



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG

MED

MEDIZINISCHE
FAKULTÄT

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

**Entwicklung und Therapieerfolge einer bausteinorientierten
Eltern-Kind-Behandlung**

Wirksamkeitsüberprüfung einer kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station
unter klinischen Routinebedingungen

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

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. rer. medic.

(doctor rerum medicarum)

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

vorgelegt von Stefanie Krause (geb. Kruschwitz)

aus Aschersleben

Magdeburg 2018

Bibliographische Beschreibung:

Krause, Stefanie:

Entwicklung und Therapieerfolge einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung. Wirksamkeitsüberprüfung einer kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station unter klinischen Routinebedingungen – 2018. – 131 Bl., 15 Abb., 16 Tab., 6 Anl.

Kurzreferat

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Wirksamkeitsüberprüfung einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung im kinderpsychiatrischen Setting unter klinischen Routinebedingungen. Es wurde in einer monozentrischen Fragebogenstudie im Ein-Gruppen-Prä-Post-Design anhand einer Stichprobe von 60 Familien die kindliche Symptombelastung (CBCL) und das elterliche Stresserleben (ESF) zu fünf Zeitpunkten erhoben (von Aufnahme bis 6 Monate nach Entlassung). Erwartungsgemäß konnten in der Wartezeit bis Therapiebeginn keine bedeutsamen Veränderungen festgestellt werden, während sich im Verlauf der Behandlung die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und das elterliche Stresserleben signifikant reduzierten und auch nach Abschluss der Behandlung stabil blieben. Dabei zeigte sich der Therapieeffekt abhängig von der psychischen Initialbelastung auf Eltern- und Kindebene. Weiterhin hatten die Symptomdauer und der elterliche Therapiegewinn einen signifikanten Einfluss auf die Abnahme der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Wartezeit, Geschlecht, Alter des Kindes und Behandlungsmodus kristallisierten sich nicht als bedeutsame Moderatoren des Behandlungserfolgs heraus. Damit schließt die vorliegende Untersuchung eine Forschungslücke zur Wirksamkeit von kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Stationen und liefert wichtige Implikationen für die klinische Praxis von Eltern-Kind-Behandlungen.

Schlüsselwörter

Eltern-Kind-Behandlung, Eltern-Kind-Station, Therapieeffekte, klinische Implementationsforschung

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung

1.1. Theoretischer Hintergrund	5
1.2. Entwicklung und Konzept einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung	8
1.2.1. Indikation und Kontraindikation	8
1.2.2. Behandlungssetting	11
1.3. Aktueller Forschungsstand	16
1.4. Fragestellungen	19
1.4.1. Fragestellungen	19
1.4.2. Hypothesen	23

2. Methoden

2.1. Studiendesign und Datenerhebung	25
2.2. Stichprobe	26
2.3. Variablen und Erhebungsinstrumente	32
2.3.1. Erhebung der demographischen Variablen	33
2.3.2. Erhebung der kindlichen Symptombelastung	33
2.3.3. Erhebung des elterlichen Stresserlebens	35
2.3.4. Unabhängige Variablen und Kontrollvariablen	37
2.4. Statistische Analysen	37

3. Ergebnisse

3.1. Explorative Datenanalyse	40
3.1.1. Überprüfung der Verteilungsform	40
3.1.2. Gruppenunterschiede und Alterseffekte vor Therapiebeginn	40
3.2. Ergebnisse der Hypothesenprüfung	48
3.2.1. Kurzfristige Therapieeffekte	48
3.2.2. Stabilität der Therapieeffekte	56
3.2.3. Faktoren mit möglichem Einfluss auf das Behandlungsgelingen	60

3.2.4.	Moderatorvariablen der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten	61
3.2.5.	Moderatorvariablen des elterlichen Stresserlebens	63
3.2.6.	Behandlungsmodus	65
3.2.7.	Kindliches Störungsbild	67
4.	Diskussion	
4.1.	Therapieeffekte	68
4.1.1.	Kurzfristige Therapieeffekte	68
4.1.2.	Stabilität der Therapieeffekte	73
4.1.3.	Moderatorvariablen	74
4.2.	Methodische Einschränkungen	80
4.3.	Ausblick	83
4.4.	Implikationen für die Praxis	87
5.	Zusammenfassung	97
6.	Literaturverzeichnis	98
7.	Danksagungen	116
8.	Eidesstattliche Erklärung	117
9.	Darstellung des Bildungsweges	118
10.	Anlagen	119
10.1.	Reliable Change Index	119
10.2.	Child Behavior Checklist (CBCL) für die Altersgruppen 1,5 bis 5 Jahre	120
10.3.	Child Behavior Checklist (CBCL) für die Altersgruppen 4 bis 18 Jahre	121
10.4.	Elternstressfragebogen (ESF) Kindergarten- und Vorschulversion	125
10.5.	Elternstressfragebogen (ESF) Schulversion	128
10.6.	Einverständniserklärung	131

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	.....	Abbildung/en
Anl.	.....	Anlage/n
Bl.	.....	Blatt/Blätter
bzw.	.....	beziehungsweise
ca.	.....	circa
d. h.	.....	das heißt
ebd.	.....	ebenda
et al.	.....	et alia
Tab.	.....	Tabelle/n
vgl.	.....	vergleiche
z. B.	.....	zum Beispiel

1. Einführung

1.1. Theoretischer Hintergrund

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt nach Erkenntnissen der BELLA-Studie bei 21.9% (Rattay et al. 2014, Ravens-Sieberer et al. 2007), wobei jüngste Analysen eine zeitliche Stabilität für eine symptom-basierte Häufigkeit von rund 20% nach einem Zeitraum von 6 Jahren belegen (vgl. Hölling et al. 2014). Bezogen auf das Kleinkind- und Vorschulalter zeigten weiterführende Analysen (Hölling et al. 2007), dass 6.9% der deutschen Jungen und 3.7% Mädchen zwischen 3 und 6 Jahren klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Weitere 8.9% der Jungen und 6.9% der Mädchen wurden als grenzwertig psychisch auffällig eingestuft. Mit Blick auf die unterschiedlichen Störungsbilder wurden bei den 3- bis 6- Jährigen mehr Verhaltensprobleme (15.8%) und Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen (9.5%) berichtet, während hyperkinetische (8.2%) und emotionale Symptome (6.6%) vergleichsweise geringer ausgeprägt waren.

In einer Längsschnittstudie von Beyer et al. (2012) zur Prävalenz und Kontinuität psychischer Auffälligkeiten vom Vorschul- bis Grundschulalter zeigte sich bei einer deutschen Kohorte von 814 Kindern über einen Zeitraum von 4 Jahren ein hohes Maß an Kontinuität internalisierender Störungen sowie eine Verschiebung der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten hin zu einer Kombination aus externalisierender und internalisierender Symptomatik. Dabei wiesen zu Beginn der Untersuchung bereits 129 Kinder (15.8%) klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten auf, von denen 66% internalisierende und 23% externalisierende Symptome zeigten. Bei 10% der betroffenen Kinder lagen sowohl externalisierende als auch internalisierende Störungen vor, während 1% sonstige Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Zum Follow-up 4 Jahre später wurde bei 165 Kindern (20.3%) eine klinisch relevante Symptombelastung berichtet, von denen 55% internalisierende und 16% externalisierende Störungen aufwiesen. Bei 26% der betroffenen Kinder lag eine Kombination aus externalisierender und internalisierender Symptomatik vor, während 4% sonstige Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Zu beiden Messzeitpunkten waren signifikant mehr Jungen (t1: 19.4%; t2: 24.7%) als Mädchen (t1: 12.8%; t2: 16.5%)

betroffen. Von den ursprünglich 129 Kindern wiesen 55% im Follow-up eine persistierende Symptomatik auf, wobei die Zugehörigkeit zur Gruppe der Jungen und das Vorbestehen psychischer Auffälligkeiten zum ersten Messzeitpunkt signifikante Prädiktoren für die Persistenz psychischer Auffälligkeiten bis ins Grundschulalter waren.

Verschiedene soziale, familiäre und personale Risikofaktoren konnten hinsichtlich ihrer Wirkung auf die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter identifiziert werden, wie beispielweise ein niedriger sozioökonomischer Status, enge Wohnverhältnisse oder chronische Erkrankungen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007). Als bedeutendster Einflussfaktor für psychische Störungen im Kindesalter gelten familiäre Risikobedingungen, wie beispielsweise psychische Auffälligkeiten der Eltern, elterlicher Bindungsstil, ein erhöhtes elterliches Belastungserleben infolge abnormer psychosozialer Umstände oder dysfunktionale Erziehungsmethoden (vgl. Cina & Bodenmann 2009, Crnic & Low 2002, Stadelmann et al. 2010, Wiegand-Grefe et al. 2016). Diese Faktoren können dazu führen, dass die Eltern-Kind-Interaktion nicht mehr in angemessener Weise stattfindet und ein „Teufelskreislauf“ von elterlicher Überforderung, Hilflosigkeit, Beziehungsproblematik und kindlicher Symptomatik entsteht (Belsky et al. 1996, Cina & Bodenmann 2009). Daher ist naheliegend, dass frühe Störungen im Kindes- und Jugendalter ohne Einbeziehung des familiären Umfeldes nur bedingt erfolgreich bzw. nachhaltig behandelt werden können (Petermann 2002).

Insbesondere Erkenntnisse aus der Säuglings- und Kleinkindforschung zeigten der psychotherapeutischen Behandlung von frühen psychischen Störungen neue Perspektiven auf und fokussierten einen interaktions- und beziehungsorientierten Behandlungsansatz (z. B. Cierpka 2015, Klöpffer 2005, Papousek & Wollwerth de Chuquisengo 2006, Romer 2011, Stern 2004). Bereits Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter reagieren hochgradig sensibel auf ihr zwischenmenschliches Umfeld und können die negativen Verhaltens- und Interaktionsmuster ihrer Eltern übernehmen (Bowlby 1982, Field et al. 1990, Meltzoff & Moore 1983, Murray 1988), was das Risiko einer Maladaptation kindlicher Entwicklungsprozesse birgt und im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen

Störungen im Kindesalter steht (Avan et al. 2010, Cox et al. 1987, Laucht et al. 1994, Murray & Cooper 1997, Stein et al. 1991).

Interaktions- und Beziehungsstörungen auf der Eltern-Kind-Ebene sind jedoch nicht nur mit psychischen Störungen der Kinder verbunden, sondern gehen häufig auch mit einem erhöhten Stresserleben auf Seiten der Eltern einher (Dumas et al. 1991, Gabriel & Bodenmann 2006, Morgan et al. 2002, Podolski & Nigg 2001). Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung wird dabei von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge mit sich wechselseitig bedingenden dysfunktionalen Interaktions- und Kommunikationsprozessen ausgegangen (Achtergarde et al. 2015, Hall 1996, Mash & Johnston 1990). In einem Übersichtsartikel berichten Crnic und Low (2002) über Prozesse und Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Stress in der (Kern-)Familie (Mutter, Vater, Kind) beitragen. Demnach wird das elterliche Stressempfinden durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren bestimmt. Sowohl (a) Eltern-Faktoren (z. B. Charakter, soziales Netzwerk, Erziehungsvorstellungen, Partnerschaft) als auch (b) Merkmale des Kindes (z. B. Charakter, Temperament) sowie (c) intra- bzw. extrafamiliäre Aspekte (z. B. familiäre Streitigkeiten, Probleme auf der Arbeit) interagieren über die Zeit in komplexen Prozessen und schaffen Bedingungen, unter denen die Elternschaft als mehr oder weniger stressig empfunden wird. Ein erhöhtes elterliches Stresserleben wird sowohl mit negativen Auswirkungen auf die Elternfunktion als auch mit der Entwicklung von kindlichen Verhaltensstörungen infolge einer Entgleisung der Eltern-Kind-Interaktion in Zusammenhang gebracht (Crnic et al. 2005, Deater-Deckard 1998). In den vergangenen Jahren wurden daher voll- und teilstationäre Eltern-Kind-Therapiekonzepte entwickelt, die sowohl im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt sind und gemeinsam den Schwerpunkt der Eltern-Kind-Interaktion verfolgen (Asen et al. 1982, Furniss et al. 2013, Postert et al. 2014, Scholz et al. 2002, Wortmann-Fleischer et al. 2012).

In der klinischen Praxis können Eltern-Kind-Stationen jedoch mit einem erhöhten wirtschaftlichen Aufwand verbunden sein, sodass sich die Frage nach der Effektivität und Effizienz dieser speziellen Behandlungsform stellt. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur klinisch-praktischen Implementationsforschung der

kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Behandlung leisten, Ansätze zur Konzepterweiterung aufzeigen und ferner die erhöhten finanziellen Aufwendungen derartiger Komplexbehandlungen rechtfertigen. Um die Ergebnisse der Studie besser beurteilen zu können, soll im Folgenden zunächst das Therapiekonzept der zu evaluierenden Eltern-Kind-Station dargestellt werden.

1.2. Entwicklung einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung

Seit Dezember 2008 bietet die Eltern-Kind-Station in Magdeburg Behandlungsplätze für fünf Kinder im Alter von 1 ½ bis 8 Jahren und deren Eltern, die den gesamten Klinikaufenthalt begleiten (vgl. Krause et al. 2018b). Das integrative, multimodale Behandlungskonzept mit seinem interdisziplinären Team vereint unterschiedliche Therapieansätze mit dem Schwerpunkt der Eltern-Kind-Interaktion und ermöglicht eine kontextbezogene, pädagogisch-therapeutische Förderung des Kindes und seiner Familie. Verfolgt wird ein interdisziplinärer interaktions- und beziehungs-fokussierter Ansatz, der sowohl Interventionen einschließt, die auf eine positive Veränderung dysfunktionaler Verhaltens- und Interaktionsmuster ausgerichtet sind, als auch dahinterliegende psycho- und familiendynamische Aspekte berücksichtigt (ebd.). Dieser Ansatz entspricht der in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2007) benannten und im Psychotherapeutengesetz (1999) explizit geforderten ressourcenorientierten Therapie von gestörten intrafamiliären Interaktions- und Kommunikationsmustern.

1.2.1. Indikation und Kontraindikation

Die Indikation wird im Rahmen ambulanter Vorkontakte gestellt und ergibt sich primär aus der im Vordergrund stehenden Interaktions- und Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind sowie dem Vorliegen einer kinderpsychiatrischen Symptomatik. Die Einweisung des Kindes erfolgt über den niedergelassenen Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater. Die Eltern als Begleitpersonen benötigen selbst keine Einweisung, unterziehen sich jedoch ebenfalls einem psychologischen Screening, so dass gegebenenfalls psychische Belastungen oder Störungen erkannt und in der

fortlaufenden Behandlungsplanung berücksichtigt werden können. Eine Auflistung der Primärindikationen der Eltern-Kind-Behandlung am Klinikum Magdeburg ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Für die Eltern-Kind-Behandlung müssen spezielle Rahmenbedingungen erfüllt sein, welche sich primär aus den psychosozialen Lebensumständen der Familie ableiten. Beispielsweise sollten die Eltern in der Lage sein, die Grundversorgung (d. h. Körperhygiene, Ernährung, Kleidung) für sich selbst und die im Haushalt lebenden Kinder sicherzustellen. Zudem stellt die unmittelbare Bedrohung des körperlichen oder seelischen Wohls des Kindes (z. B. durch extreme Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung) eine Kontraindikation für die kinderpsychiatrische Eltern-Kind-Therapie dar. An dieser Stelle sind zunächst Maßnahmen indiziert, die primär auf den Schutz des Kindes ausgerichtet sind, um destruktive Prozesse zu stoppen und in einem zweiten Schritt gemeinsam zu überlegen, wie eine sinnvolle Unterstützung für die Beteiligten aussehen kann (vgl. Krause et al. 2018b). Eine weitere wesentliche Voraussetzung ergibt sich aus der elterlichen Haltung bezüglich des Eigenanteils an den Verhaltensschwierigkeiten ihres Kindes sowie der Bereitschaft und den verfügbaren intrapersonellen Ressourcen der Eltern für Veränderungen im eigenen Verhalten bei der Gestaltung von Interaktionsprozessen (ebd.).

Daher ist naheliegend, dass schwerwiegende Psychopathologien auf Seiten der Eltern, beispielsweise in Form einer schweren depressiven Episode, akuten Psychose oder Belastungsreaktion, Suchterkrankung, posttraumatischen Belastungsstörung und dissoziativen Störung, Ausschlusskriterien für eine interaktionszentrierte Eltern-Kind-Behandlung darstellen. Das intensive Setting der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station setzt ein gewisses Maß an psychischer Stabilität der Eltern voraus, da diese während des gesamten Aufenthaltes ihre Kinder begleiten und Verantwortung tragen müssen. Unter Umständen sind zunächst Maßnahmen indiziert, die primär auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Eltern ausgerichtet sind. Andernfalls würden überfordernde Belastungen auf Seiten der Eltern drohen, die erfahrungsgemäß mit einer eskalierenden Entgleisung der Eltern-Kind-Interaktion einhergehen (vgl. Krause et al. 2018b).

Table 1. Primärindikationen der Eltern-Kind-Behandlung

Diagnosen nach ICD-10	Codierung
Regulationsstörungen	
Ein- oder Durchschlafstörung	F51.0
Exzessives Schreien	F98.8
Fütterstörung	F98.2
Störung der emotionalen Verhaltensregulation	F93.8
Bindungsstörungen	
Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	F94.1
Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	F94.2
Störungen des Sozialverhaltens	
... auf den familiären Rahmen beschränkt	F91.0
... mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	F91.3
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	
... mit depressiver Störung	F92.0
Emotionale Störungen des Kindesalters	
... mit Geschwisterrivalität	F93.3
Hyperkinetische Störungen	
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	F90.0
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	F90.1
Ausscheidungsstörungen	
Nichtorganische Enuresis	F98.0
Nichtorganische Enkopresis	F98.1

Anmerkungen: aus Krause et al. (2018b)

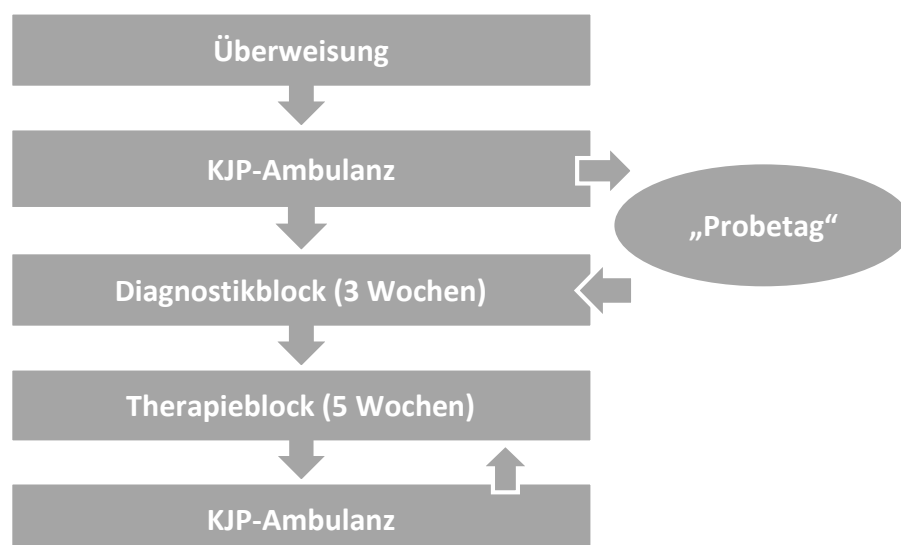
Ebenso ist das Vorliegen einer intellektuellen Behinderung auf Seiten der Eltern ein Ausschlusskriterium für die kinderpsychiatrische Eltern-Kind-Therapie, da das Behandlungssetting (z. B. Alltagsbewältigung, Versorgung, Konfliktlösung in der Gruppe) die verfügbaren Ressourcen jener Eltern übersteigt und die Betroffenen in

eine akute Überforderungssituation bringen kann. An dieser Stelle sind weiterführende Maßnahmen an den erhöhten Unterstützungsbedarf der Eltern auszurichten, wie beispielsweise die Unterbringung in einem betreuten Mutter-Kind-Wohnheim. Andernfalls drohen auch hier eskalierende Prozesse in der Eltern-Kind-Interaktion infolge des intensiven Settings, die letztendlich nicht nur betroffene Eltern sondern auch deren Kinder überfordern (Krause et al. 2018b).

1.2.2. Behandlungssetting

Nach der ambulanten Vorarbeit und einem möglichen „Probetag“ auf der Station unterteilt sich die Behandlung in eine dreiwöchige Diagnostikphase, nach der die Familien in der Regel wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden sowie eine fünfwöchige Therapiephase (Kurzzeittherapie) mit sich anschließenden ambulanten Nachsorgeterminen 6 Wochen, 3 Monate, 6 Monate und 12 Monate nach Entlassung. Bei Bedarf und entsprechender Indikation kann eine Wiederaufnahme der Familie erfolgen (Intervalltherapie). Abbildung 1 verschafft einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Eltern-Kind-Behandlung.

Abbildung 1. Ablauf der Eltern-Kind-Behandlung

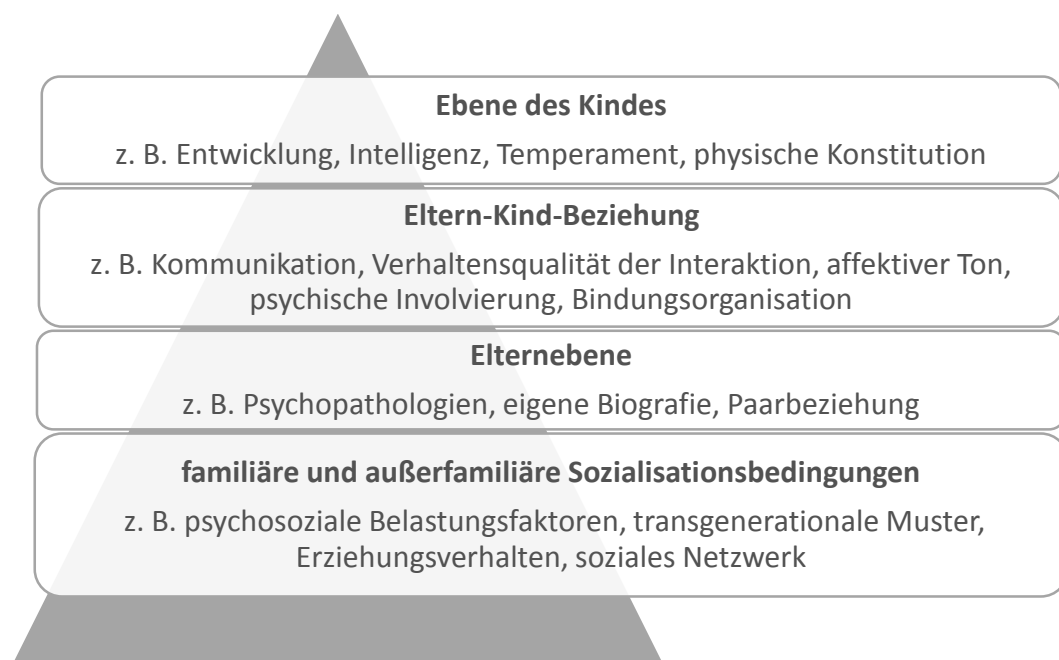


Anmerkungen: aus Krause et al. (2018b)

Die Unterbringung auf der Eltern-Kind-Station kann vollstationär oder teilstationär erfolgen. Die Wahl der Unterbringungsform orientiert sich am Störungsbild des Kindes, dem Bedarf der Familie (z. B. Versorgung von Geschwisterkindern, Berufstätigkeit) sowie am Schweregrad der vorliegenden Interaktionsstörung. Die Therapien finden montags bis freitags in der Zeit von 8.00 bis 15.30 Uhr statt. Jeden Freitagnachmittag werden die Familien bis Sonntagabend in die therapeutische Belastungserprobung nach Hause entlassen (Krause et al. 2018b).

Primäre Zielstellung für den 3-wöchigen Diagnostikblock ist eine umfassende Diagnostik des Kindes und seiner Familie einschließlich eines psychologischen Screenings auf Elternebene sowie der Überprüfung von Indikation und Kontraindikation für die kinderpsychiatrische Eltern-Kind-Behandlung. Es wird ein multidimensionales Störungs- und Ressourcenmodell erarbeitet, welches nicht nur die Ebene des Kindes fokussiert, sondern darüber hinaus Faktoren auf Seiten der Eltern sowie die familiären und außerfamiliären Sozialisationsbedingungen berücksichtigt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2. Multidimensionale Diagnostik in der Eltern-Kind-Behandlung



Anmerkungen: aus Krause et al. (2018b)

In die zweite Phase der Behandlung, der 5-wöchigen Therapiephase, werden nur Familien übernommen, die den Diagnostikblock vollständig durchlaufen haben. Diese sind in der therapeutischen Beziehung gefestigt und haben für sich eine Veränderungsmotivation sowie bestimmte Therapieziele entwickelt, an denen sie mit Unterstützung weiterarbeiten wollen (Krause et al. 2018b).

Die Kernbausteine der Eltern-Kind-Behandlung sind in Abbildung 3 dargestellt. Unter Berücksichtigung der komplexen Mehrdimensionalität von Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind (vgl. Abbildung 2) wird ein integrativer, entwicklungs- und bindungsorientierter Behandlungsansatz verfolgt mit Elementen aus der tiefenpsychologischen, verhaltensorientierten, systemischen und mentalisierungsbasierten Psychotherapie (ebd.).

Abbildung 3. Kernbausteine der Eltern-Kind-Behandlung



Anmerkungen: aus Krause et al. (2018b)

Zentraler Gegenstand der therapeutischen Einzel-, Eltern und Familiengespräche ist das Verstehen und Reflektieren von Interaktions- und Beziehungsprozessen als Grundlage fortlaufender Interventionen. Im Fokus steht dabei die Erfassung und Veränderung dysfunktionaler elterlicher Verhaltensstrategien, wie beispielweise ein gestörter Affekt dem Kind gegenüber (z. B. Wut, Reizbarkeit), dysfunktionale Kognitionen (z. B. verzerrte Wahrnehmung oder Fehlinterpretation der kindlichen Bedürfnisse) sowie maladaptive Kommunikationsstrukturen und verminderte Zuwendung (Krause et al. 2018b).

Ergänzend zu den therapeutischen Gesprächen zielen die pädagogisch-therapeutischen Elterngruppen (zertifiziertes STEP-Elterntraining) auf eine Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz ab (vgl. Ehrlich 2011), während sich die pädagogisch-therapeutischen Kindergruppen auf die Entwicklungsförderung der sozialen und emotionalen Verhaltensregulation des Kindes konzentrieren (ebd).

Das Eltern-Kind-Spieltraining ist ein elementarer Behandlungsbaustein der Eltern-Kind-Station (ebd.) und basiert auf Teilelementen der „Parent-Child Interaction Therapy“ nach Sheila M. Eyberg (1988), einem aus dem USA stammenden Therapieprogramm, bei dem Eltern angeleitet werden, spieltherapeutische Techniken im Spiel mit ihrem Kind anzuwenden. Auf diese Weise soll sich eine angenehme Eltern-Kind-Interaktion entwickeln, was dem Aufbau bzw. der Konsolidierung einer positiven Beziehung dient (vgl. McNeil & Hembree-Kigin 2011).

Die interaktionszentrierten Eltern-Kind-Gruppen sind thematisch differenziert (z. B. Musik, Bewegung, Kreativangebot) und dienen neben dem Interaktionstraining als elterliche Orientierungshilfe für eine entwicklungsfördernde Freizeitgestaltung. Darüber hinaus sind videogestützte Interaktionsübungen ein wesentlicher Bestandteil der Eltern-Kind-Behandlung, da sie nonverbale Prozesse in der Eltern-Kind-Dyade sichtbar machen, einen Perspektivwechsel ermöglichen und sich darüber Veränderungen des elterlichen Interaktionsverhaltens anregen lassen (vgl. Krause et al. 2018b).

Einen weiteren Kernbaustein der Eltern-Kind-Behandlung bilden körperorientierte Elemente, wie beispielsweise Eltern-Kind-Yoga und Eltern-Kind-

Snoezelen. Beide Interventionsansätze sollen körperliche Nähe schaffen und ein liebevolles Miteinander stärken, um die Beziehung und Bindung zwischen Eltern und Kind zu fördern (ebd.).

Das Alltagstraining umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten im Entwicklungs- und Erziehungsalltag (z. B. Einkaufen, Kochen, Ausflüge) und ermöglicht eine kontextbezogene Förderung der familiären Interaktion. Darauf aufbauend, dienen die therapeutischen Belastungserprobungen am Wochenende dem Transfer in das häusliche Umfeld, wodurch die Nachhaltigkeit der Therapieeffekte unterstützt werden soll (ebd.).

Grundsätzlich schafft die gemeinsame Behandlung von psychisch erkrankten Kindern mit ihren Familien einen multifamilientherapeutischen Behandlungskontext. Das Therapiekonzept der Eltern-Kind-Station in Magdeburg integriert daher Elemente der „Multifamilientherapie“ nach Eia Asen und Michael Scholz (vgl. Asen & Scholz 2012). Dabei werden mehrere Familien zu einem gemeinsamen Arbeitskontext zusammengeführt mit dem Ziel, diese anzuregen, sich gegenseitig zu helfen, indem sie aktiv miteinander in einen Austausch über ihre Fragen und Probleme, ihre Erfahrungen, Lösungswege und Ressourcen gehen. Die Therapeutenrolle erfährt dabei einen Paradigmenwechsel, bei dem nicht nur die Verantwortung für Veränderungsprozesse konsequent bei der Familie bleibt, sondern die Erwartung besteht, dass sich die Familien gegenseitig helfen, während sich der Therapeut auf den (therapeutischen) „Rücksitz“ begibt und situativ die Rolle des „Kopiloten“ einnimmt (ebd.).

Das multiprofessionelle Behandlungsteam der Eltern-Kind-Station besteht aus ärztlichen, pädagogischen, pflegerischen, psychologischen und sozialpädagogischen Mitarbeitern. Regelmäßige Teambesprechungen, Fallkonferenzen und wöchentlich stattfindende Visiten ermöglichen den kollegialen Austausch sowie den Entwurf eines individuellen Diagnostik- und Behandlungsplans, der auf die jeweiligen Bedürfnisse und Ressourcen der Familie ausgerichtet ist (vgl. Krause et al. 2018b).

1.3. Aktueller Forschungsstand

Bereits familientherapeutischen Behandlungsansätzen wurde eine therapeutische Effektivität für Störungen im Kindes- und Jugendalter nachgewiesen (Cottrell 2003, Dunst & Trivette 2009, McDonell & Dyck 2004, Retzlaff et al. 2008, Scholz et al. 2005). Darüber hinaus wurde auch die Wirksamkeit von ambulanten interaktionszentrierten Eltern-Kind-Therapieprogrammen (Eisenstadt et al. 1993, McIntyre 2008, Neander & Engström 2009, Phillips et al. 2008, Thomas & Zimmer-Gembeck 2007) sowie die Effektivität der gemeinsamen stationären Behandlung von psychisch erkrankten Müttern unter Einbezug ihrer Säuglinge (Cohen et al. 2002, Murray et al. 2003) aufgezeigt. Demgegenüber liegen vergleichsweise wenig wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit kinderpsychiatrischer Eltern-Kind-Stationen vor, bei denen primär die psychische Erkrankung des Kindes im Behandlungsfokus steht und die Eltern als Begleitperson während der gesamten Behandlung mit einbezogen werden. Die vorliegende Studie versucht diese Lücke zu schließen und knüpft an die bereits veröffentlichten Arbeiten zum aktuellen Forschungsgegenstand an. Beispielsweise wiesen Müller et al. (2015) für Klein- und Vorschulkinder eine signifikante Verbesserung der kindlichen Symptombelastung durch die Eltern-Kind-Behandlung in der Familientagesklinik Münster anhand der CBCL 1½-5 im Prä-Post-Vergleich nach, wobei Kinder mit einer hohen Initialbelastung am stärksten von der Eltern-Kind-Therapie profitierten. Weiterhin zeigte sich der Therapiegewinn des Kindes assoziiert mit der Reduktion der mütterlichen Symptombelastung (SCL-90-R). Bis auf die Gesamtauffälligkeiten (CBCL) zeigten sich die Therapieeffekte unabhängig vom Alter der Kinder. In einer Folgestudie (Liwinski et al. 2015) wurde ein positiver Effekt auf die mütterliche Symptombelastung (SCL-90-R) nach gemeinsamer Eltern-Kind-Behandlung aufgezeigt. Der mütterliche Therapiegewinn stand dabei in Abhängigkeit von der psychischen Initialbelastung und dem Alter des Kindes, wobei Mütter älterer Kinder stärker von der Behandlung profitierten.

Ise et al. (2015) untersuchten die Wirksamkeit einer 4-wöchigen stationären Kurzzeittherapie von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen auf der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station der Uniklinik Köln und stellten bedeutsame Veränderungen im elterlichen Erziehungsverhalten (Self-Efficacy Scale & Problem Setting and Behavior

Checklist) und Belastungserleben (Questionnaire on Judging Parental Strains) fest. Darüber hinaus zeigten sich signifikante Effekte für das kindliche Problemverhalten aus Eltern- und Lehrersicht (Child Behavior Checklist & Teacher Report Form). Die Effekte blieben in der Follow-up Messung 4 Wochen nach Entlassung stabil. Hingegen ließen sich in der Wartezeit (4 Wochen vor Aufnahme) keine bedeutsamen Veränderungen feststellen.

Weitere publizierte Studien zur Wirksamkeit kinderpsychiatrischer Eltern-Kind-Stationen gibt es bisher weder im deutsch- noch im englischsprachigen Raum. Ferner konnten Besier et al. (2011) kurz- und mittelfristige Therapieeffekte einer stationären, interaktionszentrierten Eltern-Kind-Rehabilitationsbehandlung für die Altersbereiche 0 bis 17 Jahre nachweisen. Im Vergleich zur Wartezeit (4 Wochen vor Behandlungsbeginn) zeigten sich zum Zeitpunkt der Entlassung signifikante Veränderungen in der psychischen Symptombelastung und Lebensqualität von Eltern und Kindern, wobei die Effekte über den Katamnesezeitraum von 3 Monaten nach Beendigung der Eltern-Kind-Rehabilitation persistierten. Sundelin und Hansson (1999) belegten in einer multizentrischen Studie die Wirksamkeit intensiver Familientherapie. Eltern und Kinder, die über einen vierwöchigen Zeitraum an einem tagesweise stattfindenden familientherapeutischen Intensivprogramm teilnahmen, berichteten von signifikanten Veränderungen hinsichtlich der intrafamiliären Interaktions- und Beziehungsqualität.

Vereinzelt lassen sich klinikinterne Evaluationsprojekte ähnlicher Modellstationen finden, deren Ergebnisse im Rahmen von Fachtagungen präsentiert werden (z. B. Müller et al. 2013, Schröder et al. 2013) oder Gegenstand von unveröffentlichten Master- und Promotionsarbeiten sind. Beispielsweise untersuchte Süß-Falkenberg (2006) die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der kinderpsychiatrischen Behandlung in der Familientagesklinik in Dresden und fand nicht nur einen Rückgang der psychischen Belastung auf Eltern- und Kinderebene sondern auch eine Verbesserung der psychosozialen Situation der Familie. Diepgrond (2010) beschäftigte sich mit den kurzfristigen Therapieeffekten für Eltern, die im Rahmen der kinderpsychiatrischen Behandlung auf der Familientagesklinik in Münster einbezogen wurden und konnte für 68.4% der Eltern eine Reduktion der psychischen

Symptombelastung nachweisen. Ergänzend dazu konzentrierte sich die Arbeit von Eckerland (2011) auf die Stabilität des Behandlungserfolges der Familientagesklinik in Münster, wobei eine Nachhaltigkeit der Therapieeffekte für Kinder mit internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten aufgezeigt werden konnte. Bei den externalisierenden Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeiten kam es in der Postmessung 2007 zum signifikanten Wiederanstieg der kindlichen Symptombelastung, wobei die Postmessungen innerhalb der Stichprobe stark divergierten (Erhebungszeitraum 2002 und 2006).

Im Rahmen eines größer angelegten Forschungsprojektes zur Wirksamkeitsüberprüfung der Eltern-Kind-Station in Magdeburg (vgl. Krause et al. 2013, 2015, 2016, 2017, 2018a) entstanden bereits zwei unveröffentlichte Masterarbeiten (Klar 2011, Majcherek 2012), welche erste Wirksamkeitsnachweise der Eltern-Kind-Behandlung auf der Magdeburger Modellstation mittels der Child Behavior Checklist (CBCL) und dem Elternstressfragebogen (ESF) erbringen konnten. In der Pilotstudie zeigte Klar (2011) anhand einer Stichprobe von 10 Kindern bedeutsame Veränderungen im elterlichen Stresserleben sowie den kindlichen externalisierenden und den Gesamtauffälligkeiten auf. Einzig für die internalisierenden Störungen ließ sich keine signifikante Reduktion verzeichnen. In einer Folgearbeit berichtete Majcherek (2012), dass sich im Verlauf der Therapie das elterliche Stresserleben sowie die Gesamtauffälligkeiten und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten signifikant reduzierten (N = 37) und auch 6 Wochen nach Abschluss der Eltern-Kind-Behandlung (N = 16) stabil blieben. Bei den externalisierenden Störungen hingegen waren keine signifikanten Therapieeffekte zu verzeichnen, was entgegen den Ergebnissen von Klar (2011) stand.

Insgesamt ist die Datenlage zur Wirksamkeit teil- und vollstationärer Eltern-Kind-Behandlungen sowohl im deutschsprachigen Raum als auch im internationalen Vergleich dünn und bedarf einer weiterführenden Erforschung. Bisherige Studien deuten auf eine Wirksamkeit der Eltern-Kind-Behandlung hin, wobei es die Heterogenität der Behandlungskonzepte, Stichprobenzusammensetzung und Unterschiede im Studiendesign zu berücksichtigen gilt. Jedoch allen gemein ist der

Versuch einer bidirektionalen Erhebung von Zielvariablen auf Kinder- und Elternebene analog des therapeutischen Ansatzpunktes.

1.4. Fragestellungen und Hypothesen

1.4.1. Fragestellungen

Das Konzept der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station in Magdeburg bietet psychisch erkrankten Kindern und deren Familien ein multiprofessionelles Behandlungssetting, welches intensiv und dynamisch an die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion und nicht isoliert an die kindliche Störung angepasst ist, um hierüber eine Verminderung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und elterlichen Stressbelastung zu erzielen (Krause et al. 2018b). Für die Wirksamkeitsüberprüfung der Eltern-Kind-Behandlung ergeben sich daraus die Kernfragestellungen, ob sich durch die Eltern-Kind-Therapie positive Veränderungen in der kindlichen Symptomatik und dem elterlichen Stresserleben erzielen lassen und wie nachhaltig diese Veränderungen sind. Studien über die Therapieeffekte ähnlicher Modellstationen berichten über signifikante und nachhaltige Veränderungen hinsichtlich der Symptombelastung von psychisch erkrankten Kindern und deren Eltern (vgl. Müller et al. 2015, Liwinski et al. 2015, Ise et al. 2015). Im Vergleich zu bisherigen Arbeiten sollte, zusätzlich zur kindlichen Symptomatik, erstmalig das subjektive elterliche Stresserleben Gegenstand der Untersuchung sein, da laut aktuellem Forschungsstand eine enge Verzahnung zwischen kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und elterlichem Stresserleben anzunehmen ist (vgl. Dumas et al. 1991, Gabriel & Bodenmann 2006, Morgan et al. 2002, Podolski & Nigg 2001).

Darüber hinaus sollte der Fragestellung nachgegangen werden, ob sich bedeutsame Veränderungen in der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock zeigen. Aktuelle Forschungen belegen eine hohe Kontinuität von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (z. B. Beyer et al. 2012, Hölling et al. 2014), sodass anzunehmen ist, dass sich ohne Therapie keine signifikanten Effekte im kindlichen Problemverhalten und elterlichen Stresserleben nachweisen lassen. Unterstützt wird jene Vermutung durch die Vorbefunde von Ise et al. (2015), die in der

Wartezeit (4 Wochen vor Aufnahme) einer Eltern-Kind-Behandlung keine bedeutsamen Veränderungen in der Symptombelastung von Kindern und deren Eltern feststellen konnten. Es ist daher zu erwarten, dass im Zeitraum ohne Behandlung keine signifikanten Veränderungen auftreten, wohingegen sich im Verlauf der interaktionszentrierten Eltern-Kind-Therapie die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und das elterliche Stresserleben signifikant reduzieren sollten.

Beobachtungen, dass jüngere Kinder mit familiären Belastungsfaktoren anders umgehen als ältere Kinder (vgl. Cummings & Davies 1994), sind Grund für die Annahme einer moderierenden Funktion des Kindesalters. In der empirischen Literatur lassen sich zahlreiche Studien zur Vulnerabilität bestimmter Altersgruppen finden, wobei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter sowie im Übergang zwischen Vorschul- und Grundschulalter eine höhere Vulnerabilität zugesprochen wird (z. B. Grych & Fincham 2001, Mahoney et al. 1997, Papoušek et al. 2004). Im Vergleich zu bisherigen Arbeiten sollte die vorliegende Untersuchung über den klassischen Altersbereich (1 ½ bis 5 Jahre) hinausgehen und sich der Fragestellung zuwenden, ob das Alter des Kindes einen signifikanten Einfluss auf den Therapiegewinn hat. Aufgrund der Tatsache, dass die Behandlung früher psychischer Störungen als hoch effektiv und nachhaltig angesehen wird, da sie frühzeitig destruktiven Entwicklungsprozessen entgegenwirken kann (Cierpka & Windhaus 2007), ist anzunehmen, dass Familien mit jüngeren Kindern stärker von der Behandlung profitieren.

Ergebnisse von Studien über die Kontinuität von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen legen eine moderierende Funktion der Symptombdauer nahe. Beispielsweise stellten Beyer et al. (2012) heraus, dass 55% der untersuchten deutschen Kinder eine persistierende Symptomatik aufzeigten, wobei das Vorbestehen psychischer Auffälligkeiten zum ersten Messzeitpunkt ein signifikanter Prädiktor für die Persistenz der Symptomatik bis ins Grundschulalter war. Daher sollte sich die vorliegende Studie mit der Fragestellung beschäftigen, inwieweit die Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock sowie die von den Eltern subjektiv erinnerte Symptombdauer der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten einen Einfluss auf den Therapiegewinn, d. h. der Reduktion der kindlichen und elterlichen

Symptombelastung hat. Da der interaktionszentrierten Psychotherapie im Säuglings- und Kleinkindalter als frühzeitige Intervention eine besonders hohe Wirksamkeit zugesprochen wird (vgl. Cierpka & Windhaus 2007), ist davon auszugehen, dass Familien mit einer kürzeren Symptombdauer und einer kürzeren Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock stärker von der Behandlung profitieren, da dysfunktionale Interaktionsprozesse weniger Zeit haben sich zu chronifizieren.

In der Literatur lassen sich Hinweise darauf finden, dass die psychische Initialbelastung einen moderierenden Einfluss auf den Therapieeffekt einer Eltern-Kind-Therapie zeigt, wobei Kinder und Eltern mit einer hohen Symptomatik zu Beginn der Therapie am meisten von der Behandlung profitierten (vgl. Liwinski et al. 2015, Müller et al. 2015). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Untersuchungen zu familienbasierten Maßnahmen, die nachweisen konnten, dass hoch belastete Familien die größten Veränderungen aufzeigten (Dishion et al. 2008, Hautmann et al. 2010). Daher sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Reduktion der Symptombelastung von Eltern und Kindern abhängig ist von deren psychischer Initialbelastung. Entsprechend den Vorbefunden ist davon auszugehen, dass Familien mit einer höheren Initialbelastung stärker von der Behandlung profitieren sowie Kinder von Eltern mit einer hohen Reduktion im elterlichen Stresserleben eine höhere Symptomreduktion aufzeigen.

In ihrer Untersuchung berichteten Müller et al. (2015), dass die Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten durch eine Eltern-Kind-Behandlung abhängig ist vom Ausmaß der Symptomreduktion auf Elternebene (SCL90-S). Je stärker die Abnahme der elterlichen Belastung, desto größer waren die Veränderungen in der kindlichen Symptomatik. Die vorliegende Studie sollte an die Befunde anschließen und untersuchen, ob die Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten abhängig ist vom Rückgang der elterlichen Stressbelastung. Vor dem Hintergrund der Befunde von Müller et al. (2015) ist davon auszugehen, dass Kinder von Eltern mit einer hohen Reduktion im elterlichen Stresserleben stärker von der Behandlung profitieren.

Eine Besonderheit der Eltern-Kind-Behandlung in Magdeburg bildet die Möglichkeit der voll- und teilstationären Therapie. Für die klinisch-praktische

Implementation des Stationskonzeptes ergibt sich daraus die Fragestellung, inwieweit der Therapiegewinn für Eltern und Kinder abhängig ist vom Behandlungsmodus. In der Literatur lassen sich Wirksamkeitsnachweise sowohl von teil- als auch vollstationären Eltern-Kind-Stationen finden (z. B. Ise et al. 2015, Müller et al. 2015), jedoch keine Studie mit einem direkten Vergleich beider Behandlungsformen. Aufgrund der fehlenden Datenlage können nur Annahmen auf Basis klinischer Beobachtungen getätigt werden. Die stationäre Unterbringung der Familien begünstigt, insbesondere bei hoch belasteten Familien, eine Herauslösung aus dem dysfunktionalen Umfeld, was das Ausprobieren alternativer Verhaltensstrategien begünstigt und mit höheren Therapieeffekten assoziiert sein könnte. Zudem entfallen auf Elternebene organisatorische Alltagsbelastungen (wie z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen), wodurch mehr Ressourcen für die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung freigesetzt werden, was sich ebenfalls günstig auf den Therapieverlauf auswirken könnte. Es ist daher zu vermuten, dass die Familien mit einer vollstationären Unterbringungsform stärker von der Behandlung profitieren als teilstationär untergebrachte Familien.

Entsprechend den Forderungen des Konzeptes der evidenzbasierten Psychotherapie (vgl. Krampen et al. 2008) war der Fragestellung nachzugehen, ob der Therapiegewinn abhängig ist von der Art der kindlichen Symptomatik. Aufgrund der geringen Stichprobe beschränkt sich die vorliegende Untersuchung zunächst auf mögliche Unterschiede zwischen internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Vorhergehende Befunde zur Wirksamkeit familienbasierter Interventionsprogramme (z. B. Dishion et al. 2008, Hautmann et al. 2010, Johnson et al. 2005) zeigten, dass Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten am meisten von interaktionszentrierten Behandlungsprogrammen profitierten, sodass anzunehmen ist, dass der Therapiegewinn der Eltern-Kind-Behandlung für Kinder mit externalisierenden Störungen größer ist als bei Kindern, die eine internalisierende Symptomatik aufweisen.

1.4.2. Hypothesen

Anhand der unter Punkt 1.4.1. aufgestellten Fragestellungen lassen sich sowohl Veränderungs- als auch Moderatorhypothesen ableiten.

Veränderungshypothesen

Hypothese 1

In einem Zeitraum **ohne Behandlung** (t0 bis t1) treten keine signifikanten Veränderungen in den *kindlichen Verhaltensauffälligkeiten* (CBCL) und dem *elterlichen Stresserleben* (ESF) auf.

Hypothese 2

Im **Verlauf der Therapie** (t1 bis t2) reduzieren sich die *kindlichen Verhaltensauffälligkeiten* (CBCL) und das *elterliche Stresserleben* (ESF) signifikant.

Hypothese 3

Nach Abschluss der Behandlung (t2 bis t4) verändern sich die *kindlichen Verhaltensauffälligkeiten* (CBCL) und das *elterliche Stresserleben* (ESF) nicht signifikant.

Moderatorhypothesen

Hypothese 4

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und der **elterliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion im elterlichen Stresserleben (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich abhängig vom *Alter des Kindes*, wobei Familien mit jüngeren Kindern stärker von der Behandlung profitieren.

Hypothese 5

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und der **elterliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion im elterlichen Stresserleben (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich abhängig von der *Symptomdauer*, wobei Familien mit einer kürzeren Symptomdauer stärker von der Behandlung profitieren.

Hypothese 6

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und der **elterliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion im elterlichen Stresserleben (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich abhängig von der *Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock*, wobei Familien mit einer kürzeren Wartezeit stärker von der Behandlung profitieren.

Hypothese 7

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und der **elterliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion im elterlichen Stresserleben (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich abhängig von der *psychischen Initialbelastung*, wobei Familien mit einer hohen Initialbelastung stärker von der Behandlung profitieren.

Hypothese 8

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) zeigt sich abhängig vom elterlichen Therapiegewinn, wobei Kinder von Eltern mit einem hohen Therapieeffekt, d. h. der Reduktion im elterlichen Stresserleben, stärker von der Behandlung profitieren.

Hypothese 9

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und der **elterliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion im elterlichen Stresserleben (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich abhängig vom

Behandlungsmodus, wobei die stationäre Unterbringung mit einem höheren Therapiegewinn der Familien assoziiert ist.

Hypothese 10

Der **kindliche Therapieeffekt**, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) ist bei den *externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten* größer als bei den internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten.

2. Methodik

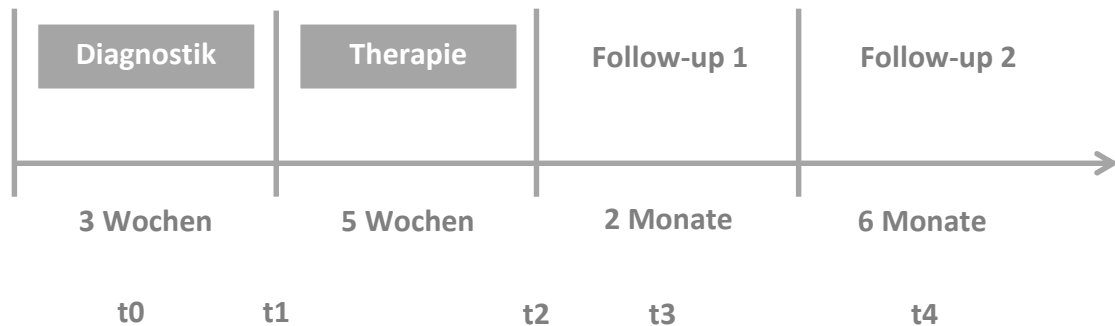
2.1. Studiendesign und Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer monozentrischen Fragebogenstudie unter klinischen Routinebedingungen im Ein-Gruppen-Prä-Post-Design mit zweifacher Prä-Messung ohne Kontrollgruppe, mit jeweils einer Messung während der dreiwöchigen Diagnostikphase (t0), zu Therapiebeginn (t1), bei Therapieende (t2) sowie zwei Postmessungen zwei Monate (t3) und sechs Monate (t4) nach Therapieende. Die Wartezeit zwischen Diagnostikblock und Wiederaufnahme zum Therapieblock sollte als Kontrollzeitraum dienen, da sich eine Kontrollgruppe (z. B. Wartelistenkontrollgruppe) in der klinischen Praxis nicht umsetzen ließ. Abbildung 4 verschafft einen Überblick über den zeitlichen Verlauf der Messzeitpunkte.

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum Januar 2011 bis Mai 2015 auf der Eltern-Kind-Station in Magdeburg. Alle Familien, die in diesem Zeitraum an einer Behandlung teilnahmen, wurden um Studienteilnahme gebeten. Die Daten wurden anonymisiert und nicht personengebunden quantitativ ausgewertet. In die Studie eingeschlossen wurden nur Familien, die a) eine schriftliche Einverständniserklärung abgaben, b) sowohl am 3-wöchigen Diagnostikblock als auch am 5-wöchigen Therapieblock teilnahmen und c) das vorgelegte Fragebogenset zu allen Messzeitpunkten vollständig ausfüllten. Nahmen beide Eltern als Begleitperson an der Eltern-Kind-Behandlung teil, wurden in der vorliegenden Studie ausschließlich die Daten eines (und fortlaufend desselben) primären Begleitelternteils verwendet, und zwar des Elternteils mit dem höheren subjektiven Stresserleben.

Geschwisterkinder wurden nicht eingeschlossen. Aufgrund der eingesetzten Erhebungsinstrumente waren Kinder mit einem Alter unter 1 ½ Jahren auszuschließen.

Abbildung 4. Darstellung der Messzeitpunkte t0 bis t4 im zeitlichen Verlauf



Anmerkungen: t0 = 1. Prä-Messung im Diagnostikblock; t1 = 2. Prä-Messung bei Therapiebeginn; t2 = Post-Messung bei Therapieende; t3 = 1. Follow-up nach 2 Monaten; t4 = 2. Follow-up nach 6 Monaten

2.2. Stichprobe

Die Aufnahmeindikation wurde im Rahmen der ambulanten Vorkontakte gestellt und ergibt sich primär aus der im Vordergrund stehenden Interaktions- und Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind sowie dem Vorliegen einer kinderpsychiatrischen Symptomatik, insbesondere Regulationsstörungen, Bindungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen. Die kinderpsychiatrische Diagnosestellung erfolgte nach ICD-10 (Dilling et al. 2011) im Kontext eines multiprofessionellen Diagnoseprozesses unter klinischen Routinebedingungen mit wöchentlich stattfindenden Visiten und Fallkonferenzen. Zur Erhebung der klinisch relevanten Diagnosekriterien dienten vorrangig das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) von Döpfner et al. (1999) sowie das Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (DISYPS-II; Döpfner et al. 2008). Zur Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehungsstörung wurde die Globale Einschätzungs-

Skala der Eltern-Kind-Beziehung (GES-EKB; National Center for Clinical Infant Programms 1999) eingesetzt.

Von den 82 zur Teilnahme eingeladenen Familien wurden 60 Kinder (73.2%) in die Studie eingeschlossen. Bei den verbliebenen 22 Familien (26.8%) waren die Datensätze unvollständig, wobei in 5 Fällen klinikinterne Gründe vorlagen, während weitere 5 Familien keine Einverständniserklärung abgaben und bei 12 Familien während der Messzeitpunkte t1 (n = 8) und t2 (n = 4) keine Rückgabe der Fragebögen durch die Eltern erfolgte. Therapieabbrüche wurden nicht verzeichnet. Für die Auswertung konnten insgesamt 60 CBCL Bögen (73.2%) und 57 ESF Bögen (69.5%) verwendet werden. 33 Familien (55%) entschlossen sich zu einer teilstationären Therapie wohingegen 27 Familien (45%) stationär behandelt wurden. Die Zeitspanne zwischen subjektiv berichtetem Symptombeginn des Kindes und Aufnahme in den Diagnostikblock, hier als Symptomdauer bezeichnet, lag durchschnittlich bei 38.5 Monaten ($SD = 21.19$). Die Wartezeit zwischen Diagnostikblock und Wiederaufnahme der Familie für den Therapieblock betrug im Durchschnitt 18.7 Wochen ($SD = 28.19$).

Für die Kernfragestellung, inwiefern sich die kindliche Symptombelastung und das elterliche Stresserleben kurzfristig verbessern und welche Variablen einen Einfluss auf den Therapiegewinn haben, wurden Daten derjenigen Familien verwendet, die an t0, t1 und t2 teilnahmen (N = 60). Für die Katamnese-Erhebung wurden nur Daten von den Probanden berücksichtigt, die sich zusätzlich an allen Postmessungen (t3 und t4) beteiligt hatten (n = 24). Von den ursprünglich 60 eingeschlossenen Familien war der Zeitpunkt für die 2. Follow-up-Messung bei 15 (25%) noch nicht erreicht. Weitere 7 (11.6%) Kinder begannen im Follow-up-Erhebungszeitraum eine geplante tagesklinische oder stationäre Anschlussbehandlung auf der Kinderstation. Bei 6 Familien (10%) fand eine Wiederaufnahme auf der Eltern-Kind-Station im Sinne einer Intervalltherapie statt. Bei 3 (5%) Familien kam es nach der Entlassung zum Kontaktabbruch, während 5 Familien (8.3%) die Fragebögen nach Entlassung nicht vollständig ausgefüllt zurückgaben.

Kinder

Insgesamt wurden Daten von 44 Jungen (73.3%) und 16 Mädchen (27.7%) erhoben. Die Kinder waren im Durchschnitt 5.98 Jahre alt ($SD = 2.45$). Das Alter der Kinder bei Symptombeginn betrug durchschnittlich 3.1 Jahre ($SD = 1.39$). Der IQ lag im Durchschnitt bei 91.89 ($SD = 13.89$). In der Kohorte ließ sich eine Vielfalt unterschiedlicher Störungsbilder finden (vgl. Abb. 5), vorrangig emotionale Probleme (F93: 18.3%), soziale Auffälligkeiten (F91: 16.6%) und hyperkinetische Störungen (F90: 15%).

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84: 8.3%), kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92: 5.1%), Regulationsstörungen (F98: 8.3%) sowie Störungen der Geschlechtsidentität (F64: 1.8%) bildeten die Minderheit der Diagnosen. Eine aufgeschlüsselte Übersicht der einzelnen Diagnosen nach ICD-10 ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Abbildung 5. Diagnoseverteilung nach ICD-10 (N = 60)

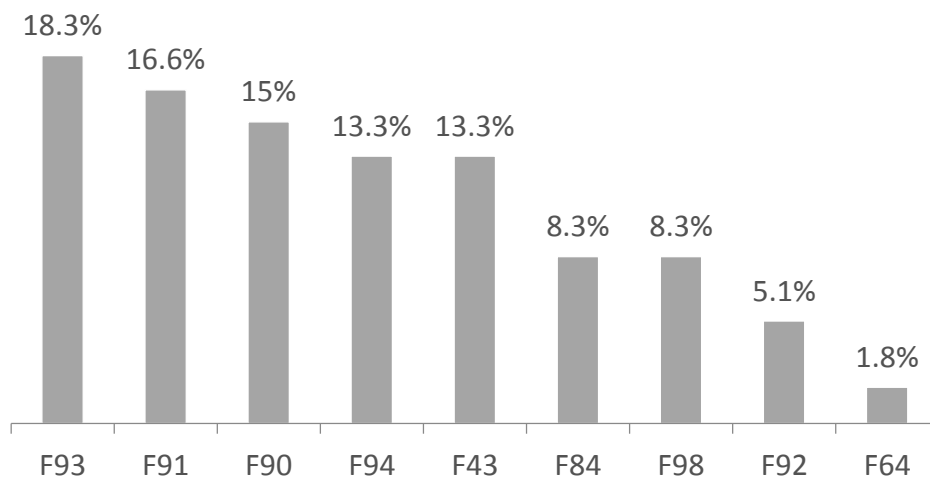


Table 2. Übersicht der Diagnoseverteilung für die Kinder nach ICD-10

ICD-Kategorie	Häufigkeit	Prozent
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	11	18.3
F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	8	13.3
F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	3	5.0
F91 Störungen des Sozialverhaltens	10	16.6
F91.0 ... auf den familiären Rahmen beschränkt	5	8.3
F91.3 ... mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	5	8.3
F90 Hyperkinetische Störungen	9	15.0
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	7	11.7
F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	2	3.3
F94 Störungen sozialer Funktionen	8	13.3
F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	5	8.3
F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	3	5.0
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8	13.3
F43.2 Anpassungsstörungen	5	8.3
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	3	5.0
F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	5	8.3
F84.5 Asperger-Syndrom	3	5.0
F84.0 Frühkindlicher Autismus	2	3.3
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen	5	8.3
F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter	5	8.3
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	3	5.0
F92.8 Sonstige Störung des Sozialverhaltens	2	3.3
F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	1	1.8
F64 Störungen der Geschlechtsidentität	1	1.8
F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters	1	1.8

In der vorliegenden Stichprobe haben 38.3% der Kinder (n = 23) eine Entwicklungsförderung in Anspruch genommen, wobei Ergotherapie mit 16.7% (n = 10) und Frühförderung mit 13.3% (n = 8) den größten Anteil abbildeten. Die wenigsten Kinder erhielten Logopädie (n = 3) und Physiotherapie (n = 2). Einen Überblick über die einzelnen Förderschwerpunkte verschafft Abbildung 6.

Abbildung 6. Entwicklungsförderung des Kindes zum Messzeitpunkt t0 (N = 60)

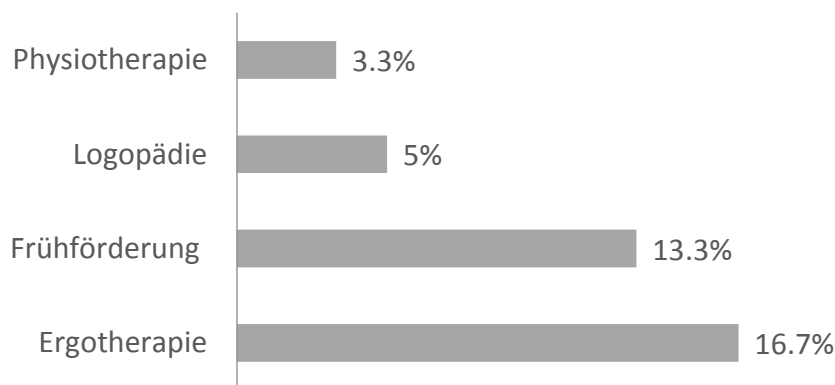
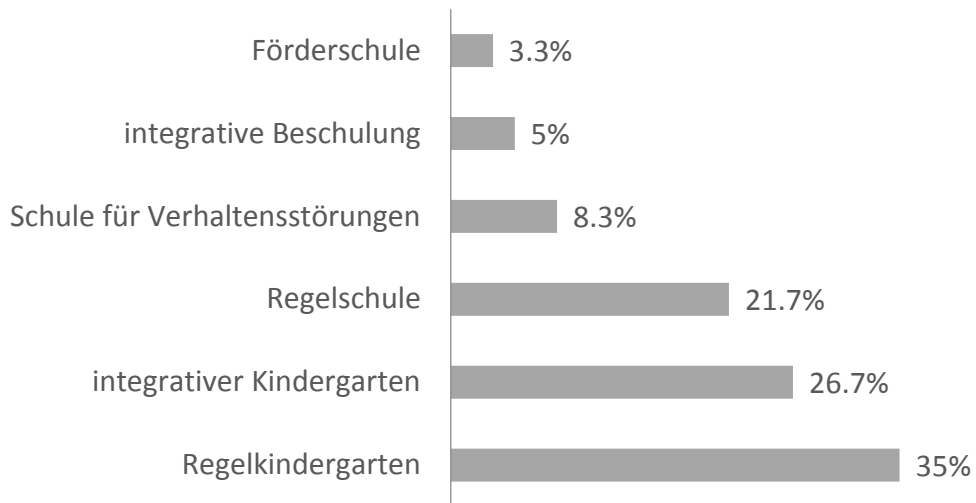


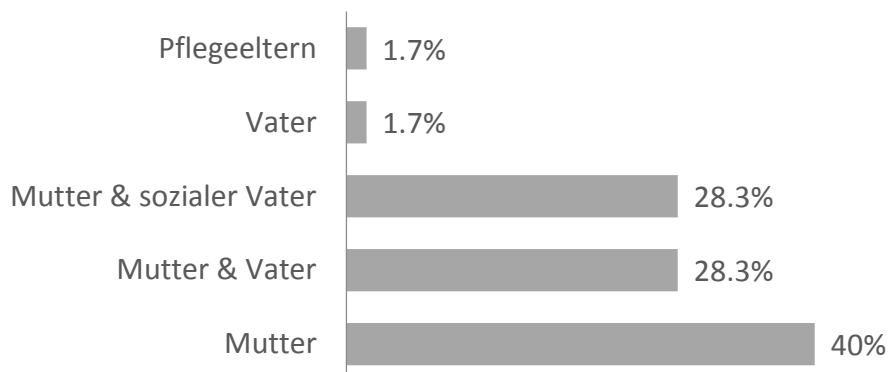
Abbildung 7 gibt einen Überblick über die besuchte Bildungseinrichtung des Kindes zum Messzeitpunkt t0. Demnach besuchten zum Aufnahmezeitpunkt 35% der Kinder (n = 21) einen Regelkindergarten, während 26.7% der Kinder (n = 16) einen integrativen Kindergartenplatz hatten. Der größte Anteil der schulpflichtigen Kinder (n = 13) wurde in einer Regelschule beschult (21.7%). 8.3% der Kinder (n = 5) besuchten eine Schule mit Schwerpunkt für Verhaltensstörungen. Weitere 5% der Kinder (n = 3) bekamen eine integrative Beschulung, während 2 Kinder (3.3%) in einer Förderschule mit Schwerpunkt Lernen unterrichtet wurden.

Abbildung 7. Bildungseinrichtung des Kindes zum Messzeitpunkt t0 (N = 60)



Einen differenzierten Überblick über den Familienstatus verschafft Abbildung 8. Demnach lebten über die Hälfte der Kinder (58.3%) in einem Zwei-Eltern-Haushalt. Ein genauerer Blick auf die Daten verrät, dass in 28.3% der Fälle (n = 17) die Kinder mit beiden leiblichen Eltern aufwuchsen, während 1 Kind (1.7%) von Pflegeeltern betreut wurde. 17 Kinder (28.3%) wohnten gemeinsam mit der leiblichen Mutter und dem sozialen Vater in einem Haushalt. 40% der Kinder (n = 24) lebten gemeinsam mit ihrer leiblichen Mutter sowie 1 weiteres Kind (1.7%) mit seinem leiblichen Vater.

Abbildung 8. Familienstatus zum Messzeitpunkt t0 (N = 60)

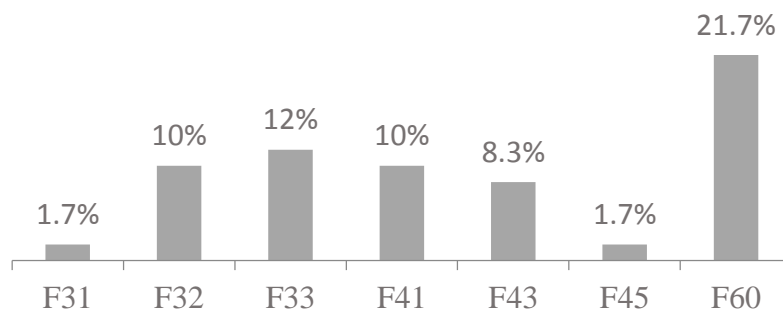


Insgesamt erhielten knapp 19 der untersuchten Familien (31.7%) Hilfen zur Erziehung vom örtlichen Jugendamt. Den größten Anteil bildete dabei die Unterstützung in Form einer sozialpädagogischen Familienhilfe mit 28.3% (n = 17). 1 Kind (1.7%) wurde nach Schulschluss in einer Tagesgruppe betreut. Eine weitere Familie (1.7%) nahm zum Aufnahmezeitpunkt das Angebot einer ambulanten Erziehungsberatung in Anspruch.

Eltern

Das Alter der Mütter (n = 58) lag im Durchschnitt bei 32.5 Jahren ($SD = 6.45$), die Väter (n = 2) waren 22 und 53 Jahre alt. Knapp die Hälfte der Mütter (46.7%) und Väter (50%) war nicht erwerbstätig. In 33 Fällen (55%) litt ein Elternteil an einer psychischen Störung. Bei weiteren 14 Familien (23.3%) lag eine psychische Erkrankung beider Elternteile vor. Abbildung 9 gibt die Verteilung der klinischen Störungsbilder der primären Begleitperson wieder.

Abbildung 9. Diagnosen der primären Begleitperson (N = 60) nach ICD-10



2.3. Variablen und Erhebungsinstrumente

Aus methodischen und klinisch praktischen Überlegungen heraus, wurde die Entscheidung getroffen, die Daten in Form einer Fragebogenstudie zu gewinnen. Im Vergleich zu qualitativen Verfahren werden Fragebogenverfahren eine höhere Objektivität und Reliabilität zugesprochen (Bortz 2006). Auch in Anbetracht der Anzahl von Variablen, die im Rahmen der Längsschnittstudie erhoben werden sollten, stellte dies die effizienteste Form der Datenerhebung dar (ebd.).

2.3.1. Erhebung der demographischen Variablen

Die soziodemographischen Daten wurden über einen klinikinternen Anamnesefragebogen mittels Experten-Interview erfasst. Entsprechend der klinischen Praxis handelt es sich bei den gestellten Fragen um offene Antwortkategorien. Die Fragen zum Kind umfassten unter anderem Angaben zu Alter, Nationalität, Geschlecht, Bildungseinrichtung, Verwandtschaftsgrad (leibliches Kind, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind) sowie das von den Eltern subjektiv erinnerte Alter des Kindes bei Symptombeginn. Die Fragen zu den Eltern umfassten Angaben zu Alter, Nationalität, Bildungsstand, Berufstätigkeit, Wohnsituation, Familienstand sowie psychiatrische Diagnosen und psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungen in der eigenen Vorgeschichte.

2.3.2. Erhebung der kindlichen Symptombelastung

Die Erhebung der abhängigen Variablen „kindliche Verhaltensauffälligkeiten“ und „elterliches Stresserleben“ erfolgte durch die primäre Begleitperson des Kindes. Zur Messung der abhängigen Variable „kindliche Symptombelastung“ wurden die deutschen Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL) für die Altersgruppen 1,5 bis 5 Jahre (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 2002) und 4 bis 18 Jahre (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998) eingesetzt. Beide Versionen sind wegen ihren standardisierten Instruktionen und Normierungen objektiv in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation. Beide Versionen gelten in der Psychotherapieverlaufsforschung als etablierte Instrumente, welche sich auch zur gruppenstatistischen Betrachtung eignen (vgl. Plück et al. 2013). Die Beurteilung erfolgte durch Einschätzung der Eltern anhand einer 3-stufigen Skala (von 0 = „nicht zutreffend“, über 1 = „etwas oder manchmal zutreffend“ bis 2 = „genau oder häufig zutreffend“). Zur Berechnung der Skalen-Rohwerte wurden die Items der jeweiligen Skala summiert. Zur Beurteilung der klinischen Relevanz erfolgte eine Umrechnung der Skalen-Rohwerte in Normwerte (T-Werte), welche in die statistischen Analysen gingen. Den Manualen entsprechend wurde der klinische Grenzwert für die übergeordneten Skalen bei $T \geq 63$ festgelegt (vgl. Achenbach 1991, 2000). Da in der

vorliegenden Stichprobe aufgrund der Altersspanne beide CBCL-Versionen Verwendung fanden, wurden die übergeordneten Skalen in die statistischen Analysen einbezogen.

Für die Altersgruppen 4 bis 8 Jahre (CBCL/4-18) werden 120 Items zu den Problemskalen a) sozialer Rückzug, b) körperliche Beschwerden, c) ängstlich/depressiv, d) dissoziales Verhalten, e) aggressives Verhalten, f) soziale Probleme, g) schizoid/zwanghaft und h) Aufmerksamkeitsprobleme zusammengefasst, aus welchen wiederum die drei übergeordneten Skalen 1.) externalisierende Auffälligkeiten, 2.) internalisierende Auffälligkeiten und 3.) Gesamtauffälligkeiten gebildet werden. Die Normierung für die deutsche Version der CBCL/4-18 erfolgte anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe von rund 2.900 Kindern und Jugendlichen. Jeweils getrennt für Jungen und Mädchen im Alter von 4 bis 11 bzw. von 12 bis 18 Jahren können Prozentränge und T-Werte ermittelt werden.

Für die Altersgruppen 1,5 bis 5 Jahre (CBCL/1,5-5) sind von den Eltern 99 Problem-Items auszufüllen, welche zu den Problemskalen a) emotionale Reaktivität, b) ängstlich/depressiv, c) körperliche Beschwerden, d) sozialer Rückzug, e) Schlafprobleme, f) Aufmerksamkeitsprobleme und g) aggressives Verhalten zusammengefasst werden, aus welchen wiederum analog der CBCL/4-18 die drei übergeordneten Skalen 1.) externalisierende Auffälligkeiten, 2.) internalisierende Auffälligkeiten und 3.) Gesamtauffälligkeiten gebildet werden. Von den 99 Items stellen 50 Items Entsprechungen der CBCL/4-18 dar. Für die Syndromskalen der CBCL/1,5-5 werden geschlechtsunabhängige Normen bestimmt, wobei hier die amerikanische Normierung als Orientierung herangezogen werden musste, da bislang eine deutsche Normierung noch aussteht. Kulturvergleichende Analysen der bisher vorliegenden verwandten Instrumente zeigten jedoch keine bedeutsamen Unterschiede in den Skalenmittelwerten, sodass die amerikanische Normierung der CBCL/1,5-5 im deutschsprachigen Raum angewendet werden kann (Achenbach 2000).

Allen Skalen der deutschen Version der CBCL/4-18 wird faktorielle Validität weitestgehend bescheinigt (vgl. Döpfner et al. 1994). Ausnahme bildeten die Syndromskalen a) soziale Probleme und b) sozialer Rückzug, welche in der

vorliegenden Datenanalyse jedoch nicht zum Einsatz kamen. Die Reliabilität aller Skalen konnte in einer deutschen klinischen Stichprobe (N = 1.653) und einer Feldstichprobe (N = 1.622) weitgehend bestätigt werden. Die drei übergeordneten Skalen a) internalisierende Auffälligkeiten, b) externalisierende Auffälligkeiten und c) Gesamtauffälligkeiten erreichen gute bis sehr gute interne Konsistenzen von $r > .85$ (vgl. Döpfner et al. 1994). Faktorenanalytische Überprüfungen der CBCL/1,5-5 hinsichtlich der Itemzuordnung zu den Skalen und ihren internen Konsistenzen wurden von Plück et al. (2013) unternommen. Die faktorielle Validität der Subskalen der deutschen Fassung konnte dabei bestätigt werden, für die übergeordneten Syndromskalen mit Einschränkungen. Die Reliabilität der Skalen konnte in einer klinischen Stichprobe (N = 352) und einer Feldstichprobe (N = 945) weitgehend bestätigt werden, wobei die internen Konsistenzen der übergeordneten Skalen bei $r > .86$ liegen (vgl. Achenbach 2000).

2.3.3. Erhebung des elterlichen Stresserlebens

Die abhängige Variable „elterliches Stresserleben“ wurde anhand des Elternstressfragebogens (ESF) von Domsch und Lohaus (2010) erfasst. Das Fragebogeninventar ist für die Beratung und Therapie zur Eingangsdiagnostik, Interventionsplanung und Evaluation von Interventionseffekten sowie im präventiven Bereich und bei wissenschaftlichen Untersuchungen konzipiert worden (ebd.). Es lag eine Version für Kindergarten- und Vorschulkinder sowie eine Version für Schulkinder (Klasse 1 bis 6) vor. Die Anzahl der Items ist bei den Fragebögen zum Vorschul- sowie zum Grundschulalter gleich. Jedoch wurden von den Autoren einige Items umformuliert, um den besonderen Anforderungen in den jeweiligen Altersbereichen Rechnung zu tragen (ebd.). Die Items umfassten Fragen zur wahrgenommenen elterlichen Erziehungskompetenz, Stress in der Interaktion mit dem Kind sowie alltägliche Probleme durch die Elternschaft (z. B. „Im Vergleich zu anderen Eltern fällt mir die Erziehung meines Kindes leicht.“). Die Beurteilung erfolgte durch Einschätzung der Eltern anhand einer 4-stufigen Skala (0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft kaum zu“, 2 = „trifft etwas zu“, 3 = „trifft genau zu“). Zur Berechnung der Skalen-Rohwerte wurden die Items der jeweiligen Skala summiert. Zur Beurteilung der klinischen Relevanz

erfolgte eine Umrechnung der Skalen-Rohwerte in Normwerte (T-Werte), welche in die statistischen Analysen mit eingingen. Dem Manual entsprechend wurde der klinische Grenzwert bei $T \geq 60$ festgelegt (Domsch & Lohaus 2010).

Der Elternstressfragebogen umfasst 38 Items, die zu den Skalen a) elterliches Stresserleben, b) Rollenrestriktion, c) soziale Unterstützung und d) Partnerschaft zusammengefasst werden. Zum Ausfüllen werden etwa 10 bis 15 Minuten benötigt, wobei die Auswertung etwa 10 Minuten in Anspruch nimmt. Zur Berechnung der Skalen-Rohwerte werden die Items der jeweiligen Skala summiert und anschließend in Normwerte (T-Werte) umgerechnet, wobei die Autoren den klinischen Cut-off bei $T = 60$ festgesetzt haben (ebd.). Für die statistischen Analysen in der vorliegenden Studie wurden die Rohwerte der einzelnen Skalen genutzt.

Für die konkrete Fragestellung, inwieweit sich die elterliche Stressbelastung durch die Eltern-Kind-Behandlung verändert, gingen zunächst nur die relevanten Daten der Skala „Elternstress“ in die Analysen mit ein. Die Items umfassten Fragen zur wahrgenommenen elterlichen Erziehungskompetenz, Stress in der Interaktion mit dem Kind sowie alltägliche Probleme durch die Elternschaft. Ein hoher Wert auf dieser Skala verweist ein hohes Ausmaß wahrgenommenen elterlichen Stresserlebens.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) des Elternstressfragebogens liegt zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .92$ und die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .76$ und $r = .91$. Die Konstruktvalidität des Fragebogens ist durch konvergente Zusammenhänge mit etablierten Verfahren zu Elternstress (z. B. Parenting Stress Index PSI) sowie mit Verfahren zu allgemeinem Stresserleben und zur Stressverarbeitung (z. B. Stressverarbeitungsfragebogen SVF) empirisch belegt. Die faktorielle Validität wurde durch mehrere Hauptkomponentenanalysen bestätigt (ebd.).

Der Elternstressfragebogen gilt als ökonomisches Instrument zur Erfassung des elterlichen Stressbelastungsniveaus und kann unabhängig vom Bestehen einer psychischen Störung bei Eltern oder Kindern eingesetzt werden (Tischler & Petermann 2011). Die Unabhängigkeit von spezifischen Störungsbildern und die Eignung zur Messung von Therapieverläufen und Therapieerfolgen (ebd.) machen den

Elternstressfragebogen zu einem optimalen Instrument zur Untersuchung der oben genannten Fragestellungen.

2.3.4. Unabhängige Variablen und Kontrollvariablen

Die Messzeitpunkte t0 (Diagnostikblock), t1 (Therapiebeginn), t2 (Therapieende), t3 (6 Wochen nach Therapieende) und t4 (6 Monate nach Therapieende) bildeten die unabhängige Variable „Zeit“. Als Kontrollvariablen wurden die „subjektiv berichtete Symptombdauer“ des Kindes sowie die „Wartezeit“ zwischen Diagnostikblock und Wiederaufnahme zu Therapiebeginn mit einbezogen.

2.4. Statistische Analysen

Nach den explorativen und deskriptiven Analysen wurden zunächst mögliche Gruppenunterschiede zwischen voll- und teilstationären Patienten sowie zwischen Jungen und Mädchen zum Messzeitpunkt t0 für die untersuchungsrelevanten Variablen Alter des Kindes, Symptombeginn und -dauer, Wartezeit bis Therapiebeginn sowie initiale Symptombelastung durchgeführt. Darüber hinaus wurde überprüft, ob sich Teilnehmer der Postmessungen in systematischer Weise von den Nichtteilnehmern hinsichtlich der oben genannten Merkmale sowie der erzielten kurzfristigen Therapieeffekte unterscheiden. Entsprechend den Ergebnissen der Kolmogorov-Smirnov-Tests wurden sowohl t-Tests als auch U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt.

Zur Beurteilung der Therapieeffekte wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung mit 5 Stufen für den unabhängigen Faktor Zeit (t0, t1, t2, t3, t4) durchgeführt. In den nachfolgenden Schritten wurden die möglichen Störvariablen Symptombdauer und Wartezeit (Abstand zwischen Diagnostikblock und Therapieblock) als Kontrollvariablen mit in die Modellrechnung aufgenommen. Um zu überprüfen, zwischen welchen Messzeitpunkten signifikante Veränderungen vorliegen, wurden Post-hoc-Einzelvergleiche mittels t-Tests für abhängige Stichproben eingesetzt. Zur Bestimmung der Netto-Therapieeffekte, d. h. unter Berücksichtigung der Wartezeit,

wurden Einzelvergleiche der Differenzen von t1 - t2 bzw. t0 - 1 mittels t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Zur Beurteilung des Ausmaßes der Veränderung dienten die Prüfgrößen partielles Eta-Quadrat (η^2) und Cohen's d. Die Überprüfung intervallskalierter Einflussfaktoren auf den Therapieeffekt erfolgte mittels multipler Regressionsanalysen.

Um die Effektivität hinsichtlich des individuellen Veränderungsstatus zu beurteilen, wurde der Reliable Change Index (RCI) für alle abhängigen Variablen ermittelt. Der Reliable Change Index ist auch als „klinische Signifikanz“ (Jacobson & Truax 1991) bekannt und gilt als Kennwert zuverlässiger Veränderung (vgl. Jacobson & Truax 1991, Nachtigall & Suhl 2005, Zahra & Hedge 2010). Anhand des Reliable Change Index sollte geprüft werden, ob die individuelle Veränderung im Verlauf der Eltern-Kind-Behandlung stärker ausgeprägt ist, als dies aufgrund der mangelnden Zuverlässigkeit der intraindividuellen Messungen erwartet werden kann. Zur Berechnung des Reliable Change Index wurde die Differenz der Mittelwerte der Skalenwerte bei t1 (Beginn Therapieblock) und t2 (Therapieende) ins Verhältnis zur Reliabilität des jeweiligen Messinstrumentes in der Normstichprobe (hier Cronbachs Alpha) und der jeweiligen Standardabweichung der Normstichprobe gesetzt (vgl. Jacobson & Truax 1991). Zur Berechnung konnten auf repräsentative, deutsche Normen (CBCL/4-18 und ESF) und amerikanische Normen (CBCL/1,5-5) zurückgegriffen werden. Betragswerte größer 1,96 identifizieren eine signifikante intraindividuelle Veränderung (Signifikanzniveau = 5%). Auf Basis dieser Angaben ergaben sich Mindestdifferenzen, die Tabelle 3 zu entnehmen sind. Bei der CBCL/4-18 standen Standardabweichungen für Jungen und Mädchen zur Verfügung, sodass der Reliable Change Index geschlechtsdifferenziert berechnet werden konnte. Beispielsweise ergab sich für Jungen eine Mindestdifferenz von 10.05 Punkten für die CBCL Skala „Gesamtauffälligkeiten“ (vgl. Tabelle 3). Beim Elternstressfragebogen lagen lediglich Reliabilitäten für unterschiedliche Altersgruppen vor, sodass der Reliable Change Index für das elterliche Stresserleben altersdifferenziert ermittelt werden musste.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Programm IBM® SPSS® Statistics22.

Tabelle 3. Mittelwerte für die Messzeitpunkte t1 (Therapiebeginn) und t2 (Therapieende), Standardabweichung, Reliabilität und Reliable Change Index (N = 55)

	<i>M_{t1}</i>	<i>M_{t2}</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>	<i>RCI</i>
CBCL 1,5-5	67.20	62.07			
Gesamtauffälligkeiten			26.5	.90	23.23
Internalisierende Auffälligkeiten			10.2	.90	8.94
Externalisierende Auffälligkeiten			11.1	.87	11.09
CBCL 4-18	65.25	60.02			
Jungen					
Gesamtauffälligkeiten			14.8	.94	10.05
Internalisierende Auffälligkeiten			4.6	.86	4.77
Externalisierende Auffälligkeiten			6.6	.93	4.84
Mädchen					
Gesamtauffälligkeiten			12.8	.94	8.69
Internalisierende Auffälligkeiten			5.0	.86	5.19
Externalisierende Auffälligkeiten			4.3	.93	3.15
Elterliches Stresserleben	64.54	58.47			
Vorschulalter			8.92	.90	7.82
1.-4. Klasse			10.27	.92	8.05
5.-6. Klasse			10.08	.91	8.38

Anmerkung: 5 Probanden mussten aufgrund ihres altersbedingten Wechsels von CBCL 1,5-5 auf CBCL 4-18 von den Analysen ausgeschlossen werden

3. Ergebnisse der Datenanalyse

3.1. Explorative Datenanalyse

Zunächst wurde geprüft, wie sich die Werte der Gesamtstichprobe über die einzelnen Variablen verteilen. Dieses Vorgehen war notwendig für die Entscheidung, welche statistischen Kennwerte zu ihrer Beschreibung verwendet werden dürfen und welche statistischen Verfahren zur Anwendung kommen (vgl. Bortz & Döring 2016). Diese Prüfung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test. Im Falle einer signifikanten Abweichung von der Normalverteilung wurde, ergänzend zum t-Test, der U-Test nach Mann und Whitney verwendet. Dieser ermöglicht den Vergleich unabhängiger Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz und basierte auf einer gemeinsamen Rangreihe ihrer Werte (ebd.).

3.1.1. Überprüfung der Verteilungsform

Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab eine Normalverteilung der Daten für das Alter des Kindes bei Aufnahme in Monaten ($Z = .086$, $p = .200$), die Symptombdauer in Monaten ($Z = .074$, $p = .200$) und die Initialbelastung des Kindes bezüglich der Gesamtauffälligkeiten ($Z = .067$, $p = .200$), internalisierenden Auffälligkeiten ($Z = .107$, $p = .084$) und externalisierenden Auffälligkeiten ($Z = .091$, $p = .200$). Hingegen zeigte sich eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung bezüglich des Alters bei Symptombeginn ($Z = .146$, $p = .003$), der Wartezeit zwischen Diagnostikblock und Therapieblock ($Z = .276$, $p < .001$) sowie der elterlichen Initialbelastung zum Messzeitpunkt t_0 ($Z = .141$, $p = .006$).

Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Werte einer Normalverteilung folgten, wurden in den weiterführenden Analysen zusätzlich nonparametrische Tests eingesetzt. Da keine gerichteten Unterschiedshypothesen formuliert wurden, erfolgte eine zweiseitige Testung (vgl. Bortz & Döring 2016).

3.1.2. Gruppenunterschiede und Alterseffekte vor Therapiebeginn

Weil keine differenzierten Berechnungen hinsichtlich des Geschlechts erfolgen sollten, wurde zunächst geprüft, ob sich Jungen ($n = 44$) und Mädchen ($n = 16$) hinsichtlich der

relevanten Variablen wie Alter des Kindes bei Aufnahme, Symptombeginn, Symptombdauer, Initialbelastung, Therapiegewinn sowie Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock unterscheiden, um Geschlechtseffekte für das Zustandekommen der Ergebnisse ausschließen zu können. Die einzelnen Ergebnisse der t-Tests sind in Tabelle 4 aufgeführt. Demnach wiesen Jungen zum Messzeitpunkt t0 ein signifikant niedrigeres Alter bei Symptombeginn auf ($t[58] = 3.19, p = .002$) sowie deren Eltern ein signifikant höheres initiales elterliches Stresserleben ($t[58] = 2.41, p = .019$). Der Levene-Test auf Varianzhomogenität ergab lediglich für die Wartezeit bis Therapiebeginn ($F[54] = 4.13, p = .047$) und das elterliche Stresserleben zu t0 ($F[55] = 4.88, p = .031$) ein signifikantes Ergebnis, sodass für die übrigen Variablen Varianzhomogenität angenommen werden kann.

Analog zu den Unterschiedstests bezüglich des Geschlechts erfolgte eine Überprüfung möglicher Unterschiede zwischen vollstationären ($n = 27$) und teilstationären Patienten ($n = 33$). Die Ergebnisse des t-Tests sind in Tabelle 5 dargestellt. Hinsichtlich der Behandlungsform war bei vollstationären Patienten eine signifikant höhere Symptombdauer ($t[58] = 2.78, p = .007$) zu verzeichnen. Weitere Gruppenunterschiede ließen sich nicht nachweisen. Für alle Variablen zeigte sich der Levene-Test nicht signifikant, sodass Varianzhomogenität für die geprüften Variablen anzunehmen ist.

Um eine systematische Stichprobenselektion auszuschließen, wurden Teilnehmer und Nichtteilnehmer der Katamnese-Erhebung hinsichtlich der relevanten Variablen, wie Alter des Kindes bei Aufnahme und Symptombeginn, Symptombdauer, Initialbelastung, Therapiegewinn sowie Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock auf Unterschiede überprüft. Die einzelnen Ergebnisse sind Tabelle 6 zu entnehmen. Demnach lag bei Katamnese-Teilnehmern eine signifikant höhere Symptombdauer ($t[58] = 2.67, p = .010$) vor. Andere signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmer und Nichtteilnehmer der Katamnese-Erhebung ließen sich nicht verzeichnen. Für alle Variablen zeigte sich der Levene-Test nicht signifikant, sodass Varianzhomogenität für alle geprüften Variablen anzunehmen ist.

Tabelle 4. Mittelwerte, Standardabweichung, Standardfehler und Prüfgrößen für die Unterschiedstests in Abhängigkeit vom Geschlecht zum Messzeitpunkt t0 (N = 60)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Alter des Kindes zu t0 in Monaten				.183	-1.35
Jungen	72.75	29.88	4.50		
Mädchen	84.06	25.37	6.34		
Alter bei Symptombeginn in Monaten				.002**	-3.20
Jungen	33.41	14.41	2.02		
Mädchen	47.75	19.90	4.98		
Symptomdauer in Monaten				.629	.49
Jungen	39.34	22.58	4.21		
Mädchen	36.31	17.29	3.02		
Wartezeit bis Therapiebeginn				.309	1.03
Jungen	21.00	32.41	4.89		
Mädchen	12.56	7.73	1.93		
Elterliches Stresserleben zu t0				.019*	2.408
Jungen	67.32	6.99	1.04		
Mädchen	61.81	10.10	2.52		
Internalisierende Auffälligkeiten zu t0				.966	-.042
Jungen	62.68	10.99	1.66		
Mädchen	62.81	9.13	2.28		
Externalisierende Auffälligkeiten zu t0				.988	.015
Jungen	67.55	10.43	1.57		
Mädchen	67.50	9.55	2.12		
Gesamtauffälligkeiten zu t0				.933	-.084
Jungen	68.14	10.08	1.52		
Mädchen	68.38	8.48	2.12		

Anmerkung: * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Tabelle 5. Mittelwerte, Standardabweichung, Standardfehler und Prüfgrößen für die Unterschiedstests in Abhängigkeit vom Behandlungsmodus zum Messzeitpunkt t0 (N = 60)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Alter des Kindes zu t0 in Monaten				.079	1.78
vollstationär	82.33	31.14	5.68		
teilstationär	69.20	25.49	4.65		
Alter bei Symptombeginn in Monaten				.769	-.26
vollstationär	36.60	15.94	2.91		
teilstationär	37.87	17.31	3.16		
Symptombdauer in Monaten				.007**	2.78
vollstationär	45.73	23.09	4.21		
teilstationär	31.33	16.55	3.02		
Wartezeit bis Therapiebeginn				.523	.64
vollstationär	21.10	34.43	6.29		
teilstationär	16.40	20.50	3.74		
Elterliches Stresserleben zu t0				.429	.80
vollstationär	66.64	6.99	1.30		
teilstationär	64.93	9.12	1.69		
Internalisierende Auffälligkeiten zu t0				.893	-.13
vollstationär	62.53	9.27	1.69		
teilstationär	62.90	11.66	2.13		
Externalisierende Auffälligkeiten zu t0				.782	-.28
vollstationär	67.17	8.74	1.59		
teilstationär	67.90	11.48	2.10		
Gesamtauffälligkeiten zu t0				.979	-.28
vollstationär	68.17	7.88	1.44		
teilstationär	68.23	11.21	2.05		

Anmerkung: * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Tabelle 6. Mittelwerte, Standardabweichung, Standardfehler und Prüfgrößen für die Unterschiedstests in Abhängigkeit von der Katamnese-Teilnahme

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Alter des Kindes zu t0 in Monaten				.122	1.57
Teilnehmer	82.88	30.53	6.23		
Nicht-Teilnehmer	71.03	27.30	4.55		
Alter bei Symptombeginn in Monaten				.596	-.53
Teilnehmer	35.83	15.65	3.19		
Nicht-Teilnehmer	38,17	17.22	2.87		
Symptomdauer in Monaten				.010*	2.67
Teilnehmer	47.04	23.98	4.89		
Nicht-Teilnehmer	32.86	17.23	2.87		
Wartezeit bis Therapiebeginn				.638	.474
Teilnehmer	20.88	36.21	7.39		
Nicht-Teilnehmer	17.33	21.75	3.62		
Elterliches Stresserleben zu t0				.882	-.15
Teilnehmer	65.58	9.41	1.92		
Nicht-Teilnehmer	65.91	7.11	1.24		
Internalisierende Auffälligkeiten zu t0				.513	-.66
Teilnehmer	61.63	9.30	1.90		
Nicht-Teilnehmer	63.44	11.22	1.87		
Externalisierende Auffälligkeiten zu t0				0.943	-.072
Teilnehmer	67.42	8.94	1.83		
Nicht-Teilnehmer	67.61	10.96	1.83		
Gesamtauffälligkeiten zu t0				0.875	-.16
Teilnehmer	67.96	8.25	1.69		
Nicht-Teilnehmer	68.36	10.52	1.75		

Anmerkung: * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Die Ergebnisse des U-Tests nach Mann und Whitney für die Variablen, die laut explorativer Datenanalyse signifikant von der Normalverteilung abweichen, sind den Tabellen 7 bis 9 zu entnehmen. Demnach ließ sich analog zum t-Test ein signifikant niedrigeres Alter bei Symptombeginn in der Gruppe der Jungen nachweisen ($U = -2.53$, $p = .011$), sodass davon auszugehen ist, dass bezüglich des Symptombeginns ein signifikanter Geschlechtseffekt vorliegt. Entgegen den Ergebnissen vom t-Test zeigte sich im Mann-Whitney-U-Test für das initiale elterliche Stresserleben zum Messzeitpunkt t_0 kein signifikanter Geschlechtseffekt (vgl. Tabelle 7). Da hierbei sowohl eine Abweichung von der Normalverteilung als auch Varianzhomogenität zu verzeichnen war, sind die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test dem des t-Tests vorzuziehen (vgl. Bortz & Döring 2016), sodass im elterlichen Stresserleben kein signifikanter Geschlechtseffekt zu t_0 anzunehmen ist.

Tabelle 7. Mann-Whitney-U-Test für die Variablen Alter bei Symptombeginn, Wartezeit bis Therapiebeginn und initiale Symptombelastung der Eltern (ESF) zum Messzeitpunkt t_0 (Diagnostikblock) in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Mittlerer Rang	p	U
Geschlecht			
Alter bei Symptombeginn		.011*	-2.53
Jungen	27.10		
Mädchen	39.84		
Wartezeit bis Therapiebeginn		0.760	-.29
Jungen	30.10		
Mädchen	31.59		
Elterliches Stresserleben zu t_0 (ESF)		0.061	-1.88
Jungen	31.49		
Mädchen	22.63		

Anmerkung: * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Im Vergleich zwischen voll- und teilstationären Patienten zeigten sich analog zum t-Test keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters bei Symptombeginn, der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock sowie der elterlichen Initialbelastung zum Messzeitpunkt t0 (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8. Mann-Whitney-U-Test für die Variablen Alter bei Symptombeginn, Wartezeit bis Therapiebeginn und initiale Symptombelastung der Eltern zum Messzeitpunkt t0 (Diagnostikblock) in Abhängigkeit vom Behandlungsmodus

	Mittlerer Rang	p	U
Behandlungsmodus			
Alter bei Symptombeginn		.964	-.045
vollstationär	30.40		
teilstationär	30.60		
Wartezeit bis Therapiebeginn		.929	-.09
vollstationär	30.70		
teilstationär	30.70		
Elterliches Stresserleben zu t0 (ESF)		.804	-.25
vollstationär	30.30		
teilstationär	29.54		
	28.48		

Anmerkung: * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Auch ließen sich im Mann-Whitney-U-Test keine Unterschiede zwischen einer Katamnese-Teilnahme oder Nicht-Teilnahme bezüglich des Alters bei Symptombeginn, der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock sowie der elterlichen Initialbelastung zum Messzeitpunkt t0 aufzeigen (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9. Mann-Whitney-U-Test für die Variablen Alter bei Symptombeginn, Wartezeit bis Therapiebeginn und initiale Symptombelastung der Eltern zum Messzeitpunkt t0 (Diagnostikblock) in Abhängigkeit von der Katamnese-Teilnahme

	Mittlerer Rang	p	U
Katamnese-Teilnahme			
Alter bei Symptombeginn		.562	-.58
Teilnehmer	28.92		
Nicht-Teilnehmer	31.56		
Wartezeit bis Therapiebeginn		.791	-.26
Teilnehmer	29.77		
Nicht-Teilnehmer	30.99		
Elterliches Stresserleben zu t0		.757	-.310
Teilnehmer	29.77		
Nicht-Teilnehmer	28.44		

Anmerkung: * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

3.2. Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Hypothesenprüfung vorgestellt. Die Diskussion der wesentlichen Ergebnisse der Studie sowie der verwendeten Methoden folgt in Kapitel 4.

3.2.1. Kurzfristige Therapieeffekte

Zur Untersuchung kurzfristiger Therapieeffekte der Eltern-Kind-Behandlung wurden folgende Hypothesen untersucht:

Hypothese 1	In einem Zeitraum ohne Behandlung (t0 bis t1) treten <u>keine</u> signifikanten Veränderungen in den <i>kindlichen Verhaltensauffälligkeiten</i> (CBCL) und dem <i>elterlichen Stresserleben</i> (ESF) auf.
Hypothese 2	Im Verlauf der Therapie (t1 bis t2) <u>reduzieren</u> sich die <i>kindlichen Verhaltensauffälligkeiten</i> (CBCL) und das <i>elterliche Stresserleben</i> (ESF) signifikant.

Mittels Varianzanalyse ließ sich eine hoch signifikante Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der Gesamtauffälligkeiten ($F[1,85] = 20.87$, $\eta^2 = 0.26$, $p < .001$), externalisierenden Auffälligkeiten ($F[1,84] = 15.75$, $\eta^2 = 0.21$, $p < .001$) und internalisierenden Auffälligkeiten ($F[2,118] = 11.63$, $\eta^2 = 0.17$, $p < .001$) nachweisen. Auch für das elterliche Stresserleben zeigte sich ein hoch signifikanter Effekt des unabhängigen Faktors Zeit ($F[1,77] = 31.32$, $\eta^2 = 0.36$, $p < .001$). Die einzelnen Ergebnisse der Varianzanalyse sowie Mittelwerte und Standardabweichungen für die Messzeitpunkt t0 (Diagnostikblock) bis t2 (Therapieende) sind Tabelle 10 zu entnehmen.

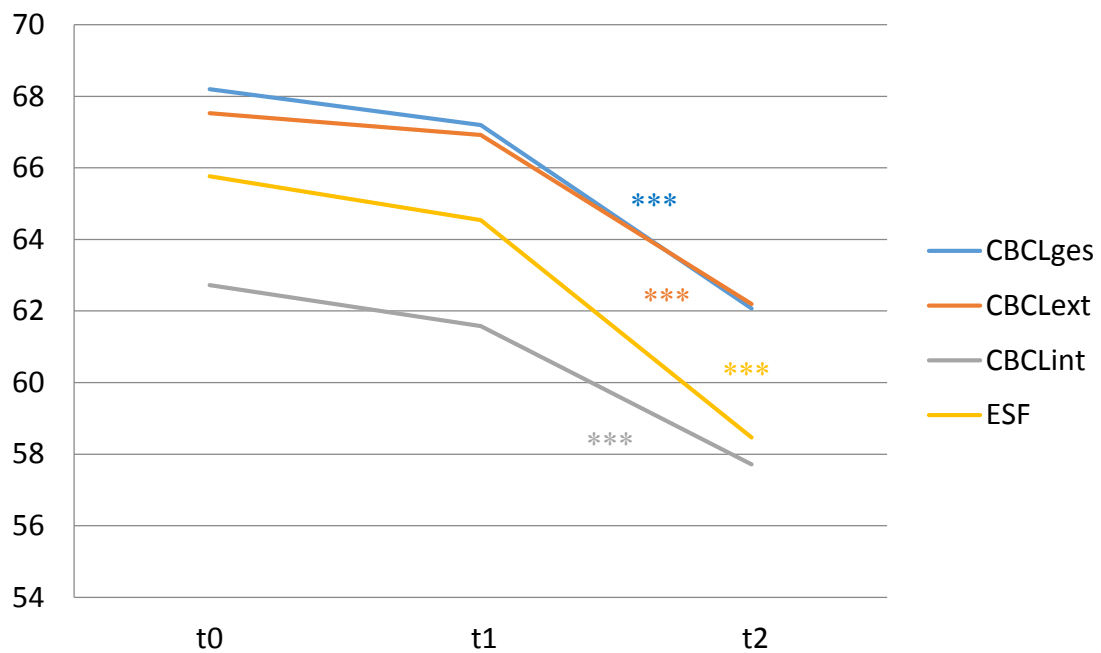
Tabelle 10. Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Varianzanalyse des Therapieeffekts auf die elterliche Stressbelastung (ESF, N = 57) und die kindliche Symptombelastung (CBCL, N = 60) im Erhebungszeitraum t0 bis t2

	t0	t1	t2			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	F (df)	p	η^2
ESF	65.77 (8.08)	64.54 (7.63)	58.47 (9.29)	31.32 (1.77)	< .001***	.36
CBCLges	68.20 (9.61)	67.20 (9.59)	62.07 (9.93)	20.87 (1.85)	< .001***	.26
CBCLext	67.53 (10.12)	66.92 (10.03)	62.20 (9.99)	15.75 (1.84)	< .001***	.21
CBCLint	62.72 (10.45)	61.58 (10.17)	57.72 (10.22)	11.63 (2.118)	< .001***	.17

Anmerkung: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Abbildung 10 zeigt die Veränderungen der kindlichen Symptombelastung und elterlichen Stressbelastung im grafischen Verlauf. Demnach lag die durchschnittliche kindliche Symptombelastung am Ende der Behandlung unterhalb der klinischen Grenze von $T = 63$. Auch das durchschnittliche elterliche Stresserleben befand sich am Ende der Behandlung unterhalb der klinischen Grenze von $T = 60$.

Abbildung 10. Veränderungen der kindlichen Symptombelastung (N = 60) und elterlichen Stressbelastung (N = 57) im Erhebungszeitraum t0 bis t2



Anmerkungen: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; Skalenwerte = mittlere T-Werte; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Die Post-hoc Analysen und Effektstärken der Veränderungen der kindlichen und elterlichen Symptombelastung im Erhebungszeitraum t0 (Diagnostikblock) bis t2 (Ende Therapieblock) sind in Tabelle 11 aufgeführt. Demnach traten in dem Zeitraum ohne Therapie (t0 bis t1) keine signifikanten Veränderungen auf, während sich signifikante Mittelwertdifferenzen der Messzeitpunkte t0 und t2 sowie t1 und t2 für alle Skalen zeigten. Auch der Vergleich zwischen Therapiebeginn (t1) und Entlassung (t2) erbrachte eine signifikante Symptomreduktion auf Eltern- und Kinderebene. Die Effektstärke für die Gesamtveränderung im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) betrug für die kindlichen Gesamtauffälligkeiten $d = .63$, für die externalisierenden Auffälligkeiten $d = .53$, für die internalisierenden Auffälligkeiten $d = .48$ und für das elterliche Stresserleben $d = .84$.

Tabelle 11. Mittelwertdifferenzen, Standardabweichung und Effektstärken für die elterliche Stressbelastung (ESF, N = 57) und die kindliche Symptombelastung (CBCL, N = 60) im Erhebungszeitraum t0 bis t2

		<i>MΔ</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Gesamtauffälligkeiten					
t0	t1	1.00	4.90	.358	-.10
t0	t2	6.13	9.34	< .001	-.63
t1	t2	5.13	8.70	< .001	-.53
t1t2Δ	t0t1Δ	4.13	10.59	.004	-.59
Externalisierende Auffälligkeiten					
t0	t1	0.62	4.85	.986	-.06
t0	t2	5.33	9.17	< .001	-.53
t1	t2	4.72	9.32	.001	-.47
t1t2Δ	t0t1Δ	4.10	11.70	.009	-.55
Internalisierende Auffälligkeiten					
t0	t1	1.13	7.75	.787	-.11
t0	t2	5.00	9.50	< .001	-.48
t1	t2	3.87	7.89	.001	-.38
t1t2Δ	t0t1Δ	2.73	12.43	.094	-.35
Elternstress					
t0	t1	1.23	4.42	.122	-.16
t0	t2	7.30	8.00	< .001	-.83
t1	t2	6.07	9.12	< .001	-.70
t1t2Δ	t0t1Δ	4.84	11.89	.003	-.68

Anmerkungen: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Zur Bestimmung der Netto-Therapieeffekte, unter Berücksichtigung der Wartezeit, wurden Einzelvergleiche der Differenzen von t1 - t2 bzw. t0 - 1 mittels t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Hierbei zeigten sich signifikante Mittelwertdifferenzen für die CBCL-Skalen „Gesamtauffälligkeiten“ ($t[59] = 3.02, p = .004$) und „externalisierende Auffälligkeiten“ ($t[59] = 2.72, p = .009$) sowie dem elterlichen Stresserleben ($t[59] = 3.08, p = .003$). Für die CBCL-Skala „internalisierende Auffälligkeiten“ ($t[59] = 1.70, p = .094$) ließ sich kein signifikanter Netto-Therapieeffekt aufzeigen. Die Effektstärke für den Netto-Therapieeffekt betrug für die Gesamtauffälligkeiten $d = -.59$, die externalisierenden Auffälligkeiten $d = -.55$ und das elterliche Stresserleben $d = -.68$ (vgl. Tabelle 11).

Auch wenn die Variablen Symptombdauer und Wartezeit als Kovariaten in die Auswertung miteinbezogen werden, verändern sich die Ergebnisse nicht, weder für das elterliche Stresserleben ($F[1,72] = 10.31, \eta^2 = 0.16, p = .001$) noch für die kindlichen Gesamtauffälligkeiten ($F[1,85] = 18.41, \eta^2 = 0.24, p < .001$), die externalisierenden Auffälligkeiten ($F[1,82] = 10.78, \eta^2 = 0.159, p < .001$) und die internalisierenden Auffälligkeiten ($F[2,114] = 14.17, \eta^2 = 0.20, p < .001$).

Demnach hat sich die Annahme, dass in einem Zeitraum ohne Behandlung (t0 bis t1) keine signifikanten Veränderungen in den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) und dem elterlichen Stresserleben (ESF) auftreten (Hypothese 1) bestätigt.

Auch die Vermutung, dass im Verlauf der Therapie (t1 bis t2) sich die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) und das elterliche Stresserleben (ESF) signifikant reduzieren (Hypothese 2), konnte mittels varianzanalytischer Auswertung verifiziert werden.

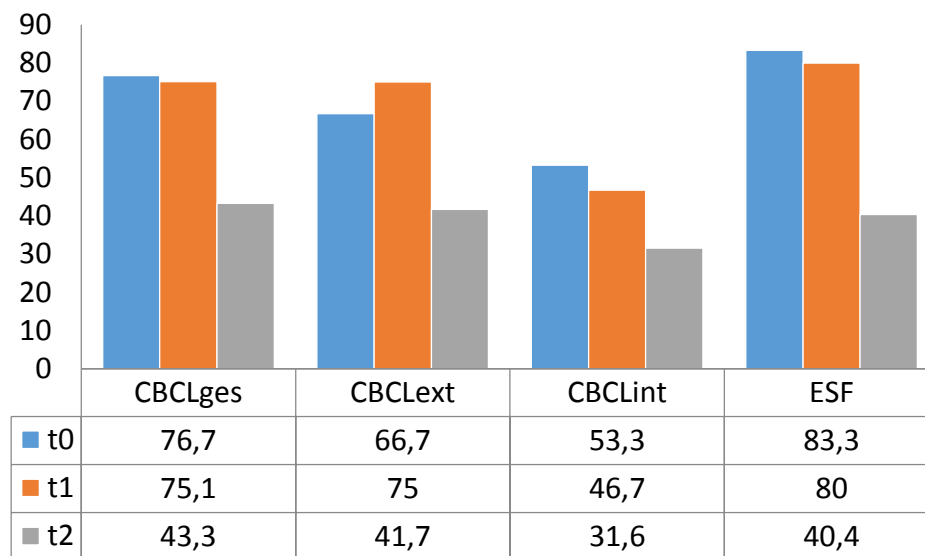
Aufgrund der fehlenden Normalverteilung zum Messzeitpunkt t0 sowie der fehlenden Gleichverteilung der Varianzen hinsichtlich des elterlichen Stresserlebens (vgl. Abschnitt 3.1.1), wurden ergänzend nonparametrische Verfahren eingesetzt. Zunächst wurde mittels Friedman-Test überprüft, ob im Laufe der Behandlung eine Abnahme

des elterlichen Stresserlebens zu verzeichnen ist. Hierbei ergab sich ein hoch signifikantes Ergebnis ($\chi^2[2,60] = 38.81, p \leq .001$). Um herauszufinden, welche Zeitpunkte sich im Einzelnen voneinander unterscheiden, wurden paarweise Tests mit dem Wilcoxon-Test durchgeführt. Hierbei ergab sich eine hoch signifikante Abnahme im elterlichen Stresserleben durch die Eltern-Kind-Behandlung im Messzeitraum t0 bis t2 ($U = -5.07, p < .001$) sowie t1 bis t2 ($U = -4.29, p < .001$). Im Gegensatz zur Varianzanalyse zeigte sich im Wilcoxon-Test für die Messzeitpunkte t0 und t1 eine signifikante Reduktion des elterlichen Stresserlebens zu Therapiebeginn ($U = -2.05, p = .040$), womit die Hypothese (1), dass in einem Zeitraum ohne Behandlung (t0 bis t1) keine signifikante Veränderung im elterlichen Stresserleben (ESF) auftritt, mittels nonparametrischer Analyse nicht bestätigt werden konnte und die parametrischen Ergebnisse in ihrer Gültigkeit eingeschränkt sind.

Unter Berücksichtigung der individuellen Therapieverläufe aller Familien (Abbildung 11 und 12) zeigt sich, dass 76.7% aller Kinder zu Beginn der Therapie hinsichtlich der Gesamtauffälligkeiten den klinischen Cut-off von $T \geq 63$ überschreiten, zu Therapieende 43.3%. Hinsichtlich der externalisierenden Verhaltensweisen ergab sich im Behandlungsverlauf eine Reduktion von 66.7% auf 41.7%. Für die internalisierenden Störungen ließ sich eine Abnahme von 53.3% auf 31.7% verzeichnen. Das elterliche Stresserleben erreichte zu Beginn der Therapie bei 83.3% der Begleitpersonen den klinischen Cut-off von $T \geq 60$, während zu Therapieende noch 38.3% der Eltern von einem klinisch relevanten Elternstress berichteten.

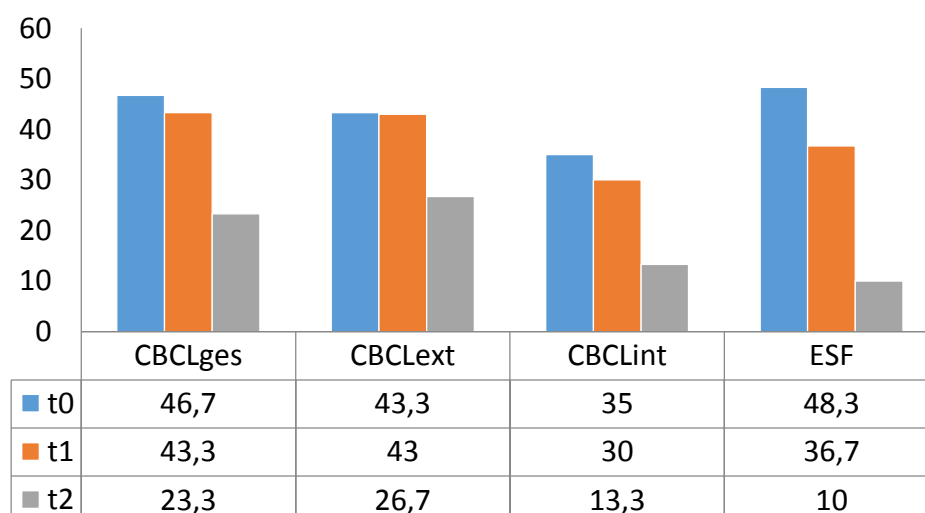
Bei einer differenzierteren Betrachtung der Symptomstärke (Abbildung 12) zeigt sich, dass 46.7% aller Kinder zu Beginn der Therapie hinsichtlich der Gesamtauffälligkeiten den klinischen Cut-off von $T \geq 70$ überschreiten, zu Therapieende 33.3%. Hinsichtlich der externalisierenden Verhaltensweisen ergab sich im Behandlungsverlauf eine Reduktion von 43.3% auf 26.7%. Für die internalisierenden Störungen ließ sich eine Abnahme von 35% auf 13.3% verzeichnen. Das elterliche Stresserleben erreichte zu Beginn der Therapie bei 48.3% der Begleitpersonen den klinischen Cut-off von $T \geq 70$, während zu Therapieende noch 10% der Eltern von einem stark überdurchschnittlichen Elternstress berichteten.

Abbildung 11. Häufigkeit der Fälle mit einem T-Wert über dem Cut-off von $T \geq 63$ (CBCL) bzw. $T \geq 60$ (ESF) in Prozent



Anmerkungen: CBCLges = Gesamtauffälligkeiten; CBCLext = externalisierende Auffälligkeiten; CBCLint = internalisierende Auffälligkeiten; ESF = Elternstressfragebogen; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende

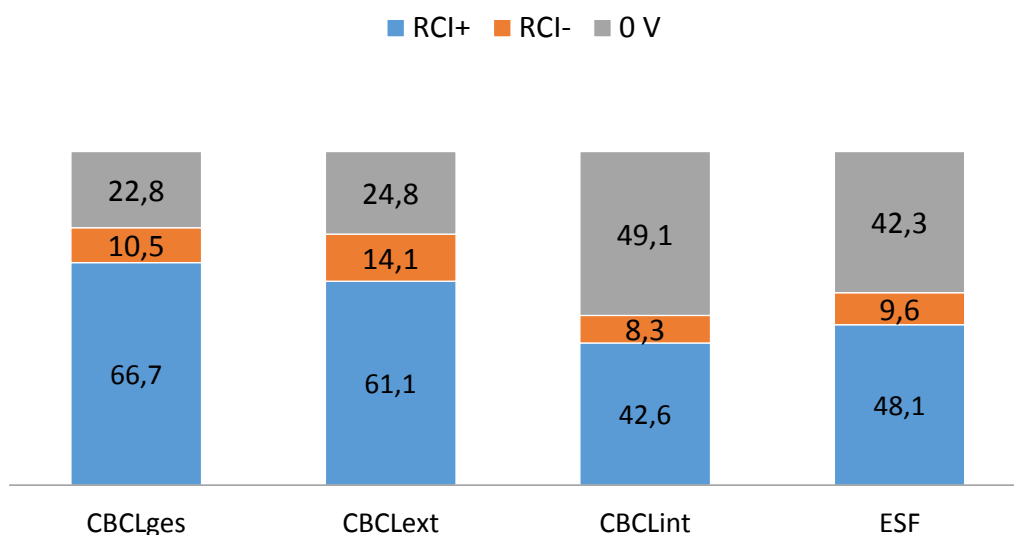
Abbildung 12. Häufigkeit der Fälle mit einem T-Wert über dem Cut-off von $T \geq 70$ (CBCL, ESF) in Prozent



Anmerkungen: t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; CBCLges = Gesamtauffälligkeiten; CBCLext = externalisierende Auffälligkeiten; CBCLint = internalisierende Auffälligkeiten; ESF = Elternstressfragebogen

Zur Quantifizierung der intraindividuellen Veränderungen wurde der Reliable Change Index (RCI) für jede Zielvariable ermittelt und die Häufigkeit der Personen bestimmt, bei denen eine klinisch signifikante Verbesserung bei Therapieende vorlag (vgl. Abbildung 13). Die Responderaten nach der RCI-Methode zeigen, dass 66.7% der Kinder auf der CBCL-Skala „Gesamtauffälligkeiten“ eine klinisch signifikante Verbesserung aufwiesen, gefolgt von den Skalen „Externalisierende Auffälligkeiten“ mit 61.1% und „Internalisierende Auffälligkeiten“ mit 42.6%.

Abbildung 13. Klinische Signifikanz aus Sicht der Eltern (Reliable Change Index) in Prozent



Anmerkungen: R+ = reliabel verbessert; R- = reliabel verschlechtert; 0 V = keine Veränderung

Das elterliche Stresserleben wurde von 48.1% der Eltern als reliabel verbessert eingeschätzt (vgl. Abbildung 13). Demgegenüber stehen 22.8% der Kinder, bei denen sich auf der CBCL-Skala „Gesamtauffälligkeiten“ keine klinisch signifikante Veränderung zeigt. Dies betrifft ebenso die Skalen „Externalisierende Auffälligkeiten“

mit 24.8% und "Internalisierende Auffälligkeiten" mit 49.1%. Bezüglich des elterlichen Stresserlebens zeigt sich, dass 42.3% der Begleitpersonen keine reliable Veränderung aufwiesen. Darüber hinaus berichteten einige Begleitpersonen von einer klinisch bedeutsamen Verschlechterung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten: CBCL-Skala „Gesamtauffälligkeiten“ mit 10.5%, CBCL-Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ mit 14.1% und CBCL-Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" mit 8.3%. Das elterliche Stresserleben wurde von 9.6% der Eltern als reliabel verschlechtert eingeschätzt.

3.2.2. Stabilität der Therapieeffekte

Zur Untersuchung der Stabilität der Therapieeffekte der Eltern-Kind-Behandlung sollte folgender Hypothese nachgegangen werden:

Hypothese 3	<u>Nach Abschluss der Behandlung</u> (t2 bis t4) verändern sich die <i>kindlichen Verhaltensauffälligkeiten</i> (CBCL) und das <i>elterliche Stresserleben</i> (ESF) <u>nicht</u> signifikant.
-------------	--

Die Ergebnisse der Hypothesenprüfung sind in Tabelle 12 aufgeführt. In der Teilstichprobe mit 24 Familien war ein signifikanter Haupteffekt für das elterliche Stresserleben ($F[3,58] = 13.57, \eta^2 = 0.37, p < .001$) durch die Eltern-Kind-Behandlung zu verzeichnen sowie eine signifikante Symptomreduktion in den Gesamtauffälligkeiten ($F[2,52] = 4.95, \eta^2 = 0.18, p = .008$) und externalisierenden Auffälligkeiten ($F[4,92] = 3.35, \eta^2 = 0.13, p = .013$). Die varianzanalytischen Ergebnisse sowie Mittelwerte und Standardabweichungen für die Messzeitpunkte t0 (Diagnostikblock) bis t4 (6 Monate nach Entlassung) sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Abbildung 14 zeigt die Veränderungen der kindlichen Symptombelastung und elterlichen Stressbelastung für den Zeitraum t0 (Diagnostikblock) bis t4 (6 Monate nach Entlassung) im grafischen Verlauf. Demnach überstieg die durchschnittliche kindliche Symptombelastung (Gesamtauffälligkeiten und internalisierende Auffälligkeiten) zum 1. Follow-up nach 2 Monaten nicht den klinischen Grenzwert von $T = 63$.

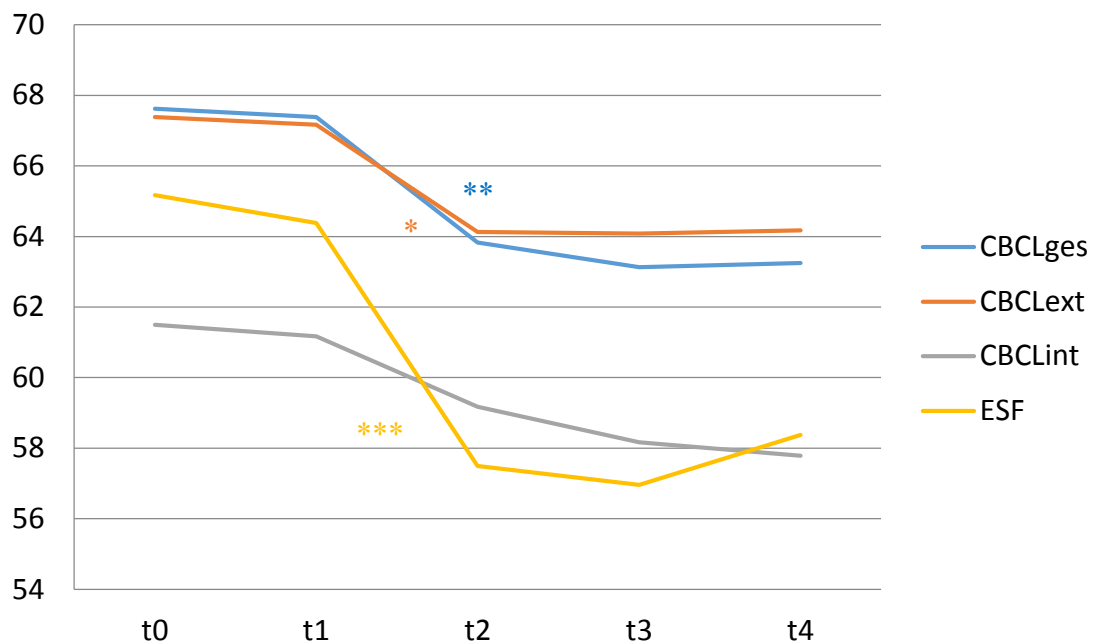
Auch das durchschnittliche elterliche Stresserleben befand sich 2 Monate nach Entlassung unterhalb der klinischen Grenze von $T = 60$. Ein ähnliches Bild zeigte sich im 2. Follow-up. Bis auf einen marginalen Anstieg der externalisierenden Auffälligkeiten knapp über der klinischen Grenze von $T = 63$, blieben die kindliche Symptombelastung und das elterliche Stresserleben unter dem jeweiligen Grenzwert zur klinischen Relevanz (vgl. Abb. 14).

Tabelle 12. Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Varianzanalyse des Therapieeffekts auf die elterliche Stressbelastung (ESF, $N = 24$) und die kindliche Symptombelastung (CBCL, $N = 24$) sowie dessen Stabilität bis 6 Monate nach Ende der Therapie

	t0	t1	t2	t3	t4			
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	F (df)	p	η^2
	(<i>SD</i>)	(<i>SD</i>)	(<i>SD</i>)	(<i>SD</i>)	(<i>SD</i>)			
ESF	65.17 (9.43)	64.38 (8.20)	57.50 (11.38)	56.96 (8.56)	58.38 (9.16)	13.57 (3.58)	< .001***	0.37
CBCLges	67.62 (8.37)	67.38 (7.60)	63.83 (7.17)	63.13 (7.32)	63.25 (8.32)	4.95 (2.52)	.008**	0.18
CBCLext	67.38 (8.96)	67.17 (9.38)	64.13 (7.40)	64.08 (9.73)	64.17 (9.52)	3.35 (4.92)	.013*	0.13
CBCLint	61.59 (9.33)	61,17 (8.49)	59.17 (7.73)	58.17 (7.85)	57.79 (6.39)	2.23 (2.51)	.113	0.09

Anmerkung: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; t3 = 1. Follow-up nach 2 Monaten; t4 = 2. Follow-up nach 6 Monaten; Skalenwerte = mittlere T-Werte; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ *

Abbildung 14. Veränderungen der kindlichen Symptombelastung (N = 24) und elterlichen Stressbelastung (N = 24) im Erhebungszeitraum t0 bis t4



Anmerkungen: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; t3 = 1. Follow-up nach 2 Monaten; t4 = 2. Follow-up nach 6 Monaten; Skalenwerte = mittlere T-Werte; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Die Post-hoc Analysen und Effektstärken der Veränderungen für die elterliche Stressbelastung und die kindliche Symptombelastung im Erhebungszeitraum t2 (Ende Therapieblock) bis t4 (6 Monate nach Entlassung) sind in Tabelle 13 aufgeführt. Demnach zeigten sich bei einer Stichprobe von 24 Familien, die 2 und 6 Monate nach Therapieende erneut befragt wurden, keinerlei signifikante Unterschiede in der kindlichen Symptombelastung und dem elterlichen Stresserleben. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung sowie der fehlenden Gleichverteilung der Varianzen für die Skala „Elternstress“ (vgl. 3.1.1) wurde mittels Friedman-Test überprüft, ob nach der Behandlung eine Veränderung des elterlichen Stresserlebens zu verzeichnen ist. Hierbei ergab sich kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2[2] = 2.30, p = .316$).

Tabelle 13. Mittelwertdifferenzen, Standardfehler und Effektstärken für die elterliche Stressbelastung (ESF) und die kindliche Symptombelastung (CBCL) im Katamnesezeitraum t2 bis t4 (n = 24)

		MΔ	SE	p	d
CBCLges					
t2	t3	0.71	0.89	1.00	-.10
t3	t4	-0.13	1.09	1.00	.02
t2	t4	0.58	1.13	1.00	-.08
CBCLext					
t2	t3	0.04	1.16	1.00	-.01
t3	t4	-0.83	0.97	1.00	.01
t2	t4	-0.42	1.25	1.00	.01
CBCLint					
t2	t3	1.00	0.96	1.00	-.13
t3	t4	-1.00	1.36	1.00	-.05
t2	t4	1.38	1.18	1.00	-.19
ESF					
t2	t3	0.54	1.58	1.00	-.05
t3	t4	-1.42	1.23	1.00	.16
t2	t4	-0,88	1.85	1.00	.08

Anmerkungen: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t2 = Therapieende; t3 = 1. Follow-up nach 2 Monaten; t4 = 2. Follow-up nach 6 Monaten; Skalenwerte = mittlere T-Werte; * = p < .050; ** = p < .01; *** = p < .001***

Die Hypothese (3), dass nach Abschluss der Behandlung (t2 bis t4) sich die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) und das elterliche Stresserleben (ESF) nicht signifikant verändern, konnte damit bestätigt werden.

3.2.3. Faktoren mit möglichem Einfluss auf das Behandlungsgelingen

Zur Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf das Behandlungsgelingen wurden folgende Hypothesen überprüft:

Hypothese 4	Die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich <u>abhängig</u> vom <i>Alter des Kindes</i> , wobei Familien mit jüngeren Kindern stärker von der Behandlung profitieren.
Hypothese 5	Die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich <u>abhängig</u> von der <i>Symptomdauer</i> , wobei Familien mit einer kürzeren Symptomdauer stärker von der Behandlung profitieren.
Hypothese 6	Die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich <u>abhängig</u> von der <i>Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock</i> , wobei Familien mit einer kürzeren Wartezeit stärker von der Behandlung profitieren.
Hypothese 7	Die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich <u>abhängig</u> von der <i>psychischen Initialbelastung</i> , wobei Familien mit einer hohen Initialbelastung stärker von der Behandlung profitieren.
Hypothese 8	Die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) zeigt sich <u>abhängig</u> vom <i>elterlichen Therapiegewinn</i> , wobei Kinder von Eltern mit einem hohen Therapiegewinn, d. h. der Reduktion im elterlichen Stresserleben, stärker von der Behandlung profitieren.

Da die einzelnen Hypothesen sowohl die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten als auch die elterliche Symptombelastung umfassen, werden die Ergebnisse für Eltern und Kinder im Folgenden differenziert dargestellt.

3.2.4. Moderatorvariablen der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten

Tabelle 14 fasst die Analyseergebnisse der potentiellen Einflussfaktoren auf den kindlichen Therapiegewinn zusammen.

Tabelle 14. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen mit Therapiegewinn des Kindes als abhängige Variable (N = 57)

	β	t	p
Gesamtauffälligkeiten			
Initialbelastung	0.54	5.08	< .001***
Symptomdauer	-0.39	-2.12	.039*
Zeitspanne zwischen DB und TB	-0.18	-1.76	.085
Alter des Kindes	0.33	0.18	.856
Therapiegewinn Eltern (Stresserleben)	0.83	2.75	.008**
Externalisierende Auffälligkeiten			
Initialbelastung	0.55	5.24	< .001***
Symptomdauer	-0.38	-2.11	.040*
Zeitspanne zwischen DB und TB	-0.14	-1.39	.169
Alter des Kindes	0.07	0.39	.699
Therapiegewinn Eltern (Stresserleben)	0.33	3.20	.002**
Internalisierende Auffälligkeiten			
Initialbelastung	0.58	5.48	< .001***
Symptomdauer	-0.29	-1.57	.122
Zeitspanne zwischen DB und TB	-0.11	-1.03	0.307
Alter des Kindes	-0.13	-0.67	0.503
Therapiegewinn Eltern (Stresserleben)	0.13	1.26	0.213

Anmerkungen: β = Standardisierter Koeffizient; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; DB = Diagnostikblock; TB = Therapieblock

Bezüglich des Gesamtmodells ergab sich ein signifikantes $R^2 = 0,47$ bzw. korrigiertes $R^2 = 0,42$ ($F[5,51]$, $p = < .001$) für die Gesamtauffälligkeiten sowie ein signifikantes $R^2 = 0,49$ bzw. korrigiertes $R^2 = 0,44$ ($F[5,51]$, $p = < .001$) für die externalisierenden Auffälligkeiten und ein signifikantes $R^2 = 0,45$ bzw. korrigiertes $R^2 = 0,40$ ($F[5,51]$, $p = < .001$) für die internalisierenden Auffälligkeiten.

Es zeigt sich ein signifikanter Effekt der Symptombdauer auf die Verminderung der externalisierenden Auffälligkeiten ($\beta = -0,38$, $t[56] = -2,11$, $p = .040$) und Gesamtauffälligkeiten ($\beta = -0,39$, $t[56] = -2,12$, $p = .039$). Bezüglich der internalisierenden Störungen war kein bedeutsamer Effekt erkennbar ($\beta = -0,29$, $t[56] = -1,57$, $p = .122$).

Die Annahme, dass die Symptombdauer einen Einfluss auf den Therapiegewinn des Kindes hat (Hypothese 5), kann somit für die CBCL-Skalen „Gesamtauffälligkeiten“ und „Externalisierende Auffälligkeiten“ bestätigt und für die Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ verworfen werden.

Die Initialbelastung zum Messzeitpunkt t_0 (Diagnostikblock) erwies sich als hoch signifikanter Prädiktor für die Reduktion der Symptombelastung auf den CBCL Skalen „Gesamtauffälligkeiten“ ($\beta = 0,54$, $t[56] = 5,08$, $p < .001$), „Externalisierende Auffälligkeiten“ ($\beta = 0,55$, $t[56] = 5,24$, $p < .001$) und „Internalisierende Auffälligkeiten“ ($\beta = 0,58$, $t[56] = 5,48$, $p < .001$), wobei Kinder mit einer hohen Initialbelastung stärker von der Behandlung profitierten (vgl. Tabelle 14).

Die Hypothese (7), dass sich der kindliche Therapiegewinn abhängig von der psychischen Initialbelastung zeigt, ließ sich damit bestätigen.

Weiterhin zeigte der elterliche Therapiegewinn einen signifikanten Einfluss auf die Verminderung der Symptombelastung auf den CBCL Skalen „Gesamtauffälligkeiten“

($\beta = 0.54$, $t[56] = 2.75$, $p = .008$) und „Externalisierende Auffälligkeiten“ ($\beta = 0.33$, $t[56] = 3.20$, $p = .002$), wobei Kinder von Eltern mit einem hohen Therapiegewinn stärker von der Behandlung profitieren konnten (vgl. Tabelle 14).

Die Hypothese (8), dass die Reduktion der kindlichen Symptombelastung abhängig vom elterlichen Therapiegewinn ist, kann somit für die CBCL-Skalen „Gesamtauffälligkeiten“ und „Externalisierende Auffälligkeiten“ bestätigt und für die Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ verworfen werden.

Entgegen den Erwartungen zeigte sich die Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten unabhängig vom Alter des Kindes sowie unabhängig von der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock (vgl. Tabelle 14).

Die Vermutungen, dass sich der kindliche Therapiegewinn in Abhängigkeit vom Alter des Kindes zeigt (Hypothese 4) sowie der Wartezeit bis Therapiebeginn (Hypothese 6), ließen sich somit nicht bestätigen.

3.2.5. Moderatorvariablen des elterlichen Stresserlebens

Tabelle 15 zeigt die Analyseergebnisse der potentiellen Einflussfaktoren auf den elterlichen Therapieeffekt. Für das Gesamtmodell ergab sich ein signifikantes $R^2 = 0.30$ bzw. korrigiertes $R^2 = 0.20$ ($F[7, 49]$, $p = .01$).

Entgegen den Erwartungen zeigte sich kein signifikanter Effekt für das Alter des Kindes ($\beta = 0.11$, $t[56] = 0.46$, $p = .645$).

Die Hypothese (4), dass sich der elterliche Therapiegewinn in Abhängigkeit vom Alter des Kindes zeigt, gilt damit als falsifiziert.

Ebenso zeigen sich die Veränderungen auf der Skala „Elternstress“ unabhängig von der subjektiv erinnerten Symptombdauer des Kindes ($\beta = -0.15$, $t[56] = -0.65$, $p = .520$).

Die Annahme, dass die Symptombdauer einen signifikanten Einfluss auf den elterlichen Therapieerfolg hat (Hypothese 5), wurde nicht bestätigt.

Auch die Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapiebeginn ergab keinen signifikanten Effekt auf die Reduktion des elterlichen Stresserlebens ($\beta = 0.03$, $t[56] = 0.23$, $p = .821$).

Die Hypothese (6), dass die Wartezeit bis Therapiebeginn einen Einfluss auf den elterlichen Therapieerfolg hat, wurde somit widerlegt.

Tabelle 15. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse mit Therapieerfolg der Begleitperson als abhängige Variable (N = 57)

	β	t	p
Elternstress			
Initialbelastung	0.29	2.10	.041*
Symptombdauer	-0.15	-0.65	.520
Zeitspanne zwischen DB und TB	0.03	0.23	.821
Alter des Kindes	0.11	0.46	.645
Therapieerfolg Kind (Gesamtaufälligkeiten)	0.49	1.64	.106
Therapieerfolg Kind (Internal. Auffälligkeiten)	-0.45	-1.99	.052
Therapieerfolg Kind (External. Auffälligkeiten)	0.24	1.07	.289

Anmerkungen: β = Standardisierter Koeffizient; * = $p < .050$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Lediglich das initiale elterliche Stresserleben kristallisierte sich als signifikanter Prädiktor heraus ($\beta = 0.29$, $t[56] = 2.10$, $p = .041$). Demnach profitieren Eltern mit einer hohen Initialbelastung stärker von der Behandlung (vgl. Tabelle 15).

Die Hypothese (7), dass sich der elterliche Therapieeffekt abhängig von der psychischen Initialbelastung zeigt, wurde damit bestätigt.

3.2.6. Behandlungsmodus

Zur Untersuchung eines möglichen Einflusses der Behandlungsform auf das Behandlungsgelingen wurde folgende Hypothese überprüft:

Hypothese 9	Die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) zeigen sich <u>abhängig</u> vom <i>Behandlungsmodus</i> , wobei die stationäre Unterbringung mit einem höheren Therapiegewinn der Familien assoziiert ist.
-------------	--

Die varianzanalytischen Ergebnisse sowie Mittelwerte und Standardabweichungen für die Messzeitpunkt t0 (Diagnostikblock) bis t2 (Therapieende) sind Tabelle 16 zu entnehmen. In der varianzanalytischen Auswertung ließen sich keinerlei signifikante Haupt- oder Interaktionseffekte bezüglich der Unterbringungsform nachweisen.

Die Hypothese (9), dass der Therapiegewinn von Eltern und Kindern sich abhängig vom Behandlungsmodus zeigt, muss verworfen werden.

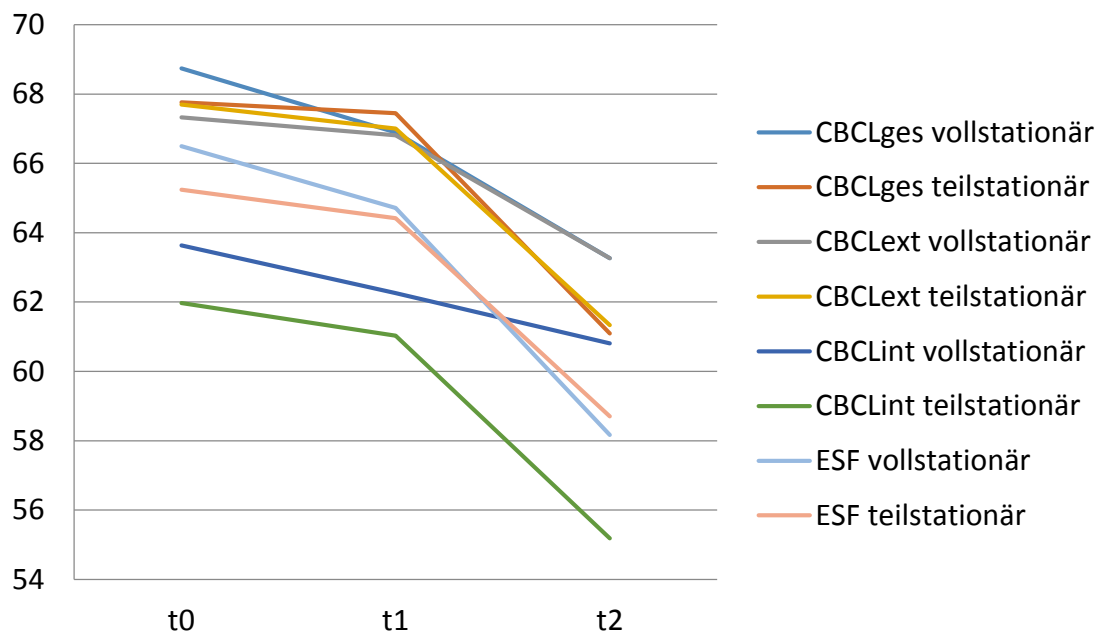
Tabelle 16. Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Varianzanalyse von vollstationärer (N = 27) und teilstationärer (N = 33) Behandlung auf die elterliche Stressbelastung (ESF) und die kindliche Symptombelastung (CBCL)

	t0	t1	t2			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	F (df)	p	η^2
CBCLges						
vollstationär	68.74 (8.76)	66.89 (9.42)	63.26 (8.68)	0.89 (1.43)	.382	0.015
teilstationär	67.76 (10.36)	67.45 (9.97)	61.09 (10.89)	0.15 (1)	.702	0.003
CBCLext						
vollstationär	67.33 (8.99)	66.81 (8.86)	63.26 (8.68)	7.39 (1.42)	.438	0.013
teilstationär	67.70 (11.10)	67.00 (11.03)	61.33 (11.01)	0.039 (1)	.845	0.001
CBCLint						
vollstationär	63.63 (10.00)	62.26 (9.15)	60.81 (9.18)	2.53 (1.86)	.088	.042
teilstationär	61.97 (10.89)	61.03 (11.04)	55.18 (10.46)	1.47 (1)	.230	.025
ESF						
vollstationär	66.50 (7.39)	64.71 (7.47)	58.17 (9.31)	0.37 (1.37)	.595	0.007
teilstationär	65.24 (8.62)	64.42 (7.86)	58.70 (9.29)	0.03 (1)	.863	0.001

Anmerkungen: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende

Abbildung 15 zeigte die Veränderungen der kindlichen Symptombelastung und elterlichen Stressbelastung im Erhebungszeitraum t0 bis t2 bei voll- und teilstationären Patienten im grafischen Verlauf. Demnach profitieren voll- und teilstationäre Patienten gleichermaßen von der Eltern-Kind-Therapie.

Abbildung 15. Veränderungen der kindlichen Symptombelastung und elterlichen Stressbelastung im Erhebungszeitraum t0 bis t2 bei voll- und teilstationären Patienten



Anmerkungen: CBCLges = Gesamtwert der CBCL; CBCLext = Gesamtwert der externalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; CBCLint = Gesamtwert der internalisierenden Auffälligkeiten der CBCL; ESF = Gesamtwert des ESF; t0 = Diagnostikblock; t1 = Beginn Therapieblock; t2 = Therapieende; Skalenwerte = mittlere T-Werte

3.2.7. Kindliches Störungsbild

Zur Untersuchung eines möglichen Einflusses der kindlichen Störungsform auf das Behandlungsgelingen wurde folgende Hypothese überprüft:

Hypothese 10	Der kindliche Therapiegewinn , d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) ist bei den <i>externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten</i> <u>größer</u> als bei den internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten.
--------------	--

Der t-Test für verbundene Stichproben erbrachte keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Therapiegewinns zwischen internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ($t[59] = 0.341, p = .735$).

Die Hypothese (10), dass der kindliche Therapiegewinn, d. h. die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) bei den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten größer ist als bei den internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, konnte somit nicht bestätigt werden.

4. Diskussion

4.1. Therapieeffekte

4.1.1. Kurzfristige Therapieeffekte

In der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock ließen sich hypothesenkonform noch keine signifikanten Veränderungen in der Symptombelastung von Eltern und Kindern beobachten, sodass sich daraus schlussfolgern lässt, dass die durch die Aufnahme bedingte Milieuveränderung alleine keine bedeutsame Veränderung bewirkt. Diese Befunde stehen im Einklang mit den Untersuchungen von Ise et al. (2015), die aufzeigen konnten, dass sich in der 4-wöchigen Wartezeit für eine stationäre Eltern-Kind-Behandlung keine bedeutsamen Veränderungen ergeben. Erst zum Ende der Behandlung zeigten sich signifikante Effekte in der kindlichen und elterlichen Symptombelastung (ebd.). Darüber hinaus unterstreichen die Ergebnisse bisherige Arbeiten zur Kontinuität kindlicher Verhaltensauffälligkeiten ohne Intervention (z. B. Beyer et al. 2012).

Der Hypothese entsprechend reduzierten sich die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf der Eltern-Kind-Behandlung, was mit den Ergebnissen bisheriger Wirksamkeitsüberprüfungen ähnlicher Modellstationen konform geht (Ise et al. 2015, Liwinski et al. 2015, Müller et al. 2015). Darüber hinaus ließen sich in der vorliegenden Studie erstmals signifikante Veränderungen für das

elterliche Stresserleben nachweisen, wobei sich im direkten Vergleich zu den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten hierbei die größte Effektstärke zeigte. Weiterhin zeigten sich bei der Bestimmung der Netto-Therapieeffekte (t-Tests der Differenzen von t1 bis t2 bzw. t0 bis t1) signifikante Mittelwertdifferenzen für die kindlichen Gesamtauffälligkeiten und externalisierenden Auffälligkeiten sowie dem elterlichen Stresserleben. Auch hierbei zeigte sich für das elterliche Stresserleben die größte Effektstärke. An dieser Stelle liefern die Ergebnisse nicht nur einen Hinweis auf die signifikante Veränderung der elterlichen Stressbelastung im Laufe der Eltern-Kind-Behandlung, sondern untermauern bisherige Untersuchungen zur engen Verzahnung von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und elterlichem Stresserleben (Dumas et al. 1991, Gabriel & Bodenmann 2006, Mash & Johnston 1990, Podolski & Nigg 2001).

Insgesamt knüpfen die vorliegenden Ergebnisse an die im Rahmen des größer angelegten Forschungsprojektes zur Wirksamkeitsüberprüfung der Eltern-Kind-Station in Magdeburg (vgl. Krause et al. 2012, 2013, 2015, 2016) entstandene Arbeit von Klar (2011) an, wo anhand einer kleineren Stichprobe bedeutsame Veränderungen im elterlichen Stresserleben sowie den kindlichen externalisierenden und Gesamtauffälligkeiten aufgezeigt werden konnten. Lediglich für die internalisierenden Störungen konnte Klar (2011) keine bedeutsamen Effekte nachweisen. Demgegenüber standen die Ergebnisse von Majcherek (2012), dass sich im Verlauf der Eltern-Kind-Behandlung die Gesamtauffälligkeiten und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sowie das elterliche Stresserleben signifikant reduzierten. Für die externalisierenden Störungen konnte Majcherek (2012) keine bedeutsamen Effekte aufzeigen. Die vorliegende Studie liefert erstmals den Hinweis auf die Wirksamkeit der kinderpsychiatrischen Behandlung in Magdeburg bei internalisierenden und externalisierenden Störungen. Erklärungen für die divergierenden Ergebnisse lassen sich aus den unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzungen ableiten. In der vorliegenden Kohorte machen externalisierende Störungen mit insgesamt 49.9% ungefähr die Hälfte der Diagnosen aus. Hingegen berichtete Majcherek (2012) von einem geringeren Prozentsatz externalisierender Störungen (30%), Klar (2011) von überwiegend internalisierenden Störungen (72%). Während Klar (2011) auf eine Stichprobe von 10 Familien zurückgriff

und Majcherek (2012) 37 Familien untersuchte, konnte in der vorliegenden Studie eine größere Kohorte (N = 60) analysiert werden. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit größerer Stichproben, um zuverlässigere Aussagen über die Wirksamkeit der Eltern-Kind-Behandlung treffen zu können.

Betrachtet man die beiden abhängigen Variablen hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz ist festzuhalten, dass die kindliche Symptombelastung und das elterliche Stresserleben bei Entlassung nach Therapieende unterhalb der klinischen Grenze lagen. Die individuellen Therapieverläufe aller Familien zeigten, dass zu Therapieende rund 30% weniger Kinder und 44% weniger Eltern den klinischen Cut-off erreichen als zu Beginn der Therapie. Diese Ergebnisse sind jedoch in Relation zu der Initialbelastung zu setzen. Demnach lagen zu Beginn der Therapie bei circa 40% der Kinder die T-Werte im CBCL bei einem Wert von $T \geq 70$ und knapp die Hälfte der Eltern berichteten von einem stark erhöhten elterlichen Stresserleben ($T \geq 70$). Anhand des Reliable Change Index (RCI) ließ sich nachweisen, dass 66.7% der Kinder auf der CBCL-Skala „Gesamtauffälligkeiten“ eine klinisch signifikante Verbesserung aufwiesen, dicht gefolgt von den „Externalisierenden Auffälligkeiten“ (61.1%) und „Internalisierenden Auffälligkeiten“ (42.6%). Hinsichtlich des elterlichen Stresserlebens zeigte sich eine reliable Reduktion bei 48.1% der Eltern. Die vorliegenden Ergebnisse auf Kinderebene sind vergleichbar mit den Befunden von Müller et al. (2015). Die RCI Analysen des elterlichen Stresserlebens können aufgrund der lückenhaften Datenlage nicht verglichen werden.

Offen bleibt auch, um welche Wirkfaktoren es sich hierbei genau handelt. Das Therapiekonzept der Eltern-Kind-Station ist bausteinorientiert und wurde zunächst in seiner Gesamtheit evaluiert. Daher lassen sich differentielle Aussagen über die Effektivität spezieller Therapieelemente zunächst nicht treffen. Inwiefern sich die beobachteten Veränderungen spezifisch auf die Eltern-Kind-Behandlung zurückführen lassen, bleibt ebenso offen, da es sich hierbei um eine Studie mit einer klinischen Inanspruchnahmepopulation ohne Kontrollgruppe handelt. Zudem zeigten die nonparametrischen Analysen, die aufgrund statistischer Parameter ergänzend in die Analysen mit einbezogen werden mussten, für die Messzeitpunkte t_0 und t_1 eine signifikante Reduktion des elterlichen Stresserlebens zu Therapiebeginn. Bereits Klar

(2011) berichtet diesen Effekt anhand einer kleinen Stichprobe. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als dass die Eltern infolge der Mitaufnahme und den Einzelgesprächen Zuwendung und Wertschätzung erhalten, was Veränderungen im persönlichen Empfinden angestoßen haben könnte, welche letztendlich zu einer veränderten Einschätzung über das subjektive Stresserleben geführt haben könnte (vgl. Müller & Furniss 2013). Zudem wurde den Eltern die Möglichkeit geboten, über belastende Gefühle und Gedanken zu sprechen, was nicht nur so einer Entlastung sondern auch zu ersten Veränderungen im Denken und Erleben führen kann (Biermann-Ratjen et al. 2003). Letztendlich ist nicht auszuschließen, dass nicht andere Wirkfaktoren (z. B. Familienhilfe, ambulante Psychotherapie) zu zwischenzeitlichen Verbesserungen geführt haben. Grundsätzlich ist auch eine Kombinationen der genannten Faktoren nicht auszuschließen. An dieser Stelle sind fortlaufende Untersuchungen notwendig, um genauere Aussagen treffen zu können.

Trotz der berichteten positiven Effekte verrät ein kritischer Blick auf die Therapieerfolge (RCI-Analysen), dass 22.8% der Kinder auf der CBCL-Skala „Gesamtauffälligkeiten“ keine klinisch signifikante Veränderung zeigten. Das betraf ebenso die Skalen „Externalisierende Auffälligkeiten“ mit 24.8% und „Internalisierende Auffälligkeiten“ mit 49.1%. Bezüglich des elterlichen Stresserlebens zeigte sich, dass 42.3% der Begleitpersonen keine reliable Veränderung aufwiesen. Darüber hinaus berichteten einige Familien von klinisch signifikanten Verschlechterungen. So wurde das elterliche Stresserleben von 9.6% der Eltern als reliabel verschlechtert eingeschätzt. Weiterhin wurden klinisch bedeutsame Verschlechterungen auf den CBCL-Skalen „Gesamtauffälligkeiten“ (10.5%), „Externalisierende Auffälligkeiten“ (14.1%) und „Internalisierende Auffälligkeiten“ (8.3%) berichtet. Leider fehlen in anderen veröffentlichten Studien zur Wirksamkeit von Eltern-Kind-Behandlungen Angaben zum Reliable Change Index oder werden nicht vollständig berichtet (z. B. lediglich Ergebnisse der reliablen Verbesserung). Bei der Diskussion der gefundenen Werte können nur Annahmen getroffen werden, die zunächst aus der allgemeinen Psychotherapieforschung abzuleiten sind. So gehen Überblicksarbeiten davon aus, dass etwa 5 - 10% der Patienten eine Verschlechterung ihres Zustandes erleben und 15 - 25% keine messbaren Fortschritte durch eine

Therapie erzielen (vgl. Lambert & Ogles 2004, Märtens 2005, Mohr 1995). Im Vergleich dazu liegen die Daten in der vorliegenden Studie weitestgehend innerhalb allgemein berichteter Misserfolgsraten für Psychotherapie, ausgenommen das elterliche Stresserleben und internalisierende Auffälligkeiten. Grundsätzlich sei angemerkt, dass sich bei der Eltern-Kind-Psychotherapie, wie bei jeder anderen Psychotherapie auch, komplexe Prozesse abbilden, die dazu noch intraindividuell sind (vgl. Howard et al. 1993, Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo 2006, Wortmann-Fleischer et al. 2012). Übertragen auf die Wirksamkeitserforschung der Eltern-Kind-Behandlung bedeutet dies, dass sich Therapieerfolge mit standardisierten Messzeitpunkten nicht bei allen Familien zum gleichen Zeitpunkt abbilden lassen, da Veränderungen beispielsweise später einsetzen können (z. B. nach der Entlassung). Auch kann es zu einer zeitweisen Verschlechterung im Laufe der Therapie kommen, die dann aber im Therapieerfolg mündet (vgl. Howard et al. 1993). Insbesondere im Zusammenhang mit dem STEP-Erziehungstraining, als Kernbaustein der Eltern-Kind-Behandlung, wird das Phänomen der „Erstverschlimmerung“ vorrangig bei externalisierenden Störungen berichtet (vgl. Marzinzik et al. 2007). Auf der Eltern-Kind-Station werden die Patienten daher vor Therapiebeginn über jene möglichen „Nebenwirkungen“ aufgeklärt. Weiterhin ist die Spannweite von Auswirkungen durch eine Psychotherapie groß, denn Patienten verändern sich, was unter anderem Effekte auf deren Umwelt haben kann (Lambert & Ogles 2004). Stärkt eine Mutter beispielsweise im Rahmen der Eltern-Kind-Behandlung ihre Willens- und Durchsetzungskraft, kann das Konflikte mit der Familie oder dem Lebenspartner nach sich ziehen, was letztendlich zu einem erhöhten Stresserleben führen kann (vgl. Crnic & Low 2002). Ein weiterer möglicher Grund für ungünstige Behandlungsverläufe kann beispielsweise ein nicht optimales Patienten-Therapeutenverhältnis sein sowie mangelnde Therapiemotivation, schwierige Lebensumstände oder eine unzureichende soziale Unterstützung durch das Umfeld (Märtens 2005). Auf Seiten der Behandler kann unter anderem eine falsche Indikationsentscheidung oder mangelnde Übereinstimmung mit dem Patienten über den Therapieprozess zum Misserfolg beitragen (Sonnenmoser 2006). Zu guter Letzt ist der Verlust des sekundären Krankheitsgewinns nicht zu vernachlässigen (z. B. Zuwendung, Macht). Das

Behandlungssetting der Eltern-Kind-Station bietet die Basis für ein „korrigierendes, emotionales Erleben“ (Alexander & French 1946) bzw. „Nachbeelterung“ („Reparenting“; Sándor Frenzi 1873-1933). Diese spezielle Form der therapeutischen Beziehungsgestaltung birgt jedoch die Gefahr des sekundären Krankheitsgewinns infolge der therapeutischen, „elterlich gefärbten“ Zuwendung (vgl. Wortmann-Fleischer et al. 2012). Ein letzter und nicht unwesentlicher Punkt betrifft die Erfassung des Outcomes. Ob eine Therapie von den Beteiligten als Erfolg oder Misserfolg beurteilt wird, kann davon abhängen, wie der Therapieerfolg erfasst wurde (Mohr 1995). In der vorliegenden Studie wurde dieser operationalisiert anhand des Kriteriums der statistischen und klinisch signifikanten Verbesserung. Ein anderes, jedoch in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigtes, Kriterium ist die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung. Jedoch stimmen Therapieerfolg und Zufriedenheit nicht immer überein, denn eine Behandlung, die bezüglich der Symptomatik zu einem ungünstigen Ergebnis geführt hat, wird am Ende der Therapie nicht automatisch auch vom Patienten negativ beurteilt. Umgekehrt muss auch eine Therapie, an deren Ende eine Besserung der Symptomatik und eine Symptombelastung innerhalb des Normbereichs vorliegen, im rückblickenden Urteil der Patienten nicht unbedingt positiv beurteilt werden (vgl. Lutz & Grawe 2004). Für zukünftige Forschungen wäre daher die Erhebung der Zufriedenheit mit der Eltern-Kind-Behandlung als zusätzliches Kriterium zur Beurteilung des Therapieerfolgs lohnenswert.

4.1.2. Stabilität der Therapieeffekte

Bezüglich der Stabilität der Therapieeffekte auf Kinderebene lässt sich festhalten, dass sich bis 6 Monate nach Abschluss der Eltern-Kind-Behandlung die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten nicht signifikant verändern, was einen Hinweis auf Stabilität der erzielten Therapieeffekte auf Kinderebene liefert. Die Befunde bekräftigen die Untersuchungen von Ise et al. (2015), die 4 Wochen nach Beendigung der Eltern-Kind-Behandlung ebenfalls keine bedeutsamen Veränderungen in der kindlichen Symptombelastung feststellen konnten. Im Gegensatz dazu konnte Eckerland (2011) lediglich für die internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten eine Stabilität des

Behandlungserfolges der Familientagesklinik Münster nachweisen. Bei den externalisierenden Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeiten kam es in der Postmessung zum signifikanten Wiederanstieg der kindlichen Symptombelastung, wobei die Messungen innerhalb der Stichprobe stark divergierten, da Behandlungen zwischen 2002 und 2006 berücksichtigt wurden. Zudem zeigte sich in der Stichprobe von Eckerland (ebd.) eine vergleichsweise geringere Initialbelastung, während in der vorliegenden Stichprobe bereits zu Beginn der Therapie circa 40% der Kinder im CBCL T-Werte von $T \geq 70$ (vgl. Abbildung 6) aufwiesen.

Hinsichtlich der Stabilität der Therapieeffekte auf Elternebene zeigt sich, dass sich nach Abschluss der Eltern-Kind-Behandlung das elterliche Stresserleben nicht signifikant verändert, was einen Hinweis auf Nachhaltigkeit der erzielten Therapieeffekte auf Elternebene gibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Ise et al. (2015), die mittels Questionnaire on Judging Parental Strains aufzeigen konnten, dass es hinsichtlich des elterlichen Belastungserlebens auch noch 4 Wochen nach der stationären Eltern-Kind-Behandlung zu keinem bedeutsamen Wiederanstieg kam.

Insgesamt liefert die vorliegende Studie erstmals einen Hinweis auf mittelfristige Therapieeffekte der Eltern-Kind-Behandlung sowohl auf Eltern- als auch auf Kinderebene und knüpft an die Arbeit von Majcherek (2012) an, welche aufzeigen konnte, dass sich im Verlauf der Eltern-Kind-Behandlung am Klinikum Magdeburg die Gesamtauffälligkeiten und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sowie das elterliche Stresserleben signifikant reduzierten ($N = 37$) und auch 6 Wochen nach Abschluss der Behandlung ($N = 16$) stabil blieben. Erstmals konnte dieser Effekt auch für die externalisierenden Auffälligkeiten erbracht werden. Inwieweit sich diese Effekte nicht nur 6 Monate sondern auch noch ein Jahr nach Entlassung nachweisen lassen, werden fortlaufende Untersuchungen zeigen müssen.

4.1.3. Moderatorvariablen

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Studie war die Erforschung möglicher Moderatorvariablen auf die Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und des elterlichen Stresserlebens. Entgegen den Erwartungen zeigte das Alter der Kinder

keinen differenzierenden Einfluss auf die Therapieeffekte, weder auf Kinder- noch auf Elternebene. Familien mit jüngeren und älteren Kindern profitieren demnach gleichermaßen von der Eltern-Kind-Behandlung. Dieses Ergebnis steht entgegen den Befunden von Müller et al. (2015) und Liwinski et al. (2015), die einen höheren Therapiegewinn für ältere Kinder und deren Mütter berichteten. Allerdings ging die vorliegende Studie über den klassischen Altersbereich (1,5 bis 5 Jahre) hinaus und wies im direkten Vergleich eine kleinere Stichprobengröße auf, sodass sich die divergierenden Befunde auch aus den unterschiedlichen Untersuchungs- und Behandlungsbedingungen der Studien erklären lassen. An dieser Stelle bedarf es an weiterführenden Untersuchungen, um zuverlässigere Aussagen treffen zu können. Unabhängig davon liefert der homogene Alterseffekt in der vorliegenden Stichprobe einen Hinweis auf eine gelungene Ausrichtung der individuellen Diagnostik und Therapie auf der Eltern-Kind-Station und bekräftigt die Bedeutung der im Konzept verankerten entwicklungsorientierten Behandlung (vgl. Krause et al. 2018b).

Erstmalig wurde die von den Eltern subjektiv berichtete Symptombdauer der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten in die Analysen mit einbezogen. Die Zeitspanne zwischen subjektiv berichtetem Symptombeginn des Kindes und Aufnahme in den Diagnostikblock, hier als Symptombdauer bezeichnet, lag in der vorliegenden Stichprobe durchschnittlich bei 38.5 Monaten ($SD = 21.19$). Entsprechend der Erwartungen zeigte sich der Therapieeffekt abhängig vom zeitlichen Bestehen, wobei Kinder mit einer kürzeren Symptombdauer eine stärkere Reduktion in den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Gesamtauffälligkeiten aufwiesen. Diese Ergebnisse sind nicht verwunderlich, insofern als dass die familienbasierten Interventionen der Eltern-Kind-Behandlung auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktionen und des Erziehungsverhaltens abzielen (vgl. Krause et al. 2018b), welche insbesondere bei der Behandlung von externalisierenden Auffälligkeiten fokussiert werden (Mattejat 2004, Morgan et al. 2002, Petermann 2002). Entgegen den Erwartungen zeigten sich die Therapieeffekte unabhängig vom zeitlichen Bestehen der internalisierenden Symptombelastung des Kindes und legen die Vermutung eines homogenen Therapieeffektes über die Dauer der internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten nahe. Zur Erklärung des Ausbleibens des erwarteten Effekts

lassen sich Hinweise in der Forschungsliteratur finden. Beispielsweise wird berichtet, dass internalisierende Verhaltensauffälligkeiten anders auf Veränderungen der familiären Situation ansprechen (z. B. Johnson et al. 2005), sodass das zeitliche Bestehen der internalisierenden Symptomatik als Einflussfaktor auf den Therapieeffekt vermutlich weniger oder verzögert zum Tragen kommt.

Interessanterweise zeigte sich der elterliche Therapieeffekt unabhängig von der Dauer der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, sodass auf Seiten der Eltern von einem homogenen Therapieeffekt über die subjektiv berichtete Symptombdauer des Kindes hinweg ausgegangen werden kann. Zwar berichtet die Literatur von einem signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem elterlichen Stresserleben und der subjektiv berichteten Symptombdauer der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Cina & Bodenmann 2009, Crinc & Low 2002, Morgan et al. 2002), dennoch scheint dieser Effekt keinen Einfluss auf den Verlauf der Eltern-Kind-Behandlung zu haben. Eltern, die einen frühen Symptombeginn ihrer Kinder angaben, scheinen gleichermaßen von der Eltern-Kind-Behandlung zu profitieren wie Eltern, deren Kinder einen späteren Symptombeginn zeigten. Die erstmals aufgezeigten divergierenden Therapieeffekte zwischen Eltern und Kindern, unter Berücksichtigung der kindlichen Symptombdauer, legen die Vermutung nahe, dass die Wirkmechanismen der Eltern-Kind-Behandlung auf Eltern- und Kinderebene unterschiedlich zum Tragen kommen. Ein Erklärungsansatz ist im Therapiekonzept selbst zu finden, insofern als dass neben der Eltern-Kind-Interaktion jeweils auf Eltern- und Kinderebene zusätzliche Therapieschwerpunkte gesetzt werden. Während der Fokus bei den Kindern auf Ressourcen- und Entwicklungsförderung liegt, wird der Schwerpunkt auf Seiten der Eltern primär auf deren Erziehungsfertigkeiten sowie dem Aufbau adäquater Kommunikations- und Interaktionsstrukturen gesetzt (vgl. Krause et al. 2018b). Es ist anzunehmen, dass die Interventionen auf der Kinderebene zu einer schnelleren und/oder stärkeren Reduktion der kinderpsychiatrischen Symptomatik führen als das „mühevoll“ Erlernen funktionaler Elternkompetenzen eine Reduktion des elterlichen Stresserlebens bewirken kann. Zudem ist unklar, inwieweit sich die unterschiedlichen Ergebnisse auch aufgrund des Studiendesigns erklären lassen. Während auf Seiten der Kinder klinisch relevante Verhaltensstörungen im Sinne einer kinderpsychiatrischen

Störung erhoben wurden, kam auf Elternebene ausschließlich die Erhebung des elterlichen Stresserlebens im Sinne eines Belastungsindikators zum Einsatz. Die erfassten Merkmalsbereiche (Störung versus Belastungserleben) sind demnach unterschiedlicher Genese und dadurch eingeschränkt miteinander vergleichbar. Dies sollte bei der Analyse potentieller Einflussfaktoren auf den Therapiegewinn, d. h. der Reduktion jener Merkmalsbereiche, berücksichtigt werden.

Das Behandlungsmodell der Eltern-Kind-Station sieht eine Entlassung der Familien nach dem Diagnostikblock sowie eine Wiederaufnahme zur Therapie vor. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, inwieweit die Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock einen Einfluss auf den Therapiegewinn hat. Die Wartezeit zwischen Diagnostikblock und Wiederaufnahme der Familie für den Therapieblock betrug im Durchschnitt 18.7 Wochen ($SD = 28.19$). Entgegen der Erwartungen zeigte sich die Reduktion der Symptombelastung von Eltern und Kindern unabhängig von der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock, sodass ein homogener Therapieeffekt über die Wartezeit hinweg anzunehmen ist. Dies schien insofern verwunderlich, als dass den frühzeitigen Interventionen eine besonders hohe Wirksamkeit zugesprochen wird (Cierpka & Windhaus 2007). Dieser Effekt scheint in der vorliegenden Stichprobe nicht statistisch bedeutsam. Demnach profitieren Familien mit einer längeren Wartezeit gleichermaßen von der Eltern-Kind-Behandlung wie Familien mit einer kürzeren Wartezeit. In Kombination mit dem Befund, dass ebenso wenig das Alter des Kindes sowie die Symptombdauer eine bedeutsame Rolle hinsichtlich des Behandlungsverlaufs auf Elternebene aufweisen, liegt die Vermutung nahe, dass sich bisherige Erkenntnisse der Psychotherapieforschung nicht auf die Wirksamkeitsforschung von Eltern-Kind-Behandlungen übertragen lassen und mehr Studien zur Erforschung der Vorhersagefaktoren notwendig sind. Ferner unterstreicht es die Befunde vorausgegangener Untersuchungen zur Kontinuität psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Hölling et al. 2014, Beyer et al. 2012) und verdeutlicht die Behandlungsnotwendigkeit.

Weiterhin konnte aufgezeigt werden, dass Familien mit hoher Initialbelastung am meisten von der Behandlung profitierten. Diese Ergebnisse gehen konform mit den Befunden der Forschungsgruppe aus Münster (Liwinski et al. 2015, Müller et al.

2015), die signifikant höhere Therapieeffekte der Familientagesklinik bei Familien mit stärkerer Belastung zu Behandlungsbeginn aufzeigen konnten. Bereits Dishion et al. (2008) sowie Hautmann et al. (2010) berichteten von stärkeren Effekten eines ambulanten Elterntrainings für Vorschul- und Grundschul Kinder mit höherer Initialbelastung externalisierender Symptome. Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch für die elterliche Symptombelastung finden. Beispielsweise berichtete Blader (2006) von signifikant höheren Effekten einer stationären Therapie für die Kinder, deren Eltern sich zu Beginn der Behandlung am stärksten gestresst fühlten. Dieser in der Psychotherapieforschung häufig berichtete Effekt scheint demnach auf die Eltern-Kind-Behandlung übertragbar zu sein.

Zudem wurde der Fragestellung nachgegangen, inwieweit die Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten abhängig ist vom elterlichen Therapiegewinn. Hierbei konnte nachgewiesen werden, dass Kinder von Eltern mit einem hohen Therapiegewinn am meisten von der Behandlung profitierten. Je stärker die Abnahme der elterlichen Stressbelastung, desto größer waren die Veränderungen in der kindlichen Gesamtsymptomatik und den externalisierenden Auffälligkeiten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Müller et al. (2015), die nachweisen konnten, dass sich die Reduktion der elterlichen Symptombelastung (SCL90) als ein signifikanter Prädiktor für die Abnahme der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (CBCL/1,5-5) erwies. Die vorliegende Studie erbringt erstmals den Nachweis, dass sich dieser Zusammenhang auch über den klassischen Altersbereich (1 ½ bis 5 Jahre) hinaus zeigt. Dabei wurde erstmals eine differenzierte Auswertung zwischen den übergeordneten CBCL-Skalen vorgenommen, bei der sich kein signifikanter Effekt für die internalisierenden Störungen zeigt. Auch hierbei ist zu berücksichtigen, dass familienbasierte Interventionen sich insbesondere bei der Behandlung von externalisierenden Auffälligkeiten als hoch wirksam erwiesen haben und Effekte bei internalisierenden Störungen vermutlich anders zum Tragen kommen (Mattejat 2004, Morgan et al. 2002, Petermann 2002) bzw. Moderatorvariablen einen unterschiedlichen Einfluss auf den Therapieverlauf von externalisierenden und internalisierenden Störungen zeigen.

Zu den Besonderheiten der Eltern-Kind-Station in Magdeburg zählt die Möglichkeit der voll- und teilstationären Behandlung, was eine noch individuellere

Eltern-Kind-Psychotherapie ermöglicht, da die Unterbringungsform den jeweiligen Bedürfnissen und Ressourcen der Familie angepasst werden kann. Aufgrund dessen bestand ein hohes Interesse an möglichen Unterschieden zwischen voll- und teilstationären Behandlungsverläufen. Entgegen den Erwartungen stellte sich der Therapieeffekt von Eltern und Kindern unabhängig vom Behandlungsmodus dar. Voll- und teilstationäre Patienten profitieren demnach gleichermaßen von der Behandlung, sodass von einem homogenen Therapieeffekt über die Unterbringungsform hinaus ausgegangen werden kann. Der entlastende Effekt einer stationären Aufnahme durch Herauslösen aus dem dysfunktionalen Umfeld und Entbindung von Alltagspflichten hat demnach keinen bedeutsamen Einfluss auf das Behandlungsgelingen.

Entsprechend den Forderungen des Konzeptes der evidenzbasierten Psychotherapie (vgl. Krampen et al. 2008) wurde erstmals der Fragestellung nachgegangen, ob der Therapiegewinn abhängig ist von der Art der kindlichen Symptomatik. Aufgrund der geringen Stichprobe musste sich die vorliegende Untersuchung zunächst auf mögliche Unterschiede zwischen internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten beschränken. Hierbei konnte kein signifikanter Unterschied aufgezeigt werden. Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten profitierten im Vergleich zu Kindern mit internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten gleichermaßen von der Eltern-Kind-Behandlung, sodass ein homogener Therapieeffekt über die übergeordnete Störung des Kindes hinweg anzunehmen ist. Dies steht konträr zu den Evaluationsstudien familienbasierter Interventionsprogramme (Dishion et al. 2008, Hautmann et al. 2010, Johnson et al. 2005) die zeigten, dass Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu internalisierenden Störungen stärker von interaktionszentrierten Behandlungsprogrammen profitieren. Inwieweit sich der vorliegende Befund auf die untergeordneten und spezifischen Störungsbilder übertragen lässt (z. B. Regulationsstörung, Bindungsstörung, hyperkinetische Störung), bleibt unklar und bedarf weiterführender Untersuchungen mit höheren Fallzahlen.

4.2. Methodische Einschränkungen

Die vorliegenden Ergebnisse unterliegen insgesamt einigen Einschränkungen, die im Folgenden genauer betrachtet werden sollen. Zum einen handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine monozentrische Studie mit praxisbegleitender Datenerhebung einer klinischen Inanspruchnahmepopulation. Zudem lagen sechs Monate nach Entlassung Daten von 40% der ursprünglichen Stichprobe vor, was jedoch dem Drop-out anderer empirischen Studien mit Hochrisikofamilien entspricht (vgl. Bordiun et al. 1995, Sundelin & Hansson 1999). Bezüglich des Umgangs mit fehlenden Werten im Rahmen der Untersuchung der Stabilität der Therapieeffekte fiel die Entscheidung bewusst gegen moderne statistische Schätzmethode. Vielmehr galt es mögliche Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern (Dropouts) zu untersuchen, da sich hieraus wichtige Hinweise im Rahmen der Implementation der Eltern-Kind-Behandlung ergeben können. In der vorliegenden Stichprobe konnten bedeutsame Stichprobeneffekte im Rahmen der Follow-up Messungen ausgeschlossen werden, sodass eine Verzerrung der Ergebnisse nicht anzunehmen ist. Einzig und allein die Symptombdauer zeigte sich bei Katamnese-Teilnehmern signifikant höher im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern. Inwieweit es sich hierbei um Familien mit höherem Unterstützungsbedarf handelt, müsste im Rahmen von Einzelfallanalysen aufgeklärt werden. Darüber hinaus zeigte sich bei der Recherche im Umgang mit fehlenden Werten, dass auch moderne Ersetzungsverfahren einigen Kritikpunkten ausgesetzt sind (vgl. Bortz & Döring 2016). Beispielsweise werden bei der Last-Observation Carried-Forward-Methode (LOCF-Methode) alle fehlenden Werte durch den letzten beobachteten Wert, der für den Teilnehmer erfasst werden konnte, als „Schätzer“ für alle unbekanntes Werte bis zu Beobachtungsende verwendet (vgl. Bortz & Döring 2016). Einerseits ergab sich hieraus die inhaltliche Problematik, inwieweit Therapieeffekte statistisch „geschätzt“ werden sollten. Zum anderen kann die LOCF-Methode bei Verletzung der Annahme, dass alle unbeobachteten Zielgrößen dem letzten beobachteten Wert entsprechen, verzerrte Schätzungen des Mittelwertes bzw. der Varianz der Daten zur Folge haben (vgl. Bortz & Schuster 2010). In der fortlaufenden Datenerhebung sollten vielmehr klinikinterne Erhebungsprozesse optimiert werden, um die Dropout-Rate zu minimieren. Andererseits bieten Multi-

Level-Analysen eine alternative Datenauswertung (vgl. Bortz & Döring 2016). Aufgrund des Ausschlusses von Geschwisterkindern und der konsequenten Verwendung von Daten eines und fortlaufend desselben (primären) Begleitelternteils war davon auszugehen, dass keine hierarchisch geschachtelten Daten vorliegen. Daher fiel die Auswahl der zur Verfügung stehenden statistischen Analysemethoden nicht primär auf Multi-Level-Analysen (vgl. Bortz & Schuster 2010). Eine systematische Stichprobenselektion konnte im Rahmen weiterführender Analysen ausgeschlossen werden.

Kritisch anzumerken ist die fehlende Standardisierung des Therapieprogrammes, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine sehr standardisierte Vorgehensweise in der Eltern-Kind-Therapie den komplexen psychodynamischen Prozessen (vgl. Cierpka & Windhaus 2007) nicht adäquat gerecht werden kann. Nicht zuletzt ist die Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse eingeschränkt durch die Heterogenität von Eltern-Kind-Behandlungskonzepten im nationalen und internationalen Vergleich.

Entsprechend des Klassifikationssystems von Sackett et al. (1996) zur Qualitätsbeurteilung der Evidenz einer therapeutischen Maßnahme ist die vorliegende Studie als eine praxisbegleitende Effektivitätsstudie der dritten Stufe zuzuordnen mit hoher Relevanz für die klinische Praxis (vgl. Fydrich & Schneider 2007). Ein kontrolliert-randomisiertes Untersuchungsdesign könnte hierbei zwar zu valideren Aussagen bezüglich der Wirksamkeit kinderpsychiatrischer Eltern-Kind-Behandlungen führen, wird jedoch seit einigen Jahren in der Forschungsliteratur evidenzbasierter Psychotherapie kontrovers diskutiert, da dieses wegen der besonderen Bedingungen der psychotherapeutischen Behandlung eine Reihe methodischer und inhaltlicher Probleme aufzeigt (vgl. Tschuschke 2005). Stattdessen werden in der modernen Psychotherapieforschung naturalistische Studien favorisiert mit qualitativ-quantitativen Methoden und großen Stichproben im Sinne eines objektiven Prozess-Ergebnis-Forschungsdesigns (vgl. Kazdin 2004). Auch vor dem Hintergrund inhaltlicher Überlegungen sowie ethischer Aspekte wurde bewusst auf ein klassisch-randomisiertes Untersuchungsdesign verzichtet. Die Option einer

Wartelistenkontrollgruppe war aufgrund der klinisch-praktischen Rahmbedingungen nicht gegeben. Alternativ sollte die Wartezeit zwischen Diagnostikblock und Therapiebeginn als Kontrollzeitraum dienen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist die fehlende Standardisierung des Therapieprogrammes zu berücksichtigen, da das bausteinorientierte Behandlungskonzept individuell an den Bedarf der Familien angepasst wird. Bedingt durch die im Konzept verankerten Rahmenbedingungen der Eltern-Kind-Station, insbesondere die Festlegung von Indikation und Kontraindikation, ist eine gewisse Selektivität der Stichprobe nicht auszuschließen. Des Weiteren können weder sozial erwünschte Angaben, noch das Phänomen der Idealisierung von Zuständen ausgeschlossen werden.

Weiterhin beruht die Beurteilung der kindlichen Symptomatik auf Einschätzungen der belasteten und nach Therapie entlasteten Eltern. Dadurch kann es, infolge kognitiver Verzerrungen, zu „unzuverlässigen“ Beurteilungen der kindlichen Symptombelastung kommen, insbesondere zu Beginn der Behandlung (Müller et al. 2011). Zudem zeigten die Untersuchungen von Crnic und Low (2002), dass Mütter, welche in ihrem Alltag viel Stress erleben, das Verhalten ihrer Kinder auffälliger beurteilen als Mütter, die im Alltag weniger Stress erfahren. Obgleich Müller und Furniss (2013) mit ihrer eigens entwickelten Korrekturformel einen innovativen Ansatz im Umgang mit verzerrten Beurteilungen aufzeigen konnten, sollten Folgestudien zusätzliche Außenkriterien (z. B. Erzieherurteil) zur Verbesserung der Validität mit einbeziehen.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Felduntersuchung handelt, ist zwar von einer guten externen Validität auszugehen, jedoch mit einer geringeren internen Validität zu rechnen (vgl. Bortz 2016), was trotz sorgfältiger Kontrolle der untersuchungsbedingten Störvariablen (z. B. Alter des Kindes, Symptombdauer, Initialbelastung) bei der Interpretierbarkeit der Befunde bedacht werden muss. Allerdings sei anzumerken, dass das Studiendesign mit Messwiederholung die Prüfung individueller Veränderungen im Behandlungsverlauf erlaubt („within-subjects design“), was wiederum die interne Validität erhöht (ebd.).

Bezüglich der Messwiederholungen ist zu bedenken, dass der wiederholte Einsatz derselben Fragebögen zu Testmüdigkeitseffekten seitens der Probanden führen kann (z. B. weniger sorgfältig ausgefüllte Fragebögen) und Studien unabhängige Faktoren, wie beispielsweise Reifung bzw. Spontanremission oder äußere historische Ereignisse die Messergebnisse beeinflussen können und somit die interne Validität einer Studie gefährden (Bortz & Döring 2016). An dieser Stelle wird die Relevanz einer Kontrollgruppe zur Abgrenzung von Treatmenteffekten zu Reifungs- oder historischen Effekten für fortlaufende Untersuchungen deutlich. In Anbetracht des Aufwandes der Datenerhebung sowie des begrenzten Personal- und Zeitbudgets des stationären Settings würde sich eine stationsunabhängige und zentralisierte Auslagerung der Datenerhebung positiv auf die Datenvollständigkeit auswirken und die Objektivität und somit die Aussagekraft der Ergebnisse erhöhen. Andernfalls kann sozial erwünschtes Verhalten, insbesondere der primären Begleitpersonen bei der Beantwortung der Fragebögen, durch Präsenz des Behandlers die Ergebnisse beeinflussen (ebd.).

4.3. Ausblick

Da sich die vorliegende Studie auf die Untersuchung von Therapieeffekten aus Elternsicht konzentriert hat, bleibt die Frage offen, inwiefern ein Transfer des Therapiegewinns auf das Problemverhalten in Kindergarten und Schule gelingt. Diese Fragestellung wurde in bisherigen Studien zur Wirksamkeitsüberprüfung von Eltern-Kind-Behandlungen, einschließlich der vorliegenden Arbeit, vernachlässigt. Hier wäre der Einbezug von Erzieher- und Lehrerurteilen lohnenswert, um Aussagen über Transfereffekte treffen zu können. Erste Hinweise auf vielversprechende Ergebnisse liefern Ise et al. (2015) mit ihren Untersuchungen zur Wirksamkeit stationärer Eltern-Kind-Behandlungen und zeigten eine signifikante Verbesserung mittels Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen als deutsche Version der Teacher Report Form (TRF; Achenbach 1994) auf.

Fortlaufend scheint es für die Implementation der Eltern-Kind-Behandlung relevant, weitere Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf den Therapiegewinn zu

untersuchen (z. B. Elternpathologie, Familienstatus, außerfamiliäre Unterstützung, soziales Netzwerk der Familie, psychosoziale Belastungsfaktoren oder installierte Hilfen durch das Jugendamt), um Aussagen über differentielle Indikationen und Prognosen der Eltern-Kind-Behandlung zu ermöglichen. Darüber hinaus gilt es mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren, die sich an den klinisch-therapeutischen Interventionen und Verlaufsprozessen orientieren, wie beispielsweise eine gelingende Kommunikation zwischen Eltern und Kind in entwicklungsbezogenen Interaktionsthemen, günstige Erziehungspraktiken oder adaptive Bindungsmuster. Als globales Screening-Instrument könnte dabei die Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIRGAS) der Diagnostischen Klassifikation 0-3 (National Center for Clinical Infant Programms 1999) dienen. Anders als bei Selbstbeurteilungsinstrumenten erfolgte hier die Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung über Experten anhand fester Beobachtungskriterien.

Aufgrund der Tatsache, dass zahlreiche elterliche und kindliche Faktoren im Zusammenhang mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter diskutiert werden (vgl. Plass et al. 2016), sollten diese bei der Wirksamkeitsüberprüfung von Eltern-Kind-Behandlungen Berücksichtigung finden, da sie mögliche moderierende Variablen darstellen. Beispielsweise ist bekannt, dass der Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Verhaltensstörungen moderiert wird durch Temperamentsfaktoren sowohl auf Seiten des Kindes als auch auf Seiten der Eltern sowie deren Interaktion (vgl. Achtergarde et al. 2015). Anders herum zeigte eine Studie von Murray (1994), dass auch kindliche Faktoren einen wichtigen Einfluss auf die mütterliche Psyche haben und berichtete, dass eine durch neurologische und psychologische Tests bestätigte, verzögerte motorische Entwicklung und gesteigerte Reizbarkeit bei Neugeborenen das Risiko der Mütter eine Depression zu entwickeln signifikant erhöhte.

Vor dem Hintergrund, dass über zwei Drittel der vorliegenden Elternkohorte eine klinisch relevante psychische Störung oder Belastung aufwies, wurde über den Einsatz der Symptom-Checklist-Standard (SCL-90S; Franke 2013) als Selbstbeurteilungsinstrument auf Elternebene für die Abbildung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

diskutiert und in der fortlaufenden Datenerhebung analog des Elternstressfragebogens (Domsch & Lohaus 2010) eingesetzt. Erste Analysen deuten darauf hin, dass sich auch hier eine Verminderung der psychischen Symptome auf Elternebene abbilden lässt. Es bedarf jedoch einer größeren Stichprobe, um zuverlässigere Aussagen treffen zu können. Liwinski et al. (2015) konnten in ihrer Untersuchung bereits signifikante Verbesserungen der elterlichen Symptome (SCL-90-R) nach der kinderpsychiatrischen Mutter-Kind-Behandlung verzeichnen.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Kinder psychisch belasteter Eltern gelegt werden, welche in der vorliegenden Eltern-Kind-Behandlungsstichprobe mit rund 78% vertreten waren. Wie aus aktuellen Studien hervorgeht, entwickeln mehr als die Hälfte der Kinder mit psychisch erkrankten Eltern ihrerseits psychische Auffälligkeiten im Kindes- oder Jugendalter (vgl. Siegenthaler et al. 2012). Neben den Risikofaktoren stellt sich die Frage nach protektiven Faktoren, um hierüber therapeutische Ansätze ableiten zu können. Die im Rahmen der BELLA-Studie erhobenen Daten (vgl. Plass et al. 2016) identifizierten sowohl personale, familiäre als auch soziale Faktoren der Gesundheitserhaltung bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Als signifikante Prädiktoren zur Vorhersage von geringeren psychischen Auffälligkeiten wurden soziale Kompetenz, familiäre Unterstützung und Schulklima aufgeführt. Im Hinblick auf die Vorhersage besserer gesundheitsbezogener Lebensqualität kristallisierten sich Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus sowie Familien- und Schulklima als signifikante Prädiktoren heraus. Alter, Geschlecht sowie sozioökonomischer Status hatten hingegen keinen Einfluss, weder auf die psychische Störung noch auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (vgl. Plass et al. 2016). Da sich die vorliegende Untersuchung zunächst auf die Beurteilung der Symptombelastung beschränkt, sollten zukünftige Forschungsarbeiten durch eine Erfassung ressourcenorientierter Indikatoren ergänzt werden, insbesondere Lebensqualität, elterliches Kompetenzgefühl sowie funktionale Problem- und Stressbewältigungsstrategien. Letzteres steht im engen Zusammenhang mit der elterlichen Selbstwirksamkeitsüberzeugung, welche als bedeutsamer Wirkmechanismus familienbasierter Therapieprogramme diskutiert wird (vgl. Dunst & Trivette 2009). Ebenso wäre die subjektive Sicht der betroffenen Familien interessant,

welche Therapiebausteine der Eltern-Kind-Behandlung rückblickend als hilfreich wahrgenommen wurden.

Da es in der Forschungsliteratur deutliche Hinweise darauf gibt, dass die psychische Gesundheit von Kindern nicht nur von der Exposition des Kindes gegenüber den Elternsymptomen abhängig ist, sondern vielmehr von der Qualität der Interaktion (Murray et al. 1993), wäre zur Untersuchung jener spezifischen Wirkfaktoren der Einsatz von qualitativen Elementen, beispielsweise in Form von Interaktionsanalysen, indiziert. Entsprechend den Forderungen nach Evidenzbasierung in der Psychotherapie könnte die Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren relevante Aufschlüsse über Wirkmechanismen und Wirkweisen der Eltern-Kind-Psychotherapie erbringen.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße und Beschränkung auf die Befragung der primären Begleitperson war eine differenzierte Auswertung von Mütter- und Väterurteilen in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich. Zwar sind die Auswirkungen väterlicher psychischer Erkrankungen auf die Entwicklung der Kinder vergleichsweise wenig untersucht, jedoch zeigen verschiedene Studien (z. B. Kane & Garber 2004, Ramchandani et al. 2008, Ramchandani & Psychogiou 2009), dass auch Kinder depressiver Väter ein erhöhtes Risiko für Verhaltens- und Entwicklungsstörungen haben. Ebenso sind Unstimmigkeiten in der Erziehung des Kindes, d. h. eine dysfunktionale „Elternallianz“ (Gable et al. 1992), nachweislich mit einer geringeren Selbstkontrolle und Belastbarkeit sowie mit Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten der Kinder verbunden (Scheewind 2010). Zukünftig wäre hochinteressant, mehr Väter in die Untersuchung mit einzubeziehen, trotz dass sie nach den Untersuchungen von Bögels et al. (2008) deutlich weniger motiviert sind an einer Behandlung teilzunehmen, insbesondere dann, wenn sich das Elternpaar getrennt hat, keine Schwierigkeiten seitens des Vaters im Umgang mit seinem Kind benannt oder eigene Anteile am (Fehl-) Verhalten des Kindes nicht reflektiert werden. Eventuell lässt sich eine höhere Männerquote erzielen, wenn die Väter zum einen gezielt angesprochen und ihnen zum anderen ihr wichtiger Stellenwert für die Entwicklung ihres Kindes erläutert wird (vgl. Boyce et al. 2006).

Fortlaufend werden weitere Follow-up Untersuchungen (bis 12 Monate nach Entlassung) angestrebt, um zuverlässigere Aussagen über die Stabilität der Therapieeffekte treffen zu können. Beispielsweise zeigten Murray et al. (2003) in ihrer Studie zu kurz- und langfristigen Effekten einer psychologischen Therapie für Mütter mit postpartaler Depression, dass eine frühe Intervention zwar kurzfristig (Kontrolle 18 Monate nach der Geburt) zu einer Besserung der Mutter-Kind-Beziehung und der kindlichen Verhaltensstörungen führt, die Behandlung aber keinen signifikanten Effekt auf das kindliche Outcome nach 5 Jahren hatte. Diesen Befunden entsprechend bietet die Eltern-Kind-Station am Klinikum Magdeburg die Möglichkeit der Wiederaufnahme im Sinne einer Intervalltherapie. Bei Bedarf und entsprechender Indikation können Familien bei der Bewältigung von anstehenden Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen wiederaufgenommen und punktuell unterstützt werden. Inwiefern dies einen Einfluss auf eine spätere Stabilität der Therapieeffekte hat, müssen zukünftige Forschungsarbeiten zeigen.

4.4. Implikationen für die Praxis

Vor dem Hintergrund der Koinzidenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter und elterlicher psychischer Belastung bieten Eltern-Kind-Stationen die vielversprechende Möglichkeit das familiäre Umfeld des Kindes intensiv in die Behandlung mit einzubeziehen. Ziel der vorliegenden Studie war die Wirksamkeitsüberprüfung der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Behandlung unter klinischen Routinebedingungen. Studien der vorliegenden Art (praxisbegleitende Effektivitätsstudie unter klinischen Routinebedingungen) haben laut Wiegand-Graefe et al. (2005) im Allgemeinen eine hohe Relevanz für die Praxis. Es wurden zu fünf Messzeitpunkten (Diagnostikblock, Aufnahme Therapieblock, Therapieende, 2 und 6 Monate nach Entlassung) die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sowie das elterliche Stresserleben der primären Begleitperson im Behandlungsverlauf beurteilt. Zusammen mit den bisherigen Wirksamkeitsnachweisen (vgl. Ise et al. 2011, Lewinski et al. 2015, Müller et al. 2015) bekräftigen die vorliegenden Ergebnisse bisherige Befunde zur Wirksamkeit und Effektstabilität der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Behandlung. Erstmals konnte

belegt werden, dass diese spezielle Behandlungsform nicht nur zu einem statistisch und klinisch bedeutsamen sondern auch zu einem über 6 Monate überdauernden Symptomrückgang sowohl auf Eltern- als auch auf Kinderebene führt. Neben dem Nachweis der engen Verzahnung zwischen elterlichem Stresserleben und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten wird die Effektivität des intensiven Einbezugs der Eltern verdeutlicht. Vor diesem Hintergrund lässt sich der erhöhte wirtschaftliche Aufwand von Eltern-Kind-Behandlungen argumentieren. Setzt man die Therapieeffekte in Relation zur 5-wöchigen Behandlungszeit auf der Eltern-Kind-Station wird die Effizienz einer gemeinsamen Kurzzeittherapie von Eltern und Kind deutlich. Zudem haben Eltern verhaltensauffälliger Kinder ein erhöhtes Risiko ihrerseits infolge der erhöhten Stressbelastung eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Crnic & Greenberg 1990, Morgan et al. 2002). Die Belastungsreduktion auf Elternebene, wie sie sich im Verlauf der Eltern-Kind-Behandlung zeigt, könnte diesem maladaptiven Prozess präventiv entgegenwirken, was langfristig gesehen spätere Behandlungskosten auf Seiten der Eltern einsparen würde.

Anhand der empirisch überprüften Moderatorvariablen konnten Einblicke in den Behandlungsverlauf unter Berücksichtigung spezifischer Rahmenbedingungen gewonnen und Implikationen für die klinische Praxis abgeleitet werden. Beispielsweise zeigte das Alter des Kindes keinen Einfluss auf die Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Für die Implementation der Eltern-Kind-Station ergibt sich hieraus die Erkenntnis, dass das individuelle und entwicklungsorientierte Behandlungskonzept in der klinischen Praxis erfolgreich umgesetzt werden konnte, indem es für Kinder im Alter von 1,5 bis 8 Jahren gleichermaßen statistisch bedeutsame Therapieeffekte erzielt. Hierbei schließt sich die Frage an, inwieweit dieser Befund auf Kinder anderer Altersgruppen übertragbar ist und inwiefern Eltern-Kind-Behandlungen altersübergreifende Therapiekonzepte darstellen. Beispielsweise hat die Familientagesklinik in Dresden einen Altersbereich von 4 bis 14 Jahren und berichtet von positiven Behandlungseffekten, wobei kein Altersgruppenvergleich berichtet wurde (vgl. Süß-Falkenberg 2006). Auch auf der Eltern-Kind-Station in Magdeburg werden vor dem Hintergrund therapeutischer Einzelfallentscheidungen Familien mit älteren (bis max. 11 Jahre) und jüngeren Kindern (ab 6 Monate)

aufgenommen. Diese Daten wurden jedoch aufgrund der bisherigen Ein- und Ausschlusskriterien nicht verwendet und sollen bei wachsendem Stichprobenumfang in weiterführenden Analysen berücksichtigt werden.

Eine weitere Implikation leitet sich aus dem Befund ab, dass sich die Reduktion der externalisierenden Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeiten im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) abhängig zeigte von der Symptombdauer, wobei Kinder mit einer kürzer andauernden Symptomatik stärker von der Eltern-Kind-Behandlung profitierten als Kinder mit einer längeren Symptombdauer. Für die Behandlungsplanung wird daher empfohlen, die Symptombdauer im ambulanten Erstkontakt gezielt zu erfragen und im Rahmen der Aufnahmeplanung zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen könnte Kindern mit einer länger bestehenden Symptomatik einen schnelleren Zugang zum Diagnostikblock der Eltern-Kind-Behandlung ermöglichen und die weitere Behandlungsplanung zugunsten stärkerer Therapieeffekte optimieren.

Die Behandlung auf der Eltern-Kind-Station unterteilt sich in eine dreiwöchige Diagnostikphase, nach der die Familien in der Regel wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden sowie eine fünfwöchige Therapiephase. Diese Vorgehensweise ist Ergebnis intensiver Erfahrungen mit der örtlichen Klientel und bietet den Vorteil die Behandlungsbedingungen vor Therapiebeginn zu optimieren (vgl. Krause et al. 2018b). Dabei kann die Wartezeit aufgrund von divergierenden Rahmenbedingungen der Familien (z. B. Therapiemotivation, Beschäftigungsverhältnis der Eltern, vorherige Therapie eines psychisch erkrankten Elternteils) unterschiedlich lang sein. Hieraus ergab sich die Fragestellung, inwieweit diese Wartezeit einen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Überraschenderweise zeigte sich die Reduktion der kindlichen Symptombelastung (CBCL) und des elterlichen Stresserlebens (ESF) im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) unabhängig von der Wartezeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock, sodass Familien mit einer kürzeren Wartezeit gleichermaßen von der Behandlung profitieren wie Familien mit einer längeren Zeit zwischen Diagnostik- und Therapieblock. In der vorliegenden Stichprobe betrug die Wartezeit zwischen Diagnostikblock und Wiederaufnahme im Durchschnitt 18.7 Wochen ($SD = 28.19$), wobei das Minimum bei 3 Wochen und das Maximum bei 183 Wochen Abstand zwischen Diagnostik- und Therapieblock lag. Für die Eltern-Kind-Behandlung bedeutet

dies, dass die Aufnahmeplanung weiterhin an die Bedürfnisse und Ressourcen der Familie angepasst werden kann und die Therapie unter Umständen erst mehrere Monate nach dem Diagnostikblock erfolgen kann. Für die klinische Praxis ergibt sich hierbei die Möglichkeit, vor Therapiebeginn wesentliche Rahmenbedingungen für eine Eltern-Kind-Behandlung abzustecken, ohne Erfolgseinbußen durch den zeitlichen Verlust, jedoch mit der Chance auf Erhöhung des Therapiegewinns durch optimalere Behandlungsgrundlagen, wie beispielsweise eine Erhöhung der Behandlungs- und Veränderungsmotivation bei extrinsisch motivierten Eltern, Ausbau des Helfernetzwerkes bei Hochrisikofamilien (z. B. Unterstützung vom Jugendamt in Form einer sozialpädagogischen Familienhilfe) oder vorherige Maßnahmen, die primär auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Eltern ausgerichtet sind (vgl. Krause et al. 2018b).

Weiterhin wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die Initialbelastung Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Hierbei zeigte sich, dass die Reduktion der kindlichen Symptombelastung und des elterlichen Stresserlebens im Behandlungsverlauf (t0 bis t2) abhängig von der psychischen Initialbelastung waren, wobei Familien mit einer hohen Initialbelastung stärker von der Eltern-Kind-Behandlung profitieren. Für die Behandlungsplanung leitet sich daraus die Empfehlung ab, die Child Behavior Checklist und den Elternstressfragebogen im ambulanten Erstkontakt als Screening-Verfahren einzusetzen und dadurch hoch belasteten Familien einen schnelleren Zugang zur Eltern-Kind-Behandlung zu ermöglichen.

Der Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung machte diese zum Klienten der Eltern-Kind-Behandlung (vgl. Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo 2006) mit dem Schwerpunkt der Veränderung sich wechselseitig beeinflussender Kommunikations- und Interaktionsprozesse auf der Eltern-Kind-Ebene (Papoušek et al. 2004). Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, inwieweit die Stärke der kindlichen Symptomreduktion Einfluss hat auf die Abnahme des elterlichen Stresserlebens und umgekehrt. Überraschenderweise ließen sich auf Elternebene keine statistisch bedeutsamen Effekte feststellen, hingegen zeigte sich die Reduktion der kindlichen Symptombelastung abhängig vom elterlichen Therapiegewinn, wobei Kinder von Eltern mit einer stärkeren Reduktion im elterlichen Stresserleben, mehr von der

Behandlung profitieren. Für die klinische Praxis ist der Befund insofern relevant, als dass sich über die Steigerung des elterlichen Therapiegewinns höhere Effekte auf Kinderebene erzielen lassen, eine Steigerung des kindlichen Therapiegewinns (z. B. durch zusätzliche Einzeltherapien des Kindes) zu keiner signifikant höheren Reduktion des Elternstresses beitragen würde und unter Berücksichtigung des höheren wirtschaftlichen Aufwandes als wenig effizient für die Eltern-Kind-Behandlung diskutiert werden müsste. Demgegenüber wird die Effizienz des engen Einbezugs der Eltern in den kinderpsychiatrischen Behandlungsprozess deutlich und es stellt sich konkret die Frage, inwieweit und wodurch sich der Therapiegewinn auf Seiten der Eltern maximieren lässt, um letztendlich eine noch stärkere Reduktion der kindlichen Symptomatik zu erzielen. Eine Möglichkeit wäre der Ausbau von Behandlungsbausteinen auf Elternebene, wie beispielsweise Entspannungs- oder Achtsamkeitstrainings. Auch wurde in den vergangenen Jahren die Behandlungsmotivation für den Prozess und Erfolg von Psychotherapien intensiv untersucht (vgl. Veith 1997). Dabei wurden positive Zusammenhänge festgestellt, sodass eine gute Therapiemotivation als eine förderliche Bedingung für einen guten Therapieerfolg verstanden werden kann (ebd.). Übertragen auf den Bereich der Eltern-Kind-Behandlung stellt sich die Frage, welche Rolle die elterliche Behandlungsmotivation spielt und inwieweit sich hierüber eine Erhöhung des Therapiegewinns auf Seiten der Eltern erzielen lässt, was letztendlich zu einer noch stärkeren Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten führen könnte. Für die klinische Praxis ergibt sich daraus die Überlegung, dass im Rahmen der ambulanten Vorgespräche und Diagnostikblöcke ein besonderes Augenmerk auf die elterliche Veränderungsmotivation gelegt werden sollte, um die Bedingungen für den Therapiegewinn auf Elternebene zu optimieren.

Die Eltern-Kind-Station in Magdeburg bietet die Möglichkeit der teil- und vollstationären Behandlung, angepasst am jeweiligen Bedarf der Familien, wodurch sich jedoch unterschiedliche Kostensätze ergeben und wirtschaftliche Fragen aufgeworfen werden. Anhand der vorliegenden Stichprobe konnte kein bedeutsamer Unterschied im Behandlungsverlauf von teil- und vollstationären Patienten beobachtet werden, sodass die im Konzept verankerte Flexibilität bezüglich des

Behandlungsmodus unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse einzelner Familiensysteme (vgl. Krause et al. 2018b) aus klinisch-praktischer Sicht untermauert wird. Auf Seiten der Behandler bekräftigt es zudem bisherige Indikationsentscheidungen über voll- oder teilstationäre Unterbringung anhand der im Konzept verankerten Indikatoren (ebd.). Aus wirtschaftlicher Sicht ergibt sich ein Vorteil für teilstationäre Behandlungskonzepte. Laut vorliegendem Befund erzielen diese vergleichbare Therapieeffekte, sind jedoch mit einem geringeren finanziellen Aufwand für die Kostenträger (Krankenkassen) verbunden. Die im Konzept ursprünglich angedachte und von einigen Eltern-Kind-Stationen praktizierte vollstationäre Behandlung mit Nachtdienst lässt sich vor diesem Hintergrund wirtschaftlich nicht amortisieren. Demgegenüber stellt sich auch kritisch die Frage, wie sich die Therapieeffekte abbilden würden, wenn der Behandlungsmodus nicht mehr an die Bedürfnisse der Familien angepasst werden kann. Beispielsweise zeigte sich im Vergleich zwischen voll- und teilstationären Patienten eine signifikant höhere Symptombdauer bei vollstationären Patienten, sodass sich daraus für die klinische Praxis zunächst die Empfehlung ergibt, diese Variable weiterhin in die therapeutische Entscheidungsfindung für die Indikation einer voll- oder teilstationären Behandlung mit aufzunehmen. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) wird jenes Indikationsmerkmal bei der Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter bereits berücksichtigt und sollte auch im Bereich der Eltern-Kind-Therapie in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden.

Das Konzept der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station in Magdeburg bietet psychisch erkrankten Kindern und deren Familien ein multiprofessionelles Behandlungssetting, welches intensiv und dynamisch an die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion und nicht isoliert an die kindlichen Störung angepasst ist (vgl. Krause et al. 2018b), sodass den Erwartungen entsprechend sich der Therapieeffekt unabhängig von der kindlichen Verhaltensstörung zeigt. Einerseits untermauert dies die in der Forschungsliteratur beschriebenen und in der klinischen Praxis beobachteten Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen im Kindesalter und intrafamiliären Interaktionsstörungen (vgl. Belsky et al. 1996, Cina & Bodenmann

2009). Andererseits bekräftigt dieser Befund das interaktionszentrierte, bausteinorientierte und individuelle Behandlungskonzept der Eltern-Kind-Station mit seiner störungsspezifischen und störungsübergreifenden Konzeptausrichtung.

Zu guter Letzt sei der Blick auf die Nebenbefunde im Zuge der deskriptiven Analysen gerichtet. Hierbei zeigte sich, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen ein signifikant niedrigeres Alter bei Symptombeginn aufwiesen und Eltern von Jungen im Vergleich zu Eltern von Mädchen von einem signifikant höheren elterlichen Stresserleben berichteten. Letzteres deckt sich mit dem von Liwinski et al. (2015) berichteten Geschlechtseffekt im Rahmen ihrer Evaluationsstudie. Dabei zeigte sich, dass Mütter von Jungen etwas stärker von der tagesklinischen Mutter-Kind-Behandlung in Münster profitierten als Mütter von Mädchen, wobei Mütter von Jungen eine erhöhte psychische Initialbelastung (SCL90-R) gegenüber Müttern mit Mädchen aufwiesen. Demgegenüber stehen andere Untersuchungsberichte (z. B. Breen & Barkley 1988, Stadelmann et al. 2010, Williford et al. 2007), welche keine geschlechtsspezifischen Effekte bezüglich der elterlichen Stressbelastung bei Jungen und Mädchen finden konnten. Grundsätzlich ist die Datenlage zur diesem Forschungsgegenstand noch ungeklärt, mit zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen. Daher sind mögliche Erklärungen für das Zustandekommen des geschlechtsspezifischen Effektes in der vorliegenden Studie vorrangig aus den deskriptiven Analysen abzuleiten. Obwohl anzunehmen wäre, dass sich ein erhöhtes Stresserleben bei Eltern von Jungen durch eine höhere Symptombdauer infolge des niedrigeren Alters bei Symptombeginn ergibt, zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen in der Zeitspanne zwischen Symptombeginn und Aufnahme auf der Eltern-Kind-Station (d. h. Symptombdauer). Auch hinsichtlich der psychischen Initialbelastung ließ sich kein signifikanter Geschlechtseffekt aufzeigen, sodass eine starke Ausprägung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen ebenfalls nicht als Erklärung für ein erhöhtes Stresserleben bei Eltern von Jungen angenommen werden kann. Dies ist insofern überraschend, als dass in der KIGGS-Studie (vgl. Hölling et al. 2014) der Gesamtproblemwert (SDQ-Symptomfragebogen) bei Jungen stärker ausgeprägt war als bei Mädchen. Ein möglicher Erklärungsansatz für das Zustandekommen der

divergierenden Effekte ist in den unterschiedlichen Studiendesigns zu finden. Während die vorliegende Untersuchung 60 Kinder im Alter von 1,5 bis 8 Jahren in die Analysen einbezog, beruhen die Ergebnisse der KIGGS-Studie auf einem Datensatz von 14477 Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren. Ein letzter, jedoch in der vorliegenden Studie nicht untersuchter, Erklärungsansatz führt zur Diagnoseverteilung bei Jungen und Mädchen. In einigen Studien (z. B. Egger & Angold 2006, Kuschel et al. 2004, Verhulst & van der Ende 1997) werden für Jungen im Vergleich zu Mädchen verstärkt hyperkinetische und oppositionelle Symptome berichtet, welche zu den externalisierenden Störungen zählen (Lehmkuhl et al. 2012). Die Ergebnisse der bundesweit repräsentierten PAK-KID Studie (Döpfner et al. 1997) zeigen, dass über die gesamte Altersspanne hinweg bei Aufmerksamkeitsproblemen, aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen Jungen auffälliger eingeschätzt werden, auch hinsichtlich ihrer Gesamtbelastung. Wie die Stressforschung berichtet (Crnic & Low 2002, Johnston & Mash 2001, Podolski & Nigg 2001), fühlen sich Eltern, deren Kinder externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigen, häufiger und vergleichsweise stärker gestresst als Eltern, welche lediglich von internalisierenden Verhaltensweisen ihrer Kinder berichteten. Es ist anzunehmen, dass auch in der vorliegenden Stichprobe bei Jungen verstärkt externalisierende Symptome vorliegen, welche nachweislich zu einem höheren Elternstress führen. Somit liegt die Vermutung nahe, dass nicht das Geschlecht verknüpft ist mit Unterschieden im elterlichen Stresserleben, sondern die mit dem Geschlecht assoziierten Verhaltensunterschiede. An dieser Stelle wären weitere Forschungen sinnvoll, um gegebenenfalls Implikationen für die Praxis ableiten zu können. Für die Eltern-Kind-Behandlung am Klinikum Magdeburg ergibt sich vorerst die Erkenntnis, dass auf Eltern von Jungen ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte, da diese aufgrund des subjektiv berichteten höheren Stresserlebens und des vergleichsweise früheren Symptombeginns ihrer Kinder zur Gruppe der stärker belasteten Familien gehören.

Der hohe Anteil an psychisch auffälligen Eltern in der untersuchten Stichprobe verdeutlicht nicht nur die Relevanz einer gründlichen psychiatrischen Diagnostik auf Seiten der Eltern, ergänzend zum kinderpsychiatrischen Fachgebiet, sondern untermauert vielmehr die Notwendigkeit einer engen Vernetzung zwischen beiden

psychiatrischen Disziplinen bei der Planung und Durchführung der Eltern-Kind-Behandlung. Hierbei stellte sich für die klinische Praxis die Frage, inwieweit die kinderpsychiatrische Eltern-Kind-Station diesem Anspruch langfristig gerecht werden kann und inwiefern eine Konzepterweiterung durch den Einbezug der Erwachsenenpsychiatrie notwendig ist. Seit Ende 2016 besteht daher ein Kooperationsmodell zwischen der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station in Magdeburg und der hausinternen Erwachsenenpsychiatrie, wodurch eine Mitbehandlung der psychisch belasteten Eltern möglich ist (vgl. Krause et al. 2018b). Damit ließe sich eine kostendeckende Finanzierung des erhöhten wirtschaftlichen Aufwandes der Eltern-Kind-Behandlung (z. B. Diagnostik der Eltern) abbilden. Auf klinisch-praktischer Ebene zeigen sich primär ein schnellerer Zugang zur medikamentösen Behandlung sowie die Möglichkeit eines fachlichen Austauschs durch gemeinsame Visiten. Zudem gelingt eine schnellere Zuweisung der psychisch erkrankten Eltern zu den einzelnen Behandlungen (z. B. Tagesklinik, stationäre Therapie), welche sinnvollerweise vor dem Therapieblock der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station eingeleitet werden. Bisherige Erfahrungen zeigen Schwierigkeiten hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Ressourcen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, welche die Erwachsenenpsychiatrie zusätzlich zum regulären Dienstgeschäft zur Verfügung stellen muss. Die Patienten auf der Eltern-Kind-Station weisen eine vergleichsweise kürzere Behandlungsdauer auf und nicht bei allen Begleitelternanteilen ergibt sich nach der Diagnostik auf der Eltern-Kind-Station die Diagnose einer psychischen Störung, sodass für die Erwachsenenpsychiatrie eine nur schwer kalkulierbare Bettenauslastung möglich ist. Zudem erschwert die fehlende Präsenz auf der Eltern-Kind-Station den ärztlich-psychotherapeutischen Kollegen einen tieferen Einblick in den Diagnostik- und Behandlungsprozess zu bekommen. Zur Steigerung der Effizienz sollte die ärztlich-psychotherapeutische Ressource perspektivisch an den Bedarf der Eltern-Kind-Behandlung angepasst werden, d. zh. mit vollständiger Verankerung im Stationsteam. Möglicherweise lässt sich dadurch auch eine höhere Bettenauslastung psychiatrisch aufgenommener Begleitelternanteile generieren, da die elterliche Hemmschwelle (z. B.

Angst vor Stigmatisierung) herabgesetzt wird und Therapieprozesse auf der Eltern-Kind-Station effizienter gestaltet werden können.

5. Zusammenfassung

Um die Wirksamkeit der kinderpsychischen Eltern-Kind-Behandlung am Klinikum Magdeburg zu untersuchen, wurden im Rahmen einer monozentrischen Fragebogenstudie unter klinischen Routinebedingungen im Ein-Gruppen-Prä-Post-Design anhand einer Stichprobe von 60 Familien die kindliche Symptombelastung (CBCL) und das elterliche Stresserleben (ESF) zu fünf Zeitpunkten erhoben (von Aufnahme bis 6 Monate nach Entlassung). Während sich in der Wartezeit bis Therapiebeginn sowie nach Therapieende keine bedeutsamen Veränderungen zeigten, ließ sich mittels Varianzanalyse eine hoch signifikante Reduktion der kindlichen Gesamtauffälligkeiten ($F[1,85] = 20.87$, $\eta^2 = 0.26$, $p < .001$), externalisierenden ($F[1,84] = 15.75$, $\eta^2 = 0.21$, $p < .001$) und internalisierenden Auffälligkeiten ($F[2,118] = 11.63$, $\eta^2 = 0.17$, $p < .001$) im Behandlungsverlauf nachweisen. Für das elterliche Stresserleben zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Effekt ($F[1,77] = 31.32$, $\eta^2 = 0.36$, $p < .001$). Die Responseraten nach der RCI-Methode belegen, dass 66.7% der Kinder in den Gesamtauffälligkeiten eine klinisch signifikante Verbesserung aufwiesen, gefolgt von den externalisierenden Auffälligkeiten mit 61.1% und internalisierenden Auffälligkeiten mit 42.6%. Das elterliche Stresserleben wurde von 48.1% der Eltern als reliabel verbessert eingeschätzt. Während Wartezeit, Alter des Kindes und Behandlungsmodus in den Regressionsanalysen keine bedeutsamen Moderatoren des Behandlungserfolgs waren, zeigte sich ein signifikanter Effekt der Symptombelastung auf die Verminderung der kindlichen Gesamtauffälligkeiten ($\beta = -0.39$, $t[56] = -2.12$, $p = .039$) und externalisierenden Auffälligkeiten ($\beta = -0.38$, $t[56] = -2.11$, $p = .040$). Weiterhin erwies sich die Initialbelastung als signifikanter Prädiktor für die Reduktion der kindlichen Gesamtauffälligkeiten ($\beta = 0.54$, $t[56] = 5.08$, $p < .001$), externalisierenden ($\beta = 0.55$, $t[56] = 5.24$, $p < .001$) und internalisierenden Auffälligkeiten ($\beta = 0.58$, $t[56] = 5.48$, $p < .001$). Zudem zeigte sich der elterliche Therapieerfolg als bedeutsamer Moderator für die Verminderung der kindlichen Gesamtauffälligkeiten ($\beta = 0.54$, $t[56] = 2.75$, $p = .008$) und externalisierenden Auffälligkeiten ($\beta = 0.33$, $t[56] = 3.20$, $p = .002$). Insgesamt liefern die vorliegenden Ergebnisse einen Hinweis auf die therapeutische Effektivität kinderpsychiatrischer Eltern-Kind-Stationen sowie deren Stabilität und moderierenden Faktoren.

6. Literaturverzeichnis

1. Achenbach, T.M.: Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. University of Vermont. pp. 2-37. Burlington 1991.
2. Achenbach, T.M.: Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. University of Vermont. pp. 2-26. Burlington 2000.
3. Achtergarde S, Postert C, Wessing I, Romer G, Müller JM: Parenting and child mental health: influences of parent personality, child temperament and their interaction. *The family journal: counseling and therapy for couples and families.* 23(2). 167-179 (2015)
4. Alexander, E., French, T.M.: *Psychoanalytic therapy, principles and applications.* Ronald Press. pp. 12-17. New York 1946.
5. 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. 2. Auflage der deutschen Normen. pp. 26-57. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). Köln 1998.
6. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1,5-5). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). pp. 2-46. Köln 2002.
7. Asen, E., M. Scholz: *Praxis der Multifamilientherapie.* pp. 26-48. Carl-Auer. Heidelberg 2012.
8. Asen K, Stein R, Stevens A, McHugh B, Greenwood J, Cooklin A: A day unit for families. *J Fam Ther.* 4. pp. 345-358 (1982)
9. Avan B, Richter LM, Ramchandi PG, Norris SA, Stein A: Maternal postnatal depression and children's growth and behavior during the early years of life:

exploring the interaction between physical and mental health. Arch. Dis. Child. 95. 690-695 (2010)

10. Biermann-Ratjen, E.-M., J. Eckert, H.-J. Schwartz: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (9. überarbeitete Aufl.). pp. 19-31. Kohlhammer. Stuttgart 2003.
11. Belsky J, Woodworth S, Crnic KA: Troubled family interaction during childhood. Dev. Psychopathol. 8. 477-495 (1996)
12. Besier T, Fuchs B, Rosenberger T, Goldbeck L: Evaluation einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation: psychische Symptombelastung und Lebensqualität. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie. 6. 418-425 (2011)
13. Beyer T, Postert C, Müller JM, Furniss T: Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school: Results of a four-year longitudinal study. Child Psychiatry Hum Dev. 43(4). 533-543 (2012)
14. Blader JC: Wich family factors predict children's externalizing behaviors following discharge from psychiatric inpatient treatment? J Child Psychol Psychiatry. 41(6). 1133-1142 (2006)
15. Bögels S, Phares V: Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. Clin Psychol Rev. 28. 539-558 (2008)
16. Borduin C, Mann B, Cone L, Henggler S, Fucci B, Blaske D, Williams R: Multisystemic Treatment of Serious Offender: Long-Term Prevention of Criminality and Violence. J Consult Clin Psychol. 4. 569-578 (1995)
17. Bortz, J., N. Döring: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. pp. 58-71. Springer. Heidelberg 2006.
18. Bortz, J., N. Döring: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. pp. 82-95. Springer. Heidelberg 2016.

19. Bortz, J., C. Schuster: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. pp. 25-28. Springer. Berlin 2010.
20. Bowlby, J.: Attachment and loss. Second Edition. pp. 12-38. Basic Books. New York 1982.
21. Boyce WT, Essex MJ, Alkon A, Goldsmith HH, Kraemer HC, Kupfer DJ: Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 45(12). 1510-20 (2006)
22. Breen MJ, Barkley R: Child psychopathology and parent stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol.* 13(2). 265-280 (1988)
23. Cierpka, M., E. Windhaus (eds.): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte – Leitlinien – Manual. pp. 28-46. Brandes & Apsel. Frankfurt am Main 2007.
24. Cierpka, M. (ed.): Regulationsstörungen. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern. pp. 34-48. Springer. Berlin 2015.
25. Cina A, Bodenmann G: Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung.* 18. 39-48 (2009)
26. Cohen NJ, Lojkasek M, Muir E, Muir R, Parker CJ: Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Ment Health J.* 23(4). 361-380 (2002)
27. Cottrell D: Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression. *Journal of Family Therapy.* 25(4). 406-416 (2003)

28. Cox AD, Puckering C, Pound A, Mills M: The impact of maternal depression in young children. *J Child Psychol Psychiatry*. 28. 917-928 (1987)

29. Crnic KA, Gaze C, Greenberg MT: Minor parenting stresses with young children. *Child Dev Res*. 61. 1628-1637 (1990)

30. Crnic KA, Gaze CL, Hoffmann C: Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant Child Dev*. 14. 117-132 (2005)

31. Crnic, K., C. Low: Everyday stresses and parenting.
 In: M.H. Bornstein (ed.): *Handbook of Parenting*. Vol. 5. pp. 243-267. Lawrence Erlbaum. Mahwah, NJ 2002.

32. Cummings EM, Davies PT: Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry*. 35. 73-122 (1994)

33. Deater-Deckard K: Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clin Psychol (New York)*. 5. 314-332 (1998)

34. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (eds.): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Jugendalter*. pp. 1-384. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 2007.

35. Diepgrond, J.: *Die Familientagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster: Erste Daten und Ergebnisse über Eltern als psychiatrische Patienten und Begleitpersonen*. Unveröffentlichte Inaugural-Dissertation. Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität. Münster 2010.

36. Dilling, H., W. Mombour, M.H. Schmidt, E. Schulte-Markwort, Weltgesundheitsorganisation: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*:

ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. pp. 21-302. Huber. Bern 2011.

37. Dishion T, Connell A, Weaver C, Shaw D, Gardner F, Wilson M: The family check-up with high-risk indigent families: preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Dev Res.* 79(5). 1395-1414 (2008)
38. Domsch, H., A. Lohaus: Elternstressfragebogen (ESF). Manual. pp. 12-36. Hogrefe. Göttingen 2010.
39. Döpfner, M., W. Berner, H.-H. Flechtner, G. Lehmkuhl, C. Steinhausen: Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. pp. 25-42. Hogrefe. Göttingen 1999.
40. Döpfner, M., A. Görzt-Dorten, G. Lehmkuhl: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II. Hogrefe. pp. 24-56. Göttingen 2008.
41. Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert J, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 25. 218-233 (1997)
42. Döpfner M, Schmeck K, Berner W, Lehmkuhl G, Poustka F: 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)
43. Dumas JE, Wolf LC, Fisman SN, Culligan A: Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorder, and normal development. *Exceptionality.* 2. 97-110 (1991)

44. Dunst CJ, Trivette CM: Meta-Analytic Structural Equation Modeling of the Influence of Family-Centered Care on Parent and Child Psychological Health. *Int J Pediatr*. Vol. 2009. 1-9 (2009)

45. Eckerland, M.: Stabilität des Behandlungserfolges in der Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster. Unveröffentlichte Inaugural-Dissertation. pp. 56-74. Medizinische Fakultät. Westfälische Wilhelms-Universität. Münster 2011.

46. Egger HL, Angold A: Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 47. 313-337 (2006)

47. Ehrlich, B.: STEP-Elterntraining – Wege zu erfüllten familiären Beziehungen: Eine praktische Einführung für Eltern und Fachleute. pp. 32-56. W. Kohlhammer. Stuttgart 2011.

48. Eisenstadt TH, Eyberg SM, McNeil CB, Newcomp K, Funderburk B: Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *J Clin Child Psychol*. 22. 42-51 (1993)

49. Eyberg, S: Integration of Traditional and Behavioral Concerns. *Child and Fam Behav Ther*. 10(1). 33-46 (1988)

50. Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M: Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Dev Psychol*. 26(1). 7-14 (1990)

51. Fonagy P., E. Jurist, G. Gergely, K. Target: Affect regulation, mentalization, and the development of the self. pp. 26-68. Other Press. New York 2002.

52. Furniss T, Müller JM, Achtergarde S, Wessing I, Averbek-Holocher M, Postert C: Implementing psychiatric day treatment for infants, toddlers, preschoolers and their families: a study from a clinical and organizational perspective. *Int J Ment Health Syst*. 7. 1-12 (2013)

53. Franke, G.H.: Symptom-Checklist-90R-Standard. pp. 2-24. Hogrefe. Göttingen 2013.
54. Fydrich T, Schneider W: Evidenzbasierte Psychotherapie. Psychotherapeut. 52. 55-68 (2007)
55. Gable S, Belsky J, Crnic K: Marriage, parenting and child development: Progress and prospect. J Fam Psychol. 5. 276-294 (1992)
56. Gabriel B, Bodenmann G: Stress, individuelles und dyadisches Coping bei Paaren mit einem verhaltensauffälligen Kind. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie. 35(1). 59-64 (2006)
57. Grych, J.H., F.D. Fincham (eds.): Interparental conflict and child development: Theory, research, and applications. pp. 2-24. Cambridge University Press. New York 2001.
58. Hall, A.: Parental psychiatric disorder and the developing child.
In: M. Gopfert, J. Webster, M.V. Seeman (eds.): Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families. pp. 17-41. Cambridge University Press. New York 1996.
59. Hautmann C, Eichelberger I, Hanisch C, Plück J, Walter D, Döpfner M: The severely impaired do profit most: short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. Eur Child Adolesc Psychiatry. 19. 419-430 (2010)
60. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 50(5-6). 784-793 (2007)
61. Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group: 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 (2003–2006 und 2009–2012).
Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1).
Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 57(7). 807-
819 (2014)

62. Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z: A phase model of psychotherapy outcome: Casual mediation of change. *J Consult and Clin Psychol.* 4. 678-685 (1993)
63. Ise E, Schröder S, Breuer D, Döpfner M: Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry.* 15. 288-304 (2015)
64. Jacobson NS, Truax P: Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult and Clin Psychol.* 59(1). 12-19 (1991)
65. Johnson G, Kent G, Leather J: Strengthening the parent-child-relationship: a review of family interventions and their use in medical settings. *Child Care Health Dev.* 31(1). 25-32 (2005)
66. Kane P, Garber J: The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 24(3). 339-360 (2004)
67. Kazdin AE: Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic North America.* 13(4). 923-940 (2004)
68. Klar, I.: Evaluation der Interventionen der Eltern-Kind-Station der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Magdeburg. Unveröffentlichte Masterarbeit. pp. 24-48. Otto-von-Guericke-Universität. Magdeburg 2011.
69. Klöpffer M: Die Bedeutung der Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurowissenschaften für den psychoanalytischen Prozess. *Forum Psychoanalyse.* 21(2). 184-200 (2005)

70. Köhler L: Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. Forum der Psychoanalyse. 2. 158-174 (2004)
71. Krampen G, Schui G, Ferring D, Bauer HPW: Charakteristika der meist zitierten englischsprachigen Zeitschriftenbeiträge der Publikationsjahre 1981 bis 2010 aus der Psychologie der deutschsprachigen Länder. Psychologische Rundschau. 65(3). 159-168 (2014)
72. Krampen G, Schui G, Wiesenhütter J: Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37(1). 43-51 (2008)
73. Krause, S., H.-H. Flechtner, R. Lahne-Boldau, U. Röttger: Mit statt für Eltern – Möglichkeiten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf der Eltern-Kind-Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Magdeburg. Vortrag auf dem XXXIII. DGJKP Kongress. Rostock 2013.
74. Krause S., H.-H. Flechtner, R. Lahne-Boldau, L. Ceschinski, U. Röttger: Wirksamkeit (teil-)stationärer Eltern-Kind-Therapie – Therapieevaluation auf der Eltern-Kind-Station der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Magdeburg. Posterpräsentation auf dem XXXIV. DGJKP Kongress. München 2015.
75. Krause, S., H.-H. Flechtner, R. Lahne-Boldau, K. Krauel, U. Röttger: Entwicklung und Therapieerfolge einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung. Posterpräsentation auf der 1. Forschungstagung der DGKJP. Frankfurt am Main 2016.
76. Krause, S., H.-H. Flechtner, K. Krauel, U. Röttger: Wirksamkeitsuntersuchung einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station. Vortrag auf dem XXXV. DGJKP Kongress. Ulm 2017.
77. Krause S, Röttger U, Krauel K, Flechtner H-H: Wirksamkeitsüberprüfung einer kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station unter klinischen Routinebedingungen. Kindheit und Entwicklung. 27(1). 43-53 (2018a)

78. Krause, S., Röttger, U. & H.-H. Flechtner: Eltern-Kind-Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Entwicklung eines bausteinorientierten Therapiekonzeptes. Unveröffentlichtes Manuskript. Otto-von-Guericke-Universität. Magdeburg 2018b.
79. Kuschel A, Lübke A, Köppe E, Miller K, Hahlweg K, Sanders MR: Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 21(2). 97-106 (2004)
80. Lambert, M.J., B.M. Ogles: The efficacy and effectiveness of psychotherapy.
In: J.M. Lambert (ed.): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. pp. 145-149. John Wiley & Sons. New York 2004.
81. Laucht M, Esser G, Schmidt MH: Parental mental disorder and early child development. Eur Child Adolesc Psychiatry. 3. 125-137 (1994)
82. Lehmkuhl, U., G. Lehmkuhl (eds): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. pp. 24-51. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 2004.
83. Lehmkuhl, G., F. Pouska, M. Holtmann, H. Steiner: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Störungsbilder. pp. 36-51. Hogrefe. Göttingen 2012.
84. Liwinski T, Romer G, Müller JM: Evaluation einer tagesklinischen Mutter-Kind-Behandlung für belastete Mütter psychisch kranker Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 64. 254-272 (2015)
85. Lutz, W., K. Grawe: Therapieevaluation, ungünstige Behandlungsverläufe und Optionen zur Optimierung von Therapien: Grundlagen im Überblick.
In: W. Lutz, J. Fosfelder, J. Joormann (eds), Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. pp. 43-64. Hans Huber. Bern 2004.

86. Mahoney A, Jouriles EN, Scavone J: Marital adjustment, marital discord over childrearing, and child behaviour problems: Moderating effects of child age. *J Clin Child Psychol.* 260(4). 415-423 (1997)
87. Majecherek, L.: Fortführung und Erweiterung der Pilotstudie zur Evaluation der Interventionen der Eltern-Kind-Station der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Magdeburg. Unveröffentlichte Masterarbeit. pp. 45-61. Otto-von-Guericke-Universität. Magdeburg 2012.
88. Marzinzik K, Kluwe S, Schäfer G: Evaluation des Elternprogramms STEP, Ergebnisse und Perspektiven für die kommunale Umsetzung, *Dialog Erziehungshilfe* 2. 52-55 (2007)
89. Märtens M: Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog.* 2. 145-149 (2005)
90. Mash EJ, Johnston C: Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *J Clin Child Psychol.* 19. 313-328 (1990)
91. Mattejat, F.: Perspektiven einer entwicklungsorientierten Psychotherapie.
In: U. Lehmkuhl, G. Lehmkuhl (eds): *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung.* pp. 97-116. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 2004.
92. McDonell M, Dyck DG: Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. *Clinical Psychology Review.* 24. 685-706 (2004)
93. McIntyre LL: Parent Training for Young Children With Developmental Disabilities: Randomized Controlles Trial. *Am J Ment Retard.* 113(5). 356-368 (2008)
94. McNeil, C.B., T.L. Hembree-Kigin: *Parent-Child Interaction Therapy.* pp. 24-76 Springer. Heidelberg 2011.

95. Meltzoff AN, Moore MK: Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Dev Res.* 54. 702-709 (1983)
96. Mohr DC: Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clin Psychol (New York)*. 1-27 (1995)
97. Morgan J, Robinson D, Aldrige J: Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child Fam Soc Work.* 7. 219-225 (2002)
98. Müller JM, Achtergarde S, Furniss T: Influence of maternal psychopathology on ratings of child behavior: An SEM study on cross-informant agreement. *Eur Child & Adolesc Psychiatry.* 20(5). 241-252 (2011)
99. Müller JM, Averbek-Holocher M, Romer G, Furniss T, Achtergarde S, Postert C: Psychiatric treatment outcome of preschool children in a family day hospital. *Child Psychiatry Hum Dev.* 46. 257-269 (2015)
100. Müller JM, Furniss T: Correction of distortions in distressed mothers' ratings of their preschool children's psychopathology. *Psychiatry Res.* 210. 294-301 (2013)
101. Müller, J.M., C. Postert, M. Averbek-Holocher, T. Furniss, S. Achtergarde: Evaluation der Behandlung in der Familientagesklinik für Vorschulkinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster. Vortrag auf dem XXXIII. DGKJP Kongress. Rostock 2013.
102. Murray, L.: Effects of postpartal depression on infant development: direct studies of early mother-infant interactions.
In: R. Kumar, I. Brockington: *Motherhood and Mental Illness (Bd. II)*. pp. 159-190. John Wright. London 1988.
103. Murray, L.: The role of infant irritability in postnatal depression in a Cambridge (UK) community population.
In: J. Nugent, T. Brazelton, B. Lester. *The Cultural context of infancy (Bd. 3)*. pp. 35-52. Ablex. New Jersey 1994.

104. Murray, L., P.J. Cooper: The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions and infant outcome. In: L. Murray, P. J. Cooper (eds.): Postpartum depression and child development. pp. 111-135. Guilford Press. New- York 1997.
105. Murray L, Cooper P, Wilson A, Romaniuk H: Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: II. Impact on the mother-child relationship and child outcome. Br J Psychiatry Suppl. 182. 412-419 (2003)
106. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R: Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. J Child Psychol Psychiatry. 34(7). 1083-1101 (1993)
107. Nachtigall C, Suhl U: Evaluation intraindividuelle Veränderung. Ein Vergleich verschiedener Veränderungskennwerte. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 34(4). 241-247 (2005)
108. National Center for Clinical Infant Programs: Diagnostische Klassifikation: 0-3. pp. 2-74. Springer. Wien 1999.
109. Neander K, Engström I: Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. J Child Adolesc Ment Health. 3(8). 1-20 (2009)
110. Papoušek, M., M. Schieche, H. Wurmser: Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. pp. 18-37. Huber. Bern 2004.
111. Papoušek M, Wollwerth de Chuquisengo R: Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 55. 235-254 (2006)
112. Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und – psychotherapie. Hogrefe. Göttingen 2002.

113. Phillips J, Morgan S, Cawthorne K, Barnett B: Pilot evaluation of parent-child interaction therapy delivered in an Australian community early childhood clinic setting. *Aust N Z J Psychiatry*. 42. 712-719 (2008)
114. Plass A, Haller AC, Habermann K, Barkmann C, Petermann F, Schipper M, Wiegand-Grefe S, Hölling H, Ravens-Sieberer U, Klasen F: Faktoren der Gesunderhalten bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*. 25(1). 41-49 (2016)
115. Plück, J, Beiling M, Hautmann C, Kuschel A, Heinrichs N, Schmeck K, Döpfner M: Die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter mit dem Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 ½ - 5). *Diagnostica*, 59(3). 155-166 (2013)
116. Podolski C-L, Nigg JT: Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *J Clin Child Psychol*. 30(4). 503-513 (2001)
117. Postert C, Achtergarde S, Wessing I, Romer G, Fürniss T, Averbek-Holocher M, Müller JM: Multiprofessionelle Intervallbehandlung psychisch kranker Kinder im Vorschulalter und ihrer Eltern in einer Familientagesklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 63(10). 812-830 (2014)
118. Poster C, Averbek-Holocher M, Achtergarde S, Müller JM, Furniss T: Regulatory disorders in early childhood: correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. *Infant Ment Health J*. 33(2). 173-186 (2012)
119. Ramchandani P, O'Connor T, Evans J, Heron J, Murray L, Stein A: The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *J Child Psychol Psychiatry*. 49(10). 1069-1078 (2008)
120. Ramchandani P, Psychogiou L: Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet Child Adolesc Health*. Vol. 374. 646-653 (2009)

121. Rattay P, von der Lippe E, Lambert T: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KIGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KIGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt. 57. 860-868 (2014)
122. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 50(5). 871-878 (2007)
123. Retzlaff R, Brazil S, Goll-Kopka A: Multi-Familientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 57. 346-361 (2008)
124. Romer G: Aktuelle Entwicklungen in der Eltern-Baby-Psychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 60. 413-16 (2011)
125. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Hanes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ (Int Ed). 312. 71-72 (1996)
126. Schneewind, K.A.: Familienpsychologie. Kohlhammer. pp. 34-47. Stuttgart 2010.
127. Scholz M, Asen E, Gantchev K, Schell B, Süß U: Familientagesklinik in der Kinderpsychiatrie: Das Dresdner Modell – Konzept und erste Erfahrungen. Psychiatrische Praxis. 29. 125-129 (2002)
128. Scholz M, Rix M, Scholz K, Gantchev K, Thömke V: Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. J Fam Ther. 27. 132-141 (2005)
129. Schröder, S., D. Breuer, E. Ise, M. Döpfner: Die Wirksamkeit stationärer Eltern-Kind-Therapie. Vortrag auf dem XXXIII. DGKJP Kongress. Rostock 2013.

130. Siegenthaler E, Munder T, Egger M: Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Child Psychol.* 24. 173-183 (2012)
131. Sonnenmoser M: Misserfolge in der Psychotherapie – Problematik wird unterschätzt. *Deutsches Ärzteblatt.* 3. 130-131 (2006)
132. Stadelmann S, Perren S, Kölch M, Groeben M, Schmid M: Psychisch kranke und unbelastete Eltern. *Kindheit und Entwicklung.* 19(2). 72-81 (2010)
133. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ: The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry.* 158. 46-52 (1991)
134. Stern, D.N.: The motherhood constellation: Therapeutic approaches to early relational problems.
In: A.J. Sameroff, S.C. McDonough, K.L. Rosenblum (eds.): *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention.* pp. 29-42. Guilford Press. New York 2004.
135. Sundelin J, Hansson K: Intensive family therapy: a way to change family functioning in multi-problem families. *J Fam Ther.* 21(4). 419-432 (1999)
136. Süß-Falkenberg, U.: Familientagesklinische Behandlung bei emotional und sozial gestörten Kindern – eine Follow-up-Studie. Unveröffentlichte Dissertation. pp. 48-83. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus. Dresden 2006.
137. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ: Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P – Positive Parenting Programm: a review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 35. 475-495 (2007)
138. Tischler L, Petermann F: Elternstressfragebogen (ESF). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.* 59(1). 79-81 (2011)

139. Tschuschke V: Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Psychotherapeutenjournal. 2. 106-111 (2005)
140. Veith, A.: Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. pp. 58-71. Springer-Verlag. Wiesbaden (1997).
141. Verhulst FC, van der Ende J: Factors associated with child mental health service use in the community. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36. 901-909 (1997)
142. Von Gontard, A.: Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie: Ein Lehrbuch. pp. 67-81. W. Kohlhammer. Stuttgart 2010.
143. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH: Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. J Child Psychol Psychiatry. 53(5). 695-705 (2012)
144. Wiegand-Grefe, S. C. Baldus, C. Barkmann, G. Romer, P. Riedesser: Die Behandlung in unserer Klinik ist wirksam – und nun? Möglichkeiten und Grenzen spezifischer Fragestellungen bei der Evaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Vortrag auf dem XXIX. DGJKP Kongress. Heidelberg 2005.
145. Wiegand-Grefe S, Bomba F, Tönnies S, Bullinger M, Plass A: Beeinflusst der elterliche Bindungsstil die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern? Praxis Kinderpsychologische Kinderpsychiatrie. 65. 266-281 (2016)
146. Williford AP, Calkins SD, Keane SP: Predictin change in parenting stress across early childhodd: Child and maternal factors. J Abnorm Child Psychol. 35. 251-263 (2007)
147. Wortmann-Fleischer, S., R. von Einsiedel, G. Downing: Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. pp. 2-36. Kohlhammer. Stuttgart 2012.
148. Zahra D, Hedge C: The reliable change index: why isn't it more popular in academic psychology?. Bull Br Psychol Soc. 76. 14-20 (2010)

7. Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Menschen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Promotionsschrift unterstützt haben.

Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner, meinem Doktorvater, für seine vielseitige Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation. Besonders bedanken möchte ich mich auch über den Freiraum, den er mir während des gesamten Forschungsprojektes gewährte, was maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beitrug. Ich danke ihm auch recht herzlich für die Möglichkeit zur Teilnahme an zahlreichen Kongressen und das entgegengebrachte Vertrauen zur Präsentation unserer klinischen Forschungsarbeiten.

Bei Frau Dr. Röttger möchte ich mich ganz besonders für ihr jederzeit tatkräftiges und herzliches Entgegenkommen bedanken sowie für die zahlreichen konstruktiven Anmerkungen und interessanten Artikel. Auch die vielen nicht-wissenschaftlichen und motivierenden Gespräche haben meine Arbeit unterstützt.

Ein weiteres Dankeschön gilt Frau PD Dr. phil. Kerstin Krauel für ihre fachliche Unterstützung und den anregenden Diskussionen, die mich wertvolle neue Aspekte und Ansätze entdecken ließen. Ein herzliches „Dankeschön!“ geht auch an Kerstin Scheunemann für ihre Zeit und Mühe als Korrekturleserin sowie die motivierenden Worte.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinem Stationsteam, das dieses Forschungsprojekt erst möglich machte und wertvolle Arbeit an der Basis leistet.

Allen Familien, die sich bereit erklärt haben, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, bin ich zu Dank verpflichtet, da ohne sie diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Besonders möchte ich an dieser Stelle auch meinem Mann und meiner Familie für die unermüdliche Stärkung und Motivierung danken, sowie für das stets offene Ohr für meine Gedanken.

8. Eidesstattliche Erklärung

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

Entwicklung und Therapieerfolge einer bausteinorientierten Eltern-Kind-Behandlung. Wirksamkeitsüberprüfung einer kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Station unter klinischen Routinebedingungen

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 01.10.2018

Stefanie Krause

9. Darstellung des Bildungsweges

Schulische Ausbildung

- 09 / 89 bis 07 / 91 Juri-Gagarin-Schule (9. POS) in Aschersleben
- 09 / 91 bis 07 / 93 Grundschule Staßfurter Höhe in Aschersleben
- 09 / 93 bis 04 / 02 Gymnasium Ascaneum in Aschersleben
- *Erlangung der allgemeinen Hochschulreife*

Akademische Ausbildung

- 10 / 02 bis 03 / 07 Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg
- *Erlangung des akademischen Diplomgrades Dipl. - Psych.*

Berufliche Ausbildung

- 10 / 07 bis 05 / 12 Ausbildungszentrum der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie in Hannover
- *Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin*

Magdeburg, den 01.10.2018

Stefanie Krause

10. Anlagen

10.1. Reliable Change Index

$$RCI = \frac{Mt1 - Mt2}{sdiff}$$

mit

$$sdiff = \sqrt{2} \times SE^2 \text{ und } SE = SDnorm \times \sqrt{1 - rttnorm}$$

$Mt1$ = Mittelwert der Skalenwerte bei Interventionsbeginn

$Mt2$ = Mittelwert der Skalenwerte nach der Intervention

$SDnorm$ = Standardabweichung der Normstichprobe (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, 2002, Domsch & Lohaus 2010)

$rttnorm$ = Reliabilität des Messinstruments in der Normstichprobe, hier Cronbachs Alpha

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: _____ Berufstätigkeit des Vaters: _____
Geburtsdatum des Kindes: | | | | | | Tag Monat Jahr	Heutiges Datum: | | | | | | Tag Monat Jahr	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 Leuten angesprochen wird 0 1 2 24. Lsst 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. Lsst 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 ärgerlicher Laune, hat ärgerliche Stimmungen 0 1 2 45. Übelkeit (ohne bekannte körperliche Ursachen) 0 1 2 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 |
|---|---|

CBCL/1½-5: Deutschsprachige Fassung der Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 von T.M. Achenbach
Urheberrechtlich geschützt! Nachdruck verboten!
Copyright der Originalfassung © T.M. Achenbach & L. Rescorla, 2000
Copyright der deutschen Fassung © T.M. Achenbach & L. Rescorla, 2014
Deutsche Übersetzung Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist nach Lizenz 743-08-21-12
Bezug: Testzentrale, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, www.testzentrale.de, Best. Nr. 47 053 03



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

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 Erdkunde, Fremdsprachen; nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt.....0 1 2 |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 | 34. Glaubte, andere wollen ihm/ihr etwas antun.....0 1 2 |
| 3. Streitet 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 Raufereien, Schlägereien0 1 2 |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein .....0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt .....0 1 2 |
| 7. Gibt an, schneidet 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 verwirrt 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 seine/ihre eigenen Sachen kaputt .....0 1 2 | 51. Fühlt 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. Ißt zu viel .....0 1 2 |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule .....0 1 2 | 54. Ist immer müde .....0 1 2 |
| 24. Ißt 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
b) Kopfschmerzen0 1 2
c) Übelkeit0 1 2
d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 0 1 2
e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme0 1 2
f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe0 1 2
g) Erbrechen0 1 2
h) andere Beschwerden; bitte beschreiben.....0 1 2 |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat .....0 1 2 | |
| 27. Ist leicht eifersüchtig .....0 1 2 | |
| 28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ 0 1 2 | |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____ 0 1 2 | |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen .....0 1 2 | |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun .....0 1 2 | |
| 32. Glaubte, perfekt sein zu müssen .....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 Geschlechtsteilen 0 1 2
 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen 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. Schreit viel 0 1 2
 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich 0 1 2
 70. Sieht 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. Schmiert 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. Stiehlt zu Hause 0 1 2
 82. Stiehlt anderswo 0 1 2
 83. Hortet 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. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt 0 1 2
 89. Ist mißtrauisch 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

 _____ 0 1 2

 _____ 0 1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.
 ---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank !

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!

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 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	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	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!

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung zur Datennutzung

Liebe Familien,

als Einrichtung der Universität sind wir verpflichtet die Qualität unserer Arbeit zu überprüfen und auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen. Wir bitten sie deswegen um ihr Einverständnis Ihre Daten, die wir im Rahmen der ambulanten und (teil-)stationären Diagnostik erheben, anonymisiert verwenden zu dürfen, um die Qualität der klinischen Arbeit zu überprüfen und auf ihre Wirksamkeit hin untersuchen zu können. Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Familie sind hierbei zu keiner Zeit möglich. Selbstverständlich erfolgt diese Erklärung freiwillig. Durch eine Nicht-Einwilligung entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Wir wissen, dass die 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. 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.