



Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
des Kindes- und Jugendalters
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Evaluation einer tagesklinischen familien- und
interaktionsorientierten Kinder- und Jugendtherapie**

Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und
elterlichem Stresserleben

D i s s e r t a t i o n

Zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Gabriele Sinning (geb. Zieris)

aus Bremen

Magdeburg 2025

Bibliographische Beschreibung:

Sinning, Gabriele

Evaluation einer tagesklinischen familien- und interaktionsorientierten Kinder- und Jugendtherapie. Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben – 2025. –125 Bl., 16 Abb., 23 Tab., 11 Anl..

Kurzreferat:

Die vorliegende prospektive Studie überprüfte die Wirksamkeit eines multimodalen Therapiekonzepts der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg in der Altersgruppe 3-10 Jahre. Die Untersuchung fand im Zeitraum Juni 2013 bis September 2015 in Form eines quantitativen Prä-Posttestungs-Designs mit Kontrollgruppe statt. Schwerpunktmäßig erfolgte eine Betrachtung der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (CBCL) im Fremdurteil (durch die Eltern) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Selbsturteil anhand standardisierter Fragebögen. Die mehrzeitige Messung der Experimentgruppe erfasste Daten bei Therapiebeginn und -ende und nach weiteren 5 Monaten in der Häuslichkeit und verglich die Ergebnisse mit Daten eines Wartelisten-Kontrollgruppenkollektivs. In der Experimentgruppe zeigte sich ein signifikanter Rückgang der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, der externalisierenden Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens im Gegensatz zur Kontrollgruppe. Internalisierungen zeigten eine signifikante Symptomreduktion in der Kontrollgruppe, blieben jedoch im klinisch auffälligen Bereich. Der Rückgang des elterlichen Stresserlebens war abhängig vom Alter des Kindes. Es konnten Zusammenhänge zwischen kindlichem Problemverhalten und elterlichem Stresserleben gezeigt werden. Ziel dieser Arbeit ist die Überprüfung der klinischen Wirksamkeit der familienorientierten tagesklinischen Behandlung mit dem Behandlungsbaustein der Mehrfamilientherapie und einen Erklärungsbeitrag über die Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben zu leisten.

Schlüsselwörter: Therapieeffekte, Psychiatrische kindliche Symptomatik, Elterliches Stresserleben, Tagesklinik, Multimodales Behandlungskonzept, Mehrfamilientherapie

Meinem treuen Ehemann Sven Sinning
und meinen lieben Eltern Marion und Axel Zieris.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einführung	1
1.1 Theoretischer Hintergrund	1
1.1.1 Einleitung	1
1.1.2 Kindliche psychopathologische Störungen	2
1.1.3 Psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben im familiären Rahmen.....	4
1.2 Das familien- und interaktionsorientierte Therapiekonzept der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.....	6
1.2.1 Phasen und Ziele des Therapiekonzepts, Indikationen und Kontraindikationen der Behandlung	6
1.2.2 Diagnostikbausteine der Tagesklinik	10
1.2.3 Allgemeine Behandlungsbausteine auf Kindes- und Elternebene	12
1.2.4 Mehrfamiliientherapie „Magdeburger Modell“ als Behandlungsbaustein	13
1.3 Aktueller Forschungsstand	16
1.3.1 Überblick über Therapiesettings und Elternbezug	16
1.3.2 Evaluierte tagesklinische Therapien im Kindergarten- und Grundschulalter	17
1.3.3 Implementierte ambulante Eltern-Kind-Interaktionsinterventionen	19
1.3.4 Tagesklinische und stationäre interaktionsorientierte Eltern-Kind-Therapien	20
1.4 Zielsetzung und Hypothesen	22
2 Material und Methoden.....	25
2.1 Studiendesign	25
2.2 Untersuchungsinstrumente.....	26
2.2.1 Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL 4–18).....	26
2.2.2 Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL 1½–5).....	27
2.2.3 Elternstressfragebogen (ESF)	28
2.3 Stichprobenbeschreibung.....	29
2.3.1 Verteilung der Studienteilnehmenden	29
2.3.2 Datenerhebung der Experimentgruppe	30
2.3.3 Datenerhebung der Kontrollgruppe	31
2.4 Dokumentation und Darstellung	31
2.5 Auswertung der Ergebnisse/Statistische Analysen	32
2.5.1 Überprüfung der Voraussetzungen	32
2.5.2 Statistische Verfahren und Vortests	32
2.5.3 Statistische Signifikanz, Effektstärken und klinische Relevanz.....	34

3	Ergebnisse	35
3.1	Deskriptive Analyse der Studiengruppen	35
3.1.1	Psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben bei Studienbeginn (T1)	36
3.2	Gruppeneffekte der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden	37
3.2.1	Abhängige Variablen	37
3.2.2	Unabhängige Variablen	38
3.3	Analyse gruppenspezifischer Unterschiede zwischen den Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2	40
3.3	Akute Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2	42
3.4	Ergebnisse der Gruppe Kontrolle_T1T2.....	43
3.5	Vergleich externalisierender und internalisierender Therapieeffekte	45
3.5.1	Therapieeffekte externalisierender vs. internalisierender Symptomatik.....	45
3.5.2	Analyse externalisierender Störungsbilder	46
3.5.3	Analyse internalisierender Störungsbilder	48
3.6	Langfristige Therapieeffekte	48
3.7	Moderatoren der akuten Therapieeffekte	49
3.8	Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben	50
3.9	Ergebnisbewertung anhand der Hypothesen	51
4	Diskussion	52
4.1	Akute Therapieeffekte	52
4.1.1	Effekte auf Kindesebene.....	52
4.1.2	Effekte auf Elternebene	55
4.1.3	Klinische Relevanz der akuten Therapieeffekte und Therapieversagen.....	57
4.2	Ergebnisse der Kontrollgruppe	59
4.3	Therapieeffekte externalisierender vs. internalisierender Symptomatik.....	60
4.4	Langfristige Therapieeffekte in der Teilstichprobe	63
4.5	Einfluss des Alters auf akute Therapieeffekte	64
4.6	Zusammenhänge zwischen kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben.....	65
4.7	Methodische Einschränkungen, Stärken und zukünftige Untersuchungen.....	66
4.8	Fazit für die klinische Praxis	72
5	Zusammenfassung	74
6	Literaturverzeichnis.....	75
7	Danksagungen.....	97
8	Ehrenerklärung	98
9	Darstellung des Bildungsweges	99

10	Anlagen	100
10.1	Diagnoseprävalenz psychiatrischer Störungen des Kindes- und Jugendalters in Deutschland.....	100
10.2	Ergebnisse der Gruppenunterschiedstestungen.....	101
10.3	Ergebnisse der nonparametrischen Analysen.....	102
10.4	Reliable Change Index	103
10.4.1	Formel.....	103
10.4.2	Reliable Change Index Tabellen und Abbildungen	103
10.5	Langfristige Therapieeffekte	107
10.6	Regressionsanalysen	108
10.7	Child Behavior Checklist (CBCL) 1½–5 Jahre	109
10.8	Child Behavior Checklist (CBCL) 4–18 Jahre	111
10.9	Elternstressfragebogen (ESF) Kindergarten und Vorschulversion	115
10.10	Elternstressfragebogen (ESF) Schulversion	118
10.11	Einverständniserklärung	121
11	Abbildungsverzeichnis.....	122
12	Tabellenverzeichnis.....	124

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung/en
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
Anl.	Anlage/n
asympt.	asymptomatische/r
Bl.	Blatt/Blätter
CBCL	Child Behavior Checklist
CBCL_Ext	externalisierender Wert der Child Behavior Checklist
CBCL_Ges	Gesamtwert der Child Behavior Checklist
CBCL_Int	internalisierender Wert der Child Behavior Checklist
Covid-19	coronavirus disease 2019
(C)-TRF	(Caregiver)-Teacher Report
ebd.	ebenda
ES	Elterliches Stresserleben
ESF	Elternstressfragebogen
et al.	et alia
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
insb.	insbesondere
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
IQ	Intelligenzquotient
MFT	Mehrfamilientherapie/Multifamilientherapie
S.	Seite
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
sog.	sogenannt/e/n
Tab.	Tabelle/n
v. a.	vor allem
vs.	versus

Internationale SI-Einheiten und Abkürzungen, die im deutschen Sprachgebrauch üblich sind, wurden nicht im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt.

1 Einführung

1.1 Theoretischer Hintergrund

1.1.1 Einleitung

„I once said: 'There is no such thing as an infant', (. . .), and without maternal care there would be no infant“ (Winnicott 1960, S. 586). Mit diesem Zitat beschreibt der englische Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald Woods Winnicott die Abhängigkeit eines Neugeborenen und Kindes zu seiner Bezugsperson, im Idealfall der eigenen Mutter, welche durch ihr Verhalten an der Entwicklung des Individuums beteiligt ist (Winnicott 1960). Ungünstige Verhaltensweisen, v. a. mangelnde Sensibilität in Wahrnehmung, Interpretation und Reaktion auf das Kind können dazu führen, dass sich Psychopathologien in der Verhaltens- und Emotionsregulation entwickeln (Winnicott 2002; Herr et al. 2015). Dementsprechend sollte der Behandlungsansatz einer psychopathologischen Störung interaktions- und beziehungsorientiert mit der Bezugsperson sein (Stemmler et al. 2007; Mattejat und Schulte-Markwort 2013; Stadelmann et al. 2010). Der Zusammenhang von erlebter elterlicher Belastung und Erziehungskompetenzen und kindlichen Psychopathologien gilt als wichtiges Diagnostik-, Therapie- und Evaluationsinstrument (Belsky 1984; Webster-Stratton 1990; Cina und Bodenmann 2009). Familien- und interaktionsorientierte Behandlungsansätze finden im deutschsprachigen Raum seit mehreren Jahrzehnten zunehmend Anerkennung (Ihle und Mattejat 2005; Esser und Banaschewski 2003; Petermann 2013). Es kommen Eltern- und Familientrainings zum Einsatz, welche in verschiedenen Intensitäten und Settings die Eltern-Kind-Interaktionen verbessern sollen oder sogar präventiv für Risikogruppenfamilien angeboten werden (Comer et al. 2013; Webster-Stratton 2014; Sanders et al. 2014; Thomas und Zimmer-Gembeck 2007; Lösel et al. 2006).

Zahlreiche Studien weisen auf die Evidenz dieser diversen Therapieformen hin und erforschen die Wirksamkeit bezogen auf einzelne Krankheitsbilder, global externalisierende oder internalisierende Störungen und Risikofaktoren. Dabei fordern immer mehr Autoren eine Wirksamkeitsüberprüfung anhand Effectiveness-Studien unter klinischen Routinebedingungen mit einem unselektierten Patientenkollektiv (Michelson et al. 2013; Graaf et al. 2008; Sydow 2007; Weisz und Jensen 2001).

Psychische Krankheiten im Kindergarten- und Grundschulalter chronifizieren leicht (Beyer et al. 2012; Verhulst und van der Ende 1992; Lavigne et al. 2001; Mayer et al. 2009;

Ashford et al. 2008) und zeigen bis ins hohe Erwachsenenalter eine hohe Stabilität der psychiatrischen Symptomatik sowie einen engen Zusammenhang zu chronischen physischen Erscheinungen, welche u. a. auf das Gesundheitsverhalten der PatientInnen zurückzuführen sind (Odgers et al. 2012; Sanders et al. 2014; Hölling et al. 2008). Die langfristigen Auswirkungen in allen Lebensbereichen des Erwachsenenalters (physische und psychische Gesundheit, Bildung, Beruf, soziale Beziehungen) verdeutlichen die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs (Haller et al. 2016; Petermann 2005; Huesmann et al. 2002) nicht zuletzt, weil gezeigt werden konnte, dass die betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter zu inkonstanten Paarbeziehungen neigen und auf die Erziehung ihrer eigenen Kinder weniger Wert legen (Belsky et al. 1991; Ravens-Sieberer et al. 2007).

Ambulante Tageskliniken gewinnen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zunehmend an Bedeutung, da sie eine Zwischenstufe zwischen stationären Aufenthalten und Häuslichkeit verkörpern, weniger restriktiv sind, keine längere Trennung von der Familie und dem sozialen Umfeld fordern, bessere Interaktionen mit verschiedenen Einrichtungen bieten (bspw. Kindergarten, Schule, Sozialdienst) und über den sog. Transfereffekt den PatientInnen ermöglichen, erlerntes Wissen und Verhalten in die Häuslichkeit zu integrieren (Braun-Scharm et al. 2001; Schepker 2008; Graf Schimmelmann et al. 2001). Mit Hilfe aufwendigerer Therapiekonzepte zur Verbesserung der Kinder- und der damit verbundenen Elternngesundheit können langfristig hohe Kosten gesenkt werden, welche im Justiz-, Sozial- und Gesundheitswesen auftreten würden (Furlong et al. 2013; Foster und Jones 2006; Stack et al. 2010). Tageskliniken mit systemischen Konzepten können zwar vollstationäre Kapazitäten einsparen und weisen niedrigere Pflegesätze auf, sind in der klinischen Praxis aber z. T. mit größeren Herausforderungen an das Fachpersonal verbunden durch erhöhte Flexibilität, spezielle Weiterbildungen und Supervisionen bei durchschnittlich gleich langen oder tendenziell sogar länger ausfallenden Behandlungstagen (Schepker 2008). Dementsprechend müssen die Programme entsprechend vergütet und evaluiert werden (Dretzke et al. 2005).

1.1.2 Kindliche psychopathologische Störungen

Gemäß dem Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) zeigt sich eine psychische Störung in den Ebenen Fühlen, Verhalten und/oder Denken und ist definiert als eine nicht altersgerechte Abweichung von der Norm, welche zu einer Beeinträchtigung des Kindes und/oder seines sozialen Umfeldes führt (vgl. Falkai und Wittchen 2015). Man unterscheidet zwischen internalisierenden, externalisierenden und

gemischten Störungen. Internalisierende Störungsbilder zeichnen sich nach Achenbach und Edelbrock (1983) durch ein ängstlich-depressives Verhalten, sozialen Rückzug und körperliche Beschwerden aus und führen zu einem Rückzug in die eigene innere Welt (Schneider et al. 2012). Externalisierende Störungen zeigen eher dissoziales und aggressives Verhalten und manifestieren sich in Kommunikation und Interaktion mit der Außenwelt (Pinquart 2013; Achenbach und Edelbrock 1983). Gemischte Störungen sind charakterisiert durch soziale Probleme, schizoid-zwanghaftes Verhalten und Probleme in der Aufmerksamkeit (Steinhausen 2010).

Verschiedene Studien zeigen seit nun mehr als einem Jahrzehnt konstant hohe Zahlen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in Deutschland (Robert Koch-Institut 2014; Ravens-Sieberer et al. 2007; Barkmann und Schulte-Markwort 2012). Laut Robert Koch-Institut betrug die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Zeitraum 2014 bis 2017 16.9 %, wobei Jungen (19.1 %) deutlich häufiger betroffen waren als Mädchen (14.5 %) (Klipker et al. 2018). In einer parallelen Kohortenstudie (Baumgarten et al. 2018) entwickelten 18 % der 3- bis 5-jährigen Jungen bis zum Ende der Grundschulzeit psychopathologische Auffälligkeiten. 52 % der Teilnehmenden, welche bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt Auffälligkeiten gezeigt hatten, wiesen diese 6 Jahre später erneut auf und deuten auf die deutlich höhere Persistenz der psychiatrischen Symptomatik in dieser Altersgruppe hin (Baumgarten et al. 2018; Verhulst und van der Ende 1992; Campbell et al. 2000). Im Rahmen der Auswertung der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre wurden in Deutschland von 2009 bis 2017 Häufigkeiten psychiatrischer Störungen erfasst (Steffen et al. 2018). Die aktuellsten Zahlen von 2017 zeigt **Tabelle 10** (vgl. Anhang 10.1). Mit 17 % dominierten Entwicklungsstörungen (F8), gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9). Es zeigte sich eine zunehmend steigende Prävalenz über den Erhebungszeitraum insb. für affektive Störungen (Steffen et al. 2018).

In der Altersspanne der 3- bis 14-Jährigen dominieren emotionale und Verhaltensstörungen, welche bei Jungen öfter auftreten als bei Mädchen (Hölling et al. 2014; Klasen et al. 2016; Lavigne et al. 1998; Verhulst und van der Ende 1992). Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter sind prognostisch bedeutsam für späteres antisoziales Verhalten und Kriminalität in der Jugend (Robins 1991; Huesmann et al. 2002; Dubow et al. 2009). Die Weltgesundheitsorganisation (1993) sieht in kindlichen Aggressionen einen der größten Risikofaktoren für spätere Gewaltauffälligkeiten. Diverse kindes-, eltern- und familienbezogene Risikofaktoren zur

Entstehung und Aufrechterhaltung kindlicher Psychopathologien sind vielfach wissenschaftlich belegt. Als bedeutsamste Prädiktoren für die psychische Entwicklung eines Kindes gelten Bindungsverhalten, Belastungserleben und Erziehungskompetenzen sowie psychische Erkrankungen der Eltern (Plass et al. 2016; Ravens-Sieberger et al. 2007; Bodenmann 2000; Gabriel und Bodenmann 2006). Dazu kommen verschiedene sozio-kulturelle Risiken wie das Aufwachsen in bildungsfernen Schichten, Migration und einschneidende Lebensereignisse (Ashford et al. 2008).

1.1.3 Psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben im familiären Rahmen

Abgeleitet vom englischen Wort strain steht der Begriff Stress im deutschsprachigen Raum für eine Belastung physischer oder psychischer Art und findet in verschiedenen Arbeitsmodellen unterschiedliche Anwendung (Selye 1950; Lazarus und Folkman 1984), basierend auf der Annahme, dass Anforderungen an ein Individuum spezifische Anpassungsreaktionen erfordern. Zu den Hauptauslösern elterlicher Belastung zählen nach Abidin (1995) neben Charakter und Verhalten des Kindes, aus denen sich diese besonderen Anforderungen für die Eltern ergeben, Einschränkungen elterlicher Funktionsfähigkeiten, die wiederum Auswirkungen auf die Ressourcen zur Bewältigung der Situation haben (vgl. Tröster 2011).

Bei der Betrachtung der Wechselwirkung psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben muss von einem sich gegenseitig bedingenden Gefüge ausgegangen werden (Johnston 1996). In der Literatur lassen sich diverse Hinweise für den Einfluss elterlicher Belastung auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten finden (Belsky et al. 1991; Webster-Stratton 1990; Cina und Bodenmann 2009; Abidin 1992; Mash und Johnston 2009). Bspw. geht die empfundene Belastung der Eltern mit dysfunktionalem Erziehungsverhalten einher, beeinträchtigt die Aufmerksamkeit der Erziehungsperson zum Kind und fördert unsicheres Interaktions- und Bindungsverhalten (Thomas und Zimmer-Gembeck 2007; Cummings et al. 2000). Bereits pränataler Stress der Mutter gilt als wichtiger Risikofaktor einer später gestörten Mutter-Kind-Beziehung (Haselbeck et al. 2013), da sich Stressreagibilität u. a. auf die mütterliche Zuwendung auswirkt (Meaney und Szyf 2005; McGowan und Szyf 2010).

Zugleich führen kindliche Verhaltensauffälligkeiten zu elterlichem Stresserleben, das wiederum zu einer Fehleinschätzung seitens der Eltern führt (Eichler et al. 2014; Stadelmann et al. 2010; Cina und Bodenmann 2009; Briggs-Gowan et al. 1996). Die eigene elterliche Belastung und die psychiatrischen Symptome der Kinder wurden in einer

Studie von Eichler et al. (2014) in der Probandengruppe mit den erkrankten Kindern von den Eltern höher angegeben als in der gesunden Kontrollgruppe. Es konnte dabei gezeigt werden, dass gestresste Eltern psychisch kranker Kinder zu einer verzerrten Einschätzung der kindlichen Symptome neigten und das Ausmaß der Erkrankung höher bewerteten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Irlbauer-Müller et al. (2017), die Korrelationen zwischen höherer elterlicher Belastung und größeren Urteilsdifferenzen von TherapeutInnen und Eltern nachwiesen und zu dem Schluss kamen, Elternangaben kritischer zu hinterfragen. Briggs-Gowan et al. (1996) führten diese Fehleinschätzung auf eine niedrigere Toleranzschwelle der Eltern zurück die Psychopathologien ihrer Kinder zu bewältigen. Ein erhöhtes Stresserleben wird dabei gerade für Eltern von Kindern mit externalisierenden Störungen verzeichnet (Schachar et al. 1987; Barkley et al. 1988; Anastopoulos et al. 1992; Webster-Stratton et al. 2004). Das Problemverhalten der Kinder führt zu Frustration und Hilflosigkeit bei den Eltern in der Erziehung (Fischer 1990) und induziert wiederum elterliche Konflikte (Cummings und Davies 1994).

Unter dem Begriff Familie wird eine Eltern-Kind-Gemeinschaft verstanden, in der einzelne Personen innerhalb dieses Systems miteinander interagieren und voneinander abhängig sind (Minuchin 1987; Schneewind 2008). Somit entwickelt eine Familie gemeinsame Ziele und Ressourcen und muss sich neuen Situationen oder Herausforderungen immer sowohl als Individuum als auch als Einheit stellen (ebd.). Gerade Risikogruppenfamilien können durch familiäre Unterstützung (Zuwendung, Fürsorglichkeit und Kontrolle) und ein positives Familienklima profitieren (Plass et al. 2016). Das Familienklima entsteht aus dem elterlichen Erziehungsverhalten und dem familiären Zusammenhalt (Schneewind et al. 1985). Viding et al. (2009) zeigten, dass ungünstiges Erziehungsverhalten bei 7-Jährigen vermehrt zu Verhaltensproblemen mit 12 Jahren führte. Ein ungünstiges Erziehungsverhalten ist dabei durch mangelnde Warmherzigkeit, Unterstützung und Reaktionsfähigkeit der Mutter und einen inkonsequenten oder zu autoritären Umgang mit den eigenen Kindern gekennzeichnet (ebd.; Cecil et al. 2012). Warmherzige und empathische Eltern sind eher in der Lage mit höherem Erziehungswissen auf ihre Kinder einzugehen, die sozialen Kompetenzen an ihre Kinder weiterzugeben (Schneewind 2008) und sie so vor antisozialem Verhalten zu schützen (Odgers et al. 2012).

Bei der Bewältigung familiären Stresses kommt dem doppelten ABCX-Modell nach McCubbin et al. (1983) zufolge der subjektiven Bewertung des Ereignisses durch die Familie eine entscheidende Funktion zu, welche auf die Bewältigung maßgeblichen Einfluss hat. Neben der Einschätzung des Stressors (Auswirkungen auf die Familie, Bedrohlichkeit) werden auch die der Familie zur Verfügung stehenden Ressourcen

überprüft (Retzlaff und Sydow 2015). Diese können auf individueller Ebene durch bspw. Bildungsstand, somatischer und psychischer Gesundheit und einer Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura 1997) oder auf familiärer Ebene durch finanziellen Rückhalt, höheren sozialen Stand, Zusammenhalt und der Fähigkeit der Familie zur Anpassung und Konfliktlösung entstehen (Schneewind 2008). Kinder können extern auf Ressourcen anderer Personen zugreifen, indem sie mit ihrer Kontaktperson in Verbindung treten und von dieser Regulationsstrategien übernehmen (Holodynski und Friedlmeier 2006). Somit stellen gestörte Interaktionsprozesse von Eltern und ihren Kindern sowie ungünstige Stressverarbeitungskompetenzen Schlüsselstellen für therapeutische Konzepte dar.

1.2 Das familien- und interaktionsorientierte Therapiekonzept der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

1.2.1 Phasen und Ziele des Therapiekonzepts, Indikationen und Kontraindikationen der Behandlung

Eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie orientiert sich neben den Grundbausteinen aus klinischer Anamnese, physischem und psychopathologischem Befund v. a. an dem Interaktions- und Beziehungsverhalten unter Einbezug der Eltern oder der jeweiligen Bezugsperson (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2015). Im Klinikleitfaden 2020 (Flechtner und Röttger), der für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erstellt wurde, sind die einzelnen Klinikbereiche (Ambulanz/Tagesklinik/Stationen) mit Therapiekonzepten sowie die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Arbeit verfügte die Tagesklinik über 26 Behandlungsplätze, aufgeteilt in 4 altersgestaffelten Gruppen, das Altersspektrum reichte von 3–18 Jahren. Während der Studienphase wurden 10 Behandlungsplätze, 5 davon im Alter von 3–6 Jahren (Altersgruppe 1 Kindergartenkinder) und 5 im Alter von 6–10 Jahren (Altersgruppe 2 Grundschulkinder) untersucht. Das multimodale Therapiekonzept beinhaltet verhaltenstherapeutische, psychodynamische, systemische und tiefenpsychologische Verfahren, die auf unterschiedlichen Interventionsebenen (Kind, Eltern, Eltern-Kind, Familie) kombiniert werden. Dabei zielt besonders der systemische Behandlungsansatz auf die Verbesserung der Interaktion innerhalb der Familie, um

Veränderungen der einzelnen Mitglieder und des gesamten Familiensystems zu bewirken (Sydow 2007).

Ziel ist eine Reduktion psychiatrischer Symptomatiken der PatientInnen im Kontext ihrer Umgebung, um Verhaltensänderungen für eine gesunde psychische Entwicklung zu fördern und eine Stärkung der Kompetenzen, um altersgemäß anstehende Entwicklungsaufgaben zu lösen (Schneewind 2008). Dabei stehen Stärkung sozialer Kompetenzen, Steigerung des Selbstwertgefühls und die Auseinandersetzung mit eigenen wirksamen Bewältigungsstrategien auf Seiten der Kinder (Falkai et al. 2022; Retzlaff und Sydow 2015) und auf Seiten der Eltern das Erlernen/Verbessern günstiger Erziehungstechniken, eine verbesserte Wahrnehmung ihrer Kinder und Stärkung persönlicher Ressourcen im Mittelpunkt (Herr et al. 2015; Boyle et al. 2010).

Die einzelnen Behandlungsschritte im zeitlichen Verlauf sind **Abbildung 1** zu entnehmen.



Abbildung 1: Der Ablauf der tagesklinischen Behandlung in Anlehnung an Flechtner und Röttger (2020, S. 13).

Anmerkung. Die einzelnen Abschnitte der Behandlung sind vertikal dargestellt. Die erste und letzte Stufe findet dabei über die Klinikambulanz statt, die anderen Phasen sind direkter Gegenstand der Tagesklinik.

Zunächst findet ein **Erstkontakt** der PatientInnen mit den Eltern bei TherapeutInnen der Institutsambulanz statt. Die Kinder sind entweder im Rahmen einer kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung auffällig geworden, wurden von Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder einer pädagogischen Einrichtung überwiesen oder die Eltern

wünschten einen Termin aus eigener Motivation. Der Verdacht auf eine psychische Störung kann auch im Rahmen einer akuten Krise als Notfallbehandlung auftreten. Die Befunderhebung aus psychischer Diagnostik und körperlicher Untersuchung führt in der Ambulanzkonferenz zur Indikationsstellung, sodass darauffolgend PatientInnen und Eltern über Behandlungsindikation und Therapiemöglichkeiten informiert werden können. Ggf. erfolgt eine Zuweisung zu einer Warteliste für eine elektive Aufnahme, welche durch die fallführenden TherapeutInnen der unterschiedlichen Bereiche koordiniert wird.

Vor der Aufnahme erfolgt ein **Probetag**, an dem die PatientInnen und Eltern zunächst im Aufnahmegespräch die klinische Umgebung und das Personal kennenlernen können und in den tagesklinischen Ablauf integriert werden. Abschließend erfolgt ein Auswertungsgespräch. Ziel ist zum einen das Schaffen einer Vertrauensbasis für den therapeutischen Prozess und zum anderen die Überprüfung, ob PatientInnen und Eltern den Anforderungen der Behandlung gerecht werden können. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz hängt von Dringlichkeit, Gruppenkonstellationen und klinischen Kapazitäten ab. Eine optimale Gruppendynamik kann durch ein positives, förderndes Klima therapeutische Prozesse unterstützen, sodass besonderes Augenmerk auf eine günstige PatientInnengruppierung gelegt wird.

Bei der **Aufnahme** werden Ziele für die Behandlung von Eltern und Kind festgelegt und Behandlungsvereinbarungen in einem Behandlungsvertrag getroffen, den alle Beteiligten unterschreiben. Die so festgelegten Behandlungsziele geben für alle Beteiligten eine erste Orientierung, was erreicht werden soll und erhöhen so die Motivation zur Mitarbeit. Dabei wird darauf geachtet, dass die Ziele positiv und kindgerecht formuliert werden (z. B.: ich möchte lernen mich zu Hause und in der Schule an Regeln zu halten – Eltern könnten in diesem Zusammenhang für sich das Ziel verfolgen, in ihrem Erziehungsverhalten konsequenter und klarer zu werden) (Röttger 2017). Die klinische **Diagnostikphase** dauert zwischen 4–6 Wochen und dient dem Beziehungsaufbau von Familien und TherapeutInnen. Neben der Diagnostik (vgl. 1.2.2) steht die Vermittlung des Verständnisses für Entstehung und Äußerung der Problematik im Mittelpunkt dieser Phase. Sie endet mit einer multiprofessionellen **Fallbesprechung** im klinischen Team zur weiteren individuellen Therapieplanung.

Die anschließende **Therapiephase** beginnt mit der Auswertung der Fallbesprechung mit Eltern und Kind und Vereinbarung der Ziele für die Therapiephase bis zur Entlassung. Die Dauer der Therapiephase kann zwischen 3-6 Monaten variieren, je nach Komorbiditäten und Schwere der psychiatrischen Symptomatik. In dieser Phase geht es um die weitere

Verbesserung der Symptomatik und die Stabilisierung des Therapiererfolgs, sowohl in der Tagesklinik als auch in der Häuslichkeit. Nach einer ausreichenden Stabilisierung wird mit den PatientInnen und der Familie die **Erprobungs-** und **Entlassungsphase** eingeleitet, die den letzten Abschnitt der tagesklinischen Behandlung darstellt. In dieser Zeit findet eine Probebeschulung statt und bei Bedarf werden zusätzliche Hilfen vom Jugendamt für die Zeit nach der Entlassung beantragt und eingeleitet. Für die jüngeren Kinder wird die Überleitung in den Kindergarten und häufig auch weitergehende zusätzliche Förderungen und Hilfen mit den Eltern veranlasst. Die **ambulante Nachsorge** erfolgt entweder durch den Vorbehandelnden und EinweiserIn oder durch die Institutsambulanz der Klinik.

Die Erprobungs- und Entlassungsphase und die ambulante Nachsorge kann man auch als Rehabilitation bezeichnen, da es fließende Übergänge zwischen der Therapie- und Rehabilitationsphase gibt und ein Rückfall oder Verschlimmerung der Symptomatik verhindert werden soll (Martinius 1989).

Die Behandlungszeiten beginnen bei den Kindergartenkindern und Grundschulkindern um 7.15 Uhr und enden um 15.00 Uhr. Es findet jedes Mal beim Bringen und beim Abholen ein Austausch mit den Eltern statt. Diese sogenannten „Tür- und Angelgespräche“ mit den PädagogInnen bilden ein wichtiges Verbindungsglied zwischen der Häuslichkeit und der Klinik. Hier werden oft Lernschritte, die in der Klinik begonnen wurden, zu Hause weiter geübt, aber auch Schwierigkeiten, die zu Hause aufgetreten sind besprochen und gemeinsam Lösungen überlegt. Einmal wöchentlich findet ein intensiver Behandlungstag mit der Kernfamilie im Rahmen der Mehrfamiliientherapie (MFT) statt (vgl. 1.2.4).

Das Indikationsspektrum umfasst nach ICD-10 Entwicklungs- (F84), Bindungs- (F94), Ausscheidungs- (F98) und hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91), der Emotionen (F93) sowie kombinierte Störungen (F92). Das tagesklinische Setting nimmt eine Zwischenposition zwischen einer stationären und einer häuslichen Intervention ein. Tagesklinische PatientInnen unterscheiden sich nicht im Diagnosespektrum von stationären PatientInnen (Graf Schimmelfmann et al. 2001). Familientherapeutische Interventionen sind indiziert, wenn intrafamiliäre Beziehungsprobleme Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichen Symptomen bedingen oder Familienmitglieder zur Lösung der kindlichen Problematik beitragen könnten (Mattejat und Schulte-Markwort 2013). Das tagesklinische Setting ist dann indiziert, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht und eine vollstationäre Behandlung nicht notwendig erscheint. Es kann nur in einem stabilen Umfeld erfolgen, wenn Eigen- oder Fremdgefährdung sowie Unterversorgung am Wochenende und Nachmittag in der Häuslichkeit ausgeschlossen werden können (Beutling 2008; Schepker

2008). Fehlende Motivation, Beziehungsfähigkeit, Selbstreflektionsmöglichkeiten und Änderungspotential sowie starke psychische Beeinträchtigung oder geistige Behinderung der Kinder oder Eltern stellen neben chronischem Substanzmissbrauch und Fremdsprachenbarriere weitere Kontraindikationen für eine ambulante Intervention dar (ebd.; Falkai et al. 2022; Steinhausen 2010). Die im Folgenden dargestellten Diagnostik-, Therapie- und Rehabilitationsschwerpunkte auf den verschiedenen Ebenen sind **Abbildung 2** zu entnehmen.

Kindesbereich	Eltern-Kind-Bereich	Elternbereich	Psychosoziales Umfeld
DIAGNOSTIKPHASE			
Psychopathologischer und pädiatrisch-neurologischer Befund, Entwicklungsstand, Erkennen des eigenen Problemverhaltens/Befindens	Reflektion des Bindungs-, Kommunikations- und Interaktionsverhaltens	Elterliche Psychopathologien, Befinden, Erziehungskompetenzen, familiäre Interaktionen	Bildungsstand, familiäre Ressourcen und Belastungsfaktoren
THERAPIEPHASE			
Einzel- und Gruppentherapien, Förderung prosozialen Verhaltens, Erlernen altersgemäßer Lösungsstrategien	Therapeutisch geleitete Eltern-Kind-Trainings, Mehrfamiliientherapie mit Förderung von Stärken und des interfamiliären Austauschs	Elterngespräche, Verbesserung von Erziehungstechniken, Stressabbau und Reflektion der Kindeswahrnehmung	Stärkung familiärer Ressourcen, Abbau von Belastungsfaktoren, Übertragung in den Familienalltag, Kommunikation mit Behörden und Institutionen
REHABILITATIONSPHASE			
Verabschiedung aus der Klinik, positive Stimmung auf Zeit nach der Klinik, Stabilisierung und kontinuierliche Verbesserung der kindlichen Symptomatik	Anbindung an ambulante Eltern-Kind-Programme, Ausschleichen der Mehrfamiliientherapie	Therapeutische Elterngespräche über Behandlungserfolge und Rückschläge in der Häuslichkeit	Wiedereingliederung in Institutionen (Kindergarten, Schule, Freizeit), Sozialdienstanbindung, Einleiten von Fördermöglichkeiten

Abbildung 2: Mehrdimensionale Behandlungsschwerpunkte der verschiedenen Interventionsebenen.

Anmerkung. Darstellung der 4 Interventionsebenen Kind, Eltern-Kind, Eltern und Psychosoziales Umfeld und ihrer zentralen Themen in der Diagnostik-, Therapie- und Rehabilitationsphase.

1.2.2 Diagnostikbausteine der Tagesklinik

Die multimethodale Diagnostik der psychopathologischen Störung des Kindes erfolgt anhand quantitativer und qualitativer Fragebögen, klinischer Tests, psychoanalytischer Gespräche, strukturierter Interviews sowie klinischer Verhaltensbeobachtung und entspricht den aktuellen Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nationaler und internationaler Fachgesellschaften (Döpfner und Petermann 2012). Der psychopathologische Befund wird für jedes Kind zu Beginn der Behandlung

erstellt. Die Befunderhebung der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg erfolgt altersgerecht anhand des psychopathologischen Befund-Systems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D), der deutschen Fassung der Clinical Assessment-Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP). Das Verfahren setzt sich aus den 3 Komponenten Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden zusammen und eignet sich zur Erfassung der wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, auch unter Berücksichtigung situationsspezifischer psychopathologischer Merkmale und integriert sich in klinische Routineabläufe (Döpfner et al. 2000). Dabei erfolgt eine klinische Beurteilung psychopathologischer Merkmale (bspw. oppositionell-dissoziales Verhalten, Angst, Interaktion) auf Basis einer klinischen Exploration des Kindes und der Bezugsperson und Beobachtungen der DiagnostikerInnen in der Untersuchungssituation und erfasst darüber hinaus auch Angaben der letzten 6 Monate (ebd.).

Im Anamnesebogen werden u. a. sozio-demographische Daten der PatientInnen und der Familien erfasst. In strukturierten offenen Interviews wird die aktuelle Situation der Kinder und Eltern, der Vorstellungsgrund, der Aufnahmearlass und die Vorgeschichte beschrieben. Zudem erfolgt eine strukturierte Familien-, Eigen- und Sozialanamnese. Insb. wird auf die der Familie zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen und Belastungsfaktoren sowie das Interaktions-, Bindungs- und Erziehungsverhalten in der Eltern-Kind-Beziehung eingegangen. Es erfolgt zudem die systematische Erfassung der kognitiven, sprachlichen und motorischen Fähigkeiten und Defizite, um Entwicklungsstand, Intelligenzniveau und Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Die klinische Symptomatik und Stimmung der Kinder wird weiterführend über klinische Verhaltensbeobachtung, Einzeltherapien der Kinder und Eltern und offene Interviews erfasst. Essentielle Fragebögen sind die Child Behavior Checklist (CBCL 1½–5, vgl. 2.2.2; CBCL 4–18, vgl. 2.2.1) und der (Caregiver)-Teacher Report (C-TRF 1½–5 bzw. TRF 5–18), in denen in Fremdauskunft die kindliche psychiatrische Symptomatik durch die Eltern und BetreuerInnen beurteilt wird. Befinden, Belastung und eigene Psychopathologien der Eltern werden über therapeutische Gespräche und klinische Selbstauskunftsfragebögen, v. a. dem Elternstressfragebogen (ESF, vgl. 2.2.3) und das Elternbelastungsinventar (EBI), erfasst. Die pädiatrisch-neurologische Untersuchung (Laborchemie, EEG, EKG) komplettiert den psychopathologischen Befund.

1.2.3 Allgemeine Behandlungsbausteine auf Kindes- und Elternebene

Die fundierte kontextzentrierte Behandlung arbeitet in Visiten, Fallbesprechungen und Supervisionen in einem multiprofessionellen Team bestehend aus ÄrztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und Fachpersonal des Pflege-, Erziehungs- und des Sozialdienstes. Die Intervention auf Kindesebene basiert auf einem pflegerisch-heilpädagogisch koordiniert und geleiteten strukturierten Tagesablauf, in welchen spezifische Therapien integriert werden (Beutling 2008). In der Gruppe werden mit- und nebeneinander alltägliche Situationen wie Essens-, Hygiene-, Spiel- und Lernzeiten sowie der Aufbau prosozialen Verhaltens und Abbau negativer Verhaltensmuster gefördert. Dabei kommen vorrangig empirische verhaltenstherapeutische Methoden auf Grundlage allgemeiner Wirkprinzipien lernpsychologischer Verfahren zum Einsatz, bspw. Konditionierung, Modellernen, Detektion aufrechterhaltender Faktoren und Handlungsänderungen in ein günstigeres Verhalten (Falkai et al. 2022; Mattejat und Schulte-Markwort 2013). In der Ergo-, Musik- und Physiotherapie (Entspannungs- und Bewegungstherapie) werden in speziellen Gruppentrainings Selbstwahrnehmung, motorische Fähigkeiten, Stressabbau, Selbstwirksamkeitserfahrung und Teamfähigkeit gefördert. Auf individueller Ebene kommen Einzeltherapien und die Spieltherapie nach dem humanistischen Menschenbild nach Rogers (2000) zum Einsatz, in der Wachstums- und Reifungsprozesse mit Ressourcenorientierung über nonverbale Kommunikation zu einer Verbesserung zwischen Anforderungen und Bedürfnissen des Kindes angeregt werden (ebd.). Individuell erforderliche Lern- und Fördermöglichkeiten bei motorischen, kognitiven oder sprachlichen Defiziten komplettieren das Behandlungsspektrum.

Auf Elternebene stehen eine Verbesserung des Bindungs- und Erziehungsverhaltens, Stressabbau sowie Verbesserung eigener Psychopathologien im Fokus der Behandlung. Es finden tägliche „Tür- und Angelgespräche“ beim Bringen und Abholen der Kinder, tiefenpsychologische Einzeelterngespräche im personenzentrierten Konzept und wöchentliche pädagogische Elterntrainings im Rahmen der Mehrfamiliientherapie statt. Das Eltern-Kind-Interaktionstraining dient der Verbesserung dysfunktionaler Erziehungsstrategien und Wahrnehmung kindlichen Verhaltens und Kommunikation sowie Steigerung der Empathie für die Kinder. Zunächst wird der Aufbau einer positiven Beziehung zum Kind gefördert. Körperliche (bspw. snoezeln) und verbale Zuneigung (bspw. reden, Interesse zeigen) zu dem Kind fördern elterliche Wärme und Bindung (Zimmermann 2016). Die Elterngespräche dienen der Verbesserung der Reflektion der Eltern in der Kommunikation mit ihren Kindern.

Die ressourcenorientierte Therapie greift neben individuellen auch auf partnerschaftliche und familiäre Ressourcen zurück. Der Begriff des sozialen Umfeldes wird dabei weiter gefasst als die direkte biologische Familie, sondern bezieht vielmehr die zur Entwicklung des Kindes bereitstehenden Bezugspersonen in den Interventionsprozess mit ein (Sydow 2007). Die identifizierten symptomfördernden familiären Interaktionen und Muster sollen durch das Erlernen positiver Interaktionen, Kommunikation und altersspezifischer Lösungsversuche durchbrochen werden und die Familie in ihren Ressourcen bestärken, um den alltäglichen Belastungen besser zu begegnen und um kindliche Psychopathologien und das Stresserleben der Eltern zu reduzieren (ebd.). Individuellen und global familiären Ressourcen wird eine tragende Rolle bei der Bewältigung belastender Situationen zugesprochen, welche durch Interventionen gestärkt werden können (Retzlaff und Sydow 2015). Die Bewältigungskompetenz trägt dabei entscheidend zum psychischen Wohlbefinden bei (Dijkstra und Homan 2016). Die erste Bewältigungsmethode, die ein Kind schon im Alter von 2 Jahren lernt, ist die aktive Ablenkung von einem Handlungsimpuls, während sich die Bewältigung komplexerer Anforderungen und Entwicklung von Handlungsalternativen erst später ausbildet (Schneider et al. 2012). Kinder lernen dabei am Modell ihrer Eltern und können ungünstige Bewältigungsstrategien übernehmen (Petermann 2013; Zimmer-Gembeck und Skinner 2011), welche mit externalisierenden und internalisierenden Störungen assoziiert sind (Syed und Seiffge-Krenke 2015; Evans et al. 2015). Hampel et al. (2008) zeigten, dass gerade Kinder mit Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsstörung negative Stressverarbeitungsmuster zeigen. Ungünstige Anpassungsprozesse im Stressprozess wie Vermeidung, gedankliche Weiterbeschäftigung und Resignation sind allgemeine Risikofaktoren in der psychischen Entwicklung (Aldao et al. 2010). Zu einer positiven Stressbewältigung zählen hingegen problemlösende (kognitive Umstrukturierung, soziale Unterstützung und positive Selbstinstruktionen) und emotionsregulierende Prozesse (z. B. Ablenkung) (Hampel et al. 2018; Seiffge-Krenke 2011), welche in der Behandlung gefördert werden sollen.

1.2.4 Mehrfamilientherapie „Magdeburger Modell“ als Behandlungsbaustein

Der klinisch evidenzbasierten MFT kommt im therapeutischen Setting eine zentrale Bedeutung zu (Eisler et al. 2016; Goll-Kopka 2009; Asen et al. 2009; McDonell und Dyck 2004). Dabei handelt es sich um ein Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen, psychiatrischer Symptome und körperlicher Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, bestehend aus systemischen (u. a. kontext- und ressourcenfokussierter

Ansätze) und gruppentherapeutischen Methoden (bspw. Modellernen, Perspektivwechsel, Gemeinschaft, Feedback, Rollenübungen) (Goll-Kopka 2009; Asen et al. 2009).

In dem von den MFT-ausgebildeten Behandlungsteams der Tagesklinik entwickelten Modell bildet sie einen festen Behandlungsbaustein innerhalb der altersgestaffelten Behandlung der Tagesklinikgruppen. Dabei wird mit allen Familien einer tagesklinischen Behandlungsgruppe gearbeitet, deren Kinder unterschiedliche Krankheitsbilder haben, aber in einem ähnlichen Alter sind. Das Alter der Kinder und der damit verbundene Entwicklungszyklus der Familie ist in den Gruppen die Gemeinsamkeit. Im Kleinkind- und Vorschulalter sind v. a. Bindungssicherheit und Beziehungsregulation, im (Grund-)Schulalter die Einübung der Elternrolle und gemeinsame Erziehungshaltungen wichtige entwicklungspsychologische Familienziele (Cierpka 1996). Da besonders bei den jüngeren Kindern auch der Körperkontakt eine wichtige Rolle spielt, werden die Mehrfamiliengruppen der Vorschulkinder im Wechsel mit Eltern-Kind-Yoga für positive gemeinsame Körpererfahrungen durchgeführt (Klatte et al. 2016).

Die teilnehmenden Familien werden zunächst zum Therapiesetting zusammengeführt und ggf. neue Familien vorgestellt (**Begrüßung/Vorstellung**). Es findet ein erster Austausch der aktuellen Gefühlslage und der momentan für die einzelnen Familienmitglieder präsenten Themen in Form von Übungen und Gesprächen statt (**Ankommen/Aufwärmen**). Darauffolgend wird das **Hauptthema** der Gruppentherapiesitzung besprochen. Bei der **Bearbeitung der Aufgabe** setzen sich die Familien zunächst innerhalb ihrer Familie mit der Themenbearbeitung auseinander. Während der **Pause** reflektiert das professionelle Team seine Beobachtungen und kreiert die Moderation der Abschlussrunde (**Reflexion**). Bei der **Auswertung** mit den Familien werden sowohl eigene Beobachtungen und Empfindungen (intrafamiliär) als auch die über andere Familien (interfamiliär) ausgetauscht. Ziel ist es, durch wertschätzende Kommunikation eine Steigerung des Verständnisses eigener und fremder Denk- und Verhaltensweisen zu erreichen. In der **Abschlussrunde** werden die gemeinsam gemachten positiven Erfahrungen zusammengetragen und so der Fokus auf die gelungenen Interaktionen gerichtet und eine Basis für Veränderung von festgefahrenen Kommunikations- und Handlungsmustern gelegt.

Zentrum therapeutischer Überlegungen ist es, familiäre Interaktionsstörungen zu erkennen und familiäre Ressourcen zu nutzen (Sydow 2007). So konnte Thömke (2005) an der Universität Dresden zeigen, dass sich familiäre Beziehungen nach einer tagesklinischen MFT signifikant verbesserten, indem eine erhöhte emotionale

Verbundenheit und Autonomie der einzelnen Familienmitglieder messbar war. Familien erleben in der MFT Akzeptanz und Unterstützung von anderen meist ähnlich betroffenen Teilnehmenden und können so Schuldgefühle und soziale Isolation abbauen und sich gegenseitig austauschen (Kane et al. 2007). Diese hohe Akzeptanz der teilnehmenden Familien ist einer der wichtigsten Wirkfaktoren der MFT. Weitere verschiedene wissenschaftlich diskutierte Wirksamkeitsprozesse, die intra- und interfamiliär zum Tragen kommen, sind in **Abbildung 3** graphisch dargestellt (Behme-Matthiessen und Pletsch 2020; Born 2012; Lippe et al. 2016; McFarlane et al. 2004; Röttger 2017).

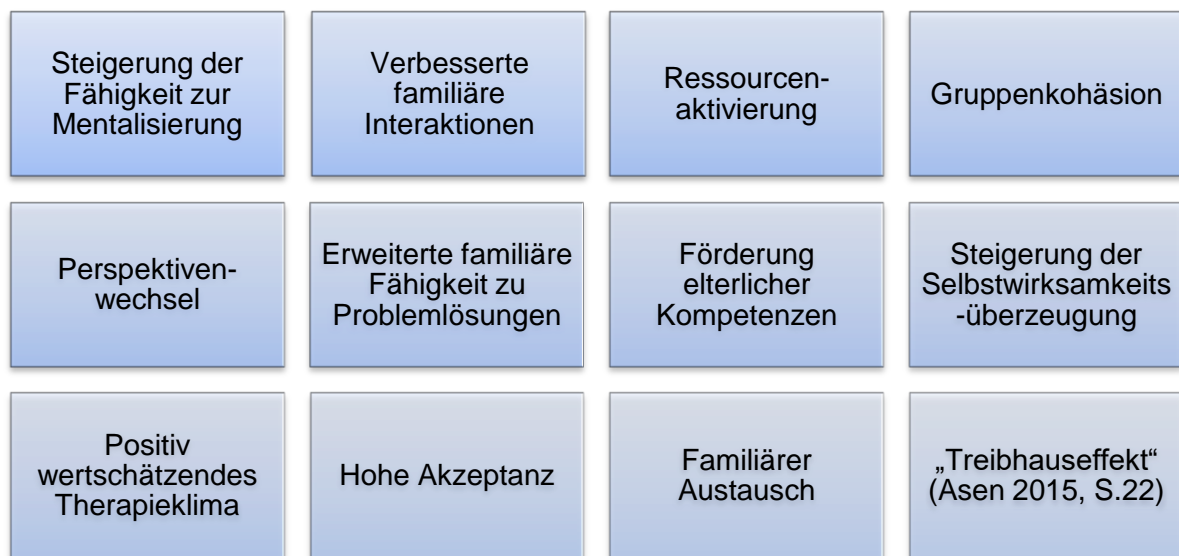


Abbildung 3: Diskutierte Wirkfaktoren der Mehrfamilientherapie.

Anmerkung. Die verschiedenen Faktoren kommen sowohl auf individueller als auch auf familiärer Ebene zum Tragen. Durch den interfamiliären Austausch stehen den Familienmitgliedern erweiterte Möglichkeiten für Veränderungsprozesse zur Verfügung, welche im gesicherten therapeutischen Rahmen erprobt werden können. Ritualisierte und standardisierte Therapieschemata werden flexibel durch das Personal gestaltet und begleitet, sodass ein angeregtes Miteinander von Familien und TherapeutInnen ermöglicht wird.

Ein weiterer signifikanter Behandlungseffekt der MFT ist auf die Steigerung der Fähigkeit zur Mentalisierung zurückzuführen. Dahinter steckt die Annahme, dass es durch gezielte Reflexion möglich ist, eigene und fremde Denk- und Handlungsweisen und -muster besser zu verstehen und sie durch gezieltes Training zukünftig besser zu steuern (Allen et al. 2011). Durch die Betrachtung und den Austausch eigener und fremder Verhaltensbeobachtungen, Gedanken und Gefühle lernen die Familien sich selbst und andere besser zu verstehen, was zu einer Steigerung der familiären Problemlösefähigkeit führt (Röttger 2017). Durch den Perspektivenwechsel findet auch eine Verbesserung der Interaktion statt (Asen und Fonagy 2014). Mentalisierung ist enger Bestandteil der Bindungstheorie und wird von einem Kind durch die adäquate Reaktion der Bezugspersonen auf seine Bedürfnisse erlernt (Asen und Scholz 2015). Durch hohe

emotionale Erregung (bspw. starke Angst, Depression) wird die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt, sodass der sichere therapeutische Rahmen Ermutigung schaffen soll, eigene Gefühle zu untersuchen, zu äußern und zu verstehen (Allen et al. 2011; Arnold 2012). Da die dargestellten Behandlungseffekte allerdings auch mit einem höheren Anspruch an das beteiligte Klinikpersonal verbunden sind (Organisation, erhöhter Zeitaufwand des Therapiesettings, geschulte MitarbeiterInnen) (Asen und Scholz 2017), können diese erhöhten Anforderungen zu Implementierungsproblemen der MFT im klinischen Alltag beitragen (Zillessen 2017).

1.3 Aktueller Forschungsstand

1.3.1 Überblick über Therapiesettings und Elternbezug

Da psychiatrische Symptomatiken im Kindergarten- und Grundschulalter besonders starke Chronifizierungstendenzen aufweisen, kommen frühzeitigen und wirksamen Interventionen große Bedeutung zu (Beyer et al. 2012; Verhulst und van der Ende 1992; Ashford et al. 2008; Lavigne et al. 2001). Internalisierende Störungen werden leitliniengemäß meist kognitiv-behavioral mit Elternbezug und externalisierende Störungen mit behavioralen-beziehungsorientierten Elterntrainings therapiert (Herr et al. 2015; Goletz et al. 2013). Evidenzbasierter Eltern- bzw. Familieneinbezug kann sowohl im ambulanten, (teil-) stationären als auch Eltern-Kind-Setting erfolgen. Die Interventionen umfassen sowohl heterogene Konstellationen des Indikationsspektrums, als auch einzelne Krankheitsbilder wie ADHS (Döpfner et al. 2020), Autismus (Tarver et al. 2019), Angststörungen (Goletz et al. 2013) und Adipositas (Foster et al. 2018; Gerards et al. 2011). Die verschiedenen Therapiemaßnahmen und die Intensität des Elternbezugs richten sich nach der Schwere der psychiatrischen kindlichen Störung, der häuslichen Versorgungssituation und der Rolle der Eltern. Sie unterscheiden sich v. a. durch die Therapiedauer und die Intensität der Mitbeteiligung der Eltern (Graf Schimmelmann et al. 2001). Ambulante Elterntrainings richten sich bspw. primär an Eltern von Kindern mit leichter psychiatrischer Symptomatik und sind Kurzinterventionen über gewöhnlich 8-12 Wochen mit 1-2 Sitzungen pro Woche, um auf Grundlage eines manualisierten und standardisierten Programms Erziehungsfähigkeiten und Wissen zu verbessern (Barlow et al. 2010). Eine (teil-)stationäre Eltern-Kind-Therapie wiederum beinhaltet eine gemeinsame Behandlung von Eltern und Kind, d. h. der Interaktionsschwerpunkt liegt im familiären System mit einer Verbesserung des Beziehungsverhaltens. Sie ist meist kürzer mit 3-5 Wochen (Petermann 2013) und indiziert bei sehr jungen Kindern und Sozialverhaltensstörungen, die auf den familiären Rahmen beschränkt sind.

Die in dieser Studie evaluierte kinder- und jugendpsychiatrische tagesklinische Behandlung richtet sich an Kinder und Jugendliche, die einer intensiven Betreuung bedürfen, aber noch nicht oder nicht mehr vollstationär behandelt werden. Diese Therapieform bietet wochentags die Möglichkeit einer teilstationären Behandlung. Abends, nachts und am Wochenende leben die Kinder und Jugendlichen in ihrem gewohnten familiären Umfeld (Steinhausen 2010). In der tagesklinischen Therapie wird kindzentriert gearbeitet, d. h. im Mittelpunkt diagnostischer und therapeutischer Überlegungen steht primär das Kind mit seiner gravierenden Störung. Die Eltern werden zeitweise miteinbezogen in Form von „Tür und Angelgesprächen“, Hospitationen, Hausaufgaben über das Wochenende und zu bestimmten Situationen.

Zu guter Letzt ist eine (voll-)stationäre Patientenversorgung bei schwerbetroffenen PatientInnen unabhängig des psychischen Störungsbildes indiziert, wenn sich das Kind in einer akuten Krise befindet, eine ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht mehr ausreicht oder die häusliche Versorgung nicht gewährleistet ist.

1.3.2 Evaluierte tagesklinische Therapien im Kindergarten- und Grundschulalter

In der Literatur lassen sich kaum Studien über die Wirksamkeit tagesklinischer Therapiekonzepte für Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter mit psychiatrischen Störungen finden. Die durchschnittlich jüngste Altersgruppe ($M = 3.5$ Jahre) bildete dabei eine prospektive Studie des Universitätsklinikums Marseille ab. Poinso et al. (2013) evaluierten die Wirksamkeit einer tagesklinischen Behandlung für Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die Dauer der tagesklinischen Betreuung umfasste eine wöchentliche Behandlung von 10 Stunden und kombinierte verschiedene therapeutische Ansätze. Entsprechend der Altersgruppe wurden Beziehungen zwischen den Kindern, spezifische Kommunikationsarbeit und wechselseitige soziale Interaktionen trainiert. Die Eltern wurden in Form von Gesprächen zum Austausch von Informationen über das Kind und durch elterliche Beratung miteinbezogen und eine schulische Integration gefördert. Im Prä-Posttestungsdesign zeigte sich ein Entwicklungsfortschritt mit einem durchschnittlichen Gewinn von 13.5 Monaten auf der Vineland-Skala und eine Reduktion der Schwere des autistischen Syndroms auf der Childhood Autism Rating Scale (CARS). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit einer tagesklinischen Intervention von den beiden Faktoren Verhaltenstraining und Intensität (minimal 25 Stunden wöchentlich) abhängt (ebd.).

Ein in England evaluiertes ebenfalls weniger intensives tagesklinisches Behandlungsprogramm für Kinder mit Verhaltensproblemen (8-11 Jahre) mit einer Behandlungsdauer von 2 Tagen pro Woche über durchschnittlich 10-13 Wochen konzentrierte sich auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit der PatientInnen. In der Prä- und Posttestung anhand des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) war auffällig, dass Eltern im Verlauf der Behandlung von einer signifikanten Abnahme der Gesamtauffälligkeiten emotionaler und Verhaltensprobleme berichteten, die betreuenden LehrerInnen im Verlauf der Behandlung jedoch keine signifikanten Veränderungen wahrnahmen, obwohl das therapeutische Konzept einen aktiven Einbezug der Eltern und LehrerInnen beinhaltete (McCarthy et al. 2006). Eine aktuelle Studie von 2019 aus der Türkei evaluierte die Wirksamkeit einer tagesklinischen Behandlung anhand von 262 Patienten ($M = 13.6$ Jahre) von 2007 bis 2017. Statistische Analysen zeigten dabei eine signifikante Verbesserung in Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und Funktionsfähigkeit bei Entlassung und einen signifikanten Rückgang ängstlicher und depressiver Symptome (Ünver et al. 2019)

Die Kinder- und Familientagesklinik des IWK Health Centers in Halifax, Kanada bietet eine Behandlung von Kindern mit schweren Verhaltensstörungen im Alter von 5–12 Jahren und ihren Familien an. Auch hier zeigten Langzeitergebnisse bis 4 Jahre nach der Entlassung signifikante Behandlungseffekte in Bezug auf die Reduktion sozialer Probleme ($d = .4$), externalisierender Verhaltensauffälligkeiten ($d = .32$) und elterlichen Stresserlebens in Bezug auf die Erziehung des Kindes ($d = .35$) anhand von 28 Familien zwischen 2002–2005 (Clark und Jerrott 2012). Besonderheiten dieser Studie waren vergleichbar ausgeprägte medikamentöse Behandlungen (in 78 % der Fälle) und die durch rein logistische Probleme variierenden Behandlungsdauern und -intensitäten (2 Tagen–16 Wochen). Es reduzierte sich zwar die Anzahl der Kinder mit externalisierenden Auffälligkeiten prä- auf posttherapeutisch von 71 % auf 36 %, stieg aber erneut auf 61 % in der Langzeitmessung. Dies galt auch für die Veränderungen des elterlichen Stresserlebens im Kindbereich, bei fehlender posttherapeutischer Veränderung im Elternbereich (Elternrolle). Die Autoren sahen dennoch einen positiven Effekt durch die Behandlung auf Grund der anzunehmenden Chronifizierungstendenzen kindlicher psychiatrischer Auffälligkeiten und postulierten, dass bereits kleine positive Veränderungen optimistisch bewertet werden sollten (ebd.).

Grizenko et al. (1993) führten im kanadischen Raum eine tagesklinische Studie im quasi-experimentellen Design zur Untersuchung der Wirksamkeit eines multimodalen Therapiekonzepts für Kinder mit Aufmerksamkeits-, oppositionellen oder dissozialen

Verhaltensproblemen durch. 30 Kinder im Alter von 5-12 Jahren wurden einer tagesklinischen Behandlung oder einer Warteliste zugewiesen. Multivariate Kovarianzanalysen zeigten, dass sich die Behandlungsgruppe signifikant stärker in Bezug auf Verhalten und Selbstwahrnehmung, Beziehung zu Gleichaltrigen und in familiären Funktionen verbesserte, ohne Einfluss jedoch auf schulische Leistungen. Eine ähnliche prospektive Studie im Prä-Posttestungs-Design aus dem angloamerikanischen Raum von Ware et al. (2001) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Ein tagesklinisches Interventionsprogramm für schwer betroffene VorschülerInnen ($n = 38$) konnte eine Verbesserung der internalisierenden und externalisierenden Symptomatik sowie der sozialen Kompetenzen und Interaktionen mit Gleichaltrigen belegen. Zudem zeigte sich ein signifikanter Effekt auf eine begleitende depressive Symptomatik der Mütter. Die Autoren schlussfolgerten, dass selbst schwer betroffene Vorschüler von einer tagesklinischen Behandlung profitieren könnten.

Eine weitere kanadische Studie von 2011 verglich eine stationäre gegen eine intensive häusliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen ($n = 210$; $M = 13.7$ Jahre) mit schweren psychiatrischen Störungen (Preyde et al. 2011). Die Langzeitergebnisse (nach 36–40 Monaten) zeigten keine Unterschiede für Jugendliche, die weiterhin ihre reguläre Schule besucht hatten im Vergleich zu vollstationären PatientInnen. Bei der Entlassung gab es statistisch signifikante Verbesserungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit und Schwere der Symptome anhand des Brief Child and Family Phone Interviews (BCFBI). Die Autoren betonten im Rahmen dieser Ergebnisse die Dringlichkeit der korrekten Indikationsstellung für eine stationäre bzw. tagesklinische Therapie. Die stationäre Therapie sei zwar sehr restriktiv und bei schwerer Symptomatik indiziert, eine tagesklinische Therapie setze aber zwingend ein stabiles soziales Umfeld (inklusive Schule) mit engagierten Bezugspersonen voraus. Darüber hinaus hätten vergleichbare Evaluationsstudien stationärer Behandlungen weniger positive Langzeitergebnisse gezeigt, was die Autoren auf eine allgemein inadäquate Koordinierung psychiatrischer Versorgung und unzureichenden Zugang zu angemessenen psychosozialen Diensten zurückführten.

1.3.3 Implementierte ambulante Eltern-Kind-Interaktionsinterventionen

Im ambulanten Bereich gibt es verschiedene Interventionskonzepte, die oftmals bei psychiatrisch auffälligen Kindern Einsatz finden und ihren Schwerpunkt bei der Elternrolle setzen. Im deutschsprachigen Raum existieren relativ wenige Evaluationsstudien (Ausnahmen Briegel 2016 [PCIT] und Hampel et al. 2010 [Stepping Stones/Triple P], vgl.

Herr et al. 2015). Das Triple P Konzept (Positive Parenting Program) ist bspw. ein präventiver und verhaltenstherapeutischer Ansatz, der um 1980 in Queensland (Australien) von Sanders entwickelt wurde, um in einem 5-stufigen Modell in Form positiver Werbeplakate bis hin zu Einzel- und Gruppensitzungen die Erziehungskompetenz zu verbessern (Sanders und Christensen 1985; Prinz et al. 2009). Eine Metaanalyse aus 101 Studien von 2014 untersuchte die Evidenz innerhalb der letzten 33 Jahre. Dabei wurden v. a. kurzfristige, aber auch langfristige Effekte auf sozialer, emotionaler und verhaltensbedingter Kindesebene sowie gesteigertes elterliches Erziehungswissen und Zufriedenheit nachgewiesen (Leung et al. 2003; Sanders et al. 2014). In der Schweiz unter Bodenmann et al. (2008) in der Altersspanne 2–12 Jahre konnte bspw. ein signifikanter Rückgang der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (48 % vs. 22 % der Kinder) und ein Rückgang der elterlichen Belastung im Vergleich zu einer interventionslosen Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

Das evidenzbasierte 3-stufige Modell Incredible Years (IY) für Eltern, Kinder und LehrerInnen dient der Förderung erzieherischer Fähigkeiten und Stärkung emotionaler und sozialer Kompetenzen (Webster-Stratton 2001). In einer randomisiert kontrollierten Studie wurde bei 159 Familien mit 4- bis 8-jährigen Kindern mit oppositioneller aufsässiger Störung im Vergleich zu einer Kontrollstichprobe gezeigt, dass Kinder mehr prosoziale Fähigkeiten nach 6-monatiger Intervention zeigten und Eltern mehr Erziehungswissen aufwiesen mit einer signifikanten Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (Webster-Stratton et al. 2004). Eine Metaanalyse der Parent-Child-Interaction-Therapie aus den USA für 2- bis 6-jährige Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens mit insgesamt 1144 Teilnehmenden aus 23 Studien zeigte hohe Effekte bei Eltern und ErzieherInnen für die Reduktion externalisierender Verhaltensauffälligkeiten und eine deutliche Reduktion des elterlichen Stresserlebens (Thomas und Zimmer-Gembeck 2007).

1.3.4 Tagesklinische und stationäre interaktionsorientierte Eltern-Kind-Therapien

Die teilstationäre Familientagesklinik für Klein- und Vorschulkinder und ihre Eltern der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster (FTK) bietet ein multimodales, behavioral-psychodynamisches Therapiekonzept in Einzel- und Gruppensettings für Vorschüler und deren Familien an (Furniss et al. 2013). Müller et al. (2015) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Rückgang der kindlichen Symptomatik aus Eltern- und LehrerInnensicht (CBCL 1½–5 und C-TRF 1½–5) und einem Rückgang der mütterlichen Symptombelastung in der Symptom-Checkliste

(SCL-90-R) zeigen. Aus Sicht der TherapeutInnen zeigten sich vor Therapiebeginn 57 % der Kinder im auffälligen Bereich, nach Therapieende nur 35 %, während die Mütter den Erfolg wesentlich höher schätzten von 64.3 % auf 21.6 %. Diese signifikanten Therapieeffekte ($d = .50$) zeigten sich ebenso aus Müttersicht ($d = .97$). Die Folgestudie von Liwinski et al. 2015 detektierte das Alter des Kindes, die mütterliche Initialbelastung, keine beengten Wohnverhältnisse und Bildung der Mutter als bedeutsame Moderatoren des Therapieerfolgs der Mütter. Je älter das Kind war, desto ausgeprägter waren Veränderungen in der mütterlichen Symptomatik, wobei gerade Mütter jüngerer Kinder initial umso belasteter erschienen.

Ähnliche Ergebnisse konnten auch auf einer Eltern-Kind-Station der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Köln 2007–2009 im Rahmen einer 4-wöchigen Kurzzeittherapie 3- bis 10-Jähriger ($n = 66$) nachgewiesen werden. Dabei wurde die kindzentrierte Behandlung mit mehrfach wöchentlich stattfindenden, gruppenbasierten und individuellen Elternverhaltenstrainings, Familientherapien und Eltern-Kind-Interaktionsinterventionen ergänzt. Es zeigten sich postinterventionell kleine bis mittlere Effekte für eine interventionsabhängige Reduktion kindlicher Problematiken aus Elternsicht in der CBCL ($d = .49–.59$) sowie eine signifikante Abnahme des elterlichen Belastungserlebens in der Judging Parental Strains (QJPS) ($d = 0.65$) und ein großer Effekt in der Abnahme psychischer Belastung der Eltern in der Depression Anxiety Stress Scale (DASS) ($d = 0.84$). Die Änderungen über den Therapiezeitraum wurden verglichen mit einer 4-wöchigen Wartezeit und Follow-up-Messung, welche keine signifikanten Veränderungen der Problematik zeigten, mit Ausnahme einer weiteren Verbesserung der Selbstwirksamkeit bei der Lösung schwieriger Elternsituationen postinterventionell (Ise et al. 2015). Krause et al. (2018) evaluierten in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg bis 2018 das Outcome von 60 Familien einer Eltern-Kind-Station unter klinischen Routinebedingungen. Zu verschiedenen Zeitpunkten (von Aufnahme bis 6 Monate nach Intervention) wurden anhand standardisierter Fragebögen das kindliche Problemverhalten (CBCL) und das elterliche Stresserleben (ESF) erfasst. Dabei konnten signifikante Therapieeffekte nach 5-wöchiger Intensivtherapie für externalisierendes ($d = -.47$) und internalisierendes Problemverhalten ($d = -.38$) sowie für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung ($d = -.53$) gezeigt werden. Auch im elterlichen Belastungserleben kam es zu einer deutlichen Verbesserung ($d = -.70$). Während der Wartezeit kam es zu keiner Änderung der psychiatrischen Symptomatik. Die Therapieeffekte zeigten sich abhängig von der initialen kindlichen und elterlichen Belastung, Symptombdauer sowie vom elterlichen Therapiegewinn.

1.4 Zielsetzung und Hypothesen

Wie zuvor dargestellt konnte die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze, in denen die Eltern oder Familie in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden, gezeigt werden (Poinso et al. 2013; Ware et al. 2001; Müller et al. 2015; Ise et al. 2015). Tagesklinische Therapien sind vergleichsweise gering im Vorschulalter evaluiert (Herr et al. 2015). Abgeleitet von den vorgestellten Studien zeichnet sich die Dringlichkeit einer mehrzeitigen Datenerhebung über Veränderungen der PatientInnen, aber auch der Begleitpersonen (Eltern), ab. Es sollen in dieser Studie Informationen darüber gewonnen werden, in welchem Zeitrahmen und in Hinblick auf die kindliche psychiatrische Symptomatik und das elterliche Stresserleben, das multimodale Therapiekonzept Wirkung zeigt und messbare Veränderungen hervorbringt, um Anknüpfungspunkte für Analysen zu therapeutischen Wirkfaktoren, Präventions- und Therapiemöglichkeiten zu generieren. Dieses ist von Bedeutung, um Therapien fortlaufend zu optimieren und weitere Methoden zu entwickeln, um eine adäquate Patientenversorgung zu gewährleisten und die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten.

In den aktuellen Evaluationsstudien wurden überwiegend die psychiatrische kindliche Symptomatik und das elterliche Stresserleben in Form standardisierter Fragebögen durch die Eltern erfasst, sodass diese Vorgehensweise auch in dieser Studie Anwendung findet. Die Studien haben gemeinsam, dass sie eine Prä- und Posttestung aufweisen mit Intervallen über mehrere Wochen bis 2–3 Monate, entsprechend den angesetzten Therapiezeiten. Selten kam eine Follow-up-Testung zustande und noch seltener eine Kontrollgruppe, sodass die vorliegende Studie diese Lücke füllen soll, um therapeutische Effekte differenzierter bewerten zu können und weiteren Aufschluss über posttherapeutische Prozesse zu geben. Darüber hinaus gibt der aktuelle Forschungsstand kaum Daten zu Spontanremissionen elterlichen Stresserlebens und kindlicher psychiatrischer Symptomatiken in Risikofamilien her, da die wenigen Studien meist Querschnittsanalysen der Gesamtbevölkerung darstellen. Ebenso soll die Studie dazu beitragen, das Verständnis über die Zusammenhänge kindlicher psychiatrischer Symptomatiken und elterlichen Stresserlebens zu verbessern, da in den entsprechenden Studien oftmals Angaben über beide Parteien oder mehrere Messzeitpunkte fehlen. Zudem ergibt sich die Dringlichkeit weiterführender Analysen über die Veränderungen auf externalisierender und internalisierender Ebene kindlicher Störungen, nicht zuletzt, um Komorbiditäten entsprechend therapeutisch zu begegnen.

Eine Therapieevaluation sollte klinisch und statistisch bedeutsame Verbesserungen in den kindlichen Symptomen, sowohl akut als auch langfristig, und hinsichtlich unterschiedlicher Störungsbilder untersuchen (Mattejat und Remschmidt 2006). Auf Grund der postulierten bidirektionalen Beziehung sollen auch klinisch bedeutsame Veränderungen im elterlichen Belastungserleben erfasst werden und erneut Zusammenhänge zwischen elterlichem Stresserleben und kindlichen Psychopathologien aufgezeigt werden (Cina und Bodenmann 2009). Ziel dieser Interventionsstudie mit Kontrollgruppe ist es unter klinischen Routinebedingungen die Effektivität der Therapie in Bezug auf heterogene und komplexe Krankheitsbilder und Patientenkonstellationen im klinischen Alltag zu untersuchen.

Die Veränderungen in der Interventionsgruppe werden den Ergebnissen einer klinischen Kontrollgruppe gegenübergestellt. Anders als in der Interventionsgruppe werden bei Kindern ohne Therapie auf Grund der Persistenz und Stabilität psychischer Symptome im Kindergarten- und Vorschulalter keine klinisch bedeutsamen Veränderungen über das interventionslose Intervall erwartet (Beyer et al. 2012; Basten et al. 2016).

Ein positiver Effekt für externalisierende Störungen konnte für reine Elterntrainings vielfach belegt werden (Herr et al. 2015; Döpfner et al. 2020; Eyberg et al. 2008). Bspw. zeigte ein deutsches 3-stufiges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Trainingskonzept für aggressive Kinder (TAK) im Alter von 6–12 Jahren mit Störung des Sozialverhaltens oder Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (Petermann et al. 2008a) mit begleitend intensiver Elternberatung eine signifikante Reduktion aggressiv-delinquenten Verhaltens und Reduktion sozialer Probleme aus ErzieherInnen- und Elternsicht (Nitkowski et al. 2009). Eltern-Kind-zentrierte Ansätze gewinnen auch bei internalisierenden Störungen zunehmend an Bedeutung. Therapieeffekte werden hier allerdings weniger ausgeprägt erwartet, da angenommen wird, dass Eltern internalisierende Symptome ihrer Kinder in dieser Altersklasse schlechter erkennen (Moretti et al. 1985; Hölling et al. 2014; Cantwell et al. 1997; Edelbrock et al. 1986) oder sie schlechter von den Kindern ausgedrückt werden können (Pihlakoski et al. 2006). Somit wird angenommen, dass auch im tagesklinischen Setting Veränderungen deutlicher in der externalisierenden als in der internalisierenden Symptomatik gezeigt werden.

Moderatorenanalysen ergaben, dass die initiale Kindesproblematik und das initiale Stresserleben der Eltern signifikanten Einfluss auf den Therapieeffekt haben (Krause et al. 2018; Müller et al. 2015; Menting et al. 2013; Liwinski et al. 2015; Lösel et al. 2006). Je ausgeprägter die psychopathologische Belastung ist, umso eher wird auf medizinische

Dienste zurückgegriffen (Hintzpeter et al. 2015). Elterliche Belastung wirkt verstärkend auf die Aufrechterhaltung des Problemverhaltens der Kinder, sodass tagesklinische Behandlungen eine ganzheitliche Entwicklung im Familiensystem bewirken sollen und zu einer Verbesserung der einzelnen Mitglieder führen (Scheper 2008). Während der kindlichen Entwicklung kommt es zu vulnerablen Phasen für die Ausbildung von Psychopathologien, sodass das Alter des Kindes zu einem bedeutsamen Moderator für die Beurteilung von Therapieeffekten wird. Unter der Annahme, dass frühzeitigen Interventionen große Bedeutung zukommt, ist davon auszugehen, dass jüngere Kinder stärker von der Intervention profitieren könnten, da Eltern jüngerer Kinder auch stärker belastet erscheinen (Liwinski et al. 2015) und sich Interaktionsstörungen bereits in den ersten Lebensjahren eines Kindes manifestieren können (Petermann et al. 2008b). Zudem zeigte eine Metaanalyse von Beelmann et al. (2014), dass Präventionsprogramme besonders effektiv wirken in der jüngsten Altersklasse (0–6 Jahre) und wenn ein hoher Anteil männlicher Probanden vorliegt.

Die vorliegende Arbeit soll zur Überprüfung folgender Hypothesen verwendet werden:

Hypothese I: In der Gruppe Experiment_T1T2 kommt es im Therapieverlauf (T1–T2) zu einer signifikanten Reduktion der psychiatrischen kindlichen Symptomatik aus Sicht der Eltern (erhoben über die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung [CBCL_Ges], den internalisierenden Wert [CBCL_Int] und externalisierenden Wert [CBCL_Ext] der CBCL).

Hypothese II: In der Gruppe Experiment_T1T2 kommt es im Therapieverlauf (T1–T2) zu einer signifikanten Reduktion des elterlichen Stresserlebens ([ES] des ESFs).

Hypothese III: Die akuten Therapieeffekte (Δ T1T2) auf Kindesebene in der Gruppe Experiment_T1T2 sind in der externalisierenden Symptomatik (Δ CBCL_Ext) stärker ausgeprägt als in der internalisierenden Symptomatik (Δ CBCL_Int), wobei eine signifikante externalisierende Symptomreduktion sowohl in überwiegend externalisierenden (F90; F91; F92) als auch in rein internalisierenden Störungsbildern (F93) auftritt.

Hypothese IV Die Reduktion der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (Δ CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (Δ ES) ist abhängig vom Alter des Kindes, wobei jüngere Kinder mehr von der Behandlung profitieren.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive Längsschnittstudie mit 3 Erhebungszeitpunkten unter klinisch-naturalistischen Bedingungen im Rahmen der Ergebnis- und Wirksamkeitsevaluation in der Versorgungsforschung. Die Datenerfassung für die Interventionsstudie mit Kontrollgruppe fand im Zeitraum Juni 2013 bis September 2015 in der Tagesklinik der Altersgruppen 1 (3–6 Jahre) und 2 (6–10 Jahre) der Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg statt. Insgesamt erfüllten 86 PatientInnen die Aufnahmekriterien der Studie (Experimentgruppe), von denen 47 PatientInnen eine kinderpsychiatrische tagesklinische Behandlung erhielten und 39 PatientInnen eine interventionslose Kontrollgruppe bildeten. Der Untersuchungsablauf ist **Abbildung 4** zu entnehmen.

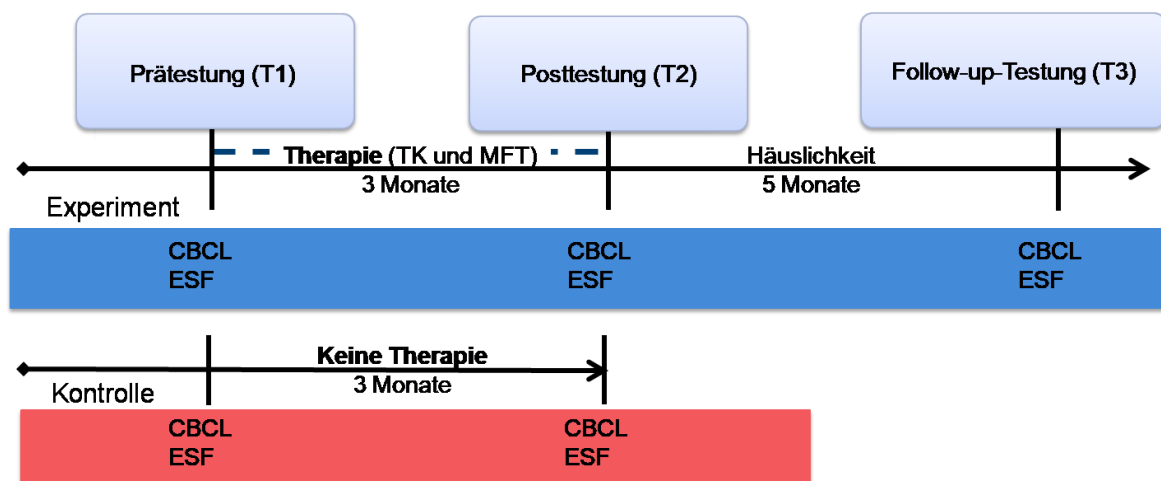


Abbildung 4: Darstellung des Ablaufs der Studie mit Messung der psychiatrischen kindlichen Symptomatik anhand der CBCL und des elterlichen Stresserlebens anhand des ESFs zu den 3 Messzeitpunkten Prä (T1), Post (T2) und Follow-up (T3).

Anmerkung. MFT: Mehrfamilientherapie; TK: Tagesklinische Therapie.

Die Befragung der Experimentgruppe wurde bei Behandlungsbeginn (T1), zur Darstellung akuter Interventionseffekte bei Therapieende nach 3 Monaten (T2) und nach weiteren 5 Monaten als Follow-up-Messung (T3) in der Häuslichkeit zur Überprüfung langfristiger Therapieeffekte durchgeführt. Die Kontrollgruppe bestand aus Kindern, die nach einem Erstkontakt (T1) in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz für eine weiterführende tagesklinische oder stationäre Behandlung angemeldet wurden und während der Wartezeit auf einen Therapieplatz nach 3 Monaten (T2) erneut befragt

wurden. Die Befragung erfolgte in Form der standardisierten Fragebögen Child-Behavior-Checklist (CBCL) und Elternstressfragebogen (ESF). Die Dauer der Beantwortung der Fragebögen durch die Eltern wird auf ca. 10-15 Minuten (ESF) bzw. 15 Minuten (CBCL) geschätzt, wobei der individuelle Zeitaufwand insb. in belasteten Familien oder mit niedrigem Bildungsniveau deutlich länger sein kann. Die Fragebögen wurden durch das Klinikpersonal ausgehändigt, während für die Kontrollgruppe und Follow-up-Gruppe der Experimentgruppe der Kontakt telefonisch und postalisch erfolgte. Eine Langzeitmessung in der Kontrollgruppe (T3) kam nicht zustande, da diese zur weiteren Behandlung aufgenommen waren.

2.2 Untersuchungsinstrumente

Zur Überprüfung der Hypothesen in Bezug auf die psychiatrische kindliche Symptomatik und das elterliche Stresserleben wurden praxisbegleitende Routinedaten der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdiagnostik ausgewertet. Es handelt sich um etablierte Testverfahren in Form von Fragebögen, deren Vorgehensweise auf Grund der standardisierten Instruktion und Normierung objektiv in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation ist (Achenbach und Edelbrock 1983). Die vollständigen Rohfragebögen befinden sich im Anhang (vgl. 10.7–10.10).

2.2.1 Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL 4–18)

Es handelt sich um einen Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen zur Erfassung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten in der Altersgruppe 4–18 Jahre (Achenbach 1991; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998). In einem 2-teiligen Fragebogen werden Aussagen über die IndexpatientInnen von der Bezugsperson getroffen bzgl. sozialer Kompetenzen, Aktivitäten und Schule (1. Abschnitt) sowie Auffälligkeiten in Verhalten, Emotionen und körperlichem Empfinden (2. Abschnitt in Syndromskalen). Der Fragebogen nimmt einen zeitlichen Rahmen von 10–15 Minuten ein, ist in mehreren Sprachen zugänglich und hat den Anspruch, auch für Eltern mit niedrigem Bildungsniveau verständlich zu sein. Der zweite Abschnitt umfasst 120 Einzelfragen, wobei 2 Fragen offen gestellt sind. 118 Items werden in den 8 Skalen (1) Sozialer Rückzug, (2) Körperliche Beschwerden, (3) Ängstlich/Depressives Verhalten, (4) Soziale Probleme, (5) Schizoides/Zwanghaftes Verhalten, (6) Aufmerksamkeitsprobleme, (7) Dissoziales Verhalten und (8) Aggressives Verhalten sortiert und aufsummiert. Skala 1–3 wird zum internalisierenden Wert (CBCL_Int) zusammengefasst, während sich der externalisierende Wert (CBCL_Ext) aus den Skalen 7 und 8 ergibt. Zusammen bilden sie mit den Werten der Skalen 4–6 den CBCL-

Gesamtwert (CBCL_Ges). Die Daten geben den Zustand der letzten 6 Monate an. Jede Aussage wird nach dem Schweregrad 0 = „nicht zutreffend“, 1 = „etwas oder manchmal zutreffend“ und 2 = „genau oder häufig zutreffend“ bewertet. Die Skalen-Rohwerte werden zu Normwerten (*T*-Werten) umgerechnet. Für die Gesamtskalen werden *T*-Werte ≥ 63 als klinisch auffällig bewertet, Werte zwischen 60 und < 63 sind im grenzwertig auffälligen Bereich (Achenbach 1991). Bei den Syndromskalen werden *T*-Werte ≥ 70 als klinisch auffällig betrachtet. Die Einstufung orientiert sich an der amerikanischen Normierung, die durch deutsche Normwerte, welche die Zuordnung von Prozenträngen in *T*-Werten erlaubt, klassifiziert wurde (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998). Der CBCL 4–18 zeigte in einer deutschen klinischen Stichprobe ($n = 1653$) und einer Feldstichprobe ($n = 1622$) gute bis sehr gute interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) von $r > .85$ für die Gesamtskalen und konnte in der Reliabilität der Syndromskalen und der übergeordneten Skalen weitgehend überzeugen, mit Ausnahme der beiden Skalen „Soziale Probleme“ und „Sozialer Rückzug“ (Döpfner et al. 1994), welche in der vorliegenden Studie nicht beschrieben werden. Die Auswertung fokussiert sich auf die Gesamtskalen.

2.2.2 Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL 1½–5)

Zur Erfassung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten in der Altersgruppe 1½–5 Jahre wird die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist 1½–5 herangezogen (Achenbach und Rescorla 2000; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 2002). Aus 99 Problem-Items (50 entsprechend dem CBCL 4–18 Jahre) werden die 7 Syndromskalen (1) Emotionale Reaktivität, (2) Ängstlich/Depressiv, (3) Körperliche Beschwerden, (4) Sozialer Rückzug, (5) Schlafprobleme, (6) Aufmerksamkeitsprobleme und (7) Aggressives Verhalten gebildet und den 3 übergeordneten Skalen externalisierender Wert (Skala 1–4) und internalisierender Wert (Skala 6–7) sowie einem Gesamtwert (1–7) zugeordnet, welche eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) mit $r > .86$ im guten bis sehr guten Bereich liefern. Die Reliabilität der Skalen gilt als weitgehend bestätigt (ebd.). Eine deutsche Normierung ist mangels vorliegender deutscher Studien über Kulturunterschiede zum angloamerikanischen Raum noch nicht abgeschlossen. Da bisherige Studien jedoch keinen Anhalt auf signifikante Unterschiede in den Skalenmittelwerten geboten haben, wird zur Analyse die amerikanische Normierung herangezogen, welche sich auf eine Stichprobe unbehandelter Kinder ($n = 700$) stützt (ebd.). Reliabilitätsanalysen der deutschen Version zeigten gute interne Konsistenzen mit vergleichbaren Werten der amerikanischen Originalstichprobe (vgl. Elting 2003). Sie rechtfertigten die Anwendbarkeit des Fragebogens für gruppenstatistische Analysen,

indem die faktorielle Validität der übergeordneten Syndromskalen weitgehend bestätigt werden konnte (vgl. Plück et al. 2013).

2.2.3 Elternstressfragebogen (ESF)

Der Elternstressfragebogen (Domsch und Lohaus 2010) erfasst das subjektive Stresserleben der Eltern und die Bearbeitung dauert zwischen 10–15 Minuten. Der Selbsteinschätzungsbogen eignet sich zur Ursachenforschung und zur effizienten Planung (Petermann 2009) und Überprüfung (Tischler und Petermann 2011) therapeutischer Interventionen, da unabhängig von spezifischen Störungsbildern stresserzeugende innerfamiliäre Prozesse abgebildet werden und elterliche Belastung zuverlässig gemessen wird. Die 28 Items werden auf einer 4-stufigen Likertskala erfasst (0 = trifft nicht zu; 1 = trifft kaum zu; 2 = trifft etwas zu; 3 = trifft genau zu) und zu 4 Gesamtskalen aufsummiert: (1) Elterliches Stresserleben (ES), (2) Rollenrestriktion (RR), (3) Soziale Unterstützung (SU) und (4) Partnerschaft (PS). Die erste Skala „Elterliches Stresserleben“ befasst sich mit der subjektiven Erziehungskompetenz der Eltern, der Interaktion mit dem Kind und dem Alltagsstress. „Rollenrestriktion“ gibt an, inwieweit sich die Eltern in ihrer Freizeit und Freiheit durch die Elternschaft bedrängt fühlen. „Soziale Unterstützung“ gibt Aufschluss über die elterlichen Ressourcen durch das soziale Umfeld und auf der vierten Skala „Partnerschaft“ wird, sofern eine vorliegt, die aktuelle Partnerschaft beurteilt, inwieweit es Übereinstimmungen in der Erziehung gibt und Zufriedenheit mit dem Partner besteht. Der Test ist angepasst an die Altersgruppe Kindergarten/Vorschule und die Schulversion Klasse 1–6 und unterscheidet sich in einigen Formulierungen der Aussagen der Altersklasse entsprechend, während die Anzahl der Items identisch ist. Der 2. Teil des Tests erfasst prägende Lebensereignisse der letzten Zeit. Zur Auswertung der Daten dieser Arbeit wurde die erste Skala „Elterliches Stresserleben“ herangezogen. Skalen-Rohwerte wurden zu Staninen und Normwerten (T -Werten) umgerechnet, wobei T -Werte ≥ 60 als pathologisch angesehen werden.

Der Elternstressfragebogen hat eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .92$, mit Retest-Reliabilitäten zwischen $r_{tt} = .76$ und $r_{tt} = .91$. Er ist durch konvergente Zusammenhänge mit bereits etablierten Verfahren zum allgemeinen Stresserleben und -verarbeitung (Stressverarbeitungsfragebogen [SVF]) und zum elterlichen Belastungsempfinden (Parenting Stress Index [PSI]) konstruktvalide (Domsch und Lohaus 2010). Durch mehrere Hauptkomponentenanalysen wurde die faktorielle Validität bestätigt. Die Einordnung der klinischen Bedeutung erfolgt durch Abgleich mit einer Normstichprobe von Kindergarten- ($n = 523$) und Schulkindereltern ($n = 1362$). Auch

in der Normstichprobe erfolgte eine Beantwortung der Fragebögen überwiegend von der Mutter bzw. der weiblichen Erziehungsberechtigten (91.4 % bzw. 93.2 %).

2.3 Stichprobenbeschreibung

2.3.1 Verteilung der Studienteilnehmenden

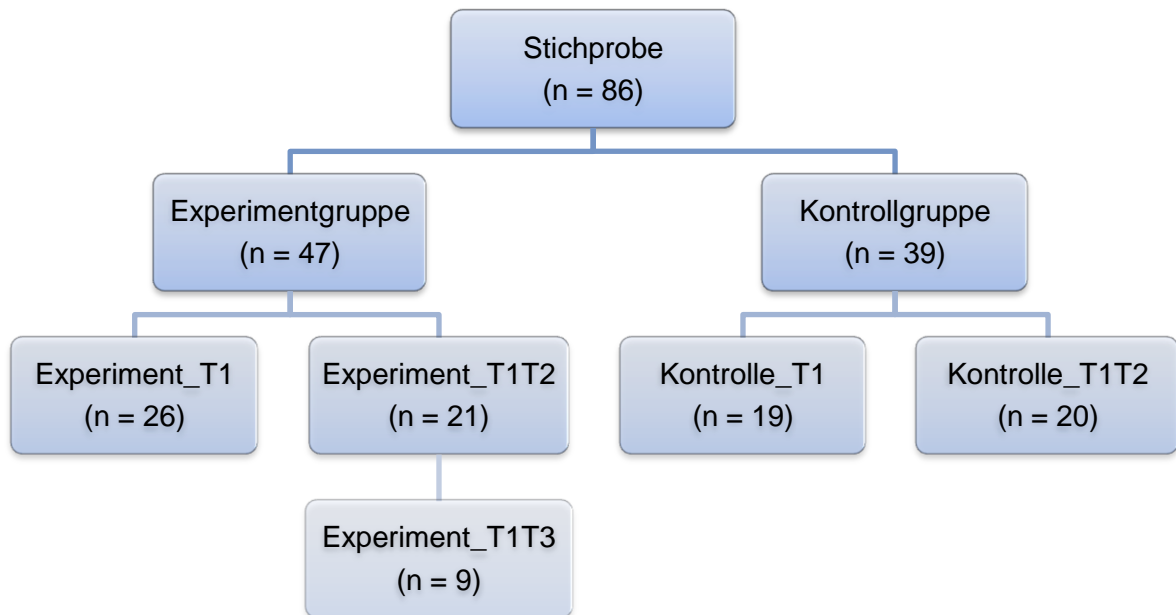


Abbildung 5: Verteilung der Studienteilnehmenden (n = 86) auf Kontroll- und Experimentgruppe.

Anmerkung. Teilnahme an einer Prä-Testung (_T1), Prä- und Posttestung (_T1T2) und Follow-up-Testung (_T1T3).

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Studienteilnehmenden auf die Untersuchungsgruppen. Die Experimentgruppe wurde aus 47 PatientInnen der Tagesklinik der Altersgruppe 1 und 2 gebildet, die zur tagesklinischen Behandlung aufgenommen wurden. Teilnehmende mit einer geistigen Behinderung des Bezugselternteils oder mangelnden Deutschkenntnissen konnten nicht berücksichtigt werden. Zur Bildung der Kontrollgruppe wurde zu 137 PatientInnen der klinikeigenen Warteliste telefonisch und postalisch Kontakt aufgenommen. 39 PatientInnen nahmen bei einer Erstbefragung teil, 29 PatientInnen wurden früher aufgenommen, Daten von 13 PatientInnen waren nicht auswertbar und in einem Fall kam es zu einer Ablehnung der Studie. In 55 Fällen kam keine Rückmeldung von den Eltern. Datensätze zu 2 Messzeitpunkten (T1, T2) lagen in der Experimentgruppe von 21 PatientInnen und in der Kontrollgruppe von 20 PatientInnen vor, an der Follow-up-Testung der

Experimentgruppe nahmen noch 9 PatientInnen teil. 4 PatientInnen kamen für beide Gruppen in Frage und wurden zufällig (2/2) auf die Interventions- und Kontrollgruppe verteilt. Für die Prä-Post-Wiederholungsbefragungen (T1, T2) mussten mindestens 3 der 4 verwendeten Fragebögen auswertbar beantwortet sein und alle Befragungen zur psychiatrischen kindlichen Symptomatik vollständig auswertbar (CBCL). Zur Auswertung der Daten wurden Angaben der immer gleichen Begleitperson bzw. Haupterziehungsberechtigten herangezogen (93 % [Adoptiv-]Mutter). Über Inhalt und Ablauf der Studie sowie das Recht, die Teilnahme an der Studie ohne negative Konsequenzen zu jedem Zeitpunkt abubrechen, wurden die Kinder bzw. deren Eltern vom Untersucher aufgeklärt. Nach schriftlich durchgeführter und dokumentierter Belehrung in Form eines Aufklärungsbogens erfolgte eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern (vgl. 10.11). Die Daten wurden anonymisiert verwendet und quantitativ ausgewertet.

2.3.2 Datenerhebung der Experimentgruppe

Für die Experimentgruppe wurde eine Mindesttherapiedauer von 10 Wochen festgelegt, wodurch 3 PatientInnen aus der Befragung ausschieden. Der Abstand zwischen der Prä- und Posttestung (T1–T2) musste mindestens 12 Wochen ($M = 14$ Wochen) und 5 Monate ($M = 7.3$ Monate) bei der Follow-up-Befragung (T2–T3) betragen, wobei mindestens 3 Monate in der Häuslichkeit bereits verbracht werden mussten. Diese Zeiträume wurden zu Studienbeginn festgelegt, auf Basis durchschnittlicher tagesklinischer Behandlungsdauern. Soziodemographische Daten wurden über die Eltern mittels klinikinterner Anamnesefragebögen mit offenen Antwortmöglichkeiten erhoben. Hier wurden quantitative (Alter) und qualitative Merkmale der Kinder (Geschlecht, Nationalität, Bildungseinrichtung, Geschwister, Verwandtschaftsgrad zu den Eltern, Medikamenteneinnahme) erhoben. Auf Seiten der Eltern wurden Beruf, Bildung, Wohnsituation, Familienstand sowie psychiatrische Diagnosen oder vorhergehende Behandlungen erfasst. Die Intelligenzdiagnostik der Kinder erfolgte in Form psychologischer Tests. Die diagnostische Beurteilung der PatientInnen erfolgte in Form der Aufnahmediagnose, welche gemäß des Diagnostiksystems für psychische Störungen ICD-10 (Dilling et al. 2015) im Rahmen der präklinischen Aufnahme über die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgelegt wurde. Die Beschwerdediagnostik erfolgte durch die psychologischen Fragebögen CBCL und ESF.

2.3.3 Datenerhebung der Kontrollgruppe

Die PatientInnen der Kontrollgruppe nahmen im interventionslosen Intervall bei Bedarf bis zu 2 Termine in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahr. Für den Abstand der Prä- und Posttestung (T1–T2) wurde vor Studienbeginn ein Mindestzeitraum von 8 Wochen ($M = 11$ Wochen) festgelegt, auf Basis durchschnittlicher Wartezeiten. Auf Grund der angenommenen Chronifizierungstendenz der Symptomatik und der Not der Familien wurde somit die ohnehin vorhandene Wartezeit für die Befragung genutzt, da es ethisch nicht vertretbar wäre, eine notwendige Behandlung für Forschungszwecke zu verzögern. Soziodemographische Daten wurden äquivalent zur Experimentgruppe über die Eltern mittels klinikinterner Anamnesefragebögen erhoben. Die Intelligenzdiagnostik der Kinder erfolgte in Form psychologischer Tests. Die diagnostische Beurteilung der PatientInnen erfolgte in Form der Aufnahmediagnose, welche gemäß dem Diagnostiksystem für psychische Störungen ICD-10 (Dilling et al. 2015) im Rahmen der präklinischen Aufnahme über die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgelegt wurde. Die Beschwerdediagnostik erfolgte durch die psychologischen Fragebögen CBCL und ESF.

2.4 Dokumentation und Darstellung

Bei den erfassten Daten handelt es sich um qualitative und quantitative Merkmale, die in Tabellen (Microsoft Word 2008) beschrieben und durch graphische Darstellungen (Microsoft Excel 2008) präsentiert werden. Die Rohwerte der psychologischen Fragebögen wurden in klinikinterne, computer-basierte Dokumentationsplattformen in Form von Masken übertragen, die summativ den einzelnen Items und Normwerten (T -Werten) zugeordnet wurden. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics22 und einer klinikinternen Dokumentation aller Daten. Die Datenerhebung erfolgte in anonymisierter Form ohne Verblindung des Untersuchers oder der PatientInnen/der Eltern. Die Fallzahlschätzung orientierte sich an vorherigen Studien auf Basis der Literatur und dargestellten Effektstärken mit ähnlichen Fragestellungen. Dennoch kann es im Rahmen des Stichprobenumfangs schwierig sein, eindeutig signifikante Aussagen zwischen den beiden Vergleichsgruppen darzustellen. Die Studie hat somit explorativen Charakter und soll versuchen, Tendenzen innerhalb der Gruppen aufzuzeigen und diese in Abhängigkeit bestimmter Variablen darzustellen und auf Basis der vorliegenden Ergebnisse erste Vorschläge für weitere Stichprobenumfänge unterbreiten.

2.5 Auswertung der Ergebnisse/Statistische Analysen

2.5.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Die zur Auswertung der Daten verwendeten Analyseverfahren (u. a. t -Test, Varianzanalyse, multiple lineare Regressionsanalyse und Korrelationsanalyse) setzen bei kleinen Stichprobenumfängen ($n < 30$) eine Normalverteilung der Messwerte der abhängigen Variable in jeder Messstufe voraus, wobei Regressionsmodelle als robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung gelten (Glass et al. 1972; Harwell et al. 1992). Bei ausreichend großen Stichproben wird nach dem zentralen Grenzwertsatz die Stichprobenverteilung annähernd normalverteilt sein (Kähler 2004; Bortz und Schuster 2010; Tavakoli 2013). Zur Überprüfung von signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung in der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (CBCL_Ges, CBCL_Int, CBCL_Ext) und dem elterlichen Stresserleben (ES) wurde auf Grund seiner hohen Teststärke der Shapiro-Wilk-Test verwendet (Saphiro und Wilk 1965; Yap und Sim 2011). Es zeigte sich, dass einige Werte zu unterschiedlichen Messzeitpunkten in beiden Testgruppen signifikante Abweichungen von der Normalverteilung zeigten, sodass nonparametrische Alternativen in der Auswertung ergänzend Anwendung fanden.

2.5.2 Statistische Verfahren und Vortests

Zur Identifizierung potentieller Gruppenunterschiede bei Studienbeginn wurden die Daten auf Unterschiede der hypothesenrelevanten Zielgrößen psychiatrische kindliche Symptomatik (CBCL_Ges, CBCL_Int, CBCL_Ext) und elterliches Stresserleben (ES) und Einflussfaktoren (Alter, IQ, Geschlecht und Diagnose des Kindes) geprüft. Dabei kamen t -Tests für unabhängige Stichproben (bei Normalverteilung), U -Tests (bei fehlender Normalverteilung) und der Chi-Quadrat-Test zum Einsatz. Interaktionseffekte wurden in einer Mixed-Design-Analyse des Varianzmodells zur Überprüfung der Unterschiedshypothese der hypothesenrelevanten Zielgrößen psychiatrische kindliche Symptomatik (CBCL_Ges, CBCL_Int, CBCL_Ext) und elterliches Stresserleben (ES) zwischen Experiment- und Kontrollgruppe berechnet mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppenzugehörigkeit und dem Innersubjektfaktor Zeit mit Vergleich der Mittelwertsdifferenzen zwischen den beiden Gruppen. Zur Prüfung der Varianzhomogenität für den Gruppenfaktor wurde der Test von Levene ($p > .05$) verwendet.

Die Veränderungshypothesen (Hypothese I und II) wurden mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung (Mittelwertsunterschiede mehrerer abhängiger Stichproben) für den unabhängigen Faktor Zeit (T1, T2, T3) überprüft und ggf.

nonparametrisch mittels Wilcoxon-Test ergänzt, der zentrale Tendenzen zweier abhängiger Stichproben zeigt. Bei mehr als 2 Stufen der Messwiederholung wurden die Daten auf Sphärizität mittels Mauchly-Test ($p > .05$) überprüft und ggf. die Greenhouse-Geisser-Korrektur der Freiheitsgrade vorgenommen. Therapieeffekte ($\Delta T1T2$) auf externalisierender und internalisierender Ebene (Hypothese III) wurden mittels t -Test für abhängige Stichproben untersucht, ebenso Langzeittherapieeffekte ($\Delta T1T3$), die in Post-hoc-Einzelvergleichen und mit ergänzendem nonparametrischen Friedman-Test dargestellt wurden.

Mittels multipler Regressionsanalysen wurden die Moderatorenanalysen (Hypothese IV) möglicher intervallskalierter Einflussfaktoren der unabhängigen Variablen (initiale Belastung der Kinder [CBCL_Ges, CBCL_Int, CBCL_Ext] und Eltern [ES], Alter des Kindes in Jahren, paralleler Therapiegewinn auf der anderen Therapieebene [Mittelwerts-Prä-Post-Differenz: Δ CBCL_Ges bzw. Δ ES], Abstand der Messungen in Wochen) auf die abhängige Variable (Therapieeffekt [Mittelwerts-Prä-Post-Differenz: Δ CBCL_Ges, Δ CBCL_Int, Δ CBCL_Ext und Δ ES]) überprüft. Voraussetzungen waren eine Linearität des Zusammenhangs, die Gauss-Markov-Annahmen, Unabhängigkeit und Normalverteilung der Fehlerwerte (u. a. Durbin-Watson-Statistik) und Ausschluss der Multikollinearität zwischen den Prädiktoren. Ausgehend von den studentisierten ausgeschlossenen Residuen, der Cook-Distanz und Werten außerhalb von 3 Standardabweichungen wurde ein Ausreißer bei den Therapieeffekten der Internalisierungen von der Analyse ausgeschlossen. Der Messabstand im Therapieintervall (T1–T2) zeigte keinen linearen Zusammenhang zum elterlichen Therapieeffekt sowie das Alter nicht zum Therapiegewinn in der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung und den Externalisierungen. Diese Einschränkungen werden abschließend diskutiert. Der multiple Determinationskoeffizient R^2 bzw. korrigiertes R^2 gibt Aufschluss über die aufgeklärte Varianz des Modells, während der Korrelationskoeffizient β Größe und Richtung des Zusammenhangs aufzeigt.

Zur Überprüfung linearer Zusammenhänge von elterlichem Stresserleben (ES) und psychiatrischer kindlicher Symptomatik (psychiatrische kindliche Gesamtbelastung [CBCL_Ges], Internalisierungen [CBCL_Int] und Externalisierungen [CBCL_Ext]) wurden Korrelationen nach Bravais-Pearson berechnet. Dazu wurden Daten der Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt T1 analysiert und bei fehlender Normalverteilung nonparametrisch mittels Rangkorrelationsanalysen (Kendall-Tau-Korrelationskoeffizient) ergänzt.

2.5.3 Statistische Signifikanz, Effektstärken und klinische Relevanz

Ein statistisch signifikantes Ergebnis (Signifikanzniveau $\alpha = .05$) beschreibt einen errechneten Unterschied, welcher zu 95 % Wahrscheinlichkeit keinem Zufall entspricht und von der Größe der ermittelten Unterschiede, Streuung der Messwerte und Stichprobenumfang abhängt (Bortz und Schuster 2010). Die Abstufung erfolgt nach wissenschaftlichem Standard in signifikant ($p \leq .05$), sehr signifikant ($p \leq .01$) und hochsignifikant ($p \leq .001$) (ebd.). Auf Grund der ungerichtet formulierten Veränderungshypothesen erfolgte eine 2-seitige Testung. Zur Einordnung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studien wurden verschiedene Prüfgrößen herangezogen. Nach der Konvention von Cohen (1988a) dienten als Prüfgrößen der Veränderungshypothesen das partielle Eta-Quadrat η_p^2 mit $\eta_p^2 = .01$ (schwacher Effekt), $\eta_p^2 = .06$ (mittlerer Effekt) und $\eta_p^2 = .14$ (großer Effekt) und Cohens d (Cohen 1988b) mit $d \geq .2$ und $< .5$ (schwacher Effekt), $d \geq .5$ und $< .8$ (mittlerer Effekt) und $d \geq .8$ (großer Effekt). Zur Moderatorenanalyse diente Cohens f^2 (Cohen 1992) mit $f^2 = .02$ (schwacher Effekt), $f^2 = .15$ (mittlerer Effekt), $f^2 = .35$ (starker Effekt). Zusammenhänge wurde mittels Bravais-Pearson-Koeffizienten als schwach ($r = 1.11$), moderat ($r = 1.31$) und stark ($r = 1.51$) definiert (Cohen 1988b). Der Korrelationskoeffizient r nimmt Werte zwischen -1 und $+1$ an, ein Wert von $+1$ entspricht dabei einem perfekt positiven, ein Wert von -1 einem umgekehrten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen und stellt selbst ein Maß für die Effektstärke dar (ebd.).

Die bisher präsentierten statistischen Verfahren zur Analyse der Therapieeffekte sollten zudem hinsichtlich der klinischen Bedeutsamkeit der Veränderungen auf intraindividuellem Ebene analysiert werden. Dazu wurden die von Jacobson und Truax (1991) formulierten klinischen Bedingungen überprüft. Zum einen wurde der Reliable Change Index (vgl. 10.4), basierend auf der von Lienert und Raatz (1998) vorgeschlagenen kritischen Differenz, ermittelt, der überprüft, ob die individuelle Veränderung stärker ausgeprägt ist, als dies aufgrund der mangelnden Zuverlässigkeit der Messungen erwartet werden kann. Dieses Verfahren gilt als weitgehend gut etabliert (Nachtigall und Suhl 2005). Die Differenz der Messwerte von Behandlungsbeginn (T1) und -ende (T2) wurden ins Verhältnis der Reliabilitäten und Standardabweichungen der deutschen (CBCL 4–18, ESF) bzw. amerikanischen Normstichprobe (CBCL 1½–5) gesetzt. Betragswerte > 1.96 (Signifikanzniveau = 5 %) zeigten dabei eine signifikante Veränderung des Individuums, die eine Einteilung der PatientInnen in signifikant verbessert, unverändert und signifikant verschlechtert erlaubt. Des Weiteren wurden die PatientInnen hinsichtlich eines Wechsels vom dysfunktionalen in einen funktionalen Bereich (vgl. T-Wert–Grenzen 2.2) beurteilt.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Analyse der Studiengruppen

Tabelle 1: Diagnoseverteilung der Experiment- (n = 47) und Kontrollgruppe (n = 39) nach ICD-10 (Dilling et al. 2015).

Angegeben sind die Häufigkeit (H) und der prozentuale Anteil (%) der Störungsbilder innerhalb der Kohorte.

ICD-10-Kategorie/ICD-10-Diagnose	Experiment		Kontrolle	
	H	%	H	%
F84.-Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	4	8.5	2	5.2
F84.0 Frühkindlicher Autismus			1	2.6
F84.5 Asperger-Syndrom	3	6.4	1	2.6
F84.8 Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen	1	2.1		
F90.- Hyperkinetische Störungen	14	29.8	15	38.4
F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	7	14.9	5	12.8
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	7	14.9	10	25.6
F91.- Störungen des Sozialverhaltens	8	17.0	6	15.4
F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens			1	2.6
F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen			1	2.6
F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	8	17.0	4	10.2
F92.- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	5	10.6	5	12.8
F92.8 Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	5	10.6	5	12.8
F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters	11	23.4	5	12.8
F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	1	2.1		
F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	10	21.3	5	12.8
F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	6.4	5	12.9
F94.0 Elektiver Mutismus			1	2.6
F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	1	2.1	1	2.6
F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	2	4.3	3	7.7
F95.- Ticstörungen	1	2.1	0	0
F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	1	2.1		
F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	2.1	1	2.6
F98.0 Nichtorganische Enuresis			1	2.6
F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	2.1		
Gesamt	47	100	39	100

Die 47 PatientInnen der Experimentgruppe setzten sich aus 24 PatientInnen der Altersgruppe 1 und 23 PatientInnen der Altersgruppe 2 mit 41 männlichen und

6 weiblichen ProbandInnen zusammen. Die PatientInnen waren im Durchschnitt 7.3 Jahre alt ($SD = 1.7$, $R = 4.7-11.4$), der durchschnittliche IQ lag mit 93 im Normbereich ($SD = 13$). Die durchschnittliche klinische Aufenthaltsdauer lag bei 142 Tagen ($SD = 53$). **Tabelle 1** zeigt die Verteilung des Diagnosespektrums bei Studienbeginn in der Experiment- und Kontrollgruppe mit überwiegend hyperkinetischer Störung. In der Kontrollgruppe gab es 33 Jungen und 6 Mädchen. Die PatientInnen waren im Durchschnitt 7.3 Jahre alt ($SD = 1.9$, $R = 3.6-11$) und hatten einen mittleren IQ von 90 ($SD = 17$).

3.1.1 Psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben bei Studienbeginn (T1)

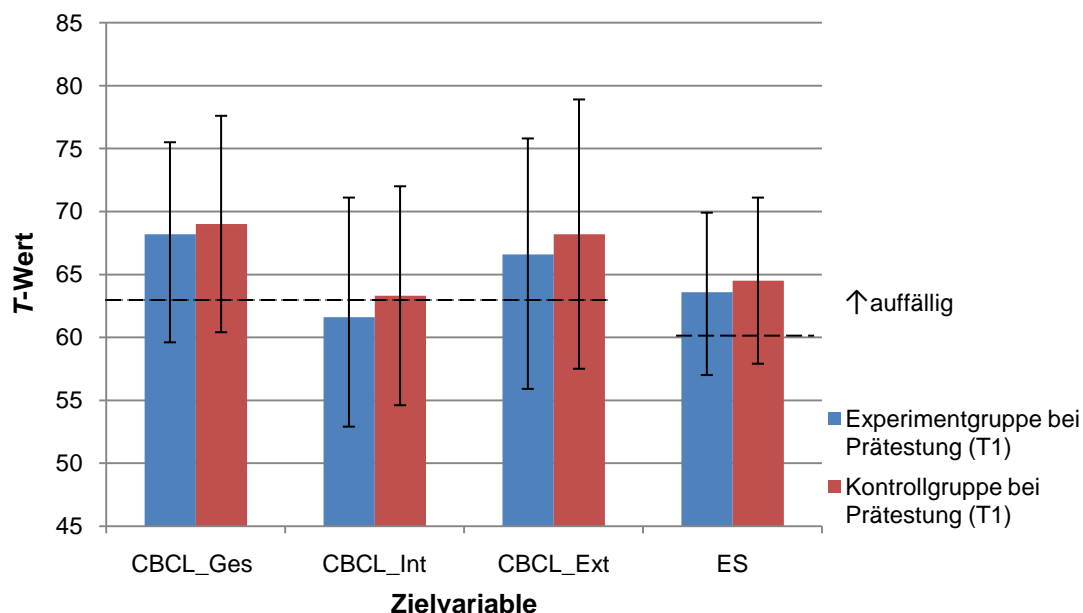


Abbildung 6: Psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben bei Studienbeginn (T1) in der Experiment- ($n = 47$) und Kontrollgruppe ($n = 39$).

Anmerkung. Mittlere T -Werte der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und elterlichem Stresserleben (ES). Blau markiert die Werte der Experimentgruppe zum Messzeitpunkt T1. Rot markiert die entsprechenden Werte der Kontrollgruppe. Die gestrichelte Linie (---) markiert jeweils den Cut-off-Wert, ab dem ein T -Wert als klinisch auffällig gewertet wird.

Der Altersverteilung entsprechend fand in 19 % der Fälle in der Experimentgruppe die CBCL 1½–5 und 81 % die CBCL 4–18 Anwendung, während alle PatientInnen der Kontrollgruppe die CBCL 4–18 erhielten. **Abbildung 6** zeigt die Zielvariablen psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben zu Studienbeginn (T1) in der Experiment- und Kontrollgruppe. Die PatientInnen der Interventionsgruppe lagen zu Beginn der Behandlung (T1) im Mittelwert in den Merkmalen CBCL-Gesamtwert ($M = 68.2$, $SD = 7.3$) und externalisierender Wert ($M = 66.6$, $SD = 9.2$) sowie im

elterlichen Stresserleben ($M = 63.6$, $SD = 6.3$) im auffälligen Bereich. Der internalisierende Wert lag hingegen im grenzwertig auffälligen Bereich ($M = 61.6$, $SD = 9.5$). In der Kontrollgruppe zeigten sich pathologische Werte im CBCL-Gesamtwert ($M = 69.0$, $SD = 8.6$), im internalisierenden Wert ($M = 63.3$, $SD = 8.7$), im externalisierenden Wert ($M = 68.2$, $SD = 0.7$) und im elterlichen Stresserleben ($M = 64.5$, $SD = 6.6$).

3.2 Gruppeneffekte der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden

3.2.1 Abhängige Variablen

Gruppenunterschiede vor Interventionsbeginn zwischen den Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2 (Teilnehmende), bzw. von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden (Experiment_T1, Kontrolle_T1) der Studie in den untersuchungsrelevanten Zielvariablen psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) sowie elterliches Stresserleben (ES) wurden mittels t -Tests bzw. U -Tests bei fehlender Normalverteilung ermittelt. Die Ergebnisse der Unterschiedstestungen der Teilnehmenden der Studie (Experiment_T1T2 bzw. Kontrolle_T1T2) und Nichtteilnehmenden (Experiment_T1 bzw. Kontrolle_T1) sind **Tabelle 11** und **Tabelle 12** im Anhang (vgl. 10.2) zu entnehmen.

Die von den Eltern berichtete psychiatrische kindliche Symptomatik und das eigene Stresserleben unterschieden sich nicht zwischen Teilnehmenden (Experiment_T1T2) und Nichtteilnehmenden (Experiment_T1) der Studie mit Ausnahme des internalisierenden Werts, welcher bei den PatientInnen mit einem Messzeitpunkt signifikant höher lag ($M = 64.55$, $SD = 8.22$) als bei den PatientInnen mit einer weiteren Messung ($M = 57.90$, $SD = 9.89$, $t(45) = -2.50$, $n = 47$, $p = .016^*$). In der Kontrollgruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen PatientInnen, die an beiden Messungen teilnahmen im Vergleich zu PatientInnen mit nur einem Messzeitpunkt in den untersuchungsrelevanten Zielvariablen.

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der Unterschiedstestungen für Gruppeneffekte der Studienteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1T2 ($n = 21$) und Kontrolle_T1T2 ($n = 20$). Die Teilnehmenden der Experimentgruppe zeigten dabei keinen signifikanten Unterschied in der kindlichen psychiatrischen Gesamtbelastung ($U = -1.16$, $n = 41$, $p = .250$), den Internalisierungen ($t(39) = -1.74$, $n = 41$, $p = .089$), Externalisierungen

($t(39) = -0.845$, $n = 41$, $p = .403$) oder dem elterlichen Stresserleben ($U = -1.1$, $n = 40$, $p = .268$) im Vergleich zu den Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Tabelle 2: Gruppenunterschiede der initialen Belastung der Studienteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Prüfgrößen $t(df)$ und U für Gruppenunterschiede der Studienteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1T2 ($n = 21$) und Kontrolle_T1T2 ($n = 20$) der Zielvariablen psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und elterliches Stresserleben (ES) zu Studienbeginn (T1).

Zielvariable	Studienteilnehmende	M	SD	p	$t(df)$	U
CBCL_Ges	Experiment_T1T2	67.14	8.41	.250		-1.16
	Kontrolle_T1T2	69.90	8.24			
CBCL_Int	Experiment_T1T2	57.90	9.89	.089	-1.74(39)	
	Kontrolle_T1T2	62.85	8.13			
CBCL_Ext	Experiment_T1T2	67.14	9.07	.403	-0.85(39)	
	Kontrolle_T1T2	69.75	10.66			
ES	Experiment_T1T2	64.05	6.25	.268		-1.10
	Kontrolle_T1T2	65.79	6.93			

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

3.2.2 Unabhängige Variablen

Gruppenunterschiede der quantitativen Merkmale Alter, IQ und Anzahl der Therapietage wurden mittels t -Tests bzw. U -Tests bei fehlender Normalverteilung untersucht, das qualitative Merkmale Geschlecht (m, w) wurde mittels Chi-Quadrat-Test verglichen.

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Unterschiedsuntersuchungen der Studienteilnehmenden (Experiment_T1T2/Kontrolle_T1T2) und Nichtteilnehmenden (Experiment_T1/ Kontrolle_T1). Die Ergebnisse der Untersuchung der Teilnehmenden der zu vergleichenden Studiengruppen (Experiment_T1T2/Kontrolle_T1T2) zeigt **Tabelle 4**. Eine systematische Stichprobenselektion konnte somit ausgeschlossen werden.

Tabelle 3: Gruppenunterschiede der Merkmale der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Experiment- und Kontrollgruppe.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Prüfgrößen $t(df)$, X^2 und U für Gruppenunterschiede der quantitativen Merkmale von Nichtteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1 ($n = 26$) bzw. Kontrolle_T1 ($n = 19$) und Studienteilnehmenden der Gruppe Experiment_T1T2 ($n = 21$) bzw. Kontrolle_T1T2 ($n = 20$).

Unabhängige Variable	Nichtteilnehmende/ Studienteilnehmende	M	SD	p	$t(df)/X^2$	U
Alter des Kindes (in Jahren)				.423		-0.81
	Experiment_T1	7.20	1.93			
	Experiment_T1T2	7.48	1.36			
				.266	-1.13(37)	
	Kontrolle_T1	7.69	1.59			
	Kontrolle_T1T2	7.02	2.09			
IQ des Kindes				.486	0.70(32)	
	Experiment_T1	91.20	14.52			
	Experiment_T1T2	94.32	11.30			
				.346	0.96(22)	
	Kontrolle_T1	86.17	16.88			
	Kontrolle_T1T2	92.92	17.44			
Geschlecht des Kindes				.299 ^a	1.08(1)	
	Experiment_T1					
	Experiment_T1T2					
				>.999 ^a	0.00(1)	
	Kontrolle_T1					
	Kontrolle_T1T2					
Aufenthaltsdauer (in Tagen)				.357	0.93(45)	
	Experiment_T1	135.88	62.39			
	Experiment_T1T2	150.43	38.88			

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Chi-Quadrat-Test: ^a = Kontinuitätskorrektur nach Yates und ^b = exakter Test nach Fisher.

Tabelle 4: Gruppenunterschiede der Merkmale der Studienteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Prüfgrößen $t(df)$ und X^2 für Gruppenunterschiede der quantitativen Merkmale von Studienteilnehmenden der Gruppe Experiment_T1T2 ($n = 21$) bzw. Kontrolle_T1T2 ($n = 20$).

Unabhängige Variable	Studienteilnehmende	M	SD	p	$t(df)/X^2$
Alter des Kindes (in Jahren)				.405	0.84(39)
	Experiment_T1T2	7.48	1.36		
	Kontrolle_T1T2	7.02	2.09		
IQ des Kindes				.788	0.27(29)
	Experiment_T1T2	94.32	11.30		
	Kontrolle_T1T2	92.92	17.44		
Geschlecht des Kindes				.563 ^a	0.33(1) ^a
	Experiment_T1T2				
	Kontrolle_T1T2				

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Chi-Quadrat-Test: ^a = Kontinuitätskorrektur nach Yates und ^b = exakter Test nach Fisher.

3.3 Analyse gruppenspezifischer Unterschiede zwischen den Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2

Zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede über die Messzeitpunkte wurden allgemeine lineare Modelle mit Interaktionseffekten berechnet, deren Ergebnisse **Tabelle 5** und **Abbildung 7** zu entnehmen sind.

Tabelle 5: Interaktionseffekte der Varianzanalyse der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ES) zu Beginn (T1) und nach (nicht) erfolgter Intervention (T2) der Gruppen Experiment_T1T2 (n = 21) und Kontrolle_T1T2 (n = 20).

Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), Prüfgrößen *F(df)*, asympt. Signifikanz (*p*, 2-seitig) und Effektstärken (η_p^2) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES).

Studiengruppe	<i>n</i>	T1	T2	<i>F(df)</i>	<i>p</i>	η_p^2
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
CBCL_Ges				8.24(1.39)	.007**	.18
Experiment_T1T2	21	67.14 (8.41)	60.76 (9.67)			
Kontrolle_T1T2	20	69.90 (8.23)	69.20 (8.37)			
CBCL_Int				1.47(1.39)	.233	.04
Experiment_T1T2	21	57.90 (9.89)	57.81 (8.12)			
Kontrolle_T1T2	20	62.85 (8.13)	60.05 (9.12)			
CBCL_Ext				8.27(1.39)	.007**	.18
Experiment_T1T2	21	67.14 (9.01)	60.19 (9.51)			
Kontrolle_T1T2	20	69.75 (10.66)	68.90 (10.54)			
ES				13.42(1.37)	.001***	.27
Experiment_T1T2	20	64.05 (6.25)	58.50 (7.09)			
Kontrolle_T1T2	19	65.79 (6.93)	66.00 (5.28)			

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Als Zwischensubjektfaktor diente dabei die Gruppenzugehörigkeit (Experiment_T1T2, Kontrolle_T1T2), als Innersubjektfaktor die beiden Messzeitpunkte zu Beginn (T1) und nach (nicht) erfolgter Intervention (T2). In einem nicht additiven Verfahren wurde geprüft, ob sich die Variable Zeit in Abhängigkeit von der Variable Gruppe unterscheidet. Die Varianzanalyse zeigte eine statistisch signifikante Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt (T1, T2) und der Untersuchungsgruppe (Experiment_T1T2, Kontrolle_T1T2) für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung ($F[1,39] = 8.25$, $\eta^2 = .18$, $p = .007^{***}$), den externalisierenden Wert ($F[1,39] = 8.27$, $\eta^2 = .18$, $p = .007^{***}$) und das elterliche Stresserleben ($F[1,37] = 13.42$, $\eta^2 = .27$, $p = .001^{***}$). Die Effektstärken sind als stark einzustufen (Cohen 1988a). Für kindliche Internalisierungen konnte dieser Effekt hingegen nicht gezeigt werden, d.h. es lag kein bedeutsamer Unterschied des Messzeitpunktes in Abhängigkeit der Untersuchungsgruppe vor.

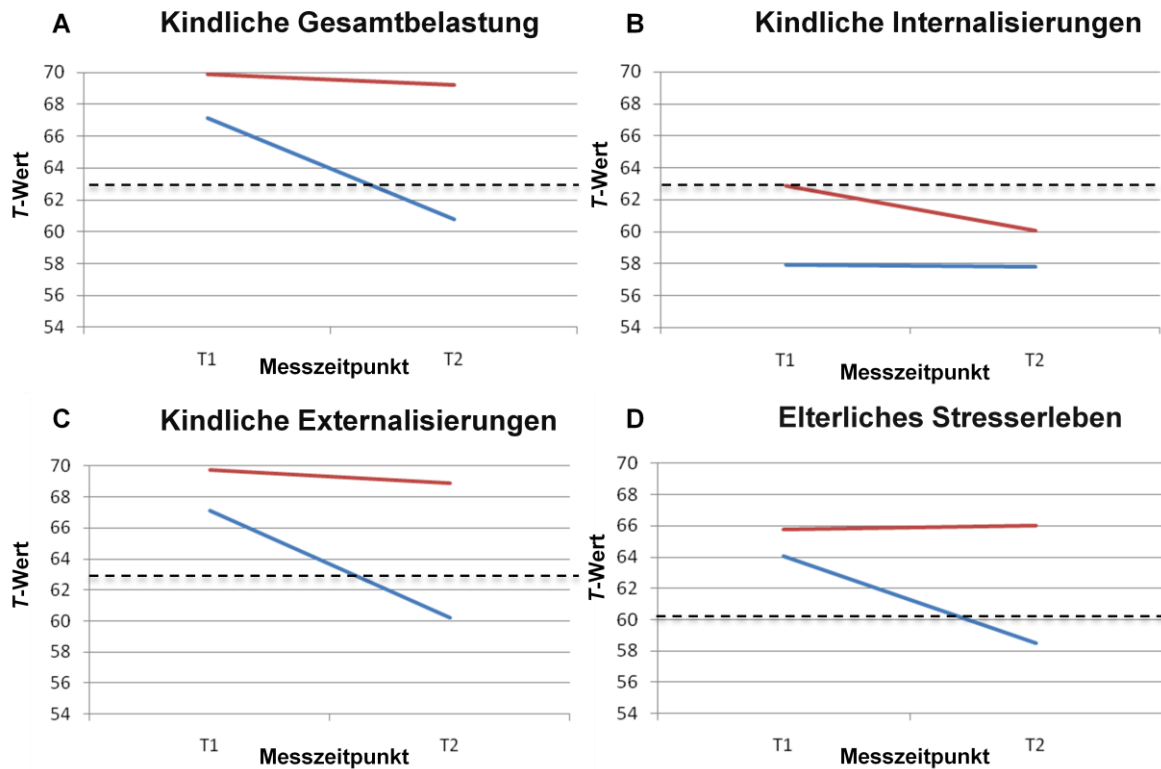


Abbildung 7: Mittlere T-Werte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (A–C) und elterlichen Stressbelastung (D) der Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2 zu Beginn (T1) und nach (nicht) erfolgter Therapie (T2).

Anmerkung. Blau markiert die Werte der Gruppe Experiment_T1T2 zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Rot markiert die entsprechenden Werte der Gruppe Kontrolle_T1T2. Die gestrichelte Linie (---) markiert jeweils den Cut-off-Wert, ab dem ein T-Wert als klinisch auffällig gewertet wird.

Während die Zielgrößen zu Beginn des Erhebungszeitraums (T1) in den Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2 keine Unterschiede aufwiesen, zeigten *t*-Tests für verbundene Stichproben, dass sich der CBCL-Gesamtwert ($t(39) = -2.98, p = .005^{**}$), der externalisierende Wert ($t(38) = -2.78, p = .008^{**}$) und das elterliche Stresserleben ($t(38) = -3.79, p = .001^{**}$) signifikant in der Posttestung (T2) unterschieden, während sich der internalisierende Wert in beiden Gruppen nicht unterschied ($t(39) = -.83, p = .41$).

3.3 Akute Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2

Eine Varianzanalyse über 2 Messzeitpunkte T1 (zu Beginn der Therapie) und T2 (nach Abschluss der Therapie) zeigte eine signifikante Reduktion der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($F[1,20] = 16.24$, $\eta_p^2 = .45$, $p = .001^{***}$) sowie im externalisierenden Wert ($F[1,21] = 15.82$, $\eta_p^2 = .44$, $p = .001^{***}$) und im elterlichen Stresserleben ($F[1,19] = 36.00$, $\eta_p^2 = .66$, $p < .001^{***}$). Die beobachteten Effektstärken entsprechen einem starken Effekt (Cohen 1988b). Für den internalisierenden Wert konnte kein signifikanter Effekt für den unabhängigen Messfaktor Zeit gefunden werden. Die einzelnen Ergebnisse der Varianzanalyse sowie Mittelwerte und Standardabweichungen über den Interventionszeitraum (T1–T2) sind **Tabelle 6** zu entnehmen.

Tabelle 6: Ergebnisse der Varianzanalyse der akuten Therapieeffekte über den Interventionszeitraum (T1–T2) in der Gruppe Experiment_T1T2.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Prüfgrößen $F(df)$, asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Effektstärken (η_p^2 und d) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) bei Therapiebeginn (T1) und –ende (T2).

		T1	T2				
	n	$M (SD)$	$M (SD)$	$F(df)$	p	η_p^2	d
CBCL_Ges	21	67.14 (8.41)	60.76 (9.66)	16.24 (1,20)	.001*	.45	.88
CBCL_Int	21	57.90 (9.89)	57.81 (8.12)	0.003 (1,20)	.960	.00	.01
CBCL_Ext	21	67.14 (9.07)	60.19 (9.51)	15.82 (1,20)	.001***	.44	.87
ES	20	64.50 (6.05)	58.50 (7.09)	36.00 (1,19)	<.001***	.66	1.34

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Abbildung 8 zeigt den Vergleich der mittleren T -Werte der Gruppe Experiment_T1T2 bei Therapiebeginn (T1) und -ende (T2). Dabei wiesen die PatientInnen zunächst durchschnittlich klinisch relevante Auffälligkeiten im CBCL-Gesamtwert ($M = 67.14$, $SD = 8.41$), im externalisierenden Wert ($M = 67.14$, $SD = 9.07$) sowie im elterlichen Stresserleben ($M = 64.50$, $SD = 6.05$) auf. Nach der Therapie schätzten Eltern die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung ($M = 60.76$, $SD = 9.66$) und Externalisierungen ($M = 60.19$, $SD = 9.51$) geringer ein, wobei die mittleren T -Werte einem klinisch grenzwertig auffälligen Bereich entsprechen. Vom elterlichen Stresserleben ($M = 58.50$, $SD = 7.09$) wurde im klinisch unauffälligen Bereich posttherapeutisch berichtet. Kindliche Internalisierungen wurden während der Testphase unverändert im unauffälligen Bereich eingestuft. Der ergänzende nonparametrische Wilcoxon-Test zeigte die gleichen Ergebnisse (vgl. Anhang 10.3 [**Tabelle 13**]).

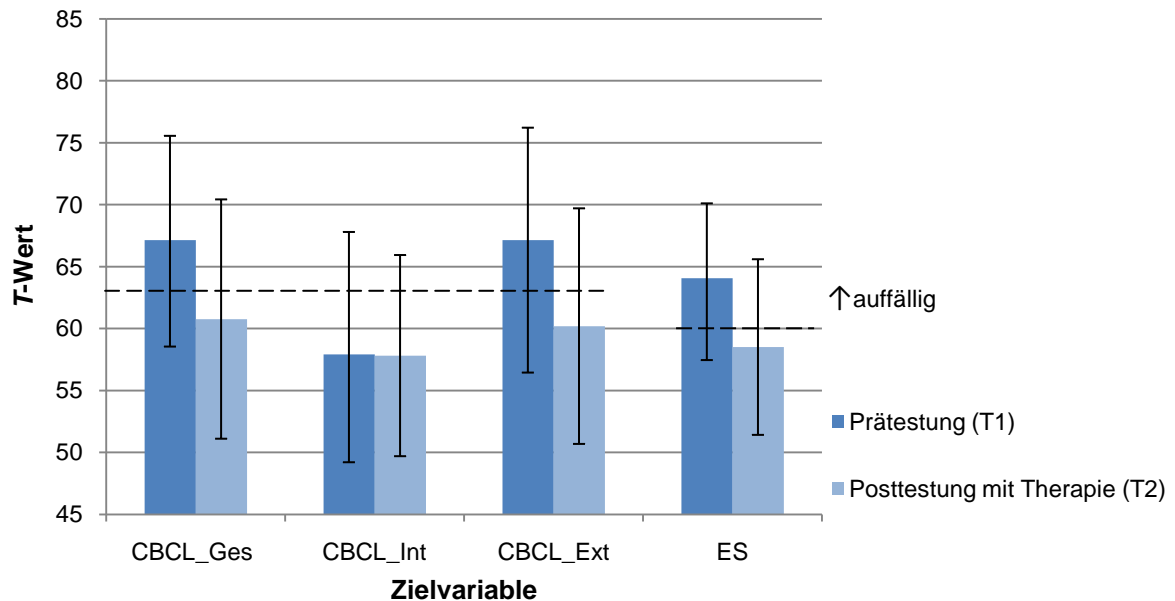


Abbildung 8: Mittlere T-Werte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens der Gruppe Experiment_T1T2 über den Interventionszeitraum (T1–T2).

Anmerkung. Dunkelblau markiert die Werte der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES) bei Therapiebeginn (T1). Hellblau markiert die entsprechenden Werte bei Therapieende (T2). Die gestrichelte Linie (---) markiert jeweils den Cut-off-Wert, ab dem ein T-Wert als klinisch auffällig gewertet wird.

Zur Beurteilung der klinischen Bedeutsamkeit der Veränderungen auf intraindividuelle Ebene wurden die von Jacobson und Truax (1991) (vgl. 2.5.3) formulierten klinischen Bedingungen geprüft. Es zeigte, dass über die Hälfte der PatientInnen signifikante Verbesserungen der Externalisierungen und über ein Drittel des elterlichen Stresserlebens aufwiesen (vgl. Anhang 10.4.2 [Abbildung 13 und Tabelle 16]) und in allen Parametern postinterventionell die Anzahl von PatientInnen im funktionalen Bereich zunahm (vgl. Anhang 10.4.2 [Abbildung 14 und Tabelle 17]).

3.4 Ergebnisse der Gruppe Kontrolle_T1T2

Varianzanalytisch konnten keine signifikanten Veränderungen für den CBCL-Gesamtwert ($F[1,19] = .37$, $\eta_p^2 = .02$, $p = .553$), den externalisierenden Wert ($F[1,19] = 0.53$, $\eta_p^2 = .03$, $p = .480$) oder im elterlichen Stresserleben ($F[1,18] = 0.04$, $\eta_p^2 = .002$, $p = .853$) über das interventionslose Intervall gezeigt werden. Dafür kam es zu einer signifikanten Reduktion der Internalisierungen ($F[1,19] = 5.53$, $\eta_p^2 = .23$, $p = .03^*$) des Ausgangswertes von T1 ($M = 62.85$, $SD = 8.13$) zu T2 ($M = 60.05$, $SD = 9.12$), welcher im klinisch unteren grenzwertig auffälligen Bereich lag. Die einzelnen Ergebnisse der Varianzanalyse sowie Mittelwerte und Standardabweichungen der Prä- (T1) und Posttestung (T2) sind **Tabelle 7** zu entnehmen.

Tabelle 7: Ergebnisse der Varianzanalyse über das interventionslose Intervall (T1–T2) in der Gruppe Kontrolle_T1T2 (n = 20).

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Prüfgrößen $F(df)$, asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Effektstärken (η_p^2 und d) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES) vor (T1) und nach dem interventionslosen Intervall (T2).

		T1	T2				
	n	$M (SD)$	$M (SD)$	$F(df)$	p	η_p^2	d
CBCL_Ges	20	69.90 (8.24)	69.20 (8.37)	0.37(1,19)	.553	.02	.14
CBCL_Int	20	62.85 (8.13)	60.05 (9.12)	5.53(1,19)	.030*	.23	.53
CBCL_Ext	20	69.75 (10.66)	68.90 (10.54)	0.53(1,20)	.48	.03	.16
ESF	19	65.79 (6.93)	66.05 (5.42)	0.04(1,18)	.853	.002	-.04

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Abbildung 9 zeigt die Veränderungen in der Gruppe Kontrolle_T1T2 über die beiden Messzeitpunkte vor (T1) und nach (T2) dem interventionslosen Intervall. Der CBCL-Gesamtwert lag zu beiden Messzeitpunkten im pathologischen Bereich ($M = 69.20$, $SD = 8.37$), ebenso der externalisierende Wert ($M = 68.90$, $SD = 10.54$) und das elterliche Stresserleben ($M = 66.05$, $SD = 5.42$). Diese Ergebnisse konnten mit nonparametrischen Verfahren untermauert werden (vgl. Anhang 10.3 [Tabelle 14]).

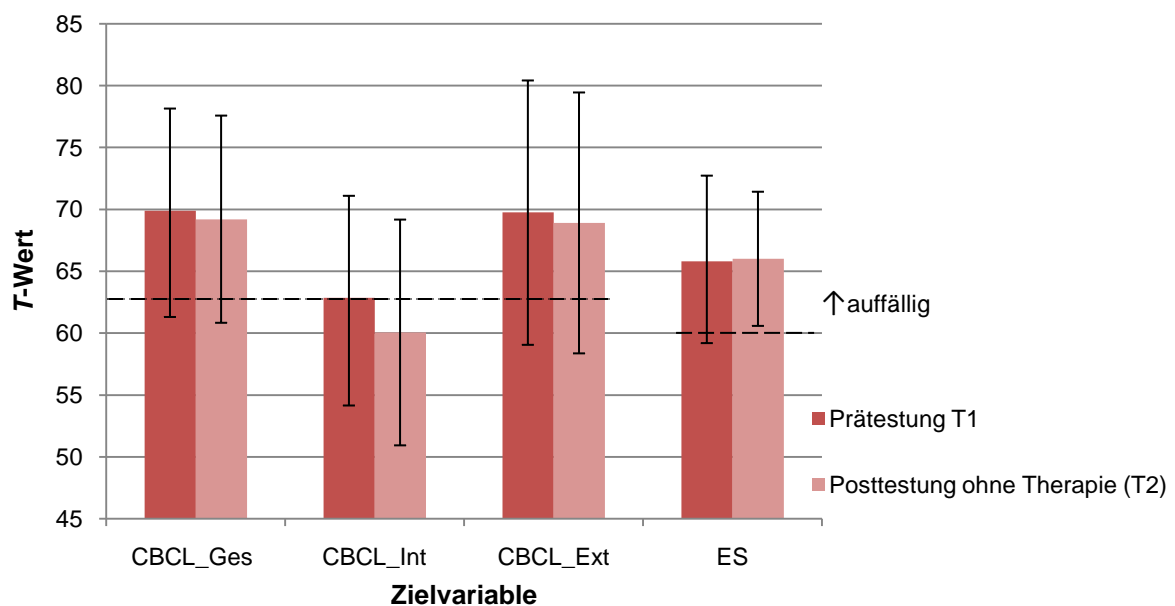


Abbildung 9: Mittlere T-Werte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens der Gruppe Kontrolle_T1T2 über das interventionslose Intervall (T1–T2).

Anmerkung. Dunkelrot markiert die Werte der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES) beim ersten Messzeitpunkt (T1). Hellrot markiert die entsprechenden Werte beim zweiten Messzeitpunkt (T2). Die gestrichelte Linie (---) markiert jeweils den Cut-off-Wert, ab dem ein T-Wert als klinisch auffällig gewertet wird.

3.5 Vergleich externalisierender und internalisierender Therapieeffekte

3.5.1 Therapieeffekte externalisierender vs. internalisierender Symptomatik

Abbildung 10 zeigt die mittleren *T*-Werte der kindlichen Externalisierungen und Internalisierungen bei Therapiebeginn (T1) und -ende (T2) in der Gruppe Experiment_T1T2. Ein *t*-Test für verbundene Stichproben zeigte einen signifikanten Unterschied für den Therapiegewinn zwischen den externalisierenden ($\Delta\text{CBCL_Ext}$) und internalisierenden Symptomen ($\Delta\text{CBCL_Int}$) ($t(21) = -4.15$, $p < .001^{***}$, $d = .91$). Dabei zeigten sich größere Mittelwertdifferenzen von Therapiebeginn (T1) und -ende (T2) in den externalisierenden Symptomen ($M = 7.0$, $SD = 8.0$) im Vergleich zur internalisierenden Problematik ($M = 0.1$, $SD = 8.5$). Nach Cohen (1988b) handelt es sich dabei um einen starken Effekt ($d = .91$). Auf Grund der geringen Stichprobe fand der nonparametrische Wilcoxon-Test ergänzend Anwendung. Dieser zeigte, dass sich die zentralen Tendenzen der Mittelwertdifferenzen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt der Internalisierungen ($Md = 0.0$) und Externalisierungen ($Md = 8.0$) der Gruppe Experiment_T1T2 signifikant unterschieden (Exakter Wilcoxon-Test: $z = -3.12$, $p < .001^{**}$, $n = 21$) und somit eine stärkere Reduktion der externalisierenden Symptome zu verzeichnen war. Dies entspricht nach Cohen (1988b) einem starken Effekt ($r = .68$).

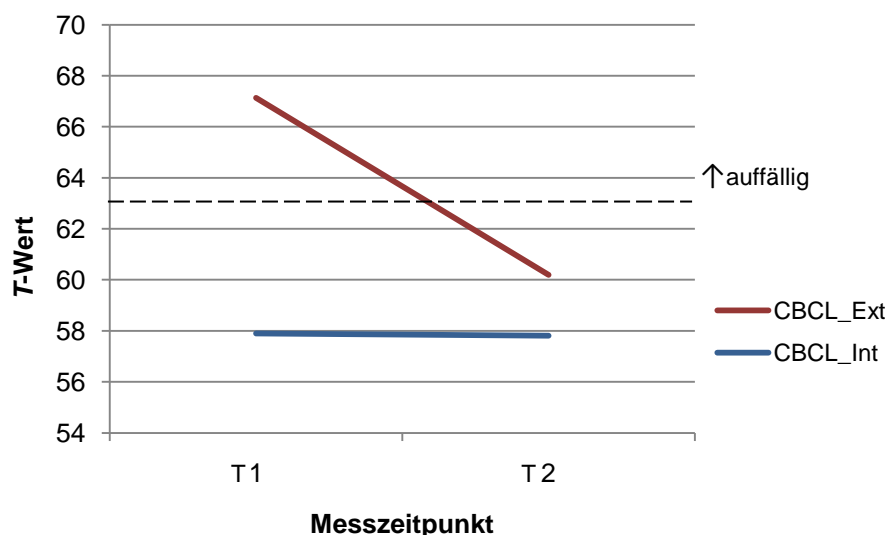


Abbildung 10: Mittlere *T*-Werte der kindlichen externalisierenden (CBCL_Ext) und internalisierenden Symptomatik (CBCL_Int) in der Gruppe Experiment_T1T2. bei Therapiebeginn (T1) und -ende (T2).

Anmerkung. Rot markiert die Werte der kindlichen Externalisierungen. Blau markiert die entsprechenden Werte der kindlichen Internalisierungen. Die gestrichelte Linie (---) markiert jeweils den Cut-off-Wert, ab dem ein *T*-Wert als klinisch auffällig gewertet wird.

3.5.2 Analyse externalisierender Störungsbilder

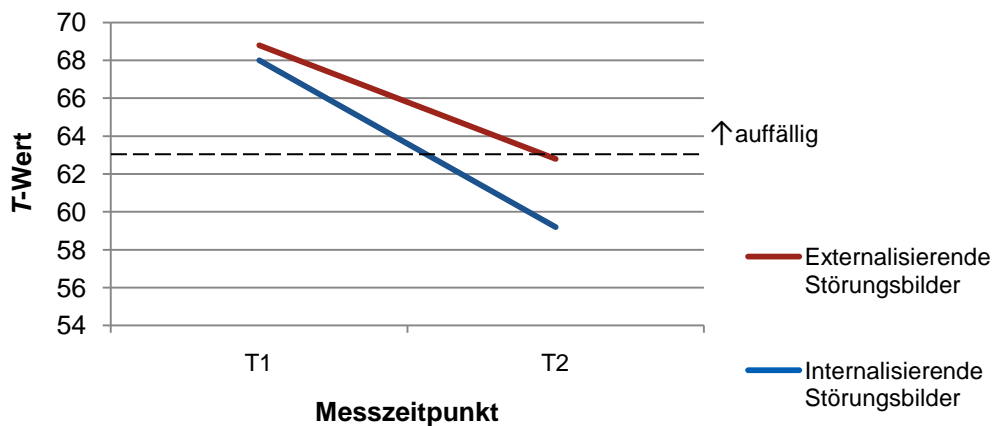
Um zu überprüfen, inwieweit diese Therapieeffekte sowohl für externalisierende als auch für internalisierende Störungsbilder zutreffen, wurden die PatientInnen entsprechend ihrer Entlassungsdiagnose den Kategorien eher externalisierend (F90 = 9.6 %, F91 = 14.3 %, F92 = 19 %, $n = 9$), rein internalisierend (F93 = 42.9 %, $n = 9$) und andere (F84 = 9.6 %, F94 = 4.8 %, $n = 3$) zugeordnet. Eine Varianzanalyse konnte keine signifikante Interaktion zwischen der Gruppenzugehörigkeit (eher externalisierend/rein internalisierend) und dem Messzeitpunkt (Therapiebeginn[T1]/-ende[T2]) zeigen in den externalisierenden (CBCL_Ext) ($F[1,16] = 0.481$, $\eta_p^2 = .03$, $p = .498$) bzw. internalisierenden Auffälligkeiten (CBCL_Int) ($F[1,16] = 0.090$, $\eta_p^2 = .006$, $p = .768$). Weiterführende Einzelanalysen in den externalisierenden Störungsbildern zeigten eine signifikante Reduktion in der externalisierenden Skala (CBCL_Ext) ($t(8) = 2.34$, $p < .047^*$, $d = .78$) vom klinisch auffälligen ($M = 68.8$, $SD = 7.8$) in einen grenzwertig auffälligen Bereich nach Therapieende ($M = 62.8$, $SD = 8.9$). Die internalisierende Problematik zeigte dabei keine signifikante Änderung und lag kontinuierlich im klinisch grenzwertig auffälligen Bereich (vgl. **Tabelle 8** und **Abbildung 11**).

Tabelle 8: Ergebnisse der Einzelvergleiche der Mittelwertsdifferenzen von Therapiebeginn (T1) und -ende(T2) der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik in den Störungskategorien.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Prüfgrößen $t(df)$, asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Effektstärken (d) der kindlichen Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) in den jeweiligen Störungskategorien eher externalisierend (F90; F91; F92) ($n = 9$) und rein internalisierend (F93) ($n = 9$).

	Zielvariable	T1	T2	$t(df)$	p	d
		$M (SD)$	$M (SD)$			
Eher externalisierende Störungsbilder (F90; F91; F92)	CBCL_Int	60.9 (8.2)	60.3 (8.9)	0.35(8)	.739	.01
	CBCL_Ext	68.8 (7.8)	62.8 (8.9)	2.34(8)	.047	.78**
Rein internalisierende Störungsbilder (F93)	CBCL_Int	55.2 (12.4)	56.0 (8.2)	-0.19(8)	.856	-.06
	CBCL_Ext	68.0 (9.8)	59.2 (11.1)	2.85(8)	.022	.81***

A Externalisierende Symptomatik



B Internalisierende Symptomatik

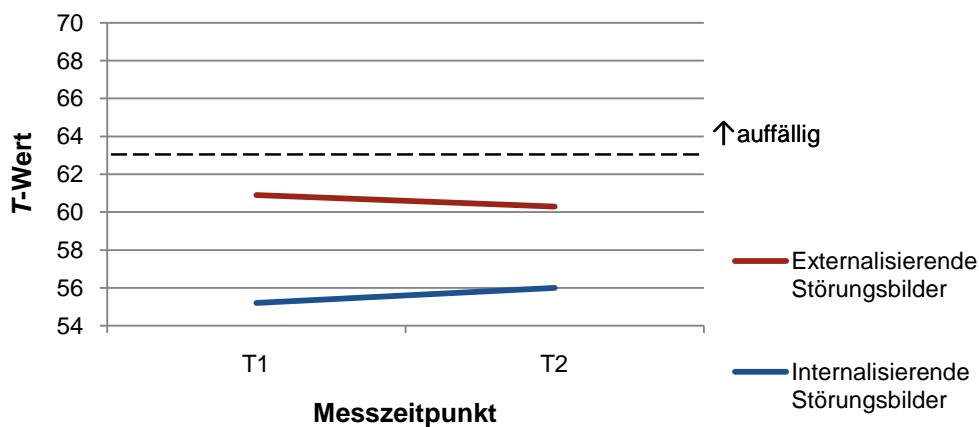


Abbildung 11: Veränderung der kindlichen externalisierenden (A) vs. internalisierenden (B) Symptomatik nach Störungsbild.

Anmerkung. Rot markiert Werte der externalisierenden Störungsbilder (F90, F91, F92 [$n = 9$]). Blau markiert die entsprechenden Werte der rein internalisierenden Störungsbilder (F93 [$n = 9$]). Die gestrichelte Linie (---) markiert jeweils den Cut-off-Wert, ab dem ein T-Wert als klinisch auffällig gewertet wird.

Ergänzend wurde der nonparametrische Wilcoxon-Test durchgeführt, um zentrale Tendenzen der abhängigen Stichproben aufzuzeigen, da die Voraussetzungen für parametrische Verfahren verletzt wurden auf Grund der fehlenden Normalverteilung der abhängigen Variable innerhalb der Messzeitpunkte. Externalisierende Störungsbilder zeigten dabei wie erwartet eine Änderung in der externalisierenden Skala (CBCL_Ext). Die Zahlen der kindlichen Externalisierungen waren nach der Therapie signifikant niedriger ($Md = 69.0$) als zu Beginn ($Md = 63.0$) (Exakter Wilcoxon-Test: $z = -1.97$, $p = .047^*$, $n = 9$). Die Effektstärke lag für die Externalisierungen bei $r = .66$ und entspricht nach Cohen (1988b) einem starken Effekt.

3.5.3 Analyse internalisierender Störungsbilder

Analog zeigten die internalisierenden Störungsbilder im Einzelvergleich der Mittelwertsdifferenzen mittels t-Test für verbundene Stichproben bei Therapiebeginn (T1) und -ende (T2) eine signifikante Reduktion der externalisierenden Skala (CBCL_Ext) ($t(8) = 2.85, p < .022^*, d = .95$). Es konnte somit gezeigt werden, dass auch bei Kindern mit internalisierendem Störungsbild eine Reduktion externalisierender Auffälligkeiten erreicht wurde, vom klinisch auffälligen ($M = 68.0, SD = 9.8$) in einen unauffälligen Bereich nach Therapieende ($M = 59.2, SD = 11.1$). Die internalisierende Symptomatik lag dabei bereits zu Beginn der Therapie im klinisch unauffälligen Bereich. Nonparametrische Verfahren zeigten unterschiedliche zentrale Tendenzen der beiden Messzeitpunkte T1 und T2 für die Externalisierungen. Die Zahlen der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung waren nach der Therapie signifikant niedriger ($Md = 69.0$) als zu Beginn ($Md = 56.0$) (Exakter Wilcoxon-Test: $z = -2.07, p = .039^*, n = 9$). Die Effektstärke lag für die Externalisierungen bei $r = .69$, was nach Cohen (1988b) einem starken Effekt entspricht. Für die Internalisierungen konnten keine Änderungen gezeigt werden. Die Werte lagen dabei bereits zu Beginn der Therapie im klinisch unauffälligen Bereich.

3.6 Langfristige Therapieeffekte

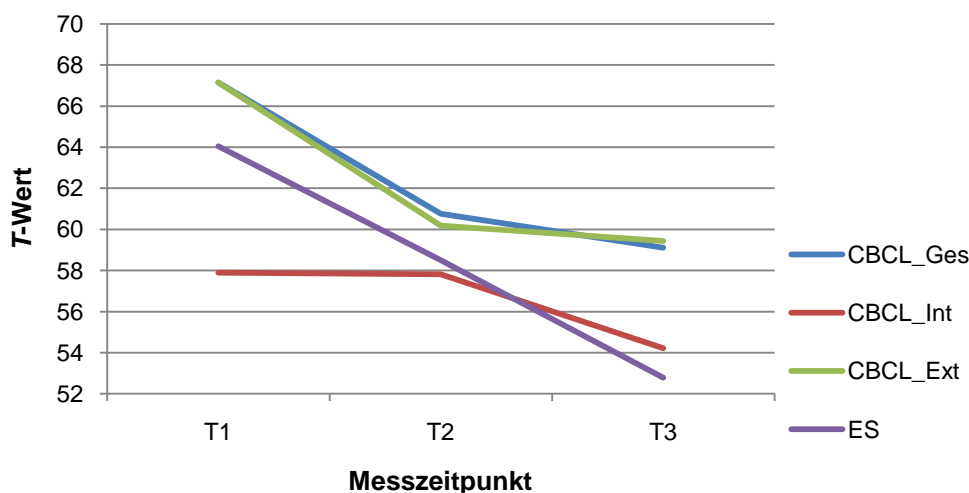


Abbildung 12: Stabilität der langfristigen Therapieeffekte der kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens in der Gruppe Experiment_T1T3.

Mittlere T-Werte der Gruppe Experiment_T1T3 ($n = 9$) bei Prämessung (T1), Postmessung (T2) und Follow-up-Messung (T3) für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und das elterliche Stresserleben (ES).

Abbildung 12 zeigt die Veränderungen einer Follow-up-Teilstichprobe ($n = 9$) der psychiatrischen kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens im

graphischen Verlauf über durchschnittlich 8 Monate. Die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung war zu Beginn der Behandlung (T1) am größten ($M = 68.11$, $SD = 10.17$), nahm zu Therapieende nach 3 Monaten (T2) ab ($M = 59.89$, $SD = 9.77$) und stabilisierte sich im häuslichen Bereich nach weiteren 5 Monaten (T3) ($M = 59.11$, $SD = 8.46$). Das initiale elterliche Stresserleben (T1) reduzierte sich von einem klinisch auffälligen ($M = 64.44$, $SD = 5.83$) in einen unauffälligen Bereich zu Therapieende (T2) ($M = 57.78$, $SD = 6.18$) und zum Zeitpunkt der erneuten Befragung (T3) ($M = 52.78$, $SD = 8.33$).

Tabelle 15, **Tabelle 20** und **Tabelle 21** im Anhang (vgl. 10.3 und 10.5) zeigen die einzelnen Ergebnisse der Varianzanalyse, nonparametrischen Tests sowie Mittelwerte und Standardabweichungen von Therapiebeginn (T1) bis zur Follow-up-Untersuchung (T3) in der Häuslichkeit. **Abbildung 15** zeigt die klinisch bedeutsamen Veränderungen gemäß des Reliable Change Index für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung, Internalisierungen, Externalisierungen und das elterliche Stresserleben (vgl. Anhang 10.4.2 [**Tabelle 18**]). Bei über der Hälfte der PatientInnen war das elterliche Stresserleben zum Follow-up-Messzeitpunkt signifikant verbessert, ebenso in jeweils 44.4 % der Fälle in den kindlichen Externalisierungen und Internalisierungen. **Abbildung 16** (vgl. Anhang 10.4.2 [**Tabelle 19**]) zeigt die Veränderungen zum Follow-up-Zeitpunkt gemäß Bedingung 2 von Jacobson und Truax (1991). Zu Beginn der Therapie lag das elterliche Stresserleben nur in einem Fall im Normbereich, im Follow-up bei 7 PatientInnen.

3.7 Moderatoren der akuten Therapieeffekte

Die akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2 auf Kindes- und Elternebene (Prä-Post-Differenz: $\Delta CBCL_Ges$, $\Delta CBCL_Int$, $\Delta CBCL_Ext$ bzw. ΔES) wurden regressionsanalytisch untersucht, indem angenommen wurde, dass größere Therapieeffekte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens mit einer hohen initialen Belastung auf Kindes- und Elternebene ($CBCL_Ges_T1$, $CBCL_Int_T1$, $CBCL_Ext_T1$, ES_T1), einem hohen Therapiegewinn der anderen Therapieebene ($\Delta CBCL$, ΔES), jüngerem Alter der Kinder und der Therapiedauer (T1–T2) assoziiert sind. Die Ergebnisse der Gesamtmodelle der Regressionsanalysen auf Kindes- und Elternebene sind **Tabelle 22** im Anhang zu entnehmen (vgl. 10.6), **Tabelle 23** zeigt die Einzelergebnisse.

Für die Therapieeffekte der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($\Delta CBCL_Ges$) konnten auf Grund fehlender Verifizierung des Gesamtmodells keine Einflussfaktoren diskutiert werden, da bei der deskriptiven Überprüfung der Linearität als Voraussetzung der Regressionsanalyse kein linearer Zusammenhang für das Alter des Kindes und den

Therapieeffekt gezeigt werden konnte, welche auch durch Transformation der Daten nicht gelang. Dies deutet auf keine hinreichende Linearität des Zusammenhangs oder eine nicht hinreichend große Stichprobe hin ($n < 30$).

Für das Gesamtmodell des elterlichen Stresserlebens ergab sich ein signifikantes $R^2 = .608$ bzw. korrigiertes $R^2 = .468$, d. h. es wurden 46.8 % der Varianz durch das Modell erklärt. Das Gesamtmodell weist nach Cohen (1988b) einen starken Effekt auf. Das Alter des Kindes, die initiale psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges_T1) und das elterliche Stresserleben (ES_T1), die Therapiedauer (T1–T2) sowie der kindliche Therapiegewinn (Δ CBCL) hatten statistisch signifikanten Einfluss auf den Therapieeffekt auf Elternebene ($F(5,14) = 4.14$, $p = .014^{**}$). Je höher das Alter der PatientInnen war, desto größer war die Abnahme des elterlichen Stresserlebens ($\beta = 1.76$, $t = 3.01$, $p = .009^*$), sodass bereits ein weiteres Lebensjahr des Kindes eine Abnahme um 1.76 T -Werte im elterlichen Stresserleben zeigte.

3.8 Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben

Unter der Annahme, dass signifikante Zusammenhänge zwischen elterlichem Stresserleben (ES) und psychiatrischer kindlicher Symptomatik (CBCL_Ges; CBCL_Int; CBCL_Ext) bestehen (Hypothese III) wurden Analysen auf bivariate Zusammenhänge von elterlichem Stresserleben und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt und Korrelationen nach Pearson berechnet. Es wurden Daten der Gesamtstichprobe ($n = 86$) zum ersten Messzeitpunkt (T1) einbezogen, wobei 4 Teilnehmende auf Grund fehlender Daten zum elterlichen Stresserleben von der Analyse ausschieden. **Tabelle 9** zeigt, dass die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges) ($r = .587$, $p < .001$, $n = 82$) und der externalisierende Wert (CBCL_Ext) ($r = .734$, $p < .001$, $n = 82$) der CBCL signifikant positiv mit dem elterlichen Stresserleben (ES) zusammenhängen. Je höher die von den Eltern wahrgenommene psychiatrische kindliche Gesamtbelastung und externalisierende Symptomatik war, umso größer war auch die empfundene Stressbelastung der Eltern und umgekehrt. Die Zusammenhänge lagen im hohen Bereich nach Cohen (1988b). Der Anteil der gemeinsamen Varianz in beiden Variablen betrug 34.4 % für die elterliche und psychiatrische kindliche Gesamtbelastung bzw. 53.9 % für die Externalisierungen und den Elternstress. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Internalisierungen der Kinder (CBCL_Int) und Elternstress (ES) gezeigt werden.

Tabelle 9: Bivariate Zusammenhänge zwischen elterlichem Stresserleben und psychiatrischer kindlicher Symptomatik.

Ergebnisse der Gesamtstichprobe mit dem Korrelationskoeffizienten r nach Pearson-Bravais, gemeinsamer Varianzaufklärung der Variablen r^2 und Signifikanz (p , 2-seitig).

Elternebene	Kindesebene	n	r	r^2	p
Elterliches	Gesamtbelastung (CBCL_Ges)	82	.587	.344	<.001***
Stresserleben	Internalisierungen (CBCL_Int)	82	.213	.045	.055
(ES)	Externalisierungen (CBCL_Ext)	82	.734	.539	<.001***

In der nonparametrischen Überprüfung mittels Kendall-Tau-Korrelationskoeffizienten korrelierte das elterliche Stresserleben signifikant mit der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($r_s = .560$, $p < .000$, $n = 82$) und dem externalisierenden Problemverhalten der Kinder ($r_s = .461$, $p < .000$, $n = 82$). Dabei handelt es sich nach Cohen (1988b) um einen mittleren und starken Effekt. Dieser Zusammenhang konnte nicht gezeigt werden für kindliche Internalisierungen ($r_s = .131$, $p < .121$, $n = 82$).

3.9 Ergebnisbewertung anhand der Hypothesen

Insgesamt konnte **Hypothese I** somit teilweise verifiziert werden. In der Gruppe Experiment_T1T2 kam es zu einer signifikanten Reduktion der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges) und der externalisierenden Symptomatik (CBCL_Ext). Für Internalisierungen (CBCL_Int) konnten keine Veränderungen gezeigt werden.

Das elterliche Stresserleben (ES) reduzierte sich in der Gruppe Experiment_T1T2 signifikant nach der Therapie, sodass **Hypothese II** verifiziert werden konnte.

Hypothese III untersuchte die Annahme, dass kurzfristige Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2 auf Kindesebene in den externalisierenden Symptomen (Δ CBCL_Ext) stärker ausgeprägt sind als in den internalisierenden (Δ CBCL_Int), wobei eine signifikante externalisierende Symptomreduktion sowohl in eher externalisierenden (F90, F91, F92) als auch in rein internalisierenden Störungsbildern (F93) auftritt. Hypothese III konnte somit verifiziert werden, da die Therapieeffekte in der externalisierenden Symptomatik (CBCL_Ext) stärker ausgeprägt waren als in der internalisierenden Symptomatik (CBCL_Int). Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Reduktion externalisierender Symptome sowohl in den eher externalisierenden als auch in den rein internalisierenden Störungsbildern.

Hypothese IV wurde teilweise falsifiziert, da sich hypothesenkonträr ein zunehmendes Alter der Kinder positiv auf den Therapieeffekt auf Elternebene (Δ ES) auswirkte.

4 Diskussion

4.1 Akute Therapieeffekte

4.1.1 Effekte auf Kindesebene

In den mehrstufigen Mittelwertsvergleichen der Interventionsgruppe reduzierte sich die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung ($\eta_p^2 = .45$, $d = .88$) und externalisierende Symptomatik ($\eta_p^2 = .44$, $d = .87$) signifikant. Diese positiven Effekte korrelieren mit Ergebnissen vergleichbarer internationaler Wirksamkeitsstudien tagesklinischer Therapien im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Bezug auf Veränderungen der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($d = .33$) (McCarthy et al. 2006) und der externalisierenden Symptomatik ($\eta_p^2 = .09$ – $.28$, $d = .32$) (Clark und Jerrott 2012; Preyde et al. 2011). Die 3 Studien weisen dabei stark unterschiedliche Fallzahlen von 20–105 Kinder auf mit ebenfalls deutlicher Mehrheit männlicher Patienten (71 %–90 % vs. 87 % der vorliegenden Studie). Allerdings waren die Kinder im Vergleich zu der vorliegenden Studie durchschnittlich deutlich älter ($M = 11$ Jahre vs. 7.3 Jahre) und der Messzeitraum länger. Hinsichtlich des Diagnosespektrums fanden sich überwiegend hyperkinetische (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91).

Auf Grund der Ähnlichkeit der Studiendurchführung und ihrer Messmethoden rentiert sich auch ein Vergleich zu deutschen Wirksamkeitsstudien aus dem Eltern-Kind-Bereich. Dort zeigten sich ebenfalls starke Effekte für positive Veränderungen von psychiatrischer kindlicher Gesamtbelastung ($d = I- .53I$ – $I- .95I$) und externalisierender Symptomatik ($d = I- .47I$ – $I-1.00I$) (Ise et al. 2015; Müller et al. 2015; Krause et al. 2018). Der Stichprobenumfang dieser Studien war dabei zum Teil allerdings erheblich größer (bspw. Müller et al. 2015: 185 Kinder), der Anteil an Mädchen höher (ca. 30 % vs. 14 %) und die PatientInnen durchschnittlich 1.6 Jahre jünger. Die Anzahl der Behandlungstage im Eltern-Kind-Setting war im Durchschnitt leicht geringer, ist aber auf Grund der unterschiedlichen Konzepte nur eingeschränkt vergleichbar.

Die Effekte auf Kindesebene sind durch verschiedene Überlegungen zu erklären. Die vergleichbaren tagesklinischen Studien wiesen ähnliche Konzepte auf, vorrangig bestehend aus einem pflegerisch-heilpädagogisch koordiniert und geleiteten strukturierten Tagesablauf, in welchen Einzel- und Gruppentherapien integriert werden. Verhaltensänderungen können durch die Förderung prosozialen Verhaltens und Erlernen

altersgemäßer Lösungsstrategien bewirkt werden. Therapeutische Effekte könnten ebenfalls auf Gruppentrainings in Form von Ergo-, Musik- und Physiotherapie zurückzuführen sein, durch Steigerung der Selbstwahrnehmung, der motorischen Fähigkeiten, Stressabbau, Selbstwirksamkeitserfahrung und Teamfähigkeit. Auf individueller Ebene könnten Effekte auf Einzeltherapien zurückzuführen sein, wie z. B. die Spieltherapie nach dem humanistischen Menschenbild nach Rogers (2000) und die individuell erforderliche Lern- und Fördermöglichkeiten bei motorischen, kognitiven oder sprachlichen Defiziten. Darüber hinaus zeigen Studien zur Evaluation therapeutischer Konzepte mit Eltern-Kind-Interaktionstrainings oftmals Veränderungen externalisierender Problematiken mit einem messbaren Rückgang dissozialer und Aufbau prosozialer Verhaltensweisen auf Kindesebene (Nitkowski et al. 2009; Petermann et al. 2008a; Webster-Stratton et al. 2004; Bodenmann et al. 2008; Leung et al. 2003). Im deutschsprachigen Raum existieren verschiedene Entwicklungs- und Präventionsprogramme zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion, bspw. der Universität Erlangen-Nürnberg (Entwicklungsförderung in Familien mit Eltern- und Kindertraining [EFFEKT]). Das Konzept zeigte dabei besonders starke Effekte (Postmessung nach 2–3 Monaten) bei einer Kombination von Kindertraining mit Gruppentraining zur Lösung sozialer Probleme und einem Elterntaining zur Förderung der Erziehungskompetenz und Abbau elterlicher Belastung (Lösel et al. 2006). Die Stichprobe umfasste Daten von 675 Kindergartenkindern (3–6 Jahre) und ihren Familien mit Problemen des Sozialverhaltens, der Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit und emotionalen Störungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aus Sicht der ErzieherInnen.

Ein intensiver therapeutischer Elternbezug führt vielfach belegt zur Verbesserung elterlicher Erziehungsstrategien und mehr fördernden und weniger dysfunktionalen Verhaltensweisen (Thomas und Zimmer-Gembeck 2007; Stemmler et al. 2007; Hanisch et al. 2006; Lösel et al. 2006; Leung et al. 2003). Die Verbesserung der psychiatrischen kindlichen Symptomatik könnte dementsprechend zurückzuführen sein auf die geleistete Elternarbeit mit einer Stärkung der elterlichen Kompetenzen, da das elterliche Erziehungsverhalten (Leung et al. 2003; Mash und Johnston 1990) zusammen mit der Kommunikation in Konflikten (Krishnakumar und Buehler 2000) und der elterlichen Gefühlslage (Downey und Coyne 1990) als wichtigste Prädiktoren für kindliche Verhaltensauffälligkeiten gesehen werden können (vgl. Cina und Bodenmann 2009).

Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten wurden während des Erhebungszeitraums (T1, T2) in der Gruppe Experiment_T1T2 im klinisch unauffälligen Bereich gemessen und auch keine signifikanten Veränderungen über die Therapiephase erfasst ($\eta_p^2 = .00$, $d = .01$). Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen anderer internationaler

Studien, die schwache ($\eta_p^2 = .013$; $d = .42$) und starke Effekte ($\eta_p^2 = .29$) (Preyde et al. 2011; McCarthy et al. 2006) für Veränderungen auf emotionaler Ebene zeigten. Dies gilt auch für deutsche Studien aus dem Eltern-Kind-Bereich, in denen die mittlere internalisierende Symptomlast der Studienkollektive deutlich höher lag und signifikante Änderungen mit leichten bis mittleren Effekten erfasst werden konnten ($d = I- .38I-I- .65I$) (Ise et al. 2015; Müller et al. 2015; Krause et al. 2018; Kaminski et al. 2008). Einen Erklärungsbeitrag könnte der signifikante Unterschied von Studienteilnehmenden zu Nichtteilnehmenden leisten, da Internalisierungen bei PatientInnen mit einem Messzeitpunkt signifikant höher von den Eltern angegeben wurden ($M = 64.55$, $SD = 8.22$) als bei den PatientInnen mit 2 Messzeitpunkten ($M = 57.90$, $SD = 9.89$, $t(45) = -2.50$, $n = 47$, $p = .016^*$).

Bei Kontrollgruppenteilnehmenden mit 2 Messzeitpunkten lag die internalisierende Symptomlast hingegen im auffälligen Bereich. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass v. a. PatientInnen mit hoher initialer internalisierender Belastung nicht mehr an der posttherapeutischen Folgebefragung teilgenommen haben und Therapieeffekte somit hinsichtlich der Veränderungen auf internalisierender Ebene eingeschränkt beurteilbar sind. Hierfür müssen zwei Überlegungen diskutiert werden: Zum einen besteht die Möglichkeit, dass Unzufriedenheit über fehlende Veränderungen zu einer fehlenden Evaluationsbereitschaft seitens der Eltern geführt haben könnte. Dafür spräche, dass in der Interventionsgruppe über die Hälfte der PatientInnen keine signifikante klinische Veränderung auf intraindividuelle Ebene zeigte und es in 4 Fällen (19.1 %) sogar zu einer Verschlechterung der Problematik kam. Zum anderen detektierten Moderatoranalysen eine hohe initiale Belastung als bedeutsamen Prädiktor für Therapieerfolge (vgl. 3.7), sodass man auch zu der Annahme kommen könnte, dass Effekte für Internalisierungen unterschätzt wurden durch eine Patientenselektion mit leichter initialer Symptomlast. Zudem muss erwähnt werden, dass interventionelle klinische Stichproben teilweise ein verzerrtes Bild zeigen, da PatientInnen mit leichter psychiatischer Symptomatik und Spontanremissionen das professionelle Klima weniger aufsuchen als komplexere Fälle (Fehm et al. 2005). Zudem zeigen heterogenisierte Stichproben (d. h. stark und schwach Beeinträchtigte) statistisch hohe Varianzen und damit geringere Effekte. Weiterführende Studien sollten einen Erklärungsbeitrag über Motive und Motivation einer (Nicht)-Teilnahme zu den einzelnen Messzeitpunkten leisten, um diese Forschungslücke zu schließen.

4.1.2 Effekte auf Elternebene

Postinterventionell zeigte sich eine signifikante Reduktion des elterlichen Stresserlebens ($\eta_p^2 = .66$, $d = 1.34$) auf ein Durchschnittsniveau. Zu diesen Ergebnissen kamen auch weitere klinische Wirksamkeitsstudien im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, in denen meist von mittleren Effekten für die Abnahme elterlicher Belastung berichtet wird ($d = .35$ – $.71$) (Clark und Jerrott 2012; Ise et al. 2015; Krause et al. 2018; Bodenmann et al. 2008), wobei nur die kanadische Studie von Clark und Jerrott (2012) ein tagesklinisches Setting aufwies. Therapieeffekte auf Elternebene werden auf verschiedene Faktoren zurückgeführt:

(a) Therapeutische Settings mit Eltern-Kind-Arbeit zeigen in unterschiedlichen Settings oft die simultane Reduktion elterlichen Stresserlebens und psychiatrischer kindlicher Symptomatik (Ise et al. 2015; Müller et al. 2015; Krause et al. 2018; Bodenmann et al. 2008; Thomas und Zimmer-Gembeck 2007). Dieser Zusammenhang wird zum einen auf die Reduktion des elterlichen Belastungsempfindens durch die Verringerung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zurückgeführt (Eichler et al. 2014; Stadelmann et al. 2010; Cina und Bodenmann 2009; Briggs-Gowan et al. 1996). Zum anderen finden sich in der Literatur aber auch Hinweise dafür, dass eine elterliche Entlastung einen positiven Effekt auf den Umgang der Eltern mit den Kindern hat (Belsky et al. 1991; Webster-Stratton 1990; Cina und Bodenmann 2009; Abidin 1992; Mash und Johnston 2009). V. a. Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme seitens der Kinder führen bei psychisch kranken Eltern zu einer enormen Stresswahrnehmung (Stadelmann et al. 2010; Saile et al. 1999), welche sich in der vorliegenden Studie durch eine Reduktion der Externalisierungen zeigte.

(b) Zum Stressabbau auf Eltern- und Kindesebene findet systemtherapeutisch eine Stärkung der individuellen und familiären Ressourcen statt. Die Einwirkungen von Stress auf die Elternschaft beeinflusst kindliche Verhaltensstörungen (Belsky 1984; Abidin 1992; Cina und Bodenmann 2009). So konnte in anderen Studien gezeigt werden, dass kindliche Verhaltensauffälligkeiten mit dem Stress der Mutter und dem Erziehungsverhalten korrelieren, das Erziehungsverhalten wiederum vom eigenen Stress, dem Befinden und der Kommunikation innerhalb der Partnerschaft moderiert wird (ebd.).

(c) Irlbauer-Müller et al. (2017) zeigten, dass belastete Eltern psychische Symptome ihrer Kinder höher einschätzten als unbelastete Eltern oder TherapeutInnen. Eichler et al. (2014) zeigten, dass die eigene Belastung und die psychischen Symptome der Kinder in

einer Probandengruppe mit kranken Kindern von den Eltern höher angegeben wurde als in einer unauffälligen Kontrollgruppe und schlussfolgerten, dass die Wahrnehmung der Eltern mit höherem Stresspegel auch auf die Wahrnehmung ihrer Kinder einwirkt und sie nach ihrer Wahrnehmung kränker erscheinen ließ. Andersherum schätzten sich Kinder mit belasteten Eltern wesentlich weniger auffällig ein. Daraus ergibt sich zum einen die Frage, inwieweit die verwendeten Angaben der Eltern über die psychiatrische kindliche Symptomatik durch elterliche Einschätzung verzerrt sein könnten. Zum anderen sollten weitere familienbasierte Ansätze zur Stressreduktion therapeutisch erwogen werden, da bspw. Achtsamkeitstrainings bei ADHS ebenfalls positive Effekte auf eine Stressreduktion gezeigt haben (Lo et al. 2020).

(d) Zuletzt muss diskutiert werden, inwieweit Therapieeffekte auf eine Verbesserung der eigenen elterlichen psychischen Situation zurückzuführen sind. Stadelmann et al. (2010) zeigten, dass kindliche Verhaltensauffälligkeiten bei Eltern mit psychischer Erkrankung eine höhere Belastung auslösen als bei subjektiv gesunden Eltern. V. a. Depressionen auf Seiten der Eltern sind die wichtigsten Risikofaktoren für kindliche Verhaltensauffälligkeiten (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2015; Downey und Coyne 1990; Plass et al. 2016; Wiegand-Grefe et al. 2009; Batten et al. 2012). Durch das Aufbrechen des Circulus vitiosus (eigene elterliche und psychiatrische kindliche Belastung) (Elgar et al. 2007) könnte es zu einer Besserung eigener elterlicher Symptomatik kommen. Diese könnte direkt über das eigene geänderte Verhalten oder indirekt über die Einschätzung der kindlichen Problematik entstehen, da gerade Eltern mit eigenen psychiatrischen Symptomen zu einer verzerrten Wahrnehmung ihrer Kinder neigen. Gerade depressive Mütter nehmen die Symptome ihrer Kinder stärker wahr (Moretti et al. 1985; Breslau et al. 1988). In das Therapiekonzept etablierte Elterntrainings verbessern die psychische Situation der Eltern (Hutchings et al. 2002; Müller et al. 2015; Liwinski et al. 2015; Ise et al. 2015). Gunlicks und Weissmann (2008) zeigten zudem, dass eine Verbesserung der depressiven Symptomatik durch systemische Interventionen der Eltern zu einer geringeren Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder führte, während Foster et al. (2008) den gleichen Effekt für eine medikamentöse Therapie der Mutter mit Major Depression für eine Verbesserung der internalisierenden Symptome der Kinder zeigte. Allerdings zeigten van Loon et al. (2011) und Patterson et al. (2004), dass therapeutische Effekte bei Kindern depressiver Mütter im Vergleich zu nicht depressiven Müttern geringer ausfielen. Da sich der Elternstressfragebogen durch seine Anwendbarkeit bei Vorliegen von Psychopathologien bei Eltern und Kinder bewährt hat (Tischler und Petermann 2011), zeichnet sich hier eine methodische Stärke der Studie ab.

4.1.3 Klinische Relevanz der akuten Therapieeffekte und Therapieversagen

Die klinische Relevanz der Ergebnisse wurde nach Jacobson und Truax bewertet. Unter Berechnung des RCIs (Bedingung 1) zeigten sich auf intraindividuelle Ebene starke bedeutsame Verbesserungen in der externalisierenden Symptomatik (52.4 %) und ein Rückgang des elterlichen Stresserlebens (35 %), während lediglich 14.3 % der Kinder klinisch relevante Veränderungen in der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung zeigten, was auf Grund der deutlichen Therapieeffekte in den Mittelwertsunterschieden überrascht.

Vergleichbare Studien zeigten je nach Beobachter große Spannweiten im RCI von 62.7 %-66.7 % für klinische signifikante Veränderungen in der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, 55.8 %–61.1 % für Externalisierungen und 33.5 %–42.6 % für Internalisierungen (Müller et al. 2015; Krause et al. 2018), in denen der prozentuale Anteil der Mädchen allerdings deutlich höher lag und das durchschnittliche Alter 1.8 Jahre jünger war. Ein weiterer Unterschied zeigte sich im z. T. deutlich höheren Anteil emotionaler Störungen (F93) dieser Studien, während in der vorliegenden Studie eher hyperkinetische Störungen (F90) vorlagen. Der Therapieerfolg hängt bspw. von der hier nicht erfassten Behandlungsmotivation der PatientInnen und der Familie ab, welche sich bspw. über die psycho-sozialen Ressourcen und der Art der Überweisung (Eigenmotivation/Fremdmotivation) zeigt (Wergeland et al. 2016; Wilson et al. 2012). Zum anderen können komplizierte inner- und außerfamiliäre Situationen, Partnerschaftsprobleme, neue intrafamiliäre Strukturen (z. B. Stärkung der Position der Mutter), die zu neuen Konflikten führen können, sowie unterschiedliche Zeitpunkte der Messung („Erstverschlimmerung“ vs. „Anfangseuphorie“) fehlende messbare Veränderungen bewirken. Während die Einwirkungen eigener Psychopathologien seitens der Eltern bereits vielfach dargestellt wurden (s. o.) können auch kindliche Komorbiditäten ungünstige Therapieverläufe bewirken (Liber et al. 2010; Keeley et al. 2008).

Als weitere Faktoren sind die Haltung und Umsetzungskompetenz psychologischer Lernstrategien der Eltern zu nennen (Crawford und Manassis 2001). Zudem hängen Therapieverläufe mit der Qualität und Zufriedenheit der therapeutischen Beziehung von TherapeutInnen und Fachpersonal zu Eltern und Kindern ab (Kronmüller et al. 2003; Roberts et al. 2015). Zuletzt sollte geprüft werden, inwieweit fehlende Veränderungen der PatientInnen auf eine insuffiziente Behandlung, Indikationsfehler, vorzeitige Abbrüche der Behandlung oder seltene Teilnahme an Therapiemodulen zurückzuführen sind (Rachman 2004; Keeley et al. 2008).

Hinsichtlich der Reduzierung von PatientInnen mit einer Symptomatik im dysfunktionalen Bereich (Bedingung 2) zeigte sich eine durchschnittliche Abnahme von 23.8 %P für die kindliche psychiatrische Gesamtbelastung und 38.1 %P für Externalisierungen. Die Vergleichbarkeit dieser Werte ist durch unterschiedliche Testverfahren und Cut-offs nur eingeschränkt möglich. Vergleichbare Studien wiesen aber eine durchschnittliche Abnahme von 29 %P für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung ($R = 14.5\text{--}42.7$) und 24 %P ($R = 14.5\text{--}33.3$) für Externalisierungen auf (Döpfner et al. 2020; Krause et al. 2018; Müller et al. 2015; Bodenmann et al. 2008). Im elterlichen Belastungserleben zeigte sich eine geringere Abnahme von 16.2 %P mit immerhin noch 60 % der Eltern posttherapeutisch im dysfunktionalen Bereich. Clark und Jerrott (2012) zeigten eine posttherapeutische Reduktion des Stresserlebens um 28 %P auf kindbezogener und 10 %P auf elternbezogener Ebene des Parenting Stress Index (PSI), während Krause et al. 2018 eine Reduzierung von PatientInnen im dysfunktionalen Bereich um 39.6 %P im Eltern-Kind-Setting zeigen konnte. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass weitere therapeutische Maßnahmen auf Elternebene indiziert sind.

Eine methodische Einschränkung ergibt sich aus der Berechnung des RCIs, da Einzelpersonen mit Werten einer Normstichprobe verglichen wurden und nicht mit einer unbehandelten Stichprobe erkrankter Personen, da Veränderungen je nach anfänglichem Schweregrad variieren (Malewski 2004). Steyer et al. (1997) kritisierten zudem, dass in diesem Index das Messfehlerproblem Regression zur Mitte stark zum Tragen käme. Die klinische Signifikanz kann jedoch auch zur Identifizierung von PatientInnen beitragen, die sich weniger ändern als erwartet, sodass Indikationen und Behandlungspläne entsprechend überprüft werden können (Schmitz und Davies- Osterkamp 1997). Insgesamt muss diskutiert werden, inwieweit die verwendeten Indizes die Effekte adäquat beschreiben, da auch geringe positive Änderungen das subjektive Wohlbefinden stark beeinflussen können. Da psychotherapeutische Prozesse selten in ihrer Gänze vollständig zu erfassen sind, sollte das Ziel der Evaluation evidenzbasierter Psychotherapie sein, spezifische Wirkkomponenten zu detektieren zur Optimierung von Interventionsmethoden und um die Differenz zwischen individualisierter und standardisierter Behandlung besser zu verknüpfen (Goldbeck 2011). Zuletzt sollte auf die Schwierigkeit einheitlicher Evaluation heterogener Krankheitsbilder hingewiesen werden, nicht nur auf Grund individueller Behandlungsverläufe, sondern auch allgemein unterschiedlicher Behandlungsprognosen der jeweiligen Störungsbilder. Beim Vergleich verschiedener Studien an unterschiedlichen Institutionen muss zudem auf die Risikoadjustierung hingewiesen werden, da sich die Einrichtungen hinsichtlich ihrer Konzepte unterscheiden und unterschiedliche Patientenmerkmale grundsätzlich eine gewisse Selektion induzieren (Schulz et al. 2004).

4.2 Ergebnisse der Kontrollgruppe

Eine Evaluationsstudie sollte überprüfen, ob die therapeutische Veränderung über der Spontanheilungsrate einer unbehandelten Vergleichsgruppe liegt (Malewski 2004). Es kam zu keiner Veränderung der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, Externalisierungen und des elterlichen Stresserlebens über den Messzeitraum, mit Ausnahme einer signifikanten Reduktion der internalisierenden Symptomatik mit mittlerer Effektstärke ($d = .53$). Die Ergebnisse unterstreichen die Annahme starker Chronifizierungstendenzen externalisierender Verhaltensweisen ohne Intervention (Beyer et al. 2012; Verhulst und van der Ende 1992; Pihlakoski et al. 2006; Hölling et al. 2014; Laucht et al. 2000). Die Veränderungen auf internalisierender Ebene hingegen stehen im Widerspruch zur angenommenen Stabilität internalisierender Problematiken dieser Altersklasse (Verhulst und van der Ende 1992; Ashford et al. 2008; Lavigne et al. 2001). Die Autoren van der Valk et al. (2003) und Bartels et al. (2004) führen die starke Persistenz psychischer Symptome unter anderem auf genetische Faktoren zurück und gehen von einem sich gegenseitig bedingenden und aufrechterhaltenden Geflecht langjähriger verschiedener Einflussfaktoren aus, welche ohne Intervention konstant bleiben. Vergleichbare klinische Therapiestudien im deutschsprachigen Raum zeigten über unterschiedliche Zeiträume (4 Wochen–1 Jahr) keine oder schwache Effekte mit einer Reduktion der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($d = 1.061–1.461$) (Bodenmann et al. 2008; Krause et al. 2018; Ise et al. 2015) und keine Effekte oder sogar schwache Zunahme von elterlichem Stresserleben ($d = 1.031–1.31$) (Ise et al. 2015; Krause et al. 2018; Bodenmann et al. 2008). Externalisierende oder internalisierende Symptome zeigten hingegen keine Veränderungen über einen unbehandelten Kontrollzeitraum (Ise et al. 2015; Krause et al. 2018), allerdings innerhalb einer kürzeren Zeitspanne als in der vorliegenden Studie ($M = 3.5$ Wochen vs. $M \approx 13$ Wochen).

Bedeutsam bei der Interpretation der Veränderung der internalisierenden Ebene ist der fehlende simultane Rückgang elterlicher Belastung, sodass die kindliche Belastung keine Veränderung seitens der Eltern bewirken konnte. Dies könnte zum einen daran liegen, dass Eltern zu einer verzerrten Wahrnehmung kindlicher Symptomatik neigen, aber zum anderen auch, dass elterliche Veränderungsprozesse womöglich länger dauern und intensiverer Beachtung bedürfen. Dafür spricht, dass auch in der Therapiegruppe der Wechsel vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich vergleichsweise milde ausfiel. Zudem unterstützen die Ergebnisse die Annahme, dass es keine Spontanremission im Stresserleben gibt und Erziehungsstress eher auf chronische und nicht auf kurzzeitige höhere Anforderungen zurückzuführen ist.

Die Veränderungen auf internalisierender Ebene könnten methodisch auf wiederholte Messungen innerhalb einer schwankenden Symptomatik zurückzuführen sein oder auf die klinische Beobachtung, dass erste dynamische Prozesse bereits in der Vorphase der Therapie beginnen durch Anfangsmotivation, Hoffnung und therapeutische Zuwendung. Gegen beide Theorien spricht die alleinige Veränderung auf internalisierender Ebene. Spontanremissionen sind in der Literatur unter anderem beschrieben für Trennungsängste im Kindergartenalter und vereinzelt für emotionale Störungen (Kearney et al. 2003), wobei ungünstige familiäre Bedingungen, Komorbiditäten und ein langer Leidensweg als prognostisch ungünstig gelten (Vriends et al. 2014).

Zusammenfassend wäre es ratsam in folgenden Studien die dargestellten Ergebnisse durch weitere Messungen zu ergänzen, um die Dynamik innerhalb der Symptomatik besser abzubilden und zu überprüfen, wie stabil diese Symptomreduktionen sind und ob psychisch auffällige Kinder ohne Therapieplanung auch Veränderungen zeigen würden.

4.3 Therapieeffekte externalisierender vs. internalisierender Symptomatik

Des Weiteren sollte die Ausprägung der akuten Therapieeffekte in Hinblick auf die Art der Symptomatik analysiert werden. Es zeigte sich wie erwartet eine stärkere Reduktion in den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten als in den internalisierenden. Dafür lassen sich in der Literatur verschiedene Erklärungen finden. Zum einen wird angenommen, dass Eltern internalisierende Symptome ihrer Kinder in dieser Altersklasse schlechter erkennen (Hölling et al. 2014; Moretti et al. 1985) und sie von Kindern schlechter ausgedrückt werden können (Pihlakoski et al. 2006). Internalisierungen sind dabei oftmals weniger offensichtlich störend als externalisierende Verhaltensmuster, die sich bspw. durch Stören des Unterrichts bemerkbar machen (Bilz 2008). Zudem ist die Prävalenz internalisierender Verhaltensauffälligkeiten etwas niedriger und das Wissen gerade in den jüngeren Altersklassen geringer (Wichstrøm et al. 2012; Tandon et al. 2009). Andere Autoren hingegen fanden heraus, dass gerade psychisch erkrankte Elternteile für internalisierende Störungen ihrer Kinder sensibel sind (Briggs-Gowan et al. 1996). Dabei neigen selbstbetroffene Eltern (v. a. mit internalisierenden Störungen) aber auch zur Überschätzung externalisierender Verhaltensauffälligkeiten (Richters und Pellegrini 1989; Friedlander et al. 1986). Zu diesem Ergebnis kamen auch Müller et al. 2011 und vermuteten, dass kindliche Therapieeffekte durch eigene elterliche Übertragung selbst besser wahrgenommen werden könnten.

Kritisch zu diskutieren ist die Tatsache, dass die klinisch diagnostizierten internalisierenden Störungsbilder im Durchschnitt keine klinisch relevanten internalisierenden Auffälligkeiten zeigten. Das könnte daran liegen, dass die internalisierenden Symptome von den Eltern schlechter gedeutet werden konnten. Das bedeutet aber auch, dass die externalisierende Symptomatik in den internalisierenden Störungsbildern nicht zu unterschätzen ist und Eltern womöglich mehr Förderung in der Wahrnehmung ihrer Kinder brauchen. Zudem sollte die internalisierende Diagnostik hinterfragt werden, inwieweit die eingesetzten diagnostischen Methoden Störungsbilder in dieser Altersklasse korrekt erfassen. Für die Forschung bedeutet das zum einen, dass es fraglich ist, inwieweit eine Unterteilung nach Störungsbildern für zukünftige Untersuchungen sinnvoll erscheint. Zu diskutieren wäre, ob bspw. nur die kindlichen psychiatrischen Gesamtauffälligkeiten betrachtet werden sollten oder störungsbildspezifisch Fragebögen genutzt werden sollten, um Veränderungen zu erfassen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte zudem beachtet werden, dass Prozesse für Veränderungen internalisierender Problematiken länger dauern, die Reduktion begleitender externalisierender Symptome aber einen positiven Einfluss auf die Entwicklung nehmen kann (Goletz et al. 2013). Andersherum können internalisierende komorbide Problematiken ebenso von Elterntrainings profitieren (Chase und Eyberg 2008; Zwi et al. 2011) oder Therapieerfolge auf externalisierender Ebene zumindest nicht reduzieren (Döpfner et al. 2020). Es zeigte sich eine signifikante Reduktion externalisierender Verhaltensauffälligkeiten in beiden Störungskategorien, allerdings konnte keine signifikante varianzanalytische Interaktion von Gruppenzugehörigkeit (eher externalisierend/rein internalisierend) und Messzeitpunkt (T1, T2) gezeigt werden. Dies könnte zum einen an der geringen Stichprobe und an der gewählten Gruppeneinteilung liegen, da oftmals Komorbiditäten vorliegen und die Diagnostik in dieser Altersgruppe erschweren (Angold et al. 1999). Zum anderen war die überwiegende Anzahl der Teilnehmenden männlich, wobei Jungen in dieser Altersklasse eher externalisierende Problematiken aufzeigen (Hölling et al. 2014).

In Deutschland gelten mittlerweile bei vielen internalisierenden Störungen kognitiv-behaviorale Therapieansätze mit Elternbezug und bei externalisierenden Störungen behaviorale Elterntrainings als Goldstandard (Herr et al. 2015; Carr 2018). Verschiedene Metaanalysen und Reviews zur Wirksamkeit von Elterntrainings oder -interventionen bei internalisierenden Auffälligkeiten zeigten eine Verbesserung der Symptome mit kleinen bis mittleren Effekten (Barlow et al. 2010; 2014; Zwi et al. 2011). Dabei zeigte bspw. die

Übersichtsarbeit von Kaminski et al. (2008) über Evaluationen mit Elterntrainingsprogrammen bei Kindern im Alter von 0-7 Jahren, dass u. a. positive Interaktionen mit dem Kind und das Verbessern/Erlernen von Erziehungstechniken mit insgesamt größeren Effektstärken verbunden war. Interessanterweise kam man zu dem Schluss, dass internalisierende Problematiken mit einem besserem Outcome assoziiert waren als externalisierende (Cave: Verhältnis der Studienanzahl 1:4 [int:ext]). Man postulierte, dass das Stresserleben bei internalisierenden Störungen höher für das Kind als die Umgebung sein könnte und ein Einbezug der Eltern im therapeutischen Prozess und das Üben neuer Verhaltensweisen im altersentsprechenden Umfeld dementsprechend essentiell sei (ebd.).

Die dargestellten Ergebnisse sind insofern von zentraler Bedeutung, als dass eine frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung internalisierender Störungen Chronifizierungen und Rezidive verhindern kann (Sheikh et al. 2006) und geben Anlass zu Diagnostik- und Therapieüberlegungen. Das dargestellte Therapieschema folgt der Annahme, dass dem familiären Rahmen für die Entstehung und Aufrechterhaltung internalisierender Problematiken eine zentrale Rolle zukommt (Rapee 2012). Angststörungen in der frühen Kindheit sollten wegen möglicher Kopplung elterlicher Problematiken unter Einbezug der Eltern therapiert werden (Cierpka 2014), da ungünstiges Erziehungsverhalten mit der Entwicklung internalisierender Verhaltensauffälligkeiten assoziiert ist (Long et al. 2015; Guimond et al. 2012) und eine Entwicklung von externalisierenden Auffälligkeiten des Vorschulalters zu internalisierenden Auffälligkeiten in der späteren Entwicklung führt (Beyer et al. 2012; Hölling et al. 2007; Pihlakoski et al. 2006; Lavigne et al. 2001; Fischer et al. 1984). Neben Angststörungen (Barmish und Kendall 2005) konnten einzelne Studien auch Vorteile familienorientierter Ansätze für Depressionen belegen (Carr 2014; Diamond und Josephson 2005) oder zumindest keine Unterlegenheit (Liber et al. 2008). Nur spezifische Phobien scheinen bisher eher von Einzeltherapien zu profitieren (McKinnon et al. 2018).

Zusammenfassend ergibt sich die Notwendigkeit weiterführender Analysen über einen verzögerten Wirkeintritt therapeutischer Maßnahmen auf internalisierender Ebene. Die bereits nachgewiesenen positiven Effekte auf Externalisierungen in den internalisierenden Störungsbildern kann protektiv auf die Ausbildung externalisierender Störungen wirken und beweist die Effektivität der Therapie für die Reduktion externalisierender Komorbiditäten.

4.4 Langfristige Therapieeffekte in der Teilstichprobe

Auf Grund der geringen Fallzahlen konnten nur mit Einschränkungen Aussagen über die langfristige Stabilität der Therapieeffekte getroffen werden. In der Follow-up-Messung nach 5 Monaten (T3) im Vergleich zur Posttestung (T2) wurden bei einer Stichprobe von 9 PatientInnen keine weiteren Veränderungen der mittleren psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, Externalisierungen und des elterlichen Stresserlebens nachgewiesen werden. Eine Patientenselektion ist nicht auszuschließen, da womöglich vorrangig zufriedene Eltern an einer erneuten Befragung teilgenommen haben. Andere Studien zeigen meist nur schwache Effekte, da die Gruppengröße in Follow-up-Untersuchungen (Selektion) oft kleiner wird und die Umgebungsbedingungen gerade im Vorschulalter im ständigen Wandel sind (Lösel et al. 2006).

Clark und Jerrott (2012) hingegen zeigten, dass die Anzahl von PatientInnen mit externalisierenden Symptomen im dysfunktionalen Bereich posttherapeutisch zwar von 71% auf 36 % sank, im Follow-up aber wieder auf 61 % stieg, ebenso im Elternstress kindbezogener Dimensionen. Briegel (2016) kam im Rahmen der Langzeitevaluation der PCIT zu ähnlichen Ergebnissen, berichtete aber, dass sich die kindliche Belastung bei der Nachuntersuchung und bei Behandlungsbeginn signifikant unterschied, aber nicht signifikant vom Problemwert bei Behandlungsende. D. h. es kam zwischen Therapieende und Nachuntersuchung (ca. 3 Jahre) zwar zu einem erneuten Anstieg der kindlichen Belastung, dennoch war für 78.6 % der Fälle noch eine klinisch signifikante Verbesserung zu zeigen (ebd.). Diese positiven Langzeiteffekte decken sich weitgehend mit Ergebnissen der vorgestellten Studien (Clark und Jerrott 2012; Preyde et al. 2011; Sanders et al. 2007; Webster-Stratton et al. 2004; 2011) und unter (teil-)stationären Bedingungen (Krause et al. 2018; Ise et al. 2015; Bodenmann et al. 2008).

Eine Follow-up-Studie von Webster-Stratton et al. (2011) zeigte nach 8–12 Jahren in Hausinterviews und standardisierten Fragebögen mit Eltern und Jugendlichen, dass es postinterventionell zu einer weiterhin kontinuierlichen Abnahme der externalisierenden Symptome gekommen war von 20–25 % auf 12–16 %, allerdings ohne Kontrollgruppe. Die Ergebnisse waren abhängig vom Post-Outcome der PatientInnen, woraufhin die Autoren schlussfolgerten, dass die psychische Belastung am Ende der Behandlung als ein wichtiger Indikator langfristig stabiler Therapieeffekte gesehen werden kann. Eine andere deutsche Follow-up-Studie (6–12 Jahre) von Döpfner et al. (2020) zeigte zwar ebenfalls einen signifikanten Haupteffekt des Zeitfaktors (Posttest/Follow-up) für Externalisierungen und psychiatrische kindliche Gesamtbelastung, aber nicht für Internalisierungen.

Auch bei sozial und emotional belasteten Kinder und deren Eltern konnte eine langfristige Symptomreduktion nach tagesklinischer MFT nachgewiesen werden (nach 12–18 Monaten) (Süß-Falkenberg 2006). Die Ergebnisse stimmen mit Überlegungen aus einem Review von Carr (2014) überein, das neben der Ebenbürtigkeit familienbasierter Interventionen mit anderen etablierten Therapien zudem eine bessere Wirksamkeit in Bezug auf die Aufrechterhaltung von Verbesserungen nach Behandlungsende zeigte.

4.5 Einfluss des Alters auf akute Therapieeffekte

Die Abhängigkeit der Therapieeffekte auf Kindes- und Elternebene untermauert die Annahme, dass eine mehrdimensionale Therapie zur Stabilisierung der Therapieeffekte beitragen kann. Diese Ergebnisse zeigten sich weitgehend auch bei Krause et al. (2018) und Müller et al. (2015), während Liwinski et al. (2015) zeigten, dass Kinder und Eltern unabhängig voneinander profitieren können.

Entgegen der Erwartung konnte kein Einfluss des Alters auf den kindlichen Therapieerfolg nachgewiesen werden, sodass im Umkehrschluss davon ausgegangen werden kann, dass das angewandte Therapiekonzept für die verschiedenen Altersgruppen angemessen ist. Die Ergebnisse widersprechen der Annahme, dass gerade jüngere Kinder (0–6 Jahre, männlich) von therapeutischen Angeboten profitieren (Beelmann et al. 2014), um eine Chronifizierung zu vermeiden. Der elterliche Therapiegewinn wurde durch zunehmendes Alter des Kindes verstärkt. Zu diesen Ergebnissen kamen auch Liwinski et al. (2015), wobei die Kinder durchschnittlich 3 Jahre jünger waren, hauptsächlich internalisierende Störungen aufwiesen (F93.8, 43.7 %) und das Patientenkollektiv aus depressiven Müttern bestand. Das könnte bedeuten, dass ältere Kinder reifer waren und die Therapieerfolge bei ihnen dadurch für die Eltern deutlicher waren als bei jüngeren Kindern oder dass bei den jüngeren Kindern in dem gemessenen Zeitrahmen (bei Vorliegen von zusätzlichen Entwicklungsstörungen) Therapieerfolge nicht so schnell messbar werden. Zudem könnten Grundschulkinder durch die bessere Kommunikation ihren Eltern ein besseres Feedback über Veränderungen oder Gefühle geben. Derzeit werden in Deutschland nur wenige tagesklinische Behandlungskonzepte für Kinder ab 3-5 Jahren angeboten. Daraus resultieren wenige vergleichbare klinische Studien über tagesklinische Therapieerfolge in dieser Altersklasse, sodass der Effekt bei den Grundschulkindern nicht direkt einen Zusammenhang für spätere Interventionen und Behandlungserfolge vermuten lässt, sondern vielmehr die Dringlichkeit weiterführender Studien zur Erfassung von Therapieerfolgen jüngerer Kinder deutlich wird, um mehr Aufschluss und Vergleichsmöglichkeiten zu geben.

4.6 Zusammenhänge zwischen kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben

Die bivariaten Analysen zeigten, dass das elterliche Stresserleben signifikant mit der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung und der externalisierenden Symptomatik zusammenhing. Es konnte hingegen kein signifikanter Zusammenhang zwischen kindlichen Internalisierungen und elterlichem Stresserleben gezeigt werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit des stärkeren elterlichen Einbezugs in diagnostische und therapeutische Prozesse, bspw. in Form von Erlernen stressreduzierender Methoden. Darüber hinaus sollten Therapieeffekte auf Elternebene überprüft werden. Eine Schwierigkeit der Interpretation der Ergebnisse ergibt sich aus dem vielfach diskutierten eingeschränkten Urteilsvermögen der Eltern durch eigene Stressbelastung und eigene Psychopathologien.

Die Ergebnisse entsprechen Studien von Belsky et al. (1991), welche signifikante Zusammenhänge zwischen dem Aufwachsen in einer stressigen Umgebung und der Ausbildung von Verhaltensauffälligkeiten durch unsicheres Bindungsverhalten der Kinder zeigten. In seinem Prozessmodell beschrieb Belsky (1984) die Einwirkungen von Stress, Persönlichkeit der Eltern und Merkmale des Kindes auf das Erziehungsverhalten. Webster-Stratton (1990) zeigte, wie zusätzlich extrafamiliäre Stressoren (Arbeitssituation, sozio-ökonomischer Status) und interpersonale Stressoren (z. B. Eheprobleme) der Eltern zu einem eher strafend, kritischen und gereiztem Erziehungsstil führen, wodurch ungünstige Eltern-Kind-Aktionen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Kindes nehmen. Davon betroffen sind insb. Familien aus niedrigen Bildungsschichten mit einer Kumulation mehrerer Stressoren (Lyons-Ruth et al. 1993).

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den Überlegungen des von Cina und Bodenmann (2009) konstruierten Modells, welches Zusammenhänge von mütterlichem ($r = .24$) und väterlichem Stresserleben ($r = .12$) auf kindliches Problemverhalten untersuchte. Interessanterweise zeigte sich dabei ein direkter Einfluss des mütterlichen Belastungserlebens auf die väterliche Einschätzung des kindlichen Problemverhaltens und dass das mütterliche Befinden und ihre Kommunikationsqualität in Konflikten über das Erziehungsverhalten indirekt ihre kindliche Wahrnehmung beeinträchtigt. Das wiederum bedeutet allerdings auch, dass therapeutische Interventionen auch ohne Partner durch Verbesserungen der Erziehungstechniken der Mutter und Verringerungen des eigenen Stresserlebens positive Effekte auf die Eltern-Kind-Beziehung und das Befinden des Vaters Einfluss nehmen können.

Durch die enge Verzahnung von elterlichem Stresserleben und kindlichen Psychopathologien ist somit auch ein Profit auf mehreren individuellen und familiären Ebenen möglich, welche in Gänze kaum zu erfassen ist. Das bedeutet auf der einen Seite, dass mehrere und schwächere Mitglieder der Familie gleichzeitig therapeutisch gestärkt werden können, aber zeitgleich auch, dass durch die enge Verzahnung von Kind und Eltern eine beidseitige intensive Therapie angemessen erscheint.

Es wurden keine Zusammenhänge von kindlichen Internalisierungen und elterlichem Stresserleben nachgewiesen. Das könnte zum einen daran liegen, dass Eltern, wie bereits beschrieben, die internalisierenden Auffälligkeiten ihrer Kinder schlechter deuten können (Cantwell et al. 1997; Edelbrock et al. 1986). Zum anderen bedeutet das aber auch, dass Kinder durch ihre Internalisierungen womöglich einer höheren Stressbelastung ausgeliefert sind als ihre Eltern (Kaminski et al. 2008). Unter diesem Aspekt stellt sich die Frage, inwieweit dennoch bei den Eltern eine Stressreduktion stattgefunden hat und ergibt Anlass zu Überlegungen, inwieweit kindliches Stresserleben mehr Beachtung im diagnostischen und therapeutischen Prozess finden sollte. Darüber hinaus sollte nicht unerwähnt bleiben, dass elterliche Belastung durch mehrere Faktoren induziert wird. Dazu zählen nicht nur allgemeine Risikofaktoren wie Arbeit, ungünstiges psycho-soziales Umfeld, schlechte finanzielle und Wohnsituation (Liwinski et al. 2015), sondern auch familiäre Aspekte wie Partnerschaftsprobleme, weitere psychiatrische oder somatische Erkrankungen innerhalb der Familie (Webster-Stratton 1990). Anknüpfende Studien sollten sich mit der Rolle dieser Risikofaktoren im therapeutischen Prozess beschäftigen, um noch gezielter eine elterliche Stressreduktion zu bewirken

4.7 Methodische Einschränkungen, Stärken und zukünftige Untersuchungen

Die vorgestellten Ergebnisse unterliegen einigen methodischen Einschränkungen, welche im Folgenden besprochen werden. Evaluationsforschung sollte systemisch-empirische Forschungsmethoden anwenden, um Aussagen über Effektivität, Konzept und Implementierung der Intervention treffen zu können (Bortz und Döring 2015) und die Verwendung meist öffentlicher Gelder zu legitimieren (Stockmann 2000). Die dargestellten Ergebnisse entsprechen den gemessenen Effektstärken vergleichbarer randomisiert kontrollierter Studien (s. o.). Der prospektive Ansatz und das Vorhandensein einer Kontrollgruppe untermauern die Aussagekraft dieser Interventionsstudie. Unter naturalistischen Bedingungen (Feldexperiment) wurden Daten im Rahmen der alltäglichen klinischen Routineversorgung erhoben und ausgewertet, sodass eine weitgehend

repräsentative Darstellung des klinischen Konzepts in Anwendung an einem heterogenen Patientenkollektiv gezeigt werden konnte. Bzgl. des Studienablaufs und der Datenauswertung ergeben sich dennoch einige Einschränkungen. Zunächst ist eine Stichprobenselektion durch Ein- und Ausschlusskriterien der Studie, Zusammenstellung der therapeutischen Behandlungsgruppe, hohe Drop-out-Quoten und allgemeine (Kontra-)Indikationen der tagesklinischen Intervention nicht auszuschließen. Stärker belastete Familien oder Hochrisikofamilien wurden bspw. bevorzugt aufgenommen, weisen aber eine höhere Drop-out-Rate auf (Hansson et al. 1992) und benötigen teilweise individuelle intensivere Therapieangebote (Carr 2018). Anknüpfende Studien sollten sich dementsprechend mit weiterführenden Analysen über Motive und Motivation der Eltern bei der Beantwortung der Fragebögen befassen, um eine Reduktion der Drop-out-Rate zu erzielen. Zentrale Überlegungen hierzu sollten sich in der Interventionsgruppe mit ausbleibend wahrgenommenen Veränderungen beschäftigen und Aussagen über die Fähigkeit der Umsetzung der Eltern des Therapieprogramms beinhalten. In der Kontrollgruppe könnten Situationsveränderungen (deutliche Verschlechterungen im Stress- oder Symptomniveau), Schamgefühl und Resignation, aber auch Spontanremissionen einen fehlenden Datenrücklauf bewirkt haben.

Aus dem Versuchsablauf ergaben sich einige Schwierigkeiten für die Aufstellung einer Kontrollgruppe mit einem effektiven Rücklauf der Fragebögen von lediglich 30 % verwendbarer Fragebögen. Als Fehlerquelle sollte eine Überforderung der Eltern mit der Beantwortung der Fragebögen in Betracht gezogen werden, wobei die verwendeten Messinstrumente den Anspruch haben, selbsterklärend auch für Eltern mit niedrigem Bildungsniveau verständlich zu sein (vgl. 2.2). Komplexe psychosoziale Umstände, Antriebslosigkeit, Vermeidung der Auseinandersetzung und Verschriftlichung der eigenen und kindlichen Problematiken kommen als weitere Ursachen des Datenverlustes in Betracht. Hieraus ergibt sich ein wichtiger Hinweis in Hinblick auf die Optimierungsfunktion der Evaluationsforschung (Stockmann 2000). Wartezeiten sollten möglichst kurz gehalten werden, Methodenerweiterungen bspw. in Form professionell begleiteter Befragungen sollten in Betracht gezogen werden und eine engere Anbindung der geplanten PatientInnen an die Klinik sollte in der prästationären Phase erfolgen, um eine effiziente Ergebnisforschung und klinische Versorgung zu gewährleisten. Insgesamt bleibt somit ebenfalls offen, ob durch den Datenausfall der Kontrollgruppe Symptomreduktionen oder schwerwiegende Fälle analytisch über- oder unterschätzt wurden.

Zudem muss auf die fehlende Randomisierung der Probanden in Experiment- und Kontrollgruppe hingewiesen werden, da sich die Zuteilung aus dem Zeitpunkt der

Aufnahme ergab, was aus der Datenerhebung unter naturalistischen Bedingungen im Sinne der Versorgungsforschung resultierte. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch Gruppeneffekte scheint durch die vorangeführten statistischen Analysen allerdings unwahrscheinlich. Die Studienstichprobe unterschied sich in Hinblick auf die Geschlechterverteilung und das Diagnosespektrum im Vergleich zu aktuellen epidemiologischen Studien (Ravens-Sieberer et al. 2007) und vergleichbaren Interventionsstudien (Müller et al. 2015; Krause et al. 2018; Ise et al. 2015) mit einem höheren Anteil männlicher Probanden, wobei bspw. Müller et al. (2015) das Geschlecht nicht als moderierende Variable des Therapieeffekts identifizieren konnte, im Gegensatz zur Präventionsforschung von Beelmann et al. (2014). Es muss davon ausgegangen werden, dass das Geschlechterverhältnis der externalisierenden Verhaltensstörungen in dieser Altersklasse zugunsten der Jungen verschoben ist, diese eher wahrgenommen werden und eher zu elterlicher Stressbelastung führen.

Mehrzeitige Befragungen erhöhen auf der einen Seite die interne Validität der Studie, können gleichzeitig aber auch zu nachlassender Motivation seitens der Eltern führen. Zugleich besteht bei Testwiederholungen die Gefahr für Regressionseffekte, indem nachfolgende Werte nach ausgeprägter Erstmessung bei einer Befragung im Durchschnitt näher am Gruppenmittelwert liegen (Regression zur Mitte) (Kleist 2006). Auf Grund individueller Therapieverläufe sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich PatientInnen bei Folgebefragungen in unterschiedlichen Phasen befinden, was erheblichen Einfluss auf das Messergebnis haben könnte. Durch Neubewertung der Situation und erlernte Verbesserung der Reflektion und Wahrnehmung des eigenen Handels und der Umgebung entwickeln PatientInnen auch neue Perspektiven (Schweitzer et al. 2007). Veränderungen langbestehender Symptomatiken unterliegen teilweise langwierigen Prozessen und werden dementsprechend zeitverzögert verarbeitet und wahrgenommen. Eine 1-Jahres-Follow-up-Messung von Barlow et al. (2014) zeigte bspw. einen erneuten Anstieg elterlicher Belastung nach einem Jahr, sodass weitere langfristige Messzeitpunkte sinnvoll erscheinen.

Der methodische Einsatz von Ratingskalen in Selbstauskunft als Hauptbestandteil der psychologischen Forschung birgt die Gefahr für Urteilsfehler bei der Trennung von wahren Merkmalsausprägungen und Fehleranteilen (Saal et al. 1980; Bortz und Döring 2015; Greve et al. 1997). Diese Rater Bias können nach Hoyt (2000) durch unterschiedliche Interpretationen der eingesetzten Ratingskala oder der Wahrnehmung des zu beurteilenden Merkmals entstehen. Zu nennen sind bspw. die Tendenz zur Mitte, d. h. das Favorisieren mittlerer Kategorien einer Ratingskala im Gegensatz extremer

Antworten (Saal et al. 1980), die Tendenz zur Strenge oder Milde (Eckes 2005) und der Halo-Effekt, d. h. die Tendenz ein Objekt bzgl. verschiedener Merkmale gleich einzustufen durch ein globales Urteil, welches die Einzelbeurteilungen überlagert (ebd.). Eine Möglichkeit die Tendenz zur Mitte auszuschließen ist eine gerade Anzahl wählbarer Skalenwerte zu genieren (gegeben im ESF, nicht in der CBCL), damit eine Tendenz der Antwort gefordert wird (Greve et al. 1997). Zu beachten sind darüber hinaus willkürlich manipulierte Antwortveränderungen, um einem sozial erwünschten Verhalten zu entsprechen (Söhnchen 2009). So könnten Eltern posttherapeutische Ergebnisse überbewerten oder Eltern der Warteliste eine erhöhte Symptomlast beschreiben, um eine Behandlung zu rechtfertigen oder zu beschleunigen. Durch die genannten Verzerrungen der Beurteilungsfehler und durch weitere potentielle Fehlerquellen, die sich aus dem Studienablauf und der Methodik ergeben, sollten die Ergebnisse einzelnen Studien grundsätzlich hinterfragt werden (Hunter et al. 1982) und weitere Perspektiven für möglichst objektive Beurteilungsverfahren diskutiert werden (Eckes 2005; Linacre und Wright 2002). Dabei sind persönliche Befragungen vorzuziehen (Spector 2006).

Anknüpfende Arbeiten sollten das Stichprobendesign dementsprechend multiperspektivisch erweitern, um die Aussagekraft der Daten zu stärken. Zusätzlich erhobene Daten von LehrerInnen und ErzieherInnen zur Symptomlast der PatientInnen in Form des (C)-TRF konnten auf Grund starker zeitlicher Heterogenität im Rücklauf und unvollständiger Datensätze nicht berücksichtigt werden. Eltern beurteilen Auffälligkeiten ihrer Kinder meist sehr viel höher als ErzieherInnen und TherapeutInnen (Müller et al. 2015; Bodenmann et al. 2008; Stemmler et al. 2007), v. a. bei starken Auffälligkeiten, wobei bestimmte Symptome wie emotionaler Rückzug und Aufmerksamkeitsprobleme mehr von ErzieherInnen wahrgenommen werden (Kuschel et al. 2007). Döpfner und Petermann (2012) sehen die Ursache dafür in unterschiedlichen Wissenszuständen und Urteilsbedingungen sowie in Simulations- und Dissimulationstendenzen und situationsspezifisch unterschiedlichem Verhalten.

Hinzu kommt, dass höhere elterliche Belastung mit größeren Urteilsdifferenzen einhergeht (Mattejat und Schulte-Markwort 2013; Eichler et al. 2014; Stadelmann et al. 2010), sodass bspw. Irlbauer-Müller et al. (2017) schlussfolgerten, dass elterliche Belastung systematisch erfasst werden sollte, um Elternangaben kritischer zu reflektieren und deren Einbezug in diagnostische und therapeutische Entscheidungen sorgfältiger abzuwägen. Stemmler et al. (2007) wiesen auf die Dringlichkeit des stärkeren Einbezugs von Vätern in Präventions- und Interventionsprogrammen hin. Väter nahmen oft nicht regelmäßig an Therapiesitzungen teil und würden ihre Rolle weniger in der Kindererziehung als in der

Berufstätigkeit sehen. Erziehungs- und Therapieeffekte werden von Vätern deutlicher wahrgenommen, wenn sie selbst Teil der Intervention sind (Webster-Stratton et al. 2004). Dieser Aspekt wurde in der vorliegenden Studie vernachlässigt und wäre somit in folgenden Studien genauer zu untersuchen. Die begrenzten Daten der Literatur, die sich explizit auf die Ergebnisse für Väter konzentrieren, zeigten eine statistisch signifikante kurzfristige Verbesserung der väterlichen Stressbelastung in elternzentrierten Interventionsprogrammen (Barlow et al. 2014). Darüber hinaus könnten eigene Veränderungen und Beeinträchtigungen aus Kindersicht erfasst werden. Ein zentrales Ziel sollte es darüber hinaus sein, dass wahrgenommene Änderungen der Symptomatik und des Empfindens durch die Eltern zu einer fortbestehenden Compliance an (sozial-)psychiatrische Dienste führen.

Subskalenanalysen könnten weiteren Aufschluss über therapeutische Wirkfaktoren geben, welche den Umfang dieser Studie überschritten hätten. Veränderungen in der Partnerschaft sind bspw. weniger zu erwarten, da sich im therapeutischen Prozess hierauf weniger konzentriert wird, während in der Rollenrestriktion eine Veränderung zu erwarten wäre bspw. durch Stärkung der Autonomie der Mutter. Die quantitative Datenerfassung dient der Überprüfung der Therapieziele und sollte durch qualitative Analysen ergänzt werden. Bspw. sollten Aussagen über die Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess und weitere Faktoren, welche auf Stress einwirken und Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, identifiziert werden (Saltzman 2010; Lippe et al. 2016).

Ebenso unterliegen die Ergebnisse auf Grund der statistisch eingesetzten Methoden einigen Einschränkungen. Das Bestimmtheitsmaß der Regressionsanalyse steigert sich bspw. nicht nur durch vermehrte Varianzaufklärung, sondern auch durch die Anzahl der Prädiktoren, die in das Modell einfließen (Schneider et al. 2010). Multiple lineare Regressionen unterschätzen dabei nicht-lineare (d. h. kurvilineare) Zusammenhänge (Eckstein 2013). Wenn der tatsächliche Zusammenhang zwischen der abhängigen und unabhängigen Variable nicht der Linearitätsannahme entspricht, könnte demzufolge zum einen ein kubischer Zusammenhang vorliegen, aber auch ein signifikantes Ergebnis zustande kommen, welches nur für einen Teil der Werte zutrifft (Baltes-Götz 2019). Da die Untersuchung auf einer klinischen-universitären Stichprobe im Rahmen der kinderpsychiatrischen Grundversorgung basiert, sollten die Ergebnisse auf andere tagesklinische bzw. ambulante Versorgungsinstitutionen im deutschsprachigen Raum übertragbar sein, wobei multizentrische Studien mit größeren Fallzahlen langfristig nötig sind, um die Ergebnisse zu untermauern. Zudem muss mit Veränderungen im Versorgungssystem und -bedarf infolge der COVID-19-Pandemie durch steigenden

familiären Stress, Kontaktbeschränkungen und steigende häusliche Gewalt gerechnet werden (Schlack et al. 2020). Die externe Validität wurde durch den Einbezug von Komorbiditäten und heterogene Gruppenkonstellationen unter naturalistischen Bedingungen erhöht, ist aber durch fehlende Manualisierung des Therapieprogramms und -zeiten gefährdet. Eine systematische Stichprobenselektion konnte durch statistische Analysen der Störvariablen und der Darstellung individueller Therapieverläufe weitgehend kontrolliert werden, wobei (Kontra-)Indikationen, Fremdsprachenbarriere und klinikinterne Prozesse (bevorzugte Aufnahme stark belasteter Familien und konzipierte Gruppenkonstellationen) die interne Validität der Studie gefährden.

Gemäß der Anforderungen des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS) (Mattejat und Remschmidt 2006), einem modularen System für psychisch kranke Kinder und Jugendliche der alltäglichen Routineversorgung, zählen zu den Stärken dieser Studie eine hohe Datenqualität durch Einsatz standardisierter Messverfahren mit überprüfter Reliabilität und Validität, die Transparenz für die Familie und alle Beteiligten und die Einhaltung des Datenschutzes. Dagegen zeigte sich innerhalb der Kontrollgruppe eine eingeschränkte Realisierbarkeit, Akzeptanz und Praktikabilität der Befragung durch die telefonische Kontaktaufnahme.

Darüber hinaus müssen Einschränkungen durch das tagesklinische Konzept diskutiert werden. Es gibt Hinweise, dass Alleinerziehende oder wirtschaftlich und sozial benachteiligte Familien von Elterntrainingsprogrammen weniger profitieren (Lundahl et al. 2006; Carr 2018) und v. a. Risikofamilien individuelle flexible Therapielösungen benötigen, die sensibel auf ihre Bedürfnisse und Ressourcen eingehen (Zwönitzer et al. 2015; Lundahl et al. 2006). Psychische Störungen seitens der Eltern (v. a. mütterliche Depression) verlangen zusätzlich höhere Anforderungen (van Loon et al. 2011). Des Weiteren muss im tagesklinischen Setting mit einem niedrigeren Personalschlüssel als vollstationär das gleiche diagnostische und therapeutische Niveau, Milieuthérapie und Rufbereitschaft eines Arztes mit Anbindung an eine vollstationäre Versorgungsklinik gewährleistet sein (Schepker 2008). Zudem führt die Varianz der Behandlungsdauern zu Planungsschwierigkeiten und erhöhten Leistungsanforderungen in kürzeren täglichen Zeitfenstern (ebd). Das tagesklinische Setting kann im Gegensatz zum häuslich-ambulantem oder einem stationären Setting zu einer besseren Verzahnung von Therapien und Umgebung führen (Nitkowski et al. 2009) und zeigte in einer Interventionsstudie eine stärkere Symptomreduktion und Lebensqualitätszunahme als unter stationären Bedingungen bei PatientInnen mit gestörter Familienfunktion (Esser 2013). Verschiedene präventive Eltern- und familienbezogene Interventionen detektierten dabei besonders

hohe Therapieeffekte auf Kindes- und Elternebene bei interdisziplinärer Teamarbeit (Beelmann et al. 2014) und gesteigerter Elternkooperation (Grizenko 1997).

Abschließend sollen die Auswirkungen der MFT diskutiert werden. Da die MFT ein Behandlungsbaustein des komplexen Therapiekonzepts darstellt, wäre eine isolierte Evaluation nur möglich, wenn einigen Eltern die Therapie vorenthalten würde, was ethisch bei Nachweis der Wirksamkeit schwierig erscheint. Studien über die MFT zeigten eine bindungsstärkende Wirkung von Eltern zu Kindern bei guter Compliance zu den TherapeutInnen (Imgart und Plassmann 2020; Feder und Diamond 2016). Zu den allgemein besseren Beziehungen in der Familie werden außerdem verbesserte Stimmung der Eltern und niedrige Drop-out-Quoten mit auf die MFT zurückgeführt (Gelin et al. 2018). Für Familien mit Grundschulkindern mit Teilleistungsstörungen konnte eine gesteigerte ressourcenorientierte Sicht und erzieherische Kompetenz der Eltern nachgewiesen werden (Retzlaff et al. 2008). Diverse Studien des Dresdner Forschungsteams Asen und Scholz zeigten langfristige Stabilisierungen innerhalb der Familie und eine Verringerung der Rückfallgefahr bei schweren Lern- und Verhaltensstörungen sowie Anorexia nervosa (Asen et al. 2009; Scholz et al. 2002). Dabei sollten Eltern forciert zur Teilnahme ermutigt werden, da oftmals nur relativ wenige Sitzungen wahrgenommen werden (Remschmidt und Mattejat 2006).

4.8 Fazit für die klinische Praxis

Die dargestellten Ergebnisse sind in verschiedener Hinsicht klinisch relevant. Nur wenige Studien im deutschsprachigen Raum befassten sich bisher mit der Wirksamkeit tagesklinischer Eltern-Kind-zentrierter Therapieprogramme bei jüngeren Kindern. Das Setting mit MFT (Magdeburger System) führte erwartungsgemäß zu einer klinisch bedeutsamen Abnahme der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, externalisierenden Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens. Fehlende signifikante Veränderungen der Internalisierungen wurden in Hinblick auf die geringe initiale Symptomlast durch Stichprobenselektion, Behandlungsunzufriedenheit und komplexe Veränderungsprozesse diskutiert. Da bei internalisierenden Störungsbildern ebenso andere Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess zum Tragen kommen, ergibt sich hinsichtlich der Anwendung elternzentrierter Interventionen zur Behandlung internalisierender Störungen weiterer Forschungsbedarf (In-Albon et al. 2021; Herr et al. 2015; Goletz et al. 2013).

Es zeigte sich ein positiv gerichteter Zusammenhang des Alters des Kindes und der Abnahme des elterlichen Stresserlebens. Hieraus ergibt sich die Erkenntnis, dass ein therapeutisches Angebot breitflächig ermöglicht werden sollte, da die Therapie für diese Altersgruppe (3-10 Jahre) adäquat erscheint. Die Studie weist auf Zusammenhänge elterlichen Stresserlebens und psychiatrischer kindlicher Symptomatik hin und die Bedeutung für präventive und therapeutische Maßnahmen. Da kein signifikanter Zusammenhang internalisierender Problematiken und elterlichen Stresserlebens gezeigt werden konnte, sollte die Elternperspektive als diagnostisches Mittel im klinischen Alltag weiterhin kritisch bewertet werden. Therapeutisches Ziel sollte es sein, die Wahrnehmung der Eltern für ihre Kinder zu schärfen. Der familienbezogene Ansatz scheint durch die Abhängigkeit von Stresserleben und psychiatrischer kindlicher Symptomatik für Störungen im Kleinkind- und Grundschulalter somit angemessen und eine breite Implementierung dieser Interventionsmaßnahmen sinnvoll.

Zentrales Ziel sollte es zudem sein, einen niedrigschwelligen Zugang in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gerade für hoch belastete Familien zu schaffen und Drop-out-Raten durch kurze Wartezeiten zu minimieren, um eine langfristige Gesundheitsförderung zu gewährleisten, da pandemiebedingt mit einer Zunahme der PatientInnen gerechnet werden muss (Schlack et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2021). Die Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis ist häufig eingeschränkt durch niedrige Fallzahlen und individuelle Therapiesettings (Margraf 2009). Trotz der eher geringen Fallzahl konnten dennoch Effekte der Eltern-Kind-kombinierten Intervention mit MFT aufgezeigt werden. Diese sollten als Basis weiterführender Untersuchungen dienen, in denen Veränderungen mit Verhaltensbeobachtungen und weiteren objektivierbaren Daten erfasst werden und langfristige Auswirkungen auf die IndexpatientInnen und die einzelnen Familienmitglieder untersucht werden.

Das derzeit unzureichende Angebot familienzentrierter Maßnahmen in der ambulanten Versorgung trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit und Kosteneffektivität ist vermutlich auf organisatorische und abrechnungsbedingte Gründe zurückzuführen (Kamp-Becker et al. 2015). Diese Diskrepanz zwischen Forschungsergebnissen und Umsetzung tagesklinischer familien- und interaktionsorientierter Konzepte in der klinischen Praxis sollte für eine effiziente psychiatrische Versorgung verbessert werden (Comer et al. 2013).

5 Zusammenfassung

Die vorliegende prospektive Studie überprüfte die Wirksamkeit des multimodalen Therapiekonzepts der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg in der Altersgruppe 3–10 Jahre in Form eines quantitativen Prä-Posttestungs-Designs mit Kontrollgruppe (06/2013–09/2015). Die mehrzeitige Messung der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) anhand standardisierter Fragebögen unter Routinebedingungen erfasste Daten der PatientInnen bei Therapiebeginn und –ende sowie nach weiteren 5 Monaten in der Häuslichkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (vgl. **25**). Mittels Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Rückgang der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, der externalisierenden Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens mit starken Effekten nach Cohen (1988a) (vgl. **42**). Die psychiatrische kindliche Symptomatik reduzierte sich nach der Therapie in einen unteren grenzwertig auffälligen Bereich und im elterlichen Stress in einen Normalbereich und blieb auch bis zum Follow-up-Zeitpunkt in einer Teilstichprobe stabil (vgl. **48**). Veränderungen der internalisierenden Problematik konnten hingegen nicht gezeigt werden. Varianzanalytisch zeigte sich eine statistisch signifikante Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Untersuchungsgruppe für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung, die externalisierende Problematik und das elterliche Stresserleben (vgl. **40**). Externalisierungen reduzierten sich stärker als Internalisierungen. Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Reduktion externalisierender Symptome sowohl in den eher externalisierenden als auch in den rein internalisierenden Störungsbildern (vgl. **45**). Ein höheres Alter des Kindes hatte einen positiven Einfluss auf die elterliche Stressreduktion (vgl. **49**). Nach Pearson zeigten sich jeweils signifikante positive Zusammenhänge zwischen der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung, Externalisierungen und dem elterlichen Stresserleben (vgl. **50**). Somit konnten Tendenzen für positive Effekte des multimodalen Therapiekonzepts und Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben aufgezeigt werden.

6 Literaturverzeichnis

1. Abidin, R.R.: The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology* 21 (4). 407–412. DOI: 10.1207/s15374424jccp2104_12 (1992).
2. Abidin, R.R.: Parenting Stress Index. Professional Manual. 3. Auflage. Odessa (1995).
3. Achenbach, T.M.: Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile. Department of Psychiatry University of Vermont. Burlington (1991).
4. Achenbach, T.M., C. Edelbrock: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Department of Psychiatry University of Vermont. Burlington (1983).
5. Achenbach, T.M., L.A. Rescorla: Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Department of Psychiatry University of Vermont. Burlington (2000).
6. Aldao, A., S. Nolen-Hoeksema, S. Schweizer: Emotion-regulation strategies across psychopathology – A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30 (2). 217–237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004 (2010).
7. Allen, J.G., P. Fonagy, A. Bateman: Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. 1. Auflage. Klett-Cotta. Stuttgart (2011).
8. Anastopoulos, A.D., D.C. Guevremont, T.L. Shelton, G.J. DuPaul: Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20 (5). 503–520 (1992).
9. Angold, A., E.J. Costello, A. Erkanli: Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (1). 57–87. DOI: 10.1111/1469-7610.00424 (1999).
10. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Unter Mitarbeit von Döpfner, M., J. Pluck, S. Bölte, P. Melchers, K. Heim. 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). Köln (1998).
11. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1/2–5). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). Köln (2002).
12. Arnold, R.: Seit wann haben Sie das? Grundlinien eines Emotionalen Konstruktivismus. 2. unveränderte Auflage. Carl-Auer Verlag. Heidelberg (2012).
13. Asen, E., P. Fonagy: Mentalisierungsbasierte therapeutische Interventionen für Familien. *Familiendynamik* 39 (3). 234–249 (2014).
14. Asen, E., M. Scholz: Praxis der Multifamilientherapie. 3. Auflage. Carl-Auer Verlag. Heidelberg (2015).
15. Asen, E., M. Scholz: Handbuch der Multifamilientherapie. 1. Auflage. Carl-Auer Verlag. Heidelberg (2017).

16. Asen, E., M. Scholz, N. Dawson: Praxis der Multifamilientherapie. 1. Auflage. Carl-Auer-Verlag. Heidelberg (2009).
17. Ashford, J., F. Smit, P.A.C. van Lier, P. Cuijpers, H.M. Koot: Early risk indicators of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (7). 774–780. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01889.x (2008).
18. Baltes-Götz, B.: Lineare Regressionsanalyse mit SPSS-[Rev,180102].Universität Trier. <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/linreg/linreg.pdf> (2019).
19. Bandura, A.: Self-efficacy. The exercise of control. WH Freeman & Co. New York (1997).
20. Barkley, R.A., M. Fischer, R.F. Newby, M.J. Breen: Development of a multimethod clinical protocol for assessing stimulant drug response in children with attention deficit disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* 17 (1). 14–24. DOI: 10.1207/s15374424jccp1701_3 (1988).
21. Barkmann, C., M. Schulte-Markwort: Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents. A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (3). 194–203. DOI: 10.1136/jech.2009.102467 (2012).
22. Barlow, J., N. Smailagic, M. Ferriter, C. Bennett, H. Jones: Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). CD003680. DOI: 10.1002/14651858.CD003680.pub2 (2010).
23. Barlow, J., N. Smailagic, N. Huband, V. Roloff, C. Bennett: Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub4 (2014).
24. Barmish, A.J., P.C. Kendall: Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34 (3). 569–581. DOI: 10.1207/s15374424jccp3403_12 (2005).
25. Bartels, M., E.J.C.G. van den Oord, J.J. Hudziak, M.J.H. Rietveld, C.E.M. van Beijsterveldt, D.I. Boomsma: Genetic and environmental mechanisms underlying stability and change in problem behaviors at ages 3, 7, 10, and 12. *Developmental Psychology* 40 (5). 852–867. DOI: 10.1037/0012-1649.40.5.852 (2004).
26. Basten, M., H. Tiemeier, R.R. Althoff, R. van de Schoot, V.W.V. Jaddoe, A. Hofman, J.J. Hudziak et al.: The stability of problem behavior across the preschool years – An empirical approach in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology* 44 (2). 393–404. DOI: 10.1007/s10802-015-9993-y (2016).
27. Batten, L.A., M. Hernandez, D.J. Pilowsky, J.W. Stewart, P. Blier, M.F. Flament, E. Poh et al.: Children of treatment-seeking depressed mothers – a comparison with the sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) child study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51 (11). 1185–1196. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.08.020 (2012).
28. Baumgarten, F., K. Klipker, K. Göbel, S. Janitza, H. Hölling: Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-

- Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3 (1). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-011 (2018).
29. Beelmann, A., M. Pfof, C. Schmitt: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 22 (1). 1–14. DOI: 10.1026/0943-8149/a000104 (2014).
 30. Behme-Matthiessen, U., T. Pletsch: *Lehrbuch der Multifamilientherapie – Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder*. Springer. Berlin, Heidelberg (2020).
 31. Belsky, J.: The determinants of parenting – A process model. *Child Development* 55 (1). 83. DOI: 10.2307/1129836 (1984).
 32. Belsky, J., L. Steinberg, P. Draper: Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy – and evolutionary theory of socialization. *Child Development* 62 (4). 647–670 (1991).
 33. Beutling, A.: Pädagogische Herausforderungen im therapeutischen Raum der Tagesklinik. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 1 (18). 26–37 (2008).
 34. Beyer, T., C. Postert, J.M. Müller, T. Furniss: Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school – Results of a four-year longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development* 43 (4). 533–543. DOI: 10.1007/s10578-012-0282-5 (2012).
 35. Bilz, L.: *Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. 1. Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften/Fachverlage GmbH Wiesbaden. Wiesbaden (2008).
 36. Bodenmann, G.: *Stress und Coping bei Paaren*. Hogrefe. Göttingen (2000).
 37. Bodenmann, G., A. Cina, T. Ledermann, M.R. Sanders: The efficacy of the Triple P – Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy* 46 (4). 411–427. DOI: 10.1016/j.brat.2008.01.001 (2008).
 38. Born, A.: Multifamilientherapie in Deutschland. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 61 (3). 167–182. DOI: 10.13109/prkk.2012.61.3.167 (2012).
 39. Bortz, J., N. Döring: *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Springer. Berlin, Heidelberg (2015).
 40. Bortz, J., C. Schuster: *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 7. Auflage. Springer. Berlin, Heidelberg (2010).
 41. Boyle, C.L., M.R. Sanders, J.R. Lutzker, R.J. Prinz, C. Shapiro, D.J. Whitaker: An analysis of training, generalization, and maintenance effects of Primary Care Triple P for parents of preschool-aged children with disruptive behavior. *Child Psychiatry and Human Development* 41 (1). 114–131. DOI: 10.1007/s10578-009-0156-7 (2010).
 42. Braun-Scharm, H., M. Dünner-Kramp, M. Fernández, B. Hassler, E. Hotz, P. Iarriccio, C. Mastrogiacomo, G. Pozzi, P. Mösch et al.: Die Tagesklinik für Jugendliche (TKJ) am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zürich (ZKJP) der Universität Zürich – Konzept und erste Erfahrungen. *Schweizer Archiv für*

- Neurologie und Psychiatrie 152 (01). 11–18. DOI: 10.4414/sanp.2001.01196 (2001).
43. Breslau, N., G.C. Davis, K. Prabucki: Depressed mothers as informants in family history research – Are they accurate? *Psychiatry Research* 24 (3). 345–359 (1988).
 44. Briegel, W.: Parent Child Interaction Therapy. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 44 (6). 455–465. DOI: 10.1024/1422-4917/a000453 (2016).
 45. Briggs-Gowan, M.J., A.S. Carter, M. Schwab-Stone: Discrepancies among mother, child, and teacher reports. Examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology* 24 (6). 749–765. DOI: 10.1007/BF01664738 (1996).
 46. Campbell, S.B., D.S. Shaw, M. Gilliom: Early externalizing behavior problems – Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 12 (3). 467–488 (2000).
 47. Cantwell, D.P., P.M. Lewinsohn, P. Rohde, J.R. Seeley: Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (5). 610–619. DOI: 10.1097/00004583-199705000-00011 (1997).
 48. Carr, A.: The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 36 (2). 107–157. DOI: 10.1111/1467-6427.12032 (2014).
 49. Carr, A.: Family therapy and systemic interventions for child-focused problems – The current evidence base. *Journal of Family Therapy* 62 (4). 1303. DOI: 10.1111/1467-6427.12226 (2018).
 50. Cecil, C.A.M., E.D. Barker, S.R. Jaffee, E. Viding: Association between maladaptive parenting and child self-control over time – Cross-lagged study using a monozygotic twin difference design. *The British Journal of Psychiatry – The Journal of Mental Science* 201 (4). 291–297. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.107581 (2012).
 51. Chase, R.M., S.M. Eyberg: Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 22 (2). 273–282. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.03.006 (2008).
 52. Cierpka, M.: *Handbuch der Familiendiagnostik*. Springer. Berlin, Heidelberg. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6700651> (1996).
 53. Cierpka, M.: *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. 2. Auflage. Springer. Berlin, Heidelberg (2014).
 54. Cina, A., G. Bodenmann: Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung* 18 (1). 39–48. DOI: 10.1026/0942-5403.18.1.39 (2009).
 55. Clark, S.E., S. Jerrott: Effectiveness of Day Treatment for Disruptive Behaviour Disorders: What is the Long-term Clinical Outcome for Children? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 21 (3). 204–212 (2012).

56. Cohen, J.: Statistical power analysis for the behavioral sciences. Taylor and Francis. Hoboken (1988a).
57. Cohen, J.: Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. Auflage. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New York (1988b).
58. Cohen, J.: Statistical power analysis for the behavioral sciences. Current Directions in Psychological Science 1 (3). 98–101. DOI: 10.1111/1467-8721.ep10768783 (1992).
59. Comer, J.S., C. Chow, P.T. Chan, C. Cooper-Vince, L.A.S. Wilson: Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children – A meta-analytic examination. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 52 (1). 26–36. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.10.001 (2013).
60. Crawford, A.M., K. Manassis: Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 40 (10). 1182–1189. DOI: 10.1097/00004583-200110000-00012 (2001).
61. Cummings, E.M., P. Davies: Children and marital conflict - The impact of family dispute and resolution. Guilford Press. New York (1994).
62. Cummings, E.M., P.T. Davies, S.B. Campbell: Developmental psychopathology and family process – Theory, research and clinical implications. Guilford Press. New York (2000).
63. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Kurzfassung der S2k-Leitlinie 028/041 - Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Zugriff am 28.01.22) (2015).
64. Diamond, G., A. Josephson: Family-based treatment research – A 10-year update. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 44 (9). 872–887. DOI: 10.1097/01.chi.0000169010.96783.4e (2005).
65. Dijkstra, M.T.M., A.C. Homan: Engaging in rather than disengaging from stress – Effective coping and perceived control. Frontiers in Psychology 7. 89. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01415 (2016).
66. Dilling, H., W. Mombour, M.H. Schmidt: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. 10. Auflage. Hogrefe. Bern (2015).
67. Domsch, H., A. Lohaus: Elternstressfragebogen (ESF). Hogrefe. Göttingen (2010).
68. Döpfner, M., W. Berner, H. Flechtner, G. Lehmkuhl, H. Steinhausen: Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-2). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 28 (1). 64. DOI: 10.1024//1422-4917.28.1.64 (2000).
69. Döpfner, M., E. Ise, D. Breuer, C. Rademacher, T.W. Metternich-Kaizman, S. Schürmann: Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD – An 8-year follow-up. Journal of Attention Disorders 24 (1). 145–162. DOI: 10.1177/1087054716659138 (2020).

70. Döpfner, M., F. Petermann: Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. 3. Auflage. Hogrefe. Göttingen (2012).
71. Döpfner, M., K. Schmeck, W. Berner, G. Lehmkuhl, F. Poustka: Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – Eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22. 189–205 (1994).
72. Downey, G., J.C. Coyne: Children of depressed parents – An integrative review. Psychological Bulletin 108 (1). 50–76 (1990).
73. Dretzke, J., E. Frew, C. Davenport, J. Barlow, S. Stewart-Brown, J. Sandercock, S. Bayliss et al.: The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. Health Technology Assessment 9 (50). 1-233. DOI: 10.3310/hta9500 (2005).
74. Dubow, E.F., P. Boxer, L.R. Huesmann: Long-term effects of parents' education on children's educational and occupational success – Mediation by family interactions, child aggression, and teenage aspirations. Merrill-Palmer quarterly (Wayne State University Press) 55 (3). 224–249. DOI: 10.1353/mpq.0.0030 (2009).
75. Eckes, T.: Evaluation von Beurteilungen. Zeitschrift für Psychologie Journal of Psychology 213 (2). 77–96. DOI: 10.1026/0044-3409.213.2.77 (2005).
76. Eckstein, P.P.: Repetitorium Statistik. 90-105. Springer. Wiesbaden (2013).
77. Edelbrock, C., A. Costello, M. Dulcan, N. Conover, R. Kalas: Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. Journal of Child Psychology and Psychiatry 27. 181–190 (1986).
78. Eichler, A.K., K.A. Glaubitz, L.C. Hartmann, G. Spangler: Assessment of parental stress using the "Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung" (EBSK) - Association with emotional and behavioral problems in children. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 42 (4). 213–222. DOI: 10.1024/1422-4917/a000294 (2014).
79. Eisler, I., M. Simic, J. Hodsoll, E. Asen, M. Berelowitz, F. Connan, G. Ellis et al.: A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. BMC Psychiatry 16. DOI: 10.1186/s12888-016-1129-6 (2016).
80. Elgar, F.J., R.S.L. Mills, P.J. McGrath, D.A. Waschbusch, D.A. Brownridge: Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment – The mediating role of parental behavior. Journal of Abnormal Child Psychology 35 (6). 943–955. DOI: 10.1007/s10802-007-9145-0 (2007).
81. Elting, P.: Überprüfung der psychometrischen Parameter von CBCL/11/2–5 und C-TRF an einer deutschen Stichprobe. Dissertation. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, J. W. Goethe Universität Frankfurt a. Main (2003).
82. Esser, G., T. Banaschewski: Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Thieme. Stuttgart (2003).

83. Esser, J.: Der Einfluss von Störungsbild und Familienfunktion auf den Behandlungserfolg bei stationären und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten. Dissertation. Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky (2013).
84. Evans, L.D., C. Kouros, S.A. Frankel, E. McCauley, G.S. Diamond, K.A. Schloedt, J. Garber et al.: Longitudinal relations between stress and depressive symptoms in youth – coping as a mediator. *Journal of Abnormal Child Psychology* 43 (2). 355–368. DOI: 10.1007/s10802-014-9906-5 (2015).
85. Eyberg, S.M., M.M. Nelson, S.R. Boggs: Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37 (1). 215–237. DOI: 10.1080/15374410701820117 (2008).
86. Falkai, P., G. Laux, A. Deister, H.-J. Möller: *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Unter Mitarbeit von Adorjan, K. 7. Auflage. Thieme. Stuttgart (2022).
87. Falkai, P., H.-U. Wittchen: *Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5)*. Hogrefe. Göttingen (2015).
88. Feder, M., G. Diamond: Parent-therapist alliance and parent attachment-promoting behaviour in attachment-based family therapy for suicidal and depressed adolescents. *Journal of Family Therapy* (38). 82–101 (2016).
89. Fehm, L., A. Pelissolo, T. Furmark, H.-U. Wittchen: Size and burden of social phobia in Europe. *The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 15 (4). 453–462. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.002 (2005).
90. Fischer, M.: Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* (19). 337–346 (1990).
91. Fischer, M., J.E. Rolf, J.E. Hasazi, L. Cummings: Follow-up of a preschool epidemiological sample – cross-age continuities and predictions of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior. *Child Development* 55 (1). 137–150 (1984).
92. Flechtner, H.-H., U. Röttger: *Klinikleitfaden der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am Klinikum Magdeburg gGmbH* (2020).
93. Foster, C., J.B. Moore, C.R. Singletary, J.A. Skelton: Physical activity and family-based obesity treatment – A review of expert recommendations on physical activity in youth. *Clinical Obesity* 8 (1). 68–79. DOI: 10.1111/cob.12230 (2018).
94. Foster, C.E., M.C. Webster, M.M. Weissman, D.J. Pilowsky, P.J. Wickramaratne, A. Talati, A.J. Rush et al.: Remission of maternal depression: relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37 (4). 714–724. DOI: 10.1080/15374410802359726 (2008).

95. Foster, E.M., D. Jones: Can a costly intervention be cost-effective?: An analysis of violence prevention. *Archives of General Psychiatry* 63 (11). 1284–1291. DOI: 10.1001/archpsyc.63.11.1284 (2006).
96. Friedlander, S., D.S. Weiss, J. Traylor: Assessing the influence of maternal depression on the validity of the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology* 14 (1). 123–133 (1986).
97. Furlong, M., S. McGilloway, T. Bywater, J. Hutchings, S.M. Smith, M. Donnelly: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-based Child Health, Cochrane review journal* 8 (2). 318–692. DOI: 10.1002/ebch.1905 (2013).
98. Furniss, T., J.M. Müller, S. Achtergarde, I. Wessing, M. Aeverbeck-Holocher, C. Postert: Implementing psychiatric day treatment for infants, toddlers, preschoolers and their families: a study from a clinical and organizational perspective. *International Journal of Mental Health Systems* 7 (1). 12. DOI: 10.1186/1752-4458-7-12 (2013).
99. Gabriel, B., G. Bodenmann: Befinden, Partnerschafts- und Elternzufriedenheit bei Eltern im Zusammenhang mit kindlichem Verhalten. *Psychologie in Erziehung und Unterricht Organ der Deutschen Gesellschaft fuer Psychologie* (Vol. 53, no.3). 213–225 (2006).
100. Gelin, Z., S. Cook-Darzens, S. Hendrick: The evidence base for multiple family therapy in psychiatric disorders: a review (part 1). *Journal of Family Therapy* 40 (3). 302–325. DOI: 10.1111/1467-6427.12178 (2018).
101. Gerards, S.M.P.L., E.F.C. Sleddens, P.C. Dagnelie, N.K. de Vries, S.P.J. Kremers: Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity* 6 (2-2). e28-45. DOI: 10.3109/17477166.2011.575147 (2011).
102. Glass, G.V., P.D. Peckham, J.R. Sanders: Consequences of failure to meet assumptions underlying the fixed effects analyses of variance and covariance. *Review of Educational Research* 42 (3). 237–288. DOI: 10.3102/00346543042003237 (1972).
103. Goldbeck, L.: Wie spezifisch ist evidenzbasierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 60 (8). 639–648. DOI: 10.13109/prkk.2011.60.8.639 (2011).
104. Goletz, H., Y.-I. Yang, L. Suhr-Dachs, D. Walter, M. Döpfner: Alltagswirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen in einer Ausbildungsambulanz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41 (4). 247–60. DOI: 10.1024/1422-4917/a000239 (2013).
105. Goll-Kopka, A.: Multifamilientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern – "Das Frankfurter MFT-Modell". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58 (9). 716–732. DOI: 10.13109/prkk.2009.58.9.716 (2009).
106. Graaf, I. de, P. Speetjens, F. Smit, M. de Wolff, L. Tavecchio: Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children – A meta-

- analysis. *Behavior Modification* 32 (5). 714–735. DOI: 10.1177/0145445508317134 (2008).
107. Graf Schimmelmann, B., M. Schulte-Markwort, R. Richter: Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (29). 178–205 (2001).
 108. Greve, W., D. Wentura, H. Gräser, U. Schmitz: *Wissenschaftliche Beobachtung – Einführung*. 2. Auflage. Beltz. Weinheim (1997).
 109. Grizenko, N.: Outcome of multimodal day treatment for children with severe behaviour problems – A five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (36). 989–997 (1997).
 110. Grizenko, N., D. Papineau, L. Sayegh: Effectiveness of a multimodal day treatment program for children with disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32 (1). 127–134. DOI: 10.1097/00004583-199301000-00019 (1993).
 111. Guhn, M., B. Forer, B.D. Zumbo: Reliable Change Index. Michalos – *Encyclopedia of Quality of Life*. 5459–5462. DOI: 10.1007/978-94-007-0753-5_2465 (2014).
 112. Guimond, F.-A., M. Brendgen, N. Forget-Dubois, G. Dionne, F. Vitaro, R.E. Tremblay, M. Boivin et al.: Associations of mother's and father's parenting practices with children's observed social reticence in a competitive situation – A monozygotic twin difference study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 40 (3). 391–402. DOI: 10.1007/s10802-011-9573-8 (2012).
 113. Gunlicks, M.L., M.M. Weissmann: Change in child psychopathology with improvement in parental depression – A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (4). 379–389. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181640805 (2008).
 114. Haller, A.-C., F. Klasen, F. Petermann, C. Barkmann, C. Otto, R. Schlack, U. Ravens-Sieberer et al.: Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung* 25 (1). 31–40. DOI: 10.1026/0942-5403/a000186 (2016).
 115. Hampel, O.A., S.E. Hasmann, A.-K. Schaadt, R. Holl, F. Petermann, R. Hasmann: Effekte des Stepping Stones Elterngruppentrainings für Familien mit behinderten Kindern. *Kindheit und Entwicklung* 19 (1). 36–46. DOI: 10.1026/0942-5403/a000007 (2010).
 116. Hampel, P., E. Amtmann, S. Roch, N.K. Karpinski, F. Petermann: Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ). *Diagnostica* 64 (2). 109–119. DOI: 10.1026/0012-1924/a000196 (2018).
 117. Hampel, P., S. Manhal, T. Roos, C. Desman: Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 11 (4). 427–436. DOI: 10.1177/1087054707299337 (2008).
 118. Hanisch, C., J. Plück, N. Meyer, G. Brix, I. Freund-Braier, C. Hautmann, M. Döpfner et al.: Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (2). 117–126. DOI: 10.1026/1616-3443.35.2.117 (2006).

119. Hansson, K., S. Davidsson-Gräns, P. Johansson, M. Milling, U. Silfvenius, J. Sundelin: Inpatient family therapy: A multicenter study of families' and staff's experience of family climate. *Nord J Psychiatry* (46). 335–344 (1992).
120. Harwell, M.R., E.N. Rubinstein, W.S. Hayes, C.C. Olds: Summarizing Monte Carlo results in methodological research – The one- and two-factor fixed effects ANOVA cases. *Journal of Educational Statistics* 17 (4). 315–339. DOI: 10.3102/10769986017004315 (1992).
121. Haselbeck, C., A. Kulle, U. Niederberger, T.O. Bergmann, E. Steinmann, P.-M. Holterhus, F. Petermann et al.: Fötale Programmierung. *Kindheit und Entwicklung* 22 (4). 224–231. DOI: 10.1026/0942-5403/a000121 (2013).
122. Herr, L., T. Mingebach, K. Becker, H. Christiansen, I. Kamp-Becker: Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren. *Kindheit und Entwicklung* 24 (1). 6–19. DOI: 10.1026/0942-5403/a000154 (2015).
123. Hintzpeter, B., F. Klasen, G. Schön, C. Voss, H. Hölling, U. Ravens-Sieberer: Mental health care use among children and adolescents in Germany – Results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 24 (6). 705–713. DOI: 10.1007/s00787-015-0676-6 (2015).
124. Hölling, H., M. Erhart, U. Ravens-Sieberer, R. Schlack: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6). 784–793. DOI: 10.1007/s00103-007-0241-7 (2007).
125. Hölling, H., R. Schlack, A. Dippelhofer, B.-M. Kurth: Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51 (6). 606–620. DOI: 10.1007/s00103-008-0537-2 (2008).
126. Hölling, H., R. Schlack, F. Petermann, U. Ravens-Sieberer, E. Mauz: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7). 807–819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3 (2014).
127. Holodynski, M., W. Friedlmeier: *Emotionen - Entwicklung und Regulation*. Springer. Berlin, Heidelberg (2006).
128. Hoyt, W.T.: Rater bias in psychological research – When is it a problem and what can we do about it? *Psychological Methods* (5). 64–86 (2000).
129. Huesmann, L.R., L.D. Eron, E.F. Dubow: Childhood predictors of adult criminality – Are all risk factors reflected in childhood aggressiveness? *Criminal Behaviour and Mental Health* 12 (3). 185–208 (2002).
130. Hunter, J.E., F.L. Schmidt, G.B. Jackson: *Meta-Analysis – Cumulating Research Findings Across Studies*. Beverly Hills, California (1982).
131. Hutchings, J., P. Appleton, M. Smith, E. Lane, S. Nash: Evaluation of two treatments for children with severe behaviour problems child behaviour and maternal mental health outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 30 (3). 279–295. DOI: 10.1017/S1352465802003041 (2002).

132. Ihle, W., F. Mattejat: Familienorientierte Diagnostik und Intervention bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 14 (1). 1–2. DOI: 10.1026/0942-5403.14.1.1 (2005).
133. Imgart, H., R. Plassmann: Wirkfaktoren in der Multifamilientherapie bei Patienten mit Essstörungen – Kritische Würdigung und Folgerungen für die Praxis. *Neuropsychiatrie – Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation* 34 (2). 48–60. DOI: 10.1007/s40211-020-00330-4 (2020).
134. In-Albon, T., S. Munsch, E. Vonderlin, J. Kalmar, F. Brodard, C. Flückiger, R. Gutzweiler et al.: Therapieprozesse in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Kindheit und Entwicklung* 30 (1). 63–75. DOI: 10.1026/0942-5403/a000332 (2021).
135. Irlbauer-Müller, V., A. Eichler, M. Stemmler, G.H. Moll, O. Kratz: Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45 (4). 303–309. DOI: 10.1024/1422-4917/a000467 (2017).
136. Ise, E., S. Schröder, D. Breuer, M. Döpfner: Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry* 15. 288. DOI: 10.1186/s12888-015-0675-7 (2015).
137. Jacobson, N.S., P. Truax: Clinical significance – A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1). 12–19. DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.12 (1991).
138. Johnston, C.: Addressing parent cognitions in interventions with families of disruptive children. In: K.S. Dobson, K.D. Craig (eds.): *Advances in Cognitive- Behavioural Therapy* (2). 193–209 (1996).
139. Kähler, W.M.: *Statistische Datenanalyse – Verfahren verstehen und mit SPSS gekonnt einsetzen*. Vieweg und Teubner. Wiesbaden (2004).
140. Kaminski, J.W., L.A. Valle, J.H. Filene, C.L. Boyle: A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36 (4). 567–589. DOI: 10.1007/s10802-007-9201-9 (2008).
141. Kamp-Becker, I., K. Becker, U. Petermann: Elternarbeit und Elterntraining. *Kindheit und Entwicklung* 24 (1). 1–5. DOI: 10.1026/0942-5403/a000153 (2015).
142. Kane, G.A., V.A. Wood, J. Barlow: Parenting programmes – a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development* 33 (6). 784–793. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00750.x (2007).
143. Kearney, C.A., K.E. Sims, C.R. Pursell, C.A. Tillotson: Separation anxiety disorder in young children – a longitudinal and family analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32 (4). 593–598. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3204_12 (2003).
144. Keeley, M.L., E.A. Storch, L.J. Merlo, G.R. Geffken: Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 28 (1). 118–130. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.04.003 (2008).

145. Klasen, F., F. Petermann, A.-K. Meyrose, C. Barkmann, C. Otto, A.-C. Haller, R. Schlack et al.: Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 25 (1). 10–20. DOI: 10.1026/0942-5403/a000184 (2016).
146. Klatte, R., S. Pabst, A. Beelmann, J. Rosendahl: The efficacy of body-oriented Yoga in mental disorders. *Deutsches Ärzteblatt international* 113 (20). 359. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0195 (2016).
147. Kleist, P.: Vier Effekte, Phänomene und Paradoxe in der Medizin. *Schweizer Med Forum* (6). 1023–1027 (2006).
148. Klipker, K., F. Baumgarten, K. Göbel, T. Lampert, H. Hölling: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3 (3). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-077 (2018).
149. Krause, S., U. Röttger, K. Krauel, H.-H. Flechtner: Wirksamkeitsüberprüfung einer kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station unter klinischen Routinebedingungen. *Kindheit und Entwicklung* 27 (1). 43–53. DOI: 10.1026/0942-5403/a000243 (2018).
150. Krishnakumar, A., C. Buehler: Interparental conflict and parenting behaviors – A meta-analytic review. *Family Relations* 49 (1). 25–44. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2000.00025.x (2000).
151. Kronmüller, K.-T., M. Hartmann, C. Reck, D. Victor, H. Horn, K. Winkelmann: Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32 (1). 14–23. DOI: 10.1026/0084-5345.32.1.14 (2003).
152. Kuschel, A., N. Heinrichs, H. Bertram, S. Naumann, K. Hahlweg: Wie gut stimmen Eltern und Erzieherinnen in der Beurteilung von Verhaltensproblemen bei Kindergartenkindern überein? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35 (1). 51–58. DOI: 10.1024/1422-4917.35.1.51 (2007).
153. Laucht, M., G. Esser, M.H. Schmidt: Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29 (4). 284–292. DOI: 10.1026/0084-5345.29.4.284 (2000).
154. Lavigne, J.V., R. Arend, D. Rosenbaum, H.J. Binns, K.K. Christoffel, R.D. Gibbons: Psychiatric disorders with onset in the preschool years – Correlates and predictors of stable case status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37 (12). 1255–1261. DOI: 10.1097/00004583-199812000-00008 (1998).
155. Lavigne, J.V., C. Cicchetti, R.D. Gibbons, H.J. Binns, L. Larsen, C. DeVito: Oppositional defiant disorder with onset in preschool years – longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (12). 1393–1400. DOI: 10.1097/00004583-200112000-00009 (2001).
156. Lazarus, R.S., S. Folkman: *Stress, appraisal, and coping*. Springer. New York (1984).
157. Leung, C., M.R. Sanders, S. Leung, R. Mak, J. Lau: An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process* 42 (4). 531–544 (2003).

158. Liber, J.M., B.M. van Widenfelt, E.M.W.J. Utens, R.F. Ferdinand, A.J.M. van der Leeden, W. van Gastel, P.D.A. Treffers et al.: No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (8). 886–893. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x (2008).
159. Liber, J.M., B.M. van Widenfelt, A.J.M. van der Leeden, A.W. Goedhart, E.M.W.J. Utens, P.D.A. Treffers: The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with Cognitive Behavioral Therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* 38 (5). 683–694. DOI: 10.1007/s10802-010-9394-1 (2010).
160. Lienert, G.A., U. Raatz: Testaufbau und Testanalyse. 6. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union. Weinheim (1998).
161. Linacre, J.M., B.D. Wright: Construction of measures from many-facet data. *Journal of Applied Measurement* 3 (4). 486–512 (2002).
162. Lippe, H. von der, J. Radloff, J. Schadow, U. Röttger, H.-H. Flechtner: Was geschieht in der sozialen Arena? Der Therapieprozess begleitender Mütter in Multifamiliengruppen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 65 (8). 609–624. DOI: 10.13109/prkk.2016.65.8.609 (2016).
163. Liwinski, T., G. Romer, J.M. Müller: Evaluation einer tagesklinischen Mutter-Kind-Behandlung für belastete Mütter psychisch kranker Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 64 (4). 254–272. DOI: 10.13109/prkk.2015.64.4.254 (2015).
164. Lo, H.H.M., S.W.L. Wong, J.Y.H. Wong, J.W.K. Yeung, E. Snel, S.Y.S. Wong: The effects of family-based mindfulness intervention on ADHD symptomology in young children and their Parents – A randomized control trial. *Journal of Attention Disorders* 24 (5). 667–680. DOI: 10.1177/1087054717743330 (2020).
165. Long, E.C., S.H. Aggen, C. Gardner, K.S. Kendler: Differential parenting and risk for psychopathology: a monozygotic twin difference approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50 (10). 1569–1576. DOI: 10.1007/s00127-015-1065-7 (2015).
166. Lösel, F., A. Beelmann, M. Stemmler, S. Jaursch: Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (2). 127–139. DOI: 10.1026/1616-3443.35.2.127 (2006).
167. Lundahl, B., H.J. Risser, M.C. Lovejoy: A meta-analysis of parent training – Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 26 (1). 86–104. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.004 (2006).
168. Lyons-Ruth, K., L. Alpern, B. Repacholi: Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* 64 (2). 572–585 (1993).
169. Malewski, P.: Eine Neufassung des reliable-change Index mit einer Anwendung in der Essstörungsforschung. Unter Mitarbeit von Schulz, W. (2004).

170. Margraf, J.: Kosten und Nutzen der Psychotherapie Malewski, P.: Eine Neufassung des reliable-change Index mit einer Anwendung in der Essstörungsforschung – Eine kritische Literaturlauswertung. 1. Auflage. 119–125. Springer. Berlin, Heidelberg (2009).
171. Martinius, J.: Rehabilitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Hippus, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H., van Hout, L. (eds.): Rehabilitation in der Psychiatrie. 66-70. Springer. Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-642-72705-4_9 (1989).
172. Mash, E.J., C. Johnston: Determinants of Parenting Stress. Illustrations from Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children. Journal of Clinical Child Psychology 19 (4). 313–328. DOI: 10.1207/s15374424jccp1904_3 (1990).
173. Mash, E.J., C. Johnston: Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem 1. Journal of Clinical Child Psychology 12 (1). 91–99. DOI: 10.1080/15374418309533116 (2009).
174. Mattejat, F., H. Remschmidt: Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34 (6). 445–454. DOI: 10.1024/1422-4917.34.6.445 (2006).
175. Mattejat, F., M. Schulte-Markwort: Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie systematisch. 5. Auflage. Uni-Med-Verlag. Bremen [u.a.] (2013).
176. Mayer, L., N.L. Lopez-Duran, M. Kovacs, C.J. George, I. Baji, K. Kapornai, E. Kiss et al.: Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. Journal of affective disorders 115 (1-2). 207–214. DOI: 10.1016/j.jad.2008.08.018 (2009).
177. McCarthy, G., S. Baker, K. Betts, D. Bernard, J. Dove, M. Elliot, N. Schneider et al.: The development of a new day treatment program for older children (8-11 years) with behavioural problems: the GoZone. Clinical Child Psychology and Psychiatry 11 (1). 156–166. DOI: 10.1177/1359104506059134 (2006).
178. McCubbin, I., I. Hamilton, J.M. Patterson: The Family Stress Process. Marriage & Family Review 6 (1-2). 7–37. DOI: 10.1300/J002v06n01_02 (1983).
179. McDonell, M.G., D.G. Dyck: Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. Clinical Psychology Review 24 (6). 685–706. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.02.004 (2004).
180. McFarlane, W.R., H.P. Lefley, C.C. Beels: Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Guilford Press. New York (2004).
181. McGowan, P.O., M. Szyf: The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes. Neurobiology of disease 39 (1). 66–72. DOI: 10.1016/j.nbd.2009.12.026 (2010).
182. McKinnon, A., R. Keers, J.R.I. Coleman, K.J. Lester, S. Roberts, K. Arendt, S.M. Bögels et al.: The impact of treatment delivery format on response to cognitive behaviour therapy for preadolescent children with anxiety disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry 59 (7). 763–772. DOI: 10.1111/jcpp.12872 (2018).

183. Meaney, M.J., M. Szyf: Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 7 (2). 103–123 (2005).
184. Menting, A.T.A., B. Orobio de Castro, W. Matthys: Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior – A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 33 (8). 901–913. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.006 (2013).
185. Michelson, D., C. Davenport, J. Dretzke, J. Barlow, C. Day: Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review* 16 (1). 18–34. DOI: 10.1007/s10567-013-0128-0 (2013).
186. Minuchin, S.: *Familie und Familientherapie – Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. 7. Auflage. Lambertus. Freiburg im Breisgau (1987).
187. Moretti, M.M., S. Fine, G. Haley, K. Marriage: Childhood and adolescent depression – Child-report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 24 (3). 298–302. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)61090-6 (1985).
188. Müller, J.M., S. Achtergarde, T. Furniss: The influence of maternal psychopathology on ratings of child psychiatric symptoms – An SEM analysis on cross-informant agreement. *European Child & Adolescent Psychiatry* 20 (5). 241–252. DOI: 10.1007/s00787-011-0168-2 (2011).
189. Müller, J.M., M. Averbek-Holocher, G. Romer, T. Fűrnis, S. Achtergarde, C. Postert: Psychiatric treatment outcomes of preschool children in a family day hospital. *Child Psychiatry and Human Development* 46 (2). 257–269. DOI: 10.1007/s10578-014-0465-3 (2015).
190. Nachtigall, C., U. Suhl: Evaluation intraindividuelle Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 34 (4). 241–247. DOI: 10.1026/1616-3443.34.4.241 (2005).
191. Nitkowski, D., F. Petermann, P. Büttner, C. Krause-Leipoldt, U. Petermann: Verhaltenstherapie und Jugendhilfe – Ergebnisse zur Optimierung der Versorgung aggressiver Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 37 (5). 461–468. DOI: 10.1024/1422-4917.37.5.461 (2009).
192. Odgers, C.L., A. Caspi, M.A. Russell, R.J. Sampson, L. Arseneault, T.E. Moffitt: Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12. *Development and Psychopathology* 24 (3). 705–721. DOI: 10.1017/S0954579412000326 (2012).
193. Patterson, G.R., D. DeGarmo, M.S. Forgatch: Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology* 32 (6). 621–633. DOI: 10.1023/B:JACP.0000047211.11826.54 (2004).
194. Petermann, F.: Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 14 (1). 48–57. DOI: 10.1026/0942-5403.14.1.48 (2005).

195. Petermann, F.: Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive? *Kindheit und Entwicklung* 18 (1). 49–56. DOI: 10.1026/0942-5403.18.1.49 (2009).
196. Petermann, F.: *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. 7. Auflage. Hogrefe. Göttingen (2013).
197. Petermann, U., F. Petermann, P. Büttner, C. Krause-Leipoldt, D. Nitkowski: Effektivität kinderverhaltenstherapeutischer Maßnahmen in der Jugendhilfe – Das Training mit aggressiven Kindern. *Verhaltenstherapie* 18 (2). 101–108. DOI: 10.1159/000125193 (2008a).
198. Petermann, U., F. Petermann, F. Damm: Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 56 (4). 243–253. DOI: 10.1024/1661-4747.56.4.243 (2008b).
199. Pihlakoski, L., A. Sourander, M. Aromaa, P. Rautava, H. Helenius, M. Sillanpää: The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15 (7). 409–417. DOI: 10.1007/s00787-006-0548-1 (2006).
200. Pinquart, M.: *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Springer. Berlin, Heidelberg (2013).
201. Plass, A., A.-C. Haller, K. Habermann, C. Barkmann, F. Petermann, M. Schipper, S. Wiegand-Grefe et al.: Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung* 25 (1). 41–49. DOI: 10.1026/0942-5403/a000187 (2016).
202. Plück, J., M. Beiling, C. Hautmann, A. Kuschel, N. Heinrichs, K. Schmeck, M. Döpfner et al.: Die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter mit dem Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1/2–5). *Diagnostica* 59 (3). 155–166. DOI: 10.1026/0012-1924/a000087 (2013).
203. Poinso, F., B. Dubois, C. Chatel, M. Viellard, D. Bastard-Rosset, A.-M. Girardot, P. Grandgeorge et al.: Évaluation prospective d'enfants atteints d'un trouble envahissant du développement après deux ans de prise en charge en hôpital de jour. *Archives de Pédiatrie : Organe officiel de la Société française de Pédiatrie* 20 (1). 17–25. DOI: 10.1016/j.arcped.2012.10.014 (2013).
204. Preyde, M., K. Frensch, G. Cameron, S. White, R. Penny, K. Lazure: Long-term Outcomes of Children and Youth accessing Residential or Intensive Home-based Treatment: Three year follow up. *Journal of Child and Family Studies* 20 (5). 660–668. DOI: 10.1007/s10826-010-9442-z (2011).
205. Prinz, R.J., M.R. Sanders, C.J. Shapiro, D.J. Whitaker, J.R. Lutzker: Population-based prevention of child maltreatment – The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science* 10 (1). 1–12. DOI: 10.1007/s11121-009-0123-3 (2009).
206. Rachman, S.: Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy* 42 (11). 1227–1255. DOI: 10.1016/j.brat.2003.10.009 (2004).
207. Rapee, R.M.: Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 15 (1). 69–80. DOI: 10.1007/s10567-011-0106-3 (2012).

208. Ravens-Sieberer, U., A. Kaman, C. Otto, A. Adediji, A.-K. Napp, M. Becker, U. Blanck-Stellmacher et al.: Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. DOI: 10.1007/s00103-021-03291-3 (2021).
209. Ravens-Sieberer, U., N. Wille, S. Bettge, M. Erhart: Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (5-6). 871–878. DOI: 10.1007/s00103-007-0250-6 (2007).
210. Remschmidt, H., F. Mattejat: Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34 (6). 455–464. DOI: 10.1024/1422-4917.34.6.455 (2006).
211. Retzlaff, R., S. Brazil, A. Goll-Kopka: Multi-Familientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (57). 346–361 (2008).
212. Retzlaff, R., K. von Sydow: Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Psychotherapeut 60 (4). 295–301. DOI: 10.1007/s00278-015-0043-6 (2015).
213. Richters, J., D. Pellegrini: Depressed mothers' judgments about their children – An examination of the depression-distortion hypothesis. Child Development 60 (5). 1068–1075 (1989).
214. Robert Koch-Institut: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Faktenblatt zu KiGGS Welle 1 Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012 (2014).
215. Roberts, J., G. Fenton, M. Barnard: Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. Nursing Children and Young People 27 (4). 30-5; quiz 36. DOI: 10.7748/ncyp.27.4.30.e566 (2015).
216. Robins, L.N.: Conduct disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry 32 (1). 193–212. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00008.x (1991).
217. Rogers, C.R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 13. Auflage. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart (2000).
218. Röttger, U.: Familienorientierte tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. In: Asen, E., M. Scholz (eds.): Handbuch der Multifamilientherapie. 1. Auflage. 59–72. Carl-Auer Verlag. Heidelberg (2017).
219. Saal, F.E., R.G. Downey, M.A. Lahey: Rating the ratings – Assessing the psychometric quality of rating data. Psychological Bulletin (88). 413–428 (1980).
220. Saile, H., A. Roding, A. Friedrich-Löffler: Family processes in attention and hyperactivity disorder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27 (1). 19–26. DOI: 10.1024//1422-4917.27.1.19 (1999).
221. Saltzman, C.: How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Psychodynamic Practice 16 (4). 469–472. DOI: 10.1080/14753634.2010.510349 (2010).

222. Sanders, M.R., W. Bor, A. Morawska: Maintenance of treatment gains – A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35 (6). 983–998. DOI: 10.1007/s10802-007-9148-x (2007).
223. Sanders, M.R., A.P. Christensen: A comparison of the effects of child management and planned activities training in five parenting environments. *Journal of Abnormal Child Psychology* 13 (1). 101–117. DOI: 10.1007/BF00918375 (1985).
224. Sanders, M.R., J.N. Kirby, C.L. Tellegen, J.J. Day: The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 34 (4). 337–357. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.04.003 (2014).
225. Saphiro, S.S., M.B. Wilk: An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika* (52). 591-611 (1965).
226. Schachar, R., E. Taylor, M. Wieselberg, G. Thorley, M. Rutter: Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26 (5). 728–732. DOI: 10.1097/00004583-198709000-00019 (1987).
227. Schepker, R.: Tagesklinik – Die „nette“ Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie? *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (18 (1)). 15–25 (2008).
228. Schlack, R., L. Neuperdt, H. Hölling, F. de Bock, U. Ravens-Sieberger, E. Mauz, B. Wachtler et al.: Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. DOI: 10.25646/7173 (2020).
229. Schmitz, N., S. Davies- Osterkamp: Klinische und statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica* (43). 80–96 (1997).
230. Schneewind, K., m. Beckmann, A. Hecht-Jackl: Familienklima-Skalen. (8.1 und 8.2). Institut für Psychologie–Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik. Ludwigs-Maximilian-Universität München (1985).
231. Schneewind, K.A.: Familienpsychologie. 3. Auflage. Kohlhammer. Stuttgart (2008).
232. Schneider, A., G. Hommel, M. Blettner: Linear regression analysis. *Deutsches Arzteblatt International* 107 (44). 776–782. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0776 (2010).
233. Schneider, W., U. Lindenberger, R. Oerter, L. Montada, (Keine Angabe): Entwicklungspsychologie. 7. Auflage. Beltz. Weinheim (2012).
234. Scholz, M., E. Asen, K. Gantchev, B. Schell, U. Süss: Familientagesklinik in der Kinderpsychiatrie Dresdner Modell - Konzept und erste Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis* 29 (3). 125–129. DOI: 10.1055/s-2002-25103 (2002).
235. Schulz, H., D. Barghaan, B. watzke, U. Koch, T. Harfst: Klinikvergleiche als Instrument der Qualitätssicherung in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen: Bedeutung der Risikoadjustierung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (98). 663–672 (2004).

236. Schweitzer, J., A. von Schlippe, M. Ochs: Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In: Strauß, B., F. Caspar, F. Hohagen (eds.): Lehrbuch der Psychotherapie 261–286. Hogrefe. Göttingen (2007).
237. Seiffge-Krenke, I.: Coping with relationship stressors – A decade review. *Journal of Research on Adolescence* 21 (1). 196–210. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2010.00723.x (2011).
238. Selye, H.: Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal* 1 (4667). 1383–1392 (1950).
239. Sheikh, R.M., E.B. Weller, R.A. Weller: Prepubertal depression – Diagnostic and therapeutic dilemmas. *Current Psychiatry Reports* 8 (2). 121–126. DOI: 10.1007/s11920-006-0009-z (2006).
240. Söhnchen, F.: Common method variance und single source bias. In: Albers, S., D. Klapper, U. Konradt, A. Walter, J. Wolf (eds.): Methodik der empirischen Forschung. 137–152. Gabler. Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-322-96406-9_10 (2009).
241. Spector, P.E.: Method Variance in Organizational Research. Truth or Urban Legend? *Organizational Research Methods*, (9). 221–232 (2006).
242. Stack, D.M., L.A. Serbin, L.N. Enns, P.L. Ruttle, L. Barrieau: Parental effects on children's emotional development over time and across generations. *Infants & Young Children* 23 (1). 52–69. DOI: 10.1097/IYC.0b013e3181c97606 (2010).
243. Stadelmann, S., S. Perren, M. Kölch, M. Groeben, M. Schmid: Psychisch kranke und unbelastete Eltern. *Kindheit und Entwicklung* 19 (2). 72–81. DOI: 10.1026/0942-5403/a000011 (2010).
244. Steffen, A., Manas K. Akmatov, J. Holstiege, J. Bätzing: Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. DOI: 10.20364/VA-18.07 (2018).
245. Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7. Auflage. Elsevier, Urban & Fischer. München (2010).
246. Stemmler, M., A. Beelmann, S. Jaursch, F. Lösel: Improving parenting practices in order to prevent child behavior problems. A study on parent training as part of the EFPEKT program. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 210 (5). 563–570. DOI: 10.1016/j.ijheh.2007.08.007 (2007).
247. Steyer, R., W. Hannover, C.H. Telser, R. Kriebel: Zur Evaluation intraindividuelle Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* (26). 291–299 (1997).
248. Stockmann, R.: Evaluationsforschung – Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. Leske und Budrich. Opladen (2000).
249. Suhl, U., C. Nachtigall: Warum kompliziert, wenn es auch einfach geht? Teil 2: Ergebnisse einer Simulationsstudie zum Vergleich von Veränderungskennwerten. *Methevalreport* 4(4) (2002).
250. Süß-Falkenberg, U.: Familientagesklinische Behandlung bei sozial und emotional gestörten Kindern. Eine 1,5-Jahres-Katamnese. Inauguraldissertation der

- Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (2006).
251. Sydow, K. von: Die Wirksamkeit der systemischen Therapie – Familientherapie. Hogrefe. Göttingen (2007).
 252. Syed, M., I. Seiffge-Krenke: Change in ego development, coping, and symptomatology from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Applied Developmental Psychology* 41. 110–119. DOI: 10.1016/j.appdev.2015.09.003 (2015).
 253. Tandon, M., E. Cardeli, J. Luby: Internalizing disorders in early childhood – A review of depressive and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18 (3). 593–610. DOI: 10.1016/j.chc.2009.03.004 (2009).
 254. Tarver, J., M. Palmer, S. Webb, S. Scott, V. Slonims, E. Simonoff, T. Charman et al.: Child and parent outcomes following parent interventions for child emotional and behavioral problems in autism spectrum disorders – A systematic review and meta-analysis. *Autism* 23 (7). 1630–1644. DOI: 10.1177/1362361319830042 (2019).
 255. Tavakoli, H.: A dictionary of research methodology and statistics in applied linguistics. Rahnama Press. Tehran (2013).
 256. Thomas, R., M.J. Zimmer-Gembeck: Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35 (3). 475–495. DOI: 10.1007/s10802-007-9104-9 (2007).
 257. Thömke, V.: Tagesklinische Multifamilientherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa – Die Veränderung der familiären Beziehungen unter Einbeziehung der Gewichtsentwicklung, der Zufriedenheit und des Erfolgs der Behandlung. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. (2005).
 258. Tischler, L., F. Petermann: Elternstressfragebogen (ESF). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 59 (1). 79–81. DOI: 10.1024/1661-4747/a000055 (2011).
 259. Tröster, h.: Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) – Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von Abidin, R.R. Hogrefe. Göttingen (2011).
 260. Ünver, H., İ. Kara, N.Ç. Memik, Ö.Y. Gündoğdu, A. Coşkun: Ten-Year Experience Outcomes of a Day Treatment for Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *Noro Psikiyatri Arsivi* 56 (4). 283–287. DOI: 10.29399/npa.23527 (2019).
 261. van der Valk, J.C., E.J.C.G. van den Oord, F.C. Verhulst, D.I. Boomsma: Genetic and environmental contributions to stability and change in children's internalizing and externalizing problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (10). 1212–1220. DOI: 10.1097/00004583-200310000-00012 (2003).
 262. van Loon, L.M.A., I. Granic, R.C.M.E. Engels: The role of maternal depression on treatment outcome for children with externalizing behavior problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 33 (2). 178–186. DOI: 10.1007/s10862-011-9228-7 (2011).

263. Verhulst, F.C., J. van der Ende: Six-year stability of parent-reported problem behavior in an epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20 (6). 595–610 (1992).
264. Viding, E., N.M.G. Fontaine, B.R. Oliver, R. Plomin: Negative parental discipline, conduct problems and callous-unemotional traits – Monozygotic twin differences study. *The British Journal of Psychiatry – The Journal of Mental Science* 195 (5). 414–419. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.061192 (2009).
265. Vriends, N., O.C. Bolt, S.M. Kunz: Social anxiety disorder, a lifelong disorder? A review of the spontaneous remission and its predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 130 (2). 109–122. DOI: 10.1111/acps.12249 (2014).
266. Ware, L.M., E.S. Novotny, L. Coyne: A therapeutic nursery evaluation study. *Bulletin of the Menninger Clinic* 65 (4). 522–548. DOI: 10.1521/bumc.65.4.522.19841 (2001).
267. Webster-Stratton, C.: Stress – A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology* 19 (4). 302–312. DOI: 10.1207/s15374424jccp1904_2 (1990).
268. Webster-Stratton, C.: The Incredible Years – Parents, teachers, and children training series. *Residential Treatment for Children & Youth* 18 (3). 31–45. DOI: 10.1300/J007v18n03_04 (2001).
269. Webster-Stratton, C., M.J. Reid, M. Hammond: Treating children with early-onset conduct problems – Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33 (1). 105–124. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3301_11 (2004).
270. Webster-Stratton, C., J. Rinaldi, M.R. Jamila: Long-term Outcomes of Incredible Years Parenting Program – Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health* 16 (1). 38–46. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x (2011).
271. Webster-Stratton, C.L.: *Incredible Years® Parent and Child Programs for Maltreating Families*. Springer. 81–104. DOI: 10.1007/978-94-007-7404-9_6 (2014).
272. Weisz, J.R., A.L. Jensen: Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts – Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10 Suppl 1. I12-I18. DOI: 10.1007/s007870170003 (2001).
273. Weltgesundheitsorganisation: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organization. Geneva (1993).
274. Wergeland, G.J.H., K.W. Fjermestad, C.E. Marin, I. Bjelland, B.S.M. Haugland, W.K. Silverman, L.-G. Öst et al.: Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy* 76. 1–12. DOI: 10.1016/j.brat.2015.11.001 (2016).
275. Wichstrøm, L., T.S. Berg-Nielsen, A. Angold, H.L. Egger, E. Solheim, T.H. Sveen: Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53 (6). 695–705. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x (2012).

276. Wiegand-Greife, S., P. Geers, A. Plaß, F. Petermann, P. Riedesser: Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung* 18 (2). 111–121. DOI: 10.1026/0942-5403.18.2.111 (2009).
277. Wilson, P., R. Rush, S., Hussey, C. Puckering, F. Sim, C.S. Allely, P. Doku et al.: How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine* 10. 130 (2012).
278. Winnicott, D.W.: The Theory of the Parent-Infant Relationship. *The International Journal of Psychoanalysis* 41. 585–595 (1960).
279. Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Unveränderte Neuauflage der deutschen Ausgabe von 1974. Psychosozial Verlag. Gießen (2002).
280. Yap, B.W., C.H. Sim: Comparisons of various types of normality tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation* 81 (12). 2141–2155. DOI: 10.1080/00949655.2010.520163 (2011).
281. Zillessen, K.-E.: Multifamilientherapie in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. In: Asen, E., M. Scholz (eds.): *Handbuch der Multifamilientherapie*. 1. Auflage. 94–104. Carl-Auer Verlag. Heidelberg (2017).
282. Zimmer-Gembeck, M.J., E.A. Skinner: Review: The development of coping across childhood and adolescence – An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development* 35 (1). 1–17. DOI: 10.1177/0165025410384923 (2011).
283. Zimmermann, T.: Kommunikation in der Familie. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 164 (7). 565–573. DOI: 10.1007/s00112-016-0102-2 (2016).
284. Zwi, M., H. Jones, C. Thorgaard, A. York, J.A. Dennis: Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). CD003018. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3 (2011).
285. Zwönitzer, A., U. Ziegenhain, I. Bovenschen, K. Bressemer, M. Pillhofer, J.M. Fegert, G. Spangler et al.: Effects of early intervention in children at risk – Short-term and long-term findings from an attachment-based intervention program. *Mental Health & Prevention* 3 (3). 98–102. DOI: 10.1016/j.mhp.2015.07.004 (2015).

7 Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen danken, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner für die hervorragende Betreuung bei der Durchführung der gesamten Arbeit, die Möglichkeit der eigenständigen Erarbeitung und Durchführung und seiner wissenschaftlichen Unterstützung.

Besonders danken möchte ich ebenso Frau Dr. med. Ulrike Röttger-Goeck für die Ideengebung, die mir den kritischen Zugang zu diesem Thema aufgezeigt hat und die Unterstützung zur Umsetzung der Arbeit.

Außerdem möchte ich meinen Dank aussprechen bei dem Team der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Frau Prof. Dr. phil. Kerstin Krauel, Frau Dr. Jeanette Schadow, Frau Dr. Stefanie Krause und Frau Kerstin Scheunemann, die mich im gesamten Prozess begleitet haben mit praktischen Ratschlägen, Anregungen und produktiven Gesprächen.

Nicht zuletzt möchte ich bei dieser Gelegenheit meinen Dank äußern an Frau Claudia Raschke und Herrn Dr. Daniel Lenz, die mich methodisch bei meiner Arbeit und mit motivierenden Gedanken unterstützt haben.

Ich möchte mich ebenso bei allen PatientInnen und deren Familien bedanken, dass sie an der Studie teilgenommen und diese somit erst ermöglicht haben.

Ein besonderer Dank gilt meinem Mann Sven Sinning und meinen Kindern Märthe Elisabeth und Liv Linnéa, die mich mit viel Geduld, Unterstützung und lieben Worten durch das Studium und die Dissertation begleitet haben.

Abschließend möchte ich meinen Eltern Marion und Axel Zieris danken, die mir meinen bisherigen Lebensweg ermöglicht haben und für ihre unermüdliche Motivation und moralische Unterstützung, die wesentlich zur Vollendung dieser Arbeit beigetragen haben.

8 Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel:

Evaluation einer tagesklinischen familien- und interaktionsorientierten Kinder- und Jugendtherapie

Zusammenhänge zwischen psychiatrischer kindlicher Symptomatik und elterlichem Stresserleben

in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

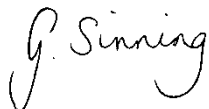
mit Unterstützung durch Prof. Dr. med. Hans- Henning Flechtner

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in-oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 03.01.2025

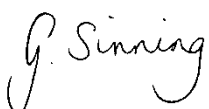


Gabriele Sinning

Erklärung zur strafrechtlichen Verurteilung

Ich erkläre hiermit, nicht wegen einer Straftat verurteilt worden zu sein, die Wissenschaftsbezug hat.

Magdeburg, den 03.01.2025



Gabriele Sinning

9 Darstellung des Bildungsweges

Schulische Bildung

1997–2001 Grundschule Philipp-Reis-Straße, Bremen
2001–2007 Gymnasium Rockwinkel, Bremen
2007–2010 Altes Gymnasium Bremen;
 Abschluss: Abitur

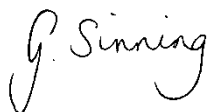
Akademische Ausbildung

2010 Aufnahme des Humanmedizinstudiums an der Medizinischen Fakultät der
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
2013 Erfolgreich bestandener Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2017 Erfolgreich bestandener Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2018 Erfolgreich bestandener Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
 Abschluss: Approbation als Ärztin

Berufliche Weiterbildung

08/ 2019–10/ 2022 Assistenzärztin am Klinikum Links der Weser Innere Medizin II
10/ 2022–06/ 2024 Assistenzärztin am Klinikum Bremen Mitte Innere Medizin II
Seit 07/ 2024 Assistenzärztin Laboratoriumsmedizin Medizinisches Labor Bremen

Magdeburg, den 03.01.2025



Gabriele Sinning

10 Anlagen

10.1 Diagnoseprävalenz psychiatrischer Störungen des Kindes- und Jugendalters in Deutschland

Tabelle 10: Diagnoseprävalenz psychiatrischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nach Steffen et al. (2018)

Angegeben sind die Daten von 11.630.573 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–18 Jahren in Deutschland im Jahr 2017 auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten.

ICD-10-Kategorie/ ICD-10-Diagnose	Prozent
F8 Entwicklungsstörungen	17
F80.- Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	11
F82.- Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion	4.1
F84.- Frühkindlicher Autismus	.94
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen	11
F90.- Hyperkinetische Störungen	4.0
F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4.3
F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters	2.9
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5.9
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2.7
F45.- Somatoforme Störungen	2.2
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.4
F51.- Nichtorganische Schlafstörungen	.55
F50.- Essstörungen	.54
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.4
F69.- Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	.74
F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen	.28
F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	.20
F3 Affektive Störungen	1.4
F32.- Depressive Episoden	.85
F39.- Nicht näher bezeichnete affektive Störungen	.13
F33.- Rezidivierende psychische Störungen	.09

Anmerkung. Diagnoseverteilung nach ICD-10 (Dilling et al. 2015).

10.2 Ergebnisse der Gruppenunterschiedstestungen

Tabelle 11: Gruppenunterschiede der initialen Belastung der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Experimentgruppe.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Prüfgrößen $t(df)$ und U für Gruppenunterschiede der Studienteilnehmenden (Experiment_T1T2; $n = 21$) und Nichtteilnehmenden (Experiment_T1; $n = 26$) der Zielvariablen psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und elterliches Stresserleben (ES) zu Studienbeginn (T1).

Zielvariable	Nichtteilnehmende/ Studienteilnehmende	M	SD	p	$t(df)$	U
CBCL_Ges				.613		-0.52
	Experiment_T1	69.00	6.41			
	Experiment_T1T2	67.14	8.41			
CBCL_Int				.016*	-2.50(45)	
	Experiment_T1	64.55	8.22			
	Experiment_T1T2	57.90	9.89			
CBCL_Ext				.699	0.39(45)	
	Experiment_T1	66.08	9.53			
	Experiment_T1T2	67.14	9.07			
ES				.627		-0.51
	Experiment_T1	63.13	6.4			
	Experiment_T1T2	64.05	6.25			

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabelle 12: Gruppenunterschiede der initialen Belastung der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Kontrollgruppe.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Prüfgrößen $t(df)$ und U für Gruppenunterschiede der Studienteilnehmenden (Kontrolle_T1T2; $n = 20$) und Nichtteilnehmenden (Kontrolle_T1; $n = 19$) der Zielvariablen psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und elterliches Stresserleben (ES) zu Studienbeginn (T1).

Zielvariable	Nichtteilnehmende/ Studienteilnehmende	M	SD	p	$t(df)$	U
CBCL_Ges				.532	0.63(37)	
	Kontrolle_T1	68.11	9.05			
	Kontrolle_T1T2	69.90	8.24			
CBCL_Int				.769	-0.30(37)	
	Kontrolle_T1	63.68	9.46			
	Kontrolle_T1T2	62.85	8.13			
CBCL_Ext				.352	0.94(37)	
	Kontrolle_T1	66.53	10.68			
	Kontrolle_T1T2	69.75	10.66			
ES				.110		-1.61
	Kontrolle_T1	63.06	6.22			
	Kontrolle_T1T2	65.79	6.93			

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

10.3 Ergebnisse der nonparametrischen Analysen

Tabelle 13: Ergebnisse des nonparametrischen Wilcoxon-Tests der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2.

Mediane (*Md*), exakte Signifikanz (p_{exakt}), Prüfgrößen (*z*) und Effektstärken (*r*) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) zu Therapiebeginn (T1) und -ende (T2).

	<i>n</i>	<i>Md_T1</i>	<i>Md_T2</i>	<i>z</i>	p_{exakt}	<i>r</i>
CBCL_Ges	21	71.00	58.00	- 3.03	.001**	.66
CBCL_Int	21	59.00	58.00	- 4.74	.652	1.03
CBCL_Ext	21	69.00	58.00	- 3.01	.001**	.66
ES	20	65.00	60.00	- 3.57	<.001***	.80

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabelle 14: Ergebnisse des nonparametrischen Wilcoxon- Tests über das interventionslose Intervall in der Gruppe Kontrolle_T1T2.

Mediane (*Md*), exakte Signifikanz (p_{exakt}), Prüfgrößen (*z*) und Effektstärken (*r*) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) vor (T1) und nach dem interventionslosen Intervall (T2).

	<i>n</i>	<i>Md_T1</i>	<i>Md_T2</i>	<i>z</i>	p_{exakt}	<i>r</i>
CBCL_Ges	20	72.00	71.50	- .08	.956	.01
CBCL_Int	20	62.00	58.50	-2.13	.032*	.48
CBCL_Ext	20	72.00	70.00	- .16	.882	.04
ES	19	70.00	70.00	- .11	.988	.03

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabelle 15: Ergebnisse Friedmans zweifaktorieller Varianzanalyse nach Rang bei verbundenen Stichproben zur Messung der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3.

Mediane (*Md*), asymptotische Signifikanz ($p_{\text{asympt.}}$), Prüfgrößen $\chi^2(df)$ und Effektstärken (*r*) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) zu Therapiebeginn (T1), -ende (T2) und Follow-up (T3).

	<i>Md_T1</i>	<i>Md_T2</i>	<i>Md_T3</i>	$p_{\text{asympt.}}$	$\chi^2(df)$	T	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
CBCL_Ges	71.00	58.00	61.00	.121	4.22 (2)				
CBCL_Int	59.00	54.00	56.00	.539	1.23 (2)				
CBCL_Ext	69.00	58.00	63.00	.045*	6.22 (2)	T3 X T2	.2	>.999	.07
						T3 X T1	1.1	.055	.37**
						T2 X T1	.9	.178	.30**
ES	65.00	55.00	55.00	.001***	13.69 (2)	T3 X T2	.2	>.999	.06
						T3 X T1	1.5	.004	.50***
						T2 X T1	1.3	.014	.44**

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

10.4 Reliable Change Index

10.4.1 Formel

$$RCI = \frac{x_{prä} - x_{post}}{SE_{diff}}$$

$$SE_{diff} = \sqrt{(2x SE^2)} = SD_{prä} \times \sqrt{[2x(1-rel)]}$$

Nach Suhl und Nachtigall 2002; Guhn et al. 2014

$X_{prä}$: Mittelwert zum Prä-Messzeitpunkt (Behandlungsbeginn)

X_{post} : Mittelwert zum Post-Messzeitpunkt (Behandlungsende/Follow-up)

SE_{diff} : Standardfehler der Differenzen

SE : Standardmessfehler

$SD_{prä}$: Standardabweichung der Normstichprobe zum Prä- Messzeitpunkt

(Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998; 2002; Domsch und Lohaus 2010)

rel : Reliabilität der Teststatistik der Normstichprobe (Cronbachs Alpha)

10.4.2 Reliable Change Index Tabellen und Abbildungen

Tabelle 16: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2 (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).

Anzahl der PatientInnen in Häufigkeit und Prozentangabe mit signifikanten Veränderungen (gemessen am Reliable Change Index) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int), Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) von Therapiebeginn (T1) bis –ende (T2) in der Gruppe Experiment_T1T2.

	CBCL_Ges	CBCL_Int	CBCL_Ext	ES
Signifikant verbesserte PatientInnen RCI>1.96	3 (14.3 %)	6 (28.6 %)	11 (52.4 %)	7 (35 %)
Unveränderte PatientInnen RCI -1.96 bis 1.96	18 (85.7 %)	11 (52.4 %)	8 (38.1 %)	13 (65 %)
Signifikant verschlechterte PatientInnen RCI<1.96	0 (0 %)	4 (19.1 %)	2 (9.5 %)	0 (0 %)

Tabelle 17: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2. (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).

Häufigkeit und Prozentangabe der PatientInnen mit Veränderungen der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int), Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) anhand des klinischen *T*-Grenzwerts von Therapiebeginn (T1) bis -ende (T2) in der Gruppe Experiment_T1T2.

		CBCL_Ges	CBCL_Int	CBCL_Ext	ES
Therapiebeginn (T1)	PatientInnen im dysfunktionalen Bereich	15 (71.4%)	7 (33.3%)	16 (76.2%)	16(76.2%)
	PatientInnen im funktionalen Bereich	6 (28.6%)	14 (66.7%)	5 (23.8%)	5 (23.8%)
Therapieende (T2)	PatientInnen im dysfunktionalen Bereich	10 (47.6%)	5 (23.8%)	8 (38.1%)	12 (60%)
	PatientInnen im funktionalen Bereich	11 (52.4%)	16 (76.2%)	13 (61.9%)	8 (40%)

Anmerkung. Klinischer Grenzwert CBCL: *T*-Wert ≥ 63 und ESF: *T*-Wert ≥ 60 .

Tabelle 18: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3 (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).

Häufigkeit und Prozentangabe der PatientInnen mit signifikanten Veränderungen (gemessen am Reliable Change Index) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int), Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) von Therapiebeginn (T1) bis Follow-up (T3) in der Gruppe Experiment_T1T3.

	CBCL_Ges	CBCL_Int	CBCL_Ext	ES
Signifikant verbesserte PatientInnen RCI>1.96	3 (33.3 %)	4 (44.4 %)	4 (44.4 %)	5 (55.6 %)
Unveränderte PatientInnen RCI -1.96 bis 1.96	6 (66.7 %)	4 (44.4 %)	5 (55.6 %)	4 (44.4 %)
Signifikant verschlechterte PatientInnen RCI<1.96	0 (0 %)	1 (11.1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Tabelle 19: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3. (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).

Häufigkeit und Prozentangabe der PatientInnen mit Veränderungen der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int), Externalisierungen (CBCL_Ext) und im elterlichen Stresserleben (ES) anhand des klinischen *T*-Grenzwerts von Therapiebeginn (T1) bis Follow-up (T3) in der Gruppe Experiment_T1T3.

		CBCL_Ges	CBCL_Int	CBCL_Ext	ES
Therapiebeginn (T1)	PatientInnen im dysfunktionalen Bereich	7 (77.8 %)	3 (66.7 %)	8 (88.9 %)	8 (88.9 %)
	PatientInnen im funktionalen Bereich	2(22.2 %)	6 (33.3 %)	1 (11.1 %)	1 (11.1 %)
Follow-up (T3)	PatientInnen im dysfunktionalen Bereich	4 (44.4 %)	0 (0 %)	5 (55.6 %)	2 (22.2 %)
	PatientInnen im funktionalen Bereich	5 (55.6 %)	9 (100 %)	4 (44.4 %)	7 (77.8 %)

Anmerkung. . Klinischer Grenzwert CBCL: *T*-Wert ≥ 63 und ESF: *T*-Wert ≥ 60 .

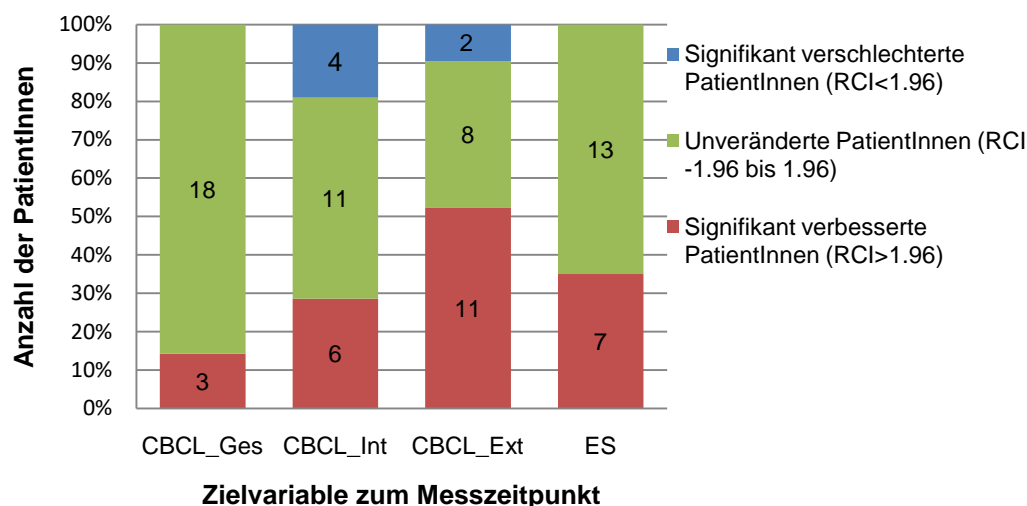


Abbildung 13: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2. (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).

Anmerkung. Rot markiert die Anzahl der PatientInnen mit signifikanten Verbesserungen von klinischer Relevanz der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES) von Therapiebeginn (T1) bis -ende (T2). Grün markiert die entsprechenden Werte für die Anzahl unveränderter PatientInnen. Blau markiert die entsprechenden Werte für die Anzahl signifikant verschlechterter PatientInnen.

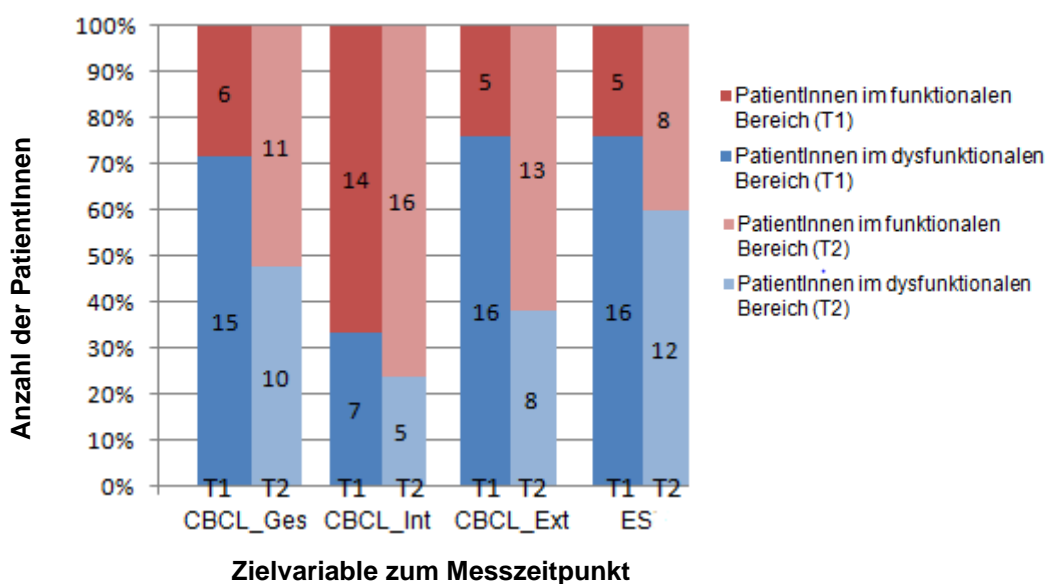


Abbildung 14: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2. (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).

Anmerkung. Anzahl der PatientInnen im funktionalen und dysfunktionalen Bereich (klinischer Grenzwert CBCL: $T\text{-Wert} \geq 63$; ESF: $T\text{-Wert} \geq 60$) zu Therapiebeginn (T1) und -ende (T2) für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und für das elterliche Stresserleben (ES). Dunkelrot kennzeichnet Werte im funktionalen Bereich zu Therapiebeginn (T1), hellrot Werte zu Therapieende (T2). Dunkelblau kennzeichnet die Werte im dysfunktionalen Bereich zu Therapiebeginn (T1), hellblau Werte zu Therapieende (T2).

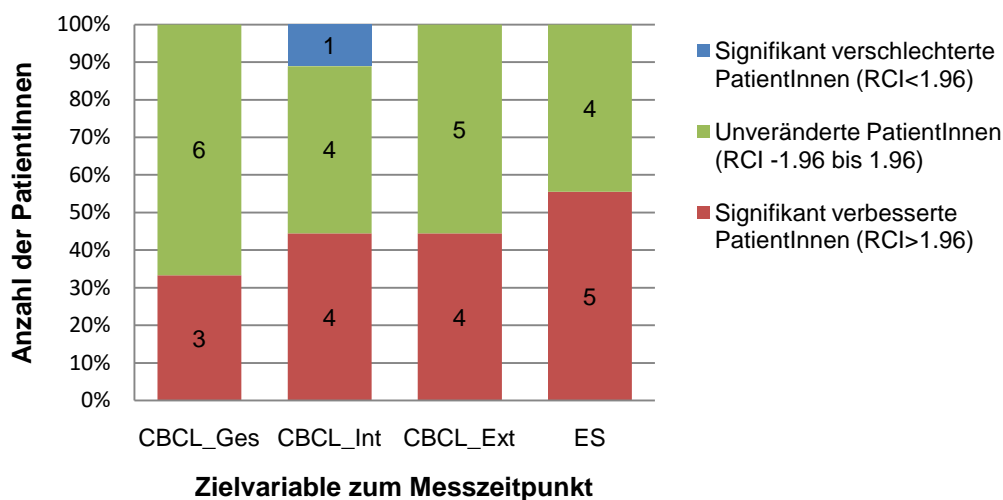


Abbildung 15: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3. (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).

Anmerkung. Rot markiert die Anzahl der PatientInnen mit signifikanten Verbesserungen von klinischer Relevanz der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES) von Therapiebeginn (T1) bis Follow-up (T3). Grün markiert die entsprechenden Werte für die Anzahl unveränderter PatientInnen. Blau markiert entsprechende Werte für die Anzahl signifikant verschlechterter PatientInnen.

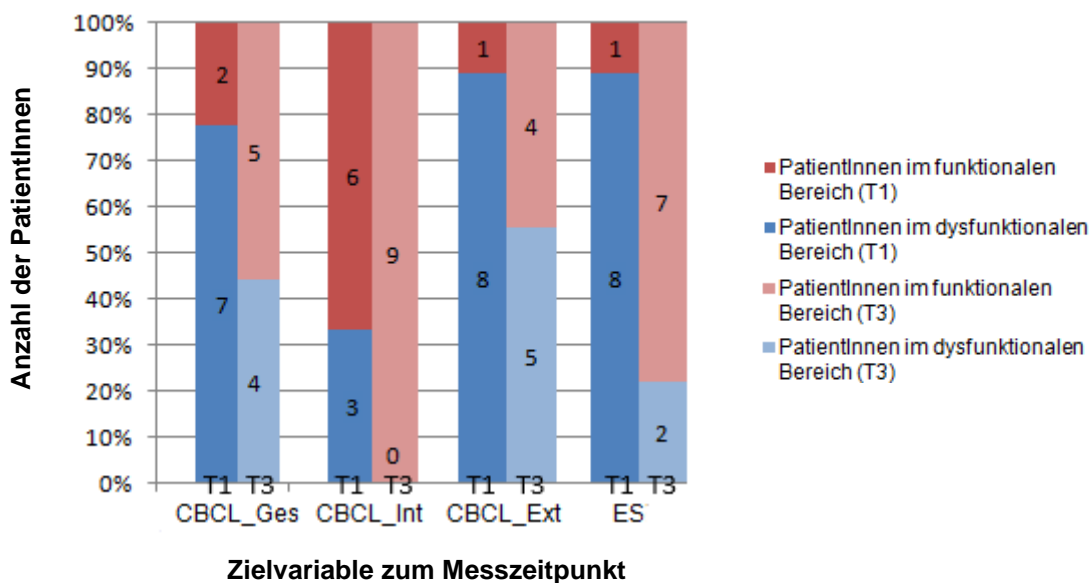


Abbildung 16: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3 (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).

Anmerkung. Anzahl der PatientInnen im funktionalen und dysfunktionalen Bereich (klinischer Grenzwert CBCL: T-Wert ≥ 63 ; ESF: T-Wert ≥ 60) zu Therapiebeginn (T1) und Follow-up (T3) für die psychiatrische kindliche Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und für das elterliche Stresserleben (ES). Dunkelrot kennzeichnet Werte im funktionalen Bereich zu Therapiebeginn (T1), hellrot Werte zum Follow-up (T3). Dunkelblau kennzeichnet Werte im dysfunktionalen Bereich zu Therapiebeginn (T1), hellblau Werte zum Follow-up (T3).

10.5 Langfristige Therapieeffekte

Tabelle 20: Ergebnisse der Varianzanalyse der langfristigen Therapieeffekte (T1–T3) in der Gruppe Experiment_T1T3 ($n = 9$).

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Prüfgrößen $F(df)$, asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und Effektstärken (η_p^2) bei Therapiebeginn (T1), –ende (T2) und im Follow-up (T3) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), der Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES).

		T1	T2	T3			
	n	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$	$F(df)$	p	η_p^2
CBCL_Ges	9	68.11 (10.17)	59.89 (9.77)	59.11 (8.46)	5.89(2,16)	.012*	.42
CBCL_Int	9	56.44 (12.41)	56.56 (7.76)	54.22 (7.09)	0.25(2,16)	.781	.03
CBCL_Ext	9	70.22 (8.7)	60.44 (8.44)	59.44 (8.89)	6.96(2,16)	.007**	.47
ES	9	64.44 (5.83)	57.78 (6.18)	52.78 (8.33)	11.39(1.12,8.96) ^a	.007**	.59

Anmerkung. ^a = Korrektur nach Greenhouse-Geisser; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabelle 21: Einzelvergleiche der langfristigen Therapieeffekte.

Mittelwertsdifferenzen (ΔM), Standardabweichungen (SD), Prüfgrößen $F(df)$ und Effektstärken (η_p^2 und d) bei Therapiebeginn T1 und –ende (T2) und im Follow-up (T3) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung (CBCL_Ges), Internalisierungen (CBCL_Int) und Externalisierungen (CBCL_Ext) und des elterlichen Stresserlebens (ES) in der Gruppe Experiment_T1T3.

	n	ΔM	SD	$F(df)$	p	η_p^2	d
CBCL_Ges	9						
T1–T2		8.22	8.79	7.88(1,8)	.023**	.50	.94
T1–T3		9.00	8.28	10.64(1,8)	.011*	.57	1.09
T2–T3		0.78	.79	0.66(1,8)	.803	.01	.99
CBCL_Int	9						
T1–T2		-.11	10.51	0.001(1,8)	.75	.00	.01
T1–T3		2.22	13.38	0.25(1,8)	.632	.03	.17
T2–T3		2.33	9.17	0.583(1,8)	.467	.07	.07
CBCL_Ext	9						
T1–T2		9.78	8.47	12.00(1,8)	.009**	.60	1.15
T1–T3		10.78	9.30	12.09(1,8)	.008**	.60	1.16
T2–T3		1.00	10.82	0.007(1,8)	.789	.01	.09
ES	9						
T1–T2		6.67	2.50	64.00(1,8)	<.001***	.89	2.67
T1–T3		11.67	8.66	16.33(1,8)	.004**	.67	1.35
T2–T3		5.00	9.17	2.77(1,8)	.135	.26	.55

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

10.6 Regressionsanalysen

Tabelle 22: Gesamtmodelle der Regressionsanalysen auf Kindes- und Elternebene.

Prüfgrößen $F(df)$, asympt. Signifikanz (p , 2-seitig), Effektstärken (η_p^2) und multiple Determinationskoeffizienten R^2 bzw. korrigierte R^2 (aufgeklärte Varianz des Modells) für Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2 ($n = 21$) der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($\Delta CBCL_Ges$), kindlichen Internalisierungen ($\Delta CBCL_Int$) und Externalisierungen ($\Delta CBCL_Ext$) und des elterlichen Stresserlebens (ΔES) bei Therapiebeginn (T1) und –ende (T2).

	Therapieeffekt	$F(df)$	p	R^2	$\text{korr. } R^2$	f^2
Kindesebene	$\Delta CBCL_Ges$	2.41(5,14)	.090	.462	.270	.37
	$\Delta CBCL_Int$	9.46(5,13)	.001***	.781	.701	2.34
	$\Delta CBCL_Ext$	3.21(5,14)	.039*	.534	.368	.58
Elternebene	ΔES	4.38(5,14)	.014*	.608	.468	.88

Anmerkung. Interpretation von R^2 nach Cohen (1988b): $|R^2| = .02$ (geringe Varianzaufklärung); $|R^2| = .13$: (mittlere Varianzaufklärung); $|R^2| = .26$ (hohe Varianzaufklärung); Interpretation von f^2 nach Cohen(1992): $f^2 = .02$ (schwacher Effekt); $f^2 = .15$ (mittlerer Effekt); $f^2 = .35$ (starker Effekt);

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabelle 23: Einzelergebnisse der multiplen Regressionsanalysen auf Kindes- und Elternebene.

Diskutierte Einflussfaktoren auf die Therapieeffekte der psychiatrischen kindlichen Gesamtbelastung ($\Delta CBCL_Ges$), Internalisierungen ($\Delta CBCL_Int$) und Externalisierungen ($\Delta CBCL_Ext$) und des elterlichen Stresserlebens (ΔES) in der Gruppe Experiment_T1T2 ($n = 21$). Die unabhängigen Variablen initiale Belastung ($CBCL_T1$; ES_T1), Therapieeffekte der anderen Therapieebene (ΔES ; $\Delta CBCL$), Alter des Kindes (in Jahren) und die Therapiedauer (in Wochen) auf die Therapieeffekte (abhängige Variable) mit Prüfgrößen $t(df)$, asympt. Signifikanz (p , 2-seitig) und dem Regressionskoeffizienten β . Dieser gibt die quantitative Änderung der abhängigen Variable an, wenn sich die unabhängige Variable um eine Einheit ändert.

Therapieeffekt	Moderatoren	β	t	p
$\Delta CBCL_Ges$				
(T1–T2) ($n = 21$)	$CBCL_Ges_T1$.73	2.58	.022*
	ES_T1	-.558	-1.53	.148
	ΔES	1.17	2.83	.013*
	Alter des Kindes	-2.05	-1.86	.085
	Therapiedauer (T1–T2)	1.89	2.04	.060
$\Delta CBCL_Int$				
(T1–T2) ($n = 20$)	$CBCL_Int_T1$.81	5.83	<.001***
	ES_T1	-.68	-2.92	.012*
	ΔES	.842	3.15	.008**
	Alter des Kindes	-.339	-0.35	.730
	Therapiedauer (T1–T2)	1.83	2.69	.019*
$\Delta CBCL_Ext$				
(T1–T2) ($n = 21$)	$CBCL_Ext_T1$.69	2.76	.015*
	ES_T1	-.59	-1.56	.14
	ΔES	1.06	2.75	.016*
	Alter des Kindes	-2.04	-1.68	.116
	Therapiedauer (T1–T2)	1.85	2.07	.058
ΔES				
(T1–T2) ($n = 20$)	ES_T1	.42	2.47	.027*
	$CBCL_Ges_T1$	-.46	-3.59	.003**

Therapieeffekt	Moderatoren	β	t	p
	Δ CBCL	.31	2.83	.013*
	Alter des Kindes	1.76	3.01	.009**
	Therapiedauer (T1–T2)	-.85	1.72	.107

Anmerkung. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

10.7 Child Behavior Checklist (CBCL) 1½–5 Jahre

Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder

CBCL/1½-5

Name des Kindes:		Berufstätigkeit der Eltern, auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt; bitte genaue Bezeichnung, z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann:	
Geschlecht des Kindes: <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	Alter des Kindes (in Jahren):	Berufstätigkeit der Mutter:	
Geburtsdatum des Kindes:		Berufstätigkeit des Vaters:	
Heutiges Datum:		Fragebogen ausgefüllt von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere (genaue Bezeichnung):	

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so aus, dass er Ihre Ansichten wiedergibt, auch wenn andere Menschen diese nicht teilen. Zu jeder Frage können Sie gerne an der Seite oder in dem dafür vorgesehenen Raum auf Seite 2 Bemerkungen oder Kommentare schreiben.

Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate bei dem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

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

<ol style="list-style-type: none"> 1. Es tut ihm häufig etwas weh (ohne bekannte körperliche Ursache; außer Bauch- oder Kopfweh) 0 1 2 2. Verhält sich zu jung für sein Alter 0 1 2 3. Hat Angst, Neues auszuprobieren 0 1 2 4. Vermeidet Blickkontakt 0 1 2 5. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen 0 1 2 6. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 0 1 2 7. Hält es nicht aus, wenn Sachen nicht an ihrem gewohnten Platz sind 0 1 2 8. Kann nicht abwarten, möchte alles sofort 0 1 2 9. Kaut auf nicht essbaren Sachen herum 0 1 2 10. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig 0 1 2 11. Verlangt ständig nach Hilfe 0 1 2 12. Leidet an Verstopfung (ohne krank zu sein) 0 1 2 13. Weint viel 0 1 2 14. Ist roh zu Tieren oder quält sie 0 1 2 15. Ist trotzig 0 1 2 16. Seine Wünsche müssen sofort erfüllt werden 0 1 2 17. Zerstört seine eigenen Sachen 0 1 2 18. Zerstört Sachen, die Familienmitgliedern oder anderen Kindern gehören 0 1 2 19. Hat Durchfall (ohne akut krank zu sein) 0 1 2 20. Gehorcht nicht 0 1 2 21. Lässt sich durch jede Veränderung in den üblichen täglichen Abläufen durcheinanderbringen 0 1 2 22. Will nicht allein schlafen 0 1 2 23. Antwortet nicht, wenn es von lauten angesprochen wird 0 1 2 24. Ist nicht gut; bitte beschreiben: 0 1 2 25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus 0 1 2 26. Verhält sich wie ein kleiner Erwachsener, kann sich nicht kindgerecht freuen 0 1 2 	<ol style="list-style-type: none"> 27. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn es sich schlecht benommen hat 0 1 2 28. Will die Wohnung nicht verlassen 0 1 2 29. Ist schnell frustriert 0 1 2 30. Wird schnell eifersüchtig 0 1 2 31. Ist oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen/Trinken geeignet sind (keine Süßigkeiten angeben); bitte beschreiben: 0 1 2 32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen; bitte beschreiben 0 1 2 33. Seine Gefühle sind leicht zu verletzen 0 1 2 34. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt ungewollt zu Unfällen 0 1 2 35. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien 0 1 2 36. Lässt sich in alles hineinziehen 0 1 2 37. Ist bei Trennung von den Eltern übermäßig traurig 0 1 2 38. Hat Schwierigkeiten einzuschlafen 0 1 2 39. Hat Kopfweh (ohne bekannte körperliche Ursachen) 0 1 2 40. Schlägt andere 0 1 2 41. Hält den Atem an 0 1 2 42. Verletzt Tiere oder Menschen ungewollt 0 1 2 43. Sieht traurig aus, ohne dass es dafür einen guten Grund gibt 0 1 2 44. Ist ängstlicher Laune, hat ängstliche Stimmungen 0 1 2 45. Übelkeit (ohne bekannte körperliche Ursachen) 0 1 2 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen; bitte beschreiben: 0 1 2
--	--

© 2002/2003: Deutsche Ausgabe: Fassung der Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 von T. M. Achenbach, unverändert geschätzt (Nachdruck verboten).
Copyright der Originalfassung © T. M. Achenbach & L. Rescorla, 2000.
Copyright der deutschen Fassung © T. M. Achenbach & L. Rescorla, 2004.
Deutsche Übersetzung: Arbeitskreis für die Child Behavior Checklist nach Günter, 2003/05/12.
Werbung: Technisches Marketing Verlag GmbH & Co. KG, www.kinderfragebogen.de, Best. Nr. 47/003/001

HOGREFE

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend	
47. Ist nervös oder angespannt	0 1 2	75. Spielt oder schmiert mit Kot	0 1 2
48. Hat Alpträume	0 1 2	76. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben:	0 1 2
49. Isst zu viel	0 1 2		
50. Ist immer müde	0 1 2	77. Starrt ins Leere oder scheint mit Gedanken woanders zu sein	0 1 2
51. Zeigt ohne erkennbaren Grund panische Angst	0 1 2	78. Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe (ohne körperliche Ursache)	0 1 2
52. Hat Schmerzen bei der Verdauung (ohne bekannte körperliche Ursache)	0 1 2	79. Rasche Wechsel zwischen Traurigkeit und starker Freude	0 1 2
53. Greift andere körperlich an	0 1 2	80. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben:	0 1 2
54. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt an Körperstellen; bitte beschreiben:	0 1 2		
		81. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar	0 1 2
55. Spielt zu viel an seinen Geschlechtsstellen	0 1 2	82. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel	0 1 2
56. Körperbewegungen sind unbeholfen oder schwerfällig	0 1 2	83. Schnollt viel oder ist leicht eingeschnappt	0 1 2
57. Augenbeschwerden (ohne bekannte körperliche Ursache); bitte beschreiben:	0 1 2	84. Redet, weint oder schreit im Schlaf; bitte beschreiben:	0 1 2
58. Bestrafung ändert nichts an seinem Verhalten	0 1 2	85. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament	0 1 2
59. Wechselt sehr schnell von einer Beschäftigung zur nächsten	0 1 2	86. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht	0 1 2
60. Hautausschläge oder andere Hautprobleme (ohne bekannte körperliche Ursache)	0 1 2	87. Fürchtet sich zu sehr oder ist zu ängstlich	0 1 2
61. Weigert sich zu essen	0 1 2	88. Macht nicht mit	0 1 2
62. Weigert sich, lebhaftes Spiel mitzuspielen	0 1 2	89. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge	0 1 2
63. Schaukelt wiederholt mit dem Kopf oder dem ganzen Körper hin und her	0 1 2	90. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen	0 1 2
64. Weigert sich, abends ins Bett zu gehen	0 1 2	91. Ist ungewöhnlich laut	0 1 2
65. Weigert sich bei der Sauberkeitserziehung; bitte beschreiben:	0 1 2	92. Lässt sich durch unbekannte Menschen oder Situationen aus der Fassung bringen; bitte beschreiben:	0 1 2
66. Schreit viel	0 1 2	93. Erbrechen (ohne bekannte körperliche Ursache)	0 1 2
67. Scheint nicht auf Zuneigung/Zärtlichkeit zu reagieren	0 1 2	94. Wacht nachts häufig auf	0 1 2
68. Ist befangen oder leicht verlegen	0 1 2	95. Läuft weg	0 1 2
69. Denkt nur an sich oder will nicht teilen	0 1 2	96. Verlangt viel Aufmerksamkeit	0 1 2
70. Zeigt wenig Zuneigung für andere Leute	0 1 2	97. Quengelt	0 1 2
71. Zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung	0 1 2	98. Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf	0 1 2
72. Zeigt zu wenig Angst vor Verletzungen	0 1 2	99. Macht sich zu viel Sorgen	0 1 2
73. Ist zu ängstlich oder schüchtern	0 1 2	100. Bitte beschreiben Sie hier Probleme ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:	0 1 2
74. Schläft weniger als die meisten Kinder nachts und/oder tagsüber; bitte beschreiben:	0 1 2		0 1 2
		→ Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.	
		→ Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.	

Hat dieses Kind Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen? ☐ Nein ☐ Ja; bitte beschreiben: _____

Was macht Ihnen bei diesem Kind am meisten Sorgen? _____

Bitte beschreiben Sie, was Ihnen an diesem Kind am besten gefällt: _____

Vielen Dank!

10.8 Child Behavior Checklist (CBCL) 4–18 Jahre

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - CBCL/4-18																									
Name (des Kindes):			Tätigkeit der Eltern: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) Bitte genaue Bezeichnung, z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann																						
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge		Alter:		Tätigkeit des Vaters:																					
Geburtsdatum: (des Kindes)		Tag: Monat: Jahr:		Tätigkeit der Mutter:																					
Datum heute:		Tag: Monat: Jahr:		Fragebogen ausgefüllt von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Anderen (z.B. Oma, Erzieher):																					
<p>Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Menschen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.</p>																									
<p>I. Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt, z.B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tischtennis usw..</p>																									
<input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____		<p>Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich weiß es nicht</td> <td>weniger</td> <td>gleich viel</td> <td>mehr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich weiß es nicht</td> <td>weniger gut</td> <td>gleich gut</td> <td>besser</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes, z.B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, mit Puppen oder Autos spielen usw. (außer Sport, Radfahren, Fernsehen).</p>																									
<input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____		<p>Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich weiß es nicht</td> <td>weniger</td> <td>gleich viel</td> <td>mehr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich weiß es nicht</td> <td>weniger gut</td> <td>gleich gut</td> <td>besser</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an?</p>																									
<input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____		<p>Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich weiß es nicht</td> <td>weniger aktiv</td> <td>gleich aktiv</td> <td>aktiver</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>								Ich weiß es nicht	weniger aktiv	gleich aktiv	aktiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Ich weiß es nicht	weniger aktiv	gleich aktiv	aktiver																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts, z.B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw.?</p>																									
<input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____		<p>Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ich weiß es nicht</td> <td>weniger gut</td> <td>gleich gut</td> <td>besser</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>								Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Ich weiß es nicht	weniger gut	gleich gut	besser																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>Bezug: Altersgruppe Kinder, Jugendlichen und Familiengroße (KJFG). Geschätzte KJFG: im Kind für Kinder und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50851 Köln.</p> <p>Unseremitsch gemacht: © T.M. Achenbach, 1981, und Altersgruppen Deutsche Child Behavior Checklist Nachdruck verboten!</p>																									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">1</td> </tr> </table>											1														
	1																								

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

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

VI. Verglichen mit Gleichaltrigen:

	schlechter	etwa gleich	besser	
a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelkind
b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

☐ besucht keine Schule

	ungenügend	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. Lesen, Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Rechnen oder Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Naturwissenschaften (falls zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Fächer e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(wie Englisch, Fremdsprachen, f. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(sitz Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

Wann fingen die Probleme an? _____

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

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

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen? _____

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten? _____

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn Sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

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

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

0 = nicht zutreffend	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
57. Greift andere körperlich an.....	0 1 2	
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsstellen.....	0 1 2	
60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsstellen.....	0 1 2	
61. Ist schlecht in der Schule.....	0 1 2	
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....	0 1 2	
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0 1 2	
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0 1 2	
65. Weigert sich zu sprechen.....	0 1 2	
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
67. Lläuft von zu Hause weg.....	0 1 2	
68. Schnellt viel.....	0 1 2	
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....	0 1 2	
70. Stiert Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen.....	0 1 2	
72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt.....	0 1 2	
73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.....	0 1 2	
75. Ist schüchtern oder zaghaft.....	0 1 2	
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen.....	0 1 2	
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
78. Schminkt oder spielt mit Kot.....	0 1 2	
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
80. Starrt ins Leere.....	0 1 2	
81. Steht zu Hause.....	0 1 2	
82. Steht anderswo.....	0 1 2	
83. Horcht Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....	0 1 2	
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel.....	0 1 2	
88. Schnappt viel oder ist leicht eingeschnappt.....	0 1 2	
89. Ist mißtraulich.....	0 1 2	
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.....	0 1 2	
91. Spricht davon, sich umzubringen.....	0 1 2	
92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
93. Redet zuviel.....	0 1 2	
94. Hänzelt andere gern.....	0 1 2	
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.....	0 1 2	
96. Denkt zuviel an Sex.....	0 1 2	
97. Bedroht andere.....	0 1 2	
98. Lutscht am Daumen.....	0 1 2	
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....	0 1 2	
100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden).....	0 1 2	
102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.....	0 1 2	
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....	0 1 2	
104. Ist ungewöhnlich laut.....	0 1 2	
105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben:.....	0 1 2	
106. Richtet mutwillig Zerstörungen an.....	0 1 2	
107. Näßt bei Tag ein.....	0 1 2	
108. Näßt im Schlaf ein.....	0 1 2	
109. Quengelt oder jammert.....	0 1 2	
110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein. Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein.....	0 1 2	
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf.....	0 1 2	
112. Macht sich zuviel Sorgen.....	0 1 2	
113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden.....	0 1 2	
<p>---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.</p> <p>---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.</p> <p>Vielen Dank !</p>		

10.9 Elternstressfragebogen (ESF) Kindergarten und Vorschulversion

Fragebogen

Kindergarten- und Vorschulversion

ESF

Name des Kindes:

Alter:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Geschlecht: ☐ Mädchen ☐ Junge

Datum heute: Tag Monat Jahr

Fragebogen ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Anderen:

Hauptbetreuung des Kindes durch: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Anderen:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden

☐ feste Partnerschaft ☐ Sonstiges:

Bitte lesen Sie die **folgenden** Aussagen sorgfältig durch. Beziehen Sie sich bei der Bewertung der Aussagen auf das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen sollen!

Markieren Sie die Antwort, die Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Kreuzen Sie **0** an, wenn die Aussage für Sie **nicht zutrifft**.
 Kreuzen Sie **1** an, wenn die Aussage für Sie **kaum zutrifft**.
 Kreuzen Sie **2** an, wenn die Aussage für Sie **etwas zutrifft**.
 Kreuzen Sie **3** an, wenn die Aussage für Sie **genau zutrifft**.

Bitte entscheiden Sie sich für eine Antwort und kreuzen Sie diese an.	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
1 Ich habe Menschen in meiner Umgebung, die auf mein Kind aufpassen.	0	1	2	3
2 Ich streite mich oft mit meinem Kind.	0	1	2	3
3 Als Mutter/Vater hat man nicht mehr genügend Zeit für seine Hobbys.	0	1	2	3
4 Mein Kind zeigt Verhaltensweisen, die mich stören.	0	1	2	3
5 Es gibt immer wieder Tage, an denen ich mich in der Erziehung meines Kindes umkicher fühle.	0	1	2	3
6 Ich benötige manchmal Urlaub von meiner Familie.	0	1	2	3
7 Der weiteren Erziehung meines Kindes sehe ich gelassen entgegen.	0	1	2	3
8 Ich habe selten wirklich frei, da immer jemand etwas von mir möchte.	0	1	2	3

HOGREFE

© Hogrefe Verlag, Lüdinghausen
 Nachdruck und/oder Verbreitung ist ohne schriftliche Genehmigung verboten.
 Bestell-Nr. 03 301 03

Bitte entscheiden Sie sich für eine Antwort und kreuzen Sie diese an.		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
9	Im Vergleich zu anderen Eltern fällt mir die Erziehung meines Kindes leicht.	0	1	2	3
10	Von Menschen in meiner Umgebung erhalte ich nützliche Tipps für die Erziehung meines Kindes.	0	1	2	3
11	Durch das Kind kann ich mein Leben nicht mehr selbst bestimmen.	0	1	2	3
12	Ich habe mehrmals am Tag Situationen, bei denen ich mich über mein Kind ärgere.	0	1	2	3
13	Es gibt einige Aufgaben als Mutter/Vater, denen ich mich nicht richtig gewachsen fühle.	0	1	2	3
14	Im Umgang mit meinem Kind reagiere ich leicht ungeduldig.	0	1	2	3
15	Seit ich das Kind habe, kann ich nicht mehr ausreichend über meine Zeit bestimmen.	0	1	2	3
16	Trotz meines Kindes/meiner Kinder bleibt mir genug Zeit, meinen Interessen nachzugehen.	0	1	2	3
17	Ich habe Zweifel, ob ich in der Erziehung meines Kindes alles richtig mache.	0	1	2	3
18	Mein Kind ist anstrengend.	0	1	2	3
19	Manchmal stehe ich dem Verhalten meines Kindes hilflos gegenüber.	0	1	2	3
20	Die Großeltern (oder andere Verwandte/Bekannte) entlasten mich, indem sie Zeit mit meinem Kind verbringen.	0	1	2	3
21	Mein Kind hat Eigenschaften, die mir Sorgen bereiten.	0	1	2	3
22	Auch kritische Situationen mit meinem Kind kann ich gut meistern.	0	1	2	3
23	Ich tausche mich regelmäßig mit anderen Eltern aus.	0	1	2	3
24	Wenn ich Hilfe mit meinem Kind benötige, kann ich Nachbarn und Bekannte fragen.	0	1	2	3
25	Es gibt Situationen, in denen mir die Erziehung meines Kindes Probleme bereitet.	0	1	2	3
26	Ich treffe mich regelmäßig mit meinen Freunden/innen ohne mein Kind.	0	1	2	3
27	Ich mache mir Sorgen um mein Kind.	0	1	2	3
28	Seit der Geburt meines Kindes habe ich zu wenige Freiheiten in meinem Leben.	0	1	2	3
29	Bei Problemen mit meinem Kind habe ich Freunde und Bekannte, an die ich mich wenden kann.	0	1	2	3
30	Es gibt immer wieder Situationen, in denen mir das Verhalten meines Kindes vor anderen unangenehm ist.	0	1	2	3
31	Andere Personen machen Äußerungen über meinen Erziehungsstil, die mich verunsichern.	0	1	2	3

Bitte beantworten Sie die Aussagen 32 – 38 nur, wenn Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft bzw. Ehe befinden. Ansonsten gehen Sie über zu Frage 39.		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
32	Ich würde mir von meinem Partner mehr Unterstützung bei der Erziehung unseres Kindes wünschen.	0	1	2	3
33	Es gibt nichts, was ich an meiner Familie ändern möchte.	0	1	2	3
34	Mein/e Partner/in und ich sprechen Erziehungsmaßnahmen miteinander ab.	0	1	2	3
35	Es gibt einige Punkte in der Partnerschaft, die ich gerne ändern würde.	0	1	2	3
36	Mein/e Partner/in entlastet mich bei der Erziehung des Kindes.	0	1	2	3
37	In Erziehungsfragen sind mein/e Partner/in und ich uns vollkommen einig.	0	1	2	3
38	Mein Partner versteht meine Sorgen.	0	1	2	3

39	Folgende Ereignisse sind in meiner Familie im letzten Jahr eingetroffen. Bitte geben Sie gegebenenfalls an, wie stark Sie dieses momentan belastet.	gar nicht belastend	kaum belastend	etwas belastend	sehr belastend
a)	Trennung/Scheidung <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
b)	Tod eines Verwandten (Eltern, Geschwister, Lebenspartner) <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
c)	Schwerwiegende Krankheit/Unfall <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
d)	Wesentliche Verringerung des Einkommens <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
e)	Wesentliche Veränderung des Umfelds (z.B. durch Umzug,...) <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

40	Im folgenden sollen Sie für die Geschwisterkinder (falls vorhanden) Angaben zum Alter und Geschlecht machen.			
1. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	
2. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	
3. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	
4. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	

41	Nun sollen Sie bitte für jedes Kind angeben, wie groß Sie den Stress in der Erziehung des Kindes einschätzen.	gar nicht stressig	kaum stressig	etwas stressig	sehr stressig
	Kind, über das Sie im Fragebogen Angaben machten.	0	1	2	3
	1. Geschwisterkind	0	1	2	3
	2. Geschwisterkind	0	1	2	3
	3. Geschwisterkind	0	1	2	3
	4. Geschwisterkind	0	1	2	3

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vielen Dank!

10.10 Elternstressfragebogen (ESF) Schulversion

Fragebogen

Schulversion

ESF

Name des Kindes: _____

Alter: _____

Geburtsdatum: / /

Geschlecht: ☐ Mädchen ☐ Junge

Datum heute: / /

Fragebogen ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Anderen:

Hauptbetreuung des Kindes durch: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Anderen:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden


☐ feste Partnerschaft ☐ Sonstiges: _____

Bitte lesen Sie die **folgenden** Aussagen sorgfältig durch. Beziehen Sie sich bei der Bewertung der Aussagen auf das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen sollen!

Markieren Sie die Antwort, die Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Kreuzen Sie **0** an, wenn die Aussage für Sie **nicht zutrifft**.
 Kreuzen Sie **1** an, wenn die Aussage für Sie **kaum zutrifft**.
 Kreuzen Sie **2** an, wenn die Aussage für Sie **etwas zutrifft**.
 Kreuzen Sie **3** an, wenn die Aussage für Sie **genau zutrifft**.

Bitte entscheiden Sie sich für eine Antwort und kreuzen Sie diese an.		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
1	Ich habe Menschen in meiner Umgebung, die auf mein Kind aufpassen.	0	1	2	3
2	Ich streite mich oft mit meinem Kind.	0	1	2	3
3	Als Mutter/Vater hat man nicht mehr genügend Zeit für seine Hobbys.	0	1	2	3
4	Mein Kind zeigt Verhaltensweisen, die mich stören.	0	1	2	3
5	Es gibt immer wieder Tage, an denen ich mich in der Erziehung meines Kindes anstrengen fühle.	0	1	2	3
6	Als Mutter/Vater muss ich auf einige Lebensräume verzichten.	0	1	2	3
7	Ich mache mir um die schulische Situation meines Kindes Sorgen.	0	1	2	3
8	Ich habe selten wirklich frei, da immer jemand etwas von mir möchte.	0	1	2	3



© Angewandte Psychologie, Lüneburg
 Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Genehmigung.
 Druck Nr. 27 80/04

Bitte entscheiden Sie sich für <u>eine</u> Antwort und kreuzen Sie diese an.		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
9	Ich muss meinem Kind bei mehr alltäglichen Dingen (wie Anziehen, Zähne putzen, Zimmer aufräumen) helfen, als mir recht ist.	0	1	2	3
10	Von Menschen in meiner Umgebung erhalte ich nützliche Tipps für die Erziehung meines Kindes.	0	1	2	3
11	Durch das Kind kann ich mein Leben nicht mehr selbst bestimmen.	0	1	2	3
12	Ich habe mehrmals am Tag Situationen, bei denen ich mich über mein Kind ärgere.	0	1	2	3
13	Es gibt einige Aufgaben als Mutter/Vater, denen ich mich nicht richtig gewachsen fühle.	0	1	2	3
14	Im Umgang mit meinem Kind reagiere ich leicht ungeduldig.	0	1	2	3
15	Seit ich das Kind habe, kann ich nicht mehr ausreichend über meine Zeit bestimmen.	0	1	2	3
16	Mir bereitet es Stress, die Termine meines Kindes in meinem Tagesablauf unterzubringen.	0	1	2	3
17	Ich habe Zweifel, ob ich in der Erziehung meines Kindes alles richtig mache.	0	1	2	3
18	Mein Kind ist anstrengend.	0	1	2	3
19	Manchmal stehe ich dem Verhalten meines Kindes hilflos gegenüber.	0	1	2	3
20	Die Großeltern (oder andere Verwandte/Bekannte) entlasten mich, indem sie Zeit mit meinem Kind verbringen.	0	1	2	3
21	Ich habe häufig Konflikte mit meinem Kind.	0	1	2	3
22	Die Hausaufgabensituation meines Kindes erlebe ich als anstrengend.	0	1	2	3
23	Ich tausche mich regelmäßig mit anderen Eltern aus.	0	1	2	3
24	Wenn ich Hilfe mit meinem Kind benötige, kann ich Nachbarn und Bekannte fragen.	0	1	2	3
25	Es gibt Situationen, in denen mir die Erziehung meines Kindes Probleme bereitet.	0	1	2	3
26	Ich treffe mich regelmäßig mit meinen Freunden/Innen ohne mein Kind.	0	1	2	3
27	Ich mache mir Sorgen um mein Kind.	0	1	2	3
28	Seit der Geburt meines Kindes habe ich zu wenig Freiheit in meinem Leben.	0	1	2	3
29	Bei Problemen mit meinem Kind habe ich Freunde und Bekannte, an die ich mich wenden kann.	0	1	2	3
30	Es gibt immer wieder Situationen, in denen mir das Verhalten meines Kindes vor anderen unangenehm ist.	0	1	2	3
31	Ich mache mir Sorgen um die Zukunft meines Kindes.	0	1	2	3

Bitte beantworten Sie die Aussagen 32 – 38 nur, wenn Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft bzw. Ehe befinden. Ansonsten gehen Sie über zu Frage 39.		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
32	Ich würde mir von meinem Partner mehr Unterstützung bei der Erziehung unseres Kindes wünschen.	0	1	2	3
33	Es gibt nichts, was ich an meiner Familie ändern möchte.	0	1	2	3
34	Meine Partner/in und ich sprechen Erziehungsmaßnahmen miteinander ab.	0	1	2	3
35	Es gibt einige Punkte in der Partnerschaft, die ich gerne ändern würde.	0	1	2	3
36	Meine Partner/in entlastet mich bei der Erziehung des Kindes.	0	1	2	3
37	In Erziehungssagen sind meine Partner/in und ich uns vollkommen einig.	0	1	2	3
38	Mein Partner versteht meine Sorgen.	0	1	2	3

39	Folgende Ereignisse sind in meiner Familie im letzten Jahr eingetroffen. Bitte geben Sie gegebenenfalls an, wie stark Sie dieses momentan belastet.	gar nicht belastend	kaum belastend	etwas belastend	sehr belastend
a)	Trennung/Scheidung <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
b)	Tod eines Verwandten (Eltern, Geschwister, Lebenspartner) <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
c)	Schwerwiegende Krankheit/Unfall <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
d)	Wesentliche Verringerung des Einkommens <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
e)	Wesentliche Veränderung des Umfelds (z.B. durch Umzug,...) <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

40	Im Folgenden sollen Sie für die Geschwisterkinder (falls vorhanden) Angaben zum Alter und Geschlecht machen.			
1. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	
2. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	
3. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	
4. Geschwisterkind	Alter:	<input type="checkbox"/> Junge	<input type="checkbox"/> Mädchen	

41	Nun sollen Sie bitte für jedes Kind angeben, wie groß Sie den Stress in der Erziehung des Kindes einschätzen.	gar nicht stressig	kaum stressig	etwas stressig	sehr stressig
	Kind, über das Sie im Fragebogen Angaben machten.	0	1	2	3
	1. Geschwisterkind	0	1	2	3
	2. Geschwisterkind	0	1	2	3
	3. Geschwisterkind	0	1	2	3
	4. Geschwisterkind	0	1	2	3

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vielen Dank!

10.11 Einverständniserklärung

OTTO-VON-GUERICKE-UNIVERSITÄT MAGDEBURGOTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG**MED**MEDIZINISCHE
FAKULTÄTKlinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes und Jugendalters am Klinikum Magdeburg
gGmbH
Prof. Dr. med. H.-H. Flechtner**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**➤ Der folgende Abschnitt ist **von den Eltern** selbst auszufüllen ◀

Wir, Frau _____ geb.: _____
 und Herr _____ geb.: _____
 die Sorgeberechtigten für _____

sind über Inhalt und Ablauf der Studie aufgeklärt. Die schriftliche Elterninformation wurde uns ausgehändigt. Wir hatten ausreichend Zeit, diese Information zu lesen. Den Inhalt haben wir verstanden. Falls weitere Fragen auftreten, können wir diese jederzeit der Studienleiterin / dem Studienleiter stellen. Wir erklären uns mit der Teilnahme unseres Kindes an der Studie einverstanden. Wir wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme unseres Kindes an der Studie freiwillig ist, und dass wir jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme unseres Kindes an der Studie beenden können.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Wir wissen, dass die von unserem Kind gewonnenen Daten mit Computern weiterverarbeitet und eventuell für wissenschaftliche Veröffentlichungen verwendet werden sollen. Hiermit sind wir einverstanden, wenn die Verarbeitung und Veröffentlichung in einer Form erfolgt, die eine Zuordnung zu uns und unserem Kind ausschließt. Auch diese Einwilligung können wir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Alle Personen, die an der Studie oder an der Behandlung beteiligt sind, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Belange des Datenschutzes sind gewährleistet.

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift/Sorgeberechtigte*
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift/Sorgeberechtigter*

*Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, daß er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder daß er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Ablauf der tagesklinischen Behandlung in Anlehnung an Flechtner und Röttger (2020, S. 13).	7
Abbildung 2: Mehrdimensionale Behandlungsschwerpunkte der verschiedenen Interventionsebenen.	10
Abbildung 3: Diskutierte Wirkfaktoren der Mehrfamiliientherapie.	15
Abbildung 4: Darstellung des Ablaufs der Studie mit Messung der psychiatrischen kindlichen Symptomatik anhand der CBCL und des elterlichen Stresserlebens anhand des ESFs zu den 3 Messzeitpunkten Prä (T1), Post (T2) und Follow-up (T3).	25
Abbildung 5: Verteilung der Studienteilnehmenden (n = 86) auf Kontroll- und Experimentgruppe.	29
Abbildung 6: Psychiatrische kindliche Symptomatik und elterliches Stresserleben bei Studienbeginn (T1) in der Experiment- (n = 47) und Kontrollgruppe (n = 39).	36
Abbildung 7: Mittlere T-Werte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (A–C) und elterlichen Stressbelastung (D) der Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2 zu Beginn (T1) und nach (nicht) erfolgter Therapie (T2).	41
Abbildung 8: Mittlere T-Werte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens der Gruppe Experiment_T1T2 über den Interventionszeitraum (T1–T2).	43
Abbildung 9: Mittlere T-Werte der psychiatrischen kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens der Gruppe Kontrolle_T1T2 über das interventionslose Intervall (T1–T2).	44
Abbildung 10: Mittlere T-Werte der kindlichen externalisierenden (CBCL_Ext) und internalisierenden Symptomatik (CBCL_Int) in der Gruppe Experiment_T1T2. bei Therapiebeginn (T1) und -ende (T2).	45
Abbildung 11: Veränderung der kindlichen externalisierenden (A) vs. internalisierenden (B) Symptomatik nach Störungsbild.	47
Abbildung 12: Stabilität der langfristigen Therapieeffekte der kindlichen Symptomatik und des elterlichen Stresserlebens in der Gruppe Experiment_T1T3.	48
Abbildung 13: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2. (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).	105
Abbildung 14: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2. (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).	105

Abbildung 15: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3. (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).	106
Abbildung 16: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3 (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).	106

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnoseverteilung der Experiment- (n = 47) und Kontrollgruppe (n = 39) nach ICD-10 (Dilling et al. 2015).....	35
Tabelle 2: Gruppenunterschiede der initialen Belastung der Studienteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2.....	38
Tabelle 3: Gruppenunterschiede der Merkmale der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Experiment- und Kontrollgruppe.	39
Tabelle 4: Gruppenunterschiede der Merkmale der Studienteilnehmenden der Gruppen Experiment_T1T2 und Kontrolle_T1T2.	39
Tabelle 5: Interaktionseffekte der Varianzanalyse der psychiatrischen kindlichen Symptomatik (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ES) zu Beginn (T1) und nach (nicht) erfolgter Intervention (T2) der Gruppen Experiment_T1T2 (n = 21) und Kontrolle_T1T2 (n = 20).....	40
Tabelle 6: Ergebnisse der Varianzanalyse der akuten Therapieeffekte über den Interventionszeitraum (T1–T2) in der Gruppe Experiment_T1T2.....	42
Tabelle 7: Ergebnisse der Varianzanalyse über das interventionslose Intervall (T1–T2) in der Gruppe Kontrolle_T1T2 (n = 20).	44
Tabelle 8: Ergebnisse der Einzelvergleiche der Mittelwertsdifferenzen von Therapiebeginn (T1) und -ende(T2) der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik in den Störungskategorien.....	46
Tabelle 9: Bivariate Zusammenhänge zwischen elterlichem Stresserleben und psychiatrischer kindlicher Symptomatik.....	51
Tabelle 10: Diagnoseprävalenz psychiatrischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nach Steffen et al. (2018).....	100
Tabelle 11: Gruppenunterschiede der initialen Belastung der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Experimentgruppe.	101
Tabelle 12: Gruppenunterschiede der initialen Belastung der Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Kontrollgruppe.	101
Tabelle 13: Ergebnisse des nonparametrischen Wilcoxon-Tests der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2.	102
Tabelle 14: Ergebnisse des nonparametrischen Wilcoxon- Tests über das interventionslose Intervall in der Gruppe Kontrolle_T1T2.....	102
Tabelle 15: Ergebnisse Friedmans zweifaktorieller Varianzanalyse nach Rang bei verbundenen Stichproben zur Messung der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3.	102

Tabelle 16: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2 (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).	103
Tabelle 17: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der akuten Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T2. (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).	104
Tabelle 18: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3 (Bedingung 1 nach Jacobson und Truax [1991]).	104
Tabelle 19: Signifikante Veränderungen mit klinischer Relevanz der langfristigen Therapieeffekte in der Gruppe Experiment_T1T3. (Bedingung 2 nach Jacobson und Truax [1991]).	104
Tabelle 20: Ergebnisse der Varianzanalyse der langfristigen Therapieeffekte (T1–T3) in der Gruppe Experiment_T1T3 ($n = 9$).	107
Tabelle 21: Einzelvergleiche der langfristigen Therapieeffekte.....	107
Tabelle 22: Gesamtmodelle der Regressionsanalysen auf Kindes- und Elternebene.....	108
Tabelle 23: Einzelergebnisse der multiplen Regressionsanalysen auf Kindes- und Elternebene.	108