© T.M. Achenbach, 1991, und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
Nachdruck verboten!

Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD).
Geschäftsstelle KJFD: c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 1

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. Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern?	☐	☐	☐	☐ Ich habe keine Geschwister.
b. Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen?	☐	☐	☐	
c. Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern?	☐	☐	☐	
d. Wie gut kannst Du Dich alleine beschäftigen?	☐	☐	☐	

VII. Deine gegenwärtigen Schulleistungen:

☐ Ich besuche keine Schule

	sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. Lesen, Deutsch	☐	☐	☐	☐
b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	☐	☐	☐	☐
c. Rechnen oder Mathematik	☐	☐	☐	☐
d. Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)	☐	☐	☐	☐
andere Fächer e._____	☐	☐	☐	☐
(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f._____	☐	☐	☐	☐
nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) g._____	☐	☐	☐	☐

(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:

Jetzt folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0, 1, 2. Bei jeder Eigenschaft, *die für Dich jetzt oder in den letzten sechs Monaten genau so oder häufig zutrifft*, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft *etwas oder manchmal* zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für Dich *nicht zutrifft*, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

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

1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter 0 1 2
2. Ich leide unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben:_____ .. 0 1 2
3. Ich streite häufig oder widerspreche 0 1 2
4. Ich leide unter Asthma 0 1 2
5. Ich verhalte mich wie jemand des anderen Geschlechts 0 1 2
6. Ich mag Tiere 0 1 2
7. Ich gebe an, schneide auf, prahle gern 0 1 2
8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen 0 1 2
9. Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben:_____ .. 0 1 2
10. Ich kann nicht lange stillsitzen 0 1 2
11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen 0 1 2
12. Ich fühle mich einsam 0 1 2
13. Ich bin durcheinander oder zerstreut 0 1 2
14. Ich weine viel 0 1 2
15. Ich bin sehr ehrlich 0 1 2
16. Ich bin gemein zu anderen 0 1 2
17. Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken 0 1 2
18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen 0 1 2
19. Ich möchte viel Aufmerksamkeit oder Beachtung bekommen 0 1 2
20. Ich mache meine eigenen Sachen kaputt 0 1 2
21. Ich mache Sachen kaputt, die anderen gehören 0 1 2
22. Ich gehorche meinen Eltern nicht 0 1 2
23. Ich gehorche in der Schule nicht 0 1 2
24. Ich esse nicht so gut, wie ich sollte 0 1 2
25. Ich komme mit anderen Kindern oder Jugendlichen nicht zurecht 0 1 2
26. Wenn ich etwas Unüberlegtes getan habe, fühle ich mich nicht schuldig 0 1 2
27. Ich bin auf andere eifersüchtig 0 1 2
28. Ich helfe gern anderen, wenn sie Hilfe benötigen .. 0 1 2
29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule); bitte beschreiben:_____ .. 0 1 2
30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen 0 1 2
31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun 0 1 2
32. Ich glaube, ich muß perfekt sein und alles gut können 0 1 2
33. Ich glaube, daß mich niemand mag 0 1 2
34. Ich glaube, daß andere mir etwas antun wollen .. 0 1 2
35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen 0 1 2
36. Ich verletze mich häufig unabsichtlich 0 1 2
37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien 0 1 2
38. Ich werde oft gehänselt 0 1 2
39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten 0 1 2
40. Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst niemand zu hören scheint; bitte beschreiben:_ .. 0 1 2
41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen 0 1 2
42. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen ... 0 1 2
43. Ich lüge oder schwindele 0 1 2
44. Ich kaue an meinen Fingernägeln 0 1 2
45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt 0 1 2
46. Teile meines Körpers zucken oder machen nervöse Bewegungen; bitte beschreiben:____ .. 0 1 2
47. Ich habe Alpträume 0 1 2
48. Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt 0 1 2
49. Ich kann bestimmte Dinge besser als die meisten anderen Kinder 0 1 2
50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich 0 1 2
51. Ich fühle mich schwindelig 0 1 2
52. Ich habe starke Schuldgefühle 0 1 2
53. Ich esse zu viel 0 1 2
54. Ich bin immer müde 0 1 2
55. Ich habe Übergewicht 0 1 2
56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:
    a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) 0 1 2
    b) Kopfschmerzen 0 1 2
    c) Übelkeit 0 1 2
    d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben:_____ .. 0 1 2
    e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme 0 1 2
    f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 0 1 2
    g) Erbrechen 0 1 2
    h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: 0 1 2

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 zündele 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?

Teachers-Report-Form (TRF)

Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - TRF

Name (des Schülers):	**Beruf der Eltern:** (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) bitte genaue Bezeichnung,z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann:
Geschlecht: ☐ Mädchen ☐ Junge **Alter:**	**Tätigkeit des Vaters:** (Sofern bekannt)
Geburtsdatum: (Sofern bekannt) Tag Monat Jahr	**Tätigkeit der Mutter:** (Sofern bekannt)
Datum heute: Tag Monat Jahr	**Ausgefüllt von:** ☐ **Lehrer/-in** ☐ **Anderen** (z.B. Beratungslehrer) **Name:**
Schulklasse:	**Schultyp und Name der Schule:**

Dieser standardisierte Fragebogen ermöglicht es uns, das Verhalten dieses Schülers mit dem einer Vergleichsgruppe in Beziehung zu setzen. Um den Fragebogen nicht unnötig zu verlängern, verwenden wir im Folgenden immer die männliche Form. Selbstverständlich beziehen sich die Fragen gleichermaßen auf Schülerinnen und Schüler. Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten des Schülers einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Bitte schreiben Sie zusätzliche Bemerkungen dazu, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.

I. Wie lange kennen Sie diesen Schüler schon? Seit Monaten

II. Wie gut kennen Sie diesen Schüler? ☐ nicht gut ☐ ziemlich gut ☐ sehr gut

III. Wie viele Unterrichtsstunden hat dieser Schüler bei Ihnen in der Woche? Stunden

IV. Um welche Fächer bzw. welche Klasse handelt es sich? Bitte beschreiben Sie genau, z.B. drittes Schuljahr, Sachkunde; siebtes Schuljahr, E-Kurs Englisch; zwölfte Klasse, Leistungskurs Musik:

V. Ist für diesen Schüler schon einmal empfohlen worden, daß er eine Sonderschule oder Sonderklasse besuchen, den schulpsychologischen Dienst aufsuchen oder Nachhilfeunterricht erhalten soll?
☐ ich weiß es nicht ☐ nein ☐ ja, bitte genaue Beschreibung:

VI. Hat dieser Schüler schon einmal eine Klasse wiederholt?
☐ ich weiß es nicht ☐ nein ☐ ja, welche und warum:

VII. Gegenwärtige Schulleistungen. Bitte schätzen Sie den aktuellen Leistungsstand des Schülers in den einzelnen Schulfächern ein.

		Stark unterdurchschnittlich	etwas unterdurchschnittlich	durchschnittlich	etwas überdurchschnittlich	stark überdurchschnittlich
1.	_____	☐	☐	☐	☐	☐
2.	_____	☐	☐	☐	☐	☐
3.	_____	☐	☐	☐	☐	☐
4.	_____	☐	☐	☐	☐	☐
5.	_____	☐	☐	☐	☐	☐
6.	_____	☐	☐	☐	☐	☐

Urheberrechtlich geschützt.
© T.M. Achenbach, 1991, und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
Nachdruck verboten!

Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD).
Geschäftsstelle KJFD: c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln,
Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln.

1

	Sehr viel weniger	deutlich weniger	etwas weniger	etwa gleich viel	etwas mehr	deutlich mehr	sehr viel mehr
1. Wieviel arbeitet er/sie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wie angemessen verhält er/sie sich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wieviel lernt er/sie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wie glücklich oder zufrieden ist er/sie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IX. Ergebnisse von Schulleistungstests jüngeren Datums (sofern verfügbar):

Name des Tests	Datum der Durchführung	Testergebnis
1.		
2.		
3.		

X. Ergebnisse von Intelligenz-, Fertigkeits-, 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.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	**1 = etwas oder manchmal zutreffend**	**2 = genau oder häufig zutreffend**

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter 0 1 2
2. Summt oder macht seltsame Geräusche im Unterricht 0 1 2
3. Streitet oder widerspricht viel 0 1 2
4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende 0 1 2
5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen
   Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge 0 1 2
6. Ist trotzig, ablehnend oder frech zu den Lehrern/Lehrerinnen 0 1 2
7. Gibt an, schneidet auf 0 1 2
8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen 0 1 2
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
   _____
10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 0 1 2
11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig 0 1 2
12. Klagt über Einsamkeit 0 1 2
13. Ist verwirrt oder zerstreut 0 1 2
14. Weint viel 0 1 2
15. Ist zappelig 0 1 2
16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein 0 1 2
17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren 0 1 2
18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord 0 1 2
19. Verlangt viel Beachtung 0 1 2
20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt 0 1 2
21. Zerstört die Sachen anderer 0 1 2
22. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen 0 1 2
23. Gehorcht nicht in der Schule 0 1 2
24. Stört andere Schüler 0 1 2
25. Kommt mit anderen Schülern nicht aus 0 1 2
26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat 0 1 2
27. Ist leicht eifersüchtig 0 1 2
28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ .. 0 1 2
    _____
    _____
29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
    _____
30. Hat Angst, in die Schule zu gehen 0 1 2
31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun 0 1 2
32. Glaubt, perfekt sein zu müssen 0 1 2
33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand ihn/sie liebt 0 1 2
34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun 0 1 2
35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen 0 1 2
36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen 0 1 2
37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien 0 1 2
38. Wird viel gehänselt 0 1 2
39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten 0 1 2
40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
    _____
    _____
41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen 0 1 2
42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen 0 1 2
43. Lügt, betrügt oder schwindelt 0 1 2
44. Kaut Fingernägel 0 1 2
45. Ist nervös, reizbar oder angespannt 0 1 2
46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
    _____
47. Ist überangepaßt 0 1 2
48. Wird von anderen Schülern nicht gemocht 0 1 2
49. Hat Lernschwierigkeiten 0 1 2
50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 0 1 2
51. Fühlt sich schwindelig 0 1 2
52. Hat zu starke Schuldgefühle 0 1 2
53. Redet dazwischen 0 1 2
54. Ist immer müde 0 1 2
55. Hat Übergewicht 0 1 2
56. Hat folgende Probleme ohne bekannte körperliche Ursachen:
    a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) 0 1 2
    b) Kopfschmerzen 0 1 2
    c) Übelkeit 0 1 2
    d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
    e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme 0 1 2
    f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 0 1 2
    g) Erbrechen, Hochwürgen 0 1 2
    h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: 0 1 2
    _____
    _____

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend

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. Schmollt 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. Hänselt 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 unentschuldigt 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

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.
---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank !

Youth-Psychopatic-Traits-Inventory (YPI)

YPI

Instruktionen

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die davon handeln, was Sie über bestimmte Dinge denken oder fühlen. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig und entscheiden Sie, wie gut diese Aussage für Sie zutrifft. Sie können zwischen vier verschiedenen Antworten bei jeder Aussage wählen.

Beantworten Sie jede Aussage so wie Sie sich meistens fühlen oder denken, nicht nur danach, wie Sie sich jetzt gerade im Moment fühlen.

Beispiel:

	stimmt überhaupt nicht	stimmt kaum	stimmt ein wenig	stimmt genau
Ich lese gerne Bücher.	☐	☐	☐	☐

Machen Sie ein Kreuz in das Kästchen, das dem entspricht, wie Sie sich fühlen.
Denken Sie nicht zu lange bei jeder Aussage nach.

Zu Erinnerung:

- **Beantworten Sie ALLE Aussagen.**
- **Machen Sie kein Kreuz zwischen zwei Möglichkeiten.**
- **Machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage**

Wichtig!!!
Es gibt keine Antworten, die „richtig" oder „falsch" sind. Sie können nicht besser oder schlechter als irgendjemand sonst abschneiden. Wir sind daran interessiert zu erfahren, was Sie denken und fühlen, nicht was „richtig" oder „falsch" ist.[1]

[1] 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.	☐	☐	☐	☐
2	Normalerweise bleibe ich ruhig, wenn andere Leute ängstlich sind.	☐	☐	☐	☐
3	Ich gebe mein Geld lieber direkt aus als es zu sparen.	☐	☐	☐	☐
4	Ich langweile mich schnell, wenn zu wenig passiert.	☐	☐	☐	☐
5	Ich habe wahrscheinlich häufiger als die meisten anderen Menschen die Schule oder die Arbeit abgebrochen.	☐	☐	☐	☐
6	Mir fällt es leicht, andere zu beeindrucken und zu verführen, um das zu bekommen was ich von ihnen will.	☐	☐	☐	☐
7	Es macht Spaß, Geschichten zu erfinden und andere dazu zu bringen auch daran zu glauben.	☐	☐	☐	☐
8	Ich habe die Fähigkeit weder Schuldgefühle noch Bedauern über Dinge zu empfinden, für die sich andere Menschen schuldig fühlen würden.	☐	☐	☐	☐
9	Ich halte mich für einen ziemlich impulsiven Menschen.	☐	☐	☐	☐
10	Ich bin in fast allem besser als alle anderen.	☐	☐	☐	☐
11	Ich kann Leute dazu bringen mir fast alles zu glauben.	☐	☐	☐	☐
12	Ich glaube, dass Weinen ein Zeichen von Schwäche ist, auch wenn dich dabei niemand sieht.	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐
14	Ich kann Menschen betrügen, indem ich meinen Charme und mein Lächeln einsetze.	☐	☐	☐	☐
15	Es gelingt mir gut, dass Menschen an mich glauben, wenn ich irgendetwas erfinde.	☐	☐	☐	☐
16	Ich bin oft zu spät zur Arbeit oder zur Schule gekommen.	☐	☐	☐	☐
17	Wenn andere Menschen Probleme haben, ist es oft ihre eigene Schuld, daher sollte man ihnen nicht helfen.	☐	☐	☐	☐
18	Es passiert oft, dass ich zuerst rede und dann erst nachdenke.	☐	☐	☐	☐
19	Ich habe viel größere Fähigkeiten als andere Leute.	☐	☐	☐	☐
20	Es fällt mir leicht, Menschen zu manipulieren.	☐	☐	☐	☐

		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.	☐	☐	☐	☐
22	Ich mache gerne Dinge nur wegen des Nervenkitzels.	☐	☐	☐	☐
23	Es ist mir wichtig, die Gefühle anderer Menschen nicht zu verletzen.	☐	☐	☐	☐
24	Manchmal lüge ich, nur weil es Spaß macht.	☐	☐	☐	☐
25	Nervös und ängstlich zu sein, ist ein Zeichen von Schwäche.	☐	☐	☐	☐
26	Wenn ich die Möglichkeit habe etwas zu tun, was Spaß macht, tue ich es, egal was ich vorher gemacht habe.	☐	☐	☐	☐
27	Wenn mich jemand etwas fragt, habe ich normalerweise eine schnelle Antwort, die glaubhaft klingt, auch wenn ich sie mir gerade erst ausgedacht habe.	☐	☐	☐	☐
28	Wenn jemand einen Fehler von mir herausbekommen hat, ärgere ich mich eher als dass ich mich schuldig fühle.	☐	☐	☐	☐
29	Mir wird es schnell langweilig, immer wieder dasselbe zu tun.	☐	☐	☐	☐
30	Wenn ich die Verantwortung hätte, wäre die Welt besser.	☐	☐	☐	☐
31	Um Menschen dazu zu bringen, das zu tun, was ich will, finde ich es oft wirksam, sie zu betrügen.	☐	☐	☐	☐
32	Es passiert mir oft, dass ich Dinge tue, ohne voraus zu denken.	☐	☐	☐	☐
33	Ich bin ziemlich oft charmant und nett auch gegenüber Menschen, die ich nicht mag, um das zu bekommen, was ich will.	☐	☐	☐	☐
34	Es ist mehrmals vorgekommen, dass ich etwas ausgeliehen und es dann verloren habe.	☐	☐	☐	☐
35	Ich bin oft traurig oder bewegt, wenn ich traurige Dinge im Fernsehen oder im Kino sehe.	☐	☐	☐	☐
36	Was anderen Angst macht, ängstigt mich normalerweise nicht.	☐	☐	☐	☐
37	Ich bin wichtiger und wertvoller als andere Menschen.	☐	☐	☐	☐
38	Wenn es nötig ist, benütze ich mein Lächeln und meinen Charme, um andere zu benützen.	☐	☐	☐	☐
39	Ich verstehe nicht, wie Menschen von Dingen, die sie im Fernsehen oder im Kino sehen so berührt sind, dass sie darüber weinen.	☐	☐	☐	☐
40	Oft bin ich meinen Pflichten in der Schule oder bei der Arbeit nicht rechtzeitig nachgekommen.	☐	☐	☐	☐

		stimmt überhaupt nicht	stimmt kaum	stimmt ein wenig	stimmt genau
41	Ich bin dazu bestimmt, eine bekannte, wichtige und einflussreiche Person zu werden.	☐	☐	☐	☐
42	Ich liebe es, aufregende und gefährliche Dinge zu tun, auch wenn sie verboten und illegal sind.	☐	☐	☐	☐
43	Manchmal merke ich, dass ich lüge, ohne dass es einen besonderen Grund gibt.	☐	☐	☐	☐
44	Schuld oder Reue über etwas zu empfinden, was man getan hat und was andere Menschen verletzt hat, ist ein Zeichen von Schwäche.	☐	☐	☐	☐
45	Ich lasse mich durch meine Gefühle nicht so stark beeinflussen, wie das andere Menschen tun.	☐	☐	☐	☐
46	Es ist vorgekommen, dass ich jemanden benutzt habe, um etwas zu bekommen, was ich haben wollte.	☐	☐	☐	☐
47	Ich liebe es zu übertreiben und Dinge auszuschmücken, wenn ich über etwas rede.	☐	☐	☐	☐
48	Schuld und Bedauern zu empfinden, wenn man etwas falsch gemacht hat, ist Zeitverschwendung.	☐	☐	☐	☐
49	Ich werde gewöhnlich traurig, wenn ich andere Menschen sehe, die weinen oder traurig sind.	☐	☐	☐	☐
50	Ich habe oft Probleme gekriegt, weil ich zu viel gelogen habe.	☐	☐	☐	☐

Barratt-Impulsiveness-Scala (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.	☐	☐	☐	☐
2	Ich tue Dinge, ohne darüber nachzudenken.	☐	☐	☐	☐
3.	Ich bin entschlussfreudig.	☐	☐	☐	☐
4.	Ich bin sorglos.	☐	☐	☐	☐
5.	Ich passe nicht auf.	☐	☐	☐	☐
6.	Gedanken rasen durch meinen Kopf.	☐	☐	☐	☐
7.	Ich plane einen Ausflug rechtzeitig im voraus.	☐	☐	☐	☐
8.	Ich bin beherrscht.	☐	☐	☐	☐
9	Ich kann mich leicht konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
10.	Ich spare mein Geld.	☐	☐	☐	☐
11.	Ich drücke mich vor Theaterbesuchen oder Vorträgen.	☐	☐	☐	☐
12.	Ich bin ein gründlicher Denker.	☐	☐	☐	☐
13.	Ich kümmere mich um Sicherheit am Arbeitsplatz.	☐	☐	☐	☐
14	Ich sage Dinge ohne darüber nachzudenken.	☐	☐	☐	☐
15	Ich mag es, über schwierige Probleme nachzudenken	☐	☐	☐	☐
16	Ich wechsle meine Jobs	☐	☐	☐	☐
17	Ich handle impulsiv	☐	☐	☐	☐
18	Mir wird schnell langweilig, wenn ich über ein Problem nachdenke.	☐	☐	☐	☐
19	Ich folge meinen augenblicklichen Eingebungen	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐
21.	Ich wechsle meine Wohnung.	☐	☐	☐	☐
22.	Ich kaufe Sachen spontan.	☐	☐	☐	☐
23.	Ich kann nicht über zwei Dinge gleichzeitig nachdenken.	☐	☐	☐	☐
24	Ich wechsele meine Hobbys.	☐	☐	☐	☐
25.	Ich gebe mehr Geld aus, als ich verdiene.	☐	☐	☐	☐
26.	Wenn ich nachdenke, kommen mir oft nebensächliche Gedanken in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
27.	Ich kümmere mich mehr um die Gegenwart als um die Zukunft.	☐	☐	☐	☐
28.	Im Theater oder bei Vorträgen werde ich unruhig.	☐	☐	☐	☐
29.	Ich mag Puzzles und Geduldspiele.	☐	☐	☐	☐
30.	Ich bin zukunftsorientiert.	☐	☐	☐	☐

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

Ergebnistabellen (Auszug)

Altersunterschiede in den Bildungsgruppen im 1. MZ

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,290	,597	,036	18	,972	,133	3,707	-7,655	7,922
	Equal variances not assumed			,041	8,970	,968	,133	3,237	-7,193	7,460
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,599	,449	-,183	18	,857	-,533	2,918	-6,665	5,598
	Equal variances not assumed			-,155	5,491	,882	-,533	3,441	-9,146	8,079
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,412	,529	,016	18	,987	,067	4,106	-8,559	8,692
	Equal variances not assumed			,019	9,025	,986	,067	3,575	-8,018	8,151
soz. Probleme	Equal variances assumed	,051	,824	,729	18	,476	2,867	3,935	-5,399	11,133
	Equal variances not assumed			,757	7,362	,473	2,867	3,788	-6,002	11,736
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	2,702	,118	1,559	18	,136	6,667	4,276	-2,317	15,650
	Equal variances not assumed			2,071	13,042	,059	6,667	3,219	-,286	13,619
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	5,554	,030	-,066	18	,948	-,267	4,013	-8,697	8,164
	Equal variances not assumed			-,047	4,630	,965	-,267	5,693	-15,260	14,727
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	4,091	,058	-,765	18	,454	-3,200	4,183	-11,987	5,587
	Equal variances not assumed			-,619	5,219	,562	-3,200	5,171	-16,327	9,927
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,719	,408	1,507	18	,149	6,867	4,558	-2,709	16,442
	Equal variances not assumed			1,720	8,906	,120	6,867	3,993	-2,180	15,913
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,130	,723	,042	18	,967	,200	4,749	-9,778	10,178
	Equal variances not assumed			,045	7,736	,965	,200	4,453	-10,129	10,529
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,255	,620	,928	18	,366	4,933	5,318	-6,239	16,106
	Equal variances not assumed			,884	6,391	,409	4,933	5,579	-8,519	18,386
Gesamt	Equal variances assumed	,405	,533	,932	18	,364	4,400	4,723	-5,522	14,322
	Equal variances not assumed			,815	5,697	,448	4,400	5,396	-8,976	17,776

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,038	,848	1,897	11	,084	8,625	4,547	-1,384	18,634
	Equal variances not assumed			1,953	9,445	,081	8,625	4,416	-1,294	18,544
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,849	,377	1,785	11	,102	7,075	3,963	-1,648	15,798
	Equal variances not assumed			1,968	10,885	,075	7,075	3,595	-,849	14,999
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,174	,685	1,282	11	,226	5,850	4,563	-4,193	15,893
	Equal variances not assumed			1,271	8,404	,238	5,850	4,601	-4,673	16,373
soz. Probleme	Equal variances assumed	,376	,552	1,991	11	,072	6,800	3,415	-,717	14,317
	Equal variances not assumed			2,094	10,000	,063	6,800	3,248	-,436	14,036
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,146	,710	1,473	11	,169	7,600	5,160	-3,757	18,957
	Equal variances not assumed			1,567	10,275	,147	7,600	4,850	-3,168	18,368
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,169	,689	,977	11	,350	4,575	4,684	-5,735	14,885
	Equal variances not assumed			1,008	9,498	,339	4,575	4,541	-5,615	14,765
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,010	,922	-,903	11	,386	-3,575	3,960	-12,290	5,140
	Equal variances not assumed			-,890	8,251	,399	-3,575	4,015	-12,786	5,636
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	1,283	,281	1,301	11	,220	4,000	3,075	-2,768	10,768
	Equal variances not assumed			1,453	10,983	,174	4,000	2,753	-2,060	10,060
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,713	,417	2,118	11	,058	12,700	5,996	-,497	25,897
	Equal variances not assumed			1,894	5,987	,107	12,700	6,705	-3,716	29,116
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	2,358	,153	,088	11	,932	,425	4,846	-10,240	11,090
	Equal variances not assumed			,104	10,376	,920	,425	4,105	-8,677	9,527
Gesamt	Equal variances assumed	2,691	,129	1,618	11	,134	5,750	3,554	-2,072	13,572
	Equal variances not assumed			1,872	10,792	,089	5,750	3,071	-1,026	12,526

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

TRF		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	2,112	,164	-3,169	17	,006	-7,471	2,358	-12,446	-2,497
	Equal variances not assumed			-2,443	4,986	,059	-7,471	3,058	-15,340	,397
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,612	,445	,421	17	,679	1,643	3,901	-6,588	9,874
	Equal variances not assumed			,396	6,382	,705	1,643	4,154	-8,375	11,661
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	1,498	,238	-,244	17	,810	-,914	3,743	-8,812	6,984
	Equal variances not assumed			-,276	9,091	,789	-,914	3,317	-8,405	6,577
soz. Probleme	Equal variances assumed	,147	,706	-1,035	17	,315	-3,871	3,739	-11,761	4,018
	Equal variances not assumed			-1,009	6,775	,348	-3,871	3,838	-13,007	5,265
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,942	,345	-,554	17	,587	-2,129	3,845	-10,240	5,983
	Equal variances not assumed			-,503	6,064	,633	-2,129	4,236	-12,466	8,209
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,070	,794	-,769	17	,453	-2,671	3,475	-10,002	4,659
	Equal variances not assumed			-,745	6,719	,481	-2,671	3,584	-11,218	5,875
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,034	,855	,151	17	,882	,671	4,443	-8,702	10,044
	Equal variances not assumed			,154	7,359	,882	,671	4,353	-9,521	10,864
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,760	,395	1,355	17	,193	6,186	4,566	-3,447	15,818
	Equal variances not assumed			1,757	12,938	,102	6,186	3,520	-1,422	13,794
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,630	,219	-1,028	17	,318	-3,471	3,377	-10,596	3,653
	Equal variances not assumed			-1,196	9,765	,260	-3,471	2,903	-9,961	3,018
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,441	,516	,859	17	,402	4,143	4,821	-6,029	14,314
	Equal variances not assumed			1,059	11,313	,312	4,143	3,911	-4,437	12,722
Gesamt	Equal variances assumed	,886	,360	-,207	17	,839	-,943	4,560	-10,564	8,679
	Equal variances not assumed			-,238	9,557	,817	-,943	3,956	-9,813	7,927

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

TRF		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	1,206	,304	-,729	8	,487	-7,200	9,870	-29,961	15,561
	Equal variances not assumed			-,729	6,660	,491	-7,200	9,870	-30,783	16,383
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	26,678	,004	-1,461	5	,204	-8,100	5,546	-22,356	6,156
	Equal variances not assumed			-,844	1,044	,549	-8,100	9,603	-118,659	102,459
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	30,830	,003	-,916	5	,401	-7,600	8,293	-28,917	13,717
	Equal variances not assumed			-,572	1,092	,663	-7,600	13,291	-146,268	131,068
soz. Probleme	Equal variances assumed	2,282	,175	-2,224	7	,062	-14,700	6,611	-30,332	,932
	Equal variances not assumed			-2,020	3,704	,119	-14,700	7,277	-35,557	6,157
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	1,248	,315	-,346	5	,744	-2,800	8,101	-23,625	18,025
	Equal variances not assumed			-,263	1,281	,829	-2,800	10,651	-84,709	79,109
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	3,577	,095	,611	8	,558	2,600	4,254	-7,211	12,411
	Equal variances not assumed			,611	6,521	,562	2,600	4,254	-7,612	12,812
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	14,129	,009	-,625	6	,555	-4,933	7,899	-24,261	14,394
	Equal variances not assumed			-,471	2,115	,682	-4,933	10,480	-47,749	37,883
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,050	,829	-1,612	8	,146	-5,200	3,225	-12,637	2,237
	Equal variances not assumed			-1,612	7,915	,146	-5,200	3,225	-12,651	2,251
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,085	,778	,053	8	,959	,400	7,609	-17,147	17,947
	Equal variances not assumed			,053	7,366	,959	,400	7,609	-17,413	18,213
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,916	,367	-1,719	8	,124	-7,000	4,072	-16,390	2,390
	Equal variances not assumed			-1,719	6,760	,131	-7,000	4,072	-16,698	2,698
Gesamt	Equal variances assumed	,337	,578	-,477	8	,646	-2,200	4,615	-12,843	8,443
	Equal variances not assumed			-,477	7,993	,646	-2,200	4,615	-12,844	8,444

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	2,813	,112	1,671	17	,113	2,757	1,650	-,723	6,237
	Equal variances not assumed			1,234	4,787	,274	2,757	2,235	-3,066	8,580
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	,791	,386	,873	17	,395	,929	1,064	-1,317	3,174
	Equal variances not assumed			,747	5,601	,485	,929	1,244	-2,168	4,025
Kognitive Impulsivität	Equal variances assumed	5,623	,030	1,577	17	,133	3,686	2,337	-1,245	8,616
	Equal variances not assumed			1,102	4,571	,325	3,686	3,345	-5,162	12,533
Motorik	Equal variances assumed	,348	,563	1,776	17	,094	4,286	2,414	-,807	9,378
	Equal variances not assumed			1,440	5,258	,207	4,286	2,976	-3,254	11,825
Ausdauer	Equal variances assumed	,133	,720	-,607	17	,552	-,571	,941	-2,556	1,413
	Equal variances not assumed			-,624	7,452	,551	-,571	,916	-2,711	1,568
motorische Impulsivität	Equal variances assumed	1,488	,239	1,363	17	,191	3,714	2,724	-2,034	9,462
	Equal variances not assumed			1,018	4,835	,357	3,714	3,650	-5,766	13,195
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	5,762	,028	,198	17	,845	,529	2,663	-5,090	6,147
	Equal variances not assumed			,142	4,655	,893	,529	3,727	-9,268	10,325
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	1,127	,303	,987	17	,337	1,714	1,736	-1,949	5,378
	Equal variances not assumed			,763	5,001	,480	1,714	2,246	-4,058	7,487
Voraussicht	Equal variances assumed	4,078	,059	,600	17	,556	2,243	3,736	-5,640	10,126
	Equal variances not assumed			,406	4,461	,703	2,243	5,522	-12,484	16,969
Gesamtwert	Equal variances assumed	5,554	,031	1,281	17	,217	9,643	7,526	-6,235	25,521
	Equal variances not assumed			,811	4,264	,460	9,643	11,885	-22,567	41,852

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

YPI		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
unehrenhafter Charm	Equal variances assumed	,133	,720	-,154	17	,880	-,286	1,861	-4,212	3,640
	Equal variances not assumed			-,151	6,859	,885	-,286	1,896	-4,788	4,216
hochtrabend	Equal variances assumed	6,017	,025	1,427	17	,172	2,771	1,942	-1,326	6,869
	Equal variances not assumed			1,981	15,267	,066	2,771	1,399	-,206	5,748
Lügen	Equal variances assumed	,016	,900	,829	17	,419	1,829	2,205	-2,824	6,482
	Equal variances not assumed			,809	6,790	,446	1,829	2,260	-3,550	7,207
manipulativ	Equal variances assumed	,061	,809	,752	17	,463	1,657	2,205	-2,995	6,309
	Equal variances not assumed			,769	7,392	,466	1,657	2,155	-3,385	6,700
hochtrabend - manipulativ	Equal variances assumed	,701	,414	,802	17	,433	5,971	7,442	-9,730	21,672
	Equal variances not assumed			,839	7,718	,427	5,971	7,115	-10,541	22,483
hartherzig	Equal variances assumed	,173	,683	,353	17	,729	,857	2,430	-4,269	5,983
	Equal variances not assumed			,337	6,546	,747	,857	2,546	-5,249	6,963
unemotional	Equal variances assumed	3,469	,080	,506	17	,620	,643	1,271	-2,039	3,325
	Equal variances not assumed			,368	4,730	,729	,643	1,746	-3,924	5,209
verhärtet	Equal variances assumed	,645	,433	,511	17	,616	,786	1,539	-2,461	4,033
	Equal variances not assumed			,401	5,080	,705	,786	1,960	-4,229	5,800
abgestumpft-gleichgültig	Equal variances assumed	,501	,488	,538	17	,597	2,286	4,245	-6,671	11,243
	Equal variances not assumed			,430	5,169	,685	2,286	5,318	-11,250	15,822
Sensationssucht	Equal variances assumed	1,715	,208	1,289	17	,215	2,286	1,773	-1,455	6,026
	Equal variances not assumed			1,051	5,288	,339	2,286	2,175	-3,215	7,787
Impulsivnes	Equal variances assumed	,781	,389	1,112	17	,281	2,357	2,119	-2,113	6,828
	Equal variances not assumed			,977	5,796	,367	2,357	2,412	-3,596	8,310
verantwortungslos	Equal variances assumed	,187	,671	-,593	17	,561	-1,329	2,240	-6,054	3,396
	Equal variances not assumed			-,521	5,797	,622	-1,329	2,549	-7,619	4,962
impulsivnes-verantwortungs	Equal variances assumed	1,412	,251	,633	17	,535	3,314	5,237	-7,736	14,364
	Equal variances not assumed			,503	5,140	,636	3,314	6,595	-13,501	20,130

Altersunterschiede in den Geschlechtsgruppen im 1. MZ

Independent Samples Test - CBCL - Jungen

CBCL		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,000	,992	,266	23	,793	,924	3,472	-6,259	8,107
	Equal variances not assumed			,264	16,258	,795	,924	3,505	-6,497	8,344
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	2,197	,152	-,821	23	,420	-2,306	2,809	-8,116	3,505
	Equal variances not assumed			-,729	11,941	,480	-2,306	3,162	-9,198	4,587
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	6,006	,022	1,217	23	,236	4,083	3,355	-2,857	11,023
	Equal variances not assumed			1,440	22,946	,163	4,083	2,836	-1,783	9,950
soz. Probleme	Equal variances assumed	,312	,582	,529	23	,602	2,104	3,976	-6,120	10,328
	Equal variances not assumed			,523	16,155	,608	2,104	4,021	-6,414	10,623
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	1,468	,238	,617	23	,544	1,924	3,120	-4,530	8,377
	Equal variances not assumed			,670	20,943	,510	1,924	2,870	-4,047	7,894
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,299	,590	,818	23	,422	2,708	3,313	-4,144	9,561
	Equal variances not assumed			,845	18,382	,409	2,708	3,206	-4,017	9,433
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,701	,411	-,827	23	,417	-2,861	3,460	-10,018	4,296
	Equal variances not assumed			-,865	18,990	,398	-2,861	3,309	-9,788	4,066
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	1,099	,305	,860	23	,399	3,243	3,771	-4,557	11,043
	Equal variances not assumed			,925	20,416	,366	3,243	3,508	-4,064	10,550
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	2,159	,155	,107	23	,916	,486	4,558	-8,943	9,916
	Equal variances not assumed			,120	22,327	,906	,486	4,052	-7,910	8,882
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,236	,278	,209	23	,836	,861	4,117	-7,656	9,379
	Equal variances not assumed			,222	19,880	,826	,861	3,871	-7,217	8,939
Gesamt	Equal variances assumed	2,383	,136	,758	23	,456	3,056	4,029	-5,278	11,390
	Equal variances not assumed			,834	21,451	,414	3,056	3,665	-4,557	10,668

Independent Samples Test - CBCL - Mädchen

CBCL		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,803	,383	-,401	17	,694	-1,678	4,188	-10,514	7,158
	Equal variances not assumed			-,406	16,782	,690	-1,678	4,136	-10,413	7,058
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,648	,432	1,151	17	,266	4,500	3,909	-3,747	12,747
	Equal variances not assumed			1,158	17,000	,263	4,500	3,885	-3,697	12,697
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,545	,470	,125	17	,902	,467	3,735	-7,414	8,348
	Equal variances not assumed			,128	15,882	,900	,467	3,659	-7,295	8,229
soz. Probleme	Equal variances assumed	,000	,998	-,101	17	,921	-,411	4,090	-9,040	8,218
	Equal variances not assumed			-,100	16,318	,922	-,411	4,111	-9,113	8,291
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,234	,635	,507	17	,618	2,300	4,532	-7,262	11,862
	Equal variances not assumed			,506	16,502	,620	2,300	4,548	-7,318	11,918
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,366	,554	-1,741	16	,101	-7,000	4,021	-15,524	1,524
	Equal variances not assumed			-1,741	15,125	,102	-7,000	4,021	-15,564	1,564
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,019	,892	,769	16	,453	3,222	4,189	-5,658	12,103
	Equal variances not assumed			,769	15,948	,453	3,222	4,189	-5,661	12,105
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	2,713	,118	1,009	17	,327	3,522	3,491	-3,844	10,889
	Equal variances not assumed			1,035	15,114	,317	3,522	3,404	-3,729	10,774
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,433	,519	,358	17	,725	1,667	4,659	-8,163	11,497
	Equal variances not assumed			,363	16,678	,721	1,667	4,595	-8,043	11,376
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,205	,656	1,256	17	,226	4,756	3,785	-3,231	12,742
	Equal variances not assumed			1,261	16,956	,225	4,756	3,773	-3,205	12,716
Gesamt	Equal variances assumed	,008	,930	,659	17	,519	2,411	3,660	-5,312	10,134
	Equal variances not assumed			,659	16,797	,519	2,411	3,660	-5,318	10,141

Independent Samples Test - YSR - Jungen

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,631	,435	1,528	22	,141	4,289	2,806	-1,531	10,109
	Equal variances not assumed			1,712	21,894	,101	4,289	2,506	-,909	9,487
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	2,301	,144	,672	22	,509	1,822	2,711	-3,801	7,445
	Equal variances not assumed			,739	21,507	,468	1,822	2,465	-3,296	6,940
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	1,571	,223	,769	22	,450	2,511	3,264	-4,258	9,280
	Equal variances not assumed			,845	21,463	,407	2,511	2,972	-3,660	8,683
soz. Probleme	Equal variances assumed	,311	,582	1,797	22	,086	5,178	2,881	-,797	11,153
	Equal variances not assumed			1,772	16,245	,095	5,178	2,922	-1,009	11,365
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,124	,728	1,478	22	,154	5,200	3,519	-2,098	12,498
	Equal variances not assumed			1,522	18,556	,145	5,200	3,417	-1,964	12,364
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,086	,773	1,554	22	,134	4,689	3,016	-1,567	10,945
	Equal variances not assumed			1,505	15,319	,153	4,689	3,116	-1,940	11,318
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,000	,989	-1,302	22	,206	-3,622	2,781	-9,390	2,145
	Equal variances not assumed			-1,304	17,043	,210	-3,622	2,778	-9,482	2,238
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,010	,921	,887	22	,385	3,667	4,132	-4,904	12,237
	Equal variances not assumed			,877	16,381	,393	3,667	4,180	-5,178	12,512
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,468	,239	1,101	22	,283	4,022	3,652	-3,552	11,596
	Equal variances not assumed			1,256	21,994	,222	4,022	3,203	-2,621	10,665
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,442	,513	,205	22	,840	,933	4,564	-8,532	10,398
	Equal variances not assumed			,212	18,846	,835	,933	4,408	-8,298	10,164
Gesamt	Equal variances assumed	,672	,421	1,197	22	,244	4,111	3,434	-3,011	11,233
	Equal variances not assumed			1,247	19,146	,228	4,111	3,298	-2,788	11,010

Independent Samples Test - YSR - Mädchen

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,631	,435	1,528	22	,141	4,289	2,806	-1,531	10,109
	Equal variances not assumed			1,712	21,894	,101	4,289	2,506	-,909	9,487
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	2,301	,144	,672	22	,509	1,822	2,711	-3,801	7,445
	Equal variances not assumed			,739	21,507	,468	1,822	2,465	-3,296	6,940
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	1,571	,223	,769	22	,450	2,511	3,264	-4,258	9,280
	Equal variances not assumed			,845	21,463	,407	2,511	2,972	-3,660	8,683
soz. Probleme	Equal variances assumed	,311	,582	1,797	22	,086	5,178	2,881	-,797	11,153
	Equal variances not assumed			1,772	16,245	,095	5,178	2,922	-1,009	11,365
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,124	,728	1,478	22	,154	5,200	3,519	-2,098	12,498
	Equal variances not assumed			1,522	18,556	,145	5,200	3,417	-1,964	12,364
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,086	,773	1,554	22	,134	4,689	3,016	-1,567	10,945
	Equal variances not assumed			1,505	15,319	,153	4,689	3,116	-1,940	11,318
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,000	,989	-1,302	22	,206	-3,622	2,781	-9,390	2,145
	Equal variances not assumed			-1,304	17,043	,210	-3,622	2,778	-9,482	2,238
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,010	,921	,887	22	,385	3,667	4,132	-4,904	12,237
	Equal variances not assumed			,877	16,381	,393	3,667	4,180	-5,178	12,512
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,468	,239	1,101	22	,283	4,022	3,652	-3,552	11,596
	Equal variances not assumed			1,256	21,994	,222	4,022	3,203	-2,621	10,665
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,442	,513	,205	22	,840	,933	4,564	-8,532	10,398
	Equal variances not assumed			,212	18,846	,835	,933	4,408	-8,298	10,164
Gesamt	Equal variances assumed	,672	,421	1,197	22	,244	4,111	3,434	-3,011	11,233
	Equal variances not assumed			1,247	19,146	,228	4,111	3,298	-2,788	11,010

Independent Samples Test -TRF - Jungen

TRF		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	5,578	,030	-1,814	18	,086	-8,593	4,738	-18,547	1,360
	Equal variances not assumed			-1,409	6,851	,202	-8,593	6,097	-23,075	5,888
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,044	,836	-,805	15	,433	-3,481	4,322	-12,693	5,731
	Equal variances not assumed			-,831	5,261	,442	-3,481	4,189	-14,091	7,130
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,860	,368	-,084	15	,934	-,365	4,344	-9,624	8,894
	Equal variances not assumed			-,087	5,254	,934	-,365	4,214	-11,044	10,313
soz. Probleme	Equal variances assumed	4,962	,040	-1,961	17	,067	-8,244	4,205	-17,114	,627
	Equal variances not assumed			-1,549	6,238	,171	-8,244	5,323	-21,150	4,663
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,007	,933	-,309	15	,762	-1,212	3,923	-9,572	7,149
	Equal variances not assumed			-,298	4,749	,779	-1,212	4,072	-11,848	9,425
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,981	,335	,843	18	,411	2,582	3,065	-3,857	9,022
	Equal variances not assumed			,885	14,243	,391	2,582	2,917	-3,665	8,830
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	5,980	,026	-,813	16	,428	-3,600	4,429	-12,988	5,788
	Equal variances not assumed			-,601	4,764	,575	-3,600	5,993	-19,237	12,037
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	1,022	,325	,910	18	,375	4,220	4,638	-5,524	13,964
	Equal variances not assumed			1,051	17,546	,307	4,220	4,014	-4,229	12,668
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,204	,657	,584	18	,567	2,308	3,955	-6,000	10,616
	Equal variances not assumed			,554	10,731	,591	2,308	4,167	-6,892	11,507
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,563	,227	,241	18	,812	1,165	4,836	-8,996	11,326
	Equal variances not assumed			,280	17,654	,783	1,165	4,164	-7,596	9,926
Gesamt	Equal variances assumed	,681	,420	,666	18	,514	2,901	4,354	-6,246	12,048
	Equal variances not assumed			,704	14,475	,492	2,901	4,120	-5,908	11,710

Independent Samples Test - TRF - Mädchen

TRF		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,550	,477	-1,623	9	,139	-8,833	5,442	-21,143	3,477
	Equal variances not assumed			-1,614	8,426	,143	-8,833	5,474	-21,345	3,679
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,942	,357	,259	9	,801	1,100	4,247	-8,507	10,707
	Equal variances not assumed			,250	6,892	,810	1,100	4,406	-9,351	11,551
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,005	,945	-1,307	9	,224	-6,233	4,768	-17,020	4,553
	Equal variances not assumed			-1,287	7,993	,234	-6,233	4,843	-17,403	4,936
soz. Probleme	Equal variances assumed	,072	,794	-,782	9	,455	-3,767	4,819	-14,668	7,135
	Equal variances not assumed			-,782	8,645	,455	-3,767	4,819	-14,736	7,203
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,671	,434	-,960	9	,362	-5,533	5,766	-18,578	7,511
	Equal variances not assumed			-,944	7,959	,373	-5,533	5,861	-19,061	7,994
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,467	,511	-,402	9	,697	-1,667	4,143	-11,039	7,706
	Equal variances not assumed			-,409	8,987	,692	-1,667	4,076	-10,889	7,555
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,171	,689	1,232	9	,249	7,567	6,142	-6,328	21,461
	Equal variances not assumed			1,268	8,930	,237	7,567	5,968	-5,951	21,084
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	4,429	,065	1,207	9	,258	4,700	3,895	-4,110	13,510
	Equal variances not assumed			1,301	6,644	,237	4,700	3,613	-3,938	13,338
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,059	,814	-1,547	9	,156	-7,700	4,978	-18,961	3,561
	Equal variances not assumed			-1,530	8,217	,164	-7,700	5,032	-19,251	3,851
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	3,012	,117	1,280	9	,233	5,967	4,663	-4,581	16,514
	Equal variances not assumed			1,363	7,430	,213	5,967	4,378	-4,266	16,199
Gesamt	Equal variances assumed	2,998	,117	-,468	9	,651	-2,167	4,633	-12,647	8,314
	Equal variances not assumed			-,495	7,759	,634	-2,167	4,374	-12,307	7,974

Independent Samples Test - BIS-11 - Jungen

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	,124	,728	,840	19	,411	1,356	1,614	-2,023	4,734
	Equal variances not assumed			,795	12,474	,442	1,356	1,706	-2,345	5,057
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	,004	,951	,834	19	,415	,731	,877	-1,104	2,566
	Equal variances not assumed			,802	13,189	,437	,731	,911	-1,234	2,696
Kognitive Impulsivität	Equal variances assumed	,731	,403	,975	19	,342	2,087	2,140	-2,394	6,567
	Equal variances not assumed			,875	10,495	,401	2,087	2,386	-3,196	7,369
Motorik	Equal variances assumed	,149	,703	,642	19	,529	1,423	2,218	-3,219	6,066
	Equal variances not assumed			,593	11,537	,565	1,423	2,400	-3,830	6,676
Ausdauer	Equal variances assumed	1,067	,315	-,538	19	,597	-,356	,662	-1,740	1,029
	Equal variances not assumed			-,588	18,660	,563	-,356	,605	-1,623	,911
motorische Impulsivität	Equal variances assumed	,448	,511	,451	19	,657	1,067	2,366	-3,884	6,019
	Equal variances not assumed			,410	10,908	,690	1,067	2,605	-4,672	6,807
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	1,039	,321	,173	19	,864	,337	1,940	-3,724	4,397
	Equal variances not assumed			,155	10,388	,880	,337	2,169	-4,473	5,146
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	,001	,970	,406	19	,689	,538	1,325	-2,235	3,312
	Equal variances not assumed			,383	12,326	,708	,538	1,405	-2,514	3,591
Voraussicht	Equal variances assumed	1,976	,176	,329	19	,746	,875	2,658	-4,689	6,439
	Equal variances not assumed			,281	9,046	,785	,875	3,114	-6,164	7,914
Gesamtwert_BIS	Equal variances assumed	,007	,935	,135	20	,894	,598	4,448	-8,679	9,876
	Equal variances not assumed			,130	15,335	,898	,598	4,594	-9,174	10,371

Independent Samples Test - BIS-11 - Mädchen

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	,324	,576	,418	17	,681	,568	1,358	-2,296	3,433
	Equal variances not assumed			,443	16,998	,664	,568	1,284	-2,140	3,277
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	,437	,517	-,404	17	,691	-,375	,928	-2,334	1,584
	Equal variances not assumed			-,381	11,840	,710	-,375	,983	-2,520	1,770
Kognitive Impulsivität	Equal variances assumed	,002	,968	,108	17	,915	,193	1,787	-3,578	3,964
	Equal variances not assumed			,107	14,754	,916	,193	1,803	-3,655	4,041
Motorik	Equal variances assumed	,140	,713	1,664	17	,114	2,591	1,557	-,694	5,876
	Equal variances not assumed			1,723	16,734	,103	2,591	1,504	-,586	5,768
Ausdauer	Equal variances assumed	,252	,622	-1,030	17	,318	-,875	,850	-2,668	,918
	Equal variances not assumed			-1,059	16,540	,305	-,875	,826	-2,622	,872
motorische Impulsivität	Equal variances assumed	,288	,598	,899	17	,381	1,716	1,908	-2,311	5,742
	Equal variances not assumed			,954	16,984	,354	1,716	1,799	-2,080	5,512
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	,726	,406	,871	17	,396	1,102	1,265	-1,567	3,772
	Equal variances not assumed			,831	12,444	,422	1,102	1,326	-1,776	3,980
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	,017	,899	,941	17	,360	1,273	1,353	-1,582	4,128
	Equal variances not assumed			,930	14,615	,367	1,273	1,368	-1,650	4,196
Voraussicht	Equal variances assumed	,813	,380	1,031	17	,317	2,375	2,304	-2,485	7,235
	Equal variances not assumed			1,013	14,214	,328	2,375	2,345	-2,647	7,397
Gesamtwert_BIS	Equal variances assumed	,043	,838	,938	17	,361	4,284	4,568	-5,353	13,921
	Equal variances not assumed			,978	16,895	,342	4,284	4,379	-4,959	13,527

Geschlechtsunterschiede im 1. MZ

Independent Samples Test - CBCL

CBCL		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,031	,861	-,160	42	,873	-,415	2,584	-5,630	4,800
	Equal variances not assumed			-,159	37,045	,875	-,415	2,615	-5,713	4,884
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	2,378	,131	-1,429	42	,161	-3,288	2,302	-7,934	1,357
	Equal variances not assumed			-1,381	33,173	,177	-3,288	2,381	-8,133	1,556
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,236	,630	,287	42	,776	,701	2,446	-4,234	5,636
	Equal variances not assumed			,288	39,457	,775	,701	2,436	-4,224	5,626
soz. Probleme	Equal variances assumed	,357	,553	-,801	42	,428	-2,215	2,765	-7,795	3,366
	Equal variances not assumed			-,810	40,391	,423	-2,215	2,734	-7,738	3,309
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	1,226	,274	-1,204	42	,236	-3,091	2,568	-8,273	2,092
	Equal variances not assumed			-1,160	32,722	,254	-3,091	2,663	-8,511	2,330
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,466	,499	,219	41	,828	,567	2,591	-4,666	5,799
	Equal variances not assumed			,214	33,659	,832	,567	2,649	-4,819	5,952
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,250	,620	-,890	41	,379	-2,331	2,619	-7,621	2,958
	Equal variances not assumed			-,881	35,360	,384	-2,331	2,646	-7,702	3,040
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,273	,604	1,126	42	,267	2,888	2,566	-2,289	8,066
	Equal variances not assumed			1,152	41,475	,256	2,888	2,507	-2,172	7,949
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,292	,592	-,320	42	,750	-1,011	3,156	-7,379	5,358
	Equal variances not assumed			-,324	40,347	,748	-1,011	3,121	-7,316	5,295
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,010	,921	,177	42	,860	,493	2,783	-5,123	6,108
	Equal variances not assumed			,181	41,240	,858	,493	2,727	-5,014	5,999
Gesamt	Equal variances assumed	1,166	,286	,090	42	,929	,242	2,702	-5,211	5,695
	Equal variances not assumed			,092	41,731	,927	,242	2,628	-5,063	5,548

Independent Samples Test - YSR

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	1,935	,172	-,708	41	,483	-1,700	2,400	-6,547	3,147
	Equal variances not assumed			-,687	33,119	,497	-1,700	2,475	-6,734	3,334
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	2,766	,104	-,171	41	,865	-,382	2,233	-4,892	4,129
	Equal variances not assumed			-,166	33,011	,869	-,382	2,304	-5,069	4,306
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,156	,695	-1,327	41	,192	-3,208	2,418	-8,091	1,675
	Equal variances not assumed			-1,318	37,689	,195	-3,208	2,434	-8,138	1,721
soz. Probleme	Equal variances assumed	,273	,604	,371	41	,713	,827	2,231	-3,679	5,333
	Equal variances not assumed			,369	38,146	,714	,827	2,240	-3,708	5,361
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,055	,815	,296	41	,769	,829	2,801	-4,828	6,486
	Equal variances not assumed			,291	36,033	,773	,829	2,846	-4,943	6,601
Aufmerksamkeitsst	Equal variances assumed	1,797	,187	-,432	41	,668	-1,099	2,542	-6,233	4,036
	Equal variances not assumed			-,420	33,782	,677	-1,099	2,613	-6,410	4,213
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	3,099	,086	-,010	41	,992	-,024	2,339	-4,748	4,700
	Equal variances not assumed			-,010	33,255	,992	-,024	2,410	-4,926	4,878
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	10,051	,003	1,248	41	,219	3,134	2,511	-1,937	8,205
	Equal variances not assumed			1,327	37,587	,193	3,134	2,362	-1,650	7,918
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	2,031	,162	-,534	41	,596	-1,691	3,166	-8,084	4,703
	Equal variances not assumed			-,514	31,692	,611	-1,691	3,287	-8,389	5,007
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,903	,348	,434	41	,667	1,303	3,002	-4,759	7,365
	Equal variances not assumed			,445	40,958	,659	1,303	2,929	-4,614	7,219
Gesamt	Equal variances assumed	,000	,995	-,096	41	,924	-,243	2,528	-5,349	4,862
	Equal variances not assumed			-,096	38,711	,924	-,243	2,529	-5,360	4,873

Independent Samples Test - TRF

TRF		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,076	,785	-,381	29	,706	-1,482	3,890	-9,437	6,474
	Equal variances not assumed			-,392	22,556	,698	-1,482	3,777	-9,303	6,339
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,269	,608	,212	26	,834	,588	2,778	-5,122	6,299
	Equal variances not assumed			,217	23,240	,830	,588	2,710	-5,014	6,190
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,044	,835	-,515	26	,611	-1,529	2,969	-7,631	4,573
	Equal variances not assumed			-,504	19,877	,620	-1,529	3,037	-7,866	4,807
soz. Probleme	Equal variances assumed	,265	,611	-,612	28	,545	-2,019	3,298	-8,774	4,736
	Equal variances not assumed			-,640	23,894	,528	-2,019	3,155	-8,533	4,495
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	9,849	,004	-1,103	26	,280	-3,358	3,045	-9,618	2,901
	Equal variances not assumed			-1,022	16,364	,321	-3,358	3,285	-10,309	3,593
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,045	,834	-1,163	29	,254	-2,841	2,443	-7,838	2,156
	Equal variances not assumed			-1,159	20,556	,260	-2,841	2,450	-7,943	2,261
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,627	,435	,078	27	,939	,273	3,503	-6,915	7,460
	Equal variances not assumed			,074	17,770	,942	,273	3,701	-7,509	8,055
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	1,461	,236	,673	29	,507	2,236	3,325	-4,564	9,037
	Equal variances not assumed			,755	27,701	,457	2,236	2,963	-3,837	8,310
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,129	,722	-1,102	29	,279	-3,500	3,175	-9,994	2,994
	Equal variances not assumed			-1,084	19,721	,292	-3,500	3,230	-10,244	3,244
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,428	,518	,126	29	,900	,445	3,522	-6,757	7,648
	Equal variances not assumed			,136	25,130	,893	,445	3,285	-6,318	7,209
Gesamt	Equal variances assumed	,596	,446	-,689	29	,496	-2,218	3,217	-8,798	4,362
	Equal variances not assumed			-,736	24,832	,469	-2,218	3,015	-8,430	3,994

Independent Samples Test - BIS-11

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	,831	,368	,285	38	,777	,293	1,028	-1,789	2,375
	Equal variances not assumed			,288	37,475	,775	,293	1,017	-1,766	2,353
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	,019	,892	-1,446	38	,156	-,890	,615	-2,135	,356
	Equal variances not assumed			-1,446	37,541	,157	-,890	,615	-2,136	,357
Kognitive Impulsivnes	Equal variances assumed	,742	,394	-,438	38	,664	-,596	1,363	-3,356	2,163
	Equal variances not assumed			-,443	37,309	,660	-,596	1,347	-3,324	2,131
Motorik	Equal variances assumed	,716	,403	,281	38	,780	,381	1,354	-2,360	3,122
	Equal variances not assumed			,286	36,301	,777	,381	1,332	-2,320	3,082
Ausdauer	Equal variances assumed	1,160	,288	,526	38	,602	,273	,519	-,778	1,325
	Equal variances not assumed			,520	34,221	,607	,273	,526	-,795	1,341
motorische Impulsivnes	Equal variances assumed	,181	,673	,441	38	,661	,654	1,482	-2,346	3,655
	Equal variances not assumed			,447	37,380	,658	,654	1,465	-2,313	3,621
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	1,542	,222	-3,005	38	,005	-3,404	1,133	-5,697	-1,110
	Equal variances not assumed			-3,069	34,441	,004	-3,404	1,109	-5,656	-1,151
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	,099	,755	,077	38	,939	,070	,916	-1,785	1,925
	Equal variances not assumed			,077	37,559	,939	,070	,917	-1,786	1,927
Voraussicht	Equal variances assumed	,046	,832	-1,946	38	,059	-3,333	1,713	-6,802	,135
	Equal variances not assumed			-1,961	37,909	,057	-3,333	1,700	-6,775	,109
Gesamtwert	Equal variances assumed	1,197	,281	-,860	38	,395	-3,276	3,809	-10,988	4,436
	Equal variances not assumed			-,874	36,126	,388	-3,276	3,746	-10,873	4,321
Percentile	Equal variances assumed	,681	,414	,129	38	,898	1,040	8,048	-15,253	17,333
	Equal variances not assumed			,130	37,976	,897	1,040	7,996	-15,147	17,228
Impulsivnes	Equal variances assumed	3,726	,061	-,283	38	,779	-,068	,239	-,552	,417
	Equal variances not assumed			-,287	36,607	,776	-,068	,236	-,546	,410

Independent Samples Test - YPI

YPI		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
unehrenhafter Charm	Equal variances assumed	,069	,795	,029	39	,977	,031	1,057	-2,107	2,169
	Equal variances not assumed			,030	38,991	,976	,031	1,047	-2,086	2,148
hochtrabend	Equal variances assumed	2,969	,093	1,115	39	,272	1,225	1,099	-,997	3,447
	Equal variances not assumed			1,142	37,770	,261	1,225	1,072	-,946	3,396
Lügen	Equal variances assumed	,649	,425	,637	39	,528	,730	1,145	-1,586	3,045
	Equal variances not assumed			,628	34,726	,534	,730	1,162	-1,631	3,090
manipulativ	Equal variances assumed	2,414	,128	,672	39	,505	,713	1,060	-1,432	2,858
	Equal variances not assumed			,687	38,114	,496	,713	1,037	-1,386	2,812
hochtrabend - manipulativ	Equal variances assumed	1,403	,243	,759	39	,452	2,699	3,555	-4,492	9,889
	Equal variances not assumed			,773	38,647	,444	2,699	3,491	-4,365	9,762
hartherzig	Equal variances assumed	,038	,847	1,194	39	,240	1,457	1,220	-1,011	3,925
	Equal variances not assumed			1,207	38,997	,235	1,457	1,207	-,985	3,899
unemotional	Equal variances assumed	2,105	,155	1,440	39	,158	1,144	,794	-,463	2,750
	Equal variances not assumed			1,419	34,822	,165	1,144	,806	-,493	2,780
verhärtet	Equal variances assumed	,856	,361	-,458	39	,649	-,395	,862	-2,138	1,348
	Equal variances not assumed			-,463	38,999	,646	-,395	,852	-2,118	1,328
abgestumpft-gleichgültig	Equal variances assumed	,037	,849	,987	39	,330	2,206	2,236	-2,317	6,728
	Equal variances not assumed			,990	38,559	,328	2,206	2,229	-2,304	6,715
Sensationssucht	Equal variances assumed	2,417	,128	,189	39	,851	,177	,935	-1,715	2,069
	Equal variances not assumed			,194	37,461	,847	,177	,911	-1,669	2,023
Impulsivnes	Equal variances assumed	2,577	,117	-,526	39	,602	-,610	1,160	-2,957	1,737
	Equal variances not assumed			-,537	38,158	,594	-,610	1,135	-2,908	1,687
verantwortungslos	Equal variances assumed	,113	,739	-,740	39	,463	-,799	1,079	-2,982	1,384
	Equal variances not assumed			-,731	35,303	,470	-,799	1,094	-3,018	1,420
impulsivnes-verantwortungslos	Equal variances assumed	1,179	,284	-,477	39	,636	-1,232	2,585	-6,461	3,997
	Equal variances not assumed			-,486	38,520	,630	-1,232	2,536	-6,363	3,899

Geschlechtsunterschiede in den Bildungsgruppen im 1. MZ

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

CBCL		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	3,013	,097	1,345	21	,193	4,492	3,339	-2,451	11,435
	Equal variances not assumed			1,514	20,776	,145	4,492	2,967	-1,683	10,667
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,146	,706	-,265	21	,793	-,643	2,423	-5,681	4,395
	Equal variances not assumed			-,272	18,573	,789	-,643	2,364	-5,599	4,314
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	7,964	,010	1,262	21	,221	4,421	3,502	-2,862	11,703
	Equal variances not assumed			1,473	19,163	,157	4,421	3,001	-1,857	10,698
soz. Probleme	Equal variances assumed	,027	,871	-,502	21	,621	-2,214	4,411	-11,387	6,959
	Equal variances not assumed			-,497	16,638	,626	-2,214	4,456	-11,631	7,202
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	1,603	,219	,315	21	,756	,929	2,944	-5,193	7,050
	Equal variances not assumed			,351	20,952	,729	,929	2,644	-4,570	6,427
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,063	,805	-,095	21	,925	-,357	3,768	-8,193	7,478
	Equal variances not assumed			-,092	15,747	,928	-,357	3,867	-8,565	7,850
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,099	,757	-1,230	21	,232	-5,111	4,156	-13,754	3,531
	Equal variances not assumed			-1,223	16,911	,238	-5,111	4,178	-13,929	3,707
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	1,073	,312	1,124	21	,274	4,143	3,684	-3,519	11,805
	Equal variances not assumed			1,229	20,946	,233	4,143	3,372	-2,870	11,156
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	5,273	,032	,646	21	,525	3,095	4,790	-6,866	13,056
	Equal variances not assumed			,730	20,659	,473	3,095	4,238	-5,727	11,918
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,024	,878	,019	21	,985	,079	4,173	-8,599	8,757
	Equal variances not assumed			,020	18,936	,985	,079	4,045	-8,388	8,547
Gesamt	Equal variances assumed	2,766	,111	,414	21	,683	1,706	4,126	-6,874	10,287
	Equal variances not assumed			,458	20,990	,651	1,706	3,723	-6,037	9,450

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

CBCL		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	1,537	,239	-1,322	12	,211	-6,429	4,861	-17,021	4,163
	Equal variances not assumed			-1,322	10,021	,215	-6,429	4,861	-17,257	4,400
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	24,890	,000	-3,456	12	,005	-12,857	3,720	-20,962	-4,752
	Equal variances not assumed			-3,456	6,782	,011	-12,857	3,720	-21,711	-4,004
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	7,735	,017	-,600	12	,560	-3,000	4,999	-13,891	7,891
	Equal variances not assumed			-,600	8,496	,564	-3,000	4,999	-14,411	8,411
soz. Probleme	Equal variances assumed	,007	,933	-,860	12	,406	-3,286	3,819	-11,607	5,035
	Equal variances not assumed			-,860	11,986	,406	-3,286	3,819	-11,608	5,036
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	3,611	,082	-1,603	12	,135	-8,000	4,989	-18,870	2,870
	Equal variances not assumed			-1,603	9,399	,142	-8,000	4,989	-19,214	3,214
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,743	,407	,623	11	,546	2,500	4,010	-6,326	11,326
	Equal variances not assumed			,638	10,862	,537	2,500	3,919	-6,138	11,138
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,022	,884	-,139	11	,892	-,595	4,278	-10,012	8,822
	Equal variances not assumed			-,139	10,727	,892	-,595	4,275	-10,034	8,844
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,687	,423	-,190	12	,853	-,857	4,522	-10,710	8,996
	Equal variances not assumed			-,190	10,265	,853	-,857	4,522	-10,898	9,184
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,258	,284	-1,408	12	,184	-8,000	5,681	-20,378	4,378
	Equal variances not assumed			-1,408	9,879	,190	-8,000	5,681	-20,679	4,679
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,046	,833	-,407	12	,691	-2,000	4,909	-12,695	8,695
	Equal variances not assumed			-,407	12,000	,691	-2,000	4,909	-12,695	8,695
Gesamt	Equal variances assumed	,080	,782	-,686	12	,506	-3,429	5,001	-14,324	7,467
	Equal variances not assumed			-,686	10,742	,507	-3,429	5,001	-14,467	7,610

Independent Samples Test - Berufsausbildung oder kein Schulbesuch

CBCL		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	1,159	,331	-,495	5	,642	-3,500	7,075	-21,686	14,686
	Equal variances not assumed			-,460	3,212	,675	-3,500	7,610	-26,839	19,839
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	19,215	,007	1,581	5	,175	9,917	6,274	-6,212	26,045
	Equal variances not assumed			1,841	3,383	,152	9,917	5,386	-6,176	26,010
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,822	,406	-1,074	5	,332	-3,583	3,336	-12,160	4,993
	Equal variances not assumed			-1,172	4,790	,296	-3,583	3,056	-11,544	4,378
soz. Probleme	Equal variances assumed	2,526	,173	-,511	5	,631	-3,167	6,202	-19,109	12,775
	Equal variances not assumed			-,583	3,896	,592	-3,167	5,434	-18,414	12,080
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	2,813	,154	-,547	5	,608	-5,083	9,288	-28,959	18,792
	Equal variances not assumed			-,496	2,834	,656	-5,083	10,255	-38,828	28,661
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	3,265	,131	-,339	5	,748	-2,000	5,896	-17,157	13,157
	Equal variances not assumed			-,303	2,667	,784	-2,000	6,595	-24,554	20,554
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	2,944	,147	,563	5	,598	2,500	4,440	-8,914	13,914
	Equal variances not assumed			,504	2,689	,652	2,500	4,958	-14,365	19,365
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,832	,403	,682	5	,525	4,500	6,597	-12,457	21,457
	Equal variances not assumed			,718	4,995	,505	4,500	6,265	-11,610	20,610
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,988	,366	,331	5	,754	1,333	4,022	-9,006	11,673
	Equal variances not assumed			,310	3,330	,775	1,333	4,295	-11,600	14,267
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,449	,533	,805	5	,457	4,250	5,278	-9,317	17,817
	Equal variances not assumed			,858	4,992	,430	4,250	4,956	-8,496	16,996
Gesamt	Equal variances assumed	,648	,457	,338	5	,749	1,500	4,440	-9,914	12,914
	Equal variances not assumed			,367	4,865	,729	1,500	4,093	-9,109	12,109

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,206	,655	,846	18	,409	2,791	3,301	-4,144	9,726
	Equal variances not assumed			,916	15,418	,374	2,791	3,049	-3,692	9,274
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,004	,950	-,166	18	,870	-,440	2,650	-6,007	5,128
	Equal variances not assumed			-,162	11,600	,874	-,440	2,714	-6,375	5,496
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	2,962	,102	,162	18	,873	,604	3,724	-7,220	8,429
	Equal variances not assumed			,189	17,743	,852	,604	3,192	-6,108	7,316
soz. Probleme	Equal variances assumed	,063	,804	,755	18	,460	2,692	3,568	-4,804	10,189
	Equal variances not assumed			,760	12,636	,461	2,692	3,545	-4,988	10,373
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	5,881	,026	1,387	18	,183	5,451	3,931	-2,808	13,709
	Equal variances not assumed			1,666	18,000	,113	5,451	3,272	-1,423	12,324
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,136	,716	-,510	18	,616	-1,846	3,617	-9,446	5,754
	Equal variances not assumed			-,464	9,581	,653	-1,846	3,981	-10,769	7,077
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	2,680	,119	-1,208	18	,243	-4,484	3,711	-12,280	3,312
	Equal variances not assumed			-1,070	8,997	,312	-4,484	4,190	-13,962	4,995
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	9,993	,005	,384	18	,705	1,681	4,373	-7,506	10,868
	Equal variances not assumed			,465	17,974	,647	1,681	3,612	-5,908	9,271
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,057	,317	,156	18	,878	,670	4,309	-8,382	9,723
	Equal variances not assumed			,178	17,294	,861	,670	3,767	-7,267	8,608
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	5,052	,037	-,398	18	,696	-1,956	4,920	-12,293	8,381
	Equal variances not assumed			-,458	17,478	,653	-1,956	4,271	-10,948	7,035
Gesamt	Equal variances assumed	2,929	,104	,195	18	,847	,857	4,385	-8,356	10,070
	Equal variances not assumed			,221	17,022	,827	,857	3,871	-7,308	9,023

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,345	,569	-1,389	11	,192	-6,548	4,716	-16,927	3,831
	Equal variances not assumed			-1,347	8,643	,212	-6,548	4,862	-17,617	4,522
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	,861	,373	,206	11	,840	,905	4,384	-8,744	10,554
	Equal variances not assumed			,201	8,916	,845	,905	4,505	-9,301	11,110
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	1,232	,291	-1,957	11	,076	-8,048	4,112	-17,097	1,002
	Equal variances not assumed			-1,900	8,726	,091	-8,048	4,235	-17,674	1,579
soz. Probleme	Equal variances assumed	,505	,492	-1,556	11	,148	-5,476	3,519	-13,222	2,270
	Equal variances not assumed			-1,518	9,129	,163	-5,476	3,607	-13,617	2,665
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	1,775	,210	-,843	11	,417	-4,500	5,340	-16,254	7,254
	Equal variances not assumed			-,807	7,626	,444	-4,500	5,578	-17,474	8,474
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,603	,454	-,347	11	,735	-1,643	4,740	-12,075	8,789
	Equal variances not assumed			-,345	10,470	,737	-1,643	4,762	-12,190	8,904
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,916	,359	,310	11	,762	1,238	3,987	-7,538	10,014
	Equal variances not assumed			,304	9,420	,768	1,238	4,071	-7,908	10,385
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	,427	,527	,074	11	,942	,238	3,222	-6,855	7,331
	Equal variances not assumed			,075	10,999	,942	,238	3,180	-6,762	7,238
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	,797	,391	-,603	11	,559	-4,119	6,831	-19,154	10,916
	Equal variances not assumed			-,575	7,297	,583	-4,119	7,166	-20,926	12,688
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,064	,806	-,015	11	,988	-,071	4,730	-10,483	10,340
	Equal variances not assumed			-,015	10,730	,988	-,071	4,726	-10,506	10,363
Gesamt	Equal variances assumed	1,895	,196	-,985	11	,346	-3,643	3,699	-11,785	4,499
	Equal variances not assumed			-,950	8,189	,370	-3,643	3,836	-12,454	5,168

Independent Samples Test - Berufsausbildung oder kein Schulbesuch

YSR		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	2,644	,143	-,441	8	,671	-2,500	5,669	-15,572	10,572
	Equal variances not assumed			-,498	7,847	,632	-2,500	5,022	-14,119	9,119
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	3,352	,105	,030	8	,977	,167	5,638	-12,835	13,168
	Equal variances not assumed			,033	7,919	,974	,167	5,029	-11,452	11,785
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	,361	,565	-,326	8	,753	-1,750	5,363	-14,117	10,617
	Equal variances not assumed			-,345	7,673	,739	-1,750	5,074	-13,538	10,038
soz. Probleme	Equal variances assumed	,032	,862	1,017	8	,339	5,083	5,000	-6,448	16,614
	Equal variances not assumed			1,030	6,874	,338	5,083	4,934	-6,626	16,793
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,257	,626	-,073	8	,944	-,500	6,890	-16,389	15,389
	Equal variances not assumed			-,076	7,544	,941	-,500	6,571	-15,815	14,815
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,647	,444	,168	8	,871	1,167	6,933	-14,820	17,154
	Equal variances not assumed			,176	7,456	,865	1,167	6,645	-14,354	16,688
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	,002	,964	1,164	8	,278	5,917	5,083	-5,805	17,638
	Equal variances not assumed			1,139	6,103	,297	5,917	5,194	-6,740	18,573
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	7,299	,027	1,599	8	,149	9,250	5,786	-4,092	22,592
	Equal variances not assumed			1,395	4,039	,235	9,250	6,630	-9,089	27,589
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	3,707	,090	-,035	8	,973	-,250	7,089	-16,596	16,096
	Equal variances not assumed			-,043	5,485	,967	-,250	5,753	-14,653	14,153
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	,000	1,000	1,331	8	,220	9,167	6,886	-6,712	25,045
	Equal variances not assumed			1,332	6,583	,227	9,167	6,884	-7,323	25,657
Gesamt	Equal variances assumed	2,442	,157	,535	8	,607	3,083	5,765	-10,210	16,377
	Equal variances not assumed			,623	7,258	,552	3,083	4,950	-8,539	14,706

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

TRF		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
soz. Rückzug	Equal variances assumed	,103	,756	-,433	8	,676	-4,762	10,993	-30,113	20,589
	Equal variances not assumed			-,479	4,889	,652	-4,762	9,936	-30,478	20,954
körperl. Beschwerden	Equal variances assumed	8,079	,036	-,806	5	,457	-4,583	5,689	-19,207	10,041
	Equal variances not assumed			-,698	2,308	,549	-4,583	6,571	-29,529	20,362
Angst, Depressivität	Equal variances assumed	1,462	,281	-1,144	5	,304	-8,333	7,283	-27,055	10,389
	Equal variances not assumed			-1,024	2,675	,390	-8,333	8,141	-36,115	19,448
soz. Probleme	Equal variances assumed	1,914	,209	,055	7	,958	,500	9,101	-21,020	22,020
	Equal variances not assumed			,064	6,199	,951	,500	7,762	-18,347	19,347
Schizoid, Zwanghaft	Equal variances assumed	,874	,393	,315	5	,766	2,333	7,410	-16,715	21,382
	Equal variances not assumed			,298	3,483	,783	2,333	7,839	-20,766	25,432
Aufmerksamkeitsstörung	Equal variances assumed	,778	,403	-1,289	8	,233	-5,571	4,321	-15,536	4,393
	Equal variances not assumed			-1,080	2,805	,364	-5,571	5,159	-22,652	11,509
delinquentes Verhalten	Equal variances assumed	2,201	,188	,810	6	,449	6,267	7,739	-12,671	25,204
	Equal variances not assumed			1,050	4,639	,345	6,267	5,970	-9,446	21,979
aggressives Verhalten	Equal variances assumed	2,155	,180	,428	8	,680	1,714	4,005	-7,521	10,949
	Equal variances not assumed			,487	5,245	,646	1,714	3,523	-7,217	10,646
internalisierende Störungen	Equal variances assumed	2,209	,176	-1,558	8	,158	-11,333	7,273	-28,105	5,438
	Equal variances not assumed			-1,158	2,412	,349	-11,333	9,789	-47,255	24,588
externalisierende Störungen	Equal variances assumed	1,332	,282	,360	8	,728	1,857	5,157	-10,036	13,750
	Equal variances not assumed			,463	7,202	,657	1,857	4,008	-7,568	11,282
Gesamt	Equal variances assumed	1,126	,320	-,868	8	,411	-4,238	4,882	-15,496	7,019
	Equal variances not assumed			-,683	2,580	,551	-4,238	6,204	-25,932	17,456

Independent Samples Test - Sonder- / Förderschule

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	1,507	,236	-,502	17	,622	-,810	1,613	-4,212	2,593
	Equal variances not assumed			-,557	16,477	,585	-,810	1,453	-3,883	2,264
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	3,075	,098	-,048	17	,962	-,048	,993	-2,142	2,047
	Equal variances not assumed			-,053	16,293	,958	-,048	,901	-1,955	1,860
Kognitive Impulsivität	Equal variances assumed	1,167	,295	-,377	17	,711	-,857	2,275	-5,656	3,942
	Equal variances not assumed			-,414	16,191	,684	-,857	2,071	-5,244	3,530
Motorik	Equal variances assumed	3,296	,087	,104	17	,918	,250	2,398	-4,810	5,310
	Equal variances not assumed			,118	16,878	,907	,250	2,116	-4,216	4,716
Ausdauer	Equal variances assumed	,899	,356	,014	17	,989	,012	,868	-1,819	1,843
	Equal variances not assumed			,013	10,041	,990	,012	,938	-2,076	2,100
motorische Impulsivität	Equal variances assumed	,097	,759	,100	17	,922	,262	2,619	-5,263	5,787
	Equal variances not assumed			,103	13,850	,919	,262	2,543	-5,197	5,721
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	,117	,737	-4,430	17	,000	-7,345	1,658	-10,844	-3,847
	Equal variances not assumed			-4,736	15,305	,000	-7,345	1,551	-10,645	-4,046
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	,000	,991	-,022	17	,983	-,036	1,630	-3,475	3,403
	Equal variances not assumed			-,022	13,053	,983	-,036	1,615	-3,523	3,451
Voraussicht	Equal variances assumed	,002	,966	-2,506	17	,023	-7,381	2,946	-13,596	-1,166
	Equal variances not assumed			-2,639	14,737	,019	-7,381	2,797	-13,351	-1,411
Gesamtwert	Equal variances assumed	,322	,578	-1,151	17	,266	-7,976	6,929	-22,595	6,643
	Equal variances not assumed			-1,221	14,991	,241	-7,976	6,535	-21,906	5,954

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	,155	,703	,311	9	,763	,600	1,928	-3,760	4,960
	Equal variances not assumed			,303	7,378	,770	,600	1,982	-4,037	5,237
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	1,239	,294	-2,805	9	,021	-2,500	,891	-4,516	-,484
	Equal variances not assumed			-2,887	8,929	,018	-2,500	,866	-4,461	-,539
Kognitive Impulsivität	Equal variances assumed	,045	,837	-,777	9	,457	-1,900	2,445	-7,430	3,630
	Equal variances not assumed			-,779	8,731	,456	-1,900	2,438	-7,441	3,641
Motorik	Equal variances assumed	,373	,556	-,802	9	,443	-1,467	1,829	-5,605	2,671
	Equal variances not assumed			-,840	8,370	,424	-1,467	1,747	-5,464	2,531
Ausdauer	Equal variances assumed	,367	,560	-,042	9	,968	-,033	,798	-1,839	1,772
	Equal variances not assumed			-,043	8,926	,967	-,033	,775	-1,789	1,723
motorische Impulsivität	Equal variances assumed	,003	,957	-,753	9	,471	-1,500	1,993	-6,009	3,009
	Equal variances not assumed			-,761	8,927	,466	-1,500	1,971	-5,963	2,963
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	,350	,569	,739	9	,479	1,200	1,625	-2,476	4,876
	Equal variances not assumed			,716	7,220	,496	1,200	1,675	-2,737	5,137
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	3,185	,108	-1,795	9	,106	-2,300	1,281	-5,199	,599
	Equal variances not assumed			-1,951	6,087	,098	-2,300	1,179	-5,175	,575
Voraussicht	Equal variances assumed	1,451	,259	-,444	9	,668	-1,100	2,478	-6,705	4,505
	Equal variances not assumed			-,470	7,787	,651	-1,100	2,340	-6,522	4,322
Gesamtwert	Equal variances assumed	,031	,865	-,864	9	,410	-4,500	5,207	-16,279	7,279
	Equal variances not assumed			-,854	8,152	,418	-4,500	5,271	-16,616	7,616

Independent Samples Test - Berufsausbildung oder kein Schulbesuch

BIS-11		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
Aufmerksamkeit	Equal variances assumed	,013	,913	,876	8	,406	2,000	2,282	-3,263	7,263
	Equal variances not assumed			,883	6,739	,408	2,000	2,266	-3,400	7,400
kognitive Instabilität	Equal variances assumed	,040	,846	,243	8	,814	,250	1,027	-2,118	2,618
	Equal variances not assumed			,248	7,023	,811	,250	1,006	-2,128	2,628
Kognitive Impulsivität	Equal variances assumed	,004	,948	,857	8	,416	2,250	2,625	-3,802	8,302
	Equal variances not assumed			,825	5,728	,443	2,250	2,729	-4,505	9,005
Motorik	Equal variances assumed	2,140	,182	2,133	8	,066	4,250	1,993	-,345	8,845
	Equal variances not assumed			1,850	3,958	,139	4,250	2,298	-2,156	10,656
Ausdauer	Equal variances assumed	2,133	,182	1,356	8	,212	1,500	1,106	-1,051	4,051
	Equal variances not assumed			1,596	6,968	,155	1,500	,940	-,724	3,724
motorische Impulsivität	Equal variances assumed	4,320	,071	2,995	8	,017	5,750	1,920	1,323	10,177
	Equal variances not assumed			2,475	3,399	,080	5,750	2,323	-1,175	12,675
Selbstkontrolle	Equal variances assumed	,204	,664	-,193	8	,852	-,250	1,296	-3,239	2,739
	Equal variances not assumed			-,197	7,023	,850	-,250	1,270	-3,251	2,751
kognitive Komplexität	Equal variances assumed	,533	,486	2,028	8	,077	3,000	1,479	-,411	6,411
	Equal variances not assumed			2,070	7,023	,077	3,000	1,449	-,424	6,424
Voraussicht	Equal variances assumed	2,777	,134	1,228	8	,254	2,750	2,239	-2,413	7,913
	Equal variances not assumed			1,402	7,681	,200	2,750	1,961	-1,805	7,305
Gesamtwert	Equal variances assumed	,027	,874	2,606	8	,031	10,750	4,125	1,237	20,263
	Equal variances not assumed			2,518	5,825	,047	10,750	4,270	,226	21,274

Independent Samples Test - Normal- / höhere Schule

YPI		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
unehrenhafter Charm	Equal variances assumed	,023	,883	,442	10	,668	,833	1,887	-3,371	5,038
	Equal variances not assumed			,442	9,169	,669	,833	1,887	-3,424	5,090
hochtrabend	Equal variances assumed	,730	,413	,186	10	,856	,333	1,792	-3,659	4,326
	Equal variances not assumed			,186	9,080	,857	,333	1,792	-3,715	4,382
Lügen	Equal variances assumed	2,042	,184	,937	10	,371	1,833	1,956	-2,526	6,193
	Equal variances not assumed			,937	8,235	,375	1,833	1,956	-2,656	6,323
manipulativ	Equal variances assumed	,003	,959	,875	10	,402	1,500	1,714	-2,320	5,320
	Equal variances not assumed			,875	9,578	,403	1,500	1,714	-2,343	5,343
hochtrabend - manipulativ	Equal variances assumed	,079	,785	,878	10	,400	4,500	5,123	-6,916	15,916
	Equal variances not assumed			,878	9,522	,401	4,500	5,123	-6,994	15,994
hartherzig	Equal variances assumed	,730	,413	2,525	10	,030	4,333	1,716	,510	8,157
	Equal variances not assumed			2,525	7,915	,036	4,333	1,716	,369	8,298
unemotional	Equal variances assumed	,000	1,000	1,767	10	,108	2,333	1,321	-,610	5,276
	Equal variances not assumed			1,767	9,994	,108	2,333	1,321	-,610	5,276
verhärtet	Equal variances assumed	3,214	,103	-,170	10	,868	-,333	1,955	-4,689	4,023
	Equal variances not assumed			-,170	6,726	,870	-,333	1,955	-4,995	4,328
abgestumpft-gleichgültig	Equal variances assumed	2,083	,180	2,032	10	,070	6,333	3,116	-,610	13,277
	Equal variances not assumed			2,032	9,081	,072	6,333	3,116	-,707	13,373
Sensationssucht	Equal variances assumed	,000	1,000	,225	10	,826	,333	1,479	-2,963	3,630
	Equal variances not assumed			,225	9,963	,826	,333	1,479	-2,965	3,631
Impulsivnes	Equal variances assumed	2,474	,147	-,266	10	,796	-,500	1,881	-4,692	3,692
	Equal variances not assumed			-,266	7,121	,798	-,500	1,881	-4,933	3,933
verantwortungslos	Equal variances assumed	,069	,797	-,342	10	,740	-,500	1,462	-3,759	2,759
	Equal variances not assumed			-,342	9,786	,740	-,500	1,462	-3,768	2,768
impulsivnes-verantwortungslos	Equal variances assumed	,756	,405	-,216	10	,834	-,667	3,091	-7,554	6,221
	Equal variances not assumed			-,216	7,985	,835	-,667	3,091	-7,797	6,464

Independent Samples Test - Berufsausbildung oder kein Schulbesuch

YPI		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the Lower	Interval of the Upper
unehrenhafter Charm	Equal variances assumed	1,168	,311	-,438	8	,673	-1,000	2,282	-6,263	4,263
	Equal variances not assumed			-,511	7,233	,625	-1,000	1,958	-5,600	3,600
hochtrabend	Equal variances assumed	,465	,514	1,440	8	,188	3,167	2,199	-1,904	8,237
	Equal variances not assumed			1,272	4,212	,269	3,167	2,489	-3,608	9,942
Lügen	Equal variances assumed	1,600	,242	1,960	8	,086	2,000	1,021	-,354	4,354
	Equal variances not assumed			2,284	7,233	,055	2,000	,876	-,057	4,057
manipulativ	Equal variances assumed	,576	,470	,475	8	,648	,667	1,404	-2,570	3,904
	Equal variances not assumed			,439	4,928	,680	,667	1,520	-3,258	4,592
hochtrabend - manipulativ	Equal variances assumed	,968	,354	1,151	8	,283	4,833	4,198	-4,847	14,513
	Equal variances not assumed			1,062	4,902	,338	4,833	4,553	-6,941	16,607
hartherzig	Equal variances assumed	2,597	,146	1,194	8	,267	2,333	1,954	-2,173	6,840
	Equal variances not assumed			1,360	7,721	,212	2,333	1,716	-1,649	6,315
unemotional	Equal variances assumed	,710	,424	1,726	8	,123	2,667	1,545	-,896	6,230
	Equal variances not assumed			1,850	7,853	,102	2,667	1,441	-,668	6,001
verhärtet	Equal variances assumed	,015	,907	,929	8	,380	1,083	1,166	-1,604	3,771
	Equal variances not assumed			,986	7,727	,354	1,083	1,099	-1,466	3,632
abgestumpft-gleichgültig	Equal variances assumed	3,921	,083	1,486	8	,175	6,083	4,093	-3,354	15,521
	Equal variances not assumed			1,671	7,894	,134	6,083	3,641	-2,332	14,499
Sensationssucht	Equal variances assumed	,010	,924	,139	8	,893	,250	1,801	-3,902	4,402
	Equal variances not assumed			,133	5,705	,898	,250	1,874	-4,394	4,894
Impulsivnes	Equal variances assumed	,007	,936	,431	8	,678	1,083	2,516	-4,720	6,886
	Equal variances not assumed			,435	6,829	,677	1,083	2,488	-4,830	6,997
verantwortungslos	Equal variances assumed	,583	,467	,544	8	,601	1,083	1,991	-3,507	5,674
	Equal variances not assumed			,496	4,695	,642	1,083	2,185	-4,645	6,811
impulsivnes-verantwortungslos	Equal variances assumed	,020	,890	,432	8	,677	2,417	5,600	-10,497	15,330
	Equal variances not assumed			,414	5,694	,694	2,417	5,832	-12,040	16,874

Vergleich 1. + 2. Messzeitpunkt: Psychische Auffälligkeit (Signifikanz)

Paired Samples Test - CBCL

CBCL		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,786	7,894	1,492	-4,847	1,275	-1,197	27	,242
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	,893	7,671	1,450	-2,082	3,867	,616	27	,543
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	1,036	8,457	1,598	-2,243	4,315	,648	27	,522
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-,821	8,607	1,627	-4,159	2,516	-,505	27	,618
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	,357	9,085	1,717	-3,166	3,880	,208	27	,837
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,667	6,343	1,221	-3,176	1,842	-,546	26	,590
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-,815	8,251	1,588	-4,079	2,449	-,513	26	,612
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-2,179	5,793	1,095	-4,425	,068	-1,990	27	,057
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-,107	10,517	1,988	-4,185	3,971	-,054	27	,957
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-1,143	6,587	1,245	-3,697	1,411	-,918	27	,367
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-1,286	7,128	1,347	-4,050	1,478	-,954	27	,348

Paired Samples Test - YSR

YSR		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-2,296	6,515	1,254	-4,874	,281	-1,831	26	,079
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	1,185	4,429	,852	-,567	2,937	1,390	26	,176
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-,926	6,164	1,186	-3,364	1,512	-,781	26	,442
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-1,185	7,651	1,472	-4,212	1,842	-,805	26	,428
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	-2,148	9,176	1,766	-5,778	1,482	-1,216	26	,235
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - TYSR2_-Wert Aufmerksamkeitsstörung	-,185	6,343	1,221	-2,694	2,324	-,152	26	,881
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-,889	7,024	1,352	-3,667	1,890	-,658	26	,517
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-,370	6,523	1,255	-2,951	2,210	-,295	26	,770
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-,444	7,480	1,440	-3,403	2,515	-,309	26	,760
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-1,000	6,743	1,298	-3,667	1,667	-,771	26	,448
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-1,074	6,474	1,246	-3,635	1,487	-,862	26	,397

Paired Samples Test -TRF

TRF		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	,222	9,302	2,193	-4,404	4,848	,101	17	,920
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-1,294	8,372	2,031	-5,599	3,011	-,637	16	,533
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-2,824	10,649	2,583	-8,299	2,652	-1,093	16	,290
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-,412	6,548	1,588	-3,779	2,955	-,259	16	,799
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	,313	6,887	1,722	-3,357	3,982	,182	15	,858
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	1,944	4,556	1,074	-,321	4,210	1,811	17	,088
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-3,882	6,990	1,695	-7,476	-,288	-2,290	16	,036
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	,000	8,275	1,950	-4,115	4,115	,000	17	1,000
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-2,389	9,574	2,257	-7,150	2,372	-1,059	17	,305
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-,278	6,867	1,619	-3,693	3,137	-,172	17	,866
Pair 11	Gesamt - Gesamt	,833	5,171	1,219	-1,738	3,405	,684	17	,503

Paired Samples Test - BIS-11

BIS-11		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Aufmerksamkeit - Aufmerksamkeit	-,462	2,336	,458	-1,405	,482	-1,007	25	,323
Pair 2	kognitive Instabilität - kognitive Instabilität	,500	1,726	,339	-,197	1,197	1,477	25	,152
Pair 3	Kognitive Impulsivität - Kognitive Impulsivität	,038	3,538	,694	-1,391	1,468	,055	25	,956
Pair 4	Motorik - Motorik	1,308	4,028	,790	-,319	2,934	1,656	25	,110
Pair 5	Ausdauer - Ausdauer	-,192	2,079	,408	-1,032	,647	-,472	25	,641
Pair 6	motorische Impulsivität - motorische Impulsivität	1,115	4,366	,856	-,648	2,879	1,303	25	,205
Pair 7	Selbstkontrolle - Selbstkontrolle	-1,769	4,033	,791	-3,398	-,140	-2,237	25	,034
Pair 8	kognitive Komplexität - kognitive Komplexität	-,615	2,968	,582	-1,814	,583	-1,057	25	,300
Pair 9	Voraussicht - Voraussicht	-2,385	6,152	1,206	-4,869	,100	-1,976	25	,059
Pair 10	Gesamtwert - Gesamtwert	-1,231	9,513	1,866	-5,073	2,612	-,660	25	,515

Paired Samples Test - YPI

YPI		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	unehrenhafter Charm - unehrenhafter Charm	,185	3,199	,616	-1,080	1,451	,301	26	,766
Pair 2	hochtrabend - hochtrabend	,259	3,591	,691	-1,161	1,680	,375	26	,711
Pair 3	Lügen - Lügen	,259	2,809	,541	-,852	1,371	,480	26	,636
Pair 4	manipulativ - manipulativ	-,111	3,262	,628	-1,402	1,179	-,177	26	,861
Pair 5	hochtrabend -manipulativ - hochtrabend -manipulativ	,593	8,509	1,638	-2,773	3,959	,362	26	,720
Pair 6	hartherzig - hartherzig	,185	4,039	,777	-1,412	1,783	,238	26	,814
Pair 7	unemotional - unemotional	,741	3,265	,628	-,551	2,032	1,179	26	,249
Pair 8	verhärtet - verhärtet	-,333	3,199	,616	-1,599	,932	-,542	26	,593
Pair 9	abgestumpft-gleichgültig - abgestumpft-gleichgültig	,593	7,281	1,401	-2,288	3,473	,423	26	,676
Pair 10	Sensationssucht - Sensationssucht	-,481	2,592	,499	-1,507	,544	-,965	26	,343
Pair 11	Impulsivität - Impulsivität	1,037	3,204	,617	-,231	2,305	1,682	26	,105
Pair 12	verantwortungslos - verantwortungslos	-,667	3,883	,747	-2,203	,869	-,892	26	,380
Pair 13	Impulsivität-verantwortungslos - Impulsivität-verantwortungslos	-,111	6,670	1,284	-2,750	2,527	-,087	26	,932

Vergleich 1. + 2. Messzeitpunkt: geschlechtsspezifische psychische Auffälligkeit (Signifikanz)

Paired Samples Test - Jungen

CBCL		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,313	8,048	2,012	-5,601	2,976	-,652	15	,524
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-1,375	8,405	2,101	-5,854	3,104	-,654	15	,523
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	2,063	8,045	2,011	-2,225	6,350	1,025	15	,321
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-1,313	6,437	1,609	-4,742	2,117	-,816	15	,427
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	,125	9,091	2,273	-4,719	4,969	,055	15	,957
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,500	6,186	1,547	-3,796	2,796	-,323	15	,751
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-2,313	6,993	1,748	-6,039	1,414	-1,323	15	,206
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-2,063	4,494	1,123	-4,457	,332	-1,836	15	,086
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	,500	10,783	2,696	-5,246	6,246	,185	15	,855
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-2,000	6,703	1,676	-5,572	1,572	-1,193	15	,251
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-1,250	7,371	1,843	-5,178	2,678	-,678	15	,508

Paired Samples Test - Mädchen

CBCL		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-2,417	7,994	2,308	-7,496	2,662	-1,047	11	,317
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	3,917	5,534	1,598	,400	7,433	2,452	11	,032
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-,333	9,149	2,641	-6,146	5,479	-,126	11	,902
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-,167	11,159	3,221	-7,257	6,923	-,052	11	,960
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	,667	9,471	2,734	-5,351	6,684	,244	11	,812
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,909	6,862	2,069	-5,519	3,701	-,439	10	,670
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	1,364	9,739	2,937	-5,179	7,907	,464	10	,652
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-2,333	7,402	2,137	-7,036	2,370	-1,092	11	,298
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-,917	10,570	3,051	-7,632	5,799	-,300	11	,769
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	,000	6,537	1,887	-4,153	4,153	,000	11	1,000
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-1,333	7,114	2,054	-5,853	3,187	-,649	11	,529

Paired Samples Test - Jungen

YSR		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,563	6,889	1,722	-5,234	2,109	-,907	15	,379
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	2,813	4,460	1,115	,436	5,189	2,522	15	,023
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	,563	5,944	1,486	-2,605	3,730	,379	15	,710
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-,125	7,982	1,996	-4,378	4,128	-,063	15	,951
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	-,563	10,764	2,691	-6,298	5,173	-,209	15	,837
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - TYSR2_-Wert	,000	6,387	1,597	-3,404	3,404	,000	15	1,000
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-,125	4,829	1,207	-2,698	2,448	-,104	15	,919
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	2,313	3,825	,956	,274	4,351	2,418	15	,029
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	1,375	7,623	1,906	-2,687	5,437	,721	15	,482
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	1,188	5,935	1,484	-1,975	4,350	,800	15	,436
Pair 11	Gesamt - Gesamt	,750	5,733	1,433	-2,305	3,805	,523	15	,608

Paired Samples Test - Mädchen

YSR		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-3,364	6,087	1,835	-7,453	,726	-1,833	10	,097
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-1,182	3,281	,989	-3,386	1,022	-1,195	10	,260
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-3,091	6,090	1,836	-7,182	1,001	-1,683	10	,123
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-2,727	7,226	2,179	-7,582	2,127	-1,252	10	,239
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	-4,455	5,939	1,791	-8,444	-,465	-2,488	10	,032
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,455	6,578	1,983	-4,874	3,965	-,229	10	,823
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-2,000	9,539	2,876	-8,409	4,409	-,695	10	,503
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-4,273	7,773	2,344	-9,495	,949	-1,823	10	,098
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-3,091	6,730	2,029	-7,612	1,430	-1,523	10	,159
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-4,182	6,824	2,057	-8,766	,402	-2,033	10	,070
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-3,727	6,828	2,059	-8,314	,860	-1,811	10	,100

Paired Samples Test - Mädchen

TRF		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,200	15,336	6,859	-20,242	17,842	-,175	4	,870
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-3,600	13,649	6,104	-20,548	13,348	-,590	4	,587
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-6,000	18,615	8,325	-29,113	17,113	-,721	4	,511
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	,800	10,569	4,727	-12,323	13,923	,169	4	,874
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	4,000	4,899	2,449	-3,795	11,795	1,633	3	,201
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	3,800	6,058	2,709	-3,722	11,322	1,403	4	,233
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-7,800	7,396	3,308	-16,983	1,383	-2,358	4	,078
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-,800	6,340	2,835	-8,673	7,073	-,282	4	,792
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-4,800	16,254	7,269	-24,982	15,382	-,660	4	,545
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-1,600	5,941	2,657	-8,977	5,777	-,602	4	,580
Pair 11	Gesamt - Gesamt	1,800	1,924	,860	-,588	4,188	2,092	4	,105
Pair 11	Gesamt - Gesamt	,462	6,009	1,666	-3,169	4,092	,277	12	,787

Paired Samples Test - Jungen

BIS-11		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	Aufmerksamkeit - Aufmerksamkeit	-,933	2,344	,605	-2,232	,365	-1,542	14	,145
Pair 2	kognitive Instabilität - kognitive Instabilität	,600	1,765	,456	-,377	1,577	1,317	14	,209
Pair 3	Kognitive Impulsivität - Kognitive Impulsivität	-,333	3,658	,944	-2,359	1,692	-,353	14	,729
Pair 4	Motorik - Motorik	1,200	4,539	1,172	-1,313	3,713	1,024	14	,323
Pair 5	Ausdauer - Ausdauer	-,400	1,957	,505	-1,484	,684	-,792	14	,442
Pair 6	motorische Impulsivität - motorische Impulsivität	,800	4,693	1,212	-1,799	3,399	,660	14	,520
Pair 7	Selbstkontrolle - Selbstkontrolle	-2,267	4,847	1,252	-4,951	,418	-1,811	14	,092
Pair 8	kognitive Komplexität - kognitive Komplexität	-1,067	3,150	,813	-2,811	,678	-1,311	14	,211
Pair 9	Voraussicht - Voraussicht	-3,333	7,394	1,909	-7,428	,761	-1,746	14	,103
Pair 10	Gesamtwert - Gesamtwert	-2,867	9,576	2,472	-8,170	2,436	-1,159	14	,266

Paired Samples Test - Mädchen

BIS-11		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	Aufmerksamkeit - Aufmerksamkeit	,182	2,272	,685	-1,345	1,708	,265	10	,796
Pair 2	kognitive Instabilität - kognitive Instabilität	,364	1,748	,527	-,811	1,538	,690	10	,506
Pair 3	Kognitive Impulsivität - Kognitive Impulsivität	,545	3,475	1,048	-1,789	2,880	,521	10	,614
Pair 4	Motorik - Motorik	1,455	3,417	1,030	-,841	3,750	1,412	10	,188
Pair 5	Ausdauer - Ausdauer	,091	2,300	,694	-1,454	1,636	,131	10	,898
Pair 6	motorische Impulsivität - motorische Impulsivität	1,545	4,059	1,224	-1,181	4,272	1,263	10	,235
Pair 7	Selbstkontrolle - Selbstkontrolle	-1,091	2,625	,791	-2,854	,673	-1,378	10	,198
Pair 8	kognitive Komplexität - kognitive Komplexität	,000	2,720	,820	-1,828	1,828	,000	10	1,000
Pair 9	Voraussicht - Voraussicht	-1,091	3,859	1,163	-3,683	1,502	-,938	10	,371
Pair 10	Gesamtwert - Gesamtwert	1,000	9,402	2,835	-5,316	7,316	,353	10	,732

Paired Samples Test - Jungen

YPI		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	unehrenhafter Charm - unehrenhafter Charm	,313	3,420	,855	-1,510	2,135	,366	15	,720
Pair 2	hochtrabend - hochtrabend	,250	4,025	1,006	-1,895	2,395	,248	15	,807
Pair 3	Lügen - Lügen	-,500	2,708	,677	-1,943	,943	-,739	15	,472
Pair 4	manipulativ - manipulativ	,250	3,296	,824	-1,507	2,007	,303	15	,766
Pair 5	hochtrabend -manipulativ - hochtrabend -manipulativ	,313	9,673	2,418	-4,842	5,467	,129	15	,899
Pair 6	hartherzig - hartherzig	,438	4,320	1,080	-1,864	2,739	,405	15	,691
Pair 7	unemotional - unemotional	1,125	3,243	,811	-,603	2,853	1,388	15	,186
Pair 8	verhärtet - verhärtet	,625	3,344	,836	-1,157	2,407	,748	15	,466
Pair 9	abgestumpft-gleichgültig - abgestumpft-gleichgültig	2,188	8,288	2,072	-2,229	6,604	1,056	15	,308
Pair 10	Sensationssucht - Sensationssucht	-,813	2,738	,684	-2,271	,646	-1,187	15	,254
Pair 11	Impulsivität - Impulsivität	,625	2,918	,730	-,930	2,180	,857	15	,405
Pair 12	verantwortungslos - verantwortungslos	-,750	3,044	,761	-2,372	,872	-,986	15	,340
Pair 13	Impulsivität-verantwortungslos - Impulsivität-verantwortungslos	-,938	6,027	1,507	-4,149	2,274	-,622	15	,543

Paired Samples Test - Mädchen

YPI		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	unehrenhafter Charm - unehrenhafter Charm	,000	3,000	,905	-2,015	2,015	,000	10	1,000
Pair 2	hochtrabend - hochtrabend	,273	3,036	,915	-1,767	2,312	,298	10	,772
Pair 3	Lügen - Lügen	1,364	2,693	,812	-,446	3,173	1,679	10	,124
Pair 4	manipulativ - manipulativ	-,636	3,295	,993	-2,850	1,577	-,641	10	,536
Pair 5	hochtrabend -manipulativ - hochtrabend -manipulativ	1,000	6,899	2,080	-3,635	5,635	,481	10	,641
Pair 6	hartherzig - hartherzig	-,182	3,763	1,135	-2,710	2,347	-,160	10	,876
Pair 7	unemotional - unemotional	,182	3,371	1,016	-2,083	2,446	,179	10	,862
Pair 8	verhärtet - verhärtet	-1,727	2,494	,752	-3,403	-,052	-2,297	10	,044
Pair 9	abgestumpft-gleichgültig - abgestumpft-gleichgültig	-1,727	4,982	1,502	-5,074	1,620	-1,150	10	,277
Pair 10	Sensationssucht - Sensationssucht	,000	2,408	,726	-1,618	1,618	,000	10	1,000
Pair 11	Impulsivität - Impulsivität	1,636	3,641	1,098	-,809	4,082	1,491	10	,167
Pair 12	verantwortungslos - verantwortungslos	-,545	5,027	1,516	-3,923	2,832	-,360	10	,726
Pair 13	Impulsivität-verantwortungslos - Impulsivität-verantwortungslos	1,091	7,648	2,306	-4,047	6,229	,473	10	,646

Vergleich 1. + 2. Messzeitpunkt: geschlechtsspezifische psychische Auffälligkeit (Signifikanz)

Paired Samples Test - Jungen

CBCL		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,313	8,048	2,012	-5,601	2,976	-,652	15	,524
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-1,375	8,405	2,101	-5,854	3,104	-,654	15	,523
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	2,063	8,045	2,011	-2,225	6,350	1,025	15	,321
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-1,313	6,437	1,609	-4,742	2,117	-,816	15	,427
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	,125	9,091	2,273	-4,719	4,969	,055	15	,957
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,500	6,186	1,547	-3,796	2,796	-,323	15	,751
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-2,313	6,993	1,748	-6,039	1,414	-1,323	15	,206
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-2,063	4,494	1,123	-4,457	,332	-1,836	15	,086
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	,500	10,783	2,696	-5,246	6,246	,185	15	,855
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-2,000	6,703	1,676	-5,572	1,572	-1,193	15	,251
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-1,250	7,371	1,843	-5,178	2,678	-,678	15	,508

Paired Samples Test - Mädchen

CBCL		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-2,417	7,994	2,308	-7,496	2,662	-1,047	11	,317
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	3,917	5,534	1,598	,400	7,433	2,452	11	,032
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-,333	9,149	2,641	-6,146	5,479	-,126	11	,902
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-,167	11,159	3,221	-7,257	6,923	-,052	11	,960
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	,667	9,471	2,734	-5,351	6,684	,244	11	,812
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,909	6,862	2,069	-5,519	3,701	-,439	10	,670
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	1,364	9,739	2,937	-5,179	7,907	,464	10	,652
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-2,333	7,402	2,137	-7,036	2,370	-1,092	11	,298
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-,917	10,570	3,051	-7,632	5,799	-,300	11	,769
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	,000	6,537	1,887	-4,153	4,153	,000	11	1,000
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-1,333	7,114	2,054	-5,853	3,187	-,649	11	,529

Paired Samples Test - Jungen

YSR		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,563	6,889	1,722	-5,234	2,109	-,907	15	,379
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	2,813	4,460	1,115	,436	5,189	2,522	15	,023
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	,563	5,944	1,486	-2,605	3,730	,379	15	,710
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-,125	7,982	1,996	-4,378	4,128	-,063	15	,951
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	-,563	10,764	2,691	-6,298	5,173	-,209	15	,837
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - TYSR2_-Wert	,000	6,387	1,597	-3,404	3,404	,000	15	1,000
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-,125	4,829	1,207	-2,698	2,448	-,104	15	,919
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	2,313	3,825	,956	,274	4,351	2,418	15	,029
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	1,375	7,623	1,906	-2,687	5,437	,721	15	,482
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	1,188	5,935	1,484	-1,975	4,350	,800	15	,436
Pair 11	Gesamt - Gesamt	,750	5,733	1,433	-2,305	3,805	,523	15	,608

Paired Samples Test - Mädchen

YSR		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-3,364	6,087	1,835	-7,453	,726	-1,833	10	,097
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-1,182	3,281	,989	-3,386	1,022	-1,195	10	,260
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-3,091	6,090	1,836	-7,182	1,001	-1,683	10	,123
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	-2,727	7,226	2,179	-7,582	2,127	-1,252	10	,239
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	-4,455	5,939	1,791	-8,444	-,465	-2,488	10	,032
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	-,455	6,578	1,983	-4,874	3,965	-,229	10	,823
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-2,000	9,539	2,876	-8,409	4,409	-,695	10	,503
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-4,273	7,773	2,344	-9,495	,949	-1,823	10	,098
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-3,091	6,730	2,029	-7,612	1,430	-1,523	10	,159
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-4,182	6,824	2,057	-8,766	,402	-2,033	10	,070
Pair 11	Gesamt - Gesamt	-3,727	6,828	2,059	-8,314	,860	-1,811	10	,100

Paired Samples Test - Mädchen

TRF		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	soz. Rückzug - soz. Rückzug	-1,200	15,336	6,859	-20,242	17,842	-,175	4	,870
Pair 2	körperl. Beschwerden - körperl. Beschwerden	-3,600	13,649	6,104	-20,548	13,348	-,590	4	,587
Pair 3	Angst, Depressivität - Angst, Depressivität	-6,000	18,615	8,325	-29,113	17,113	-,721	4	,511
Pair 4	soz. Probleme - soz. Probleme	,800	10,569	4,727	-12,323	13,923	,169	4	,874
Pair 5	Schizoid, Zwanghaft - Schizoid, Zwanghaft	4,000	4,899	2,449	-3,795	11,795	1,633	3	,201
Pair 6	Aufmerksamkeitsstörung - Aufmerksamkeitsstörung	3,800	6,058	2,709	-3,722	11,322	1,403	4	,233
Pair 7	delinquentes Verhalten - delinquentes Verhalten	-7,800	7,396	3,308	-16,983	1,383	-2,358	4	,078
Pair 8	aggressives Verhalten - aggressives Verhalten	-,800	6,340	2,835	-8,673	7,073	-,282	4	,792
Pair 9	internalisierende Störungen - internalisierende Störungen	-4,800	16,254	7,269	-24,982	15,382	-,660	4	,545
Pair 10	externalisierende Störungen - externalisierende Störungen	-1,600	5,941	2,657	-8,977	5,777	-,602	4	,580
Pair 11	Gesamt - Gesamt	1,800	1,924	,860	-,588	4,188	2,092	4	,105
Pair 11	Gesamt - Gesamt	,462	6,009	1,666	-3,169	4,092	,277	12	,787

Paired Samples Test - Jungen

BIS-11		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	Aufmerksamkeit - Aufmerksamkeit	-,933	2,344	,605	-2,232	,365	-1,542	14	,145
Pair 2	kognitive Instabilität - kognitive Instabilität	,600	1,765	,456	-,377	1,577	1,317	14	,209
Pair 3	Kognitive Impulsivität - Kognitive Impulsivität	-,333	3,658	,944	-2,359	1,692	-,353	14	,729
Pair 4	Motorik - Motorik	1,200	4,539	1,172	-1,313	3,713	1,024	14	,323
Pair 5	Ausdauer - Ausdauer	-,400	1,957	,505	-1,484	,684	-,792	14	,442
Pair 6	motorische Impulsivität - motorische Impulsivität	,800	4,693	1,212	-1,799	3,399	,660	14	,520
Pair 7	Selbstkontrolle - Selbstkontrolle	-2,267	4,847	1,252	-4,951	,418	-1,811	14	,092
Pair 8	kognitive Komplexität - kognitive Komplexität	-1,067	3,150	,813	-2,811	,678	-1,311	14	,211
Pair 9	Voraussicht - Voraussicht	-3,333	7,394	1,909	-7,428	,761	-1,746	14	,103
Pair 10	Gesamtwert - Gesamtwert	-2,867	9,576	2,472	-8,170	2,436	-1,159	14	,266

Paired Samples Test - Mädchen

BIS-11		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	Aufmerksamkeit - Aufmerksamkeit	,182	2,272	,685	-1,345	1,708	,265	10	,796
Pair 2	kognitive Instabilität - kognitive Instabilität	,364	1,748	,527	-,811	1,538	,690	10	,506
Pair 3	Kognitive Impulsivität - Kognitive Impulsivität	,545	3,475	1,048	-1,789	2,880	,521	10	,614
Pair 4	Motorik - Motorik	1,455	3,417	1,030	-,841	3,750	1,412	10	,188
Pair 5	Ausdauer - Ausdauer	,091	2,300	,694	-1,454	1,636	,131	10	,898
Pair 6	motorische Impulsivität - motorische Impulsivität	1,545	4,059	1,224	-1,181	4,272	1,263	10	,235
Pair 7	Selbstkontrolle - Selbstkontrolle	-1,091	2,625	,791	-2,854	,673	-1,378	10	,198
Pair 8	kognitive Komplexität - kognitive Komplexität	,000	2,720	,820	-1,828	1,828	,000	10	1,000
Pair 9	Voraussicht - Voraussicht	-1,091	3,859	1,163	-3,683	1,502	-,938	10	,371
Pair 10	Gesamtwert - Gesamtwert	1,000	9,402	2,835	-5,316	7,316	,353	10	,732

Paired Samples Test - Jungen

YPI		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	unehrenhafter Charm - unehrenhafter Charm	,313	3,420	,855	-1,510	2,135	,366	15	,720
Pair 2	hochtrabend - hochtrabend	,250	4,025	1,006	-1,895	2,395	,248	15	,807
Pair 3	Lügen - Lügen	-,500	2,708	,677	-1,943	,943	-,739	15	,472
Pair 4	manipulativ - manipulativ	,250	3,296	,824	-1,507	2,007	,303	15	,766
Pair 5	hochtrabend -manipulativ - hochtrabend -manipulativ	,313	9,673	2,418	-4,842	5,467	,129	15	,899
Pair 6	hartherzig - hartherzig	,438	4,320	1,080	-1,864	2,739	,405	15	,691
Pair 7	unemotional - unemotional	1,125	3,243	,811	-,603	2,853	1,388	15	,186
Pair 8	verhärtet - verhärtet	,625	3,344	,836	-1,157	2,407	,748	15	,466
Pair 9	abgestumpft-gleichgültig - abgestumpft-gleichgültig	2,188	8,288	2,072	-2,229	6,604	1,056	15	,308
Pair 10	Sensationssucht - Sensationssucht	-,813	2,738	,684	-2,271	,646	-1,187	15	,254
Pair 11	Impulsivität - Impulsivität	,625	2,918	,730	-,930	2,180	,857	15	,405
Pair 12	verantwortungslos - verantwortungslos	-,750	3,044	,761	-2,372	,872	-,986	15	,340
Pair 13	Impulsivität-verantwortungslos - Impulsivität-verantwortungslos	-,938	6,027	1,507	-4,149	2,274	-,622	15	,543

Paired Samples Test - Mädchen

YPI		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Interval of the Lower	Interval of the Upper			
Pair 1	unehrenhafter Charm - unehrenhafter Charm	,000	3,000	,905	-2,015	2,015	,000	10	1,000
Pair 2	hochtrabend - hochtrabend	,273	3,036	,915	-1,767	2,312	,298	10	,772
Pair 3	Lügen - Lügen	1,364	2,693	,812	-,446	3,173	1,679	10	,124
Pair 4	manipulativ - manipulativ	-,636	3,295	,993	-2,850	1,577	-,641	10	,536
Pair 5	hochtrabend -manipulativ - hochtrabend -manipulativ	1,000	6,899	2,080	-3,635	5,635	,481	10	,641
Pair 6	hartherzig - hartherzig	-,182	3,763	1,135	-2,710	2,347	-,160	10	,876
Pair 7	unemotional - unemotional	,182	3,371	1,016	-2,083	2,446	,179	10	,862
Pair 8	verhärtet - verhärtet	-1,727	2,494	,752	-3,403	-,052	-2,297	10	,044
Pair 9	abgestumpft-gleichgültig - abgestumpft-gleichgültig	-1,727	4,982	1,502	-5,074	1,620	-1,150	10	,277
Pair 10	Sensationssucht - Sensationssucht	,000	2,408	,726	-1,618	1,618	,000	10	1,000
Pair 11	Impulsivität - Impulsivität	1,636	3,641	1,098	-,809	4,082	1,491	10	,167
Pair 12	verantwortungslos - verantwortungslos	-,545	5,027	1,516	-3,923	2,832	-,360	10	,726
Pair 13	Impulsivität-verantwortungslos - Impulsivität-verantwortungslos	1,091	7,648	2,306	-4,047	6,229	,473	10	,646

Kooperationsvereinbarung

6. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen erfolgt nur mit schriftlichem Einverständnis der Eltern/Personensorgeberechtigten.

7. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen erfolgt anonym. Den Kindern und Jugendlichen werden Codes zugewiesen, um die Daten der ersten und zweiten Befragung zuordnen zu können. Die Zuordnung der Codes zu den Kindern erfolgt über die Mitarbeiter des Integrierten Fachdienstes (IFD).

8. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen wird in den jeweiligen Wohngruppen durch eine von Frau Niemann gestellte Hilfskraft oder im Einzelfall nach Absprache durch einen Betreuer durchgeführt.

9. Die Befragung der Lehrer erfolgt mittels des oben genannten Fragebogens durch die Betreuer der Kinder und Jugendlichen.

10. Frau Niemann stellt dem Träger für alle befragten Kinder und Jugendlichen eine individuelle probandenbezogene Auswertung unter Angabe der Codes sowie eine Gesamtauswertung der Daten innerhalb von 10 Wochen sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Erhebungszeitraum zur Verfügung.

07/06/10 K. Niemann
Datum / Unterschrift
Katrin Niemann

09.06.2010 A. Ratz
Datum / Unterschrift
Geschäftsführung

ASB ARBEITER-SAMARITER-BUND
Gemeinnützige Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe mbH
Schleswiger Straße 6, 18109 Rostock
Tel. 0381 / 7 78 58-0 Fax 0381 / 7 78 58-24

Lebenslauf

Persönliche Daten:

1978 geboren in Rostock

verheiratet

Schule:

1984 – 1994 27. Polytechnische Oberschule Rostock / Gymnasium Reutershagen

1994 – 1997: Abitur, Privates Christophorus Gymnasium (CJD), Rostock Gymnasium

Studium:

1999 – 2006: Studium Sonderpädagogik auf Lehramt
Abschluss: 1. und 2. Staatsexamen

2006 – 2008: Aufbaustudium: Diplompädagogin mit den Studienschwerpunkten Sozialpädagogik, Pädagogische Psychologie und Schulmanagement
Abschluss: Diplom Pädagogin

Berufliche Tätigkeit:

Ab März 2012 Dozentin und Fachbereichsleiterin, Ecolea Berufliche Schule Rostock

Mai 2011 – Dez. 2011 Primary Mental Health Worker, Children's Action Team North, DECS/RBC, Reading, United Kingdom

Okt 2010 – April 2011 Primary Mental Health Worker, Children & Adolescent Mental Health Service (CAMHS) Silverwood Centre Northgate Street Great Yarmouth, United Kingdom

Okt 2009 – März 2010 Workforce Development Department, Break Charity organisation: Head office (Training Department) Norwich, United Kingdom

Feb 2009 – Sept 2010 Social pedagogue (Team Leader), Break Charity; Nelson Lodge Long Stratton, United Kingdom

Sept 2008 – Jan 2009 Social pedagogue (Support Worker), Break Charity; Nelson Lodge Long Stratton, United Kingdom

März 2008 – Aug 2008	Lehrer (freiberuflich), Private evangelische Grundschule „Löwenzahn“ in Ribnitz Damgarten
März 2004 – Okt 2006	Sprachheilpädagogin, Logopädische Praxis Katja Lindgreen, Graal Müritz
Feb 2004 – Aug 2006	Sonderpädagogin, Förderzentrum „Am Meer“, Graal Müritz

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 Befragungen in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe der Hansestadt Rostock wurden von mir, meinem Mann Herrn P. Niemann und im 1. Messzeitpunkt auch von der studentischen Hilfskraft, Frau C. Andrees, durchgeführt.

Die Arbeit wurde von mir bisher weder innerhalb noch außerhalb Deutschlands in gleicher oder ähnlicher Form einer Prüfungsbehörde vorgelegt.

Rostock, August 2013

Katrin Niemann

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben.

Ich danke besonders Prof. Dr. päd. habil. Helga Joswig und Prof. Dr. med. Frank Haessler für die Möglichkeit diese Arbeit zu verfassen und sich als Gutachter zur Verfügung zu stellen.

Großer Dank gebührt Dipl. Psych. Judith Wolff und Dipl. Päd. Susanne Huth vom Integrierten Fachdienst des Arbeiter Samariter Bundes (ASB), Dipl. Sozialpäd. Angela Deickert von der Arbeiter Wohlfahrt (AWO) sowie Dipl. Päd. Franziska Berthold von der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik (GGP) für die hervorragende Zusammenarbeit und anregenden Diskussionen.

Auch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ASB, der AWO, GGP sowie den Jugendlichen, die sich zur Teilnahme an der Untersuchung bereit erklärt haben, möchte ich mich für die Ermöglichung eines reibungslosen Ablaufs meiner Versuchsdurchführung bedanken.

Meinem Mann danke ich ganz besonders für seine Unterstützung, das Verständnis und die Geduld, gerade während der letzten Arbeitsphase.

Thesen

- Es gibt in Deutschland noch keine ausreichende Datenbasis, um explizite Aussagen zum Einfluss der stationären Heimunterbringung auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen machen zu können.

- In der vorliegenden Untersuchung wurden Probanden, Erzieher und Lehrer in Einrichtungen im Raum Rostock Stadt mittels standardisierter Fragebögen zu zwei Messzeitpunkten im Anstand von acht Monaten befragt und die Ergebnisse der Auswertung mit den 2008 im Landkreis Bad Doberan erhobenen und ausgewerteten Daten in Vergleich gebracht.

- Aus dem Stadtgebiet Rostock nahmen 48 Probanden (22 Mädchen, 26 Jungen) im Alter von 11-20 Jahren aus 4 verschiedenen Trägereinrichtungen teil. Durch einen Prä-Post-Vergleich im Abstand von acht Monaten sollte ermittelt werden, ob eine Veränderung der psychischen Belastung zu verzeichnen ist.

- Als Untersuchungsinstrumente wurden standardisierte Fragebögen für die Selbst- (YSR, YPI, BIS-11) und Fremdeinschätzung (CBCL, TRF) verwendet.

- Anhand von Scoretabellen wurden Kompetenzen, psychischen und Verhaltensauffälligkeiten Persönlichkeitseigenschaften und Impulsivitätsmerkmale ausgewertet und die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdurteil untersucht.

- Im Selbsturteil durch den YSR schätzen sich 51 % der Befragten als klinisch auffällig ein. External lagen 37% und internal 28% im klinischen Bereich. Auch hier waren hinsichtlich der Geschlechterunterschiede Signifikanzen zu verzeichnen.

- Im Fremdurteil durch die Erzieher (CBCL) wurden beim Gesamtwert 45 % der Jugendlichen als klinisch auffällig eingeschätzt. Etwa ein Drittel

liegen in den Globalskalen internale und externale Auffälligkeiten im klinischen Bereich, und hierbei zeigten die Mädchen höhere, aber nicht signifikante Werte bei den internalen Störungen.

- Die Ergebnisse der Lehrerbeurteilungen (TRF) zeigen klinisch auffällige Werte im Gesamtscore für 45% und im internalen und externalen Bereich für je 45% der Probanden. Die Ergebnisse der TRF zeigen Geschlechterunterschiede im internalen Bereich, die jedoch nicht signifikant sind.

- Impulsivität ist ein Charakteristikum bei den Befragten; 58% der Mädchen liegen im impulsiven bzw. 32% im hochimpulsiven Bereich, bei den Jungen sind dies 29% bzw. 43%. Hauptsächlich in den Unterskalen „Voraussicht“ und „Selbstlenkungsfähigkeit“ zeigen sich geschlechterspezifisch signifikante Unterschiede.

- Die Ergebnisse des YPI zeigen, dass ein Teil der befragten Jugendlichen Verhaltensweisen aufweisen, die den Persönlichkeitsdimensionen der Psychopathy entsprechen. 36 % der befragten Jungen und 16 % der Mädchen zeigen im Bereich „hochtrabend/manipulativ“ auffällige Werte, 32% der Jungen und 16 % der Mädchen in der Dimension „abgestumpft / gleichgültig“. 21% bzw. 23% der Mädchen und Jungen weisen hohe Werte bei „impulsiv/verantwortungslos“ auf.

- Die Ergebnisse der Fremdeinschätzung ergaben, dass im Bereich der internalen Symptome die Ergebnisse des CBCL und TRF deutliche Unterschiede aufweisen. Die Erzieher gaben an, dass die jüngeren Probanden internal auffälliger sind als die 16-20 jährigen. Im TRF zeigt sich jedoch bei den weiblichen Probanden ein gegenteiliges Resultat. Bei der Selbsteinschätzung weichen die Ergebnisse der älteren männlichen Probanden deutlich von den Einschätzungen der Betreuer / Lehrer ab.

- Bezogen auf den Bildungshintergrund zeigten bei den internalen Symptomen im Bereich „körperliche Beschwerden“ die Nicht-Förderschülerinnen signifikante Unterschiede mit sehr hohen Werten.

- Bei den externalisierenden Störungen zeigten sich in der Altersgruppe 11-15 Jahre die Förderschüler und bei den älteren Jugendlichen die ohne Förderschulhintergrund als auffälliger.

- Beim Vergleich der zwei Messzeitpunkte konnten keine eindeutige Verbesserung festgestellt werden. Die weiblichen Probanden schätzten sich beim YSR auffälliger ein als bei der ersten Befragung. Bei den Jungen sanken die Werte im externalisierenden Bereich. Die Ergebnisse des CBCL zeigen, dass besonders die Altersgruppe der 16-20 jährigen Mädchen psychisch belasteter erscheinen als bei der ersten Befragung. Bei den Jungen der Altersgruppe 11-15 sinken die externalisierenden Auffälligkeiten und ebenso die körperlichen Beschwerden.

- Die Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe sollten bei Eintritt in die Maßnahme und dann regelmäßig aller 2-3 Jahre examiniert werden, da so konstant Daten für Auswertungen zur Verfügung stünden. Die Ablehnungshaltung in den Einrichtungen gegen zu häufige und zu unterschiedlichen Anlässen durchgeführte Befragungen ist, im Interesse der Klientel, nur allzu verständlich.

- Die Institutionen sollten die freiwillige Kooperation unter effektiverer Nutzung der Möglichkeiten der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII zum gegenseitigen Nutzen ausbauen und unterhalten.