

Holländer, Amtje und Hebborn-Brass, Ursula

**Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines
heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste
Ergebnisse einer mehrdimensionalen diagnostischen Klassifikation**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 6, S. 212-220

urn:nbn:de:bsz-psydok-32864

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

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebttinger, R., Ebttinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366
- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltungstherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124
- Buchbesprechungen*
- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlun, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen diagnostischen Klassifikation

Von Antje Holländer und Ursula Hebborn-Brass

Zusammenfassung

Im Rahmen einer längsschnittlichen Evaluationsstudie zum Behandlungserfolg eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims wurden die bei Aufnahme bestehenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen der Kinder anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS) diagnostiziert. In dem vorliegenden Bericht sind erste Ergebnisse dieser diagnostischen Ausgangserhebung dargestellt. Sie basieren auf einer Stichprobe von 255 Kindern, davon 74 % Jungen, im Alter zwischen etwa 6 bis 13 Jahren. Die diagnostische Analyse ergibt das Bild einer Klientel, die bei überwiegend durchschnittlicher Intelligenz durch einen hohen Anteil expansiver Störungen (fast 50 %) und häufiges Vorkommen von partiellen Entwicklungsrückständen (mindestens

40 %) charakterisiert ist. Im Hinblick auf belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen dominieren zerbrochene Familien, psychische Störungen anderer Familienmitglieder und unwirksame erzieherische Kontrolle. Weitere Befunde legen die spekulative Vermutung nahe, daß eine minimale zerebrale Dysfunktion das Risiko sowohl einer autistischen als auch einer hyperkinetischen Entwicklungsstörung erhöht.

1 Problemstellung

Es werden viele verschiedene Formen der Jugendhilfe angeboten, angefangen bei ambulanten Beratungen und Therapien, Einrichtung einer Erziehungsbeistandschaft oder Pflegschaft, über teilstationäre Betreuungshilfen in Kindergärten und Tagesstätten für Schul- und Vorschul-

kinder bis hin zu vollstationären Behandlungen in Heimen, die sich wiederum in ihrer Struktur sowie in der Art und Breite ihres Hilfsangebots unterscheiden. Über die verschiedenen Klientel oder mögliche Klientelveränderungen ist allerdings kaum etwas bekannt (vgl. *Hebborn-Brass & Rickert*, 1987). Noch weniger gibt es systematische Erkenntnisse darüber, welche Form der Jugendhilfe unter welchen Bedingungen relativ am erfolgversprechendsten ist. Bei dieser Entscheidung sind alle Mitwirkenden daher fast ausschließlich auf persönliche Eindrücke, Meinungen und Erfahrungen angewiesen.

Klinische Forschung könnte wichtige Entscheidungshilfen für die Praxis bereitstellen, indem sie Untersuchungen zur Effektivität der heute angebotenen Jugendhilfemaßnahmen im Hinblick auf die verschiedenen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen in Angriff nimmt. Einen Beitrag zu dieser Problemstellung soll das Forschungsprojekt „Evaluation und Vorhersage des Behandlungserfolgs bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heims“¹ liefern, das, anders als die Studie von *Jungjohann & Beck* (1984), multivariate Zugänge wählt.

Um der Frage nach Behandlungserfolgen des Heims nachgehen zu können, muß zunächst allerdings eine möglichst umfassende, differenzierte deskriptive Analyse der kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, die zur Aufnahme geführt haben, erfolgen. Über erste Ergebnisse dieser Analyse soll der vorliegende Bericht informieren.

2 Methodik

Die Stichprobe, auf die sich die im folgenden mitgeteilten Ergebnisse beziehen, umfaßt 255 Kinder. Dies sind alle Kinder, die seit Gründung des Kinderdorfs 1968 bis Herbst 1984 in dem Heim aufgenommen worden sind. Das Aufnahmealter variiert zwischen 57 und 162 Monaten, bei einem mittleren Aufnahmealter von etwa 9 Jahren. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beträgt 74 % zu 26 %, also fast 3 : 1.

Als Diagnoseinstrument, das eine mehrdimensionale Erfassung der individuellen Entwicklungs- und Verhaltensprobleme erlaubt, wurde das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ nach *Rutter, Shaffer und Sturge* (deutsche Bearbeitung von *Remschmidt, Schmidt & Klicpera*, 1977) eingesetzt. Dieses Diagnoseschema stellt eine Weiterentwicklung der 9. Revision des „International Classification of Diseases“-Systems (ICD) dar und umfaßt fünf verschiedene Dimensionen bzw. „Achsen“. Achse I dient der diagnostischen Klassifikation des aktuellen klinisch-psychiatrischen Syndroms. Achse II erfaßt

etwaige partielle Rückstände in speziellen Entwicklungs- und Leistungsbereichen, Achse III das Intelligenzniveau. Achse IV betrifft die körperliche Symptomatik und Achse V belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen in der aktuellen Umwelt des Kindes². Das Multiaxiale Klassifikationssystem (MAS) wurde als vorwiegend deskriptives, ätiologiegebundenes Kategorienschema konzipiert. Es hat inzwischen in Kliniken, auch im deutschen Sprachraum, eine relativ weite Verbreitung gefunden. Im Heimbereich wird es unseres Wissens dagegen erstmals im Rahmen unserer Untersuchung eingesetzt und erprobt.

3 Durchführung der diagnostischen Klassifikationen

Die Diagnosen auf den verschiedenen MAS-Achsen basieren generell jeweils auf dem Konsens von zwei klinischen Experten. Nur die Diagnose auf Achse IV wurde von einem einzelnen Arzt (aufgrund der von ihm durchgeführten Aufnahmeuntersuchung) erstellt. Zur Beurteilung von etwaigen partiellen Entwicklungsrückständen (Achse II) und zur Intelligenzeinschätzung (Achse III) wurden entsprechende Testergebnisse hinzugezogen. Ein partieller Entwicklungsrückstand wurde allgemein dann diagnostiziert, wenn die Testleistungen eines Kindes in einem speziellen, abgegrenzten Bereich auffällig (d.h. um wenigstens eine Standardabweichung) von seiner allgemeinen, wenigstens im Durchschnittsbereich liegenden Intelligenz abfallen. Eine Ausnahme bildete nur die Diagnose eines motorischen Entwicklungsrückstandes, die sich allein an extrem geringen Leistungen im motorischen Bereich orientierte; ein unterdurchschnittliches Intelligenzniveau stellte hier kein Ausschlusskriterium dar. Im Gegensatz zu partiellen Rückständen, die überwiegend erst im Kinderdorf auffielen und untersucht wurden, war das allgemeine Intelligenzniveau der Kinder generell schon vor der Aufnahme geprüft worden. In etwa 70 % aller bekannten Fälle war der HAWIK (fast ausschließlich in der alten Fassung) eingesetzt worden, bei ungefähr 7 % sog. sprachfreie Verfahren wie vor allem der CPM von *Raven* und bei etwa 18 % mehrere Testverfahren. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung haben wir zwei verschiedene Variablen zur Erfassung des Intelligenzniveaus gebildet. Die erste Variable gibt das klinische Gesamturteil wieder, das auf (1) Testergebnissen, (2) einer kritischen Würdigung der zugrundeliegenden Testverfahren und (3) dem sog. „klinischen Eindruck“ beruht, wobei letzterer vor allem bei widersprüchlichen oder bei fehlenden Testergebnissen maßgeblich

¹ Das Forschungsprojekt wird durch die Stiftung Deutsche Jugendmarke gefördert.

² Zu Achse V haben wir ad hoc eine differenziertere Version erstellt und angewendet. Außerdem haben wir zusätzlich auch psychosoziale Belastungen in der früheren Lebensgeschichte des Kindes erfaßt. Die entsprechenden Ergebnisse werden in einem gesonderten Bericht mitgeteilt. Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Originalversion von Achse V.

werden konnte. Die zweite Variable gibt eine rein psychometrische Einschätzung aufgrund der ermittelten Intelligenzquotienten wieder.

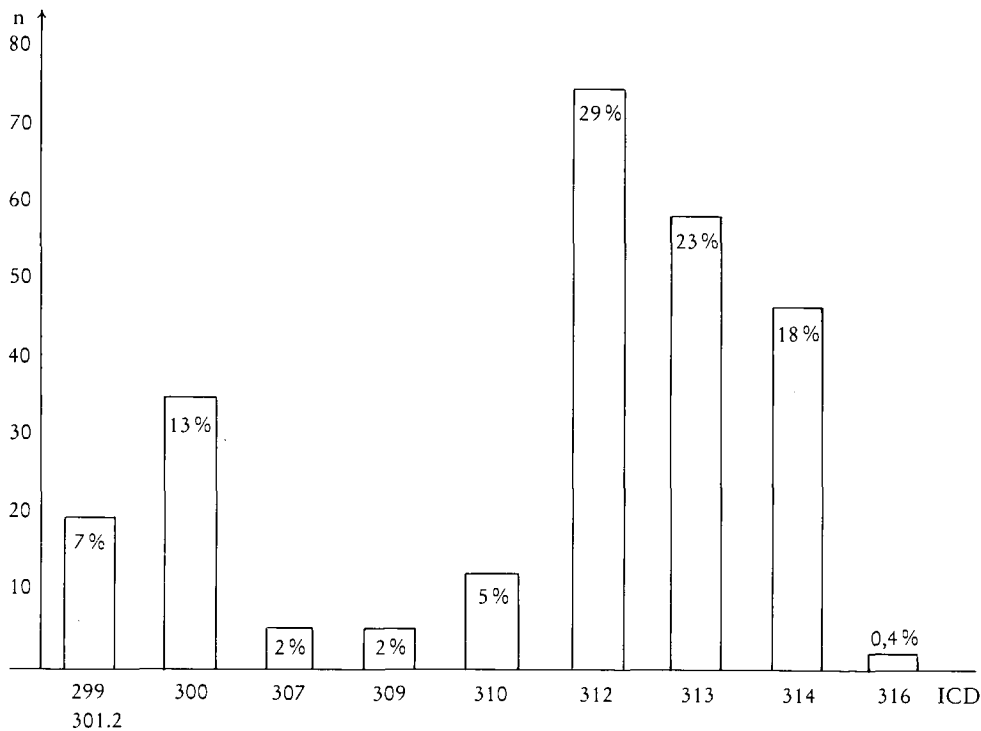
4 Ergebnisse

4.1 Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Zunächst sei auf die Befunde bezüglich der Diagnosen auf MAS-Achse I, die das klinisch-psychiatrische Syndrom betreffen, eingegangen. Die (absolute und relative) Häufigkeitsverteilung der Diagnosen über die gewählten ICD-Kategorien ist in Abb. 1 dargestellt.

Es zeigt sich, daß knapp 30 % der Diagnosen auf die Kategorie ‚nicht anderweitig klassifizierbare Störungen

des Sozialverhaltens‘ (29 %) entfallen. Diese Störungen sind vor allem durch aggressiv-destruktive, dissoziale Verhaltensweisen definiert, die über längere Zeit hinweg auftreten, die aber noch nicht so gefestigt erscheinen, daß sie die Diagnose einer psychopathischen Persönlichkeitsstörung rechtfertigen würden. Die nächsthäufigen Diagnosen sind ‚spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters‘ (23 %) und hyperkinetische Syndrome (18 %). Neurotische Störungen wurden insgesamt in 13 % aller Fälle diagnostiziert. Autistische Syndrome bilden 7 % aller Diagnosen, wobei etwa 2/3 davon auf das nicht-psychotische Syndrom nach Asperger, 1/3 auf psychotische Formen entfallen. Die restlichen Diagnosen verteilen sich auf ‚spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen (5 %), Anpassungsreaktionen (2 %), monosymptomatische Störungen (2 %) und psychosomatische Störungen (0,4 %).



ICD	Störungen	n
299, 301.2	Autistische Syndrome	19
300	Neurosen	34
307	Monosymptomatische Störungen	4
309	Anpassungsreaktionen	4
310	Spezifische Störungen nach Hirnschädigungen	12
312	Störungen des Sozialverhaltens	75
313	Emotionale Störungen	59
314	Hyperkinetische Syndrome	47
316	Psychogene körperliche Erkrankungen	1

Abb. 1: Verteilung der Störungen (nach MAS-Achse I)

4.2 Umschriebene Entwicklungsrückstände

Die diagnostischen Befunde zu partiellen Entwicklungs- und Leistungsrückständen sind in Tab.1 zusammengefaßt.

Tab. 1: Partielle Entwicklungs- und Leistungsrückstände (MAS-Achse II)

Art des Defizits	n	%
Kein spezifischer Entwicklungsrückstand	135	60
Lese-Rechtschreibschwäche	43	17
Rechenschwäche	1	0.4
Andere umschriebene Lernschwächen	7	3
Rückstand in Sprech- und Sprachentwicklung	7	3
Rückstand in motorischer Entwicklung	21	8
Multiple Entwicklungsrückstände	23	9

Den Diagnosen auf Achse II zufolge weisen 40 % der untersuchten Kinder irgendwelche Teilleistungsschwächen oder Verzögerungen in speziellen Entwicklungsbereichen auf. Das relativ am häufigsten diagnostizierte Defizit ist eine umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche bei mindestens durchschnittlicher Intelligenz. Sie wurde etwa jedem sechsten Kind der Untersuchungstichprobe zuerkannt. Bei 8 % der Kinder wurde ein Rückstand in der motorischen Entwicklung diagnostiziert und bei jeweils 3 % Rückstände in der Sprech- und Sprachentwicklung bzw. „andere umschriebene Lernschwächen“, d.h. in dieser Untersuchung vor allem Verzögerungen in der Wahrnehmungsentwicklung. In einem einzelnen Fall wurde eine spezifische Rechenschwäche festgestellt. Multiple Entwicklungsrückstände schließlich wurden bei 12 % der Kinder diagnostiziert.

Im Hinblick auf die Diagnose eines motorischen Entwicklungsrückstands muß besonders darauf hingewiesen werden, daß hier nicht alle entsprechenden Diagnosen erfaßt sind. Soweit ein motorischer Entwicklungsrückstand nämlich als Ausdruck einer leichten Hirnfunktionsstörung angesehen wurde, erfolgte seine Kodierung nur indirekt über die Diagnose dieser zentralnervösen Störung auf der 4. Achse der körperlichen Symptomatik. Auf der hier besprochenen 2. Achse wurde er in solchen Fällen nicht zusätzlich angegeben. Dies bedeutet, daß der Gesamtanteil der Kinder, bei denen ein partieller Entwicklungsrückstand diagnostiziert wurde, den hier ermittelten Prozentsatz von 40 % sogar noch übersteigt.

4.3 Intelligenzniveau

Die Häufigkeitsverteilungen der Intelligenzdiagnosen, die zum einen aufgrund des klinischen Gesamturteils, zum anderen aufgrund der rein psychometrischen Einschätzung erhalten wurden, sind in Abb.2 wiedergegeben. Um die Stichprobenverteilungen dieser alternativen Intelligenzdiagnosen nicht nur untereinander, sondern auch mit der theoretischen Intelligenzverteilung in der Gesamtbevölkerung vergleichen zu können, werden in

Abb.2 ebenfalls die entsprechenden Häufigkeiten, wie sie in der Population zu erwarten sind, mit dargestellt.

Es zeigt sich, daß die beiden Stichprobenverteilungen, die aufgrund der alternativen Intelligenzdiagnosen erhalten wurden, in fast völliger Übereinstimmung miteinander, aber auch in weitgehender Übereinstimmung mit den Populationsverhältnissen, ungefähr 70 % der Kinder als durchschnittlich intelligent ausweisen. Im Hinblick auf das Vorkommen von unter- und überdurchschnittlicher Intelligenz in der Heimstichprobe kommen die alternativen Schätzurteile allerdings zu gegensätzlichen Ergebnissen. Der rein psychometrischen Einschätzung zufolge sind in der Kinderdorfstichprobe überdurchschnittlich intelligente Kinder mit 24 % tendenziell überrepräsentiert, unterdurchschnittlich intelligente mit nur 4 % entsprechend zu schwach repräsentiert. Dem klinischen Gesamturteil zufolge sind in der Stichprobe dagegen umgekehrt unterdurchschnittlich intelligente Kinder mit 20 % etwas stärker vertreten als in der Gesamtbevölkerung, überdurchschnittlich intelligente mit 8-9 % etwas schwächer.

Das Ergebnisbild, das die rein psychometrische Einschätzung liefert, erscheint ausgesprochen unrealistisch. Die Intelligenzquotienten stellen offensichtlich in vielen Fällen eine Überschätzung des vorhandenen intellektuellen Potentials dar. Die Ursache hierfür ist in erster Linie in der bekannten Veralterung von Testnormen, hier vor allem der alten HAWIK-Normen zu suchen. Da Überschätzungen des Intelligenzniveaus Anlaß zu gravierenden Fehlentscheidungen geben können, kann nach den vorliegenden Vergleichsergebnissen nur dringend davor gewarnt werden, das Intelligenzniveau unmittelbar aus einem gegebenen IQ-Wert zu erschließen, ohne dabei mögliche Einschränkungen der Normgültigkeit in Rechnung zu stellen.

4.4 Minimale zerebrale Dysfunktion

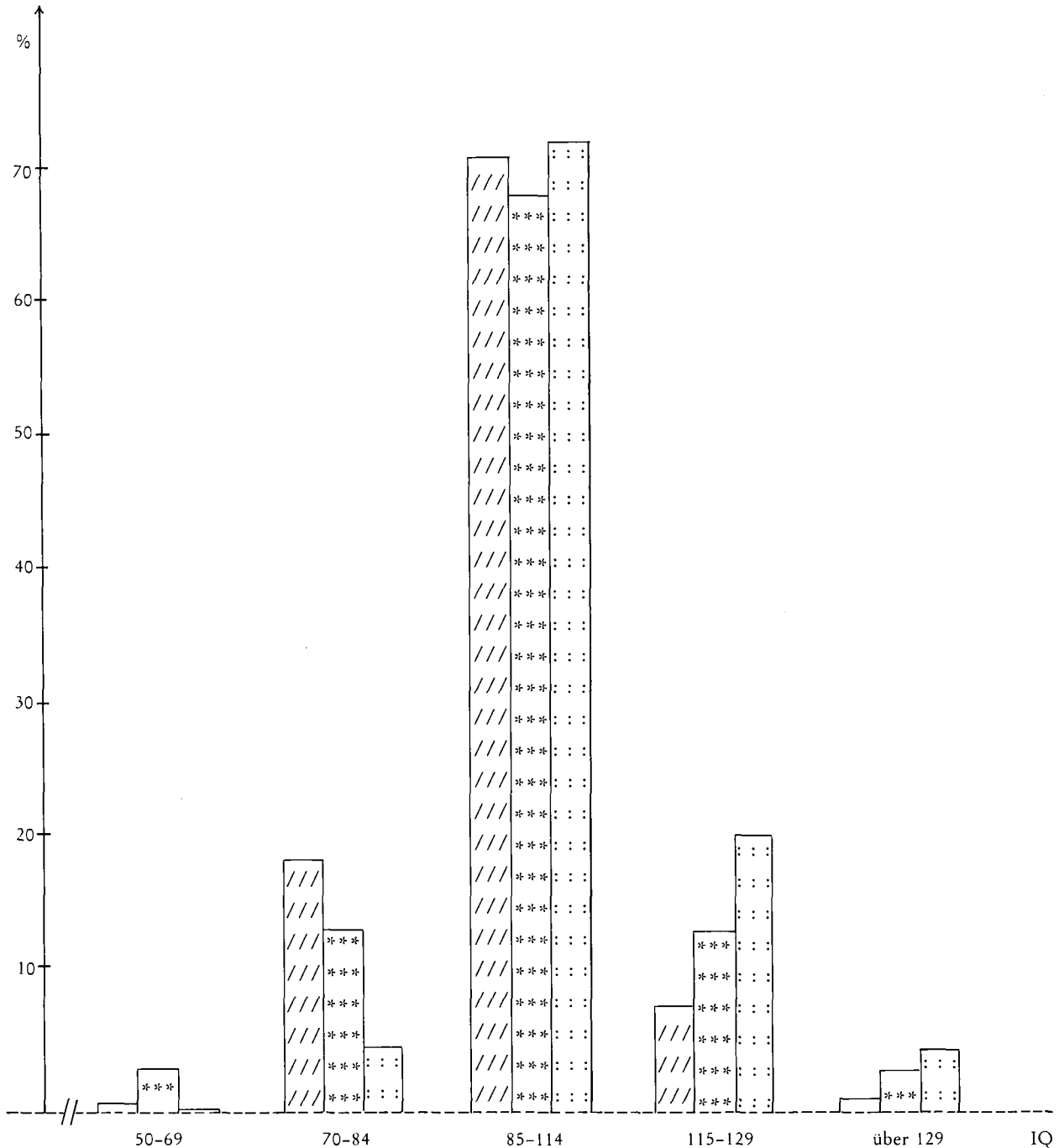
Im Hinblick auf die körperliche Begleitsymptomatik, die durch Achse IV erfaßt wurde, sei hier nur die Diagnose einer minimalen zerebralen Dysfunktion (MCD) berücksichtigt. Sie stützte sich auf folgende vier Indikatoren: (1) Auffälligkeiten im Elektroenzephalogramm, (2) Störungen sog. „hirnnaher“ Leistungen in der neurologischen Untersuchung, (3) perinatale Komplikationen und/oder (4) motorische Entwicklungsrückstände. Nach diesen Kriterien wurde bei 33 % der untersuchten Kinder eine leichte Hirnfunktionsstörung angenommen.

Bei diesem relativ hohen Anteil erscheint es lohnend, der Frage nach etwaigen Zusammenhängen zwischen der Diagnose einer MCD und der klinisch-psychiatrischen Syndrom-Diagnose nachzugehen (vgl. hierzu Klicpera & Heyse, 1981). Im folgenden soll daher die Verteilung der Diagnosen auf Achse I differenziert für Kinder mit und ohne diagnostizierte Hirnfunktionsstörungen betrachtet werden. Eine Gegenüberstellung der Syndrom-Verteilungen in den beiden Teilstichproben liefert Abb.3.

Die Verteilung der klinisch-psychiatrischen Syndrome in der MCD-Gruppe weist offensichtlich etwas andere

Schwerpunkte auf als die Verteilung, die sich für die Non-MCD-Gruppe ergibt. In der letztgenannten Teilstichprobe konzentrieren sich die Diagnosen vor allem auf die Kategorien ‚Störungen des Sozialverhaltens‘ (33%), ‚spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters‘ (26%) und ‚neurotische Störungen‘

(17%). Insgesamt sind es ungefähr $\frac{3}{4}$ aller Diagnosen, die auf diese drei Kategorien entfallen. In der MCD-Gruppe stellen diese Störungsformen dagegen weniger als die Hälfte der Diagnosen dar. Die relativ häufigste Diagnose in der MCD-Gruppe beinhaltet hyperkinetische Syndrome (26%), die in der Non-MCD-Gruppe mit



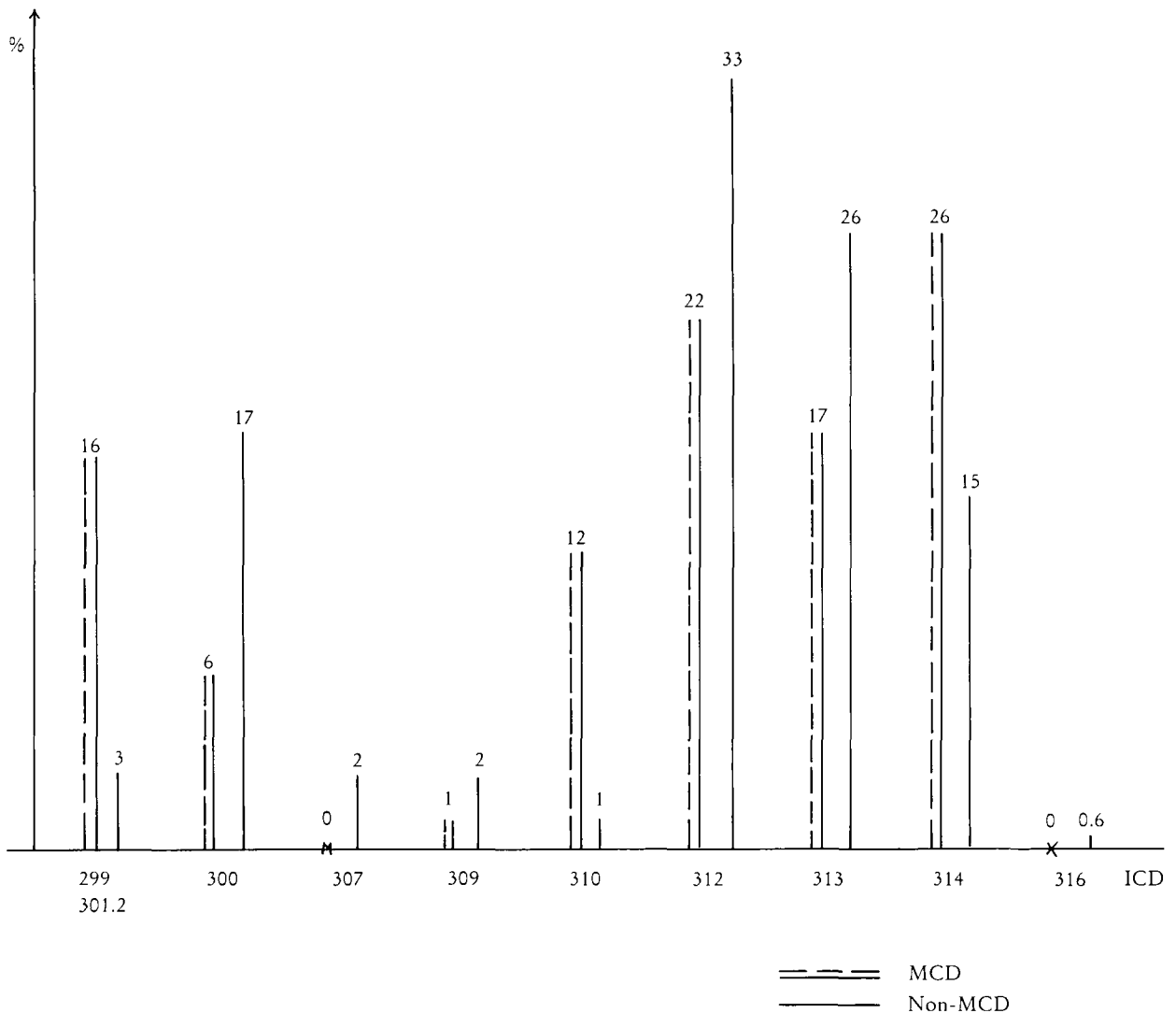
Anmerkung: Die ermittelten Prozentanteile nach dem klinischen Gesamturteil beziehen sich auf die gesamte Stichprobe (N = 255), die entsprechenden Anteile nach der psychometrischen Einschätzung auf die bekannten Fälle (N = 225).

Es bedeuten: /// = klinische, ::: = psychometrische, *** = theoretische Werte.

Abb. 2: Verteilungen der Intelligenz nach klinischem Gesamturteil und nach psychometrischer Einschätzung im Vergleich mit der theoretischen Populationsverteilung

15% nur den vierten Rangplatz der Diagnosehäufigkeiten belegen. Die beiden anderen Störungen, die in der MCD-Teilstichprobe ebenfalls relativ häufiger als in der Non-MCD-Gruppe diagnostiziert wurden, sind ‚autistische Syndrome‘ und – ein eher triviales Ergebnis – ‚spezi-

fische psychische Störungen nach Hirnschädigungen‘. Im Hinblick auf autistische Syndrome erscheint dabei besonders erwähnenswert, daß alle fünf Fälle, in denen eine psychotische Autismusform diagnostiziert wurde, gleichzeitig durch eine MCD-Diagnose charakterisiert sind.



ICD	Störungen
299, 301.2	Autistische Syndrome
300	Neurosen
307	Monosymptomatische Störungen
309	Anpassungsreaktionen
310	Spezifische Störungen nach Hirnschädigungen
312	Störungen des Sozialverhaltens
313	Emotionale Störungen
314	Hyperkinetische Syndrome
316	Psychogene körperliche Erkrankungen

Anmerkungen: Die Prozentangaben beziehen sich auf das jeweilige N der betreffenden Vergleichsgruppe; N(MCD) = 83, N(Non-MCD) = 172.

Abb. 3: Vergleich der Störungen (nach MAS-Achse I) bei MCD- und Non-MCD-Diagnose

4.5 Belastende Entwicklungs- und Lebensbedingungen

Als Risikofaktoren geltende psychosoziale Belastungen werden in der Literatur vielfach beschrieben (z.B. Steinhäuser, 1984; Voll et al., 1982; Bach, 1980). Bei maximal drei erlaubten Nennungen wurden bei dieser Stichprobe nur in etwa 1 % aller Fälle keine belastenden Entwicklungs- und Lebensbedingungen identifiziert. Bei 15 % der Diagnosen sind eine, bei gut einem Drittel zwei und bei fast der Hälfte der Diagnosen drei Belastungskategorien angegeben. Über die Art der genannten belastenden Umstände gibt Tab.2 Aufschluß.

Relativ am häufigsten wurde die Kategorie ‚abnorme familiäre Verhältnisse‘ genannt (47 % aller Falldiagnosen). Diese Kategorie umfaßt sowohl unvollständige Familien und Pflegefamilien als auch außerfamiliäre Lebenssituationen in Heim oder Klinik. Fast jedes zweite Kind der Untersuchungsstichprobe lebte also vor der Aufnahme im Kinderdorf bei einem alleinerziehenden Elternteil, in einem anderen Heim bzw. in einer Klinik oder in einer Pflegefamilie. Die nächsthäufigen Belastungen sind ‚psychische Störungen anderer Familienmitglieder‘ (40 %), ‚Disharmonien in der Familie‘ (36 %) und ‚unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle‘ (34 %). Relativ oft wurden weiterhin noch ‚Mangel an emotionaler Wärme in den intrafamiliären Beziehungen‘ (28 %) und ‚übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen‘ (20 %) angegeben. Die letztgenannte Kategorie umfaßt in dieser Untersuchung vor allem infantilisierende Überbehütung und ebenso entwicklungsunangemessene Überforderung, daneben aber auch Mißhandlungen und (vereinzelt) sexuellen Mißbrauch durch ein Mitglied der Familie.

In jeweils weniger als 10 % der Diagnosen wurden schließlich noch folgende Kategorien angegeben: ‚unzu-

reichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation‘ (8 %), ‚Belastungen oder Störungen in der Schule‘ (6 %), ‚andere psychosoziale Belastungen in der Familie‘ wie vor allem körperliche Krankheit bzw. Behinderung eines Familienmitgliedes und Trennung von einem Elternteil durch Ehescheidung oder Tod (5 %), ‚unzureichende Anregung im sozialen, sprachlichen oder Wahrnehmungsbereich‘ (4 %), ‚unzureichende Lebensbedingungen‘ (1 %) sowie ‚Verfolgung oder Diskriminierung‘ und ‚andere abnorme psychosoziale Umstände‘, hier: drohende Auflösung eines langjährigen Pflegeverhältnisses (jeweils 1 Diagnose).

5 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, daß das Spektrum der kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, bei denen eine heilpädagogisch-psychotherapeutische Heimbehandlung angezeigt erscheint, sehr breit ist. Es umfaßt fast alle Störungen, die auch in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik gesehen werden (vgl. Jungmann, Göbel & Remschmidt, 1978). Im Vergleich mit der Klinikstichprobe, die Jungmann und Mitarbeiter untersucht haben, wurden expansive Störungen, also Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Syndrome, in der Kinderdorfstichprobe allerdings erheblich häufiger diagnostiziert (insgesamt 47 % gegenüber ca. 25 %), Neurosen, emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters, Anpassungsreaktionen, akute Belastungsreaktionen und monosymptomatische Störungen dagegen deutlich seltener (insgesamt 40 % gegenüber ca. 50 %). Diese Verteilungsunterschiede weisen darauf hin, daß eine heilpädagogisch-psychotherapeutische Heimebe-

Tab. 2: Art der belastenden Entwicklungs- und Lebensbedingungen (MAS-Achse V)

Kategorien nach Achse V	n	%
Keine bedeutsamen abnormen psychosozialen Umstände	3	1
Psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern	102	40
Disharmonien in der Familie	92	36
Mangel an emotionaler Wärme in den intrafamiliären Beziehungen	72	28
Übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen	52	20
Unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle	87	34
Unzureichende Anregung im sozialen, sprachlichen oder Wahrnehmungsbereich	9	4
Unzureichende Lebensbedingungen	2	1
Unzureichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	20	8
Abnorme familiäre Verhältnisse	119	47
Belastungen oder Störungen in der Schule oder am Arbeitsplatz	15	6
Auswanderung oder soziale Verpflanzung	-	-
Naturkatastrophen	-	-
Andere psychosoziale Belastungen in der Familie	13	5
Andere psychosoziale Belastungen außerhalb der Familie	-	-
Verfolgung oder Diskriminierung	1	0.4
Andere psychosoziale Störungen in den Lebensbedingungen der Gesellschaft	-	-
Andere abnorme psychosoziale Umstände	1	0.4

Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Kinder (N = 255). Gesamtzahl der Nennungen = 585.

handlung bevorzugt bei massiveren bzw. prognostisch ungünstigeren Störungen in Anspruch genommen wird.

Zwischen der zitierten Klinikstichprobe und der hier untersuchten Heimstichprobe lassen sich auch im Hinblick auf belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder Unterschiede erkennen. Belastungsfaktoren, die in der Kinderdorfstichprobe vergleichsweise stärker dominieren, umfassen sowohl ‚abnorme familiäre Verhältnisse‘, ‚psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern‘ als auch ‚unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle‘. Bei der Klinikstichprobe wurde dagegen besonders ‚übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen‘ und ‚unzureichende Anregung im sozialen, sprachlichen und Wahrnehmungsbe- reich‘ relativ häufiger genannt. Abgesehen von Kategorien, die in beiden Untersuchungen verhältnismäßig selten genannt wurden, ist eine bemerkenswert hohe Übereinstimmung nur im Hinblick auf die Kategorie ‚Disharmonie in der Familie‘ festzustellen.

Diese Vergleichsergebnisse lassen das Bemühen der Entscheidungsträger in der Jugendhilfe, die Wahl einer heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimbehandlung (unter anderem) auch von den gegebenen Lebens- und Entwicklungsumständen in der Umwelt des Kindes abhängig zu machen, zumindest der Tendenz nach als erfolgreich erscheinen. Diese Form der Behandlung wird anscheinend vor allem dann gewählt, wenn das Kind nicht in einer intakten Familie mit seinen leiblichen oder mit Adoptiveltern lebt, wenn bei einem anderen Mitglied der engeren Familie ebenfalls eine behandlungsbedürftige psychische Störung besteht und/oder wenn die elterliche Kontrolle und Aufsicht nicht ausreicht oder in inkonsistenter Weise ausgeübt wird. Näheren Aufschluß über die Bedeutung von Risikofaktoren in der aktuellen Lebenssituation des Kindes, besonders auch von Kombinationen bestimmter Risikofaktoren, sollen die geplanten weiteren Auswertungen der MAS-Daten liefern.

Die Intelligenzbezogenen Förderungs- und Therapie- voraussetzungen in der Heimklientel können, auch wenn man sich nicht auf die rein psychometrische Einschätzung verläßt, sondern dem kritischeren klinischen Gesamturteil folgt, als relativ günstig angesehen werden. Unterdurchschnittliche Intelligenz ist in der untersuchten Stichprobe zwar offensichtlich etwas stärker repräsentiert als überdurchschnittliche Intelligenz, aber eine (leichte) intellektuelle Behinderung ist nur in einem einzigen Fall anzunehmen. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß die Aufnahme- richtlinien des Kinderdorfs intellektuelle Behinderung als Ausschlusskriterium definieren. Die beschriebene, annähernd normale Intelligenzverteilung muß daher in erster Linie als Ergebnis der speziellen Selektionsbedingungen des Heims angesehen werden. Allgemeine Rückschlüsse auf die Bedeutung, die der Intelligenz bei der Entwicklung von psychischen Störungen oder bei der Wahl der Behandlungsformen zukommt, lassen die Ergebnisse nicht zu.

Im Hinblick auf partielle Entwicklungsrückstände und leichte Hirnfunktionsstörungen sind Vergleiche mit an-

deren Untersuchungen nicht sehr aussagekräftig, weil beide Konzepte in der Forschungsliteratur nicht einheitlich definiert und vor allem auch nicht genügend gegeneinander abgegrenzt sind. Der Befund der vorliegenden Untersuchung, nach dem mindestens 40% der Kinder eine Teilleistungsschwäche in einem oder sogar in mehreren Entwicklungsbereichen aufweisen, signalisiert jedoch, auch für sich betrachtet, einen hohen Bedarf an spezifischer heil- und sonderpädagogischer Förderung in der Klientel des Heims. Im Gegensatz dazu ist die MCD-Diagnose weitgehend irrelevant für die Behandlungsplanung. Sie interessiert statt dessen vielmehr unter ätiologie- bzw. risikobezogener Fragestellung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen hierzu die Annahme nahe, daß leichte Hirnfunktionsstörungen die Entwicklung von autistischen und von hyperkinetischen Syndromen begünstigen. Diese Annahme stellt allerdings vorerst nur eine vorsichtige Vermutung dar; zu ihrer Absicherung sind neben zufallskritischen Prüfungen vor allem noch weitere Datenauswertungen zur Kontrolle möglicher interferierender Störvariablen erforderlich.

Methodenkritisch sei abschließend angemerkt, daß das Multiaxiale Klassifikationsschema aufgrund von definitorischen Mängeln den Ansprüchen eines standardisierten, objektiven Diagnoseverfahrens nicht immer hinreichend gerecht wird. Trotz solcher Schwächen erscheint es insgesamt jedoch als nützliches, ökonomisches Schema, dessen Anwendung nicht allein auf den Klinikbereich beschränkt ist, sondern das auch geeignet ist, um Verhaltens- und Entwicklungsstörungen von Kindern in heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimen in differenzierter und behandlungsrelevanter Weise zu erfassen.

Summary

Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification

A longitudinal evaluation-study of the treatment effects of a psychotherapeutic child guidance center has been started with a systematic assessment of the psychic and behavioral disturbances, which children displayed at treatment onset. This diagnostic baseline investigation was carried out by use of the Multi-Axial Classification System for Psychiatric Diseases in Childhood and Youth (MAS). The results presented here are derived from a sample of 255 children, 74% of them male, aging about 6 to 13 years. According to the diagnostic analysis, the client population is mainly characterized by generally average intelligence, a remarkable high proportion of conduct disorders (nearly 50%) and frequent occurrence of specific learning disabilities (at least 40%). Regarding disadvantageous psychosocial circumstances before institutional care, it was found, that the most common disadvantages are broken home, psychic disturbances of other family members, and ineffective educational control. Further results let suspect, that minimal brain dysfunction

increases the risks of both autistic and hyperactive disorders.

Literatur

Bach, O. (1980): Über die Bedeutung familiärer Beziehungsstörungen für die Entstehung psychopathologischer Syndrome. In: Bach, O. & Scholz, M. (Hrsg.): Familientherapie und Familienforschung. Leipzig: Hirscl, S. 16–23. – Hebborn-Brass, U. & Rickert, W. (1987): Vergleichende Klientelbeschreibung eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimes für verhaltensauffällige Kinder. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 15, 43–56. – Jungjohann, E. E. & Beck, S. (1984): Katamnestische Ergebnisse von Patienten eines kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34, 148–154. – Jungmann, J., Göbel, D. & Remschmidt, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüs-

sels. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 56–75. – Klicpera, C. & Heyse, I. (1981): Der Einfluß einer leichten zerebralen Dysfunktion auf die Ausprägung und die langfristige Entwicklung von Verhaltensstörungen bei Kindern. Acta paedopsychiatrica, 47, 9–18. – Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Klicpera, C. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – Steinhausen, H. C. (1984) (Hrsg.): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie. Stuttgart: Kohlhammer. – Voll, R., Allehoff, W. H., Esser, G., Poustka, F. & Schmidt, M. H. (1982): Widrige familiäre und soziale Bedingungen und psychiatrische Auffälligkeit bei Achtjährigen. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 10, 100–109.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Antje Holländer, Dr. Ursula Hebborn-Brass, Forschungsabteilung, Kinderdorf „Die gute Hand“, Jahnstr. 31, 5067 Kürten-Biesfeld.