

Hobrücker, Bernhard

Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 3, S. 82-86

urn:nbn:de:bsz-psydok-31534

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bartoszyk, J., Nickel, H.:</i> Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes (Father's Participation in Infant Caretaking Courses and Paternal Caretaking Behavior in the First Weeks of Life)	254	<i>Reich, G., Bauers, B., Adam, D.:</i> Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext (The Family Dynamics of Divorce: an Investigation in the Multigenerational Context) . . .	42
<i>Bauers, B., Reich, G., Adam, D.:</i> Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung (The Situation of the Children and the Family Therapy in Families of Divorce)	90	<i>Rossel, E., Steffens, W., König, R.:</i> Entwickeln adipöse Kinder eine geringere Leistungsmotivation? (Do Obese Children Develop a Low Need for Achievement?)	164
<i>Biermann, G., Kos-Robes, M.:</i> Die Zeichentest-Batterie (The Drawing Test Battery)	214	<i>Sarimski, K.:</i> Untersuchungen zur Entwicklung der sensorimotorischen Intelligenz bei gesunden und behinderten Kindern (Studies of Sensorimotor Development in Normal and Retarded Children)	16
<i>Boehnke, K.:</i> Probleme der Intelligenzmessung bei Kindern mit dem HAWIK-R (Problems of the Measurement of Intelligence in Children by Means of the HAWIK-R)	34	<i>Schechter, D.E.:</i> Bemerkungen zur Entwicklung der Kreativität (Notes on the Development of Creativity) . . .	21
<i>Dittmann, R.W., Kröning-Hammer, A.:</i> Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft (Intercultural Conflicts in 10 to 18 Years Old Girls of Turkish Origin)	170	<i>Schütze, Y.:</i> Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre (The Course of Sibling Relationship During the First Two Years)	130
<i>Fischer, G.:</i> Die Beziehung des Kindes zur gegenständlichen und personalen Welt (The Child's Object-Directed and Interpersonal Relations)	2	<i>Streeck-Fischer, A.:</i> „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen („Guiding“ and „Alliance Forming“ Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents)	50
<i>Göres, H.G., Göting, S.:</i> Überleitung einer Therapiegruppe mit Jugendlichen in eine Selbsthilfegruppe (Transfer of a Therapy-group for Adolescents into a Self-help-group)	177	<i>Süssenbacher, G.:</i> Hilfreicher Dialog als strukturelles Problem: Zur Übereinstimmung von Metapher und Affekt – Erörterung am Beispiel einer Märchen-Kurztherapie von Enkopresis (Helpful Dialogue as Structural Problems: About Correspondence of Metaphor with Affection – Discussion on the Illustration of a Fairy-Tale-Brief-Treatment of Encopresis)	137
<i>Gruen, A., Prekop, J.:</i> Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen (Holding and Attachment in Autism: Theoretical Considerations)	248	<i>Wiesse, J.:</i> Über die Angst in der Psychotherapie von Jugendlichen (Anxiety in the Psychotherapy of Adolescents)	87
<i>Gutezeit, G., Marake, J., Wagner, J.:</i> Zum Einfluß des Körperidealbildes auf die Selbsteinschätzung des realen Körperbildes im Kindes- und Jugendalter (The Influence of Ideal Body Images on the Assessment of Real Body Image in Children and Juveniles)	207	<i>Wirsching, M.:</i> Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik (Illness and the Family – Towards a System's Perspective in Psychosomatic Medicine)	118
<i>Hartmann, H.:</i> Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern (Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children)	242		
<i>Hobrücker, B.:</i> Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen (A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment)	82	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Klosinski, G.:</i> Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung delinquenten Verhaltens (The Significance of the Father for the Development of delinquent Behavior) . . .	123	<i>Bourgeon, M.:</i> Beratungsarbeit mit Familien von Verfolgten aus der NS-Zeit (Experiences in Counseling with Families of Victims of the Holocaust)	222
<i>Knölker, U.:</i> Psychotherapie bei Colitis ulcerosa in der Adoleszenz (About Psychotherapy of Colitis ulcerosa in Adolescence)	8	<i>Hartmann, K.:</i> Das Problem der Intervention in der Rehabilitation (The Problem of Intervention in Rehabilitation)	146
<i>Krampen, G.:</i> Zur Verarbeitung schlechter Noten bei Schülern (Stress and Coping with Grades in Schols) . .	200	<i>Hoffmeyer, O., Hils, J.:</i> Offene Spielgruppe in der Jugendpsychiatrie (Open Playgroups in Adolescent Psychiatry)	261
<i>Ossowsky, G.:</i> Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese (In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation)	56	<i>Hubbertz, K.P.:</i> Prävention in ländlichen Erziehungsberatungsstellen (Prevention in Rural Welfarecentres for Familycounseling)	96
		<i>Hüffner, U., Mayr, T.:</i> Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten? (Integrative Body Therapy – Can it Support Integration in Joint Furthering of Handicapped and Non-Handicapped Children in Kindergarten?)	184

Familientherapie

Austermann, W., Reinhard, H. G.: Ein Fürsorgegutachten als systematisch-familientherapeutische Intervention (An Expert in Child Welfare as a Systemic-Family Therapeutic Intervention) 302

Buchholz, M. B.: Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf dem großen Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie (Chessplayer, Guest from a distant Star, the Great River's Captain, Freud and Bateson – A Contribution to the Controversy between Psychoanalysis and Systemic Theory) 274

Heekerens, H. P.: Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung (Ten Years Family Therapy in Child Guidance) 294

Müssig, R.: Familientypologie – Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humantheologie, Systemtheorie und Psychoanalyse (Family Typology – A Holistic Classification Scheme Based on Gestalt Conception, Human Ehtology, System Theory und Psychoanalytical Theory) . . 283

Rückert-Emden-Jonasch, I. u. a.: Familientherapeuten erleben ihre Herkunftsfamilie (Family Therapists Experience Their Families of Origin) 305

Tagungsberichte

Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 312

Ehrungen

Hedwig Wallis zum 65. Geburtstag 150

Buchbesprechungen

Armstrong, L.: Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest 151

Baumann, U. (Hrsg.): Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive 155

Beland, H. u. a. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 16 27

Belz, H., Muthmann, Ch.: Trainingskurse mit Randgruppen 26

Berger, E., Friedrich, H. M., Schuch, B.: Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen 104

Bettelheim, B.: So können sie nicht leben 25

Biber, B.: Early Education and Psychological Development 156

Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik . 106

Boczkowski, K.: Geschlechtsanomalien des Menschen . . 266

Bös, K., Mechling, H.: Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen 106

Brainerd, Ch. J., Pressley, M. (Hrsg.): Basic Processes in Memory Development. Progress in Cognitive Development Research 111

Brakhoff, J. (Hrsg.): Eßstörungen – ambulante und stationäre Behandlung 108

Brand, M.: Erziehungsberatung im Spannungsfeld von Familie und Schule 157

Brandstädter, J., Gräser, H. (Hrsg.): Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne 192

Briel, R., Mörsberger, H.: Kinder brauchen Horte 75

Bruder-Bezzel, A., Bruder, K. J.: Jugend: Psychologie einer Kultur 153

Brunner, E. J.: Grundlagen der Familientherapie. Systematische Theorie und Methodologie 268

Bundschuh, K.: Dimensionen der Förderdiagnostik bei Kindern mit Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen 231

Burkhardt, H., Krech, R.: Aggression und geistige Behinderung 76

Dietrich, G.: Erziehungsvorstellungen von Eltern 234

Eberlein, G.: Autogenes Training für Kinder 318

Eggers, Ch. (Hrsg.): Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter 156

Eichseder, W.: Unkonzentriert – Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern 73

Eiser, Ch.: The Psychology of Childhood Illness 318

Fleischer-Peter, A., Scholz, U.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie 320

Freinet, E.: Erziehung ohne Zwang 25

Frey, D., Irle, M. (Hrsg.): Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien 267

Fromm, E.: Psychoanalyse und Religion 155

Fthenakis, W. E.: Väter (Bd. I und II) 315

Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie 72

Füssenich, I., Gläß, B.: Dysgrammatismus 191

Göppner, H. J.: Hilfe durch Kommunikation in Erziehung, Therapie, Beratung 103

Haubl, R., Peltzer, U.: Veränderung und Sozialisation . . 158

Heil, G.: Erziehung zur Sinnfindungshaltung – eine Antwort der Lernbehindertenpädagogik 26

Hennig, C., Knödler, U.: Problemschüler – Problemfamilien 232

Jüttemann, G. (Hrsg.): Die Geschichtlichkeit des Seelischen 319

Krähenbühl, V. u. a.: Stieffamilien. Struktur – Entwicklung – Therapie 267

Kleine-Moritz, G.: Der gegenwärtige Stand des Rechts-Links-Problems 265

Klicpera, Ch.: Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten 316

Krech, D. u. a.: Grundlagen der Psychologie (Bd. I-VIII) . 104

Langenmayr, A., Prümel, U.: Analyse biographischer Daten von Multiple Sklerose-Kranken 92

Liepman, D., Stiksrud, A. (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz 234

Marx, H.: Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten 104

Mehringer, A.: Verlassene Kinder 73

Meyer, W. U.: Das Konzept der eigenen Begabung 28

<i>Morgan, S. R.</i> : Children in Crisis. A Team Approach in the Schools	71	<i>Schulte, F. J., Spranger, J.</i> (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde	317
<i>Musselwhite, C. R.</i> : Adaptive Play for special Needs Children	317	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Hintergrundanalysen zur Kinderkriminalität	230
<i>Nickolai, W. u. a.</i> : Sozialpädagogik im Jugendstrafvollzug	229	<i>Shepherd, M.</i> (Hrsg.): Psychiater über Psychiatrie	319
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Pubertätsalters	108	<i>Solnit, A. J. u. a.</i> (Hrsg.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 39)	110
<i>Oswald, G., Müllensiefen, D.</i> : Psycho-soziale Familienberatung	190	<i>Spreen, O. u. a.</i> (Hrsg.): Human-Developmental Neuropsychology	27
<i>Páramo-Ortega, R.</i> : Das Unbehagen an der Kultur	109	<i>Stein, A., Stein, H.</i> : Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte	233
<i>Perrez, M. u. a.</i> : Erziehungspsychologische Beratung und Intervention	229	<i>Textor, M. E.</i> : Integrative Familientherapie	317
<i>Petermann, F.</i> : Psychologie des Vertrauens	266	<i>Thommen, B.</i> : Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler	191
<i>Petermann, U.</i> : Kinder und Jugendliche besser verstehen .	102	<i>Tobler, R., Grond, J.</i> (Hrsg.): Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder	103
<i>Quitmann, H.</i> : Humanistische Psychologie	108	<i>Wiedl, K. H.</i> (Hrsg.): Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven . . .	314
<i>Rahn, H.</i> : Talente finden – Talente fördern	74	<i>Wiegand, B.</i> : Ich habe mich nicht gemalt, weil ich nicht zur Familie gehöre – eine Kindertherapie	193
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. II)	235	<i>Ylvisaker, M.</i> (Hrsg.): Head Injury Rehabilitation: Children and Adolescents	110
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. III)	268		
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	320	Autoren der Hefte: 24, 64, 102, 150, 189, 228, 265, 314	
<i>Riedl, I.</i> : Tabu im Märchen	265	Diskussion/Leserbriefe: 24, 64	
<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen .	232	Tagungskalender: 29, 77, 112, 159, 193, 236, 269, 321	
<i>Rudnick, M.</i> : Behinderte im Nationalsozialismus	235	Mitteilungen: 30, 78, 112, 160, 194, 237, 270, 322	
<i>Rudolf, G. A., Tölle, R.</i> (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie	111		
<i>Sedlmayr-Länger, E.</i> : Klassifikation von Klinischen Ängsten	105		
<i>Scherer, K. R. u. a.</i> : Die Streßreaktion – Physiologie und Verhalten	231		
<i>Schmidt, H. D., Schneeweiß, B.</i> (Hrsg.): Schritt um Schritt. Die Entwicklung des Kindes bis ins 7. Lebensjahr . . .	316		

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Gerd Schütze)

Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen

Von Bernard Hobrucker

Zusammenfassung

Vierzehn kinderpsychiatrische Patienten mit stationärer Behandlungsdauer von mindestens fünfeinhalb Monaten bilden die Stichprobe für eine Therapie-Prozesskontrolle mit einer „Einschätzungsliste für Erzieher“. Die Daten zielen ab auf die Problembelastung der Erzieher im Umgang mit dem jeweiligen Patienten und erfassen ihn in den Problembereichen der Regelbeachtung, emotionalen Selbstkontrolle, emotionalen Äußerung, der Intentionalität, Gruppenintegration, Neigung zu „antisozialen Taktiken“ sowie der Aggression. Die Datenauswertung zeigt Zunahmen der erzieherischen Problembelastung zwischen der ersten und zweiten sowie der vorletzten und letzten Erhebung, eine signifikante Abnahme dagegen im Vergleich von zweiter und vorletzter Erhebung. Im einzelnen sind besonders der Bereich der Regelbeachtung, der Aggressivität und antisozialen Taktiken sowie im Sinne der positiven Veränderung der Bereich der Intentionalität Schwankungen im Therapieprozeß unterworfen.

1 Einleitung und Fragestellung

Diagnostik, und damit die Möglichkeit für ein kontrolliertes Vorgehen, ist im heilpädagogischen Sektor stationärer Behandlungen eine bisher unzureichend gelöste Aufgabenstellung, offenbaren sich doch gerade hier die wesentlichen Störungen der Patienten im bezug auf Handlungsvollzüge und Kommunikationsprozesse (Blom, 1979). Wenn man zudem davon ausgeht, daß in stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung ein Patient täglich den größten Teil seiner Zeit in der Obhut pflegerischer und heilpädagogischer Fachkräfte verbringt, so wird dieser Mangel gerade angesichts der hieraus resultierenden Einflüsse des heilpädagogischen Personals auf den Behandlungserfolg evident.

Die Erfassung der kommunikativen sowie der Handlungskompetenz beim Kind kann demzufolge als heilpädagogische Aufgabenstellung angesehen werden. Anders aber als der therapeutische Diagnostiker, der durch die Anwendung von Meßinstrumenten und durch die

Möglichkeit nicht-teilnehmender Beobachtung objektiver Daten zu erheben in der Lage ist, ist der Heilpädagoge¹ beim Beobachten auch zumeist im Beobachtungsfeld zugegen und als Pädagoge beteiligt. Insofern fließt bei heilpädagogischer Diagnostik immer das Ausmaß der erzieherischen Belastung mit in die Urteilsbildung ein und verleiht ihr einen höheren Grad an Subjektivität.

Als ein Verfahren, welches im heilpädagogischen Prozeß Handlungs- und Kommunikationsstörungen der Patienten im Blickwinkel erzieherischer Probleme abbildet, wurde kürzlich die „Einschätzungsliste für Erzieher“ (ELfE) vorgestellt (Hobrucker u. Kühl, 1985). Nachdem die erste Erprobung des Verfahrens an 48 Patienten die einzelnen Problembereiche in ihrer durchschnittlichen Ausprägung und ihren wechselseitigen Zusammenhängen zum Inhalt hatte, soll es im folgenden darum gehen, an einer kleineren Stichprobe von 14 Patienten Spezifika längerdauernder stationärer Therapieverläufe im Blickwinkel der heilpädagogischen Probleme zu ermitteln. Insbesondere geht es um die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Wie verändert sich – bei unterschiedlichen zugrunde liegenden Störungsbildern – das Ausmaß erzieherischer Probleme in stationären Langzeittherapien?
- Lassen sich innerhalb der Gesamtheit erzieherischer Probleme einzelne Problembereiche eruieren, die im Behandlungsverlauf signifikante Veränderungen erfahren?

Generelle Zielsetzung der Arbeit ist – entsprechend dem Charakter der Untersuchung als Erkundungsstudie – die Hypothesenentwicklung für differenziertere Untersuchungen zum stationären Behandlungsverlauf.

¹ Als „Heilpädagogen“ seien hier weniger Angehörige einer spezifischen Berufsgruppe unter Ausbildungsgesichtspunkten verstanden; vielmehr sind pragmatisch diejenigen Personen so bezeichnet, die im kinderpsychiatrischen Behandlungsfeld Aufgaben übernehmen, die weder rein therapeutisch noch rein pflegerisch, sondern im Bereich der pädagogischen Förderung sozialer und instrumentaler Fertigkeiten eingesetzt werden. Ausgenommen seien hier auch die klinischen Schulpädagogen.

2 Darstellung der Untersuchung

2.1 Zur Entwicklung des Untersuchungsverfahrens

Die „Einschätzungsliste für Erzieher“ in der hier verwendeten Fassung stellt ein seit Sommer 1982 verwendetes Einschätzungsverfahren dar, bei welchem die Erzieher einer kinderpsychiatrischen Behandlungseinheit von maximal sieben Patienten (ca. 8 bis 14 Jahre alt) im Gruppenrating ein Kind anhand der erzieherischen Probleme beurteilen, die im Umgang mit dem Kind auftreten. Hierbei ist pro Item in einem 4stufigen Rating anzugeben, ob es sich um ein „besonders großes Problem“, ein „deutliches Problem“, ein „geringes Problem“ oder um „kein Problem“ handelt. Die ELfE erfaßt mit 39 Items die Problembereiche der Regelbeachtung (sechs Items), der Intentionalität (fünf Items), der emotionalen Selbstkontrolle sowie der emotionalen Äußerung (sechs Items). Im „sozialen Bereich“ wird neben Punkten zur Gruppenintegration (vier Items) eines Kindes mit den „antisozialen Taktiken“ genannten Verhaltensproblemen (zehn Items) insbesondere inadäquates Dominanzverhalten sowie provokative und Verantwortung vermeidende Techniken zusammenfaßt. Aggressives Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen, Erwachsenen und Objekten schließlich wird in insgesamt acht Items erfragt.

In der ersten Untersuchung zur Anwendung der ELfE ergab sich, daß die jeweils ersten Einschätzungen über einen Patienten, vorgenommen im Zeitraum der zweiten Woche nach stationärer Aufnahme, insbesondere Störungen im Bereich der Intentionalität (hier vor allem: Ablenkbarkeit und mangelnde Ausdauer, Unruhe und herumtoben sowie sich absondern und fernhalten), daneben auch der Selbstbehauptung in der Gruppe erkennen lassen. Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Problembereichen lassen erkennen, daß sich die zwei Problemebenen der „Impulsivität“ und des „konflikthaften Erlebens“ der Patienten rein phänomenologisch aufgrund der Korrelationen voneinander abheben.

Im Verhältnis zur kinderpsychiatrischen und klinisch-psychologischen Kategorisierungen ist der Stellenwert dieses Verfahrens als der einer ergänzenden Methode zur besseren Beschreibung kindlicher Störungen auf der Ebene des beobachtbaren Verhaltens anzusehen.

Den mit der Verwendung von Rating-Skalen verbundenen methodischen Problemen kann hier nicht breiterer Raum gewährt werden. Festzuhalten bleibt, daß die mangelnde Genauigkeit und Kontrollierbarkeit von Messungen im Rating ihre Ursache wohl darin hat, daß der Beobachter hier simultan zwei Beurteilungsleistungen zu erbringen hat (v. Cranach und Frenz, 1969): Er stellt das Auftreten einer für sein Beobachtungssystem relevanten Verhaltensweise – in unserem Fall zudem noch retrospektiv – fest und beurteilt deren Ausprägungsgrad, indem er eine Zahl oder verbale Qualifikation zuordnet. Zur Reduktion der hierin immanenten Fehlerquelle wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht unterschieden, in welcher Ausprägung das Problem eingeschätzt wurde, sondern lediglich, ob als „Problem überhaupt“ oder als „kein Problem“ eingeschätzt wurde. Fehlerquellen, die durch eine geringe Inter-Rater-Übereinstimmung entstehen, werden am Beispiel der Patientenbeurteilung durch das psychiatrische Personal in einer Studie von Bunney und Hamburg (1963) eindrucksvoll belegt (s. auch Fahrenschmidt, 1979).

Für die Anwendung von Rating-Skalen spricht unter anderem, daß insbesondere im Bereich der Psychotherapiekontrolle eine Vielzahl empirischer Befunde mittels Rating-Verfahren vorliegen (Hartig, 1975), die zugleich allerdings auch die Begrenztheit dieser Methode erkennen lassen. Die Praktikabilität aber, die auch von Connors (1979) hervorgehoben wird, liegt u. a. darin begründet, daß insbesondere kinderpsychiatrische Verlaufsuntersuchungen eher auf die Erfassung molarer als molekularer Verhaltenseinheiten angewiesen sind.

2.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 14 stationären Patienten einer kinderpsychiatrischen Behandlungseinheit, deren Therapiebeginn und Therapieende im Zeitraum zwischen Sommer 1982 und Jahresbeginn 1985 gelegen ist. Aus dem Kollektiv von insgesamt 40 Patienten wurden nur solche Kinder ausgewählt, deren Aufenthalt annähernd ein halbes Jahr (minimal 24 Wochen) oder mehr betrug, und bei denen im Behandlungszeitraum zumindest fünf Einschätzungen durch das heilpädagogische Personal vorgenommen worden waren (was im Falle zweier Patienten mit fünf Monaten Aufenthaltsdauer nicht zutrifft). Die Probanden der Kriteriumsstichprobe können deshalb als die kindlichen Langzeitpatienten² unserer Behandlungseinheit gelten, deren Aufenthaltsdauer zwischen 24 und 46 Wochen lag. Das Durchschnittsalter betrug bei Behandlungsbeginn 11,1 Jahre (Range 8 bis 14 Jahre); zwölf der vierzehn Kinder waren zwischen 9 und 13 Jahre alt. Diagnostisch bestand die Therapiestichprobe (zehn Jungen, vier Mädchen) aus

- 4 hyperaktiven Kindern (3 männlich, 1 weiblich) mit aggressiven Verhaltensstörungen und beginnender Dissozialität;
- 3 Jungen mit neurotischen Fehlentwicklungen (zwei davon mit deutlich depressiver Symptomatik), bei denen neben Leistungsstörungen eine mangelnde Impulskontrolle und erhebliche Trotzneigung festzustellen war;
- 2 Mädchen mit Anorexia nervosa;
- 4 Patienten (3 Jungen, 1 Mädchen) mit Enuresis und/oder Enkopresis, die in allen Fällen bereits über Monate erfolglos ambulant behandelt waren sowie
- 1 Junge mit Konversionssymptomen und beginnender sexueller Devianz.

Das therapeutische Vorgehen kann entsprechend der theoretischen Orientierung der behandelnden Therapeuten als eklektisch bezeichnet werden, wobei Elemente der klientenzentrierten und kognitiven Therapie, daneben aber auch tiefenpsychologische Konzepte Einfluß auf Therapiemethode und -zielbildung hatten.

² Während bei erwachsenen Psychatriepatienten „Langzeitbehandlungen“ oftmals erst von einer Dauer ab 12 Monate so bezeichnet werden (siehe z. B. Häfner u. An der Heiden, 1984), muß man im Falle kinderpsychiatrischer Patienten wesentlich niedriger ansetzen. Deshalb wurde hier pragmatisch entschieden, daß das Patientendrittel mit der längsten Behandlungsdauer als „Langzeitpatienten“ gelten kann.

2.3 Ablauf der Untersuchung

Bei allen Patienten wurden die jeweils ersten Einschätzungen in der zweiten Woche des stationären Aufenthalts durchgeführt, um einen retrograden Einschätzungszeitraum von einer Woche zu erhalten. Die dazwischen liegenden Einschätzungen wurden im Abstand von jeweils maximal sechs Wochen durchgeführt, bei einzelnen Patienten auch häufiger, wenn – etwa im Fall der Kontrolle medikamentöser Behandlung (Ritalin bei drei hyperaktiven Patienten) – die ELfE auch zur Erfassung kürzerfristiger Veränderungen dienen sollten. Die Ratings wurden jeweils in Gruppen von mindestens vier Beurteilern vorgenommen, wobei es sich durchweg um erfahrene Einschätzer (mindestens einjährige vorherige Praxis mit einem Vorläufer der ELfE) handelte. Eine Einschätzung der 39 Items dauerte jeweils 20 bis 30 Minuten, während derer die Problempunkte anhand konkret aufgetretener Schwierigkeiten aus den sieben letzten Behandlungstagen diskutiert wurden.

Für eine einheitliche Verrechnung der Ergebnisse wurden bei allen Patienten die jeweils erste und zweite sowie die vorletzte und letzte Einschränkung zugrunde gelegt. Als fünfter Erhebungspunkt wurde in allen Fällen diejenige Einschätzung ausgewählt, die der jeweiligen zeitlichen Behandlungsmittelpunkt am nächsten kam.

Von den fünf Erhebungspunkten haben somit lediglich die Zeiträume zwischen und erster und zweiter sowie vorletzter und letzter Einschätzung gleiche Ausdehnung von vier bis sechs Wochen, während sich zwischen den übrigen Erhebungspunkten interindividuell deutliche Differenzen erkennen lassen; ein methodischer Mangel, der angesichts der insgesamt geringen Zahl von

Als zweiter Untersuchungsschwerpunkt gilt die Veränderung einzelner Problembereiche der ELfE. Hierzu werden analog der Ermittlung der generellen Problembelastung in jedem ELfE-Bereich Summenwerte aus den problematisch eingeschätzten Items gebildet.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse zur generellen Problembelastung

Zur Ermittlung von Veränderungen in der Problembelastung wurden die – in Rangplätze umgewandelten – individuellen Summenwerte der Patienten mit dem FRIEDMAN-Test in ihrem Verlauf überprüft. Tabelle 1 zeigt in der oberen Zeile die Problem-Scores, darunter die durchschnittlichen Rangplätze, bezogen auf die fünf Erhebungspunkte.

Die Veränderungen in den Rangplätzen sind bei einem Chi-Quadrat von 11,6 (df = 4) auf dem 5%-Niveau signifikant. Unter dem Aspekt der Problembelastung zeigen sich somit bei der ersten Erhebung die niedrigsten Werte; es folgt die vorletzte Erhebung, während mit einigem Abstand die letzte und die mittlere Erhebung folgen, schließlich die zweite Erhebungsphase die höchste Problembelastung erkennen läßt.

Im weiteren soll überprüft werden, welche Veränderungen der Problembelastung im einzelnen zu dem signifikanten Verlauf beitragen. Hierzu werden die Ergebnisse aller Erhebungspunkte miteinander verglichen und in einer Veränderungsmatrix zusammengestellt. Prüfver-

Tab. 1: Erzieherische Problembelastung bei 14 Langzeitpatienten

	Erhebungsphase				
	1	2	Behandlungsmittelpunkt	n-1	n
Problem-summenwerte	$\bar{X} = 10,6$ $S = 7,78$	15,2 16,15	14,6 12,45	11,3 6,66	13,9 9,04
Verlaufs-Rangplätze	$\bar{X} = 2,18$	3,93	3,39	2,39	3,11

Langzeitpatienten in Kauf genommen werden mußte, um die Stichprobengröße nicht zu niedrig zu halten.

Bei der Auswertung soll zum einen der Verlauf der „generellen Problembelastung“, erfaßt als die Summe aller mit 1, 2 oder 3 gewichteten Items, analysiert werden. Dabei sei implizit davon ausgegangen, daß dieser individuelle Summenwert ein Indikator für das Ausmaß ist, in welchem ein Erzieher den Umgang mit dem jeweiligen Patienten als heilpädagogische Aufgabe sieht. Aufgrund der Zusammenstellung der ELfE-Bereiche ergeben sich bei Patienten mit ausagierenden und dissozialen Störungsbildern insgesamt höhere erzieherische Problembelastungswerte als bei Patienten mit dysthymen und psychosomatischen Störungen.

fahren sei hier der Vorzeichentest (Siegel, 1956), der an die Verteilung der zugrunde liegenden Daten keine besonderen Anforderungen stellt. Tabelle 2 stellt in der unteren Hälfte der Matrix die numerischen Veränderungen im Vergleich der Therapiephasen dar, in der oberen Hälfte die Signifikanzen.

Die Veränderungsmatrix macht deutlich, daß die Schwankungen der ELfE-Summenwerte zwischen je zwei aufeinanderfolgenden Erhebungspunkten lediglich in jeweils einer Zunahme von der ersten zur zweiten und von der vorletzten zur letzten Messung bestehen, tendenziell (10%) noch in einer Abnahme von der mittleren zur vorletzten Datenerhebung. Daneben sind im Vergleich

Tab. 2: Vergleich der generellen erzieherischen Problembelastung zwischen allen Erhebungsphasen

	Erhebungsphase				
	1	2	Behandlungsmitte	n-1	n
1		Zunahme 1%	Zunahme 5%	ns	ns
2	12 + 2-		n. s.	Abnahme 5%	n. s.
Behandlungs- mitte	10 + 3-	5 + 9-		n. s.	n. s.
n-1	9 + 5-	3 + 10-	4 + 10-		Zunahme 5%
n	8 + 6-	3 + 8-	6 + 8-	11 + 3-	

der ersten zur mittleren Messung eine Zunahme und im Vergleich der zweiten zur vorletzten Messung eine signifikante Abnahme zu erkennen.

3.2 Veränderungen in einzelnen ELfE-Bereichen

Erwartungsgemäß sind im Vergleich der einzelnen ELfE-Bereiche in den fünf Erhebungsphasen relativ wenige signifikante Veränderungen festzustellen. Dies hat unter anderem in der geringen Itemzahl (und damit mangelnden Meßqualität) einzelner Bereiche seine Ursache. Es finden sich vorwiegend signifikante Zunahmen von problematischen Beurteilungen, aber auch eine bedeutsame Abnahme:

- a) beim Vergleich der ersten und zweiten Erhebung: eine Zunahme in Problemen der Regelbeachtung (1%) sowie der Aggressivität (5%);
- b) beim Vergleich der vorletzten und letzten Erhebung: wiederum eine Zunahme in Problemen der Regelbeachtung (5%) sowie der antisozialen Taktiken (5%). Dagegen findet sich
- c) beim Vergleich der zweiten mit der vorletzten Erhebung eine hochsignifikante (0,1%) Abnahme bei Problemen der Intentionalität.

Entsprechend also den Ergebnissen zur generellen Problembelastung sind insbesondere im Vergleich der ersten und zweiten sowie der vorletzten und letzten Erhebung Zunahmen, dagegen im Vergleich der zweiten und der vorletzten Erhebung eine bedeutsame Abschwächung eines Problembereichs zu erkennen.

4 Diskussion der Ergebnisse

Die den Ergebnissen zugrunde gelegten Einschätzungsdaten haben eine Vielzahl von Interaktionen zwischen Erziehern und Patienten zur Grundlage; sie sind somit nicht Daten über Patienten, sondern Daten über Beziehungsgestaltung. Veränderungen, die mittels dieser Daten zu ermitteln sind, sind also immer Veränderungen, die in der Einstellung des heilpädagogischen Teams ge-

genüber einem Patienten stattfinden. Diese Veränderungen lassen auch die – jeweils recht unterschiedliche – Ausgangslage der Patienten bei der ersten Einschätzung außer acht; ein Mangel, der bei Stichprobenaussagen über Veränderungen in Kauf genommen werden muß und von Bereiter (1967) als „Physikalismus-Subjektivismus-Dilemma“ beschrieben wurde. Eine über alle Störungsgruppen hinweg ermittelte Verlaufsscharakteristik der Problembelastung läßt darauf schließen, daß der Patient in der erzieherischen Handhabung nie mehr so geringe Probleme bereitet wie zu Beginn der Therapie – und nie mehr so große Probleme wie circa sechs bis acht Wochen nach Therapiebeginn. Ohne daß die Daten über die Wechselwirkung zwischen tatsächlichem Problemverhalten der Kinder und subjektiver Problemeinschätzung der Erzieher weiteren Aufschluß liefern können, ist zu konstatieren, daß hier ein wechselseitiger Anpassungsprozeß stattfindet, in welchem die Beziehung zwischen Kind und Erzieher einer Belastungsprobe unterzogen wird, insbesondere in der Phase der zweiten Einschätzung.

Der hier erkennbare Anstieg der Probleme kommt zustande durch überproportional zunehmende Aggressivität und Regelverletzungen der Kinder, wenn man das Urteil der Erzieher zugrunde legt. Die Verlagerung der erzieherischen Aufmerksamkeit auf diese beiden Problembereiche schwächt sich im weiteren Verlauf der Behandlung dann – nichtsignifikant – soweit ab, daß zum Ende der Therapie ein erneutes Anwachsen zu verzeichnen ist: wiederum im Bereich der Regelverletzung, daneben aber nicht mehr in der direkt aggressiven Auseinandersetzung des Kindes mit der Umwelt, sondern in einer sozial weniger anstößigen Form der „antisozialen Taktiken“ genannten Verhaltensweisen. Die direkte Aggressivität spielt somit in den Veränderungen zum Therapieende hin keine bedeutsame Rolle mehr.

Es wird insgesamt also der Stand der niedrigen Problembelastung, wie er in der vorletzten Messung gegeben ist, zum Ende der Therapie erneut verlassen. In der Regel findet in der Phase der vorletzten Erhebung auch die Entscheidung über die Beendigung der Therapie statt; ein Zeitpunkt also, welcher eine günstige Verlaufsbeur-

teilung voraussetzt, oder aber die Erkenntnis, daß weiterreichende Verbesserungen nicht zu erzielen sind. Die Ablösung des Kindes aus dem stationären Bezugsrahmen erfolgt quasi unter Mißklängen: Das Kind sagt sich unter zunehmender Mißachtung der Regeln des Zusammenlebens von der Gruppe los und distanziert sich von den Gleichaltrigen. Zwar attackiert es die anderen nicht mehr in gehäuftem Maße direkt, es wertet vielmehr die Interaktion zunehmend ab, und zwar durch Verhaltensweisen, die mit gesteigerter Kritikneigung, mit Hänseleien, Angebereien, Anschwärzen, Leugnen von Verantwortung, Mißachten von Aufforderungen und Verbotsübertretungen einhergehen.

In Kontrast hierzu findet sich über den Behandlungsverlauf eine durchgehend positiv zu wertende Veränderung, die sich auch nicht zum Ende hin wieder verschlechtert, und die hier als Abnahme von Problemen der Intentionalität beschrieben sei. Die unter diesem Begriff zusammengefaßten Einzelprobleme der Langeweile und Lustlosigkeit, Ablenkbarkeit und mangelnden Ausdauer, der Verzögerung, der Unruhe sowie des Sich-Absonderns von Gruppenaktivitäten werden als überdauernder Therapieeffekt insgesamt deutlich vermindert: die von der zweiten zur vorletzten Messung hochsignifikante Veränderung zeigt, daß die generelle Handlungsfähigkeit der Kinder therapiebedingt zunimmt, indem sich die hier wirksamen Störfaktoren abschwächen.

Betrachtet man abschließend die Dynamik des Therapieprozesses im Gesamtverlauf, so läßt sich konstatieren, daß Problemzunahmen relativ kurzfristig auftreten, was zu den signifikanten Veränderungen während jeweils aufeinander folgender Einschätzungen führte. Problemabnahmen dagegen haben einen eher schleichenden Verlauf, der – abgesehen vom Bereich der Intentionalität – wohl nur mit exakteren Meßmethoden statistisch abzusichern wäre. Daß gleichwohl stationäre Therapie nicht nur anwachsende Problembelastung für das heilpädagogische Personal mit sich bringt, zeigt der Verlauf der generellen Problembelastung, die von der zweiten Erhebung an kontinuierlich abnimmt und dieses im Zeitraum der sechsten bis achten Behandlungswoche gemessene Belastungsniveau nie mehr erreicht.

Summary

A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment

14 child psychiatric patients who had received residential treatment for at least 5½ months were checked during

therapy by means of a "Rating List for Educators". The ratings record the educational problems of the staff during interaction with the respective child. Areas of educational problems are the observance of instructions, emotional self control, expression of emotions, intentionality as well as social problems of affiliation to the group, antisocial maneuvers and aggression. Results show that educational strain increases during the first two months (between 1. and 2. rating) and during the last two months (between last but one and last rating). During the second and the last but one rating decreasing educational problems are to be found. Results are discussed with regard to the single problem areas showing a change during therapy.

Literatur

- Bereiter, C. (1967): Some Persisting Dilemmas in the Measurement of Change. In: C. W. Harris (ed.): Problems in Measuring Change, Milwaukee, University of Wisconsin/Press. – Blom, G. G. (1979): Psychoeducation in the Clinical Setting. In: J. O. Noshpitz (ed.): Basic Handbook of Child Psychiatry. Vol. III: Therapeutic Interventions. New York: Basic Books. – Bunney, W. E., D. A. Hamburg (1963): Methods for Reliable Longitudinal Observation of Behavior. Arch. Gen. Psychiatry 9, 114–128. – Conners, C. K. (1979): Rating Scales. In: J. D. Noshpitz (ed.): Basic Handbook of Child Psychiatry. Vol. I: Development. New York: Basic Books. – v. Cranach, M., H. G. Frenz (1969): Systematische Beobachtung. In: C. F. Graumann (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 1. Halbbd.: Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe. – Faßnacht, G. (1979): Systematische Verhaltensbeobachtung. München: Reinhardt. – Hartig, M. (1975): Psychotherapieforschung. München: Urban & Schwarzenberg. – Häfner, H., W. Ander Heiden (1984): Evaluation von Veränderungen in einem Psychiatrischen Versorgungssystem. In: U. Baumann (Hrsg.): Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen: Hogrefe. – Hobrucker, B., R. Kühl (1985): Eine Einschätzungssliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34, 37–44. – Siegel, S. (1956): Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. New York: McGraw Hill.

Anschr. d. Verf.: Dr. Bernard Hobrucker, Dipl.-Psych. Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemannsweg 147, 2300 Kiel 1.