

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

**Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten mit verschiedenen
Behandlungsmodulen der Familientagesklinik Münster**

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

vorgelegt von Geffken, Frauke
aus Essen

2015

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

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

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fürniss

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Patricia Ohrmann

Tag der mündlichen Prüfung: 04.02.2015



ERKLÄRUNG

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten mit verschiedenen
Behandlungsmodulen der Familientagesklinik Münster

in der/im (Klinik, Institut, Krankenanstalt):

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster

unter der Anleitung von:

Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fürniss

1. selbständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Münster, den 06.02.2015

Ort, Datum

Frauke Geffken

Name/ Unterschrift

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer-
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Tilman Fűrnisss
Koreferent: Prof. Dr. med. Patricia Ohrmann

ZUSAMMENFASSUNG

Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten mit verschiedenen Behandlungsmodulen
der Familientagesklinik Münster
Frauke Geffken

Im Rahmen einer Studie wurde die Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten hinsichtlich verschiedener Behandlungsmodule der Behandlung in der Familientagesklinik für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster anhand eines Fragebogens untersucht. In die Studie eingeschlossen wurden 131 Kinder mit ihren Müttern, die in den Jahren 2001 bis 2008 in der Familientagesklinik alle Therapiemodule erhielten. Hierzu zählten unter anderem Mutter-Kind-Interaktionen, Einzelgespräche, Videofeedback oder die Elterngruppe. Insgesamt betrug bei der Messung der Zufriedenheit der Mittelwert über alle Therapiemodule bei den Müttern 1,96, was der Note „gut“ entspricht und verdeutlicht, dass die Mütter mit der Behandlung in der Familientagesklinik insgesamt zufrieden waren. Mit einem Mittelwert über alle Therapiemodule von 2,30 wiesen auch die Therapeuten eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung auf. Bei der Beurteilung der einzelnen Therapiemodule konnten zwischen den Müttern und Therapeuten deutliche Unterschiede unter anderem in den Therapiemodulen „Video“ und „Einzelgespräche“ herausgestellt werden. Post-hoc wurde auch der Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und standardisierten Erfolgsmaßen für das Kind und die Mutter untersucht. Eine statistisch signifikante Verbesserung der Psychopathologie des Kindes (dargestellt durch den CBCL Total Problem Score) und der Mutter (dargestellt durch den GSI des SCL-90-R) bestätigten den Behandlungserfolg der familientagesklinischen Behandlung. Insgesamt dienen die Ergebnisse dieser Studie dazu, die Therapie stetig an die Bedürfnisse der Familien anzupassen.

Tag der mündlichen Prüfung: 04.02.2015

Inhaltsverzeichnis

1 Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie.....	1
1.1 Epidemiologie der Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie.....	1
1.2 Familientagesklinische Behandlung	3
1.2.1 Geschichte der Familientagesklinik	3
1.2.2 Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster...	3
2 Behandlung aus Patientenperspektive	7
3 Methodik.....	9
3.1 Instrumente	9
3.1.1 Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen von Beyer	9
3.1.2 CBCL 1,5-5	11
3.1.3 SCL-90-R	13
3.2 Durchführung der Datenerhebung	14
3.2.1 Patientendaten	14
3.2.2 Teilnehmerselektion.....	15
3.2.3 statistische Auswertung	15
3.2.4 Stichprobenbeschreibung.....	16
4 Fragestellung.....	18
5 Ergebnisse	19
5.1 Beurteilung von Therapiemodulen auf Itemebene.....	19
5.1.1 Beurteilung aus Sicht der Mütter	19
5.1.2 Beurteilung aus Sicht der Therapeuten	22
5.1.3 Vergleich von Müttern und Therapeuten	24
5.2 Übereinstimmung von Müttern und Therapeuten hinsichtlich der Zufriedenheit und des Therapieerfolges	24
5.3 Verlauf der Psychopathologie des Kindes	26
5.4 Verlauf der Psychopathologie der Mutter.....	27
5.5 Übereinstimmung der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten mit dem Therapieerfolg des Kindes und dem Therapieerfolg der Mutter	28
6 Diskussion	30

6.1 Zufriedenheit mit Therapiemodulen der Behandlung in der Familientimesklinik Münster	30
6.1.1 Zufriedenheit aus Sicht der Mütter.....	30
6.1.2 Zufriedenheit aus Sicht der Therapeuten.....	33
6.1.3 Vergleich der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten.....	34
6.2 Bewertung des Behandlungserfolges	36
6.3 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Therapieerfolg.....	37
6.4 Fazit und Ausblick	39
7 Literaturverzeichnis	41
8 Tabellenverzeichnis	48
9 Abbildungsverzeichnis.....	49
Lebenslauf	50
Danksagung	52
Anhang	I

1 Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie

1.1 Epidemiologie der Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie

In diesem einleitenden Kapitel soll ein kurzer Überblick über die Epidemiologie von psychiatrischen Erkrankungen im Vorschulalter gegeben werden, welche anhand von Prävalenzen (Auftreten psychischer Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung) berichtet wird. Hierbei ist zunächst zu berücksichtigen, dass sich die Klassifikation psychischer Erkrankungen im Vorschulalter selbst in Entwicklung befindet und verschiedene Systeme einander gegenübergestellt werden, wie die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV), das Klassifikationsschema Zero To Three-R (DC:0-3 2005) und die Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (RDC-PA 2002) (siehe [21]), womit ein Standard, anhand dessen Prävalenzdaten berichtet werden können, derzeit noch nicht gegeben ist. Die folgende Tabelle 1 gibt zumindest einen Eindruck über die den Prävalenzzahlen zugrunde liegenden Stichprobenarten, deren Umfängen und Herkunft.

Tabelle 1: Vergleich epidemiologischer Studien zum Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen im Vorschulalter

Studie	Alter	N	Land	Prävalenz(%)
Egger et al. (2006)	2-5	307	USA	16,2
Lavigne et al. (2009)	4	796	USA	*
Carter et al. (2010)	6-7	442	USA	21,6
Wichstrom et al. (2012)	4	995	Norwegen	7,1
Gudmundsson et al.(2012)	4-6	339	Island	10,1

*keine Angabe zur allgemeinen Prävalenz gemacht

1.1 Epidemiologie der Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie

Die Prävalenzen variieren je nach Studie zwischen 7,1% [47] und 21,6% [12], wobei die europäischen Studien von Wichstrom et al. (Norwegen) mit 7,1% [47] und Gudmundsson et al. (Island) mit 10,1% [24] eine deutlich geringere Prävalenz aufweisen als die amerikanischen Studien. Laut Wichstrom et al. kann die geringere Prävalenzrate in Norwegen vielleicht durch sozioökonomische Faktoren und die Kinderversorgung im Land erklärt werden [47]. Auch Lavigne et al. stellen die Vermutung auf, dass die unterschiedlichen Prävalenzen Hinweise auf wirklich vorliegende Unterschiede in den Populationen geben könnten [32], verweisen jedoch auf die unterschiedlichen verwendeten Erhebungsinstrumente. Die Prävalenzen im Vorschulalter erscheinen mit denen der späteren Kindheit vergleichbar [15]. Dies lässt die Vermutung aufstellen, dass die Prävalenzrate von psychischen Störungen während des gesamten Lebens gleich bleibt, jedoch andere Störungsmuster in den Vordergrund treten [15]. Deutsche Studien, die sich mit der Epidemiologie der Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie beschäftigt haben, weisen mit 11,6% bis 18% vergleichbare Prävalenzraten zu den vorgestellten internationalen Studien auf [7,16,20,31].

Für das Kindes- und Jugendalter gibt es bereits eine Vielzahl an Studien, die sich mit der Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. zu einer bestimmten Zeitspanne beschäftigt haben. Dies gilt jedoch nicht in gleicher Weise für das Vorschulalter. Laut Lavigne et al. ist einer der Gründe dafür, dass der Psychiatrie des Vorschulalters lange Zeit keine große Aufmerksamkeit geschenkt wurde, der weit verbreitete Glaube, dass Kinder aus den psychischen Auffälligkeiten wieder herauswachsen würden [32]. In den letzten Jahren hat die Forschung auf diesem Gebiet jedoch immer mehr an Bedeutung gewonnen. Aktuellen Studien zufolge geht man derzeit davon aus, dass etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen in der Normalbevölkerung von einem chronischen Verlauf ihrer psychischen Erkrankung betroffen [27] sind. Ein frühes Erkennen und Behandeln der Vorschulkinder ist notwendig, da unbehandelte Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkindalter sich im weiteren Verlauf in der Entwicklung verfestigen und bis zu therapieresistenten Störungen führen können [39,47]. Laut Ihle et al. befinden sich viele Kinder, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, nicht in Behandlung [27].

Die Anzahl an erkrankten Kindern, die psychiatrisch behandelt werden, variiert zwischen 11 und 25% [15,27,32,38]. Laut Ihle et al. erfahren von diesen Kindern nur

21% eine angemessene Behandlung [27]. Diese Zahlen können allerdings nur begrenzt den eigentlichen Bedarf nach einer spezialisierten Behandlung in der Bevölkerung darstellen.

1.2 Familientagesklinische Behandlung

1.2.1 Geschichte der Familientagesklinik

Die Geschichte der Familientagesklinik in Europa beginnt in den 1960er Jahren mit der Gründung der ersten familientagesklinischen Einrichtung „Triangel“ in Amsterdam in den Niederlanden. In den 1960er und 1970er Jahren können sich weitere familientagesklinische Einrichtungen in anderen europäischen Ländern wie Großbritannien, Norwegen und der Schweiz etablieren (siehe [21]). 1997 eröffnet die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster die erste Familientagesklinik in Deutschland. In den darauffolgenden Jahren werden in weiteren Städten wie Dresden, Viersen und Hamburg familientagesklinische Einrichtungen aufgebaut [41]. Das Angebot an familientagesklinischen Einrichtungen ist in Deutschland nicht groß und noch nicht lange etabliert, sodass auch der Forschungsstand auf diesem Gebiet gering ist.

1.2.2 Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster

Aufnahmeindikation

Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster behandelt psychiatrisch erkrankte Kinder im Alter von null bis sechs Jahren und deren Eltern.

Sie verfügt über 10 Behandlungsplätze und bietet blockweise eine Therapie an, die entweder im ersten Block montags und dienstags oder im zweiten Block mittwochs bis freitags stattfindet. Die jeweils restlichen Tage der Woche verbringen die Kinder mit ihren Eltern im gewohnten familiären Umfeld. Es wird immer ein Elternteil als Begleitperson oder, wenn medizinisch indiziert, als Patient mit aufgenommen. Auch

1.2.2 Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster

Geschwister können in die Behandlung integriert werden. Bei autistischen Kindern, Kindern mit anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie Kindern mit schweren Lernstörungen, ist eine Aufnahme derzeit nicht möglich, sodass diese Kinder an spezialisierte Einrichtungen verwiesen werden. Auf Seiten der Mütter müssen eine schwere Abhängigkeit, eine akute Psychose und eine Suizidgefahr vor der Aufnahme ausgeschlossen werden [21].

Multiprofessionelles Therapeutenteam

Eine Besonderheit der Familientagesklinik ist, dass die Kinder und Eltern von einem multiprofessionellen Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, Heilpädagogen, Erziehern, Krankenpflegern/-schwestern, Sozialpädagogen und Mototherapeuten betreut werden. Die Diagnostik und Therapieplanung wird mit den Eltern gemeinsam durchgeführt und es wird ein Behandlungsvertrag erstellt, in dem gemeinsame Ziele der Therapie festgehalten werden.

Diagnostik

In den ersten Tagen nach der Aufnahme wird das Kind in verschiedenen Alltagssituationen, wie zum Beispiel beim Spielen, beim Essen, bei Interaktionen mit den Eltern oder mit anderen Kindern beobachtet. Typische Situationen werden dabei durch die Betreuer per Video festgehalten, um im Rahmen einer Fallbesprechung mit dem gesamten Team eine erste Einschätzung der Problematik des Kindes und der Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern abgeben zu können.

Insgesamt stützt sich die Diagnostik in der Familientagesklinik auf vier Pfeiler. Den ersten Pfeiler stellt die medizinische Diagnostik dar. Zu Beginn der Behandlung wird durch eine ärztliche Untersuchung der entwicklungsneurologische, psychische und somatische Status des Kindes erhoben. Bei somatischen Beschwerden werden gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen wie Labor oder EEG durchgeführt. Der zweite Pfeiler wird durch die psychologische Diagnostik dargestellt. Mit Hilfe verschiedener Testinstrumente wie zum Beispiel der Kaufmann-Testbatterie für Kinder (K-ABC) [32], des Wiener Entwicklungstests (WET) [28] und des Non-verbale Intelligenztests (SON-R 2,5-7) [45] werden die Wahrnehmung, die Entwicklung und die Intelligenz des Kindes beurteilt. Zur Erfassung der Psychopathologie des Kindes wird der Elternfrage-

1.2.2 Familientagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster

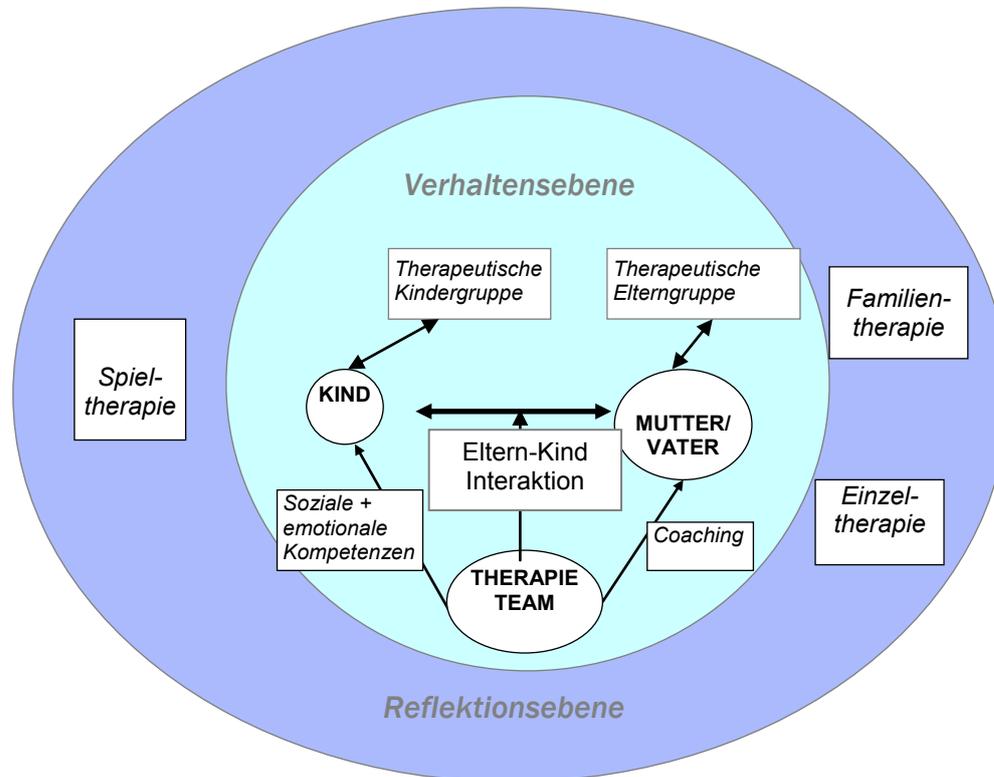
bogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL 1,5-5) [2] verwendet. Das psychische Befinden der Mutter wird mit Hilfe der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) [17] und des Beck-Depressions-Inventars (BDI) [26] erfasst. Einen weiteren wichtigen Pfeiler der Diagnostik in der Familientagesklinik stellt die Bindungs- und Beziehungsdiagnostik dar. Zur Einschätzung der Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind wird die Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS) [49] verwendet. Daneben finden Interaktionsbeobachtungen und Videoanalysen zur Einschätzung der Beziehungsqualität statt. Bei dem letzten Pfeiler, der fachtherapeutischen Diagnostik, wird die Entwicklung des Kindes durch Ergo- und Mototherapeuten beurteilt.

Behandlungskonzept (Module)

Das Behandlungskonzept der Familientagesklinik Münster basiert auf Daniel Sterns Konzept „Ports of entry“ [42,43] und dem familienzentrierten Behandlungskonzept von Fürniss et al. [19]. Daniel Stern beschreibt in seinem Konzept, dass Interventionen bei der Behandlung von Kleinkindern auf drei verschiedenen Ebenen, nämlich einer kindlichen, einer elterlichen und einer Interaktionsebene stattfinden können. Des Weiteren ordnen beide Konzepte therapeutische Interventionen einer Verhaltens- oder einer Reflexionsebene zu. Bei der Verhaltensebene handelt es sich um Handlungen, die von außen beobachtet werden können, wobei bei der Reflexionsebene innere Prozesse wie Ängste und Probleme im Vordergrund stehen. Alle Therapiemodule der Familientagesklinik lassen sich den vorgestellten Ebenen zuordnen (siehe Abbildung 1). Auf der kindlichen Ebene findet zweimal täglich eine Kindergruppe statt, in der durch freies Spielen und gemeinsames Essen Strategien zur Emotionsregulation entwickelt werden sollen. Zeitgleich dazu findet die Elterngruppe statt, in der morgens persönliche Therapieziele für das Kind definiert werden und die Umsetzung in der Nachmittags-sitzung analysiert wird. Thematisch im Vordergrund steht die Frage, inwiefern die Eltern ihre Kinder bei der Behandlung unterstützen können, wobei eigene psychische Erkrankungen der Eltern in diesem Rahmen nicht angesprochen werden. Weitere Therapiemodule auf elterlicher Ebene stellen die Einzelgespräche und Familiengespräche dar. Ein Therapiemodul auf der Interaktionsebene ist die Mutter-Kind-Interaktion, bei der es sich um alltägliche Situationen wie gemeinsames Spielen oder Essen handelt (Vergleich [21]).

Abbildung 1: Das Münsteraner Modell

Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Marlies Averbek-Holocher
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Münster



2 Behandlung aus Patientenperspektive

Am 26.02.2013 ist in Deutschland das neue Patientenrechtegesetz in Kraft getreten, mit dem die Rechte der Patienten gefestigt werden sollen, wobei die Stärkung der Patientenbeteiligung und die Qualitätssicherung der Behandlung mittels eines patientenorientierten Beschwerdemanagements eine wichtige Rolle spielen [11]. Nicht nur die Politik hebt die Position des Patienten hervor, sondern auch die Wissenschaft beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die Sicht des Patienten einen Einfluss auf den Verlauf der Behandlung hat.

Geringe Teilnahmeraten und hohe Abbruchraten stellen ein großes Problem bei psychiatrischen Behandlungen dar, weswegen es wichtig ist zu beleuchten, welche Faktoren Patienten dazu bringen an einer Therapie teilzunehmen bzw. welche sie davon abhalten [30]. Zu den Faktoren, die die Patienten an einer Teilnahme hindern, zählen zum Beispiel psychologische Barrieren wie Ängste oder Misstrauen und mangelnde Informationen über mögliche Behandlungsoptionen. Schwierigkeiten, dem Behandlungsprogramm zu folgen oder das Gefühl, dass die Therapie nicht hilft, stellen Barrieren für das Fortführen der Therapie dar. Als positiv für das Fortführen der Behandlung wird von den Patienten eine Therapie empfunden, die auf ihre aktuellen Bedürfnisse abgestimmt ist und bei der sie positive Gruppenerfahrungen machen können [30]. Kenntnisse über Barrieren und Anreize für eine Therapie aus Sicht der Patienten können einem somit Hinweise zur Therapieverbesserung geben [30]. Weitere Studien konnten zeigen, dass Patienten, die mit ihrer Behandlung zufrieden sind, eine höhere Compliance [33] und ein besseres Behandlungsergebnis aufweisen [25,29]. Entsprechend liegt es im Kern des Behandlungsanliegens für eine hohe Zufriedenheit und Akzeptanz bei den Patienten zu sorgen, wenngleich auch notwendige aufwändige Veränderungsprozesse im Rahmen der Behandlung möglich sein müssen.

Bei psychiatrischen Erkrankungen von Kindern beeinflusst die Sicht der Eltern die Inanspruchnahme einer Therapie. Eltern haben die Befürchtung, dass ihr Kind in der Therapie nicht gut aufgehoben ist und dass es nicht an der Behandlung teilnehmen möchte [40]. Die Beziehung der Eltern zum Therapeuten spielt bei der Behandlung des Kindes eine entscheidende Rolle. Die Angst, dass der Therapeut nicht vertrauenswürdig ist, verhindert die Aufnahme einer Therapie [40] und eine negative Therapeut-Eltern-Beziehung führt zu einer vorzeitigen Beendigung dieser [22].

2 Behandlung aus Patientenperspektive

Im Rahmen der Familientagesklinik Münster ist das Erheben von Daten zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg aus der Perspektive der Mutter von besonderer Bedeutung, da diese im Rahmen des familienzentrierten Konzeptes als Begleitperson oder falls medizinisch indiziert als Patientin an der Behandlung in der Familientagesklinik teilnimmt [21]. Die Einbeziehung der Mutter in die Therapie ist wichtig, da Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern aus einem Zusammenspiel von Kindes-, Eltern- und Umweltfaktoren entstehen [39] und die Therapie nicht „die Gesamtheit der elterlichen Funktionen“ übernehmen kann [41].

3 Methodik

3.1 Instrumente

3.1.1 Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen von Beyer

Bei dem „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ handelt es sich um ein Instrument, mit dem nach Abschluss der Therapie die subjektive Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung in der Familientagesklinik Münster untersucht werden kann. Der Fragebogen wurde von Dr. Thomas Beyer aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster im Jahr 2001 entwickelt. Eine angepasste Version des Fragebogens zur Einschätzung von Behandlungsmodulen existiert für den Therapeuten bzw. Familienbetreuer.

Zu Beginn des Fragebogens werden den Eltern zwei allgemeine Fragen zur Beurteilung der Therapie gestellt. Bei der ersten Frage geht es um die Beurteilung der Verbesserung der Probleme, die anhand einer fünfstufigen Skala von „nicht verbessert“ bis „sehr verbessert“ beantwortet werden soll. Die zweite Frage beschäftigt sich mit der allgemeinen Einschätzung des Erfolges der tagesklinischen Behandlung und wird anhand der fünfstufigen Skala „nicht erfolgreich“ bis „sehr erfolgreich“ beantwortet. Diese beiden Fragen werden getrennt für den Elternteil selber, für das Kind, für beide zusammen und für die Familie betrachtet. Bei den anderen 12 Fragen geht es darum, wie der Erfolg der verschiedenen Therapiemodule eingeschätzt wird. Auch hier wird eine fünfstufige Skala von „nicht hilfreich“ bis „sehr hilfreich“ angewendet. Diese Einteilung wird mit den Schulnoten „mangelhaft“ bis „sehr gut“ gleichgesetzt.

Bei den Therapiemodulen handelt es sich um:

1. Elterngruppe insgesamt
2. Rückmeldung von anderen Eltern aus der Elterngruppe
3. Mutter-/Eltern-Kind-Interaktion
4. Kindergruppe
5. Familiengespräche

3.1.1 Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen von Beyer

6. Einzelgespräche
7. Ratschläge/ Tipps von Mitarbeitern
8. Austausch mit anderen Familien
9. Erfahrung, dass andere Familien ähnliche Probleme haben
10. Einsatz von Video
11. Medizinische Behandlung von akuten Beschwerden
12. Testpsychologische Diagnostik

In der vorliegenden Arbeit wird der „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ verwendet, um eine Aussage über den Erfolg der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter und über die Zufriedenheit der Mütter mit der Behandlung treffen zu können. Das Kriterium „allgemeiner Erfolg der tagesklinischen Behandlung“ wird als Einzelitem abgefragt. Bei dem Kriterium „Zufriedenheit“ handelt es sich dagegen um einen Summenscore über die 12 Einzelitems, die oben aufgeführt sind.

Der „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ wurde im Zeitraum von 2001 bis 2008 allen Eltern in der Familientagesklinik zum Ende der Behandlung mit der Bitte gegeben, ihn stellvertretend für ihre Kinder auszufüllen.

Konzipiert wurde der Fragebogen in Orientierung an das Behandlungskonzept der Familientagesklinik Münster, das wiederum auf Sterns Konzept „Ports of entry“ basiert (siehe Abschnitt 1.2.2). Dementsprechend lassen sich die abgefragten Therapiemodule des Fragebogens den drei verschiedenen Ebenen von Sterns Konzept zuordnen:

1. Kindliche Ebene
 - Kindergruppe
2. Elterliche Ebene
 - Elterngruppe insgesamt
 - Austausch mit anderen Familien
 - Erfahrung nicht allein Probleme zu haben
 - Rückmeldung von anderen Patienten aus der Elterngruppe
 - Familiengespräche
 - Ratschläge/Tipps der Mitarbeiter

3.1.2 CBCL 1,5-5

- Einzelgespräche
- 3. Interaktionsebene
 - Mutter-Kind-Interaktion
 - Einsatz von Video

Ergänzend zu Sterns Konzept kann man auf den verschiedenen Ebenen die einzelnen Interaktionspartner betrachten. Dabei interagiert auf der kindlichen Ebene der Therapeut mit dem Kind. Auf der elterlichen Ebene handelt es sich bei den Therapiemodulen „Ratschläge/Tipps der Mitarbeiter“ und „Einzelgespräche“ um eine Therapeut-Mutter-Interaktion. Die anderen Therapiemodule auf dieser Ebene gehören zur Unterkategorie Elterngruppe oder Familie. Therapeut-Mutter-Kind-Interaktionen finden auf der Interaktionsebene statt. Allein die Therapiemodule „medizinische Versorgung“ und „testpsychologische Diagnostik“ lassen sich keiner der drei Ebenen zuordnen.

3.1.2 CBCL 1,5-5

Bei dem Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL 1,5-5) handelt es sich um die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist 1,5-5 [1]. Er wurde von der Arbeitsgruppe „deutsche Child Behavior Checklist“ übersetzt und ist seit 2002 verfügbar. Der Fragebogen umfasst 100 Items, in denen das Verhalten sowie psychische und emotionale Auffälligkeiten der Kinder abgefragt werden. 50 Items wurden dabei aus dem „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen“ (CBCL 4-18) übernommen. Zur Beantwortung der Fragen sollen die Eltern das Verhalten des Kindes in den letzten zwei Monaten betrachten. Dies wird auf einer Likert-Skala registriert, die folgende Ausprägungen umfasst: „Die Aussage trifft nicht zu“ (= 0), „die Aussage trifft etwas oder manchmal zu“ (= 1) und „die Aussage trifft genau oder häufig zu“ (= 2). Zusätzlich zu 99 geschlossenen Items gibt es ein offenes Item, mit dem den Eltern die Möglichkeit gegeben wird, drei weitere Probleme des Kindes anzugeben, die ihrer Meinung nach in den anderen Items keine Erwähnung gefunden haben. Des Weiteren werden die Eltern gebeten, Probleme, die ihnen Sorgen machen, zu unterstreichen. Am Ende des Testes wird noch die Frage nach Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen gestellt und die Eltern haben die Gelegenheit anzu-

3.1.2 CBCL 1,5-5

geben, welche Probleme des Kindes ihnen am meisten Sorgen machen und was ihnen am besten an ihrem Kind gefällt.

Bei der Auswertung des Fragebogens werden die 100 Items in sieben Problemskalen zusammengefasst. Diese werden im Folgenden jeweils mit einem Beispielitem vorgestellt:

- I. Emotional reaktives Verhalten: „zeigt plötzliche Stimmungs- und Gefühlswechsel“
- II. Angst/Depressivität: „fürchtet sich sehr/ist ängstlich“
- III. Körperliche Beschwerden: „hat Kopfweg (ohne bekannte körperliche Ursachen)“
- IV. Rückzugsverhalten: „antwortet nicht, wenn es von Leuten angesprochen wird“
- V. Schlafprobleme: „hat Alpträume“
- VI. Aufmerksamkeitsprobleme: „kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv“
- VII. Aggressivität: „ist ärgerlicher Laune, hat ärgerliche Stimmungen“

Darüber hinaus existiert eine Zusatzskala „andere Probleme“. In einem nächsten Schritt werden zwei übergeordnete Skalen gebildet. Die erste übergeordnete Skala „internalisierende Auffälligkeiten“ setzt sich aus den Rohwerten der Problemskalen I, II, III und IV zusammen. Die zweite übergeordnete Skala „externalisierende Auffälligkeiten“ umfasst die Rohwerte der Skalen VI und VII. Die Problemskala V und die Zusatzskala „andere Probleme“ werden gemeinsam mit den internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten zur „Gesamtauffälligkeit“ zusammengefasst. In einem nächsten Schritt werden T-Werte gebildet, die auf Perzentilen basieren und die der Interpretation eines einzelnen Testergebnisses vor dem Hintergrund von Testergebnissen einer entsprechenden unauffälligen Normpopulation dienen. Mit Hilfe von Tabellen können nun aus den Rohwerten die dazugehörigen T-Werte ermittelt werden, wobei bei den übergeordneten Skalen T-Werte > 63 (83.-90. Perzentile) als „auffällig“ und T-Werte zwischen 60 und 63 als „sich im Grenzbereich befindend“ bewertet werden [2]. Zusätzlich zu den Problemskalen können aus den Rohwerten fünf Diagnoseskalen gebildet werden. Diese

3.1.3 SCL-90-R

orientieren sich am Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV). Items, die nach der Einstufung von Psychiatern und Psychologen aus neun verschiedenen Kulturen einen deutlichen Zusammenhang zu bestimmten Diagnosen zeigen, sind in die Diagnoseskalen miteingeflossen [2].

3.1.3 SCL-90-R

Bei der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) handelt es sich um ein Instrument mit dem die aktuelle Belastung durch körperliche und klinische Symptome erfasst wird. Veröffentlicht in den 1970er Jahren von Derogatis, wurde die Symptom-Checkliste 1992 von Franke ins Deutsche übersetzt. Sie kann für Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene verwendet werden. In 90 Items wird abgefragt, wie sehr die Betroffenen in den letzten sieben Tagen unter bestimmten Symptomen gelitten haben, wobei die Beantwortung anhand einer fünfstufigen Skala möglich ist. Null steht für „überhaupt nicht“, eins für „ein wenig“, zwei für „ziemlich“, drei für „stark“ und vier für „sehr stark“. Zusätzlich werden zu Beginn Fragen nach dem Geschlecht, dem Alter und dem Bildungsstand gestellt. Bei der Auswertung der Symptom-Checkliste werden die 90 Items neun verschiedenen Skalen zugeordnet, die die dimensionalen Übergänge von „normaler“ alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik darstellen [17].

Im Folgenden werden die neun Skalen mit jeweils einem Beispielitem angegeben:

1. Somatisierung: „Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Kopfschmerzen?“
2. Zwanghaftigkeit: „...dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was sie tun?“
3. Unsicherheit im Sozialkontakt: „...dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können?“
4. Depressivität: „...Energierlosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken?“
5. Ängstlichkeit: „...Nervosität oder innerem Zittern?“

3.2 Durchführung der Datenerhebung

6. Aggressivität/Feindseligkeit: „...dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern?“
7. Phobische Angst: „...der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen?“
8. Paranoides Denken: „...dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann?“
9. Psychotizismus: „...dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können?“

Sieben Items können keiner Skala zugeordnet werden und werden daher als Zusatzitems beschrieben. In einem nächsten Schritt werden zu jedem Skalenwert mit Hilfe von Tabellen die dazugehörigen T-Werte ermittelt. Zusätzlich zu den Skalen können drei globale Kennwerte gebildet werden. Mit dem „Global Severity Index“, abgekürzt GSI, (Summe der Itemwerte/(90-Anzahl der missing data)) wird die psychische Belastung mittels aller Items bestimmt. Bei dem zweiten Kennwert PST („Positive Symptom Total“) wird die Anzahl der Items angegeben, bei denen der Patient Symptome zeigt. Als letzter Kennwert existiert der PSDI („Positive Symptom Distress Index“; Summe der Itemwerte/ PST) mit dem eine Aussage über die Intensität im Antwortverhalten gegeben wird. Ein Patient wird als psychisch belastet bezeichnet, wenn die T-Werte beim GSI ≥ 63 sind oder bei zwei Skalen T-Werte ≥ 63 vorliegen [14].

3.2 Durchführung der Datenerhebung

3.2.1 Patientendaten

Die in dieser Arbeit vorliegenden Daten wurden der Patientenakte des Kindes entnommen. In der Akte befindet sich neben einem soziodemographischen Formblatt mit Angaben zum Geschlecht, dem Alter und der Herkunft des Kindes der Entlassungsbrief, dem die Diagnosen des Kindes sowie auch die Familienanamnese entnommen werden können. Angaben zur Dauer der Behandlung und der Art des Behandlungsblockes, sowie die Fragebögen CBCL 1,5-5, SCL-90-R und der „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“, befinden sich ebenfalls in der Patientenakte.

3.2.2 Teilnehmerselektion

3.2.2 Teilnehmerselektion

In die Studie wurden alle Kinder eingeschlossen, die sich in der Zeit von 2001 bis 2008 in der Familientagesklinik Münster in Behandlung befanden und der primäre Indexpatient waren. Weitere Bedingung war das Vorliegen des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“. Begleit- und Geschwisterkinder wurden aus der Studie ausgeschlossen. Die Fragebögen SCL-90-R sowie CBCL 1,5-5 wurden den Müttern zu Behandlungsbeginn (T1) und Behandlungsende (T2) vorgelegt. Der „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ wurde zu T2 von Müttern und Therapeuten ausgefüllt.

3.2.3 statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der vorliegenden Daten erfolgte mit SPSS Version 18 für Windows. Die persönlichen Daten der Kinder sowie alle Rohwerte der Fragebögen SCL-90-R und CBCL 1,5-5 zu den Zeitpunkten T1 und T2 sowie des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ zum Zeitpunkt T2 wurden in die Datenbank hinzugefügt. In einem zweiten Schritt wurde für die Fragebögen SCL-90-R und CBCL 1,5-5 eine SPSS-Syntax zur Generierung der T-Werte für die einzelnen Skalen erstellt.

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe deskriptiver statistischer Verfahren ausgewertet, zu denen die Bestimmung von Mittelwerten und Standardabweichungen gehört. Des Weiteren wurde der Korrelationskoeffizient (r) nach Spearman bestimmt, der ein Maß für die Stärke eines monotonen Zusammenhangs zwischen zwei Größen darstellt. Er kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen, wobei bei einem Wert von +1 ein perfekt positiver und bei einem Wert von -1 ein perfekt negativer Zusammenhang vorliegt. Zur sprachlichen Übersetzung der numerischen Werte und als Hilfe zur Interpretation der Werte werden folgende Angaben übernommen [10]:

$0 < r \leq 0,2$: sehr geringe Korrelation

$0,2 < r \leq 0,5$: geringe Korrelation

$0,5 < r \leq 0,7$: mittlere Korrelation

$0,7 < r \leq 0,9$: hohe Korrelation

$0,9 < r \leq 1$: sehr hohe Korrelation

3.2.4 Stichprobenbeschreibung

Weitere statistische Verfahren, die in dieser Arbeit angewendet wurden, stellen der t-Test für zwei abhängige Stichproben und der t-Test für zwei unabhängige Stichproben dar. Stichproben werden als abhängig angesehen, wenn die Messwerte der beiden Gruppen einander paarweise zugeordnet werden können. In dieser Arbeit wurde der t-Test für zwei abhängige Stichproben angewendet, um den Therapieerfolg des Kindes im Vergleich zur Mutter beurteilen zu können. Der t-Test für zwei unabhängige Stichproben dient dem Vergleich zweier Mittelwerte aus verschiedenen Gruppen, bei denen die Messwerte einander nicht paarweise zugeordnet werden können. Anwendung fand der t-Test für zwei unabhängige Stichproben in dieser Arbeit beim Vergleich der Mütter, bei denen ein Therapeutenurteil vorliegt, mit den Müttern, bei denen kein Therapeutenurteil vorliegt.

In der Arbeit werden die üblichen Signifikanzniveaus von $\alpha = 0,05$ bzw. 5% (signifikant) und $\alpha = 0,01$ bzw. 1% (hoch signifikant) verwendet.

3.2.4 Stichprobenbeschreibung

Die untersuchte Stichprobe umfasst 131 Kinder und deren Mütter, die sich im Zeitraum von 2001 bis 2008 in der Familientagesklinik Münster in Behandlung befanden. Sie verteilt sich auf 43 Mädchen (32,8%) und 88 Jungen (67,2%) im Alter von 0;3-7;0 Jahren. Der Altersdurchschnitt beträgt 4;5 Jahre. Bei 101 Kindern (77,1%) leben die biologischen Eltern in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung, 27 Eltern (20,6%) leben getrennt bzw. geschieden. Bei drei Kindern (2,3%) wurde die Beziehung der Eltern nicht erfasst. 47 Kinder (35,9%) sind Einzelkinder und 83 Kinder (63,4%) haben Geschwister. Bei einem Kind (0,8%) fehlt diese Angabe. Zu den soziodemographischen Daten der Kinder ist zu sagen, dass 119 Kinder (90,8%) die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und dass von einem Kind (0,8%) bekannt ist, dass es eine andere Staatsangehörigkeit besitzt. Bei 11 Kinder (8,4%) liegen keine Angaben vor. Die Diagnosen der Kinder werden in der Familientagesklinik nach dem ICD-10-Katalog gestellt. Bei 58 Kindern (44,3%) liegt als Hauptdiagnose eine sonstige emotionale Störung des Kindesalters (F93.8) vor. Die zweithäufigste Diagnose, die bei 31 Kindern (23,7%) gestellt wurde, ist eine sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

3.2.4 Stichprobenbeschreibung

(F92.8). Diese Störung ist eine Unterform der kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Des Weiteren spielen mit jeweils sieben betroffenen Kindern (5,3%) die Fütterungsstörung im Kindesalter (F98.2) und die „sonstige näher bezeichneten Verhaltens- und emotionalen Störungen“ eine Rolle bei den Hauptdiagnosen der Kinder. 107 Kinder (81,7%) besitzen neben der Hauptdiagnose eine weitere Diagnose, 66 Kinder (50,4%) sogar eine dritte Diagnose. Als zweite oder dritte Diagnose liegt bei 27 Kindern (20,6%) eine „sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F68.8) vor. Weitere häufige Nebendiagnosen sind mit 11,5% die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.8), mit 9,9% die nicht-organische Enuresis (F98.0) und mit 9,2% die kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung (F83).

Als weiteren Aspekt kann man die Behandlungsdauer und -art der Kinder und ihrer Mütter betrachten. 35,1% der Familien nahmen am 2-Tagesblock und 43,5% am 3-Tagesblock teil. Bei 6,9% der Familien lag eine abweichende Form vor und bei 14,5% wurden keine Angaben gemacht. Die Familien waren im Durchschnitt 152 Tage bzw. 21 Wochen in der Familientagesklinik in Behandlung. Der Minimalwert beträgt 14 Tage bzw. zwei Wochen und der Maximalwert 130 Tage bzw. 44 Wochen. 90% der Familien haben die Behandlung zu Ende geführt, nur bei 10% kam es zu einem vorzeitigen Abbruch. 5% der vorzeitigen Abbrüche fanden gegen den ärztlichen Rat statt, die restlichen Abbrüche hatten verschiedene Gründe wie zum Beispiel eine Schwangerschaft der Mutter oder die Einschulung des Kindes.

4 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit soll der Einfluss der Therapiemodule auf den Behandlungserfolg der Familientagesklinik Münster untersucht werden. Mit Hilfe des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ von Beyer soll eine aufgeschlüsselte Betrachtung der einzelnen Therapiemodule durchgeführt werden, um herauszufinden, mit welchen Therapiemodulen die Mütter während der Behandlung in der Familientagesklinik Münster besonders zufrieden sind und welche Therapiemodule aus ihrer Sicht eventuell einer Verbesserung bedürfen. Zudem soll die Zufriedenheit der Therapeuten mit den einzelnen Therapiemodulen der Familientagesklinik untersucht werden, um zu sehen, ob es Unterschiede zwischen der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten mit einzelnen Therapiemodulen gibt.

Darüber hinaus soll in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Mutter (erfasst mittels Summenscore über 12 Einzelitems des Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen) und dem Therapieerfolg des Kindes (erfasst mittels CBCL Total Problem Score) und dem der Mutter (erfasst mittels Global Severity Index des SCL-90-R) besteht.

Insgesamt ist das Ziel der Studie, Kenntnisse über die Sicht der Mütter und der Therapeuten zu der Therapie in der Familientagesklinik Münster zu gewinnen, um eine stetige Verbesserung und Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse der Familien durchführen zu können.

5 Ergebnisse

In den Abschnitten 5.1 und 5.2 wird zunächst eine Auswertung des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ vorgenommen. Der Abschnitt 5.1 konzentriert sich dabei auf die Beurteilung der Therapiemodule auf Itemebene und betrachtet diese getrennt aus Sicht der Mütter und der Therapeuten. Im Abschnitt 5.2 wird die Übereinstimmung von Müttern und Therapeuten hinsichtlich der Zufriedenheit und des Therapieerfolges dargestellt. Die Abschnitte 5.3 und 5.4 befassen sich mit dem Verlauf der Psychopathologie des Kindes und der Mutter. Zum Abschluss wird im Abschnitt 5.5 die Übereinstimmung der Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten mit dem Therapieerfolg des Kindes und dem Therapieerfolg der Mutter betrachtet.

5.1 Beurteilung von Therapiemodulen auf Itemebene

5.1.1 Beurteilung aus Sicht der Mütter

Die Urteile der Mütter über die verschiedenen Module der Therapie sind in Tabelle 2a zusammengefasst. Tabelle 2a beschreibt über den Mittelwert und die Standardabweichung die Zufriedenheit der Mütter. Zur leichteren Orientierung sind die Module aufsteigend nach der Zufriedenheit sortiert. Der Mittelwert über alle Therapiemodule beträgt 1,96, was zeigt, dass die Mütter insgesamt zufrieden mit der Behandlung in der Familientagesklinik sind. Die Mütter sind am zufriedensten mit den Therapiemodulen „Ratschläge/ Tipps der Mitarbeiter“ (Mittelwert 1,68) und „Einzelgespräche“ (Mittelwert 1,71), die direkt an sie gerichtet sind und bei denen die Therapeut-Mutter-Interaktion im Vordergrund steht. Bezogen auf Sterns „Ports of entry“ handelt es sich um Therapiemodule auf der elterlichen Ebene. An dritter und vierter Position der Zufriedenheit der Mütter folgen die Therapiemodule „Mutter-Kind-Interaktion“ und „Einsatz von Video“, bei denen es sich um Module der Interaktionsebene nach Stern handelt und bezogen auf die Interaktionspartner Therapeut-Mutter-Kind-Interaktionen vorliegen. Das Therapieangebot „Kindergruppe“, das sich allein an die Kinder wendet und bei dem eine Therapeut-Kind-Interaktion vorliegt, folgt erst an fünfter Stelle der Beurteilung. Bei der Kindergruppe handelt es sich um das einzige Therapiemodul, das der kindlichen Ebene zuzuordnen ist und bei dem die Mütter nicht beteiligt sind. Einen

5.1.1 Beurteilung aus Sicht der Mütter

wichtigen Bestandteil der Therapie in der Familientagesklinik stellt die Elterngruppe dar, was in dem Fragebogen dadurch zum Ausdruck kommt, dass vier verschiedene Module dazu abgefragt werden. Bei diesen Therapiemodulen handelt es sich um „Erfahrung nicht allein Probleme zu haben“, „Elterngruppe insgesamt“, „Austausch mit anderen Familien“ und „Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe“. Die drei zuletzt genannten Module, die die Kommunikation und den Austausch der Mütter untereinander in den Vordergrund stellen, werden von den Müttern am schlechtesten bewertet. Jedoch entspricht die schlechteste Beurteilung des Therapiemoduls „Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe“ mit einem Mittelwert von 2,29 noch der Note „gut“.

Zusammenfassend kann man zu Tabelle 2a sagen, dass die Mütter mit einem Mittelwert von 1,96 über alle Therapiemodule zufrieden mit der Behandlung in der Familientagesklinik sind und dass die Differenz der Mittelwerte der am besten und am schlechtesten beurteilten Therapiemodule mit 0,61 keine ganze Note beträgt. Trotzdem ist auffallend, dass die Therapiemodule, bei denen eine Therapeut-Mutter-Interaktion bzw. eine Therapeut-Mutter-Kind-Interaktion vorliegt, von den Müttern am besten beurteilt werden.

5.1.1 Beurteilung aus Sicht der Mütter

Tabelle 2: Beurteilung von Müttern (N maximal = 131**) und Therapeuten (N maximal = 49**) über 12 Therapiemodule in der Familientagesklinik über Mittelwert (Standardabweichung) aus einem Zufriedenheitsfragebogen*

a) aufsteigend nach Zufriedenheit der Mütter sortiert

	Mittelwert	Standardabweichung
Ratschläge/Tipps der Mitarbeiter	1,68	0,81
Einzelgespräche	1,71	0,79
Mutter-Kind-Interaktion	1,77	0,84
Video	1,83	0,85
Kindergruppe	1,88	0,85
Testpsychologische Diagnostik	1,88	1,02
Erfahrung nicht alleine Probleme zu haben	1,91	1,01
Medizinische Versorgung	1,97	0,92
Familiengespräche	2,00	1,13
Elterngruppe insgesamt	2,18	0,94
Austausch mit anderen Familien	2,20	1,03
Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe	2,29	1,04

* Ratingskalen: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft

** Anzahl der durchlaufenen Therapiemodule kann abweichen

5.1.2 Beurteilung aus Sicht der Therapeuten

5.1.2 Beurteilung aus Sicht der Therapeuten

In Tabelle 2b wird nun die Beurteilung der Therapeuten über die 12 Therapiemodule aufsteigend nach der Zufriedenheit betrachtet. Dabei liegt über alle Therapiemodule ein Mittelwert von 2,30 vor. Am besten beurteilen die Therapeuten die Therapiemodule „Einsatz von Video“ und „medizinische Versorgung“ mit einem Mittelwert von 1,71 bzw. 1,72. Sie grenzen sich in der Bewertung mit einer Differenz des Mittelwertes von 0,29 deutlich von den folgenden Therapiemodulen ab und konzentrieren sich wie die darauffolgenden Module „Kindergruppe“, „Familiengespräche“ und „testpsychologische Diagnostik“ vor allem auf das Kind. Die Mutter ist zwar zum Teil an den Modulen beteiligt, steht jedoch nicht im Vordergrund. Am schlechtesten beurteilen die Therapeuten die Therapiemodule, die sich auf die Elterngruppe beziehen und bei denen ein Austausch unter den Müttern im Mittelpunkt steht. Dabei handelt es sich um „Elterngruppe insgesamt“, „Austausch mit anderen Familien“ und „Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe“. Das letzte Therapiemodul erreicht einen Mittelwert von 2,76.

5.1.2 Beurteilung aus Sicht der Therapeuten

Tabelle 2: Beurteilung von Müttern (N maximal = 131**) und Therapeuten (N maximal = 49**) über 12 Therapiemodule in der Familientagesklinik über Mittelwert (Standardabweichung) aus einem Zufriedenheitsfragebogen*

b) aufsteigend nach Zufriedenheit der Therapeuten sortiert

	Mittelwert	Standardabweichung
Video	1,71	0,57
Medizinische Versorgung	1,72	0,56
Kindergruppe	2,01	0,62
Familiengespräche	2,07	0,78
Testpsychologische Diagnostik	2,17	0,41
Einzelgespräche	2,21	0,72
Mutter-Kind-Interaktion	2,26	0,9
Erfahrung nicht alleine Probleme zu haben	2,34	0,91
Ratschläge/Tipps der Mitarbeiter	2,43	0,87
Elterngruppe insgesamt	2,51	0,83
Austausch mit anderen Familien	2,64	0,91
Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe	2,76	0,96

* Ratingskalen: 1= sehr gut, 2= gut, 3= befriedigend, 4= ausreichend, 5= mangelhaft

** Anzahl der durchlaufenen Therapiemodule kann abweichen

5.1.3 Vergleich von Müttern und Therapeuten

5.1.3 Vergleich von Müttern und Therapeuten

Vergleicht man nun die Beurteilung der Mütter und Therapeuten über die 12 Therapiemodule fällt auf, dass die Mütter die Therapie in der Familientagesklinik mit einem Mittelwert von 1,96 über alle Therapiemodule allgemein positiver beurteilen als die Therapeuten mit einem Mittelwert von 2,30. Der vorliegende Mittelwertsunterschied, der mit Hilfe des t-Tests für zwei abhängige Stichproben ermittelt wurde, ist hochsignifikant ($t = 4,54$, $p < 0,001$). Die Mütter sind am zufriedensten mit den Therapiemodulen, bei denen eine Therapeut-Mutter bzw. eine Therapeut-Mutter-Kind-Interaktion stattfindet. Therapiemodule, bei denen das Kind und somit eine Therapeut-Kind-Interaktion im Vordergrund steht, werden etwas schlechter bewertet. Im Gegensatz dazu sind die Therapeuten am zufriedensten mit den Therapiemodulen, die sich auf das Kind konzentrieren bzw. an denen das Kind mit der Mutter teilnimmt. Es stehen also Therapeut-Kind bzw. Therapeut-Mutter-Kind-Interaktionen im Vordergrund. Am unzufriedensten sind sowohl Mütter als auch Therapeuten mit Therapiemodulen, die sich auf die Elterngruppe beziehen und bei denen der Kontakt und Austausch mit anderen Müttern eine wesentliche Rolle spielt.

Bei dem Vergleich der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten mit den einzelnen Therapiemodulen muss bedacht werden, dass die Anzahl an ausgefüllten Fragebögen stark variiert. Bei den Müttern liegt eine Maximalauswertung von 131 Fragebögen vor, bei den Therapeuten dagegen nur eine von 49. Anhand eines t-Tests für zwei unabhängige Stichproben wird überprüft, ob sich die Mütter mit einem Therapeutenurteil von den Müttern ohne ein Therapeutenurteil unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass kein signifikanter Unterschied ($t = 1,12$, $p = 0,28$) zwischen den beiden Müttergruppen besteht und eine Generalisierung der Ergebnisse möglich ist.

5.2 Übereinstimmung von Müttern und Therapeuten hinsichtlich der Zufriedenheit und des Therapieerfolges

Tabelle 3 dient der Beurteilung der Korrelation der mütterlichen Zufriedenheit und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter mit der Zufriedenheit des Therapeuten und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Therapeuten. Die Zufriedenheit der Mütter weist eine mittlere

5.2 Übereinstimmung von Müttern und Therapeuten hinsichtlich der Zufriedenheit und des Therapieerfolges

Korrelation von 0,69 ($p < 0,01$) mit dem allgemeinen Erfolg der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter und eine mittlere Korrelation von 0,51 ($p < 0,01$) mit der Zufriedenheit der Therapeuten auf. Auch zum allgemeinen Erfolg der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Therapeuten weist die Zufriedenheit der Mütter eine geringe Korrelation von 0,31 ($p < 0,05$) auf. Die Zufriedenheit der Therapeuten korreliert hoch mit dem allgemeinen Erfolg der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Therapeuten auf einem signifikanten Niveau von 0,78 ($p < 0,01$). Des Weiteren liegt eine geringe Korrelation der Zufriedenheit der Therapeuten mit dem allgemeinen Erfolg der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter von 0,33 ($p < 0,05$) vor. Allein die Einschätzung des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter und der der Therapeuten korrelieren auf einem nicht signifikanten Niveau.

Tabelle 3: Beurteilung der Korrelation der mütterlichen Zufriedenheit und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter mit der Zufriedenheit der Therapeuten und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Therapeuten

	Zufriedenheit Mutter	Zufriedenheit Therapeut	Allg. Erfolg Mutter	Allg. Erfolg Therapeut
Zufriedenheit Mutter	1,00			
Zufriedenheit Therapeut	0,51**	1,00		
Allg. Erfolg Mutter	0,69**	0,33*	1,00	
Allg. Erfolg Therapeut	0,31*	0,78**	0,24	1,00

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

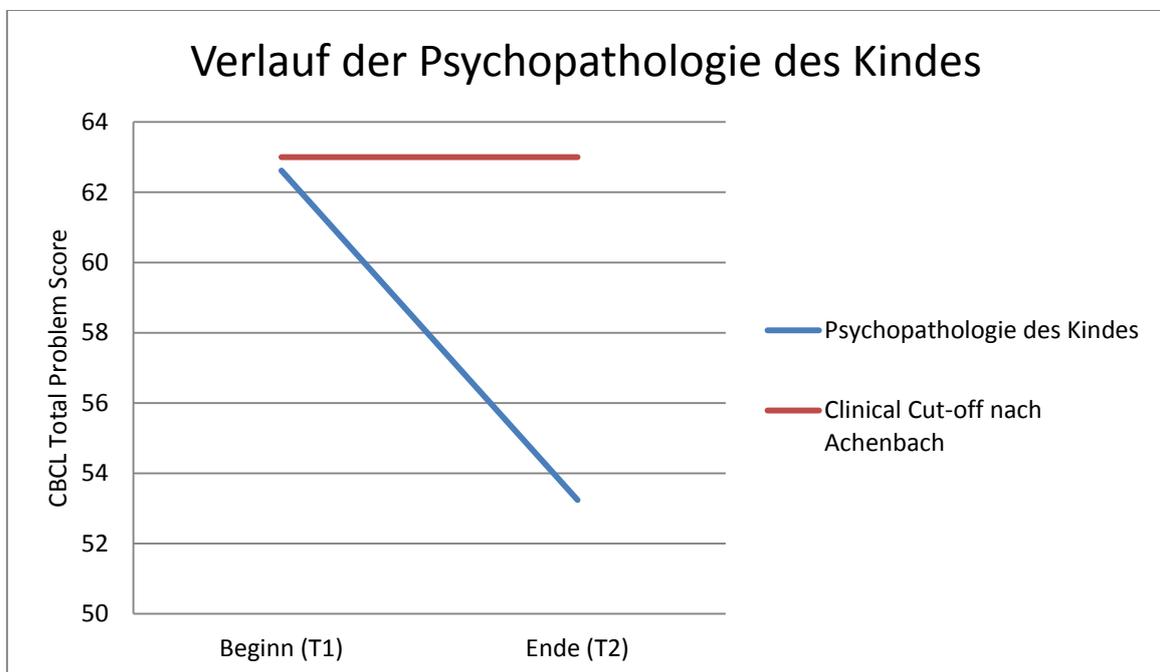
* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

5.3 Verlauf der Psychopathologie des Kindes

5.3 Verlauf der Psychopathologie des Kindes

Abbildung 2 stellt den Verlauf der Psychopathologie des Kindes dar, die man anhand des CBCL Total Problem Score, der zu Beginn und Ende der Behandlung erhoben wird, errechnet. Zu Beginn der Behandlung liegt der Mittelwert des CBCL Total Problem Score des Kindes bei 62,62 (Standardabweichung 9,91) und somit knapp unter dem Clinical Cut-off nach Achenbach, der 63 beträgt. T-Werte zwischen 60 und 63 befinden sich nach Achenbachs Einteilung im Grenzbereich [2]. Am Ende der Behandlung sinkt der CBCL Total Problem Score auf einen Mittelwert von 53,24 (Standardabweichung 8,74) und somit in einen klinisch unauffälligen Bereich. Bei der Anwendung des t-Tests für zwei abhängige Stichproben zeigt sich, dass der Mittelwertsunterschied zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 hochsignifikant ($t = 12,89$, $p < 0,001$) ist. Es lässt sich aus der Abbildung 2 somit die Schlussfolgerung ziehen, dass sich die Behandlung in der Familientagesklinik positiv auf das psychische Befinden des Kindes auswirkt.

Abbildung 2: Verlauf der Psychopathologie des Kindes

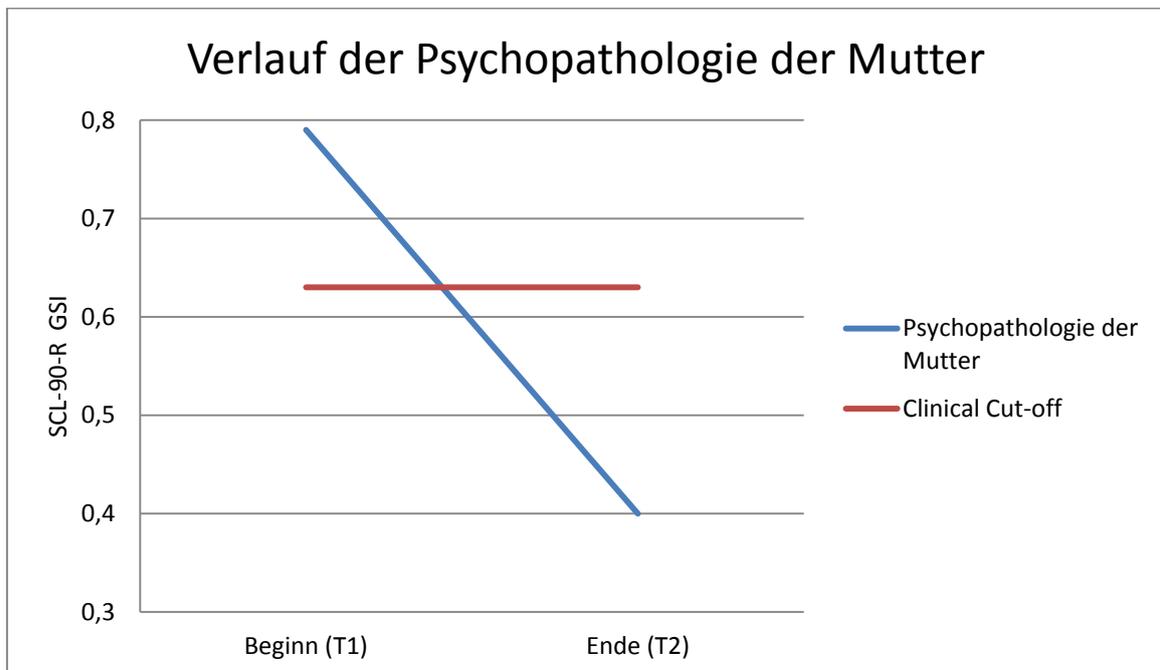


5.4 Verlauf der Psychopathologie der Mutter

5.4 Verlauf der Psychopathologie der Mutter

Die Psychopathologie bzw. die Belastung der Mutter wird durch den Global Severity Index (GSI) des Fragebogens SCL-90-R dargestellt und analog zum CBCL Total Problem Score zu Beginn und Ende der Behandlung in der Familientagesklinik erhoben. In Abbildung 3 ist der Verlauf der Psychopathologie der Mutter dargestellt. Zu Beginn der Behandlung befindet sich der Mittelwert des GSI bei 0,79 (Standardabweichung 0,44) und liegt oberhalb des Clinical Cut-off von 0,63 [14]. Die Belastung der Mutter verbessert sich im Verlauf der Behandlung und liegt bei der Entlassung bei einem GSI von 0,40 (Standardabweichung 0,30), was dem Normbereich entspricht. Mit Hilfe des t-Tests für zwei abhängige Stichproben konnte gezeigt werden, dass der Mittelwertsunterschied zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 hochsignifikant ($t= 11,19$, $p < 0,001$) ist. Somit lässt sich aus der Abbildung 3 die Schlussfolgerung ziehen, dass sich die Behandlung in der Familientagesklinik vergleichbar zum Kind positiv auf das psychische Befinden der Mutter auswirkt.

Abbildung 3: Verlauf der Psychopathologie der Mutter



5.5 Übereinstimmung der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten mit dem Therapieerfolg des Kindes und dem Therapieerfolg der Mutter

5.5 Übereinstimmung der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten mit dem Therapieerfolg des Kindes und dem Therapieerfolg der Mutter

In Tabelle 4 wird die Übereinstimmung (Korrelation) der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten sowie des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter und der Therapeuten mit dem Therapieerfolg des Kindes und dem der Mutter betrachtet. Die mütterliche Zufriedenheit wird dabei durch den Summenscore der 12 Therapiemodule abgebildet. Analog dazu wird die Zufriedenheit der Therapeuten dargestellt. Der Therapieerfolg des Kindes errechnet sich aus der Differenz des CBCL Total Problem Score von T2 zu T1, wobei T1 den Behandlungsbeginn und T2 das Behandlungsende darstellen. Analog dazu erfolgt die Berechnung des Therapieerfolgs der Mutter aus der Differenz des GSI (Global Severity Index) des SCL-90-R zu den Zeitpunkten T2 und T1.

Betrachtet man zunächst den Therapieerfolg des Kindes, fällt auf, dass dieser zur mütterlichen Zufriedenheit und zum allgemeinen Erfolg der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter nur sehr geringe Korrelationen auf einem nicht signifikanten Niveau aufweist. Zu der Zufriedenheit der Therapeuten weist der Therapieerfolg des Kindes jedoch eine geringe Korrelation von 0,41 auf hochsignifikantem Niveau ($p < 0,01$) auf. Der Therapieerfolg der Mutter weist allein zur mütterlichen Zufriedenheit eine geringe Korrelation auf signifikantem Niveau ($p < 0,05$) auf. Zu der Zufriedenheit der Therapeuten und dem allgemeinen Erfolg aus Sicht der Therapeuten lassen sich keine signifikanten Korrelationen nachweisen. Der Therapieerfolg der Mutter und des Kindes zeigen eine geringe Korrelation von 0,33 auf hochsignifikantem Niveau ($p < 0,05$). Alle Korrelationen, die in Tabelle 4 dargestellt sind, liegen nur auf einem sehr geringem bis geringem Niveau und eine Signifikanz der Ergebnisse ist nur teilweise nachweisbar.

5.5 Übereinstimmung der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten mit dem Therapieerfolg des Kindes und dem Therapieerfolg der Mutter

Tabelle 4: Übereinstimmung (Korrelation) der mütterlichen Zufriedenheit (Gesamtscore der Therapiemodule) und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung mit dem Therapieerfolg des Kindes (CBCL Total Problem Score, N= 105) und dem Therapieerfolg der Mutter (SCL-90-R, GSI, N= 105)

	CBCL Total Problem Score	SCL-90-R GSI
Zufriedenheit Mutter	0,16	0,21*
Allg. Erfolg Mutter	0,11	0,14
Zufriedenheit Therapeut	0,41**	0,23
Allg. Erfolg Therapeut	0,17	0,17
CBCL Total Problem Score	1,00	0,33**

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

6 Diskussion

6.1 Zufriedenheit mit Therapiemodulen der Behandlung in der Familientagesklinik Münster

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, die subjektiv empfundene Bedeutung der Therapiemodule am Behandlungserfolg der Familientagesklinik aus Sicht der Mütter und der Therapeuten zu untersuchen.

6.1.1 Zufriedenheit aus Sicht der Mütter

Die Ergebnisse des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ zeigen, dass die Mütter mit einem Mittelwert von 1,96 zufrieden mit der Behandlung in der Familientagesklinik Münster sind. Auch der allgemeine Erfolg der tagesklinischen Behandlung wird von den Müttern mit einem Mittelwert von 2,09 positiv beurteilt.

Die Mütter sind mit einem Mittelwert von 1,68 am zufriedensten mit dem Therapiemodul „Ratschläge/Tipps der Mitarbeiter“. Nach Kinnen et al. spricht dieses Ergebnis für eine gute Therapeut-Mutter-Beziehung. Sie konnten in ihrer Studie einen relevanten Zusammenhang zwischen der subjektiven Zufriedenheit der Eltern und der Therapeut-Eltern-Beziehung feststellen [29]. An zweiter Stelle der Zufriedenheit der Mütter steht mit einem Mittelwert von 1,71 das Therapiemodul „Einzelgespräche“. Dabei handelt es sich um therapeutische Gespräche, in denen das emotionale Befinden der Mütter, familiäre Auseinandersetzungen und ihre Probleme mit der Mutterrolle betrachtet und aufgearbeitet werden [21]. Viele Mütter, die sich mit ihren Kindern in Behandlung in die Familientagesklinik begeben, leiden selber an psychischen Problemen. Bei der vorliegenden Stichprobe lag der GSI (Global Severity Index) der Mütter zu Beginn der Behandlung im Mittel bei 0,79, also deutlich über dem Clinical Cut-off von 0,63 [14]. Dies mag erklären, warum die Auseinandersetzung mit dem eigenen psychischen Befinden für die Mütter eine bedeutende Position einnimmt.

Die Mütter sind mit einem Mittelwert von 1,83 zufrieden mit dem Videofeedback. Dabei handelt es sich um ein Kernelement der familientagesklinischen Behandlung, bei

6.1.1 Zufriedenheit aus Sicht der Mütter

dem Mutter-Kind-Interaktionen per Videoaufzeichnungen festgehalten und mit dem Therapeuten nachbesprochen werden [21]. Die mütterliche Zufriedenheit kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass zu Beginn der Auswertung einer Interaktion die Ressourcen der Mütter sowie zufriedenstellende Aspekte der Interaktion betont und die Mütter somit positiv bestärkt werden [21]. Des Weiteren dient das Videofeedback dazu, dass die Mütter ihr Verhalten gegenüber dem Kind kritisch betrachten und alternative Verhaltensweisen erarbeiten können [46]. Vor allem die Tatsache, dass den Eltern selber die Möglichkeit gegeben wird, eigene Stärken und Schwächen im Umgang mit dem Kind zu identifizieren, unterstreicht die entscheidende Rolle des Videofeedbacks in der Eltern-Kind-Behandlung [37]. Die Effektivität des Videofeedbacks wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen [18, 37]. Fukkink (2008) konnte in einer Metaanalyse von 29 Studien zeigen, dass die Eltern nach einer Therapie, in der Videofeedback angewendet wurde, eine bessere Wahrnehmung ihrer Rolle als Eltern aufwiesen und mehr Fähigkeiten in der Interaktion mit dem Kind erworben hatten. Auch die Entwicklung des Kindes wurde positiv beeinflusst, was mit einem verbesserten Erziehungsverhalten der Eltern im Zusammenhang stand [18].

Eng verbunden mit dem Videofeedback ist das Therapiemodul „Mutter-Kind-Interaktion“, da diese Interaktionen, bei denen es sich um Alltagssituationen wie gemeinsames Spielen oder Essen handelt, im Rahmen des Videofeedbacks betrachtet werden. Beide Therapiemodule werden von den Müttern ähnlich gut beurteilt (Mittelwertsunterschied der beiden Aspekte von 0,06). Eine mögliche Erklärung für diese positive mütterliche Bewertung ist, dass den Müttern im Rahmen der Therapie ein geschützter Raum für Interaktionen mit ihrem Kind geboten wird. Kritik seitens der Therapeuten findet auch im geschützten Rahmen statt und kann dadurch möglicherweise besser angenommen werden. Darüber hinaus besteht für die Mütter die Möglichkeit, sich sofort beim Auftreten von Problemen in der Interaktion Hilfe von den Therapeuten zu holen.

Ein weiteres wichtiges Modul der familientagesklinischen Behandlung stellt die Kindergruppe dar. Dabei handelt es sich um ein Therapiemodul, bei dem eine Therapeut-Kind-Interaktion stattfindet und das nach Stern der kindlichen Ebene

6.1.1 Zufriedenheit aus Sicht der Mütter

zugeordnet werden kann [42,43]. Die Mütter nehmen nicht an der Kindergruppe teil und sind mit diesem Therapiemodul deshalb vermutlich weniger zufrieden als mit den bisher diskutierten Modulen, an denen sie teilnehmen und bei denen eine Therapeut-Mutter bzw. Therapeut-Mutter-Kind-Interaktion im Vordergrund steht. Zu hinterfragen ist, inwieweit die Mütter dieses Therapiemodul beurteilen können, da sie nicht selber beteiligt sind. Eine mögliche Erklärung ist, dass sie eine Beurteilung anhand der Verhaltensänderung des Kindes treffen, jedoch kann diese Änderung im Verhalten des Kindes schwer einem bestimmten Modul der Therapie zugeordnet werden. Es ist auch möglich, dass die Mütter mit der Kindergruppe weniger zufrieden sind, da sie Angst haben, dass etwas ohne ihre Zustimmung durchgeführt werden könnte oder sie nicht ausreichend über die Ergebnisse der Kindergruppe informiert werden könnten.

Die Mütter sind mit den Therapiemodulen „Austausch mit anderen Familien“ und „Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe“, die Teilaspekte des Therapiemoduls „Elterngruppe insgesamt“ darstellen, am unzufriedensten. Die Elterngruppe, die zweimal täglich stattfindet, stellt ein zentrales Element der familientagesklinischen Behandlung dar [21]. Der Kontakt mit anderen Eltern, die ähnliche Probleme haben, und das Austauschen von Tipps und Erfahrungen können den Eltern den Alltag mit dem Kind erleichtern. Auch soll durch die Elterngruppe eine soziale Isolierung und Stigmatisierung vermieden werden [41]. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Eltern Anmerkungen und Kritiken von anderen Eltern meistens besser annehmen und umsetzen können als Anmerkungen der Therapeuten [5]. Daher überrascht es, dass in der vorliegenden Studie die Mütter mit den Therapiemodulen der Elterngruppe am unzufriedensten sind. Eine mögliche Erklärung mag sein, dass die Kritik unter den Müttern in der Elterngruppe härter ausfällt und daher zunächst als unangenehmer empfunden wird. Auch wird die Elterngruppe möglicherweise von den Müttern nicht als ein so geschützter Raum empfunden wie die Mutter-Kind-Interaktion oder das Videofeedback. Es muss jedoch gesagt werden, dass die Bewertung des Moduls „Elterngruppe insgesamt“ mit einem Mittelwert von 2,18 immer noch der Note „gut“ entspricht.

6.1.2 Zufriedenheit aus Sicht der Therapeuten

Insgesamt liegt bei den Müttern eine geringe Spannbreite von 0,61 zwischen den am besten und am schlechtesten beurteilten Therapiemodulen vor, was es erschwert, eine differenzierte Aussage zu ihrer Zufriedenheit zu treffen. Als sehr positives Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Mütter insgesamt zufrieden mit der Behandlung in der Familientagesklinik sind.

6.1.2 Zufriedenheit aus Sicht der Therapeuten

Die Therapeuten sind mit einem Mittelwert von 2,30 zufrieden mit der Behandlung in der Familientagesklinik Münster. Am zufriedensten sind sie mit einem Mittelwert von 1,71 mit dem Videofeedback. Die positive Bewertung dieses Therapiemoduls mag dadurch erklärt werden, dass der Therapeut beim Videofeedback die Rolle eines „Co-Piloten“ [5] einnimmt und wenig aktives Coaching ausübt, wodurch weniger Konfliktpotenzial zur Mutter entstehen kann. Das Therapiemodul Mutter-Kind-Interaktion, das in einem engen Zusammenhang zum Videofeedback steht, wird von den Therapeuten mit einem Mittelwert von 2,26 deutlich schlechter bewertet als das Videofeedback. Möglicherweise kann die unterschiedliche Beurteilung dadurch erklärt werden, dass die Atmosphäre während des Videofeedbacks, in dem hinreichend Zeit für Gespräche zwischen Müttern und Therapeuten existiert, von den Therapeuten als angenehmer und weniger anstrengend empfunden wird, als die Mutter-Kind-Interaktionen. Des Weiteren bietet sich beim Videofeedback für den Therapeuten die Möglichkeit, die Mutter-Kind-Interaktionen öfters zu betrachten, um mögliche dysfunktionale Beziehungsmuster oder auch Fortschritte in der Interaktion erkennen zu können. Bei den Mutter-Kind-Interaktionen, die während des Stationsablaufes stattfinden, läuft der Therapeut dagegen eher Gefahr, wichtige Details der Interaktion zu übersehen. Dies mag eine Erklärung für die schlechtere Bewertung des Therapiemoduls Mutter-Kind-Interaktion sein.

Bei den Therapeuten steht die Kindergruppe mit einem Mittelwert von 2,01 an dritter Stelle der Zufriedenheitsauflistung. Durch den therapeutischen Kontakt mit den Kindern und ihr therapeutisches Hintergrundwissen, können sie den Fortschritt der Kinder gut beurteilen und eine differenzierte Zufriedenheitsangabe zu diesem Modul tätigen. Darüber hinaus bietet die Kindergruppe den Therapeuten die Möglichkeit, einen per-

6.1.3 Vergleich der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten

sönlichen Kontakt zum Kind aufzubauen, ohne dass die Mütter den Aufbau beeinflussen und die Interaktion stören können.

Ähnlich wie die Mütter sind auch die Therapeuten mit den Therapiemodulen „Austausch mit anderen Familien“ und „Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe“, die Teilaspekte des Therapiemoduls „Elterngruppe insgesamt“ darstellen, am unzufriedensten. Bei den Therapeuten mag diese Unzufriedenheit dadurch erklärt werden, dass die Elterngruppe von den Therapeuten viel Kraft und Aufmerksamkeit erfordert, da sie auf die unterschiedlichen Anliegen aller Eltern eingehen und die Diskussion zwischen den Eltern leiten müssen. Möglicherweise ist auch die Atmosphäre in der Elterngruppe angespannter und wird dadurch sowohl von den Müttern als auch von den Therapeuten als negativer empfunden.

6.1.3 Vergleich der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten

Die Ergebnisse des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ zeigen, dass sowohl die Mütter (Mittelwert 1,96) als auch die Therapeuten (Mittelwert 2,30) zufrieden mit der Behandlung in der Familientagesklinik Münster sind, wobei die Mütter die Therapie allgemein positiver beurteilen. Auch der allgemeine Erfolg der tagesklinischen Behandlung wird von den Müttern (Mittelwert 2,09) positiver beurteilt als von den Therapeuten (Mittelwert 2,89). Diese Ergebnisse sind konsistent zu den Untersuchungen anderer Studien. Bredel et al. haben in einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (n = 95) den Behandlungserfolg und die Behandlungszufriedenheit aus Sicht der Patienten, Eltern und Therapeuten untersucht. Dabei fanden sie heraus, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung bei den Eltern und den Therapeuten hoch ausfällt, jedoch die Therapeuten sowohl den Behandlungserfolg als auch die Behandlungszufriedenheit moderater einschätzen als die Eltern [9]. Auch weitere Studien konnten nachweisen, dass die Behandlungszufriedenheit von Therapeuten kritischer beurteilt wird als von Eltern [44,48]. Die hohe Zufriedenheit der Mütter kann eventuell dadurch erklärt werden, dass die Mütter die Therapie als Entlastung ansehen, da ihnen bei den Problemen ihres Kindes und den eigenen Problemen geholfen wird. Andererseits mag die Therapie aber

6.1.3 Vergleich der Zufriedenheit der Mütter und der Therapeuten

auch eine Belastung für die Mütter darstellen, da sie mit Problemen und Konflikten konfrontiert werden und im Rahmen der Therapie viel Mitarbeit von ihnen verlangt wird. Ein weiterer Grund für die hohe Zufriedenheit mit der familientagesklinischen Behandlung mag sein, dass die Mütter die Notwendigkeit und die positive Auswirkung der Behandlung auf ihr Wohlbefinden und das ihres Kindes erkannt haben. Die kritischere Beurteilung der Behandlungszufriedenheit durch die Therapeuten mag dadurch erklärt werden, dass sie nach einem Therapieoptimum für die Familien streben und sich nicht so schnell mit den Therapieergebnissen zufrieden geben wie die Mütter. Außerdem können sie eventuell besser als die Mütter einschätzen, was in der Therapie alles erreicht werden kann. Durch die Vergleichsmöglichkeit mit vielen anderen Familien, die in der Familientagesklinik behandelt wurden, werden kleine Erfolge, die von den Müttern als sehr positiv empfunden werden, möglicherweise von den Therapeuten verhaltener eingeschätzt.

Vergleicht man die Differenz der Mittelwerte der am besten und am schlechtesten beurteilten Therapiemodule bei den Müttern und Therapeuten, fällt auf, dass sie bei den Müttern mit 0,61 deutlich geringer ausfällt als bei den Therapeuten mit 1,05, was in etwa einer ganzen Note entspricht. Dies verdeutlicht, wie es auch in anderen Studien gezeigt werden konnte [9, 25], dass die Therapeuten die Therapie differenzierter als die Mütter beurteilen und ihre Unzufriedenheit mit bestimmten Therapiemodulen eher zum Ausdruck bringen. Zwischen der Zufriedenheit der Mütter und der Zufriedenheit der Therapeuten liegt eine mittlere Korrelation von 0,51 auf hochsignifikantem Niveau ($p < 0,01$) vor. Bredel et al. kamen in ihrer Studie zu einer Korrelation von 0,36 auf hochsignifikantem Niveau ($p = 0,00^{**}$) zwischen der Zufriedenheit der Mütter und der der Therapeuten [9], was als weiterer Beleg für die Vergleichbarkeit der beiden Studien gewertet werden kann.

Bei der Betrachtung der Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten mit den einzelnen Therapiemodulen wird deutlich, dass die Mütter zufriedener sind mit den Modulen, an denen sie teilnehmen und bei denen eine Therapeut-Mutter-Interaktion im Vordergrund steht, wohingegen die Therapeuten am zufriedensten mit Therapiemodulen sind, bei denen das Kind im Mittelpunkt steht. Die unterschiedlichen Zufriedenheitsangaben las-

6.2 Bewertung des Behandlungserfolges

sen sich möglicherweise dadurch erklären, dass Therapeuten und Mütter bei der Therapie unterschiedliche Ziele verfolgen. Die Therapeuten scheinen sich bei der Behandlung eher auf das Kind und die Mütter eher auf sich selbst zu konzentrieren.

6.2 Bewertung des Behandlungserfolges

In der vorliegenden Arbeit wird der Verlauf der Psychopathologie des Kindes und der Mutter untersucht. Dabei wird die Psychopathologie des Kindes anhand des CBCL Total Problem Score, der zu Beginn und Ende der Behandlung erhoben wird, errechnet. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass sich die Behandlung in der Familientagesklinik Münster positiv auf das psychische Befinden des Kindes auswirkt. Im Laufe der Behandlung hat sich der Mittelwert des CBCL Total Problem Score von 62,62 auf 53,24 verbessert und befindet sich somit am Ende der Behandlung in einem klinisch unauffälligen Bereich [2]. Dieser Mittelwertsunterschied zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 ist hochsignifikant ($t = 12,89, p < 0,0001$). Auch der Verlauf der Psychopathologie der Mutter weist zufriedenstellende Ergebnisse auf. Die Belastung der Mutter wird durch den Global Severity Index (GSI) des Fragebogens SCL-90-R dargestellt und zu Beginn und Ende der Behandlung erhoben. Im Verlauf der Behandlung bessert sich der Mittelwert des GSI von 0,79 auf 0,40 und liegt somit zum Ende der Behandlung deutlich unter dem Clinical Cut-off von 0,63 [14]. Der Mittelwertsunterschied zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 ist hochsignifikant ($t = 11,19, p < 0,001$).

Die positive Auswirkung der Behandlung in der Familientagesklinik Münster und ähnlichen Einrichtungen auf das psychische Befinden des Kindes und der Mutter lässt sich auf zahlreiche Faktoren zurückführen. Eine Besonderheit der Familientagesklinik Münster ist, dass Kinder im Alter von null bis sechs Jahren aufgenommen werden. Durch eine frühe Behandlung der Kinder soll eine mögliche Kontinuität zwischen Symptomen und Verhaltensstörungen im Vorschulalter und der späteren Kindheit verhindert werden [47]. Des Weiteren bietet eine frühe Behandlung den Vorteil, dass die Verhaltensweisen der Kinder und Mütter noch weniger fest verankert und somit besser therapierbar sind [4,36]. Ein weiterer wichtiger Faktor des Erfolges der

6.3 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Therapieerfolg

Familientimesklinik ist, dass immer ein Elternteil, wobei es sich meistens um die Mutter handelt, als Begleitperson oder wenn medizinisch indiziert als Patient mit aufgenommen wird. Während der gesamten Behandlung behält die Mutter die Verantwortung für das Kind und gibt diese nicht in die Hände des Therapeuten ab [5,6], was laut Asen et al. wichtig ist, da die Therapie nicht die „Gesamtheit der elterlichen Funktionen“ übernehmen kann [41]. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass sich eine Therapie, die sich auf die Eltern-Kind-Beziehung konzentriert, positiv auf das psychische Befinden und das Verhalten des Kindes auswirkt [13,35]. Auch verbessern sich durch eine familienzentrierte Behandlung das psychische Wohlbefinden der Mutter und die gesamte familiäre Situation [5]. Die Familientimesklinik Münster verfügt über 10 Behandlungsplätze, sodass immer mehrere Familien gleichzeitig behandelt werden. Beim gemeinsamen Mittagessen und Spielen, aber auch in der „Elterngruppe“ stehen die Mütter in engem Kontakt zueinander und können Erfahrungen austauschen. Das Lernen voneinander stellt einen wichtigen Grundgedanken der Multifamilientherapie [5,21] dar. Zur Bewältigung ihrer Probleme ist es für Kinder wichtig, dass das Behandlungssetting ihrem natürlichen Umfeld ähnelt [50], was durch die Räumlichkeiten der Familientimesklinik Münster gegeben ist. Es können dort häusliche Szenen wie zum Beispiel das gemeinsame Spielen nachgestellt werden, sodass typische familiäre Schwierigkeiten, die bei Alltagssituationen entstehen, sofort bearbeitet werden können [5,23]. Durch die Behandlung an zwei bzw. drei Tagen in der Woche wird den Familien die Möglichkeit gegeben, dass Erlernte direkt in den familiären Alltag zu integrieren [21,41]. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Kinder besser lernen, wenn es freie Intervalle zwischen den Lernperioden gibt [3,21]. Abschließend lässt sich festhalten, dass sich viele verschiedene Faktoren positiv auf den Erfolg der Familientimesklinik Münster und ähnlicher Institutionen auswirken.

6.3 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Therapieerfolg

In der vorliegenden Studie wird der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit aus Sicht der Mütter und der Therapeuten und dem Therapieerfolg der Mutter und des Kindes untersucht. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten, die mit ihrer Behandlung zufrieden sind, ein besseres Behandlungsergebnis aufweisen [25,29].

6.3 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Therapieerfolg

Dies kann in der vorliegenden Arbeit nur teilweise bestätigt werden. Die Zufriedenheit der Mutter, die durch den Summenscore der zwölf Therapieaspekte abgebildet wird, weist zum Therapieerfolg der Mutter eine geringe Korrelation von 0,21 auf signifikantem Niveau ($p < 0,05$) auf, zum Therapieerfolg des Kindes liegt jedoch keine signifikante Korrelation vor. Daraus lässt sich die These aufstellen, dass sich die Mütter beim Ausfüllen des „Fragebogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ vor allem auf sich selber konzentrieren und darauf achten, womit sie persönlich bei der Behandlung in der Familientagesklinik zufrieden waren. Diese Vermutung deckt sich mit der Tatsache, dass die Mütter am zufriedensten mit Therapiemodulen sind, an denen sie selber teilnehmen und bei denen eine Mutter-Therapeut-Beziehung im Vordergrund steht. Auf den ersten Blick erscheint die nicht signifikante Korrelation zwischen der mütterlichen Zufriedenheit und dem Therapieerfolg des Kindes im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Studien enttäuschend. Biering hat in einem Review Studien von 1994 bis 2007 betrachtet, in denen vor allem die Zufriedenheit der Kinder aber auch die der Eltern mit der Behandlung in einem kinderpsychiatrischen Setting untersucht wurde. Er konnte dabei moderate Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit der Eltern und ihrer Wahrnehmung von Behandlungsfortschritten feststellen [8]. Auch in der Studie von Bredel et al. weist die Behandlungszufriedenheit der Eltern eine geringe Korrelation von 0,43 auf hochsignifikantem Niveau ($p = 0,00^{**}$) zu der Veränderung der aufnahmerelevanten Probleme des Kindes auf [9]. Bei Betrachtung der Ergebnisse dieser Studien muss jedoch bedacht werden, dass es sich um Therapieformen handelt, bei denen die Eltern nicht wie in der Familientagesklinik mit aufgenommen werden. Sie beurteilen ihre Zufriedenheit von einem anderen Standpunkt aus als Eltern, die aktiv an der Behandlung teilnehmen. Eine Betrachtung von außen ermöglicht den Eltern bei ihrer Beurteilung der Zufriedenheit nur auf Module einzugehen, die das Kind betreffen. Die Angaben zur Zufriedenheit der Mütter mit der Behandlung in der Familientagesklinik Münster beruhen auf dem „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ von Dr. Thomas Beyer. Bei den Behandlungsmodulen handelt es sich zum Teil auch um Module, bei denen die Mutter im Vordergrund steht und an denen das Kind gar nicht teilnimmt. Daher bezieht sich die Zufriedenheit der Mutter neben der Behandlung des Kindes auch auf ihre eigene Behandlung, was eine

6.4 Fazit und Ausblick

Vergleichbarkeit mit anderen Studien erschwert und die nicht signifikante Korrelation zwischen der mütterlichen Zufriedenheit und dem Therapieerfolg des Kindes relativiert. In der vorliegenden Studie kann zwischen der Zufriedenheit des Therapeuten und dem Therapieerfolg des Kindes eine geringe Korrelation von 0,41 auf hochsignifikantem Niveau ($p < 0,01$) festgestellt werden, was sich mit den Ergebnissen der Studie von Bredel et al. deckt, in der auch hochsignifikante Korrelationen zwischen der Zufriedenheit des Therapeuten und dem Therapieerfolg des Kindes vorliegen [9]. Die Zufriedenheit des Therapeuten weist jedoch keine signifikante Korrelation zum Therapieerfolg der Mutter auf. Diese Ergebnisse stützen die Annahme, dass sich die Therapeuten bei der Beantwortung des „Fragenbogens für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ vor allem auf das Kind und nicht auf die Mutter konzentrieren.

6.4 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeichnen ein sehr positives Bild der Behandlung in der Familientagesklinik Münster. 131 Mütter, die sich in der Zeit von 2001 bis 2008 mit ihren Kindern in der Familientagesklinik befanden, sind zufrieden mit ihrer Behandlung. Eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung sowohl der Psychopathologie der Mutter als auch der des Kindes unterstreichen den Therapieerfolg der familientagesklinischen Behandlung. Unterschiedliche Faktoren wurden in der vorliegenden Arbeit beleuchtet, die den Therapieerfolg der Familientagesklinik Münster und ähnlicher Einrichtungen erklären. Neben der Zufriedenheit der Mütter wurde die Zufriedenheit der Therapeuten betrachtet, die erfreulicherweise auch positiv ausfällt. Im Einklang mit anderen Studien fällt die Zufriedenheit der Therapeuten jedoch geringer als die der Mütter aus [9,44,48].

Genauere Kenntnisse über die Sicht der Mütter und Therapeuten zu den einzelnen Therapiemodulen der Familientagesklinik Münster sind wichtig, um die Therapie verbessern und an die Bedürfnisse der Familien anpassen zu können. Bei der vorliegenden Studie ist aufgefallen, dass sowohl die Mütter als auch die Therapeuten mit den Therapiemodulen „Austausch mit anderen Familien“ und „Rückmeldung von anderen Patienten der Elterngruppe“, die Teilaspekte des Therapiemoduls „Elterngruppe insgesamt“ darstellen, am unzufriedensten sind. Für die Zukunft ist es wichtig herauszufinden, worauf die Unzufriedenheit mit dem Therapiemodul Elterngruppe, bei der es

6.4 Fazit und Ausblick

sich um ein Kernelement der familientagesklinischen Behandlung handelt [21], beruht. In dem „Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen“ wird die Zufriedenheit mit der Elterngruppe durch drei Unterpunkte schon sehr differenziert abgefragt, sodass es nicht sinnvoll erscheint, einen weiteren Teilaspekt der Elterngruppe in den Fragebogen einzufügen. Eine Option ist jedoch den Eltern und Therapeuten durch ein offenes Item die Möglichkeit zu geben, zu sagen, womit sie in der Elterngruppe zufrieden bzw. unzufrieden waren.

Die hohe Zufriedenheit der Mütter und Therapeuten mit den anderen Therapiemodulen wie zum Beispiel dem „Videofeedback“ oder der „Mutter-Kind-Interaktion“ verdeutlicht, dass die Therapie der Familientagesklinik Münster sehr gut auf die Bedürfnisse der Familien ausgerichtet ist und von ihnen als hilfreich empfunden wird. In Zukunft können diese Therapiemodule weiter ausgebaut werden, um eine noch höhere Zufriedenheit zu erreichen.

In der vorliegenden Arbeit wurde beleuchtet, wie zufrieden die Mütter und Therapeuten mit den verschiedenen Therapiemodulen der familientagesklinischen Behandlung sind und welcher Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Erfolg der tagesklinischen Behandlung und der Verbesserung der Psychopathologie der Mutter und des Kindes besteht. In zukünftigen Studien wäre es interessant zu evaluieren, welchen Anteil die einzelnen Therapiemodule am Behandlungserfolg ausmachen.

Insgesamt unterstreicht die vorliegende Arbeit wie wichtig es ist, die Patienten- und Therapeutenperspektive zur Behandlung zu erforschen, um eine stetige Verbesserung des Therapieangebotes gewährleisten zu können.

7 Literaturverzeichnis

- [1] **Achenbach TM, Rescorla LA** (2000) CBCL 1.-5 & C-TRF Profiles, Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- [2] **Achenbach TM, Rescorla LA** (2000) Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- [3] **Ambridge B, Theakston AL, Lieven E, Tomasello M** (2006) The distributed learning effect for children's acquisition of an abstract syntactic construction. *Cognitive Development* 2: 174-193
- [4] **Angold A, Egger HL** (2007) Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *J Child Psychol Psychiatry* 48 (10): 961-966
- [5] **Asen E, Scholz M** (2008) Multifamilientherapie in unterschiedlichen Kontexten. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 57: 362-380
- [6] **Asen E, Scholz M** (2009) Praxis der Multifamilientherapie. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg. S 138-155
- [7] **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
- [8] **Biering P** (2010) Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 17: 65-72
- [9] **Bredel S, Brunner R, Haffner J, Resch F** (2004) Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern

und Therapeuten- Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 53: 256-276

[10] **Brühl A** (2010) *SPSS 18: Einführung in die moderne Datenanalyse*
Pearson Studium, 12. Auflage

[11] **Bundesministerium für Gesundheit** Fragen und Antworten zum
Patientenrechtegesetz, unter
<http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/fragen-und-antworten-zum-patientenrechtegesetz.html> (abgerufen am 25.4.2013)

[12] **Carter AS, Wagniller RJ, Gray SA, McCarthy KJ, Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ** (2010) Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49 (7): 686-698

[13] **Chase RM, Eyberg SM** (2008) Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Anxiety Disorders* 22: 273-282

[14] **Derogatis LR** (1992): *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the (R)evised Version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*: Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.

[15] **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

[16] **Fegert JM** (1996) Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 45(3-4):83-94

[17] **Franke GH** (2002) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis-Deutsche Version-Manual (2., rev. u. erw. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH

[18] **Fukkink RG** (2008) Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clin Psychol Rev* 28 (6): 904-916

[19] **Furniss T, Bentovim A, Kinston W** (1983) Clinical processes recording in focal family therapy. *Journal of Marital & Family Therapy* 9: 147-170

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

[20] **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

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

[22] **Garcia JE, Weisz JR** (2002) When Youth Mental Health Care Stops: Therapeutic Relationship Problems and Other Reasons for Ending Youth Outpatient Treatment. *J Consult Clin Psychol* 70 (2): 439-443

[23] **Goll-Kopka A** (2009) Multi-Familientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern: „Das Frankfurter MFT-Modell“. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 58: 716-732

[24] **Gudmundsson OO, Magnusson P, Saemundsen E, Lauth B, Baldursson G, Skarphedinsson G, Fombonne E** (2012) Psychiatric disorders in an urban sample of

preschool children. *Child and Adolescent Mental Health*. doi: 10.1111/j.1475-3588.2012.00675.x

[25] **Hahnefeld WL, Kallert TW** (2005) Diagnosengruppenspezifische Bewertung von Therapieelementen einer psychiatrischen Tagesklinik aus Patienten- und Therapeutesicht: Ein Vergleich zwischen affektiven und schizophrenen Störungen. *Krankenhauspsychiatrie* 16: 149-156

[26] **Hautzinger M, Kühner C, Keller F** (2006) BDI-II - Beck-Depressions-Inventar. Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt am Main.

[27] **Ihle W, Esser G** (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53 (4): 159-169

[28] **Kastner-Koller U, Deimann P** (2002) WET - Wiener Entwicklungstest. Hogrefe, Göttingen

[29] **Kinnen C, Döpfner M** (2013) Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und/oder Störungen des Sozialverhaltens. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 41(2): 133-144

[30] **Koerting J, Smith E, Knowles MM, Latter S, Elsey H, McCann DC, Thompson M, Sonuga-Barke EJ** (2013) Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* Apr 6 [Epub ahead of print]

[31] **Kuschel A, Lübke A, Köppe E, Miller Y, Hahlweg K, Sanders MR** (2004) Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen

Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 32 (2): 97-106

[32] **Lavigne JV, Lebailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ** (2009) The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *J Clin Child Adolesc Psychol* 38 (3): 315-328

[33] **Measelle JR, Weinstein RS, Martinez M** (1998) Parent Satisfaction with Case Managed Systems of Care for Children and Youth with Severe Emotional Disturbance. *Journal of Child and Family Studies* 7 (4): 451-467

[34] **Melchers P, Preuss U** (1991) Kaufman-Assessment Battery for Children. Durchführungs- und Auswertungshandbuch. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

[35] **Mendlowitz SL, Manassis K, Bradley S, Scapillato D, Mieztis S, Shaw BF** (1999) Cognitive-Behavioral Group Treatments in Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38 (10): 1223-1229

[36] **Niccols A** (2009) Immediate and short-term outcomes of the 'COPEing with Toddler Behaviour' parent group. *J Child Psychol Psychiatry* 50 (5): 617-626

[37] **Papousek M, Wollwerth de Chuquisengo R** (2006) Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 55: 235-254

[38] **Petermann F** (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung* 14 (1): 48-57

[39] **Phillips J, Morgan S, Cawthorne K, Barnett B** (2008) Pilot evaluation of parent-child interaction therapy delivered in an Australian community early childhood clinic setting. *Aust N Z J Psychiatry* 42 (8): 712-719

[40] **Richardson LA** (2001) Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? Arch Psychiatr Nurs 15 (5): 223-231

[41] **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

[42] **Stern DN** (1995) The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy. New York Basic Books
zit. n: Furniss T, Müller JM, Achtergarde S, Wessing I, Averbek-Holocher M, Postert C (2013) Implementing psychiatric day treatment for infants, toddlers, preschoolers and their families: a study from a clinical and organizational perspective. Int J Ment Health Syst. 7:12

[43] **Stern DN** (2004) The motherhood constellation: therapeutic approaches to early relational problems. In Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention. Edited by Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL. New York: Guilford Press: 29-42
zit. n: Furniss T, Müller JM, Achtergarde S, Wessing I, Averbek-Holocher M, Postert C (2013) Implementing psychiatric day treatment for infants, toddlers, preschoolers and their families: a study from a clinical and organizational perspective. Int J Ment Health Syst. 7:12

[44] **von Stosch T** (1998) Beurteilung des Behandlungserfolges im teilstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Weinsberg durch Eltern und Therapeuten. Krankenhauspsychiatrie 9: 12-16

[45] **Tellegen PJ, Laros JA, Petermann F** (2007) SON-R 2,5-7. Non-verbaler Intelligenztest: Testmanual mit deutscher Normierung und Validierung. Hogrefe, Göttingen.

[46] **Waskewitz S, Petermann F, Petermann U, Büttner P** (2010) Videogestützte Elterntrainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung* 19 (4): 255-263

[47] **Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH** (2012) Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 53 (6): 695-705

[48] **Zander B, Balck F, Rotthaus W, Strack M** (2001) Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 50 (5): 325-341

[49] **ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddler, and Families** (1999) Diagnostische Klassifikation: 0-3. Springer, Wien. S.66ff.

[50] **Zimet SG, Farley GK** (1985) Day treatment for children in the United States. *J Am Acad Child Psychiatry* 24 (6): 732-738

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich epidemiologischer Studien zum Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen im Vorschulalter	1
Tabelle 2: Beurteilung von Müttern (N maximal = 131**) und Therapeuten (N maximal = 49**) über zwölf Therapiemodule in der Familientagesklinik über Mittelwert (Standardabweichung) aus einem Zufriedenheitsfragebogen*	
a) sortiert nach der Zufriedenheit der Mütter	22
b) sortiert nach der Zufriedenheit der Therapeuten.....	24
Tabelle 3: Beurteilung der Korrelation der mütterlichen Zufriedenheit und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Mütter mit der Zufriedenheit der Therapeuten und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung aus Sicht der Therapeuten	25
Tabelle 4: Übereinstimmung (Korrelation) der mütterlichen Zufriedenheit (Gesamtscore der Therapiemodule) und des allgemeinen Erfolges der tagesklinischen Behandlung mit dem Therapieerfolg des Kindes (CBCL Total Problem Score, N=105) und dem Therapieerfolg der Mutter (SCL-90-R, GSI, N = 105)	29

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Münsteraner Modell.....	6
Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Marlies Averbek-Holocher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Münster	
Abbildung 2: Verlauf der Psychopathologie des Kindes	26
Abbildung 3: Verlauf der Psychopathologie der Mutter.....	27

Lebenslauf

Lebenslauf

Danksagung

Danksagung

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

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. med. T. Fürniss für die freundliche Überlassung des Dissertationsthemas.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. J. Müller für die hervorragende Betreuung der Arbeit. Durch Ihre hilfreiche und konstruktive Kritik haben Sie mich immer motiviert die Arbeit fertigzustellen. Vielen Dank.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau O. Skorozhenina für ihre Hilfe bei der Bearbeitung des Datenmaterials und für die Einarbeitung in die statistische Auswertung bedanken.

Auch möchte ich mich bei meiner Familie für ihre Unterstützung bedanken.

Anhang

Fragebogen für Eltern zur Einschätzung von Behandlungsmodulen von Dr. Thomas Beyer

**FRAGEBOGEN FÜR ELTERN ZUR EINSCHÄTZUNG VON
BEHANDLUNGSMODULEN**

CODE:

Die ersten beiden Buchstaben des
Vornamens

Der erste Buchstabe des Nachnamens
Aufnahmedatum

Beispiel: MAB13022003

Marvin

Buchholz
13.2.2003

Wird vom Bezugstherapeuten ausgefüllt:

CODE: _____ **Datum:** _____ **Therapeut:** _____

Wer hat den Fragebogen
ausgefüllt?

Mutter Vater

Sonstige Erziehungsperson: _____

LIEBE ELTERN!

Diese Woche schließen Sie die tagesklinische Behandlung für sich und Ihr(e) Kind(er) ab und feiern Abschied. Rückblickend interessiert uns noch Ihre Einschätzung über Ihre Zeit hier. Daher bitten wir Sie, sich zu folgenden Fragen und Aussagen bezüglich des Therapieerfolgs und des Nutzens einzelner Therapieelemente zu äußern. Falls Sie mit mehr als einem Kind bei uns waren, erhalten Sie für jedes Kind einen eigenen Bogen. Füllen Sie dann jeden Bogen bitte jeweils für jedes einzelne Kind aus!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Wie beurteilen Sie zum Ende der Behandlung die Verbesserung Ihrer Probleme?

		Nicht verbessert	Wenig verbessert	Teilweise verbessert	Überwiegend verbessert	Sehr verbessert
1.	Für sich selber	<input type="checkbox"/>				
2.	Für Ihr Kind	<input type="checkbox"/>				
3.	Für Sie beide	<input type="checkbox"/>				
4.	Für die Familie	<input type="checkbox"/>				

Wie schätzen Sie allgemein den Erfolg der tagesklinischen Behandlung ein?

		Nicht erfolgreich	Wenig erfolgreich	Teilweise erfolgreich	Überwiegend erfolgreich	Sehr erfolgreich
5.	Für sich selber	<input type="checkbox"/>				
6.	Für Ihr Kind	<input type="checkbox"/>				
7.	Für Sie beide	<input type="checkbox"/>				
8.	Für die Familie	<input type="checkbox"/>				

Wie hilfreich waren die verschiedenen Therapieelemente?

9. Elterngruppe insgesamt

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Rückmeldung von anderen Eltern aus der Elterngruppe

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

11. Mutter-/Eltern-Kind-Interaktion

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

12. Kindergruppe

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

13. Familiengespräche

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

Wie hilfreich waren die verschiedenen Therapieelemente?

14. Einzelgespräche

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

15. Ratschläge/Tipps von Mitarbeitern

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

16. Austausch mit anderen Familien

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

17. Erfahrung, dass andere Familien ähnliche Probleme haben

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

18. Einsatz von Video

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

19. Medizinische Behandlung von akuten Beschwerden

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

20. Testpsychologische Diagnostik

Nicht hilfreich	Wenig hilfreich	Teilweise hilfreich	Überwiegend hilfreich	Sehr hilfreich	Hat nicht stattgefunden
<input type="checkbox"/>					

Anhang

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

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

BITTE ÜBERPRÜFEN SIE, OB SIE ALLE FRAGEN BEANTWORTET HABEN.

UNTERSTREICHEN SIE BITTE DIEJENIGEN PROBLEME, DIE IHNEN SORGEN MACHEN.

Hat dieses Kind Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen? Nein Ja
Bitte beschreiben:

Was macht Ihnen bei diesem Kind am meisten Sorgen?

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

VIELEN DANK!

SCL-90-R

Fragebogen **SCL-90[®]-S**

Name/Code-Nr.: _____ **Datum:** | | | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

Geschlecht: männlich weiblich **Alter in Jahren:** | | | | | | | | | |
Jahre

Schulabschluss:

<input type="checkbox"/> ohne Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife/Realschulabschluss/ POS	<input type="checkbox"/> Fachabitur/Abitur
<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium	<input type="checkbox"/> Schüler/-in

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. **Beantworten Sie bitte jede Frage!**

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
 ① ② ③ ④

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Kopfschmerzen | ① | ② | ③ | ④ |
| 2 | Nervosität oder innerem Zittern | ① | ② | ③ | ④ |
| 3 | immer wieder auftauchenden unerwünschten Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen | ① | ② | ③ | ④ |
| 4 | Ohnmachts- und Schwindelgefühlen | ① | ② | ③ | ④ |
| 5 | Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität | ① | ② | ③ | ④ |
| 6 | allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen | ① | ② | ③ | ④ |
| 7 | der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat | ① | ② | ③ | ④ |
| 8 | dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind | ① | ② | ③ | ④ |
| 9 | Gedächtnisschwierigkeiten | ① | ② | ③ | ④ |
| 10 | Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit | ① | ② | ③ | ④ |
| 11 | dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein | ① | ② | ③ | ④ |
| 12 | Herz- und Brustschmerzen | ① | ② | ③ | ④ |
| 13 | Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße | ① | ② | ③ | ④ |
| 14 | Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken | ① | ② | ③ | ④ |
| 15 | Gedanken, sich das Leben zu nehmen | ① | ② | ③ | ④ |
| 16 | Hören von Stimmen, die sonst keiner hört | ① | ② | ③ | ④ |
| 17 | Zittern | ① | ② | ③ | ④ |
| 18 | dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann | ① | ② | ③ | ④ |
| 19 | schlechtem Appetit | ① | ② | ③ | ④ |
| 20 | Neigung zum Weinen | ① | ② | ③ | ④ |
| 21 | Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | ① | ② | ③ | ④ |
| 22 | der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden | ① | ② | ③ | ④ |
| 23 | plötzlichem Erschrecken ohne Grund | ① | ② | ③ | ④ |
| 24 | Gefühlausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren | ① | ② | ③ | ④ |
| 25 | Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen | ① | ② | ③ | ④ |
| 26 | Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge | ① | ② | ③ | ④ |
| 27 | Kreuzschmerzen | ① | ② | ③ | ④ |
| 28 | dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen | ① | ② | ③ | ④ |
| 29 | Einsamkeitsgefühlen | ① | ② | ③ | ④ |
| 30 | Schwermut | ① | ② | ③ | ④ |

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
 (0) (1) (2) (3) (4)

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...

- | | | | | | | |
|----|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 31 | dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32 | dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33 | Furchtsamkeit | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34 | Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35 | der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36 | dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37 | dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38 | der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39 | Herzklopfen oder Herzjagen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40 | Übelkeit oder Magenverstimmung | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 41 | Minderwertigkeitsgefühlen anderen gegenüber | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 42 | Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen) | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 43 | dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 44 | Einschlafschwierigkeiten | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 45 | dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 46 | Schwierigkeiten, sich zu entscheiden | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 47 | Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 48 | Schwierigkeiten beim Atmen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 49 | Hitzewallungen oder Kälteschauern | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 50 | der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 51 | Leere im Kopf | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 52 | Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 53 | dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 54 | einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 55 | Konzentrationsschwierigkeiten | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 56 | Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 57 | dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 58 | Schweregefühl in den Armen oder den Beinen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 59 | Gedanken an den Tod und ans Sterben | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 60 | dem Drang, sich zu überessen | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
 ① ② ③ ④

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 61 | einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden | ① | ② | ③ | ④ |
| 62 | dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind | ① | ② | ③ | ④ |
| 63 | dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen | ① | ② | ③ | ④ |
| 64 | frühem Erwachen am Morgen | ① | ② | ③ | ④ |
| 65 | zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen | ① | ② | ③ | ④ |
| 66 | unruhigem oder gestörtem Schlaf | ① | ② | ③ | ④ |
| 67 | dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern | ① | ② | ③ | ④ |
| 68 | Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen | ① | ② | ③ | ④ |
| 69 | starker Befangenheit im Umgang mit anderen | ① | ② | ③ | ④ |
| 70 | Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino | ① | ② | ③ | ④ |
| 71 | einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist | ① | ② | ③ | ④ |
| 72 | Schreck- oder Panikanfällen | ① | ② | ③ | ④ |
| 73 | Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit | ① | ② | ③ | ④ |
| 74 | der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten | ① | ② | ③ | ④ |
| 75 | Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden | ① | ② | ③ | ④ |
| 76 | mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere | ① | ② | ③ | ④ |
| 77 | Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | ① | ② | ③ | ④ |
| 78 | so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können | ① | ② | ③ | ④ |
| 79 | dem Gefühl, wertlos zu sein | ① | ② | ③ | ④ |
| 80 | dem Gefühl, dass Ihnen schlimme oder eigenartige Dinge passieren werden | ① | ② | ③ | ④ |
| 81 | dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen | ① | ② | ③ | ④ |
| 82 | der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen | ① | ② | ③ | ④ |
| 83 | dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | ① | ② | ③ | ④ |
| 84 | sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind | ① | ② | ③ | ④ |
| 85 | dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | ① | ② | ③ | ④ |
| 86 | Vorstellungen und Gedanken, die Ihnen Angst einflößen | ① | ② | ③ | ④ |
| 87 | dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist | ① | ② | ③ | ④ |
| 88 | dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | ① | ② | ③ | ④ |
| 89 | Schuldgefühlen | ① | ② | ③ | ④ |
| 90 | dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | ① | ② | ③ | ④ |