

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fűrnis-

**Stabilität des Behandlungserfolges
in der Familientagesklinik
der Kinder- und Jugendpsychiatrie des
Universitätsklinikums Münster**

INAUGURAL - DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Eckerland, Maximilian
aus Marl
2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fürniss
2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft

Tag der mündlichen Prüfung: 25.02.2011

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fűrniiss-

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fűrniiss

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft

ZUSAMMENFASSUNG

Stabilität des Behandlungserfolges in der Familientimesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster

Maximilian Eckerland

Im Rahmen einer prospektiven Follow-Up-Studie der Familientimesklinik für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster wurde der Behandlungserfolg und seine Ein- bis Fünfjahresstabilität untersucht. Die Stichprobe setzte sich aus 114 Familien zusammen, die zwischen den Jahren 2002 und 2006 in der Familientimesklinik behandelt wurden. Zu den drei untersuchten Messzeitpunkten - 1) vor der Aufnahme, 2) unmittelbar nach der Entlassung und 3) im Oktober 2007 - wurden die deutschen Konsensusversionen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST eingesetzt - ein international verbreiteter und anerkannter Elternfragebogen zur dimensionalen Erfassung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten.

Anhand der statistisch und klinisch signifikanten Symptomlinderung in den drei übergeordneten Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* konnte der familientimesklinische Behandlungserfolg bestätigt werden. Im Rahmen der Follow-Up-Untersuchung erwies sich der Verlauf der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* sowohl in der Stichprobe der Jungen als auch in der Stichprobe der Mädchen als stabil. Hingegen konnte in beiden Geschlechtsgruppen ein signifikanter Wiederanstieg der klinischen Symptome in den Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* festgestellt werden. Der Grad der klinischen Beeinträchtigung zum Zeitpunkt des Follow-Ups war in diesen Skalen signifikant mit dem Schweregrad der Symptomatik vor Behandlungsbeginn verknüpft.

Die ermittelten Ergebnisse sowie die klinischen Implikationen werden vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zur Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie diskutiert.

Tag der mündlichen Prüfung: 25.02.2011

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Longitudinalstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	5
2.1.1	Vor- und Nachteile	5
2.1.2	Stellenwert von Follow-Up-Studien	7
2.2	Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	7
2.2.1	Vor- und Nachteile dimensionaler und kategorialer Klassifikation	9
2.2.2	Stellenwert dimensionaler Diagnostik	12
2.3	Die Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster	13
2.3.1	Konzept und Aufbau	13
2.3.2	Aufnahmeindikationen	15
2.3.3	Diagnostik	20
2.3.4	Behandlungspfeiler	23
3	Methodik	27
3.1	Instrumente	27
3.1.1	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18)	27
3.1.1.1	Durchführung	28
3.1.1.2	Kompetenzskalen	29
3.1.1.3	Syndromskalen	29
3.1.1.4	Auswertung und Normierung	30
3.1.1.5	Deutsche Untersuchungen zu den Gütekriterien	33
3.1.2	Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½-5)	34
3.1.2.1	Durchführung	35
3.1.2.2	Syndromskalen	35
3.1.2.3	Auswertung und Normierung	35
3.1.2.4	Deutsche Untersuchungen zu den Gütekriterien	37
3.2	Durchführung der Datenerhebung	37
3.2.1	Teilnehmerselektion	37
3.2.2	Ablauf	38
3.2.3	Datenmanagement	38

3.2.4	Statistische Methoden	39
3.2.5	Stichprobenbeschreibung	41
3.2.6	Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe	42
4	Ergebnisse	43
4.1	Messzeitpunkt T1	43
4.2	Messzeitpunkt T2	44
4.3	Messzeitpunkt T3	46
4.4	Verlauf der T-Werte	47
4.5	Analyse des Behandlungserfolges	49
4.6	Analyse der Stabilität des Behandlungserfolges	51
5	Diskussion	56
5.1	Stichprobe und Teilnehmerzahl	56
5.2	Bewertung des Behandlungserfolges	56
5.3	Bewertung der Stabilität des Behandlungserfolges	59
5.4	Methodische Aspekte	63
5.5	Fazit & Ausblick	63
	Literaturverzeichnis	66
	Tabellenverzeichnis	93
	Abbildungsverzeichnis	94
	Lebenslauf	95
	Danksagung	96
	Anhang	I

1 Einleitung

Bevor zu Anfang der 1980er Jahre erstmals umfassendere Übersichtsarbeiten zur Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie in Fachzeitschriften und -büchern erschienen, wurde frühen psychischen Auffälligkeiten nur relativ wenig Beachtung geschenkt. LAUCHT et al. benennen hierfür in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1992 verschiedene Ursachen, die das lange vorherrschende Verständnis der Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie widerspiegeln [152]. Aufgrund der ausgeprägten inter- und intraindividuellen Variabilität und der scheinbar nur geringen Stabilität von frühen Verhaltensmerkmalen erscheine eine Distinktion zwischen normalem und auffälligem Verhalten problematisch. Darüber hinaus seien körperliche und seelische Störungen in dieser Altersklasse sehr eng miteinander verknüpft und eine Unterscheidung kaum möglich. Nicht zuletzt, so LAUCHT et al., erschwere häufig die symbiotische Beziehung zwischen Säugling bzw. Kleinkind und Betreuungsperson die Differenzierung zwischen Störungen des Individuums und Störungen der Interaktion. Obwohl einige dieser Grundsatzelemente fortbestehen und frühe psychische Auffälligkeiten in der Forschung nach Ansicht einiger Wissenschaftler noch immer unterrepräsentiert sind [22, 168], hat das Teilgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den vergangenen zwanzig Jahren mithilfe empirischer Studien große Fortschritte gemacht. Durch neue diagnostische und präventiv-therapeutische Möglichkeiten konnten viele der veralteten Annahmen revidiert werden.

Doch welche Probleme beherrschen das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter und wie häufig sind sie? MATHIESEN & SANSON stellten im Rahmen einer Studie vier Verhaltensdimensionen in der Altersklasse der Null- bis Fünfjährigen fest [166], die sich korrespondierend auch in anderen Veröffentlichungen wiederfinden. Zwei der vier Dimensionen - *soziale Probleme* und *Hyperaktivität* - gehören den Autoren zufolge der übergeordneten Gruppe der externalisierenden Verhaltensprobleme an. Eine Dimension - *emotionale Probleme* - ordneten sie den internalisierenden Auffälligkeiten zu. Die letzte Dimension benannten MATHIESEN & SANSON schlicht als *Probleme der Regulation*. Die Literaturangaben zur Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkind- und Vorschulalter schwanken. Fachleute gehen davon aus, dass mindestens ca. zehn bis 15 Prozent aller Kinder von schweren Störungen betroffen sind [23, 35, 78, 103, 145, 168, 211] - eine ähnlich hohe Rate wie bei Schulkindern. Die für das Säuglingsalter charakteristischen frühkindlichen Regulationsstörungen wie z.B.

exzessives Schreien oder Fütterstörungen treten einigen Studien zufolge noch häufiger auf [252, 267, 269].

In vielen Fällen stellt die Situation eines verhaltensauffälligen Säuglings oder Kleinkindes eine enorme Belastung für alle Beteiligten dar - Eltern, Geschwister, Erzieher und natürlich auch für das betroffene Kind selbst. Dieser Tatsache zum Trotz wird die Problematik häufig verkannt, so dass viele Kinder erst mit enormen Verzögerungen Therapeuten für eine altersgerechte Diagnostik und Behandlung vorgestellt werden [262]. Hintergrund ist die noch immer verbreitete Annahme, dass es sich um passagere Entwicklungsschwierigkeiten handelt, denen keinerlei prognostische Relevanz beizumessen ist, wie es lange Zeit auch von Fachleuten angenommen wurde. Die amerikanische Psychiaterin LEE N. ROBINS äußerte diesbezüglich im Jahr 1979: „Until age 6 or 7 [...] symptoms have little predictive value for later adjustment“ [212, S.492]. Dass auch zahlreiche Eltern noch heute ähnlich denken, bestätigt die Untersuchung von BLANZ et al., die sich 1999 mit der psychischen Gesundheit im Schuleintrittsalter beschäftigt haben [27]. Nur 8,1 Prozent der Eltern von psychisch auffälligen Kindern gaben an, bei ihrem Kind psychische Probleme zu erkennen; nur 16,3 Prozent der auffälligen Kinder wurden innerhalb des vorherigen Jahres kinderpsychiatrisch oder -psychologisch vorgestellt. Auch wenn nicht jedes Problemverhalten zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit des Kindes führt - vielmehr ist der Langzeitverlauf multifaktoriell bedingt -, konnte im Rahmen von zahlreichen Studien eine erstaunliche Persistenz früher Verhaltensauffälligkeiten festgestellt werden [166, 168, 213]. Dies scheint vor allem für externalisierende Verhaltensprobleme zu gelten [41, 149, 172], die weitere, später auftretende psychopathologische Auffälligkeiten begünstigen können [39]. Eine der ersten großen Studien, die sich mit der Frage der Beständigkeit von frühen psychischen Problemen befasst hat, war die so genannte *Pre-School To School - Studie*, die NAOMI RICHMAN und ihre Mitarbeiter in den 1970er-Jahren in einem Londoner Stadtbezirk durchgeführt haben [210]. Im Rahmen dieser Längsschnittuntersuchung wurden 63 Prozent der auffälligen Dreijährigen auch mit vier Jahren als auffällig beurteilt. Ähnlich hohe Persistenzraten konnten im Alter von sechs bzw. acht Jahren ermittelt werden. Im Allgemeinen gilt nach CAMPBELL eine 50-Prozent-Chance, dass Kinder mit auffälligem Verhalten im Kleinkind- und Vorschulalter dieses auch im Schulalter aufweisen [40]. Für die frühkindlichen Regulationsstörungen sind ebenfalls besonders ungünstige Verläufe bekannt. Nach den Ergebnissen von HOLTSMANN et al. gilt dies vor allem für Kinder mit multiplen Regulationsproblemen und psychosozialen

Belastungen [123]. Nicht selten bestehen in diesen Fällen externalisierende und internalisierende Krankheitssymptome bis in die späte Kindheit hinein fort, was die große Relevanz früher kinderpsychiatrischer Interventionen bestärkt.

Therapeutisch stehen bei psychischen Problemen von Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie Konzepte zur Beratung und Stärkung der Selbsthilfekompetenz der Erziehungsberechtigten im Vordergrund. Möglichst früh einsetzende Maßnahmen mit starker Einbindung der Eltern haben sich dabei als sinnvoll erwiesen [141, S.21], vor allem vor dem Hintergrund einer nicht selten therapieresistenten Störung, sofern die Symptomatik das Schulalter erreicht [135]. Trotz der großen Relevanz früher therapeutischer Interventionen fehlt zum aktuellen Zeitpunkt mehrheitlich noch eine befriedigende Therapieevaluation [85, 112, 149], was nicht zuletzt im für lange Zeit vorherrschenden Mangel an standardisierten, psychologischen Messinstrumenten für die Altersklasse der Null- bis Fünfjährigen begründet ist. Nach GAVIDA-PAYNE et al. sind Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aber absolut notwendig - einerseits um die therapeutischen Maßnahmen und damit den Therapieerfolg zu optimieren und andererseits um die großen finanziellen Aufwendungen der öffentlichen und privaten Kassen zu rechtfertigen [105]. Die zentralen Fragestellungen derartiger Studien sind dabei nach REMSCHMIDT & MATTEJAT [203]:

- Wie viele Kinder können die psychischen Probleme bewältigen? Wie vielen gelingt dies nicht?
- Wie hoch ist die klinische Signifikanz der Veränderungen?
- Wie nachhaltig und stabil sind die durch die Therapie erzielten Verbesserungen?
- Unterscheidet sich der Verlauf je nach Art der Störung?

Um sich der Frage des Therapieerfolges zu nähern, müssen zunächst die Zielbereiche kinderpsychiatrischer Interventionen ersichtlich sein. Nach SCHMIDT zählen hierzu vor allem „Symptomreduktion, Kompetenzerweiterung und Verbesserung ungünstiger Umfeldbedingungen“ [223]. All diese Zielsetzungen werden auch im Rahmen der familientagesklinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Münster verfolgt. Die im Jahr 1997 eröffnete Klinik bietet eine teilstationäre Behandlungsmöglichkeit für Familien mit Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern, die unter psychischen Auffälligkeiten leiden. Das auf die spezifischen Bedürfnisse des Kindes, der Eltern und der übrigen Familie ausgerichtete, multimodale Behandlungskonzept versucht dabei neben der Vermeidung langfristig negativer Auswirkungen vor allem unmittelbare, alltagsrelevante Unterstützung und Hilfestellungen

zu bieten. Die Einbindung der gesamten Familie in den therapeutischen Prozess stellt dabei nach GAVIDA-PAYNE et al. eine Schlüsselfunktion dar [105]. Die Ausführungen von SOURANDER & PIHA unterstützen diese These [234]. Die Stärkung der familiären Strukturen, so die Autoren, sei schließlich vorrangigste Aufgabe eines stationären kinderpsychiatrischen Aufenthaltes.

Die vorliegende prospektive Follow-Up-Untersuchung untersucht als Pilotstudie erstmals den Behandlungserfolg der Familientagesklinik und seine Ein- bis Fünfjahresstabilität. Auf diesem Weg soll die Frage geklärt werden, ob die Prognose der Patienten der Familientagesklinik von den in der Literatur beschriebenen Entwicklungsverläufen abweicht. Die untersuchte Stichprobe setzt sich aus den Patienten zusammen, die im Zeitraum von 2002 bis 2006 in der Familientagesklinik behandelt wurden. Zu allen drei Messzeitpunkten - vor der Aufnahme, unmittelbar nach Entlassung sowie im Rahmen der Nachuntersuchung im Oktober 2007 - wurden die deutschen Konsensusversionen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST eingesetzt, ein weit verbreiteter und international erprobter Elternfragebogen zur Erfassung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten. Die besonderen Vorteile des von THOMAS M. ACHENBACH entwickelten Messinstrumentes bestehen 1) in der Bildung verschiedener klinischer Skalen, 2) in der Möglichkeit des Vergleiches der Ergebnisse mit einer Normpopulation und 3) in der Verfügbarkeit für eine große Altersspanne.

Der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST liegt ein so genanntes dimensionales Krankheitsverständnis zugrunde. Im folgenden Teil der Arbeit soll dieses Prinzip dargestellt und diskutiert werden. Zuvor erfolgt ein Kommentar zur besonderen Bedeutung von Longitudinal- und Follow-Up-Studien für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zum Abschluss der theoretischen Grundlagen soll das Behandlungskonzept der Familientagesklinik der Universitätsklinik Münster detailliert vorgestellt werden.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Longitudinalstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als Longitudinalstudie bezeichnet man ein Studiendesign der empirischen Forschung, bei dem Merkmale eines Personenkollektivs zu verschiedenen Messzeitpunkten erfasst und die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungswellen im Anschluss miteinander verglichen werden. Im Rahmen einer so genannten prospektiven Longitudinalstudie wird eine Studiengruppe zu Beginn ausgewählt und über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt untersucht. Hingegen bezeichnet man sie als retrospektiv, wenn mögliche Einflussgrößen einer Erkrankung erst im Nachhinein durch rückblickende Datenanalysen erforscht werden. Letzgenannter Studientyp wird vor allem zur Generierung von Hypothesen eingesetzt, die im Rahmen einer prospektiven Longitudinalstudie überprüft werden können.

2.1.1 Vor- und Nachteile

Studien, die die Entwicklung eines Kindes über einen längeren Zeitraum verfolgen und in denen sich die zeitlichen Charakteristika von Verhaltensauffälligkeiten abbilden, sind nach Ansicht vieler Autoren unverzichtbar für das Verständnis von normalen und krankhaften Entwicklungsprozessen [15, 144, 249]. Ihr großer Vorteil liegt in der Darstellung intraindividuelle Verläufe und Veränderungen. Im Rahmen von Querschnittsstudien können mögliche Krankheitsverläufe hingegen nur über Altersgruppenvergleiche abgeschätzt werden, was nach WILLET et al. fehlerbehaftet ist [264]. Im speziellen eignen sich Longitudinalstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Prüfung folgender Fragestellungen [15, 154, 249]:

- In welchem Alter beginnt eine Störung?
- Wie stabil ist eine Störung beim Übergang vom Kindes- zum Jugend- und Erwachsenenalter?
- Welche Faktoren haben prognostischen Einfluss?
- Welche Faktoren wirken protektiv?
- Gibt es Vorläufer späterer Psychopathologien?
- Wie erfolgreich sind therapeutische Interventionen?

Besonders geeignet für derartige Fragestellungen sind prospektive Longitudinalstudien an Geburtskohorten, mit denen Kinder von Geburt an in ihrer Entwicklung kontinuierlich beobachtet werden [154]. Die Ergebnisse bieten die Möglichkeit, Präventions- und Interventionsstrategien für Gruppen zu entwerfen, die nach der Studienlage möglicherweise besonders von Beratung, Behandlung oder Förderung profitieren [15]. Zudem kann der zukünftige Forschungsschwerpunkt auf Störungen gelegt werden, für die ein schlechtes Outcome nachgewiesen wurde [9, S.140].

Prospektive Longitudinalstudien haben allerdings Nachteile, die bedacht werden müssen. In der Regel sind sie teuer und zeitaufwendig. Um den Aufwand in einem zumutbaren Rahmen zu halten, wird häufig von vornherein nur eine kleine Stichprobe ausgewählt [61]. Erschwerend kommen beträchtliche Teilnehmerverluste in den Nachuntersuchungen hinzu, nach WOLKE & SÖHNE durchschnittlich zehn Prozent pro Jahr. Die Autoren fanden im Rahmen einer Studie mit ehemaligen Frühgeborenen heraus, dass hierbei vor allem soziale Faktoren wie Bildung und Herkunft der Mutter sowie der Familienstand eine Rolle spielen. Signifikant seltener nahmen darüber hinaus Eltern teil, deren Kinder früh eine Entwicklungsstörung aufwiesen [268]. Nach WARIYAR & RICHMOND versuchen diese Familien eine Situation zu vermeiden, durch die eine weiterhin bestehende Problematik erneut aufgedeckt werden könnte [255]. Derartige Verweigerung birgt die Gefahr eines systematischen Datenausfalls (so genannter selektiver Drop-Out). Zum Erhalt der Repräsentativität müssen daher stets die Teilnehmer und die Nicht-Teilnehmer anhand früherer Daten miteinander verglichen werden [13]. DETZNER & SCHMIDT führen hohe Stichprobenverluste neben praktisch-technischen Hindernissen (z.B. Nichterreichbarkeit, sprachliche Defizite, Schutz privater Daten) auch auf das Setting zurück, in dem die Untersuchung stattfindet [61]. Bei Studien mit per Post zugestellten Fragebögen sei mit deutlich weniger Teilnehmern zu rechnen als bei Erhebungen im Rahmen persönlicher Gespräche. Darüber hinaus weisen die Autoren darauf hin, dass Longitudinalstudien durch die großen Zeitintervalle zwischen den Untersuchungen keine kontinuierlichen Prozesse sondern nur einzelne Momentaufnahmen darstellen. Nach FARRINGTON können die Ergebnisse in Longitudinalstudien zudem durch Kohorten-, Perioden- und Alterseffekte beeinflusst sein [87]. Eine weitere Schwierigkeit liegt in der Methodik selbst, denn der kindliche Entwicklungsprozess kann eine Anpassung der Untersuchungsinstrumente erforderlich machen [61].

2.1.2 Stellenwert von Follow-Up-Studien

Follow-Up- oder Katamnese-Studien stellen eine Sonderform der prospektiven Longitudinalstudie dar. Sie untersuchen zum aktuellen Zeitpunkt eine Personengruppe, von der bereits Daten aus einer früheren Entwicklungsphase vorliegen. Derartige Studien werden vor allem zur Erfassung der Nützlichkeit einer therapeutischen Intervention bzw. der Stabilität des Behandlungserfolges durchgeführt. Mit diesen Erkenntnissen kann anschließend eine Optimierung der klinischen Abläufe zu Wege gebracht werden [233]. Zudem kann überprüft werden, ob sich Verhaltensänderungen auch positiv auf andere Lebensbereiche des Kindes oder des Jugendlichen wie z.B. auf die Schule auswirken [171, S.103]. In der Regel ist in Follow-Up-Studien der Zeitraum zwischen den Untersuchungen groß und die Anzahl der Erhebungswellen klein [249]. Nach BOYLE & WILLMS eignen sie sich daher nur schlecht zur Darstellung von Entwicklungsprozessen [32]. Die Autoren stellen in diesem Zusammenhang die Reliabilität des häufig in Follow-Up-Studien verwendeten zweistufigen Studiendesigns in Frage, da in beiden Untersuchungen die erhaltenen Messwerte unter bzw. über der tatsächlichen Ausprägung der Probanden lägen. Um aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten, empfiehlt WILLET daher mindestens eine dritte Erhebungswelle [263]. Vor der Durchführung einer Follow-Up-Untersuchung sollte nach CICHETTI zudem überprüft werden, ob die meisten Kinder der Ursprungsstichprobe für eine Follow-Up-Untersuchung zur Verfügung stehen und ob ggf. ein Datenbias erklärt werden kann [50].

2.2 Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Mithilfe von Klassifikationen soll die Vielzahl klinischer Bilder und Störungsmuster auf eine überschaubare Menge typischer Symptomkonstellationen reduziert werden, die sich möglichst präzise voneinander abgrenzen [201, 224]. Die Kriterien dieser Symptomkonstellationen sind nach SCHMIDT „durch ihre Entstehung, ihren Verlauf und ihre therapeutischen Maßnahmen“ charakterisiert [224]. Darüber hinaus sorgt ein Klassifikationssystem durch Vereinheitlichung der Nomenklatur für eine gemeinsame Sprache unter Ärzten, Therapeuten und Forschern [237, S.22]. Nicht zuletzt soll eine systematische Datensammlung und mit ihr ein größeres Verständnis der Störungsbilder dazu beitragen, die Komponenten und die Effektivität der Interventionen zu verbessern [270].

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen werden im deutschen Sprachraum durch die von der Weltgesundheitsorganisation WHO veröffentlichte *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10) erfasst. Analog zum amerikanischen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) beinhaltet die ICD-10 Diagnosen, die mithilfe von operationalisierten klinisch-diagnostischen Leitlinien gebildet werden können. Auf Basis dieser Leitlinien wurden für den deutschen Sprachraum strukturierte klinische Interviews entwickelt, die bei der Diagnosefindung hilfreich sind. Hierzu zählen das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (*Kinder-DIPS*) [225] sowie das *Mannheimer Elterninterview* (*MEI*) [82].

Dieses Prinzip zur Klassifikation psychischer Störungen basiert auf dem so genannten kategorialen Ansatz, der dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ folgt. Es muss stets eine Entscheidung für oder gegen das Vorliegen einer kategorialen Diagnose getroffen werden, wodurch eine eindeutige Differenzierung zwischen normalem und pathologischem Verhalten gewährleistet ist. Gleichzeitig werden alle Objekte einer Kategorie durch die Zuweisung der entsprechenden Diagnose als völlig gleichartig betrachtet [28]. Ein- und Ausschlusskriterien sollen dabei hinreichende qualitative Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnoseklassen ermöglichen [240].

Demgegenüber steht der so genannte dimensionale Ansatz, nach dem Verhaltensmerkmale auf einem Kontinuum verteilt sind. Sie können je nach Individuum in völlig unterschiedlicher Ausprägung vorliegen, von gar nicht bis sehr schwer bzw. von gesund bis krank [126]. Psychopathologisches Verhalten kann demnach als eine Extremform von normalem Verhalten aufgefasst werden. Die Grenzen sind fließend [28]. Im Unterschied zu Kategorien, die aufgrund von langjährigen klinischen Erfahrungen gebildet wurden, entstanden Dimensionen im Rahmen von empirischen Untersuchungen durch statistische Auswertung psychometrischer Fragebögen wie der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST [3] oder der CONNERS' RATING SCALE [54]. THOMAS M. ACHENBACH, der Begründer der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, bezeichnete die Dimensionen seines Fragebogens als so genannte *Syndromskalen*. Nach den Untersuchungen von QUAY stellen *Aggressives Verhalten* und *Aufmerksamkeitsstörungen* die am häufigsten anzutreffenden Dimensionen dar [199].

2.2.1 Vor- und Nachteile dimensionaler und kategorialer Klassifikation

Nach SCHMIDT entspricht kategoriale Diagnostik klinisch-praktischen Erfordernissen, während dimensionale Diagnostik eher wissenschaftlichen Anforderungen nahe kommt [224]. In der klinischen Routine hat sich in allen medizinischen Fachbereichen das traditionelle Modell der kategorialen Klassifikation etabliert, da durch Diagnosen viele relevante Informationen einfach und schnell dargestellt und unter Fachleuten weitergegeben werden können [178]. Zudem haben Diagnosen in der klinischen Praxis eine handlungsstrukturierende Funktion im Sinne der Wahl der therapeutischen Maßnahmen [237, S.22]. Kategoriale Klassifikationssysteme sind daher „Voraussetzung für Therapieindikation und Outcomeforschung“ [262].

Das kategoriale Prinzip lässt sich nach Ansicht vieler Autoren aber nur bedingt auf psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters anwenden, da zahlreiche psychopathologische Aspekte wie z.B. Angst, Aggression, Hyperaktivität oder Rechtschreibprobleme kontinuierlich verteilt sind [69, 107]. Der Umgang mit Grenzwerten zwischen krank und gesund bleibt nach DÖPFNER & LEHMKUHL ein unlösbares Problem des kategorialen Ansatzes, was unter anderem zu einer schlechteren Reliabilität der Diagnosen führt [69]. Auch GOODMAN et al. kritisieren in diesem Zusammenhang, dass Kinder häufig nicht die Kriterien der operationalisierten Diagnostik erfüllen, obwohl klinisch eindeutig eine psychiatrische Störung und mit ihr eine psychosoziale Belastung verbunden ist [107]. Die Untersuchungen von ANGOLD et al. aus dem Jahr 1999 bestätigen diese These. Sie stellten fest, dass 9,4% der auffälligen Kinder, denen keine Diagnose zugewiesen werden konnte, deutliche Beeinträchtigungen im Alltag aufwiesen und typischen Entwicklungsaufgaben nicht gerecht werden konnten [14].

Der Umgang mit Komorbiditäten stellt eine weitere Schwierigkeit der kategorialen Diagnostik dar. Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer und nach kategorialem Verständnis völlig eigenständiger Krankheitsbilder ist in psychiatrischen Fachbereichen besonders häufig anzutreffen [14]. Nach BREUER & DÖPFNER sind komorbide Störungen bereits im Vorschulalter „eher die Regel als die Ausnahme“ [33]. CARON & RUTTER führen dieses Phänomen auf geringe Trennschärfen durch sich überschneidende diagnostische Kriterien sowie eine übermäßige Untergliederung der Störungen zurück [45]. Nach BRIEGER & MARNEROS wächst zudem fortlaufend die Zahl der verschlüsselbaren Diagnosen, womit automatisch eine Zunahme der Prävalenzen und somit auch der komorbiden Störungen verbunden ist [34]. Auch wenn diese klinisch von Bedeutung sind, so stelle die praktische Umsetzung ein Problem dar. Die Autoren diskutieren

daher, ob dimensionale Diagnostik möglicherweise das sinnvollere Vorgehen zur Erfassung komorbider Störungen ist. Auch WIDIGER sieht hier Vorteile, u.a. durch den hohen und präzisen Informationsgehalt der Dimensionen [261]. Neben dem Schweregrad sei es auch möglich subklinische Manifestationen zu beschreiben, die späteren klinischen Störungskategorien vorausgehen können [56].

Ein Nachteil der Dimensionen liegt hingegen in der rein deskriptiven Beschreibung von Verhalten. Kategoriale Diagnosen können hingegen, wenn auch nur selten, Informationen zum Hintergrund der Störung beinhalten (z.B. *reaktive Bindungsstörung*, *posttraumatische Belastungsstörung* oder *Anpassungsstörung*) [107]. Darüber hinaus werden im Rahmen der dimensional Diagnostik besonders seltene Verhaltensweise wie z.B. Psychosen oder autistische Störungen nur unzureichend erfasst [197]. Dies begründet sich in der Tatsache, dass Anzahl und Inhalte der Dimensionen nicht vorgegeben sind, sondern von der Struktur des Erhebungsinstrumentes und der untersuchten Stichprobe abhängen [237, S.30].

Aufgrund der angerissenen Vor- und Nachteile erscheint eine Kombination beider Konzepte sinnvoll. EGGER schlägt diesbezüglich vor, kategoriale Diagnosen primär zur Prüfung der Therapieindikation zu nutzen [77]. Mithilfe dimensionaler Diagnostik könne anschließend, so der Autor, die Therapie evaluiert und der Verlauf der klinischen Symptomatik einfach und effizient verfolgt werden. Für die amerikanische Neuauflage des DSM gibt es Ansätze zur Verknüpfung der beiden Ansätze [200, 261]. Bisher ist aber noch unklar, auf welche Art Dimensionen Eingang in klinische Klassifikationssysteme finden können.

Eine besondere Schwierigkeit stellt die Klassifikation der psychischen Störungen des Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalters dar. Inzwischen ist durch zahlreiche Studien hinreichend bekannt, dass bereits Kleinkinder unter schwerwiegenden und persistierenden Verhaltensauffälligkeiten leiden, die mit einer deutlichen Beeinträchtigung der psychisch-physischen Entwicklung einhergehen können [154, 215]. Bisher werden diese frühen Auffälligkeiten in den kategorialen Systemen der ICD-10 und DSM-IV nur unzureichend erfasst [100, 153]. Für WIEFEL et al. erscheinen in der Altersgruppe der null- bis fünfjährigen lediglich die Diagnosen der *Tiefgreifenden Entwicklungsstörung* sowie der *Emotionalen Störung mit Geschwisterrivalität* angemessen [262]. Zahlreiche andere Diagnosen wie z.B. *Hyperkinetische Störungen* seien hingegen nur eingeschränkt oder überhaupt nicht geeignet. Dies hat verschiedene Gründe. Nach REMSCHMIDT & FOMBONE lässt sich ein Großteil der aus dem Erwachsenenbe-

reich stammenden diagnostischen Kriterien nicht auf frühe Störungsbilder übertragen [202]. Darüber hinaus sind nach FUHRMANN et al. isolierte Psychopathologien des Kindes wie nach ICD-10 aufgrund der besonders ausgeprägten Bindungsmuster zu den Bezugspersonen nur unzureichend begründbar [100]. Ebenso stößt der Ausschluss ätiologischer Annahmen im Klassifikationssystem der ICD-10 auf Kritik [262]. Das bereits erwähnte Problem zum Umgang mit Grenzwerten wird im Vorschulalter besonders deutlich. Im Rahmen der Verarbeitung entwicklungstypischer Anforderungen sowie der Bewältigung kritischer Lebensereignisse (z.B. Kindergarteneintritt, Geburt eines Geschwisterkindes) treten Verhaltensauffälligkeiten passager gehäuft auf. Diese können völlig physiologisch und ohne pathologischen Charakter bleiben, lassen sich anhand starrer Kriterien aber nur schwer von auffälligen Entwicklungsphänomenen abgrenzen [153, 262]. Nach den Leitlinien der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE bietet sich aus diesem Grund für das Säuglings- und Kleinkindalter eher ein dimensionales Krankheitsverständnis an [62]. Einen großen Vorteil sehen REMSCHMIDT & FOMBONNE hierbei in der Möglichkeit der Einbindung verschiedener Informationsquellen (Kind, Eltern, Erzieher) [202]. Dem so häufig im Kindesalter anzutreffenden „Situationskontext“ von Verhaltensauffälligkeiten könne nach Ansicht der Wissenschaftler so besser gerecht werden.

Mithilfe des *Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters* [204], welches eine Ergänzung zur ICD-10 darstellt und eine Diagnose auf verschiedenen Achsen ermöglicht, wurden einige der angesprochenen Schwächen verbessert. Die von der Arbeitsgruppe ZERO TO THREE veröffentlichte *Diagnostische Klassifikation: 0-3* [270] konzentriert sich hingegen vollständig auf die spezifischen Themen der Säuglings- und Kleinkindentwicklung. Nach eigenen Angaben möchte sie den „Bedarf nach einer systematischen, entwicklungsbezogenen Klassifikation seelischer Gesundheits- und Entwicklungsschwierigkeiten in den ersten Lebensjahren decken“ [270, S. VII]. Der Ansatz beinhaltet ein völlig neues multiaxiales System, welches sich grundlegend von den gängigen Klassifikationssystemen unterscheidet. Neben den kindlichen Symptomen berücksichtigt es die psychosozialen Belastungsfaktoren, die funktionell-emotionale Entwicklungsstufe sowie vor allem die Beziehungsqualität des Kindes zu den primären Bezugspersonen. Auch von der AMERICAN ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY ist eine Arbeitsgruppe zur Erstellung von Forschungskriterien für die Klassifikation der psychischen Auffälligkeiten in der frühen Kindheit eingesetzt worden [241]. Im Gegensatz zur *Diagnos-*

tischen Klassifikation: 0-3 liegt der Schwerpunkt ihrer Arbeit auf der Adaption der DSM-IV-Kriterien.

2.2.2 Stellenwert dimensionaler Diagnostik

Psychometrische Fragebögen als Basisinstrument dimensionaler Diagnostik unterscheiden sich von klinischen Interviews durch ihre kurze, prägnante und schlagartige Itemformulierung [198, S.496]. Inzwischen haben sie ihren festen Platz in der multimodalen Diagnostik psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters und ergänzen sinnvoll die übrigen Instrumente [81, S.82]. Mit ihrer Hilfe können ohne großen zeitlichen und personellen Aufwand Informationen aus verschiedenen Quellen (Eltern, Lehrer, Kinder) erhoben werden. In der relativ anonymen Fragebogensituation sind viele Personen häufig eher bereit, über Probleme zu berichten als in therapeutischen Gesprächen [70, S.74]. So genannte Breitband-Fragebogenverfahren wie die CHILD BEHAVIOR CHECKLIST [4] oder der STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE [106] ermöglichen dabei einen guten Überblick über den psychopathologischen Zustand und haben sich im Rahmen von frühen Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der intensiven Bindung der Eltern zu ihrem Kind als besonders sinnvolles Instrument erwiesen [213]. Da sie ein sehr breites Spektrum an Auffälligkeiten und Kompetenzen beinhalten, werden auch seltenere Verhaltensweisen wie z.B. Aggressivität erfasst, die in der direkten Exploration oder im Rahmen diagnostischer Interviews häufig unbemerkt bleiben [7, S.128]. Um differenziertere Informationen zu erhalten, können im Anschluss störungsspezifische Fragebögen verwendet werden [70, S.75]. Nichtsdestotrotz erreichen psychometrische Fragebögen häufig nicht die diagnostische Tiefe und Spezifität, die strukturierte klinische Interviews bieten [103].

In der klinischen Forschung bieten psychometrische Fragebögen eine schnelle und effiziente Möglichkeit der standardisierten Datenerhebung großer Personengruppen. Sie werden deshalb häufig im Rahmen von Pilotstudien eingesetzt [94, 116], zum Beispiel zur Aufklärung, ob bei den Probanden überhaupt eine psychische Problematik vorliegt [198, S.496]. In einer weiteren Erhebungsphase kann diese Gruppe dann mithilfe eines strukturierten diagnostischen Verfahrens erneut befragt werden. Aufgrund der Standardisierung sowie der Normierung für eine große Altersspanne hat sich dimensionale Diagnostik auch im Rahmen von Longitudinal- bzw. Follow-Up-Studien bewährt [86].

Zahlreiche Autoren haben den Zusammenhang zwischen den Dimensionen der

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST und kategorialen Diagnosen untersucht. In einer Studie von EDELBROCK & COSTELLO korrelierten einige der Syndromskalen signifikant mit klinischen Diagnosen [75]. MCGUIRE et al. stellten fest, dass sich externalisierende Verhaltensstörungen mithilfe von ACHENBACHS Syndromskalen *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten* deutlich von anderen Störungen abgrenzen [169]. Nach CHEN et al. eignet sich die Skala *Aufmerksamkeitsstörungen*, um Kinder mit einer *Hyperkinetischen Störung* zu identifizieren [49]. LAMPERT et al. kamen in einer Studie mit brasilianischen Kindern zu einem vergleichbaren Ergebnis [147].

Die bewusste oder unbewusste Verfälschung der Ergebnisse durch die Befragten stellt ein Problem von Fragebogenverfahren dar. Eltern, die von der Situation sehr belastet sind oder unter eigenen psychischen Problemen leiden, tendieren bei der Beantwortung dazu, kindliche Verhaltensauffälligkeiten als stärker ausgeprägt zu beschreiben als sie tatsächlich sind [31, 91, 148, 181]. DÖPFNER et al. charakterisieren dies als „Tendenzen zur Simulation oder zum Aggravieren von Problemen“ [70, S.74]. Umgekehrt ist es möglich, dass Eigenschaften unbewusst besser eingeschätzt werden. Unterschiedliche Deutungen bzw. unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe können ebenfalls zu einer Unschärfe des Verfahrens beitragen [115, 229]. Darüber hinaus neigen Eltern nach NAJMAN et al. dazu, internalisierende Probleme eher bei Mädchen und externalisierende Schwierigkeiten eher bei Jungen wahrzunehmen [181]. Weitere Probleme im Umgang mit Fragebögen beschrieben MARTIN et al. als so genannten Antwortbias, den sie in drei verschiedene Typen gliederten [165]:

1. *Halo-Effekt*: Der Inhalt einzelner Items kann sich auf die Beurteilung anderer Items übertragen, so dass sie fälschlicherweise als zusammenhängend wahrgenommen werden.
2. *Tendenz zur Strenge oder zur Milde*: Generell kritische bzw. nachsichtige Beurteiler nutzen statistisch häufiger die unteren oder oberen Skaleneinstufungen.
3. *Tendenz zur Mitte*: Ebenso gibt es Befragte, die bei mehrstufigen Skalen eher die mittleren Skalenpunkte auswählen, sei es um extreme Urteile generell zu vermeiden oder um ihr Kind in kein übermäßig schlechtes Licht zu rücken.

2.3 Die Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster

2.3.1 Konzept und Aufbau

Nach SCHOLZ wirkt das familiäre Umfeld im multifaktoriellen Geschehen einer kinderpsychiatrischen Störung entweder als Protektiv- oder als Pathogenitätsfaktor [226].

Darüber hinaus gibt es nach EIA ASEN - Direktor einer Londoner Familientagesklinik - in Familien, in denen Kinder unter psychischen Auffälligkeiten leiden, häufig „mehr als nur einen designierten Patienten“ [19]. Die vollständige Einbindung des familiären Kontext in den therapeutischen Prozess stellt aus diesen Gründen einen Grundsatz der familientagesklinischen Behandlung dar, der sie entscheidend von normalen Kindertageskliniken abgrenzt. Eltern und Geschwister nehmen aktiv teil, „statt die Heilung mehr oder weniger dem Klinikpersonal zu überlassen“ [19].

Unter dieser Prämisse arbeitet auch die Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster. Sie wurde 1997 als erste psychiatrische Familientagesklinik in Deutschland eröffnet und ist spezialisiert auf die Behandlung psychischer Störungen von Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern. Im Rahmen eines familienzentrierten, multimodalen Behandlungskonzeptes ist einer der Elternteile fest in die Behandlung eingebunden, entweder als medizinisch notwendige Begleitperson oder bei Anzeichen einer eigenständigen psychischen Störung als Patient, sofern diese das Einfühlungsvermögen oder die emotionale Bindung zum Kind gefährdet. Da die Klinik Erwachsenenpsychiater beschäftigt, ist auch in solchen Fällen eine optimale Behandlung gewährleistet. Auch Geschwisterkinder werden je nach Fall als Patienten oder als Begleitpersonen aufgenommen.

Insgesamt bietet die Klinik zehn Therapieplätze für Familien. Die Behandlungsblöcke umfassen in der Regel zwei (Montag und Dienstag) oder drei Tage (Mittwoch bis Freitag) der Woche. Die übrige Zeit verbringen die Kinder mit ihren Eltern zu Hause. So erhalten sie gemeinsam die Möglichkeit, Therapieerfahrungen und neu erlernte Strategien in ihrem gewohnten Alltag und sozialen Umfeld auszuprobieren und anzuwenden. Die Kombination einer intensiven, mehrmonatigen Behandlungszeit mit nur kurzen Krankenhausaufenthalten stellt nach FÜRNISS et al. eine sehr vorteilhafte und kosteneffektive Therapieform dar [102]. Auch andere Autoren betonen den günstigen Kostenfaktor bei tagesklinischen Behandlungen [113, 220, 226, 271]. Die Leitung der Familientagesklinik obliegt einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Darüber hinaus gehören ein Assistenzarzt, ein Entwicklungspsychologe, ein Beschäftigungstherapeut, ein Therapeut für Psychomotorik, ein Psychologe in Ausbildung, ein Sozialarbeiter sowie drei Krankenschwestern zum therapeutischen Team. Die Räumlichkeiten bieten neben zahlreichen und zum Teil mit Videokamera ausgestatteten Diagnostik-, Therapie- und Gesprächsräumen auch einen Spielplatz, Schlafmöglichkeiten für Säuglinge und Kleinkinder, eine Teeküche für die Eltern sowie ein gemeinsames Esszimmer

für Familien und Personal.

2.3.2 Aufnahmeindikationen

Im Rahmen eines ambulanten Erstgespräches wird der Schweregrad der Problematik erfasst und im Anschluss die individuell-optimale Behandlungsform ausgewählt. Indikationen und Kontraindikationen zur Aufnahme in die Familientagesklinik sind in Tabelle 2.1 aufgeführt und werden im Folgenden detaillierter erläutert.

Tabelle 2.1: Indikationen und Kontraindikationen zur Aufnahme in die Familientagesklinik

Indikationen	Kontraindikationen
<ul style="list-style-type: none">• Frühkindliche Regulationsstörungen• Externalisierende Verhaltensstörungen• Internalisierende Verhaltensstörungen• Psychische Traumata• Bindungsstörungen• Belastungsstörungen	<ul style="list-style-type: none">• Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus)• Lernbehinderung (ohne Symptome einer psychischen Störung)• akute psychotische Zustände der Begleitperson• akute suizidale Gefährdung der Begleitperson

Frühkindliche Regulationsstörungen

Gemäß den Leitlinien der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE wird unter einer frühkindlichen Regulationsstörung eine „für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Zwiegespräch und Spiel, kurze Trennung, Grenzsetzung u.a.) angemessen zu regulieren“ [62]. Diese relativ weit gefasste Definition führt dazu, dass die Diagnose einer Regulationsstörung eine Fülle von Verhaltensproblemen des Säuglings- und Kleinkindalters beinhaltet: Exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Spielunlust, chronische Unruhe, Konzentrationsprobleme, Klammerverhalten, ausgeprägte Ängste, exzessives Trotzverhalten, aggressiv-oppositionelles Verhalten sowie depressive Verstimmungen. In den meisten Fällen stellen diese Auffälligkeiten Extremvarianten von normalen Verhaltensweisen bzw. harmlose Krisen im Rahmen der Reifungs-, Anpassungs- und Lernprozesse der frühen Kindheit dar [190]. Klinisch relevante Regulationsstörungen hingegen treten erst in der spezifischen Beziehungskonstellation beim Zusammentreffen von kindlichen, elterlichen und interaktionellen Belastungen auf. Die für die Diagnosestellung einer frühkindlichen Regulationsstörung notwendige

Symptomtrias soll dies näher charakterisieren [189]:

1. Gestörte Regulation des kindlichen Verhaltens (z.B. durch Unreife, schwieriges Temperament, andere organische Risikofaktoren),
2. dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionsmuster in dem für die Verhaltensprobleme relevanten Kontext,
3. assoziierte elterliche physisch-psychische Überlastung (z.B. chronische Erregung, Schlafdeprivation, Ohnmachts- und Versagensgefühle, Wut, Depressivität).

Verhaltensmuster des Kindes wie unstillbares Schreien, Meidung körperlicher Nähe, Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder Kampf gegen das Einschlafen stellen erhöhte Anforderungen an die elterlichen Ressourcen zur regulatorischen Unterstützung und Beruhigung des Kindes dar (so genannte intuitive elterliche Kompetenzen) [186]. Bei fehlenden oder belasteten Ressourcen kann ein Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit entstehen, der die kindlichen und elterlichen Symptome aufrechterhält und verstärkt. Persistierende Verhaltensprobleme, manifeste Beziehungsstörungen, Übergreifen auf andere Entwicklungsbereiche sowie in besonders schweren Fällen Vernachlässigung und Misshandlung des Kindes stellen mögliche Folgen dar, nach PAPOUSEK um so eher, „je mehr die elterlichen Ressourcen bereits primär durch biologische oder psychosoziale Belastungen erschöpft sind“ [185]. Mit einer Prävalenzrate zwischen 15 und 30 Prozent sind frühkindliche Regulationsstörungen ein häufiges Phänomen [252, 267, 269]. Bei vielen Kindern finden sich zudem mehrere Symptome gleichzeitig oder zeitlich aufeinanderfolgend [190].

Externalisierende Verhaltensstörungen

Externalisierende Verhaltensstörungen stellen die häufigsten psychischen Auffälligkeiten des Kleinkind- und Vorschulalters dar [137, 149]. Im Vergleich zu internalisierenden Auffälligkeiten manifestieren sie sich in der Regel zu einem früheren Zeitpunkt [229]. Nach SMEEKENS et al. sind bis zum Alter von vier Jahren beide Geschlechter gleich häufig betroffen [230]. Im späteren Vorschulalter übersteigt die Prävalenz der Jungen die der Mädchen, wenngleich die Geschlechtsunterschiede nicht so ausgeprägt sind wie im Schulalter [149, 158]. Nach SMEEKENS et al. wirken vier Faktoren im Rahmen der Entstehung und der Aufrechterhaltung von externalisierenden Verhaltensstörungen [230]: 1) Eltern-Kind-Interaktion, 2) kindliche Charaktereigenschaften (z.B. Temperament, kognitive Fähigkeiten), 3) elterliche Charaktereigenschaften (z.B. Persönlichkeit) und 4) kontextabhängige Eigenschaften (z.B. sozioökonomischer Status, Partnerschaft).

In der Literatur werden verschiedene Gruppen von externalisierenden Verhaltensstörungen des Kleinkind- und Vorschulalters unterschieden. Kinder, die unter *oppositionellem Verhalten* leiden, sind ungehorsam, feindselig, werden schnell wütend, streiten sich häufig und widersetzen sich den Anweisungen und Regeln der Erwachsenen [175]. Die Problematik äußert sich nahezu ausschließlich im häuslichen Rahmen und im Umgang mit vertrauten Personen [100]. Typischerweise erreicht die Symptomatik im Alter von vier Jahren ihren Höhepunkt und nimmt danach in Häufigkeit und Intensität wieder ab [149]. Die zweite Gruppe stellen *aggressive Verhaltensauffälligkeiten* dar, die in der Altersperiode von zwei bis fünf Jahren gehäuft auftreten. Nach LAUCHT sind sie eine Manifestation der gestiegenen Interaktionsbereitschaft mit anderen Kindern [149]. Während zu Beginn des Kleinkindalters körperliche Aggressivität wie Schlagen, Beißen und Kratzen überwiegt, kommen im weiteren Verlauf auch verbale Aggressionen wie Drohungen und Beschimpfungen hinzu. Typische Auslöser sind Konflikte um Spielobjekte [149]. Übermäßige motorische Unruhe, hohe Impulsivität, schlechte Konzentration sowie erhöhte Ablenkbarkeit stellen weitere typische externalisierende Symptome des Vorschulalters dar. Wenngleich die Abgrenzung zu altersgemäßen Extremvarianten häufig schwer fällt [67], können diese aktuellen Studien zufolge als Frühform einer *hyperkinetischen Störung* angesehen werden [112]. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen noch keine verlässlichen Angaben zur Prävalenz vor. Fachleuten zufolge sind hyperkinetische Symptome mit Beginn des dritten Lebensjahres aber bereits ähnlich häufig anzutreffen wie im Schulalter [229]. Diese Tatsache bestätigt die große Relevanz von frühen präventiv-interventiven Maßnahmen [33].

Internalisierende Verhaltensstörungen

Nach den Untersuchungen von LAVIGNE et al. sind Jungen und Mädchen von internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten gleich häufig betroffen [158]. Die hohe Anzahl subklinischer Ausprägungen stellt nach LAUCHT et al. ein besonderes Kennzeichen dieser Störungsgruppe dar [154]. Betroffene Kinder weisen zwar internalisierende Symptome auf, werden aber nur als wenig beeinträchtigt eingeschätzt.

Die bedeutende Gruppe der Angststörungen hat nach STEINHAUSEN eine „typische Altersbedingung hinsichtlich des Zeitpunktes von Entstehung und Manifestation“ [236, S.129]. Das Säuglings- und Kleinkindalter beherrschen *Trennungängste*. Betroffene Kinder reagieren auf Situationen, die eine Trennung von ihren Bezugspersonen erfordern, mit übermäßigem Schreien, Weinen, Anklammern und anderem Protestverhal-

ten. Hinzutreten können übertriebene Sorgen („Katastrophen-Szenarien“), Schlafprobleme sowie somatische Beschwerden (z.B. Schwindel, Übelkeit, Bauch- oder Kopfschmerzen) [239]. Häufig führt die Symptomatik zu übertriebenen Schutzmaßnahmen der Eltern, wodurch die kindlichen Angst- und Vermeidungsreaktionen weiter verstärkt werden [239]. Obwohl sich Trennungsängste bis ins späte Vorschulalter fortsetzen können, überwiegen zu diesem Zeitpunkt die *objekt- und situationsgebundenen Ängste* (z.B. Tierphobie, Angst vor der Dunkelheit oder Phantasiegestalten) [236, S.129]. Eine weitere Gruppe der kindlichen Angststörungen betrifft die *Angst vor sozialen Situationen*. Diese ist gekennzeichnet durch ängstliches und scheues Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen und Erwachsenen. Der Kontakt mit fremden Personen kann dabei einerseits durch schweigend-passives Verhalten vermieden als auch aktiv durch wütend-aggressive Handlungsweisen verweigert werden. Häufig besteht eine hohe Bindungsfähigkeit mit den Eltern und Geschwistern, zu denen die Kinder in ungewohnten oder unangenehmen Situationen flüchten [149, 192]. In Extremfällen kann die Symptomatik in Verbindung mit einer Sprachverweigerung (Mutismus) auftreten. Angst als Signal der Gefahr und der Vermeidung besitzt eine sinnvolle physiologische Funktion, weshalb nicht alle kindlichen Angststörungen von klinischer Relevanz sind. Falls sie jedoch ein für die Entwicklungsphase typisches Maß an Dauer und Intensität überschreiten oder mit sozialen Beeinträchtigungen (z.B. Unmöglichkeit des Kindergartenbesuchs, übermäßige Bindung an Bezugspersonen, heftige Auseinandersetzungen) verbunden sind, so besteht die Notwendigkeit einer kinderpsychiatrischen Intervention [149].

Während frühe depressive Störungen lange Zeit kontrovers diskutiert wurden, gilt inzwischen als gesichert, dass auch Klein- und Vorschulkinder eine klinisch relevante *Depression* entwickeln können [66, 161, 162]. Neben den klassischen Symptomen der Traurigkeit, Irritierbarkeit und Anhedonie sind nach LUBY et al. Schuldgefühle, Müdigkeit sowie Spiele, die sich mit dem Tod befassen, charakteristische Merkmale einer Depression im Vorschulalter [162, 163]. Begleitend können somatische und vegetative Beschwerden (z.B. Schlafprobleme, Essstörungen) auftreten [163].

Psychische Traumata und Bindungsstörungen

Psychische Traumata im frühen Kindesalter können gravierende Folgen für die Entwicklung des Kindes haben und bedürfen dringend einer fürsorglichen medizinisch-psychologischen Betreuung. Nach MOGGI können vier Typen von Traumata unter-

schieden werden [180]: *Physische Misshandlung* (z.B. Schlagen, heftiges Schütteln, Verbrennen, Würgen), *psychische Misshandlung* (z.B. Isolation, Demütigung, ständige Drohungen), *sexuelle Misshandlung* (z.B. sexuelle Aktivitäten, Berührungen, Exhibitionismus) sowie *Vernachlässigung* (z.B. mangelnde Pflege, schlechte Ernährung, mangelnde Beaufsichtigung, fehlende Förderung). Neben den häufig reaktiv auftretenden internalisierenden (z.B. Depression, Angst, Rückzugsverhalten), externalisierenden (z.B. Aggression, soziale Probleme) und somatischen Krankheitssymptomen (z.B. Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Ess- und Schlafstörungen) [180] sind im frühen Kindesalter auch Rückstände der seelisch-geistigen und körperlichen Entwicklung (Psychomotorik, Wachstum, Sprache) sowie vielfältige kinderpsychiatrische Störungen (z.B. Depression, Einnässen, Hyperaktivität, nicht altersgemässes sexuelles Verhalten) zu befürchten [179]. Im Rahmen besonders schwerwiegender kindlicher Deprivation kann eine so genannte Bindungsstörung entstehen. Die Störung zeichnet sich durch anhaltende kindliche Auffälligkeiten in den sozialen (z.B. eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen) und partiell auch in den emotionalen Beziehungsmustern (z.B. Furchtsamkeit, Unglücklichsein, Apathie) aus [63]. Biologische Faktoren im Sinne erhöhter Vulnerabilität scheinen in der Genese ebenfalls von Bedeutung zu sein [193].

Belastungsstörungen

Eine Belastungsstörung kann als Reaktion auf ein furchtbares, besonders traumatisches Ereignis entstehen (z.B. schwerer Unfall, sexueller Missbrauch, Trennung der Eltern). Vermutet wird, dass bereits Kinder im Alter zwischen zwei und drei Jahren betroffen sein können [243]. Es existieren verschiedene Subtypen der Belastungsstörung (*akute Belastungsstörung*, *posttraumatische Belastungsstörung*, *Anpassungsstörung*), die sich im Hinblick auf Beginn, Dauer und Symptomatik der Störung unterscheiden [64]. Neben den charakteristischen Symptomen, die auch im späteren Kindesalter auftreten, können im Kleinkind- und Vorschulalter aggressive Erregungszustände, eine nach dem Trauma neu aufgetretene Trennungsangst, der Verlust erlernter Fähigkeiten sowie traumaspezifische Spielinhalte auf eine Belastungsstörung hindeuten [120, 219]. Nach SCHEERINGA et al. sind die kindlichen Symptome stärker von der Trauer- und Copingreaktion der Eltern abhängig als von der Beteiligung des betroffenen Kindes selbst [22, 219].

2.3.3 Diagnostik

Neben Informationen zur kindlichen Symptomatik (z.B. Beginn, Dauer, Kontext) und den damit verbundenden familiären Belastungen werden im ambulanten Vorgespräch medizinische Vorbefunde, der Entwicklungsstand sowie die Interaktions- und Bindungsmuster des Kindes erhoben. Im Anschluss erfolgt eine klinische Untersuchung, die somatische, kinderpsychiatrische und neuropädiatrische Aspekte umfasst. Weiterführende diagnostische Maßnahmen (z.B. Labor, Röntgen) sowie Konsultationen anderer Fachbereiche (z.B. Neuropädiatrie) finden im Bedarfsfall statt. Auf Basis der gesammelten Informationen stellt der Therapeut anschließend eine vorläufige Diagnose nach ICD-10.

Ist die Indikation zur Aufnahme in die Klinik gegeben, wird die Familie auf einer Warteliste vermerkt und überbrückend eine kinderpsychiatrische Therapie in der Klinikambulanz begonnen. Falls hingegen keine akute Notwendigkeit der familientagesklinischen Behandlung vorliegt, besteht die Möglichkeit der ambulanten Weiterbetreuung.

Beobachtung

Um auffällige Verhaltensmuster zu erkennen, wird das Kind in den ersten Tagen nach Aufnahme in verschiedenen Alltagssituationen sowie im Rahmen von Interaktionen mit ihren Eltern und den anderen Kindern beobachtet. Anhand einer Videoanalyse nimmt das gesamte therapeutische Team anschließend eine erste Bewertung der Problematik vor und erarbeitet einen individuellen Behandlungsplan und Möglichkeiten zur Krisenintervention.

Psychologisch-psychiatrische Diagnostik & Entwicklungsdiagnostik

Am Tag der Aufnahme sowie am Tag der Entlassung werden alle Eltern gebeten, den ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL/1½-5) [11] zu beantworten, der psychische Auffälligkeiten aus Elternsicht erfasst. Bei Kindergartenkindern wird zusätzlich der FRAGEBOGEN FÜR ERZIEHERINNEN VON KLEIN- UND VORSCHULKINDERN (C-TRF/1½-5) [11] eingesetzt. Darüber hinaus erfolgt eine altersentsprechende Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik. Nach SINZIG & SCHMIDT haben Verhaltensauffälligkeiten, die mit Entwicklungsverzögerungen verbunden sind, „eine ungünstigere Prognose als solitäre Auffälligkeiten“ [229]. Folgende Testinstrumente werden regelmäßig eingesetzt: KAUFMANN-TESTBATTERIE FÜR KINDER (K-ABC) [170],

NON-VERBALER INTELLIGENZTEST (SON-R 2.5-7) [242], WIENER ENTWICKLUNGSTEST (WET) [133], FROSTIGS ENTWICKLUNGSTEST DER VISUELLEN WAHRNEHMUNG (FEW) [160], MOTORIKTEST FÜR VIER- BIS SECHSJÄHRIGE KINDER (MOT 4-6) [272].

Erfassung kindbezogener Risikofaktoren

Eine wesentliche Rolle in der Genese kinderpsychiatrischer Störungen wird den biologischen und psychosozialen Belastungen zugeschrieben [154]. Während die Entstehung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten in den ersten Lebensjahren primär von biologischen Risikofaktoren (siehe Tabelle 2.2) beeinflusst wird, gewinnen mit größerer Abhängigkeit des kindlichen Verhaltens von Lernprozessen psychosoziale Belastungen (siehe Tabelle 2.3) an Bedeutung [150]. Nach Ansicht einiger Autoren können biologische und psychosoziale Risikofaktoren im frühen Kindesalter multiplikativ wirken, so dass besonders ungünstige Entwicklungsverläufe möglich sind [154, 191].

Hinsichtlich biologischer Risikofaktoren erfassen die Therapeuten der Familientagesklinik Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (siehe Tabelle 2.2). Diese üben Einfluss auf die motorische Entwicklung [155], die kindliche Verhaltensregulation [51, 266, 265], die Mutter-Kind-Interaktion [57, 138, 143] sowie die Reifung psychosozialer Kompetenzen [154] aus. Die Ergebnisse empirischer Studien deuten darüber hinaus darauf hin, dass Geburtskomplikationen das Risiko für spätere Verhaltensprobleme zumindest moderat erhöhen [29, 109, 121]. Von zentraler Bedeutung scheinen hierbei Aufmerksamkeitsprobleme zu sein [246]. Nach ESSER et al. sinkt der Einfluss der biologischen Risikofaktoren mit steigendem Lebensalter [83].

Die größte Gefährdung für die kognitive, motorische und sozial-emotionale Entwicklung geht nach LAUCHT et al. von den psychosozialen Belastungen des Kindes aus [156]. Sie beeinflussen - den Ergebnissen der *Mannheimer Risikokinderstudie* zufolge - spätere Verhaltensprobleme über „negatives Erziehungsverhalten, frühe Manifestationen von sozialen und emotionalen Problemen sowie in geringer Ausprägung über Lebensereignisse“ [83]. Als besonders bedeutsam gelten Belastungen, die die familiären Beziehungs- und Interaktionsmuster beeinflussen, wie z.B. Trennung der Eltern oder anhaltende Streitbeziehungen [26, S.536]. Im Rahmen der Eingangsdagnostik der familientagesklinischen Behandlung werden die psychosozialen Risiken in Anlehnung an den Mannheimer Risikoindex erhoben, der auf den in Tabelle 2.3 dargestellten Kriterien basiert. Die elf aufgeführten Items müssen dabei von den Therapeuten mithilfe einer dreistufigen Skala (keine Risikobelastung/ leichte Risikobelastung/ schwere Risi-

Tabelle 2.2: Kriterien zur Einschätzung des biologischen Risikos (nach Esser et al. [83])

Keine Risikobelastung	
• normales Geburtsgewicht	2.500-4.200 g
• normales Gestationsalter	38.-42. SSW
• keine Asphyxie	ph \geq 7.20, Lactat \leq 3.5 mmol/l, Fisher-Score (CTG) \geq 8
• keine operative Entbindung	außer elektiv
Leichte Risikobelastung	
• EPH-Gestose	Ödeme, Proteinurie, Hypertonie
• Frühgeburt	\leq 37. SSW
• drohende Frühgeburt	vorzeitige Wehen, Tokolyse, Cerclage
Schwere Risikobelastung	
• sehr niedriges Geburtsgewicht	\leq 1.500 g
• deutliche Asphyxie	ph \leq 7.10, Lactat \geq 8.0mmol/l, Fischer-Score (CTG) \leq 4, stationäre neonatologische Versorgung \geq 7 Tage
• neonatale Komplikationen	cerebrale Krampfanfälle, Respiratortherapie, Sepsis

kobelastung) beurteilt werden.

Psychiatrische Diagnostik der Eltern

Psychiatrische Störungen der Eltern, insbesondere mütterliche Depressionen, wirken sich negativ auf die Qualität der emotionalen Beziehung zu ihrem Kind aus und beeinträchtigen die grundlegend wichtigen interaktionell-kommunikativen Inhalte Verhalten, Gesichtsausdruck, Sprache und Berührung [108, 96, 259]. Die Kinder reagieren ihrerseits mit veränderter Interaktionsbereitschaft, negativen und ängstlichen Verhaltensweisen sowie depressiven Verstimmungen [30, 53, 92]. Nach LAUCHT et al. sind zudem Defizite der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes zu befürchten [151]. Langfristig besteht ein erhöhtes Risiko für externalisierende [140] und internalisierende Verhaltensstörungen [260], weshalb BOHUS et al. die Kinder psychisch kranker Eltern als „Hochrisikogruppe“ bezeichnen [30]. Häufig ist die psychische Belastung des Elternteils mit weiteren familiären Belastungen assoziiert, wie z.B. psychische Auffälligkeit des Lebenspartners oder disharmonische Partnerbeziehungen [151].

Mithilfe der im Rahmen der Diagnostik eingesetzten Messinstrumente SYMPTOM-CHECKLISTE (SCL-90-R) [97], BECK-DEPRESSIONS-INVENTAR (BDI) [118] sowie FRAGENBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (SF-36) [38] soll ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten und Belastungen der Eltern erfasst werden. Ebenso erfolgt eine klinisch-psychiatrische Diagnostik des begleitenden Elternteils, ggf. auch in Zusammenarbeit

Tabelle 2.3: Kriterien zur Einschätzung des psychosozialen Risikos (nach Esser et al. [83])

-
- niedriges Bildungsniveau der Eltern
(keine abgeschlossene Berufsausbildung)
 - beengte Wohnverhältnisse
($>1,0$ Personen/Raum bzw. ≤ 50 m² Gesamtwohnfläche)
 - psychische Störung der Eltern
(gemäß Forschungskriterien der ICD-10)
 - Kriminalität/ Herkunft aus zerütteten familiären Verhältnissen
(aus Anamnese der Eltern)
 - eheliche Disharmonie
(häufiger und langanhaltender Streit, Trennungen, emotionale Kühle)
 - frühe Elternschaft
(Alter ≤ 18 Jahre bei Geburt bzw. Dauer der Partnerschaft < 6 Monate bei Konzeption)
 - Ein-Eltern-Familie
(bei Geburt des Kindes)
 - unerwünschte Schwangerschaft
(von Seiten der Mutter und/ oder des Vaters)
 - mangelnde soziale Integration und Unterstützung
(wenig soziale Kontakte und wenig Hilfe bei der Betreuung des Kindes)
 - ausgeprägte chronische Schwierigkeiten
(mit einer Dauer >1 Jahr wie z.B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)
 - mangelnde Bewältigungsfähigkeiten
(im Umgang mit den Lebensereignissen des letzten Jahres wie z.B. Verleugnung, Rückzug, Resignation, Dramatisierung)
-

mit der Erwachsenenpsychiatrie des Universitätsklinikums.

Bindungs- und Beziehungsdiagnostik

Zu Behandlungsbeginn wird die Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind bzw. Vater und Kind klinisch sowie mithilfe der PARENT-INFANT RELATIONSHIP GLOBAL ASSESSMENT SCALE (PIR-GAS) [270, S.66 ff.] eingeschätzt. Hierbei handelt sich um eine neunstufige Skala, die anhand operationalisierter Kriterien eine Bewertung der Beziehungsqualität zwischen *gut-adaptiert* und *stark beeinträchtigt* ermöglicht.

2.3.4 Behandlungspfeiler

Videogestützte Eltern-Kind-Interaktionstherapie

Eine wichtige Aufgabe der Eltern ist es, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren. Die Qualität dieser Eltern-Kind-Interaktion steht in bedeutendem Zusammenhang mit der Entstehung,

Aufrechterhaltung und Verstärkung von kindlichen Verhaltensproblemen [196]. Umgekehrt wirkt sich eine gestörte Interaktion auch negativ auf die psychische Gesundheit der Mutter aus [151]. Als besonders fatal hat sich das Zusammenwirken inadäquater Responsivität der Mutter einerseits und einem schwierigem Temperament des Kindes andererseits erwiesen. Nach LAUCHT et al. stellt diese Verknüpfung einen wesentlichen Umstand in der Pathogenese von Verhaltensstörungen - vor allem solche, mit externalisierender Symptomatik - dar [154]. Die videogestützte Interaktionstherapie, bei der Mutter und Kind bzw. Vater und Kind in Alltagssituationen (z.B. beim Spielen oder beim Füttern) von den Therapeuten beobachtet werden, ist aus diesen Gründen ein zentraler Pfeiler der familientagesklinischen Behandlung. Das Videofeedback liefert dabei nach PAPOUSEK „konkrete Ansatzpunkte für eine gezielte und effiziente Beratung und Intervention“ [187]. Die Eltern lernen einerseits, welche kindlichen Handlungsweisen welche Reaktion bei ihnen auslöst und andererseits wie die Kinder auf das elterliche Verhalten reagieren. Dysfunktionale Kommunikations- und Interaktionsmuster, die zur Persistenz und Eskalation der Problematik beitragen, werden dargestellt und können durch die Videoaufzeichnung anschließend gemeinsam verbessert und eingeübt werden. Die Darstellung und Analyse positiver Sequenzen soll darüber hinaus das elterliche Selbstwertgefühl und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen stärken. Eine harmonischere Beziehung zueinander, Symptomreduktion des Kindes sowie psychische Stabilisierung der Mutter bzw. des Vaters sind weitere positive Folgen.

Therapeutische Kindergruppe

Gemeinsame Mahlzeiten, spieltherapeutische Interventionen sowie psychomotorisches Training sind die Bestandteile der therapeutischen Kindergruppe. Da sie grundsätzlich ohne elterliche Beteiligung stattfindet, können durch die Trennungs- und Wiedersehungssituationen weitere dysfunktionale Interaktionsmuster aufgedeckt werden. Die Kinder erhalten während den Sitzungen die Unterstützung und Förderung der Therapeuten, so dass eine gezielte Verbesserung individueller Defizite möglich ist. Der Umgang mit den anderen Kindern stärkt die funktionellen und sozialen Fähigkeiten und ermöglicht, voneinander zu lernen und positive Verhaltensweisen zu übernehmen. Das Kennenlernen von Regeln, Grenzen und Konfliktlösungsstrategien stellt ein weiteres therapeutisches Ziel dar. Eine verbesserte Selbstwahrnehmung und stärkere selbstregulatorische Fähigkeiten sind in der Folge häufig zu beobachten.

Therapeutische Elterngruppe

Im Rahmen der Elterngruppe haben alle Teilnehmer die Möglichkeit, offen über Gefühle, Ängste und Wünsche zu sprechen. Hinweise und Tipps von anderen Eltern sind erwünscht und helfen bei der Bewältigung von Problemen sowie der Anpassung therapiefördernder Einstellungen. Die Gleichbetroffenheit entlastet die Eltern und verringert die oft enorme Scham. Eine wichtige Aufgabe der am Morgen stattfindenden Elterngruppe besteht in der Erstellung realistischer Ziele, die an diesem Tag im Rahmen der Eltern-Kind-Interaktion erreicht werden sollen. In der Sitzung am Nachmittag können der Verlauf des Tages noch einmal reflektiert und elterliche Erwartungen überdacht werden.

Kinder-Einzeltherapie

Zusätzlich zur Interaktions- und Gruppentherapie werden bei einigen Kinder auch einzeltherapeutische Maßnahmen durchgeführt, die verschiedene Arten der Spieltherapie umfassen. Nach WIEFEL et al. ist Spielen die Hauptquelle für Informationen zum emotionalen Erleben, insbesondere zum Umgang mit Aggressionen [262]. Zudem stellt es eine kindgerechte Art der Mitteilung und Verarbeitung von Problemen dar, fördert Selbstwahrnehmung, -reflexion und -regulierung [251], stärkt das Bindungsverhalten zu Therapeuten und Eltern [216] und erhöht nicht zuletzt die kindliche Motivation für die Therapie [251]. Besonders in der Behandlung frühkindlicher Regulationsstörungen sind spieltherapeutische Interventionen von zentraler Bedeutung [188].

Eltern-Einzeltherapie

Falsche Rollenvorstellungen, familiäre Auseinandersetzungen und traumatische Erfahrungen können der Grundstein von bewussten und unbewussten intrapsychischen Konflikten sein und belasten nicht selten die Beziehung zum Kind. Im Rahmen von Einzelsitzungen werden diese deshalb psychotherapeutisch aufgearbeitet. Falls der psychopathologische Zustand eine medikamentöse Therapie der Mutter oder des Vaters erfordert, so geschieht dies in Abstimmung und unter Kontrolle eines Erwachsenenpsychiaters. Nach GUNLICKS & WEISSMANN deuten die Ergebnisse empirischer Studien darauf hin, dass eine Stabilisierung des psychischen Zustands der Erziehungsperson neben verbesserten Interaktionsmustern auch direkt eine kindliche Symptomverbesserung hervorrufen kann [114]. Die intrapsychische Stabilisierung des begleitenden Elternteils ist daher ein wichtiger Baustein, der zum Erfolg der familientagesklinischen

Behandlung beiträgt.

Familientherapie

In den familientherapeutischen Gesprächen wird die Bedeutung von elterlichen Spannungen, Konflikten und Beziehungserfahrungen für die Symptome des Kindes erörtert und die gemeinsame Erziehungsverantwortung gestärkt. Der in die Behandlung eingebundene Elternteil erfährt emotionalen Beistand und Unterstützung, was deutlich zur psychischen und physischen Entlastung beiträgt. Die Mitwirkung des zweiten Elternteils - in nahezu allen Fällen der Vater - hat sich zur Umsetzung eines besseren Therapieerfolges als besonders starkes Hilfsmittel erwiesen [46, 59]. Nach PAPOUSEK geht dies mit „erstaunlich positiver Rückwirkung auf das Selbstverständnis des Vaters, die Vater-Kind-Beziehung [sowie] die Übernahme seiner elterlichen Verantwortung“ einher [185].

3 Methodik

3.1 Instrumente

3.1.1 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18)

Der im Rahmen der Nachuntersuchung zum Zeitpunkt T3 eingesetzte ELTERNFRAGEBOGEN ÜBER DAS VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (CBCL/4-18) ist die deutschsprachige Konsensfassung der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 [71]. Das amerikanische Original stammt von THOMAS M. ACHENBACH und wurde erstmalig 1978 in der Literatur vorgestellt [2]. ACHENBACHS Ziel war es, elterliche Berichte zu psychischen Auffälligkeiten und psychosozialen Kompetenzen von Kindern in einer objektiven und standardisierten Form zu erfassen [2]. Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie, in der es vergleichbare Instrumente bereits gab, war das Fehlen eines solchen Systems in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein großes Manko [2]. Neben der Abbildung kindlichen Verhaltens verfolgte ACHENBACH mit der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 die Absicht, Kinder und Jugendliche in klinische Gruppen einordnen und im Rahmen von Forschungsfragen Epidemiologie, Ätiologie und Prognose verschiedener Störungen untersuchen zu können [1].

Bis heute zählt die CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 zu den international am häufigsten verwendeten Instrumenten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Forschung. Die offizielle Bibliographie listet inzwischen weltweit fast 7000 Publikationen, die mit der CBCL/4-18 bzw. den davon abgeleiteten Instrumenten arbeiten [36]. Durch die Übersetzung in zahlreiche Sprachen konnten auch internationale und interkulturelle Studien durchgeführt werden [58, 128, 208, 209, 248]. Im deutschsprachigen Raum ist die CBCL/4-18 nach wie vor der einzige Fragebogen, der psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in einem solch großen Umfang erfassen kann [71]. ESSER nennt sie deshalb ein „absolutes Standardverfahren“ [81, S.84].

Einigen Autoren gelang es, den Nutzen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 als Breitbandverfahren bei großen Screeninguntersuchungen nachzuweisen [24, 25, 94, 104, 256]. Der Fragebogen erreicht hierbei laut BIRD et al. eine bessere Kombination von Sensitivität und Spezifität als andere Instrumente [24]. Zudem lasse sich die Beeinträchtigung, der Schweregrad und die Behandlungsnotwendigkeit einer psychischen Störung besonders gut erfassen. JONES et al. bezeichnen die CHILD BEHA-

VIOR CHECKLIST/4-18 in diesem Zusammenhang auch als „Sprungbrett für den diagnostischen Prozess“ [132], weshalb sie in einigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Ambulanzen routinemäßig eingesetzt wird [68]. Verschiedene Autoren konnten darüber hinaus - wie bereits beschrieben - den Zusammenhang zwischen den Skalen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 und klinischen Diagnosen bestätigen [147, 8, 75, 169]. Einen weiteren bedeutenden Vorteil sah ACHENBACH von Anfang an in der Möglichkeit der quantitativen Beurteilung von Verhaltensänderungen, zum Beispiel zur Überprüfung des Behandlungserfolges einer kinderpsychiatrischen Intervention oder im Rahmen von Nachuntersuchungen [3].

Seit ihrem erstmaligen Erscheinen wurde die CBCL/4-18 mehrmals überarbeitet, zuletzt im Jahr 2001 [12]. Die deutschsprachige Fassung dieser Revision wird jedoch bisher nur in internationalen Studien eingesetzt. Nach Erscheinen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 veröffentlichte ACHENBACH weitere vom CBCL abgeleitete Fragebögen, zum Beispiel zur Erfassung des Selbst- (YOUTH SELF REPORT, YSR) [6] und des Lehrerurteils (TEACHER REPORT FORM, TRF) [5]. Auf diesem Weg kann das Verhalten des Kindes aus der Perspektive verschiedener Beurteiler betrachtet werden. Zudem liegt die CHILD BEHAVIOR CHECKLIST inzwischen für nahezu jede Altersklasse vor, vom Kleinkind bis zum Greis. Im Rahmen von Longitudinalstudien können die Ergebnisse verschiedener Versionen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST durch die Bildung normierter T-Werte schnell und effektiv miteinander verglichen werden.

3.1.1.1 Durchführung

Der Fragebogen ist für die Beurteilung von Personen im Alter von vier bis 18 Jahren vorgesehen. Diese Altersspanne darf laut ACHENBACH allerdings auch wenige Monate unter- bzw. überschritten werden [4, S. 34].

Im ersten Teil der CBCL/4-18 werden persönliche Daten (z.B. Alter und Geschlecht des Kindes, berufliche Tätigkeit der Eltern) sowie soziale und schulische Kompetenzen erfragt. Es folgen im zweiten Teil die Items zu kindlichem Problemverhalten. Die Formulierung ist relativ simpel gehalten, so dass Personen aus allen Bildungsschichten den Fragebogen bearbeiten können. Für die Beantwortung werden insgesamt ca. 15 Minuten benötigt.

3.1.1.2 Kompetenzskalen

Kompetenzen des Kindes werden in sieben Items erfragt:

1. sportliche Aktivitäten,
2. andere Aktivitäten,
3. Mitgliedschaft in Organisationen,
4. Arbeiten und Pflichten,
5. Freunde,
6. Vertragen mit Geschwistern, anderen Jugendlichen und Eltern,
7. Schulleistungen.

Die ersten beiden Items müssen hinsichtlich Quantität („Wieviel Zeit verbringt ihr Kind...?“) und Qualität („Wie gut beherrscht ihr Kind...?“) beurteilt werden, die verbleibenden fünf Items nur bezüglich der Qualität der ausgeübten Tätigkeit des Kindes. In den meisten Fällen geschieht dies auf einer vierstufigen Skala. Abschließend können die Eltern beschreiben, worüber sie sich am meisten Sorgen machen und was ihnen an ihrem Kind am besten gefällt. Inhaltlich verwandte Kompetenz-Items fasste ACHENBACH in den drei übergeordneten Skalen *Aktivitäten*, *Soziale Kompetenz* und *Schule* zusammen.

Die Kompetenzskalen haben sich in einer deutschen Studie als nicht reliabel herausgestellt [74] und sind daher nicht Gegenstand dieser Arbeit. Im klinischen Alltag können Ergebnisse unterhalb der Norm allerdings wichtige Hinweise geben und sollten Anlass zu gezielter Exploration der Eltern und des Kindes sein [73].

3.1.1.3 Syndromskalen

Im zweiten Teil des Fragebogens folgen 120 Items zu Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Störungen sowie somatischen Beschwerden des Kindes in den vergangenen sechs Monaten. Die einzelnen Items erhielt ACHENBACH durch Übernahme aus älteren Studien und durch Gespräche mit Entwicklungspsychologen, Kinderpsychiatern und Sozialarbeitern. 118 von ihnen beschreiben spezifische Probleme. In zwei Items haben die Eltern zudem die Möglichkeit, besondere körperliche Beschwerden sowie bisher nicht genannte Probleme zu schildern. Jedes Item muss mithilfe einer dreistufigen Skala bewertet werden (0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend). ACHENBACH wählte diese Art der Skalierung, da

Verhaltensmerkmale für untrainierte Beurteiler so besser zu bewerten sind als auf einer Anwesend/Abwesend-Skala [9, S.5]. Bei einigen Items werden die Eltern zudem gebeten, das erfragte Verhalten genauer zu beschreiben, um sicherzustellen, dass der Inhalt richtig verstanden wurde.

Mithilfe von Faktorenanalysen einer Klinikstichprobe konnten korrelierende Problemitems zu so genannten Subskalen (Syndromskalen erster Ordnung) zusammengefasst werden. Der Begriff „Syndrom“ soll nach ACHENBACH hierbei lediglich das oftmals gemeinsame Auftreten der Probleme beschreiben, ohne jeglichen Bezug zu einer möglicherweise gemeinsamen Ätiologie oder Pathogenese [7, S.5]. Während in der ersten Version des CBCL/4-18 die Syndromskalen je nach Alter und Geschlecht differierten, bildete ACHENBACH in der Revision von 1991 mithilfe komplexer statistischer Berechnungen acht so genannte *core syndroms*, welche alters- und geschlechtsunabhängig sind [4].

Durch Faktorenanalysen zweiter Ordnung gelang es, drei übergeordnete Gruppen von Störungen zu generieren (Syndromskalen zweiter Ordnung). Eine Gruppe nannte ACHENBACH *Internalisierende Auffälligkeiten*. Er wählte diese Bezeichnung, da sie im wesentlichen Probleme beinhaltet, die auf innere Konflikte zurückgeht [12, S.13]. Zugehörige Subskalen sind *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden* sowie *Ängstlich/Depressiv*. Die zweite Gruppe der *Externalisierenden Auffälligkeiten* zeichnet sich durch Auseinandersetzungen mit anderen Personen aus. Sie setzt sich aus den Subskalen *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten* zusammen. Zur letzten Gruppe (*Gemischte Auffälligkeiten*), der sich weder internalisierende noch externalisierende Probleme eindeutig zuordnen lassen, zählen die Subskalen *Soziale Probleme*, *Schizoid/zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsprobleme*. Es verbleiben 33 Items, die zwar keiner Gruppe zugehören, aber gemeinsam mit den anderen Items in die Gesamtauffälligkeitswert eingehen. In Tabelle 3.1 sind die Zusammensetzung der Skalen sowie einige Beispielitems abgebildet.

3.1.1.4 Auswertung und Normierung

Durch einfache Addition der entsprechenden Items erhält man einen Rohwert für die Syndromskala erster bzw. zweiter Ordnung. Auf die gleiche Weise kann der Gesamtauffälligkeitswert errechnet werden. Zwei Items (2. *Allergie* und 4. *Asthma*) werden nicht einbezogen, da sie in amerikanischen Studien nicht zwischen Klinik- und Feldstichprobe differenzierten [4]. Bei verbleibenden 118 Items beträgt der maximal

Tabelle 3.1: Syndromskalen und Beispielitems der CBCL/4-18

Internalisierende Auffälligkeiten	
• Sozialer Rückzug	„Ist lieber allein als mit anderen zusammen“ „Ist verschlossen, behält Dinge für sich“ „Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf“
• Körperliche Beschwerden	„Fühlt sich schwindelig“ „Ist immer müde“ „Hat Kopfschmerzen“
• Ängstlich/Depressiv	„Fühlt sich wertlos“ „Ist zu furchtsam“ „Ist unglücklich“
Externalisierende Auffälligkeiten	
• Dissoziales Verhalten	„Lügt, betrügt und schwindelt“ „Läuft von zu Hause weg“ „Richtet mutwillig Zerstörung an“
• Aggressives Verhalten	„Streitet oder widerspricht viel“ „Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien“ „Bedroht andere“
Gemischte Auffälligkeiten	
• Soziale Probleme	„Wird viel gehänselt“ „Kommt mit anderen Kindern/ Jugendlichen nicht aus“ „Ist körperlich unbeholfen und ungeschickt“
• Schizoid/Zwanghaft	„Kommt von bestimmten Gedanken nicht los“ „Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind“ „Hat seltsame Gedanken oder Ideen“
• Aufmerksamkeitsprobleme	„Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv“ „Ist nervös oder angespannt“ „Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen“

erreichbare Gesamtauffälligkeitswert somit 236. Die Rohwerte eignen sich laut ACHENBACH besonders für statistische Analysen, da sie einerseits die gesamte Ergebnisspannbreite darstellen und andererseits direkt und unverfälscht die Unterschiede zwischen den untersuchten Probanden widerspiegeln [4].

Mithilfe so genannter T-Werte, die auf Perzentilen basieren und einen für alle Skalen und Instrumente einheitlichen Maßstab bilden, kann das Ergebnis schnell und einfach beurteilt und mit der entsprechenden Normpopulation verglichen werden. Die Normen differieren dabei je nach Geschlecht und Alter (4-11 Jahre, 12-18 Jahre). Die in dieser Arbeit verwendeten deutschen Normen wurden 1994 im Rahmen der so genannten *Studie über Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-KID-Studie)* erhoben, der ersten bundesweiten, repräsentativen epidemiologischen Untersuchung zu dieser Fragestellung in Deutschland [72].

Methodisch hielten sich DÖPFNER et al. bei der Normierung an ACHENBACHS Verfahren zur Erstellung der amerikanischen Normen, welches im folgenden beschrieben wird.

Allen Rohwerten der Syndromskalen erster Ordnung, die unterhalb der 50. Perzentile lagen, ordnete ACHENBACH den T-Wert 50 zu. Hierdurch wollte er eine Missdeutung und Überinterpretation der Ergebnisse des unteren Normbereiches vermeiden. Zudem sei eine genaue Differenzierung hier klinisch von untergeordneter Bedeutung [4]. Auch in den oberen Bereichen der Syndromskalen erster Ordnung musste eine Modifizierung der T-Werte erfolgen, da die Ergebnisse der Normalstichprobe in den verschiedenen Skalen erwartungsgemäß weit unterhalb der jeweiligen Maximalwerte lagen. Eine direkte Angleichung der T-Werte an die Perzentilen war deshalb nicht möglich. Folglich basieren die T-Werte nur bis zum Wert 70 auf Perzentilen, was der 97,7 Perzentile entspricht. Die T-Werte von 71 bis 100 entstanden, indem ACHENBACH sie in gleichmäßigen Intervallen auf die verbleibenden Rohwerte jeder Skala aufteilte. Hierzu dividierte er für jede Skala die Anzahl der offenen T-Werte, sprich 30, durch die Anzahl der offenen Rohwerte. Das Ergebnis wurde jeweils vom T-Wert 70 aus stufenweise aufaddiert.

Für die Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* sowie *Gesamtauffälligkeit* war es laut ACHENBACH aufgrund der hohen Anzahl der Items nicht notwendig, niedrige Rohwerte gemeinsam im T-Wert 50 zu vereinigen. Aus diesem Grund sind alle T-Werte bis 70 an die Perzentilen der Normpopulation angelehnt. Für höhere T-Werte ging ACHENBACH jeweils wie folgt vor: Der T-Wert 89 wird dem Mittelwert der fünf höchsten Rohwerte einer Klinikstichprobe zugewiesen. Die darüber und darunter liegenden T-Werte wurden analog zum Verfahren der Syndromskalen erster Ordnung gleichmäßig auf die verbliebenen Rohwerte verteilt. Die Syndromskala zweiter Ordnung *Gemischte Auffälligkeiten* besitzt keine eigenständigen Normen.

T-Werte oberhalb von 70 gelten für die Syndromskalen erster Ordnung als pathologisch. Damit werden die auffälligsten zwei Prozent der Kinder einer Feldstichprobe als klinisch auffällig eingeschätzt [16]. Im Bereich von 67 bis 70 befindet sich als sogenannte „borderline clinical range“ ein Grenzbereich zwischen unauffälligen und auffälligen Werten. Für die Syndromskalen zweiter Ordnung sowie den Gesamtauffälligkeitswert werden T-Werte von 60 bis 63 als Grenzbereich, T-Werte über 63 als auffällig beurteilt. Mit der Bildung der Grenzbereiche hatte ACHENBACH die Absicht, die Anzahl der falsch positiven Ergebnisse zu verringern. Für die maximale Differenzierung

einer Stichprobe können sie ignoriert werden. Der cut-off zur klinischen Auffälligkeit liegt dann bei einem T-Wert von 67 (für die Syndromskalen erster Ordnung) bzw. 60 (für die Syndromskalen zweiter Ordnung). In ACHENBACHS Studien unterschieden sich Klinik- und Feldstichprobe bereits bei diesen T-Werten signifikant [4, S.57].

3.1.1.5 Deutsche Untersuchungen zu den Gütekriterien

Gemeinsam mit der Objektivität stellen Reliabilität und Validität die wichtigsten Gütekriterien eines Messinstrumentes dar. Reliabilität bezeichnet die Messgenauigkeit eines Tests. Er ist dann perfekt reliabel, wenn das entsprechende Merkmal völlig ohne Messfehler erhoben wird. Verschiedene Verfahren wie die Retest-Reliabilität oder die interne Konsistenz stehen zur Messung zur Verfügung. Die Retest-Reliabilität untersucht die Wiederholbarkeit eines Tests. Dazu wird er an der gleichen Stichprobe zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Die interne Konsistenz hingegen ist ein Maß für die Homogenität einer Testskala. Sie kann dann untersucht werden, wenn ein Test aus mehreren Items besteht, die die gleiche Eigenschaft erfassen, wie es für die Skalen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST der Fall ist. Je stärker die einzelnen Items untereinander positiv korrelieren, desto höher ist ihre interne Konsistenz. Im Gegensatz zur Reliabilität beschreibt der Begriff Validität die Gültigkeit einer Meßmethode. Sie gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem der Test das Merkmal misst, welches er zu messen vorgibt. Zwar ist Validität ein sehr komplexes und häufig schwer zu erhebendes Merkmal, dennoch ist sie nach HARTIG et al. das wichtigste Testkriterium überhaupt. Bei einem Test, der nicht valide ist, spielen auch Objektivität und Reliabilität keine Rolle mehr [117]. Im Folgenden sollen auszugsweise einige Studien vorgestellt werden, die die Gütekriterien der deutschen CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 untersucht haben.

Anfang der 1990er Jahre führten DÖPFNER et al. eine Analyse in einer Klinik- und einer Feldstichprobe durch [74]. In beiden Untersuchungsgruppen stellten sie für den Gesamtauffälligkeitswert, die Syndromskalen zweiter Ordnung sowie für einen Teil der Syndromskalen erster Ordnung gute bis sehr gute interne Konsistenzen fest. Ein niedriger Interkorrelationskoeffizient der beiden Syndromskalen zweiter Ordnung bestätigte, dass zwischen ihnen wie gewünscht relative Unabhängigkeit besteht. Die Korrelationskoeffizienten der Syndromskalen erster Ordnung lagen jeweils im unteren bis mittleren Bereich. Mithilfe von Faktorenanalysen der Klinikstichprobe konnten die Autoren darüber hinaus die amerikanische Skalenbildung bestätigen, was REMSCHMIDT et al. 1990

nicht gelungen war [205]. DÖPFNER et al. konstatierten der CBCL/4-18 deshalb eine hohe faktorielle Validität. Die Analysen von WALTER et al. aus dem Jahr 1999 erbrachten hinsichtlich der internen Konsistenzen ähnliche Resultate. Zusätzlich wiesen die Autoren nach, dass es möglich ist, mithilfe der Checkliste zwischen psychiatrisch auffälligen und unauffälligen Kindern zu differenzieren (so genannte diskriminative Validität) [253]. Auch die Untersuchung der Retest-Reliabilität erbrachte ein zufriedenstellendes Ergebnis. Zusammengefasst bescheinigten die Autoren den Syndromskalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* (mit Ausnahme der 12- bis 17-jährigen Jungen) sowie dem Gesamtauffälligkeitswert eine ausreichende Reliabilität und Validität. Von den Syndromskalen erster Ordnung erfüllten lediglich die Skalen *Aggressivität* und *Aufmerksamkeitsprobleme* die Erwartungen, weshalb WALTER et al. von einer Verwendung abrieten. Im Jahr 2001 konnten SCHMECK et al. die hohe diskriminative Validität der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 bestätigen [221]. Der Fragebogen unterscheidet sich in diesem Punkt nicht vom amerikanischen Original. Herausragend war der Gesamtauffälligkeitswert, mit dem fast 84 Prozent der Teilnehmer richtig zugeordnet werden konnten. Auch in einer Untersuchung von NOTERDAEME & AMOROSA an sprachentwicklungsgestörten Kindern wies der Gesamtauffälligkeitswert in Bezug zu klinisch-psychiatrischen Diagnosen eine hohe Sensitivität (Anzahl richtig positiver Klassifikation) und Spezifität (Anzahl richtig negativer Klassifikation) auf [183].

3.1.2 Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½-5)

ACHENBACH et al. stellten 1987 die CHILD BEHAVIOR CHECKLIST für die Altersgruppe der zwei- bis dreijährigen Kinder vor [10]. Der Großteil der Items entstand durch Übernahme aus der CBCL/4-18. Zusätzliche Items konnten durch Studienanalysen und Elterninterviews ergänzt werden.

Im Jahr 2000 wurde die CBCL/2-3 von der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST für Kinder im Alter von 1½ bis fünf Jahren abgelöst. ACHENBACH und seine Mitarbeiter ersetzen im Rahmen dieser Revision zwei Items aus der Vorgängerversion. Sechs Weitere wurden verändert. Die deutschsprachige Fassung dieser Version, der ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL/1½-5), stammt von der ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST und wurde 2002 veröffentlicht [17].

3.1.2.1 Durchführung

Der ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL/1½-5) umfasst 99 Items, von denen 50 identisch zum ELTERNFRAGEBOGEN ÜBER DAS VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (CBCL/4-18) sind. In Item 100 besteht zusätzlich die Möglichkeit, maximal drei Probleme zu nennen, die in anderen Items nicht beschrieben wurden. Analog zur CBCL/4-18 müssen die Eltern mithilfe einer dreistufigen Skala beurteilen, inwieweit das beschriebene Verhalten innerhalb der letzten zwei Monate bei ihrem Kind zu beobachten war. Kompetenzen werden im Gegensatz zur CBCL/4-18 nicht erfragt.

3.1.2.2 Syndromskalen

Die übergeordneten Skalen der CBCL/1½-5 entstanden durch Faktorenanalyse der Ergebnisse einer amerikanischen Klinikstichprobe. Sieben Syndromskalen erster Ordnung sowie zwei Syndromskalen zweiter Ordnung wurden ermittelt (siehe Tabelle 3.2). Die Skala *Schlafprobleme* konnte keiner übergeordneten Syndromskala zugeordnet werden. Ihr Rohwert geht mit den 33 Items, die keiner Syndromskala erster Ordnung angehören, in den Gesamtauffälligkeitswert ein. Zusätzlich zu den Syndromskalen besteht für die CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/1½-5 die Möglichkeit der Bildung DSM IV-orientierter Skalen, die allerdings in dieser Arbeit keine Verwendung finden.

3.1.2.3 Auswertung und Normierung

Die Summe der Itemwerte stellt den Rohwert der entsprechenden Skala dar. Durch Addition aller 99 Itemwerte sowie der höchsten Ausprägung von Item 100 erhält man den Gesamtauffälligkeitswert, dessen Spannweite von 0 bis 200 reicht. Für die Herleitung der T-Werte verwendeten ACHENBACH und seine Mitarbeiter dasselbe Verfahren wie für die CBCL/4-18, wodurch eine Vergleichbarkeit der beiden Messinstrumente gewährleistet ist.

Für die Syndromskalen erster Ordnung gelten T-Werte über 69, für die Syndromskalen zweiter Ordnung Werte über 63 als auffällig. Zwischen 65 und 69 bzw. 60 und 63 befindet sich jeweils der Grenzbereich zwischen unauffälligen und auffälligen Werten. Analog zur CBCL/4-18 kann der Grenzbereich bei Bedarf wegfallen [11, S.65]. Da Alterseffekte für den CBCL/1½-5 relativ gering ausgeprägt sind, gelten für die gesamte Altersspanne (18 Monate bis fünf Jahre) sowie für beide Geschlechter identische

3.1 Instrumente

Tabelle 3.2: Syndromskalen und Beispielitems der CBCL/1½-5

Internalisierende Auffälligkeiten	
• Emotional-Reaktiv	„Zeigt ohne erkennbaren Grund panische Angst“ „Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel“ „Macht sich zuviel Sorgen“
• Ängstlich/Depressiv	„Ist bei Trennung von den Eltern übermäßig traurig“ „Fürchtet sich zu sehr, ist ängstlich“ „Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen“
• Körperliche Beschwerden	„Ist nicht gut“ „Hat Kopfweh (ohne bekannte körperliche Ursache)“ „Übelkeit (ohne bekannte körperliche Ursache)“
• Sozialer Rückzug	„Vermeidet Blickkontakt“ „Scheint nicht auf Zuneigung/ Zärtlichkeit zu reagieren“ „Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf“

Externalisierende Auffälligkeiten	
• Aufmerksamkeitsprobleme	„Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv“ „Wechselt sehr schnell von einer Beschäftigung zur nächsten“ „Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen“
• Aggressives Verhalten	„Zerstört Eigentum anderer“ „Schlägt andere“ „Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament“

Andere	
• Schlafprobleme	„Will nicht allein schlafen“ „Hat Schwierigkeiten einzuschlafen“ „Hat Alpträume“

Normen [207].

Eine deutsche Normierung sowie Untersuchungen zu den Gütekriterien und der Skalenbildung sind seitens der ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST in Planung, stehen zum jetzigen Zeitpunkt aber noch aus. Eine Überprüfung der psychometrischen Parameter an einer deutschen Stichprobe von 246 Kindern im Rahmen einer Inaugural-Dissertation ergab, dass die amerikanische Normierung, die 1999 im Rahmen des *National Survey of Children, Youth, and Adults* gebildet wurde, „ohne die Gefahr größerer Verfälschungen auch im deutschen Sprachraum angewandt werden kann, bis Normwerte an einer entsprechend repräsentativen Stichprobe vorliegen“ [80]. Weitere deutsche Autoren stellten ebenfalls nur sehr geringe Unterschiede zwischen deutschen und amerikanischen Stichproben fest [60, 88]. Auch nach DENNER & SCHMECK sei daher eine Anwendung der amerikanischen Normen „mit nur geringen Verzerrungseffekten“ verbunden [60].

FEGERT fand 1996 in einer mit der Vorgängerversion CBCL/2-3 durchgeführten Stu-

die mit 751 Kindern keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Einzelitems und des Gesamtauffälligkeitwertes zwischen den Niederlande, USA, Kanada und seiner deutschen Stichprobe [88].

3.1.2.4 Deutsche Untersuchungen zu den Gütekriterien

FEGERT konnte im Rahmen seiner Untersuchungen befriedigende Ergebnisse für die interne Konsistenz der Skalen feststellen [88]. Auch die Skalenbildung selbst konnte „in wichtigen Grundzügen nachvollzogen werden“. Allerdings kritisiert er in seiner Arbeit ACHENBACHS Entscheidung, auf die Bildung geschlechtsspezifischer Skalen zu verzichten. HUTZELMEYER-NICKELS & NOTERDAEME überprüften im Jahr 2007 an einer Stichprobe von 106 Kindern die Anwendbarkeit des ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL/1½-5) als orientierendes Untersuchungsinstrument bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen [127]. Der Gesamtauffälligkeitwert erreichte hierbei eine Sensitivität von lediglich 40 Prozent, d.h. weniger als die Hälfte der Kinder mit einer klinisch psychiatrischen Diagnose wiesen einen auffälligen Gesamtwert auf. Nach Angaben der Autoren kann mit einer Senkung des Grenzwertes die Fehlklassifizierungsrate vermindert werden. Der Gesamtwert erzielte hingegen mit 88 Prozent eine hohe Spezifität. Bei Kindern mit einem Wert im auffälligen Bereich kann somit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine psychische Störung nach ICD-10 diagnostiziert werden. Die Syndromskalen erreichten in den Untersuchungen zwar nur eine geringe Sensitivität, „erfassten aber die Kernsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe“. KUSCHEL et al. untersuchten 2006 die Prävalenzraten einer Hyperkinetischen Störung bzw. hyperkinetischer Symptome bei drei- bis sechsjährigen Vorschulkindern [146]. Die Skala *Aufmerksamkeitsprobleme* wies hierbei, analog zu den Untersuchungen von HUTZELMEYER-NICKELS & NOTERDAEME eine geringe Sensitivität, aber gute Spezifität auf. Über die Gütekriterien der anderen Skalen machten KUSCHEL et al. keine Angaben.

3.2 Durchführung der Datenerhebung

3.2.1 Teilnehmerselektion

In die Studie aufgenommen wurden alle Kinder, die 1) zwischen 2002 und 2006 in der Familientagesklinik behandelt wurden, 2) zu Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr alt waren (Altersgrenze des ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER

(CBCL/1½-5)) und 3) während ihres Aufenthaltes in der Klinik als primäre Behandlungsperson geführt wurden. Um sicherzustellen, dass nur klinisch beeinträchtigte Probanden Einschluss in die Untersuchung finden, wurden alle Begleit- und Geschwisterkinder aus der Studie ausgeschlossen.

3.2.2 Ablauf

Das Datenmaterial zu den Zeitpunkten T1 (vor Therapiebeginn) und T2 (nach Therapieende) lagen bei Planung der Studie bereits vor. Im Rahmen der Nachuntersuchung zum Zeitpunkt T3 wurden im Oktober 2007 alle in die Studie eingeschlossenen Familien postalisch kontaktiert. Im Rahmen eines persönlichen Anschreibens (siehe Anhang) wurde der Hintergrund der erneuten Befragung detailliert erläutert. Der Briefsendung lagen ein frankierter Rückumschlag sowie verschiedene Fragebögen bei, unter anderem der im Rahmen dieser Arbeit verwendete ELTERNFRAGEBOGEN ÜBER DAS VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (CBCL/4-18). Frühestens zwei Wochen später fand eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Familien statt. Im Rahmen dieses Gespräches bestand für alle Familien die Möglichkeit, Fragen und Unklarheiten zu besprechen sowie falls gewünscht einen Termin für ein Treffen in der Familientagesklinik zu vereinbaren. Alle Familien, die telefonisch nicht zu erreichen waren, wurden in einer zweiten und dritten Phase erneut angeschrieben mit der Bitte um Rücksendung der Fragebögen. Ebenso wurde ein zweiter und dritter Versuch der telefonischen Kontaktaufnahme durchgeführt.

3.2.3 Datenmanagement

Nach Abschluss der Erhebung wurde eine Datenbank in SPSS 15.0 angelegt, in die neben den persönlichen Daten der Teilnehmer alle Rohwerte des zu den Zeitpunkten T1 und T2 verwendeten ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL/1½-5) sowie alle Rohwerte des zum Zeitpunkt T3 verwendeten ELTERNFRAGEBOGEN ÜBER DAS VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (CBCL/4-18) integriert wurden. Anschließend wurde eine SPSS-Syntax zur Generierung der T-Werte für die verschiedenen Skalen erstellt. Um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen und um Verzerrungen und Inkonsistenzen vorzubeugen, wurden fehlende T-Werte im Rahmen einer multiplen Imputation mit dem Programm NORM [217] ersetzt. Hierbei handelt es sich um ein international anerkanntes Standardverfahren zur Erhöhung der Ergebnisvalidität [37, 159, 218]. Das Vorhandensein von Daten zu wenigstens einem der drei

Messzeitpunkte stellte für jeden Teilnehmer die Bedingung für eine Imputation der fehlenden Werte dar. Hiernach erfolgte mithilfe einer zweiten SPSS-Syntax eine den Normen entsprechende Neukodierung aller T-Werte zur Einschätzung der klinischen Auffälligkeit (0 = nicht auffällig, 1 = Grenzbereich, 2 = auffällig).

3.2.4 Statistische Methoden

Im Folgenden sollen die in der Arbeit eingesetzten statistischen Verfahren kurz erläutert werden. Bei allen Signifikanztests handelt es sich um zweiseitige Tests. Es werden die üblichen Signifikanzniveaus von 0,05 bzw. 5% (signifikant, Abk.: s.), 0,01 bzw. 1% (sehr signifikant, Abk.: s.s.) und 0,001 bzw. 0,1% (hoch signifikant, Abk.: h.s.) verwendet.

T-Test für zwei abhängige Stichproben

Der *T-Test für zwei abhängige Stichproben* analysiert die Mittelwerte zweier abhängiger Stichproben. Stichproben werden abhängig oder verbunden genannt, wenn je ein Messwert jeder Gruppe paarweise mit einem Messwert der anderen Gruppe verbunden ist. Der Test kann unter anderem im Rahmen von Messwiederholungen verwendet werden. In dieser Arbeit wird mithilfe des Tests der Therapieerfolg bzw. die Stabilität des Therapieerfolges untersucht.

T-Test für zwei unabhängige Stichproben

Der *T-Tests für zwei unabhängige Stichproben* vergleicht die Mittelwerte einer Variablen zwischen zwei verschiedenen Gruppen und prüft auf einem vorgegebenen Signifikanzniveau, ob die Unterschiede zufälligen oder systematischen Einflüssen unterliegen. Als unabhängig gelten dabei solche Stichproben, „bei denen die Vergleichsgruppen aus unterschiedlichen Fällen bestehen, die abhängig voneinander aus ihrer Grundgesamtheit gezogen wurden (z.B. Männer und Frauen)” [129, S.347]. Eingesetzt wird der Test in dieser Arbeit unter anderem zum Vergleich des Therapieerfolges in verschiedenen Skalen bzw. seiner Stabilität zwischen verschiedenen Gruppen.

Cohen's d

Cohen's d bezeichnet ein Effektstärkemaß zur Beurteilung der Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschiedes. Mithilfe des Parameters ist es möglich, die praktisch-klinische Signifikanz eines Ergebnisses abzuschätzen. In die Berechnung gehen die

Mittelwerte der beiden Stichproben sowie die Standardabweichung ein. Die Ergebnisse können nach COHEN wie folgt interpretiert werden [52]: $d=0,2$ zeigt einen kleinen, $d=0,5$ zeigt einen mittleren und $d=0,8$ einen starken Effekt an. *Cohen's d* wird im Rahmen dieser Arbeit für die Einschätzung der klinischen Bedeutung des Therapieerfolges sowie der klinischen Bedeutung der Symptomänderung zum Zeitpunkt T3 eingesetzt.

Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

Mithilfe der *Einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA)* ist es möglich, die Mittelwerte einer abhängigen Variablen von verschiedenen Gruppen zugleich zu analysieren. Der Test untersucht dabei, ob mindestens ein Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen signifikant ausfällt. Auf welche Gruppen dies ggf. zutrifft muss mit weiteren statistischen Tests verifiziert werden. Die Durchführung einer *Einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA)* verlangt unter anderem Normalverteilung und Varianzhomogenität der abhängigen Variablen. In dieser Arbeit dient der Test der Prüfung, ob verschiedene Gruppen, die jeweils einen unterschiedlich langen Zeitraum zwischen Entlassung und Nachuntersuchung aufweisen, sich in den Ergebnissen zum Zeitpunkt T3 signifikant unterscheiden.

Korrelation (nach Pearson)

Die Korrelation bildet ein Maß für die Stärke und Richtung eines linearen Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen. Der den Zusammenhang beschreibende Korrelationskoeffizient r kann dabei Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen. Die Korrelationskoeffizienten können wie folgt interpretiert werden [184, S.132]: $r=0,10-0,29$: niedrige Korrelation, $r=0,30-0,49$: mittlere Korrelation, $r \geq 0,50$: hohe Korrelation. Korrelationsanalysen kommen in dieser Arbeit für die Darstellung eines möglichen Zusammenhangs der T-Werte zwischen T1 und T3 zum Einsatz.

Odds Ratio

Das Quotenverhältnis *Odds Ratio* ist eine statistische Maßzahl, die ebenfalls Aussagen über die Stärke eines Zusammenhangs von zwei Merkmalen machen kann. Sie untersucht dabei „das Verhältnis der Anteile der Gruppen der unabhängigen Variablen an den Gruppen der Untersuchungsvariablen“ [129, S.288]. Im Rahmen der Datenauswertung beschreibt die *Odds Ratio* das Risiko, zu T3 einen auffälligen T-Wert zu erhalten, wenn bereits zu T1 ein auffälliger T-Wert in der entsprechenden Skala vorliegt.

3.2.5 Stichprobenbeschreibung

131 Kinder erfüllten zunächst die in Abschnitt 3.2.1 genannten Voraussetzungen. Bei diesen Teilnehmern wurde jedoch noch nicht berücksichtigt, ob für jeden einzelnen Patienten hinreichend Daten vorhanden sind. Als hinreichende Bedingung galt das Vorliegen von Daten zu mindestens einem der drei Messzeitpunkte. Nach Abschluss der Erhebung erfüllten 17 Kinder (13,0%) diese Bedingung nicht, so dass sie aus der Studie ausgeschlossen wurden. Die endgültige Teilnehmerzahl beträgt demzufolge 114.

Insgesamt nahmen 84 Jungen (73,7%) und 30 Mädchen (26,3%) an der Studie teil. Das durchschnittliche Alter betrug zu T1 4,6 Jahre (siehe Tabelle 3.3). Zum Messzeitpunkt T3 (Stichtag: 1.10.07) waren die Kinder im Durchschnitt 7,9 Jahre alt. 89 Kinder (78,1%) leben bei beiden Eltern, 25 nur bei einem Elternteil (21,9%). 113 Kinder (99,1%) tragen die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Kind (0,9%) kommt aus dem europäischen Ausland. Durchschnittlich waren die Kinder mit ihren Familien 4,7 Monate in der Familientagesklinik (Jungen 4,6 Monate, Mädchen 5,0 Monate) (siehe Tabelle 3.4).

Tabelle 3.3: Altersverteilung zu den Messzeitpunkten T1 und T3 (n=114)

	MW	SD	MIN	MAX
Zeitpunkt T1				
Gesamt	4,6	1,55	1,1	7,1
Jungen	4,6	1,49	1,4	7,1
Mädchen	4,5	1,74	1,1	6,9
Zeitpunkt T3				
Gesamt	7,9	2,02	3,3	11,9
Jungen	7,9	1,48	3,4	11,9
Mädchen	8,0	2,29	3,3	11,9

Abk.: MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, MIN=Minimalwert, MAX=Maximalwert

Tabelle 3.4: Behandlungsdauer (in Monaten)

	MW	SD	MIN	MAX
Gesamt	4,7	1,84	0,7	9,5
Jungen	4,6	1,80	0,7	8,5
Mädchen	5,0	1,97	1,4	9,5

Abk.: MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, MIN=Minimalwert, MAX=Maximalwert

Für den Messzeitpunkt T1 lagen insgesamt 99 Fragebögen vor. Folglich mussten bereits hier Datenausfälle verzeichnet werden. Die im Folgenden berichteten Fallzahlen beziehen sich daher auf die Anzahl der vorliegenden Fragebögen zum Messzeitpunkt T1. Für den Messzeitpunkt T2 konnten insgesamt 82 Fragebögen (82,8%) ermittelt wer-

den. Zum Messzeitpunkt T3 wurden insgesamt 77 Fragebögen rückgesendet, was einer Rücklaufquote von 77,8 Prozent entspricht. Die 37 Nichtteilnehmer schlüsseln sich wie folgt auf: 13 der Briefe gelangten als Postrückläufer („unbekannt verzogen“) zurück. Acht Familien verweigerten auch nach erneuter telefonischer Rückfrage die Teilnahme. Als Gründe hierfür wurden u.a. eine zu hohe emotionale Belastung, Zeitmangel, familiäre Probleme sowie Unzufriedenheit mit der familientagesklinischen Behandlung angegeben. Vier weitere Familien konnten telefonisch nicht erreicht werden, weshalb der Hintergrund ihrer Nichtteilnahme unklar bleibt. Die verbleibenden zwölf Familien deuteten zwar telefonisch mehrfach ihre Bereitschaft zur Teilnahme an, sendeten die Briefe aber nicht zurück. Die um die 13 Postrückläufer, die der Aufforderung zur Teilnahme folglich nicht nachkommen konnten, korrigierte Teilnehmerquote beträgt 89,5 Prozent. Sie liegt damit über der relativen Fallzahlhäufigkeit von T2.

3.2.6 Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe

Zur Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe zum Zeitpunkt T3 sollen im Folgenden die Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer der Follow-Up-Untersuchung im Hinblick auf die Daten der Messzeitpunkte T1 und T2 miteinander verglichen werden (siehe Tabelle 3.5). Beide Gruppen unterscheiden sich dem *T-Test für zwei unabhängige Stichproben* zufolge in den drei untersuchten Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* jeweils nicht signifikant. Folglich kann die erhobene Stichprobe zum Zeitpunkt T3 als repräsentativ angesehen werden.

Tabelle 3.5: Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe zu T3 (n=114)

	Mittelwert		t-Wert	p-Wert
	Teilnehmer (n=77)	Nichtteiln. (n=37)		
T1				
Internalisierend	62,39	61,43	-0,50	0,62
Externalisierend	62,27	62,78	0,24	0,81
Gesamtauffälligkeit	62,53	63,24	0,37	0,71
T2				
Internalisierend	55,51	56,11	0,31	0,76
Externalisierend	52,35	53,32	0,59	0,56
Gesamtauffälligkeit	52,99	54,73	1,02	0,31

4 Ergebnisse

In den Abschnitten 4.1 bis 4.3 wird zunächst mithilfe der Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* die Symptomatik der Kinder zu den drei Messzeitpunkten T1, T2 und T3 beschrieben. Abschnitt 4.4 beinhaltet die graphische Darstellung des Verlaufs der T-Werte. In den Abschnitten 4.5 und 4.6 folgt schließlich die Prüfung des Behandlungserfolges bzw. der Stabilität des Behandlungserfolges.

4.1 Messzeitpunkt T1

Deskriptive Statistik

In Tabelle 4.1 ist die deskriptive Statistik der T-Werte zum Zeitpunkt T1 (vor Behandlungsbeginn) für die Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* dargestellt. Mit Werten zwischen 60 und 63 befinden sich alle Skalenmittelwerte der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen sowie der Mittelwert der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* der Stichprobe der Mädchen im Grenzbereich der klinischen Auffälligkeit. Die Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* der Mädchen werden mit einem Wert über 63 im Durchschnitt als auffällig eingeschätzt.

Tabelle 4.1: Mittelwert und Standardabweichung der T-Werte zu T1 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen (n=114)

	MW	SD
Gesamt		
Internalisierend	62,08	9,48
Externalisierend	62,44	10,62
Gesamtauffälligkeit	62,76	9,53
Jungen		
Internalisierend	61,13	9,68
Externalisierend	62,81	10,75
Gesamtauffälligkeit	62,12	10,03
Mädchen		
Internalisierend	64,73	8,49
Externalisierend	61,40	10,36
Gesamtauffälligkeit	64,57	7,84

Abk.: MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Klinische Bedeutung

Tabelle 4.2 veranschaulicht die klinische Bedeutung der Ergebnisse in den verschiedenen Skalen für die Gesamtstichprobe, die Stichprobe der Jungen sowie die Stichprobe der Mädchen. 54 aller Kinder (47,4%) zeigen nach Einschätzung des begleitenden Elternteils auffälliges internalisierendes Verhalten (35 Jungen (41,7%), 19 Mädchen (63,3%)). 39 Kinder (34,2%) werden in dieser Skala als unauffällig beurteilt (30 Jungen (35,7%), neun Mädchen (30,0%)). Klinisch relevantes externalisierendes Verhalten wird bei 57 Kindern (50,0%) beobachtet (45 Jungen (53,6%), zwölf Mädchen (40,0%)), wohingegen 37 Eltern (32,5%) das genannte Verhalten als unauffällig einstufen (24 Jungen (28,6%), 13 Mädchen (43,3%)). Hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit beurteilen 59 Eltern (51,8%) die Probleme ihrer Kinder als besonders ausgeprägt (44 Jungen (52,4%)), 15 Mädchen (50,0%). 40 Kinder (35,1%) erhalten in dieser Skala einen T-Wert im unauffälligen Bereich (29 Jungen (34,5%), elf Mädchen (36,7%)).

Tabelle 4.2: Klinische Bedeutung der T-Werte zu T1 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent (n=114)

	Klinische Bedeutung		
	auffällig	Grenzbereich	nicht auffällig
Internalisierend			
Gesamt	54 (47,4%)	21 (18,4%)	39 (34,2%)
Jungen	35 (41,7%)	19 (22,6%)	30 (35,7%)
Mädchen	19 (63,3%)	2 (6,7%)	9 (30,0%)
Externalisierend			
Gesamt	57 (50,0%)	20 (17,5%)	37 (32,5%)
Jungen	45 (53,6%)	15 (17,9%)	24 (28,6%)
Mädchen	12 (40,0%)	5 (16,7%)	13 (43,3%)
Gesamtauffälligkeit			
Gesamt	59 (51,8%)	15 (13,2%)	40 (35,1%)
Jungen	44 (52,4%)	11 (13,1%)	29 (34,5%)
Mädchen	15 (50,0%)	4 (13,3%)	11 (36,7%)

4.2 Messzeitpunkt T2

Deskriptive Statistik

Zum Messzeitpunkt T2 (nach Behandlungsende) befinden sich die Mittelwerte der Gesamtstichprobe, die Mittelwerte der Jungen und die Mittelwerte der Mädchen in den drei untersuchten Skalen deutlich unterhalb des Grenzbereiches und somit im klinisch

als unauffällig einzuschätzenden Bereich (siehe Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3: Mittelwert und Standardabweichung der T-Werte zu T2 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen (n=114)

	MW	SD
Gesamt		
Internalisierend	55,70	9,60
Externalisierend	52,67	8,85
Gesamtauffälligkeit	53,55	8,57
Jungen		
Internalisierend	54,93	9,88
Externalisierend	53,43	9,11
Gesamtauffälligkeit	53,20	8,99
Mädchen		
Internalisierend	57,87	8,55
Externalisierend	50,53	7,85
Gesamtauffälligkeit	54,53	7,28

Abk.: MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Klinische Bedeutung

Tabelle 4.4 zufolge zeigen nach Behandlungsende noch 23 Kinder (20,2%) internalisierendes Verhalten im klinisch relevanten Bereich (15 Jungen (17,9%), acht Mädchen (26,7%)). 73 Kinder (64,0%) befinden sich hingegen im unauffälligen Bereich (58 Jungen (69,0%), 15 Mädchen (50,0%)). Elf Erziehungsberechtigte (9,6%) bewerten das

Tabelle 4.4: Klinische Bedeutung der T-Werte zu T2 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent (n=114)

	Klinische Bedeutung		
	auffällig	Grenzbereich	nicht auffällig
Internalisierend			
Gesamt	23 (20,2%)	18 (15,8%)	73 (64,0%)
Jungen	15 (17,9%)	11 (13,1%)	58 (69,0%)
Mädchen	8 (26,7%)	7 (23,3%)	15 (50,0%)
Externalisierend			
Gesamt	11 (9,6%)	13 (11,4%)	90 (78,9%)
Jungen	10 (11,9%)	13 (15,5%)	61 (72,6%)
Mädchen	1 (3,3%)	0 (0%)	29 (96,7%)
Gesamtauffälligkeit			
Gesamt	11 (9,6%)	12 (10,5%)	91 (79,8%)
Jungen	8 (9,5%)	10 (11,9%)	66 (78,6%)
Mädchen	3 (10,0%)	2 (6,7%)	25 (83,3%)

externalisierende Verhalten ihres Kindes als auffällig (zehn Jungen (11,9%), ein Mädchen (3,3%)), wohingegen 90 Kinder (78,9%) als unauffällig beurteilt werden (61 Jungen (72,6%), 29 Mädchen (96,7%)). Elf Kinder (9,6%) weisen einen auffälligen Gesamtwert auf (acht Jungen (9,5%), drei Mädchen (10,0%)), während 91 Kinder als unauffällig eingestuft werden (66 Jungen (78,6%), 25 Mädchen (83,3%)).

4.3 Messzeitpunkt T3

Deskriptive Statistik

Der deskriptiven Statistik in Tabelle 4.5 zufolge befinden sich zum Messzeitpunkt T3 (ein bis fünf Jahre nach Behandlungsende) der Mittelwert der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* der Gesamtstichprobe im unauffälligen Bereich. Die Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* der Gesamtstichprobe liegen hingegen im klinischen Grenzbereich. Die Stichprobe der Mädchen wird in allen Skalen als klinisch unauffällig eingeschätzt. Für die Jungen trifft dies lediglich für die Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zu. Mit einem T-Wert über 63 beurteilen die Eltern die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* der Jungen im Durchschnitt als auffällig. Das arithmetische Mittel der Skala *Gesamtauffälligkeit* der Jungen befindet sich am oberen Rand des Grenzbereiches.

Tabelle 4.5: Mittelwert und Standardabweichung der T-Werte zu T3 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen (n=114)

	MW	SD
Gesamt		
Internalisierend	56,82	9,53
Externalisierend	61,89	11,58
Gesamtauffälligkeit	61,68	10,01
Jungen		
Internalisierend	56,49	9,94
Externalisierend	63,52	11,45
Gesamtauffälligkeit	62,40	10,12
Mädchen		
Internalisierend	57,73	8,35
Externalisierend	57,30	10,80
Gesamtauffälligkeit	59,67	9,40

Abk.: MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Klinische Bedeutung

Zum Messzeitpunkt T3 werden Tabelle 4.14 zufolge 27 Kinder (23,7%) hinsichtlich internalisierender Probleme als auffällig eingeschätzt (18 Jungen (21,4%), neun Mädchen (30,0%)). 68 (59,6%) befinden sich im unauffälligen Bereich (51 Jungen (60,7%), 17 Mädchen (56,7%)). 52 Kinder (45,6%) zeigen externalisierendes Verhalten im klinisch relevanten Bereich (43 Jungen (51,2%), neun Mädchen (30,0%)), wohingegen 46 Kinder (40,4%) als unauffällig beurteilt werden (30 Jungen (35,7%), 16 Mädchen (53,3%)). Auf der Skala *Gesamtauffälligkeit* befinden sich 47 Kinder (41,2%) im auffälligen Bereich (36 Jungen (42,9%), elf Mädchen (36,7%)). 49 Kinder (43,0%) erhalten einen klinisch unauffälligen T-Wert (34 Jungen (40,5%), 15 Mädchen (50,0%)).

Tabelle 4.6: Klinische Bedeutung der T-Werte zu T3 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent (n=114)

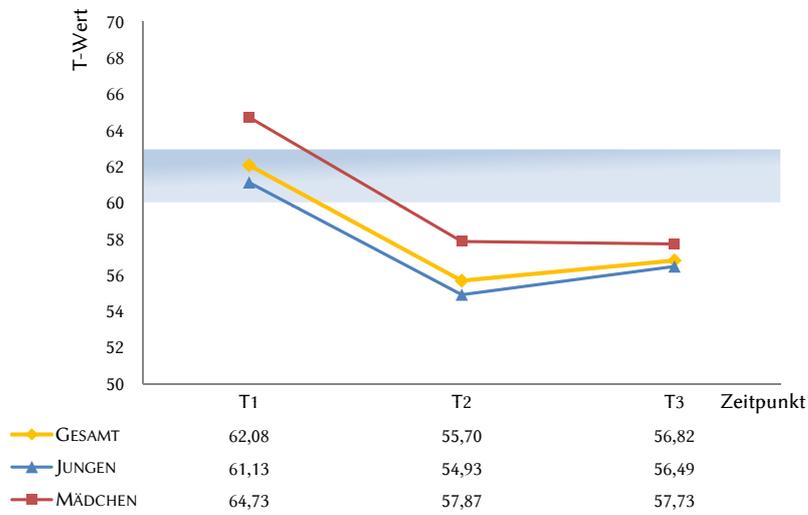
	Klinische Bedeutung		
	auffällig	Grenzbereich	nicht auffällig
Internalisierend			
Gesamt	27 (23,7%)	19 (16,7%)	68 (59,6%)
Jungen	18 (21,4%)	15 (17,9%)	51 (60,7%)
Mädchen	9 (30,0%)	4 (13,3%)	17 (56,7%)
Externalisierend			
Gesamt	52 (45,6%)	16 (14,0%)	46 (40,4%)
Jungen	43 (51,2%)	11 (13,1%)	30 (35,7%)
Mädchen	9 (30,0%)	5 (16,7%)	16 (53,3%)
Gesamtauffälligkeit			
Gesamt	47 (41,2%)	18 (15,8%)	49 (43,0%)
Jungen	36 (42,9%)	14 (16,7%)	34 (40,5%)
Mädchen	11 (36,7%)	4 (13,3%)	15 (50,0%)

4.4 Verlauf der T-Werte

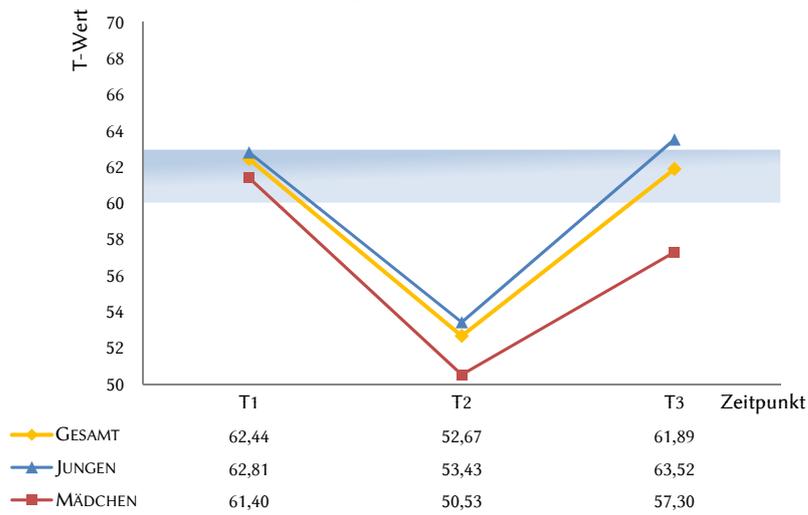
In Abbildung 4.1 ist der Verlauf der T-Werte graphisch dargestellt. Nach der Ausgangsmessung sinken die T-Werte in den Stichprobengruppen zu T2 in den klinisch unauffälligen Bereich ab. Die Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* bleibt zu T3 auf stabilem Niveau. In den Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* kommt es hingegen sowohl in der Stichprobe der Jungen als auch in der Stichprobe der Mädchen wieder zu einem deutlichen Anstieg der T-Werte.

Abbildung 4.1: Verlauf der T-Werte

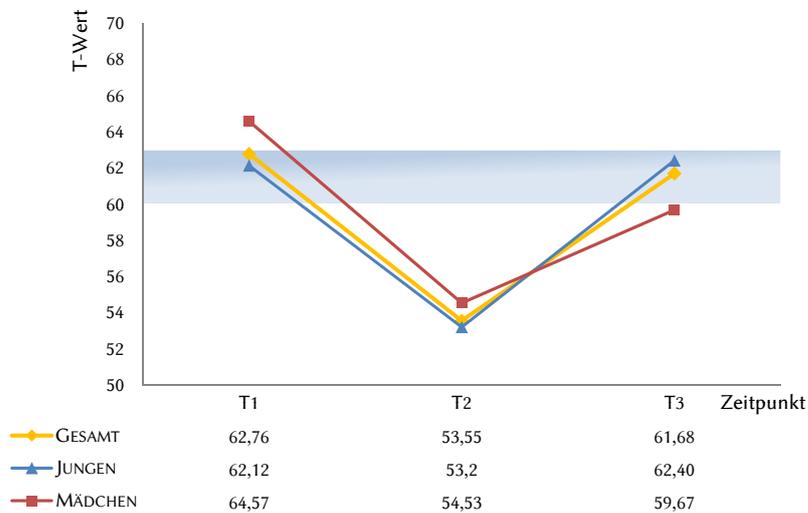
a Internalisierende Auffälligkeiten



b Externalisierende Auffälligkeiten



c Gesamtauffälligkeit



4.5 Analyse des Behandlungserfolges

Vergleich der T-Werte von T1 und T2

Tabelle 4.7 zeigt den Vergleich der T-Werte zwischen den beiden Messzeitpunkten T1 und T2 mittels des *t-Test für zwei abhängigen Stichproben*. Die Mittelwertdifferenzen Δ_{T1T2} können jeweils als Behandlungserfolg definiert werden. In der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* beträgt die Differenz 6,38 (Jungen: 6,20, Mädchen: 6,87), in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* 9,77 (Jungen: 9,38, Mädchen: 10,87) und in der Skala *Gesamtauffälligkeit* 9,21 (Jungen: 8,92, Mädchen: 10,03). Für alle drei Skalen liegen diese Mittelwertdifferenzen im hoch signifikanten Bereich. Die *Effektstärken nach Cohen* weisen für die Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* einen starken und für die Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* einen mittleren Effekt aus. Die Effektstärken der Stichprobe der Mädchen liegen in allen drei Skalen über denen der Stichprobe der Jungen.

Tabelle 4.7: Vergleich der T-Werte von T1 und T2 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen (n=114)

	Δ_{T1T2}	SD	t-Wert	p-Wert	Cohen's d
Gesamt					
Internalisierend	6,38	9,90	6,88	<0,001 ***	0,67
Externalisierend	9,77	8,94	11,67	<0,001 ***	1,00
Gesamtauffälligkeit	9,21	8,91	11,03	<0,001 ***	1,02
Jungen					
Internalisierend	6,20	10,45	5,44	<0,001 ***	0,63
Externalisierend	9,38	9,27	9,27	<0,001 ***	0,94
Gesamtauffälligkeit	8,92	9,56	8,55	<0,001 ***	0,94
Mädchen					
Internalisierend	6,87	8,32	4,52	<0,001 ***	0,81
Externalisierend	10,87	7,99	7,45	<0,001 ***	1,18
Gesamtauffälligkeit	10,03	6,85	8,03	<0,001 ***	1,33

Abk.: Δ_{T1T2} =mittlere Differenz der T-Werte, SD=Standardabweichung

*** h.s.: $p < 0,001$

Vergleicht man den Behandlungserfolg der beiden Syndromskalen zweiter Ordnung *Internalisierende Auffälligkeiten* und *Externalisierende Auffälligkeiten* mithilfe des *t-Tests für zwei unabhängige Stichprobe* miteinander, ergibt sich in der Gesamtstichprobe ein hoch signifikanter ($t(113)=-3,40$, $p < 0,001$), in der Stichprobe der Jungen ein sehr signifikanter ($t(83)=-3,18$, $p=0,004$) und in der Stichprobe der Mädchen ein signifikanter Unterschied ($t(29)=-4,00$, $p=0,02$). Demzufolge konnten beide Geschlechtsgruppen

in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* den größeren Behandlungserfolg erzielen.

Mithilfe einer Korrelationsanalyse kann überprüft werden, ob ein möglicher Zusammenhang zwischen der klinischen Beeinträchtigung zum Messzeitpunkt T1 und dem Rückgang der klinischen Symptomatik besteht. Hierzu wurden die T-Werte zu T1 mit dem Behandlungserfolg Δ_{T1T2} der entsprechenden Skala korreliert. In der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* beträgt der Koeffizient 0,51, in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* 0,60 und in der Skala *Gesamtauffälligkeit* 0,57. Die Zusammenhänge befinden sich jeweils im sehr signifikanten Bereich ($p < 0,01$). Demzufolge konnten die Kinder, die zum Messzeitpunkt T1 die höchsten T-Werte aufwiesen, die deutlichsten Verbesserungen auf den T-Wert-Skalen und somit die größten Behandlungserfolge verzeichnen.

Vergleich der klinischen Bedeutung der T-Werte von T1 und T2

Die durch den Verlauf der klinischen Bedeutung der T-Werte charakterisierte Symptomreduktion der zu T1 klinisch auffälligen Kinder kann als weiterer Indikator für den Erfolg der familientagesklinischen Behandlung angesehen werden (siehe Tabelle 4.8). 25 Kinder (46,3%), die vor Therapiebeginn auffälliges internalisierendes Verhalten zeigten, werden nach Therapieende als unauffällig eingeschätzt (19 Jungen (54,3%), sieben Mädchen (31,6%)). 19 Kinder (35,2%) befinden sich im auffälligen Bereich (12 Jungen (34,3%), 7 Mädchen (36,8%)). 38 Kinder (66,7%) mit externalisierendem Verhalten im klinisch auffälligen Bereich zu T1 werden zu T2 als unauffällig eingeschätzt (27 Jungen (60,0%), elf Mädchen (91,7%)). 10 Kinder (17,5%) erhalten weiterhin einen T-Wert im klinisch auffälligen Bereich (neun Jungen (20,0%), ein Mädchen (8,3%)). 59 Kinder wurden zu T1 von ihren Eltern hinsichtlich der psychischen Gesamtauffälligkeit als auffällig eingeschätzt. 42 von ihnen (71,2%) befinden sich nach Therapieende im unauffälligen Bereich (31 Jungen (70,5%), elf Mädchen (73,3%)), wohingegen neun Kinder (15,3%) auch zu T3 als klinisch auffällig befundet werden (sechs Jungen (13,6%), drei Mädchen (20,0%)).

Tabelle 4.8: Verlauf der klinischen Bedeutung der T-Werte der zu T1 auffälligen Kinder nach T2 mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent (n=114)

	T2		
	auffällig	Grenzbereich	nicht auffällig
T1 Internalisierend			
Gesamt	19 (35,2%)	10 (18,5%)	25 (46,3%)
Jungen	12 (34,3%)	4 (11,4%)	19 (54,3%)
Mädchen	7 (36,8%)	6 (31,6%)	6 (31,6%)
Externalisierend			
Gesamt	10 (17,5%)	9 (15,8%)	38 (66,7%)
Jungen	9 (20,0%)	9 (20,0%)	27 (60,0%)
Mädchen	1 (8,3%)	0 (0,0%)	11 (91,7%)
Gesamtauffälligkeit			
Gesamt	9 (15,3%)	8 (13,6%)	42 (71,2%)
Jungen	6 (13,6%)	7 (15,9%)	31 (70,5%)
Mädchen	3 (20,0%)	1 (6,7%)	11 (73,3%)

4.6 Analyse der Stabilität des Behandlungserfolges

Vergleich der T-Werte von T2 und T3

Tabelle 4.9 zeigt die Analyse der mittleren T-Wert-Differenzen $\Delta_{T_2T_3}$ zwischen den Messzeitpunkten T2 und T3 in den drei untersuchten Skalen. Mit Ausnahme der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* der Mädchen sind die Differenzen negativ und müssen folglich als Verschlechterung der klinischen Symptomatik aufgefasst werden. In der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* beträgt die Mittelwertdifferenz zwischen T2 und T3 -1,11 (Jungen: -1,56, Mädchen: 0,13), in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* -9,22 (Jungen: -10,10, Mädchen: -6,77) und in der Skala *Gesamtauffälligkeit* -8,13 (Jungen: -9,20, Mädchen: -5,13). Der Mittelwertvergleich in den Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* ist in der Gesamtstichprobe sowie der Stichprobe der Jungen jeweils hoch signifikant. In der Stichprobe der Mädchen lassen sich ebenfalls sehr signifikante bzw. signifikante Unterschiede in den genannten Skalen nachweisen. Die *Effektstärken nach Cohen* liegen in den Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* im mittleren bis hohen und in der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* im unteren Bereich.

Wie aufgrund der hohen Mittelwertdifferenzen zu erwarten, weist der Vergleich der Symptomveränderung zwischen den Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten* und *Externalisierende Auffälligkeiten* in der Gesamtstichprobe ($t=8,81$, $p<0,001$), der Stichprobe der Jungen ($t=8,19$, $p<0,001$) und der Stichprobe der Mädchen ($t=3,56$, $p<0,001$) ein

4.6 Analyse der Stabilität des Behandlungserfolges

hoch signifikantes Ergebnis aus. Die größere Symptomwiederkehr betrifft somit die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten*.

Tabelle 4.9: Vergleich der T-Werte von T2 und T3 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen (n=114)

	Δ_{T1T2}	SD	t-Wert	p-Wert	Cohen's d
Gesamt					
Internalisierend	-1,11	10,87	-1,094	0,276	-0,12
Externalisierend	-9,22	12,99	-7,581	<0,001 ***	-0,89
Gesamtauffälligkeit	-8,13	12,14	-7,15	<0,001 ***	-0,87
Jungen					
Internalisierend	-1,56	10,73	-1,332	0,186	-0,16
Externalisierend	-10,10	13,17	-7,028	<0,001 ***	-0,98
Gesamtauffälligkeit	-9,20	12,28	-6,871	<0,001 ***	-0,96
Mädchen					
Internalisierend	0,13	11,35	0,065	0,949	0,02
Externalisierend	-6,77	12,35	-3,001	0,005 **	-0,72
Gesamtauffälligkeit	-5,13	11,40	-2,470	0,020 *	-0,61

Abk.: Δ_{T2T3} =mittlere Differenz der T-Werte, SD=Standardabweichung

* s.: p<0,05 ** s.s.: p<0,01 *** h.s.: p<0,001

Mithilfe einer Korrelationsanalyse kann ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Behandlungserfolg Δ_{T1T2} und der Symptomänderung Δ_{T2T3} untersucht werden. Die Koeffizienten beschreiben in den Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten* ($r=-0,30$) und *Gesamtauffälligkeit* ($r=-0,45$) einen mittleren und in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* ($r=-0,54$) einen großen Zusammenhang zwischen beiden Variablen. Sie sind jeweils sehr signifikant ($p<0,01$). Die negative Korrelation sagt hier aus, dass bei den Kindern, die nach Behandlungsende die größte Reduktion auf der T-Wert-Skala erreichen konnten, zum Messzeitpunkt T3 der höchste Wiederanstieg verzeichnet wurde.

Vergleich der klinischen Bedeutung der T-Werte von T2 und T3

Der Verlauf der klinischen Symptomatik der zu T2 unauffälligen Kinder kann weitere Aufschlüsse über die Stabilität des Behandlungserfolges erbringen (siehe Tabelle 4.10). 48 (65,8%) der zu T2 hinsichtlich internalisierender Probleme unauffälligen Kinder werden auch zu T3 als unauffällig beurteilt (38 Jungen (65,5%), zehn Mädchen (66,7%)). Zwölf Kinder (16,4%) erhalten zu T3 hingegen einen T-Wert im auffälligen Bereich (neun Jungen (15,5%), drei Mädchen (20,0%)). 39 Kinder (43,3%), die zu T2 unauffälliges externalisierendes Verhalten zeigten, befinden sich zu T3 weiterhin im klinisch unauffälligen Bereich (23 Jungen (37,7%), 16 Mädchen (55,2%)). 38 Kinder (47,5%) erhalten

hingegen einen klinisch auffälligen T-Wert (29 Jungen (47,5%), neun Mädchen (31,0%)). 40 Kinder (44,0%), die zu T2 einen unauffälligen Gesamtauffälligkeitwert zugewiesen bekommen haben, befinden sich auch zu T3 im unauffälligen Bereich (28 Jungen (42,4%), zwölf Mädchen (48,0%)). 36 (39,6%) der zu T2 unauffälligen Kinder werden hingegen zu T3 als auffällig eingestuft (27 Jungen (40,9%), neun Mädchen (36,0%)).

Tabelle 4.10: Verlauf der klinischen Bedeutung der T-Werte der zu T2 unauffälligen Kinder nach T3 mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent (n=114)

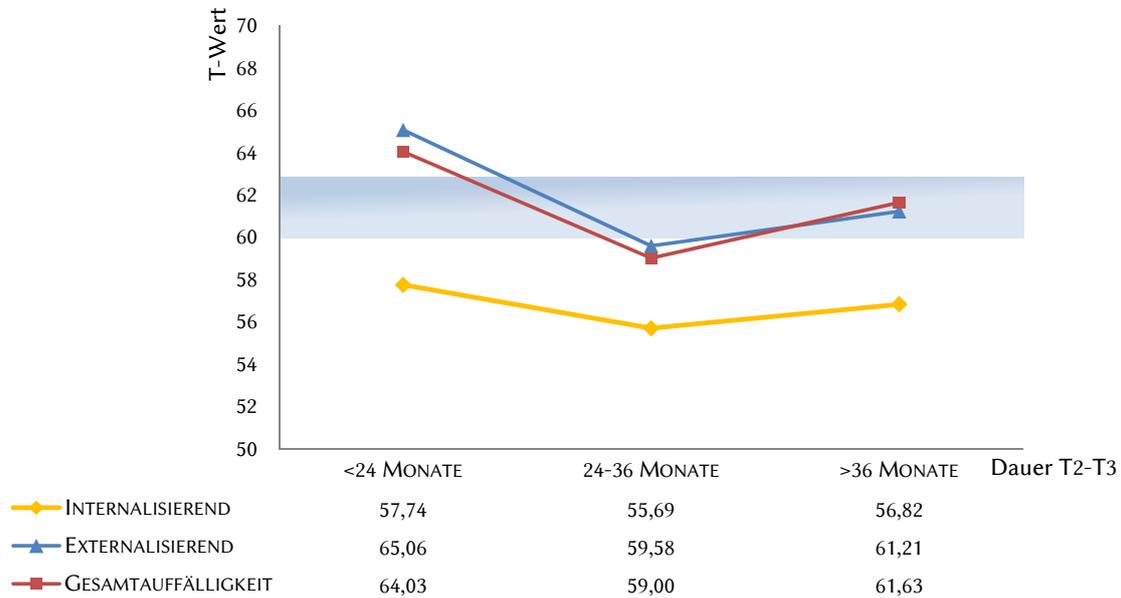
	T3		
	auffällig	Grenzbereich	nicht auffällig
T2 Internalisierend			
Gesamt	12 (16,4%)	13 (17,8%)	48 (65,8%)
Jungen	9 (15,5%)	11 (19,0%)	38 (65,5%)
Mädchen	3 (20,0%)	2 (13,3%)	10 (66,7%)
Externalisierend			
Gesamt	38 (42,2%)	13 (14,4%)	39 (43,3%)
Jungen	29 (47,5%)	9 (14,8%)	23 (37,7%)
Mädchen	9 (31,0%)	4 (13,8%)	16 (55,2%)
Gesamtauffälligkeit			
Gesamt	36 (39,6%)	15 (16,5%)	40 (44,0%)
Jungen	27 (40,9%)	11 (16,7%)	28 (42,4%)
Mädchen	9 (36,0%)	4 (16,0%)	12 (48,0%)

Einfluss des Zeitraums zwischen T2 und T3 auf das Outcome

In Erweiterung der Darstellung der deskriptiven Statistik soll im Folgenden geprüft werden, ob der individuell unterschiedliche Zeitraum zwischen Behandlungsende und Follow-Up-Untersuchung die Ergebnisse möglicherweise signifikant beeinflusst. Zu diesem Zweck wurde die Stichprobe in drei Gruppen aufgeteilt: 1) Entlassung vor weniger als 24 Monaten (n=31), 2) Entlassung vor 24 bis 48 Monaten (n=52) und 3) Entlassung vor mehr als 48 Monaten (n=31). Abbildung 4.2 zeigt die T-Mittelwerte in den verschiedenen Skalen für die drei genannten Gruppen. Auf eine separate Analyse der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen wurde aufgrund der zu erwartend geringen Fallgrößen verzichtet.

Die in der Abbildung dargestellten Mittelwertdifferenzen zwischen den verschiedenen Gruppen sind der *einfaktoriellen Varianzanalyse* zufolge nicht signifikant (*Internalisierend*: $p=0,72$, *Externalisierend*: $p=0,17$, *Gesamtauffälligkeit*: $p=0,17$).

Abbildung 4.2: Einfluss des Zeitraums zwischen T2 und T3 auf das Outcome



Wer profitiert nicht dauerhaft vom Therapieerfolg?

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, welche Kinder nicht dauerhaft vom Therapieerfolg der Familientagesklinik profitieren. Für die entsprechenden Analysen wurde ebenfalls auf eine geschlechtsgetrennte Darstellung verzichtet.

Tabelle 4.12 zeigt die Korrelationen zwischen den T-Werten von T1 und T3. In der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* beschreibt der Korrelationskoeffizient einen niedrigen, nicht signifikanten Zusammenhang. Eine hohe Ausprägung zu T1 lässt daher nicht auf eine hohe Ausprägung zu T3 schließen. In den Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* besteht ein großer bzw. mittlerer, jeweils sehr signifikanter Zusammenhang. Folglich ist ein hoher T-Wert zu T1 auch signifikant mit einem hohen T-Wert zu T3 in der entsprechenden Skala verknüpft. Die Cross-Scale-Korrelation zwischen den T-Werten der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zu T1 und der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* zu T3 ist nicht signifikant. Hingegen liegt ein signifikanter, wenngleich niedriger Zusammenhang zwischen den T-Werten der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* zu T1 und der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zu T3 vor. Folglich erhöht ein hoher T-Wert zu T1 in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* geringfügig das Risiko auch einen hohen T-Wert in der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zu erhalten.

Tabelle 4.11: Korrelationsanalyse zwischen den T-Werten von T1 und T3 (n=114)

Skalen		r
T1	T3	
Internalisierend	Internalisierend	0,16
Externalisierend	Externalisierend	0,51 **
Gesamtauffälligkeit	Gesamtauffälligkeit	0,32 **
Internalisierend	Externalisierend	-0,05
Externalisierend	Internalisierend	0,21 *

Abk.: r=Korrelationskoeffizient

* s.: p<0,05 ** s.s.: p<0,01

Mithilfe des Quotenverhältnisses *Odds Ratio* soll abschließend der Zusammenhang zwischen einer klinisch auffälligen Einschätzung zu T1 und einer klinisch auffälligen Einschätzung zu T3 untersucht werden. Hierzu wurden zunächst die Kinder, die zu T1 bzw. T3 einen T-Wert im Grenzbereich erhalten haben, ACHENBACHS Hinweis entsprechend [4, S.57] dem klinisch auffälligen Bereich zugeordnet. Für die Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* beträgt die *Odds Ratio* 1,13 (95%-CI: 0,51-2,49), für die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* 10,20 (95%-CI: 4,07-25,54) und für die Skala *Gesamtauffälligkeit* 1,55 (95%-CI: 0,71-3,37). Besonders für die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* besteht demzufolge eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine klinisch auffällige Einschätzung zu T1 auch mit einer klinisch auffälligen Einschätzung zu T3 verbunden ist.

5 Diskussion

5.1 Stichprobe und Teilnehmerzahl

Die Geschlechtsverteilung der vorliegenden Studie mit einer deutlichen Überzahl der Jungen ist charakteristisch für eine kinderpsychiatrische Stichprobe. Nach LAUCHT bestehen bereits bei Klein- und Vorschulkindern die bekannten Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten [149]. Demnach weisen Jungen im Vergleich zu Mädchen dieser Altersklasse bereits eine ca. zweifach höhere Rate psychischer Störungen auf.

Die Teilnehmerquote zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ist mit fast 70 Prozent als zufriedenstellend zu bezeichnen und vergleichbar mit ähnlich geplanten Longitudinalstudien [125, 131, 235, 250]. Dies gilt besonders, wie bereits zu Anfang der Arbeit erläutert, vor dem Hintergrund der für postalische Befragungen beschriebenen hohen Drop-Out-Raten [65, 268] und den methodischen Schwierigkeiten bei der Evaluation einer stationären Einrichtung [105]. Neben der befriedigenden Anzahl postalischer Rückantworten konnten viele spätere Nichtteilnehmer zumindest telefonisch erreicht werden und die Gründe für ihr Handeln erläutern. So blieb neben den 13 Postrückläufern nur bei vier Familien der Hintergrund ihrer Nichtteilnahme unklar. Die Ergebnisqualität der vorhandenen Daten konnte darüber hinaus durch die multiple Imputation weiter erhöht werden.

5.2 Bewertung des Behandlungserfolges

Die Analyse der vor und nach der Therapie erhobenen Daten des ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL/1½-5) bestätigt den erwarteten positiven Effekt der familientagesklinischen Behandlung für die klinische Symptomatik der Kinder. Während sich die Mittelwerte der drei untersuchten Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* vor Behandlungsbeginn im klinischen Grenzbereich befanden, lagen diese zu T2 allesamt im unauffälligen Bereich. Wie beschrieben sind die Mittelwertdifferenzen zwischen beiden Messzeitpunkten, die als Therapieerfolg aufgefasst werden können, statistisch hoch signifikant. Die hohen Effektstärken nach Cohen verdeutlichen die klinische Relevanz der Ergebnisse. Weitere Belege für den Erfolg der familientagesklinischen Behandlung können durch die klinische Bedeutung der T-Werte von T1 und T2 veranschaulicht werden.

Während in den drei untersuchten Skalen zu T1 jeweils ca. 50 Prozent der Gesamtstichprobe als klinisch auffällig eingestuft wurden, traf dies zu T2 lediglich für ca. zehn (*Externalisierende Auffälligkeiten, Gesamtauffälligkeit*) bzw. 20 Prozent (*Internalisierende Auffälligkeiten*) der Kinder zu. In der übergeordneten Skala *Gesamtauffälligkeit*, die als starker Indikator für die klinische Relevanz von Verhaltensproblemen gilt [221], wurden zu T2 über 71 Prozent der vor Behandlungsbeginn auffälligen Kinder von ihren Eltern als verhaltensunauffällig eingestuft.

Der Verlauf der klinischen Bedeutung der T-Werte von T1 zu T2 deutet insgesamt auf einen größeren Behandlungserfolg in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* hin. So liegt die Quote derer, die in dieser Skala zu T1 als auffällig und zu T2 als unauffällig beurteilt wurden, bei ca. 67 Prozent. In der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* beträgt sie hingegen nur ca. 46 Prozent. Ebenso weist der Mittelwertvergleich des Behandlungserfolges zwischen beiden Skalen ein signifikantes Ergebnis für die Gesamtstichprobe, die Stichprobe der Jungen sowie die Stichprobe der Mädchen aus. Eine mögliche Erklärung hierfür liegt in der größeren Übereinstimmung der Behandlungspfeiler der Familientagesklinik mit Interventionsprogrammen für Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. So konnten beispielsweise VELDERMAN et al. nachweisen, dass sich eine videogestützte Eltern-Kind-Interaktionstherapie primär bei externalisierenden Störungen positiv auswirkt und nur geringen Einfluss auf die Ausprägung internalisierender Störungen hat [247].

Der Schweregrad der klinischen Symptomatik zu T1 war der Korrelationsanalyse zufolge signifikant mit dem Behandlungserfolg in der entsprechenden Skala verknüpft. Folglich konnten die schwerer belasteten Kinder den größeren therapeutischen Nutzen erzielen. Dies geht einher mit anderen klinischen Outcomestudien [167, 176, 231] und kann MAYES et al. zufolge durch den „größeren Raum für Verbesserungen“ der vor Behandlungsbeginn besonders belasteten Kinder erklärt werden [167]. Im Verlauf der T-Werte von T1 zu T2 ließen sich hingegen keine bemerkenswerten Unterschiede zwischen der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen feststellen. Es scheint, dass beide Geschlechtsgruppen vergleichbar vom multimodalen und individuellen Behandlungskonzept der Familientagesklinik profitieren.

Das als äußerst positiv zu bewertende Resultat der familientagesklinischen Behandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Münster steht in Einklang mit zahlreichen anderen Studien, die den Erfolg von stationären und teilstationären, familienzentrierten kinderpsychiatrischen Interventionen untersucht haben.

Eine der ersten Evaluationsstudien zur tagesklinischen Behandlung von Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern führte FROMMER in den 1960er-Jahren in London durch [99]. Mehr als 70 Prozent der behandelten Kinder, die vielfältigste Störungen aufwiesen, verzeichneten nach Therapieende deutliche psychische Verbesserungen. Den Therapieerfolg einer multimodalen Intervention für Kinder mit externalisierenden Verhaltensstörungen im Alter zwischen vier und acht Jahren prüften FEINFIELD & BAKER im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie [89]. Im Vergleich zur nicht-behandelten Kontrollgruppe stellten die Wissenschaftler in der Untersuchungsgruppe statistisch signifikante Verbesserungen in den klinischen Skalen der Elternfragebögen fest. Zweidrittel der behandelten Kinder zeigten darüber hinaus auch eine klinisch signifikante Symptomlinderung. Im Gegensatz zum guten Behandlungsergebnis in den Elternfragebögen stellten FEINFIELD & BAKER in den Lehrerfragebögen keine Veränderungen der kindlichen Verhaltensprobleme und Kompetenzen fest. JONES et al. untersuchten 2007 im Rahmen einer randomisierten Kontrollstudie den Behandlungserfolg von 133 Familien, in denen die drei- bis vierjährigen Kinder unter externalisierenden Verhaltensproblemen und hyperkinetischen Symptomen litten [130]. Den Ergebnissen der CONNERS ABBREVIATED RATING SCALE [55] zufolge befanden sich nach Behandlungsende 58 Prozent der Kinder der Behandlungsgruppe im klinisch unauffälligen Bereich, verglichen mit 33 Prozent in der unbehandelten Wartegruppe. Die Mittelwertvergleiche der Ergebnisse zwischen beiden Gruppen wiesen statistisch signifikante Differenzen aus. WARE et al. stellten im Anschluss an eine tagesklinische Behandlung für Vorschul Kinder statistisch signifikante Verbesserungen in den Syndromskalen der CHILD BEHAVIOR CHECKLIST [254]. Der Behandlungserfolg übertrug sich darüber hinaus auch auf andere Lebensbereiche wie Lern- und Spielverhalten sowie Umgang mit Mitmenschen. Auch eine deutsche Familientagesklinik, die Dresdner Familientagesklinik für drei- bis 13-jährige emotional und sozial gestörte Kinder, kann nach ASEN & SCHOLZ erfreuliche therapeutische Erfolge aufweisen. Den Ergebnissen einer Outcomestudie zufolge zeigten die Kinder bei Aufnahme erhebliche Auffälligkeiten, „die sich nach 6- bis 8-wöchiger Behandlung signifikant gebessert haben“ [20, S.141].

Der Behandlungserfolg der Familientagesklinik Münster und vergleichbarer Einrichtungen kann auf zahlreiche Faktoren zurückgeführt werden. Nach NICCOLS besitzen frühe Interventionen im Allgemeinen eine sehr hohe Erfolgschance, da kindliche und elterliche Handlungsweisen noch wenig eingefahren sind und im Rahmen einer gemeinsamen Therapie verbessert werden können [182]. Darüber hinaus wachsen die

Verhaltenskontrolle im Verlauf der frühen Kindheit stetig an und trage ebenfalls zum Behandlungserfolg bei. Stationäre und teilstationäre Aufenthalte bieten darüber hinaus nach GREEN et al. die Möglichkeit, Kinder und Eltern aus ihrem sozialen Alltag, der häufig die psychischen Probleme des Kindes aufrechterhält und verstärkt, zu befreien [110]. Die Kombination von „gezielter, intensiver und vielfältiger Zuwendung“ steuere den Autoren zufolge dann die Wirksamkeit einer kinderpsychiatrischen Intervention - allesamt Faktoren, die auch im Behandlungskonzept der Familientagesklinik eine zentrale Rolle spielen. Auch die von ASEN & SCHOLZ als „Ressourcenaktivierung“ und „Stiften von Hoffnung“ beschriebenen Facetten [20] lassen sich in der alltäglichen Arbeit der Klinik wiederfinden. Im Rahmen eines multimodalen, familienzentrierten Behandlungskonzeptes scheint neben der als „Schlüsselaspekt“ beschriebenen Einbindung der Eltern [48] der Gruppenkontext - das gleichzeitige Arbeiten mit mehreren Familien - einen besonders großen Stellenwert einzunehmen [19]. SCHMIDT & ASEN zufolge kann auf diesem Weg Isolation und Stigmatisierung verhindert werden [222]. Die Gespräche mit anderen betroffenen Eltern und Familien ermöglichen darüber hinaus gegenseitiges Feedback und liefern alltagsrelevante Hilfestellungen, die sich einfach und schnell im Umgang mit den eigenen Kindern umsetzen lassen. In zahlreichen Gesprächen mit ehemaligen Familien der Münsteraner Familientagesklinik ließ sich dies eindrucksvoll bestätigen. Überdurchschnittlich viele Eltern gaben an, dass der Kontakt mit und die Tipps von anderen Familien wesentlich zur Linderung der kindlichen Symptomatik beigetragen haben. Mitarbeiter von anderen Familientageskliniken berichten von ähnlichen Erfahrungen [227]. Dies geht einher mit der These von MILLER et al., die den außertherapeutischen Faktoren wie der sozialen Unterstützung durch andere Personen die größte Relevanz bei der Wirksamkeit einer psychiatrischen Intervention einräumen [177]. Gewachsene mütterliche Fürsorge, bessere Kommunikationsmuster und eine größere Selbstbeherrschung des Kindes sind nach EISENSTADT et al. weitere Merkmale, die eine klinisch relevante Symptomreduktion im Verlauf einer familienzentrierten Behandlung erklären [79].

5.3 Bewertung der Stabilität des Behandlungserfolges

Ein bis fünf Jahre nach Behandlungsende konnte im Rahmen der Follow-Up-Untersuchung in den Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* ein statistisch und klinisch signifikanter Wiederanstieg der T-Werte beobachtet werden. Verdeutlicht wird die Zunahme der Symptomatik fernerhin durch den Verlauf der klini-

schen Bedeutung der T-Werte von T2 zu T3. Je ca. 40 Prozent der zu T2 unauffälligen Kinder wurden von ihren Eltern zu T3 in den beiden genannten Skalen als wieder verhaltensauffällig eingeschätzt. Die Rückkehr der klinischen Symptomatik betrifft der Korrelationsanalyse zufolge vor allem die Kinder, die im Rahmen der Behandlung eine größere Symptomreduktion erzielen konnten. Dies geht einher mit der These, dass beachtliche kurzfristige Behandlungserfolge nicht gleichzeitig auf ein stabiles Langzeitoutcome schließen lassen [142].

Ganz offensichtlich gelingt es der Familientagesklinik bisher nur unzureichend, die dargestellten temporären Behandlungserfolge in ein positives Langzeitoutcome zu überführen. Dieses Manko ist im Rahmen kinderpsychiatrischer Interventionen keinesfalls eine Einzelercheinung. Nachhaltig positive Langzeiteffekte stellen in der Behandlung externalisierender Verhaltensstörungen nach aktuellem Forschungsstand eher eine Ausnahme dar [135, 136]. ARNOLD et al. sprechen in diesem Zusammenhang sogar von „entmutigenden Langzeiteffekten“ [18]. Mindestens ein Viertel aller Kinder verbleibe im Entwicklungsverlauf auch nach aussichtsreichen Behandlungen mit psychischen Auffälligkeiten. Diese These kann anhand anderer Untersuchungen bestätigt werden. In einer der wenigen Outcomestudien von Klein- und Vorschulkindern wurden im Rahmen des Follow-Ups 46 Prozent der behandelten Kinder im Elternurteil als klinisch auffällig eingeschätzt [257] - ein Ergebnis, dass dem Befund der vorliegenden Untersuchung ähnelt. SOURANDER & LEIJALA ermittelten trotz therapeutischer Erfolge eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß dissozialer bzw. hyperkinetischer Auffälligkeiten vor Aufnahme und solcher im Rahmen der Nachuntersuchung [233]. Ebenso eruierte KAZDIN in einer Zwei-Jahres-Katamnese ein äußerst schlechtes Outcome für Kinder, die aufgrund externalisierender Verhaltensauffälligkeiten stationär behandelt wurden [134].

Nach MAYES et al. hat die fehlende Stabilität transienter Behandlungserfolge verschiedene Ursachen [167]. Zum einen sei es denkbar, dass es Kindern und Eltern nicht gelingt, die während der Behandlung erlernten Techniken und Copingstrategien im Alltag zu replizieren und anzuwenden. Darüber hinaus seien die im Rahmen der Behandlung erzielten Verbesserungen unter Umständen lediglich eine temporäre Reaktion auf das ungewohnte Umfeld und die fremden Therapeuten. RENK weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass fehlende Effektivität auch in der Vielzahl psychosozialer Risiken begründet sein könnte, die in Familien mit verhaltensauffälligen Kindern nicht selten fortbestehen [206]. Des Weiteren ist anzumerken, dass viele Kinder zum

Zeitpunkt der Nachuntersuchung in einem Alter waren, in der erstmals die Notwendigkeit besteht, sich verstärkt mit schulischen Anforderungen und weiteren Entwicklungsaufgaben auseinanderzusetzen. Fachleuten zufolge kann dies mit einem Anstieg psychischer Auffälligkeiten verbunden sein [101]. Zusammenfassend lässt sich folgern, dass der Anstieg der T-Werte zum Messzeitpunkt T3 vermutlich zu einem erheblichen Teil auf familiäre, soziale und entwicklungsbedingte Faktoren zurückzuführen ist.

Der in der Literatur beschriebene natürliche Verlauf früher psychischer Auffälligkeiten kann die genannten Thesen weiter bekräftigen. Empirische Longitudinalstudien konnten nachweisen, dass vor allem externalisierende Verhaltensauffälligkeiten nicht selten persistieren [59, 119, 154, 157], insbesondere solche mit Beginn in der frühen Kindheit [42, 43] und schwerer Primärsymptomatik [206]. Diese Annahmen konnten im Rahmen dieser Studie weitestgehend repliziert werden. Der ermittelte Korrelationskoeffizient von 0,51 zwischen den T-Werten von T1 und T3 in der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* ähnelt dem anderer empirischer Studien [93, 213]. Gleiches gilt für die von verschiedenen Wissenschaftlern untersuchte Beziehung zwischen einer klinisch auffälligen Einschätzung in der Erstuntersuchung und einer klinisch auffälligen Einschätzung in der Nachuntersuchung [42, 95, 119]. Den vorliegenden Daten zufolge wiesen die Kinder, die zu T1 als auffällig eingeschätzt wurden, ein über zehnmal höheres Risiko auf, auch zu T3 Symptome im klinisch auffälligen Bereich zu präsentieren. In einer Studie von ROSE et al. fanden sich des weiteren signifikante Zusammenhänge zwischen der externalisierenden Symptomatik in der Erstuntersuchung und der internalisierenden Symptomatik im Rahmen des Follow-Ups [213]. Dies ließ sich in dieser Arbeit aufgrund der niedrigen Korrelation der entsprechenden Skalen nur bedingt bestätigen. Hingegen konnte die in besagter Studie ermittelte geringe Beziehung zwischen primär auffälligem internalisierendem Verhalten und auffälligem externalisierendem Verhalten im Follow-Up nachvollzogen werden. Dies bestätigt die in der Literatur verbreitete Annahme, dass internalisierende Probleme wie z.B. gehemmtes Verhalten oder Ängstlichkeit eine Art Schutzfaktor für die Entwicklung von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten bilden [139, 228, 244].

Im Gegensatz zum unbefriedigenden Resultat der Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* erweist sich der Verlauf der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* von T2 zu T3 als stabil. Dieses Ergebnis entspricht dem aktuellen Stand der Forschung, wonach für internalisierende Auffälligkeiten eine geringere Kontinuität und ein günstigeres Outcome zu erwarten ist [84, 93, 95, 233]. Neben den nahezu kon-

stanten Mittelwerten und der geringen Anzahl der zu T3 klinisch auffälligen Kinder, konnte dies im Rahmen dieser Studie anhand des niedrigen Korrelationskoeffizienten zwischen den T-Werten zu T1 und den T-Werten zu T3 festgemacht werden, der sich in ähnlicher Größenordnung in anderen Veröffentlichungen wiederfindet [93]. Ebenso lagen die Odds einer klinisch auffälligen Einschätzung zu T3 für die Kinder, die bereits zu T1 eine klinisch auffällige Einschätzung erhalten haben, nur knapp oberhalb von eins.

Nach MAYES et al. liegt eine mögliche Begründung für die günstigere Prognose internalisierender Verhaltensprobleme im hohen Leidensdruck und damit in der - im Gegensatz zu externalisierenden Problemen - größeren Eigenmotivation der Kinder, die Krankheitssymptome zu reduzieren [167]. Darüber hinaus seien emotionale Probleme, so der Autor, eher an bestimmte Lebensphasen gebunden und somit in ihrer zeitlichen Ausprägung limitiert. Nichtsdestotrotz weisen VERHULST & VAN DER ENDE darauf hin, internalisierende Auffälligkeiten von Kindern nicht zu unterschätzen [250]. Diese These kann bekräftigt werden durch eine Longitudinalstudie von BEYER & FURNISS [21]. Sie stellten im Rahmen einer empirischen Studie zur Entwicklung von Verhaltenproblemen im Schulalter eine deutlich höhere Rate internalisierender Auffälligkeiten fest. Nach LAVIGNE et al. bestehen zudem durchaus Zusammenhänge zwischen internalisierenden Problemen im Vorschulalter und internalisierenden Verhaltensstörungen in der späteren Kindheit [157].

Übereinstimmend mit anderen klinischen Studien konnten im Hinblick auf die Verläufe der beiden Geschlechtsgruppen keine prägnanten Unterschiede festgestellt werden [35, 167, 235]. Die klinischen Beurteilungen der T-Werte zu den drei Messzeitpunkten deuten aber darauf hin, dass internalisierende Auffälligkeiten bei den Patienten der Familientagesklinik verstärkt bei den Mädchen und externalisierende Auffälligkeiten verstärkt bei den Jungen gefunden werden können. Der Zeitraum zwischen Behandlungsende und Nachuntersuchung blieb den vorliegenden Daten zufolge ohne signifikanten Einfluss und bedarf weiterer Klärung in kommenden Forschungsprojekten. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Verlauf der Patienten der Familientagesklinik in der Zukunft entwickelt. Einigen Untersuchungen zufolge ist es aber wahrscheinlich, dass der Grad der klinischen Beeinträchtigung mit steigendem Follow-Up-Zeitraum zunimmt [98, 164].

5.4 Methodische Aspekte

An dieser Stelle sollen die Limitierungen der vorliegenden Studie erörtert werden. Zunächst sei auf die fehlende Kontrollgruppe hingewiesen - ein Aspekt, der ein grundsätzliches Problem von kinder- und jugendpsychiatrischen Longitudinalstudien darstellt [194, 235]. Folglich können die Verläufe der Patienten der Familientagesklinik nicht denen von unbehandelten oder ambulant betreuten Kindern gegenübergestellt werden. Ein solches Vorgehen wäre grundsätzlich ethisch nicht zu vertreten, da zum Teil schwer belasteten Kindern und ihren Familien die vermeintlich hilfreichste Behandlungsform vorenthalten würde [232]. Darüber hinaus war zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung ein Follow-Up noch nicht in Planung.

Des Weiteren ist fraglich, ob sich mithilfe eines einzigen Messinstrumentes der Verlauf der Patienten der Familientagesklinik präzise abbilden lässt. Das sich so verschärfende Problem der Beurteilereffekte wurde in den theoretischen Grundlagen bereits detailliert erörtert. Unter Umständen können vor diesem Hintergrund die hohen Ausprägungen der Skalen *Externalisierende Auffälligkeiten* und *Gesamtauffälligkeit* zum Zeitpunkt T3 erklärt werden. Ebenso unterliegen die Ergebnisse der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* möglicherweise einer Fehlerquelle. Einerseits sind derartige Auffälligkeiten besonders komplex zu erfassen [93, 213]. Andererseits neigen Erziehungsberechtigte scheinbar dazu, die internalisierenden Probleme ihrer Kinder zu unterschätzen oder sogar zu übersehen [76, 173, 174]. Aktuell ist eine Forschungsgruppe in der Familientagesklinik damit beschäftigt, einen möglichen systematischen Bias auf Seiten der Eltern zu überprüfen.

Trotz der methodischen Komplexität stellen Elternfragebögen im Rahmen der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten von Vorschul- und Schulkindern eine grundlegend wichtige Informationsquelle dar. Nach MESMAN & KOOT geben sie ein realistisches Abbild der gegenwärtigen Situation des Kindes wieder und können später auftretende Verhaltensmerkmale präzisieren [174]. In diesem Zusammenhang hat sich vor allem die zu den drei Messzeitpunkten eingesetzte CHILD BEHAVIOR CHECKLIST als besonders sinnvolles Messinstrument erwiesen.

5.5 Fazit & Ausblick

Anhand der statistisch und klinisch signifikanten Symptomreduktion konnte der therapeutische Effekt der Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster

verdeutlicht werden. Das individuelle, multimodale und in Deutschland in dieser Form einzigartige Behandlungskonzept für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder trägt den vorliegenden Daten zufolge erheblich zur Akutstabilisierung des psychischen Zustands bei. Die ausgeprägteste therapeutische Wirkung war erfreulicherweise auf Seiten der vor Therapie am stärksten belasteten Kinder zu beobachten. Im Rahmen des Follow-Ups zeigte sich allerdings, dass sich viele Kinder einige Jahre nach Behandlungsende erneut mit psychischen, vor allem externalisierenden Verhaltensproblemen und sozialen Schwierigkeiten auseinandersetzen müssen. Offenkundig gehören viele Patienten der Familientagesklinik zu einer Art Risikogruppe, bei der sich der Langzeitverlauf als problematisch erweist. Grundsätzlich erscheint es allerdings schlüssig, dass stationär behandelte Kinder in der Regel komplexere und langwierige Krankheitsprozesse aufweisen als solche, bei denen bereits eine ambulante Behandlung nutzbringend ist.

Ein langfristigeres und intensiveres Nachsorgekonzept zur rechtzeitigen Krisenintervention erscheint vor diesem Hintergrund und den möglichen Entwicklungsverläufen essentiell. Empirische Studien konnten nachweisen, dass frühe psychische Auffälligkeiten nicht nur Kontinuität bis zum späten Kindes- und Jugendalter aufweisen [124, 195, 214], sondern auch das Risiko von internalisierenden [47] und externalisierenden Störungen [122] im Erwachsenenalter erhöhen können. Die Identifizierung von im Langzeitverlauf gefährdeten Kindern stellt aus diesem Grund eine wesentliche Herausforderung der zukünftigen Arbeit und der bevorstehenden Forschungsprojekte der Familientagesklinik dar - eine Thematik, die auch von anderen Autoren in ihrer Bedeutung bestärkt wird [18, 134, 238].

Als nützliche Informationsquelle und sinnvolles Screeninginstrument für die Kinder der Familientagesklinik erweist sich den vorliegenden Daten zufolge die Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* des ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KLEIN- UND VORSCHULKINDER (CBCL 1,5-5). An ihr konnte die Kontinuität bzw. Wiederkehr der Symptome besonders deutlich festgemacht werden. Eine klinische Ausprägung vor Behandlungsbeginn sollte deshalb Anlass sein, die Kinder nach der Entlassung über die folgenden Entwicklungsphasen hinweg zu beobachten und gegebenenfalls zu betreuen. Dies könnte durch regelmäßige telefonische bzw. ambulante Kontakte in der Familientagesklinik erfolgen. Ebenso ist eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Therapeuten sowie ein regelmäßiger Einsatz von Fragebögen zur Erfassung der kindlichen Symptomatik wünschenswert. Falls möglich sollte Letzteres aus der Sicht verschiedener Beurteiler geschehen [111]. In diesem Zusammenhang haben sich vor allem Erzieher- bzw.

Lehrerfragebögen als nützlich erwiesen, da sie Informationen über das Verhalten im sozialen Umfeld außerhalb der Familie beinhalten [21].

Abschließend ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass es dringend einer größeren Anzahl an Langzeitkatamnesen bedarf, die den Entwicklungsverlauf von Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern nach einer stationären oder teilstationären Intervention beobachten. Diese Forderung wird auch von zahlreichen Wissenschaftlern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie vertreten [18, 44, 90, 245]. Nur durch Nachweis effektiver therapeutischer Ansätze kann evidenzbasierte Medizin für die Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie grundlegend etabliert werden.

Trotz oder gerade aufgrund der Ergebnisse dieser Studie ist die rechtzeitige Behandlung früher kindlicher Verhaltensauffälligkeiten eine dringende Notwendigkeit. Nach WEBSTER-STRATTON sollte dies so früh wie möglich geschehen [258]. Neben den möglichen negativen Entwicklungsverläufen spielt hierbei der häufig immense Leidensdruck der Familien eine große Rolle.

Literaturverzeichnis

- [1] **Achenbach TM** (1978): Research in developmental psychology: concepts, strategies, methods. The Free Press, New York.
- [2] **Achenbach TM** (1978): The Child Behavior Profile: 1. Boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol*, 46(3):478–488.
- [3] **Achenbach TM** (1979): The Child-Behavior Profile - an empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *Int J Ment Health*, 7(3-4):24–42.
- [4] **Achenbach TM** (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- [5] **Achenbach TM** (1991): Manual for the Teacher Report Form and profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- [6] **Achenbach TM** (1991): Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- [7] **Achenbach TM** (2009): The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): development, findings, theory, and applications. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- [8] **Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA** (2001): Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. Verfügbar unter: www.aseba.org/research/research.html.
- [9] **Achenbach TM, Edelbrock C** (1983): Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- [10] **Achenbach TM, Edelbrock C, Howell CT** (1987): Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3- year-old children. *J Abnorm Child Psychol*, 15(4):629–650.
- [11] **Achenbach TM, Rescorla LA** (2000): Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

- [12] **Achenbach TM, Rescorla LA** (2001): Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- [13] **Allehoff WH, Esser G, Schmidt MH, Hennicke K** (1983): Die Bedeutung der Informations- und Kooperationsverweigerung für die Interpretationsreichweite einer mehrstufigen kinderpsychiatrisch-epidemiologischen Untersuchung. *Soc Psychiatry*, 18(1):29–36.
- [14] **Angold A, Costello E, Erkanli A** (1999): Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(1):57–87.
- [15] **Anstey KJ, Hofer SM** (2004): Longitudinal designs, methods and analysis in psychiatric research. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(3):93–104.
- [16] **Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist** (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- [17] **Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist** (2002): Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1,5-5). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- [18] **Arnold DH, Brown SA, Meagher S, Baker CN, Dobbs J, Doctoroff GL** (2006): Preschool-based programs for externalizing problems. *Educ Treat Children*, 29(2):311–339.
- [19] **Asen E** (1992): Tagesklinik für ganze Familien. *TW Neurol Psychiatr*, 6:492–499.
- [20] **Asen E, Scholz M** (2009): Praxis der Multifamilientherapie. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg.
- [21] **Beyer T, Furniss T** (2007): Child psychiatric symptoms in primary school: the second wave 4 years after preschool assessment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(9):753–758.

- [22] **Beyer T, Müller JM, Furniss T** (2009): Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school: results of a four-year longitudinal study. Unveröffentlichtes Manuskript.
- [23] **Bird HR** (1996): Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(1):35–49.
- [24] **Bird HR, Canino G, Gould M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Woodbury M, Huertas-Goldman S, Sesman M** (1987): Use of the Child Behavior Checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a Pilot Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26(2):207–213.
- [25] **Bird HR, Gould M, Rubio-Stipec M, Staghezza B, Canino G** (1991): Screening for childhood psychopathology in the community using the Child Behavior Checklist. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(1):116–123.
- [26] **Blanz B, Remschmidt H, Schmidt MH, Warnke A** (2006): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer, Stuttgart.
- [27] **Blanz B, Seemann U, Schönejahn A, Fricke R** (1999): Psychische Gesundheit im Schuleintrittsalter. *Gesundheitswesen*, 61(11):544–547.
- [28] **Bölte S, Poustka F** (2001): Die Faktorenstruktur des Autismus Diagnostischen Interviews-Revision (ADIR): Eine Untersuchung zur dimensional versus kategorialen Klassifikation autistischer Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 29(3):221–229.
- [29] **Bohnert KM, Breslau N** (2008): Stability of psychiatric outcomes of low birth weight: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry*, 65(9):1080–1086.
- [30] **Bohus M, Scher K, Berger-Sallwitz F, Novelli U, Stieglitz RD, Berger M** (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewußtsein im klinischen Alltag. *Psychiatr Prax*, 25(3):134–138.
- [31] **Boyle MH, Pickles AR** (1997): Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 25(5):399–412.
- [32] **Boyle MH, Willms JD** (2001): Multilevel modelling of hierarchical data in developmental studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(1):141–162.

- [33] **Breuer D, Döpfner M** (2006): Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis - eine bundesweite Befragung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 34(5):357–365.
- [34] **Brieger P, Marneros A** (2000): Komorbidität bei psychiatrischen Krankheiten. *Nervenarzt*, 71(7):525–534.
- [35] **Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Skuban EM, Horwitz SM** (2001): Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(7):811–819.
- [36] **Bérubé RL, Achenbach TM** (2009): Bibliography of published studies using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- [37] **Buhi ER, Goodson P, Neilands TB** (2008): Out of sight, not out of mind: strategies for handling missing data. *Am J Health Behav*, 32(1):83–92.
- [38] **Bullinger M, Kirchberger I** (1998): SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen.
- [39] **Campbell SB** (1995): Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry*, 36(1):113–149.
- [40] **Campbell SB** (1997): Behavior problems in preschool children: developmental and family issues. In: Ollendick TH, Prinz RJ (Hrsg.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Volume 19). Plenum Press, New York.
- [41] **Campbell SB, Ewing LJ** (1990): Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*, 31(6):871–889.
- [42] **Campbell SB, March CL, Pierce EW, Ewing LJ, Szumowski EK** (1991): Hard-to-manage preschool boys: family context and the stability of externalizing behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 19(3):301–318.
- [43] **Campbell SB, Pierce EW, Ewing LJ, March CL, Szumowski EK** (1994): Hard-to-manage preschool boys: symptomatic behavior across contexts and time. *Child Dev*, 65(3):836–851.

- [44] **Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M** (2000): Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Dev Psychopathol*, 12(3):467–488.
- [45] **Caron C, Rutter M** (1991): Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 32(7):1063–1080.
- [46] **Carr A** (1998): The inclusion of fathers in family therapy: a research based perspective. *Contemporary Family Therapy*, 20(3):371–383.
- [47] **Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA** (1996): Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 53(11):1033–1039.
- [48] **Chase RM, Eyberg SM** (2008): Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *J Anxiety Disord*, 22(2):273–282.
- [49] **Chen WJ, Faraone SV, Biederman J, Tsuang MT** (1994): Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention-deficit hyperactivity disorder: a receiver-operating characteristic analysis. *J Consult Clin Psychol*, 62(5):1017–1025.
- [50] **Cicchetti D** (1999): Forschungsmethoden in der Entwicklungspsychologie. In: Oerter R, Röper G, Noam G (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- [51] **Clark CA, Woodward LJ, Horwood LJ, Moor S** (2008): Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: biological and social influences. *Child Dev*, 79(5):1444–1462.
- [52] **Cohen J** (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- [53] **Cohn JF, Tronick E** (1988): Specificity of infants' response to mother's affective behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28(2):242–248.
- [54] **Conners K** (1996): *Conners' Rating Scale - Revised Technical Manual*. Multi-Health Systems, New York.

- [55] **Conners CK** (1994): The Conners Rating Scales: use in clinical assessment, treatment planning and research. In: Maruish ME (Hrsg.), The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- [56] **Costello EJ, Angold A, Burns, BJ, Erkanli A, Stangl DK, Tweed DL** (1996): The Great Smoky Mountains Study of Youth. *Arch Gen Psychiatry*, 53(12):1137–1143.
- [57] **Crawford JW** (1982): Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Dev*, 53(4):957–962.
- [58] **Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC** (1997): Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(9):1269–1277.
- [59] **Denham SA, Workman E, Cole PM, Weissbrod C, Kendziora KT, Zahn-Waxler C** (2000): Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: the role of parental socialization and emotion expression. *Dev Psychopathol*, 12(1):23–45.
- [60] **Denner S, Schmeck K** (2005): Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Vorschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 33(4):307–317.
- [61] **Detzner M, Schmidt MH** (1988): Epidemiologische Methoden. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Band 1. Thieme, Stuttgart.
- [62] **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage. S.357-378.
- [63] **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage. S.311-317.
- [64] **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen

- im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage. S.87-98.
- [65] **Diemann A** (2009): Empirische Sozialforschung. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek.
- [66] **Domènech-Llaberia E, Viñas F, Pla E, Jané MC, Mitjavila M, Corbella T, Canals J** (2009): Prevalence of major depression in preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18(10):597–604.
- [67] **Döpfner M** (2008): Hyperkinetische Störungen. In: Esser G (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart.
- [68] **Döpfner M, Lehmkuhl G** (1994): Entwicklung von diagnostischen Instrumenten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.), *Von der ICD-9 zur ICD 10*. Huber, Bern.
- [69] **Döpfner M, Lehmkuhl G** (1997): Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 46(8):519–547.
- [70] **Döpfner M, Lehmkuhl G, Heubrock D, Petermann F** (2000): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe, Göttingen.
- [71] **Döpfner M, Melchers P, Fegert J, Lehmkuhl G, Lehmkuhl U, Schmeck K, Steinhausen H-C, Poustka F** (1994): Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindh Entwickl*, 3:54–59.
- [72] **Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert J, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G** (1997): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 25:218–233.
- [73] **Döpfner M, Schmeck K, Berner W** (1994): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend und Familiendiagnostik.

- [74] **Döpfner M, Schmeck K, Berner W, Lehmkuhl G, Poustka F** (1994): Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist: eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Z Kinder Jugendpsychiatr*, 22:189–205.
- [75] **Edelbrock C, Costello AJ** (1988): Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *J Abnorm Child Psychol*, 16(2):219–231.
- [76] **Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover, NCand Kala R** (1986): Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *J Child Psychol Psychiatry*, 27(2):181–190.
- [77] **Egger HL** (2009): Psychiatric assessment of young children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18(3):559–580.
- [78] **Egger HL, Angold A** (2006): Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4):313–337.
- [79] **Eisenstadt TM, Eyberg SM, McNeil CB, Newcomb K, Funderburk B** (1993): Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *J Clin Child Psychol*, 22(1):42–51.
- [80] **Elting G** (2003): Überprüfung der psychometrischen Parameter von CBCL/1,5-5 und C-TRF an einer deutschen Stichprobe. Dissertation. Johann Wolfgang von Goethe Universität Frankfurt am Main.
- [81] **Esser G** (2008): Fragebogen zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten. In: Esser G (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart.
- [82] **Esser G, Blanz B, Geisel B, Laucht M** (1989): *Mannheimer Elterninterview, MEI*. Beltz Test GmbH, Weinheim.
- [83] **Esser G, Laucht M, Schmidt MH** (1995): Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindh Entwickl*, 4(11):33–42.

- [84] **Esser G, Schmidt MH, Woerner W** (1990): Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children—results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*, 31(2):243–263.
- [85] **Eyberg SM** (1992): Assessing therapy outcome with preschool children: progress and problems. *J Clin Child Psychol*, 21(3):306–311.
- [86] **Eyberg SM, Schuhmann E, Rey J** (1998): Child and adolescent psychotherapy research: developmental issues. *J Abnorm Child Psychol*, 26(1):71–82.
- [87] **Farrington DP** (1991): Longitudinal research strategies: advantages, problems, and prospects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(3):369–374.
- [88] **Fegert JM** (1996): Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 45(3-4):83–94.
- [89] **Feinfield KA, Baker BL** (2004): Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33(1):182–195.
- [90] **Fergusson DM** (1998): Stability and change in externalising behaviours. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248(1):4–13.
- [91] **Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ** (1993): The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 21(3):245–269.
- [92] **Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M** (1990): Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Dev Psychol*, 26(1):7–14.
- [93] **Fischer M, Rolf JE, d Hasazi JE, Cummings L** (1984): Follow-up of a preschool epidemiological sample: cross-age continuities and predictions of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior. *Child Dev*, 55(1):137–150.
- [94] **Fombonne E** (1989): The Child Behaviour Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: a comparison between two screening instruments. *Psychol Med*, 19(3):777–785.

- [95] **Ford T, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R** (2007): A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(12):953–961.
- [96] **Foster CJ, Garber J, Durlak JA** (2008): Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 36(4):527–537.
- [97] **Franke GH** (2002): SCL-90-R - Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Beltz Test GmbH, Weinheim.
- [98] **Frensch KM, Cameron G** (2002): Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. *Child Youth Care Forum*, 31(5):307–339.
- [99] **Frommer EA** (1967): A day hospital for disturbed children under five. *Lancet*, 1(7486):377–379.
- [100] **Fuhrmann P, von Gontard A, Möhler E, Resch F** (2008): Psychische Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart.
- [101] **Furlong MJ, Morrison GM, Jimerson SRH** (2004): Externalizing behaviors of aggression and violence and the school context. In: Rutherford Jr. RB, Quinn MM, Mathur SR (Hrsg.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. Guilford Press, New York.
- [102] **Furniss T, Averbek-Holocher M, Müller JM, Beyer T, Postert C, Achtergarde S** (2009): Family day hospital for child psychiatric patients between 0 and 6 years of age, Part I: Assessment and treatment strategies. Unveröffentlichtes Manuskript.
- [103] **Furniss T, Beyer T, Guggenmos J** (2006): Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: baseline results of a prospective longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(5):394–399.
- [104] **Garrison WT, Earls F** (1985): The Child Behavior Checklist as a screening instrument for young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24(1):76–80.

- [105] **Gavidia-Payne S, Littlefield L, Hallgren M, Jenkins P, Coventry N** (2003): Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Aust N Z J Psychiatry*, 37(2):204–211.
- [106] **Goodman R** (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5):581–586.
- [107] **Goodman R, Scott S, Rothenberger A** (2007): Klassifikation. In: Goodman R, Scott, S, Rothenberger A (Hrsg.), *Kinderpsychiatrie kompakt*. Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- [108] **Gordon D, Burge D, Hammen C, Adrian C, Jaenicke C, Hiroto D** (1989): Observations of interactions of depressed women with their children. *Am J Psychiatry*, 146(1):50–55.
- [109] **Gray RF, Indurkha A, McCormick MC** (2004): Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics*, 114(3):736–743.
- [110] **Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, Briskman J** (2007): Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry - a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(12):1259–1267.
- [111] **Green J, Kroll L, Imrie D, Frances FM, Begum K, Harrison L, Anson R** (2001): Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(3):325–332.
- [112] **Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ** (2008): Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2):347–366.
- [113] **Grizenko N, Papineau D** (1992): A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Can J Psychiatry*, 37(6):393–400.
- [114] **Gunlicks ML, Weissman MM** (2008): Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(4):379–389.

- [115] **Haffner J, Esther C, Münch H, Parzer P, Raue B, Steen R, Klett M, Resch F** (2002): Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive - Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 51(9):675–696.
- [116] **Hart EL, Lahey BB** (1999): General child behavior rating scales. In: Shaffer D, Richters J, Lucas CP (Hrsg.), *Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology*. Guilford Publications, New York.
- [117] **Hartig J, Frey A, Jude N** (2007): Validität. In: Moosbrugger H, Kelava A (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Springer, Heidelberg.
- [118] **Hautzinger M, Kühner C, Keller F** (2006): BDI-II - Beck-Depressions-Inventar. Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt am Main.
- [119] **Heller TL, Baker BL, Henker B, Hinshaw SP** (1996): Externalizing behavior and cognitive functioning from preschool to first grade: Stability and predictors. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 25(4):376–387.
- [120] **Herpertz-Dahlmann B** (2008): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart.
- [121] **Hille ET, den Ouden AL, Saigal S, Wolke D, Lambert M, Whitaker A, Pinto-Martin JA, Hoult L, Meyer R, Feldman JF, Verloove-Vanhorick SP, Paneth N** (2001): Behavioural problems in children who weigh 1000 g or less at birth in four countries. *Lancet*, 357(9269):1641–1643.
- [122] **Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC** (2002): Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(2):182–189.
- [123] **Holtmann M, Becker K, Laucht M, Schmidt MH** (2004): Verlauf frühkindlicher Regulationsprobleme - wer braucht frühe Interventionen? In: Lehkuhl U, Lehkuhl G (Hrsg.), *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- [124] **Honkinen PL, Aromaa M, Suominen S, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M** (2009): Early childhood psychological problems predict a poor

- sense of coherence in adolescents: a 15-year follow-up study. *J Health Psychol*, 14(4):587–600.
- [125] **Hood KK, Eyberg SM** (2003): Outcomes of parent-child interaction therapy: mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32(3):419–429.
- [126] **Horwood LJ Fergusson DM** (1995): Predictive validity of categorically and dimensionally scored measures of disruptive childhood behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(4):477–85.
- [127] **Hutzelmeyer-Nickels A, Noterdaeme M** (2007): Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist 1,5-5 als orientierendes Untersuchungsinstrument bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 56(7):573–588.
- [128] **Ivanova MY, Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA, Almqvist F, Weintraub S, Bilenberg N, Bird H, Chen WJ, Dobrean A, Döpfner M, Erol N, Fombonne E, Fonseca AC, Frigerio A, Grietens H, Hannesdottir H, Kanbayashi Y, Lambert M, Larsson B, Leung P, Liu X, Minaei A, Mulatu MS, Novik T, Oh KJ, Roussos A, Sawyer M, Simsek Z, Steinhausen H-C, Metzke CW, Wolanczyk T, Yang H-J, Zilber N, Zukauskiene R, Verhulst FC** (2007): Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36(3):405–417.
- [129] **Janssen J, Laatz W** (2007): *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Springer, Berlin.
- [130] **Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C** (2007): Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care Health Dev*, 33(6):749–756.
- [131] **Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C** (2008): Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev*, 34(3):380–390.

- [132] **Jones RN, Latkowski M, Kircher J, McMahon W** (1988): The Child Behavior Checklist: normative information for inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(5):632–635.
- [133] **Kastner-Koller U, Deimann P** (2002): WET - Wiener Entwicklungstest. Hogrefe, Göttingen.
- [134] **Kazdin AE** (1989): Hospitalization of antisocial children: Clinical course, follow-up status, and predictors of outcome. *Adv Behav Res Ther*, 11(1):1–67.
- [135] **Kazdin AE** (1989): Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Dev Psychopathol*, 5(1-2):277–310.
- [136] **Kazdin AE** (2000): Treatments for aggressive and antisocial children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9(4):841–858.
- [137] **Keenan K, Wakschlag LS** (2002): Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children? *Am J Psychiatry*, 159(3):351–358.
- [138] **Keilty B, Freund M** (2005): Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *J Pediatr Nurs*, 20(3):181–189.
- [139] **Kerr M, Tremblay RE, Pagani L, Vitaro F** (1997): Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9):809–816.
- [140] **Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A** (2005): Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry*, 62(2):173–181.
- [141] **Kliche T** (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Juventa Verlag, Weinheim.
- [142] **Knorth EJ, Harder AT, Zandberg T, Kendrick AJ** (2008): Under one roof: a review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Child Youth Serv Rev*, 30(2):123–140.
- [143] **Korja R, Maunu J, Kirjavainen J, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, Manninen H, Piha J, Lehtonen L** (2008): Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Hum Dev*, 84(4):257–267.

- [144] **Kraemer HC, Yesavage JA, Taylor JL, Kupfer D** (2000): How can we learn about developmental processes from cross-sectional studies, or can we? *Am J Psychiatry*, 157(2):163–171.
- [145] **Kuschel A** (2001): Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkindern. Dissertation. Technische Universität Braunschweig.
- [146] **Kuschel A, Ständer D, Bertram H, Heinrichs N, Naumann S, Hahlweg K** (2006): Prävalenz hyperkinetischer Symptome und Störungen im Vorschulalter - ein Vergleich zweier Diagnoseinstrumente. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 34(4):275–284.
- [147] **Lampert TL, Polanczyk G, Tramontina S, Mardini V, Rohde LA** (2004): Diagnostic performance of the CBCL-Attention Problem Scale as a screening measure in a sample of Brazilian children with ADHD. *J Atten Disord*, 8(2):63–71.
- [148] **Lang C, Field T, Pickens J, Martinez A, Bendell D, Yando R, Routh D** (1996): Preschoolers of dysphoric mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(2):221–224.
- [149] **Laucht M** (2008): Störungen des Kleinkind- und Vorschulalters. In: Esser G (Hrsg), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart.
- [150] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH** (1989): Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen im Säuglingsalter: Einfluß von organischen und psychosozialen Risikofaktoren. In: Weinmann HM (Hrsg.), *Aktuelle Neuropädiatrie 1988*. Springer, Berlin.
- [151] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH** (1992): Psychisch auffällige Eltern: Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Z Fam Forsch*, 44:22–48.
- [152] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH** (1992): Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zur Psychopathologie der frühen Kindheit. *Z Kinder Jugendpsychiatr*, 20(1):22–33.
- [153] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH** (1993): Psychische Auffälligkeiten im Kleinkind- und Vorschulalter. *Kindh Entwickl*, 2:143–149.

- [154] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH** (2000): Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Z Klin Psychol Psychother*, 29(4):284–292.
- [155] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH, Ihle W, Löffler W, Stöhr RM, Weindrich D, Weinel H** (1992): "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 41(8):274–285.
- [156] **Laucht M, Esser G, Schmidt MH, Ihle W, Marcus A, Stöhr RM, Weindrich D** (1996): Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 24:67–81.
- [157] **Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Binns HJ, Christoffel KK, Gibbons RD** (1998): Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(12):1246–1254.
- [158] **Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H, Isaacs C** (1996): Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(2):204–214.
- [159] **Lüdtke O, Robitzsch A, Trautwein U, Köller O** (2007): Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychol Rundsch*, 58(2):103–117.
- [160] **Lockowandt O** (2000): Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW). Beltz Test GmbH, Göttingen.
- [161] **Luby JL** (2009): Early childhood depression. *Am J Psychiatry*, 166(9):974–979.
- [162] **Luby JL, Belden AC, Pautsch J, Si X, Spitznagel E** (2009): The clinical significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *J Affect Disord*, 112(1-3):111–119.
- [163] **Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T** (2002): Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(8):928–937.
- [164] **Lyman RD, Campbell NR** (1996): Treating children and adolescents in residential and inpatient settings. Sage Publications, Thousand Oaks CA.

- [165] **Martin RP, Hooper S, Snow J** (1986): Behavior rating scale approaches to personality assessment in children and adolescents. In: Knoff H (Hrsg.), The assessment of child and adolescent personality. Guilford Press, New York.
- [166] **Mathiesen KS, Sanson A** (2000): Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. *J Abnorm Child Psychol*, 28(1):15–31.
- [167] **Mayes SD, Krecko VF, Calhoun SL, Vesell HP, Schuch S, Toole WR** (2001): Variables related to outcome following child psychiatric hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry*, 23(5):278–284.
- [168] **McDonnell MA, Glod C** (2003): Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 16(4):141–152.
- [169] **McGuire RJ, Berg I, McKenzie I, Wright B, Foreman D, Chandiramani K** (2000): Have the Cross-Informant Syndromes of the CBCL any practical value in identifying grouped ICD10 diagnoses? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9(4):263–270.
- [170] **Melchers P, Preuss U** (1991): Kaufman-Assessment Battery for Children. Durchführungs- und Auswertungshandbuch. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- [171] **Merrell KW** (2007): Behavioral, social and emotional assessment of children and adolescents. Lawrence Erlbaum Associates, Philadelphia.
- [172] **Mesman J, Bongers IL, Koot HM** (2001): Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(5):679–689.
- [173] **Mesman J, Koot HM** (2000): Common and specific correlates of preadolescent internalizing and externalizing psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 109(3):428–437.
- [174] **Mesman J, Koot HM** (2001): Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(9):1029–1036.
- [175] **Metternich TW, Döpfner M** (2000): Oppositionelle Verhaltensstörungen im Vorschulalter. *Kindh Entwickl*, 9(1):30–39.

- [176] **Milin R, Coupland K, Walker S, Fisher-Bloom E** (2000): Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(3):320–328.
- [177] **Miller SD, Duncan BL, Hubble MA** (2000): *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- [178] **Millon T** (1991): Classification in psychopathology: rationale, alternatives, and standards. *J Abnorm Psychol*, 100(3):245–261.
- [179] **Moggi F** (2005): Kindesmisshandlung. In: Schlottke PF, Schneider S, Silbereisen RK, Lauth GW (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter - Verhaltensauffälligkeiten*. Hogrefe, Göttingen.
- [180] **Moggi F** (2009): Kindesmisshandlung - Behandlung von psychischen Störungen im Zusammenhang mit Gewalt an Kindern. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Band 3*. Springer, Berlin.
- [181] **Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O’Callaghan M, Le Brocque R, Andersen MJ, Shuttlewood GJ** (2001): Bias influencing maternal reports of child behaviour and emotional state. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(4):186–94.
- [182] **Niccols A** (2009): Immediate and short-term outcomes of the ‘COPEing with Toddler Behaviour’ parent group. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(5):617–626.
- [183] **Noterdaeme M, Amorosa H** (1998): Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern - Child-behavior-Checklist als Screeninginstrument. *Monatsschr Kinderheilkd*, 146(10):931–937.
- [184] **Pallant J** (2007): *SPSS survival manual*. B&T, New York.
- [185] **Papousek M** (1998): Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: von Klitzing K (Hrsg.), *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- [186] **Papousek M** (1999): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter R, Röper G, Noam G (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

- [187] **Papousek M** (2000): Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 49(8):611–627.
- [188] **Papousek M** (2003): Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In: Papousek M, von Gontard A (Hrsg.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- [189] **Papousek M** (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papousek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Krisen und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*. Huber, Bern.
- [190] **Papousek M** (2008): Störungen des Säuglingsalters. In: Esser G (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart.
- [191] **Petermann U, Reinartz H, Petermann F** (2002): IDL 0-2: Ein Explorationsbogen zur Identifikation differentieller Lernwege in der Sozialentwicklung. *50(4):427–457*.
- [192] **Petermann U, Suhr-Dachs L** (2008): Soziale Phobie. In: Petermann F (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe, Göttingen.
- [193] **Pfeiffer E, Lehmkuhl U** (2008): Bindungsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart.
- [194] **Pfeiffer SI, Strzelecki SC** (1990): Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(6):847–853.
- [195] **Pihlakoski L, Sourander A, Aromaa M, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M** (2006): The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(7):409–417.
- [196] **Polowczyk M, Trautmann-Villalba P, Dinter-Jörg M, Gerhold M, Laucht M, Schmidt MH, Esser G** (2000): Auffällige Mutter-Kind-Interaktion im Vorschulal-

- ter bei Kindern mit hyperkinetischen und Sozialverhaltensauffälligkeiten. *Z Klin Psychol Psychother*, 29(4):293–304.
- [197] **Postert C, Aeverbeck-Holocher M, Beyer T, Müller J, Furniss T** (2009): Five systems of psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry Hum Dev*, 40(1):25–41.
- [198] **Poustka F** (1988): Kinderpsychiatrische Untersuchungen. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis - Band 1*. Thieme, Stuttgart.
- [199] **Quay HC** (1986): Classification. In: Quay HC, Werry JS (Hrsg.), *Psychopathological disorders of childhood*. Wiley, New York.
- [200] **Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ** (2009): The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry*, 166(6):645–650.
- [201] **Remschmidt H** (2008): Klassifikation psychischer Störungen. In: Lentze MJ, Schulte FJ, Schaub J, Spranger J (Hrsg.), *Pädiatrie*. Springer, Berlin.
- [202] **Remschmidt H, Fombonne E** (1999): Entwicklungspsychopathologie. *Nervenarzt*, 70(7):577–586.
- [203] **Remschmidt H, Mattejat F** (2006): Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 34(6):455–464.
- [204] **Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F** (2006): Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Huber, Bern.
- [205] **Remschmidt H, Walter R** (1990): *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Hogrefe, Göttingen.
- [206] **Renk K** (2008): Disorders of conduct in young children: Developmental considerations, diagnoses, and other characteristics. *Dev Rev*, 28(3):316–341.
- [207] **Rescorla L** (2005): Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 11(3):226–237.

- [208] **Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, Bird H, Broberg A, Dobrean A, Döpfner M, Erol N, Fornis M, Hannesdottir H, Kanbayashi Y, Lambert MC, Leung P, Minaei A, Mulatu MS, Novik TS, Oh K-J, Roussos A, Sawyer M, Simsek Z, Steinhausen H-J, Weintraub S, Metzke CW, Wolanczyk T, Zilber N, Zukauskiene R, Verhulst FC (2007):** Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 Countries. *J Consult Clin Psychol*, 75(2):351–358.
- [209] **Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, Bird H, Chen W, Dobrean A, Döpfner M, Erol N, Fombonne E, Fonseca A, Frigerio A, Grietens H, Hannesdottir H, Kanbayashi Y, Lambert M, Larsson B, Leung P, Liu X, Minaei A, Mulatu MS, Novik TS, Oh K-J, Roussos A, Sawyer M, Simsek Z, Steinhausen H-C, Weintraub S, Weisz J, Metzke CW, Wolanczyk T, Yang H-J, Zilber N, Zukauskiene R, Verhulst FC (2007):** Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *J Emot Behav Disord*, 15(3):130–142.
- [210] **Richman N, Stevenson J, Graham PJ (1987):** Pre-school to school. Academic Press, London.
- [211] **Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998):** Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 155(6):715–725.
- [212] **Robins LN (1979):** Follow-up studies. In: Quay H, Werry J (Hrsg), *Psychopathological disorders of childhood*. Wiley, New York.
- [213] **Rose SL, Rose SA, Feldman JF (1989):** Stability of behavior problems in very young children. *Dev Psychopathol*, 1(1):5–19.
- [214] **Roza SJ, Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC (2003):** Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry*, 160(12):2116–2121.
- [215] **Rutter M, Sroufe LA (2000):** Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol*, 12(3):265–296.
- [216] **Rye N (2008):** Play therapy as a mental health intervention for children and adolescents. *J Fam Health Care*, 18(1):17–19.

- [217] **Schafer JL** (1999): NORM: Multiple imputation of incomplete multivariate data under a normal model (computer software). University Park: Pennsylvania State University, Department of Statistics.
- [218] **Schafer JL, Graham JW** (2002): Missing data: our view of the state of the art. *Psychol Methods*, 7(2):147–177.
- [219] **Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW** (2003): New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(5):561–570.
- [220] **Schimmelmann BG, Schulte-Markwort M, Richter R** (2001): Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 29(3):178–188.
- [221] **Schmeck K, Poustka F, Döpfner M, Plück J, Berner W, Lehmkuhl G, Fegert J, Lenz K, Huss M, Lehmkuhl U** (2001): Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in german samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(4):240–247.
- [222] **Schmidt U, Asen E** (2005): Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? *J Fam Ther*, 27(2):101–103.
- [223] **Schmidt MH** (2004): Indikation als Schlüsselbegriff zwischen Diagnostik und Intervention. In: Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (Hrsg.), *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- [224] **Schmidt MH** (2008): Probleme der diagnostischen Klassifikation im Kindes- und Jugendalter. In: Esser G (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart.
- [225] **Schneider S, Unnewehr S, Margraf J** (2009): *Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Springer, Berlin.
- [226] **Scholz M** (2005): Was können systemische Familientageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten? *ZSTB*, 23(3):172–178.
- [227] **Scholz M, Asen E, Gantchev K, Schell B, Süß U** (2002): Familientagesklinik in der Kinderpsychiatrie. Das Dresdner Modell - Konzept und erste Erfahrungen. *Psychiatr Prax*, 29(3):125–129.

- [228] **Schwartz CE, Snidman N, Kagan J** (1996): Early childhood temperament as a determinant of externalizing behavior in adolescence. *Dev Psychopathol*, 8(3):527–537.
- [229] **Sinzig J, Schmidt MH** (2007): Verhaltensstörungen im Kindergartenalter. *Monatsschr Kinderheilkd*, 155(10):915–920.
- [230] **Smeekens S, Riksen-Walraven JM, van Bakel HJ** (2007): Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: a longitudinal model. *J Abnorm Child Psychol*, 35(3):347–361.
- [231] **Sourander A, Helenius H, Leijala H, Heikkilä T, Bergroth L, Piha J** (1996): Predictors of outcome of short-term child psychiatric inpatient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 5(2):75–82.
- [232] **Sourander A, Helenius H, Piha J** (1996): Outcome of short-term child psychiatric hospitalization: teacher evaluation at 5-month and 12-month follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 5(4):204–211.
- [233] **Sourander A, Leijala H** (2002): The clinical course of children treated in a short-term inpatient programme. *Child Psychiatry Hum Dev*, 33(1):75–88.
- [234] **Sourander A, Piha J** (1996): A short-term, family-oriented, child and adolescent psychiatric inpatient treatment program. *Fam Process*, 35(1):103–111.
- [235] **Sourander A, Piha J** (1998): Three-year follow-up of child psychiatric inpatient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7(3):153–162.
- [236] **Steinhausen HC** (2002): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Elsevier, München.
- [237] **Steinhausen HC** (2006): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Elsevier, München.
- [238] **Stormont M** (2002): Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychol Sch*, 39(2):127–138.
- [239] **Suhr-Dachs L, Petermann U** (2008): Trennungsangst. In: Petermann F (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe, Göttingen.

- [240] **Suppiger A, Schneider S** (2009): Klassifikation psychischer Störungen. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Band 3. Springer, Berlin.
- [241] **Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool** (2003): Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(12):1504–1512.
- [242] **Tellegen PJ, Laros JA, Petermann F** (2007): SON-R 2,5-7. Non-verbaler Intelligenztest: Testmanual mit deutscher Normierung und Validierung. Hogrefe, Göttingen.
- [243] **Terr L** (1988): What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(1):96–104.
- [244] **Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL** (1994): Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Arch Gen Psychiatry*, 51(9):732–739.
- [245] **Tse J** (2006): Research on day treatment programs for preschoolers with disruptive behavior disorders. *Psychiatr Serv*, 57(4):477–486.
- [246] **van de Weijer-Bergsma E, Wijnroks L, Jongmans MJ** (2008): Attention development in infants and preschool children born preterm: a review. *Infant Behav Dev*, 31(3):333–351.
- [247] **Velderman MK, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Van IJzendoorn MH, Mangelsdorf SC, Zevalkink J** (2006): Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Int J Ment Health*, 27(5):466–493.
- [248] **Verhulst FC, Achenbach TM** (1995): Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: cross-cultural applications. a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 4(2):61–76.
- [249] **Verhulst FC, Koot H** (1991): Longitudinal research in child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(3):361–368.

- [250] **Verhulst FC, van der Ende J** (1992): Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(5):924–931.
- [251] **von Aster S** (2006): Spieltherapeutische Ansätze in der Verhaltenstherapie mit Kindern, Kontakt- und Beziehungsgestaltung mit Kindern, das Spiel als therapeutisches Medium. In: Matthejat F (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. CIP-Medien, München.
- [252] **von Kries R, Kalies H, Papousek M** (2006): Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(5):508–511.
- [253] **Walter R, Remschmidt H** (1999): Untersuchungen zur Reliabilität, Validität und Faktorenstruktur einer deutschsprachigen Version der Child Behavior Checklist. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother*, 28(3):177–184.
- [254] **Ware LM, Novotny ES, Coyne L** (2001): A therapeutic nursery evaluation study. *Bull Menninger Clin*, 65(4):522–548.
- [255] **Wariyar UK, Richmond S** (1989): Morbidity and preterm delivery: importance of 100 percent follow-up. *Lancet*, 1(8634):387–388.
- [256] **Warnick EM, Bracken MB, Kasl S** (2008): Screening efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*, 13(3):140–147.
- [257] **Webster-Stratton C** (1990): Long-term follow-up of families with young conduct problem children: from preschool to grade school. *J Clin Child Psychol*, 19(2):144–49.
- [258] **Webster-Stratton C** (1997): Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In: Guralnick MJ (Hrsg.), *The effectiveness of early intervention*. Brookes, Baltimore.
- [259] **Weinberg MK, Tronick EZ** (1998): The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 2):53–61.
- [260] **Wickramaratne PJ, Weissman MM** (1998): Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(9):933–942.

- [261] **Widiger TA, Samuel DB** (2005): Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders-fifth edition. *J Abnorm Psychol*, 114(4):494–504.
- [262] **Wiefel A, Titze K, Kuntze L, Winter M, Seither C, Witte B, Lenz K, Grüters A, Lehmkuhl U** (2007): Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 56(1):59–81.
- [263] **Willett JB** (1989): Some results on reliability for the longitudinal measurement of change: implications for the design of studies of individual growth. *Educ Psychol Meas*, 49(3):587–602.
- [264] **Willett JB, Singer JD, Martin NC** (1998): The design and analysis of longitudinal studies of development and psychopathology in context: statistical models and methodological recommendations. *Dev Psychopathol*, 10(2):395–426.
- [265] **Wolf MJ, Koldewijn K, Beelen A, Smit B, Hedlund R, de Groot IJ** (2002): Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatr*, 91(8):930–938.
- [266] **Wolf MJ, Smit B, de Groot I** (2001): Behavioural problems in children with low birthweight. *Lancet*, 358(9284):843.
- [267] **Wolke D, Meyer R, Ohrt B, Riegel K** (1995): Co-morbidity of crying and feeding problems with sleeping problems in infancy: Concurrent and predictive associations. *Early Develop Parent*, 4(4):191–207.
- [268] **Wolke D, Söhne B** (1997): Wenn der Schein trügt: Zur kritischen Interpretation von Entwicklungsstudien. *Monatsschr Kinderheilkd*, 145(5):444–456.
- [269] **Wurmser H, Laubereau B, Hermann M, Papousek M, von Kries R** (2001): Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Hum Dev*, 64(1):1–6.
- [270] **ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddler, and Families** (1999): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Springer, Wien.
- [271] **Zimet SG** (1987): Child partial hospitalization: world view and status. *Int J Partial Hosp*, 4(4):243–256.

- [272] **Zimmer R, Volkamer M** (1987): Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder (MOT 4-6). Hogrefe, Göttingen.

Tabellenverzeichnis

2.1	Indikationen und Kontraindikationen zur Aufnahme in die Familientages- klinik	15
2.2	Kriterien zur Einschätzung des biologischen Risikos	22
2.3	Kriterien zur Einschätzung des psychosozialen Risikos	23
3.1	Syndromskalen und Beispielitems der CBCL/4-18	31
3.2	Syndromskalen und Beispielitems der CBCL/1½-5	36
3.3	Altersverteilung zu den Messzeitpunkten T1 und T3	41
3.4	Behandlungsdauer (in Monaten)	41
3.5	Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe zu T3	42
4.1	Mittelwert und Standardabweichung der T-Werte zu T1 der Gesamtstich- probe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen	43
4.2	Klinische Bedeutung der T-Werte zu T1 der Gesamtstichprobe, der Stich- probe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen mit Angabe der absolu- ten Häufigkeit und der Angabe in Prozent	44
4.3	Mittelwert und Standardabweichung der T-Werte zu T2 der Gesamtstich- probe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen	45
4.4	Klinische Bedeutung der T-Werte zu T2 der Gesamtstichprobe, der Stich- probe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen mit Angabe der absolu- ten Häufigkeit und der Angabe in Prozent	45
4.5	Mittelwert und Standardabweichung der T-Werte zu T3 der Gesamtstich- probe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen	46
4.6	Klinische Bedeutung der T-Werte zu T3 der Gesamtstichprobe, der Stich- probe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen mit Angabe der absolu- ten Häufigkeit und der Angabe in Prozent	47
4.7	Vergleich der T-Werte von T1 und T2 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen	49
4.8	Verlauf der klinischen Bedeutung der T-Werte der zu T1 auffälligen Kinder nach T2 mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent	51
4.9	Vergleich der T-Werte von T2 und T3 der Gesamtstichprobe, der Stichprobe der Jungen und der Stichprobe der Mädchen	52
4.10	Verlauf der klinischen Bedeutung der T-Werte der zu T2 unauffälligen Kin- der nach T3 mit Angabe der absoluten Häufigkeit und der Angabe in Prozent	53
4.11	Korrelationsanalyse zwischen den T-Werten von T1 und T3	55

Abbildungsverzeichnis

4.1	Verlauf der T-Werte	48
4.2	Einfluss des Zeitraums zwischen T2 und T3 auf das Outcome	54

Lebenslauf

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich ein kurzes Dankeschön an all jene Leute richten, die mir auf dem Weg zu dieser Arbeit geholfen haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fürniss, der mir die Mitarbeit in dem Projekt ermöglicht und unserer Doktorandengruppe von Beginn an großes Vertrauen entgegengebracht hat. So konnten wir in Eigenverantwortung die Kontaktaufnahme mit den ehemaligen Patienten der Familientagesklinik gestalten. Ebenso oblag uns die Organisation und Durchführung der Gespräche mit den Familien, was eine herausfordernde, aber vor allem eine sehr lehrreiche Erfahrung war. Zahlreiche Eindrücke und Erkenntnisse, die ich in diesem Rahmen sammeln konnte, werde ich in meine zukünftige ärztliche Tätigkeit mitnehmen.

Meinem Betreuer, Herrn Dr. phil. Jörg M. Müller, danke ich für die großen Bemühungen, die er von Beginn an in die Studie investiert hat. Die Ratschläge sowie die konstruktiven Anregungen waren mir in der Zeit unserer Zusammenarbeit stets eine enorme Hilfe. In diesem Zusammenhang sind ferner die weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Klinik zu erwähnen, die ebenfalls jederzeit mit Rat und Tat zur Seite standen - als da wären: Frau Dr. phil. Sandra Achtergarde und Herr Thomas Beyer.

Auch bei allen Mitarbeitern der Familientagesklinik unter der Leitung von Frau Dr. med. Marlies Averbeck-Holocher möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Sie haben die Familien und uns Doktoranden stets freundlich empfangen und sich Zeit für ein gemeinsames Gespräch genommen. Dies war nicht nur mir - vor allem zu Beginn - eine große Hilfe, sondern vielen Familien ein ganz besonderes Anliegen.

Meiner Mitdoktorandin Gaby danke ich für die freundschaftliche Zusammenarbeit während des Projektes. Ferner bedanke ich mich bei Frau Dr. rer. medic. Nani Osada vom Institut für Medizinische Informatik und Biomathematik der Universitätsklinik Münster für die Unterstützung bei der Datenbearbeitung und -auswertung.

Abschließend möchte ich mich besonders bei meinen Eltern und meiner Freundin Gabriela bedanken. Bei ihnen, aber auch bei meinen Geschwistern und den anderen Mitgliedern meiner Familie habe ich stets Rückhalt gefunden und konnte in ihrem Kreise die ein oder andere ruhige Stunde abseits der Doktorarbeit verbringen.

Anhang

Anschreiben zur Follow-Up-Untersuchung



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster

Universitätsklinikum Münster • Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie • 48129 Münster

Familie Mustermann
Musterstraße 1
48153 Münster



**Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. T. Füniss

Schmeddingstraße 50
48149 Münster

Familientagesklinik u. -Ambulanz
Leiterin: Frau Dr. med. Averbek-Holocher

Telefon: (02 51) 83 – 5 67 01
Telefax: (02 51) 83 – 5 22 75
E-Mail: kipsych@ukmuenster.de

48149 Münster, 01. Oktober 2007

-/-

Sehr geehrte Familie Mustermann,

vor einiger Zeit haben Sie und ihr Kind Max die tagesklinische Behandlung in unserer Klinik abgeschlossen. Wir schreiben Ihnen heute, weil wir erfahren möchten, wie es Ihnen inzwischen miteinander ergangen ist. Deshalb möchten wir eine Nachsorgeuntersuchung durchführen, um zu sehen, in wieweit wir hilfreich sein konnten oder was wir in unserer Arbeit zukünftig verbessern können und wir möchten Sie bitten, uns dabei zu helfen.

Die Nachsorgeuntersuchung umfasst Fragen, wie es Ihnen und Max heute geht, und wir wollen etwas über die aktuellen - und vergangenen - Probleme erfahren, die Sie seinerzeit zu uns geföhrt haben. Wir wären Ihnen außerordentlich dankbar, wenn Sie die beiliegenden Fragebögen ausfüllen und an uns zurückzusenden würden. Wir werden uns dann für ein persönliches Gespräch mit Ihnen in Verbindung setzen. Das Gespräch kann entweder in unserer Klinik oder - nach Wunsch - auch bei Ihnen Zuhause stattfinden. Die Nachsorgeuntersuchung wird von zwei Mitarbeitern/Doktoranden durchgeführt. Die Untersuchung dient uns zu erfahren, welche diagnostischen und therapeutischen Schritte und Vorgehensweisen hilfreich waren, wie Sie die Behandlung in der Tagesklinik heute sehen und wie wir die tagesklinische Arbeit verbessern und weiterentwickeln können. Darum bitten wir Sie herzlichst um Ihre Hilfe und möchten Sie bitten, die ausgefüllten Fragebögen sobald als möglich an uns zurückzusenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Averbek-Holocher

Univ.-Prof. Dr. med. T. Füniss