

Aus der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik

**Reintegration nach Behandlung in der Tagesklinik für  
Kinder: umfeldbezogene Prädiktoren für eine erfolgreiche  
tagesklinische Behandlung**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Brenner, Vera**

**2020**

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter Professor Dr. T. Renner  
2. Berichterstatter: Professor Dr. A. Batra

Tag der Disputation: 10.12.2020

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen und Versorgung .....	1
1.2 Behandlungserfolg in Tageskliniken.....	2
1.3 Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung in der Tagesklinik .....	4
1.4 Zusammenhang zwischen der Störungskategorie und dem Behandlungserfolg .....	9
1.5 Fragestellung und Hypothesen .....	10
2 Material und Methoden .....	13
2.1 Ethikkommission und Studienteilnahme.....	13
2.2 Datenerfassung.....	13
2.3 Indikationsstellung und Ablauf der Behandlung in der TK Kinder.....	13
2.4 Ablauf der Standarddiagnostik in der TK Kinder .....	16
2.5 Konstrukte .....	17
2.6 Messinstrumente .....	19
2.7 Rücklauf der Fragebögen.....	24
2.8 Statistische Datenanalyse .....	25
3 Ergebnisse.....	30
3.1 Beschreibung der Stichprobe .....	30
3.2 Überprüfung des Behandlungserfolgs (Hypothese 1) .....	32
3.3 deskriptive Statistik der Prädiktorvariablen.....	41

3.4	Zusammenhänge zwischen Prädiktorvariablen und Veränderungsscores (Hypothese 2).....	44
3.5	Zusammenhang zwischen Störungskategorie und Behandlungserfolg (Hypothese 3) .....	62
3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	80
4	Diskussion .....	83
4.1	Behandlungserfolg (Hypothese 1).....	83
4.2	Zusammenhänge zwischen Umfeldfaktoren und Behandlungserfolg (Hypothese 2) .....	86
4.3	Zusammenhang zwischen Störungskategorie und Behandlungserfolg (Hypothese 3) .....	96
4.4	Stärken und Limitationen.....	100
4.5	Implikationen für eine tagesklinische Behandlung.....	104
	Zusammenfassung.....	107
	Literatur .....	109
	Erklärung zum Eigenanteil.....	XII
	Danksagung .....	XIII
	Anhang.....	XIV

## Abbildungsverzeichnis

	Seite	
Abb. 2.1	Überblick über die verwendeten Konstrukte und Messinstrumente	17
Abb. 2.2	Überblick über den Rücklauf der Fragebögen im Beobachtungszeitraum	25
Abb. 3.1	Diagnosen der behandelten Kinder.	30
Abb. 3.2	Veränderung der Symptomatik aus Sicht der Therapeuten über die Zeit	38
Abb. 3.3	Korrelation zwischen elterlichem Veränderungswunsch und stattgefundenener Veränderung in der Familie	45
Abb. 3.4	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung der Psychopathologie und stattgefundenener Veränderung in der Familie	46
Abb. 3.5	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung in der Familie	48
Abb. 3.6	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung körperlicher Beschwerden	48
Abb. 3.7	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung von Angstsymptomen	48
Abb. 3.8	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung Gesamtscore des CBCL	48
Abb. 3.9	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung internalisierender Probleme	48
Abb. 3.10	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung ängstlich/depressiver Symptome	48
Abb. 3.11	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung internalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung rückzüglich/depressiver Symptome	49
Abb. 3.12	Korrelation zwischen elterlicher Wahrnehmung externalisierender Probleme und stattgefundenener Veränderung körperlicher Beschwerden	49
Abb. 3.13	Korrelation zwischen elterlicher Belastung und stattgefundenener Veränderung in der Familie	51
Abb. 3.14	Korrelation zwischen elterlicher Belastung und stattgefundenener Veränderung bzgl. Freundschaften	51
Abb. 3.15	Korrelation zwischen elterlicher Symptomzahl und stattgefundenener Veränderung in der Familie	52
Abb. 3.16	Korrelation zwischen elterlicher Somatisierung und stattgefundenener Veränderung in der Familie	53

Abb. 3.17	Korrelation zwischen elterlicher Somatisierung und stattgefundenener Veränderung bzgl. sozialer Probleme	53
Abb. 3.18	Korrelation zwischen elterlicher Somatisierung und stattgefundenener Veränderung rückzüglich/depressiver Symptome	53
Abb. 3.19	Korrelation zwischen elterlicher Zwanghaftigkeit und stattgefundenener Veränderung bzgl. Freundschaften	54
Abb. 3.20	Korrelation zwischen elterlicher Zwanghaftigkeit und stattgefundenener Veränderung bzgl. Freundschaften (2)	54
Abb. 3.21	Korrelation zwischen elterlicher Zwanghaftigkeit und stattgefundenener Veränderung sozialer Probleme	55
Abb. 3.22	Korrelation zwischen elterlicher Depressivität und stattgefundenener Veränderung in der Familie	55
Abb. 3.23	Korrelation zwischen elterlicher Depressivität und stattgefundenener Veränderung insgesamt	55
Abb. 3.24	Korrelation zwischen elterlicher Aggressivität/Feindseligkeit und stattgefundenener Veränderung bzgl. oppositionellen Verhaltens	56
Abb. 3.25	Korrelation zwischen elterlicher Aggressivität/Feindseligkeit und stattgefundenener Veränderung sozialer Probleme	56
Abb. 3.26	Korrelation zwischen elterlichem paranoidem Denken und stattgefundenener Veränderung von Aufmerksamkeitsproblemen	57
Abb. 3.27	Korrelation zwischen Eltern-Kind-Beziehung und stattgefundenener Veränderung in der Familie	59
Abb. 3.28	Korrelation zwischen Eltern -Kind-Beziehung und stattgefundenener Veränderung bzgl. regelverletzenden Verhaltens	59
Abb. 3.29	Korrelation zwischen Beziehung Lehrkraft-Kind und stattgefundenener Veränderung in der Schule	60
Abb. 3.30	Korrelation zwischen Beziehung Lehrkraft-Kind und stattgefundenener Veränderung depressiver Symptome	60
Abb. 3.31	Korrelation zwischen Beziehung Eltern -Schule und stattgefundenener Veränderung in der Familie	61
Abb. 3.32	Korrelation zwischen Beziehung Eltern -Schule und stattgefundenener Veränderung rückzüglich/depressiver Symptome	61
Abb. 3.33	Selbstwert: Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie	66
Abb. 3.34	Schule: Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie	69
Abb. 3.35	internalisierende Probleme: Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie	74
Abb. 3.36	ADH-Symptome: Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie	77
Abb. 3.37	dissoziale Symptome: Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie	79
Abb. 3.38	Zusammenfassung der signifikanten Korrelationen	82

## Tabellenverzeichnis

	Seite	
Tab. 3.1	Mittelwerte der KINDL-FBB-Scores zu allen Zeitpunkten	33
Tab 3.2	Veränderung der Mittelwerte des KINDL-FBB über die Zeit (t-Tests)	34
Tab. 3.3	Veränderungsscores der KINDL-FBB Skalen	35
Tab. 3.4	Mittelwerte der KINDL-SBB-Scores zu allen Zeitpunkten	36
Tab. 3.5	Veränderung der Mittelwerte des KINDL-SBB über die Zeit (t-Tests)	36
Tab. 3.6	Veränderungsscores der KINDL-SBB Skalen	37
Tab. 3.7	Mittelwerte der CGI-S zu allen Zeitpunkten	38
Tab. 3.8	Veränderungsscores des CGI-S	39
Tab. 3.9	Mittelwerte der CBCL zu allen Messzeitpunkten	40
Tab. 3.10	Veränderung der Mittelwerte der CBCL über die Zeit (t-Tests)	40
Tab. 3.11	Veränderungsscores der CBCL	41
Tab. 3.12	elterliche Behandlungsmotivation	41
Tab. 3.13	elterliche Wahrnehmung der kindlichen Psychopathologie	42
Tab 3.14	Belastung der Eltern im SCL-90-R	43
Tab. 3.15	Qualität der Beziehungen im Umfeld des Kindes	43
Tab. 3.16	signifikante Korrelationen mit der elterlichen Wahrnehmung internalisierender Probleme	47
Tab. 3.17	post-hoc: Korrelationen zwischen elterlicher Wahrnehmung und Ausgangswerten der Veränderungsscores	50
Tab. 3.18	post-hoc: Korrelationen zwischen elterlicher Belastung und Ausgangswerten der Veränderungsscores	58
Tab. 3.19	post-hoc: Korrelationen zwischen Beziehungsvariablen und Ausgangswerten der Veränderungsscores	62
Tab. 3.20	Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Skalen des KINDLR-FBB	63
Tab. 3.21	Veränderung Selbstwert: paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit	64
Tab. 3.22	Veränderung Selbstwert: paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt	65
Tab. 3.23	Selbstwert: Veränderung der Störungsgruppen über die Zeit	66
Tab. 3.24	Veränderung in der Schule: paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit	67
Tab. 3.25	Veränderung in der Schule: paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt	68

Tab. 3.26	Schule: Veränderung der Störungsgruppen über die Zeit	68
Tab 3.27	Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Skalen des KINDL-SBB	70
Tab. 3.28	Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Hauptskalen der CBCL	72
Tab. 3.29	internalisierende Probleme: paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit	73
Tab. 3.30	internalisierende Probleme: paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt	73
Tab. 3.31	internalisierende Probleme: Veränderung der Gruppen über die Zeit	74
Tab. 3.32	ADH-Symptome: paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit	75
Tab. 3.33	ADH-Symptome: paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt	76
Tab. 3.34	ADH-Symptome: Veränderung der Gruppen über die Zeit	77
Tab. 3.35	dissoziale Symptome: paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt	78
Tab. 3.36	dissoziale Symptome: paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit	79
Tab. 3.37	dissoziale Symptome; Veränderung der Gruppen über die Zeit	80



## Abkürzungsverzeichnis

AD	ängstlich/depressiv (Subskala der CBCL/6-18R)
ADH	attention deficit hyperactivity (ADH-Symptome; Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität; Subskala der CBCL/6-18R)
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ANOVA	Analysis of Variance, Varianzanalyse
ANX	anxiety problems (Angstsymptome, Subskala der CBCL/6-18R)
AP	attention problems (Aufmerksamkeitsprobleme, Subskala CBCL/6-18R)
AV	aggressives Verhalten (Subskala der CBCL/6-18R)
CBCL/6-18R	Child Behavior Checklist
CGI	Clinical Global Impressions
CGI-I	CGI-Improvement Skala
CGI-S	CGI-Severity Skala
DEP	depressive symptoms (affektive Symptome, Subskala der CBCL/6-18R)
DIS	dissoziale Symptome (Subskala der CBCL/6-18R)
DP	Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme (Subskala der CBCL/6-18R)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ET	Elternteil
EXT	externalisierende Probleme (Subskala der CBCL/6-18R)
FA	Familie (Subskala des KINDL <sup>R</sup> )
FBB	Fremdbeurteilungsbogen
FEESS	Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern
FR	Freunde (Subskala des KINDL <sup>R</sup> )
ges.	gesamt

GSI	grundsätzliche psychische Belastung (Subskala der SCL-90-R)
IBM SPSS	Statistik- und Analyse-Software
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
INT	internalisierende Probleme (Subskala der CBCL/6-18R)
IQ	Intelligenzquotient
KB	körperliche Beschwerden (Subskala CBCL/6-18R)
KINDL <sup>R</sup>	KINDL-Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität
KW	körperliches Wohlbefinden (Subskala des KINDL <sup>R</sup> )
M	Mittelwert
n	Fallzahl
OVS	oppositionelle Verhaltenssymptome (Subskala der CBCL/6-18R)
p	Signifikanzniveau
PMI	Parent Motivation Inventory
PSDI	positive symptom distress index (Intensität der Antworten, Subskala der SCL-90-R)
PST	positive symptoms total (Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, Subskala der SCL-90-R)
PW	psychisches Wohlbefinden (Subskala des KINDL <sup>R</sup> )
r	Pearson's r (Korrelationskoeffizient)
RD	rückzüglich/depressiv (Subskala der CBCL/6-18R)
rmANOVA	repeated measures analysis of variance (Varianzanalyse mit Messwiederholung)
RV	Regel-verletzendes Verhalten (Subskala der CBCL/6-18R)
SBB	Selbstbeurteilungsbogen
SCH	Schule (Subskala des KINDL <sup>R</sup> )
SCL-90-R	Symptom-Checkliste

SD	standard deviation, Standardabweichung
SE	standard error, Standardfehler
SOM	somatic problems (körperliche Symptome, Subskala der CBCL/6-18R)
SP	soziale Probleme (Subskala der CBCL/6-18R)
SW	Selbstwert (Subskala des KINDL <sup>R</sup> )
T0	Aufnahme in die Tagesklinik
T1	Entlassung aus der Tagesklinik
T2	Nachgespräch 8-10 Wochen nach Entlassung
TK Kinder	Tagesklinik für Kinder der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen
TOT	total score (Gesamtscore, Skala der CBCL/6-18R)
TRF/6-18R	Teacher's Report Form
VS	Veränderungsscores
WISC-IV	Wechsler Intelligence Scale for Children
$\eta^2$	partielltes Eta-Quadrat

# 1 Einleitung

## 1.1 kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen und Versorgung

Weltweit zeigt sich eine hohe Prävalenz an kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. Die Prävalenz liegt je nach Methodik der durchgeführten Meta-Analysen zwischen 6,7% (Erskine et al., 2017) und 13,4% (Polanczyk et al., 2015). Für Deutschland liegt die Gesamtprävalenz für psychische Auffälligkeiten unter deutschen Schülerinnen und Schülern zwischen 14,3% (Ravens-Sieberer et al., 2012) und 17,6% (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012).

Circa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen beginnt bereits im mittleren Teenageralter (Kessler et al., 2007). Frühzeitige Interventionen können das Ausmaß einer Erkrankung und das Risiko der Persistenz senken (de Girolamo et al., 2012), jedoch ist gerade im Kindes- und Jugendalter ein hohes Maß an Therapieverzögerung (z.B. aufgrund einer hohen Latenzzeit bis zum ersten Aufsuchen von Hilfesystemen, einer geringen Dichte an spezialisierten Einrichtungen und einer hohen Auslastung der selbigen) zu beobachten: Bei Ersterkrankung an einer depressiven Störung im Kindesalter liegt eine 5-fache Behandlungsverzögerung im Vergleich zur Erstmanifestation im Erwachsenenalter vor (Korczak & Goldstein, 2009). Dieser negative Zusammenhang zwischen jüngerem Alter bei Ersterkrankung einerseits und Behandlungsverzögerung und -erfolg andererseits lässt sich diagnoseübergreifend feststellen (Lambert et al., 2013). Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die Sekundär- und Tertiärprävention und damit auch das Bereitstellen von optimalen diagnostischen und therapeutischen Institutionen von enormer Bedeutung sind (Reef et al., 2009).

In Deutschland sind die Versorgungsgebiete der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchschnittlich dreimal größer als die Versorgungsgebiete der entsprechenden psychiatrischen Kliniken für Erwachsene (Fegert et al., 2018). Der Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen ist immens. So war die Fallzahl an stationären Aufnahmen 2010 im Vergleich zu

1991 um 130% gestiegen (Bölt & Graf, 2012), während laut Fegert et al. (2018) die Anzahl der vollstationären Behandlungsplätze zwischen 1991 und 2013 von ca. 8300 auf ca. 6000 Plätze und die Behandlungszeit pro Patient um 21% abgenommen hatte. Diese Entwicklung legt nahe, dass sich neben den Behandlungsformaten psychiatrischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Dauer, Form, Intensität) auch das Störungsspektrum verändert hat und es ist davon auszugehen, dass die steigenden Zahlen auch mitbedingt werden durch notfallmäßige Aufnahmen von Krisenpatienten (Fegert et al., 2018).

Es ist des Weiteren unumstritten, dass die Einbeziehung der Eltern und der alltäglichen Interaktionsschwierigkeiten in die Behandlung eine wichtige Komponente einer Therapie darstellen (z.B. Horn, 2003; Kernberg & Chazan, 1991). Diese Einbeziehung ist während einer stationären Behandlung eines Kindes nur begrenzt möglich. Tageskliniken, als Behandlungskonzept mit mehr Alltagsnähe, stellen daher besonders für Kinder eine wichtige Behandlungsform dar: Sie bilden einen Kompromiss zwischen ambulanter und vollstationärer Maßnahme und besitzen zudem gesundheitsökonomische Vorteile (Grizenko & Papineau, 1992). Genaue aktuelle Zahlen zu den verfügbaren tagesklinischen Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche in Deutschland sind nicht verfügbar, nach Schimmelmann et al. (2001) lag sie 1999 bei ca. 400 Plätzen, während Huss et al. (2001) von mehr als 560 Plätzen ausgingen. 2014 gab es in Deutschland ca. 3300 tagesklinische Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche (Fegert et al., 2018). Die klinische Erfahrung zeigt, dass das vorliegende Angebot in erheblichem Maße ausgelastet ist. So beträgt die Wartezeit auf einen Therapieplatz in der Tagesklinik für Kinder der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychiatrie Tübingen (im Folgenden *TK Kinder*) im Schnitt mehrere Monate.

## **1.2 Behandlungserfolg in Tageskliniken**

Den Behandlungserfolg im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu messen ist komplex, da hier viele Aspekte des Lebens einfließen. Mit dem SFCES-Modell liegt ein Konstrukt vor, das die Aspekte einer erfolgreichen

Behandlung übersichtlich darstellt (Hoagwood et al., 1996). Demnach umfasst eine erfolgreiche Behandlung folgende 5 Domänen:

(1) Symptome (urspr. *symptoms and diagnosis*; z.B. Angst, Depression, Ablenkbarkeit), (2) Funktionalität (urspr. *functioning*; die Möglichkeiten den Ansprüchen von Schule, Sozial- und Familienleben gerecht werden), (3) Verbraucherbelange (urspr. *consumer perspectives*; z.B. Lebensqualität, familiäre Belastung), (4) Umfeld (urspr. *environments*; z.B. Beziehungen im Umfeld des Kindes, Stabilität im schulischen und sozialen Umfeld) und (5) Hilfesysteme (urspr. *systems*; Verfügbarkeit, Vernetzung, Dauer der Betreuung/Behandlung).

Die Wirksamkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken wird bereits seit den späten 1970er Jahren erforscht und mit der des stationären Behandlungssettings verglichen (z.B. Washburn et al., 1976). Die vereinzelt empirischen Studien, die in Deutschland zu diesem Thema durchgeführt wurden, stammen aus den 80er-Jahren (z.B. Remschmidt et al., 1988), während die neueren Studien zumeist aus Kanada oder den USA stammen. In den meisten Studien wurden Patienten beschrieben, die unter externalisierenden Störungen leiden, auch wenn prinzipiell alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen tagesklinisch behandelt werden. Die in Tageskliniken behandelte Population entspricht der allgemeinen Population, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe in Anspruch nimmt (Doan & Petti, 1989; Huss et al., 2001). Demnach werden im Kindesalter am häufigsten hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen behandelt.

Schimmelmann et al. (2001) berichteten in ihrer Übersichtsarbeit insgesamt über positive Behandlungsverläufe, zeigten jedoch auch die weltweit sehr geringe Anzahl an Studien zu diesem Thema sowie die Heterogenität bzgl. deren Durchführung und Erkenntnissen hinsichtlich Indikationen und Wirksamkeit auf. Grizenko et al. (1993) fanden positive Effekte von tagesklinischer Behandlung bei Kindern mit Verhaltensstörungen bezogen auf eine Verbesserung des Verhaltens, der sozialen Fertigkeiten und der familiären Situation, die sich nach Entlassung für mindestens 6 Monate aufrecht erhielten.

Ähnliche Ergebnisse zeigte die Studie von Clark and Jerrott (2012): eine Patientengruppe mit disruptiven Verhaltensstörungen zeigte über die Zeit signifikante Verbesserungen der externalisierenden Verhaltensweisen. In jüngster Zeit fanden Ünver et al. (2019) für ihre Tagesklinik in Kocaeli (Türkei) mit diagnoseübergreifender Patientengruppe über einen Beobachtungsraum von 10 Jahren einen positiven Behandlungseffekt.

### **1.3 Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung in der Tagesklinik**

Es ist anzunehmen, dass es Faktoren gibt, die das Behandlungsergebnis kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung übergreifend beeinflussen können. Während im klinischen Alltag z.B. in der Therapieplanung Hypothesen darüber gebildet werden, welche Faktoren sich eher günstig oder ungünstig auf die Behandlung auswirken, gibt es kaum Forschungsarbeiten zu dieser Thematik. Insbesondere der Blick auf das Umfeld des Kindes mit der Fragestellung nach therapiefördernden bzw. -schädigenden Faktoren kommt in der bisherigen Forschung zu kurz und Daten zu derartigen Prädiktoren mit einem speziellen Fokus auf soziale, familiäre und schulische Reintegration sind kaum verfügbar. In der vorliegenden Arbeit soll daher vertieft ein Fokus auf solche Faktoren im Umfeld des Kindes gelegt werden, im Speziellen handelt es sich dabei um die elterliche Behandlungsmotivation, die elterliche Wahrnehmung der Psychopathologie ihres Kindes, die elterliche Psychopathologie und die Qualität der Beziehungen im Umfeld des Kindes. Denn insbesondere im Kindesalter spielen die Ressourcen und die Einbeziehung der Eltern sowie eine verstärkte Einbeziehung des Alltagsumfelds des Kindes eine wichtige Rolle für den Therapieverlauf (Kölch et al., 2015).

#### **1.3.1 Elterliche Behandlungsmotivation**

Die Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern in die Psychotherapie ihrer Kinder ist zweifelsfrei bestätigt, je jünger die Kinder desto wichtiger (Kölch et al., 2015). Die wenigen Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen

Behandlungserfolg und elterlicher Behandlungsmotivation befasst haben, legen nahe, dass die elterliche Motivation den Behandlungsverlauf beeinflussen kann, weshalb dieser Zusammenhang auch in der vorliegenden Arbeit untersucht wurde. Auch aus klinischer Perspektive kommt es in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Kindern immer wieder zu Stagnationen, wenn die elterliche Mitarbeit in der Behandlung nicht so möglich ist, wie im Therapiekonzept vorgesehen. Die elterliche Kooperation, gemessen an der Teilnahmerate in familientherapeutischen Sitzungen, ist geeignet um das Behandlungsergebnis im tagesklinischen Setting in der Behandlung von Kindern mit Verhaltensstörungen abzuschätzen (Grizenko, 1997). Da die Teilnahmerate der Eltern jedoch nicht bei Aufnahme festgestellt werden kann, ist diese Variable erst retrospektiv beurteilbar und somit nicht als Prädiktor im eigentlichen Sinne verwendbar. Nock and Photos (2006) haben einen Fragebogen entworfen, das *Parent Motivation Inventory* (PMI), das die elterliche Behandlungsmotivation evaluieren soll. Es wurde z.B. von Van Allen et al. (2014) genutzt um die elterliche Motivation zur Behandlung ihrer übergewichtigen Kinder zu beurteilen. Dabei zeigte sich, dass eine Erhöhung der elterlichen Motivation im Zeitverlauf mit einer höheren Gewichtsabnahme der Kinder verknüpft ist.

### **1.3.2 Elterliche Wahrnehmung der Psychopathologie des Kindes**

In der Regel nehmen Eltern mehr Psychopathologie bei ihren Kindern wahr als deren Lehrkraft (Salbach-Andrae et al., 2009). Ist dieses Verhältnis umgekehrt, kann dies weitreichende Folgen für die Entwicklung eines Kindes haben: Eine negative elterliche Wahrnehmung und Beurteilung der psychischen Verfassung ihres Kinder hat wahrscheinlich einen negativen Effekt auf seine Reintegration nach Entlassung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (Savina et al., 2014). Außerdem ist das Risiko für die psychiatrische Hospitalisierung eines Kindes umso höher, je geringer die elterlichen Empathie sowie die elterliche Fähigkeit die Schwierigkeiten des Kindes zu verstehen ausgeprägt sind (Golubchik et al., 2013). Weiterhin ist bekannt, dass die Fähigkeit der Eltern die mentale Verfassung ihres Kindes einzuordnen in der allgemeinen Entwicklung



des Kindes eine zentrale Rolle spielt (Slade, 2007). Über den Behandlungserfolg von Kindern, deren Eltern diesbezüglich wenige Ressourcen haben, ist hingegen wenig bekannt.

Im klinischen Alltag kommt es immer wieder vor, dass Eltern berichten, sich aufgrund von Drängen seitens der Schule für eine tagesklinische Behandlung entschieden zu haben und dass die Eltern der Beurteilung der Lehrkräfte über das Vorliegen bzw. das Ausmaß der Psychopathologie beim Kind nicht zustimmen. Das Drängen der Schulen zu teil-/stationären Behandlungskonzepten ist wissenschaftlich nicht belegt. Betrachtet man jedoch die immer lauter werdenden Äußerungen der Schulen, finden sich z.B. eine aus dem aktuell bestehenden schulischen System resultierende Überforderungssituation der Lehrkräfte mit verhaltensauffälligen Kindern sowie ein Scheitern im Umgang mit solchen Verhaltensweisen (Ahrbeck, 2017). Aus diesem Kontext heraus ist eine solche Haltung der Schulen im Umgang mit diesen Kindern durchaus vorstellbar und nachvollziehbar. Insbesondere, wenn die Eltern weniger von den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wahrnehmen als deren Lehrkräfte, könnte ein von den Eltern empfundenes Drängen durch die Schule auch ein Hinweis auf eben diejenigen Eltern sein, die weniger in der Lage sind die Schwierigkeiten ihres Kindes zu wahrzunehmen und einzuordnen. Inwiefern es einen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat, ob eher Lehrkräfte oder Eltern als Entscheidungsträger für eine teilstationäre Behandlungsmaßnahme fungieren, ist bisher nicht belegt.

### **1.3.3 Elterliche Psychopathologie**

Nicht speziell auf eine tagesklinische Behandlung bezogen, sondern auf die Behandlung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich im Allgemeinen wurde der Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und Behandlungserfolg mehrfach und mit uneinheitlichen Ergebnissen untersucht: In einer Studie mit der Fragestellung nach Prädiktoren für eine Wiederaufnahme nach Entlassung aus stationärer Therapie zeigte Fontanella (2008), dass eine höhere familiäre Belastung, bestehend z.B. aus psychischer Erkrankung der Eltern und dysfunktionaler familiärer Interaktion, das Risiko für

eine Wiederaufnahme nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung erhöht. Emslie et al. (2003) haben in ihrer Übersichtsarbeit zu Kindern mit affektiven Störungen herausgearbeitet, dass eine psychiatrische Erkrankung der Eltern die Prognose des erkrankten Kindes verschlechtert. Kennedy et al. (2018) hingegen fanden für das Behandlungsergebnis eines ambulanten Gruppenprogramms zur Behandlung von Angststörungen keinen Zusammenhang mit der elterlichen Psychopathologie. In einer Meta-Analyse bezüglich Prädiktoren für das Ergebnis von Elterntraining fanden Reyno and McGrath (2006) insgesamt moderate Effektstärken für den Zusammenhang zwischen höherer mütterlicher Psychopathologie und geringerem Erfolg von Elterntraining. Das Ausmaß der psychischen Belastung der Eltern, die ihre Kinder zur tagesklinischen Behandlung bringen, scheint auch aus klinischer Sicht stark zu variieren und wirft immer wieder die Frage nach Beeinflussung der Behandlung auf.

#### **1.3.4 Beziehungen im Umfeld des Kindes**

Zahlreiche Studien haben aufgezeigt, dass konflikthafte Beziehungen im direkten Umfeld des Kindes, zum Beispiel zwischen den Eltern, mit der Entwicklung einer psychischen Erkrankung des Kindes assoziiert sind (z.B. Fendrich et al., 1990; Nomura et al., 2002). Inwiefern die Beziehung zwischen Lehrkraft und Eltern eine Rolle für den Behandlungserfolg spielt ist nach aktueller Studienlage kaum zu beantworten. Es gibt jedoch Hinweise auf einen Zusammenhang mit der kindlichen Symptomatik: Bei einer Kohorte von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung wurde festgestellt, dass die Beziehung zwischen Eltern und Schule umso schlechter bewertet wurde, je mehr hyperaktive Symptome das Kind zeigte (Garbacz et al., 2016).

Aber auch die Qualität der Beziehung, die das Kind selbst zu seinen Eltern und zu seinen Lehrkräften hat, kann mit der psychischen Gesundheit des Kindes zusammenhängen. Je besser die Beziehung zwischen Kind und Eltern und zwischen Kind und Lehrkraft ist, desto größer ist die Resilienz des Kindes gegenüber psychischen Problemen (Miller-Lewis et al., 2013). Vertieft lässt sich herausarbeiten, dass eine höhere Qualität der Beziehung zwischen Lehrkraft

und Kind mit einem geringeren Ausmaß an psychischen Problemen des Kindes zusammenhängt (Krane et al., 2016; Miller-Lewis et al., 2014), wobei wichtig ist zu betonen, dass es sich dabei um ungerichtete Zusammenhänge und nicht um Kausalitäten handelt, die nicht abschließend geklärt sind.

Die Studienlage darüber inwiefern diese Beziehungen auch einen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben, ist sehr schwach. Der Behandlungserfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen scheint umso größer zu sein, je besser die Qualität der aktuellen Beziehung der Mutter und je geringer die familiäre Dysfunktionalität im Allgemeinen ist (Goodyer et al., 1997). Fokussiert man die Beziehung zwischen Eltern und Schule zeigte sich während einer ambulanten Intervention zur Behandlung von disruptiven Störungen ein Zusammenhang zwischen einer stärkeren Verbesserung der Eltern-Lehrkraft-Beziehung und einer stärkeren Verbesserung der Symptomatik des Kindes (Sheridan et al., 2012).

Bezüglich Beziehungen, die das Kind betreffen, gibt es Hinweise, dass eine schlechtere Eltern-Kind-Beziehung die Wahrscheinlichkeit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Rehospitalisierung nach erfolgter Behandlung erhöht (Blader, 2004). Auch der Verlauf einer ambulanten Depressionsbehandlung ist umso positiver, je besser die Eltern-Kind-Beziehung ist (Birmaher et al., 2000). Andererseits scheint eine externalisierende Symptomatik von Kindern wiederum den elterlichen Interaktions- und Kommunikationsstil mit dem Kind zu beeinflussen (Wymbs et al., 2017). Da Kommunikation und Beziehung sich gegenseitig bedingen (Watzlawick et al., 1969), ist davon auch die Eltern-Kind-Beziehung betroffen. Auch wenn der Zusammenhang zwischen Behandlungsverlauf und Lehrkraft-Kind-Beziehung nicht direkt untersucht wurde, scheint die Einstellung der Lehrkräfte nach erfolgter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung Auswirkungen auf die Reintegration des Kindes in die Schule zu haben (Savina et al., 2014). Regelmäßig kommt es auch im klinischen Alltag vor, dass bereits vor Aufnahme in die Tagesklinik oder im Behandlungsverlauf konflikthafte Beziehungen im Umfeld des Kindes deutlich werden, sei es zwischen den Eltern untereinander bzw. zwischen Eltern und Schule oder zwischen Kind und Elternteil bzw. Kind

und Lehrkraft. Auch an dieser Stelle tritt im klinischen Alltag wiederkehrend die Frage zutage, inwiefern gestörte Beziehungen den Ablauf einer Behandlung mit beeinflussen.

#### **1.4 Zusammenhang zwischen der Störungskategorie und dem Behandlungserfolg**

Die Kategorisierung von Störungsbildern in internalisierende und externalisierende Störungsbilder hat sich seit 1978 etabliert (Achenbach). Externalisierende Störungsbilder umfassen demnach Symptome, die nach außen gerichtet sind (wie Hyperaktivität, Aggressivität, gestörtes Sozialverhalten), während internalisierende Störungen Symptome, die nach innen gerichtet sind, enthalten (wie Depression, Angst, Zwänge, körperliche Beschwerden). Kategorisiert man Diagnosen die, wie in Deutschland gültig, nach dem ICD-System (WHO, 1992) gestellt wurden, gibt es einige Störungsbilder, die keiner der beiden Störungskategorien ganz eindeutig zuzuordnen sind, da sie Aspekte aus beiden Kategorien enthalten. Hierunter fallen zum Beispiel Störungen aus dem Autismus-Spektrum, Bindungsstörungen und gemischte Störungen des Sozialverhaltens kombiniert mit emotionalen Symptomen wie Depression, Angst oder Somatisierung.

Wie bereits erwähnt werden in Tageskliniken prinzipiell alle Störungsbilder behandelt und die Patientengruppe entspricht der allgemeinen Patientengruppe, die im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich vorliegt. Dabei nahmen in Deutschland 2001 – die von Huss et al. (2001) beschriebenen Diagnosen in die oben beschriebenen Störungskategorien eingeteilt – rein externalisierende Krankheitsbilder ca. 40%, rein internalisierende Störungsbilder ebenfalls ca. 40% und gemischte bzw. uneindeutige Störungsbilder ca. 20% ein. Aktuellere Zahlen sind nicht verfügbar. Zwischen 2003 und 2012 zeigte sich bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlungen jedoch insgesamt eine Veränderung der Diagnosehäufigkeiten mit einer Zunahme aus Diagnosen aus den ICD-10 Kapiteln F1 (Substanzmissbrauch), F3 (affektive Störungen), F4 (neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F9 (Verhaltens- und emotionale

Störungen incl. hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) (Fegert et al., 2018). Es ist daher davon auszugehen, dass sich auch die Verteilung der Diagnosen im tagesklinischen Setting während der letzten Jahre verändert hat. Nachdem die therapeutische Interaktion mit Kindern mit internalisierender Störung sich naturgemäß von der mit Kindern mit externalisierender Störung unterscheidet (zum Beispiel Anleitung zur Extraversion vs. Erlernen von Impulskontrolle) liegt die Frage nach unterschiedlichen Behandlungserfolgen in den verschiedenen Störungsgruppen aus klinischer Sicht nahe.

In wenigen Studien wurden diese Interaktionen zwischen Behandlungsverlauf und Störungskategorie untersucht und die Ergebnisse sind durchaus heterogen. Jacobs et al. (2008) untersuchten den Behandlungsverlauf in einem schulbasierten Therapieprogramm, das dem tagesklinischen Setting sehr ähnlich ist. Nach ihren Ergebnissen leiden Kinder, die nicht auf die Therapie ansprechen wahrscheinlicher unter internalisierenden Störungen. Robinson and Rapport (2002) hingegen fanden für dasselbe Setting keinen Unterschied zwischen den Störungskategorien. Gorske et al. (2003) beschrieben hingegen antisoziales Verhalten als negativen Prädiktor für das Behandlungsergebnis von jugendlichen Patienten. Auch von Hussey and Guo (2005) wurden externalisierende Störungen als häufig therapieresistent beschrieben.

## **1.5 Fragestellung und Hypothesen**

Kinder mit schweren psychiatrischen Erkrankungen zu behandeln erfordert strukturierte therapeutische Ansätze, die oft eine große finanzielle und zeitliche Belastung darstellen. Eine erfolgreiche Behandlung beinhaltet eine erfolgreiche Reintegration in den Alltag, bestehend aus familiärer und sozialer Integration sowie möglichst unverzögerten Schullaufbahnen und ist somit für die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder essentiell.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Fragestellung bearbeitet, ob sich bereits bei Aufnahme umfeldbezogene Faktoren herausarbeiten lassen, die als potentielle Prädiktoren für eine erfolgreiche tagesklinische Behandlung dienen.

Dafür wurden Daten der Standarddiagnostik der in der Tagesklinik für Kinder der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen (im Folgenden *TK Kinder*) behandelten Patienten herangezogen.

Ein Aspekt dabei war die Fragestellung, ob Faktoren identifiziert werden können, anhand derer abgewogen werden kann, ob das Kind mit seinen Symptomen und seinem sozialen, familiären und schulischen Umfeld in der Lage ist von einer tagesklinischen Behandlung zu profitieren. Diese Abwägung sollte idealerweise bereits während der ersten ambulanten diagnostischen Einschätzung der Problematik möglich sein. Dies könnte zum einen dazu beitragen die Entscheidung für die Form der Therapieempfehlung (tagesklinische, stationäre oder ambulante Behandlung) zu unterstützen. Zum anderen könnten vor Aufnahme in die Tagesklinik bereits anderweitige Hilfemaßnahmen, die ein Gelingen einer tagesklinischen Behandlung wahrscheinlicher machen, in die Wege geleitet werden. Diese können unter anderem eine vertiefte Motivationsarbeit mit den Eltern, eine Mediation zwischen strittigen Eltern oder eine Kontaktaufnahme zum Jugendamt beinhalten. Hierdurch könnte die Anzahl an für die Kinder und Jugendlichen frustranen, weil nicht umfassend erfolgreichen Therapieversuchen reduziert, ein prolongierter Behandlungsverlauf vermieden und somit eine möglichst barrierearme Reintegration des Kindes in sein Alltagsleben gefördert werden. Auch die sehr begrenzte Zahl an Behandlungsplätzen bei gleichzeitig bereits sehr hoher und stetig steigender Nachfrage an tagesklinischen Behandlungen unterstreicht die Notwendigkeit für eine genauere wissenschaftlich basierte Einschätzung der individuellen Bedarfe.

Die wenigen vorhandenen Daten haben, wie oben dargestellt, wiederholt nahe gelegt, dass das Ausmaß des Behandlungserfolgs in Tageskliniken für Kinder auch abhängig ist von Faktoren, die primär das Umfeld des Kindes betreffen und nicht intrinsische Faktoren des Kindes selbst. Dies stimmt mit den klinischen Eindrücken überein: Unabhängig von den intrapersonellen Gegebenheiten wie z.B. Persönlichkeitsmerkmalen und Behandlungsmotivation des Kindes scheint der Erfolg der Behandlung stark von Umfeld-bezogenen

Faktoren abzuhängen. Dabei entsteht in der konzeptuellen Reflektion über die generellen Behandlungsverläufe und -strategien in der TK Kinder – ebenso wie in den oben genannten wenigen Studien – immer wieder die Frage, ob und inwieweit die Art der Störung, d.h. ob ein Kind unter externalisierenden oder internalisierenden Symptomen leidet, das Ansprechen auf die Behandlung mit beeinflusst.

Aus dem bisherigen Stand der Forschung und der klinischen Erfahrung resultierend lassen sich demnach folgende Hypothesen formulieren, die zur Erstellung der vorliegenden Arbeit geführt haben:

*(H1) Die „Lebensqualität des Kindes“ erhöht sich zwischen Messzeitpunkt T0 (Aufnahme) und T1 (Entlassung) ebenso wie zwischen T0 und T2 (Nachgespräch), die „Anpassung in der Schule“ steigt zwischen T0 und T2. Entsprechend verringern sich die „Klinischen Symptome“ zwischen Messzeitpunkt T0 und T1 ebenso wie zwischen T0 und T2.*

*(H2) Eine höhere elterliche Behandlungsmotivation, stärker vorhandene elterliche Wahrnehmung der Erkrankung ihres Kindes, niedrigere elterliche Psychopathologie und bessere Qualität der interpersonellen Beziehungen sind mit einem höheren Ausmaß des Anstiegs der Lebensqualität des Kindes und der Anpassung in der Schule sowie der Verringerung der Klinischen Symptome assoziiert.*

*(H3) Die Lebensqualität und die Anpassung in der Schule steigen im Zeitverlauf bei den Kindern mit internalisierenden Störungen stärker an, und die klinischen Symptome sinken stärker als bei den Kindern mit externalisierenden Störungen.*

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Ethikkommission und Studienteilnahme**

Die vorliegende Studie wurde unter der Projekt-Nummer 902/2019BO2 durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen bewilligt, als in Einklang mit der Erklärung von Helsinki in ihrer aktuellen Fassung befunden und die Voraussetzungen von § 13(1) Landesdatenschutzgesetz in Verbindung mit Art. 5, 6, 9 und 89 der Datenschutz-Grundverordnung als erfüllt betrachtet.

### **2.2 Datenerfassung**

Die Datenerfassung erfolgte retrospektiv. Die Daten wurden aus den elektronischen Patientenkurven und Patientenakten (Papierformat oder digital/archiviert) der zwischen Juli 2016 und Juli 2019 in die TK Kinder zur Behandlung aufgenommenen Patienten zusammengetragen und anonymisiert ausgewertet. Es wurden ausschließlich Daten ausgewertet, die während und nach der Behandlung standardmäßig, d.h. im Rahmen der sogenannten Standarddiagnostik, erfasst wurden.

### **2.3 Indikationsstellung und Ablauf der Behandlung in der TK Kinder**

Die Indikation für eine Behandlung in der TK Kinder wird von Mitarbeitern der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz Tübingen gestellt, häufig auf Zuweisung von niedergelassenen Kollegen. Nach Zusammenschau der Gesamtsituation wird in der Ambulanz von den Behandlern unter Einbezug der Eltern und Kinder über das weitere Vorgehen entschieden. Dabei kann die empfohlene Maßnahme von abwartendem Beobachten über ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Unterstützung, eine tagesklinische Behandlung bis hin zur Empfehlung einer stationären Therapie reichen. Bei hohem pädagogischem Unterstützungsbedarf wird zusätzlich die Empfehlung



einer Kontaktaufnahme zum zuständigen Jugendamt zur Installierung geeigneter pädagogischer Hilfemaßnahmen ausgesprochen. Die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz in der TK Kinder nach erfolgter Indikationsstellung beträgt je nach Patientenaufkommen und Dringlichkeit der Behandlung wenige Wochen bis mehrere Monate.

In der TK Kinder werden Patienten im Alter von 6 bis 13 Jahren behandelt. Gründe, die zur Aufnahme führen, sind in der Regel schwere Probleme im schulischen (z.B. ADHS, Schulabsentismus), im emotionalen (z.B. Depression), im familiären (z.B. Bindungsstörung, Loylitätskonflikt nach konflikthafter Trennung der Eltern) und/oder im sozialen Bereich (z.B. Aggression, soziale Ängste, Störung des Sozialverhaltens). Nicht behandelt werden Kinder mit fehlender Sprachentwicklung, einer starken kognitiven Leistungseinschränkung oder mit psychotischen Erkrankungen. An dieser Stelle hebt sich die TK Kinder vom oben beschriebenen Standard ab, nach dem prinzipiell alle Erkrankungen tagesklinisch behandelt werden können. Der Diagnosestatus der Patienten ging in die vorliegende Studie mit ein, auch wenn die Datenauswertung – bis auf die für die dritte Hypothese – störungsunspezifisch stattfand.

Eine Voraussetzung für die Aufnahme in die TK Kinder ist neben der örtlichen Erreichbarkeit (grobe Richtlinie: max. 1h für eine einfache Fahrt) die Möglichkeit und Bereitschaft der Eltern zur aktiven Mitarbeit in der Therapie, z.B. im Rahmen von Elterntraining, Elterngesprächen oder Hospitationen zur interaktionellen Verhaltensbeobachtungen bzw. -anleitung durch die Behandler. Die Behandlung in der TK Kinder dauert im Schnitt 3-4 Monate. Die Kinder besuchen die TK Kinder wochentags von 8 Uhr bis 15Uhr (Montag, Freitag) bzw. 16Uhr (Dienstag bis Donnerstag). Während der Behandlung findet zum einen zunächst eine vertiefte Diagnostik statt, sofern diese noch nicht vor Aufnahme abgeschlossen wurde. Zum anderen nehmen die Kinder an einem multimodalen individualisierten Therapieprogramm teil, das neben, einzeltherapeutischer Behandlung und Milieuthherapie auch eine individuell festgelegte Auswahl an Gruppentherapien (soziales Kompetenztraining, Theatergruppe, Entspannung, Laufgruppe) und Spezialtherapien (Ergotherapie,

Körpertherapie, Kunsttherapie) enthält. Vormittags besuchen die Kinder den Unterricht der Klinikschule, der eingebettet in die Räumlichkeiten der TK Kinder in Kleingruppen stattfindet, sodass bei Auftreten schulischer Probleme direkt mit den Bezugspflegern und -therapeuten in Kontakt getreten und von diesen therapeutisch interveniert werden kann. Mindestens 14-tägig finden Elterngespräche statt, in denen es neben wechselseitiger Rückmeldungen zum Verhalten des Kindes im klinischen wie häuslichen Rahmen im Verlauf zunehmend zur Instruktion der Eltern im Umgang mit dem problematischen Verhalten der Kinder und zu konkreten Aufgabenstellungen im Alltag kommt. Die Abende und Wochenenden können und sollen im tagesklinischen Setting als Belastungserprobungen zum Üben und Verhaltensmodulieren genutzt werden.

Während der Behandlung sind den Kindern ein fallführender Bezugstherapeut (Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge) und ein Bezugsbetreuerpädagog/-pfleger (Kinderkrankenpfleger, Erzieher) zugeordnet, sodass ein enger Austausch zwischen psychotherapeutischer Einzeltherapie und Behandlungsalltag gegeben ist. Zu Beginn und gegen Ende der Behandlung ist gemeinsam mit der Kliniklehrkraft und dem Bezugstherapeuten ein Gespräch mit der Lehrkraft der Heimatschule implementiert, in dem zunächst ausführlich die schulische Situation des Kindes vor Aufnahme erhoben wird, im Sinne einer Fremdanamnese durch die Lehrkraft der Heimatschule. Vor Entlassung geht es inhaltlich darum Voraussetzungen für eine möglichst komplikationslose Wiedereingliederung des Kindes in den Schulalltag zu schaffen. Klassischerweise besucht das Kind in den beiden Wochen vor Entlassung im Rahmen eines Schulversuchs vormittags wieder seine Heimatschule und befindet sich nachmittags im therapeutischen Setting der Tagesklinik. So ist in der ersten Übergangszeit ein enger Austausch zwischen Lehrkräften der Heimatschule und der Klinikschule sowie Therapeuten möglich und ggf. auftretende Schwierigkeiten können direkt aufgegriffen werden. In einem Zeitraum von 8-10 Wochen nach Entlassung wird den Eltern und Kindern ein Nachgespräch angeboten, in dem der Behandlungserfolg nochmals überprüft und ggf. die während der Therapie

erfolgte pädagogische Verhaltensänderung der Eltern gemeinsam reflektiert und bei Bedarf angepasst wird.

## **2.4 Ablauf der Standarddiagnostik in der TK Kinder**

Im Rahmen der allgemeinen Anamneseerhebung werden bei Aufnahme in die TK Kinder die psychosozialen Umstände sowie die bisherige Krankengeschichte der Kinder erfasst und dokumentiert. Außerdem werden die Kinder und in der Regel beide Eltern, bei getrennt lebenden bzw. alleinerziehenden Eltern zumindest jedoch ihre primäre Bezugsperson, bei Aufnahme in die TK Kinder (T0), bei Entlassung (T1) und 8-10 Wochen nach Entlassung (T2) gebeten, Fragebögen auszufüllen. Jüngere Kinder werden dabei je nach Bedarf von Klinikmitarbeitern, die nicht die Therapeuten der Kinder sind, in einem gesonderten, ruhigen Raum beim Lesen und Verstehen der Fragen und Antwortmodalitäten unterstützt. Die Klassenlehrkräfte der Kinder werden bei Aufnahme in die TK Kinder (T0) sowie 8 bis 10 Wochen nach Entlassung (T2) ebenfalls gebeten Fragebögen auszufüllen. Die Fragebögen nach Entlassung werden entweder im Rahmen des standardmäßig angebotenen Nachgesprächs ausgegeben oder per Post mit frankiertem Rückumschlag versendet. Während der ersten Behandlungswochen wird außerdem das Intelligenzniveau der Kinder überprüft bzw. die ausführlichen Testunterlagen angefordert, sollte die Testung bereits im Vorfeld extern stattgefunden haben. Zu allen drei Zeitpunkten (T0, T1, T2) geben darüber hinaus die behandelnden Therapeuten eine Einschätzung über den klinischen Eindruck ab.

## 2.5 Konstrukte

Abbildung 2.1 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Konstrukte und Messinstrumente.

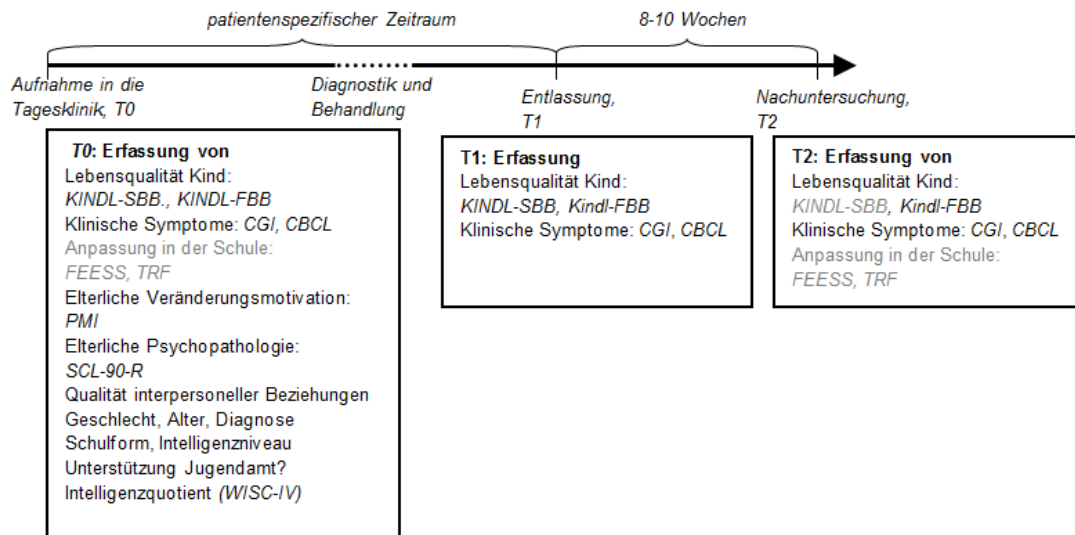


Abbildung 2.1. Überblick über die verwendeten Konstrukte und Messinstrumente. Die grau unterlegten Instrumente wurden aufgrund des geringen Rücklaufs nicht wie ursprünglich geplant in den Berechnungen berücksichtigt.

### 2.5.1 Behandlungserfolg

Das Ausmaß des Behandlungserfolgs wurde anhand der folgenden Dimensionen definiert:

- Veränderungen der Lebensqualität des Kindes: Selbst- und Fremdbeurteilung mittels KINDL<sup>R</sup>-Fragebögen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998), ausgefüllt durch die Kinder und ihre primären Bezugspersonen zu bei Aufnahme in die TK Kinder (T0), bei Entlassung (T1) und 8-10 Wochen nach Entlassung (T2).
- Veränderung der klinischen Symptome: Fremdbeurteilung durch die Therapeuten mittels Clinical Global Impressions, CGI-S und CGI-I (Guy, 1976) und durch die primären Bezugspersonen mittels Child Behaviour Checklist, CBCL/6-18R (Döpfner et al., 2014) bei Aufnahme in die TK

Kinder (T0), bei Entlassung (T1) und 8-10 Wochen nach Entlassung (T2).

- Die Veränderungen in der Anpassung in der Schule., erfasst mittels Selbstbeurteilung des Kindes (FEES 1-2/3-4) und Fremdbeurteilung durch die Klassenlehrkraft (TRF) zu Beginn der Behandlung (T0) und 8-10 Wochen nach Entlassung (T2), konnten aufgrund des geringen Rücklaufs nicht wie ursprünglich geplant als Maß des Behandlungserfolgs genutzt werden.

### 2.5.2 Prädiktoren des Behandlungserfolgs

Die folgende Liste zeigt eine Übersicht über die Faktoren, die als Prädiktoren für den Behandlungserfolg getestet wurden, und wie sie erfasst wurden:

- Elterliche Behandlungsmotivation: deutsche Übersetzung des PMI (Nock & Photos, 2006) ausgefüllt von den primären Bezugspersonen der Kinder bei Aufnahme in die TK Kinder (T0).
- Elterliche Wahrnehmung der Erkrankung: CBCL-TRF-Differenz (Döpfner et al., 2014), ausgefüllt von den primären Bezugspersonen und von den Klassenlehrkräften der Kinder bei Aufnahme in die TK Kinder (T0).
- Elterliche Psychopathologie: Symptom-Checkliste, SCL-90-R (Franke, 2014), ausgefüllt von den primären Bezugspersonen der Kinder bei Aufnahme in die TK Kinder (T0).
- Qualität interpersoneller Beziehungen: Fragen hinsichtlich der Qualität der Beziehung zwischen primärer Bezugsperson und Schule, zwischen den Eltern, zwischen Lehrkraft und Kind sowie zwischen primärer Bezugsperson und Kind bewertet von den primären Bezugspersonen und den Klassenlehrkräften bei Aufnahme in die TK Kinder (T0)

Für die spätere Verwendung als Zwischensubjektfaktor wurde außerdem die Hauptdiagnose aus dem Arztbrief entnommen und für die späteren Berechnungen einer der Störungskategorien *internalisierend*, *externalisierend* oder *uneindeutig* zugeordnet.

Des Weiteren wurden für die Stichprobenbeschreibung folgende Informationen aus der Patientenakte und den Arztbriefen entnommen:

- Geschlecht
- Alter
- Behandlungsdauer
- Schulform vor Aufnahme
- Klassenstufe vor Aufnahme
- Medikation bei Aufnahme und nach Entlassung
- Form der Unterstützung durch das Jugendamt vor und nach Entlassung (kein Kontakt, Kontakt ohne laufende Maßnahme, ambulante Maßnahme, stationäre Maßnahme)
- Intelligenzniveau (WISC-IV (Petermann & Petermann, 2011), getestet zu Beginn der Behandlung in der TK Kinder oder bereits vor Aufnahme im ambulanten Setting)

## 2.6 Messinstrumente

### 2.6.1 Parent Motivation Inventory (PMI)

Das PMI (Nock & Photos, 2006) ist ein englischsprachiger, etablierter Fragebogen zur Erfassung der elterlichen Behandlungsmotivation für psychosoziale Behandlungsansätze (z.B. Becker et al., 2015; Van Allen et al., 2014) und fügt sich damit inhaltlich optimal in die Standarddiagnostik der TK Kinder ein. Da keine validierte Übersetzung in deutscher Sprache vorliegt, wurde das PMI zu diesem Zweck von Klinikmitarbeitern ins Deutsche übersetzt (siehe Anhang I.1) und anschließend von einer englischen Muttersprachlerin rückübersetzt um sinnentstellende Übersetzungsfehler zu vermeiden. Das PMI besteht aus 25 Items, die auf einer Skala von 1 = *stimme gar nicht zu* bis 5 = *stimme voll und ganz zu* von den primären Bezugspersonen bewertet werden. Aus ihnen werden 3 Subskalen gebildet: *Wunsch nach Veränderung* (urspr.: *desire for change*), bestehend aus 7 Items wie z.B. „Mein Kind wird viele negative Konsequenzen erfahren, wenn sich sein Verhalten nicht verändert.“,

*Bereitschaft für Veränderung* (urspr. *readiness to change*), bestehend aus 14 Items wie z.B. „Ich bin bereit meine derzeitigen Erziehungstechniken zu verändern und neue auszuprobieren.“ und *wahrgenommene Fähigkeit zur Veränderung* (urspr.: *perceived ability to change*), bestehend aus 4 Items wie z.B. „Ich glaube, dass ich in der Lage bin, die für eine Veränderung des Verhaltens meines Kindes nötigen Fähigkeiten zu erlernen.“ Die Reliabilität des PMI und seiner Subskalen wurde von den Autoren überprüft und für gut befunden. Cronbachs  $\alpha$  lag für den Gesamtscore bei  $\alpha = .96$ , für die Skala *desire* bei  $\alpha .84$ , *readiness* bei  $\alpha = .96$  und *ability* bei  $\alpha = .77$ . Eine Normierung hat nicht stattgefunden.

### **2.6.2 Child Behavior Checklist (CBCL/6-18R) und Teacher's Report Form (TRF/6-18T)**

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen in der deutschen Übersetzung der CBCL/6-18R (Döpfner et al., 2014), ist ein Elternfragebogen zur Erfassung von psychopathologischen Auffälligkeiten von Kindern zwischen 6 und 18 Jahren, der sich zur Messung von Behandlungsverläufen weit etabliert hat (z.B. Clark & Jerrott, 2012; Müller et al., 2015). Der aus der CBCL/6-18R abgeleitete Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, Übersetzung der *Teacher's Report Form* (TRF/6-18R), erfasst parallel diese Auffälligkeiten aus Sicht der Lehrkraft. Die CBCL/6-18R und die TRF/6-18R umfassen je 112 Items, die auf einer Skala von 0 = *nicht zutreffend* bis 2 = *genau oder häufig zutreffend* bewertet werden. Aus den Items der CBCL/6-18R und der TRF/6-18R werden folgende Skalen gebildet: 8 Problemskalen (*Ängstlich/depressiv* (AD), *rückzüglich/depressiv* (RD), *Körperliche Beschwerden* (KB), *soziale Probleme* (SP), *Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme* (DP), *Aufmerksamkeitsprobleme* (AP), *Regelverletzendes Verhalten* (RV) und *Aggressives Verhalten* (AV)), 6 DSM-orientierte Skalen (*Affektive Symptome* (DEP), *Angstsymptome* (ANX), *Körperliche Symptome* (SOM), *Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätssymptome* (ADH), *Oppositionelle Verhaltenssymptome* (OVS), *Dissoziale Symptome* (DIS)) sowie 3 übergeordnete Skalen zweiter Ordnung (*internalisierende*

*Probleme* (INT), *externalisierende Probleme* (EXT), *Gesamtscore* (TOT)). Eine Normierung der CBCL/6-18R liegt für die Altersgruppen 6-18 Jahre vor. Für die Problemskalen und die DSM-orientierten Skalen liegt der auffällige Bereich bei T-Werten über 69 (Grenzbereich 65-69), für die übergeordneten Skalen bei T-Werten über 63 (Grenzbereich 60-63). Für den TRF/6-18R liegen keine differenzierten Normen vor, weshalb in der vorliegenden Arbeit mit den Rohwerten gearbeitet wurde.

### **2.6.3 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)**

Die deutsche Version der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 2014) ist ein Fragebogen zur Erfassung von körperlichen und psychischen Beschwerden während der letzten 7 Tage, der sich seit seiner Erstfassung 1995 im Verlauf etabliert hat um breitgefasset die aktuellen körperlichen und psychischen Beschwerden zu erfassen und wurde so z.B. von Müller et al. (2015) eingesetzt. Er kann ab einem Alter von 12 Jahren eingesetzt werden. Der SCL-90-R umfasst 90 Items, die auf einer Skala von 0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark* bewertet werden. Aus den Items werden folgende 9 Skalen gebildet: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Außerdem werden bei der Auswertung 3 globale Kennwerte berechnet: grundsätzliche psychische Belastung (GSI), Intensität der Antworten (PSDI), Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (PST). Eine Normierung der SCL-90-R für Erwachsene liegt nach Geschlechtern und Alter getrennt vor. T-Werte zwischen 60 – 64 gelten als *leicht erhöht*, zwischen 65 – 69 als *deutlich erhöht*, zwischen 70 – 74 als *stark erhöht* und zwischen 75 – 80 als *sehr stark erhöht*.

### **2.6.4 Fragebogen zur Qualität interpersoneller Beziehungen**

Damit bereits zu Beginn der Behandlung ein grober Überblick über potenzielle konflikthafte Beziehungen im Umfeld des Kindes skizziert werden kann, befinden sich in der Aufnahmediagnostik der TK Kinder, an die Eltern und



Lehrkräfte gerichtet, insgesamt 14 von therapeutisch tätigen Klinikmitarbeitern entworfene Fragen. Die Fragen dienen der Erfassung der Qualität interpersoneller Beziehungen zwischen Kind, Eltern und Schule und werden auf einer 6-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, siehe Anhang I.2 und Anhang I.3. Die Antwortmodalitäten reichen von 1 = *sehr gut* bis 6 = *sehr schlecht* bzw. von 1 = *nie* bis 6 = *andauernd*, wobei die Fragen so konstruiert sind, dass ein niedrigerer Zahlenwert auf eine bessere Beziehung hindeutet.

Die Fragen zur Erfassung der Qualität der Beziehung zwischen den Eltern untereinander und zwischen Elternteil und Kind wurden angelehnt an die kurzen Selbsteinschätzungsbögen von Fine and Kurdek (1995). Die Qualität der Eltern-Lehrkraft-Beziehung wurde z.B. von Hughes and Kwok (2007), die sich wiederum am „Parent-Teacher Involvement Questionnaire“ (Kohl et al., 2000) orientierte, versucht zu erfassen. Neben „elterlicher Einbindung“ und „Initiative der Lehrkraft“, bildete die „Allianz“ im Sinne eines Bündnisses zwischen Lehrkraft und Eltern, das in der vorliegenden Arbeit fokussiert wurde, eine Säule der Beziehungsbildung.

### **2.6.5 Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (KINDL<sup>R</sup>)**

Der (KINDL<sup>R</sup>), Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in seiner revidierten Form (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) hat sich zur Messung von Lebensqualität bei Kindern etabliert (z.B. Bettge & Ravens-Sieberer, 2003; Hampel & Desman, 2006) und wurde von Koller et al. (2009) als geeignetes Verfahren vorgestellt. Es ist einsetzbar für Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 17 Jahren und umfasst 24 Items, die auf einer Skala von 1 = *nie* bis 5 = *immer* bewertet werden. Es gibt sowohl einen Selbstbeurteilungsfragebogen (SBB) als auch, inhaltlich parallel dazu, einen Fremdbeurteilungsfragebogen (FBB). Aus den Items werden folgende 6 Skalen gebildet: *Körperliches Wohlbefinden* (KW), *Psychisches Wohlbefinden* (PW), *Selbstwert* (SW), *Familie* (FA), *Freunde* (FR), *Funktionsfähigkeit in der Schule* (SCH). Außerdem wird ein Gesamt-Score (ges.) berechnet. Für die Auswertung und Einordnung der Ergebnisse werden für jede Skala transformierte Summen-Scores gebildet. Höhere Werte bedeuten

eine größere Lebensqualität auf der untersuchten Skala. Da noch keine Normstichprobe vorliegt, empfehlen die Autoren als Referenzwerte die Ergebnisse einer großen Stichprobe Hamburger Schulkinder heranzuziehen.

### **2.6.6 Clinical Global Impressions Skalen (CGI-S und CGI-I)**

Die CGI (Guy, 1976), ein weltweit etabliertes Instrument zur Abschätzung von Psychopathologie (z.B. Cavalcante et al., 2019; Kweon & Kim, 2019; Ünver et al., 2019), umfasst zwei unabhängige Skalen. Die CGI-Severity-Skala (CGI-S) erfasst den aktuellen Schweregrad einer Erkrankung („Beurteilen Sie den aktuellen Schweregrad des Patienten.“). Die Einschätzung erfolgt auf einer 7-stufigen Likert-Skala, die von 1 = *nicht krank* bis 7 = *extrem schwer krank* reicht. Es gibt außerdem die Option 0 = *keine Beurteilung möglich* anzugeben. Die CGI-Improvement-Skala (CGI-I) erfasst die Veränderung des Krankheitszustands zum aktuellen Zeitpunkt im Vergleich zum Beginn der Behandlung („Beurteilen Sie insgesamt die Zustandsänderung des Patienten bezogen auf den Beginn der Behandlung.“). Die Bewertung findet ebenfalls auf einer 7-stufigen Likert-Skala statt, die von 3 = *sehr viel gebessert*, über 0 = *gleich geblieben*, bis 3 = *sehr viel verschlechtert* reicht. Es gibt außerdem ebenfalls die Option *keine Beurteilung möglich* anzugeben. Beide Skalen werden in der Regel von ärztlich/therapeutisch tätigem Personal ausgefüllt. Es wird kein Gesamtscore gebildet.

### **2.6.7 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (WISC-IV)**

Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest in seiner vierten (WISC-IV) Ausgabe ist ein Verfahren zur Erfassung des Intelligenzniveaus von Kindern zwischen 6 und 16 Jahren (Petermann & Petermann, 2011). Beide Testverfahren bestehen aus 15 Untertests (10 Kerntests und 5 Untertests), die in 5 Skalen zusammengefasst werden können: *Arbeitsgedächtnis*, *Sprachverständnis*, *wahrnehmungsgebundenes logisches Denken*, *Verarbeitungsgeschwindigkeit* und *Gesamt-IQ*. Die Interpretation der Ergebnisse orientiert sich an der Normalverteilung und sieht wie folgt aus: IQ-Werte zwischen 85 und 114

können als durchschnittlich betrachtet werden, Werte zwischen 115 und 120 als überdurchschnittlich, Werte von 130 und höher als Hochbegabung. Zwischen 70 und 84 kann von einer Lernbehinderung im betroffenen Bereich gesprochen werden, zwischen 50 und 69 von einer leichten Intelligenzminderung, zwischen 35 und 49 von einer mittelgradigen Intelligenzminderung. Die Durchführungszeit beträgt im Schnitt 60 bis 80 Minuten, die Auswertung 15 Minuten. Um Verfälschungen der Ergebnisse durch Lerneffekte zu vermeiden, sollte eine Wiederholung des Tests erst nach einem Ablauf von 1 bis 2 Jahren erfolgen. Aus diesem Grund wurden bei Kindern, die bereits in den letzten 1,5 Jahren vor Aufnahme im ambulanten Setting mit diesem Verfahren getestet worden waren, die Unterlagen dieser Diagnostik eingeholt anstatt die Testung vor Ort zu wiederholen.

## 2.7 Rücklauf der Fragebögen

Abbildung 2.2 gibt einen Überblick über den Rücklauf der Fragebögen im Studienzeitraum. Als Kriterium für statistische Berechnungen wurde eine Fallzahl von  $n = 30$  festgelegt um die Wahrscheinlichkeit einer normalverteilten Stichprobenverteilung des Mittelwerts zu erhöhen. Aufgrund des geringen Fragebogenrücklaufs wurde der Selbstbeurteilungsbogen (SBB) des KINDL<sup>R</sup> (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) zum Zeitpunkt T2 nicht als Konstrukt für den Behandlungsverlauf verwendet. Aus dem selben Grund wurden die Veränderungen in der Anpassung in der Schule via Selbstbeurteilung der Kinder mittels Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern (FEES 1-2/3-4) (Rauer & Schuck, 2003, 2004) und Fremdbeurteilung durch die Klassenlehrkräfte mittels TRF/6-18R (Döpfner et al., 2014) bei Aufnahme in die TK Kinder (T0) und 8-10 Wochen nach Entlassung (T2) nicht wie ursprünglich geplant als weiteres Konstrukt für den Behandlungsverlauf verwendet, sodass in die Subskala *Schule* der KINDL<sup>R</sup>-Fragebögen alleine die *Anpassung in der Schule* repräsentiert.

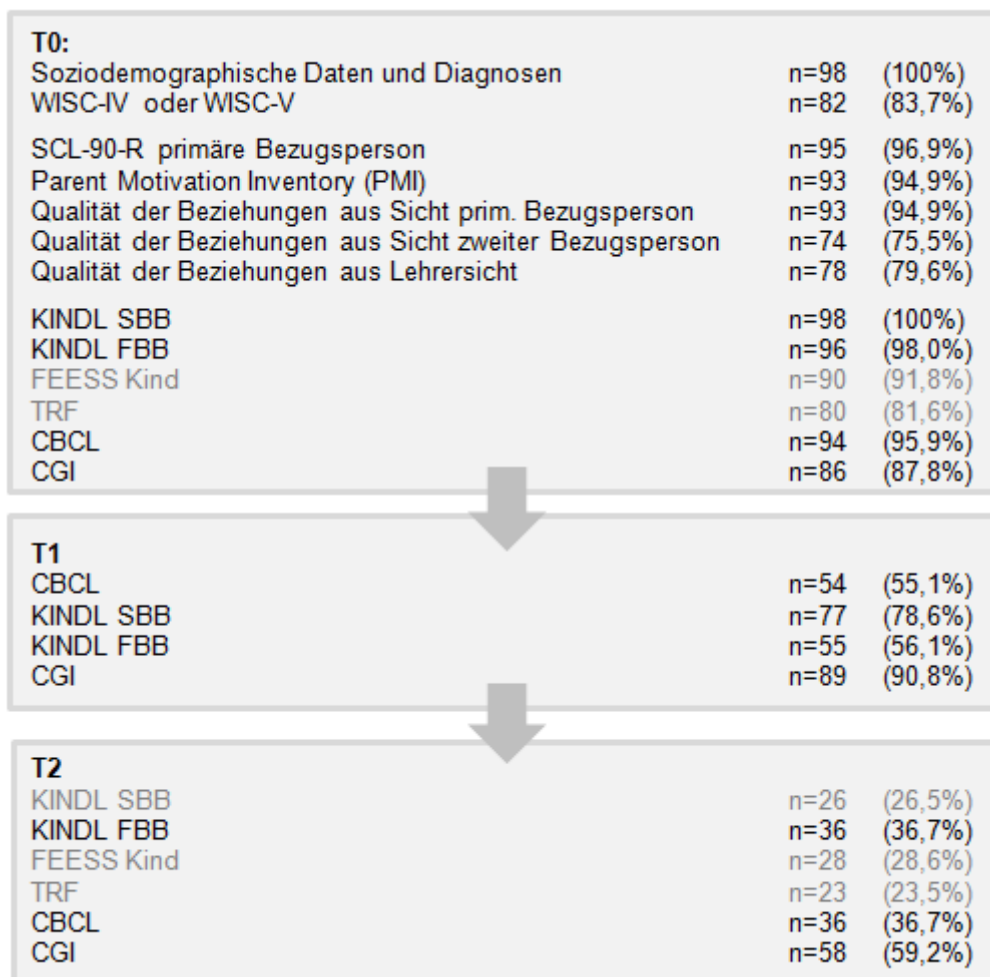


Abbildung 2.2. Überblick über den Rücklauf der Fragebögen im Beobachtungszeitraum. Die grau unterlegten Fragebögen wurden aufgrund des zu geringen Rücklaufs nicht wie ursprünglich geplant in den Berechnungen berücksichtigt.

## 2.8 Statistische Datenanalyse

Die Datenerfassung und -auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25.0. Im Folgenden wird dargestellt in welchen Schritten der vorliegende Datensatz aufbereitet wurde, um die oben beschriebenen Variablen als Prädiktoren für den Behandlungserfolg und die Interaktion mit der Störungskategorie zu überprüfen.

### **2.8.1 Überprüfung des Behandlungserfolgs (Hypothese 1)**

Zur Überprüfung des Behandlungserfolgs (Hypothese 1) wurden die Mittelwerte der als Maß für den Behandlungserfolg verwendeten Skalen und Subskalen für die 3 verschiedenen Messzeitpunkte miteinander verglichen. Aufgrund großer Unterschiede bzgl. des Fragebogenrücklaufs zum Zeitpunkt T0, T1 und T2 und um möglichst viele der vorhandenen Daten in der statistischen Auswertung zu berücksichtigen, wurde auf die Verwendung von Varianzanalysen (ANOVAs) mit Messwiederholung, die nur die Fälle berücksichtigt, in denen zu allen 3 Messzeitpunkten Daten vorliegen, verzichtet. Stattdessen wurden t-Tests zum statistischen Vergleich der Messzeitpunkte verwendet. Zur Berücksichtigung der  $\alpha$ -Fehler-Inflation wurde eine  $\alpha$ -Fehler-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt, sodass das Signifikanzniveau bei 3 Messzeitpunkten bei  $p = .01\bar{6}$  lag.

Für einige Messwertdifferenzen der Skalen und Subskalen war im vorliegenden Datensatz entsprechend den Ergebnissen des Shapiro-Wilk-Tests keine Normalverteilung gegeben. Da in Simulationsstudien eine weitgehende Robustheit von t-Tests gegenüber Verletzungen der Normalverteilung der Messwertdifferenzen gezeigt werden konnte (z.B. Wilcox, 2011), wurden diese für die folgenden Mittelwertvergleiche (t-Tests), dennoch durchgeführt. Testungen, bei denen die Fallzahl unter  $n = 30$  lag, wurden von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen, um eine möglichst hohe statistische Power zu gewährleisten (siehe Abschnitt 2.7). Aus den Analysen ausgeschlossen wurden aus diesem Grund die folgenden Messinstrumente: FEES (Rauer & Schuck, 2003, 2004), TRF/6-18R (Döpfner et al., 2014) im gesamten sowie KINDL<sup>R</sup>-SBB zum Zeitpunkt T2 (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998).

### **2.8.2 Zusammenhänge zwischen Prädiktorvariablen und Veränderungsscores (Hypothese 2)**

Für die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen angenommenen Prädiktoren und dem Behandlungserfolg (Hypothese 2) wurden zunächst einerseits die Veränderung der Lebensqualität bzw. der Symptomatik über die Zeit mittels Veränderungsscores (VS) und andererseits Prädiktorvariablen

gebildet (s.u.). Nach Erstellen der Veränderungs- und Prädiktorvariablen wurden die Korrelationen nach Pearson (1931) überprüft.

### ***Erstellung von Veränderungsvariablen***

Um die potenziellen Prädiktoren später via Korrelationsanalyse zu überprüfen, wurden zunächst für die Skalen, die in den t-Tests eine signifikante Veränderung über die Zeit aufwiesen, neue Variablen generiert, die die Differenz zwischen T1/T2 und T0 bzw. zwischen T0 und T1/T2 beschreiben (= *Veränderungsscores*, im Folgenden VS.). Die Differenz wurde dabei der besseren Übersicht wegen jeweils in die Richtung gebildet, dass ein positiver Wert des VS eine Verringerung der Problematik resp. eine Zunahme der Zufriedenheit bedeutete und ein negativer Wert eine Zunahme der Problematik resp. eine Abnahme der Zufriedenheit.

### ***Erstellen von Prädiktorvariablen für die elterliche Behandlungsmotivation***

Um die elterliche Behandlungsmotivation als Prädiktor für den Behandlungserfolg prüfen zu können, wurde zunächst der Mittelwert von allen Items des PMI (Nock & Photos, 2006) im Gesamten sowie der Mittelwert der Unterskalen *Veränderungswunsch*, *Veränderungsbereitschaft* und *Veränderungsfähigkeit* gebildet. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für die Subskalen berechnet. Die Skala *Veränderungswunsch* zeigte eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = .88$ ), ebenso die Subskala *Veränderungsbereitschaft* ( $\alpha = .88$ ). Die Subskala *Veränderungsfähigkeit* zeigt eine geringe interne Konsistenz mit  $\alpha = .64$ .

### ***Erstellen von Prädiktorvariablen für die elterliche Wahrnehmung der Erkrankung ihres Kindes***

Um die elterliche Wahrnehmung der Erkrankung ihres Kindes als Prädiktor für den Behandlungserfolg zu überprüfen, wurde zunächst die Differenz der Rohwerte zwischen CBCL/6-18R und TRF/6-18R (Döpfner et al., 2014) bei

Aufnahme gebildet. Die Differenz vergleicht die Wahrnehmung der Psychopathologie des Kindes aus Sicht der primären Bezugspersonen und aus Sicht der Lehrkräfte. Positive Werte bedeuten, dass die Pathologie des Kindes mehr von den Eltern wahrgenommen wird als von den Lehrkräften, negative Werte mehr von den Lehrkräften als von den Eltern.

### ***Erstellen von Prädiktorvariablen für die elterliche Psychopathologie***

Um die elterliche Psychopathologie als Prädiktor für den Behandlungserfolg zu überprüfen, wurden für die Berechnungen die T-Werte der SCL-90-R-Skalen verwendet (Franke, 2014). Je höher der Wert, desto größer ist die Pathologie auf der jeweiligen Skala.

### ***Erstellen von Prädiktorvariablen für die Qualität der interpersonellen Beziehungen***

Um die interpersonellen Beziehungen als Prädiktor für den Behandlungserfolg zu überprüfen, wurden zunächst folgende Kategorien gebildet und die Mittelwerte der Items berechnet:

- (1) Beziehung zwischen Mutter und Vater (Mittelwert aus Einschätzung aus Mutter- und Vatersicht, Item 2 bzw. 5)
- (2) Beziehung zwischen primärer Bezugsperson und Kind aus Elternsicht (Item 6)
- (3) Beziehung zwischen Kind und Klassenlehrkraft aus Elternsicht (Item 7)
- (4) Beziehung zwischen Eltern und Schule (Elternsicht) (Item 8-14)
- (5) Beziehung zwischen Lehrkraft und Kind aus Lehrkraftsicht: Item 5
- (6) Beziehung zwischen Lehrkraft und Eltern aus Lehrkraftsicht (Item 1-4)

Um die interne Konsistenz der aus mehreren Items gebildeten Skalen zu bestimmen, wurde jeweils Cronbachs Alpha berechnet. Die Skala *Beziehung zwischen Mutter und Vater* zeigte eine akzeptable interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = .78$ ). Die Skala *Beziehung zwischen Eltern und Schule* aus Elternsicht zeigte eine sehr hohe interne Konsistenz ( $\alpha = .93$ ). Die Skala *Beziehung zwischen Lehrkraft und Eltern* aus Lehrkraftsicht zeigte eine hohe interne Konsistenz ( $\alpha = .88$ ).

### **2.8.3 Zusammenhang zwischen der Störungskategorie und dem Behandlungserfolg (Hypothese 3)**

Der Einfluss der Störungskategorien *externalisierend*, *internalisierend* und *uneindeutig* auf die Veränderung der Symptomatik über die Zeit (Hypothese 3) wurde mit gemischten ANOVAs mit *Zeit* als Innersubjektfaktor und *Störungskategorie* als Zwischensubjektfaktor untersucht. Aufgrund der auch hier für die meisten Tests sehr kleinen Fallzahlen, war die Wahrscheinlichkeit, einen empirischen Effekt für den Faktor Störungskategorie klein. Um möglichst viele Daten in der Auswertung zu berücksichtigen, wurden nach Durchführung von 3-stufigen gemischten ANOVAs, die alle 3 Zeitpunkte berücksichtigten, auch 2-stufige gemischte ANOVAs gerechnet, die 2 nur Zeitpunkte und dafür größere Fallzahlen betrachten.

Die Sphärizität wurde mithilfe des Mauchly-Tests überprüft und bei Verletzung die Greenhouse-Geisser-Korrektur verwendet. Die Varianzgleichheit wurde mittels Levene-Test überprüft. Für die Skalen, auf denen sich ein Interaktionseffekt zwischen Zeit und Störungskategorie zeigten, wurden post-hoc zum einen paarweise Vergleiche zwischen den Gruppen zu den einzelnen Messzeitpunkten gemacht um die Gruppenunterschiede zu eruieren, zum anderen paarweise Vergleiche zwischen den Messzeitpunkten für die einzelnen Gruppen um die Veränderung jeder Gruppe über die Zeit zu untersuchen.



### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Während des Beobachtungszeitraums wurden 98 Patienten in der Tagesklinik behandelt, die die Stichprobe der vorliegenden Arbeit bildeten. Das Alter der Patienten betrug bei Aufnahme im Durchschnitt 10,15 Jahre (SD 1,63 Jahre, min. 6,93 Jahre, max. 13,81 Jahre). 81,6% der Patienten waren männlich. 62 (63,3%) der Patienten litten an einer externalisierenden Störung, 12 (12,2%) an einer internalisierenden, 24 (24,5%) waren uneindeutig zuzuordnen bzw. litten an gemischten Störungen: 11 Patienten litten an einer Autismus-Spektrum-Störung, 8 an einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, 4 an einer Bindungsstörung und 1 Patient an einer gemischten Verhaltens- und emotionalen Störung, siehe Abbildung 3.1. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 4,10 Monaten (SD 1,28 Monate, min. 0,38 Monate, max. 7,53 Monate).

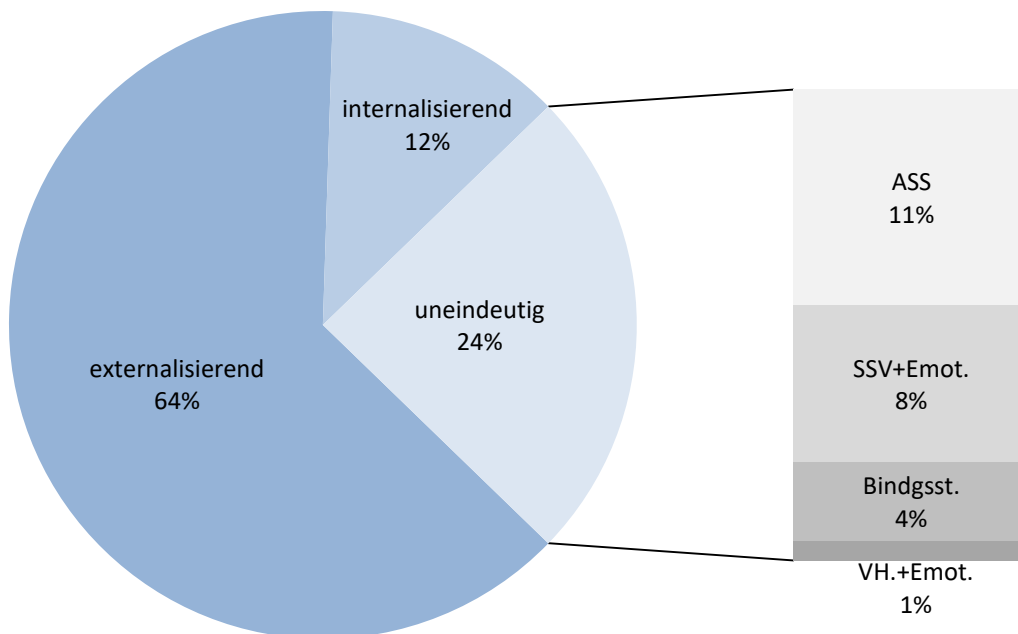


Abbildung 3.1. Diagnosen der behandelten Kinder.

ASS = Autismus-Spektrum-Störung, SSV+Emot. = Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Bindgsst. = Bindungsstörung, VH.+Emot. = Verhaltens- und emotionale Störung

Der Intelligenzquotient lag im Durchschnitt bei  $M = 98,83$  (SD 14,12, min. 71, max. 128). Die meisten Patienten besuchten vor Aufnahme die 3. Klasse (min. 1.Klasse, max. 9. Klasse). 44,9% der Patienten besuchten vor Aufnahme eine Regelgrundschule, 25,5% Förderschulen, 10,2% Gemeinschaftsschulen, 8,2% Gymnasien, 5,1% Realschulen, 4,1% Waldorfschulen und 2% Werkrealschulen.

Die primären Bezugspersonen stellten in 91,8% der Fälle die Mütter dar, in 3,1% der Fälle die Väter und in 2% Pflegemütter. Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument fortan von *Eltern* und *Elternteilen (ET)* geschrieben, wenn von den primären Bezugspersonen berichtet wird. Dieser Begriff umschließt somit sowohl leibliche Mütter und Väter als auch Pflegeeltern. Vor Aufnahme in die Tagesklinik hatten 41,8% der Familien noch keinen Austausch mit dem Jugendamt gehabt. 25,5% der Familien hatten Kontakt hergestellt ohne dass aktuell eine Jugendhilfemaßnahme aufgenommen war, 26,5% erhielten ambulante Hilfen und 6,1% stationäre Hilfen. Bei Entlassung hatten 30,6% der Familien noch keinen Kontakt mit dem Jugendamt gehabt. 29,6% der Familien hatten Kontakt hergestellt ohne dass aktuell eine Jugendhilfemaßnahme installiert war, 33,7% erhielten ambulante Hilfen und 6,1% stationäre Hilfen.

21,4% ( $n = 21$ ) der Patienten wurden bei Aufnahme mit Psychopharmaka behandelt, davon in 57,1% ( $n = 12$ ) der Fälle mit Psychostimulanzien, 19% ( $n = 4$ ) erhielten Atomoxetin, jeweils 4,8% ( $n = 1$ ) Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und Antipsychotika und 14,3% ( $n = 3$ ) mehrere Präparate aus verschiedenen Wirkstoffgruppen. Bei Entlassung nahmen 44,9% der Patienten Psychopharmaka ein, davon erhielten 54,5% ( $n = 24$ ) Psychostimulanzien, 13,6% ( $n = 6$ ) andere ADHS-spezifische Medikamente (Guanfacin, Atomoxetin), 13,6% ( $n = 6$ ) SSRIs, 9,1% ( $n = 4$ ) Neuroleptika und 9,1% ( $n = 4$ ) mehrere Präparate aus verschiedenen Wirkstoffgruppen.

### **3.2 Überprüfung des Behandlungserfolgs (Hypothese 1)**

Zur Überprüfung des Behandlungserfolgs (Hypothese 1) wurde die Veränderung der als Maße für den Behandlungserfolg verwendeten Skalen und Subskalen über die Zeit (T0, T1, T2) mittels t-Tests und in Zusatzanalysen mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung (rmANOVA) analysiert wie in Abschnitt 2.8.1 beschrieben). Für die späteren Korrelationsanalysen (Hypothese 2) wurden im Anschluss für die signifikanten Veränderungen Veränderungsscores gebildet (siehe Abschnitt 2.8.2).

#### **3.2.1 Überprüfung des Behandlungserfolgs mittels KINDL<sup>R</sup>-FBB**

Der Mittelwert des Gesamt-Scores der KINDL<sup>R</sup>-FBB (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) veränderte sich von  $M = 61,73$  (SD 13,20) zum Messzeitpunkt T0 über  $M = 73,35$  (SD 10,02) zum Zeitpunkt T1 hin zu  $M = 74,06$  (SD 9,96) zum Zeitpunkt T2. Deskriptiv lässt sich somit eine Verbesserung der Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern über die Zeit feststellen. Die Subscores entwickelten sich gleichlaufend, siehe Tabelle 3.1.

Tabelle 3.1

*Mittelwerte der KINDL<sup>R</sup>-FBB-Scores zu allen Messzeitpunkten*

Anmerkung. KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

KINDL-FBB		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Gesamt	T0	21,88	88,54	61,73	13,20	95
	T1	41,67	89,58	73,35	10,02	55
	T2	53,13	94,79	74,06	9,96	37
KW	T0	0,00	100,00	68,10	22,70	96
	T1	18,75	100,00	77,84	17,71	55
	T2	31,25	100,00	80,91	16,07	37
PW	T0	12,50	100,00	67,04	18,81	96
	T1	18,75	100,00	75,80	16,58	55
	T2	31,25	100,00	75,39	15,59	37
SW	T0	18,75	87,50	52,70	17,39	94
	T1	18,75	93,75	66,55	15,36	55
	T2	43,75	100,00	68,07	13,88	37
FA	T0	18,75	100,00	63,90	18,88	95
	T1	37,50	100,00	75,45	13,28	55
	T2	43,75	100,00	73,93	14,92	37
FR	T0	,00	87,50	55,88	19,08	93
	T1	16,67	93,75	66,38	17,23	54
	T2	31,25	100,00	70,55	15,61	37
SCH	T0	0,00	93,75	60,94	19,71	91
	T1	31,25	100,00	78,70	16,13	54
	T2	43,75	93,75	75,11	12,37	36

T-Tests für abhängige Stichproben zeigten nach Bonferroni-Korrektur (Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$ ) eine signifikante Verbesserung auf allen Subskalen zwischen T0 und T1 sowie auf allen Subskalen, ausgenommen die Subskalen *Psychisches Wohlbefinden* und *Familie* zwischen T0 und T2. Tabelle 3.2 gibt eine Übersicht über die statistischen Kennwerte dieser t-Tests. Zwischen T1 und T2 zeigen lediglich die Subskalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Selbstwert* eine signifikante Zunahme.

Tabelle 3.2

Veränderung der Mittelwerte des KINDL<sup>R</sup>-FBB über die Zeit (*t*-Tests),  
Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$

Anmerkung. KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: ges. = gesamt, KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

KINDL -FBB	T0→T1			T0→T2			T1→T2		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
ges.	<b>-6,788*</b>	<.001	55	<b>-4,442*</b>	<.001	37	-0,998	.231	30
KW	<b>-2,713*</b>	.009	55	<b>-4,346*</b>	<.001	37	<b>-3,495*</b>	.002	30
PW	<b>-3,817*</b>	<.001	55	-1,766	.086	37	0,463	.647	30
SW	<b>-4,355*</b>	<.001	54	<b>-3,631*</b>	.001	36	<b>-4,442*</b>	<.001	37
FA	<b>-4,114*</b>	<.001	54	-0,938	.061	36	-1,122	.275	37
FR	<b>-3,534*</b>	.001	53	<b>-3,310*</b>	.002	37	-0,519	.608	30
SCH	<b>-5,876*</b>	<.001	53	<b>-3,530*</b>	.001	34	-0,396	.695	29

In Tabelle 3.3 sind die VS der KINDL<sup>R</sup>-FBB-Skalen über die Zeit vermerkt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern über den Zeitverlauf zugenommen hat. Genauer lässt sich festhalten, dass die Lebensqualität in den Bereichen *körperliches Wohlbefinden* und *Freunde* auch nach Entlassung aus der TK Kinder weiter zugenommen hat, während sie in den übrigen Bereichen gleich bleibt bzw. wieder leicht abnimmt.

Tabelle 3.3

*Veränderungsscores der KINDL<sup>R</sup>-FBB Skalen. Positive Werte bedeuten eine Verbesserung über die Zeit, negative eine Verschlechterung*

*Anmerkung.* KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: ges. = gesamt, KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, VS = Veränderungsscore.

VS KINDL FBB		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
ges.	T0T1	-8,33	34,38	10,63	11,61	55
	T0T2	-19,57	30,21	9,89	13,55	37
KW	T0T1	-50,00	75,00	9,09	24,85	55
	T0T2	-25,00	68,75	14,02	19,62	37
PW	T0T1	-37,50	50,00	9,36	18,18	55
SW	T0T1	-43,75	56,25	12,38	20,90	54
	T0T2	-25,00	50,00	11,52	19,03	36
FA	T0T1	-31,25	68,75	9,80	17,50	54
FR	T0T1	-25,00	56,25	7,53	15,52	53
	T0T2	-31,25	43,75	9,74	17,90	37
SCH	T0T1	-25,00	93,75	17,22	21,33	53
	T0T2	-25,00	75,00	13,85	22,87	34

### 3.2.2 Überprüfung des Behandlungserfolgs mittels KINDL<sup>R</sup>-SBB

Der Mittelwert des Gesamt-Scores der KINDL<sup>R</sup>-SBB (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) veränderte sich von  $M = 65,94$  (SD 13,69) zum Messzeitpunkt T0 hin zu  $M = 73,81$  (SD 12,86) zum Zeitpunkt T1. Deskriptiv lässt sich somit eine Verbesserung der Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Kinder über die Zeit feststellen. Die Sub-Scores entwickelten sich gleichlaufend, siehe Tabelle 3.4. Wie in Abschnitt 2.7 beschrieben wurde der KINDL<sup>R</sup>-SBB zum Zeitpunkt T2 aufgrund der geringen Rücklaufzahlen nicht in die statistischen Berechnungen mit einbezogen.

Die t-Tests zeigten auf allen Subskalen eine signifikante Verbesserung zwischen T0 und T1, ausgenommen die Subskala *körperliches Wohlbefinden* (Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$ ). Tabelle 3.5 gibt eine Übersicht über die statistischen Kennwerte dieser t-Tests

Tabelle 3.4

*Mittelwerte der KINDL<sup>R</sup>-SBB-Scores zu allen Messzeitpunkten*

*Anmerkung.* KINDL-SBB = KINDL®-Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

KINDL-SBB		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Gesamt	T0	31,25	93,75	65,94	13,69	98
	T1	40,63	100,00	73,82	12,86	77
KW	T0	0,00	100,00	67,28	21,48	98
	T1	12,50	100,00	69,16	19,88	77
PW	T0	12,50	100,00	70,85	19,25	98
	T1	43,75	100,00	78,57	13,95	77
SW	T0	0,00	100,00	52,93	24,83	98
	T1	0,00	100,00	63,80	24,99	77
FA	T0	12,50	100,00	75,32	18,81	98
	T1	37,50	100,00	82,24	15,41	76
FR	T0	6,25	100,00	62,31	23,03	98
	T1	25,00	100,00	76,92	17,66	26
SCH	T0	0,00	100,00	66,96	20,72	98
	T1	37,50	100,00	77,92	16,62	77

Tabelle 3.5

*Veränderung der Mittelwerte des KINDL<sup>R</sup>-SBB über die Zeit (t-Tests)*

*Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-SBB = KINDL®-Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: ges. = gesamt, KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

KINDL SBB	T0→T1		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
ges.	<b>-4,581*</b>	<.001	77
KW	-0,155	.877	77
PW	<b>-3,538*</b>	.001	77
SW	<b>-2,730*</b>	.008	77
FA	<b>-2,787*</b>	.007	77
FR	<b>-3,396*</b>	.001	77
SCH	<b>-4,693*</b>	<.001	77

In Tabelle 3.6 sind die VS der KINDL<sup>R</sup>-SBB-Skalen über die Zeit vermerkt. Der VS der Gesamtskala zeigt, dass die gesamte Lebensqualität zwischen Aufnahme und Entlassung durchschnittlich um  $M = 7,43$  zugenommen hat, jedoch eine große Varianz besteht (SD 14,24, min. -23,96, max. 54,17). Auch die VS der übrigen KINDL<sup>R</sup>-Skalen zeigen, dass die Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Kinder über den Zeitverlauf zugenommen hat.

Tabelle 3.6

*Veränderungsscores der KINDL<sup>R</sup>-SBB Skalen. Positive Werte bedeuten eine Verbesserung über die Zeit, negative eine Verschlechterung*

*Anmerkung.* KINDL-SBB = KINDL®-Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: ges. = gesamt, KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, VS = Veränderungsscore.

VS KINDL SBB		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
ges. T0T1		-23,96	54,17	7,43	14,24	77
PW T0T1		-50,00	68,75	8,60	21,34	77
SW T0T1		-62,50	87,50	9,66	31,04	77
FA T0T1		-37,50	87,50	6,09	19,04	76
FR T0T1		-56,25	56,25	8,85	22,86	77
SCH T0T1		-37,50	68,75	11,12	20,79	77

### 3.2.3 Überprüfung des Behandlungserfolgs mittels CGI

Der Mittelwert des CGI-S-Scores (Guy, 1976) veränderte sich von  $M = 5,10$  (SD 0,849) zum Messzeitpunkt T0 über  $M = 3,78$  (SD 1,07) zum Zeitpunkt T1 hin zu  $M = 3,41$  (SD 1,30) zum Zeitpunkt T2. Deskriptiv lässt sich somit eine Verbesserung der klinischen Symptome aus Therapeutensicht über die Zeit feststellen, siehe Tabelle 3.7.

T-Tests zeigten eine signifikante Verbesserung des CGI-S-Scores zwischen T0 und T1 ( $t = 13,178$ ,  $p < .001$ ,  $n = 89$ ) sowie zwischen T0 und T2 ( $t = 10,331$ ,  $p < .001$ ,  $n = 61$ ). Die Veränderung zwischen T1 und T2 ist nach Bonferroni-Korrektur nicht signifikant ( $t = 2,135$ ,  $p = .037$ ,  $n = 63$ ). Das Signifikanzniveau lag nach Bonferroni-Korrektur bei  $p = .01\bar{6}$ .



Tabelle 3.7

*Mittelwerte der CGI-S zu allen Messzeitpunkten*

Anmerkung. CGI-S = Severity-Skala der Clinical Global Impressions; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
CGI-S	T0	2	7	5,10	0,85	90
	T1	1	6	3,78	1,07	93
	T2	0	6	3,41	1,30	63

In einer Zusatzanalyse mittels rmANOVA mit Greenhouse-Geisser-Korrektur zeigte sich ein signifikanter Unterschied des klinischen Eindrucks aus Sicht der Therapeuten über die Messzeitpunkte hinweg,  $F(1.68,101.07) = 85.832$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .589$ ,  $n = 61$  (Signifikanzniveau  $p = .050$ ). Paarweise Vergleiche zeigten, dass zwischen T0 und T1 ( $p < .001$ ) und zwischen T0 und T2 ( $p < .001$ ) eine signifikante Verringerung des CGI-S-Scores stattgefunden hat, während die Werte von T1 und T2 sich nicht signifikant unterschieden. Die Veränderung über die Zeit ist zur Veranschaulichung in Abbildung 3.2 dargestellt.

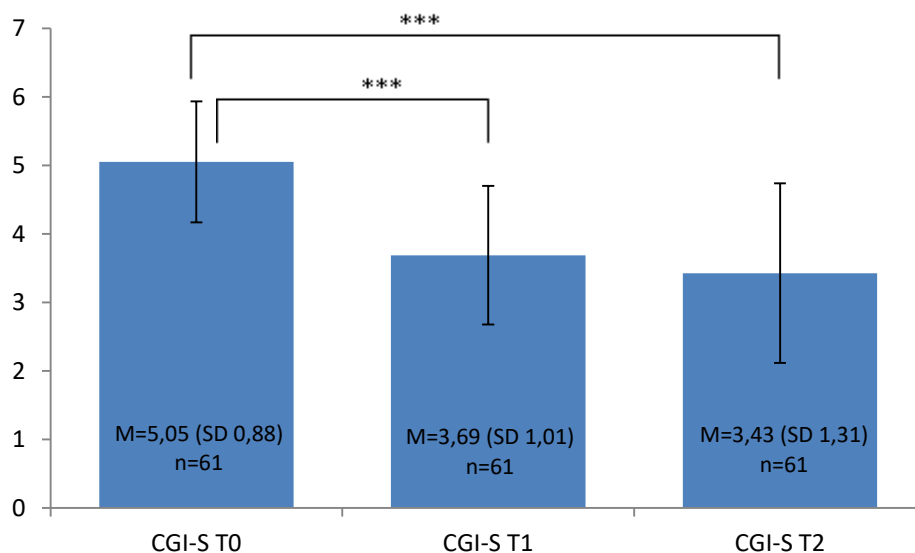


Abbildung 3.2. Veränderung der Symptomatik aus Sicht der Therapeuten über die Zeit, CGI-S. Die ANOVA mit Messwiederholung berücksichtigte  $n = 61$  Patienten. Die Fehlerbalken beschreiben die Standardabweichung. Signifikanzniveau  $p = .050$ ; \*\*\* $p < .001$

In Tabelle 3.8 sind die VS der CGI-S- und CGI-I-Skalen über die Zeit vermerkt. Der VS des CGI-S zeigt, dass die Symptomatik der Kinder aus Therapeutesicht im Verlauf abgenommen hat: zwischen T0 und T1 hat sich der CGI-S-Score um  $M = 1,31$  (SD 0,94) verbessert, zwischen T0 und T2 um  $M = 1,62$  (SD 1,23). Die deskriptive Datenanalyse des CGI-I zeigt ebenfalls, dass aus Therapeutesicht die Symptomatik über den Zeitverlauf verglichen mit der Symptomatik bei Aufnahme abgenommen hat: zum Zeitpunkt T1 lag eine Abnahme von  $M = 1,63$  (SD 0,77) vor, zum Zeitpunkt T2 eine Abnahme von  $M = 1,69$  (SD 0,99).

Tabelle 3.8

*Veränderungsscores des CGI-S. Positive Werte bedeuten eine Verbesserung über die Zeit, negative eine Verschlechterung*

*Anmerkung.* CGI-S/I = Severity-/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, VS = Veränderungsscore.

VS CGI	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
CGI-S T0T1	0	5	1,31	0,94	90
T0T2	0	6	1,62	1,23	61
CGI-I T1	0	3	1,63	0,77	91
T2	-2	3	1,69	0,99	61

### 3.2.4 Überprüfung des Behandlungserfolgs mittels CBCL

Im Folgenden werden die Mittelwerte und Analysen für die Hauptskalen der CBCL/6-18R *internalisierende Probleme*, *externalisierende Probleme* und *Total* beschrieben (Döpfner et al., 2014). Die Detailanalysen der Subskalen befinden sich im Anhang II. Der Mittelwert des Gesamtscores veränderte sich von  $M = 73,36$  (SD 8,28) zum Messzeitpunkt T0 über  $M = 64,69$  (SD 9,23) zum Zeitpunkt T1 hin zu  $M = 62,92$  (SD 8,78) zum Zeitpunkt T2. Deskriptiv lässt sich somit eine Abnahme der Psychopathologie der Kinder aus Sicht der Eltern über die Zeit feststellen. Die Subscores entwickelten sich gleichlaufend, siehe Tabelle 3.9.

Tabelle 3.9

*Mittelwerte der CBCL zu allen Messzeitpunkten*

Anmerkung. CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
TOT	T0	53	90	73,36	8,28	94
	T1	47	89	64,69	9,23	54
	T2	45	82	62,92	8,77	36
INT	T0	39	91	66,71	9,76	94
	T1	39	80	60,83	7,73	54
	T2	48	74	58,58	6,73	36
EXT	T0	37	90	71,14	10,22	94
	T1	37	85	61,81	10,27	54
	T2	37	78	60,61	10,08	36

T-Tests zeigten, dass diese Veränderungen nach Bonferroni-Korrektur auf allen Subskalen zwischen T0 und T1 und zwischen T0 und T2 signifikant ist (Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$ ). Tabelle 3.10 gibt eine Übersicht über die statistischen Kennwerte dieser t-Tests.

Tabelle 3.10

*Veränderung der Mittelwerte der CBCL über die Zeit (t-Tests), Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$ .*

Anmerkung. CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

CBCL	T0→T1			T0→T2			T1→T2		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
TOT	<b>7,722*</b>	<.001	52	<b>7,426*</b>	<.001	34	1,286	.209	28
INT	<b>4,717*</b>	<.001	52	<b>4,404*</b>	<.001	34	1,158	.257	28
EXT	<b>7,061*</b>	<.001	52	<b>5,437*</b>	<.001	34	0,543	.591	28

In Tabelle 3.11 sind die VS der CBCL-Hauptskalen über die Zeit vermerkt. Die Detailanalysen der Subskalen befinden sich im Anhang II. Der totale VS der CBCL zeigt, dass die Symptomatik bei Entlassung im Durchschnitt um  $M = 8,21$  (SD 7,67, min.-9,00, max. 30,00) mit breiter Varianz abgenommen hat. Auch die

VS der anderen Skalen zeigen, dass die Symptomatik der Kinder aus Sicht der Eltern über den Zeitverlauf abgenommen hat.

Tabelle 3.11

*Veränderungsscores der CBCL. Positive Werte bedeuten eine Verbesserung über die Zeit, negative eine Verschlechterung*

*Anmerkung.* CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, VS = Veränderungsscore.

VS CBCL		<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
TOT	T0T1	-9,00	30,00	8,21	7,67	52
	T0T2	-2,00	23,00	7,56	5,93	34
INT	T0T1	-17,00	29,00	6,02	9,20	52
	T0T2	-19,00	27,00	7,03	9,31	34
EXT	T0T1	-11,00	30,00	7,54	7,70	52
	T0T2	-6,00	21,00	6,09	6,53	34

### 3.3 deskriptive Statistik der Prädiktorvariablen

Wie in Abschnitt 2.8.2 beschrieben wurden für die angenommenen Prädiktoren Prädiktorvariablen gebildet um später Korrelationsanalysen vorzunehmen. Die deskriptive Statistik dieser Variablen ist im Folgenden dargestellt.

#### 3.3.1 deskriptive Statistik der elterlichen Behandlungsmotivation

Der Gesamtwert des PMI (Nock & Photos, 2006) lag im Mittel bei  $M = 4,27$  ( $SD = 0,59$ ) und damit im motivierten bis hoch motivierten Bereich. Auch die Mittelwerte der PMI-Subskalen zeigen eine hohe bis sehr hohe elterliche Motivation, siehe Tabelle 3.12.

Tabelle 3.12

*elterliche Behandlungsmotivation*

*Anmerkung.* PMI = Parent Motivation Inventory.

Mittelwert PMI	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
gesamt	1,00	5,00	4,27	0,59	93
Veränderungswunsch	1,00	5,00	4,21	0,78	93
Veränderungsbereitschaft	2,75	5,00	4,40	0,49	92
Veränderungsfähigkeit	2,50	5,00	4,08	0,63	92

### 3.3.2 deskriptive Statistik der elterlichen Wahrnehmung der kindlichen Psychopathologie

Die berechneten Differenzen zwischen CBCL und TRF-Scores zeigen, dass im Durchschnitt die gesamt-Problematik mehr von den Lehrkräften als von den Eltern wahrgenommen wurde, dieser Wert jedoch eine große Spannweite aufwies ( $M = -2,19$ ,  $SD 38,81$ ). Die Unterskalen *internalisierende Probleme* ( $M = 0,20$ ,  $SD 10,71$ ) und *externalisierende Probleme* ( $M = 2,54$ ,  $SD 15,07$ ) wurden im Durchschnitt von den Eltern höher beurteilt und demnach stärker wahrgenommen und zeigen ebenfalls eine große Spannweite, siehe Tabelle 3.13.

Tabelle 3.13

*CBCL-TRF-Differenz. Positive Werte bedeuten, dass die Pathologie mehr von den Eltern als von den Lehrkräften wahrgenommen wird.*

*Anmerkung.* CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R, TRF = Teacher's Report Form, TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme.

CBCL-TRF-Differenz	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
TOT	-83,00	94,00	-2,19	38,81	80
INT	-26,00	29,00	0,20	10,71	80
EXT	-38,00	34,00	2,54	15,07	80

### 3.3.3 deskriptive Statistik der elterlichen Psychopathologie

Die Grundsätzliche psychische Belastung der Eltern im SCL-90R (Franke, 2014) bei Aufnahme liegt bei einem T-Wert von  $M = 52,63$  ( $SD 15,58$ ), sodass durchschnittlich eine unauffällige Belastung vorlag, jedoch schon die einfache Standardabweichung im *deutlich erhöhten* Bereich lag. Die Mittelwerte der SCL-90-R-Subskalen zeigen, dass bei Aufnahme insgesamt im Mittelwert eine unauffällige psychische Belastung der Eltern vorgelegen hat. Auch hier zeigt sich jedoch eine große Spannweite aller Subskalen, siehe Tabelle 3.14.

Tabelle 3.14  
Belastung der Eltern im SCL-90-R

Anmerkung. SCL-90-R = Symptom-Checkliste.

SCL-90-R T-Werte	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Grundsätzl. Belastung (GSI)	0	80	52.63	15.58	96
Intensität Antworten (PSDI)	38	80	58.28	12.14	95
Anzahl Symtome (PST)	0	80	49.68	13.43	96
Somatisierung	29	80	52.32	14.64	96
Zwanghaftigkeit	29	80	51.64	14.73	96
soz. Unsicherheit	33	80	49.13	11.80	96
Depressivität	29	80	55.31	13.50	96
Ängstlichkeit	35	80	51.38	12.41	96
Aggressivität/Feindseligkeit	36	80	52.27	13.97	96
Phobische Angst	41	80	49.47	10.31	96
Paranoides Denken	38	80	49.68	11.49	96
Psychotizismus	39	80	47.58	11.425	96

### 3.3.4 deskriptive Statistik der Qualität der interpersonellen Beziehungen

Die Mittelwerte der Skalen, die die Beziehungen im Umfeld der Kinder aus Sicht der Eltern abbilden zeigen, dass die Beziehungen im unteren zufriedenen Bereich, d.h. zwischen *gut* und *eher gut* eingeordnet wurden, ebenso wie die Skalen, die aus Sicht der Lehrkräfte gebildet wurden, siehe Tabelle 3.15. Jedoch lässt sich deskriptiv festhalten, dass die Lehrkräfte die Beziehungen tendenziell besser einschätzten als die Eltern.

Tabelle 3.15  
Qualität der Beziehungen im Umfeld des Kindes

Anmerkung. Antwortmodalitäten von 1 = *sehr gut* bis 6 = *sehr schlecht*

	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
<i>aus Sicht der Eltern</i>					
Mutter-Vater	1,00	6,00	2,97	1,68	92
Elternteil-Kind	1,00	6,00	2,65	1,21	92
Lehrkraft-Kind	1,00	6,00	2,96	1,36	92
Eltern-Schule	1,00	5,29	2,47	1,09	94
<i>aus Sicht der Lehrkräfte</i>					
Lehrkraft-Eltern	1,00	5,75	2,13	0,91	77
Lehrkraft-Kind	1,00	6,00	2,36	0,93	74

### 3.4 Zusammenhänge zwischen Prädiktorvariablen und Veränderungsscores (Hypothese 2)

Wie in Abschnitt 2.8.2 beschrieben wurden zur Prüfung der Hypothese 2 Korrelationsanalysen nach Pearson zwischen den Prädiktorvariablen und den Veränderungsscores berechnet.

#### 3.4.1 Zusammenhang zwischen elterlicher Behandlungsmotivation und Veränderungsscores

Zur Berücksichtigung der  $\alpha$ -Fehler-Inflation wurde im Zuge der Korrelationsanalysen eine  $\alpha$ -Fehler-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt, sodass das Signifikanzniveau bei 4 Skalen und damit 4 Testungen pro abhängiger Variable bei  $p = .0125$  lag. Im Folgenden wird über die signifikanten Korrelationen berichtet, die Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den PMI-Skalen sind im Anhang III.1 hinterlegt.

Der PMI-Gesamtscore zeigte nach Bonferroni-Korrektur keine signifikante Korrelation mit den Veränderungsvariablen. Es zeigte sich jedoch eine signifikante positive Korrelation zwischen der PMI-Skala *Veränderungswunsch* und dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,359$ ,  $p = .008$ ,  $n = 53$ ) siehe auch Abbildung 3.3. Je größer der Wunsch der Eltern nach Veränderung zu Beginn der Behandlung war, desto stärker hatte sich die familiäre Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung aus der Tagesklinik verbessert. Hierbei handelt es sich dabei um einen mittelstarken Effekt (Cohen, 1992). Mit allen anderen Veränderungsvariablen zeigte der Veränderungswunsch nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Korrelationen. Die PMI-Skalen *Veränderungsbereitschaft* und *Veränderungsfähigkeit* zeigen nach Bonferroni-Korrektur ebenfalls keine signifikanten Korrelationen mit den Veränderungsvariablen

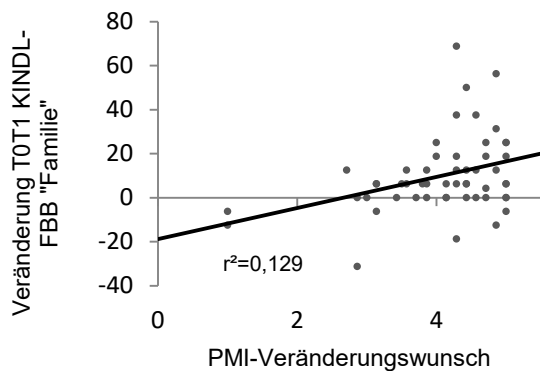


Abbildung 3.3. Korrelation zwischen PMI-Veränderungswunsch und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme und Entlassung auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,359$ ,  $p = .008$ ,  $n = 53$ ); Signifikanzniveau  $p = .0125$ . T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, KINDL-FBB = KINDL<sup>®</sup>-Fremdbeurteilungsbogen, PMI = Parent Motivation Inventory

Post-hoc wurde zur Interpretation dieses Ergebnisses überprüft, ob die Skala *Veränderungswunsch* mit der Skala *Familie* des KINDL<sup>R</sup>-FBB zum Zeitpunkt T0 zusammenhängt und es zeigte sich eine signifikante Korrelation ( $r = -0,423$ ,  $p < .001$ ,  $n = 92$ ). Ein größerer elterlicher Veränderungswunsch hing mit einer niedrigeren Qualität des Familienlebens bei Aufnahme zusammen.

### 3.4.2 Zusammenhang zwischen elterlicher Wahrnehmung der kindlichen Psychopathologie und Veränderungsscores

Zur Berücksichtigung der  $\alpha$ -Fehler-Inflation wurde im Zuge der Korrelationsanalysen eine  $\alpha$ -Fehler-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt, sodass das Signifikanzniveau bei 3 Skalen und damit 3 Testungen pro abhängiger Variable bei  $p = .01\bar{6}$ .

Im Folgenden wird über die signifikanten Korrelationen berichtet, die Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den CBCL-TRF-Differenz-Skalen sind im Anhang III.2 hinterlegt. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen der CBCL-TRF-Differenz *Total* und dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* von T0 nach T1 ( $r = 0,462$ ,  $p = .001$ ,  $n = 46$ ). Je stärker die Symptomatik insgesamt vor Aufnahme von den Eltern wahrgenommen wurde als von den Lehrkräften, desto stärker hatte sich die familiäre Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung aus der Tagesklinik verbessert (Abbildung 3.4). Damit handelt es sich um einen mittelstarken Effekt (Cohen, 1992).



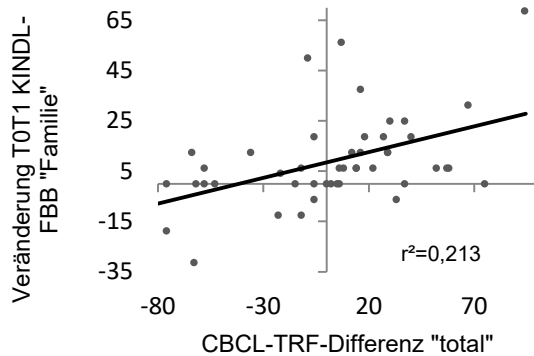


Abbildung 3.4. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *Total* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme und Entlassung auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,462$ ,  $p = .001$ ,  $n = 46$ ). Signifikanzniveau  $p = .016$ . T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen, CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R, TRF = Teacher's Report Form

Es zeigte sich außerdem eine signifikante Korrelation mit mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992) zwischen der CBCL-TRF-Differenz *Total* und dem VS der CBCL/6-18R -Skala *körperliche Beschwerden* von T0 nach T1 ( $r = 0,491$ ,  $p = .001$ ,  $n = 45$ ). Auch die körperlichen Beschwerden der Kinder hatten sich bei Entlassung umso stärker verringert, je stärker die Symptomatik insgesamt vor Aufnahme von den Eltern wahrgenommen wurde als von den Lehrkräften. Mit allen anderen Veränderungsscores zeigte die CBCL-TRF-Totaldifferenz nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Korrelationen.

Die CBCL-TRF-Differenz *internalisierende Probleme* zeigte, signifikante positive Korrelationen mittlerer bis starker Effektstärke (Cohen, 1992) mit mehreren Veränderungsscores. Tabelle 3.16 gibt einen Überblick über die statistischen Kennwerte dieser Korrelationsanalysen

Tabelle 3.16

*signifikante Korrelationen der CBCL-TRF-Differenz internalisierende Probleme.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: FA = Familie; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: KB = körperl. Beschwerden, ANX = Angstsymptome, TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, VS = Veränderungsscore.

			<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
VS KINDL-FBB	FA.	T0T1	0,466	.001	46	*	*
VS CBCL	KB	T0T1	0,417	.004	45	*	*
	ANX	T0T1	0,416	.005	45	*	*
	TOT	T0T2	0,498	.005	30	*	*
	INT	T0T2	0,512	.004	30	*	*
	AD	T0T2	0,640	<.001	30	*	*
	RD	T0T2	0,509	.004	30	*	*

Je stärker die internalisierenden Probleme vor Aufnahme von den Eltern wahrgenommen wurden als von den Lehrkräften, desto stärker hatten sich bei Entlassung die familiäre Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung verbessert sowie die körperlichen Beschwerden und Angstsymptome verringert – jeweils mit mittlerer Effekstärke – und desto stärker hatten sich im Nachgespräch die Gesamtproblematik mit einem mittelstarken Effekt verringert sowie internalisierende, ängstlich-depressive und rückzüglich-depressive Auffälligkeiten mit einem starken Effekt, siehe auch Abbildungen 3.5 bis Abbildung 3.11. Mit allen anderen Veränderungsvariablen zeigte die CBCL-TRF-Differenz *internalisierende Probleme* nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Korrelationen.

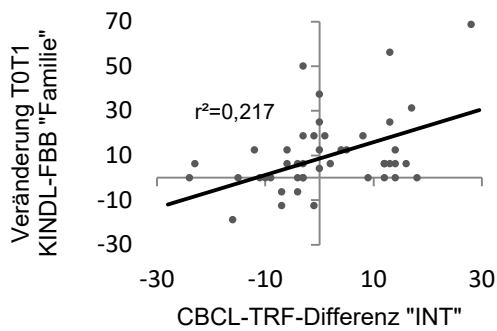


Abbildung 3.5. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme(T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,466, p = .001, n = 46$ ).

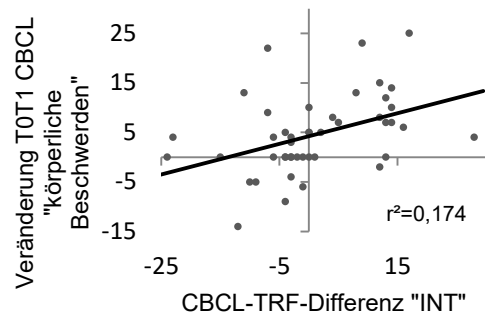


Abbildung 3.6. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *körperliche Beschwerden* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,417, p = .004, n = 45$ ).

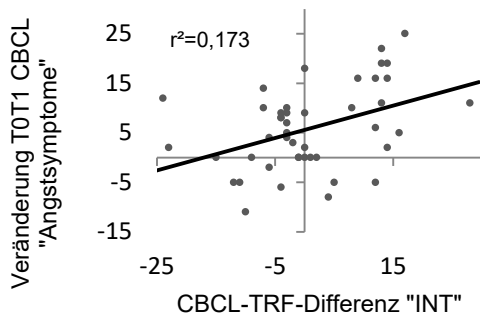


Abbildung 3.7. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *Angstsymptome* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,416, p = .005, n = 45$ ).

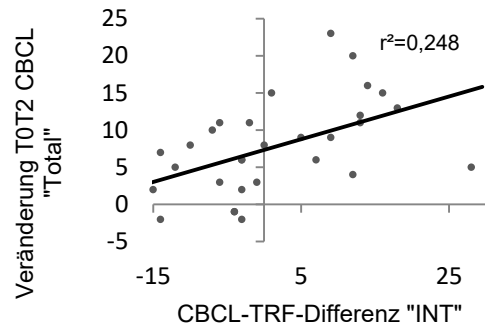


Abbildung 3.8. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *Totalscore* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,498, p = .005, n = 30$ ).

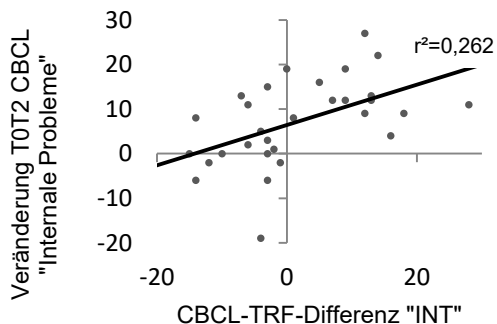


Abbildung 3.9. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *intern. Probleme* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,512, p = .004, n = 30$ ).

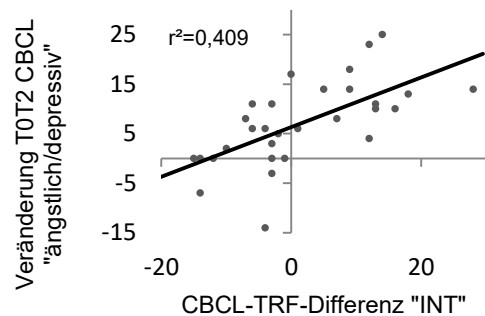


Abbildung 3.10. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *ängstlich/depressiv* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,640, p < .001, n = 30$ ).

Die CBCL-TRF-Differenz *externalisierende Probleme* zeigte nach Bonferroni-Korrektur lediglich mit dem VS der CBCL/6-18R -Skala *körperliche Beschwerden* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,473$ ,  $p = .001$ ,  $n = 45$ ) eine signifikante Korrelation mit mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992). Je stärker die externalisierenden Probleme des Kindes bei Aufnahme von den Eltern wahrgenommen wurden als von den Lehrkräften, desto stärker hatten sich bei Entlassung körperliche Beschwerden des Kindes verringert (Abbildung 3.12). Für alle anderen Veränderungsvariablen zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit der elterlichen Wahrnehmung der externalisierenden Probleme.

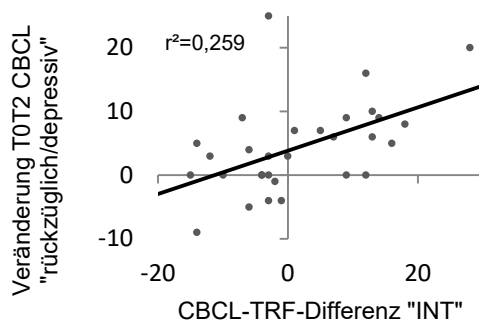


Abbildung 3.11. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *intern. Probleme* und Veränderung *rückzüglich/depressiv* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,509$ ,  $p = .004$ ,  $n = 30$ ). Signifikanz-niveau  $p = .01\bar{6}$ .

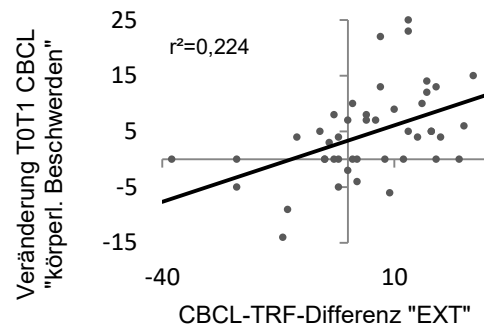


Abbildung 3.12. Korrelation zwischen CBCL-TRF-Differenz *extern. Probleme* und Veränderung *körperliche Beschwerden* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,473$ ,  $p = .001$ ,  $n = 45$ ). Signifikanzniveau  $p = .01\bar{6}$ .

Post-hoc wurde zur Interpretation der Ergebnisse für die signifikanten Zusammenhänge zwischen elterlicher Wahrnehmung und Veränderungsscores überprüft, inwiefern die elterliche Wahrnehmung auch mit dem Ausgangswert der Veränderungsskalen assoziiert war. Wie in Tabelle 3.17 dargestellt ist, zeigten sich zwischen allen Variablen elterlicher Psychopathologie und überprüften Ausgangswerten signifikante Korrelationen. Ebenso zwischen der CBCL-TRF-Differenz *externalisierende Probleme* und den Ausgangsvariablen, die die externalisierende Symptomatik bei Aufnahme erfassten. Eine stärkere

elterliche Wahrnehmung der Pathologie hing mit höheren Pathologien zum Zeitpunkt T0 auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB und auf der CBCL-&-18R zusammen.

Tabelle 3.17

*post-hoc-Analysen: Korrelationen zwischen elterlicher Wahrnehmung und Ausgangswerten der Veränderungsscores. Signifikanzniveau  $p < .050$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: FA = Familie; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: KB = körperl. Beschwerden, ANX = Angstsymptome, TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, EXT = externalisierende Probleme, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome T0 = Aufnahme.

CBCL-TRF-Differenz	Ausgangswert			
	Veränderungscore	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
TOT	KINDL-FBB FA T0	-0,350*	.002	79
INT	KINDL-FBB FA T0	-0,305*	.006	79
	CBCL TOT T0	0,387*	<.001	80
	CBCL INT T0	0,431*	<.001	80
	CBCL KB T0	0,393*	<.001	80
	CBCL ANX T0	0,493*	<.001	80
	CBCL RD T0	0,230*	.040	80
	EXT	KINDL-FBB FA T0	-0,359*	.001
CBCL KB T0		0,294*	.008	80
CBCL AP T0		0,294*	.008	80
CBCL RV T0		0,256*	.022	80
CBCL AV T0		0,256*	.003	80
CBCL EXT T0		0,340*	.002	80
CBCL TOT T0		0,337*	.002	80
CBCL ADH T0		0,229*	.041	80
CBCL OVS T0		0,242*	.031	80
CBCL DIS T0		0,249*	.026	80

### 3.4.3 Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und Veränderungsscores

Zur Berücksichtigung der  $\alpha$ -Fehler-Inflation wurde im Zuge der Korrelationsanalysen eine  $\alpha$ -Fehler-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt, sodass das Signifikanzniveau bei 12 Skalen und damit 12 Testungen pro abhängiger Variable bei  $p = .0041\bar{6}$  lag. Im Folgenden wird über die signifikanten Korrelationen berichtet, die Korrelationen aller

Veränderungsvariablen mit den SCL-90-R -Skalen sind im Anhang III.3 hinterlegt.

Die SCL-90-R -Skala *grundsätzliche Belastung* zeigte eine signifikante positive Korrelation mit mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992) mit dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* von T0 nach T1 ( $r = 0,444$ ,  $p = .001$ ,  $n = 54$ , Abbildung 3.13) und dem VS des KINDL<sup>R</sup> FBB *Freunde* von T0 nach T1 ( $r = 0,403$ ,  $p = .003$ ,  $n = 53$ , Abbildung 3.14). Je stärker Eltern vor Aufnahme angaben *grundsätzlich belastet* zu sein, desto stärker hatten sich die familiäre und die freundschaftliche Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung aus der Tagesklinik verbessert.

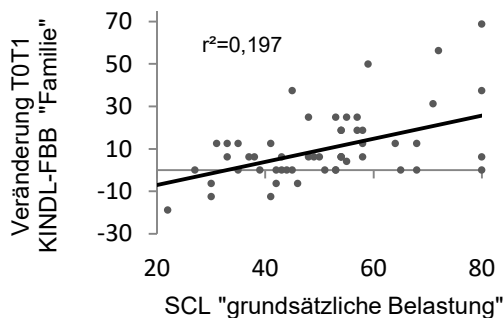


Abbildung 3.13. Korrelation zwischen SCL *grundsätzliche Belastung* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,444$ ,  $p = .001$ ,  $n = 54$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

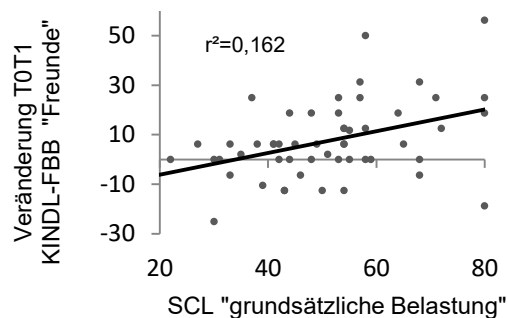


Abbildung 3.14. Korrelation zwischen SCL *grundsätzliche Belastung* und Veränderung *Freunde* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,403$ ,  $p = .001$ ,  $n = 54$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

Es zeigte sich außerdem eine positive signifikante Korrelation zwischen der SCL-90-R-Skala *Anzahl der Symptome* und der VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* von T0 nach T1 ( $r = 0,414$ ,  $p = .002$ ,  $n = 54$ ). Der Effekt war mittelstark (Cohen, 1992). Je mehr Symptome die Eltern bei Aufnahme bei sich selbst angaben, desto stärker hatte sich die familiäre Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung verbessert, siehe auch Abbildung 3.15.

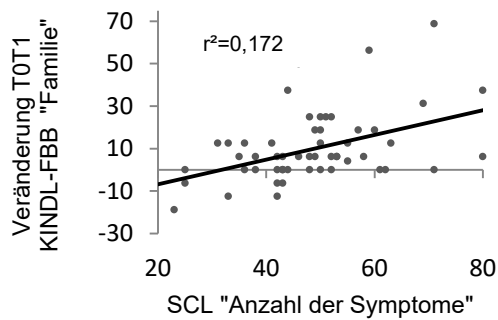


Abbildung 3.15. Korrelation zwischen SCL *Anzahl der Symptome* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,414$ ,  $p = .002$ ,  $n = 54$ ). Signifikanzniveau  $p = .00416$ .

Die SCL-90-R-Skala *Somatisierung* korrelierte signifikant positiv mit folgenden Veränderungsvariablen: mit mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992) zeigte sich ein Zusammenhang mit dem VS KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* von T0 nach T1 ( $r = 0,492$ ,  $p < .001$ ,  $n = 54$ ) und dem VS CBCL/6-18R *soziale Probleme* von T0 nach T1 ( $r = 0,404$ ,  $p = .003$ ,  $n = 52$ ). Mit starker Effektstärke (Cohen, 1992) zeigte sich ein Zusammenhang mit dem VS der CBCL/6-18R-Skala *rückzüglich/depressiv* von T0 nach T2 ( $r = 0,500$ ,  $p = .003$ ,  $n = 34$ ). Je größer die körperlichen Beschwerden der Eltern bei Aufnahme waren, desto stärker hatten sich die sozialen Probleme der Kinder und die familiäre Situation des Kindes aus Sicht der Eltern bei Entlassung verbessert und desto weniger litten die Kinder im Nachgespräch aus Sicht der Eltern unter rückzüglich-depressiven Problemen im Vergleich zur Aufnahme. Die Korrelationen werden auf den Abbildungen 3.16 bis 3.18 verdeutlicht

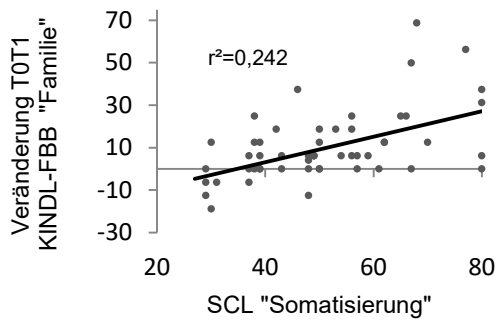


Abbildung 3.16. Korrelation zwischen SCL *Somatisierung* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,492$ ,  $p < .001$ ,  $n = 54$ ).  
Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

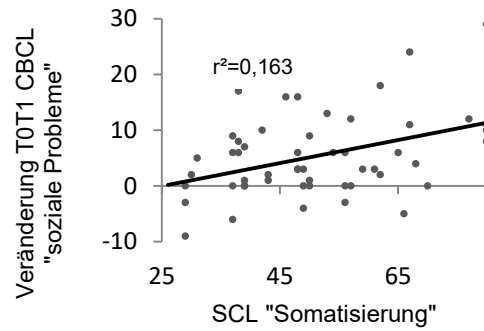


Abbildung 3.17. Korrelation zwischen SCL *Somatisierung* und Veränderung *soziale Probleme* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,404$ ,  $p = .003$ ,  $n = 52$ ).  
Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

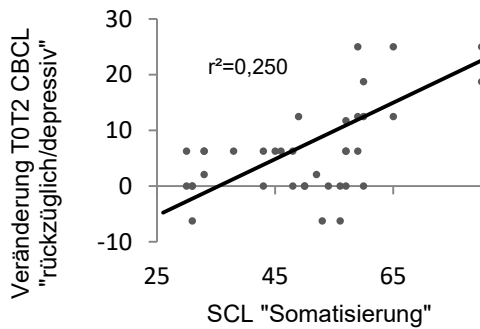


Abbildung 3.18. Korrelation zwischen SCL *Somatisierung* und Veränderung *rückzüglich/depressiv* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,500$ ,  $p = .003$ ,  $n = 34$ ) Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .



Die SCL-90-R-Skala *Zwanghaftigkeit* zeigte eine signifikante positive Korrelation mit dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Freunde* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,464$ ,  $p < 0,001$ ,  $n = 53$ , Abbildung 3.19) sowie zwischen T0 und T2 ( $r = 0,539$ ,  $p = .001$ ,  $n = 37$ , Abbildung 3.20) und mit dem VS der CBCL/6-18R-Skala *soziale Probleme* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,499$ ,  $p = .003$ ,  $n = 34$ , Abbildung 3.21). Die Korrelation mit den Skalen *Freunde* bei Entlassung und *soziale Probleme* bei Entlassung zeigte eine mittlere Effektstärke, die Korrelation mit der Skala *Freunde* im Nachgespräch eine hohe Effektstärke (Cohen, 1992). Je höher die Eltern bei Aufnahme angaben unter zwanghaften Problemen zu leiden, desto besser war die freundschaftliche Situation des Kindes bei Entlassung und im Nachgespräch aus Sicht der Eltern im und desto stärker hatten sich die sozialen Probleme der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung verringert.

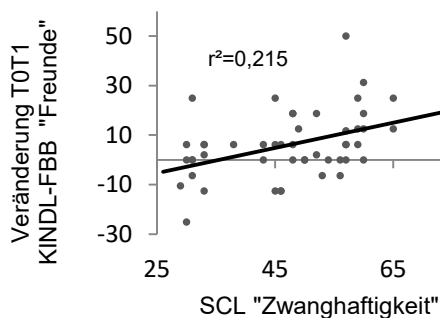


Abbildung 3.19. Korrelation zwischen SCL *Zwanghaftigkeit* und Veränderung *Freunde* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,464$ ,  $p < .001$ ,  $n = 53$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

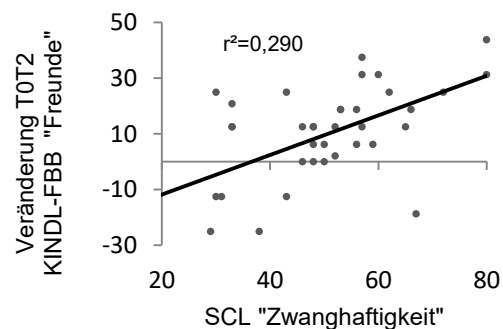


Abbildung 3.20. Korrelation zwischen SCL *Zwanghaftigkeit* und Veränderung *Freunde* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,539$ ,  $p = .001$ ,  $n = 37$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

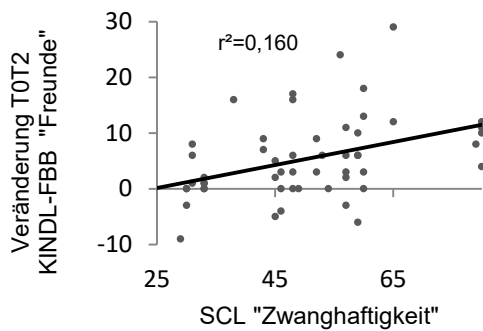


Abbildung 3.21. Korrelation zwischen SCL *Zwanghaftigkeit* und Veränderung *soziale Probleme* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,400$ ,  $p = .003$ ,  $n = 34$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

Signifikante positive Korrelationen mittelstarker Effektstärke (Cohen, 1992) zeigten sich auch zwischen der SCL-90-R-Skala *Depressivität* und dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,491$ ,  $p < 0,001$ ,  $n = 54$ ) und dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB Gesamt-Scores zwischen T0 und T2 ( $r = 0,496$ ,  $p = .002$ ,  $n = 37$ ). Je stärker die Eltern bei Aufnahme angaben unter depressiven Symptomen zu leiden, desto stärker verbessert war die familiäre Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung und desto mehr angestiegen war die Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern insgesamt im Nachgespräch, siehe Abbildungen 3.22 und 3.23.

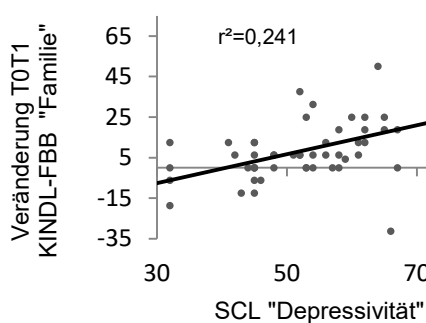


Abbildung 3.22. Korrelation zwischen SCL *Depressivität* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,491$ ,  $p < .001$ ,  $n = 54$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

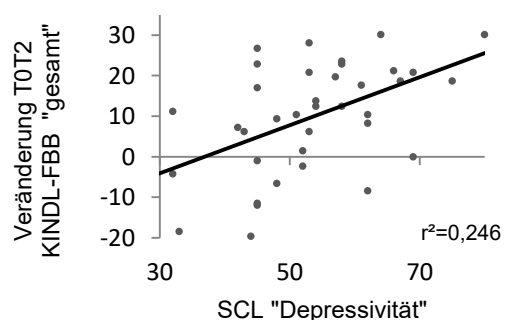


Abbildung 3.23. Korrelation zwischen SCL *Depressivität* und Veränderung *gesamt* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,496$ ,  $p = .002$ ,  $n = 37$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

Die SCL-90-R-Skala *Aggressivität/Feindseligkeit* zeigte eine signifikante positive Korrelation mit dem VS der CBCL/6-18R-Skala *oppositionelle Verhaltenssymptome* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,421$ ,  $p = .002$ ,  $n = 52$ , Abbildung 3.24) und mit dem VS der CBCL/6-18R-Skala *soziale Probleme* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,393$ ,  $p = .00398$ ,  $n = 52$ , Abbildung 3.25). Beide Korrelationen haben eine mittlere Effektstärke (Cohen, 1992). Je stärker die Eltern bei Aufnahmeangaben unter aggressiven, feindseligen Gedanken und Impulsen zu leiden, desto stärker hatten sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus Sicht der Eltern oppositionelle Verhaltenssymptome der Kinder reduziert und soziale Probleme verringert.

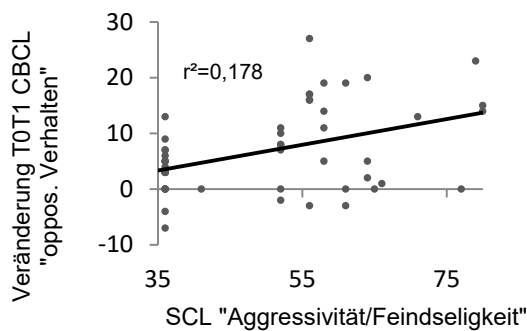


Abbildung 3.24. Korrelation zwischen SCL *Aggressivität/Feindseligkeit* und Veränderung *oppositionelles Verhalten* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,421$ ,  $p = .002$ ,  $n = 52$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

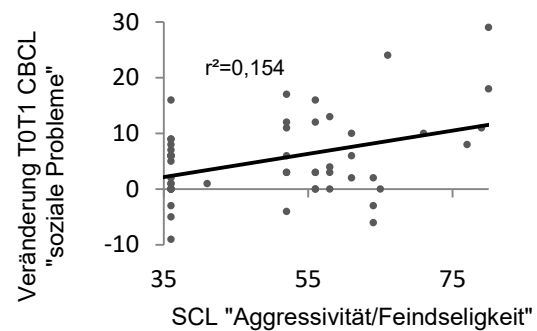


Abbildung 3.25. Korrelation zwischen SCL *Aggressivität/Feindseligkeit* und Veränderung *soziale Probleme* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,393$ ,  $p = .004$ ,  $n = 52$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

Es zeigte sich ferner eine positive signifikante Korrelation mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992) zwischen der SCL-90-R-Skala *paranoides Denken* und dem VS der CBCL/6-18R-Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,435$ ,  $p = .001$ ,  $n = 52$ ). Je stärker die Eltern bei Aufnahme im SCL-90-R über *paranoides Denken* berichteten, desto stärker hatten sich die *Aufmerksamkeitsprobleme* ihres Kindes bei Entlassung reduziert, siehe auch Abbildung 3.26

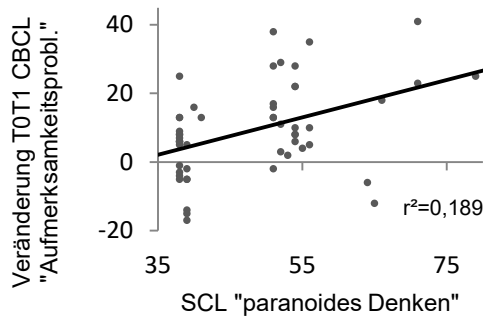


Abbildung 3.26. Korrelation zwischen SCL *paranoides Denken* und Veränderung *Aufmerksamkeitsprobleme* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,435$ ,  $p = .001$ ,  $n = 52$ ). Signifikanzniveau  $p = .0041\bar{6}$ .

Die SCL-90-R-Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Ängstlichkeit*, *phobische Angst* und *Psychotizismus* zeigten nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Korrelationen mit den Veränderungsvariablen. Das heißt zwischen diesen Komponenten elterlicher Belastung und dem Behandlungsverlauf scheinen keine Zusammenhänge zu bestehen.

Post-hoc wurde zur Interpretation der Ergebnisse für die signifikanten Zusammenhänge zwischen elterlicher Psychopathologie und Veränderungsscores überprüft, inwiefern die elterliche Psychopathologie auch mit dem Ausgangswert der Veränderungsskalen assoziiert war. Wie in Tabelle 3.18 dargestellt ist, zeigten sich zwischen allen überprüften Variablen der SCL-90R und den Ausgangswerten signifikante Korrelationen. Höhere elterliche Psychopathologie hing mit höheren Pathologien der Kinder zum Zeitpunkt T0 auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB und auf der CBCL-&-18R zusammen.

Tabelle 3.18

*post-hoc-Analysen: Korrelationen zwischen elterlicher Belastung und Ausgangswerten der Veränderungsscores. Signifikanzniveau  $p < .050$ .*

*Anmerkung.* SCL = Symptom-Cecklist®e, KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: FA = Familie, FR = Freunde; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: SP = soziale Probleme, RD = rückzüglich/depressiv, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, T0 = Aufnahme.

SCL-Skala	Ausgangswert			
	Veränderungscore	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
grundsätzl. Belastung	KINDL-FBB FA T0	-0,427*	<.001	95
	KINDL-FBB FR T0	-0,315*	.002	93
Anzahl Symptome	KINDL-FBB FA T0	-0,396*	<.001	95
Somatisierung	KINDL-FBB FA T0	-0,1339	.001	95
	CBCL SP T0	0,231*	<.025	94
	CBCL RD T0	0,246*	.017	94
Zwanghaftigkeit	KINDL-FBB FR T0	-0,337*	.001	93
	CBCL SP T0	0,369*	<.001	94
Depressivität	KINDL-FBB FA T0	-0,491*	<.001	95
	KINDL ges. T0	-0,469*	<.001	95
Aggressivität/Feindseligkeit	CBCL OVS T0	0,305*	.003	94
	CBCL SP T0	0,368*	<.001	94
paranoides Denken	CBCL AP T0	0,406*	<.001	

#### 3.4.4 Zusammenhang zwischen Qualität der interpersonellen Beziehungen und Veränderungsscores

Zur Berücksichtigung der  $\alpha$ -Fehler-Inflation wurde im Zuge der Korrelationsanalysen eine  $\alpha$ -Fehler-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt, sodass das Signifikanzniveau bei 6 Skalen und damit 6 Testungen pro abhängiger Variable bei  $p = .008\bar{3}$  lag. Im Folgenden wird über die signifikanten Korrelationen berichtet, die Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den Beziehungs-Skalen sind auf im Anhang III.4 hinterlegt. Zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass niedrigere Werte auf den Beziehungsskalen bessere Beziehungen bedeuten.

Die Skala *Beziehung Elternteil-Kind* aus Sicht der Eltern zeigte signifikante Korrelationen mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992) mit der VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Familie* zwischen T0 und T1 ( $r = 0,456$ ,  $p = .001$ ,  $n = 53$ , Abbildung

3.27), sowie mit der VS der CBCL/6-18R-Skala *regolverletzendes Verhalten* zwischen T0 und T2 ( $r = 0,484$ ,  $p = .004$ ,  $n = 33$ , Abbildung 3.28). Je schlechter die Eltern die Beziehung zu ihrem Kind bei Aufnahme bewerteten, desto größer war die Verbesserung der familiären Situation der Kinder aus Sicht der Eltern bei Entlassung und desto stärker hatte sich das regelverletzende Verhalten der Kinder im Nachgespräch reduziert.

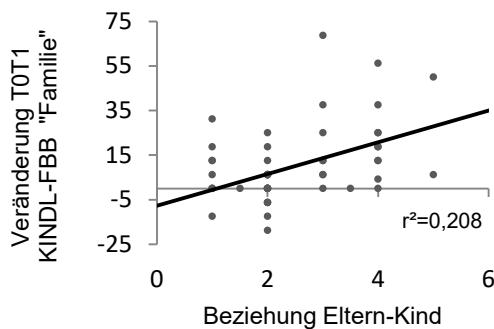


Abbildung 3.27. Korrelation zwischen *Beziehung Eltern-Kind* und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,421$ ,  $p = .002$ ,  $n = 52$ ). Signifikanzniveau  $p = .008\bar{3}$ .

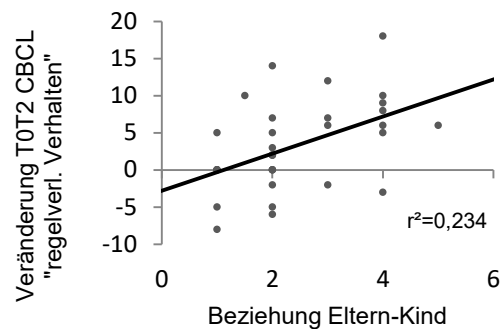


Abbildung 3.28. Korrelation zwischen *Beziehung Eltern-Kind* und Veränderung *regolverletzendes Verhalten* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,484$ ,  $p = .004$ ,  $n = 33$ ). Signifikanzniveau  $p = .008\bar{3}$ .

Die Skala *Beziehung Lehrkraft-Kind* aus Sicht der Eltern zeigte eine signifikante Korrelation mit starker Effektsärke (Cohen, 1992) mit dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Schule* zwischen Zeitpunkt T0 und T2 ( $r = 0,633$ ,  $p < 0,001$ ,  $n = 33$ ). Je schlechter die Eltern die Beziehung ihres Kindes zur Lehrkraft bei Aufnahme einschätzten, desto stärker hatte sich die Schulsituation des Kindes zum Zeitpunkt des Nachgesprächs im Vergleich zur Aufnahme verbessert, siehe auch Abbildung 3.29.

Die Skala *Beziehung Lehrkraft-Kind* aus Sicht der Lehrkräfte korrelierte signifikant negativ mit mittlerer Effektstärke (Cohen, 1992) mit dem VS der CBCL/6-18R-Skala *Depressive Symptome* zwischen Zeitpunkt T0 und T1 ( $r = -0,437$ ,  $p = .005$ ,  $n = 40$ , Abbildung 3.30). Je besser die-Beziehung zum Kind von den Lehrkräften zum Zeitpunkt der Aufnahme eingeschätzt wurde, desto

stärker hatten sich depressive Symptome der Kinder aus Sicht der Eltern zum Zeitpunkt der Entlassung verringert.

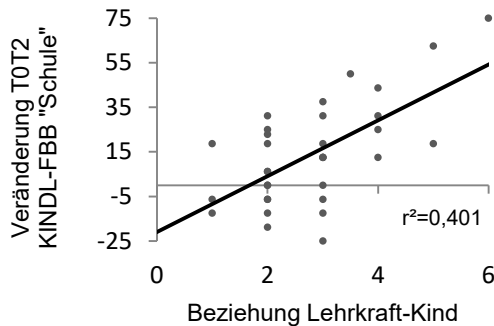


Abbildung 3.29. Korrelation zwischen *Beziehung Lehrkraft-Kind* aus Elternsicht und Veränderung *Schule* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,633$ ,  $p < .001$ ,  $n = 33$ ). Signifikanzniveau  $p = .008\bar{3}$ .

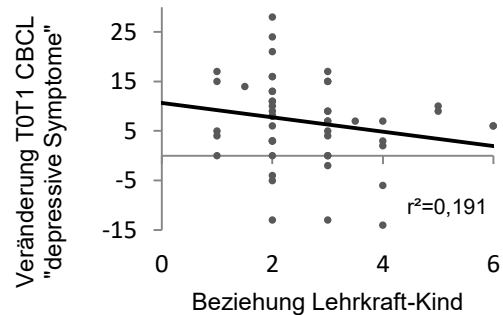


Abbildung 3.30. Korrelation zwischen *Beziehung Lehrkraft-Kind* aus Lehrkraftsicht und Veränderung *depressive Symptome* zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) auf der CBCL/6-18R ( $r = -0,437$ ,  $p = .005$ ,  $n = 40$ ). Signifikanzniveau  $p = .008\bar{3}$ .

Die Skala *Beziehung Eltern-Schule* aus Elternsicht zeigte eine positive Korrelation starker Effektstärke (Cohen, 1992) mit dem VS des KINDL<sup>R</sup>-FBB *Schule* zwischen T0 und T2 ( $r = 0,667$ ,  $p < 0,001$ ,  $n = 34$ , Abbildung 3.31) und mit dem VS der CBCL/6-18R-Skala *rückzüglich/depressiv* zwischen T0 und T2 ( $r = 0,526$ ,  $p = .001$ ,  $n = 34$ , Abbildung 3.32). Je schlechter die Beziehung zwischen Eltern und Schule von den Eltern bei Aufnahme eingeschätzt wurde, desto stärker hatten sich zum Zeitpunkt des Nachgesprächs aus Sicht der Eltern rückzüglich-depressives Verhalten der Kinder verringert sowie ihre schulische Situation verbessert.

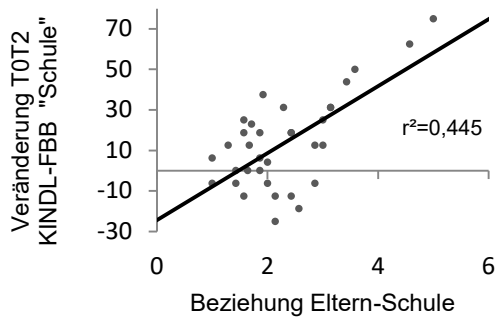


Abbildung 3.31. Korrelation zwischen *Beziehung Eltern-Schule* aus Elternsicht und Veränderung *Familie* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB ( $r = 0,667$ ,  $p < .001$ ,  $n = 34$ ). Signifikanzniveau  $p = .008\bar{3}$ .

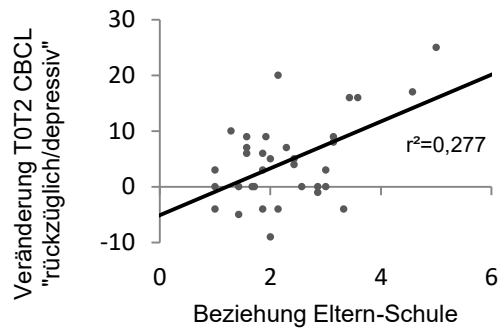


Abbildung 3.32. Korrelation zwischen *Beziehung Eltern-Schule* aus Elternsicht und Veränderung *rückzüglich/depressiv* zwischen Aufnahme (T0) und Nachgespräch (T2) auf der CBCL/6-18R ( $r = 0,526$ ,  $p = .001$ ,  $n = 34$ ). Signifikanzniveau  $p = .008\bar{3}$ .

Die Skalen *Beziehung Eltern-Lehrkraft* aus Sicht der Lehrkräfte und *Beziehung Mutter-Vater* zeigten nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Korrelationen mit den Veränderungsvariablen. Zwischen diesen Komponenten der Beziehungen im Umfeld der Kinder und dem Behandlungsverlauf scheinen keine Zusammenhänge zu bestehen.

Post-hoc wurde zur Interpretation der Ergebnisse für die signifikanten Zusammenhänge zwischen Beziehungsvariablen und Veränderungsscores überprüft, inwiefern die Beziehungsvariable auch mit dem Ausgangswert der Veränderungsskalen assoziiert war. Wie in Tabelle 3.19 dargestellt ist, zeigten sich zwischen fast allen Beziehungsvariablen und überprüften Ausgangswerten signifikante Korrelationen. Schlechtere Beziehungen hingen mit höheren Pathologien zum Zeitpunkt T0 auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB und auf der CBCL-&-18R zusammen, ausgenommen den Zusammenhang zwischen *Beziehung Lehrkraft-Kind* und dem CBCL-Score *Depressivität* zum Zeitpunkt T0.



Tabelle 3.19

*post-hoc-Analysen: Korrelationen zwischen Beziehungsvariablen und Ausgangswerten der Veränderungsscores. Signifikanzniveau  $p < .050$ .*

*Anmerkung.* es = Elternsicht, ls = Lehrkraftsicht; T0 = Aufnahme; KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen FA = Familie, SCH = Schule; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: RV = regelverl. Verhalten, DEP = affektive Symptome, RD = rückzügl./depressiv. Auf der CBCL bedeuten höhere Werte mehr Pathologie, auf dem KINDL-FBB bedeuten höhere Werte mehr Qualität in diesem Bereich.

Beziehungsvariable	Ausgangswert			<i>n</i>
	Veränderungscore	<i>r</i>	<i>p</i>	
Elternteil-Kind	KINDL-FBB FA T0	<b>-0,682*</b>	<.001	91
	CBCL RV T0	<b>0,409*</b>	<.001	90
Lehrkraft-Kind (es)	KINDL-FBB SCH T0	<b>-0,342*</b>	.001	87
Lehrkraft-Kind (ls)	CBCL DEP T0	-0,158	.182	73
Eltern-Schule (es)	KINDL-FBB SCH T0	<b>-0,364*</b>	<.001	89
	CBCL RD T0	<b>0,220*</b>	.035	92

### 3.5 Zusammenhang zwischen Störungskategorie und Behandlungserfolg (Hypothese 3)

Zur Überprüfung der Hypothese 3 wurden, wie in Abschnitt 2.8.3 beschrieben, gemischte ANOVAs mit *Zeit* als Innersubjektfaktor und *Störungskategorie* als Zwischensubjektfaktor berechnet. Die Ergebnisse dieser ANOVAs sind im Folgenden dargestellt

#### 3.5.1 Zusammenhang zwischen Störungskategorie und der Veränderung im KINDL<sup>R</sup>-FBB

Die gemischte ANOVA zu allen 3 Zeitpunkten berücksichtigte  $n = 29$  Fälle, von denen 20 (69,0%) der Kategorie *externalisierend*, 7 (24,1%) der Kategorie *internalisierend* und 2 (6,9%) der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Die Interaktionseffekte zwischen Messwiederholung und Störungskategorie für die einzelnen Subskalen sind in Tabelle 3.20 zusammengefasst.

Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T1 berücksichtigte  $n = 55$  Fälle, von denen 36 der Kategorie *externalisierend*,  $n = 11$  der Kategorie *internalisierend*,  $n = 8$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T2 berücksichtigte  $n = 37$  Fälle (*externalisierend*:  $n = 24$ , *internalisierend*:  $n = 8$ , *uneindeutig*:  $n = 5$ ).

Die Interaktionseffekte für 2 Messzeitpunkte sind ebenfalls in Tabelle 3.20 zusammengefasst.

Tabelle 3.20

*Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Skalen des KINDL<sup>R</sup>-FBB. Signifikanzniveau  $p=.050$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB = KINDL®-Fremdbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

		<i>Interaktion</i>			
		<i>Zeit*Störungskat.</i>	<i>p</i>	<i><math>\eta^2</math></i>	<i>n</i>
Gesamt	T0T1T2	F(3.28,44.32) = 1,208	.319	0,082	30
	T0T1	F(2,52) = 0,592	.557	0,022	55
	T0T2	F(2,34) = 2,196	.127	0,114	37
KW	T0T1T2	F(2.94,39.65) = 1,695	.185	0,112	30
	T0T1	F(2,52) = 2,565	.087	0,090	55
	T0T2	F(2,37) = 2,771	.077	0,140	37
PW	T0T1T2	F(4,54) = 1,349	.264	0,091	30
	T0T1	F(2,51) = 0,886	.419	0,034	54
	T0T2	F(2,33) = 4,423	.273	0,076	36
SW	T0T1T2	<b>F(4,52) = 2,626*</b>	.045	0,168	29
	T0T1	F(2,52) = 0,607	.549	0,023	55
	T0T2	F(2,34) = 2,287	.117	0,119	37
FA	T0T1T2	F(3.01,39.17) = 2,141	.110	0,141	29
	T0T1	F(2,51) = 0,194	.824	0,008	54
	T0T2	F(2,33) = 1,129	.336	0,064	36
FR	T0T1T2	F(3.67,49.50) = 1,529	.212	0,102	30
	T0T1	F(5,50) = 0,085	.919	0,003	53
	T0T2	F(2,34) = 0,205	.816	0,134	37
SCH	T0T1T2	F(4,50) = 1,695	.244	0,101	28
	T0T1	F(2,50) = 0,161	.852	0,006	53
	T0T2	<b>F(2,31) = 3,460*</b>	.044	0,182	34

Auf der Subskala *Selbstwert* gab es eine statistisch signifikante Interaktion,  $F(4,52) = 2.626$ ,  $p = .045$ ,  $\eta^2 = 0,168$ ,  $n = 29$  (Signifikanzniveau  $p = .050$ ). Der Selbstwert der Kinder veränderte sich demnach aus Sicht der Eltern in den verschiedenen Störungsgruppen über die Zeit unterschiedlich. Bei den paarweisen Vergleichen zeigte sich für die Kinder mit externalisierender Störung eine signifikante Veränderung des Selbstwerts zwischen T0 und T1 ( $p = .003$ ) sowie zwischen T0 und T2 ( $p = .005$ ), während in den anderen Störungsgruppen keine signifikante Veränderung über die Zeit stattgefunden hat (Tabelle 3.21). Es fand sich zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, siehe Tabelle 3.22.

Tabelle 3.21

*Veränderung KINDL<sup>R</sup>-Fremdbeurteilungsbogen, Subskala Selbstwert;  
Paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit.  
Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* St.kat. = Störungskategorie, ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

St..kat.	Zeit	Zeit	Mittl. Diff.	SE	$p$
ext.	T0	T1	<b>-15,94*</b>	4,35	.003
		T2	<b>-15,42*</b>	4,37	.005
	T1	T0	<b>15,94*</b>	4,35	.003
		T2	0,52	3,68	1.000
	T2	T0	<b>15,42*</b>	4,37	.005
		T1	-,52	3,68	1.000
int.	T0	T1	9,82	7,36	.580
		T2	-3,57	7,39	1.000
	T1	T0	-9,82	7,36	.580
		T2	-13,39	6,23	.123
	T2	T0	3,57	7,39	1.000
		T1	13,39	6,23	.123
uneind.	T0	T1	0,00	13,77	1.000
		T2	-9,38	13,82	1.000
	T1	T0	0,00	13,77	1.000
		T2	-9,38	11,65	1.000
	T2	T0	9,38	13,82	1.000
		T1	9,38	11,65	1.000

Tabelle 3.22

Veränderung KINDL<sup>R</sup>- Fremdbeurteilungsbogen, Subskala Selbstwert;  
 Paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt.  
 Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Anmerkung. St.kat. = Störungskategorie, ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. =  
 uneindeutig, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

Zeit	St.kat.	St.kat.	Mittl Diff.	SE	p
T0	ext.	int.	-14,84	7,67	.192
		uneind.	-3,23	12,95	1.000
	int.	ext.	14,84	7,67	.192
		uneind.	11,61	14,00	1.000
	uneind.	ext.	3,23	12,95	1.000
		int.	-11,61	14,00	1.000
T1	ext.	int.	10,92	6,20	.269
		uneind.	12,71	10,46	.706
	int.	ext.	-10,92	6,20	.269
		uneind.	1,79	11,31	1.000
	uneind.	ext.	-12,71	10,46	.706
		int.	-1,79	11,31	1.000
T2	ext.	int.	-2,99	6,07	1.000
		uneind.	2,81	10,25	1.000
	int.	ext.	2,99	6,07	1.000
		uneind.	5,80	11,08	1.000
	uneind.	ext.	-2,81	10,25	1.000
		int.	-5,80	11,08	1.000

Deskriptiv lässt sich jedoch feststellen, dass die Patienten mit einer externalisierenden und die mit einer uneindeutigen Störung bei Aufnahme nach Einschätzung der Eltern ein schlechteres Selbstwertgefühl hatten als die Kinder mit internalisierenden Störungen, während sich die Level bei im Nachgespräch einander angenähert haben. In Abbildung 3.33 und Tabelle 3.23 wird dieser Verlauf dargestellt. Die signifikante Interaktion konnte bei den ANOVAS, die 2 Zeitpunkte und mehr Patienten einschloss, nicht reproduziert werden (Tabelle 3.20). Alle anderen Subskalen des KINDL<sup>R</sup>-FBB zeigen, alle 3 Messzeitpunkte berücksichtigt, keine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie.

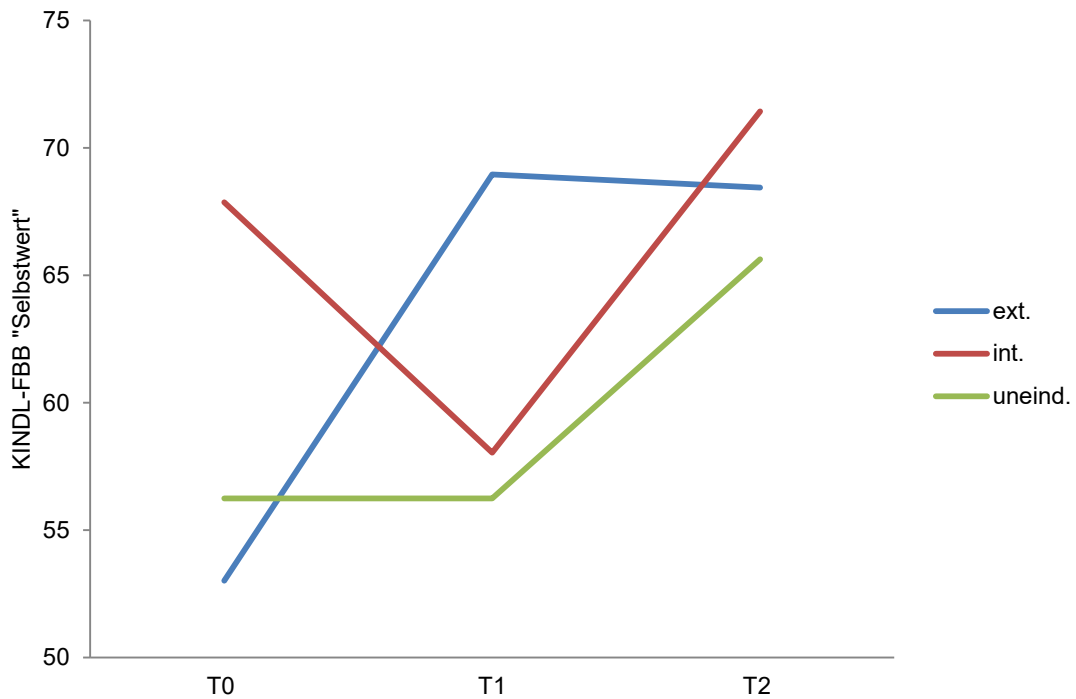


Abbildung 3.33. Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie des KINDL<sup>R</sup>-FBB Selbstwert,  $F(4,52) = 2.626$ ,  $p = .045$ ,  $\eta^2 = .168$ ,  $n = 29$ . Keine sig. Gruppenunterschiede. Sig. Veränderung in der Gruppe der externalisierenden Störungen zwischen T0 und T1 ( $p = .003$ ) sowie T0 und T2 ( $p = .005$ ). Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Tabelle 3.23

*KINDL<sup>R</sup>-FBB Selbstwert; Veränderung der Störungsgruppen über die Zeit*

Anmerkung. ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

	Zeit	M	SD	n
ext.	T0	53,02	18,92	20
	T1	68,96	10,83	20
	T2	68,44	13,82	20
int.	T0	67,86	13,22	7
	T1	58,04	20,95	7
	T2	71,43	11,89	7
uneind.	T0	56,25	8,84	2
	T1	56,25	17,68	2
	T2	65,63	22,10	2

Auf der Subskala *Schule* zeigte sich zwischen den Messzeitpunkten T0 und T2 ein signifikanter Interaktionseffekt,  $F(2,31) = 3.460$ ,  $p = .044$ ,  $\eta^2 = .182$ ,  $n = 34$  (Signifikanzniveau  $p = .050$ ). Demnach veränderte sich die Schulsituation in den Störungsgruppen zwischen Aufnahme und Nachgespräch unterschiedlich. Bei den paarweisen Vergleichen zeigte sich für die Kinder mit externalisierender und für die mit internalisierender Störung eine signifikante Veränderung der Schulsituation zwischen T0 und T2 (ext.:  $p = .003$ , int.:  $p = .001$ ), während die Schulsituation sich bei den Kindern mit uneindeutiger Störungskategorie nicht signifikant veränderte, siehe Tabelle 3.24. Die Gruppenunterschiede waren zu keinem Zeitpunkt signifikant (Tabelle 3.25).

Tabelle 3.24

*Veränderung KINDL<sup>R</sup>-FBB Schule; Paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit. Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig, T0 = Aufnahme, T2 = Nachgespräch.

	Zeit	Zeit	Mittl. Diff.	SE	p
ext.	T0	T2	<b>-13,59*</b>	4,66	.006
	T2	T0	<b>13,59*</b>	4,66	.006
int.	T0	T2	<b>-26,56*</b>	7,54	.001
	T2	T0	<b>26,56*</b>	7,54	.001
uneind.	T0	T2	5,42	9,54	.574
	T2	T0	-5,42	9,54	.574

Tabelle 3.25

Veränderung KINDL<sup>R</sup>-FBB Schule; Paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt. Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Anmerkung. St.kat. = Störungskategorie, ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

Zeit	St.kat.	St.kat.	Mittl. Diff.	SE	p
T0	ext.	int.	9,38	8,60	.851
		uneind.	-15,42	10,30	.433
	int.	ext.	-9,38	8,60	.851
		uneind.	-24,79	11,80	.131
	uneind.	ext.	15,42	10,30	.433
		int.	24,79	11,80	.131
T1	ext.	int.	-3,60	4,81	1.000
		uneind.	3,59	5,76	1.000
	int.	ext.	3,60	4,81	1.000
		uneind.	7,19	6,59	.852
	uneind.	ext.	-3,59	5,76	1.000
		int.	-7,19	6,59	.852

Deskriptiv lässt sich jedoch feststellen, dass die Kinder mit externalisierender und mehr noch die Kinder mit internalisierender Störung bei Aufnahme eine schlechtere Schulsituation hatten als die Kinder mit uneindeutiger Störung. Im Nachgespräch hatten sich die Level angeglichen. Tabelle 3.26 und Abbildung 3.34 stellen diesen Verlauf dar.

Tabelle 3.26

KINDL<sup>R</sup>-FBB Schule T0T2; Veränderung der Störungsgruppen über die Zeit

Anmerkung. ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig, T0 = Aufnahme, T2 = Nachgespräch.

		M	SD	n
ext.	T0	62,50	20,44	21
	T2	76,09	13,37	21
int.	T0	53,13	26,09	8
	T2	79,69	5,54	8
uneind.	T0	77,92	6,00	5
	T2	72,50	9,48	5

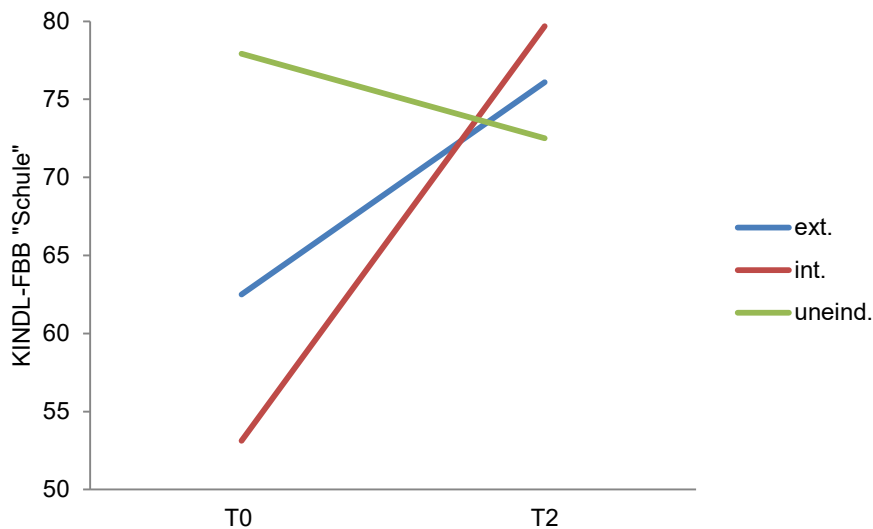


Abbildung 3.34. Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie des KINDL<sup>R</sup>-FBB „Schule“. Zeitpunkt T0 und T2 isoliert betrachtet,  $F(2,31) = 3.460$ ,  $p = .044$ ,  $\eta^2 = .182$ ,  $n = 34$ . Keine sig. Gruppenunterschiede. Sig. Veränderung über die Zeit in der Gruppe der externalisierenden Störungen ( $p = .003$ ) und in der Gruppe der internalisierenden Störungen ( $p = .001$ ). Signifikanzniveau  $p = .050$ .

### 3.5.2 Zusammenhang zwischen Störungskategorie und der Veränderung im KINDL<sup>R</sup>-SBB

Die gemischte ANOVA zu allen 3 Zeitpunkten berücksichtigte  $n = 20$  Fälle, von denen  $n = 11$  der Kategorie *externalisierend*,  $n = 6$  der Kategorie *internalisierend* und  $n = 3$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T1 berücksichtigte  $n = 77$  Fälle, von denen  $n = 48$  der Kategorie *externalisierend*,  $n = 11$  der Kategorie *internalisierend*,  $n = 18$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T2 berücksichtigte  $n = 22$  Fälle (*externalisierend*:  $n = 12$ , *internalisierend*:  $n = 6$ , *uneindeutig*:  $n = 4$ ). Die Interaktionseffekte zwischen Messwiederholung und Störungskategorie für die einzelnen Subskalen sind in Tabelle 3.27 zusammengefasst. Keine der Skalen der KINDL<sup>R</sup>-SBB zeigte einen Interaktionseffekt zwischen Störungskategorie und Zeit (Signifikanzniveau  $p = .050$ ).



Tabelle 3.27

*Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Skalen des KINDL<sup>R</sup>-SBB. Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* KINDL-SBB = KINDL®-Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, St.kat. = Störungskategorie.

		<i>Interaktion</i>			
		<i>Zeit*St.kat.</i>	<i>p</i>	<i><math>\eta^2</math></i>	<i>n</i>
Gesamt	T0T1T2	F(4,34) = 0.568	.688	0,063	20
	T0T1	F(2,74) = 0.352	.352	0,704	77
	T0T2	F(2,19) = 0.344	.713	0,035	22
KW	T0T1T2	F(2.99,25.44) = 0.506	.681	0,056	20
	T0T1	F(2,74) = 0.859	.428	0,023	77
	T0T2	F(2,19) = 0.540	.592	0,054	22
PW	T0T1T2	F(2.70,22.95) = 1.578	.224	0,157	20
	T0T1	F(2,74) = 1.064	.350	0,028	77
	T0T2	F(2,19) = 1.688	.211	0,151	22
SW	T0T1T2	F(3.03,25.74) = 0.568	.777	0,042	20
	T0T1	F(2,74) = 0.743	.479	0,020	77
	T0T2	F(2,19) = 0.139	.871	0,014	22
FA	T0T1T2	F(4,42) = 0.171	.952	0,682	24
	T0T1	F(2,73) = 0.032	.968	0,001	76
	T0T2	F(2,23) = 0.600	.557	0,050	26
FR	T0T1T2	F(4,42) = 1.209	.321	0,103	24
	T0T1	F(2,74) = 0.593	.555	0,016	77
	T0T2	F(2,23) = 1.130	.340	0,089	26
SCH	T0T1T2	F(4,42) = 1.511	.216	0,126	24
	T0T1	F(2,74) = 1.839	.166	0,047	77
	T0T2	(2,23) = 2.353	.118	0,170	26

### 3.5.3 Zusammenhang zwischen Störungskategorie und der Veränderung auf den CGI-Skalen

Das Signifikanzniveau lag für alle Varianzanalysen in diesem Abschnitt bei  $p = .050$ . Die gemischte ANOVA zu allen Zeitpunkten berücksichtigte  $n = 61$  Fälle, von denen  $n = 41$  der Kategorie *externalisierend*,  $n = 9$  der Kategorie *internalisierend* und  $n = 11$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Es zeigte sich kein Interaktionseffekt zwischen Störungskategorie und Zeit,  $F(3.34, 96.92) = 1.332$ ,  $p = .267$ ,  $\eta^2 = .044$ ,  $n = 61$ .

Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T1 berücksichtigte  $n = 90$  Fälle, von denen  $n = 57$  der Kategorie *externalisierend*,  $n = 12$  der Kategorie *internalisierend*,  $n = 21$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Auch hier zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt,  $F(2,87) = 2.560$ ,  $p = .083$ ,  $\eta^2 = .056$ ,  $n = 90$ . Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T2 berücksichtigte  $n = 61$  Fälle (*externalisierend*:  $n = 41$ , *internalisierend*:  $n=9$ , *uneindeutig*:  $n = 11$ ), sie zeigte ebenfalls keinen signifikanten Interaktionseffekt,  $F(2,58) = 1.274$ ,  $p = .287$ ,  $\eta^2 = .042$ ,  $n = 61$ .

#### **3.5.4 Zusammenhang zwischen Störungskategorie und der Veränderung in der CBCL/6-18R**

Die gemischte ANOVA zu allen 3 Zeitpunkten berücksichtigte  $n = 26$  Fälle, von denen  $n = 19$  der Kategorie *externalisierend*,  $n = 5$  der Kategorie *internalisierend* und  $n = 2$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T1 berücksichtigte  $n=52$  Fälle, von denen  $n = 36$  der Kategorie *externalisierend*,  $n = 9$  der Kategorie *internalisierend*,  $n = 7$  der Kategorie *uneindeutig* zugewiesen waren. Die gemischte ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T2 berücksichtigte  $n = 34$  Fälle (*externalisierend*:  $n = 21$ , *internalisierend*:  $n = 8$ , *uneindeutig*:  $n = 5$ ). In Tabelle 3.28 sind die die Interaktionseffekte für die Hauptskalen *internalisierende Probleme*, *externalisierende Probleme* und *Total* beschrieben. Die Detailanalysen der Subskalen befinden sich im Anhang IV. Das Signifikanzniveau lag bei  $p = .050$ . In den ANOVAS, die alle 3 Zeitpunkte berücksichtigten, zeigten sich keine signifikanten Interaktionen zwischen Zeit und Störungskategorie.

Tabelle 3.28

*Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Hauptskalen der CBCL/6-18R. Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist® mit ihren Hauptskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, St.kat. = Störungskategorie.

		<i>Interaktion Zeit*St.kat.</i>	<i>p</i>	<i><math>\eta^2</math></i>	<i>n</i>
TOT	T0T1T2	F(4,46)= 0.259	.903	0,022	26
	T0T1	F(2,49)= 1.513	.230	0,058	52
	T0T2	F(2,31)= 0.495	.615	0,031	34
INT	T0T1T2	F(4,46)= 1.686	.170	0,128	26
	T0T1	F(2,49)= 2.022	.143	0,076	52
	T0T2	<b>F(2,31)= 3.674*</b>	.037	0,192	34
EXT	T0T1T2	F(4,46)= 1.489	.221	0,115	26
	T0T1	F(2,49)= 2.302	.111	0,086	52
	T0T2	F(2,31)= 0.186	.831	0,012	34

### ***internalisierende Probleme***

Die Subskala *internalisierende Probleme* zeigte in der ANOVA zum Zeitpunkt T0 und T2 eine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie,  $F(2,31) = 3.674$ ,  $p = .037$ ,  $\eta^2 = .192$ ,  $n = 34$ . Demnach veränderten sich die internalisierenden Probleme zwischen Aufnahme und Nachgespräch in den verschiedenen Störungsgruppen unterschiedlich. Bei den paarweisen Vergleichen zeigte sich eine signifikante Veränderung der internalisierenden Probleme über die Zeit sowohl bei den Kindern mit externalisierender Störung ( $p = .009$ ) als auch bei denen mit internalisierender Störung ( $p < .001$ ), während die Gruppe der Kinder mit uneindeutigen Störungsbildern sich nicht signifikant veränderte, siehe Tabelle 3.29.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme gab es hinsichtlich internalisierender Probleme keine signifikanten Unterschiede zwischen den Störungsgruppen, während sich zum Zeitpunkt des Nachgesprächs die Kinder mit uneindeutiger Störung signifikant von denen mit externalisierender ( $p = .048$ ) und von denen mit internalisierender Störung ( $p = .004$ ) unterschieden (Tabelle 3.30).

Tabelle 3.29

Veränderung CBCL/6-18R, Subskala internalisierende Probleme; Paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit. Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Anmerkung. CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®; Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T2 = Nachgespräch.

				Mittl. Diff.	SE	p
ext.	T0	T2		<b>5,29*</b>	1,88	.009
	T2	T0		<b>-5,29*</b>	1,88	.009
int.	T0	T2		<b>14,13*</b>	3,05	.000
	T2	T0		<b>-14,13*</b>	3,05	.000
uneind.	T0	T2		3,00	3,86	.443
	T2	T0		-3,00	3,86	.443

Tabelle 3.30

Veränderung CBCL/6-18R, Subskala internalisierende Probleme; Paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt. Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Anmerkung. CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®; Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T2 = Nachgespräch.

Zeit			Mittl. Diff.	SE	p
T0	ext.	int.	-4,41	3,86	.784
		uneind.	-5,29	4,62	.783
	int.	ext.	4,41	3,86	.784
		uneind.	-,88	5,29	1.000
	uneind.	ext.	5,29	4,62	.783
		int.	,875	5,29	1.000
T2	ext.	int.	4,43	2,48	.252
		uneind.	<b>-7,57*</b>	2,97	.048
	int.	ext.	-4,43	2,48	.252
		uneind.	<b>-12,00*</b>	3,40	.004
	uneind.	ext.	<b>7,57*</b>	2,97	.048
		int.	<b>12,00*</b>	3,40	.004

Der Verlauf der internalisierenden Probleme für jede Störungsgruppe ist in Abbildung 3.35 und in Tabelle 3.31 abgebildet.

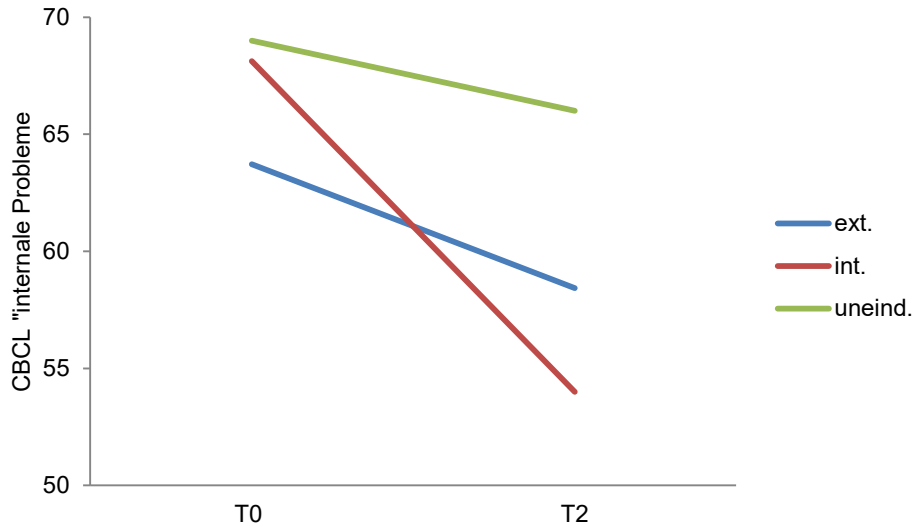


Abbildung 3.35. Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie der CBCL *int. Probleme*; Zeitpunkt T0 und T2 isoliert betrachtet,  $F(2,31) = 3.674$ ,  $p = .037$ ,  $\eta^2 = .192$ ,  $n = 34$ . Zu T2 sig. Gruppenunterschiede uneind. ↔ int. ( $p = .004$ ) und uneind. ↔ ext. ( $p = .048$ ). Sig. Veränderung über die Zeit in der Gruppe der externalisierenden Störungen ( $p = .009$ ) und in der Gruppe der internalisierenden Störungen ( $p < .001$ ). Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Tabelle 3.31

*CBCL/6-18R, Subskala internalisierende Probleme T0T2; Veränderung der Gruppen über die Zeit*

Anmerkung. CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T2 = Nachgespräch.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
ext.	T0	63,71	9,47	21
	T2	58,43	6,03	21
int.	T0	68,13	6,98	8
	T2	54,00	6,41	8
uneind.	T0	69,00	11,58	5
	T2	66,00	4,74	5

### **ADH-Symptome**

Auf der Subskala *ADH-Symptome* der CBCL/6-18R ließ sich für die Messzeitpunkte T0 und T1 eine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie zeigen ( $F(2,49) = 4.879$ ,  $p = .012$ ,  $\eta^2 = .166$ ,  $n = 52$ ). Die ADH-Symptomatik änderte sich demnach in den verschiedenen Störungsgruppen zwischen Aufnahme und Entlassung unterschiedlich. Bei den paarweisen Vergleichen zeigte sich eine hochsignifikante Veränderung der ADH-Symptome bei den Kindern mit externalisierender Störung ( $p < .001$ ) und eine signifikante Veränderung bei den Kindern mit internalisierender Störung ( $p = .047$ ), während bei den Kindern mit uneindeutiger Störung keine signifikante Veränderung zu beobachten war (Tabelle 3.32).

Tabelle 3.32.

*Veränderung CBCL/6-18R, Subskala ADH-Symptome; Paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit. Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

	t		Mittl. Diff.	SE	p
ext.	T0	T1	<b>7,75*</b>	1,01	.000
	T1	T0	<b>-7,75*</b>	1,01	.000
int.	T0	T1	<b>4,11*</b>	2,02	.047
	T1	T0	<b>-4,11*</b>	2,02	.047
uneind.	T0	T1	0,43	2,29	.852
	T1	T0	-0,43	2,29	.852

Zum Zeitpunkt der Aufnahme unterschied sich die Gruppe der Kinder mit externalisierender Störung signifikant von denen mit internalisierender Störung ( $p = .001$ ), es zeigt sich eine Tendenz zwischen den internalisierenden Störungen und den uneindeutigen ( $p = .069$ ), während die Gruppe der externalisierenden Störungen sich nicht von der Gruppe der Kinder mit uneindeutigen Störungen unterschied. Zum Zeitpunkt der Entlassung unterschied sich die Gruppe der externalisierenden Störungen weiterhin von der

mit internalisierenden Störungen, wenn auch mit abnehmender Tendenz ( $p = .037$ ), während der Unterschied zwischen der internalisierenden und der uneindeutigen Gruppe bei Entlassung signifikant geworden ist ( $p = .008$ ). Tabelle 3.33 gibt einen Überblick über die Gruppenunterschiede zu den einzelnen Zeitpunkten.

Tabelle 3.33

*Veränderung CBCL/6-18R, Subskala ADH-Symptome; Paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt. Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

Zeit			Mittl. Diff.	SE	$p$
T0	ext.	int.	<b>11,50*</b>	2,94	.001
		uneind.	2,18	3,26	1.000
	int.	ext.	<b>-11,50*</b>	2,94	.001
		uneind.	-9,32	3,97	.069
	uneind.	ext.	-2,18	3,26	1.000
		int.	9,32	3,97	.069
T1	ext.	int.	<b>7,86*</b>	3,02	.037
		uneind.	-5,14	3,35	.394
	int.	ext.	<b>-7,86*</b>	3,02	.037
		uneind.	<b>-13,00*</b>	4,09	.008
	uneind.	ext.	5,14	3,35	.394
		int.	<b>13,00*</b>	4,09	.008

Der Verlauf der ADH-Symptome für jede Gruppe ist auf Abbildung 3.36 und in Tabelle 3.34 abgebildet.

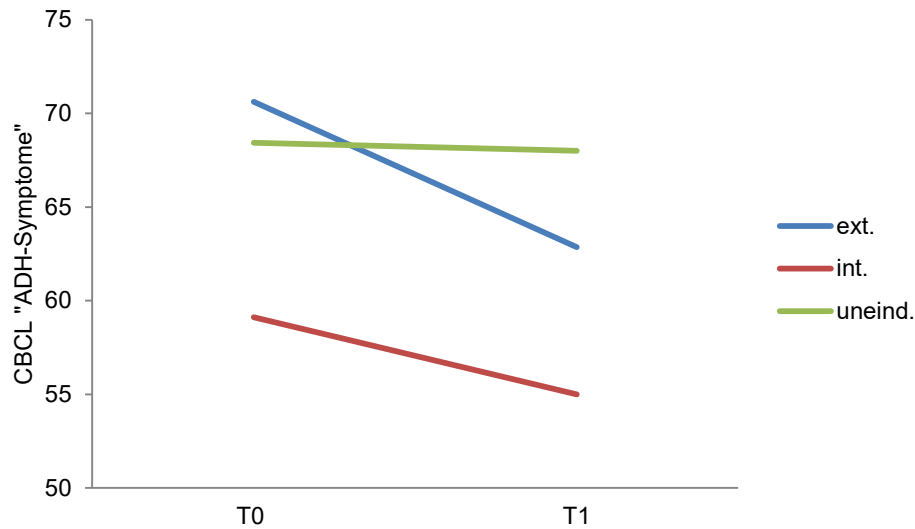


Abbildung 3.36. Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie der CBCL/6-18R ADH-Symptome; Zeitpunkt T0 und T1 isoliert betrachtet.  $F(2,49) = 4,879$ ,  $p = .012$ ,  $\eta^2 = .166$ ,  $n = 52$ . Zu T0 sig. Gruppenunterschiede ext. $\leftrightarrow$  int. ( $p = .001$ ). zu T1 int. $\leftrightarrow$  uneind. ( $p = .008$ ). Sig. Veränderung über die Zeit in der Gruppe der externalisierenden Störungen ( $p < .001$ ) und in der Gruppe der internalisierenden Störungen ( $p = .047$ ). Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Tabelle 3.34

CBCL/6-18R, Subskala ADH-Symptome T0T1; Veränderung der Gruppen über die Zeit

Anmerkung. CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
ext.	T0	70,61	6,99	36
	T1	62,86	8,23	36
int.	T0	59,11	8,72	9
	T1	55,00	5,83	9
uneind.	T0	68,43	11,01	7
	T1	68,00	9,80	7



### **dissoziale Symptome**

In der ANOVA zwischen T0 und T1 zeigte sich außerdem auf der Subskala *dissoziale Symptome* eine Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie.  $F(2,49) = 2.000$ ,  $p = .038$ ,  $\eta^2 = .125$ ,  $n = 52$ . Demnach veränderte sich die dissoziale Symptomatik in den einzelnen Störungsgruppen zwischen Aufnahme und Entlassung unterschiedlich. Zum Zeitpunkt der Aufnahme unterschieden die Gruppen *externalisierend* und *internalisierend* sich signifikant hinsichtlich dissozialen Verhaltens ( $p = .046$ ). Zum Zeitpunkt der Entlassung unterscheiden sich die Gruppen *internalisierend* und *uneindeutig* signifikant ( $p = .039$ ), siehe Tabelle 3.35.

Tabelle 3.35

*Veränderung CBCL/6-18R, Subskala dissoziale Symptome; Paarweise Vergleiche zwischen den Störungsgruppen pro Zeitpunkt. Signifikanzniveau  $p = .050$ .*

*Anmerkung.* CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

			Mittl. Diff.	SE	p
T0	ext.	int.	<b>8,89*</b>	3,54	.046
		uneind.	-0,49	3,93	1.000
	int.	ext.	<b>-8,89*</b>	3,54	.046
		uneind.	-9,38	4,79	.168
	uneind.	ext.	0,49	3,93	1.000
		int.	9,38	4,79	.168
T1	ext.	int.	4,75	3,22	.440
		uneind.	-6,49	3,57	.226
	int.	ext.	-4,75	3,22	.440
		uneind.	<b>-11,24*</b>	4,36	.039
	uneind.	ext.	6,49	3,57	.226
		int.	<b>11,24*</b>	4,36	.039

Die Gruppe der externalisierenden Kinder zeigte über die Zeit eine signifikante Veränderung der dissozialen Symptomatik ( $p < .001$ ), während die der anderen Gruppen sich diesbezüglich nicht signifikant veränderten, siehe Tabelle 3.36.

Tabelle 3.36

Veränderung CBCL/6-18R, Subskala dissoziale Symptome; Paarweise Vergleiche innerhalb der Störungsgruppen über die Zeit. Signifikanzniveau  $p = .050$ .

Anmerkung. CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

			Mittl. Diff.	SE	p
ext.	T0	T1	<b>8,14*</b>	1,06	.000
	T1	T0	<b>-8,14*</b>	1,06	.000
int.	T0	T1	4,00	2,12	.066
	T1	T0	-4,00	2,12	.066
uneind.	T0	T1	2,14	2,41	.378
	T1	T0	-2,14	2,41	.378

Auf Abbildung 3.37 und in Tabelle 3.37 ist der Verlauf der dissozialen Symptomatik für die einzelnen Störungsgruppen über die Zeit dargestellt. Es zeigt sich deskriptiv eine deutlichere Abnahme der dissozialen Symptome in der Gruppe der Kinder mit externalisierender Störung.

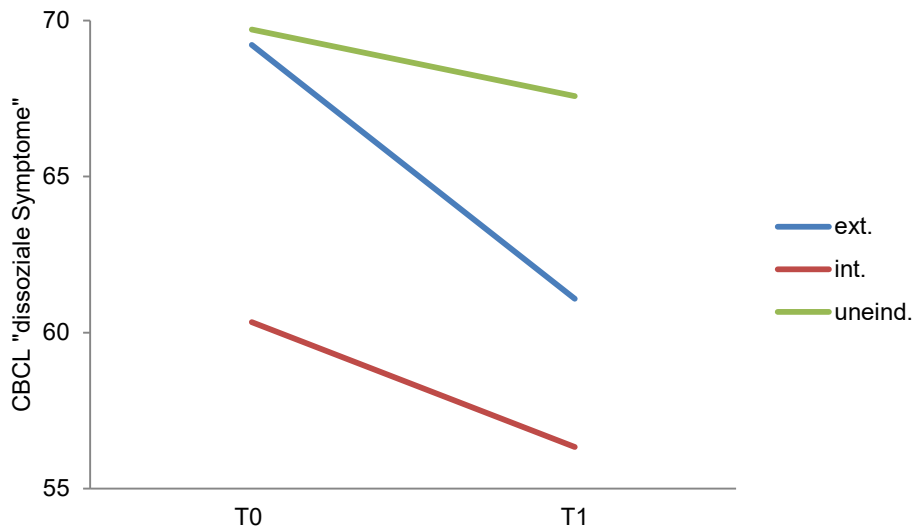


Abbildung 3.37. Interaktion zwischen Zeit und Störungskategorie der CBCL/6-18R dissoziale Symptome; Zeitpunkt T0 und T1 isoliert betrachtet.  $F(2,49) = 2,000$ ,  $p = .038$ ,  $\eta^2 = .125$ ,  $n = 52$ . Zu T0 sig. Gruppenunterschiede ext.↔ int. ( $p = .046$ ). zu T1 int.↔ unend. ( $p = .039$ ). Sig. Veränderung über die Zeit in der Gruppe der externalisierenden Störungen ( $p < .001$ ). Signifikanzniveau  $p = .050$

Tabelle 3.37

*CBCL/6-18R, Subskala dissoziale Symptome TOT1; Veränderung der Gruppen über die Zeit*

Anmerkung. CBCL/6-18R = Child Behavior Checklist®, Störungsgruppen: ext. = externalisierend, int. = internalisierend, uneind. = uneindeutig; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
ext.	T0	69,22	9,12	36
	T1	61,08	8,40	36
int.	T0	60,33	11,29	9
	T1	56,33	8,20	9
uneind.	T0	69,71	9,12	7
	T1	67,57	10,44	7

Auf den übrigen Subskalen zeigte sich für die zweizeitige gemischte ANOVA keine Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie.

### 3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hinsichtlich der Fragestellung nach dem Behandlungserfolg in der Tagesklinik (Hypothese 1) zeigen die vorliegenden Ergebnisse, folgendes: Im Zeitverlauf war auf fast allen verwendeten Skalen eine signifikante Symptomreduktion resp. Verbesserung der Lebensqualität festzustellen. Einige Skalen (KINDL<sup>R</sup>-FBB zu T2, FEES 1-2 und 3-4 zu allen Zeitpunkten, TRF zu allen Zeitpunkten) mussten aufgrund von niedrigen Fallzahlen aus den Berechnungen ausgeschlossen werden.

Bei der Untersuchung der Prädiktoren (Hypothese 2) zeigten sich viele signifikante Korrelationen, die auf Abbildung 3.38 zusammengefasst sind. Insbesondere die Situation des Kindes in der Familie nach Entlassung als Veränderungsvariable und die elterliche Wahrnehmung von *internalisierenden Problemen* des Kindes als Prädiktorvariable zeigten gehäuft signifikante Zusammenhänge. Dabei ist festzuhalten, dass bis auf eine Ausnahme die Korrelationen so gerichtet waren, dass größere Belastungen und schlechtere Beziehungen vor Aufnahme mit einem besseren Behandlungs-Outcome assoziiert sind. Ausnahme bildete die Beziehung zwischen Lehrkraft und Kind aus Sicht der Lehrkräfte, die negativ mit der Depressivität des Kindes bei

Entlassung korrelierte: je besser die Beziehung zwischen Lehrkraft und Kind vor Aufnahme von den Lehrkräften eingeschätzt wurde, desto stärker hatte sich die depressive Symptomatik der Kinder bei Entlassung verringert. Die elterliche Wahrnehmung von internalisierenden Problemen stand nach den vorliegenden Ergebnissen im Stärkeren Zusammenhang mit der Reduktion der selbigen als die elterliche Wahrnehmung von externalisierenden Problemen mit der Reduktion externalisierender Symptome.

Bezüglich Einfluss der Störungskategorie auf den Behandlungserfolg (Hypothese 3) zeigten sich auf folgenden 5 Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Störungsgruppen:

- (1) *Selbstwert* der Kinder auf dem KINDL<sup>R</sup>-FBB zwischen T0, T1 und T2
- (2) *Adaptation in der Schule* auf dem KINDL-FBB zwischen T0 und T2
- (3) *internalisierende Probleme* auf der CBCL/6-18R zwischen T0 und T2
- (4) *ADH-Symptome* der Kinder auf der CBCL/6-18R zwischen T0 und T1
- (5) *dissoziale Symptome* der Kinder auf der CBCL/6-18R zwischen T0 und T1

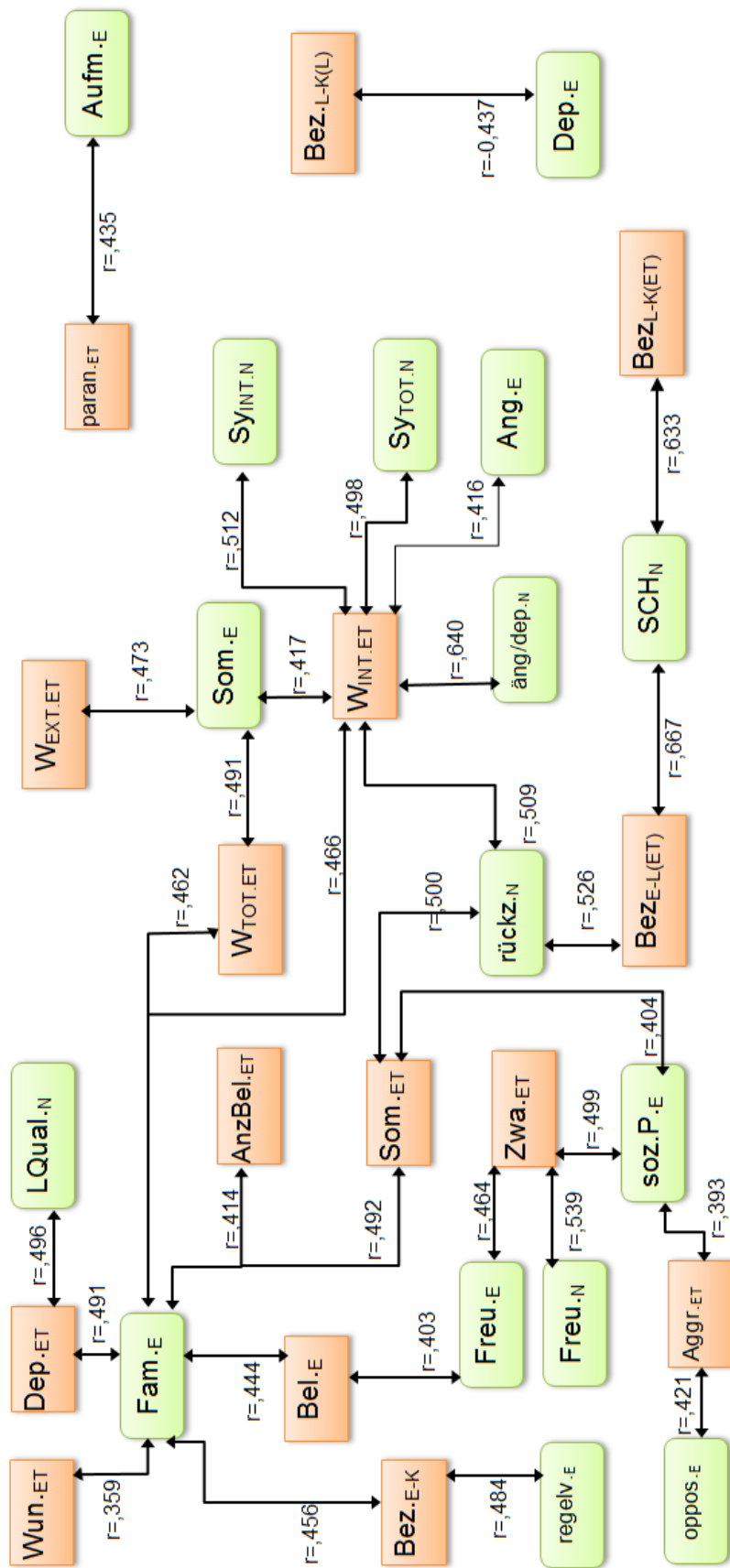


Abbildung 3.38. Zusammenfassung aller signifikanten Korrelationen mit  $r$  nach Pearson.  
 Grün = Veränderung beim Kind; rot = Prädiktorvariablen im Umfeld des Kindes.  
 äng/dep. = ängstlich-depressiv; Aggr. = aggressiv-feindselig; Ang. = Ängstlichkeit; AnzBel. = Anzahl Belastungen; Aufm. = Aufmerksamkeitsprobleme; Bel = grundsätzliche Belastung; Bez. = Beziehung (ET) = Elternsicht, (L) = Lehrkraft; Dep = Depressivität; E = Entlassung; ET = Elternteil; EXT = external. Probleme; Fam = Familie; Freu = Freunde; INT = internal. Probleme; L = Lehrkraft; LQual = Lebensqualität; N = Nachgespräch; oppos. = oppositionelles Verhalten; paran. = paranoides Denken; rückz. = rückzüglich-depressiv; regelv. = regelverletzendes Verhalten; SCH = Schule; Som. = somat. Beschwerden; Soz.P. = soziale Probleme; rückz. = rückzüglich-depressiv; regelv. = regelverletzendes Verhalten; Wun. = Veränderungswunsch; W = Wahrnehmung; Zwa. = Zwanghaftigkeit.

## 4 Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt nach Hypothesen sortiert. Auf die Stärken und Limitationen der Studie wird eingegangen und abschließend eine zusammenfassende Darstellung der resultierenden Implikationen für die tagesklinische Behandlung von Kindern vorgenommen.

### 4.1 Behandlungserfolg (Hypothese 1)

In der ersten Hypothese der vorliegenden Arbeit wurde die Annahme formuliert, dass sich während und nach einer tagesklinischen Behandlung die Lebensqualität der behandelten Kinder vergrößert und die klinische Symptomatik reduziert haben. Mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie wurde diese Hypothese bestätigt.

#### 4.1.1 Elternurteil

Es zeigte sich auf allen Skalen, in denen die Eltern die Situation des Kindes einschätzten, zwischen Aufnahme und Entlassung signifikante Verbesserungen der Lebensqualität und Verringerungen der Symptomatik. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen aus Vorstudien überein, in denen nach einer tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Eltern eine Symptomreduktion bei Kindern mit externalisierender Störung (z.B. Clark & Jerrott, 2012; Grizenko et al., 1993; Zimet et al., 1980) ebenso wie störungsübergreifend (Kiser et al., 1996) vorlag.

Auf den Subskalen *psychisches Wohlbefinden* und *Familie* des KINDL<sup>R</sup>-FBB sowie der Skala *ADH-Symptome* der CBCL/6-18R wurde die signifikante Verbesserung, die bei Entlassung (T1) bestand, nicht bis ins Follow-up zum Zeitpunkt des Nachgesprächs (T2) aufrechterhalten, auch wenn die Mittelwerte deskriptiv betrachtet weiterhin für eine verbesserte Lebensqualität und eine verringerte Symptomatik im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt sprachen. Ein Grund hierfür könnte zum einen die deutlich niedrigere Zahl an ausgefüllten Fragebögen zum Zeitpunkt des Nachgesprächs im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung und somit eine verringerte statistische Power zur Aufdeckung von

Effekten sein. Zum anderen zeigt sich in der bisherigen Forschung insgesamt ein Trend, der darauf hinweist, dass die während einer tagesklinischen Behandlung erzielten Erfolge nach Entlassung über die Zeit wieder leicht abnehmen (z.B. Clark & Jerrott, 2012; Grizenko et al., 1993). Eine mögliche Erklärung für diese Befunde ist, dass bei Entlassung aus tagesklinischer Behandlung immer auch ein hochstrukturierter Tagesablauf verlassen wird und im Alltag ein steigendes Anforderungslevel an die Kinder entsteht.

#### **4.1.2 Kinderurteil**

In dem für die Berechnungen verwendeten Selbstbeurteilungsfragebogen, dem KINDL<sup>R</sup>-SBB, bei dem aufgrund der Fallzahlen der Zeitpunkt des Nachgesprächs aus den Berechnungen ausgeschlossen wurde, zeigte sich, dass auch aus Sicht der Kinder auf fast allen Skalen eine Verbesserung der Lebensqualität über die Zeit stattgefunden hat. Ausgenommen ist die Skala *körperliches Wohlbefinden*. Es gibt wenige vergleichbare Studien, die Selbstbeurteilungsbögen bei den Kindern eingesetzt haben. Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit bezüglich Effekt einer tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Kinder deckt sich mit dem von Grizenko et al. (1993), laut deren Studie sich aus Sicht der Kinder im Zeitverlauf der Selbstwert bezogen auf die Peergruppe, Schule und Zuhause und Hoffnungslosigkeit signifikant verbessert hatte. Ebenso zeigten Zimet et al. (1980) dass Kinder sich nach tagesklinischer Behandlung signifikant positiver selbst wahrnahmen als vor der Behandlung. Die Tatsache, dass die Einschätzungen der Kinder denen von Eltern und Therapeuten zum Großteil entsprechen, zeigt auch, dass Kinder als Beurteiler ihrer eigenen Therapieverläufe, aber auch dem Ausmaß ihrer Belastungen vor Aufnahme, übereinstimmende Informationen liefern, was eine wichtige Information für zukünftige Studiendesigns ist.

#### **4.1.3 Therapeutenurteil**

Auch auf den CGI-Skalen, die die Symptomatik aus Sicht der Therapeuten erfasste, zeigte sich eine signifikante Symptomreduktion zwischen Aufnahme

und Entlassung sowie zwischen Aufnahme und Nachgespräch. In vielen Studien, die den Effekt von tagesklinischer Behandlung aus Sicht der Therapeuten erfasste, geschah dies mittels semistrukturierter Interviews oder Fallstudien (z.B. LaVietes et al., 1960; Sack et al., 1987), weshalb sich an dieser Stelle wenige Vergleiche ziehen lassen. Ünver et al. (2019) untersuchten den Behandlungserfolg einer Tagesklinik in der Türkei über 10 Jahre empirisch, neben anderem auch mittels CGI wie in der vorliegenden Studie. Es zeigte sich gleichermaßen eine signifikante Symptomreduktion bei den behandelten Kindern nach Entlassung aus der Tagesklinik aus Sicht der Therapeuten.

#### **4.1.4 Einordnung**

Die Ergebnislage der vorliegenden Studie zeigt sich übereinstimmend mit den wenigen und heterogenen empirischen Studien, die in der Vergangenheit diesbezüglich durchgeführt wurden, und die tagesklinische Behandlung bei Kindern für wirkungsvoll befunden haben. Dabei ist zu beachten, dass die meisten vorliegenden Vergleichsstudien aus Kanada und den USA stammen und bei der Einordnung der Ergebnisse die jeweiligen Schul- und Gesundheitssysteme der jeweiligen Länder bedacht werden müssen, die in aller Regel nicht denen in Deutschland entsprechen. Die vereinzelt empirischen Studien, die in Deutschland zu diesem Thema durchgeführt wurden, stammen aus den 80er-Jahren (z.B. Remschmidt et al., 1988). Trotz der vorliegenden Unterschiede in Bildungs- und Gesundheitswesen, sind die Ergebnisse der Vergleichsstudien unterschiedlicher Länder interessanterweise dennoch gleichlautend hinsichtlich genereller Wirksamkeit von tagesklinischer Behandlung. Ausgehend von diesen Ergebnissen sollten in weiterführenden Studien spezifische Wirkfaktoren (z.B. milieutherapeutische Behandlungsaspekte, Therapieform, Elternarbeit) betrachtet und an einer einheitlichen Erfassung von Behandlungserfolgen (z.B. nach Dimensionen des in 1.2 beschriebenen SFCEs-Modells (Hoagwood et al., 1996)) gearbeitet werden.

Aufgrund der im tagesklinischen Behandlungskonzept implementierten Alltagsnähe und der im Vergleich zur stationären Therapie bestehenden Kosteneffizienz (Grizenko & Papineau, 1992) wäre es außerdem



wünschenswert, aufgrund der unzureichenden Verfügbarkeit und resultierenden immensen Therapieverzögerung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich (Lambert et al., 2013) die Verfügbarkeit von teilstationären Behandlungsplätzen zu erweitern.

## **4.2 Zusammenhänge zwischen Umfeldfaktoren und Behandlungserfolg (Hypothese 2)**

In der zweiten Hypothese dieser Arbeit wurde die Annahme formuliert, dass Faktoren aus dem Umfeld des Kindes mit der Erhöhung der Lebensqualität und der schulische Anpassung nach tagesklinischer Behandlung assoziiert sind. Es wurde eine positive Korrelation höherer *elterlicher Behandlungsmotivation*, stärker vorhandener *elterlicher Wahrnehmung der Erkrankung*, niedrigerer *elterlicher Psychopathologie* sowie besserer *Qualität der interpersonellen Beziehungen* des Kindes mit dem Ausmaß der Veränderung in der *kindlichen Lebensqualität* und in der *schulischen Anpassung* angenommen, sowie eine negative Korrelation dieser Faktoren mit dem Ausmaß der Veränderung *klinischer Symptome*.

Die zweite Hypothese hat sich in der vorliegenden Arbeit nicht umfänglich bestätigt, jedoch zeigten sich zweierlei Richtungen: Einerseits zeigten der *elterliche Veränderungswunsch* und Skalen der *elterlichen Wahrnehmung der Psychopathologie* signifikante Zusammenhänge mit dem Behandlungsverlauf entsprechend der zweiten Hypothese. Andererseits zeigten Skalen der *elterlichen Psychopathologie* und einzelne *Beziehungen im Umfeld des Kindes* der Hypothese gegenläufige signifikante Zusammenhänge mit dem Behandlungsverlauf.

### **4.2.1 Elterliche Motivation**

Bei der Frage nach der Rolle der *elterlichen Motivation* zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem höheren *Veränderungswunsch* der Eltern zu Beginn der Behandlung und einer stärkeren Verbesserung der *Qualität des Familienlebens* bei Entlassung (T1) aus Sicht der Eltern. Dieser

Effekt war zum Zeitpunkt des Nachgesprächs (T2) nicht mehr signifikant. Die anderen erfassten Dimensionen elterlicher Motivation (Gesamtmotivation, Veränderungsbereitschaft, Veränderungsfähigkeit) zeigten keinen Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg. Bisher liegen keine vergleichbaren Studien vor, die den Einfluss von elterlicher Motivation auf kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsverläufe näher untersucht haben. Wenige vorausgehende Studien untersuchten jedoch den Zusammenhang zwischen dem Behandlungserfolg und elterlicher Kooperation, gemessen an der Anzahl der Teilnahmen an familientherapeutischen Sitzungen während der Behandlung des Kindes. Während Kiser et al. (1996) im Follow-up 1 Jahr nach Behandlung keinen diesbezüglichen Effekt auf den Behandlungsverlauf fanden, stellten (Grizenko, 1997) im Follow-up 5 Jahre nach Entlassung eine größere elterliche Beteiligung in der Therapie als wichtigen Prädiktor für eine stärkere Symptomreduktion der Kinder fest.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in der vorliegenden Arbeit zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) deutlich größer ausfielen als zum Zeitpunkt des Nachgesprächs (T2). Hierbei stellt sich die Frage, ob diejenigen Eltern, die zum Zeitpunkt des Nachgesprächs Fragebögen ausfüllten sich in ihrer Motivation von den Eltern unterschieden, von denen zu diesem Zeitpunkt keine Informationen vorlagen. In nachfolgenden Studien sollte dies als Fragestellung mitaufgenommen werden.

In post-hoc-Analysen zeigte sich zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0), dass eine geringere Qualität des Familienlebens mit einem signifikant stärkeren Veränderungswunsch der Eltern einherging. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass bei den Eltern mit höherem Veränderungswunsch ein größeres Verbesserungspotenzial hinsichtlich subjektiv empfundener Qualität des Familienlebens bestand. Dieses Potenzial wurde während der Behandlung ausgeschöpft, erkennbar an der aus Sicht eben dieser Eltern erfolgten stärkeren Verbesserung der Qualität des Familienlebens während der Behandlung. Dies spricht für ein gutes therapeutisches Aufgreifen der Problematik während der Behandlung der Kinder in der *TK Kinder*, stellt den prädiktiven Wert des Veränderungswunsches für die Verbesserung der Qualität

des Familienlebens im Zeitverlauf jedoch eventuell in Frage. Zur abschließenden Einschätzung wären multiple Regressionsanalysen mit sowohl dem Veränderungswunsch als auch dem Ausgangslevel der Qualität des Familienlebens als Prädiktor geeignet, was aufgrund der geringen Fallzahl im vorliegenden Datensatz nicht sinnvoll durchzuführen war.

Insgesamt gaben die Eltern in der vorliegenden Arbeit bis auf wenige Ausnahmen an, ihre Motivation für die Behandlung als hoch bis sehr hoch einzuschätzen. An dieser Stelle stellt sich die Frage inwiefern die Eltern beim Ausfüllen der Fragebögen vor Aufnahme dazu neigten eher sozial erwünscht zu antworten und ob die abgebildete Motivation des untersuchten Elternkollektivs tatsächlich repräsentativ ist. Des Weiteren zeigte die Subskala *Veränderungsfähigkeit* eine geringe interne Konsistenz und stellte damit die Reliabilität der Skala in Frage, was bedeutet, dass diese Skala für weitere Studien einer Anpassung und Validierung bedarf.

#### **4.2.2 Elterliche Wahrnehmung der kindlichen Psychopathologie**

Die elterliche *Wahrnehmung der Psychopathologie* ihrer Kinder stand bei mehreren Skalen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg. So war eine höhere *Wahrnehmung der Gesamtsymptomatik* durch die Eltern mit einer stärkeren Verbesserung im *Familienleben* und einer stärkeren Reduktion *körperlicher Beschwerden* der Kinder bei Entlassung (T1) assoziiert. Insbesondere die *elterliche Wahrnehmung internalisierender Probleme* zeigte zahlreiche substantielle Zusammenhänge: Wenn die Eltern internalisierende Probleme ihrer Kinder stärker wahrgenommen hatten als die Lehrkräfte, zeigten ihre Kinder im Zeitverlauf im Elternurteil eine deutlich stärkere Symptomreduktion hinsichtlich *internalisierender Symptome* wie Angst, Rückzug und Depressivität. Generell hatte sich dann aus Elternsicht im Durchschnitt die *Gesamtsymptomatik* mehr reduziert und die *Qualität des Familienlebens* verbessert.

Hingegen bei *externalisierenden Problemen* zeigte sich dieser Effekt nicht: das Ausmaß der Veränderung *externalisierender Probleme* war unabhängig davon wieviel Pathologie die Eltern vor Aufnahme im Vergleich zu den Lehrkräften

wahrgenommen hatten. Auch hier bestehen keine vergleichbaren Studien, die den Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und elterlicher Wahrnehmung der Psychopathologie des Kindes untersucht haben. Es wurde berichtet, dass Lehrkräfte in der *Wahrnehmung internalisierender Probleme* ihrer Schüler generell Schwierigkeiten haben (Bilz, 2014). Wenn demnach Eltern von internalisierender Problematik ihrer Kinder weniger wahrnehmen als die Lehrkräfte der Kinder, könnte dies auch bedeuten, dass diese Eltern besonders große Schwierigkeiten darin haben die psychische Verfassung ihrer Kinder einzuordnen. Zugleich gibt es deutliche Hinweise darauf, dass eine höhere elterliche Gefühlswärme und gleichzeitig genügend emotionale Freiräume den Verlauf von internalisierenden Störungen positiv beeinflussen (Yap & Jorm, 2015). Es wäre nachvollziehbar, wenn diese empathischen Fähigkeiten mit der ebenfalls Empathie-erfordernden Fähigkeit die psychische Verfassung des Kindes wahrzunehmen, einhergehen. Dieser Zusammenhang könnte erklären, warum Kinder, deren Eltern die internalisierenden Probleme mehr wahrnehmen als die Lehrkräfte, im Zeitverlauf eine stärkere Symptomreduktion zeigen, da ihre Eltern dementsprechend mehr von diesen empathischen Fähigkeiten aufweisen würden.

Für den klinischen Alltag stellt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse die Frage, ob Eltern, die bei Aufnahme mehr von der Pathologie ihrer Kinder wahrnahmen, insgesamt in den Fragebögen ein größeres Ausmaß an kindlicher Pathologie angegeben hatten, als die Eltern, die davon weniger wahrnahmen. Dies bestätigte sich in post-hoc-Analysen sowohl für die elterliche Wahrnehmung von *internalisierenden Problemen*, als auch für die von *externalisierenden Problemen*. Es muss also in der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass für die Gruppe von Kindern, deren Eltern mehr von ihrer Symptomatik wahrnahmen, generell aus Sicht der Eltern mehr Verbesserungspotenzial gegeben war, als in der Gruppe von Kindern, bei denen die Lehrkräfte die Symptomatik eher wahrnahmen als die Eltern. Hierdurch könnte der prädiktive Effekt einer stärkeren *elterlichen Wahrnehmung internalisierender Probleme* auf einen größeren Behandlungserfolg bei der selbigen mit erklärt werden. Ebenso muss auch an dieser Stelle beachtet

werden, dass die entsprechende Symptomreduktion der Kinder über den Zeitverlauf aus Elternsicht erfolgte. Diesbezüglich ist für weiterführende Studien, die diesen Aspekt untersuchen, ein Fokus auf eine elternunabhängige Einschätzung der Symptomreduktion nötig.

Dieser Interpretation steht allerdings entgegen, dass nach den vorliegenden Ergebnissen die elterliche Wahrnehmung der Pathologie für die Reduktion von *externalisierenden Symptomen* nicht eine ebenso wichtige Rolle zu spielen scheint, wie für die Reduktion von *internalisierenden Symptomen*. Interessant ist auch, dass die Störungskategorie, der die Kinder durch ihre Hauptdiagnose zugewiesen waren, keinen Einfluss auf diesen Effekt hatte. Das heißt unabhängig davon, ob die Kinder wegen externalisierenden oder internalisierenden Störungen zur Behandlung in der Tagesklinik waren, hatten sich nur internalisierende Krankheitskomponenten nach Entlassung abhängig von dem vor Aufnahme bestandenen Ausmaß der Wahrnehmung der Eltern im Zeitverlauf aus Elternsicht reduziert.

#### **4.2.3 Elterliche Psychopathologie**

Es zeigten sich mehrere Zusammenhänge zwischen elterlicher Belastung und Behandlungserfolg, die sämtlich entgegen der in Hypothese 2 formulierten Annahmen gerichtet waren: eine höhere *Belastung der Eltern* war mit einer größeren *Symptomreduktion* sowie einer größeren Verbesserung der *Lebensqualität* und der Anpassung in der Schule assoziiert. Dabei zeigten sich drei Bereiche in ihrem Verlauf in besonders häufigem Zusammenhang mit eigener Pathologie der Eltern: (1) die *Qualität des Familienlebens* bei Entlassung (T1) mit der *Gesamtbelastung*, der *Depressivität* und den *somatischen Beschwerden* der Eltern bei Aufnahme (T0), (2) die *Qualität der Freundschaften* der Kinder im Zeitverlauf mit der *Gesamtbelastung* und der *Zwanghaftigkeit* der Eltern und (3) die *sozialen Probleme* der Kinder mit der *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit* und *Aggressivität/Feindseligkeit* der Eltern. Zusätzlich hatten sich *Aufmerksamkeitsprobleme* der Kinder bei Entlassung (T1) stärker reduziert, je mehr die Eltern bei Aufnahme (T0) unter *paranoidem Denken* gelitten hatten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit widersprechen denjenigen Studien, die keinen Zusammenhang (z.B. Kazdin et al., 1993; Kennedy et al., 2018) oder einen Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und Behandlungserfolg gefunden haben, da dieser jeweils derart gerichtet war, dass mehr elterliche Psychopathologie im Zusammenhang mit einer schlechteren Prognose der Kinder stand, sowohl für Behandlungskonzepte bei internalisierenden Störungen (Emslie et al., 2003) als auch bei externalisierenden (Reyno & McGrath, 2006) oder störungsunabhängig (Fontanella, 2008). Sowohl in Studien, die eine gleichgerichtete Korrelation zwischen Psychopathologie der Eltern und Behandlungserfolg der Kinder fanden, als auch in Studien bei denen sich diesbezüglich kein Zusammenhang darstellen ließ, wurden wiederholt die Gesamtscores der SCL-90R (Franke, 2014) verwendet um die elterliche Psychopathologie zu messen (z.B. Kazdin, 1995; Kazdin et al., 1993). Daneben wurde auch das Beck-Depressions-Inventar (Beck et al., 1961) für die Erfassung von elterlicher Depression eingesetzt und zeigte entweder keine Effekte auf den Behandlungsverlauf (z.B. Hartman et al., 2003) oder ebenfalls Zusammenhänge bei denen eine höhere elterliche Depressivität mit einem schlechteren Behandlungsverlauf assoziiert war (Webster-Stratton, 1992).

Eine Überprüfung der SCL-90R hat gezeigt, dass die Gesamtskala ein reliables Instrument von globaler psychischer Belastung darstellt, jedoch die Subskalen nicht valide die verschiedenen Symptombereiche voneinander abgrenzen (Hessel et al., 2001). Betrachtet man die Items der SCL-90-R (Franke, 2014) näher, stellt sich die Frage inwiefern die Skalen – ausgefüllt von den Eltern vor Aufnahme ihrer stark und seit längerem beeinträchtigten Kinder in die Tagesklinik – nicht auch eine Abbildung anderer Aspekte darstellen könnten wie z.B. die elterliche Sorge um die Kinder (z.B. Item 31, Skala *Depressivität*: „Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen“), die elterliche Sorge etwas falsch zu machen bezüglich der Probleme ihrer Kinder (z.B. Item 10, Skala *Zwanghaftigkeit*: „Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit“), Unsicherheiten im pädagogischen Selbstbewusstsein (z.B. Item 26, Skala *Depressivität*: „Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge“) oder dem

Gefühl der Stigmatisierung als Elternteil eines psychiatrisch erkrankten Kindes (z.B. Item 43, Skala *paranoides Denken*: „Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden“). Diese Aspekte würden, entgegen der in der Auswertung der SCL-90-R dargestellten Psychopathologie, nachvollziehbare elterliche Reaktionen darstellen, die wiederum den Zusammenhang zu einer stärkeren Verbesserung der kindlichen Symptomatik erklären könnten.

Die vorliegenden Ergebnisse regen darüber hinaus zu Überlegungen in mehrere Richtungen an. Zum einen stellt sich die Frage, ob diejenigen Eltern, die bei Aufnahme (T0) eine höhere Belastung angaben auch diejenigen sind, deren Kinder bei Aufnahme unter stärkeren *Symptomen* und einer niedrigeren *Lebensqualität* sowie *Anpassung in der Schule* litten, was sich in post-hoc-Analysen bestätigte. Für diese Kinder bestand demnach mehr Verbesserungspotenzial, was ebenfalls die Richtung des Zusammenhangs erklären könnte. Des Weiteren könnte die elterliche Belastung als Motivator für die Mitarbeit in der Tagesklinik wirken und somit die stärkeren Verbesserungen von Kindern mit belasteten Eltern erklären.

#### **4.2.4 Qualität der interpersonellen Beziehungen**

Die Beziehungen im Umfeld der Kinder standen im Zusammenhang mit mehreren Subskalen, die den Behandlungserfolg messen, jedoch mit keiner Hauptskala. Ausgenommen waren die *Beziehung zwischen den Eltern* und die *Beziehung zwischen Lehrkraft und Eltern* aus Sicht der Lehrkräfte. Die Zusammenhänge waren jedoch bis auf eine Ausnahme entgegen der in Hypothese 3 angenommenen Richtung: So zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einer schlechteren *Beziehung zwischen Elternteil und Kind* bei Aufnahme (T0) einerseits und einer stärkeren Veränderung der *Familiären Situation* und des *regolverletzenden Verhaltens* des Kindes bis zur Entlassung (T1) andererseits. Gleichlaufend hing eine schlechtere *Beziehung zwischen Eltern und Schule* bzw. *zwischen Lehrkraft und Kind*, beides bei Aufnahme (T0) aus Sicht der Eltern eingeschätzt, mit einer laut Elternurteil größeren stattgefundenen Verbesserung der *Schulsituation* ihrer Kinder im Nachgespräch (T2) zusammen. Ebenso zeigte sich dieser Zusammenhang

zwischen einer schlechteren elterlichen Einschätzung ihrer *Beziehung zur Schule* und einer stärkeren stattgefundenen Reduktion *rückzüglich-depressiven Verhaltens* der Kinder bis zum Nachgespräch (T2).

Ein gegenläufiger Zusammenhang zeigte sich bei der Einschätzung aus Sicht der Lehrkräfte: eine bessere Einschätzung der *Beziehung zum Kind durch die Lehrkräfte* hing mit einer stärkeren Verbesserung der *depressiven Symptomatik* der Kinder – erfasst im Elternurteil – zusammen. Die *Beziehungen zwischen den Eltern* und *zwischen Lehrkraft und Eltern*, eingeschätzt durch die Lehrkräfte, zeigte keine Zusammenhänge mit dem Behandlungsverlauf.

Das Ergebnis bezüglich *Eltern-Kind-Beziehung* in der vorliegenden Arbeit weist Diskrepanzen zu denen der Studie von Birmaher et al. (2000) auf, bei der allerdings Jugendliche und nicht Kinder untersucht worden waren. In deren Studie zeigte eine aus Elternsicht bestehende konfliktbelastete Eltern-Kind-Beziehung keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Behandlungsverlauf depressiver Jugendlicher. Aus Sicht der Jugendlichen erfasst zeigten sich hingegen sogar schlechtere Verläufe je konfliktbelasteter die Eltern-Kind-Beziehung eingeschätzt wurde. Die Hauptskalen der verwendeten Veränderungsmaße zeigten entsprechend der o.g. Studie keine Zusammenhänge mit der *Eltern-Kind-Beziehung*, von den Eltern eingeschätzt. Post-hoc-Analysen bestätigten die naheliegende Vermutung, dass bei denjenigen Kindern, deren Eltern eine schlechtere *Eltern-Kind-Beziehung* angaben, gleichzeitig bei Aufnahme (T0) mehr Probleme hinsichtlich *Familienleben* und *regelverletzendem Verhalten* bestanden hatten. Analog dazu bestätigte sich, dass diejenigen Eltern und Kinder, die im Elternurteil eine schlechtere *Beziehung zur Lehrkraft und zur Schule* hatten, bei Aufnahme (T0) mehr *Auffälligkeiten in der Schule* und bzgl. *rückzüglich-depressiven Verhaltens* gezeigt hatten. Diese Ergebnisse entsprechen denen von Miller-Lewis et al. (2013) wonach eine schlechtere Eltern-Kind-Beziehung oder eine schlechtere Beziehung zwischen Lehrkraft und Kind das Risiko von kindlicher Psychopathologie fördern, ebenso wie denen von (Garbacz et al., 2016), die den Zusammenhang zwischen externalisierenden Problemen von Kindern und der Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Lehrkraft darstellten. Die



Kinder mit schlechteren *Eltern-Kind-Beziehungen* hatten folglich bei Aufnahme mehr Verbesserungspotenzial auf den Gebieten *regelkonformes Verhalten* und *Familienleben* und die Kinder mit schlechterer *Beziehung zur Lehrkraft* mehr Verbesserungspotenzial auf den Gebieten *schulische Anpassung* und *rückzüglich-depressives Verhalten*. Diese Verbesserungspotenziale wurden während der Therapie ausgeschöpft, was für eine gute Qualität der in der TK Kinder stattfindenden Arbeit spricht.

Der festgestellte positive Einfluss einer guten *Lehrkraft-Kind-Beziehung* aus Lehrkraftsicht auf die Entwicklung der *depressiven Symptomatik* des Kindes entspricht den Ergebnissen von Savina et al. (2014), nach denen die Einstellung der Lehrkräfte nach erfolgter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung Auswirkungen auf die Reintegration des Kindes in die Schule zu haben scheint.

Es zeigten sich dabei unterschiedliche Ergebnisse für die Zusammenhänge des Behandlungserfolgs mit den Beziehungen aus Elternsicht und aus Sicht der Lehrkraft betrachtet, wobei der Behandlungserfolg jeweils im Elternurteil gemessen wurde. Ob diese Unterschiede auch vorliegen, wenn der Behandlungserfolg elternunabhängig gemessen wird, sollte in Folgestudien näher untersucht werden.

#### **4.2.5 Einordnung**

Es ist von klinischem Interesse, ob der *Veränderungswunsch der Eltern* ein Prädiktor für den Behandlungserfolg darstellen könnte. Um das Ergebnis zu untermauern, sind jedoch weitere Studien erforderlich. Für zukünftige Studien sollten die oben aufgeführten kritischen Überlegungen berücksichtigt und ggf. die Methode der Erfassung von elterlicher Behandlungsmotivation angepasst werden.

Die Ergebnisse hinsichtlich *elterlicher Wahrnehmung* sind von großem Interesse, geben sie doch Hinweise darauf, dass Kinder bei der *Überwindung internalisierender Probleme* auf die Wahrnehmung der selbigen durch ihre Eltern und auf die empathischen Fähigkeiten ihrer Eltern generell mehr angewiesen sein könnten, als bei der Überwindung von

externalisierenden Problemen. Für die Primärprävention, d.h. für die Vorbeugung von psychischen Krankheiten, sind die Wichtigkeit elterlicher empathischer Fähigkeiten wie Gefühlswärme und Zugewandtheit bekannt (z.B. Barber et al., 1994; Ryan & Ollendick, 2018). Die Einflüsse elterlicher empathischer Fähigkeiten auf Behandlungsverläufe psychisch erkrankter Kinder generell und die Hinweise darauf, dass die elterliche Empathiefähigkeit eine besondere Rolle bei der Bewältigung von internalisierenden Störungen spielen könnte, sollten weiter überprüft werden, da sich daraus eine hohe klinische Implikation ergeben würde.

Kein Aspekt *elterlicher Psychopathologie* zeigte einen therapieschädigenden prädiktiven Wert. Vielmehr stellte sich dar, dass psychisch belastete Eltern auch Kinder mit stärkerer Psychopathologie aufweisen, die sich dann im Verlauf der Behandlung stärker verbesserten. Das vorliegende Ergebnis zeigt, dass das Behandlungskonzept der TK Kinder auf psychisch belastete Eltern eingestellt ist und das Behandlungsergebnis nicht unter der elterlichen Belastung leidet, sondern gegebenenfalls sogar durch die unweigerlich auch stattfindende Mitbehandlung der Eltern zu dieser stärkeren Verbesserung der Kinder beiträgt. Des Weiteren könnte die elterliche Belastung als Motivator für die Mitarbeit in der Tagesklinik wirken und somit die stärkeren Verbesserungen von Kindern mit belasteten Eltern erklären. Diese Interpretation, mit hoher klinischer Implikation, könnte in Folgeuntersuchungen mittels Korrelationsanalysen zwischen der elterlichen Belastung und der elterlichen Behandlungsmotivation untersucht werden.

Für den klinischen Alltag unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse außerdem die Wichtigkeit der Berücksichtigung der *interpersonellen Beziehungen* im Umfeld des Kindes, da diese auf größere Belastungen und Einschränkungen der Kinder vor Aufnahme hinweisen können, die während der Therapie aufgegriffen werden sollten. Insbesondere die Hinweise darauf, dass zwischen Behandlungserfolg und der *Beziehung zwischen Lehrkraft und Kind* gegenläufige Zusammenhänge hinsichtlich Eltern- und Lehrkrafturteil vorliegen, sollten weiter überprüft werden, da dies Auswirkungen auf die klinische Arbeit hätte.

### **4.3 Zusammenhang zwischen Störungskategorie und Behandlungserfolg (Hypothese 3)**

Entgegen der in Hypothese 3 formulierten Annahmen, dass Kinder mit internalisierenden Störungen während einer tagesklinischen Behandlung einen stärkeren Behandlungserfolg aufweisen, zeigten sich keine umfassenden Unterschiede zwischen dem Behandlungserfolg in den unterschiedlichen Störungsgruppen, Hypothese 3 wurde damit in der vorliegenden Studie widerlegt. Es zeigten sich jedoch einzelne Störungskategorie-bezogene Zusammenhänge, die im Folgenden diskutiert werden. In der folgenden Einordnung und Diskussion der Ergebnisse ist die Unterscheidung zwischen *internalisierender Störung* und *internalisierenden Problemen*, wie sie auch bei Kindern mit externalisierenden und uneindeutigen Störungen vorkommen können, zu beachten.

#### **4.3.1 Verbesserung der kindlichen Lebensqualität**

Betrachtet man den Behandlungserfolg unter dem Aspekt *Verbesserung der Lebensqualität* der Kinder, zeigte sich insgesamt störungsunabhängig eine Verbesserung der Lebensqualität der Kinder über die Zeit. Zusammenhänge zwischen Störungskategorie (internalisierend, externalisierend, uneindeutig) und Veränderung der Lebensqualität der Kinder über den Zeitverlauf zeigten sich für die Bereiche *Selbstwert* und *Schule*. Dabei unterschieden sich die Gruppen aus Sicht der Eltern weder bei Aufnahme noch im Zeitverlauf signifikant voneinander. Jedoch ließen sich deskriptiv bei Aufnahme (T0) Gruppenunterschiede beschreiben: Kinder mit externalisierender und uneindeutiger Störung zeigten demnach im Durchschnitt ein niedrigeres *Selbstwertgefühl* als Kinder mit internalisierenden Störungen. Außerdem zeigten Kinder mit entweder externalisierender oder internalisierender Störung bei Aufnahme (T0) im Durchschnitt eine schlechtere Qualität der *schulischen Situation* als Kinder mit uneindeutiger Störung. Eben jene Störungsgruppen mit niedrigerer Lebensqualität bei Aufnahme zeigten signifikante Verbesserungen im Zeitverlauf, sodass sich zum Zeitpunkt des Nachgesprächs (T2) die

Störungsgruppen einander angenähert hatten. Sofern Störungsgruppen sich im Zeitverlauf hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität unterschieden, war dies folglich nur unter dem Aspekt unterschiedlicher Ausgangslevel der Fall. Keine der Störungsgruppen zeigte bezüglich Verbesserung der Lebensqualität während der Behandlung Vor- oder Nachteile gegenüber den anderen Gruppen, was den Stand der bisherigen Forschung bestätigt, dass prinzipiell alle Störungsbilder gleichermaßen vom tagesklinischen Setting profitieren können (Schimmelman et al., 2001).

#### **4.3.2 Reduktion der Symptomatik**

Unterschiede werden jedoch deutlich, wenn der Zusammenhang zwischen Störungsgruppe und Behandlungserfolg unter dem Aspekt *Symptomreduktion* betrachtet wird: Es fanden sich in drei Symptombereichen (*internalisierende Probleme*, *ADH-Symptome* und *dissoziale Symptome*) Unterschiede zwischen den Gruppen, nach denen die Gruppe der Kinder mit uneindeutiger Störungskategorie im Elternurteil weniger von der Behandlung profitieren konnten als Kinder mit eindeutig internalisierender oder externalisierender Störung.

##### ***internalisierende Probleme***

*Internalisierende Probleme* verringerten sich im Durchschnitt bei Kindern mit internalisierender Störung signifikant von bei Aufnahme (T0) bestehenden klinisch auffälligen Werten hin zu unauffälligen Werten im Nachgespräch (T2). Die Kinder mit externalisierender Störung zeigten ebenfalls durchschnittlich eine signifikante Verbesserung *internalisierender Probleme*, vom leicht auffälligen Bereich bei Aufnahme (T0) zum unauffälligen Bereich im Nachgespräch (T2). Währenddessen zeigten die Kinder mit uneindeutiger Störung, die bei Aufnahme (T0) im Mittel deutlich auffällige Werte hinsichtlich *internalisierender Probleme* zeigten, kaum eine Veränderung über die Zeit, sodass diese Gruppe zum Zeitpunkt des Nachgesprächs (T2) im Durchschnitt signifikant stärker

*internalisierende Probleme* aufwies als die anderen Störungsgruppen und damit weiterhin, wie auch vor Aufnahme, im klinisch auffälligen Bereich lag.

### ***ADH-Symptome***

Die Gruppe der Kinder mit uneindeutiger Störung zeigte auch hinsichtlich *ADH-Symptomen* im Mittel weniger Symptomreduktion über die Zeit als die beiden anderen Störungsgruppen: so verringerte sich die *ADH-Symptomatik* bei Kindern mit uneindeutiger Störung als einzige Störungsgruppe nicht signifikant und diese Kinder hatten bei Entlassung (T1) deskriptiv betrachtet die höchsten ADH-Symptome, auch wenn dieser Unterschied nur im Vergleich zur Gruppe mit den Kindern internalisierender Störungen signifikant wurde. Kinder mit externalisierenden Störungen unterschieden sich dementsgegen bei Entlassung nicht mehr, wie bei Aufnahme (T0), signifikant von den Kindern mit internalisierender Störung.

### ***dissoziale Symptome***

Ähnliche Unterschiede bezüglich Symptomreduktion zeigten sich für *dissoziale Symptome*: sowohl Kinder mit externalisierender als auch mit uneindeutiger Störung lagen vor Aufnahme durchschnittlich im klinisch auffälligen Bereich. Während für die Gruppe der externalisierenden Störungen eine signifikante Symptomreduktion beobachtet werden konnte, sodass diese im Nachgespräch (T2) im Mittel klinisch unauffällige Werte zeigten, war dies in der Gruppe der Kinder mit uneindeutigen Störungsbildern nicht der Fall: im Zeitverlauf fand keine signifikante Symptomreduktion statt und die Kinder mit uneindeutigen Störungen lagen im Nachgespräch hinsichtlich dissozialer Symptome durchschnittlich im Grenzbereich.

### **4.3.3 Einordnung**

Diese Beobachtung lässt mehrere Rückschlüsse im Vergleich der Störungsgruppen zu: (1) Gemäß den Erwartungen aus der aktuellen Studienlage verbessern sich Kinder mit externalisierender Störung hinsichtlich

*ADH-* und *dissozialer Symptomatik* im Zeitverlauf signifikant von im Durchschnitt pathologischen Werten bei Aufnahme hin zu unauffälligen Werten bei Entlassung. Dies ist eine Entwicklung, die zu erwarten ist, da ADH- und dissoziale Symptome, als markante Symptombereiche von externalisierenden Störungen, in Tageskliniken erfolgreich therapeutisch aufgegriffen werden können (z.B. Clark & Jerrott, 2012; Grizenko et al., 1993), zum Beispiel mittels verhaltenstherapeutischen Interventionen und Schulung der Eltern um Umgang mit dem Verhalten ihrer Kinder. Auch mit der vorliegenden Beobachtungsstudie konnte gezeigt werden, dass Kinder mit externalisierenden Störungen im tagesklinischen Setting erfolgreich bei der Reduktion dieser Symptome unterstützt werden konnten. Dieses Ergebnis widerspricht den Studien, die dissoziales Verhalten (Gorske et al., 2003), bzw. disruptive Störungen (Kiser et al., 1996) als Prädiktor für ein schlechteres Behandlungsergebnis beschrieben haben.

(2) Auch Kinder mit internalisierenden Störungen erfahren während der Behandlung hinsichtlich internalisierender und ADH-Symptomatik eine signifikante Symptomreduktion. Dabei ist anzumerken, dass Unaufmerksamkeit als ein Aspekt von ADH-Symptomatik, wiederum ein mögliches und häufiges Symptom von internalisierenden Störungen darstellt, weshalb die Symptomreduktion im Verlauf nicht erstaunlich ist. Auch zum Zeitpunkt der Aufnahme lag der durchschnittliche ADH-Wert jedoch bei diesen Kindern außerhalb des auffälligen Bereichs. Mit diesem Ergebnis steht die vorliegende Arbeit dem Ergebnis von (Jacobs et al., 2008) entgegen, die internalisierende Störungen als Risikofaktor für ein Nicht-Ansprechen auf tagesklinische Behandlungssettings fanden.

(3) Kinder mit uneindeutiger Störung profitierten in der vorliegenden Studie hinsichtlich der Abnahme von internalisierenden, ADH- und dissozialen Symptomen am Wenigsten von der tagesklinischen Behandlung und lagen bei Entlassung weiterhin im auffälligen oder oberen Grenzbereich. In bisherigen Studien wurden entweder internalisierende und externalisierende Symptome miteinander verglichen (Robinson & Rapport, 2002) oder die Hauptdiagnosen nur nach internalisierend oder externalisierend eingeteilt (Jacobs et al., 2008).

Die Störungsgruppe der *uneindeutigen Störungen* wurde bisher nicht mit in den Vergleich zwischen den Störungsgruppen einbezogen. Jedoch bestätigen die diesbezüglichen Ergebnisse der vorliegenden Studie die aktuelle Studienlage, nach der Störungen aus dieser Störungsgruppe mit Diagnosen wie z.B. Bindungsstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen, eine besondere therapeutische Herausforderung darstellen (z.B. Chaffin et al., 2006; Howlin, 2005).

## **4.4 Stärken und Limitationen**

### **4.4.1 Stärken und Limitationen des Studiendesigns**

Zu den Stärken des Konzepts der vorliegenden Studie sind folgende Anmerkungen zu machen: Die Studie dokumentiert und reflektiert als retrospektive Beobachtungsstudie den „natürlichen“ Ablauf der Behandlung in der TK Kinder. Die Abwesenheit von artifiziellen Einflüssen, wie sie durch Ankündigungen von prospektiven Studien oder eventuellen Vorgaben in der Behandlung, etwa durch Manualisierung von Behandlungsabläufen, resultieren könnten, ist hier nicht zu erwarten und somit die Durchführung von regulären Behandlungen („*treatment as usual*“) abgebildet, wie sie in den meisten Tageskliniken durchgeführt wird. Mit breitem Blick auf Einflüsse umfeldbezogener Faktoren auf den Behandlungsverlauf bildet sie einen Grundstein zum Schließen dieser, trotz einzelner vorausgegangener Studien, weiterhin bestehenden Forschungslücke. Insbesondere die Aspekte der *elterlichen Behandlungsmotivation*, der *elterlichen Wahrnehmung der Psychopathologie* ihrer Kinder und der *interpersonellen Beziehungen* nahm in den bisherigen Studien nur wenig Raum ein. Ebenso trägt die Betrachtung des Einflusses der Störungskategorie auf den Behandlungsverlauf zu ersten wichtigen Erkenntnissen diesbezüglich bei. Beides – sowohl Erkenntnisse bezüglich Einflussfaktoren im Umfeld des Kindes als auch Einfluss der Störungskategorie – sind Erkenntnisse von großer Wichtigkeit für die Individualisierung und zur Effizienzsteigerung von Psychotherapien, die einerseits durch wachsenden Zeit- und Kostendruck seitens des

Gesundheitssysteme immer mehr an Bedeutung gewinnen. Andererseits entsteht auch durch immer stärkere Effizienzsteigerung und Zeitkürzung im Schulsystem ein immenser „Reintegrationsdruck“ der betroffenen Kinder.

Es ist außerdem hervorzuheben, dass die vorliegende Studie eine der wenigen ist, die den Behandlungsverlauf in kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in Deutschland untersucht hat und dass es bezüglich der Fragestellung nach umfeldbezogenen und störungsabhängigen Einflüssen keine Vergleichsstudien aus Deutschland gibt. Es ist davon auszugehen, dass der Behandlungserfolg kinder- und jugendpsychiatrischer Tageskliniken mit beeinflusst wird von dem im jeweiligen Land vorliegenden Gesundheits- und Schulsystem und dass somit Vergleiche zwischen Verläufen tagesklinischer Behandlung unterschiedlicher Länder unter diesem Aspekt mit zu betrachten sind.

Limitierend ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine Beobachtungsstudie handelt, und dass daher aufgrund fehlender Kontrollgruppe die Kausalität zwischen Behandlung und Veränderung der Symptomatik nicht sicher angenommen werden kann, auch wenn in der vorliegenden Arbeit von *Behandlungserfolg* geschrieben wurde. Mögliche andere Einflussfaktoren könnten z.B. der natürliche Krankheitsverlauf, („Spontanremission“) oder hilfreiche Veränderungen im Familiensystem des Kindes während der Behandlung sein. Diese Faktoren könnten in nur in randomisierten kontrollierten Studien abschließend untersucht werden, was jedoch insgesamt eine große Herausforderung darstellt, da Psychotherapie multikausal wirkt.

Ein weiterer Schwachpunkt des Studiendesigns ist die geringe Anzahl an ausgefüllten Fragebögen zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) und, in noch höherem Maß, zum Zeitpunkt des Nachgesprächs (T2), was zum Ausschluss einiger Fragebögen führte. So konnten die Perspektive der Kinder über den Behandlungsverlauf nur in kleinem Ausmaß und die Perspektive der Lehrkräfte überhaupt nicht erfasst werden, was die mögliche statistische Power der vorliegenden Arbeit einschränkte. Dabei ist anzumerken, dass viele der in der Vergangenheit durchgeführten Beobachtungsstudien zum Behandlungsverlauf



in Tageskliniken ebenfalls Stichproben mit einer Fallzahl um  $n \leq 30$  aufwiesen (z.B. Clark & Jerrott, 2012; Grizenko et al., 1993), was auf die langen Behandlungszeiten und den damit sehr geringen Durchlauf an Patienten zurückzuführen ist.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob diejenigen Eltern und Kinder, die zum Zeitpunkt von Entlassung und/oder Nachgespräch keine Fragebögen ausgefüllt hatten, sich durch einen oder mehrere Faktoren von denen, die die Datenerfassung komplett ausgefüllt hatten, unterschieden. Dies wiederum könnte bei Berechnungen ohne Berücksichtigung dieser Fälle zu einem Bias geführt haben. In weiteren Studien könnte die Gruppe der drop-outs mit der eingeschlossenen Patienten verglichen werden um diese Frage zu evaluieren. Es gibt zum Beispiel Hinweise darauf, dass die Behandlungsdauer und die ethnische Herkunft einen Einfluss darauf haben, ob Familien in Outcome-Studien eher in der Lage sind an der Datenerfassung nach Behandlung teilzunehmen oder nicht (Kiser et al., 1996).

Kritisch anzumerken ist außerdem die kurze Zeitspanne zwischen Entlassung und Follow-up ca. 8-10 Wochen nach Entlassung. In weiteren Studien könnte, entsprechend einiger anderer Studien (Clark & Jerrott, 2012; Grizenko, 1997; Kiser et al., 1996), ein Langzeit-Follow-up implementiert werden um die langfristige Stabilität des Behandlungserfolgs zu überprüfen.

Ein weiterer Aspekt, der in Folgestudien untersucht werden könnte, ist inwiefern sich Kinder, die nicht von der Therapie profitieren konnten, bei Aufnahme von denen unterschieden, die stärker auf die Therapie ansprechen, z.B. bzgl. sozioökonomischem Status, Familienstruktur, Vorbehandlungen etc. In der Studie von (Kiser et al., 1996) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Gruppen.

#### 4.4.2 Stärken und Limitationen der Methodik

Methodisch ist hervorzuheben, dass bei stark abnehmender Fallzahl im Zeitverlauf unkonventionelle Methoden der Datenanalyse aufgegriffen wurden um die eingeschlossenen Fälle pro Vergleichszeitpunkt und damit die statistische Power der Arbeit auf das ihr mögliche Maximum zu erweitern. Die statistische Power der gefundenen Effekte wurde außerdem durch konsequente Bonferroni-Korrektur aufgewertet. Da beim vorliegenden Studiendesign eine große Menge an Testwiederholungen zustande kam, war dieses Vorgehen indiziert um einer Alphafehler-Kumulierung vorzubeugen.

Limitierend ist zu erwähnen, dass mittels der durchgeführten Korrelationsanalysen die Kausalität dieser gefundenen Zusammenhänge nicht abschließend statistisch nachgewiesen wurde. Nachdem jedoch die Umfeldfaktoren, die eine Assoziation mit dem Behandlungserfolg zeigten, vor Behandlungsbeginn erfasst wurden, dementsprechend der Veränderung über die Zeit vorausgingen, sind bereits zwei der drei von Mill (1843) geforderten Bedingungen erfüllt um einen Effekt der Prädiktoren auf die Veränderung während der Behandlung anzunehmen. Abschließend müssten Einflüsse jeglicher anderer Variablen ausgeschlossen werden, was unter klinischen Bedingungen kaum möglich ist. Mittels multiplen Regressionsanalysen könnten die Verschiedenen Einflüsse auf die Veränderungsvariablen genauer beleuchtet werden, was angesichts der kleinen Fallzahl mit dem vorliegenden Datensatz nicht sinnvoll gewesen wäre.

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass an den meisten Stellen, an denen sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Umfeldfaktor und Behandlungserfolg zeigte, sowohl die Umfeldvariable als auch der Behandlungserfolg aus Sicht der Eltern eingeschätzt wurde, was bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden muss.

## 4.5 Implikationen für eine tagesklinische Behandlung

### ***Behandlungserfolg***

Mit der vorliegenden Arbeit konnte einmal mehr gezeigt werden, dass tagesklinische Behandlung prinzipiell einen geeigneter Behandlungsrahmen des kinder- und jugendpsychiatrischen Bereichs darstellt und zu einer Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität führen kann. Aufgrund des alltagsnahen und gesundheitsökonomisch vorteilhaften Therapieansatzes wäre es wünschenswert die Verfügbarkeit von teilstationären Behandlungsplätzen zu erweitern.

### ***Bedeutung der Umfeldfaktoren***

Hinsichtlich Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung schien der *Veränderungswunsch* der Eltern eine Rolle zu spielen, was in Folgestudien weiter überprüft werden sollte. Für die klinische Arbeit hätte dieser Zusammenhang zur Folge, dass bereits vor Aufnahme der Kinder in die Tagesklinik ein besonderer Fokus auf die Einschätzung des elterlichen Veränderungswunsches gelegt werden und die Thematik in die elterliche Psychoedukation mit einfließen sollte. Es ergäben sich außerdem Möglichkeiten mittels motivationsfördernder therapeutischer Interventionen in der Elternarbeit den elterlichen Veränderungswunsch und damit die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung des Kindes zu erhöhen.

Die Hinweise darauf, dass die *elterliche Empathiefähigkeit* eine besondere Rolle bei der Bewältigung von internalisierenden Störungen spielen könnte, sollten weiter untersucht werden. Mit diesem Zusammenhang gewänne eine Förderung der empathischen Fähigkeiten der Eltern generell und in der Wahrnehmung internalisierender Probleme ihrer Kinder im Speziellen, an Gewicht in der Sekundär- und Tertiärprävention, d.h. in der Verhinderung von Fortschreiten und Chronifizierung der Erkrankungen. Dies könnte z.B. mittels speziell ausgerichteter Elterntrainings stattfinden und sollte demnach im klinischen Alltag unbedingt berücksichtigt und implementiert werden.

Die aus den vorliegenden Ergebnissen resultierende Fragestellung inwiefern die *elterliche Belastung* (1) eine Abbildung bzw. Folge der elterlichen Sorgen über die Situation ihres Kindes darstellt und damit oder generell (2) als Motivator für die elterliche Mitarbeit während der Behandlung ihres Kindes dienen kann, sollte ebenfalls weiter überprüft werden. Bei Verifizierung dieses Zusammenhangs sollte der motivierende Aspekt der elterlichen Belastung entsprechend in die Elternarbeit implementiert werden.

Ebenso sollten weiterhin die *Beziehungen im Umfeld des Kindes* berücksichtigt werden, wobei die Ergebnisse zeigen, dass das Behandlungsergebnis nicht unter diesen Faktoren leidet, sondern durch gezieltes Aufgreifen derselben gegebenenfalls sogar zu einer stärkeren Verbesserung der Kinder beigetragen wird. Sollten sich die Hinweise auf einen im Eltern- und Lehrkräftenurteil gegenläufigen Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Beziehung zwischen Lehrkraft und Kind bestätigen, sollte dies in der Therapie aufgegriffen und z.B. ein verstärkter Fokus auf die Zusammenarbeit mit der Schule während der Therapie gelegt werden.

### ***Bedeutung der Störungskategorie***

Die aus klinischer Sicht kontraintuitiven Hinweise darauf, dass Kinder mit externalisierenden und uneindeutigen Störungsbildern bei Aufnahme ein niedrigeres Selbstwertgefühl aufweisen als Kinder mit internalisierenden Störungen, sollten weiter untersucht und folgend im therapeutischen Arbeiten berücksichtigt und aufgegriffen werden.

Bei guten Behandlungsverläufen von Kindern mit internalisierenden oder externalisierenden Störungen nach dem aktuellen Behandlungskonzept, zeigten sich nach den vorliegenden Ergebnissen Symptombereiche, in denen Kinder mit uneindeutigen Störungsbildern wie z.B. Autismus-Spektrum-Störungen und Bindungsstörungen im Vergleich dazu einen niedrigeren Behandlungserfolg aufwiesen. Für den klinischen Alltag implizieren diese Rückschlüsse, dass in Zukunft ein besonderer Fokus auf die Gruppe der Kinder mit nicht eindeutig internalisierenden oder externalisierenden Störungen gelegt werden sollte um auch bei diesen Kindern bestmögliche Behandlungsverläufe zu erzielen.

Wichtige Inhalte dieses besonderen Fokus sind die Reflexion und ggf. Anpassung des tagesklinischen Therapiekonzepts für diese Störungen, jedoch auch bereits in der Phase der Therapieplanung des Kindes die besonders gute Abwägung darüber, ob das Kind von einer tagesklinischen Behandlung profitieren kann oder ein anderes Behandlungssetting vorzuziehen wäre.

## Zusammenfassung

Kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken als alltagsnaher Therapieansatz stellen eine wichtige Behandlungsform dar, wobei nach aktueller Studienlage und klinischer Erfahrung nicht alle Kinder gleichermaßen von einer solchen profitieren können. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Fragestellung nach therapiefördernden bzw. -schädigenden Faktoren im Umfeld des Kindes (*elterliche Behandlungsmotivation, elterliche Wahrnehmung der kindlichen Psychopathologie, elterliche Psychopathologie* und *Qualität der Beziehungen im Umfeld des Kindes*). Es wurde außerdem der Einfluss der Störungskategorie (*externalisierend, internalisierend, uneindeutig*) auf den Behandlungserfolg untersucht.

Dafür wurden Daten der Standarddiagnostik der in der Tagesklinik behandelten Kinder zum Zeitpunkt von Aufnahme, Entlassung und Nachgespräch herangezogen und retrospektiv ausgewertet.

Im Zeitverlauf war auf fast allen verwendeten Skalen eine signifikante Symptomreduktion resp. Verbesserung der Lebensqualität festzustellen. Bei der Untersuchung der Umfeldfaktoren zeigten sich viele signifikante Korrelationen. Der *elterliche Veränderungswunsch* stand im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg. Die *elterliche Wahrnehmung von internalisierenden Problemen* stand nach den vorliegenden Ergebnissen im stärkeren Zusammenhang mit der Reduktion der selbigen als die elterliche Wahrnehmung von externalisierenden Problemen mit der Reduktion externalisierender Symptome. Größere *elterliche Belastungen* und schlechtere *Beziehungen* vor Aufnahme waren tendenziell mit einem stärkeren Behandlungserfolg assoziiert. Nach Störungskategorien betrachtet hatten die Störungsgruppen sich in ihrem *Selbstbewusstsein* und bzgl. *schulischer Situation* im Nachgespräch einander angeglichen. Kinder mit *uneindeutiger Störung* profitierten in der vorliegenden Studie hinsichtlich der Abnahme von *internalisierenden, ADH- und dissozialen Symptomen* am Wenigsten von der tagesklinischen Behandlung und lagen bei Entlassung weiterhin im auffälligen oder oberen Grenzbereich, während Kinder mit internalisierenden und externalisierenden Störungsbildern ihrer Störung entsprechend im Zeitverlauf eine Symptomreduktion zeigten.

Die Ergebnisse bestätigen, dass eine tagesklinische Behandlung zu einer Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität führen kann. Die gefundenen Zusammenhänge mit den *Umfeldfaktoren* und der *Störungskategorie* sollten in Folgestudien genauer untersucht werden, da sich daraus wichtige Implikationen für die klinische Arbeit ergeben. Zum einen für die Elternarbeit vor und während tagesklinischer Behandlung, zum anderen für die Optimierung von Behandlungskonzepten, z.B. für Kinder mit uneindeutigen Störungsbildern.

## Literatur

- Achenbach, T. M. (1978). The child behavior profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(3), 478.
- Ahrbeck, B. (2017). Welchen Förderbedarf haben Kinder mit emotional-sozialen Entwicklungsstörungen. In: Expertise Verband Bildung und Erziehung (VBE), Berlin. Verfügbar unter ....
- Barber, B. K., Olsen, J. E., & Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development, 65*(4), 1120-1136.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(3), 194-203.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.
- Becker, K. D., Lee, B. R., Daleiden, E. L., Lindsey, M., Brandt, N. E., & Chorpita, B. F. (2015). The common elements of engagement in children's mental health services: Which elements for which outcomes? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*(1), 30-43.
- Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen-empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Das Gesundheitswesen, 65*(03), 167-172.
- Bilz, L. (2014). Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in der Schule übersehen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., . . . Ulloa, R. E. (2000). Clinical Outcome After Short-term Psychotherapy for Adolescents With Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*(1), 29-36. doi:10.1001/archpsyc.57.1.29
- Blader, J. C. (2004). Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric rehospitalization within one year of discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(4), 440-451.
- Bölt, U., & Graf, T. (2012). Gesundheit-20 Jahre Krankenhausstatistik. *Wirtschaft und Statistik*(2), 112-138.
- Cavalcante, D. A., Coutinho, L. S., Ortiz, B. B., Noto, M. N., Cordeiro, Q., Ota, V. K., . . . Noto, C. (2019). Impact of duration of untreated psychosis in short-term response to treatment and outcome in antipsychotic naive first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12889
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., . . . Lyon, T. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child maltreatment, 11*(1), 76-89.
- Clark, S. E., & Jerrott, S. (2012). Effectiveness of day treatment for disruptive behaviour disorders: what is the long-term clinical outcome for children? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21*(3), 204.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155.
- de Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences, 21*(1), 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746



- Doan, R. J., & Petti, T. A. (1989). Clinical and demographic characteristics of child and adolescent partial hospital patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 66-69. doi:10.1097/00004583-198901000-00012
- Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. *Göttingen: Hogrefe*.
- Emslie, G. J., Mayes, T. L., Lipton, R. S., & Batt, M. (2003). Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics*, 26(2), 435-456.
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 395-402. doi:10.1017/S2045796015001158
- Fegert, J., Kölich, M., & Krüger, U. (2018). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland—Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. *Tagung der APK vom, 4, 2018*.
- Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40.
- Fine, M. A., & Kurdek, L. A. (1995). Relation between marital quality and (step) parent-child relationship quality for parents and stepparents in stepfamilies. *Journal of Family Psychology*, 9(2), 216.
- Fontanella, C. A. (2008). The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 187-198.
- Franke, G. H. (2014). Symptom-Checklist-90®-Standard. *Göttingen: Hogrefe-Verlag*.
- Garbacz, S. A., McIntyre, L. L., & Santiago, R. T. (2016). Family involvement and parent-teacher relationships for students with autism spectrum disorders. *School Psychology Quarterly*, 31(4), 478.
- Golubchik, P., Sever, J., Finzi-Dottan, R., Kosov, I., & Weizman, A. (2013). The factors influencing decision making on children's psychiatric hospitalization: A retrospective chart review. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 73-78.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., Secher, S. M., & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 474-480.
- Gorske, T. T., Srebalus, D. J., & Walls, R. T. (2003). Adolescents in residential centers: Characteristics and treatment outcome. *Children and Youth Services Review*.
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: A five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36(7), 989-997.
- Grizenko, N., & Papineau, D. (1992). A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 37(6), 393-400. doi:10.1177/070674379203700608
- Grizenko, N., Papineau, D., & Sayegh, L. (1993). Effectiveness of a multimodal day treatment program for children with disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 127-134.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology: 1976*: National Institute of Mental Health.
- Hampel, P., & Dismann, C. (2006). Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 388-398.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung. *Diagnostica*, 47, 27.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T., & Burns, B. J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1055-1063.
- Horn, H. (2003). Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie.
- Howlin, P. (2005). The effectiveness of interventions for children with autism. In *Neurodevelopmental disorders* (pp. 101-119): Springer.
- Hughes, J., & Kwok, O.-M. (2007). Influence of student-teacher and parent-teacher relationships on lower achieving readers' engagement and achievement in the primary grades. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 39.
- Huss, M., Jenetzky, E., & Lehmkuhl, U. (2001). Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten.
- Hussey, D. L., & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare*, 84(4).
- Jacobs, A. K., Roberts, M. C., Vernberg, E. M., Nyre, J. E., Randall, C. J., & Puddy, R. W. (2008). Factors related to outcome in a school-based intensive mental health program: An examination of nonresponders. *Journal of Child and Family Studies*, 17(2), 219-231.
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 271-281.
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 2-16.
- Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 66-75. doi:10.1016/j.janxdis.2018.05.004
- Kernberg, P. F., & Chazan, S. E. (1991). *Children with conduct disorders: A psychotherapy manual*: Basic Books.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 359-364. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Kiser, L. J., Millsap, P. A., Hickerson, S., Heston, J. D., Nunn, W., Pruitt, D. B., & Rohr, M. (1996). Results of treatment one year later: Child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 81-90.
- Kohl, G. O., Lengua, L. J., & McMahon, R. J. (2000). Parent involvement in school conceptualizing multiple dimensions and their relations with family and demographic risk factors. *Journal of School Psychology*, 38(6), 501-523.
- Kölch, M., Dockhorn, M., Moser, I., & Fegert, J. (2015). Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Qualität in der Psychiatrie*, 110-117.
- Koller, M., Neugebauer, E., Augustin, M., Büssing, A., Farin, E., Klinkhammer-Schalke, M., . . . von Steinbüchel, N. (2009). Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung—konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Das Gesundheitswesen*, 71(12), 864-872.

- Korczak, D. J., & Goldstein, B. I. (2009). Childhood onset major depressive disorder: course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *The Journal of pediatrics*, *155*(1), 118-123.
- Krane, V., Karlsson, B., Ness, O., & Kim, H. S. (2016). Teacher–student relationship, student mental health, and dropout from upper secondary school: A literature review. *Lærer-elev-relasjoner, elevs psykiske helse og frafall i videregående skole. En eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting*.
- Kweon, K., & Kim, H. W. (2019). Effectiveness and Safety of Bupropion in Children and Adolescents with Depressive Disorders: A Retrospective Chart Review. *Clin Psychopharmacol Neurosci*, *17*(4), 537-541. doi:10.9758/cpn.2019.17.4.537
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., . . . König, H. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen–Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, *81*(11), 614-627.
- LaVietes, R. L., Hulse, W. C., & Blau, A. (1960). A psychiatric day treatment center and school for young children and their parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, *30*(3), 468.
- Mill, J. S. (1843). A system of logic. *Ratiocinative and Inductive*, Cosimo, New York, NY.
- Miller-Lewis, L. R., Sawyer, A. C. P., Searle, A. K., Mittinty, M. N., Sawyer, M. G., & Lynch, J. W. (2014). Student-teacher relationship trajectories and mental health problems in young children. *BMC Psychology*, *2*(1), 27. doi:10.1186/s40359-014-0027-2
- Miller-Lewis, L. R., Searle, A. K., Sawyer, M. G., Baghurst, P. A., & Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *7*(1), 6-6. doi:10.1186/1753-2000-7-6
- Müller, J. M., Averbeck-Holocher, M., Romer, G., Fűrnis, T., Achtergarde, S., & Postert, C. (2015). Psychiatric treatment outcomes of preschool children in a family day hospital. *Child Psychiatry and Human Development*, *46*(2), 257-269.
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(3), 333-346.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(4), 402-409. doi:10.1097/00004583-200204000-00012
- Pearson, E. S. (1931). The test of significance for the correlation coefficient. *Journal of the American Statistical Association*, *26*(174), 128-134.
- Petermann, F., & Petermann, U. J. F. a. M. P. A. (2011). Wechsler Intelligence Scale for Children®–Fourth Edition.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345-365.
- Rauer, W., & Schuck, K. D. (2003). *Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen: FEESS 3-4*: Beltz Test.
- Rauer, W., & Schuck, K. D. (2004). *FEESS 1-2: Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern erster und zweiter Klassen*: Beltz Test.

- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. J. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399-407.
- Ravens-Sieberer, U., Ottova, V., Hillebrandt, D., & Klasen, F. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006–2010. *Gesundheitswesen*, 74 Suppl, S33-41. doi:10.1055/s-0032-1312641
- Reef, J., Diamantopoulou, S., Van Meurs, I., Verhulst, F., & Van Der Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(3), 230-238.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Matthejat, F., Eisert, H., & Eisert, M. (1988). Therapy evaluation in child and adolescent psychiatry: inpatient treatment, day care treatment and home treatment in comparison. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 16(3), 124-134.
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems—a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Robinson, K. E., & Rapport, L. J. (2002). Outcomes of a school-based mental health program for youth with serious emotional disorders. *Psychology in the Schools*, 39(6), 661-675.
- Ryan, S. M., & Ollendick, T. H. (2018). The Interaction Between Child Behavioral Inhibition and Parenting Behaviors: Effects on Internalizing and Externalizing Symptomology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 320-339. doi:10.1007/s10567-018-0254-9
- Sack, W. H., Mason, R., & Collins, R. (1987). A long-term follow-up study of a children's psychiatric day treatment center. *Child Psychiatry and Human Development*.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24(5), 345-351.
- Savina, E., Simon, J., & Lester, M. (2014). School Reintegration Following Psychiatric Hospitalization: An Ecological Perspective. *Child & Youth Care Forum*, 43(6), 729-746.
- Schimmelmann, B. G., Schulte-Markwort, M., & Richter, R. (2001). Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29(3), 178-188.
- Sheridan, S. M., Bovaird, J. A., Glover, T. A., Andrew Garbacz, S., Witte, A., & Kwon, K. (2012). A randomized trial examining the effects of conjoint behavioral consultation and the mediating role of the parent–teacher relationship. *School Psychology Review*, 41(1), 23-46.
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.
- Ünver, H., Kara, İ., Memik, N. Ç., Gündoğdu, Ö. Y., & Coşkun, A. (2019). Ten-Year Experience Outcomes of a Day Treatment for Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *Noro psikiyatri arsivi*, 56(4), 283-287. doi:10.29399/npa.23527
- Van Allen, J., Kuhl, E. S., Filigno, S. S., Clifford, L. M., Connor, J. M., & Stark, L. J. (2014). Changes in parent motivation predicts changes in body mass index z-score (zBMI) and dietary intake among preschoolers enrolled in a family-based obesity intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(9), 1028-1037. doi:10.1093/jpepsy/jsu052

- Washburn, S., Vannicelli, M., Longabaugh, R., & Scheff, B.-J. (1976). A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *Journal of Consulting Clinical Psychology & Psychotherapy*, 44(4), 665.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*, Bern, 112007.
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who benefits?". *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 31-52.
- WHO. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- Wilcox, R. R. (2011). *Introduction to robust estimation and hypothesis testing (3rd ed.)*. Statistical modeling and decision science. Amsterdam, Boston: Academic press.
- Wymbs, B. T., Dawson, A. E., Egan, T. E., Sacchetti, G. M., Tams, S. T., & Wymbs, F. A. (2017). ADHD and Depression Symptoms in Parent Couples Predict Response to Child ADHD and ODD Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 471-484. doi:10.1007/s10802-016-0220-2
- Yap, M. B. H., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440.
- Zimet, S. G., Farley, G. K., Silver, J., Hebert, F. B., Robb, E. D., Ekanger, C., & Smith, D. (1980). Behavior and personality changes in emotionally disturbed children enrolled in a psychoeducational day treatment center. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(2), 240-256.

## Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen unter Betreuung von Professor Dr. Tobias J. Renner durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte unter Anleitung von Prof. Dr. Tobias J. Renner und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe des Forschungsprojekts *„Aus der Tagesklinik zurück in die öffentliche Schule: Identifizierung der Bedingungen für eine erfolgreiche schulische Reintegration“* des LEAD Graduate School & Research Network.

Die retrospektive Datenerfassung erfolgte durch mich, sowie in Teilen durch Dr. Johanna Schmid und Dr. Leona Hellwig als Mitglieder der o.g. Arbeitsgruppe und durch Lena Flik als wissenschaftliche Hilfskraft der Arbeitsgruppe.

Die statistische Datenauswertung erfolgte eigenständig nach Anleitung durch Prof. Dr. Annette Conzelmann und Dr. Johanna Schmid.

Sämtliche Abbildungen und Tabellen wurden von mir selbstständig erstellt.

Ich versichere, das Manuskript selbständig unter Anleitung von Prof. Dr. Tobias J. Renner und Dr. Johanna Schmid verfasst und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den

---

Vera Brenner

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei den Menschen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Meinem Doktorvater, Prof. Dr. Tobias J. Renner, danke ich für die Möglichkeit zur Promotion und die gute Betreuung.

Dem Gesamten Team des LEAD-Projekts, insbesondere Prof. Dr. Annette Conzelmann, Dr. Johanna Schmid, Dr. Ute Dürrwächter und Dr. Leona Hellwig, danke ich für die Unterstützung bei der Konzeption der Studie.

Prof. Dr. Annette Conzelmann danke ich besonders für die Unterstützung bei der Planung der statistischen Datenauswertung.

Besonders hervorheben möchte ich meinen Dank für Dr. Johanna Schmid, die sich während meiner komprimierten Auswertungs- und Schreibphase immer wieder ausführlich Zeit für mich genommen, anregende Diskussionen mit mir geführt und ihr Wissen mit mir geteilt hat. Vielen Dank für deine Unterstützung!

Meiner Familie danke ich von Herzen fürs ausdauernde gespannte Abwarten auf und Daumendrücken für die Promotion und für die andauernde Bereitschaft zur Rücksichtnahme und Unterstützung. Danke, dass ihr immer für mich da seid! Ganz besonders Danke sagen möchte ich dem einen Menschen, der mir mit seiner uneingeschränkten Geduld und Unterstützung während meiner Schreibphasen auf so vielen Ebenen geholfen hat. Die Arbeit hat viel Nachsicht gefordert. Nun kommt sie zu einem Abschluss.

## Anhang

		Seite
Anhang I.1	deutsche Übersetzung des PMI (siehe Kap. 2.6.1)	XV
Anhang I.2	Fragen an die Eltern zur Qualität der interpersonellen Beziehungen (siehe Kap. 2.6.4)	XVIII
Anhang I.3	Fragen an die Lehrkräfte zur Qualität der interpersonellen Beziehungen (siehe Kap. 2.6.4)	XXI
Anhang II	Überprüfung des Behandlungserfolgs mittels CBCL (siehe Kap. 3.2.4)	XXII
Anhang III.1	Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den PMI-Skalen (siehe Kap. 3.4.1)	XXV
Anhang III.2	Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den CBCL-TRF-Differenz-Skalen (siehe Kap. 3.4.2)	XXXIII
Anhang III.3	Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den SCL-90-R –Skalen (siehe Kap. 3.4.3)	XXXIX
Anhang III.4	Korrelationen aller Veränderungsvariablen mit den Beziehungs-Skalen (siehe Kap. 3.4.4)	LXIII
Anhang IV	Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Subskalen der CBCL (siehe Kap 3.5.4)	LXXV



## Anhang I.1 deutsche Übersetzung des PMI (Kap. 2.6.1)

**Um ein möglichst genaues Bild von Ihren Wünschen an uns zu bekommen, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten.**

Auch hier gilt wieder: überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

**Datum heute:** \_\_\_\_\_

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Mittel	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1) Das Verhalten meines Kindes muss sich bald verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ich bin bereit daran zu arbeiten mein eigenes Verhalten zu verändern, da es im Zusammenhang steht mit meiner Fähigkeit mein Kind zu steuern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Für das Wohlergehen meiner Familie ist es sehr wichtig, dass mein Kind sein Verhalten verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ich bin darauf vorbereitet für mehrere Monate jede Woche in die Klinik zu kommen, um das Verhalten meines Kindes zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Auch wenn das Hauptproblem das Verhalten meines Kindes betrifft, glaube ich, dass ich jede Woche zu Gesprächen in die Klinik kommen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Für das Wohlergehen meines Kindes ist es sehr wichtig, dass es sein Verhalten verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ich bin bereit meine derzeitigen Erziehungstechniken zu verändern und neue auszuprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ich denke der Nutzen der Behandlung wird größer sein als der Aufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ich hätte gerne, dass sich das Verhalten meines Kindes verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ich bin bereit Erziehungstechniken auszuprobieren, auch wenn ich denke, dass sie vielleicht nicht funktionieren werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Mittel	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
11) Zum jetzigen Zeitpunkt möchte ich in die Behandlung meines Kindes mit einbezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Mein Kind wird viele negative Konsequenzen erfahren, wenn sich sein Verhalten nicht verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Ich bin motiviert die Techniken, die ich im Rahmen der Behandlung lerne, zu Hause bei meinem Kind anzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ich glaube, dass sich das Verhalten meines Kindes ohne meine Beteiligung an der Behandlung nicht verändern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Meine Familie wird viele negative Konsequenzen erfahren, wenn sich das Verhalten meines Kindes nicht verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Ich kann es kaum erwarten mich an der Behandlung zu beteiligen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Ich glaube, dass eine Veränderung meines eigenen Verhaltens dazu führen kann, dass sich das Verhalten meines Kindes verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Ich möchte, dass sich das Verhalten meines Kindes verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Ich bin motiviert die Art wie ich mein Kind belohne und bestrafe zu verändern, wenn dies zu einer Verbesserung führt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Ich glaube, dass ich lernen kann das Verhalten meines Kindes zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Ich bin motiviert mich jede Woche an der Behandlung meines Kindes zu beteiligen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Die Teilnahme an dieser Behandlung steht in meinem Alltag und dem meines Kindes an erster Stelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Ich glaube, dass ich in der Lage bin, die für eine Veränderung des Verhaltens meines Kindes nötigen Fähigkeiten zu erlernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang

---

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Mittel	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
24) Ich freue mich darauf neue Techniken zu lernen, die mir helfen das Verhalten meines Kindes zu steuern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Ich bin motiviert jede Woche mit einem Therapeuten zusammenzuarbeiten, um mein eigenes Verhalten zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nock, Matthew K., and Valerie Photos. "Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation." *Journal of Child and Family Studies* 15.3 (2006): 333-346.

**Anhang I.2 Fragen an die Eltern zur Qualität der interpersonellen Beziehungen (siehe Kap. 2.6.4)**

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich mit den Bezugspersonen im Umfeld Ihres Kindes beschäftigen. Bitte geben Sie Ihre Einschätzung auf den angegebenen Skalen an.

**FAMILIE**

1.) Wer sind die beiden wichtigsten Bezugspersonen für Ihr Kind?  
(Für Kinder sind Bezugspersonen z.B. Mutter, Vater, Großmutter, Ihr Lebenspartner etc.)

2.) Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der anderen Bezugsperson bezüglich Ihres Kindes?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.) Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen sich und der anderen Bezugsperson zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.) Wie häufig gab es im vergangenen Jahr Konflikte bezüglich Ihres Kindes zwischen Ihnen und der anderen Bezugsperson?

Andauernd	häufig	Eher häufig	Eher selten	selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.) Falls die obengenannte andere Bezugsperson nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter Ihres Kindes ist: Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen sich und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter Ihres Kindes zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen sich und Ihrem Kind zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SCHULE**

7.) Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen Ihrem Kind und seinem Klassenlehrer zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.) Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen sich und dem Klassenlehrer Ihres Kindes zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.) Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem Klassenlehrer Ihres Kindes?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.) Wie häufig gab es im vergangenen Jahr Konflikte oder Meinungsverschiedenheiten bezüglich Ihres Kindes zwischen dem Klassenlehrer Ihres Kindes und Ihnen?

Nie	Selten	Eher Selten	Eher häufig	Häufig	Andauernd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.) Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit dem Klassenlehrer Ihres Kindes in Konfliktsituationen?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.) Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der Schule Ihres Kindes insgesamt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.) Wie häufig gab es im vergangenen Jahr Konflikte oder Meinungsverschiedenheiten bezüglich Ihres Kindes zwischen der Schule Ihres Kindes und Ihnen?

Nie	Selten	Eher Selten	Eher häufig	Häufig	Andauernd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.) Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit der Schule Ihres Kindes in Konfliktsituationen?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anhang I.3 Fragen an die Lehrkräfte zur Qualität der interpersonellen Beziehungen (Kap. 2.6.4)**

**Es folgen 5 kurze Fragen, die sich mit den Eltern Ihres Schülers beschäftigen. Bitte geben Sie Ihre Einschätzung auf den angegebenen Skalen an.**

1.) Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Eltern Ihres Schülers?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.) Wie häufig gab es im vergangenen Jahr Konflikte oder Meinungsverschiedenheiten bezüglich Ihres Schülers zwischen den Eltern Ihres Schülers und Ihnen?

Nie	Selten	Eher Selten	Eher häufig	Häufig	Andauernd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.) Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Eltern Ihres Schülers in Konfliktsituationen?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.) Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen sich und den Eltern Ihres Schülers zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.) Wie empfinden Sie das Verhältnis zwischen sich und Ihrem Schüler zum aktuellen Zeitpunkt?

Sehr gut	gut	Eher gut	Eher schlecht	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang II (aus Kap. 3.2.4)

Tabelle II.1

*Mittelwerte der CBCL/6-18R-Subskalen zu allen Messzeitpunkten*

*Anmerkung.* CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

		<i>n</i>	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
AD	T0	94	50	97	66,57	9,24
	T1	54	50	89	61,15	8,08
	T2	36	50	74	58,53	6,03
RD	T0	94	50	91	63,56	9,25
	T1	54	50	75	59,81	7,23
	T2	36	50	78	58,42	7,59
KB	T0	94	50	82	61,87	8,81
	T1	54	50	72	57,39	6,41
	T2	36	50	68	56,56	6,11
SP	T0	94	50	94	67,59	10,65
	T1	54	50	77	60,87	7,28
	T2	36	50	86	59,11	8,60
DP	T0	94	50	85	66,45	8,63
	T1	54	50	83	63,31	8,25
	T2	36	50	76	59,81	8,30
AP	T0	94	50	97	71,39	10,54
	T1	54	50	88	64,28	9,53
	T2	36	50	82	64,75	8,15
RV	T0	94	50	84	67,21	7,88
	T1	54	50	78	61,37	7,83
	T2	36	50	77	60,44	7,06
AV	T0	94	50	97	73,36	11,21
	T1	54	50	90	62,52	10,70
	T2	36	50	85	62,25	9,65
DEP	T0	94	50	91	67,96	8,75
	T1	54	50	83	62,20	7,78
	T2	36	2	75	59,53	12,46
ANX	T0	94	50	100	65,99	10,17
	T1	54	50	81	60,69	7,88
	T2	36	1	70	56,22	11,57
SOM	T0	94	50	85	60,10	9,86
	T1	54	50	76	56,19	7,00
	T2	36	0	71	54,00	11,41



## Anhang

		<i>n</i>	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ADH	T0	94	50	80	69,46	8,37
	T1	54	50	78	62,65	8,96
	T2	36	7	78	64,28	13,03
OVS	T0	94	50	80	70,05	8,61
	T1	54	50	80	61,94	9,39
	T2	36	5	77	60,58	12,91
DIS	T0	94	50	92	69,34	9,56
	T1	54	50	82	61,30	8,96
	T2	36	3	78	59,39	12,61

Tabelle II.2

*Veränderung der Mittelwerte der CBCL/6-18R Subskalen über die Zeit (t-Tests).*

*Signifikanzniveau  $p=.01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

	T0→T1			T0→T2			T1→T2		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
AD	4,631*	<.001	52	4,803*	<.001	34	1,669	.107	28
RD	3,490*	.001	52	3,510*	.001	34	1,092	.284	28
KB	3,838*	<.001	52	3,708*	.001	34	0,043	.670	28
SP	5,244*	<.001	52	2,920*	.006	34	0,668	.510	28
DP	3,489*	.001	52	4,106*	<.001	34	1,665	.107	28
AP	5,079*	<.001	52	4,952*	<.001	34	-0,203	.840	28
RV	6,024*	<.001	52	3,298*	.002	34	-0,106	.916	28
AV	6,979*	<.001	52	5,857*	<.001	34	0,644	.535	28
DEP	5,749*	<.001	52	2,998*	.005	34	0,930	.361	28
ANX	4,709*	<.001	52	3,289*	.002	34	1,532	.137	28
SOM	2,893*	.006	52	2,614*	.013	34	1,092	.284	28
ADH	6,797*	<.001	52	2,356*	.025	34	0,310	.759	28
OVS	6,493*	<.001	52	2,807*	.008	34	0,906	.373	28
DIS	7,144*	<.001	52	2,930*	.006	34	0,617	.542	28

Tabelle II.4

*Veränderungsscores der CBCL Sub.Skalen. Positive Werte bedeuten eine Verbesserung über die Zeit, negative eine Verschlechterung*

*Anmerkung.* CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome;; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, VS = Veränderungsscore.

VS CBCL	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
AD T0T1	52	-13,00	27,00	5,69	8,86
T0T2	34	-14,00	25,00	6,85	8,32
RD T0T1	52	-21,00	29,00	4,25	8,78
T0T2	34	-9,00	25,00	4,62	7,67
KB T0T1	52	-14,00	25,00	4,04	7,59
T0T2	34	-14,00	22,00	5,47	8,60
SP T0T1	52	-9,00	29,00	5,37	7,38
T0T2	34	-25,00	22,00	4,26	8,51
DP T0T1	52	-14,00	27,00	4,06	8,39
T0T2	34	-11,00	18,00	4,68	6,64
AP T0T1	52	-17,00	41,00	9,31	13,23
T0T2	34	-11,00	36,00	10,91	10,22
RV T0T1	52	-8,00	22,00	4,98	5,96
T0T2	34	-8,00	18,00	3,35	5,93
AV T0T1	52	-10,00	34,00	8,63	8,92
T0T2	34	-6,00	22,00	6,94	6,91
DEP T0T1	52	-14,00	28,00	6,83	8,56
T0T2	34	-11,00	76,00	7,09	13,79
ANX T0T1	52	-13,00	25,00	5,56	8,51
T0T2	34	-8,00	85,00	8,82	15,64
SOM T0T1	52	-13,00	25,00	3,37	8,39
T0T2	34	-10,00	68,00	6,29	14,04
ADH T0T1	52	-4,00	23,00	6,13	6,51
T0T2	34	-15,00	64,00	4,79	11,86
OVS T0T1	52	-7,00	27,00	6,88	7,65
T0T2	34	-7,00	70,00	6,18	12,83
DIS T0T1	52	-8,00	30,00	6,62	6,68
T0T2	34	-9,00	68,00	6,41	12,76

## Anhang III.1 (siehe Kap. 3.4.1)

Tabelle III.1.1 (siehe Kap. 3.4.1)

Korrelationen des PMI-Gesamt-Scores mit sämtlichen Veränderungsscores.  
Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.0125$

Anmerkung. KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,185	.181	54	
	T0T2	0,184	.275	37	
KW	T0T1	-0,103	.460	54	
	T0T2	-0,051	.766	37	
PW	T0T1	0,127	.361	54	
SW	T0T1	0,208	.135	54	
	T0T2	0,309	.067	36	
FA	T0T1	0,305	.027	53	*
FR	T0T1	0,223	.109	53	
	T0T2	0,198	.239	37	
SCH	T0T1	0,051	.720	52	
	T0T2	0,009	.958	34	
VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	-0,075	.521	75	
PW	T0T1	0,028	.831	75	
SW	T0T1	0,035	.763	75	
FA	T0T1	-0,110	.349	74	
FR	T0T1	-0,018	.887	74	
SCH	T0T1	-0,095	.416	75	
VS CGI					
CGI-S	T0T1	-0,081	.455	87	
CGI-S	T0T2	-0,044	.739	59	
CGI-I	T1	-0,028	.793	88	
CGI-I	T2	0,073	.584	59	

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,014	.925	51		
	T0T2	0,135	.445	34		
INT	T0T1	-0,056	.696	51		
	T0T2	0,305	.079	34		
EXT	T0T1	0,225	.112	51		
	T0T2	0,138	.436	34		
AD	T0T1	-0,086	.550	51		
	T0T2	0,318	.067	34		
RD	T0T1	0,122	.396	51		
	T0T2	0,214	.225	34		
KB	T0T1	-0,169	.237	51		
	T0T2	0,114	.520	34		
SP	T0T1	0,187	.190	51		
	T0T2	0,147	.406	34		
DP	T0T1	-0,060	.674	51		
	T0T2	-0,108	.544	34		
AP	T0T1	0,082	.569	51		
	T0T2	0,255	.146	34		
RV	T0T1	0,136	.341	51		
	T0T2	0,061	.734	34		
AV	T0T1	0,280	.047	51	*	
	T0T2	0,218	.216	34		
DEP	T0T1	-0,028	.845	51		
	T0T2	0,184	.298	34		
ANX	T0T1	-0,189	.184	51		
	T0T2	0,222	.206	34		
SOM	T0T2	0,206	.243	34		
	T0T1	-0,238	.092	51		
ADH	T0T1	-0,120	.400	51		
	T0T2	0,172	.330	34		
OVS	T0T1	0,020	.887	51		
	T0T2	0,297	.088	34		
DIS	T0T1	0,163	.253	51		
	T0T2	0,310	.179	34		

Tabelle III.1.2 (siehe Kap. 3.4.1)

*Korrelationen des PMI-Scores Veränderungswunsch mit sämtlichen Veränderungsscores.  
Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0125$*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,130	.349	54		
	T0T2	0,008	.961	37		
KW	T0T1	-0,118	.395	54		
	T0T2	-0,131	.439	37		
PW	T0T1	0,143	.301	54		
SW	T0T1	0,196	.159	53		
	T0T2	0,155	.365	36		
FA	T0T1	0,359	.008	53	*	*
FR	T0T1	0,116	.408	53		
	T0T2	-0,024	.890	37		
SCH	T0T1	0,086	.545	52		
	T0T2	0,140	.429	34		
 VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	-0,106	.361	75		
PW	T0T1	0,058	.623	75		
SW	T0T1	-0,034	.770	75		
FA	T0T1	-0,031	.794	74		
FR	T0T1	-0,074	.528	75		
SCH	T0T1	-0,210	.071	75		
 VS CGI						
CGI-S	T0T1	-0,078	.470	87		
CGI-S	T0T2	-0,112	.397	59		
CGI-I	T1	-0,062	.565	88		
CGI-I	T2	-0,018	.891	59		

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,050	.726	51		
	T0T2	0,074	.677	34		
INT	T0T1	-0,107	.453	51		
	T0T2	0,110	.535	34		
EXT	T0T1	0,265	.060	51		
	T0T2	0,185	.294	34		
AD	T0T1	-0,084	.557	51		
	T0T2	0,149	.400	34		
RD	T0T1	0,041	.776	51		
	T0T2	0,063	.722	34		
KB	T0T1	-0,236	.095	51		
	T0T2	-0,034	.850	34		
SP	T0T1	0,174	.223	51		
	T0T2	0,057	.750	34		
DP	T0T1	0,046	.748	51		
	T0T2	-0,078	.662	34		
AP	T0T1	0,152	.288	51		
	T0T2	0,229	.193	34		
RV	T0T1	0,176	.217	51		
	T0T2	0,114	.520	34		
AV	T0T1	0,343	.014	51	*	
	T0T2	0,319	.066	34		
DEP	T0T1	-0,022	.879	51		
	T0T2	0,124	.486	34		
ANX	T0T1	-0,172	.228	51		
	T0T2	0,124	.485	34		
SOM	T0T2	-0,275	.051	51		
	T0T1	0,084	.637	34		
ADH	T0T1	-0,089	.536	51		
	T0T2	0,127	.476	34		
OVS	T0T1	0,069	.628	51		
	T0T2	0,325	.061	34		
DIS	T0T1	0,240	.090	51		
	T0T2	0,230	.191	34		

Tabelle III.1.3 (siehe Kap. 3.4.1)

*Korrelationen des PMI-Scores Veränderungsbereitschaft mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0125$*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
ges.	T0T1	0,282	.041	53	*	
	T0T2	0,312	.060	37		
KW	T0T1	0,022	.877	53		
	T0T2	0,069	.687	37		
PW	T0T1	0,135	.335	53		
SW	T0T1	0,265	.058	52		
	T0T2	0,367	.028*	36	*	
FA	T0T1	0,152	.283	52		
FR	T0T1	0,238	.090	52		
	T0T2	0,335	.043*	37	*	
SCH	T0T1	0,267	.058	51		
	T0T2	0,151	.396	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,016	.889	75		
PW	T0T1	0,066	.574	75		
SW	T0T1	0,094	.422	75		
FA	T0T1	-0,117	.322	74		
FR	T0T1	0,056	.633	75		
SCH	T0T1	0,043	.717	75		
VS CGI						
CGI-S	T0T1	-0,034	.759	86		
CGI-S	T0T2	0,039	.770	58		
CGI-I	T1	0,043	.690	87		
CGI-I	T2	0,202	.129	58		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,116	.422	50		
	T0T2	0,065	.717	34		
INT	T0T1	0,104	.471	50		
	T0T2	0,141	.425	34		
EXT	T0T1	0,218	.127	50		
	T0T2	0,001	.994	34		
AD	T0T1	0,053	.716	50		
	T0T2	0,172	.330	34		
RD	T0T1	0,246	.085	50		
	T0T2	0,210	.232	34		
KB	T0T1	-0,064	.660	50		
	T0T2	-0,013	.942	34		
SP	T0T1	0,101	.486	50		
	T0T2	0,112	.528	34		
DP	T0T1	0,028	.849	50		
	T0T2	-0,054	.760	34		
AP	T0T1	0,035	.808	50		
	T0T2	0,238	.175	34		
RV	T0T1	0,104	.473	50		
	T0T2	0,061	.733	34		
AV	T0T1	0,258	.070	50		
	T0T2	-0,007	.969	34		
DEP	T0T1	0,189	.188	50		
	T0T2	0,083	.641	34		
ANX	T0T1	-0,145	.314	50		
	T0T2	0,102	.565	34		
SOM	T0T2	-0,130	.367	50		
	T0T1	0,029	.871	34		
ADH	T0T1	0,136	.347	50		
	T0T2	0,086	.631	34		
OVS	T0T1	0,103	.477	50		
	T0T2	0,051	.774	34		
DIS	T0T1	0,096	.507	50		
	T0T2	0,006	.971	34		



Tabelle III.1.4 (siehe Kap. 3.4.1)

*Korrelationen des PMI-Scores Veränderungsfähigkeit mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0125$*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
ges.	T0T1	0,268	.052	53		
	T0T2	0,052	.761	37		
KW	T0T1	-0,157	.261	53		
	T0T2	-0,132	.437	37		
PW	T0T1	0,333	.015	53	*	
SW	T0T1	0,165	.242	52		
	T0T2	0,181	.291	36		
FA	T0T1	0,281	.044	52	*	
FR	T0T1	0,304	.029	52	*	
	T0T2	0,129	.445	37		
SCH	T0T1	0,269	.056	51		
	T0T2	-0,039	.827	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	-0,207	.075	75		
PW	T0T1	-0,175	.133	75		
SW	T0T1	-0,023	.842	75		
FA	T0T1	-0,161	.171	74		
FR	T0T1	-0,096	.415	75		
SCH	T0T1	-0,148	.204	75		
VS CGI						
CGI-S	T0T1	-0,029	.792	86		
CGI-S	T0T2	-0,011	.933	58		
CGI-I	T1	-0,025	.816	87		
CGI-I	T2	0,089	.505	58		

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,219	.126	50		
	T0T2	0,065	.717	34		
INT	T0T1	0,103	.478	50		
	T0T2	0,141	.425	34		
EXT	T0T1	0,343	.015*	50	*	
	T0T2	0,001	.994	34		
AD	T0T1	0,070	.629	50		
	T0T2	0,172	.330	34		
RD	T0T1	0,257	.071	50		
	T0T2	0,210	.232	34		
KB	T0T1	-0,050	.731	50		
	T0T2	-0,013	.942	34		
SP	T0T1	0,198	.169	50		
	T0T2	0,112	.528	34		
DP	T0T1	0,000	.998	50		
	T0T2	0,206	.152	50		
AP	T0T1	0,238	.175	34		
	T0T2	0,183	.202	50		
RV	T0T1	0,061	.733	34		
	T0T2	0,341	.015*	50	*	
AV	T0T1	-0,007	.969	34		
	T0T2	0,191	.184	50		
DEP	T0T1	0,083	.641	34		
	T0T2	0,029	.840	50		
ANX	T0T1	0,102	.565	34		
	T0T2	-0,061	.674	50		
SOM	T0T2	0,029	.871	34		
	T0T1	0,195	.174	50		
ADH	T0T1	0,086	.631	34		
	T0T2	0,051	.774	34		
OVS	T0T1	0,330	.019*	50	*	
	T0T2	0,114	.432	50		
DIS	T0T1	0,006	.971	34		

Tabelle III.2.1 (siehe Kap. 3.4.2)

*Korrelationen der CBCL-TRF-Differenz Total mit sämtlichen Veränderungsscores.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; TRF = Teacher's Report Form; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzöglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,278	.058	47		
	T0T2	0,180	.332	31		
KW	T0T1	0,072	.632	47		
	T0T2	-0,042	.821	31		
PW	T0T1	0,347	.0169	47	*	
SW	T0T1	-0,035	.817	46		
	T0T2	0,171	.366	30		
FA	T0T1	0,462	.001	46	*	*
FR	T0T1	0,161	.290	45		
	T0T2	0,089	.633	31		
SCH	T0T1	0,075	.626	45		
	T0T2	-0,124	.520	29		
<b>VS KINDL-SBB</b>						
ges.	T0T1	-0,097	.444	64		
PW	T0T1	0,127	.316	64		
SW	T0T1	-0,208	.099	64		
FA	T0T1	-0,060	.643	63		
FR	T0T1	-0,184	.145	64		
SCH	T0T1	0,003	.983	64		
<b>VS CGI</b>						
CGI-S	T0T1	0,060	.615	72		
CGI-S	T0T2	0,091	.518	53		
CGI-I	T1	-0,075	.531	73		
CGI-I	T2	-0,089	.522	54		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,177	.245	45		
	T0T2	0,265	.156	30		
INT	T0T1	0,105	.491	45		
	T0T2	0,223	.236	30		
EXT	T0T1	0,089	.562	45		
	T0T2	0,034	.858	30		
AD	T0T1	0,040	.797	45		
	T0T2	0,365	.047	30	*	
RD	T0T1	0,192	.207	45		
	T0T2	0,314	.091	30		
KB	T0T1	0,491	.001	45	*	*
	T0T2	0,195	.301	30		
SP	T0T1	0,290	.054	45		
	T0T2	0,193	.306	30		
DP	T0T1	0,225	.138	45		
	T0T2	0,276	.140	30		
AP	T0T1	0,062	.685	45		
	T0T2	0,089	.640	30		
RV	T0T1	0,143	.350	45		
	T0T2	-0,017	.927	30		
AV	T0T1	-0,010	.949	45		
	T0T2	-0,034	.858	30		
DEP	T0T1	0,221	.144	45		
	T0T2	0,145	.444	30		
ANX	T0T1	0,289	.054	45		
	T0T2	0,274	.143	30		
SOM	T0T2	0,226	.135	45		
	T0T1	-0,056	.771	30		
ADH	T0T1	-0,048	.752	45		
	T0T2	0,020	.916	30		
OVS	T0T1	0,104	.498	45		
	T0T2	-0,023	.905	30		
DIS	T0T1	0,006	.970	45		
	T0T2	-0,052	.785	30		

Tabelle III.2.2 (siehe Kap. 3.4.2)

*Korrelationen der CBCL-TRF-Differenz internalisierende Probleme mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; TRF = Teacher's Report Form; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,241	.103	47	
	T0T2	0,357	.048	31	*
KW	T0T1	-0,003	.986	47	
	T0T2	0,024	.899	31	
PW	T0T1	0,280	.057	47	
SW	T0T1	-0,096	.526	46	
	T0T2	0,366	.047	30	*
FA	T0T1	0,466	.001	46	*
FR	T0T1	0,285	.057	45	
	T0T2	0,239	.194	31	
SCH	T0T1	0,065	.673	45	
	T0T2	-0,017	.930	29	
VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	-0,087	.492	64	
PW	T0T1	0,079	.537	64	
SW	T0T1	-0,229	.068	64	
FA	T0T1	0,000	.999	63	
FR	T0T1	-0,126	.329	64	
SCH	T0T1	-0,036	.777	64	
VS CGI					
CGI-S	T0T1	0,053	.656	72	
CGI-S	T0T2	0,104	.459	53	
CGI-I	T1	-0,103	.384	73	
CGI-I	T2	0,039	.780	54	

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,173	.255	45		
	T0T2	0,498	.005	30	*	*
INT	T0T1	0,210	.166	45		
	T0T2	0,512	.004	30	*	*
EXT	T0T1	0,084	.584	45		
	T0T2	0,151	.426	30		
AD	T0T1	0,174	.252	45		
	T0T2	0,640	.000	30	*	*
RD	T0T1	0,199	.191	45		
	T0T2	0,509	.004	30	*	*
KB	T0T1	0,417	.004	45	*	*
	T0T2	0,307	.099	30		
SP	T0T1	0,276	.066	45		
	T0T2	0,358	.052	30		
DP	T0T1	0,113	.460	45		
	T0T2	0,281	.133	30		
AP	T0T1	0,053	.728	45		
	T0T2	0,188	.320	30		
RV	T0T1	0,214	.158	45		
	T0T2	0,080	.673	30		
AV	T0T1	-0,023	.881	45		
	T0T2	0,121	.524	30		
DEP	T0T1	0,164	.282	45		
	T0T2	0,368	.046	30	*	
ANX	T0T1	0,416	.005	45	*	*
	T0T2	0,496	.005	30		
SOM	T0T2	0,193	.205	45		
	T0T1	0,139	.463	30		
ADH	T0T1	-0,041	.791	45		
	T0T2	0,201	.287	30		
OVS	T0T1	0,126	.408	45		
	T0T2	0,197	.298	30		
DIS	T0T1	0,088	.565	45		
	T0T2	0,121	.523	30		

Tabelle III.2.3 (siehe Kap. 3.4.2)

*Korrelationen der CBCL-TRF-Differenz externalisierende Probleme mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; TRF = Teacher's Report Form; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,247	.094	47	
	T0T2	-0,028	.881	31	
KW	T0T1	0,150	.313	47	
	T0T2	-0,085	.648	31	
PW	T0T1	0,275	.061	47	
SW	T0T1	0,052	.732	46	
	T0T2	-0,028	.883	30	
FA	T0T1	0,291	.050	46	*
FR	T0T1	0,025	.869	45	
	T0T2	-0,027	.885	31	
SCH	T0T1	0,122	.424	45	
	T0T2	-0,225	.240	29	
VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	-0,187	.140	64	
PW	T0T1	0,055	.665	64	
SW	T0T1	-0,259	.039	64	*
FA	T0T1	-0,138	.282	63	
FR	T0T1	-0,238	.058	64	
SCH	T0T1	-0,058	.649	64	
VS CGI					
CGI-S	T0T1	0,065	.587	72	
CGI-S	T0T2	0,031	.823	53	
CGI-I	T1	-0,004	.973	73	
CGI-I	T2	-0,190	.169	54	

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,089	.559	45		
	T0T2	0,162	.392	30		
INT	T0T1	-0,011	.941	45		
	T0T2	0,077	.684	30		
EXT	T0T1	0,088	.567	45		
	T0T2	-0,005	.981	30		
AD	T0T1	-0,063	.683	45		
	T0T2	0,208	.270	30		
RD	T0T1	0,100	.512	45		
	T0T2	0,095	.616	30		
KB	T0T1	0,473	.001	45	*	*
	T0T2	0,179	.344	30		
SP	T0T1	0,135	.375	45		
	T0T2	0,080	.676	30		
DP	T0T1	0,149	.327	45		
	T0T2	0,343	.064	30		
AP	T0T1	0,027	.862	45		
	T0T2	0,234	.213	30		
RV	T0T1	0,088	.565	45		
	T0T2	-0,080	.676	30		
AV	T0T1	0,001	.995	45		
	T0T2	-0,009	.964	30		
DEP	T0T1	0,204	.179	45		
	T0T2	0,039	.836	30		
ANX	T0T1	0,096	.532	45		
	T0T2	0,143	.045	30		
SOM	T0T2	0,268	.074	45		
	T0T1	-0,067	.726	30		
ADH	T0T1	-0,069	.651	45		
	T0T2	0,005	.979	30		
OVS	T0T1	0,128	.403	45		
	T0T2	-0,095	.617	30		
DIS	T0T1	-0,073	.633	45		
	T0T2	-0,126	.506	30		



Tabelle III.3.1 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala grundsätzliche Belastung (GSI) mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.01\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,363	.006	55	*
	T0T2	0,401	.014	37	
KW	T0T1	0,146	.288	55	
	T0T2	0,183	.277	37	
PW	T0T1	0,171	.212	55	
SW	T0T1	0,092	.510	54	
	T0T2	0,304	.071	36	
FA	T0T1	0,444	.001	54	*
FR	T0T1	0,403	.003	53	*
	T0T2	0,412	.011	37	*
SCH	T0T1	0,133	.341	53	
	T0T2	0,029	.871	34	
 VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	0,164	.160	75	
PW	T0T1	0,084	.472	75	
SW	T0T1	0,110	.348	75	
FA	T0T1	0,070	.556	74	
FR	T0T1	0,134	.252	75	
SCH	T0T1	0,122	.297	75	
 VS CGI					
CGI-S	T0T1	0,145	.178	88	
CGI-S	T0T2	0,104	.429	60	
CGI-I	T1	0,126	.241	89	
CGI-I	T2	0,062	.638	60	

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,302	.030	52	*	
	T0T2	0,127	.474	34		
INT	T0T1	0,175	.214	52		
	T0T2	0,170	.337	34		
EXT	T0T1	0,304	.028	52	*	
	T0T2	0,105	.556	34		
AD	T0T1	0,121	.391	52		
	T0T2	0,099	.577	34		
RD	T0T1	0,308	.027	52	*	
	T0T2	0,464**	.006	34	*	
KB	T0T1	0,111	.432	52		
	T0T2	-0,010	.955	34		
SP	T0T1	0,371	.007	52	*	
	T0T2	0,345*	.046	34	*	
DP	T0T1	0,155	.273	52		
	T0T2	,023	.896	34		
AP	T0T1	0,204	.147	52		
	T0T2	0,282	.106	34		
RV	T0T1	0,221	.115	52		
	T0T2	0,144	.416	34		
AV	T0T1	0,271	.052	52		
	T0T2	0,054	.763	34		
DEP	T0T1	0,173	.221	52		
	T0T2	-0,037	.837	34		
ANX	T0T1	0,187	.183	52		
	T0T2	0,056	.754	34		
SOM	T0T2	0,077	.585	52		
	T0T1	-0,142	.423	34		
ADH	T0T1	0,245	.081	52		
	T0T2	-0,013	.943	34		
OVS	T0T1	0,339	.014	52	*	
	T0T2	0,020	.910	34		
DIS	T0T1	0,095	.504	52		
	T0T2	-0,051	.773	34		

Tabelle III.3.2 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Intensität der Antworten (PSDI) mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,235	.084	55		
	T0T2	0,374	.023	37	*	
KW	T0T1	0,039	.780	55		
	T0T2	0,200	.235	37		
PW	T0T1	0,116	.398	55		
SW	T0T1	-0,125	.368	54		
	T0T2	0,169	.324	36		
FA	T0T1	0,365	.007	54	*	
FR	T0T1	0,306	.036	53	*	
	T0T2	0,372	.024	37	*	
SCH	T0T1	0,229	.099	53		
	T0T2	0,058	.746	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,142	.228	74		
PW	T0T1	0,038	.748	74		
SW	T0T1	0,058	.621	74		
FA	T0T1	0,025	.833	73		
FR	T0T1	0,203	.083	74		
SCH	T0T1	0,126	.284	74		
VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	0,193	.071	88		
VS GCI-S	T0T2	0,081	.538	60		
CGI-I	T1	0,084	.435	89		
CGI-I	T2	-0,024	.857	60		

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,246	.079	52		
	T0T2	-0,001	.993	34		
INT	T0T1	0,142	.316	52		
	T0T2	0,054	.761	34		
EXT	T0T1	0,184	.190	52		
	T0T2	-0,015	.934	34		
AD	T0T1	0,138	.328	52		
	T0T2	-0,015	.932	34		
RD	T0T1	0,313	.024	52	*	
	T0T2	0,456	.007	34	*	
KB	T0T1	-0,099	.486	52		
	T0T2	-0,094	.597	34		
SP	T0T1	0,354	.010	52	*	
	T0T2	0,441	.009	34	*	
DP	T0T1	0,102	.471	52		
	T0T2	0,094	.597	34		
AP	T0T1	0,180	.201	52		
	T0T2	0,207	.241	34		
RV	T0T1	0,176	.213	52		
	T0T2	0,118	.506	34		
AV	T0T1	0,156	.271	52		
	T0T2	-0,018	.919	34		
DEP	T0T1	0,126	.373	52		
	T0T2	-0,064	.718	34		
ANX	T0T1	0,151	.287	52		
	T0T2	0,001	.998	34		
SOM	T0T2	-0,077	.587	52		
	T0T1	-0,176	.319	34		
ADH	T0T1	0,247	.078	52		
	T0T2	-0,108	.541	34		
OVS	T0T1	0,286	.040	52	*	
	T0T2	0,046	.794	34		
DIS	T0T1	0,074	.600	52		
	T0T2	0,007	.969	34		

Tabelle III.3.3 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Anzahl Symptome (PST) mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterkalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
<b>VS KINDL-FBB</b>					
ges.	T0T1	0,385	.0037	55	*
	T0T2	0,340	.040	37	*
KW	T0T1	0,191	.162	55	
	T0T2	0,066	.700	37	
PW	T0T1	0,176	.198	55	
SW	T0T1	0,179	.196	54	
	T0T2	0,339	.043	36	*
FA	T0T1	0,414	.002	54	*
FR	T0T1	0,383	.005	53	*
	T0T2	0,406	.013	37	*
SCH	T0T1	0,103	.462	53	
	T0T2	-0,013	.942	34	
<b>VS KINDL-SBB</b>					
ges.	T0T1	0,120	.305	75	
PW	T0T1	0,111	.343	75	
SW	T0T1	0,087	.460	75	
FA	T0T1	0,047	.691	74	
FR	T0T1	0,067	.567	75	
SCH	T0T1	0,077	.511	75	
<b>VS CGI</b>					
VS GCI-S	T0T1	0,058	.589	88	
VS GCI-S	T0T2	0,073	.581	60	
CGI-I	T1	0,094	.380	89	
CGI-I	T2	0,050	.707	60	

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,276	.048	52	*	
	T0T2	0,161	.364	34		
INT	T0T1	0,187	.185	52		
	T0T2	0,191	.280	34		
EXT	T0T1	0,254	.069	52		
	T0T2	0,111	.533	34		
AD	T0T1	0,118	.407	52		
	T0T2	0,147	.408	34		
RD	T0T1	0,264	.059	52		
	T0T2	0,424	.012	34	*	
KB	T0T1	0,198	.160	52		
	T0T2	-0,014	.937	34		
SP	T0T1	0,306	.027	52	*	
	T0T2	0,267	.126	34		
DP	T0T1	0,177	.210	52		
	T0T2	0,020	.909	34		
AP	T0T1	0,191	.175	52		
	T0T2	0,320	.065	34		
RV	T0T1	0,148	.296	52		
	T0T2	0,115	.517	34		
AV	T0T1	0,232	.097	52		
	T0T2	0,064	.718	34		
DEP	T0T1	0,202	.151	52		
	T0T2	0,002	.989	34		
ANX	T0T1	0,173	.219	52		
	T0T2	0,088	.622	34		
SOM	T0T2	0,148	.294	52		
	T0T1	-0,121	.496	34		
ADH	T0T1	0,213	.130	52		
	T0T2	0,041	.819	34		
OVS	T0T1	0,285	.040	52	*	
	T0T2	0,019	.917	34		
DIS	T0T1	0,014	.924	52		
	T0T2	-0,066	.709	34		

Tabelle III.3.4 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Somatisierung mit sämtlichen Veränderungsscores.  
Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
<b>VS KINDL-FBB</b>						
ges.	T0T1	0,367	.006	55	*	
	T0T2	0,317	.056	37		
KW	T0T1	0,142	.0302	55		
	T0T2	0,024	.887	37		
PW	T0T1	0,166	.226	55		
SW	T0T1	0,093	.506	54		
	T0T2	0,209	.221	36		
FA	T0T1	0,492	<.001	54	*	*
FR	T0T1	0,382	.005	53	*	
	T0T2	0,353	.032	37	*	
SCH	T0T1	0,160	.251	53		
	T0T2	0,226	.199	34		
<b>VS KINDL-SBB</b>						
ges.	T0T1	0,148	.204	75		
PW	T0T1	0,019	.868	75		
SW	T0T1	0,053	.649	75		
FA	T0T1	0,141	.231	74		
FR	T0T1	0,165	.157	75		
SCH	T0T1	0,154	.187	75		
<b>VS CGI</b>						
VS GCI-S	T0T1	-0,020	.852	88		
VS GCI-S	T0T2	0,098	.457	60		
CGI-I	T1	0,003	.974	89		
CGI-I	T2	0,014	.918	60		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,348	.011	52	*	
	T0T2	0,093	.600	34		
INT	T0T1	0,299	.031	52	*	
	T0T2	0,254	.147	34		
EXT	T0T1	0,271	.052	52		
	T0T2	-0,008	.966	34		
AD	T0T1	0,219	.118	52		
	T0T2	0,176	.321	34		
RD	T0T1	0,332	.016	52		
	T0T2	0,500	.003	34	*	*
KB	T0T1	0,147	.298	52		
	T0T2	-0,064	.717	34		
SP	T0T1	0,404	.003	52	*	*
	T0T2	0,277	.112	34		
DP	T0T1	0,135	.341	52		
	T0T2	-0,095	.594	34		
AP	T0T1	0,191	.175	52		
	T0T2	0,239	.174	34		
RV	T0T1	0,290	.037	52	*	
	T0T2	0,144	.417	34		
AV	T0T1	0,197	.162	52		
	T0T2	-0,026	.884	34		
DEP	T0T1	0,270	.053	52		
	T0T2	0,028	.874	34		
ANX	T0T1	0,167	.237	52		
	T0T2	0,076	.671	34		
SOM	T0T2	0,164	.245	52		
	T0T1	-0,106	.552	34		
ADH	T0T1	0,272	.051	52		
	T0T2	-0,033	.863	34		
OVS	T0T1	0,211	.132	52		
	T0T2	-0,020	.920	34		
DIS	T0T1	0,135	.339	52		
	T0T2	-0,066	.712	34		



Tabelle III.3.5 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Zwanghaftigkeit mit sämtlichen Veränderungsscores.  
Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzöglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach	
				Korrektur	Bonferroni	
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,331	.014	55	*	
	T0T2	0,347	.035	37	*	
KW	T0T1	0,053	.699	55		
	T0T2	-0,020	.908	37		
PW	T0T1	0,162	.238	55		
SW	T0T1	0,113	.417	54		
	T0T2	0,374	.025	36	*	
FA	T0T1	0,372	.006	54	*	
FR	T0T1	0,464	.00047	53	*	*
	T0T2	0,539	.001	37	*	*
SCH	T0T1	0,165	.237	53		
	T0T2	0,031	.864	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,084	.471	75		
PW	T0T1	0,036	.757	75		
SW	T0T1	0,094	.422	75		
FA	T0T1	0,067	.571	74		
FR	T0T1	0,018	.877	75		
SCH	T0T1	0,033	.777	75		
VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	0,114	.289	88		
VS GCI-S	T0T2	0,035	.788	60		
CGI-I	T1	0,141	.186	89		
CGI-I	T2	0,001	.995	60		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,077	.589	52		
	T0T2	0,140	.560	34		
INT	T0T1	0,343	.013	52	*	
	T0T2	0,422**	.013	34	*	
EXT	T0T1	0,087	.583	52		
	T0T2	0,103	.562	34		
AD	T0T1	0,400	.003	52		
	T0T2	0,499	.003	34	*	*
RD	T0T1	0,151	.285	52		
	T0T2	0,158	.373	34		
KB	T0T1	0,257	.066	52		
	T0T2	0,444	.009	34	*	
SP	T0T1	0,167	.236	52		
	T0T2	0,129	.468	34		
DP	T0T1	0,298	.032	52	*	
	T0T2	0,044	.803	34		
AP	T0T1	0,139	.326	52		
	T0T2	0,148	.403	34		
RV	T0T1	0,290	.037	52	*	
	T0T2	0,058	.743	34		
AV	T0T1	0,278	.046	52	*	
	T0T2	0,158	.371	34		
DEP	T0T1	0,121	.394	52		
	T0T2	0,033	.852	34		
ANX	T0T1	0,157	.265	52		
	T0T2	0,126	.479	34		
SOM	T0T2	0,096	.501	52		
	T0T1	-0,018	.918	34		
ADH	T0T1	0,253	.071	52		
	T0T2	0,087	.625	34		
OVS	T0T1	0,292	.036	52	*	
	T0T2	0,056	.755	34		
DIS	T0T1	0,066	.640	52		
	T0T2	-0,005	.977	34		

Tabelle III.3.6 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Unsicherheit im Sozialkontakt mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,191	.163	55		
	T0T2	0,091	.591	37		
KW	T0T1	-0,029	.832	55		
	T0T2	-0,091	.594	37		
PW	T0T1	0,101	.465	55		
SW	T0T1	0,149	.281	54		
	T0T2	0,133	.255	36		
FA	T0T1	0,188	.173	54		
FR	T0T1	0,338	.013	53	*	
	T0T2	0,223	.185	37		
SCH	T0T1	0,013	.926	53		
	T0T2	-0,271	.121	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	-0,031	.792	75		
PW	T0T1	0,068	.559	75		
SW	T0T1	0,004	.975	75		
FA	T0T1	-0,003	.978	74		
FR	T0T1	-0,051	.665	75		
SCH	T0T1	-0,109	.352	75		
VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	0,046	.670	88		
VS GCI-S	T0T2	0,036	.782	60		
CGI-I	T1	0,129	.230	89		
CGI-I	T2	0,017	.900	60		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,125	.376	52		
	T0T2	-0,056	.751	34		
INT	T0T1	0,111	.434	52		
	T0T2	0,064	.720	34		
EXT	T0T1	0,122	.390	52		
	T0T2	-0,079	.659	34		
AD	T0T1	0,071	.616	52		
	T0T2	0,065	.716	34		
RD	T0T1	0,146	.302	52		
	T0T2	0,190	.282	34		
KB	T0T1	0,090	.526	52		
	T0T2	-0,102	.566	34		
SP	T0T1	0,140	.322	52		
	T0T2	0,053	.766	34		
DP	T0T1	0,078	.583	52		
	T0T2	-0,013	.942	34		
AP	T0T1	0,102	.470	52		
	T0T2	0,167	.346	34		
RV	T0T1	-0,062	.662	52		
	T0T2	-0,140	.431	34		
AV	T0T1	0,144	.307	52		
	T0T2	-0,069	.698	34		
DEP	T0T1	0,149	.293	52		
	T0T2	-0,056	.753	34		
ANX	T0T1	0,121	.394	52		
	T0T2	0,047	.793	34		
SOM	T0T2	0,063	.658	52		
	T0T1	-0,180	.308	34		
ADH	T0T1	0,095	.501	52		
	T0T2	-0,012	.949	34		
OVS	T0T1	0,234	.095	52		
	T0T2	-0,026	.884	34		
DIS	T0T1	-0,142	.315	52		
	T0T2	-0,112	.527	34		

Tabelle III.3.7 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Depressivität mit sämtlichen Veränderungsscores.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch..

				Sig. Ohne	Sig. Nach	
				Korrektur	Bonferroni	
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,364	.006	55	*	
	T0T2	0,496	.002	37	*	*
KW	T0T1	0,095	.491	55		
	T0T2	0,250	.136	37		
PW	T0T1	0,183	.182	55		
SW	T0T1	0,108	.436	54		
	T0T2	0,368	.027	36		
FA	T0T1	0,491	.00016	54	*	*
FR	T0T1	0,359	.008	53	*	
	T0T2	0,407	.012	37	*	
SCH	T0T1	0,134	.339	53		
	T0T2	0,053	.766	34		
<b>VS KINDL-SBB</b>						
ges.	T0T1	0,147	.208	75		
PW	T0T1	0,115	.327	75		
SW	T0T1	0,095	.415	75		
FA	T0T1	0,065	.583	74		
FR	T0T1	0,075	.522	75		
SCH	T0T1	0,100	.392	75		
<b>VS CGI</b>						
VS GCI-S	T0T1	0,160	.137	88		
VS GCI-S	T0T2	0,087	.511	60		
CGI-I	T1	0,176	.098	89		
CGI-I	T2	0,157	.231	60		

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,162	.251	52		
	T0T2	0,179	.310	34		
INT	T0T1	0,031	.829	52		
	T0T2	0,260	.137	34		
EXT	T0T1	0,314	.023	52	*	
	T0T2	0,204	.247	34		
AD	T0T1	0,052	.713	52		
	T0T2	0,190	.282	34		
RD	T0T1	0,176	.211	52		
	T0T2	0,434	.010	34	*	
KB	T0T1	-0,007	.960	52		
	T0T2	0,059	.742	34		
SP	T0T1	0,285	.041	52	*	
	T0T2	0,298	.087	34		
DP	T0T1	0,013	.925	52		
	T0T2	0,054	.762	34		
AP	T0T1	0,099	.484	52		
	T0T2	0,212	.229	34		
RV	T0T1	0,179	.204	52		
	T0T2	0,146	.409	34		
AV	T0T1	0,304	.028	52	*	
	T0T2	0,178	.314	34		
DEP	T0T1	-0,039	.786	52		
	T0T2	0,021	.904	34		
ANX	T0T1	0,138	.330	52		
	T0T2	0,132	.458	34		
SOM	T0T2	-0,029	.837	52		
	T0T1	-0,035	.843	34		
ADH	T0T1	0,083	.559	52		
	T0T2	0,033	.853	34		
OVS	T0T1	0,330	.017	52	*	
	T0T2	0,134	.449	34		
DIS	T0T1	0,123	.383	52		
	T0T2	0,065	.714	34		

Tabelle III.3.8 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Ängstlichkeit mit sämtlichen Veränderungsscores.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,289	.032	55	*	
	T0T2	0,351	.033	37	*	
KW	T0T1	0,268	.048	55	*	
	T0T2	0,232	.168	37		
PW	T0T1	0,101	.465	55		
SW	T0T1	0,085	.541	54		
	T0T2	0,304	.071	36		
FA	T0T1	0,253	.065	54		
FR	T0T1	0,313	.023	53	*	
	T0T2	0,321	.053	37		
SCH	T0T1	0,004	.987	53		
	T0T2	-0,003	.988	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,258	.026	75	*	
PW	T0T1	0,259	.025	75	*	
SW	T0T1	0,206	.076	75		
FA	T0T1	-0,011	.929	74		
FR	T0T1	0,215	.064	75		
SCH	T0T1	0,126	.280	75		
VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	0,055	.612	88		
VS GCI-S	T0T2	0,079	.551	60		
CGI-I	T1	0,067	.533	89		
CGI-I	T2	0,044	.736	60		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,377	.006	52	*	
	T0T2	0,169	.339	34		
INT	T0T1	0,306	.028	52	*	
	T0T2	0,242	.169	34		
EXT	T0T1	0,241	.085	52		
	T0T2	0,170	.337	34		
AD	T0T1	0,198	.159	52		
	T0T2	0,150	.399	34		
RD	T0T1	0,310	.025	52	*	
	T0T2	0,388	.024	34	*	
KB	T0T1	0,285	.041	52	*	
	T0T2	0,076	.668	34		
SP	T0T1	0,369	.007	52	*	
	T0T2	0,157	.375	34		
DP	T0T1	0,371	.007	52	*	
	T0T2	0,166	.349	34		
AP	T0T1	0,197	.163	52		
	T0T2	0,262	.134	34		
RV	T0T1	0,152	.281	52		
	T0T2	0,103	.563	34		
AV	T0T1	0,130	.213	52		
	T0T2	0,118	.507	34		
DEP	T0T1	0,294	.034	52	*	
	T0T2	0,115	.517	34		
ANX	T0T1	0,270	.053	52		
	T0T2	0,112	.529	34		
SOM	T0T2	0,242	.084	52		
	T0T1	0,013	.943	34		
ADH	T0T1	0,246	.078	52		
	T0T2	0,085	.643	34		
OVS	T0T1	0,245	.080	52		
	T0T2	0,138	.436	34		
DIS	T0T1	0,052	.714	52		
	T0T2	0,038	.833	34		



Tabelle III.3.9 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Aggressivität/Feindseligkeit mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterkalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,166	.225	55	*	
	T0T2	0,228	.175	37		
KW	T0T1	0,109	.429	55		
	T0T2	-0,010	.955	37		
PW	T0T1	0,043	.755	55		
SW	T0T1	-0,049	.726	54		
	T0T2	0,032	.854	36		
FA	T0T1	0,265	.053	54		
FR	T0T1	0,172	.219	53		
	T0T2	0,375	.022	37	*	
SCH	T0T1	0,133	.342	53		
	T0T2	0,087	.625	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,039	.737	75		
PW	T0T1	-0,041	.727	75		
SW	T0T1	0,117	.317	75		
FA	T0T1	0,034	.776	74		
FR	T0T1	0,008	.943	75		
SCH	T0T1	0,068	.564	75		
VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	0,112	.300	88		
VS GCI-S	T0T2	0,004	.976	60		
CGI-I	T1	0,023	.831	89		
CGI-I	T2	-0,087	.507	60		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,347	.012	52	*	
	T0T2	0,120	.497	34		
INT	T0T1	0,186	.186	52		
	T0T2	-0,023	.895	34		
EXT	T0T1	0,292	.035	52	*	
	T0T2	0,190	.282	34		
AD	T0T1	0,114	.423	52		
	T0T2	-0,002	.992	34		
RD	T0T1	0,288	.038	52	*	
	T0T2	0,310	.075	34		
KB	T0T1	0,145	.304	52		
	T0T2	-0,234	.183	34		
SP	T0T1	0,393	.00398	52	*	*
	T0T2	0,271	.121	34		
DP	T0T1	0,253	.070	52		
	T0T2	0,305	.080	34		
AP	T0T1	0,357	.009	52	*	
	T0T2	0,365	.034	34	*	
RV	T0T1	0,248	.076	52		
	T0T2	0,263	.133	34		
AV	T0T1	0,277	.047	52	*	
	T0T2	0,194	.272	34		
DEP	T0T1	0,320	.141	52		
	T0T2	-0,121	.497	34		
ANX	T0T1	0,132	.353	52		
	T0T2	-0,122	.490	34		
SOM	T0T2	0,164	.245	52		
	T0T1	-0,290	.096	34		
ADH	T0T1	0,367	.007	52	*	
	T0T2	-0,037	.833	34		
OVS	T0T1	0,421	.002	52	*	*
	T0T2	-0,009	.958	34		
DIS	T0T1	0,151	.284	52		
	T0T2	-0,055	.759	34		

Tabelle III.3.10 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala phobische Angst mit sämtlichen Veränderungsscores.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterkalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Sypmtome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,199	.146	55		
	T0T2	0,230	.0170	37		
KW	T0T1	0,109	.428	55		
	T0T2	0,269	.108	37		
PW	T0T1	0,063	.650	55		
SW	T0T1	0,052	.709	54		
	T0T2	0,049	.775	36		
FA	T0T1	0,197	.152	54		
FR	T0T1	0,166	.410	53		
	T0T2	0,132	.437	37		
SCH	T0T1	0,128	.359	53		
	T0T2	0,134	.451	34		
 VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,120	.304	75		
PW	T0T1	0,102	.383	75		
SW	T0T1	0,059	.612	75		
FA	T0T1	0,066	.577	74		
FR	T0T1	0,126	.282	75		
SCH	T0T1	0,087	.456	75		
 VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	-0,060	.579	88		
VS GCI-S	T0T2	0,086	.515	60		
CGI-I	T1	-0,049	.645	89		
CGI-I	T2	-0,170	.195	60		

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,238	.089	52		
	T0T2	0,008	.966	34		
INT	T0T1	0,140	.322	52		
	T0T2	0,032	.857	34		
EXT	T0T1	0,161	.255	52		
	T0T2	-0,206	.243	34		
AD	T0T1	0,046	.748	52		
	T0T2	0,023	.897	34		
RD	T0T1	0,080	.572	52		
	T0T2	0,295	.090	34		
KB	T0T1	0,298	.032	52	*	
	T0T2	-0,149	.401	34		
SP	T0T1	0,269	.054	52		
	T0T2	0,198	.261	34		
DP	T0T1	0,206	.143	52		
	T0T2	-0,053	.765	34		
AP	T0T1	0,024	.863	52		
	T0T2	-0,014	.939	34		
RV	T0T1	0,071	.618	52		
	T0T2	-0,276	.114	34		
AV	T0T1	0,100	.482	52		
	T0T2	-0,197	.264	34		
DEP	T0T1	0,214	.127	52		
	T0T2	-0,047	.794	34		
ANX	T0T1	0,125	.377	52		
	T0T2	0,044	.805	34		
SOM	T0T2	0,227	.106	52		
	T0T1	-0,160	.365	34		
ADH	T0T1	0,244	.081	52		
	T0T2	-0,097	.585	34		
OVS	T0T1	0,243	.083	52		
	T0T2	-0,158	.372	34		
DIS	T0T1	-0,031	.830	52		
	T0T2	-0,193	.274	34		

Tabelle III.3.11 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala paranoides Denken mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,096	.487	55	
	T0T2	0,076	.655	37	
KW	T0T1	0,171	.211	55	
	T0T2	0,099	.560	37	
PW	T0T1	-0,131	.341	55	
SW	T0T1	0,038	.788	54	
	T0T2	0,112	.514	36	
FA	T0T1	0,128	.356	54	
FR	T0T1	0,204	.144	53	
	T0T2	0,162	.338	37	
SCH	T0T1	-0,035	.803	53	
	T0T2	-0,168	.343	34	
VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	0,114	.331	75	
PW	T0T1	0,093	.427	75	
SW	T0T1	0,146	.212	75	
FA	T0T1	0,024	.841	74	
FR	T0T1	0,024	.829	75	
SCH	T0T1	0,028	.809	75	
VS CGI					
VS GCI-S	T0T1	0,113	.293	88	
VS GCI-S	T0T2	0,031	.815	60	
CGI-I	T1	-0,007	.951	89	
CGI-I	T2	-0,171	.191	60	

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,206	.143	52		
	T0T2	-0,086	.627	34		
INT	T0T1	0,150	.288	52		
	T0T2	-0,134	.450	34		
EXT	T0T1	0,073	.607	52		
	T0T2	-0,087	.624	34		
AD	T0T1	0,080	.575	52		
	T0T2	-0,134	.450	34		
RD	T0T1	0,138	.331	52		
	T0T2	0,106	.552	34		
KB	T0T1	0,154	.275	52		
	T0T2	-0,190	.283	34		
SP	T0T1	0,249	.075	52		
	T0T2	0,107	.548	34		
DP	T0T1	0,198	.160	52		
	T0T2	0,050	.777	34		
AP	T0T1	0,435	.001	52	*	*
	T0T2	0,455	.007	34	*	
RV	T0T1	0,026	.855	52		
	T0T2	-0,168	.341	34		
AV	T0T1	0,077	.586	52		
	T0T2	-0,038	.831	34		
DEP	T0T1	0,193	.170	52		
	T0T2	-0,167	.345	34		
ANX	T0T1	0,074	.603	52		
	T0T2	-0,126	.479	34		
SOM	T0T2	0,208	.140	52		
	T0T1	-0,198	.261	34		
ADH	T0T1	0,314	.023	52	*	
	T0T2	0,000	.998	34		
OVS	T0T1	0,249	.076	52		
	T0T2	0,012	.948	34		
DIS	T0T1	-0,040	.777	52		
	T0T2	-0,197	.265	34		

Tabelle III.3.12 (siehe Kap. 3.4.3)

*Korrelationen der SCL-90-R-Skala Psychotizismus mit sämtlichen Veränderungsscores.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0041\bar{6}$ .*

*Anmerkung.* SCL-90-R = Symptom-Checkliste®, KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

					Sig. Ohne	Sig. Nach
					Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
ges.	T0T1	0,244	.073	55		
	T0T2	0,166	.327	37		
KW	T0T1	0,216	.113	55		
	T0T2	0,264	.114	37		
PW	T0T1	0,026	.853	55		
SW	T0T1	0,086	.535	54		
	T0T2	0,090	.601	36		
FA	T0T1	0,293	.032	54	*	
FR	T0T1	0,250	.071	53		
	T0T2	0,173	.306	37		
SCH	T0T1	0,054	.701	53		
	T0T2	-0,086	.630	34		
VS KINDL-SBB						
ges.	T0T1	0,207	.075	75		
PW	T0T1	0,217	.062	75		
SW	T0T1	0,195	.093	75		
FA	T0T1	0,163	.166	74		
FR	T0T1	0,054	.648	75		
SCH	T0T1	0,051	.665	75		
VS CGI						
VS GCI-S	T0T1	0,044	.686	88		
VS GCI-S	T0T2	0,025	.849	60		
CGI-I	T1	0,042	.693	89		
CGI-I	T2	-0,092	.485	60		

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,246	.079	52		
	T0T2	-0,034	.848	34		
INT	T0T1	0,264	.058	52		
	T0T2	0,088	.622	34		
EXT	T0T1	0,183	.197	52		
	T0T2	-0,030	.865	34		
AD	T0T1	0,223	.112	52		
	T0T2	-0,006	.974	34		
RD	T0T1	0,225	.108	52		
	T0T2	0,308	.077	34		
KB	T0T1	0,146	.302	52		
	T0T2	-0,032	.860	34		
SP	T0T1	0,223	.113	52		
	T0T2	0,104	.557	34		
DP	T0T1	0,110	.439	52		
	T0T2	0,003	.985	34		
AP	T0T1	0,304	.029	52	*	
	T0T2	0,245	.163	34		
RV	T0T1	0,080	.573	52		
	T0T2	0,038	.829	34		
AV	T0T1	0,206	.144	52		
	T0T2	-0,087	.625	34		
DEP	T0T1	0,195	.166	52		
	T0T2	-0,089	.618	34		
ANX	T0T1	0,215	.126	52		
	T0T2	-0,013	.940	34		
SOM	T0T2	0,104	.465	52		
	T0T1	-0,199	.260	34		
ADH	T0T1	0,283	.042	52	*	
	T0T2	-0,012	.946	34		
OVS	T0T1	0,340	.014	52	*	
	T0T2	0,014	.936	34		
DIS	T0T1	0,025	.863	52		
	T0T2	-0,123	.489	34		



Tabelle III.4.1 (siehe Kap. 3.4.4)

*Korrelationen der Skala Beziehung Elternteil-Kind aus Sicht der Eltern mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.008\bar{3}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,155	.264	54	
	T0T2	0,133	.439	36	
KW	T0T1	0,002	.988	54	
	T0T2	-0,080	.641	36	
PW	T0T1	0,077	.482	54	
SW	T0T1	0,027	.847	53	
	T0T2	0,053	.764	35	
FA	T0T1	0,456	.001	53	*
FR	T0T1	0,159	.261	52	
	T0T2	0,098	.570	36	
SCH	T0T1	0,028	.843	52	
	T0T2	0,081	.656	33	
VS KINDL-SBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	-0,070	.557	73	
PW	T0T1	-0,018	.880	73	
SW	T0T1	-0,102	.390	73	
FA	T0T1	-0,018	.881	72	
FR	T0T1	-0,130	.273	73	
SCH	T0T1	0,021	.858	73	
VS CGI		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
VS GCI-S	T0T1	0,088	.423	86	
	T0T2	-0,122	.356	59	
CGI-I	T1	0,032	.767	87	
	T2	-0,134	.313	59	
VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne
					Korrektur
					Sig. Nach
					Bonferroni

Anhang

---

TOT	T0T1	0,059	.680	51		
	T0T2	0,201	.262	33		
INT	T0T1	0,036	.799	51		
	T0T2	0,027	.880	33		
EXT	T0T1	0,150	.293	51		
	T0T2	0,307	.082	33		
AD	T0T1	-0,012	.933	51		
	T0T2	0,030	.867	33		
RD	T0T1	0,185	.193	51		
	T0T2	0,291	.100	33		
KB	T0T1	-0,034	.813	51		
	T0T2	-0,187	.297	33		
SP	T0T1	0,101	.482	51		
	T0T2	0,272	.126	33		
DP	T0T1	-0,073	.610	51		
	T0T2	0,206	.249	33		
AP	T0T1	0,102	.475	51		
	T0T2	0,243	.174	33		
RV	T0T1	0,279	.048	51	*	
	T0T2	0,484	.004	33	*	*
AV	T0T1	0,116	.416	51		
	T0T2	0,271	.127	33		
DEP	T0T1	0,029	.842	51		
	T0T2	-0,118	.511	33		
ANX	T0T1	-0,131	.361	51		
	T0T2	-0,106	.559	33		
SOM	T0T2	0,100	.486	51		
	T0T1	-0,195	.276	33		
ADH	T0T1	0,120	.403	51		
	T0T2	-0,085	.638	33		
OVS	T0T1	0,093	.517	51		
	T0T2	0,056	.757	33		
DIS	T0T1	0,187	.189	51		
	T0T2	0,085	.638	33		

---

Tabelle III.4.2 (siehe Kap. 3.4.4)

*Korrelationen der Skala Beziehung Mutter-Vater mit sämtlichen Veränderungsscores.*

*Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p = .0083$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	0,289	.036	53	*
	T0T2	-0,019	.912	37	
KW	T0T1	0,196	.159	53	
	T0T2	0,000	.999	37	
PW	T0T1	0,186	.182	53	
SW	T0T1	0,136	.337	52	
	T0T2	0,080	.642	36	
FA	T0T1	0,266	.056	52	
FR	T0T1	-0,009	.949	51	
	T0T2	-0,162	.338	37	
SCH	T0T1	0,169	.235	51	
	T0T2	-0,073	.680	34	
<b>VS KINDL-SBB</b>					
ges.	T0T1	-0,031	.795	74	
PW	T0T1	0,184	.116	74	
SW	T0T1	-0,053	.651	74	
FA	T0T1	-0,055	.647	73	
FR	T0T1	-0,122	.300	74	
SCH	T0T1	-0,021	.862	74	
<b>VS CGI</b>					
VS GCI-S	T0T1	0,132	.226	86	
VS GCI-S	T0T2	0,225	.084	60	
CGI-I	T1	-0,037	.733	87	
CGI-I	T2	0,097	.463	60	
				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	

Anhang

---

TOT	T0T1	0,077	.593	50	
	T0T2	-0,305	.080	34	
INT	T0T1	0,133	.359	50	
	T0T2	-0,317	.068	34	
EXT	T0T1	0,087	.549	50	
	T0T2	-0,027	.880	34	
AD	T0T1	0,110	.447	50	
	T0T2	-0,323	.062	34	
RD	T0T1	0,095	.510	50	
	T0T2	-0,144	.418	34	
KB	T0T1	-0,132	.361	50	
	T0T2	-0,356	.039	34	*
SP	T0T1	0,118	.416	50	
	T0T2	-0,017	.926	34	
DP	T0T1	0,020	.893	50	
	T0T2	-0,229	.192	34	
AP	T0T1	0,073	.614	50	
	T0T2	-0,280	.109	34	
RV	T0T1	0,167	.246	50	*
	T0T2	0,125	.482	34	
AV	T0T1	0,037	.798	50	
	T0T2	-0,039	.828	34	
DEP	T0T1	-0,083	.569	50	
	T0T2	-0,384	.025	34	*
ANX	T0T1	-0,043	.767	50	
	T0T2	-0,326	.059	34	
SOM	T0T2	-0,120	.408	50	
	T0T1	-0,265	.130	34	
ADH	T0T1	0,114	.429	50	
	T0T2	-0,257	.143	34	
OVS	T0T1	0,240	.094	50	
	T0T2	-0,161	.362	34	
DIS	T0T1	0,188	.191	50	
	T0T2	-0,045	.800	34	

---

Tabelle III.4.3 (siehe Kap. 3.4.4)

*Korrelationen der Skala Beziehung Lehrkraft -Kind aus Sicht der Eltern mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.008\bar{3}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	-0,047	.732	55	
	T0T2	0,329	.050	36	*
KW	T0T1	0,020	.882	55	
	T0T2	0,295	.081	36	
PW	T0T1	-0,118	.392	55	
SW	T0T1	-0,228	.098	54	
	T0T2	-0,007	.969	35	
FA	T0T1	-0,074	.595	54	
FR	T0T1	-0,087	.537	53	
	T0T2	-0,005	.975	36	
SCH	T0T1	0,229	.100	53	
	T0T2	0,633	<.001	33	*      *
<b>VS KINDL-SBB</b>					
ges.	T0T1	0,280	.016	74	*
PW	T0T1	0,216	.064	74	
SW	T0T1	0,196	.093	74	
FA	T0T1	0,136	.250	73	
FR	T0T1	0,248	.033	74	*
SCH	T0T1	0,101	.393	74	
<b>VS CGI</b>					
VS GCI-S	T0T1	-0,059	.588	87	
VS GCI-S	T0T2	0,023	.860	59	
CGI-I	T1	-0,110	.308	88	
CGI-I	T2	0,034	.801	59	

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	-0,014	.920	52		
	T0T2	0,053	.769	33		
INT	T0T1	0,007	.960	52		
	T0T2	0,143	.428	33		
EXT	T0T1	0,038	.791	52		
	T0T2	0,157	.382	33		
AD	T0T1	0,007	.961	52		
	T0T2	0,048	.790	33		
RD	T0T1	0,103	.468	52		
	T0T2	0,358	.041	33	*	
KB	T0T1	-0,098	.490	52		
	T0T2	-0,094	.602	33		
SP	T0T1	0,274	.049	52	*	
	T0T2	0,235	.188	33		
DP	T0T1	-0,142	.315	52		
	T0T2	-0,235	.187	33		
AP	T0T1	0,095	.501	52		
	T0T2	0,070	.700	33		
RV	T0T1	0,007	.958	52		
	T0T2	0,217	.226	33		
AV	T0T1	0,019	.894	52		
	T0T2	0,143	.426	33		
DEP	T0T1	-0,198	.160	52		
	T0T2	0,086	.632	33		
ANX	T0T1	-0,022	.874	52		
	T0T2	0,054	.764	33		
SOM	T0T2	-0,040	.777	52		
	T0T1	0,138	.445	33		
ADH	T0T1	0,018	.898	52		
	T0T2	0,123	.494	33		
OVS	T0T1	0,096	.498	52		
	T0T2	0,192	.283	33		
DIS	T0T1	0,009	.948	52		
	T0T2	0,155	.389	33		

Tabelle III.4.4 (siehe Kap. 3.4.4)

*Korrelationen der Skala Beziehung Eltern-Schule aus Sicht der Eltern mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.008\bar{3}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	-0,120	.385	55	
	T0T2	0,200	.236	37	
KW	T0T1	-0,051	.712	55	
	T0T2	0,050	.767	37	
PW	T0T1	-0,203	.138	55	
SW	T0T1	-0,290	.033	54	*
	T0T2	-0,147	.393	36	
FA	T0T1	-0,073	.601	54	
FR	T0T1	-0,084	.552	53	
	T0T2	0,068	.691	37	
SCH	T0T1	0,211	.129	53	
	T0T2	0,667	<.001	34	*      *
VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	0,157	.178	75	
PW	T0T1	0,102	.383	75	
SW	T0T1	0,137	.242	75	
FA	T0T1	0,134	.254	74	
FR	T0T1	0,151	.196	75	
SCH	T0T1	0,092	.433	75	
VS CGI					
VS GCI-S	T0T1	-0,086	.424	88	
VS GCI-S	T0T2	-0,069	.599	60	
CGI-I	T1	-0,004	.969	89	
CGI-I	T2	-0,095	.472	60	

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	0,049	.730	52		
	T0T2	0,106	.551	34		
INT	T0T1	0,145	.305	52		
	T0T2	0,219	.213	34		
EXT	T0T1	-0,061	.666	52		
	T0T2	-0,026	.884	34		
AD	T0T1	-0,001	.993	52		
	T0T2	0,187	.290	34		
RD	T0T1	0,276	.047	52	*	
	T0T2	0,526	.001	34	*	*
KB	T0T1	0,107	.450	52		
	T0T2	-0,110	.536	34		
SP	T0T1	0,293	.035	52	*	
	T0T2	0,361	.036	34	*	
DP	T0T1	-0,127	.369	52		
	T0T2	-0,133	.454	34		
AP	T0T1	-0,035	.807	52		
	T0T2	0,144	.416	34		
RV	T0T1	0,034	.808	52		
	T0T2	0,107	.545	34		
AV	T0T1	-0,126	.373	52		
	T0T2	-0,049	.785	34		
DEP	T0T1	0,035	.806	52		
	T0T2	0,220	.210	34		
ANX	T0T1	-0,061	.667	52		
	T0T2	0,185	.295	34		
SOM	T0T2	0,178	.207	52		
	T0T1	0,101	.568	34		
ADH	T0T1	0,095	.501	52		
	T0T2	0,169	.340	34		
OVS	T0T1	-0,031	.827	52		
	T0T2	0,119	.502	34		
DIS	T0T1	-0,082	.561	52		
	T0T2	0,100	.574	34		



Tabelle III.4.5 (siehe Kap. 3.4.4)

*Korrelationen der Skala Beziehung Lehrkraft-Kind aus Sicht der Lehrkraft mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.008\bar{3}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	-0,077	.626	42	
	T0T2	-0,230	.248	27	
KW	T0T1	-0,083	.600	42	
	T0T2	-0,048	.811	27	
PW	T0T1	-0,239	.127	42	
SW	T0T1	-0,211	.186	41	
	T0T2	-0,302	.134	26	
FA	T0T1	0,052	.745	41	
FR	T0T1	0,013	.939	40	
	T0T2	-0,237	.234	27	
SCH	T0T1	0,238	.140	40	
	T0T2	0,137	.515	25	
VS KINDL-SBB					
ges.	T0T1	0,320	.013	60	*
PW	T0T1	0,134	.308	60	
SW	T0T1	0,271	.036	60	*
FA	T0T1	0,143	.281	59	
FR	T0T1	0,095	.469	60	
SCH	T0T1	0,244	.060	60	
VS CGI					
VS GCI-S	T0T1	0,041	.739	68	
VS GCI-S	T0T2	0,159	.281	48	
CGI-I	T1	-0,078	.524	69	
CGI-I	T2	0,205	.157	49	

Anhang

VS CBCL		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
TOT	T0T1	-0,147	.367	40		
	T0T2	-0,215	.281	27		
INT	T0T1	0,060	.713	40		
	T0T2	-0,147	.465	27		
EXT	T0T1	-0,261	.103	40		
	T0T2	0,057	.779	27		
AD	T0T1	0,145	.373	40		
	T0T2	0,013	.948	27		
RD	T0T1	-0,253	.116	40		
	T0T2	-0,095	.636	27		
KB	T0T1	0,101	.533	40		
	T0T2	-0,110	.586	27		
SP	T0T1	0,147	.366	40		
	T0T2	-0,028	.888	27		
DP	T0T1	0,187	.248	40		
	T0T2	0,007	.971	27		
AP	T0T1	-0,117	.470	40		
	T0T2	-0,170	.395	27		
RV	T0T1	0,156	.335	40		
	T0T2	-0,013	.950	27		
AV	T0T1	-0,045	.781	40		
	T0T2	-0,209	.294	27		
DEP	T0T1	-0,437	.005	40	*	*
	T0T2	-0,311	.115	27		
ANX	T0T1	-0,137	.399	40		
	T0T2	-0,179	.373	27		
SOM	T0T2	-0,245	.127	40		
	T0T1	0,009	.963	27		
ADH	T0T1	0,144	.376	40		
	T0T2	-0,001	.995	27		
OVS	T0T1	0,221	.170	40		
	T0T2	-0,098	.626	27		
DIS	T0T1	0,239	.138	40		
	T0T2	-0,112	.579	27		

Tabelle III.4.6 (siehe Kap. 3.4.4)

*Korrelationen der Skala Beziehung Lehrkraft- Eltern aus Sicht der Lehrkräfte mit sämtlichen Veränderungsscores. Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur  $p=.008\bar{3}$ .*

*Anmerkung.* KINDL-FBB/SBB = KINDL®-Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen mit seinen Unterskalen: KW = körperl. Wohlbefinden, PW = psych. Wohlbefinden, SW = Selbstwert, FA = Familie, FR = Freunde, SCH = Schule; CGI-S/I = Severity/Improvement-Skala der Clinical Global Impressions; CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; sig. = signifikant, VS = Veränderungsscore, T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch.

				Sig. Ohne	Sig. Nach
				Korrektur	Bonferroni
VS KINDL-FBB		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
ges.	T0T1	-0,181	.233	45	
	T0T2	-0,037	.849	29	
KW	T0T1	-0,183	.228	45	
	T0T2	0,200	.298	29	
PW	T0T1	-0,318	.033	45	*
SW	T0T1	-0,268	.078	44	
	T0T2	-0,360	.060	28	
FA	T0T1	-0,153	.321	44	
FR	T0T1	0,005	.975	43	
	T0T2	-0,100	.606	29	
SCH	T0T1	0,252	.104	43	
	T0T2	0,174	.385	27	
<b>VS KINDL-SBB</b>					
ges.	T0T1	0,145	.258	63	
PW	T0T1	-0,013	.916	63	
SW	T0T1	0,078	.545	63	
FA	T0T1	0,169	.190	63	
FR	T0T1	0,137	.286	63	
SCH	T0T1	0,209	.101	63	
<b>VS CGI</b>					
VS GCI-S	T0T1	-0,027	.823	71	
VS GCI-S	T0T2	0,049	.730	51	
CGI-I	T1	-0,175	.142	72	
VS GCI-S	T0T1	-0,027	.823	71	

VS CBCL	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	Sig. Ohne Korrektur	Sig. Nach Bonferroni
VS CBCL TOT T0T1	0,007	.963	43		
VS CBCL TOT T0T2	-0,150	.445	28		
VS CBCL INT T0T1	0,038	.807	43		
VS CBCL INT T0T2	0,021	.917	28		
VS CBCL EXT T0T1	-0,054	.730	43		
VS CBCL EXT T0T2	-0,250	.200	28		
VS CBCL AD T0T1	0,022	.890	43		
VS CBCL AD T0T2	-0,074	.709	28		
VS CBCL RD T0T1	0,106	.499	43		
VS CBCL RD T0T2	0,095	.630	28		
VS CBCL KB T0T1	0,028	.856	43		
VS CBCL KB T0T2	0,176	.371	28		
VS CBCL SP T0T1	0,190	.223	43		
VS CBCL SP T0T2	0,517	.128	28		
VS CBCL DP T0T1	-0,183	.240	43		
VS CBCL DP T0T2	-0,175	.373	28		
VS CBCL AP T0T1	-0,014	.928	43		
VS CBCL AP T0T2	-0,112	.572	28		
VS CBCL RV T0T1	-0,002	.988	43		
VS CBCL RV T0T2	-0,155	.432	28		
VS CBCL AV T0T1	-0,024	.877	43		
VS CBCL AV T0T2	-0,181	.356	28		
VS CBCL DEP T0T1	-0,051	.745	43		
VS CBCL DEP T0T2	-0,053	.790	28		
VS CBCL ANX T0T1	0,012	.937	43		
VS CBCL ANX T0T2	-0,077	.696	28		
VS CBCL SOM T0T1	0,056	.720	43		
VS CBCL SOM T0T2	0,176	.370	28		
VS CBCL ADH T0T1	0,023	.884	43		
VS CBCL ADH T0T2	-0,030	.879	28		
VS CBCL OVS T0T1	0,095	.546	43		
VS CBCL OVS T0T2	-0,062	.752	28		
VS CBCL DIS T0T1	-0,072	.684	43		
VS CBCL DIS T0T2	-0,078	.693	28		

## Anhang IV Interaktionseffekte (siehe Kap 3.5.4)

Tabelle IV.1

### Interaktionseffekte zwischen Zeit und Störungskategorie auf den Subskalen der CBCL

*Anmerkung.* CBCL = Child Behavior Checklist/6-18R mit ihren Subskalen: TOT = Gesamtscore, INT = internalisierende Probleme, EXT = externalisierende Probleme, AD = ängstlich/depressiv, RD = rückzüglich/depressiv, KB = körperl. Beschwerden, SP = soziale Probleme, DP = T Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, AP = Aufmerksamkeitsprobleme, RV = regelverletzendes Verhalten, AV = aggressives Verhalten, DEP = affektive Symptome, ANX = Angstsymptome, SOM = körperliche Symptome, ADH = Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, OVS = oppositionelle Verhaltenssymptome, DIS = dissoziale Symptome; T0 = Aufnahme, T1 = Entlassung, T2 = Nachgespräch, St.kat. = Störungskategorie.

		<i>Interaktion</i>			
		<i>Zeit*St.kat.</i>	<i>p</i>	<i>η<sup>2</sup></i>	<i>n</i>
AD	T0T1T2	F(4.46)=2.094	.097	0,154	26
	T0T1	F(2.49)=2.224	.119	0,083	52
	T0T2	F(2.31)=2.592	.091	0,143	34
RD	T0T1T2	F(4.46)=2.025	.119	0,150	26
	T0T1	F(2.49)=1.247	.296	0,048	52
	T0T2	F(2.31)=1.574	.223	0,092	34
KB	T0T1T2	F(4.46)=1.735	.163	0,131	26
	T0T1	F(2.49)=0.814	.449	0,032	52
	T0T2	F(2.31)=1.508	.237	0,089	34
SP	T0T1T2	F(4.46)=0.370	.828	0,031	26
	T0T1	F(2.49)=0.282	.755	0,011	52
	T0T2	F(2.31)=0.017	.983	0,001	34
DP	T0T1T2	F(4.46)=1.083	.376	0,086	26
	T0T1	F(2.49)=0.471	.627	0,019	52
	T0T2	F(2.31)=0.697	.506	0,043	34
AP	T0T1T2	F(4.46)=1.115	.361	0,088	26
	T0T1	F(2.49)=2.756	.073	0,101	52
	T0T2	F(2.31)=0.773	.470	0,047	34
RV	T0T1T2	F(4.46)=0.304	.874	0,026	26
	T0T1	F(2.49)=1.496	.234	0,058	52
	T0T2	F(2.31)=0.137	.873	0,009	34
AV	T0T1T2	F(4.46)=1.348	.267	0,105	26
	T0T1	F(2.49)=1.850	.168	0,070	52
	T0T2	F(2.31)=0.510	.605	0,032	34
DEP	T0T1T2	F(2.66.30.64)=0.376	.748	0,032	26
	T0T1	F(2.49)=1.994	.147	0,075	52
	T0T2	F(2.31)=0.328	.723	0,021	34
ANX	T0T1T2	F(2.56.29.42)=0.090	.948	0,008	26
	T0T1	F(2.49)=2.647	.081	0,098	52
	T0T2	F(2.31)=0.275	.761	0,017	34

		<i>Interaktion</i>			
		<i>Zeit*St.kat.</i>	<i>p</i>	<i>η<sup>2</sup></i>	<i>n</i>
SOM	T0T1T2	F(2.84.32.65)=0.453	.707	038	26
	T0T1	F(2.49)=0.174	.841	0,007	52
	T0T2	F(2.31)=0.103	.902	0,007	34
ADH	T0T1T2	F(2.60.29.88)=0.652	.567	0,054	26
	T0T1	F(2.49)=4.879*	.012	0,166	52
	T0T2	F(2.31)=0.711	.499	0,044	34
OVS	T0T1T2	F(2.66.30.58)=0.624	.587	0,051	26
	T0T1	F(2.49)=2.690	.078	0,099	52
	T0T2	F(2.31)=0.586	.563	0,036	34
DIS	T0T1T2	F(2.78.31.98)=0.352	.773	0,030	26
	T0T1	F(2.49)=2.000*	.038	0,125	52
	T0T2	F(2.31)=0.580	.566	0,036	34