

Naumann, Emil Günther / Korten, Bettina / Pankalla, Susanne / Michalk, Dietrich V. und Querfeld, Uwe

Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 3, S. 155-162

urn:nbn:de:bsz-psydok-41330

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 Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEGERT, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESSEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUFS, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Patents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3-4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STRECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STRECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder) . . .	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMAN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLER, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSSSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebskranker Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospiele: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717
Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie anhand der Child Behavior Checklist

Michele Noterdaeme¹, Falk Minow² und Hedwig Amorosa¹

Summary

Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist

Speech and language impaired children often show accompanying behavioral and emotional problems, putting an additional burden on their developmental course. In a sample of 57 children with a specific speech and language disorder we evaluated the behavioral changes after therapeutic intervention. The children got intensive treatment for about 15 months. Before the beginning of the treatment, all children were assessed using clinical psychiatric interviews and observations and were diagnosed according to the multiaxial classification scheme. The CBCL was filled in by the same parent before and after the treatment program. The Total Behavior Problem Score was used to assess changes in behavioral problems. The school type as well as the still necessary therapeutic interventions after the completion of the treatment program were used as global measures of psychosocial adaptation. 45 of 57 children had a psychiatric diagnosis on axis I of the multiaxial classification scheme. Hyperkinetic disorder, with or without conduct disorders were the most commonly given diagnoses, in addition to emotional disorders and adjustment problems. Before treatment, the children with a psychiatric diagnosis had higher scores on the Total Behavior Problem Score than the children without a psychiatric diagnosis. The children with psychiatric problems showed a significant decrease in the Total Behavior Problem Score of the CBCL. Although the children with a conduct disorder also showed improvement after treatment, their CBCL scores remained high. The stability of their problems was associated with a worse school prognosis and with further institutional care after the end of the treatment.

¹ Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Direktor: Dr. F.J. Freisleder), Außenstelle München-Solln: Abteilung für teilleistungs- und verhaltensgestörte Kinder (Leiterin: Prof. Dr. H. Amorosa).

² Institut für Soziale Pädiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München (Direktor: Prof. Dr. H. von Voß).

Zusammenfassung

Sprachentwicklungsgestörte Kinder zeigen oft begleitende Verhaltensauffälligkeiten, die eine zusätzliche Belastung für ihre Gesamtentwicklung darstellen. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Verhaltensänderungen nach Therapie anhand einer Stichprobe von 57 sprachentwicklungsgestörten Kindern untersucht. Die Kinder waren durchschnittlich 15 Monate behandelt worden. Vor Behandlungsbeginn wurden alle Kinder individuell klinisch-psychiatrisch untersucht. Die CBCL wurde vor und nach Beendigung des Therapieprogramms vom gleichen Elternteil ausgefüllt. Der Gesamtscore wurde eingesetzt, um die Verhaltensänderungen zu dokumentieren. Die Art der Beschulung sowie die nach Ende der Behandlung noch notwendigen therapeutischen Maßnahmen wurden als Kriterien für die globale psychosoziale Anpassung benutzt. 45 der 57 Kinder erhielten eine Diagnose auf Achse I des Multiaxialen Klassifikationsschemas. Neben emotionalen Störungen und Anpassungsstörungen wurden schwerpunktmäßig expansive Störungen festgestellt. Die Kinder mit einer psychiatrischen Diagnose hatten vor Beginn der Behandlung im CBCL-Gesamtscore deutlich höhere Werte als die Kinder ohne psychiatrische Diagnose. Nach Abschluß der Behandlung war bei den psychiatrisch auffälligen Kindern eine statistisch signifikante Abnahme im Gesamtscore der CBCL nachzuweisen. Obwohl auch bei den Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens eine Abnahme festzustellen war, blieben viele Kinder dieser Subgruppe nach Behandlungsabschluß auffällig: Die Stabilität der Symptomatik ging mit einer schlechteren Schulprognose und einer stationären Nachbetreuung in heilpädagogischen Heimen einher.

1 Einleitung

Sprachentwicklungstörungen sind ein häufiges Problem. Etwa 9 bis 15% der Kinder haben eine bedeutsame, behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörung. Verschiedene Studien haben darauf hingewiesen, daß Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung ein erhöhtes Risiko haben, psychiatrisch zu erkranken (BEITCHMAN 1985; BAKER u. CANTWELL 1982). In einer repräsentativen Stichprobe kanadischer Kindergartenkinder konnten BEITCHMAN und Mitarbeiter feststellen, daß je nach Definition 9 bis 19% der Kinder eine Sprachentwicklungsstörung hatten und daß mehr als 50% dieser Kinder Verhaltensauffälligkeiten zeigten (BEITCHMAN et al. 1986). CANTWELL und BAKER untersuchten Kinder, die in einer Spezialklinik für Hör- und Sprachstörungen vorgestellt wurden, und kamen zu ähnlichen Ergebnissen (CANTWELL u. BAKER 1987). Die Untersuchungen wiesen darauf hin, daß Aufmerksamkeitsstörungen zu den häufigsten Problemen dieser Kinder zählten. Neben hyperkinetischen Störungen wurden bei sprachentwicklungsgestörten Kindern im Vergleich zu normalentwickelten Kindern auch vermehrt sozioemotionale Störungen festgestellt (BEITCHMAN 1985; BEITCHMAN et al. 1986; CANTWELL u. BAKER 1987). BERGER und Mitarbeiter untersuchten 113 Jungen mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen und einer durchschnittlichen non-verbalen Intelligenz und fanden, daß 44% der Kinder die diagnostischen Kriterien ei-

nes hyperkinetischen Syndroms erfüllten, während 13% der Kinder emotionale Störungen zeigten (BERGER et al. 1990). In mehreren Studien konnte festgestellt werden, daß die Verhaltensauffälligkeiten der sprachentwicklungsgestörten Kinder häufig über mehrere Jahre persistieren (BEITCHMAN et al. 1996b; ESSER 1991).

TALLAL et al. (1989) erfaßten die Verhaltensauffälligkeiten vierjähriger sprachentwicklungsgestörter Kinder mit der Child Behavior Checklist und fanden, daß die sprachgestörten Jungen deutlich höhere Werte im CBCL-Gesamtscore zeigten als die alters- und IQ-parallelierten normalentwickelten Kinder. Im Alter von 8 Jahren wurde die gleiche Stichprobe noch einmal untersucht, und es fanden sich auch in diesem Alter höhere Werte im CBCL-Gesamtscore bei den sprachentwicklungsgestörten Kindern im Vergleich zu den normalentwickelten Kindern (BENASICH et al. 1993).

ESSER untersuchte Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen im Alter von 8 Jahren, im Alter von 13 Jahren und im Alter von 18 Jahren. Der Autor konnte feststellen, daß 46% der Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen gleichzeitig eine psychiatrische Diagnose hatten und daß diese Rate sich im mittelfristigen Verlauf kaum änderte. Der mittelfristige und langfristige Schulerfolg der Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen war schlecht: weniger Kinder besuchten das Gymnasium, sie besuchten häufiger die Hauptschule oder die Schule zur individuellen Lernförderung als die normalbegabten Kontrollkinder. Dies galt vor allem für Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen, während Kinder mit einfachen Artikulationsstörungen oder motorischen Störungen insgesamt einen günstigeren Verlauf zeigten (ESSER 1991).

PAUL und Mitarbeiter verfolgten die Entwicklung einer Gruppe schwer sprachgestörter Kinder und konnten nachweisen, daß etwa die Hälfte dieser Kinder autistische Züge zeigte. Nur 12% der Kinder erwarben adäquate Sprachfähigkeiten, und die Kinder mit besonderen Defiziten im Bereich des Sprachverständnisses fielen häufig auf durch persistierende Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen (PAUL et al. 1983).

Die Assoziation von Sprachstörungen mit Verhaltensauffälligkeiten sowie die Persistenz dieser Verhaltensauffälligkeiten fordern ein mehrdimensionales Vorgehen in der Behandlung dieser Kinder. Neben sprachtherapeutischen Maßnahmen ist es dringend notwendig, die Behandlung der Verhaltensstörungen frühzeitig mit in die Therapieüberlegungen einzubeziehen und die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu evaluieren.

Studien, die die Effektivität der durchgeführten therapeutischen Leistungen überprüften und den Behandlungserfolg dokumentierten, verwendeten sowohl Skalen zur globalen Einschätzung des Therapieerfolgs wie auch diagnose- bzw. störungsspezifische Instrumente (Fragebogen, Symptomlisten etc.). In Therapieevaluationsstudien an kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zeigte sich, daß die Globaleinschätzung des Therapieerfolgs sehr nahe an den Angaben zur Symptomatik lag, was vermuten ließ, daß bei der Bildung des Globalurteils die Beurteiler sich primär an der symptomatischen Besserung orientierten. Insgesamt ließ sich mit den Skalen zur globalen Einschätzung eine leichte bis deutliche Besserung bei 70 bis 90% der Patienten feststellen. Messungen vor und nach der Therapie (Symptomlisten, Elternfragebogen) zeigten in allen untersuchten Maßen deutliche und statistisch hochsignifikante Unterschiede zwischen Vor- und Nachtestung im Sinne einer Besserung der Symptomatik. Wenn der Therapieerfolg bei einzelnen Diagnosegruppen überprüft wurde, zeigte sich

ein günstiger Therapieerfolg bei Enuresis, Neurosen und Anorexie, während der Verlauf der Störungen des Sozialverhaltens ungünstig war. Mit diesen Instrumenten wurden neben den Therapeuten auch die Patienten selbst oder externe Beurteiler wie etwa die Eltern oder der Lehrer befragt. Die Beurteilungen der Therapeuten entsprachen denen der Eltern und denen der externen Beurteiler (REMSCHMIDT et al. 1988).

In dieser Arbeit konzentrierten wir uns auf die Evaluation der Verhaltensänderungen durch Therapie bei einer Gruppe schwer sprachgestörter Kinder. Diese Kinder zeigten kein einheitliches Störungsbild, sondern eine vielschichtige Symptomatik, sowohl im Bereich des Verhaltens wie auch im Bereich der Teilleistungsstörungen. Die Verhaltensprobleme standen aber sehr oft im Vordergrund der Symptomatik und waren oft so ausgeprägt, daß die Beschulung der Kinder oder die Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen nicht mehr möglich war und ambulante therapeutische Maßnahmen nicht mehr ausreichten.

Als Instrument zur Erfassung der Verhaltensprobleme wurde die Child Behavior Checklist (CBCL) benutzt. Die CBCL ist ein Elternfragebogen für den Altersbereich von 4 bis 18 Jahren und umfaßt eine im psychiatrischen Bereich besonders interessante Problemskala mit 120 Fragen zu emotionalen Problemen, Verhaltensschwierigkeiten und körperlichen Beschwerden bei den Kindern. Anhand dieses Fragebogens ist es möglich, auf eine standardisierte Weise umfassende Informationen über das Verhalten der Kinder zu bekommen (ACHENBACH 1991a, b).

2 Methode

2.1 Stichprobe

In der Spezialabteilung der Heckscher Klinik in München-Solln werden Kinder mit schweren Entwicklungsstörungen (Sprachstörungen, Lese-Rechtschreibstörungen, motorischen Störungen), meistens in Kombination mit Verhaltensauffälligkeiten, vorgestellt. Aufgabe dieser Spezialeinrichtung ist es, die Diagnostik und Behandlung dieser Kinder zu übernehmen. Organisatorisch stehen dafür sowohl eine Ambulanz wie auch 24 (teil)stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung.

Die Stichprobe wurde aus dem (teil)stationären Patientengut zusammengestellt. Bei allen Kindern war vor der Behandlung die Diagnose einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung gestellt worden. Diese Diagnose wurde gegeben, wenn eine deutliche Diskrepanz zwischen nonverbaler Intelligenz und den Ergebnissen in den Sprachtests vorlag und die Sprachstörung nicht durch eine allgemeine Intelligenzminderung, mangelnde Förderung oder Vernachlässigung, eine Hörstörung oder durch neurologische Auffälligkeiten erklärt werden konnte. Kinder mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen.

Die Indikation zur (teil)stationären Behandlung ergab sich aus der Kombination von schwerwiegenden Sprachstörungen mit anderen Teilleistungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer erheblichen Gefährdung der psychosozialen und emotionalen Entwicklung des Kindes geführt hatte.

Die Behandlung der Kinder bestand aus intensiven verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, kombiniert mit einer kontinuierlichen Übungsbehandlung im sprachlichen und motorischen Bereich sowie ausführlicher Elternberatung. Die hyperkinetischen Störungen wurden in fast allen Fällen medikamentös mit Methylphenidat behandelt. Die Behandlung wurde innerhalb eines interdisziplinären Teams durchgeführt. Ein zentraler Aspekt der Behandlung bestand in einer engen Kooperation zwischen den einzelnen Therapeuten einerseits und den Lehrern und den Betreuern der Kinder andererseits, so daß gewährleistet werden konnte, daß wichtige therapeutische Hilfestellungen nicht nur in den Einzelstunden stattfanden, sondern in den schulischen und pädagogischen Alltag der Kinder integriert wurden. Jedes Kind wurde während der Behandlung von verschiedenen Therapeuten betreut. Um eine vergleichbare Bewertung der Verhaltensänderungen durch die Therapie zu erreichen, wählten wir die Eltern als Beurteiler.

Die Stichprobe bestand aus 64 Kindern, die innerhalb der letzten fünf Jahre zur Behandlung aufgenommen wurden und die alle obengenannten Kriterien erfüllten. Sieben Kinder wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, weil die CBCL-Daten zu den festgelegten Untersuchungszeitpunkten nicht vollständig vorlagen. Insgesamt wurden 57 Kinder in die Stichprobe aufgenommen. Es handelte sich dabei um 49 Jungen und 8 Mädchen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 15 Monate ($sd=6;5$ Monate). Die wichtigsten Merkmale der Patientenstichprobe sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Tab. 1: Merkmale der Stichprobe

Anzahl der Kinder	N=57	
Jungen	N=49	
Mädchen	N=8	
Expressive Sprachentwicklungsstörung	N=24	
Rezeptive Sprachentwicklungsstörung	N=33	
Durchschnittliche nonverbale Intelligenz	97	($sd=11$)
Durchschnittsalter vor Behandlungsbeginn (T1)	7;11 Jahre ($sd=1.4$)	
Durchschnittsalter nach Behandlungsabschluß (T2)	9;4 Jahre ($sd=1.9$)	
Soziale Schicht		
Oberschicht	9	
Mittelschicht	35	
Unterschicht	13	

2.2 Ablauf der Untersuchung

Zum Zeitpunkt T1 (vor Behandlungsbeginn), wurde eine individuelle klinisch-psychiatrische Diagnostik durchgeführt. Die CBCL wurde von den Eltern ausgefüllt. Zum Zeit-

punkt T2 (unmittelbar nach Behandlungsabschluß) wurde die CBCL nochmals vom gleichen Elternteil ausgefüllt. Die Art der Beschulung nach Abschluß der Therapie sowie die eingeleiteten Nachfolgebmaßnahmen wurden erfaßt.

2.3 Untersuchungsinstrumente

2.3.1 Multiaxiale Diagnostik

Für die Kinder wurde nach den Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eine Diagnose gestellt (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994). Im Rahmen der Diagnostik auf den Achsen I und V wurden ausführliche Anamnesegespräche mit den Eltern und Interviews und/oder standardisierte Beobachtungen der Kinder durchgeführt, die die Basis für die klinisch-psychiatrische Diagnostik bildeten.

Die Schichtzugehörigkeit wurde nach BAUER (1972) ermittelt. Für die Auswertung wurden die Daten in drei Schichtzugehörigkeitsgruppen zusammengefaßt.

Die im Rahmen der Intelligenzdiagnostik erhobenen Intelligenzquotienten wurden für die statistische Auswertung ebenfalls in drei Gruppen zusammengefaßt: Gruppe 1: IQ < 90; Gruppe 2: IQ 90-100; Gruppe 3: IQ > 100.

2.3.2 Child Behavior Checklist

Die CBCL-Daten wurden unabhängig von der psychiatrischen Diagnostik erhoben und anhand des von Achenbach entwickelten Computerprogramms ausgewertet; es wurde die deutsche Fassung der CBCL verwendet (DÖPFNER et al. 1994). Die Problemskala wurde vor und nach der Behandlung vom gleichen Elternteil ausgefüllt (meistens der Mutter). Das Ausfüllen des Fragebogens nahm etwa 15-20 Minuten in Anspruch und wurde von den Eltern gut angenommen. Die Items wurden mit „0“ bewertet, wenn die Aussage nicht zutreffend war; mit „1“, wenn die Aussage etwas/manchmal zutreffend war, und mit „2“, wenn die Aussage genau/häufig zutreffend war.

Die Summe aller Items bildete einen Gesamtscore. Dieser Gesamtscore wurde als quantitatives Maß für den Schweregrad der Störung angesehen. Um die Altersunabhängigkeit zu gewährleisten, wurde der T-Wert des Gesamtscores verwendet. Um eine weitere Differenzierung des Störungsbildes des Kindes zu ermöglichen, wurden zusätzlich der T-Wert für die Subskala der Internalisierenden Störungen und der T-Wert für die Subskala der Externalisierenden Störungen berechnet. Es wurden jeweils die T-Werte zu T1 und T2 dieser drei Parameter zur Auswertung der Daten herangezogen.

Nachdem zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch keine endgültigen deutschen Normen vorlagen und verschiedene kulturvergleichende Untersuchungen feststellten, daß zwischen verschiedenen Populationen nur geringfügige Abweichungen in den CBCL-Werten bestanden, wurden hier die amerikanischen Normen verwendet (REMSCHMIDT u. WALTER 1990; DÖPFNER et al. 1996; CRIJNEN et al. 1997).

2.3.3 Erfassen der globalen psychosozialen Anpassung

Die globale psychosoziale Anpassung oder das Ausmaß der Beeinträchtigung nach Abschluß der Behandlung und Entlassung der Kinder wurde eingeschätzt anhand der wei-

teren Beschulung und der Nachbetreuung der Kinder. Es wurde erfaßt, ob die Kinder die Regel- oder die Sprachheilschule besuchten oder eine Schule zur individuellen Lernförderung. Die therapeutische Nachbehandlung der Kinder wurde in drei Kategorien zusammengefaßt: ambulante heilpädagogische Maßnahmen in Tagesstätten, stationäre heilpädagogische Maßnahmen in Heimen oder eine schwerpunktmäßige Förderung in einem Bereich (z. B. Psychotherapie, Sprachtherapie, Lese-Rechtschreibbehandlung) mit einer bis drei Stunden pro Woche.

2.4 *Statistische Vorgehensweise*

In die Berechnungen ging der T-Wert des Gesamtscores ein. Der Effekt von sozialer Schicht, Geschlecht und Intelligenz auf die Änderungen des CBCL-Gesamtscores wurde mittels Varianzanalysen für Meßwiederholungen geprüft. Ebenfalls varianzanalytisch wurde die Beziehung zwischen Abnahme des CBCL-Gesamtscores in Abhängigkeit von der Art der psychiatrischen Diagnose untersucht.

3 **Ergebnisse**

3.1 *Lebenssituation des Kindes vor Behandlungsbeginn*

35 der 57 aufgenommenen Kinder lebten vor Beginn der Behandlung in einer Familie mit beiden biologischen Eltern. 17 Kinder lebten in einer Familie mit einem alleinerziehenden Elternteil (meistens der Mutter). 5 Kinder lebten in einer Familie, in der ein Elternteil wieder geheiratet hatte. Kein Kind lebte vor Behandlungsbeginn in einem Heim.

24 Kinder hatten bis unmittelbar vor Behandlungsbeginn einen heilpädagogischen Kindergarten oder eine heilpädagogische Tagesstätte besucht. 22 Kinder hatten Frühförderung gehabt, und 47 Kinder hatten eine Einzelbehandlung in Form einer Sprachtherapie, einer Legasthenietherapie oder einer Spieltherapie bekommen.

Von den 57 Kindern, die zur Behandlung aufgenommen wurden, waren 32 bereits in öffentlichen Schulen beschult worden, während 25 Kinder erstmals in die klinikeigene Schule eingeschult wurden. Von den 32 bereits eingeschulten Kindern hatten 22 Kinder eine Regel- oder Sprachheilschule besucht und 10 Kinder eine Diagnose- und Förderklasse.

3.2 *Psychiatrische Diagnose vor Behandlungsbeginn*

Von den 57 untersuchten Kindern konnten wir in 46 Fällen eine psychiatrische Diagnose stellen. Bei der Diagnosestellung auf Achse I orientierten wir uns an den ICD-10-Kriterien. Die Diagnosen sind in Tabelle 2 zusammengefaßt. Es handelt sich schwerpunktmäßig um hyperkinetische Störungen mit oder ohne Störung des Sozialverhaltens.

3.3 Effekte von Schicht, Intelligenz und Geschlecht auf den CBCL-Gesamtscore zu T1, T2 und über die Zeit

Anhand von Varianzanalysen für Meßwiederholungen wurde überprüft, ob die Schichtzugehörigkeit einen Einfluß hatte auf die Änderungen im mittleren T-Wert des Gesamtscores der CBCL.

Der Faktor „Schicht“ ergab keine signifikante Differenz zwischen den drei sozialen Schichtgruppen bezüglich des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores zu T1 oder zu T2 ($df=2$, $F=2.4$, $p<0.1$). Innerhalb jeder sozialen Schichtgruppe gab es zwischen T1 und T2 eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores ($df=1$, $F=8.5$, $p<0.005$). Es gab keine signifikante Wechselwirkung zwischen Schichtzugehörigkeit und Abnahme des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores ($df=2$, $F=0.18$, $p=0.83$).

Der Faktor „Geschlecht“ ergab keine signifikante Differenz zwischen den beiden Geschlechtsgruppen bezüglich des mittleren T-Wertes des CBCL Gesamtscores zu T1 oder zu T2 ($df=1$, $F=0.01$, $p<0.9$). Innerhalb jeder Geschlechtsgruppe gab es zwischen T1 und T2 eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores ($df=1$, $F=7.3$, $p<0.009$). Es gab keine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Abnahme des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores ($df=1$, $F=0.01$, $p=0.91$).

Der Faktor „Intelligenz“ ergab keine signifikante Differenz zwischen den Intelligenzgruppen bezüglich der mittleren T-Werte des CBCL-Gesamtscores zu T1 oder zu T2 ($df=2$, $F=1.89$, $p<0.16$). Innerhalb jeder Intelligenzgruppe gab es zwischen T1 und T2 eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores ($df=2$, $F=15.7$, $p<0.001$). Es gab keine signifikante Wechselwirkung zwischen Intelligenz und Abnahme des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores ($df=2$, $F=1.2$, $p=0.29$).

3.4 Child Behavior Checklist: Der Gesamtscore vor und nach der Behandlung

Ein Vergleich der mittleren T-Werte des CBCL-Gesamtscores der sprachgestörten Kinder mit und ohne klinisch-psychiatrisches Syndrom ergab signifikant höhere Werte bei Kindern mit psychiatrischen Diagnosen gegenüber psychiatrisch unauffälligen Kindern (t-Test für unabhängige Stichproben, $t=2.05$, $df=55$, $p<0.05$).

Die Unterschiede der mittleren T-Werte des CBCL-Gesamtscores innerhalb der Gruppe der sprachgestörten Kinder zum Zeitpunkt vor der Behandlung (T1) wurden mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit dem unabhängigen Faktor „Gruppe“ geprüft. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den vier diagnostischen Gruppen ($df=3$, $F=10.19$, $p<0.001$). Der a-posteriori-Test nach Scheffé ergab, daß die Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und die Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens sich signifikant unterschieden von den sprachgestörten Kindern ohne Diagnose oder mit der Diagnose einer emotionalen Störung.

Die Veränderung des mittleren T-Wertes des CBCL-Gesamtscores über die Zeit innerhalb der diagnostischen Gruppen und zwischen den diagnostischen Gruppen wurde

mit Varianzanalysen für Meßwiederholungen mit „psychiatrische Diagnose“ als unabhängiger Variable geprüft. Es zeigte sich eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes des Gesamtscores über die Zeit (Zeiteffekt, $F=22.5$, $p<0.01$). Wenn die Stichprobe der sprachgestörten Kinder in die verschiedenen diagnostischen Subgruppen aufgeteilt wurde, zeigte sich eine signifikante Abnahme des Gesamtscores für die Gruppe der Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, für die Gruppe der Kinder mit emotionalen Störungen und für die Gruppe der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens ($p<0.05$, Tukey-Test für multiple a-posteriori-Mittelwertvergleiche). Für die sprachgestörten Kinder, die auf der Achse I keine psychiatrische Diagnose erhielten, konnte keine signifikante Abnahme im Gesamtscore festgestellt werden.

Neben der statistischen Signifikanz wurde die Effektstärke f nach COHEN (1988) geprüft. Danach zeigen Effektstärken von $0.10<f<0.25$ einen geringen Effekt an. Effektstärken von $0.25<f<0.40$ werden als Hinweis auf einen mittleren Effekt gewertet, während Effektstärken >0.40 auf einen starken Effekt hinweisen.

Die Effektstärken, die mittleren T-Werte des Gesamtscores und die Standardabweichung zu den Zeitpunkten T1 und T2 für die verschiedenen Diagnosen der Achse I sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab.2: Mittlere T-Werte und Standardabweichung im CBCL-Gesamtscore vor (T1) und nach (T2) Behandlung, Effektstärken

	Mittlere T-Werte CBCL-Gesamtscore		Effektstärken
	T1	T2	f
Stichprobe der sprachgestörten Kinder (N=57)	63.6 (8.1)	59.5 (9.2)	4.7
Sprachgestörte Kinder ohne psychiatrische Diagnose (N= 11)	56.4 (5.2)	54.5 (8.7)	0.27
Sprachgestörte Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) (N= 15)	64.4 (8.5)	58.7 (6.1)	0.79
Sprachgestörte Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) (N= 17)	69.8 (3.8)	67 (6)	0.57
Sprachgestörte Kinder mit einer emotionalen Störung (F 93) (N= 14)	60.6 (7.9)	55 (10.1)	0.62

3.5 *Child Behavior Checklist: Klinisch auffällig oder klinisch unauffällig im Gesamtscore und in den Subskalen der internalisierenden und externalisierenden Störungen*

Wir überprüften für jedes Kind, ob es die von Achenbach festgelegten Cut-off-Werte (T-Wert=63) bei T1 und T2 für den Gesamtscore, und für die Subskalen der interna-

lisierenden und der externalisierenden Störungen überschritt und somit als Fall anzusehen war. Die Ergebnisse dieser Überprüfung sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tab. 3: Anzahl der Kinder mit T-Werten im klinischen Bereich im CBCL-Gesamtscore, in den Subskalen internalisierender und externalisierender Störungen vor (T1) und nach (T2) Behandlung

	klinisch auffällig Gesamtscore		klinisch auffällig internalisierende Störungen		klinisch auffällig externalisierende Störungen	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Stichprobe der sprachgestörten Kinder (N=57)	39	28	44	30	29	20
Sprachgestörte Kinder ohne psychiatrische Diagnose (N=11)	3	2	6	5	1	0
Sprachgestörte Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) (N=15)	11	6	10	6	9	7
Sprachgestörte Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) (N=17)	17	15	16	12	16	13
Sprachgestörte Kinder mit einer emotionalen Störung (F 93) (N=14)	8	5	12	7	3	0

Es fiel auf, daß alle 17 Kinder mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens anhand dieses Kriteriums vor der Behandlung als Fall definiert wurden, während nach der Behandlung immerhin noch 15 Kinder als Fall definiert wurden. Mehr als die Hälfte der Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- oder Aufmerksamkeitsstörung oder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens zeigte neben Auffälligkeiten auf der Skala externalisierender Störungen auch erhebliche Belastungen auf der Skala internalisierender Störungen. Die Probleme der Kinder mit einer emotionalen Störung wurden besser erfaßt mit der Skala internalisierender Störungen (12 der 14 Kinder hatten Werte im klinischen Bereich) als mit dem Gesamtscore (nur 8 der 14 Kinder lagen mit dem Gesamtscore im klinischen Bereich).

3.6 Globale psychosoziale Anpassung nach Abschluß der Behandlung

Nach Abschluß der Behandlung hatten die Kinder nach Einschätzung der behandelnden Kinderpsychiater sowohl im Bereich der Teilleistungsstörungen wie auch im Bereich des Verhaltens Fortschritte gemacht, jedoch wurden bei allen Kindern Anschlußmaßnahmen in die Wege geleitet und auch von den Eltern angenommen. Um das Ausmaß der Behinderung einzuschätzen, wurden Schultyp und Art der therapeutischen Maßnahmen als Parameter herangezogen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tab. 4: Therapeutische Maßnahmen und schulische Förderung nach Behandlungsabschluß
(Anzahl der Kinder in Prozent)

Achse-I-Diagnose	Therapeutische Maßnahmen			Schulische Förderung	
	HP Heim ^a (%)	HPT ^b (%)	Einzel förderung ^c (%)	SHS ^d (%)	FS ^e (%)
Sprachgestörte Kinder ohne psychiatrische Diagnose (N= 11)	9	27	64	45	55
Sprachgestörte Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0) (N= 15)	13	53	34	47	53
Sprachgestörte Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) (N= 17)	59	29	12	29	71
Sprachgestörte Kinder mit einer emotionalen Störung (F 93) (N= 14)	43	43	14	43	57

Anmerkungen:

^a Heilpädagogische Heimunterbringung.

^b Heilpädagogische Tagesstätte.

^c Therapeutische Maßnahmen wie Logopädie, Psychotherapie (1-3 Std. pro Woche).

^d Sprachheilschule.

^e Förderschule.

Es zeigte sich, daß bei mehr als der Hälfte der Kinder mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens eine intensive Nachbetreuung in Form einer Unterbringung in einem heilpädagogischen Heim notwendig war und daß weniger als ein Drittel dieser Kinder, trotz durchschnittlicher nonverbaler Intelligenz, in der Lage war, eine Regel- oder Sprachheilschule zu besuchen.

In den anderen Subgruppen besuchte jeweils etwa die Hälfte der Kinder eine Regel- oder Sprachheilschule, während die andere Hälfte in Diagnose- und Förderklassen oder in Schulen zur individuellen Lernförderung beschult wurde. Von den 22 Kindern, die vor Behandlungsbeginn einer Regelschule besucht hatten, wurden 7 Kinder in eine Schule zur individuellen Lernförderung umgeschult.

4 Diskussion

Wir erfaßten die Verhaltensauffälligkeiten vor und nach der Behandlung bei einer Stichprobe schwer sprachgestörter Kinder. Alle Kinder hatten schon vor Beginn der Behandlung intensive ambulante therapeutische Maßnahmen bekommen, die jedoch nicht zu einer ausreichenden Besserung der Symptomatik geführt hatten.

Die Behandlung der Kinder dauerte durchschnittlich 15 Monate und erfolgte entweder stationär oder teilstationär. Die Störungsbilder innerhalb der beiden Aufnahme-modalitäten unterschieden sich nicht. Die Entscheidung für die stationäre Aufnahme

war vor allem durch die Entfernung des Wohnorts des Kindes zur Klinik begründet, die tägliche Anfahrten zur Behandlung unmöglich machte.

Die Behandlung war in allen Fällen mehrdimensional angelegt und bestand aus einer intensiven Übungsbehandlung im sprachlichen Bereich in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (u.a. Aufbau von Arbeits- und Kommunikationsverhalten durch kontingente Verstärkung, Selbstinstruktion, Lernen am Modell). Etwa 90% der Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens wurden mit Methylphenidat behandelt. Eltern und Kinder wurden ausführlich über die Störung informiert; es fand eine kontinuierliche Beratung der Familien statt.

Bei 80% der Kinder konnten wir anhand klinisch-psychiatrischer Untersuchungen eine Diagnose stellen, wobei es sich vor allem um hyperkinetische Störungen mit oder ohne Störung des Sozialverhaltens und um emotionale Störungen oder Anpassungsstörungen handelte. Diese Ergebnisse werden gestützt durch zahlreiche Arbeiten über den Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungsstörungen und psychiatrischen Auffälligkeiten (BEITCHMAN et al. 1986; BEITCHMAN et al. 1996; BERGER et al. 1990; ESSER 1991).

Sowohl die erhöhte Rate psychiatrischer Auffälligkeiten wie auch die Art der Störungen, die von Kinderpsychiatern festgestellt wurden, fanden sich wieder in den Angaben der Eltern in der CBCL. 78% der Kinder mit einer psychiatrischen Diagnose wurden als klinisch auffällig eingestuft, wenn der Gesamtscore als Maß herangezogen wurde; diese Rate stieg auf 87%, wenn für die Gruppe der Kinder mit emotionalen Störungen der T-Wert für die internalisierenden Störungen benutzt wurde.

Die Verhaltensschwierigkeiten der Kinder wurden durch die Behandlung insgesamt positiv beeinflusst. Es zeigte sich nach Abschluß des Therapieprogramms eine statistisch signifikante Abnahme der mit der CBCL erfaßten Verhaltensauffälligkeiten für alle Kinder mit einer psychiatrischen Diagnose, während die Kinder, die keine psychiatrische Diagnose hatten, erwartungsgemäß keine größere Änderung in diesem Parameter zeigten. Dieser insgesamt positive Effekt der Therapie konnte auch in anderen Studien nachgewiesen werden (REMSCHMIDT et al. 1988).

Wenn die Verhaltensänderungen für die einzelnen diagnostischen Gruppen getrennt betrachtet wurden, war für alle Gruppen eine Abnahme festzustellen. Dieses Ergebnis muß jedoch differenziert betrachtet werden. Orientierte man sich an der Anzahl der Kinder, die anhand der T-Werte im Gesamtscore oder im Bereich der internalisierenden Störungen als klinisch auffällig oder klinisch unauffällig klassifiziert wurden, so fiel auf, daß die Anzahl der Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung wie auch die Anzahl der Kinder mit emotionalen Störungen um etwa die Hälfte zurückging. In der Gruppe der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens blieben viele dieser Kinder auch nach Abschluß der Behandlung auffällig: 15 der 17 Kinder hatten noch einen Gesamtscore, der im klinischen Bereich lag. Dies entspricht den Ergebnissen von REMSCHMIDT und Mitarbeitern. Diese Autoren untersuchten das Therapieergebnis bei 10 verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosegruppen und konnten feststellen, daß der Therapieerfolg zwischen den einzelnen Diagnosegruppen differierte. Neurotische Störungen zeigten bessere Therapie-

ergebnisse, während Störungen des Sozialverhaltens insgesamt weniger günstige Therapieverläufe zeigten (REMSCHMIDT et al. 1988).

Die hier berichteten Therapieergebnisse beziehen sich auf eine Gruppe schwer sprachentwicklungsgestörter Kinder; Vergleichsdaten einer unbehandelten Kontrollgruppe sprachgestörter Kinder lagen nicht vor, so daß der kausale Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und Verhaltensänderungen kritisch betrachtet werden muß und letztendlich offen bleibt. Viele Studien konnten nachweisen, daß Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern oft über längere Zeit persistieren (ESSER 1991; BEITCHMAN et al. 1996). Auch in dieser Stichprobe bestanden bei den psychiatrisch auffälligen sprachgestörten Kindern vor Behandlungsbeginn über einen längeren Zeitraum erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, die nach Angaben der Eltern eher zunahmten und zu einer deutlichen Isolation des Kindes führten (Ausschluß aus der Schule, keinen Kontakt mit Gleichaltrigen). Es kann deshalb angenommen werden, daß die anhand der CBCL dokumentierten positiven Verhaltensänderungen durchaus auf die Therapie zurückzuführen sind.

Wir stellten fest, daß mehr als die Hälfte der Kinder trotz durchschnittlicher nonverbaler Intelligenz nicht den Anforderungen einer Regelschule genügte und nach Abschluß der Behandlung in einer Förderschule weiterbeschult wurde. Vor allem aus der Gruppe der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens wurden proportional mehr Kinder in einer Schule zur individuellen Lernförderung beschult als aus den anderen Diagnosegruppen. In einer Längsschnittstudie an Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen konnte auch ESSER feststellen, daß diese Kinder insgesamt eine schlechtere Schulprognose hatten und häufiger Sonderschulen besuchten als die normalbegabten Kontrollkinder (ESSER 1991). Die Stabilität der Symptomatik bei dieser Gruppe führte auch dazu, daß viele dieser Kinder in einem heilpädagogischen Heim untergebracht wurden.

In unserer Studie stellten wir bei einer Gruppe schwer sprachgestörter Kinder in 80% der Fälle eine psychiatrische Diagnose. Alle Kinder hatten vor Aufnahme in das Therapieprogramm eine Behandlung bekommen, die jedoch nicht ausreichte, um die vielfältigen Probleme dieser Kinder zu reduzieren.

Wir konnten beobachten, daß nach Abschluß einer intensiven und mehrdimensionalen Behandlung über einen längeren Behandlungszeitraum eine positive Veränderung der Verhaltensprobleme bei allen sprachgestörten Kindern mit einer psychiatrischen Diagnose festzustellen war. Am auffälligsten blieben die Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens. Trotz einer im Normbereich liegenden nonverbalen intellektuellen Leistungsfähigkeit wurde mehr als die Hälfte dieser Kinder in Schulen zur individuellen Lernförderung weiterbeschult.

Literatur

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

- BAKER, L./CANTWELL, D. (1982): Psychiatric Disorder in Children with Different Types of Communication Disorders. *Journal of Communication Disorder* 15, 113-126.
- BAUER, A. (1972): Ein Verfahren zur Messung des für Bildungsverhalten relevanten sozialen Status (BRSS). Frankfurt: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Förderung.
- BEITCHMAN, J.H. (1985): Speech and Language Impairment and Psychiatric Risk. *Psychiatric Clinics of North America* 8, 721-735.
- BEITCHMAN, J.H./NAIR, R./CLEGG, M./FERGUSON, B./PATEL, P.G. (1986): Prevalence of Psychiatric Disorders in Children with Speech and Language Disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 528-535.
- BEITCHMAN, J.H./WILSON, B./BROWNLIE, E.B./WALTERS, H./INGLIS, A./LANCEE, W. (1996): Long-Term Consistency in Speech/Language Profiles: II. Behavioral, Emotional, and Social Outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 35, 815-825.
- BENASICH, A.A./CURTISS, S./TALLAL, P. (1993): Language, Learning, and Behavioral Disturbances in Childhood: A Longitudinal Perspective. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 32, 585-594.
- BERGER, F./AMOROSA, H./SCHEIMANN, G. (1990): Psychiatrische Auffälligkeiten bei sprachauffälligen Kindern mit und ohne minimale zerebrale Dysfunktion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 18, 71-78.
- CANTWELL, D.P./BAKER, L. (1987): Prevalence and Type of Psychiatric Disorder and Developmental Disorders in Three Speech and Language Groups. *Journal of Communication Disorder* 20, 151-160.
- COHEN, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- CRUJNEN, A.A./ACHENBACH, T.M./VERHULST, F. (1997): Comparisons of problems reported by parents of children in twelve cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1269-1277.
- DÖPFNER, M./MELCHERS, P./FEGERT, J./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./SCHMECK, K./STEINHAUSEN, H.C./POUSTKA, F. (1994a): Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 3, 54-59.
- DÖPFNER, M./SCHMECK, K./BERNER, W. (1994b): *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln.*
- DÖPFNER, M./SCHMECK, K./POUSTKA, F./BERNER, W./LEHMKUHL, G./VERHULST, F. (1996): Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, den Niederlanden und den USA-eine kulturvergleichende Studie mit der Child Behavior Checklist. *Der Nervenarzt* 67, 960-967.
- ESSER, G. (1991): *Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? Der langfristige Verlauf umschriebener Entwicklungsstörungen.* Stuttgart: Enke.
- PAUL, R./COHEN, D.J./CAPARULO, B.K. (1983): A Longitudinal Study of Patients with Severe Developmental Disorders of Language Learning. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 22/6, 525-534.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. (1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. Aufl.* Bern: Huber.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT M.H./MATTEJAT, F./EISERT, M. (1988): *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich.* *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 16, 124-134.
- REMSCHMIDT, H./WALTER R. (1990): *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern.* Göttingen: Hogrefe.
- TALLAL, P./DUKETTE, D./ CURTISS, S. (1989): Behavioral/emotional profiles of preschool language impaired children. *Development and Psychopathology* 1, 51-67.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. Michele Noterdaeme, Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Außenstelle München-Solln: Abteilung für teilleistungs- und verhaltensgestörte Kinder, Wolfratshauer Straße 350, 81479 München.