

# Psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in Erziehungshilfen – ein Vergleich von Gruppen mit problematischem sexuellem Verhalten und nicht-sexuellen Problemen



Bettina Schuhrke und Jens Arnold  
Evangelische Fachhochschule Darmstadt & Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz

## Hintergrund

Auf Grund der Ergebnisse von epidemiologischen Studien an unausgewählten Stichproben geht man von ca. 20 % Kindern und Jugendlichen aus, die an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden (Steinhausen, 2006). Kinder und Jugendliche, die in stationären Formen der Erziehungshilfe unterstützt werden, haben in der Regel sehr schwierige Entwicklungsbedingungen in ihrer Umwelt erlebt und sind daher noch häufiger von Störungen betroffen. Schmid (2007) ermittelt für Heime in Baden-Württemberg eine Prävalenzrate von ca. 60 %.

Kinder und Jugendliche mit problematischem sexuellem Verhalten bilden möglicherweise eine besondere Risikogruppe für die Jugendhilfe, der nun zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Der Begriff „problematisches sexuelles Verhalten“ (PSV) stellt eine Sammelkategorie dar. Darunter fallen für Kinder und Jugendliche ungewöhnliche Formen sexuellen Verhaltens, zu häufige, unkontrollierte sexuelle Betätigung, aber auch gegenüber anderen Personen übergriffiges Sexualverhalten. Solche Formen des Verhaltens konfliktieren häufig mit sozialen Beziehungen und den Werten von Gemeinschaften, auch im Rahmen von Erziehungshilfen. Bisher werden jedoch für Kinder- und Jugendliche im Wesentlichen noch keine Störungseinheiten (ICD-10, DSM IV) allein über PSV definiert (vgl. Schuhrke & Arnold, 2009).

## Qualitätssicherung in der Jugendhilfe – EVAS

Seit den 1990er Jahren ist im Kinder- und Jugendhilfegesetz eine Dokumentationspflicht für Erziehungshilfen zwingend vorgeschrieben. Diese kann mit Hilfe des **Evaluationssystems erzieherischer Hilfen (EVAS)** erfüllt werden. EVAS wird seit 1999 in Deutschland träger- und einrichtungübergreifend eingesetzt. Es handelt sich um eine Selbstevaluation der pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte in den Jugendhilfeinstitutionen mittels standardisierter Fragebogen. Zu den EVAS-Fragebogen liegen Glossare vor und es werden Schulungen durchgeführt.

Die Daten aus EVAS werden regelmäßig vom IKJ Mainz analysiert und den Leistungserbringern zurückgemeldet. Mittlerweile verfügt das IKJ über einen großen Datenfundus, der hier zu einer wissenschaftlichen Sekundäranalyse genutzt wurde.

## Fragestellung, Stichprobe und Datenauswertung

Mit Hilfe der EVAS-Daten wurde der Frage nachgegangen, in welchem Umfang Kinder und Jugendliche in (teil-)stationären Erziehungshilfen psychisch belastet sind und ob solche mit auffälligem Sexualverhalten stärker und anders belastet sind als Kinder die ausschließlich andere Symptome bzw. Problemlagen aufweisen.

Da sich in einer ersten Analyse ein Altersunterschied zwischen den Kindern und Jugendlichen mit (ASV-Gruppe) und ohne auffälliges Sexualverhalten (KASV-Gruppe) gezeigt hatte, wurde in einer zweiten Analyse mit einer umfangreicheren Stichprobe überprüft, ob der gefundene höhere Grad der Belastung auf das höhere Alter der Kinder mit auffälligem sexuellem Verhalten zurückgeführt werden muss. Auffälliges Sexualverhalten wurde mit Hilfe der Frage 30 des Aufnahmefragebogen festgestellt (s.u. Ergebnisse). 67,4 % der KASV-Gruppe und 55,4 % der ASV-Gruppe sind männlich.

Im ersten Schritt wurden die Daten aus dem Aufnahmefragebogen von 5119 Kindern und Jugendlichen ausgewertet, die in Erziehungshilfen nach § 32 (Erziehung in einer Tagesgruppe) oder § 34 (Heimerziehung oder sonstige betreute Wohnformen) SGB VIII aufgenommen (Stichtage 1.1.04 bis 30.8.06, vgl. Schuhrke & Arnold, 2009). In die zweite Analyse gingen die Daten von ca. 8000 Kindern und Jugendlichen ein (Stichtage 1.1.04 bis 30.8.08).

In beiden Analysen liegt das durchschnittliche Alter der ASV-Gruppe etwas höher als das der KASV-Gruppe: größere Stichprobe  $AM_{ASV}=12,90$ ,  $VAR_{ASV}=3,59$ ,  $AM_{KASV}=12,58$ ,  $VAR_{KASV}=3,98$ . Der Gipfel der Verteilung (Modus) liegt jedoch sowohl bei den sexuell auffälligen Kindern und Jugendlichen als auch bei denen ohne sexuelle Symptome jeweils zwischen 15 und 16 Jahren.

## Ergebnisse

Im EVAS-Aufnahmebogen werden mit Frage 30 „Interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome“ erfasst. Es wird eine Liste von insgesamt 25 Problemen vorgegeben. Bei allen Problembereichen/Symptomen soll auch der Schweregrad eingeschätzt werden und ob es sich um das wichtigste Symptom handelt. Von der Kategorie „Auffälligkeiten im Sexualverhalten“ werden wir im Folgenden auch als **sexuelles Symptom** sprechen. Insgesamt weisen 13,4 % ein sexuelles Symptom auf, wobei auch bei ihnen nur bei 12,3 % das sexuelle Symptom das wichtigste ist. 93,7 % der Kinder und Jugendlichen weisen irgendein Symptom auf (fehlende Angabe 1,9 %).

Kinder und Jugendliche mit sexuellen Symptomen sind wesentlich höher mit psychischen Problemlagen bzw. Symptomen belastet als die ohne sexuelle Symptome (vgl. Tab. 1). Die **Anzahl der Symptome** ist in der ASV-Gruppe höher als in der KASV-Gruppe ( $AM_{KASV}=5,26$ ,  $AM_{ASV}=7,75$ ,  $VAR_{KASV}=2,80$ ,  $VAR_{ASV}=3,50$ ,  $T=17,64^{**}$ ,  $F(Levene)=61,35^{**}$ ).

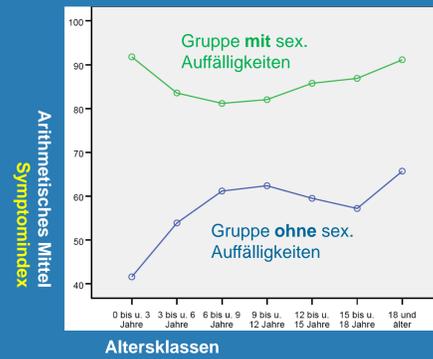
**Fast alle Symptome finden sich häufiger bei der sexuell auffälligen Jugendhilfeklientel. Am ausgeprägtesten sind Unterschiede bei Bindungsproblemen und dissozialem Verhalten.**

Tab. 1: Anteil der Jugendhilfeklienten mit (ASV) und ohne sexuelle Auffälligkeiten (KASV), bei dem sich bestimmte andere Problemlagen bzw. Symptome finden

Problemlagen/Symptome	KASV <sup>1)</sup> n=4110	ASV n=685
Auffälligkeiten im Essverhalten	24,9**	34,0
Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	17,6**	21,7
Schlafprobleme	15,3**	24,0
Einnässen/Einkoten	11,1**	16,6
Stereotypen/Tics/Zwänge	7,5**	10,8
körperl. Begleitsymptome/psychosomat. Symptome	8,8	12,3
Probleme der motorischen Funktion (funktionell)	12,3**	18,3
: <b>Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motor. Unruhe</b>	47,6**	55,5
aggressives Verhalten	46,5**	57,4
Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	18,4**	21,9
: <b>dissoziales Verhalten (z.B. Lügen, Schulschwänzen)</b>	43,3**	61,7
Trennungsprobleme/Unselbständigkeit	21,3**	29,2
: <b>mangelndes/undifferenziertes Bindungsverhalten</b>	29,4**	57,7
: <b>soziale Unsicherheit</b>	52,4	55,8
: <b>Selbstverletzung/-beschädigung</b>	9,9**	21,1
suizidale Handlungen	3,5	6,2
Ängste/Panikattacken (z.B. Tod, Kontrollverlust)	12,4**	17,0
depressive Verstimmungen	23,9*	28,1
relative Leistungsschwäche in der Schule	44,8**	49,8
Schulangst (z.B. massive Prüfungsängste)	6,4**	9,1
Probleme mit Sprache/Sprechen/Artikulation	21,2**	24,7
Lese-/Rechtschreibprobleme	23,9	26,2
Rechenprobleme	15,9**	20,0
Sonstige	8,0	8,9

1) Vergleich der Anteile mit den entsprechenden Symptomen zwischen KASV und ASV,  $\chi^2$ -Test, 2-seitig \*\*  $p \leq .001$ , \*  $p \leq .05$ , +  $p \leq .10$

Bringt man die Symptome bei den beiden Gruppen jeweils in eine Rangreihe und betrachtet, welche Symptome größere Rangunterschiede in den beiden Reihen aufweisen (max. 4 bis 3 Ränge), so sind die **grün und mit Ausrufezeichen markierten charakteristischer für die ASV-Gruppe**, die **orange und mit Doppelpunkt markierten charakteristischer für die KASV-Gruppe**.



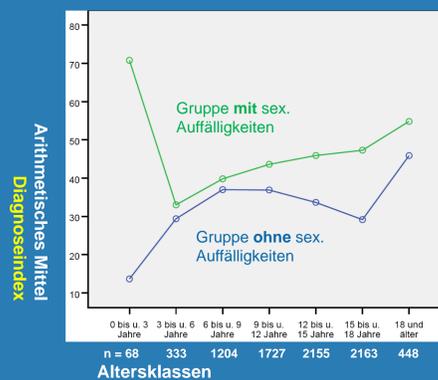
Die Abbildung zeigt die Mittelwerte des **Symptomindex** bei den verschiedenen Altersklassen in der zweiten, größeren Stichprobe.

Die Kovarianzanalyse zeigt einen signifikanten Effekt des Symptoms und einen Interaktionseffekt, aber keinen signifikanten Alterseffekt (s. Tab. 2).

Die sexuell auffälligen Kinder und Jugendlichen weisen in allen Altersgruppen eine höhere Symptombelastung auf. Betroffen scheinen etwas stärker die jüngsten und die Klienten im Jugendalter.

Die bei den Symptomen vorliegenden Ergebnisse bestätigen sich im Wesentlichen auch bei den **diagnostizierten Störungen**. Informationen zu Störungen liegen im Aufnahmebogen (Frage 31, Antwortvorgaben orientiert an ICD-10 und DSM IV) erst in 3633 Fällen vor. Eine Störung wird dabei bei 71 % diagnostiziert, wesentlich häufiger in der Gruppe mit einem sexuellen Symptom (83,1 %) als in der ohne (68,9 %) ( $AM_{KASV}=1,07$ ,  $AM_{ASV}=1,69$ ,  $VAR_{KASV}=1,31$ ,  $VAR_{ASV}=2,43$ ,  $T=6,49^{**}$ ,  $F(Levene)=92,85^{**}$ ). Auf die einzelnen Störungen kann hier nicht eingegangen werden. Auch wenn die Bindungsstörungen nicht die häufigsten sind, so manifestiert sich auch auf dieser Ebene ihr besonderer Rang bei den sexuell auffälligen Kindern und Jugendlichen (Bindungsstörung ICD 10: F94.1/F94.2,  $KASV=7,4$  %,  $ASV=18,6$  %).

Für einen **Diagnoseindex** werden in EVAS die angegebenen Störungen eines Kindes oder Jugendlichen mit einem globalen Gewicht (Variation von 1 bis 4, nach Expertenurteil) versehen und aufsummiert und dann in den gewünschten Wertebereich transformiert (s. Symptomindex).



Die Abbildung zeigt die Mittelwerte des **Diagnoseindex** in den verschiedenen Altersklassen in der zweiten, größeren Stichprobe.

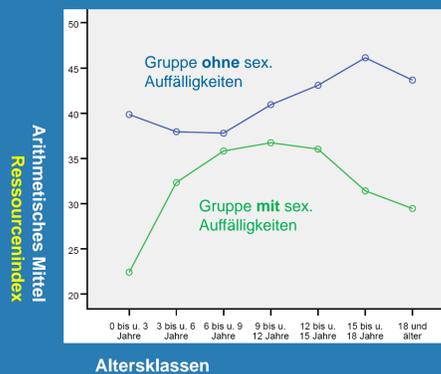
Die Kovarianzanalyse weist einen signifikanten Effekt des Symptoms und einen signifikanten Alters- und Interaktionseffekt auf (s. Tab. 2).

Es gilt jedoch, dass die sexuell auffälligen Kinder in allen Altersgruppen eine höhere Störungsbelastung zeigen. Betroffen sind insbesondere die jüngsten und die Klienten im Jugendalter.

Neben dem Grad der psychopathologischen Belastung sollen in EVAS auch die **Ressourcen** der Klienten eingeschätzt werden. Dies geschieht zunächst spezifisch für die folgenden **einzelnen Bereiche** auf 7-stufigen Rating-Skalen: Soziale Integration, soziale Attraktivität, sozial-kommunikative Kompetenzen, besondere Fähigkeiten/Leistungen, Interessen/Aktivitäten/Freizeitbeschäftigung, Überzeugungen/Bewältigungsstrategien, Selbstkonzept/Selbstsicherheit, Autonomie, Funktion in der Familie/Gruppe und körperliche Gesundheit.

Danach soll eine **Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung** vorgenommen werden, bei der die vorher eingeschätzten Bereiche berücksichtigt werden. Das Urteil erfolgt auf einer 8-stufigen Skala analog zu den in MAS/ICD verwendeten. Eine Beurteilung entfällt in manchen Fällen, z. B. bei Kleinkindern.

Für einen **Ressourcenindex** werden in EVAS sowohl die Werte auf den 10 Ressourcen/Schutzfaktoren-Skalen als auch die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung auf Werte zwischen 0 und 100 umkodiert, wobei 100 jeweils den positiven Endpunkt der Skala darstellt. Zunächst wird der Mittelwert aus den Ressourcen/Schutzfaktoren-Skalen gebildet und dann wiederum der Mittelwert daraus und aus der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung. Die Globalbeurteilung nimmt dabei nur ein Gewicht von ¼ ein.



Die Abbildung zeigt die Mittelwerte des **Ressourcenindex** in den verschiedenen Altersklassen in der zweiten, größeren Stichprobe.

Die Kovarianzanalyse weist einen signifikanten Effekt des Symptoms und signifikante Alters- und Interaktionseffekte auf (s. Tab. 2).

Es gilt jedoch, dass die Kinder und Jugendlichen ohne sexuelle Auffälligkeiten in allen Altersgruppen über höhere Ressourcen verfügen. Der Unterschied im Grundschulalter ist sehr gering; er ist ausgeprägter bei den jüngsten und den Klienten im Jugendalter.

Tab. 2: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zum Einfluss der Faktoren Alter und sexuelles Symptom auf den Symptom-, Diagnose- und Ressourcenindex (Tests der Zwischensubjekteffekte; Berechnung SPSS 15)

Quelle	Symptomindex			Diagnoseindex			Ressourcenindex		
	df	F	Sign.	df	F	Sign.	df	F	Sign.
Korr. Modell	13	46,752	,000	13	13,498	,000	13	18,547	,000
Konstanter Term	1	2916,438	,000	1	644,864	,000	1	1659,364	,000
sex. Symptom (S)	1	116,871	,000	1	24,647	,000	1	26,786	,000
Altersgruppen (A)	6	1,320	,244	6	3,199	,004	6	1,955	,068
S x A	6	2,691	,013	6	3,828	,001	6	6,985	,000
Fehler	8084			8084			8047		
Gesamt	8098			8098			8061		
Korr. Gesamtvar.	8097			8097			8060		
		korr. R <sup>2</sup> = .068			korr. R <sup>2</sup> = .020			korr. R <sup>2</sup> = .028	

## FAZIT

Die Kinder und Jugendlichen in (teil-)stationären Erziehungshilfen zeigen eine erhebliche Belastung mit psychischen Problemlagen und diagnostizierten Störungen. Diese sind ausgeprägter bei den Kindern mit sexuellen Auffälligkeiten. Besonders charakteristische Symptome für die sexuell auffälligen Kinder sind Bindungsproblematiken und dissoziales Verhalten. Da die Eltern-Kind-Beziehung eine Schlüsselrolle für die Gesamtentwicklung spielt, lässt sich aus der Bindungsproblematik zumindest teilweise die hohe Gesamtbelastung und die geringen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen erklären. Es liegen theoretische Modelle für die Bedeutung der Bindungsproblematik bei sexuellen Auffälligkeiten vor (vgl. Schuhrke & Arnold, 2009).

Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne sexuelle Auffälligkeiten können nicht einfach auf einen Altersunterschied der Gruppen zurückgeführt werden, da zwar Alterseffekte vorliegen, aber auch stabile Unterschiede über die Altersgruppen bei allen Belastungs- und Ressourcenindizes.

## Literatur

- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schuhrke, B. & Arnold, J. (2009). Kinder und Jugendliche mit problematischem sexuellem Verhalten in (teil-)stationären Hilfen zur Erziehung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 58, S. 186 – 214.
- Steinhausen, H.-C. (2006). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (6. überarb. Aufl.). München.