

**Psychometrische Basisdokumentation
zur integrativen Behandlung von
psychosomatisch kranken Kindern im Rahmen einer
pädiatrisch-psychosomatischen
Komplexbehandlung**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Marie-Thérèse Lara Heinz
aus Offenbach a. Main

Gießen, 2017

Aus der
Kinder- und Familienpsychosomatik,
Abteilung Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie am
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des
Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH,
Standort Gießen

Leiter: Prof. Dr. med. Klaus-Peter Zimmer

Gutachter: Prof. Dr. Burkhard Brosig

Gutachter: Prof. Dr. Leichsenring

Tag der Disputation: 21.11.2017

1. Einleitung	1
2. Material und Methoden	2
2.1. Stichprobe.....	2
2.2. Fragebogenverfahren.....	4
2.3. Durchführung	19
2.4. Hintergrund der Studie	20
2.5. Ziele der Studie	21
2.6. Statistische Auswertung	21
2.7. Ethik	22
3. Ergebnisse	23
3.1. Umfragestatistik zu den AGPPS- assoziierten Kliniken	23
3.2. Auswertung psychopathologischer Veränderungen der Gesamtstichprobe (<i>t</i> - Test bei abhängigen Stichproben)	27
3.2.1. Youth Self Report.....	27
3.2.2. Toronto- Alexithymie- Skala (TAS-26)	30
3.3.3. Allgemeiner Familienbogen.....	34
3.3.4. JTCI- Temperament und Charakterdimensionen	38
3.3. Bestimmung der Effektgröße (Cohens <i>d</i>).....	40
4. Drei Fallvignetten.....	41
4.1. Fallbeispiel Essstörung - Anorexia nervosa (Patient 1)	42
4.2. Fallbeispiel Somatisierungsstörung (Patient 2).....	43
4.3. Fallbeispiel Dissoziative Störung (Patient 3)	49
5. Diskussion	52
5.1. Basisdiagnostik - Gründe, Bedarf, Anforderungen	53
5.2. Fragebogenbatterie - wissenschaftliche Kriterien der Entscheidungsfindung	55
5.3. Effektstärkemessung	61
5.4. Ausblick.....	64
5.5. Schlussfolgerung	65
6. Zusammenfassung	67
7. Abkürzungsverzeichnis	69
8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	72
9. Literaturverzeichnis.....	73
10. Anhang	78

„Y aunque el olvido
que todo destruye
haya matado mí vieja ilusión,
guardo escondida
una esperanza humilde
que es toda la fortuna
de mí corazón.“¹

Volver, Alfredo Le Pera, 1935

1. Einleitung

Die folgende klinische Studie bezieht sich auf die Basisdokumentation eines neu etablierten psychosomatischen Arbeitsbereiches in der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Gießen.

Der Tätigkeitsbereich stützt sich hierbei auf das Konzept einer psychoanalytischen Familientherapie in der Theorietradition Horst- Eberhard Richters.

Als Schwerpunkt dient die Auffassung, dass chronische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit „biographischen“, „sozialen“ und „psychischen“ Umständen verstanden werden (Brosig et al., 2011).

Dabei soll auch der familiäre Kontext der Patienten als (Begleit-)Ursache einer psychoneurotisch-psychosomatischen Erkrankung untersucht werden.

Im Bereich Familien- und Kinderpsychosomatik des Universitätsklinikums Gießen (Leiter: Prof. Dr. Burkhard Brosig) wurde ein Konzept zur *integrativen* psychosomatischen Behandlung von psychosomatisch kranken Kindern etabliert. Es wird hier in diesem Zusammenhang eine stationäre Kurzzeit-Behandlung von vier bis maximal sechs Wochen im Rahmen der sog. „Pädiatrisch- psychosomatischen Komplexbehandlung“ angeboten.

Ziel der Studie ist die

- (1) Entwicklung einer klinisch relevanten Testbatterie auf der Basis testtheoretisch fundierter Fragebögen für eine psychometrische Basiserhebung, zur Erstellung einer, verschiedene Symptom- und Persönlichkeitsbereiche umfassenden, objektiven und bevölkerungsrepräsentativ normierten, *Basisdiagnostik* und zur

¹“Und auch wenn das Vergessen, das alles zerstört, mein altes Traumbild ausgelöscht hat, halte ich eine bescheidene Hoffnung verborgen, die alles Glück meines Herzens ist.“ Übersetzung durch den Verfasser

(2) Messung von Behandlungsergebnissen mit Bestimmung der Effektstärke im Rahmen einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung von chronisch kranken bzw. psychosomatisch erkrankten Kindern.

Dabei erfasst die Studie Kinder und Jugendliche im Alter von 10- 18 Jahren, da diese zur Selbstauskunft fähig sind. Diesbezüglich lehnt sich die Arbeit an eine Studie von Beutel, M.E. (2005) „Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie- Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren“ an.

2. Material und Methoden

Nach vorausgehender umfassender Befragung deutscher Kinderkliniken, in denen bereits eine psychosomatische stationäre Behandlung von psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen nach Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V. (AGPPS) stattfindet, über die, in der jeweiligen Einrichtung, angewendeten Maßnahmen zur Erhebung einer Basisdiagnostik bzw. zur Effektstärkemessung, erfolgt die Entwicklung einer klinisch relevanten Testbatterie auf der Basis testtheoretisch fundierter Fragebögen für eine psychometrische Basiserhebung. Diese dient der Erstellung einer, verschiedene Symptom- und Persönlichkeitsbereiche umfassenden, objektiven und bevölkerungsrepräsentativ normierten Basisdiagnostik mit der Möglichkeit Effektstärken der Therapie zu messen. Als Grundlage dienen hierbei die von der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V. veröffentlichten Angebote und Institutionen für psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche (Geschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik, 2011).

2.1. Stichprobe

Im Rahmen einer 1- Jahres- Kohorte werden chronisch psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche der Altersgruppe von 10- 18 Jahren (Fähigkeit zur Selbstauskunft), die sich am Universitätsklinikum Gießen in einer 4- wöchigen, stationären, pädiatrisch- psychosomatischen- Behandlung (OPS 9-403) befinden, in die Studie aufgenommen.

Die Gesamtstichprobe ergibt sich aus 23 Aufnahmen (N= 23), unter denen sich 10

männliche und 12 weibliche Patienten befinden.

Eine Patientin wurde innerhalb der Beobachtungszeit zweimal aufgenommen. Beide Behandlungszeiträume der Patientin wurden unabhängig voneinander überprüft und sind in der Wertung als eigenständige Aufenthalte berücksichtigt worden. Unter den in die Studie aufgenommenen Patienten gab es über den gesamten Evaluationszeitraum keinen Therapieabbruch, sodass alle 23 Behandlungsverläufe berücksichtigt werden konnten.

Bei den Beschwerdebildern der Patienten handelt es sich v.a. um Erkrankungen auf dem Gebiet der psychogenetisch ausgelösten neurotischen Störungen, Psychosomatosen, Essstörungen und psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die sich aus manifesten körperlichen Störungen ergeben, sowie um deren Verknüpfung untereinander (Brosig et al., 2011).

Nach der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 German Modification (GM)* werden die Patienten der Kohorte einer jeweiligen verschlüsselten Diagnoseziffer zugeordnet. Unter Berücksichtigung des oben genannten Syndromspektrums ergibt sich bei der Gesamtstichprobe folgende Verteilung:

Tab. 1: Stichprobe aufgeteilt nach ICD- 10 (GM)

Diagnose nach ICD-10-GM Version 2013	Anzahl der Patientenaufnahmen im Rahmen der Datenerhebung
F50.- (Essstörungen)	8
F45.- (Somatoforme Störungen)	7
F54 (Psych. Faktoren bei körperl. Störungen)	4
F44.- (Dissoziative Störungen/ Konversions~)	2
F43.- (Reaktionen auf schwere Belastungen)	2

Quelle: Tabelle vom Verfasser erstellt.

4 der 22 Kinder und Jugendlichen besuchten ein Gymnasium, ein Patient aus dieser Gruppe hatte bereits das Abitur abgeschlossen. Die Patientin, welche zweimal während der Zeit der Datenerhebung aufgenommen wurde, gehörte ebenfalls der gymnasialen Gruppe an. 4 Patienten gingen zur Realschule, davon hatte wiederum eine Probandin bereits einen Realschulabschluss erlangt. 5 Patienten gaben an, den

Hauptschulabschluss anzustreben. 4 weitere Patienten besuchten die Gesamt-, 3 Probanden die Förderschule und je ein Patient ging zur Grund- bzw. zur Berufsschule. Ausschlusskriterien der Studie waren solche der psychosomatischen Therapie (wie etwa floride Psychosen, manifeste stoffgebundene Suchterkrankungen, Delinquenz) sowie nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse.

2.2. Fragebogenverfahren

Am Bereich Familienpsychosomatik der Abteilung Allgemeinpädiatrie und Neonatologie der Kinderklinik des Universitätsklinikums Gießen wird bereits im Sinne einer Basisdiagnostik eine Testbatterie an Fragebögen verwendet (Brosig et al., 2011). Aus dieser Fragebogenbatterie werden der Allgemeine Familienbogen (FB), und die Toronto Alexithymie Skala für Kinder und Jugendliche (TAS- KJ) übernommen. Zusätzlich wird das Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI) zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur in die Testbatterie aufgenommen. Der Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ) wird durch den Fragebogen Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (YSR- Fragebogen für Jugendliche) in der deutschen Fassung ersetzt. Durch die Änderung der Fragebogenbatterie soll zum einen eine internationale Vergleichbarkeit erreicht, zum anderen eine Vergleichbarkeit mit anderen klinischen Einrichtungen, in denen bereits eines der Fragebogenverfahren etabliert ist, vereinfacht werden. Insgesamt wird letztendlich, neben dem klinischen Interview, eine Batterie aus vier verschiedenen Fragebögen für eine Basisdiagnostik verwendet, welche die Bereiche „psychische und physische Symptomatik“, „Affektregulation“, „Persönlichkeit“ und „Familienfunktion“ vordergründig erfasst. Die Fragebogeninventare werden nachfolgend beschrieben.

**Tab. 2:
Bisher verwendete Testinventare
in der Altersklasse 10-18 Jahre**

10-18 Jahre
TAS-KJ
DIKJ
GBB-JK
Selbstbild
Kurzform
FB- Allgemeiner
Familienbogen
(Selbstauskunft)

**Tab. 3:
Geplante Inventare in der hier
beschrieben Studie 10-18 Jahre**

10-18 Jahre
TAS-KJ
JTCI
YSR
FB- Allgemeiner
Familienbogen
(Selbstauskunft)

Legende:

TAS-KJ= Toronto Alexithymieskala für Kinder und Jugendliche

YSR= Youth Self-Report der Child Behavior Checklist

DIKJ= Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche

GBB-KJ= Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche

JTCI= Junior Temperament und Charakter Inventar

FB= Allgemeiner Familienbogen

Quelle: vom Verfasser erstellt

Toronto Alexithymie-Skala-26

Es wird die TAS-KJ in der Version für Kinder und Jugendliche vorgestellt.

Die TAS-26 wird in der Selbstauskunftsform als Instrument zur Messung verschiedener Aspekte der Alexithymie verwendet. Der Begriff Alexithymie wird dabei als klinisches interdisziplinär verwendetes Synonym für Störungen der Affektregulation gebraucht (Taylor, Bagby und Parker, 1997).

Anwendungsbereich

Nach dem Vorbild der Erwachsenenversion wurde der Fragebogen für Kinder und Jugendliche für die Altersgruppe ab 12 Jahre entwickelt und in verschiedenen Bereichen entsprechend angepasst, wobei sich die beschriebenen Kenngrößen auf die Erwachsenen Ausgabe beziehen (Kupfer, Brosig, & Brähler, 2001).

Die TAS-26 umfasst drei Skalen, SK1 („Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“), SK2 („Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“) und SK3 („extern orientierter Denkstil“), sodass die entscheidenden Bereiche bezogen auf mögliche Beeinträchtigungen der Gefühlsregulation beschrieben werden. Die Werte der drei Skalen können zusätzlich zu einer „SK ges.“ („Alexithymie- Gesamtskala“)

aufsummiert werden. Die TAS- KJ umfasst 26 Items, mit einer jeweils fünfstufigen Antwortskala). Eine Einschätzung erfolgt in Form einer subjektiven Selbstevaluation anhand von vorformulierten Aussagen, zu denen der Patient mit Hilfe einer 5- stufigen Bewertungsskala (1= „trifft gar nicht zu“ bis 5= „trifft völlig zu“) Angaben macht (Kupfer, Brosig, Brähler, 2000). Der Fragebogen entspricht der von G. Taylor et al. Entwickelten Version in deutscher Sprache und wurde bereits vielseitig in internationalen Studien verwendet (Kupfer et al., 2001).

Aufbau und Auswertung

Skala 1: „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“

In dieser Skala stehen Items im Vordergrund, welche Probleme bei der Wahrnehmung von Gefühlen, sowie bei der Wahrnehmung von körperlichen Abläufen, die im Zusammenhang des Gefühlserlebens auftreten, im Allgemeinen abbilden. Hohe Ergebnisse in dieser Skala sprechen für Probleme bei der Wahrnehmung eigener Gefühle sowie deren physiologische Begleiterscheinungen bis hin zur Unfähigkeit der Wahrnehmung emotionaler und begleitender physiologischer Veränderungen, sodass der Patient im Extrem gänzlich unfähig ist, emotionale und körperliche Abläufe angemessen zu verarbeiten. (Kupfer et al., 2000)

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

In dieser Skala werden Schwierigkeiten des Ausdrucks und der Beschreibung von Gefühlen behandelt. Es ist dabei auch der kommunikative Charakter des Gefühlslebens miteinbezogen, sodass diese Skala in hohem Maß mit der ersten Skala korreliert, da bei Problemen der emotionalen Wahrnehmung auch der Gefühlsausdruck problematisch ist. Hohe Werte in dieser Skala weisen auf Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation und somit auf Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung (Watzlawick, Beaving & Jackson, 1985). Aspekte der Kommunikation sind im Äußersten mangelnd oder gänzlich fehlend. (Kupfer et al., 2000)

Skala 3: „extern orientierter Denkstil“

In dieser Skala wird der sog. "automatisch- mechanische Denkstil“ im Sinne der „pensée opératoire“ (Marty & de M'Uzan, 1978) behandelt. Kennzeichen sind eine Schmälerung des analytischen und reflexiven Denkstils und eine oberflächliche

Anschauung von konfliktbehafteten Situationen und Entwicklungen. Bei hohen Werten in dieser Skala vermittelt der Patient Desinteresse an analytischen Denkprozessen, schwierige Zusammenhänge und problematische Situationen werden lediglich auf einer oberflächlicheren Art betrachtet mit einer ungenügenden Kapazität, Konfliktlösungen erarbeiten zu können, was in der Konsequenz gegebenenfalls zu Problemen bei Anpassungsvorgängen führt (Kupfer et al., 2000).

Gesamtskala: Alexithymie

Die Gesamtskala setzt sich aus den drei Einzelskalen zusammen und veranschaulicht somit einen Gesamtwert für die Diagnostik der Alexithymie. Eine besondere Brauchbarkeit erfährt die Skala bei der Bewertung des Erkrankungsbildes im Einzelnen in die Stärke der alexithymen Ausprägung. Es wird empfohlen für eine differenziertere Einschätzung des Patienten die Einzelskalen hinzuzuziehen, obwohl die Gesamtskala auch alleinig in der Praxis Verwendung finden kann. (Kupfer et al. 2000)

Gütekriterien

Eichstichprobe: N= 2.047; Normwerte liegen für die Gesamtgruppe und im Verhältnis zur Schulbildung bisher nur für Erwachsene im Alter von 16 Jahren und älter vor. Für Kinder und Jugendliche werden sie derzeit erhoben.

Reliabilität: Interne Konsistenz (Cronbach´s alpha) der einzelnen Skalen liegt zwischen alpha= .67 und .84, für die Gesamtskala beträgt alpha= .81.

Validität: Derzeit keine Befunde zur Konstruktvalidität (Kupfer et al., 2001).

Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI)

Das Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI) dient der Erfassung der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen nach einem zugrunde liegenden Persönlichkeitsmodell des Autoren.

Anwendungsbereich

Allgemein findet der Test vielseitige Anwendung als klinisch- diagnostisches Verfahren, aber auch in der Erziehungs- und Schulberatung, bei entwicklungspsychologischen Zusammenhängen sowie u.a im längsschnittlich gestalteten Studiendesign. Das JTCI beinhaltet mehrere Versionen, wobei in der von uns ausgewählten Testbatterie lediglich

das JTCI 12-18 angewendet werden soll. Das JTCI 12-18 wird Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren zur Selbstbeantwortung übergeben. Bei den Altersgrenzen sind Abweichungen von +/- 2 Jahren akzeptabel. (Goth & Schmeck, 2009)

Kurzbeschreibung

Das biopsychosoziale Persönlichkeitskonzept von Robert C. Cloninger integriert Erkenntnisse verschiedener Denkschulen zu „kindlicher“ und „erwachsener“ Persönlichkeit (z.B. Lerntheorie, klinische und psychodynamische Ansätze) in einem Modell. Dabei unterscheidet der Autor innerhalb des Persönlichkeitsbegriffes zwischen „Temperament“ und „Charakter“ als zwei grundlegende Aspekte der „Persönlichkeit“. Der Persönlichkeitsbereich „Temperament“ wird durch vier autonome Skalen, „Neugierverhalten“ (NV), „Schadensvermeidung“ (SV), „Belohnungsabhängigkeit“ (BA) und „Beharrungsvermögen“ (BV), erfasst. Der Persönlichkeitsbereich „Charakter“ setzt sich aus den drei wiederum als selbstständig zu wertenden Skalen „Selbstlenkungs-fähigkeit (SL), „Kooperativität“ (KO) und „Selbsttranszendenz“ (ST) zusammen. Die vier Temperamentsskalen beschreiben Unterschiede im „quasi-automatischen emotionalen Reaktionsstil“, welcher als nur schwer durch äußere Umstände beeinflussbar gilt. Das „Temperament“ stellt dabei eine relativ stabile Grundlage der Persönlichkeit dar, welche als stärker biologisch fundiert bezeichnet wird. Die drei Charakterskalen beschreiben Unterschiede in zentralen Selbstkonzepten, die Einstellungen, Werte und Ziele umfassen, und letztlich die Fähigkeit begründen, mit sich und seiner Umwelt zurecht zu kommen. Die Charakterskalen sind daher in einem dynamischen Prozess eher von der Umwelt geprägt und können durch soziokulturelle Interaktionen beeinflusst werden.

Eine im Altersvergleich extrem unterdurchschnittliche Ausprägung in den Charaktermerkmalen „Selbstlenkungs-fähigkeit“ oder „Kooperativität“ soll dabei eine konkrete Aussage zur aktuellen psychischen Befindlichkeit zulassen. Die Vorteile liegen in einer individuellen, charakterorientierten Entwicklungsförderung, da die individuellen Ressourcen und Schwächen eines Kindes/Jugendlichen aufgegriffen werden können. Des Weiteren können durch die Ermittlung von stark unterdurchschnittlichen bzw. deutlich überdurchschnittlichen Werten sog. extreme „Temperaments-Typen“ bestimmt werden. (Goth & Schmeck, 2009)

Aufbau und Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen kann auf verschiedene Weisen u.a. per Schablone, Auswertungsbogen und Normwerttabellen als auch, so wie im vorliegenden Fall erfolgt, komplett computergestützt erfolgen (Goth & Schmeck, 2009). Die Temperament und Charakterskalen werden im Einzelnen nachfolgend beschrieben.

Temperamentskalen

Das Modell widerspricht dabei der Annahme, Persönlichkeitsstörungen mit extremen Ausprägungen in den Temperamentskalen gleichzusetzen, da sie sowohl bei gesunden als auch bei kranken Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden konnten (Svrakic, Whitehead, Przybeck, Cloninger, 1993).

Es können hierbei jedoch differenzialdiagnostische Angaben anhand der jeweiligen Ausprägungen der einzelnen Skalen vorgenommen werden, die jeweils einem bestimmten Verhaltensstil zugeordnet werden können. Da sich die Temperamentskalen auch bei Vorliegen einer Psychopathologie nicht oder nur wenig verändern, kann ein typischer „Temperamentstyp“ dem „Störungstypen“ einer klinisch bedeutsamen Gruppierung zugeordnet werden, etwa im Sinne einer schemenhaften Einteilung zwischen „externalisierend“ und „internalisierend“, Kategorisierung von Essstörungen etc. (Cloninger, Przybeck, Svraic & Wetzel, 1994; Cloninger & Svraic, 1997).

Neugierverhalten (NV)

Die Skala beschreibt, im Sinne eines Reiz- Reaktionsmodells, in welchem Maß die Aktivierung von Verhalten auf neue Einflüsse und Belohnungssignale ausgelöst werden kann. Hohe Werte charakterisieren ein hohes individuelles Maß an explorativem Verhalten, Impulsivität der Entscheidungsfindung, der Wirkungsstärke emotionaler Reaktion wie auch der Bereitschaft in diesem Rahmen, gesellschaftliche Verbote zu überschreiten. Der Autor spricht in diesem Sinne von dem „Spaß an Neuem“, „Spaß an der Schnelligkeit“, „Spaß am Extremen“ und „Spaß am Verbotenen“. (Goth & Schmeck, 2009)

Schadensvermeidung (SV)

Die Skala gibt das individuelle Ausmaß an Verhaltenshemmung auf Gelegenheiten, die mit Strafe bzw. Nicht- Belohnung oder Gefahr in Zusammenhang gebracht werden.

Hohe Werte deuten auf ein hohes Ausmaß etwa bei der Vermeidung von Risiken, Veränderungen oder Wagnissen wie auch beispielsweise auf einen Hang zum Pessimismus und Zukunftssorgen. (Goth & Schmeck, 2009)

Belohnungsabhängigkeit (BA)

Die Skala gibt an in wie weit Verhalten durch soziale Verstärkung beeinflusst werden kann. Die Ausprägung ist abhängig vom Grad der Emotionalität („Empfindsamkeit“), der Kontakterstellung („emotionalen Offenheit“), der Ausprägung enge soziale Beziehungen aufzubauen („Bindung“) sowie dem Bedürfnis nach zwischenmenschlichem Beistand („Abhängigkeit“). (Goth & Schmeck, 2009)

Beharrungsvermögen (BV)

In dieser Skala wird das Ausmaß der Aufrechterhaltung von Verhaltensmustern auch bei Ausbleiben der verstärkenden Reize oder trotz enttäuschender Einflüsse beschrieben (Goth & Schmeck, 2009).

Charakterskalen

Der Charakterbegriff wird durch dynamische Interaktionen mit der Umwelt geprägt und soll durch die individuelle soziokulturelle Lernumwelt beeinflusst werden. Der Charakter unterliegt in diesem Sinne einen Reifungsprozess und spiegelt die Möglichkeit wieder, mit sich selbst („Selbstlenkungsfähigkeit“) seiner unmittelbaren sozialen Umwelt („Kooperativität“) und der Umwelt im Rahmen eines größeren gesellschaftlichen oder spirituellen Zusammenhangs („Selbsttranszendenz“) zurecht zu kommen. Diese dynamische Fähigkeit beschreibt der Autor als charakterliche „Reife“. (Cloninger, & Svrakic, 1993).

Diese Bewertung findet in erster Linie in der diagnostischen Anwendung Bedeutung. Demnach korrelieren durchschnittliche bis überdurchschnittliche Werte in den Charakterskalen mit einem psychischen Wohlbefinden und geistiger Gesundheit, während unterdurchschnittliche Werte auf das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung deuteten (Goth & Schmeck, 2009).

Der Autor vergleicht die beiden Charakterskalen „Selbstlenkungsfähigkeit“ und „Kooperativität“ mit den diagnostischen Kriterien psychiatrischer Erkrankungen nach DSM-IV und ICD-10, demnach muss einer der Voraussetzungen „Subjektiver

Leidensdruck“ bzw. „Beeinträchtigte soziale Anpassung“ vorliegen, um die Kriterien einer psychiatrischen Erkrankung zu erfüllen (Herpertz, Pukrop, Steinmeyer, Woschnik & Sass, 2006).

Cloninger weist dabei die direkte Deckung des Bedeutungsinhaltes der Parameter „Selbstlenkungsfähigkeit“/, „Subjektiver Leidensdruck“ sowie „Kooperativität“/ „Beeinträchtigung sozialer Anpassung“ nach (Cloninger & Svrakic, 1997) und verdeutlicht die Hintergründe des zugrundeliegenden diagnostischen Vorgehens.

Selbstlenkungsfähigkeit (SL)

Die Skala beschreibt die Fähigkeit des einzelnen, sich als selbstbestimmt zu verstehen und sich seinen Wünschen und Absichten gemäß zu entfalten, woraus sich entsprechende darauf aufbauende Gefühle ergeben. Hohe Werte in dieser Skala gehen mit der Fähigkeit einher, Verantwortung für seine Handlungen zu übernehmen („Verantwortlichkeit“), der Möglichkeit, Ziele zu formulieren und diese zu verfolgen („Zielbewusstheit“) mit der Befähigung, eigene Bedürfnisse und Neigungen anzunehmen („Selbstakzeptanz“). Der Autor formuliert die Bedeutung der Skala eindrücklich als „Ich und Ich“. (Goth & Schmeck, 2009)

Kooperativität (KO)

Die vorliegende Skala beschreibt die Fähigkeit des Individuums sich in seiner direkten sozialen Umgebung zurecht zu finden und sich als Mitglied einer sozialen Gemeinschaft zu betrachten. Es steht in Zusammenhang mit einem gesellschaftlichen Zugehörigkeitsgefühl und Moralverständnis („Gewissen“). Hohe Werte drücken u.a. ein hohes Maß an Mitgefühl („Einfühlungsvermögen“), der Bereitschaft zur sozialen Unterstützung („Hilfsbereitschaft“) und Toleranzverständnis („soziale Akzeptanz“) aus. Die Bedeutung könnte auch als „Ich und Du“ als Mitglied der sozialen Umgebung verstanden werden. (Goth & Schmeck, 2009)

Selbsttranszendenz (ST)

Diese Skala beschreibt das Zugehörigkeitsgefühl einer Person in ein sich selbst übersteigendes Zusammenhangskonzept, zu dem er sich verbunden fühlt; so etwa der Natur oder einem spirituellen Verständnis. Hohe Werte in dieser Skala beschreiben die Fähigkeit des einzelnen, gänzlich in etwas aufzugehen („Selbstvergessenheit“), das

Gefühl der Verbundenheit mit anderen Menschen oder der Welt („Transpersonale Identifikation“) und Offenheit für Transzendenzvorstellungen und idealistische Konstrukte (Spirituelle Akzeptanz“) im Rahmen des Denkmodells „Ich und die Welt“ als ein größeres Vorstellungsgut. (Goth & Schmeck, 2009)

Gütekriterien

Für die Normierung wurden bisher Daten an 323 Kindergarten-, 277 Grundschul- und 432 jugendlichen Schulkindern einer Normalpopulation erhoben.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen liegt für das JTCI 3-6 R zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .86$, für das JTCI 7-11 R zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .88$ und für das JTCI 12-18 R zwischen $\alpha = .79$ und $\alpha = .85$. Die Retest-Reliabilitäten (2-Monats-Intervall) liegen insgesamt zwischen $rtt = .72$ und $rtt = .87$ (nur die Skala NV im JTCI 12-18 R liegt bei $rtt = .65$).

Validität: In gleicher Form zeigte sich die diagnostische Validität mit allen Versionen in gleicher Systematik und Güte. Die Kriteriumsvalidität zeigte sich an theoriekonformen Übereinstimmungen mit verwandten Persönlichkeitsmaßen. Die Übereinstimmung der neuen Jugendversion mit der international verwendeten Vorgängerversion ist mit $.60$ -. $.85$ deutlich genug, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu erlauben (Goth & Schmeck, 2009).

Youth Self- Report (YSR)

Es wird der Fragebogen für Jugendliche als die deutsche Fassung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist vorgestellt.

Anwendungsbereich

Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren.

Kurzbeschreibung

Der Fragebogen für Jugendliche im Alter von 11-18 Jahren kann von Jugendlichen eigenständig ausgefüllt werden. 16 Fragen aus dem Elternfragebogen (CBCL) wurden durch Fragen ersetzt, die sich auf sozial erwünschtes Verhalten beziehen (Döpfner, Berner, Lehmkuhl, 1994).

Aufbau und Auswertung

Die von uns verwendete Version setzt sich aus zwei Bereichen zusammen.

Kompetenzskalen

Im ersten Teil werden die Kompetenzen der Jugendlichen in den Unterskalen „Aktivitäten“ und „Soziale Kompetenzen“ erfasst.

Die Unterskala „Aktivitäten“ bezieht sich auf die Selbsteinschätzung des Patienten, mit welcher Qualität und wie oft er, gemessen an Gleichaltrigen, sportliche oder auch andere Aktivitäten ausübt. Gleichermaßen werden außerschulische Aufgaben und Pflichten erfragt. In der zweiten Subskala „Soziale Kompetenzen“ wird die Angehörigkeit und die Aktivität in einem Verein, die Zahl der Freunde und die Einschätzung, wie oft der Jugendliche mit ihnen Kontakt hat und wie er sich mit Gleichaltrigen oder eigenen Geschwistern verträgt, erfasst. Es ergibt sich ein Gesamtwert für die Kompetenzen des Jugendlichen aus der Summe der Ergebnisse beider Subskalen und der anschließend addierten Angabe der Leistungen in einzelnen Schulfächern.

Werte werden in diesen beiden Unterskalen bei einem t -Wert ≤ 30 als auffällig bewertet. Dies entspricht den auffälligsten 2% einer amerikanischen Repräsentativstichprobe.

Der Kompetenz- Bereich wird in der hier untersuchten Fragebogenbatterie aus Gründen der basisdiagnostischen Vollständigkeit erfasst. Es können einzelne Items für die klin. Gesamtbewertung des Patienten wichtige Informationen enthalten. Für die Individualdiagnostik werden die internen Konsistenzen der Kompetenzskalen vom Verfasser jedoch als nicht ausreichend angegeben (Döpfner et al. 1998). Da sich die Gegebenheiten, aus welchen sich der Kompetenzbereich des Fragebogens ergibt, aber im Zeitraum des stationären Aufenthaltes voraussichtlich nicht ändern werden, wie es etwa bei der Ausübung von Sport- und Freizeitaktivitäten der Fall ist, sehen wir diesen Teil des Fragebogens nicht als Instrumentarium im Sinne einer Effektstärkemessung an. Stattdessen zeigen sich die Syndromskalen dafür als wesentliches Kriterium.

Syndromskalen

Der zweite Teil des YSR besteht aus 119 Items. Die darin enthaltenen Problem- Items

bilden acht Beschwerdeskalen. (I Sozialer Rückzug, II Körperliche Beschwerden, III Ängstlich/ Depressiv, IV Soziale Probleme, V Schizoid, Zwanghaft, VI Aufmerksamkeitsprobleme, VII Dissoziales Verhalten, VIII Aggressives Verhalten).

Anhand des Störungsbildes können aus den acht Beschwerdeskalen drei Gruppen gebildet werden, welche die psychopathologischen Verhaltensweisen näher beschreiben. Das *Internalisierende Verhalten* setzt sich aus drei der acht Skalen zusammen:

Patienten, die einen hohen Wert in der Skala „Sozialer Rückzug“ aufweisen, sind lieber alleine, verschlossen, zurückgezogen, sprechen nicht gerne, verhalten sich schüchtern, sind wenig unternehmerisch und neigen zu Traurigkeit.

Die Skala „Körperliche Beschwerden“ wird aus Items gebildet, die unterschiedliche körperliche Symptome hinterfragen, wie etwa: Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit, Schmerzen, Augen- oder Hautbeschwerden.

Die Skala „Angst/ Depressivität“ erfasst in verschiedenen Items eine depressive sowie ängstlich- nervöse Verstimmung im Allgemeinen, wie auch Vereinsamungsgefühle, sozial- gesellschaftliche Isolierung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle.

Externalisierende Störungen gehen aus den Skalen „Dissoziales“ sowie „Aggressives Verhalten“ hervor.

Schulabstinenz, Alkohol- oder Drogenkonsum, Fluchtneigung, Diebstahl, Feuer legen, Lügen, geringes Schuldbewusstsein, Bereitschaft zu Lügen sowie Kriminalität und schlechter Umgang deuten auf hohe Werte in der Skala „Dissoziales Verhalten“.

Streitfreudigkeit, Aufschneiderei, Destruktivität, Wut, Eifersucht, schnelles Aufbrausen, Affektlabilität, unkontrolliertes Handeln, keine Sozialverträglichkeit sowie körperliche Bereitschaft zur Aggressivität sind Beispiele für die 19 Items die in die Skala „Aggressives Verhalten“ eingehen.

Die *Gesamtskala* bildet letzten Endes einen Gesamtwert aus 20 Items, welche keiner eindeutigen Skala zugeordnet werden, und allen anderen Items. Dabei werden zwei Problem- Bereiche, nämlich „Allergie“ und „Asthma“ aus Gründen der Testqualität im Rahmen amerikanischer Evaluationen nicht mit berücksichtigt (Döpfner et al., 1994).

Für die übergeordneten Skalen (INT, EXT, Gesamtskala) wird der Cut- off- Wert bei einem *t*- Wert von 63 und ein Übergangsbereich zwischen den *t*- Werten 60 und 63 gewählt.

Gütekriterien

Objektivität in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation kann gewährleistet werden. Die Reliabilität der Syndromskalen konnte in einer klinischen Stichprobe (N = 292) weitgehend bestätigt werden. Für die Skalen werden gute interne Konsistenzen von $r=.86$ festgestellt. Die Reliabilitäten der Syndromskalen „Aggressives Verhalten“, „Angst/Depressivität“, „Körperliche Beschwerden“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ erweisen sich mit $r>.70$ als ausreichend. Die faktorielle Validität der Skalen wurde mittels Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation überprüft. Die Skalenbildung konnte in einer klinischen Stichprobe weitgehend bestätigt werden. Eine Ausnahme bildet dabei die Skala „Sozialer Rückzug“, die jedoch schon in der amerikanischen Original-Stichprobe nicht faktoriell abgesichert werden konnte. Darüber hinaus ließ sich die faktorielle Struktur anhand konfirmatorischer Analysen in der deutschen Feldstichprobe genauso wie in 22 anderen Kulturen bestätigen.

In Deutschland erfolgte die Normierung durch eine bundesweite repräsentative Stichprobe von annähernd 1.800 Kindern und Jugendlichen. Die Normwerte unterscheiden sich zwischen Jungen und Mädchen (Prozentränge und T-Werte). Die Ergebnisse können mit dem gleichartig aufgebauten Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) und dem Elternfragebogen (CBCL/4-18) verglichen und ausgeweitet werden, wodurch eine Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen aus mehreren Perspektiven ermöglicht wird. Ein solches Konzept und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten einer umfassenderen Basisdiagnostik betonen die besondere Eignung dieses Testverfahrens für das beschriebene Vorhaben (Döpfner et al., 1994).

Allgemeiner Familienbogen (FB)

Der Allgemeine Familienfragebogen eignet sich zur Beschreibung der Familienfunktionalität anhand eines dynamischen Prozessmodells.

Anwendungsbereich

Der Fragebogen ist für die Familiendiagnostik bei Kindern ab 12 Jahren ebenso wie zur Diagnostik bei Erwachsenen geeignet.

Kurzbeschreibung

Der Allgemeine Familienbogen ist eines von drei Modulen der „Familienbögen“ und ist in einer Form als Selbstbeschreibungsfragebogen für die Evaluation der Familienfunktionalität zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken etabliert. Sie unterscheiden sich von zahlreichen anderen angebotenen Fragebögen auf diesem Gebiet in der Betrachtungsweise der Familie als Prozessmodell, das erklären kann, wie eine Familie „funktioniert“. Zudem wird der familiäre Prozess aus der individuellen, der dyadischen und der gesamtfamiliären Perspektive beschrieben. Dafür wurden zu fünf lebenszyklischen Phasen Referenzwerte erarbeitet. Die Antwortmöglichkeiten in den Familienbögen bewerten die Familienprobleme. Diese Aussagen werden in sieben Skalen („Aufgabenerfüllung“, „Rollenverhalten“, „Kommunikation“, „Emotionalität“, „Affektive Beziehungsaufnahme“, „Kontrolle“, „Werte und Normen“, sowie die Kontrollskalen „Abwehr“, „Soziale Erwünschtheit“) abgebildet, die als theoretische (Cierpka & Frevert, 1994).

Niedrige Werte (t - Wert <50) der einzelnen Skalen sind dabei als Stärken innerhalb des Profils zu betrachten, während hohe Werte (t - Wert >60) Probleme in den Bereichen widerspiegeln.

Da es sich in diesem Sinne um die Ausprägung von Problemitems handelt, wird eine Abnahme der Werte in den jeweiligen Skalen als Verbesserung der Familienfunktionalität gewertet.

Aufbau und Auswertung

In der hier ausgesuchten Fragebogenbatterie soll aus den „Familienbögen“ der Allgemeine Familienbogen verwendet werden. Jener enthält 28 Items für 7 Skalen und außerdem 12 Items für die Kontrollskalen „Soziale Erwünschtheit“ und „Abwehr“. Die Einschätzung der Items erfolgt auf einer 4-stufigen Antwortskala (Cierpka & Frevert, 1994).

Aufgabenerfüllung (AE)

Stärken in dieser Skala deuten auf eine Bestimmung der familiären Aufgaben in Einigung mit allen betroffenen Angehörigen der Familie. Es können Alternativentscheidungen gefunden, diskutiert und erprobt werden. Auch in Problem- oder Stresssituationen können die familiären Strukturen der Aufgabenerfüllung

beibehalten werden. Neuen prozessbedingten Herausforderungen wird mit Flexibilität begegnet.

Hohe Werte in dieser Skala deuten auf Probleme bei der Bestimmung von festgelegten familiären Aufgaben oder im Allgemeinen hin. Es fällt schwer Alternativen zu entwickeln. Auch geringfügigere Problem- oder Stresssituationen können familiäre Konflikte intensivieren. Veränderungen im familiären Leben kann nicht geeignet begegnet, auf Umgestaltungen nicht entsprechend reagiert werden. (Cierpka & Frevert, 1994)

Rollenverhalten (RV)

Niedrige Werte in diesem Bereich sprechen dafür, dass Rollenverteilungen und Erwartungen klar verteilt sind und problemlos im Familienverband integriert werden. Es herrscht Einverständnis über zugedachte Aufgaben und sie werden erfüllt. An neue Rollen und an allgemeine Veränderungen kann sich angepasst werden.

Hohe Werte in dem Bereich deuten auf Misstände der Integration von Rollen in den Familienverband. Erwartungen sind nicht eindeutig geklärt, es herrscht kein Einverständnis über zugedachte Aufgaben. Es kann sich nicht problemlos an neue Anforderungen angepasst werden. (Cierpka & Frevert, 1994)

Kommunikation (KOM)

Stärken in dieser Skala drücken sich durch die Möglichkeit von konkreter Informationsübermittlung aus. Unverständlichkeiten können erleutert werden.

Insgesamt sind Auskünfte sicher verständlich und können direkt übermittelt werden.

Probleme zeichnen sich durch ungenügende Informationsübermittlung aus.

Mitteilungen sind unverständlich, umständlich oder versteckt. Informationen können nicht ohne Weiteres direkt übermittelt werden. Unverständlichkeiten können nicht ausreichend erörtert werden. (Cierpka & Frevert, 1994)

Emotionalität (E)

Niedrige Werte im Fragebogen bedeutet, dass Gefühle facettenreich und in geeigneter Quantität gezeigt werden können. Die ausgedrückten Gefühle sind jeweils an die Begleitumstände angepasst.

Hohe Werte hingegen deuten darauf, dass Gefühle nur eingeschränkt ausgedrückt

werden können. Das Ausmaß des Gefühlsausdruckes findet in einer geminderten Weise statt. Es fallen Verminderung oder Übersteigerung der Emotionen bezüglich der Umgebung auf. (Cierpka & Frevert, 1994)

Affektive Beziehungsaufnahme (AB)

Niedrige Werte in dieser Skala beschreiben die Fähigkeit zur Empathie, den emotionalen Erfordernissen (z.B. Sicherheitsbedürfnis) der Familienangehörigen kann entsprochen werden. Es besteht gegenseitige Umsorgnis, die eine unabhängige Lebensführung begünstigt. Beziehungen wirken gegenseitig wachstumsunsterstützend und begünstigend.

Hohe Werte weisen auf die Abwesenheit von Empathie hin oder auf Zuwendung ohne Beisein von Emotionen. Eigenständigkeit wird nicht gefördert, es herrscht Unsicherheit und eine extreme Beziehungsgestaltung etwa nach narzistisch oder hochgradig symbiotischem Muster. (Cierpka & Frevert, 1994)

Kontrolle (K)

Stärken in der Skala „Kontrolle“ weisen auf eine Einflussnahme auf das familiäre Verhalten, die insgesamt ein Zusammenleben ermöglicht, das den Erwartungen aller Familienangehörigen entspricht.

Art und Weise des Kontrollverhalten ist absehbar, aber ausreichend anpassungsfähig. Mit Spontanität kann bis zu einem festgelegten Grad umgegangen werden.

Kontrollverhalten ist lehrsam, entwicklungsbahnend und nützlich.

Probleme in der betreffenden Skala beschreiben eine Einflussnahme, die zu Schwierigkeiten bei der Erfüllung des familiären Alltags führt. Die Kontrollabsicht ist so ausgeprägt, dass keine Spontanität zugelassen wird oder Kontrollverhalten gestaltet sich als widersprüchlich und unbeständig. Es ist im Allgemeinen entwicklungshinderlich oder herabsetzend. Bei der Ausübung von Kontrolle werden offensichtliche oder kaschierte Autoritätsfehden ausgetragen. (Cierpka & Frevert, 1994)

Werte und Normen (WN)

Niedrige Werte in dieser Skala beschreiben Gemeinsamkeiten und Kongruenz bei der Ansicht und Festlegung von Werten und Normen. Zwischen den Angehörigen der Familie besteht dabei zulässige Entfaltungsmöglichkeit, die angemessen gebraucht

werden kann.

Probleme in diesem Bereich deuten auf fehlende Kongruenz der Wertean­sichten und ~definitionen. Vorhandene Entfaltungsmöglichkeiten sind unpassend. (Cierpka & Frevert, 1994)

Kontrollskalen

Zusätzlich zu den Dimensionen zur Beschreibung und Evaluation der familiären Funktionalität werden im Test zwei Kontrollskalen integriert. Typische Items, wie beispielsweise die Frage „Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeine Familie besser klarkommt als unsere“ bilden dabei die Skala „Soziale Erwünschtheit“ beziehungsweise Aussagen wie „Wir werden nie wütend in unserer Familie“ die Skala „Abwehr“ ab. Für beide Skalen ergibt sich die Berechnung des Rohwertes aus der Summe von jeweils 6 Itemwerten. Insgesamt kann dabei ein Maximalwert von 18 erreicht werden. (Cierpka & Frevert, 1994)

Gütekriterien

Die Konsistenzprüfung der FB gilt ausschließlich für erwachsene Probanden (N=186, für den FB-A N=150 Erwachsene, für den FB-S N=152 Erwachsene, für den FB-Z N=323 Erwachsene)

Reliabilität: Im FB-A liegt die interne Konsistenz der Skalen zwischen $r=.51$ und $r=.75$.

Validität: Verschiedene Studien belegen die Validität der Familienbögen. (Cierpka & Frevert, 1994)

2.3. Durchführung

Die Fragebögen werden zu Beginn und zum Ende der Therapie ausgefüllt, sodass ein einzelner Untersucher die Behandlungseffekte unter Standardisierung der Messbedingungen quantifizieren kann. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert je nach Patient zwischen 45 und 90 Minuten.

Die Fragebögen sollen von mindestens 20 Patienten einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung bearbeitet werden.

Vor Aufnahme in die klinische Studie müssen die Patienten sowie die Erziehungsberechtigten im Rahmen eines Aufklärungsgespräches ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, schriftlich mitteilen, indem sie eine entsprechend

vorformulierte Patienteninformation und Aufklärung über die klinische Prüfung sowie eine Datenschutzaufklärung unterschreiben. Die Patientendaten werden zunächst in eine Excel- Datenbank überführt und in einem nächsten Schritt computergestützt ausgewertet.

2.4. Hintergrund der Studie

Die Einführung einer neu entwickelten Testbatterie kommt dem Bedarf einer objektiven Basisdiagnostik nach wissenschaftlichen Standards (im Sinne von Objektivität, Validität, Reliabilität) ergänzend zu den subjektiven Messwerten des klinischen Alltags nach.

Neben einem qualitätssichernden Optimierungsanspruch, im Sinne der Selbstreflexion, bezüglich der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eines neu etablierten Arbeitsbereiches wächst die Bedeutung der Evaluation des Behandlungserfolges auch in Hinblick des steigenden Drangs zur Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem.

Hierbei steht die Entwicklung einer klinisch relevanten Testbatterie testtheoretisch fundierter Fragebögen für eine psychometrische Basiserhebung, zur Erstellung einer, verschiedene Symptom- und Persönlichkeitsbereiche umfassenden, objektiven und bevölkerungsrepräsentativ normierten Basisdiagnostik und zur Messung von Behandlungsergebnissen mit Bestimmung der Effektstärke im Rahmen einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung von psychosomatisch erkrankten Kindern im Vordergrund.

Innerhalb der Testbatterie sollen v.a. die Bereiche „Symptome“, sowohl psychische als auch körperliche Beschwerden, „Persönlichkeit“, „Affektregulation“ und „Familienfunktion“ diagnostisch abgedeckt werden.

Da die Familienfunktion bisher in keiner der von uns befragten Kliniken, mittels eines objektiven psychometrischen Verfahrens, erhoben wurde, obwohl es zu den „Aufgaben einer Kinderklinik gehört, (...) somatische Erkrankungen und Traumen hinsichtlich einer möglichen elternbedingten Genese abzuklären“ (Brosig et al., 2011), erscheint es unerlässlich, die Bewertung des familiären Hintergrundes in eine diagnostische Testbatterie aufzunehmen.

Selbiges gilt auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstruktur, da wir hier ebenfalls ein

Defizit an objektiver, vereinheitlichter Diagnostik, mittels psychometrischer Fragebögen, die dem Anspruch externer Vergleichbarkeit nachkommen, an den von uns befragten Kliniken vorfanden. Wir erachten es deshalb ebenfalls für sinnvoll, einen Fragebogen zur Beurteilung der grundlegenden Persönlichkeitsaspekte in die Testbatterie zu integrieren. Die Notwendigkeit einer solchen Testbatterie ergibt sich aus dem Verständnis chronischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in einem multimodalen Zusammenhang, dessen Grundstruktur eingangs bereits beschrieben wurde.

2.5. Ziele der Studie

Ziel der Studie ist die Entwicklung einer klinisch relevanten Testbatterie testtheoretisch fundierter Fragebögen für eine psychometrische Basiserhebung, zur Erstellung einer, verschiedene Symptom- und Persönlichkeitsbereiche umfassenden, objektiven und bevölkerungsrepräsentativ normierten, Basisdiagnostik. Dabei soll an einer 1-Jahres-Kohorte von stationären Patienten die Messung von Behandlungsergebnissen mit Bestimmung der Effektstärke im Rahmen einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung von chronisch kranken bzw. psychosomatisch erkrankten Kindern erfolgen, um die Testbatterie auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen und in die Routine einer qualitätsgesicherten Behandlung übernehmen zu können.

Die Effektprüfung der Ergebnisse wird die Bereiche „Symptome“, als psychische und körperliche Beschwerden, „Persönlichkeit“, „Affektregulation“ und „Familienfunktion“ besonders veranschaulichen.

2.6. Statistische Auswertung

Die Auswertung der einzelnen Fragebögen erfolgte jeweils mittels einer computergestützten Version. Die verwendeten Daten wurden pseudonymisiert in einer Excel- Datenbank dokumentiert. Die erhobenen Werte wurden mithilfe des Programms *IBM SPSS Statistics 20* ausgewertet. Die statistische Auswertung erfolgte im hausinternen Arbeitsbereich für Familienpsychosomatik (Leitung: Prof. Dr. med. Brosig) der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie. Angewendet wurden standardisierte Lage- bzw. Streuungsparameter (Mittelwert, Standardabweichung etc.). Zielvariablen sind dabei die im YSR beschriebenen

Beschwerdeskalen, die im FB erfassten Werte zur Analyse der Familienstruktur sowie die in der TAS-KJ aufgeführten Daten für Affektregulation.

Im Rahmen der basisdiagnostischen Vollständigkeit werden die Temperament- und Charaktermerkmale des JTICI ebenfalls ausgewertet und deren Ergebnisse im Anschluss präsentiert, ihnen wird im Zusammenhang der Effektstärkemessung jedoch nur sekundäre Bedeutung beigemessen.

Die Daten jedes einzelnen Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme sollen jeweils bezüglich der beschriebenen Variablen mit den Messungen zum Zeitpunkt der Entlassung des jeweiligen Patienten verglichen werden.

Da eine Normalverteilung angenommen ist, wird zur Auswertung ein t-Test durchgeführt.

Bei den Zielvariablen, bei denen sich nach Prüfung ein signifikanter Mittelwertunterschied ergab, im definierten Sinne von $p < 0.05$, wird in einem anschließenden Verfahren die Effektgröße bestimmt, um die inhaltliche Bedeutung der Messdaten weiter abschätzen zu können. Nach dem Schema:

$$D = \frac{|\mu_1 - \mu_2|}{\sigma}$$

μ_1 ; μ_2 : Mittelwerte der Populationen, aus denen die Stichproben gezogen werden

Sigma : Streuung der Population innerhalb einer Bedingung

Die Konventionen nach Cohen (1988) werden dabei zur Interpretation berücksichtigt.

Es gilt für die Effektgröße d für einen t - Test bei unabhängigen Stichproben:

Kleiner Effekt: $d = 0,20$, mittlerer Effekt: $d = 0,50$, großer Effekt: $d = 0,80$

2.7. Ethik

Vor Durchführung der klinischen Prüfung wurde die geplante Studie der Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Justus- Liebig- Universität Gießen im Rahmen eines „Antrages zur Beurteilung eines medizinischen Forschungsvorhabens am Menschen“ vorgestellt. Der Antrag wurde am 6.7.2012 eingereicht und mit Bezug auf die Sitzung vom 16.08.2012 mit einem positiven Votum vom 6.11.2015 (AZ. 157/12) beantwortet.

3. Ergebnisse

3.1. Umfragestatistik zu den AGPPS- assoziierten Kliniken

Nach ausgiebiger Befragung deutscher Kinderkliniken, in denen bereits eine stationäre psychosomatische Behandlung von psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen stattgefunden hatte, über die, in der jeweiligen Einrichtung, angewendeten Maßnahmen zur Erhebung einer Basisdiagnostik bzw. zur Effektstärkemessung, wurde eine Statistik aus 17 bundesweiten Kliniken erstellt.

Als Grundlage dienten dabei die von der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (AGPPS) veröffentlichten Angebote und Institutionen für psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche (Geschäftsstelle AGPPS, 2011).

Die Ergebnisse der Befragung werden nachfolgend im Zusammenhang des jeweiligen psychopathologischen Bereichs vorgestellt. Insgesamt entsteht dabei der Eindruck, dass Fragebögen im Allgemeinen bevorzugt indikationsspezifisch zur vertieften Diagnostik und weniger zur Basisevaluation eingesetzt werden.

Physische und psychische Beschwerden

9 der 17 Kliniken verwenden keinen oder ausschließlich hausinterne Anamnesebögen, um neben einer indikationsspezifischen Testung ein ganzheitliches Beschwerdebild zu erfassen, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit oder externe Vergleichbarkeit zu stellen.

7 Kliniken verwenden Versionen der Achenbachskalen (CBCL/ 4-18; YSR/ 11-18; TRF/ Lehrerfragebogen), um diesem diagnostischen Bedarf nachzukommen.

Persönlichkeit

5 Kliniken verwenden einen Fragebogen, um die Persönlichkeit zu erfassen (u.a. PFK 9-14, HANES- KJ, FPI-R). Dabei ist bisher insgesamt kein einheitlicher Fragebogen etabliert.

Familienfunktion

Um den Bereich Familienfunktion abzudecken, verwendet lediglich eine Klinik einen standardisierten Fragebogen. Es handelt sich dabei um einen Fragebogen, der Lebensqualität im Allgemeinen abfragt (ILK 8- 16).

Affektregulation

2 Kliniken verwenden indikationsspezifisch den „Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen“ (FEEL- KJ) Dieser bezieht sich ausschließlich auf die Gefühle Angst, Trauer und Wut. Es wird kein Fragebogen zum Zweck der Basisdiagnostik verwendet, um Störungen in diesem Bereich aufzudecken.

Für uns geht daraus hervor, dass

- der Bedarf an objektiver Basisdokumentation, die gleichermaßen Symptom- und Persönlichkeitsbereiche, Affektregulation sowie Familienstrukturen erfasst, derzeit nicht gedeckt werden kann;
- dem Anspruch auf externe Vergleichbarkeit derzeit nicht ausreichend entsprochen werden kann.
- bisher kein umfangreiches Instrumentarium im bereits zu Beginn definierten Sinne zur Effektstärkemessung etabliert wurde.

Tab.4: Umfragestatistik: Psychometrische Instrumente an deutschen pädiatrisch-psychosomatischen Einrichtungen mit stationärem Behandlungsangebot

Klinik Nr.	Symptome Alter:0-11	Symptome Alter:12-18	Persönlkt. Alter:0-11	Persönlkt. Alter:12-18	Familie Alter:0-11	Familie Alter:12-18	Nach Indikation	Sontiges
01	CBCL/4-18 DISYPS-II	CBCL/4-18 DISYPS-II	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		
02	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		Internes Inventar
03	CBCL/4-18 SDQ Disabkids	CBCL/4-18 SDQ Disabkids YSR FBB	PFK9-14	PFK9-14	fehlt	fehlt	DIKJ PAID EDI DISABKIDS; KINDL SPAIK, SCARED, AFS HAWIK-IV	Therapie- evaluation: FBB
04	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	Intelligenz, emot. Entw.	
05	SET 5-10	YSR	PFK 9-14 HANES-KJ	PFK 9-14 HANES-KJ FPI	fehlt	fehlt	CFT 20; HAWIK KVT, d2	Projektive Verfahren
06	CBCL/4-18	CBCL/4-18	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		Stresstest
07	fehlt	SCL-90 SOMS	PFK 9-14	PFK 9-14	fehlt	fehlt	FEEL-KJ CFT 20 DAT;CPT DTK SPAIK SVF- KJ	
08	fehlt	fehlt	HANES-KJ	HANES-KJ	fehlt	fehlt	CFT, HAWIK, Matrizentest	Projektive Verfahren, THT, CHT
09	CBCL/4-18	CBCL/4-18 YSR	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		
10	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		Video- aufnahme, IntraAct Plus Jansen u. Streit
11	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		Internes Inventar
12	Internes Inventar	Internes Inventar	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		Internes Inventar
13	CBCL/4-18 TRF/5-18	CBCL/4-18 TRF/5-18 YSR DISYPS-II	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt		Anamnese: Vorlage v. Döpfner; Borg- Laufs
14	Internes Inventar	Internes Inventar	fehlt	fehlt	Internes Inventar	Internes Inventar		Internes Inventar

Klinik Nr.	Symptome Alter:0-11	Symptome Alter:12-18	Persönlkt. Alter:0-11	Persönlkt. Alter:12-18	Familie Alter:0-11	Familie Alter:12-18	Nach Indikation	Sontiges
15	fehlt	DSF	fehlt	fehlt	fehlt	fehlt	DSF	
16	Internes Inventar	Internes Inventar	fehlt	fehlt	Internes Inventar	Internes Inventar		Internes Inventar
17	CBCL/4-18 ILK	CBCL/4-18 ILK YSR	PFK9-14	PFK9-14 FPI	ILK Internes Inventar	ILK Internes Inventar	AFS, SPAIK DIKJ FEEL-KJ HAWIK-IV, K-ABC, K-Tim d2 ALS ILK(8-16)	Scenotest Interne Inventare: Eltern- fragebogen Beobach- tungsfrage- bogen Therapie- Evaluation: ILK

Legende:

DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche; **SDQ:** Strengths & Difficulties Questionnaires; **YSR:** Youth Self Report; **FBB:** Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung; **PFK 9-14:** Persönlichkeitsfragebogen für Kinder; **DIKJ:** Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (8-16J); **EDI-2:** Eating Disorder Inventory- 2; **PAID:** Problem Areas in Diabetes dt. Version, Problembereiche in der Diabetesbehandlung; **KINDL:** Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen; **HAWIK-IV:** Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder; **SPAIK:** Sozialphobie u. Angstinventar für Kinder; **SCARED:** Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder; **AFS:** Angstfragebogen für Schüler; **SET 5-10:** Sprachstandserhebungstest für Kinder; **HANES-KJ:** Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche; **FPI-R:** Freiburger Persönlichkeitsinventar; **CPT:** Continuous Performance Test; **CFT 20:** Grundintelligenztest Skala 2 mit Wortschatztest u. Zahlenfolgetest; **KVT:** Konzentrationsverlaufstest; **d2:** Aufmerksamkeits-Belastungs-Test; **SCL-90:** die Symptomcheckliste; **SOMS:** Screening für Somatoforme Störungen; **FEEL-KJ:** Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern u. Jugendlichen; **DAT:** Dortmunder Aufmerksamkeitstest; **ALS:** Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder u. Jugendliche; **DTK:** Depressionstest für Kinder; **SVF-KJ:** Stressverarbeitungsfragebogen von Janke u. Erdmann; **DSF:** Dt. Schmerzfragebogen; **K-ABC:** Kaufman Assessment Battery for Children, dt. Version **K-Tim:** Kaufman Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene; **ILK:** Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen; Quelle: vom Verfasser erstellt; Stand:05/12

In Tab. 4 wurden die bereits zuvor beschriebenen Daten zusammengefasst. Von den kontaktierten Kliniken (Bezug der von der Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Psychosomatik, AGPPS, veröffentlichten Angebote und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche), lieferten uns 17 von 30 Kliniken freundlicherweise rückläufige Daten. Bei diesen handelt es sich um Einrichtungen mit einem analogen stationären Angebot. Institutionen ohne stationäres Setting bzw. ohne fachspezifische psycho-somatische Behandlungsmöglichkeiten wurden nicht berücksichtigt. Aus Gründen der Anschaulichkeit wurde darauf verzichtet, die Beschwerdesymptomatik weiter in körperlich oder seelisch zu differenzieren, wie es beispielsweise im Youth Self Report, dem in der vorliegenden Studie verwendeten Beschwerdefragebogen realisiert wird.

Zusammenfassend betrachtet, fällt die große Variabilität der verwendeten Testinventare auf sowie das unvollständige Angebot in den von uns klinisch relevant befundenen und deshalb hier repräsentierten diagnostischen Teilgebieten (Symptome, Persönlichkeit, Familienfunktionalität). Ebenso zeigt sich stattdessen eindrucklich eine vielseitige Bandbreite an indikationsspezifisch eingesetzten Fragebögen zur vertieften Diagnostik ausgewählter Symptomkomplexe.

Ein besonderer Wert wurde des Weiteren auf das Angebot von Messverfahren im Bereich der Affektivität gelegt sowie auf allgemeine Inventare zur Behandlungsevaluation per se.

3.2. Auswertung psychopathologischer Veränderungen der Gesamtstichprobe (*t*- Test bei abhängigen Stichproben)

3.2.1. Youth Self Report

Im Fragebogen werden sog „Kompetenz-Skalen“ von „Syndromskalen“ unterschieden. Wie bei der Beschreibung der Testinventare bereits erläutert, wird der Kompetenz-Bereich in der hier untersuchten Fragebogenbatterie aus Gründen der basisdiagnostischen Vollständigkeit erfasst. Es können einzelne Items für die klin. Gesamtbewertung des Patienten wichtige Informationen enthalten, da die Kriterien jedoch außerhalb des unmittelbaren Einflussbereiches der stationären Therapie liegen (bspw. Sport- und Freizeitaktivitäten), wurden sie für die Effektstärkemessung nicht berücksichtigt. Im Folgenden werden deshalb die Ergebnisse der Syndromskalen vorgestellt. Die Mittelwertdifferenzen werden detailliert in Tab. 5 dargestellt.

In der Gesamtsyndromskala sowie den Syndromskalen für Internalisierendes und Externalisierendes Verhalten zeigt sich in der vorliegenden Studie ein abnehmender Verlauf der Beschwerden in der Gesamtstichprobe, sodass in diesem Bereich eine grundlegende Besserung der Zielparameter festgehalten werden kann. In Tabelle 4 sind die Werte des YSR anhand der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung im Vergleich dargestellt. Für die Berechnung berücksichtigt wurden die Rohwerte der Mittelwerte der Gesamtstichprobe.

In der „Gesamtsyndromskala“ ergibt sich bei einer Mittelwertdifferenz von 13,74 eine signifikante Abnahme der Gesamtbeschwerden der Stichprobe ($p= 0,001$).

In der Skala „Internalisierende Verhaltensstörung“ zeigt sich eine positive Mittelwertsdifferenz von 7,13 und eine ebenfalls statistisch signifikante Abnahme der Internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ($p=0,000$).

Die Skala „Externalisierende Verhaltensstörungen“ verdeutlicht eine deskriptive Abnahme der Externalisierenden Verhaltensstörungen (MW- Differenz: 1,6).

Tabelle 5: YSR, *t*- Test bei gepaarter Stichprobe

	Test bei gepaarten Stichproben/ gepaarte Differenzen					T	Sig. (2-seitig)	
	MW	SA	Verlauf	95% Konfidenzintervall der Differenz				
				Untere	Obere			
Syn	13,74	17,46	↘	6,1901	21,288	3,774	0,001	**
INT	7,13	7,546	↘	3,8674	10,393	4,532	0,000	***
EXT	1,565	4,944	↘	-0,57254	3,7029	1,518	0,143	

Legende:

Syn= Gesamtsyndromskala, INT= Internalisierendes Verhalten, EXT= Externalisierendes Verhalten, MW= Differenz des Mittelwertes, SA= Differenz der Standardabweichung, T= *t*-Wert, Sig.= Signifikanz, Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Analog zur oben beschriebenen Vorgehensweise werden in Abb.1 die erfassten Mittelwerte der Rohwerte der Gesamtstichprobe abgebildet und im Verlauf verdeutlicht.

Die Beschwerden werden in den Skalen „Internalisierendes Verhalten“, „Externalisierendes Verhalten“ und der „Gesamtbeschwerdeskala“ ausgedrückt. Die Syndromwerte zum Zeitpunkt der Aufnahme werden mit den Beschwerdewerten zum Zeitpunkt der Entlassung verglichen und im Verlauf dargestellt.

Insgesamt ergibt sich in allen drei Skalen ein abnehmender Verlauf der Beschwerden und somit eine Besserung der Symptomatik im Allgemeinen.

In der Gesamtsyndromskala ergibt sich für die Gesamtstichprobe bei Aufnahme ein Beschwerdewert von durchschnittlich 48,2 (gerundet auf 48), dies entspricht einem *t*- Wert von 61 bei Mädchen und 62 bei Jungen.

Bei Entlassung werden lediglich Werte von 34,4 (gerundet auf 34) angegeben. Der Rohwert entspricht einem *t*- Wert von 55 bei Mädchen und 56 bei Jungen.

Die Werte der Gesamtbeschwerdeskala konnten somit im Mittel im Verlauf der Therapie unter den Grenzwert für klinische Auffälligkeit (*t*- Werte von 60- 63) gesenkt werden.

Es gilt zu beachten, dass, trotz insgesamt geringfügigen Abweichungen, die Werte für den deutschsprachigen Raum im Allgemeinen eher unter den Werten der amerikanischen Repräsentativstichprobe liegen, sodass Pathologien eher unterschätzt werden. Vor diesem Hintergrund werden Auffälligkeiten im Grenzbereich bei der vorliegenden Stichprobe besonders gewichtet (Döpfner et al, 1994).

Bei den Internalisierenden Störungen wird zum Zeitpunkt der Aufnahme ein mittlerer Beschwerdewert von 18,7 (gerundet auf 19) angegeben. Dies ist einem t -Wert von 66 bei Jungen und 63 bei Mädchen und dementsprechend Werten im Bereich bzw. oberhalb des Bereiches für klinische Auffälligkeit, gleichzusetzen.

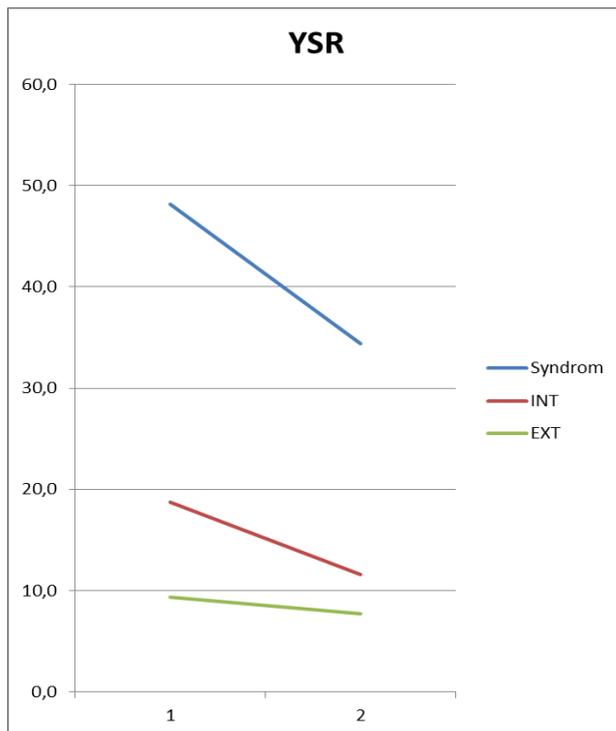
Bei Entlassung kann der durchschnittliche Wert für Internalisierende Störungen auf 11,6 (gerundet auf 12) gesenkt werden. t -Wert bei Jungen =60, t -Wert bei Mädchen=56.

Die drei Subskalen, die in die Bewertung der Skala INT eingehen, also „Sozialer Rückzug“, „Angst/ Depressivität“ und „Körperliche Beschwerden“ wurden bei der Auswertung der Gesamtstichprobe nicht einzeln, sondern lediglich als vorangestellte Skala für Internalisierende Beschwerden berücksichtigt. Dabei zeigte sich jedoch subjektiv in der betreffenden Kohorte v.a. ein Rückgang der körperlichen Beschwerden. Annehmbar ist, dass die Komplexbehandlung besonders mit ihren ergänzenden nonverbalen Verfahren (u.a. Kunsttherapie, Musiktherapie, usw.) auf eine Besserung der Internalisierenden Störungen ausgelegt ist. Im Bereich der EXT- Störungen zeigt sich eine deskriptive Abnahme der Beschwerdeparameter.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme wird ein Mittelwert der Rohwerte der Gesamtstichprobe von 9,3 (gerundet auf 9) berechnet. Es gilt ein t -Wert von 51 für Jungen und 52 für Mädchen. Der Wert für externalisierende Beschwerden kann im Laufe der Behandlung weiter gesenkt werden, in Anbetracht des Umstandes, dass Externalisierende Störungen in der vorliegenden Stichprobe minder stark ausgeprägt sind (die t -Werte liegen bereits zum Aufnahmezeitpunkt weit unterhalb des Grenzbereiches der klin. Auffälligkeit), wird in dieser Skala eine geringere Mittelwertdifferenz der Beschwerderohwerte festgestellt als beispielsweise in der Skala INT- Störungen bzw. der Gesamtsyndromskala.

Es ergibt sich deshalb bei Entlassung ein Wert für Externalisierende Störungen von 7,7 (gerundet auf 8). Der sich abbildende t -Wert von 51 bei Mädchen bzw. 50 bei Jungen entspricht einem Normwert in der Repräsentativstichprobe.

Abb. 1: Körperliche und Seelische Beschwerden zu Beginn und Ende der Behandlung



Legende:

Syndrom= Gesamtsyndromskala (MW bei Aufnahme= 48,2; MW bei Entlassung= 34,4),
 INT= Internalisierendes Verhalten (MW bei Aufnahme= 18,7; MW bei Entlassung= 11,6),
 EXT= Externalisierendes Verhalten (MW bei Aufnahme= 9,3; MW bei Entlassung 7,7)
 Quelle: Vom Verfasser erstellt.

3.2.2. Toronto- Alexithymie- Skala (TAS-26)

Die TAS-26 wird in der Selbstauskunftsform als Instrument zur Messung verschiedener Aspekte der Alexithymie verwendet. Der Begriff Alexithymie wird dabei als klinisches interdisziplinär verwendetes Synonym für Störungen der Affektregulation gebraucht (Taylor, Bagby und Parker, 1997).

In der Gesamtalexithymieskala sowie in allen eingangs beschriebenen Einzelskalen, „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“, „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und „extern orientierter Denkstil“ zeigt sich ein abnehmender Verlauf der alexithymen Symptomatik in der Gesamtstichprobe, sodass in diesem Bereich über den Zeitraum der Behandlung zunächst eine grundlegende Besserung der Zielparameter abgebildet wird.

In Tabelle 6 sind die Werte der TAS in der angesprochenen Skalierung für die Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung detailliert im Vergleich dargestellt. Für die Berechnung berücksichtigt wurden jeweils die Mittelwertdifferenzen der Rohwerte der Gesamtstichprobe.

In der Gesamalexithymieskala ergibt sich für die Stichprobe bei einer Mittelwertdifferenz von 4,13 eine signifikante Abnahme der Symptomatik ($p = 0,049$).

In der Skala 1, Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, zeigt sich eine positive Mittelwertdifferenz von 2,35 als Ausdruck einer deskriptiven Abnahme der Problemparameter.

Bei einem entsprechenden p - Wert von 0,069 ist annäherungsweise auch in dieser Skala von einer möglichen Signifikanz unter Anhebung des vorläufig geringen Stichprobenumfangs auszugehen.

Die Skala 2, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, verdeutlicht bei einer Mittelwertdifferenz von 1,44 ebenfalls eine deskriptive Abnahme der Schwierigkeiten innerhalb hiesiger Dimension.

In der Skala 3, Extern orientierter Denkstil, ergibt sich eine Mittelwertdifferenz von 0,35 bei deskriptiv abnehmender Ausprägung des „automatistisch- mechanischen“ Denkstils.

Tabelle 6: TAS, t - Test bei gepaarten Stichproben

	Test bei gepaarten Stichproben/ gepaarte Differenzen					T	Sig. (2-seitig)
	MW	SA	Verlauf	95% Konfidenzintervall der Differenz			
				Untere	Obere		
TAS 1	2,348	5,882	↘	-0,19585	4,8915	1,914	0,069
TAS 2	1,435	4,64	↘	-0,57171	3,4412	1,483	0,152
TAS 3	0,348	3,688	↘	-1,2469	1,9426	0,452	0,655
Ges.	4,13	9,517	↘	0,01498	8,245	2,081	0,049 *

Legende:

TAS1= ; TAS2= ; TAS3= ; Ges.= Alexithymiegesamtwert

MW= Differenz des Mittelwertes, SA= Differenz der Standardabweichung,

T= t -Wert, Sig.= Signifikanz, Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Analog zur oben beschriebenen Vorgehensweise werden in Abb.2 bzw. Abb.3 die erfassten Mittelwerte der Rohwerte der Gesamtstichprobe zur Erfassung der Affektregulation abgebildet und im zeitlichen Verlauf verdeutlicht.

Die jeweiligen Einzelskalen, TAS 1-3 sowie die Gesamtsalexithymieskala, werden dabei nach dem obigen Schema abgebildet.

Die Werte zum Zeitpunkt 1 (Aufnahme) werden mit den Ergebnissen zum Zeitpunkt 2 (Entlassung) verglichen und können so im Verlauf veranschaulicht werden.

Die abnehmende Ausprägung der Problemmerkmale entspricht der negativen Steigung des jeweiligen Graphen.

In der Gesamtsalexithymieskala ergibt sich für die Gesamtstichprobe bei Aufnahme ein mittlerer Rohwert von durchschnittlich 48,96.

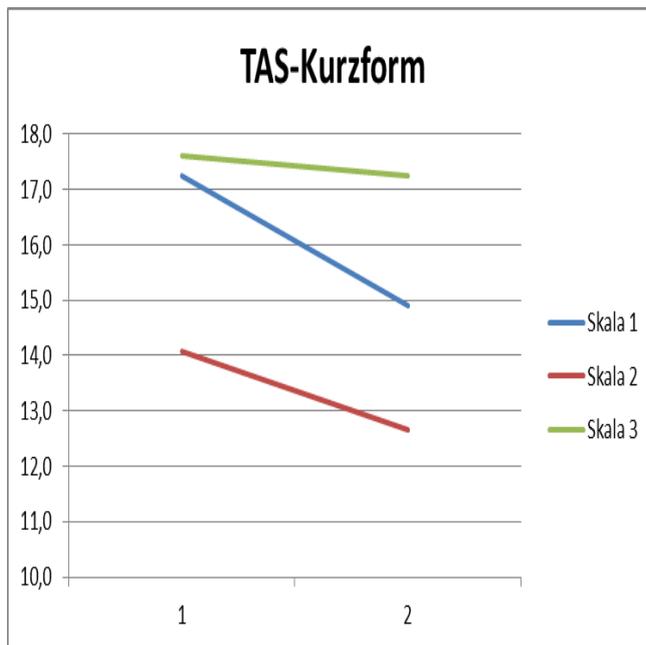
Bei Entlassung werden lediglich Werte von 44,83 angegeben.

Der Rohwert der Skala 1, Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, liegt zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 17,26, zum Zeitpunkt der Entlassung bei 14,91.

Der Rohwert der Skala 2, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, liegt zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 14,09. Zum Zeitpunkt der Entlassung hat der Problemwert abgenommen und liegt bei 12,65.

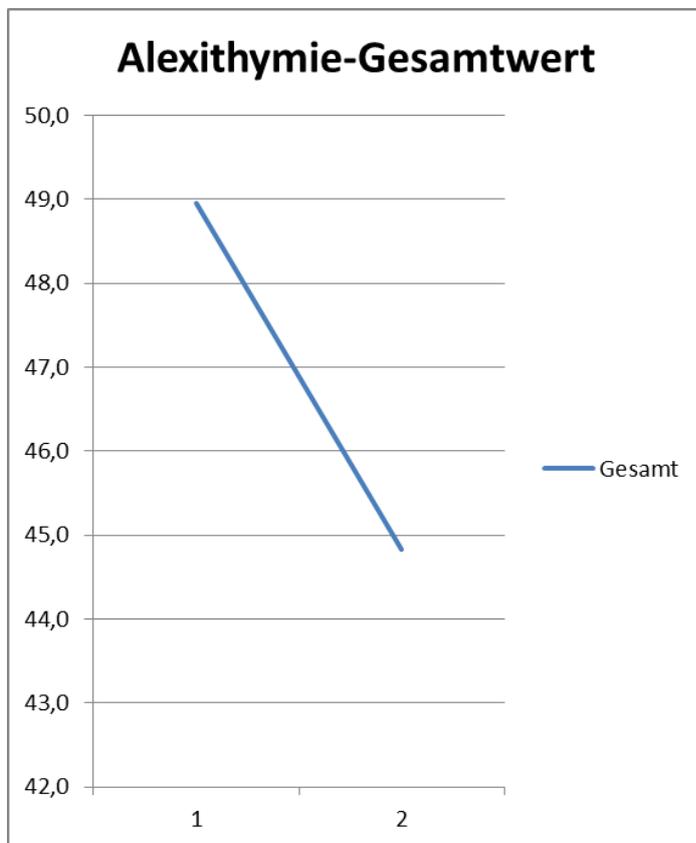
In der Skala 3, Extern orientierter Denkstil, ergibt sich bei Aufnahme ein Rohwert für die Gesamtstichprobe von 17,61. Bei Entlassung fällt der Wert auf 17,26.

Abb. 2: Schwierigkeiten der Affektregulation zu Beginn und zum Ende der Behandlung



Legende: Skala 1-3 der TAS
Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme (1) und zum
Zeitpunkt der Entlassung (2) im Vergleich.
Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Abb. 3: Schwierigkeiten der Affektregulation zu Beginn und zum Ende der Behandlung Alexithymiegesamt看t



Legende: Alexithymie- Gesamt看t der TAS, Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme (1) und zum Zeitpunkt der Entlassung (2) im Vergleich.

Quelle: Vom Verfasser erstellt.

3.3.3. Allgemeiner Familienbogen

Die Ergebnisse des Allgemeinen Familienbogens werden anhand der familiären Dimensionen vorgestellt, die verschiedene grundlegende Aspekte der Familienfunktionalität anhand eines dynamischen Prozessmodells beschreiben.

Aufgabenerfüllung (AE)

Bei einer Mittelwertdifferenz der Rohwerte von 0,13 (gerundet) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt im Vergleich nehmen die Probleme der „Aufgabenerfüllung“ bei insgesamt niedrigen Gesamtwerten deskriptiv ab.

Mittelwert bei Aufnahme (gerundet): 4,70 (t - Wert= 55) bei Entlassung (gerundet): 4.57 (t - Wert= 55)

Die angegebenen Werte fallen somit nicht in den Bereich der klin. Auffälligkeit. In der Gesamtstichprobe zeigen sich in dieser Skala (t - Wert >50) jedoch auch keine Stärken, sodass eine Abnahme der Rohwerte zunächst positiv zu bewerten ist. Im Rahmen der Arbeit mit ganzen Zahlen, wird, bei durch Rundungsvorgänge scheinbar gleichbleibenden t - Werten, keine klinische Relevanz abgebildet.

Rollenverhalten (RV)

Bei einer Mittelwertdifferenz der Rohwerte von 0,18 (gerundet) im Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt nehmen die Werte in der Skala „Rollenverhalten“ im Laufe der Behandlung deskriptiv etwas zu.

Mittelwert bei Aufnahme (gerundet): 5,09 (t - Wert= 47) bei Entlassung (gerundet): 5,3 (t - Wert= 47)

Möglicherweise zeigt der verhaltene Anstieg der Variablen in dieser Skala eine Tendenz zur Neuordnung des familiären Rollenverhaltens und spiegelt in diesem Sinne eine Einflussnahme der Therapie auf das familiäre Verständnis wider.

Die angegebenen Werte fallen insgesamt nicht in den Bereich der klinischen Auffälligkeit.

Kommunikation (KOM)

Bei einer Mittelwertdifferenz der Rohwerte von 0,17 (gerundet) im Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt nehmen die Werte in der Skala „Kommunikation“ im Laufe der Behandlung deskriptiv ab.

Mittelwert bei Aufnahme (gerundet): 4,13 (t - Wert= 52) bei Entlassung (gerundet): 3,96 (t - Wert= 52)

Die angegebenen Werte fallen nicht in den Bereich der klinischen Auffälligkeit.

Emotionalität (E)

Bei einer Mittelwertdifferenz der Rohwerte von 0,61 (gerundet) im Vergleich des Aufnahme- und Entlassungszeitpunktes nehmen die Werte in der Skala „Emotionalität“ im Laufe der Behandlung deskriptiv ab.

Mittelwert bei Aufnahme (gerundet): 4,35 (t - Wert= 42) bei Entlassung (gerundet): 3,74 (t - Wert= 42)

Die angegebenen Werte fallen weder zum Zeitpunkt der Aufnahme noch zum Zeitpunkt der Entlassung in den Bereich der klinischen Auffälligkeit.

Affektive Beziehungsaufnahme (AB)

Bei einer Mittelwertdifferenz der Rohwerte von 0,61 (gerundet) im Vergleich des Aufnahme- und Entlassungszeitpunktes nehmen die Werte in der Skala „Affektive Beziehungsaufnahme“ im Laufe der Behandlung deskriptiv ab.

Mittelwert bei Aufnahme (gerundet): 3,70 (t - Wert= 54) bei Entlassung (gerundet): 3,09 (t - Wert= 49)

Die angegebenen Werte fallen bei Aufnahme zwar nicht in den Bereich der klinischen Auffälligkeit, es zeigen sich bei der Gesamtstichprobe in dieser Skala (t - Wert >50) jedoch auch zunächst keine Stärken, sodass eine Abnahme der Rohwerte positiv zu bewerten ist. Zum Zeitpunkt der Entlassung können die Werte <50 als Stärken bewertet und im Mittel als klinische Besserung festgehalten werden.

Kontrolle (K)

Die Mittelwertdifferenz der Rohwerte der Stichprobe entspricht in der besagten Skala 0,78 (gerundet). Im Behandlungsverlauf nehmen die Werte in der Skala „Kontrolle“ im signifikant ab (p - Wert= 0,025). Der Mittelwert bei Aufnahme entspricht (gerundet) 5,40 (t - Wert= 55), bei Entlassung (gerundet): 4,61 (t - Wert= 55).

Bei den angegebenen Werten oberhalb des Stärkenbereiches zeigt sich eine statistisch signifikante Abnahme ($p < 0.05$) in der Bewertung der Problemitems bei rundungsbedingt gleichbleibenden t - Werten.

Werte und Normen (WN)

Die Mittelwertdifferenz der Rohwerte der Stichprobe ergibt 0,13 (gerundet). Im Vergleich des Aufnahme- und Entlassungszeitpunktes nehmen die Werte in der Skala „Werte und Normen“ im Laufe der Behandlung deskriptiv ab.

Mittelwert bei Aufnahme (gerundet): 3,52 (t - Wert= 51) bei Entlassung (gerundet): 3,39 (t - Wert= 46)

Die angegebenen Werte fallen bei Aufnahme zwar nicht in den Bereich der klinischen Auffälligkeit, es zeigen sich bei der Gesamtstichprobe in der betreffenden Skala

(t - Wert >50) jedoch auch zunächst keine Stärken, sodass eine Abnahme der Rohwerte positiv zu bewerten ist. Zum Zeitpunkt der Entlassung können die Werte <50 als Stärken bewertet und im Mittel als klinisch relevante Besserung festgehalten werden.

Aus der Summenskala ergeben sich Mittelwerte der Gesamtstichprobe von (gerundet) 30,87 bei Aufnahme und (gerundet) 28,61 bei Entlassung. Dies entspricht einer Mittelwertdifferenz von (gerundet) 2,26.

Der Rohwert bei Aufnahme entspricht einem t -Wert bei Kindern und Jugendlichen in der Selbstausskunftsform von 53, der Entlassungswert entspricht einem t - Wert von 51. Die Werte fallen in einen Übergangsbereich, bei dem in der klinischen Diagnostik weder Stärken noch Probleme festgehalten werden. Ein abnehmender Ausprägungsverlauf beschreibt eine klinische Besserung.

Kontrollskalen

Zusätzlich zu den Dimensionen zur Beschreibung und Evaluation der familiären Funktionalität werden im Test zwei Kontrollskalen integriert. Für beide Skalen ergibt sich die Berechnung des Rohwertes aus der Summe von jeweils 6 Itemwerten. Insgesamt kann dabei ein Maximalwert von 18 erreicht werden.

Soziale Erwünschtheit

Für die Skala „Soziale Erwünschtheit“ berechneten wir für die Gesamtstichprobe Mittelwerte von (gerundet) 9,30 bei Aufnahme und (gerundet) 9,78 bei Entlassung. Dies entspricht einer Mittelwertdifferenz von (gerundet) lediglich 0,48.

Die Rohwerte entsprechen dabei t -Werten im Bereich der klinischen Unauffälligkeit.

Abwehr

Ähnlich niedrige Differenzen ergeben sich innerhalb der Skala „Abwehr“, bei der wir einen Mittelwert für die Gesamtstichprobe von (gerundet) 6,83 bei Aufnahme und (gerundet) 7,17 bei Entlassung nachwiesen. Die berechnete Mittelwertdifferenz ist auch hier mit (gerundet) 0,34 lediglich gering.

Die Rohwerte entsprechen dabei t -Werten im Bereich der klinischen Unauffälligkeit.

Die beschriebenen Werte und weiterführenden Ergebnisse des Allgemeinen Familienbogen (FB), sind in Tab.7 dargestellt.

Tab. 7: FB, t- Test bei gepaarten Stichproben

	Test bei gepaarten Stichproben/ gepaarte Differenzen					T	Sig. (2-seitig)
	MW	SA	Verlauf	95% Konfidenzintervall der Differenz			
				Untere	Obere		
AE	0,1304	1,6321	↘	-0,57538	0,83625	0,383	0,705
RV	-0,174	1,9691	↗	-1,02543	0,6776	-0,424	0,676
KOM	0,1739	1,992	↘	-0,68753	1,03535	0,419	0,68
EMOT	0,6087	1,7771	↘	-0,15978	1,37717	1,643	0,115
AB	0,6087	1,8522	↘	-0,19228	1,40967	1,576	0,129
KONTR	0,7826	1,5654	↘	0,10566	1,45955	2,398	0,025 *
WN	0,1304	2,1171	↘	-0,78508	1,04595	0,295	0,77
Summe	2,2609	7,706	↘	-1,07148	5,59322	1,407	0,173
Soz.Er.	-0,478	2,7939	↗	-1,68647	0,72995	-0,821	0,42
Abwehr	-0,348	2,0584	↗	-1,23796	0,54231	-0,81	0,426

Legende:

AE= Aufgabenerfüllung, RV= Rollenverhalten, KOM=Kommunikation, EMOT= Emotionalität
 AB= Affektive Beziehungsaufnahme, KONTR= Kontrolle, WN= Werte und Normen,
 Summe= Summenwert, Soz. Er.= Soziale Erwünschtheit,
 MW= Differenz des Mittelwertes, SA= Differenz der Standardabweichung,
 T= t-Wert, Sig.= Signifikanz; Quelle: Vom Verfasser erstellt.

3.3.4. JTICI- Temperament und Charakterdimensionen

Verglichen wurden analog zu den vorab präsentierten Testergebnissen die Mittelwerte der Rohwerte der Gesamtstichprobe zum Aufnahme~ sowie zum Entlassungszeitpunkt.

Die Ergebnisse des JTCI sind in Abb. 4 im Detail dargestellt. Grundsätzlich muss dabei der Temperament- vom Charakterbegriff unterschieden werden.

Temperamentskalen:

Initial wurde dargestellt, dass die vier Temperamentsskalen als nur schwer durch äußere Umstände beeinflussbar gelten und sich auch bei Vorliegen einer Psychopathologie nicht oder nur wenig verändern (Goth& Schmeck, 2009).

Eine deutliche Beeinflussbarkeit der Ergebnisse konnte im Rahmen der Therapie also nicht erwartet werden.

Diese Erwartung bestätigte sich bei p -Werten für die Skalen „Neugierverhalten“ ($p=0,40$), „Schadensvermeidung“ ($p=0,79$) und „Beharrungsvermögen“ ($p=0,47$), welche außerhalb des statistisch signifikanten Bereiches liegen.

In der Skala „Belohnungsabhängigkeit“ ($p=0,034$) wird ein niedrigerer p -Wert erreicht, welcher Ausdruck einer zunehmenden emotionalen Empfindsamkeit oder Offenheit sowie des wachsenden Bedürfnisses nach zwischenmenschlichem Beistand sein könnte. Auf dem Grundsatz der oben beschriebenen Eigenschaften der Temperamentskalen erfolgte die Erhebung zum einen zur Gewährleistung der basisdiagnostischen Vollständigkeit, zum anderen zur Bestimmung differenzialdiagnostischer Aspekte anhand der jeweiligen Ausprägung der einzelnen Skalen, die jeweils einem bestimmten Verhaltensstil zugeordnet werden kann, wie es auch bei der Darstellung einzelner nachfolgend dargestellter Fallvignetten ersichtlich wurde. (Cloninger, Przybeck, Svrakic & Wetzel, 1994; Cloninger & Svrakic, 1997).

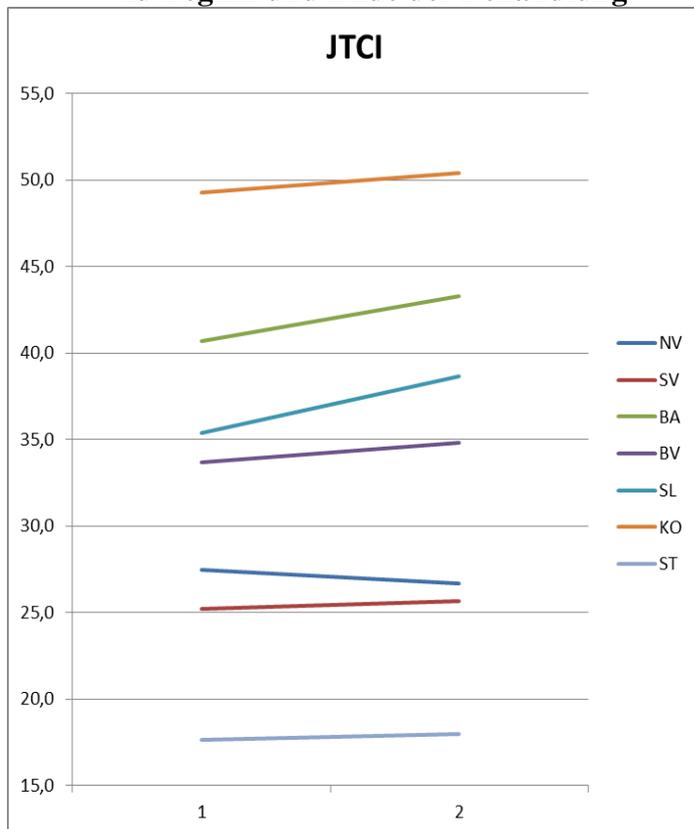
Charakterskalen:

Stattdessen findet der durch dynamische Lernerfahrungen geprägte Charakterbegriff in erster Linie in der diagnostischen Anwendung Bedeutung. Demnach korrelieren durchschnittliche bis überdurchschnittliche Werte in den Charakterskalen mit einem psychischen Wohlbefinden und geistiger Gesundheit, während unterdurchschnittliche Werte auf das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung deuteten (Goth& Schmeck, 2009).

In Abb.4 wird die deskriptive Zunahme der erhobenen Ausprägungsmerkmale in allen drei Charakterskalen dargestellt. Dabei ergibt sich aus der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“ der niedrigste p -Wert ($p=0,085$).

In der Skala „Kooperativität“ ($p=0,255$) sowie „Selbsttranszendenz“ ($p=0,736$) zeigen sich deutlich höhere Werte.

Abb. 4: Temperament- und Charakterskalen zu Beginn und Ende der Behandlung



Legende: Temperamentskalen: NV= Neugierverhalten, SV= Schadensvermeidung, BA= Belohnungsabhängigkeit, BV= Beharrungsvermögen
Charakterskalen: SL= Selbstlenkungsfähigkeit, KO= Kooperativität, ST=Selbsttranszendenz

Quelle: Vom Verfasser erstellt.

3.3. Bestimmung der Effektgröße (Cohens d)

Für die Zielvariablen, bei denen sich nach Prüfung ein signifikanter Mittelwertunterschied ergab, im definierten Sinne von $p < 0.05$, wurde zur weiteren Evaluation der inhaltlichen Bedeutung in einem anschließenden Verfahren die Effektgröße bestimmt.

YSR:

Im YSR ergab sich bei den Werten für körperliche und seelische Beschwerden ein signifikanter Mittelwertunterschied in der Gesamtsyndromskala und in der Skala für „Internalisierendes Verhalten“.

Die Effektgrößebestimmung der Gesamtsyndromskala ergab einen mittleren Effekt ($d=0,58$).

Die Effektgrößebestimmung der Skala für „Internalisierendes Verhalten“ zeigte ebenfalls einen mittleren Effekt ($d=0,67$).

TAS-KJ:

In der TAS – KJ ergab sich in der Gesamtskala für Alexithymie im t -Test für unabhängige Stichproben ein p -Wert, der als signifikant gewertet wird, sodass auch hier eine statistische Auswertung der Effektgröße durchgeführt wurde.

Die Gesamtskala für Alexithymie zeigt einen kleinen Effekt ($d=0,36$).

FB:

Der Familienfragebogen ermittelt Familienstrukturen. Hier wird im Kontrollwert eine signifikante Zunahme abgebildet. Die Effektgrößebestimmung ergibt in der Subskala „Kontrolle“ einen kleinen Effekt ($d=0,28$).

JTCI:

Im JTCI werden Persönlichkeits- und Charaktermerkmale beschrieben. Im Laufe der Behandlung nimmt der Wert in der Skala „Belohnungsabhängigkeit“ zu, der als Temperamentsdimension im Rahmen der Verhaltensregulation ein Maß für die soziale Ansprechbarkeit darstellt. (Cloninger, 1987)

Es ergibt sich aus der Berechnung ein kleiner Effekt ($d=0,29$).

4. Drei Fallvignetten

Bei den drei nachfolgend vorgestellten Patienten handelt es sich um beispielhaft ausgewählte Kinder und Jugendliche, die im Rahmen der psychosomatischen Komplexbehandlung für die Dauer von vier bis sechs Wochen in unserem Haus therapiert wurden. Es handelt sich jeweils um ausgewählte psychosomatische

Erkrankungsbilder mit chronischem Charakter. Die dargestellten Patientengeschichten werden dabei ihrem Repräsentativcharakter in Bezug auf die Stichprobe insgesamt gerecht.

Die vorliegenden Patientennamen wurden analog zu dem, in der Studie gebrauchten, Verschlüsselungssystem anonymisiert.

4.1. Fallbeispiel Essstörung - Anorexia nervosa (Patient 1)

Die Patientin JS070801 wurde im Alter von 11 Jahren wegen einer deutlichen Gewichtsabnahme (BMI zum Zeitpunkt der Aufnahme 13,28kg/cm²) und depressiven Rückzugtendenzen vorgestellt. Die Patientin wuchs mit einem älteren Bruder bei den Eltern auf, wobei ihre Mutter von italienischer Herkunft war und in der 2. Generation in Deutschland lebte. Sie war bis vor wenigen Monaten bevor es zur Aufnahme kam ein fröhliches Kind mit leichtem Übergewicht gewesen. Seither hatte sie mit restriktivem Essverhalten ihr Gewicht kontinuierlich reduziert. Gleichzeitig war es zu depressivem Rückzugverhalten und zu Ängsten vor Keimen sowie Unsauberkeit gekommen.

Familienanamnestisch traten Angst- und Zwangsstörungen gehäuft auf.

Es erfolgte eine stationäre Aufnahme aufgrund der massiven Gewichtsreduktion mit anschließender Sondierung. Im Behandlungsverlauf wurden bei steigendem Körpergewicht Zwangshandlungen in Form eines Waschzwanges auffällig.

Im Rahmen der Behandlung galt die therapeutische Aufmerksamkeit den durch die Pubertät intensivierten Triebregungen der Patientin. Aggressive, nach Loslösung und Autonomie strebende Triebwünsche wurden im Rahmen der Depression gegen sich selbst bzw. im Rahmen der Anorexie gegen den eigenen Körper gerichtet.

Libidinöse Triebwünsche erschienen zunächst als bedrohlich, sodass die eigene Weiblichkeit und die eigene sexuelle Identität verleugnet wurden.

Der Drang zum Händewaschen wurde als Verlagerung der Trieb- Über- Ich Konflikte verstanden.

Im durchgeführten Scenotest fiel auf, dass der Löwe und das Krokodil, als Symbole der aggressiven Triebregungen hinter hohen Mauern zurückgehalten werden mussten. Eine männlich- erwachsene Figur wurde kurz aufgestellt, dann aber sofort entfernt. Es tauchten ansonsten nur weibliche Figuren bzw. Kinder auf.

Bei der vordergründigen Bearbeitung des familiären Hintergrundes gestaltete sich die Aufgabe schwierig, den primären Fokus der Beteiligten von der alleinigen Gewichtszunahme der Patientin fort, hin zu einem psychopathologischen Gesamtverständnis der Erkrankung zu lenken.

Im Verlauf der Therapie konnte eine Stabilisierung des Gewichts erreicht werden bei gleichzeitigem Versuch den verstehenden Dialog mit den Eltern intensivieren zu können. Der Patientin wurde bei zunächst stabilisiertem Allgemein- und gebesserem Ernährungszustand eine weiterführende ambulante Therapie empfohlen.

Wir erfuhren jedoch auf Rückfrage, dass nach Entlassung aus unserem stationären Setting und einer vorübergehenden Episode, welche die Patientin zu Hause verbrachte, eine stationäre Aufnahme in der zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich wurde.

4.2. Fallbeispiel Somatisierungsstörung (Patient 2)

Die 17-jährige Patientin AR160295 war bereits seit 2 Monaten aufgrund des wegweisenden breitgefächerten Beschwerdebildes einer Somatisierungsstörung im ambulanten Rahmen betreut worden, bevor es zur Aufnahme in unserem Hause kam. Zum Zeitpunkt der Aufnahme stand ein umfassender Symptomkomplex aus Schlafstörungen, Magen- Darm- Beschwerden, Hautexanthenen, Ohrensausen und eine allgemein beschriebene Abgeschlagenheit im Vordergrund.

Frühzeitig werden, neben der frühen Trennungssituation der Eltern, familiäre Konflikte, die sich im weiteren Verlauf als psychodynamische Grundlage des Beschwerdebildes verstehen lassen und welche sich fast immer auf die Mutter und deren nicht rollengerechtes, vernachlässigendes Verhalten gegenüber der Patientin beziehen, deutlich.

Neben der Trennung beider Eltern der Patientin im Alter von 4 Jahren, kam es zu Vernachlässigung von Seiten der Mutter in früher Kindheit. Seit einem Schwimmbadunfall im 6. Lebensjahr beschrieb A. Amnesie und motorische Störungen. 2010 kam es zur Erstdiagnose einer Multiplen Sklerose bei der Mutter. 2011 verstarb ein Freund der Patientin bei einem Wohnungsbrand, kurz darauf verstarb der Partner der Mutter. Seitdem beschreibt die Jugendliche wiederkehrende Panikattacken. Ein Abschluss der Realschule konnte mit sehr gutem Erfolg erzielt werden. Die anschließend begonnene gymnasiale Ausbildung musste jedoch wegen Angstanfällen

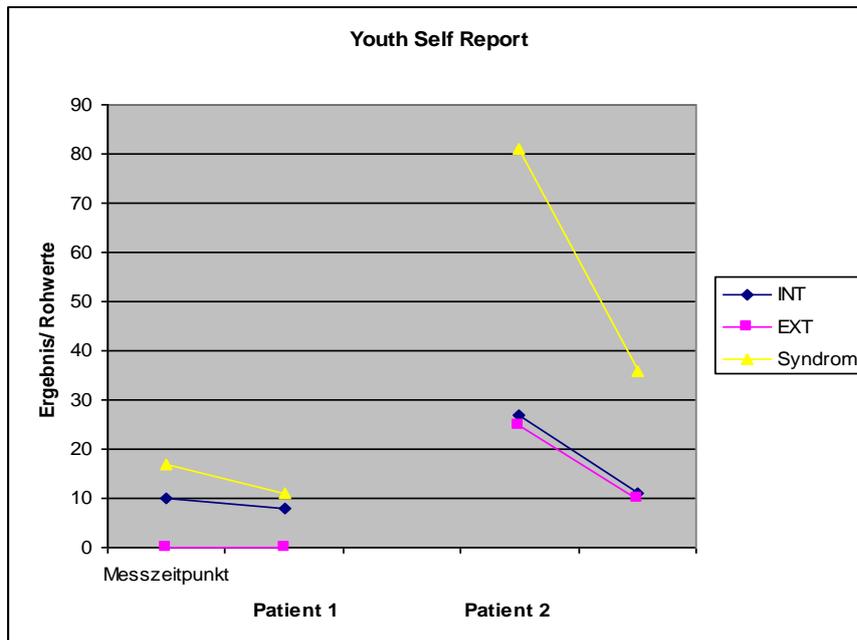
abgebrochen werden.

Zwischen der Patientin und ihrer Mutter bestand eine schwere Einfühlungs- und Beziehungsstörung, welche wahrscheinlich schon in frühen Jahren ihren Anfang genommen hatte. Die Patientin empfand eine große Wut auf die Mutter, warft ihr massive Vernachlässigungen vor. Zentralisiert wurde beispielsweise ein Badeunfall der Patientin im Alter von 6 Jahren, bei dem die Mutter, die am Beckenrand stand, nicht zur Hilfe kam.

Die aggressiven Triebregungen, welche sich eigentlich gegen die Mutter richteten, lösten bei der Patientin Angst aus und wurden teilweise im Sinne einer reaktionsbildenden Wendung in gegenteilige Gefühle wie Fürsorge und Anteilnahme sowie Angst um die mittlerweile an MS erkrankte Mutter gewandelt, teilweise aber auch gegen sich selbst und den eigenen Körper gerichtet, wodurch die Beziehung zur Mutter vordergründig konfliktfrei blieb.

Im stationären Therapieprozess konnte eine Klärung und Bearbeitung des persönlichen/familiären Hintergrundes der Patientin erfolgen. Insbesondere der bis in die frühe Kindheit zurückreichende Konflikt mit der Mutter konnte dabei thematisiert und bearbeitet werden. Eine besondere Bedeutung hatte die im Rahmen der Familiengespräche gewonnene Erfahrung der Patientin, Konflikte zunächst aushalten und im Anschluss aushandeln zu können. Eine zentrale Stellung nahm im familiären Zusammenhang das Verhältnis zum Stiefvater ein, von dem die Patientin nun die Übernahme seiner eigenen väterlichen Rolle einforderte, die dieser auch bereitwillig übernahm. Im Zuge der Therapie entstand ein Verständnis ihrer Somatisierung, sodass es für die Patientin möglich wurde, Einsicht in ihre körperlichen Leiden zu bekommen sowie Körper und Körperlichkeit neu zu entdecken. Wünsche nach Veränderung und neuen Lebensentwürfen wurden einerseits deutlich, andererseits fand ihre Angst vor Selbstständigkeit und Separation eine Thematisierung. Die Patientin konnte nach Abschluss der Therapie selbstbewusst in eine ambulante Therapie entlassen werden.

Abb. 5: Körperliche und Seelische Beschwerden anhand dreier Kernvariablen zum Zeitpunkt von Aufnahme und Entlassung im Vergleich



Pat 1: JS070801 und Pat 2: AR160295, Mädchen. Legende: INT= Internalisierendes Verhalten, EXT= Externalisierendes Verhalten, Syndrom= Gesamtbeschwerdeskala; Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Bei näherer Betrachtung der in Abbildung 5 dargestellten Kernparameter des Youth Self Reports fallen die bereits initial niedrigen Ausgangswerte der ersten Patienten in der Skala Externalisierendes Verhalten auf, welche sich auch im Verlauf unterdurchschnittlich abbilden. (Jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie der Entlassung ist der Rohwert= 0) Die hier gezeigten Parameter entsprechen dem klinischen Bild in Vereinbarkeit mit dem, in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen gewonnenen, Gesamteindruck der Patientin. In Zusammenschau mit den klinischen Prozessen, bildet sich bereits durch die Werte zum Aufnahmezeitpunkt ein besonderer Fokus auf die externalisierenden Verhaltensweisen (wie beispielsweise die Parameter „aggressives Verhalten“ oder „dissoziales Verhalten etc.) welche hier maximal deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt sind. Die Rolle der Triebwünsche, besonders im Rahmen eines pubertären Entwicklungsprozesse nimmt eine zentrale Bedeutung ein. Wie sich auch psychometrisch abbildet, können diese am ehesten nicht zugelassen werden, sondern werden im Gegensatz dazu vollständig geleugnet. Der Eindruck, welcher aus dem durchgeführten Szenotest hervorgeht, dass der Löwe und das Krokodil, als Symbole der aggressiven Triebregungen hinter hohen Mauern zurückgehalten werden mussten, das bevorzugte Aufstellen von weiblichen und

kindlichen Figuren, unterstützt diese Annahme.

Die aggressiven Triebregungen werden im Rahmen der Symptombildung, hier die Anorexia nervosa, verinnerlicht und gegen den eigenen Körper gerichtet.

Im Verlauf kann die Andeutung von abnehmenden Internalisierenden Verhaltensweisen also tendenziell eher als Fortschritt im therapeutischen Entwicklungsverlauf gewertet werden. Dabei zeigt sich ein Aufnahmewert in der Skala INT- Verhalten von 10 sowie ein Entlassungswert von 11. Wie weiter oben im Text erwähnt, werden in dieser Skala beispielsweise Parameter wie „Sozialer Rückzug“, „ängstlich“ oder „depressives Verhalten“ berücksichtigt. Trotz des im stationären Setting entwickelten, Waschzwanges fallen die Rohwerte der Syndromskala von 17 auf 11, welches für eine gewisse subjektive Erleichterung des Beschwerdebildes spricht.

Eine Korrelation zwischen psychischen Komorbiditäten wie etwa einer depressiven Komponente, Angst- oder Zwangsstörungen werden in der Literatur bereits beschrieben. Es zeigen sich Korrelationen u.a. in Bezug auf bestimmte Temperamenteigenschaften, welche im Rahmen der Persönlichkeitstestung ebenfalls mit Hilfe des JTCIs ermittelt wurden (Goth, Cloninger, Schmeck, 2004; Schmeck, Meyenburg, Poustka, 1995). Auch in diesem Fall wird auf die Relevanz einer multimodalen Diagnostik unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur hingewiesen.

Ebendies hat auch klinische Relevanz, da depressive Störungen (bei bis zu 50%) sowie Angststörungen (40-80%) besonders häufig als Begleiterkrankungen einer Anorexia nervosa beobachtet werden (Persch, 2008). Dabei scheint die Persönlichkeitsstruktur eine nicht zu vernachlässigende Rolle zu spielen, da Anorexie-Patienten häufig als tendenziell eher in sich gekehrt, ängstlich- gehemmt und mit dominanten Rückzugstendenzen beschrieben werden (Walitza, Schulze, Warnke, 2001). Das ermittelte Persönlichkeitsprofil der Patientin unterstützt diesen Eindruck.

Analog dazu, kann bei der angesprochenen Patientin JS im Verlauf der Behandlung ein leichter Rücklauf der Werte in der Skala INT- Verhalten beobachtet werden, wobei entsprechend die Schadensvermeidung als eine Skala der Temperamentskalen, welche einen Ausdruck der Verhaltenshemmung darstellt, von 13 auf 15 steigt.

Insgesamt stark unterdurchschnittliche Werte in der Skala EXT- Verhalten korrelieren in ähnlicher Weise mit unterdurchschnittlichen Werten in der Skala „Neugierverhalten“ des

JTCI über den gesamten Zeitraum der Behandlung (t - Wert zum Entlassungszeitpunkt bei 26).

Des Weiteren können in der Literatur Parallelen aufgezeigt werden zwischen den Angstsymptomen von Patientinnen mit Anorexia nervosa, deren Persönlichkeitsstruktur anhand der Temperamentskalen des JTCI und einer vorliegenden Alexithymie.

Die Evaluation einer fraglichen Alexithymie erfolgte auch hier mittels der TAS-26 (Persch, 2008).

Für den Bereich Affektregulation gilt veranschaulicht Abb. 6. Es sind die Rohwerte der Gesamtalexithymieskala der Patientinnen zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt der Entlassung im Vergleich dargestellt.

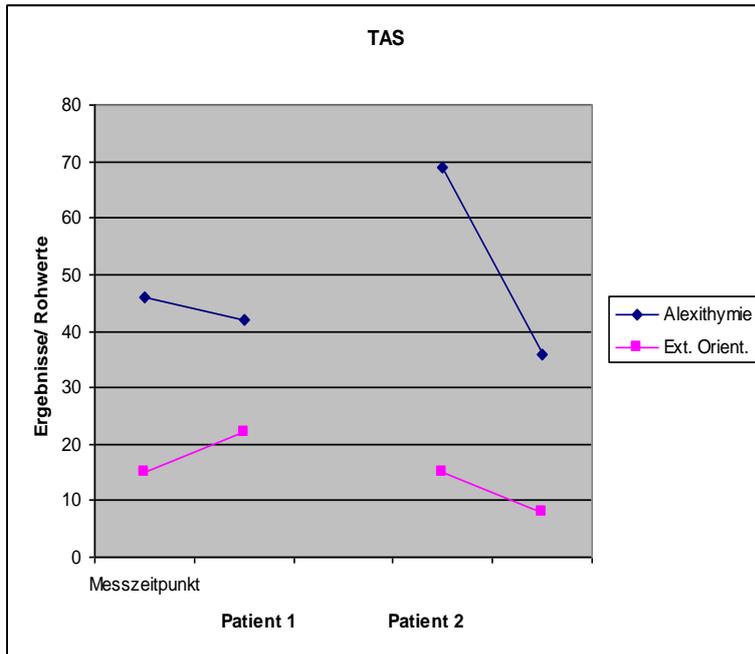
Die Patientin JS070801 weist bei Aufnahme einen Alexithymiegesamtwert von 46 auf, der bei einem gleichbleibend, sehr stark ausgeprägten externen Denkstil, als unauffällig gewertet wird.

Bei Entlassung wird dennoch eine weitere deskriptive Abnahme des Gesamtwertes auf 42 beobachtet, bei Abnahmen der Werte in den Skalen 1 und 2, welche den Items „Identifikation“ und „Beschreibung von Gefühlen“ entsprechen.

In der Literatur, bezüglich der Thematik Alexithymie bei Patienten mit Anorexia nervosa, erbrachten vergleichbare Studien, bei denen ebenfalls die TAS als Messinstrument genutzt wurde, inhomogene Ergebnisse. Rastam, Gillberg, Gillberg und Johansson (1997) belegten einen erhöhten Alexithymiewert lediglich in einer Untergruppe während Sexton, Sunday, Hurt und Halmi (1998) höhere Alexithymie-Werte bei Probanden mit Anorexie, verglichen mit Bulimie und Normalpersonen feststellten.

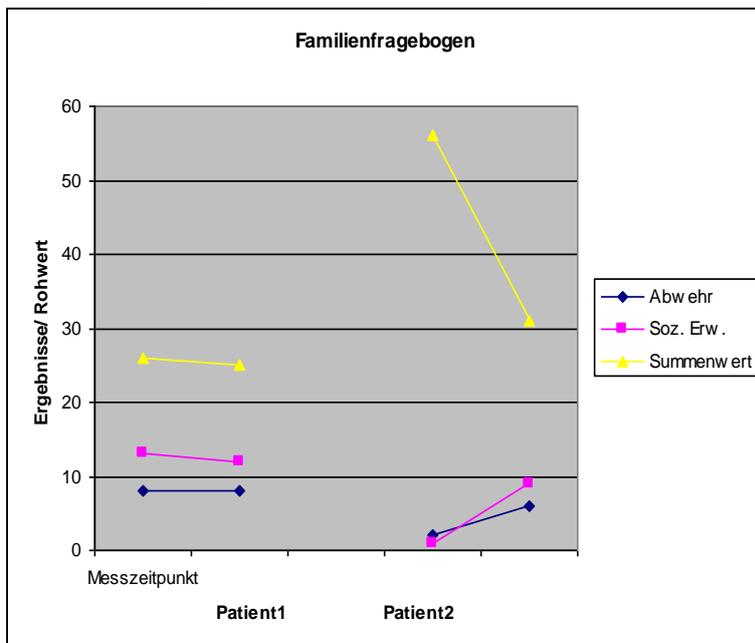
Unauffällige Werte bei der Patientin JS070801 zum Zeitpunkt der Aufnahme sind demnach nicht verwunderlich und deuten bei hohem Wert für soz. Erwünschtheit aus dem FB zusätzlich vermutlich eher auf eine abwehrbedingte scheinbare Minderausprägung der alexithymen Symptomatik.

Abb. 6: Affektregulation anhand zweier Kernvariablen zum Zeitpunkt von Aufnahme und Entlassung im Vergleich



Pat 1: JS070801 und Pat 2: AR160295, Mädchen. Legende:
 TAS= Toronto- Alexithymieskala für Kinder und Jugendliche,
 Ext. Orient.= Externe Orientiertheit
 Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Abb. 7: Familienfunktion anhand dreier Kernvariablen zum Zeitpunkt von Aufnahme und Entlassung im Vergleich



Pat 1: JS070801 und Pat 2: AR160295, Mädchen. Legende:
 Soz. Erw.= Soz. Erwünschtheit, Summenwert entspricht der
 Summe der Problemskalen; Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Bei Betrachtung der aus Abbildung 7 hervorgehenden Parameter der Familienfunktion sticht die fallende Steigung der Summenwertstrecke bei der zweiten Patientin ins Auge. Zum Aufnahmezeitpunkt wurde ein Summenwert von 56 angegeben, welcher für große Probleme im familiären Zusammenleben sprach. Zum Zeitpunkt der Entlassung lag dieser bei 31, welches für eine durchschnittliche Familienfunktion spricht. Die Effekte der Therapie scheinen hier sehr deutlich zu sein. Nicht zu vernachlässigen ist der leicht ansteigende Verlauf der Kontrollwerte bei der angesprochenen Patientin in den Skalen „Abwehr“ und „Soziale Erwünschtheit“. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ist die Soziale Erwünschtheit gleich 1 sowie Abwehr gleich 2. Zum Zeitpunkt der Entlassung hingegen 9 (soziale Erwünschtheit) und 6 (Abwehr). Psychodynamisch betrachtet könnten die ansteigenden Werte der Kontrollskalen als Ausdruck des reaktionsbildenden Verhaltens der Patientin, Gefühle ins Gegenteil zu verkehren, verstanden werden. Insgesamt liegen die Werte der Kontrollskalen nichtsdestotrotz im normalen Bereich und lassen eine regelrechte Auswertung des übrigen Fragebogens zu.

4.3. Fallbeispiel Dissoziative Störung (Patient 3)

Die Patientin MG290302 wurde im Alter von 11 Jahren mit der deutlichen Symptomatik einer schweren Dissoziativen Störung in die psychosomatische Komplexbehandlung unseres Hauses aufgenommen. Die Beschwerden stellten sich als so schwerwiegend dar, dass der Behandlung diesbezüglich neben pharmakologischen Therapieversuchen bereits ein stationärer Aufenthalt in einer Kinderklinik vorausging sowie ein operativer Interventionsversuch in einer HNO-fachärztlichen Klinik durchgeführt wurde, ohne dass dadurch jedwede Besserung erreicht werden konnte.

Die Patientin klagte über schwerste linksfrontale Kopfschmerzen sowie dauerhaften Dreh- Schwank- Schwindel.

Beim psychosomatischen Aufnahmegespräch war M. nur schwer in der Lage, etwas von sich zu berichten. Sie lag Schmerz geplagt im Bett, hielt sich den Kopf, atmete schwer, wimmerte stetig.

Die Eltern zeigten sich nachvollziehbar erschüttert und voller Sorge. Ein psychosomatischer Kontext bahnte sich in dominierenden Konflikten der weiterführenden Schule (integrierte Gesamtschule) etwa durch feindselige und raue Behandlung seitens der Mitschüler an sowie in Diskrepanzen im familiären Zusammenhang, wobei Neid und Eifersucht auf die fünf Jahre jüngere Schwester, die

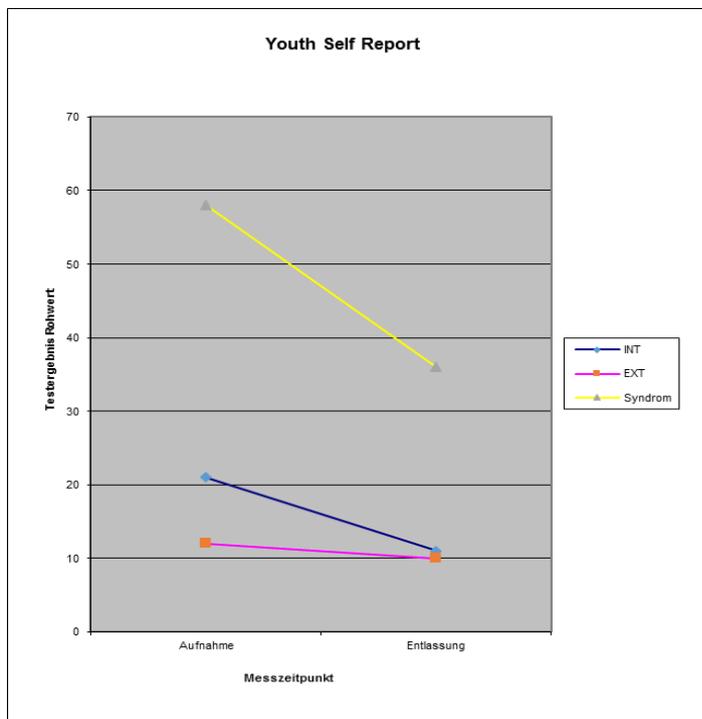
als Jüngere den Bonus größerer elterlicher Nachsicht und Milde zu genießen schien, als zentrales Thema imponierten.

M. konnte weiterhin die seelischen Ursachen der Erkrankung nicht sehen, war aber im Verlauf dazu zu bewegen, sich von der Schmerzkrankung und von der beklagten Schwindelsymptomatik graduell zu distanzieren, einer Mobilisation zuzustimmen und wieder Freizeitaktivitäten in Begleitung der Eltern wahrzunehmen. Sie war bei Entlassung deutlich klinisch gebessert, jedoch nicht symptomfrei.

Auf dem Hintergrund der für die Familie schmerzhaften Einsicht, dass die Symptome konversionsneurotischen Ursprungs waren, konnte eine Reflexion der dahinter liegenden psychodynamischen Motive einsetzen. Deutlich wurde vor allem der enorme regressive Sog, der die Patientin im Rahmen eines sekundär erworbenen Zugewinns von Zuwendung und elterlicher Fürsorge in eine Krankenrolle zwang. Dahinter stand, wie im Therapiezusammenhang aufgedeckt wurde, v.a. eine konfliktbelastete Schulbiographie mit individuell nur schwer zu assimilierenden sozialen Stimuli, etwa der rüden Sprache der Mitschüler, einer verschärften Konkurrenz der weiterführenden Schule sowie der schwierig- rivalisierenden Beziehung zur Schwester.

Es handelte sich bei der Patientin um ein behütet aufgewachsenes, primärpersönlich sensibel und doch fröhlich- vitales Mädchen, das es schwer hatte, eigene Impulse, besonders aggressive Affekte, zu bändigen und zu integrieren. Die wachsenden inneren Spannungen, durch eine früh einsetzende Pubertät zusätzlich akzentuiert, wurden hier konversionsneurotisch somatisiert und vor dem Hintergrund einer sich andeutenden Ablösung von der behüteten Kinderwelt in einer Schwindel- bzw. Schmerzsymptomatik ausgedrückt.

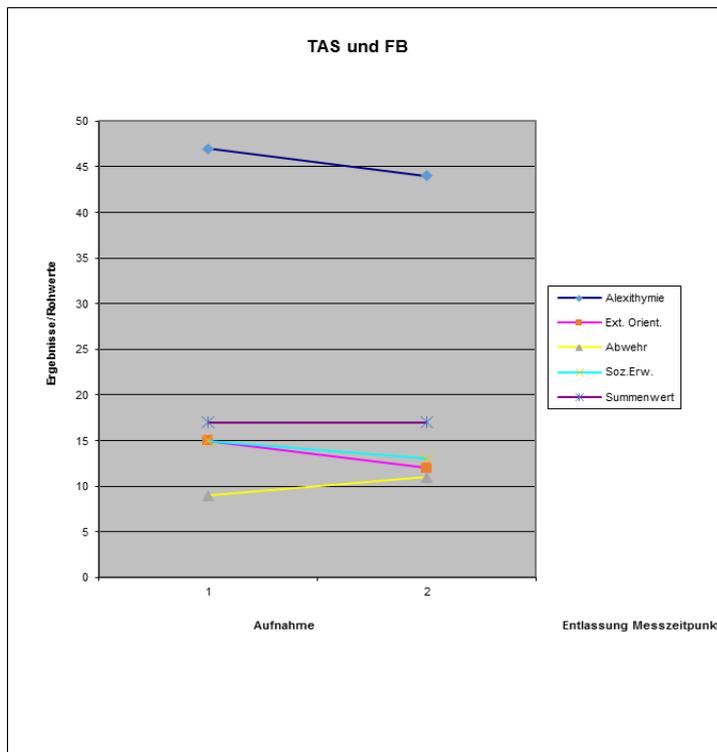
Abb.8: Körperliche und Seelische Beschwerden anhand dreier Kernvariablen zum Zeitpunkt von Aufnahme und Entlassung im Vergleich



Pat: MG290302, Mädchen. Legende:
 INT= Internalisierendes Verhalten, EXT= Externalisierendes Verhalten,
 Syndrom= Gesamtbeschwerdeskala
 Quelle: Vom Verfasser erstellt.

Nach Behandlungsende konnte die Patientin in ein ambulantes Setting entlassen werden. Für den Fall, dass sich die angedeuteten Besserungen als nicht in einer tragfähigen Weise beständig erwiesen hätten, wurde ein Vorgespräch in einer störungsspezifischen kinderpsychosomatischen Einrichtung mit der Möglichkeit zum stationären Behandlungssetting vorgebahnt.

Abb. 9: Ergebnisse aus TAS und FB zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung im Vergleich



Pat: MG290302, Mädchen.

Legende: TAS= Toronto- Alexithymieskala für Kinder und Jugendliche,

FB= Familienfragebogen,

Ext. Orient.= Externe Orientiertheit,

Soz. Erw.= Soziale Erwünschtheit

Quelle: Vom Verfasser erstellt.

5. Diskussion

Eine zentrale Forderung der vorliegenden Studie war die Erstellung einer klinisch relevanten Testbatterie auf der Basis testtheoretisch fundierter Fragebögen für eine psychometrische Basiserhebung, vornehmlich für den Gebrauch im stationären Setting. Dabei stellten wir grundlegende Bedingungen und verwiesen auf die Bedeutung eines von uns festgelegten Umfangs der Testung auf festgelegte Zielbereiche, wie etwa körperliche und psychische Beschwerdeskalen, Persönlichkeit, Evaluation der familiären Beziehungsstrukturen sowie Kompetenzen der emotionalen Verarbeitung. Die Verwendung der Testinventare als zentrales Medium im Rahmen einer Basisdiagnostik definiert die Anforderungen an eine umfassende, vollständige und bevölkerungsrepräsentativ normierte Batterie, welche den Anforderungen der Gütekriterien im Rahmen einer modernen, evidenzbasierten Medizin (Objektivität, Validität, Reliabilität) gerecht wird.

5.1. Basisdiagnostik - Gründe, Bedarf, Anforderungen

Es wurde bereits beschrieben, dass neben den sogenannten weichen Daten und notwendigerweise subjektiven Evaluationsprozessen innerhalb der Psychotherapie die Chancen eines wissenschaftlichen Messverfahrens, welche sich an den standardisierten Testgütekriterien orientiert, nicht zu vernachlässigen seien (Gaebel & Wolpert, 1994). Mit einer Evaluation der Beschwerden, Persönlichkeitsstruktur, Familienstruktur und Affektivität zu Behandlungsbeginn, lassen sich eine ganzheitliche Ausdifferenzierung der Erkrankungsmuster sowie eine individuelle, frühzeitige Therapieplanung beim einzelnen Patienten erreichen. Der Beitrag zur Prozessqualität, welchen ein solches diagnostisches Werkzeug liefert, ist in angrenzenden medizinischen Fachbereichen, wie etwa der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits seit längerem geläufig (Stieglitz, 1994).

Die Neuevaluierung der einzelnen Parameter in standardisierter Weise am Ende der Komplexbehandlung ermöglicht eine objektivierte Rückmeldung des Therapieerfolges an Patienten und Therapeuten im Rahmen einer wissenschaftlichen Ergebnisevaluation. Im Sinne der wachsenden Bedeutung einer klinischen Qualitätssicherung stellen wir dahingehend eine Möglichkeit vor, diesen genannten Anforderungen gerecht zu werden. Dementsprechend erscheinen Stichwörter wie die Überwachung der Ergebnisqualität, die Hinterfragung von Konzept- und Personalstrukturen und die Optimierung von Abläufen in verschiedenen Behandlungsbereichen als Grundsätze moderner Medizin wie sie auch nicht zuletzt vom Gesetzgeber gefordert werden (Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Proustka, 1998).

Eine kontinuierliche wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Verfahren auf kurze und lange Sicht spielt nicht nur im Rahmen der großen Fachdisziplinen eine entscheidende Rolle, sondern belegt in demselben Maße den Anspruch der kleinen Fachbereiche der Medizin, gerade bezogen auf spezifische Störungen und therapeutische Maßnahmen. Wesentlich aus Letzterem ergibt sich nicht selten der Bedarf nach aufgezeichneten Nachweisen und regelrechter Dokumentation im Rahmen der Rechtfertigung von Behandlungsmaßnahmen und therapeutischen Interventionen vor möglichen Kostenträgern. Ebenso ergeben sich streng vorgefasste Handlungsspielräume aus den Anforderungen und Grundlagen einer medizinischen Begutachtung wie sie uns auch im hier

diskutierten Fachgebiet begegnen können. Aus der hierbei erforderlichen Stellung des Arztes ergibt sich ein besonderer Anspruch zur Unparteilichkeit, Sachlichkeit und Neutralität, wobei dieser sich gegebenenfalls mit einem Rollenwechsel konfrontiert sieht (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2013). Die Bedeutung der gutachterlichen Verfahren ist gerade im pädiatrischen Bereich in Anlehnung an zivil- und strafrechtlich relevante Gegebenheiten eine selbsterklärende und mitunter traurige Realität. Die Psychometrie im Rahmen einer Teststatistik, welche den Ansprüchen an die allgemeinen Testgütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) nachkommt, erfüllt hier nicht zuletzt eine entscheidende ergänzende Funktion der klinischen Diagnostik (Brosig et al, 2011).

Die Vorzüge einer Basisdiagnostik wurden auch im pädiatrisch- psychosomatischen Arbeitsbereich teilweise bereits in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert.

Die Bestrebungen reichen dabei über das breite Versorgungsgebiet der pädiatrischen psychosomatischen Medizin.

So wird unter anderem die zentrale Bedeutung von basisdiagnostischen Maßnahmen als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung von psychisch erkrankten Kindern herausgestellt (Höger & Witte- Lakemann, 1999).

In dieser hier beispielsweise aufgeführten, den ambulant- niedergelassenen Tätigkeitsbereich betreffenden, Studie werden Evaluationsinstrumente im Rahmen eines Basisdokumentationssystems mit Schwerpunkt auf der Früherkennung von psychischen oder psychosomatischen Störungen bei Kindern eingesetzt. Dies geschieht in Hinblick auf die Beurteilung einer vorgestellten qualitätssichernden Maßnahme, nämlich des Angebotes von, durch Kinderpsychiater moderierte, pädiatrische Qualitätszirkel im Sinne der Psychosomatischen Grundversorgung.

Für eine optimale, störungsspezifische Therapie, mit der Auswahl geeigneter Behandlungsstrategien zum frühestmöglichen Zeitpunkt, ist es im ambulanten wie im stationären Setting erforderlich, eine zeitnahe und gründliche Diagnostik einzuleiten. Dabei gilt es insbesondere zu beachten, dass ein Behandlungserfolg durch irrtümliche psychotherapeutische Interventionen, genauso gefährdet wird, wie wenn eine Erkrankung psychischer Ätiologie als rein körperlich fehlinterpretiert wird (Fritzsche et al., 2000). Auch hier wird das Bedürfnis eines ausgewählten Diagnostikums laut, welche durch eine Basiserhebung im vordefinierten Sinne gedeckt wird.

Ähnliche Ansprüche ergeben sich zweifelsfrei auch für das stationäre Behandlungssetting. Diese Überlegungen scheinen insbesondere von Bedeutung durch das erfreulicherweise wachsende Betreuungsangebot von psychosomatisch erkrankten Kindern- und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der pädiatrischen Psychosomatik (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement, 2013). In den Rahmen des Prozesses eines zunehmenden stationären pädiatrisch- psychosomatischen Angebotes gliedert sich geradeso der hier erwähnte neu etablierte Arbeitsbereich der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie im Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde am Universitätsklinikum Gießen.

5.2. Fragebogenbatterie - wissenschaftliche Kriterien der Entscheidungsfindung

Innerhalb der verschiedenen etablierten diagnostischen Verfahren bieten objektive Testverfahren klinisch relevante Chancen, ebenso gilt es Grenzen und Nachteile der psychometrischen Testung aufzuzeigen.

Ein deutlicher Vorteil der Diagnostik mittels Fragebögen besteht in der besonderen Beachtung der Gütekriterien wissenschaftlicher Testverfahren. Hauptsächlich in Bezug auf die Objektivität, wird dem Untersucher beispielsweise wenig Interpretationsraum zur Verfügung gestellt. Betreffend der Reliabilität bieten Fragebögen beste Überprüfungsmöglichkeiten (Platzmann & Schmitt, 2007). Im Vergleich mit Fragebögen gelten andere diagnostische Verfahren, wie etwa die Verhaltensbeobachtung als deutlich geringer objektiv und reliabel (Vgl. Amelang und Zielinski, 2002) oder geraten sogar an den Rand des Verrufs zum Spekulativen, wie es zum Teil bei den projektiven Verfahren der Fall ist (Vgl. Grubitzsch, 1999).

Des Weiteren wird beispielsweise bei projektiven Verfahren häufig ein umfassendes Vorwissen des Untersuchers notwendig, was bei der Auswertung von Testinventaren im Allgemeinen nicht vorausgesetzt werden muss (Beizmann, 1975). Ein besonderer Vorzug von Fragebögen für die Alltagstauglichkeit ist gerade auch ein hohes Maß an Unabhängigkeit der Ergebnisse von einem Untersucher.

Da Fragebögen in der Altersklasse, in der die Fähigkeit zur Selbstauskunft vorhanden ist, größtenteils eigenständig bearbeitet werden können, beschränkt sich die personelle Ressourcenbindung im klinischen Alltag im Allgemeinen ggf. auf Rückfragen, Unterstützungen und das Auswertungsverfahren an sich. Dabei bietet die computergestützte Version häufig eine deutliche zeitliche Entlastung der therapeutischen Arbeitsgruppe.

Die Grenzen des Fragebogenverfahrens im Allgemeinen liegen, bei allen Vorteilen, welche die Möglichkeit einer umfassenden statistischen Auswertung bietet, in der individuellen Anpassbarkeit auf den Patienten (Platzmann & Schmitt, 2007). So werden ggf. für die Therapie relevante Informationen, wie etwa biographische oder physiologische (z.B. affektive Begleitphänomene) Daten besser in einem diagnostischen Interview vermittelt.

Genauso lassen sich formelle Testverfahren nicht auf beliebige Situationen anwenden. So bietet die Verhaltensbeobachtung beispielsweise der Eltern-Kind-Interaktion zusätzliche weitreichende diagnostische Informationen, welche eine ausschließliche Exploration in Form der reinen Selbstauskunft nicht vermitteln kann.

Fragebogenverfahren bieten umfangreiche Möglichkeiten der Skalierung. Skalen, bei denen ein Patient unter mehreren alternativen Aussagen (bspw. trifft völlig zu, trifft zu, trifft gar nicht zu etc.) wählen kann bis hin zu Freitextangaben stehen zur Verfügung. Die Wahl der geeignetsten Skalierung scheint umso bedeutender, als dass bereits die Anordnung bei den Patienten zu einem bestimmten Verhalten führt, welches mitunter zu Messfehlern verleitet. In diesem Sinne bietet beispielsweise eine fünfstufige Skala mit jeweils zwei Stufen in beide Richtungen und einem Mittelwert einen ausreichenden Variationsspielraum. Genauso kann diese Anordnung im Antwortverhalten aber zu einer Bevorzugung des Mittelwertes, besonders bei unentschlossenen oder vorsichtigen Patienten führen (Platzmann & Schmitt, 2007).

Neben der Skalierung kommt im klinischen Alltag auch dem Umfang einer Fragebogenbatterie eine beachtliche Bedeutung zu. Ist die Fragebogenbatterie zu kurz, werden ggf. wichtige Merkmale nicht erfasst, ist sie jedoch zu umfangreich, kann es gerade in der Arbeit mit Kindern zu einer Verfälschung der Testergebnisse kommen, da etwa die Motivation der Patienten sinkt und die Ermüdung zunimmt. Gerade bei jüngeren Patientinnen oder Patienten mit einer eingeschränkteren kognitiven Leistungsfähigkeit wurde dieses Risiko deutlich (Schuler & Höft, 2006).

Die *Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (AGPPS)* ist ein Arbeitskollektiv innerhalb der *Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)*, mit dem Motiv, im Rahmen der stetigen Differenzierung des ärztlichen bzw. therapeutischen Aufgabenbereiches, einen selbstständigen Interessenbereich der Kinder- und Jugendpsychosomatik zu etablieren und zu fördern. Als Ziel wird u.a. formuliert,

„die pädiatrische Psychosomatik und deren wissenschaftliche Grundlagen als integrative Elemente der pädiatrischen und psychosomatischen Lehre, Praxis und Weiterbildung [...] zu fördern und dem medizinischen Fortschritt auf diesem Gebiet zu dienen“ (Zitat aus der Satzung).

In diesem Sinne stellt u.a. die Formulierung fachgebundener Positionierungen einen wissenschaftlichen Beitrag im Rahmen eines klinischen Betätigungsfeldes dar.

In Hinblick auf wachsende Strukturen bildete die *Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik* im Jahr 2010 eine „Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement (AG QM)“ aus Mitwirkenden auf dem Interessensgebiet der pädiatrischen Psychosomatik. Diese beabsichtigte, über das gesamte Bundesgebiet hinaus, die Planung und Durchführung von Struktur- und Prozessqualität im stationären Behandlungsrahmen zu prüfen und entsprechende klinische Anhaltspunkte zu liefern. Mit den Mitgliedern der AGPPS wurden Qualitätsmerkmale definiert und anschließend von der AG Empfehlungen zunächst nur für die Strukturqualität formuliert. Die hierbei geltende Empfehlungsstärke deutet wie auch im Rahmen der vorliegenden Studie beschrieben, auf einen grundsätzlichen Mangel an Studien auf dem Bereich der Struktur- und Prozessqualität innerhalb der pädiatrischen Psychosomatik hin (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement, 2013).

Empfehlungen hinsichtlich der Prozessqualität aus dem Jahr 2013 unterstreichen die Aktualität der vorliegenden Thematik und unterstützen die Annahmen zur Gestaltung eines diagnostischen Messinstrumentes in Form einer psychometrischen Testbatterie in den folgenden Aspekten:

Im Rahmen der Diagnosefindung wird auf die Bedeutung einer umfassenden körperlichen Diagnostik verwiesen, welche die Rolle der psychotherapeutischen Interventionen bei sog. Ausschlussdiagnosen herausstellt. Neben einer individuellen somatischen Diagnostik vor Aufnahme findet sich der Charakter der körperlichen Beschwerden und Symptome ebenfalls in dem Youth Self Report als essentieller Bestandteil der Testbatterie wieder.

Bei Anwendung der Dokumentationssysteme wurde jeweils von einem multimodalen bio-psychozialen Entstehungsprozess von psychischen und psychosomatischen Krankheiten ausgegangen. Dahingehend scheint allgemein ein allseits konformes

Verständnis unter den Vertretern des Arbeitsbereiches zu bestehen, dass es neben den körperlichen Prozessen, die psychosozialen sowie entwicklungsbezogenen Ereignisse in besonderer Weise zu berücksichtigen gälte. „Auf die Bedeutung von psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen wird dabei in den Darlegungen zum Weiterbildungsinhalt und in den Weiterbildungsrichtlinien ausdrücklich hingewiesen“ (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement, 2013).

Eine Erweiterung der Testbatterie um die Aspekte Familieninteraktion und Gefühlsregulation erscheint hier naheliegend.

In einem ersten Schritt sollen, neben der Aufnahmeindikation, die Behandlungsmotivation und individuellen Bedürfnisse des Patienten sowie der Familie thematisiert werden. Ein Freitext in der Batterie bietet Raum für diese Ansprüche und kann individuell und störungsspezifisch ausgewertet werden. Ebenso können Behandlungsziele formuliert, geäußert und bewusst gemacht werden.

Mögliche Behandlungsziele werden im Positionspapier als eine Minderung oder Auflösung der Symptome, ebenso wie die Etablierung von Bindungsfähigkeit und die Stabilisierung des Selbstwertes definiert.

Ähnliche Items ergeben sich aus der Toronto-Alexithymieskala sowie dem Familienfragebogen und unterstreichen die Relevanz der Inventare in der Evaluation des therapeutischen Erfolges im Rahmen einer Komplexbehandlung.

Neben den definierten Geltungsbereichen der von uns entwickelten Testbatterie, lehnten sich die Instrumente an den Erfahrungswert einer bereits etablierten Testsammlung an. TAS und FB wurden dabei in die neue Testbatterie integriert. JTCI und YSR wurden neu hinzugenommen. Dabei ergaben sich für uns wissenschaftliche Richtwerte anhand der Veröffentlichungszahlen in anerkannten wissenschaftlichen medizinischen Suchmaschinen in Bezug auf das jeweilige Testverfahren sowie klinische Erfahrungsberichte anhand mündlicher Expertisenauskunft im Rahmen der Rücksprache mit Kliniken der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik. Des Weiteren ergab sich durch den Anspruch auf eine externe Vergleichbarkeit der Testergebnisse eine besondere Berücksichtigung von englischsprachigen, international gültigen Verfahren.

Das etablierte Inventar erfüllt somit die grundlegenden Anforderungen an den Umfang, die Fokussierung auf die Bedeutung der Testgütekriterien neben einem subjektiven diagnostischen Evaluationprozess innerhalb der pädiatrischen Psychosomatik sowie die wichtigsten klinisch relevanten Parameter in Anlehnung an die geltenden Empfehlungen des Arbeitsbereiches.

Zusätzlich wurde auf ein ökonomisches, prozessual unkompliziertes Vorgehen geachtet, bei dem insgesamt die praktische Relevanz vordergründig angesehen wurde.

Die Anwendung in den klinischen Arbeitsprozess wurde auf ihre Realisierbarkeit geprüft.

Die Bearbeitung des vorgestellten Testkataloges umfasste dabei je nach Alter, Störung und kognitiver Leistungsfähigkeit des Kindes im Ganzen ca. 45 bis 90 Minuten.

Erfahrungsgemäß ließ sich die Bearbeitung gut in den klinischen Alltag integrieren und konnte als Ergänzung zu den einzel- und gruppentherapeutischen Maßnahmen einen entscheidenden Beitrag zur Einschätzung der psychopathologischen Gesamtstruktur liefern oder auch nur unterstützend einen bereits im Aufnahmegespräch gewonnenen Eindruck untermauern.

In einem routinierten Klinikprozess, bei welchem standardisierte Abläufe, wie etwa im Rahmen von Neuaufnahmen oder Entlassungen im interdisziplinären Zusammenspiel ablaufen, stellt die klinische Umsetzbarkeit der psychometrischen Basisdokumentation in der Regel keine Probleme dar. Nicht zuletzt wirkten dabei das strukturierte Vorgehen und standardisierte Handlungsabläufe im Therapeutenteam vereinfachend ein.

Dessen ungeachtet, gestalteten sich einzelne Items des JTICI, besonders innerhalb der Skala Selbsttranszendenz, in welcher sich der Jugendliche in ein höheres spirituelles Konzept, Natur oder Umwelt einordnet als irreführend und mitunter umständlich in der Umsetzung. Offensichtlich ergeben sich innerhalb der Zielgruppe Diskrepanzen durch das vermeintlich abweichende Transzendenzverständnis des amerikanischen Kulturkreises.

Des Weiteren fällt, neben der gemeinsamen Basis einer analytischen Denkschule, die starke neurobiologische Fundierung des Inventars auf.

Insgesamt gilt zu berücksichtigen, dass die evaluierten Werte des JTICI weniger im Rahmen der Verlaufsevaluation betrachtet wurden, sondern vielmehr im Zusammenhang der basisdiagnostischen Vollständigkeit zu sehen sind.

Insbesondere wird eine deutliche Vereinbarkeit des JTCI und des YSR verzeichnet. Hinweise in der Individualdiagnostik bestätigten teilweise die bereits literarisch vorbeschriebene klare Korrelation in der Skala „Neugierverhalten“ mit der Skala „Externalisierendes Verhalten“ und den betreffenden Syndromskalen „dissozialem“ und „aggressivem Verhalten“. Ebenso auf der gegenteiligen Seite korrelierte die Temperamentskala Schadensvermeidung positiv mit den Skalen der internalisierenden Beschwerden wie beispielsweise der Syndromskala Angst/ Depressivität (Schmeck, Goth, Cloninger und Protuska, 2001).

Geradeso eignen sich die Kompetenzskalen des YSR gut, um Aufschluss über gezielte Items der klinischen Praxis zu erhalten sowie dem Untersucher einen Gesamteindruck des Patienten zu vermitteln (Döpfner et al. 1994).

Auf der Grundlage, dass die abgefragten Kompetenzprofile von einer vier- bis sechswöchigen Kurzzeitbehandlung nur wenig beeinflusst werden, eignet sich der Kompetenzteil des YSR weniger zur Evaluation eines Behandlungserfolges, sondern auch hier eher als basisdiagnostische Ergänzung.

Bislang wurde für den YSR keine repräsentative Normierung für den deutschsprachigen geographischen Raum erarbeitet. Für eine Orientierung an der amerikanischen Normierung gilt zu beachten, dass die Werte im deutschsprachigen Raum eher unterhalb der amerikanischen Werte lagen. Eine Unterschätzungstendenz muss daher berücksichtigt werden. Dessen ungeachtet können auch Werte unterhalb des klinisch relevanten Bereiches durch eine Orientierung an den Rohwerten im Verlauf evaluiert und dokumentiert werden (Döpfner et al. 1994), was sich in der Praxis als besonders vorteilhaft erweist. In allen Bereichen des Fragebogens können wesentliche Informationen eingeholt werden, die einen Gesamteindruck über einen Patienten vermitteln und ggf. Hinweise für die Notwendigkeit einer weiterführenden Diagnostik liefern.

Für den FB können hingegen, neben der Vermittlung eines Gesamteindruckes über die Aspekte des familiären Zusammenlebens, dynamische Prozesse erfasst werden. Dabei wird die Behandlungsevaluation durch die quantitative Erfassung der Familienfunktionalität/-dysfunktionalität erleichtert (Cierpka & Frevert, 1994).

5.3. Effektstärkemessung

Die klinische Bedeutung der Effektstärke wird durch die Empfehlung der APA (American Psychological Association), neben der Angabe der Ergebnisse von statistischen Tests, die Effektgröße zu berichten, verdeutlicht. Besonders im Rahmen medizinischer Studien gilt es, die Veranschaulichung der inhaltlichen Bedeutsamkeit zu eruieren, etwa die Frage, wie gut sich eine Behandlung auswirkt beziehungsweise wie groß der Einfluss eines Risikofaktors sei (Fritz, Morris & Richler, 2012).

Gleichfalls belegen Forschungsarbeiten der Vergangenheit bereits die Wirksamkeit stationärer psychotherapeutischer Behandlungen v.a. im Erwachsenenbereich und auf dem Gebiet der psychosomatischen Rehabilitation. Eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch nicht immer möglich, da unterschiedliche Evaluationsmaße verwendet wurden (Beutel et al., 2005).

Da im pädiatrisch- psychosomatischen Klinikalltag im Inland bisher noch kein testtheoretisch fundiertes psychometrisches Verfahren zur Evaluation der Effektstärkemessung etabliert wurde, ergibt sich der Bedarf der vorliegenden Studie, welchen die im Ergebnisteil vorangestellte Umfragestatistik unterstützt.

Die vorgestellte stationäre Behandlung bietet als integrative Komplexbehandlung ein übergreifendes Therapieangebot. Dabei wird ein Wochenplan aus Psychosomatische Psychotherapie in Form von Einzeltherapie (3/Wo á 60min), Familientherapie (1/Wo à 90min) und therapeutischen Visiten (2/Wo à 30min) beachtet. Komplementäre, ergänzende Verfahren im Sinne der interdisziplinären Behandlung werden als Körpertherapie in Form der Pantomime (2/Wo à 120min), Musiktherapie (120min/Wo), Kunsttherapie (120min/Wo), Physiotherapie im Gruppenrahmen (60min/Wo), Ernährungsberatung (60min/Wo) sowie als pädagogisch- schulische Förderung (mind. 540 min/Wo) angeboten.

Die im Ergebnisteil vorgestellten Effekte im Bereich psychische und physische Beschwerden, Affektregulation und Familienfunktionalität bilden insgesamt einen Eindruck in den Evaluationsprozess der Effektstärke und beschreiben erste Behandlungserfolge im Zusammenhang des therapeutischen Konzeptes.

Insgesamt spricht sich die Studie für einen Ausbau der pädiatrisch- psychosomatischen Therapieangebote aus. Zu berücksichtigen ist dabei vor allem die wachsende Nachfrage innerhalb dieses Fachgebietes.

Das vorliegende Studiendesign lehnt sich insgesamt an eine Forschungsarbeit aus dem Erwachsenenbereich von M.E. Beutel (2005) an. Hierbei wurden stationäre psychosomatische Kurz- und Langzeittherapien am Universitätsklinikum Gießen evaluiert sowie Merkmale und Prädiktoren für Behandlungserfolge in beiden Settings untersucht. Die Kurzzeittherapie umfasste auch in der Vergleichsstudie etwa vier bis maximal sechs Wochen und wurde in einem multimodalen Behandlungskonzept durchgeführt. Die Evaluation der Behandlung erfolgte durch eine Fragebogenbatterie, welche die Patienten zum Aufnahme-, Entlassungszeitpunkt sowie zur Ein- und Dreijahreskatamnese ausfüllten. Dabei wurden u.a. Fragebögen zur Erfassung der Symptombelastung (SCL-90-R, GBB), der Persönlichkeitsstruktur bzw. interpersonaler Probleme (IPO, IIP-D), soziodemographischen Strukturen (Psy-BaDo) sowie zur Beurteilung von therapeutischen Beziehungen und Prozessvariablen (HAQ) und Nacherhebung von Anschlussbehandlungen verwendet (Beutel et al., 2005). In der Kurz- sowie Langzeittherapie konnte eine ausgeprägte Abnahme der körperlichen und seelischen Beschwerden nachgewiesen werden.

Die ermittelten Effektstärken sowohl der Kurzzeittherapie als auch der Langzeittherapie waren, vergleichbar mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, stärker ausgeprägt. So zeigen sich in der Gesamtbeschwerdeskala der SCL-90 sowie im GBB für die Kurzzeittherapie große und mittlere Effekte (Beutel et al., 2000).

Besonders das stationäre Kurzzeitsetting mit einem ähnlich strukturierten multimodalen (Einzel-, Gruppen-, Körper-, Kunst- und, Musiktherapie, Entspannungstraining, Familiengespräche) Therapieangebot über durchschnittlich vier Wochen (mit zweiwöchiger Verlängerungsoption im Einzelfall) scheint dabei mit dem hier vorgestellten klinischen Konzept vergleichbar.

Als Erklärungsansatz für die höheren Effektstärken der Vergleichsstudie bieten sich die mitunter abweichenden, medizinischen Indikationen der Therapie, sodass bei Beutel vornehmlich ein als Krisenintervention verstandenes Setting, v.a. bei Anpassungsstörungen, PTSD und Krisen in einer andauernden Psychotherapie oder medizinischen Behandlung im Vordergrund steht. Hervor treten also eine besondere Dringlichkeit der Beschwerden, welche im Rahmen einer Akuttherapie behandelt werden, sowie eine dementsprechend hohe Symptombelastung zu Behandlungsbeginn (Beutel, et al. 2005).

Auch die Komplikation einer Chronifizierung scheint daher in der Studie von Beutel seltener, zudem ergibt sich eine größere Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Rückbildungstendenz (Beutel et al., 2005).

Die Stichprobe der hier vorgestellten Studie bestand im Gegensatz dazu aus einem Patientengut mit über das gesamte psychosomatische Fachgebiet verteilten Erkrankungsbildern (siehe auch Tab. 1). Da in der Vergleichsstudie ebenfalls die medizinischen Indikationen einer Kurzzeittherapie mit denen einer Langzeittherapie verglichen wurden, kann festgehalten werden, dass einige der Erkrankungen der vorliegenden Stichprobe (wie etwa Essstörungen, somatoforme Störungen, Konversionsstörungen etc.) bei Beutel vermehrt im Langzeitsetting behandelt wurden. Die Effektstärken für die Kurzzeittherapie in Bezug auf den Beschwerdeverlauf (Symptombelastung erfasst mit dem GSI der SCL sowie die körperlichen Beschwerden erfasst mittels GBB) lagen analog zu diesen Überlegungen etwas höher als die für die Langzeittherapie (GSI:Aufnahme im Vgl. zu Entlassung 1,14 vs.0, 86; GBB:1,01 vs. 0,71).

Im Allgemeinen entsteht der Eindruck, dass auch das Ankreuzverhalten der Kinder und Jugendlichen zu einer entsprechenden Ergebnisverteilung führte. So zeigt sich beispielsweise im Familienbogen lediglich in einer Subskala ein geringer Effekt. In der Zusammenschau fiel bei den Patienten jedoch häufig eine Tendenz zur Verharmlosung auf, auch wenn im therapeutischen Verlauf deutliche Probleme innerhalb der Familienstrukturen auffielen.

Diese Annahme verdeutlicht auch die Einzelfallbetrachtung-(siehe 4.1. Fallbeispiel Essstörung). Bei der Patientin mit Anorexia nervosa wurde zum Aufnahmezeitpunkt eine unauffällige Familienstruktur angegeben. Die Bewertung der Familienfunktionalität änderte sich dabei auch nicht im Verlauf.

Kritik an der Studie ergibt sich aus der umstrittenen Fragestellung, ob und wie weit man eine in besonderem Maß komplexe Bewandnis, wie die pädiatrisch- psychosomatische Behandlung an sich, grundsätzlich quantifizierend auf Effekte hin messen sollte. Strittig ist dabei, ob es nicht der Ethik der psychosomatischen Psychotherapie widerspräche, Evaluationsvorgänge in einem Bereich zu realisieren, welcher die Therapie von Kindern und Jugendlichen betreffe und somit mit besonderen Umständen korreliere, welche sich beispielsweise aus deren Individualitätsanspruch, Entwicklungsdynamik oder auch

deren Einwilligungsbereitschaft ergäben und die dahingehend nicht mit der Erwachsenenmedizin vergleichbar seien. Die Möglichkeit einer umfassenden Berücksichtigung der gezielt pädiatrischen Aspekte wurde bereits im Experten- und Sachverständigenkreis auf der 9. Jahrestagung der AGPPS e.V. mit offenem Ergebnis diskutiert.

Grenzen der Studie sind die Evaluation der einzelnen Therapieangebote sowie die weitere Differenzierung krankheitsspezifischer Verlaufsprozesse. Zur weiteren Untersuchung der klinischen Bedeutsamkeit bietet sich in einem nächsten Schritt die Ausweitung des Studiendesigns an.

Im Rahmen einer sich der vorliegenden Arbeit anschließenden Studie innerhalb des vorgestellten Arbeitsbereiches (Leitung: Prof. Dr. med. Brosig) wird die Evaluation der Komplextherapie anhand einer umfangreicheren Stichprobe von 45 Kindern und Jugendlichen fortgesetzt. Zusätzlich zu der hier vorgestellten Fragebogenbatterie zur Basisdokumentation und Effektstärkebestimmung werden über einen neu entwickelten Fragebogen die verschiedenen Therapieangebote bewertet, denn „obgleich unterschiedliche Behandlungssettings in psychosomatischen Kliniken etabliert sind, wurden diese bisher kaum zum Gegenstand von Evaluations- und Katamnesestudien“ (Beutel et al., 2005).

Im Vergleich zur Normalbevölkerung zeigten sich hierbei bereits erhöhte Werte im Bereich Alexithymie, körperliche Beschwerden und konfliktbehaftete Familienstrukturen. Auch hier wird in den Untersuchungen ein signifikanter Rückgang der körperlichen Beschwerden vermerkt. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für einen positiven Effekt des multiprofessionellen Therapiekonzeptes und unterstreichen gleichermaßen die Notwendigkeit des Ausbaus pädiatrischer psychosomatischer Behandlungsangebote.

5.4. Ausblick

Die bereits weiter oben erwähnten Positionspapiere zur Struktur- und Prozessqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik der AGPPS e.V. folgen vor allem dem Ziel, orientierende Anhaltspunkte im Rahmen der Qualitätsverbesserung im klinischen Arbeitsbereich zu liefern. Dabei steht zur Zeit des Abschlusses der vorliegenden Studie die Veröffentlichung eines weiteren Papers noch aus, in dem die „Maßnahmen zur

Sicherung der Ergebnisqualität“ ergänzend erörtert werden sollen (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement, 2013).

Zur Zeit des Ausbaus eines klinischen Arbeitsbereiches zur integrativen stationären Behandlung von chronisch psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen innerhalb einer pädiatrisch- psychosomatischen Komplexbehandlung werden die ausstehenden Empfehlungen mit großem Interesse erwartet.

Eine Ausweitung des Stichprobenumfangs und Designs der vorliegenden Studie wäre im Rahmen zukünftiger Arbeiten interessant, um gegebenenfalls vorliegende bereits gewonnene Eindrücke zu festigen und neue Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Dabei ist die Arbeit auf einer psychosomatischen Station, insbesondere im pädiatrischen Arbeitsbereich durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb eines breit strukturierten Teams gekennzeichnet. „Zu dem therapeutischen Team gehören u.a. Lehrer, Krankenpfleger, Therapeuten, Ärzte, Pädagogen, Musik- Ergotherapeuten, Physio-, Sozialarbeiter, Ernährungsberater[...]“ (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der AGPPS, 2013).

Die Wahrnehmung und Berücksichtigung der Erkenntnisse und Informationen aus den verschiedenen Dimensionen des Arbeitsbereiches ist für die therapeutische Arbeit ein essenzieller Bestandteil. Dies legt u.a. die Ausweitung einer möglichen Testbatterie über ein Selbstauskunftsverfahren hinaus auf weitere Interakteure des pädiatrischen Umfeldes nahe. Ein Beispiel bietet die Integration des Teacher Self Reports, als Bestandteil der Achenbachskalen in die psychometrische Testbatterie.

5.5. Schlussfolgerung

Die im Rahmen der vorliegenden Studie ausgearbeitete und erprobte Testbatterie stellt ein beispielhaftes Instrument der Basisdiagnostik für den stationären Bereich einer pädiatrisch- psychosomatischen Komplexbehandlung bei psychosomatisch erkrankten Jugendlichen im Alter von 10- 18 Jahren dar. Der Einsatz erfolgte zeit- und ressourcenschonend und vermittelte erste Erfahrungen in der Möglichkeit der Behandlungsevaluation im Rahmen der Arbeit einer spezialisierten Fachdisziplin. Im Zuge der Behandlung innerhalb des hier beschriebenen neu etablierten pädiatrisch- psychosomatischen Arbeitsbereiches des Universitätsklinikums Gießen konnten im Rahmen der Studie im Allgemeinen positive Effekte gemessen werden.

Dahingehend gilt zu erwähnen, dass die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie bereits

als Diskussionsgrundlage in die Verhandlungen mit Krankenkassen und Kostenträger stationärer Therapieverfahren einfließen konnten. Hierbei standen die vorliegenden klinischen Resultate in integralem Zusammenhang mit der Akzeptanz der für Gießen neuen Behandlungsform einer pädiatrisch- psychosomatischen Komplexbehandlung.

Insgesamt eignen sich Fragebögen grundsätzlich besonders gut für eine standardisierte Routinediagnostik, sie ersetzen jedoch keinesfalls die Notwendigkeit anderer diagnostischer Verfahren, insbesondere liegen dabei die Grenzen psychometrischer Testung in der individuellen Anpassbarkeit. Dennoch wurde die wachsende Bedeutung an objektiver Diagnostik diskutiert. Diesbezüglich ergeben sich für zukünftige, geplante Studien Ausweitungen etwa auf den Bereich der Fremdauskunft, Langzeitevaluation oder multizentrischen Zusammenarbeit.

Die bereits Klinik übergreifend etablierte AG innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. stellt offenbar bereits eine hoffnungstragende Interessengemeinschaft zu diesem Zweck dar.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende klinische Studie thematisiert die Basisdokumentation eines neu etablierten psychosomatischen Arbeitsbereiches im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Gießen. Im Rahmen einer integrativen psychosomatischen Behandlung von Kindern wird eine stationäre Kurzzeit-Therapie von vier bis sechs Wochen als sog. „Pädiatrisch- psychosomatische Komplexbehandlung“ angeboten. Ziel der Studie war die Entwicklung einer klinisch relevanten Testbatterie auf der Basis testtheoretisch fundierter Fragebögen für eine psychometrische Basiserhebung, zur Erstellung einer, verschiedene Symptom- und Persönlichkeitsbereiche umfassenden, objektiven und bevölkerungsrepräsentativ normierten, *Basisdiagnostik*. Des Weiteren erfolgte die Messung von Behandlungsergebnissen der Komplexbehandlung mit Bestimmung der Effektstärke.

Methoden: Im Rahmen einer 1- Jahres- Kohorte chronisch psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher im Alter von 10- 18 Jahren wurde eine neu entwickelte Fragebogenbatterie bestehend aus FB, TAS-KJ, YSR und JTCI getestet und computergestützt mithilfe des Programms *IBM SPSS Statistics 20* ausgewertet.

Ergebnisse: Eine initial durchgeführte Prüfung des Ist-Zustands zeigt einen bisher ungedeckten Bedarf objektiver Basisdiagnostik in pädiatrisch-psychosomatischen Einrichtungen mit stationärem Behandlungsangebot. Bezüglich der Therapieevaluation zeigt sich im YSR in der „Gesamtsyndromskala“ ($d=0,58$) sowie in der Skala „Internalisierendes Verhalten“ ($d=0,67$) ein mittlerer Effekt. Im TAS-KJ ergibt sich in der Gesamtskala für Alexithymie ein kleiner Effekt ($d=0,36$). Der Familienfragebogen weist in der Subskala „Kontrolle“ einen geringen Effekt ($d=0,28$) auf. Im JTCI zeigt sich ein kleiner Effekt ($d=0,29$) in der Skala „Belohnungsabhängigkeit“.

Fazit: Die vorliegende Studie weist auf, dass dem Bedarf an standardisierter objektiver Basisdokumentation in pädiatrisch-psychosomatischen Einrichten mit stationärem Behandlungsangebot derzeit nicht flächendeckend entsprochen wird und liefert erste klinische Erfahrungen mit einer eigens zu diesem Zweck konzipierten Fragebogenbatterie. Bezüglich einer Therapieevaluation können signifikante Behandlungseffekte v.a. in den Bereichen körperliche und seelische Beschwerden, Affektregulation sowie jeweils geringe Effekte in den Familien- bzw. Persönlichkeitsfragebögen nachgewiesen werden.

Summary

This clinical trial is aimed to evaluate the basic documentation of a newly established psychosomatic work area at the Department of General Pediatrics and Neonatology at the Center of Pediatrics and Adolescent Medicine, University Hospital Gießen. In the context of an integrative psychosomatic treatment of psychosomatically ill children we offer a short-term residential treatment of four weeks to a maximum of six weeks as a so called “paediatric-psychosomatic complex treatment”. This study aimed to develop a clinically relevant test battery on the basis of test-theoretically based questionnaires for psychometric basic diagnostics for creating objective and population-representatively normed *basic diagnostics* which contain symptom and personality areas. In addition, the measurement of the treatment- results were conducted with the determination of the effect size in the context of a pediatric-psychosomatic complex treatment of chronically ill and psychosomatically diseased children.

Methods: In the context of a 1-year-cohort of chronically psychosomatically ill children and adolescents in the age range of 10 to 18 years we tested a newly developed battery of questionnaires consisting of FB, TAS-KJ, YSR and JTCI and analysed the results based on the computer program IBM SPSS Statistics 20.

Results: An initially performed evaluation of the actual state reveals an as yet not totally fulfilled need for objective *basic diagnostics* referring to institutions, which offer pediatric-psychosomatic in-patient treatment. Concerning the results of treatment, a positive effect is indicated in the YSR “Total Syndrome Scale” ($d=0,58$) as well as in the “Internalizing Behavior Scale” ($d=0,67$). A minor effect is shown in the TAS-KJ in terms of the “Total Alexithymia scale” ($d=0,36$) and in the FB in the subscale “Control” ($d=0,28$). In the JTCI a minor effect is testified in the scale “Dependence of Reward” ($d=0,29$).

Conclusions: This clinical trial exhibits that the need of standardized objective basic diagnostics in clinics and institutions, which offer pediatric- psychosomatic in- patient treatments, has not yet been sufficiently fulfilled. It also provides first clinical experiences with a specifically developed test battery. Relating to the treatment evaluation especially in the area of mental and physical disorders and affect regulation a positive effect of the treatment was revealed in follow up measurements. Likewise a minor effect was detected in the problem scales of the family and personality questionnaires.

7. Abkürzungsverzeichnis

AB:	Affektive Beziehungsaufnahme
AE:	Aufgabenerfüllung
AFS:	Angstfragebogen für Schüler
AGPPS:	Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V.
AG QM:	Arbeitsgemeinschaft Qualitätsmanagement
ALS:	Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder u. Jugendliche
APA:	American Psychological Association
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BA:	Belohnungsabhängigkeit
BV:	Beharrungsvermögen
CBCL/4-18:	Child Behavior Checklist, Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
CFT 20:	Grundintelligenztest Skala 2 mit Wortschatztest u. Zahlenfolgetest
CPT:	Continuous Performance Test
d2:	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test
DAT:	Dortmunder Aufmerksamkeitstest
DGKJ:	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DIKJ:	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche
DISYPS-II:	Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche
DSF:	Dt. Schmerzfragebogen
DTK:	Depressionstest für Kinder
E:	Emotionalität
EDI-2:	Eating Disorder Inventory- 2
EXT:	Externalisierendes Verhalten
FB:	Allgemeiner Familienbogen
FBB:	Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung
FEEL- KJ:	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen

FPI-R:	Freiburger Persönlichkeitsinventar
GBB-(KJ):	Gießener Beschwerdebogen (für Kinder und Jugendliche)
HANES- KJ:	Hamburger Neurotizismus- und Extraversionskala für Kinder und Jugendliche
HAWIK-IV:	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder
HAQ:	Helping Alliance Questionnaire Jugendliche
ICD-10- GM:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; German Modification
IIP-D:	Inventar Interpersonaler Probleme
ILK 8- 16:	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
INT:	Internalisierendes Verhalten
IPO:	Inventar der Persönlichkeitsorganisation
JTCI:	Junior Temperament und Charakter Inventar
K:	Kontrolle
K-ABC:	Kaufman Assessment Battery for Children, dt. Version
KINDL:	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
KJFD:	Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
KO:	Kooperativität
KOM:	Kommunikation
K-Tim:	Kaufman Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene
KVT:	Konzentrationsverlaufstest
NV:	Neugierverhalten
PAID:	Problem Areas in Diabetes dt. Version, Problembereiche in der Diabetesbehandlung
PFK 9- 14:	Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren
Psy-BaDo:	Psychotherapie- Basisdokumentation
RV:	Rollenverhalten
SCARED:	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder
SCL-90:	die Symptomcheckliste
SDQ:	Strengths & Difficulties Questionnaires

SET 5-10:	Sprachstandserhebungstest für Kinder
SL:	Selbstlenkungsfähigkeit
SOMS:	Screening für Somatoforme Störungen
SPAIK:	Sozialphobie u. Angstinventar für Kinder
ST:	Selbsttranszendenz
SV:	Schadensvermeidung
SVF-KJ:	Stressverarbeitungsfragebogen von Janke u. Erdmann
TAS-KJ:	Toronto Alexithymieskala für Kinder und Jugendliche
TRF:	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
WN:	Werte und Normen
YSR/ 11-18:	Youth Self-Report der Child Behavior Checklist

8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen:

Abb. 1	Körperliche und Seelische Beschwerden	S. 30
Abb. 2	Schwierigkeiten der Affektregulation	S. 33
Abb. 3	Schwierigkeiten der Affektregulation, Alexithymiegesamt看	S. 34
Abb. 4	Temperament- und Charakterskalen	S. 40
Abb. 5	Körperliche und Seelische Beschwerden, Fallvorstellung 1 und 2	S. 45
Abb. 6	Affektregulation, Fallvorstellung 1 und 2	S. 48
Abb. 7	Familienfunktion, Fallvorstellung 1 und 2	S. 48
Abb. 8	Körperliche und Seelische Beschwerden, Fallvorstellung 3	S. 50
Abb. 9	Ergebnisse aus TAS und FB, Fallvorstellung 3	S. 51

Tabellen:

Tabelle 1	Stichprobe aufgeteilt nach ICD- 10 (GM)	S. 3
Tabelle 2	Tabelle 2: Bisher verwendete Testinventare	S. 4
Tabelle 3	Geplante Inventare in der hier beschrieben Studie	S. 4
Tabelle 4	Umfragestatistik: Psychometrische Instrumente	S. 25/26
Tabelle 5	YSR, t- Test bei gepaarter Stichprobe	S. 28
Tabelle 6	TAS, t- Test bei gepaarten Stichproben	S. 31
Tabelle 7	FB, t- Test bei gepaarten Stichproben	S. 38

9. Literaturverzeichnis

Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention*, Berlin und Heidelberg: Springer.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2013). *Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung*. Abgerufen von <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/094-001.html>

Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik. (2013). *Strukturqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik. Ein Positionspapier der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik*, Monatsschrift Kinderheilkunde, 161,863-868.

Beizmann, C. (1975). *Leitfaden der Rorschach-Deutungen*, München und Basel: Verlag Ernst Reinhardt.

Beutel, M.E. (2000). *Psychodynamische Kurzzeittherapien*. *Psychotherapeut*, 45, 203-213.

Beutel, M.E., Hoflich, A., Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Leweke, F., Milch, W.E., Reimer, C. (2005). *Short- term and long- term inpatient psychotherapy- indications, results, predictors*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(2), 145-162.

Brosig, B., Döring, I., Jennessen, M., Kolbinger, M., Lehmann, H., Zimmer, K.-P. (2011). *Eine Testbatterie für die Psychoanalytische Familienpsychosomatik*, *Psychoanalytische Familientherapie*, 12(1), 61-84.

Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Cloninger, C.R. & Svrakic, D.M. (1993). *Personality dimensions as conceptual framework for explaining variations in normal, neurotic and personality disordered behavior*. In G.D. Burrows, R. Noyes & M. Roth (Hrsg.), *Handbook of anxiety* (Vol. 2, S. 1-29). Amsterdam: Elsevier Science.

Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.

Cloninger, C.R., & Svrakic, D.M. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assesment and treatment. *Psychiatry*, 60, 120-141.

Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. & Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Washington University Center for Psychobiology of Personality.

Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G., (1994). *Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self- Report (YSR) der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder, Jugend und Familiendiagnostik.

Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., Heim, K., (1998). *Fragebogen für Jugendliche, Deutsche Bearbeitung des Youth Self Report (YSR) der Child Behavior Checklist, Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2.Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F., Proustka, F. (1998). *Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie- Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis*. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 27, 129-146.

Fritz, C. O., Morris, P. E., Richler, J. J. (2012). *Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18.

Fritzsche, K., Sandholzer, H., Werner, J., Brucks, U., Cierpka, M., Deter, H., Härtner, M., Höger, C., Richer, R., Schmidt, B. (2000). *Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis*. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 239-245.

Gaebel, W. & Wolpert, E. (1994). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Ein neues Referat der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPPN)*. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 23, 4-13.

Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik. (2011). *Pädiatrisch- psychosomatische Einrichtungen und Angebote für Kinder und Jugendliche*. Abgerufen am 5.5.2012 von <http://www.agpps.de/index.php/einrichtungen>

Gönner, S. & Bischoff, C. (2006). *Akzeptanz eines psychometrischen Routinediagnostik- und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation*. *Die Rehabilitation*, 45, 282-288.

Goth K., Cloninger C.R., Schmeck K. (2004). *Das Junior Temperament und Charakter Inventar für Jugendliche- JTCI/ 12-18 R*. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der J. W. Goethe Universität Frankfurt, Frankfurt.

Goth, K. & Schmeck, K. (2009). *Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grubitzsch, S. (1999). *Testtheorie- Testpraxis. Psychologische Tests und Prüfverfahren im kritischen Überblick* (2. Aufl.). Eschbach: Verlag Dietmar Klotz.

Herpertz, S., Pukrop, R., Steinmeyer, E.M., Woschnik, M. & Sass, H. (2006). *Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung- Eine facettentheoretische Analyse der Ähnlichkeitsbeziehungen*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie-Forschung und Praxis*, 26, 109-117.

Höger, C. & Witte- Lakemann, G. (1999). *Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel- eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen Grundversorgung?*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48, 723-733.

Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2001). *TAS-26: Toronto-Alexithymie-Skala-26* (deutsche Version). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kupfer, J., Brosig, B., Brähler, E. (2000). *Toronto- Alexithymie- Skala (TAS-26)*, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Marty, P. & de M'Uzan, M. (1978). *Das operative Denken* („La pensée opératoire“). Psyche, 32, 974-984.

Platzmann, A. & Schmitt, G.(4.6.2007). *Lern-Psychologie. Psychologie Online Lernen* der Universität Duisburg- Essen. Abgerufen am 5.6.16 von <http://www.lern-psychologie.de/>

Persch, F. (2008). *Zur Auswirkung der Angst anorektischer Patientinnen auf die allgemeine Befindlichkeit*. Dissertationsarbeit der medizinischen Fakultät der Universität zu Ulm, Ulm.

Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden, Einführung in die Statistik*. (Band 1, 2. der erweit. Aufl.), Heidelberg: Springer Verlag.

Rastam, M., Gillberg, C., Gillberg, I.C. & Johansson, M (1997). *Alexithymia in anorexia nervosa: A controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. Acta psychiatrica Scandinavica, 95, 385-388.

Schmeck, K., Meyenburg, B., Poustka, F. (1995). *Persönlichkeitsfragebogen für Jugendliche– JTCI*. Universität Frankfurt, Frankfurt.

Schmeck, K., Goth, K., Cloninger, C.R. & Poustka, F.(2001). *Realability and validity of the Jounior Temperament and Character Inventory*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 10, 172-182.

Schuler, H. & Höft, S. (2006). *Konstruktorientierte Verfahren der Personalauswahl*. In Schuler, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. & Halmi, K.A. (1998). *The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients*. International Journal of Eating Disorders, 23, 277-286.

Stieglitz, R.D. (1994). *Möglichkeiten der Basisdokumentation für die Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie. Psychiatrie und Nervenheilkunde, Darmstadt.

Svrakic, D.M., Whitehead,C.,Przybeck, T.R. &Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 991-999.

Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Walitza, S., Schulze, U., Warnke, A. (2001). *Differences between adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa with reference to psychological and psychosocial markers*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29,117-125.

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1985). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

10. Anhang

Auflistung der Kongressbeiträge

Die vorliegende Studie wurde am 30.11.13 im Rahmen der 9. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (Leitspruch der Klausurtagung: „Pädiatrische Psychosomatik als Brücke“) in Hünfeld unter dem Vortragstitel „Evaluation in der pädiatrischen Psychosomatik- ein Beitrag zur Ergebnisqualität“ vorgestellt.

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Mein Dank gilt insbesondere meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Burkhard Brosig, für die freundliche Überlassung des Themas der vorliegenden Arbeit und des damit zusammenhängenden zugebrachten Vertrauens. Im besonderen Maß möchte ich mich dabei für eine jederzeit angenehme und niedrighierarchische Arbeitsatmosphäre, in einer inspirierenden Teamdynamik, bedanken, welche ein lehrreiches und nicht zuletzt freudiges Wechselspiel zwischen eigenverantwortlichem Gestaltungsfreiraum und wissenschaftlicher Anleitung, Supervision und Lehre ermöglichte.

Das habe ich nie als selbstverständlich angesehen.

Einen besonderen Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Familienpsychosomatik, der Abteilung Allgemeinpädiatrie und Neonatologie des UKGM, durch welche eine enge klinische Zusammenarbeit stets reibungslos, kollegial und ergiebig war. Ein herzliches Dankeschön an dieser Stelle an David Leslie Fleming für seine verlässliche Mitarbeit bei allen kleineren und größeren technischen Herausforderungen.

In geeignetem Maße möchte ich allen Patientinnen und Patienten danken sowie deren Eltern, ohne welche die vorliegende Studie nicht realisierbar gewesen wäre.

Immer dankbar bin ich meiner Mutter, Roswitha Silvia Heinz, und meinem Bruder, Philipp Fabian Quintus Heinz, welche immer präsent, fördernd und manchmal fordernd und gerade ausreichend exzentrisch waren, um mich für manche Abenteuer zu begeistern.

Kristin Miriam Smolinn, welche mit beharrlicher Hilfsbereitschaft und krisenfester Verlässlichkeit für mich schon längst eine kleine Unendlichkeit erschaffen hat.

A special thanks to my Argentinian family who kindly introduced me to an enlightening world that is not one for beginners.

In höchstem Maße dennoch Andrea Maria Bogdon, für deine Weisheit, deine Flügel, deine unerschrockene Zuneigung sowie für die Entlastung und fortwährende Unterstützung des leicht zu unterschätzenden zeitlichen wie emotionalen Aufwandes der mit der Anfertigung der vorliegenden Arbeit einherging.