

Pädiatrisch-psychosomatische Basisdokumentation –
Eine Testbatterie in der stationären Anwendung

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

vorgelegt von Sina Wessels
aus Siegen

Gießen (2021)

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Kinder- und Familienpsychosomatik
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Gutachter: Prof. Dr. med. Burkhard Brosig

Gutachter: Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Tag der Disputation: 14.12.2021

Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Ergebnis- und Prozessforschung in der Psychotherapie | 1 |
| 1.2 | Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen | 2 |
| 1.3 | Kinder- und Familienpsychosomatik..... | 4 |
| 1.3.1 | Ursprünge der Psychosomatik | 4 |
| 1.3.2 | Pädiatrie und Psychosomatik | 5 |
| 1.3.3 | Behandlungskonzept der Kinder- und Familienpsychosomatik am UKGM Gießen | 6 |
| 1.3.4 | Stellenwert der Familiendiagnostik und -therapie | 7 |
| 2 | Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie..... | 9 |
| 2.1 | Evaluation und ihr Bedarf in der psychosomatischen Versorgung | 9 |
| 2.2 | Methoden und Ergebnisse vorangegangener Studien in Gießen..... | 11 |
| 3 | Fragestellungen | 15 |
| 4 | Material und Methoden..... | 16 |
| 4.1 | Stichprobe..... | 16 |
| 4.2 | Messinstrumente – Beschreibung der Testbatterie..... | 17 |
| 4.2.1 | Allgemeine Angaben | 17 |
| 4.2.2 | Youth Self-Report (YSR) | 17 |
| 4.2.3 | Toronto-Alexithymie-Skala 26 (TAS 26) | 18 |
| 4.2.4 | Familienfragebogen (FB)..... | 19 |
| 4.2.5 | Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCl) | 19 |
| 4.2.6 | Evaluation der Therapieangebote..... | 20 |
| 4.3 | Statistische Datenauswertung..... | 21 |
| 5 | Ergebnisse | 24 |
| 5.1 | Beschreibung der Stichprobe | 24 |
| 5.1.1 | Soziodemographische Merkmale | 24 |
| 5.1.2 | Therapiebezogene Merkmale..... | 24 |
| 5.1.3 | Zusammensetzung der Gesamt- und Teilstichproben | 26 |

| | | |
|---------|---|----|
| 5.2 | Beschreibung der Ergebnisse der Datenerhebung | 28 |
| 5.2.1 | Youth Self-Report – YSR | 28 |
| 5.2.2 | Toronto-Alexithymie-Skala 26 – TAS 26..... | 31 |
| 5.2.3 | Familienfragebogen – FB | 33 |
| 5.2.4 | Junior Temperament und Charakter Inventar – JTCI..... | 35 |
| 5.2.5 | Abhängigkeit der Veränderungen zwischen MZ1 und MZ2 von Patienteneigenschaften..... | 38 |
| 5.2.5.1 | Geschlecht..... | 38 |
| 5.2.5.2 | Alter | 42 |
| 5.2.5.3 | Persönlichkeitsmerkmale | 45 |
| 5.2.6 | Vergleich Abbrecher – Nicht-Abbrecher zum MZ1..... | 46 |
| 6 | Diskussion..... | 48 |
| 6.1 | Vergleich mit den Eichstichproben | 48 |
| 6.2 | Vergleich Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt..... | 51 |
| 6.3 | Abhängigkeit der Veränderungen von Patienteneigenschaften | 55 |
| 6.4 | Vergleich Abbrecher – Nicht-Abbrecher | 59 |
| 7 | Ausblick und Limitationen..... | 61 |
| 8 | Zusammenfassung..... | 64 |
| 9 | Abkürzungsverzeichnis | 66 |
| 10 | Literaturverzeichnis..... | 67 |
| 11 | Anhang..... | 72 |
| 12 | Ehrenwörtliche Erklärung..... | 77 |
| 13 | Danksagung | 78 |

1 Einleitung

1.1 Ergebnis- und Prozessforschung in der Psychotherapie

Nicht erst mit dem 1989 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft tretenden Gesundheitsreformgesetz, welches sowohl Krankenhäuser als auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzusetzen, rückte der Begriff und die Bedeutung des Qualitätsmanagements ins Bewusstsein (Robert-Koch-Institut, 2006). Schon Jahrzehnte zuvor war die Qualitätssicherung und Ergebnisforschung im Bereich der Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie Bestandteil vieler Studien und Forschungsansätze. Einen anregenden Beitrag leistete Eysenck 1952 zum Thema Evaluation von Psychotherapieeffekten, indem er durch Vergleich und Interpretation einiger Studien die Wirksamkeit und den Erfolg der psychoanalytischen Psychotherapie und dessen Nachweisbarkeit in Frage stellte (Eysenck, 1952).

Dieses Statement erwies sich als fruchtbare Herausforderung: Es folgten daraufhin zahlreiche Studien, die Eysencks provokant gemeinte Feststellung widerlegten und einen positiven Effekt der Psychotherapie nachwiesen. Als weiterer Meilenstein der Psychotherapieforschung wurde in den 1970er Jahren der Grundstein zur Durchführung von Metaanalysen, die als Analyse von Ergebnissen zahlreicher Einzelstudien definiert sind, mit dem Ziel der umfassenden Zusammenführung der einzelnen Forschungsergebnisse gelegt (Glass, 1976). In eine Metaanalyse von Smith und Glass (1977) wurden 375 Studien, in denen jeweils die Wirkung von Psychotherapie durch Vergleiche mit einer Kontrollgruppe ohne Therapie untersucht worden war, eingeschlossen und es konnte ein positiver Psychotherapieeffekt belegt werden (Smith & Glass, 1977). Als Faktoren, die die Ergebnisse von Psychotherapiestudien beeinflussen und deren Interpretation und Vergleichbarkeit untereinander möglicherweise einschränken, sind Art der Therapie, Erfahrungen des Therapeuten, Zeitraum zwischen Therapieende und Effektmessung, individuelle Eigenschaften der Patienten und viele weitere zu berücksichtigen. Beispielsweise konnte eine positive Korrelation zwischen dem geschätzten IQ des Klienten und dem Therapieeffekt aufgezeigt werden. Auch die Bewertungskriterien, die zur Effektstärkemessung bei den Patienten herangezogen werden, sind entscheidend. So scheinen Angstsymptome und Selbstwertgefühl bezüglich einer Veränderung unter Therapie zugänglicher zu sein als beispielsweise Schulleistungen bzw. Leistungen am Arbeitsplatz (Smith & Glass, 1977).

In den 1980er Jahren begann die Bedeutung des „therapeutischen Prozesses“ in den Mittelpunkt vieler Studien zu rücken (Kordy & Kächele, 2017). Während die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie vor allem Wissenschaftler und Forscher interessiert, steht die Frage, ob ein bestimmter Patient von einem bestimmten Psychotherapieverfahren profitiert und seine individuelle Verfassung auf die Behandlung anspricht, vorrangig im Interesse des Behandlers (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996). Kazdin (2007) stellte fest, dass nach Jahren der Psychotherapieforschung eine evidenzbasierte Erklärung fehlte, wie - durch welche Prozesse - die psychotherapeutischen Verfahren wirken und Veränderungen erzielen können. Durch das Verstehen von Mechanismen, die für Veränderungen des Patienten und seines Wohlbefindens verantwortlich sind, könnten Therapien individuell optimiert und bestimmte Strategien fokussiert werden, um therapeutischen Erfolg zu erzielen, so Kazdin (2007). Es wurden in vergangenen Studien mehrfach positive Korrelationen zwischen „guter“ Patient-Therapeut-Interaktion und dem Behandlungserfolg nachgewiesen (vgl. Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Jedoch bedarf es laut Kazdin (2007) weiterer Untersuchungen der tatsächlichen kausalen Beziehung zwischen starker Patient-Therapeut-Beziehung und Symptomveränderung und zusätzlich vieler weiterer Mediatoren, um die Kausalzusammenhänge für die Behandlungsmaßnahmen konkret nutzen zu können (Kazdin, 2007).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach den Anfängen systematischer Psychotherapieforschung in der Mitte des 20. Jahrhunderts, zu der Eysenck einen entscheidenden Anstoß gab, zunächst die Frage nach der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren im Vordergrund stand. In der zweiten Forschungsphase, nachdem die prinzipielle Wirksamkeit mehrfach belegt worden war, richtete sich die Aufmerksamkeit Ende der 80er Jahre auf eine spezifischere Wirksamkeitsforschung unter Einschluss der Psychotherapieprozessforschung. Deren Ergebnisse lieferten wichtige Beiträge für die therapeutische Praxis (Mattejat, 2011).

1.2 Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen

Der Bereich der Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter ist bisher weitaus weniger umfangreich als derjenige für Erwachsene. So konnten bis zum Jahr 1990 über 3500 kontrollierte Psychotherapiewirksamkeitsstudien im Erwachsenenfeld verzeichnet werden, während im Kinder- und Jugendlichenbereich die Anzahl bei nur ca. 10% dieser Vergleichsgruppe lag (Esser & Blank, 2011). Ähnlich wie Eysenck 1952 für die Erwachsenenpsychotherapie, lieferte Levitt 1957 mit seiner Studie „*The results of psychotherapy with children*“ vergleichbar kritische Ergebnisse bezüglich der Psychotherapiewirksamkeit bei Kindern (Levitt, 1957). Daraufhin folgten zahlreiche

Wirksamkeitsstudien. Casey und Berman (1985) belegten in einer Metaanalyse die Effektivität von Psychotherapieverfahren bei Kindern - im Mittel jünger als 13 Jahre - im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Casey & Berman, 1985). Weisz, Weiss, Alicke und Klotz (1987) konnten dies durch eine Metaanalyse von 163 Kontrollgruppenstudien bestätigen. Das Hauptinteresse dieser Studie lag unter anderem in der Frage, ob sich die Effektivität von Psychotherapie zwischen Kindern (4-12 Jahre) und Jugendlichen (13-18 Jahre), also in verschiedenen Altersklassen, unterscheidet. Es konnte bei Kindern ein besseres Behandlungsergebnis gezeigt werden, sodass diese scheinbar stärker von einer psychotherapeutischen Behandlung profitierten als Jugendliche. Als möglichen Erklärungsansatz für das Studienergebnis postulierte die Forschergruppe, dass Jugendliche gerade durch den fortgeschrittenen kognitiven Entwicklungsstand bestärkt und von ihrem Verhalten überzeugt sind und gegen einen Behandlungserfolg gegebenenfalls sogar bewusst angehen können. Daher könnten sie sich resistenter gegenüber therapeutischen Interventionen erweisen als die jüngeren Kinder (Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987). Andererseits hätte angenommen werden können, dass Jugendliche im Vergleich zu Kindern schon im Stande sind, den Zweck und das Ziel von therapeutischen Verfahren zu verstehen und dies einen Behandlungserfolg durchaus begünstigen könnte (Weisz et al., 1987).

Der Wirksamkeitsunterschied bezüglich des Alters konnte allerdings in späteren Metaanalysen nicht gehalten werden, möglicherweise begründet in einer generellen Verbesserung der Therapie und ihrer Effektivität auch bei Jugendlichen (Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995).

Ein Effekt, der in Metaanalysen der 80er und 90er Jahre dargelegt wurde, war die Überlegenheit von behavioralen Therapieverfahren im Vergleich zu nicht-behavioralen Methoden. Als Letztere gelten insbesondere die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Die Bedeutsamkeit dieses Ergebnisses ist allerdings dadurch begrenzt, dass beispielsweise in der Metaanalyse von Weisz et al. (1995) nur 10% der Behandlungen innerhalb der 150 eingeschlossenen Studien nicht-behaviorale Verfahren waren, sodass die Studienlage bezüglich nicht-behavioraler Therapien und ihrer Effektivität nicht hinreichend informativ ist (Weisz et al., 1995). Für zukünftige Studien gaben Weisz et al. (1995) außerdem die Notwendigkeit der Beleuchtung von Faktoren an, die Therapieeffekte schwächen oder steigern können und somit beeinflussen.

Ähnlich wie in der Erwachsenenpsychotherapieforschung griff auch hier Kazdin (2002) diesen Aspekt auf. Während sich die Psychotherapieforschung lange Zeit auf die

generelle Wirksamkeit konzentrierte, rückten mehr und mehr Fragen nach Faktoren in den Vordergrund, die Einfluss auf den Therapieausgang nehmen. So spielt nicht nur die Therapie an sich eine Rolle, sondern auch der Kontext Patient – Eltern – Familie, die Therapeutenbeziehung und viele weitere Faktoren. Des Weiteren ist zu bedenken, dass die meisten Therapie-Outcome-Studien die Effektivität der Behandlung anhand der Symptomveränderung messen. Außer Acht gelassen werden dabei Begleitumstände, die ebenfalls zur Verbesserung des Wohlergehens des Kindes beitragen und eine solche anzeigen. Dies sind zum Beispiel Bewältigung des Schulalltages, Beziehung und Kontakt zu Gleichaltrigen sowie das Funktionieren des Familienlebens. Abhängig von dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes und der vorliegenden Störung sollten solche als ergänzende Kriterien herangezogen werden. Durch den bisherigen Fokus auf die Reduktion der vorherrschenden Symptome könnte der Nutzen der Kinder- und Jugendpsychotherapie unterschätzt worden sein (Kazdin, 2002).

Eine weitere und hier nun zum Abschluss erwähnte häufige Limitation der Psychotherapieforschung ist das Abweichen des Forschungsdesigns von der gelebten klinischen Versorgungspraxis in vielerlei Hinsichten. Zum einen weisen Kinder, die in der Regel für Therapiestudien ausgewählt und nicht einfach unter Versorgungsdruck klinisch zugewiesen werden, weniger schwerwiegende Symptome und Störungsbilder und auch weniger Komorbiditäten auf. Auch das familiäre und soziale Umfeld dieser Kinder ist weniger mit psychiatrischen Störungen, sozialen Problemen und anderen Benachteiligungen belastet. Außerdem unterscheiden sich die in Studien untersuchten Therapieverfahren oftmals von denen, die tatsächlich in der klinischen Praxis zur Anwendung kommen. Zu Letzteren existieren teilweise nur wenige empirische Studien - zum Beispiel zu psychodynamischen Therapien - und die Verfahren werden in der Praxis häufig kombiniert angewandt. Dies bedingt eine fehlende generelle Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf den klinischen Alltag und erfordert in Zukunft Studien, die sich in einem eher klinischen Setting bewegen (Kazdin, 2002).

1.3 Kinder- und Familienpsychosomatik

1.3.1 Ursprünge der Psychosomatik

Während die psychosomatische Medizin eng verknüpft ist mit der psychoanalytischen Theoriebildung nach Freud (1886-1939), wurde der Ausdruck „psychosomatisch“ schon 1818 von Johann Christian August Heinroth in seinem „Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung“ in die medizinische Literatur eingeführt. Heinroth war bekannt als erster Professor für Psychiatrie und Psychotherapie (in Leipzig) in der westlichen Welt und vertrat die Sicht auf den

Menschen als vereinigt Ganzes. Laut seiner Auffassung sind alle psychischen Erkrankungen Störungen der Seele, die im Sinne psychosomatischer Interaktion somatische Symptome und Erkrankungen auslösen können, welche wiederum die psychische Störung selbst verschlimmern können. Heinroths biopsychosoziale Betrachtung von Krankheit und Gesundheit umfasste die Betrachtung sowohl biografischer, sozialer und körperlicher als auch psychischer Aspekte des Erkrankten und entspricht so zu weiten Teilen den Ansichten in der modernen psychosomatischen Medizin (die Ausführungen folgen insbesondere Steinberg, Herrmann-Lingen, & Himmerich, 2013).

Neben namhaften Persönlichkeiten wie Thure von Uexküll, Victor von Weizsäcker und Alexander Mitscherlich, trug Horst-Eberhard Richter als erster berufener Professor und Lehrstuhlinhaber dieser Fachrichtung einen entscheidenden Beitrag zur Begründung dieser modernen psychosomatischen Medizin bei. So gründete er 1962 die psychosomatische Klinik in Gießen, nach einer solchen in Heidelberg die zweite in der Bundesrepublik. Im Sinne seines psychosozialen Krankheitsverständnisses arbeiteten Ärzte, Psychologen und Soziologen als gleichberechtigte Partner zusammen. Basierend auf einer psychoanalytischen Grundlage wurden neue Formen der Psychotherapie etabliert, wie beispielsweise die Familien-, Paar- und Gruppentherapie sowie die stationäre Psychotherapie. In der Abteilung der klinischen Psychologie als ein Bestandteil der Klinik entstand der noch heute häufig angewandte Gießen-Test (Kronsbein, 1982).

Schließlich wurde 1978 die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft Familientherapie“ in Gießen, unter anderem durch die dort beschäftigten Klinikmitglieder und Forschergruppen, gegründet (Kronsbein, 1982).

1.3.2 Pädiatrie und Psychosomatik

Während Infektionskrankheiten und die Kindersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten durch fortschrittliche medizinische Versorgung stark reduziert werden konnten, nimmt die Häufigkeit psychischer Störungen und chronisch körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter deutlich zu. Psychische Störungen sind oftmals mit weiteren Erkrankungen sowie Entwicklungsproblemen und einem hohen Leidensdruck der Patienten assoziiert. Sie können Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter haben, welche Bereiche wie Bildung, Beruf, soziale Kontakte und die physische Gesundheit betreffen können. Zum Zwecke eines kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings am Robert-Koch-Institut (RKI) begann 2003 die „Studie zur Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS). Innerhalb dieser Studie repräsentiert die „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“ (BELLA-Kohortenstudie) die psychische Gesundheit der befragten Kinder und Jugendlichen in Deutschland (Ravens-Sieberer, Klasen, & Petermann, 2016).

Die Angabe einer Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen gestaltet sich schwierig. Die verschiedenen Definitionen von „psychischer Auffälligkeit“, die den durchgeführten Studien zu Prävalenzen zugrunde liegen, erschweren die Vergleichbarkeit und Repräsentativität, was durch die mannigfaltigen individuellen Erscheinungsformen dieser Auffälligkeiten nochmals verkompliziert wird. An der BELLA-Studie nahmen 2863 Familien teil und es ergaben sich für 21,9% der befragten Kinder und Jugendlichen Hinweise für psychische Auffälligkeiten. Weitere untersuchte Aspekte bezogen sich auf Risikofaktoren, die das Auftreten solcher Auffälligkeiten begünstigen könnten. Zu diesen möglichen Faktoren, die bei betroffenen Kindern und Jugendlichen gehäuft vorkamen, gehörten niedriger sozioökonomischer Status, konfliktbelastete Familien, psychische Erkrankungen der Eltern und das Aufwachsen bei einem alleinerziehenden Elternteil, wobei in der Analyse das gemeinsame Auftreten von Faktoren und dadurch beeinflussende Auswirkungen nicht berücksichtigt wurden (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007).

Es deutet sich an, dass psychische und psychosomatische Störungen von Kindern und Jugendlichen verstärkt im familiären und sozialen Kontext zu betrachten sind. Im Vergleich zur Erwachsenen-Psychosomatik können neurotische Störungen des Kindes- und Jugendalters allgemein als Auswirkung von Entwicklungskrisen angesehen werden und sind eng mit der bestehenden Familiendynamik verbunden. So kann der Fokus einer familiären Krise ein ganz anderer sein, jedoch kommt es zur psychischen Dekompensation des Kindes als sogenanntem Index-Patienten. Dies legt einen familientherapeutisch ausgerichteten Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychosomatik nahe (Ermann, 2007; Richter, 1972).

1.3.3 Behandlungskonzept der Kinder- und Familienpsychosomatik am UKGM Gießen

Seit 2011 werden psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch das Team der Kinder- und Familienpsychosomatik auf der Station der Allgemeinpädiatrie des UKGM in Gießen betreut und behandelt. Die familiendynamische Behandlung basiert auf der psychoanalytischen Familientherapie nach Horst-Eberhard Richter. Kinder und Jugendliche und ihr Krankheitsbild sollen in einem Gesamtkontext betrachtet werden, welcher biografische, soziale, psychische und physische Faktoren berücksichtigt (Brosig

et al., 2011). Die psychosomatisch-pädiatrische Komplexbehandlung umfasst in der Regel vier Wochen, mit der Möglichkeit einer Verlängerung um meistens weitere zwei Wochen. Aufgenommen werden Kinder und Jugendliche, die beispielsweise von einem niedergelassenen Kinderarzt zugewiesen werden, oder aber solche, bei denen sich die Notwendigkeit einer psychosomatischen (Mit-) Behandlung im Rahmen eines stationären pädiatrischen Aufenthaltes oder bei der Vorstellung in einer pädiatrischen Ambulanz herausstellt. Jeder Komplextherapie und ihrer Planung geht ein Erstgespräch mit dem Patienten und seiner Familie - in den meisten Fällen den Eltern - voran, in dem eine umfassende Anamnese bezüglich der Beschwerden und der Gesamtsituation erhoben und die Notwendigkeit und der Nutzen einer psychosomatischen Komplextherapie eruiert werden (Zessin, 2017).

Die auf die Anforderungen der Pädiatrie angepasste multimodale Behandlung umfasst Einzel- und Familientherapiesitzungen sowie Kreativtherapie mit musik- und kunsttherapeutischen Bestandteilen. Diese Verfahren - in der Behandlung von Erwachsenen als nonverbale Therapieformen bekannt - eignen sich auch in der pädiatrischen Psychosomatik zur Förderung der emotionalen Verarbeitung. Denn, zum Beispiel im Rahmen chronischer Erkrankungen, zeigen betroffene Kinder und Jugendliche häufig eine Verarmung des Gefühlsausdrucks. Es bestehen Schwierigkeiten darin, Affekte wahrzunehmen, einzuordnen und zu verbalisieren. Durch die Alexithymie ist auch die psychische Verarbeitung nur begrenzt möglich. Die kreativtherapeutischen Ansätze dienen dazu, alternative emotionale Ausdrucksmöglichkeiten zu fördern und auf spielerische Art und Weise einen Zugang zur kindlichen Psyche zu erlangen (Brosig & Zimmer, 2014).

Außerdem erhalten die Kinder und Jugendlichen physiotherapeutische Angebote und besuchen vormittags die „Schule für Kranke“, in der die schulischen Hauptfächer unterrichtet werden. Bei chronischen Erkrankungen erfolgt je nach Indikation zusätzlich eine pädiatrische Beratung, Diagnostik und Therapie. Eine Entlassung nach Hause für einen Wochenendtag soll die Resozialisierung der Patienten in ihrem familiären Umfeld erleichtern und fördern (Kunert et al. 2013; Zessin, 2017).

1.3.4 Stellenwert der Familiendiagnostik und -therapie

Die große Bedeutung der Einbeziehung der Familien in die Komplextherapie der jungen Patientinnen und Patienten wird nicht zuletzt durch die auffallend häufige Begleit- und Nebendiagnose „Z63 – Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis“ in dieser Stichprobe unterstrichen. Unter diese Diagnose fallen nach ICD-10 ganz allgemein Ereignisse wie Verlust eines Familienangehörigen, familiäre Spaltung

durch Trennung oder Scheidung, Schwierigkeiten in der Beziehung zu den Eltern als auch unzureichende familiäre Unterstützung (DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018). Zudem sind im Kontext chronischer Erkrankungen die aktive Miteinbeziehung der Eltern und die Evaluation der familiären und sozialen Strukturen für die Behandlung der Kinder und Jugendlichen unabdingbar (Brosig & Zimmer, 2014).

Innerhalb einer umfassenden familiären Diagnostik können nach Cierpka und Frevert (1994) drei Ebenen unterschieden werden: die Ebene des Individuums selbst, die dyadischen bzw. triadischen Beziehungen und das System der Familie als Ganzes. Alle drei Ebenen können eine ursächliche oder aufrechterhaltende Rolle bezüglich familiärer Dysfunktionalitäten spielen. Beispielsweise können individuelle psychologische Konflikte im Vordergrund stehen, oder aber die dysfunktionellen Familienstrukturen, die auf das Individuum einwirken. Gleichzeitig können verschiedene Faktoren gegenseitig verstärkend wirken. Basierend auf dem Drei-Ebenen-Modell nach Cierpka werden die Familienbogen der Berücksichtigung dieser drei Perspektiven gerecht. Im Allgemeinen Familienbogen steht das System der Familie als Ganzes im Fokus, im Zweierbeziehungsbogen können bestimmte dyadische Beziehungen näher beleuchtet werden, während im Selbstbeurteilungsbogen die Funktion des einzelnen Individuums innerhalb der Familie abgebildet wird (Cierpka & Frevert, 1994).

Wie bereits unter 1.3.3 erwähnt, bildet das Konzept der psychoanalytischen Familientherapie von Horst-Eberhard Richter die Grundlage für die in unserem Rahmen praktizierte Komplextherapie. Richter beschäftigte sich eingehend mit der Eltern-Kind-Beziehung und entwickelte eine Rollentheorie, nach der die kindliche Rolle durch die unbewussten Erwartungen der Eltern geformt wird. Dabei soll das Kind beispielsweise eine Eltern- oder Geschwisterrolle übernehmen, oder sogar die des Partners in einer problematischen elterlichen Ehe. Die Überforderung der Kinder in dieser Situation führt zur regelmäßigen Enttäuschung der Eltern und Konfliktaufladung in der Familie. Neben dem Geprägtsein durch traumatische Beziehungserlebnisse in den Ursprungsfamilien erklärt Richter das elterliche Verhalten im Sinne von gesteigerten Erwartungshaltungen an das Kind als Schutz vor dem Gefühl der eigenen Minderwertigkeit (Richter, 1972; Wirsching & Scheib, 2002). In seinem Werk „Patient Familie“, ursprünglich veröffentlicht 1970, zeigt Richter die Einflüsse familiärer Prozesse auf eine seelische Störung eines Familienmitglieds auf. Demnach kann die Psychotherapie eines Familienmitglieds daran scheitern, dass dieses durch den Einfluss der Familie nicht aus seiner Rolle als „Opfer“

oder „Sündenbock“ entkommen kann. Oder es besteht die Gefahr, dass innere Spannungen und unbewältigte Konflikte an einem anderen Kind der Familie oder auch in Form von Reaktionen gegen die Außenwelt durch die Familie entladen werden. Dies bringt zum Ausdruck, welche Wichtigkeit einer familienbezogenen psychotherapeutischen Behandlung für einen Therapieerfolg zukommt (Richter, 2012).

2 Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie

2.1 Evaluation und ihr Bedarf in der psychosomatischen Versorgung

Wie bereits unter 1.1 erwähnt, war nicht erst das Gesundheitsreformgesetz 1989 ausschlaggebend für die Untersuchung und Einführung qualitätssichernder Maßnahmen. Seit Mitte der 80er Jahre entwickelten einige Kliniken Ansätze zur internen Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation, basierend auf der Evaluationsforschung. Geeignete Methoden zur Ermittlung von Patientendaten stellen Basisdokumentationen und Fragebogenerhebungen dar, vor allem im Hinblick auf hohe Patientenzahlen und ihre Vergleichbarkeit. Nübling und Schmidt (1998) berichteten über ein über mehrere Jahre, für fünf psychoanalytisch orientierte psychosomatische Kliniken entwickeltes „zweigleisiges Modell empirisch gestützter interner Qualitätssicherung“ (Nübling & Schmidt, 1998, S. 335). Die erste Säule dieses Modells beinhaltete die kontinuierliche Datenerfassung mittels einer Basisdokumentation, welche als praktikables, ökonomisches und standardisiertes Dokumentationssystem angesehen werden kann. Dadurch wird es möglich, grundlegende Daten aller Patienten und auch solche bezüglich der jeweiligen Behandlung und Behandlungsergebnisse in eine Datenbank aufzunehmen und statistisch auszuwerten. So können im Verlauf beispielsweise eine klinikinterne Evaluation, die Untersuchung zu Veränderungen über mehrere Jahrgänge hinweg sowie Klinikvergleiche erfolgen.

Die zweite Säule bestand aus zeitlich begrenzten Evaluationsstudien, die dem Bedarf einer umfangreicheren Evaluation der Ergebnisqualität nachkommen. Hier wird durch Einbezug mehrerer Erhebungszeitpunkte zusätzlich die Stabilität der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf betrachtet und es werden oftmals verschiedene Datenquellen - Angaben von Patienten, Therapeuten, Ärzten - herangezogen. Das vorgestellte Modell rückte somit die Ergebnisqualität in den Vordergrund und integrierte die Evaluationsforschung als festen Bestandteil in die Qualitätssicherung.

Nicht außer Acht gelassen werden sollten nötige Voraussetzungen für das Gelingen eines solchen Konzeptes. Darunter fallen vor allem funktionierende

Kommunikationsstrukturen innerhalb des Personals und deren motivierte Einstellung gegenüber ständiger kritischer Reflexion der eigenen Tätigkeiten und möglichem Änderungsbedarf (Nübling & Schmidt, 1998).

Neben der stationären psychosomatischen Rehabilitation galt es auch in der ambulanten psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) geeignete qualitätssichernde Maßnahmen zu etablieren. 1996 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt initiiert, welches zum Ziel hatte, ein Basisdokumentationssystem für psychische, psychosoziale und psychosomatische ambulante Kontaktpunkte zu erarbeiten (BADO-PSGV). Dies geschah durch die enge Kooperation von niedergelassenen Kinder- und Allgemeinärzten, fachspezifischen Experten und Vertretern der Kassen, kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern (Cierpka, Janssen, & Strauß, 1999). Es entstand eine Basisdokumentation bestehend aus zunächst allgemeinen Patientenangaben, psychosozialen Belastungen und der Anamnese, gefolgt von dem aktuellen Behandlungsverlauf mit Beratungsanlass, Diagnosen und Maßnahmen. Im dritten Teil erfolgte die Einschätzung der Ergebnisqualität aus ärztlicher Sicht bezüglich Krankheitsverständnis und Zufriedenheit der Patienten sowie Behandlungserfolg. Psychometrische Erhebungen mithilfe standardisierter Patientenfragebogen wurden nach Erprobung in der Praxis durch die beteiligten Ärzte eher ablehnend bewertet. Die Übernahme der Basisdokumentation als Routineerhebung im Praxisalltag wurde zwar in einer Konsensuskonferenz letztendlich abgewiesen, jedoch wurde die Anbindung an Fortbildungscurricula mit der Basisdokumentation als geeignetem Verfahren zum Zwecke der Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung empfohlen (Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, 2001).

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychosomatik und –psychiatrie soll im Folgenden eine Evaluationsstudie vorgestellt werden, die 1994 an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien mit einer Patientenstichprobe der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik durchgeführt wurde. Sie stellt einen Beitrag zu Konzepten der Therapieevaluation und Leistungsdokumentation in der stationären pädiatrisch-psychiatrischen und –psychosomatischen Versorgung dar.

Die multifaktorielle Bedingtheit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter macht ein mehrdimensionales Vorgehen in Diagnostik und Therapie sowie den Einbezug der Familie und des sozialen Umfeldes erforderlich. Dementsprechend müssen auch die Evaluationsverfahren dieser Mehrdimensionalität gerecht werden. In dem Dokumentationszeitraum von einem Jahr wurden 61 Patienten aufgenommen. Neben

der ausführlichen Anamnese und der Erfragung der familiären Situation und Belastung in einem Aufnahmegespräch wurden während des stationären Aufenthaltes diagnostische und therapeutische Leistungen und Befunde dokumentiert. Zur indirekten Messung des Behandlungserfolges wurde den Eltern die Child Behavior Checklist (CBCL) bei Aufnahme, zwei Wochen und sechs Monate nach Entlassung vorgelegt. Anders als in unserer Datenerhebung, in welcher mittels des Youth Self-Reports (YSR) die Sicht der Kinder und Jugendlichen erfasst wurde, wurde hier die Elternperspektive herangezogen. Zusätzlich, als weiterem Teil der sogenannten Achenbach-Serie, wurde die Teacher's Report Form (TRF) den betreffenden Lehrern zum Aufnahmezeitpunkt und sechs Monate nach Entlassung der Patienten vorgelegt. Als direkte Erfolgsmessung wurden die Eltern in einem erstellten Elternfragebogen nach Therapiezufriedenheit, Compliance und subjektiver Einschätzung des Behandlungserfolges im Sinne einer Symptom- und Belastungsveränderung sechs Monate nach der Entlassung des Kindes befragt. Im Mittelwertvergleich der T-Werte konnten für alle CBCL- und TRF-Skalen signifikante Verbesserungen gezeigt werden. Dies ist vereinbar mit den Angaben von 78% der Stichprobe sechs Monate nach der Entlassung, laut welcher vier Fünftel der psychosomatischen Beschwerden als gebessert eingeschätzt wurden. Die Zufriedenheit mit den einzelnen Therapieangeboten konnte von den Eltern auf einer vierstufigen Ratingskala von 1 = „nicht hilfreich“ bis 4 = „sehr hilfreich“ bewertet werden. Die Auswertung zeigte, dass vor allem beratende oder psychotherapeutische Maßnahmen, bei denen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten und der Familie eingegangen wurde, als besonders hilfreich wahrgenommen wurden. Eine weitere und an dieser Stelle zuletzt genannte Erkenntnis betrifft die Compliance. Es stellte sich heraus, dass Entlassungsempfehlungen auch nach sechs Monaten vor allem eingehalten und als hilfreich wahrgenommen wurden, wenn sie während des stationären Aufenthaltes durch das Behandlungsteam bereits initiiert und organisiert wurden. So wird auch hier das Profitieren von möglichst patienten- und familiennahem Arbeiten unter Berücksichtigung der psychosozialen und individuellen Umstände deutlich.

Basierend auf diesen Ergebnissen konnten auf der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Wiener Universitätsklinik einige Behandlungsabläufe optimiert und eine standardisierte Methode zur Dokumentation und Evaluation eingeführt werden (Reisel, Floquet, & Leixnering, 1998).

2.2 Methoden und Ergebnisse vorangegangener Studien in Gießen

Nach der Etablierung der stationären psychosomatischen Komplextherapie für psychosomatisch kranke Kinder und Jugendliche in der Kinder- und

Familienpsychosomatik am Uniklinikum in Gießen war es zum Ziel geworden, geeignete Methoden zur Basisdokumentation und Behandlungsevaluation zu entwickeln. Zur Notwendigkeit einer solchen Basisdokumentation und ihren Gründen sind bereits unter 2.1 einige Aspekte dargelegt worden. Ein Zwiespalt, vor allem auch im Hinblick auf die psychoanalytische Orientierung der Familientherapie (siehe 1.3.3), ergibt sich zwischen angestrebter Individualität einerseits und notwendiger Standardisierung andererseits. Ein ansteigender ökonomischer Druck im Gesundheitswesen erfordert eine objektive Messung des Ausmaßes körperlicher und psychischer Belastungen und des Therapieerfolges. Die Datenerhebung zu diesen Zwecken muss dabei den Standards im Sinne von Objektivität, Reliabilität und Validität entsprechen. Im Kontext psychosomatischer Erkrankungen ergibt sich bei einer objektiven Datenerhebung mittels Fragebogen eine zu beachtende Schwierigkeit: durch hohe innere Abwehr und äußeren sozialen Druck, dem psychosomatische Patienten oftmals ausgesetzt sind, ergeben sich bis auf körperliche Beschwerden häufig normale bzw. pseudo-normale psychometrische Testergebnisse. Hier kann unter Umständen die Toronto-Alexithymie-Skala über möglicherweise vorliegende Gefühlsverarmung und –erstarrung Aufschluss geben (Brosig et al., 2011). Des Weiteren müssen Fragebogen immer als Ergänzung zum klinischen Interview angesehen werden, die ausschließlich auf potenzielle Konflikte, welche einer psychischen Störung zugrunde liegen könnten, hindeuten (Brosig et al., 2011).

Nachdem Brosig et al. (2011) eine Testbatterie für die psychoanalytische Familientherapie entwickelt hatten, wurde in einer Studie zur psychometrischen Basisdokumentation in der Kinder- und Familienpsychosomatik im Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde am Uniklinikum in Gießen eine klinisch relevante Testbatterie im Rahmen der stationären pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung konzipiert. Ziel war es, die Bereiche psychische und physische Symptomatik, Affektregulation, Familienfunktion und Persönlichkeit zu erfassen. Dafür bestand die Testbatterie aus vier Fragebogen, nämlich aus dem YSR (Youth Self-Report), der TAS 26 (Toronto-Alexithymie-Skala, Erwachsenenversion angepasst für Kinder und Jugendliche), dem FB (Familienfragebogen) und dem JTCl (Junior Temperament und Charakter Inventar). An einer ein-Jahres-Kohorte von psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen wurde die Fragebogenerhebung erprobt und Effektstärken im Rahmen der Komplexbehandlung bestimmt (Heinz, 2017).

Zuvor wurden im Rahmen dieser Studie 17 deutsche Kinderkliniken, die eine stationäre psychosomatische Therapie für Kinder und Jugendliche anboten, über verwendete Methoden zur Basisdokumentation und zur Messung von Effektstärken befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass bezüglich des Bereichs physische und psychische

Beschwerden sieben Kliniken Versionen der Achenbachskalen anwendeten, während neun Kliniken keinen oder nur interne Fragebogen als Ergänzung nutzten. Fünf Kliniken erfassten den Bereich Persönlichkeit mittels eines Fragebogens. Auffällig war, dass sowohl die Familienfunktion als auch die Affektregulation durch die Kliniken nur unzureichend bis gar nicht erhoben wurden (Fragebogen bei nur einer bzw. zwei Kliniken vorhanden) und, dass insgesamt eine eher indikationsspezifische Testung je nach Symptomatik eingesetzt wurde. Die große Variabilität der unterschiedlichen genutzten Verfahren und das weitgehende Fehlen einer Effektstärkemessung unterstützte das Vorhaben, eine objektive, die verschiedenen Symptombereiche umfassende Basisdokumentation zu etablieren, um auch eine externe Vergleichbarkeit zu ermöglichen (Heinz, 2017).

In einer zweiten, weiterführenden Studie der Kinder- und Familienpsychosomatik des UKGM Gießen wurde an einer Stichprobe von 45 Patienten, die von Mai 2012 bis März 2015 zur pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie aufgenommen wurden, die entwickelte Basisdokumentation mittels der genannten und bereits erprobten Fragebogenbatterie vorgenommen. Merkmale wie Symptome, Affektregulation (Alexithymie) und Familienfunktionalität wurden bezüglich ihrer Ausprägung sowohl vor und nach der Behandlung als auch mit den aus Handbüchern entnommenen Daten einer Normpopulation verglichen. Zudem wurde das Fragebogeninventar durch einen Evaluationsbogen zu den einzelnen Therapieangeboten innerhalb der Komplexbehandlung erweitert. Beim Vergleich der pädiatrisch-psychosomatischen Patienten mit der Normpopulation traten im YSR stark erhöhte Werte bei körperlichen Beschwerden in der Patientenstichprobe, die unter die internalisierenden Auffälligkeiten fielen, in Erscheinung. In den Bereichen externalisierende und gemischte Auffälligkeiten ergaben sich sogar teilweise niedrigere Werte als in der Vergleichspopulation. Dies wurde als Bestätigung des Aspekts angesehen, dass bei psychosomatischen Patienten vor allem die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen und andere Befunde oftmals (pseudo-) normal sind. Bei dem Vergleich der TAS 26-Ergebnisse konnten bei den psychosomatischen Patienten in allen Alexithymieskalen, aber besonders stark bei den Skalen Identifikation von Gefühlen und Gesamtwert Alexithymie im Vergleich zur Eichstichprobe signifikant erhöhte Werte und damit Probleme verzeichnet werden. Im FB traten im Vergleich zur Normpopulation hinsichtlich der Familienfunktionalität bei den Patienten höhere (Problem-) Werte im Bereich der Aufgabenerfüllung, Kommunikation und Kontrolle auf. Daraus wurde geschlossen, dass in diesen Merkmalen verstärkt Probleme im Patientenkollektiv vorhanden waren und die Familienstrukturen sich dort gestörter darstellten. Im JTCI-Vergleich ließen sich signifikant niedrigere Werte in den

Variablen Neugierverhalten und Selbstlenkungsfähigkeit und höhere Werte bei der Schadensvermeidung feststellen. Dies wurde als Tendenz zu besorgt-vorsichtigen und unsicheren Persönlichkeitsstrukturen, passend zu den im YSR erhobenen internalisierenden Auffälligkeiten, beschrieben (Zessin, 2017).

In einer weiteren Fragestellung der beschriebenen Studie hinsichtlich der Veränderung der Variablen der einzelnen Fragebogen nach der Behandlung ergaben sich folgende Ergebnisse: während die Persönlichkeitsstruktur im JTCl erwartungsgemäß konstant blieb, waren die zum Aufnahmezeitpunkt erhobenen Auffälligkeiten im internalisierenden Verhalten und der Gesamtwert des YSR signifikant rückläufig, welches als Therapieerfolg der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie, diese häufig vorhandenen Probleme betreffend, gewertet wurde. Innerhalb der Alexithymievariablen zeigte sich eine Tendenz zur Reduktion der anfangs signifikant erhöhten Werte. Bei der Evaluation der einzelnen Therapieangebote durch die Kinder und Jugendlichen erwiesen sich vor allem die Einzel- und Familiengespräche als auch die Wochenendbesuche zu Hause als hilfreich, welches die Wichtigkeit und den Erfolg der Familienarbeit deutlich machte (Zessin, 2017).

Das Studiendesign an sich lehnt sich an ein Konzept der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des UKGM in Gießen an, welches Beutel, Höflich, Kurth und Reimer 2005 in einer Studie zur Untersuchung der stationären Kurzzeit-Psychotherapie für Erwachsene beschrieben haben (Beutel, Höflich, Kurth, & Reimer 2005).

3 Fragestellungen

Anknüpfend an die unter 2.2 zuletzt beschriebene Studie aus der Kinder- und Familienpsychosomatik in Gießen ergeben sich für diese Arbeit folgende weiterführende Fragestellungen:

1. Wie unterscheidet sich die erweiterte Stichprobe von den jeweiligen Eichstichproben der verwendeten Fragebogenbatterie?
2. Wie unterscheiden sich die Patienten bei Aufnahme im Vergleich zur Entlassung nach der beschriebenen pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie hinsichtlich Störungsbild, Symptomausprägung, Alexithymieindices, Familienfunktionalität und Persönlichkeitsmerkmalen bei dem hier vorliegenden größeren Stichprobenumfang?
3. Bestehen Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten abhängig vom Geschlecht oder vom Alter und gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Behandlungseffekt und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen?
4. Wie unterscheiden sich die Patienten, die vorzeitig die Behandlung abbrechen, von den übrigen Patienten bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen, aber auch hinsichtlich Symptombelastung, Alexithymie, Familiendynamik und Persönlichkeitsmerkmalen?

4 Material und Methoden

4.1 Stichprobe

Die Basisdokumentation in der hier vorgestellten Art wird seit dem Jahr 2012 in der Kinder- und Familienpsychosomatik in Gießen eingesetzt, nach Etablierung der Fragebogenbatterie in der vorigen Studie „Psychometrische Basisdokumentation zur integrativen Behandlung von psychosomatisch kranken Kindern im Rahmen einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung“ (Heinz, 2017). Die Datenerhebung unserer Studie umfasst den Zeitraum von März 2015 bis März 2017 und schließt sich somit unmittelbar an die vorangegangene Studie zur „Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie“ (Zessin, 2017) an. Die Datenerhebung dieser vorigen Studie erfolgte von Mai 2012 bis März 2015 und umfasste eine Stichprobe von 45 Patienten, welche in die Statistik der hier vorgestellten Arbeit mit einfließen. Von den insgesamt 135 Kindern und Jugendlichen, die innerhalb des Zeitraums 2012 bis März 2017 zur Komplexbehandlung in der Abteilung der Kinder- und Familienpsychosomatik aufgenommen worden waren, konnten somit 92 (68%) dieser in unser Patientenkollektiv eingeschlossen werden, inklusive der Therapieabbrecher (s.u.). 43 (32%) der Kinder und Jugendlichen erfüllten die folgenden Einschlusskriterien nicht (circa ein Viertel dieser waren beispielsweise jünger als 11 Jahre). Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren das Alter zwischen 11 und 18 Jahren, ausreichende Kenntnisse der deutschen Schriftsprache und eine gemeinsame Teilnahmezustimmung zusammen mit den Erziehungsberechtigten. Alle Patienten, die diese Bedingungen erfüllten, erhielten zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes einen Aufnahmefragebogen und kurz vor ihrer Entlassung einen Entlassungsfragebogen. Patienten, die die Komplextherapie nach 14 Tagen oder früher abbrachen, wurden als Abbrecher gewertet und in den statistischen Datensatz aufgenommen. Dies erfolgte zusätzlich rückwirkend für den Zeitraum Mai 2012 bis März 2015, sodass für den kompletten Zeitraum seit Beginn der Basisdokumentation die Gruppe der Therapieabbrecher in dieser Arbeit näher betrachtet werden kann.

Die Diagnosen der Patienten nach ICD-10 wurden zur besseren Übersichtlichkeit und Auswertbarkeit in fünf Diagnosegruppen eingeteilt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Diagnosegruppeneinteilung

| ICD-10 Schlüssel und Diagnose | Diagnosegruppe |
|--|----------------|
| F50: Essstörungen | 1 |
| F54: Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten | 2 |
| F45: Somatoforme Störungen | 3 |
| F44: Dissoziative Störungen | 4 |
| Sonstige | 5 |

Anmerkung. Darstellung der Zuordnung von Diagnosen der psychosomatisch-pädiatrischen Patienten nach ICD-10 (DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018) zu fünf festgelegten Diagnosegruppen.

4.2 Messinstrumente – Beschreibung der Testbatterie

Die Fragebogenbatterie setzt sich aus vier verschiedenen Fragebogen zusammen: dem YSR, der TAS 26, dem FB und dem JTCL, welche im Aufnahme- und im Entlassungsfragebogen identisch sind. Ergänzt werden diese durch einen allgemeine Angaben abfragenden Teil zu Beginn des Aufnahmebogens und eine Evaluation der einzelnen Therapieangebote am Ende des Entlassungsbogens. Die Testinventare werden nachfolgend einzeln beschrieben.

4.2.1 Allgemeine Angaben

Im ersten Teil des Aufnahmefragebogens werden Name, Geschlecht, Geburtsdatum und Alter der Patienten aufgenommen. Es folgen die Schulform und die aktuelle Klasse sowie die durchschnittlich erreichten Noten in einzelnen Schulfächern. Außerdem werden die beruflichen Tätigkeiten der Eltern, Freizeitaktivitäten der Patienten und Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt abgefragt.

4.2.2 Youth Self-Report (YSR)

Die ursprünglich amerikanische Version des Youth Self-Reports und der Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1999) wurde von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist in eine deutschsprachige Fassung überführt. Die von Achenbach entwickelte CBCL stellt einen standardisierten Elternfragebogen zum Verhalten und zu emotionalen Problemen des Kindes dar. Den unterschiedlichen Altersklassen des Kindes- und Jugendalters angepasst existieren verschiedene Formen der CBCL. Angelehnt daran wurden des Weiteren die Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)

beziehungsweise die Teacher's Report Form (TRF) als Beurteilungsinventare aus Sicht der Kinderbetreuer und der Lehrer des Kindes erstellt. Mithilfe des Youth Self-Reports werden schließlich Verhaltens- sowie emotionale Auffälligkeiten und die Kompetenzen der 11- bis 18-Jährigen durch einen Selbstbeurteilungsfragebogen erfasst (Achenbach & Ruffle, 2000).

Der YSR bildet drei übergeordnete Störungsgruppen ab, welche sich aus insgesamt acht Syndromskalen zusammensetzen. Zur Gruppe der internalisierenden Störungen gehören die Syndromskalen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und Angst/Depressivität. Die externalisierenden Störungen bestehen aus den Skalen dissoziales Verhalten und aggressives Verhalten. Der dritte Bereich gemischte Störungen umfasst die Skalen soziale Probleme, schizoid/zwanghaftes Verhalten sowie Aufmerksamkeitsstörungen. Schließlich kann ein Gesamtwert aller Syndromskalen gebildet werden, welcher die verschiedenen Auffälligkeiten zusammenfasst. Die 119 Items werden auf einer dreistufigen Antwortskala beantwortet mit 0 = "nicht zutreffend", 1 = „etwas oder manchmal zutreffend“ und 2 = „genau oder häufig zutreffend“ (Döpfner, 1998).

4.2.3 Toronto-Alexithymie-Skala 26 (TAS 26)

Die deutsche Version der TAS 26 wurde basierend auf der englischsprachigen Originalversion, die ursprünglich von Taylor, Ryan und Bagby (1985) vorgestellt wurde, übersetzt und konzipiert. Die drei Skalen umfassen insgesamt 26 Items, welche bezüglich ihres Zutreffens auf einer fünfstufigen Skala mit 1 = „trifft gar nicht zu“, 2 = „trifft eher nicht zu“, 3 = „teils/teils“, 4 = „trifft eher zu“ und 5 = „trifft völlig zu“ von den Patienten bewertet werden. Dabei ist die erste Skala mit Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen beschrieben, wobei mit den zugehörigen Items auch Probleme bei der Wahrnehmung von begleitenden körperlichen Erscheinungen erfasst werden. Die zweite Skala umfasst die Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, womit Bezug auf den Ausdruck von Emotionen und damit auch auf ihre Funktion in der Kommunikation genommen wird. Extern orientierter Denkstil als dritte Skala beschreibt die Neigung zu einer oberflächlichen Sichtweise auf schwierige Sachverhalte und geht mit Defiziten im analytischen Denken einher.

Schließlich kann durch Summation der Werte aus den drei beschriebenen Einzelskalen eine Gesamtskala Alexithymie gebildet werden, welche als Gesamtwert die Ausprägung der Alexithymie als Störung in der Affektregulation repräsentiert (Kupfer, Brosig, & Brähler, 2001).

4.2.4 Familienfragebogen (FB)

Die Familienfragebogen entstanden aus der Überarbeitung des Familieneinschätzungsbogens (FEB), welcher wiederum dem ins Deutsche übersetzten Family Assessment Measure (FAM III) entspricht. Es werden drei Module unterschieden: der allgemeine Familienbogen, der Zweierbeziehungsbogen und ein Selbstbeurteilungsbogen. Der in der hier vorgestellten Basisdokumentation verwendete allgemeine Familienbogen stellt die Familie als System in den Vordergrund und zielt auf die Betrachtung der Problemlösung innerhalb der familiären Beziehungsmuster ab.

Der FB umfasst die sieben Skalen Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle sowie Werte und Normen mit insgesamt 40 Items. So kann ein grundlegender Überblick über die Familienfunktionalität und familiäre Ressourcen sowie defizitäre und problematische Bereiche gewonnen werden.

Die zwei Skalen soziale Erwünschtheit und Abwehr stellen Kontrollskalen dar und dienen dazu, bei hohen Werten auf eine eventuelle Einschränkung der Validität der restlichen Skalen hinzuweisen.

Die Itembeantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Ratingskala mit den Antwortmöglichkeiten "stimmt überhaupt nicht", "stimmt eher nicht", "stimmt ein wenig" und "stimmt genau" (Cierpka & Frevert, 1994).

4.2.5 Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI)

Das JTCI dient der Erfassung der Persönlichkeit und basiert auf dem biopsychosozialen Persönlichkeitskonzept nach Cloninger. Es existiert eine Version für das Kindergartenalter zwischen 3 und 6 Jahren, eine Version für die Altersklasse 7 bis 11 Jahre und eine dritte für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Letztere stellt einen 103 Items umfassenden Selbstbeurteilungsbogen dar und findet in der vorliegenden Studie Verwendung, wenn auch die Altersspanne der Kinder und Jugendlichen unserer Stichprobe zwischen 11 und 18 Jahren liegt. Die Antworten erfolgen auf einer fünfstufigen Skala mit 4 = „ja“, 3 = „eher ja“, 2 = „teils/teils“, 1 = „eher nein“ und 0 = „nein“. Es wird zwischen vier Temperamentskalen und drei Charakterskalen unterschieden.

Dabei beschreibt das Temperament „quasi-automatische emotionale Reaktionstendenzen“ (Goth & Schmeck, 2009, S. 16), die in einem individuellen Verhaltensmuster resultieren. Zugehörig sind die Temperamentdimensionen Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit und Beharrungsvermögen. Unter Neugierverhalten wird eine Aktivierung von Verhalten

durch neue Reize oder Belohnungsreize verstanden, wobei die Subdimensionen explorative Erregbarkeit, Impulsivität, Extravaganz und Regellosigkeit existieren. Bei der Schadensvermeidung handelt es sich um die Hemmung von Verhalten durch Bestrafungsreize oder Nichtbelohnungsreize. Diese Dimension umfasst die Subdimensionen Zukunftssorgen, Angst vor Ungewissem, Schüchternheit und Ermüdbarkeit. Die Belohnungsabhängigkeit, oder auch soziale Ansprechbarkeit, zeigt die Verhaltensregulation durch soziale Verstärkungsreize an und beinhaltet die Subdimensionen Empfindsamkeit, emotionale Offenheit, Bindung und Abhängigkeit. Die vierte Temperamentdimension Beharrungsvermögen wird schließlich bestimmt durch das Aufrechterhalten von Verhalten bei fehlenden Verstärkungsreizen und trotz bestehenden Frustrationsreizen und unterteilt sich in Arbeitseifer, Ausdauer, Ehrgeiz und Perfektionismus (Goth & Schmeck, 2009).

Durch die drei Charakterskalen des JTCl werden hingegen zentrale Selbstkonzepte beschrieben, wobei die erste Hauptdimension Selbstlenkungsfähigkeit die Fähigkeit, nach eigenen Einstellungen und Werten leben zu können, widerspiegelt. Sie umfasst die Subdimensionen Verantwortlichkeit, Zielbewusstheit, Einfallsreichtum und Selbstakzeptanz/-kongruenz. Die Kooperativität als zweite Hauptdimension mit den Subdimensionen soziale Akzeptanz, Einfühlungsvermögen/Empathie, Hilfsbereitschaft, Mitleid und Gewissen bezieht sich auf das Zurechtkommen mit der sozialen Umgebung. Die dritte Charakterdimension Selbsttranszendenz bezeichnet das Können, mit der abstrakten Beziehung zwischen sich selbst und der Umwelt fertig zu werden. Dazu gehören die Subdimensionen Fantasie und Spiritualität (Goth & Schmeck, 2009).

4.2.6 Evaluation der Therapieangebote

Der letzte Teil des Entlassungsfragebogens stellt eine Evaluationsmöglichkeit der angebotenen Therapien innerhalb der stationären Komplexbehandlung dar. Durch die Patienten bewertet werden können die Bereiche Einzelgespräche mit meinem Therapeuten, Visitengespräche mit meinem Stationsarzt, Chef-/Oberarztvisite, Familiengespräche, Kunsttherapie, Musiktherapie/Trommelkurs, Tanzworkshop, Gespräche mit Schwestern und Pflegern, Krankengymnastik, Gespräche mit Mitpatienten und Wochenendentlassung/Gespräche zu Hause. Unter dem letzten Punkt Sonstiges können die Patienten weitere therapeutische Aktivitäten oder Faktoren ergänzen und evaluieren. Die Antwortskala ist sechsstufig und reicht von 1 = "schädlich/furchtbar", über 2 = "nicht hilfreich", 3 = "neutral", 4 = "hilfreich", bis zu 5 = "sehr hilfreich" und 6 = "nicht erhalten".

Die fünf sich anschließenden offenen Fragen beziehen sich auf den individuellen Nutzen und Erfolg der Behandlung und sollen von den Patienten freitextlich beantwortet werden. Dies sind: „Was konnte ich im Rahmen der Behandlung klären?“, „Welche Aufgaben kommen in der nächsten Zeit auf mich zu?“, „Welche Dinge haben mir in der Behandlung besonders geholfen?“, „Welche Dinge waren besonders schwierig?“ und „Was müsste passieren, um sagen zu können, die Behandlung bei uns war ein Erfolg?“.

4.3 Statistische Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Fragebogen erfolgte mithilfe des computergestützten Auswertungsprogramms „IBM SPSS Statistics Version 25“, nachdem die Daten in pseudonymisierter Form in eine Excel-Datenbank aufgenommen worden waren. Dabei wurde aus allen Patienten, die die unter 4.1 genannten Voraussetzungen zur Studienteilnahme erfüllten, eine Gesamtstichprobe gebildet. Wie im Folgenden unter 5.1.3 beschrieben, muss bezüglich der verschiedenen Fragestellungen noch einmal zwischen der Gesamtstichprobe und einer Teilstichprobe unterschieden werden. Dabei gibt „n“ jeweils die Patientenzahl an.

Für den Vergleich mit der Normpopulation wurden die in den Handbüchern der vier Fragebogen YSR, TAS 26, FB und JTCl angegebenen Mittelwerte der erhobenen Rohwerte verwendet (vgl. Cierpka & Frevert, 1994; Döpfner, 1998; Goth & Schmeck, 2009; Kupfer et al., 2001). Ebenso wurden die Mittelwerte der Stichprobe zum Messzeitpunkt 1 für alle Skalen der vier Fragebogen gebildet. Es erfolgte der Mittelwertvergleich mittels eines t-Tests für eine Stichprobe, wobei die Mittelwerte der Stichprobe zum Messzeitpunkt 1 mit den Mittelwerten der Normpopulation als Sollwerten verglichen wurden. Das Konfidenzniveau wurde auf 95% festgelegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit α von 5%. Das Konfidenzintervall dient dazu, einen Hinweis bezüglich der Genauigkeit einer Schätzung zu erhalten. Dabei liegt der unbekannte Parameter mit der Konfidenzwahrscheinlichkeit von (hier) 95% in dem konstruierten Konfidenzintervall (Weiß, 2005). Zur Beurteilung der Signifikanz S der Ergebnisse wurde der p-Wert herangezogen. Es galten, wie auch von Weiß (2005) vorgeschlagen, folgende Signifikanzniveaus: $p < 0,05$ wurde als signifikant (*), $p < 0,01$ als hochsignifikant (**) und $p < 0,001$ als höchst-signifikant (***) gewertet (Weiß, 2005). Von einem Trend wurde bei einem p-Wert $< 0,1$ (t) gesprochen.

Für die zweite Fragestellung, dem Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten, wurden die Mittelwerte zu eben diesen Messzeitpunkten bei Aufnahme und Entlassung mittels eines t-Tests für verbundene Stichproben verglichen. Die Vereinbarungen

bezüglich des Konfidenzintervalls sowie des Signifikanzniveaus wurden wie zuvor beschrieben beibehalten.

Auch für die vierte Fragestellung wurde als parametrisches Testverfahren ein t-Test verwendet, in diesem Fall für unverbundene Stichproben. Es erfolgte der Vergleich der Mittelwerte der verwendeten Fragebogenskalen für einerseits die Gruppe der Therapieabbrecher und andererseits die der Nicht-Abbrecher. Bei grenzwertig kleinem Stichprobenumfang der Abbrecher-Gruppe ($n=10$) wurde zur Überprüfung der Voraussetzungen für das Testverfahren der Levene-Test angewandt. Mittels dieses Vortests wurde die geforderte Gleichheit der Varianzen überprüft (Timischl, 2013; Weiß, 2005). Die Festlegungen bezüglich des Konfidenzintervalls sowie des Signifikanzniveaus blieben zu den zuvor genannten unverändert.

Die dritte Fragestellung befasste sich mit der Untersuchung einer möglichen Abhängigkeit des Behandlungseffektes, repräsentiert durch Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten 1 und 2, von Variablen wie Geschlecht, Alter und Persönlichkeitseigenschaften.

Für die Untersuchung bezüglich des Geschlechts und des Alters wurde jeweils eine mehrfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Während die vorweg beschriebenen t-Tests auf höchstens zwei Stichproben begrenzt sind, ermöglichen die komplexeren Varianzanalysen unter anderem die Untersuchung der Abhängigkeit einer Zielgröße von mehreren Faktoren und deren Interaktion untereinander (Weiß, 2005). Die verschiedenen Fragebogenskalen dienten hier als abhängige Variable, der Messzeitpunkt sowie das Geschlecht bzw. das Alter als unabhängige Variablen. Es wurden einerseits die Haupteffekte des Innersubjektfaktors (Zeit) und des Zwischensubjektfaktors (Geschlecht bzw. Alter) untersucht und zudem schließlich der Interaktionseffekt zwischen den beiden unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable. Zur Überprüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test (KS-Test) angewandt.

Mittels einer Korrelations- und Regressionsanalyse wurde schließlich getestet, ob bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, erhoben mit dem JTCl, mit dem Behandlungseffekt korrelieren und diesbezüglich als Prädiktoren angesehen werden können. Es wurden für die beiden YSR-Skalen internalisierende Auffälligkeiten und Syndromskalen Differenzvariablen gebildet, die sich aus der Differenz der Skalenwerte zwischen Messzeitpunkt 2 und 1 ergaben (MZ2-MZ1). Die Untersuchung beschränkte sich auf diese beiden Skalen, da nur dort signifikante Unterschiede (internalisierende Auffälligkeiten) bzw. ein Trend (Syndromskalen) zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt nachgewiesen werden konnten. Zunächst wurde eine

Korrelationsanalyse bezüglich der zuvor genannten Differenzvariablen und den Mittelwerten der JTCl-Skalen zum Messzeitpunkt 1 mit Ermittlung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson durchgeführt. Dieser dient der Einschätzung der Ausprägung eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen, abgebildet auf einer Skala mit Werten zwischen -1 und +1. Dabei stellen -1 und +1 perfekte positive bzw. negative Korrelationen dar, wohingegen die Variablen bei einem Wert von 0 nicht korrelieren. Die daraufhin angewandte Regressionsanalyse dient einer weiterführenden Quantifizierung eines Zusammenhangs: kann die Variation der einen (abhängigen) Variable durch die Variation einer anderen (unabhängigen) Variable erklärt werden (Timischl, 2013)? Dabei wurden die Differenzvariablen jeweils als abhängige Variable festgelegt, die Mittelwerte der JTCl-Skalen (MZ1) stellten jeweils die unabhängige Variable dar.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten sind in Tabelle 2 zu finden. Das Patientenkollektiv umfasste n=92 Patienten, von denen 70 (76,1%) die Komplexbehandlung abschlossen und 22 (23,9%) die Behandlung frühzeitig abbrachen. 62% der Gesamtstichprobe gehörten dem weiblichen und 38% dem männlichen Geschlecht an. Dabei fielen 41,3% (38) in die Altersklasse 11 bis 14 Jahre (Altersklasse 1), wobei 7 Patienten 11 Jahre, 10 Patienten 12 Jahre, 7 Patienten 13 Jahre und 14 Patienten 14 Jahre alt waren. Zur Altersklasse 2, das heißt zu den 15- bis 18-Jährigen, gehörten 58,7% (54) der Stichprobe, dabei waren 14 Patienten 15 Jahre, 16 Patienten 16 Jahre, 22 Patienten 17 Jahre sowie 2 Patienten 18 Jahre alt. Bezüglich der Schulform ergab sich folgende Verteilung: 10 der Kinder und Jugendlichen gingen in eine Hauptschule, 18 besuchten eine Realschule und 17 ein Gymnasium. Die größte Gruppe mit 24 der Patienten bildeten die Gesamtschüler. 10 Kinder und Jugendliche dieser Studie verteilten sich auf eine Berufsschule, Förderschule und sonstige Einrichtungen. Unter Berücksichtigung der Abbrecher, die keinen Aufnahmebogen ausfüllten, fehlen die Angaben zur Schulform von insgesamt 13 Patienten.

5.1.2 Therapiebezogene Merkmale

In Tabelle 3 sind die Diagnosegruppen und Verweildauern als therapiebezogene Merkmale der Patienten dargestellt.

Die Diagnose der „somatoformen Störungen“ war mit 32 Patienten die häufigste, gefolgt von der Gruppe der „Essstörungen“ mit 22 Patienten. 14 Patienten wiesen die Diagnose „F54 - Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen“ auf, 10 Teilnehmer litten unter „dissoziativen Störungen“ und die restlichen 14 Patienten wurden der Gruppe „Sonstige“ zugeordnet. Hier finden sich unter anderem Diagnosen wie „emotionale Störungen“ (F93), „nichtorganische Schlafstörungen“ (F51), „depressive Episode“ (F32), „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) sowie „Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“ (F81) und „spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (F60). Bezüglich der Verweildauer derjenigen Patienten, die die Behandlung nicht außerplanmäßig frühzeitig abbrachen, zeichneten sich vier Wochen mit 58,6% als häufigste Aufenthaltsdauer ab, 20% entfielen auf eine Behandlungsdauer von sechs Wochen.

Tabelle 2*Soziodemographische Merkmale*

| | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit | Kumulierte Prozente |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Geschlecht | | | |
| männlich | 35 | 38 % | |
| weiblich | 57 | 62 % | |
| Gesamt | 92 | 100 % | |
| Alter | | | |
| 11 | 7 | 7,6 % | 7,6 % |
| 12 | 10 | 10,9 % | 18,5 % |
| 13 | 7 | 7,6 % | 26,1 % |
| 14 | 14 | 15,2 % | 41,3 % |
| 15 | 14 | 15,2 % | 56,5 % |
| 16 | 16 | 17,4 % | 73,9 % |
| 17 | 22 | 23,9 % | 97,8 % |
| 18 | 2 | 2,2 % | 100 % |
| Gesamt | 92 | 100 % | |
| Schulform | | | |
| Hauptschule | 10 | 10,9 % | |
| Realschule | 18 | 19,6 % | |
| Gymnasium | 17 | 18,5 % | |
| Gesamtschule | 24 | 26,1 % | |
| Berufsschule | 5 | 5,4 % | |
| Förderschule | 4 | 4,3 % | |
| Sonstige | 1 | 1,1 % | |
| fehlende Angabe | 13 | 14,1 % | |
| Gesamt | 92 | 100 % | |

Anmerkung. Darstellung der soziodemographischen Daten der Patientenstichprobe mit Geschlecht, Alter und Schulform. Angabe der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie der kumulierten Prozente.

Tabelle 3*Therapiebezogene Merkmale*

| | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit | Kumulierte Prozente |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diagnosegruppe | | | |
| Gruppe 1 - F50 | 22 | 23,9 % | |
| Gruppe 2 – F54 | 14 | 15,2 % | |
| Gruppe 3 – F45 | 32 | 34,8 % | |
| Gruppe 4 – F44 | 10 | 10,9 % | |
| Gruppe 5 – Sonstige | 14 | 15,2 % | |
| Gesamt | 92 | 100 % | |
| Verweildauer der Nicht-Abbrecher | | | |
| < 4 Wochen (14-27 Tage) | 5 | 7,1 % | 7,1 % |
| 4 Wochen (28-29 Tage) | 41 | 58,6 % | 65,7 % |
| 4-6 Wochen (30-41 Tage) | 4 | 5,7 % | 71,4 % |
| 6 Wochen (42 Tage) | 14 | 20 % | 91,4 % |
| > 6 Wochen (>42 Tage) | 6 | 8,6 % | 100 % |
| Gesamt | 70 | 100 % | |

Anmerkung. Darstellung der Verteilung der Diagnosegruppen und der Verweildauern innerhalb der Patientenstichprobe. Angabe der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie der kumulierten Prozente.

F50 = Essstörungen, F54 = Psychologische/Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen, F45 = somatoforme Störungen, F44 = dissoziative Störungen

5.1.3 Zusammensetzung der Gesamt- und Teilstichproben

Durch die Mitberücksichtigung aller Abbrecher im vorliegenden Datensatz – auch solcher, bei denen keine Fragebogenerhebung stattfand - ergaben sich Unterschiede zwischen der Größe der Gesamtstichprobe und der Größe der Teilstichproben, die in den einzelnen Fragestellungen untersucht wurden. Von den 22 Abbrechern füllten 10 den Aufnahmebogen (MZ1) aus. Von den restlichen 12 Therapieabbrechern lag keine Fragebogenerhebung vor, sodass diese nicht in die statistischen Untersuchungen mit eingingen. Alle 70 Nicht-Abbrecher bearbeiteten den Aufnahmebogen und 66 den Entlassungsbogen. Dadurch ergab sich für den Vergleich zwischen der Normpopulation und dem Messzeitpunkt 1 (Fragestellung 1) eine Stichprobe von 80 Patienten (10 Abbrecher und 70 Nicht-Abbrecher). Diese unterschied sich von der Stichprobe für die Fragestellungen 2 und 3 hinsichtlich ihrer Anzahl, da für Letztere ausschließlich die Patienten berücksichtigt wurden, welche sowohl den Aufnahme- als auch den Entlassungsbogen beantworteten. Demnach ergab sich für diese Teilstichprobe eine

Anzahl von 66 Patienten (66 Nicht-Abbrecher). Eine zusammenfassende Darstellung zu diesem Sachverhalt findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4

Gesamt- und Teilstichproben

| | Nicht-Abbrecher | Abbrecher | Gesamt | |
|--------------------------------------|------------------------|------------------|---------------|---------------------------------------|
| Patientenanzahl n | 70 | 22 | 92 | Gesamtstichprobe |
| MZ1-Erhebung vorhanden | 70 | 10 | 80 | Stichprobe Fragestellungen 1 und 4 |
| MZ1- + MZ2-Erhebung vorhanden | 66 | 0 | 66 | Stichprobe Fragestellungen 2 und 3 |

Anmerkung. Darstellung der Zusammensetzung der Gesamt- und Teilstichproben hinsichtlich der Fragebogenerhebung bei Aufnahme und Entlassung. MZ1 = Messzeitpunkt 1, MZ2 = Messzeitpunkt 2

Des Weiteren kann eine Aufteilung der Gesamtstichprobe in die Gruppe der Nicht-Abbrecher und die Gruppe der Abbrecher betrachtet werden.

Von den 22 Abbrechern gehörten 8 (36,4%) dem männlichen und 14 (63,6%) dem weiblichen Geschlecht an. Die Gruppe der 70 Nicht-Abbrecher setzte sich aus 27 (38,6%) männlichen und 43 (61,4%) weiblichen Patienten zusammen. Das durchschnittliche Alter in der Gruppe der Abbrecher betrug 14,87 Jahre gegenüber 14,75 Jahren bei den Nicht-Abbrechern. Bezüglich der Diagnosegruppen fanden sich bei den Abbrechern 22,7% der Patienten mit der Diagnose F50, 13,6% mit F54, 40,9% mit F45, 9,1% mit F44 und 13,6% in der Gruppe „Sonstige“. Bei den Nicht-Abbrechern stellte sich die Diagnosegruppenverteilung wie folgt dar: 24,3% F50, 15,7% F54, 32,9% F45, 11,4% F44 und 15,7% Sonstige (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

Gegenüberstellung soziodemographischer sowie therapiebezogener Merkmale der Abbrecher und Nicht-Abbrecher

| | Abbrecher (n=22) | | Nicht-Abbrecher (n=70) | |
|-------------------------------------|------------------|---------|------------------------|---------|
| | absolut | relativ | absolut | relativ |
| männlich | 8 | 36,4 % | 27 | 38,6 % |
| weiblich | 14 | 63,6 % | 43 | 61,4 % |
| Altersklasse 1 (11-14 Jahre) | 6 | 27,3 % | 32 | 45,7 % |
| Altersklasse 2 (15-18 Jahre) | 16 | 72,7 % | 38 | 54,3 % |
| F50 | 5 | 22,7 % | 17 | 24,3 % |
| F54 | 3 | 13,6 % | 11 | 15,7 % |
| F45 | 9 | 40,9 % | 23 | 32,9 % |
| F44 | 2 | 9,1 % | 8 | 11,4 % |
| Sonstige Diagnosen | 3 | 13,6 % | 11 | 15,7 % |

Anmerkung. Gegenüberstellung soziodemographischer Merkmale und Diagnosen der Gruppe der Abbrecher mit n=22 und Nicht-Abbrecher mit n=70 in Form absoluter und relativer Häufigkeiten. n=Patientenanzahl, F50 = Essstörungen, F54 = Psychologische/Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen, F45 = somatoforme Störungen, F44 = dissoziative Störungen

5.2 Beschreibung der Ergebnisse der Datenerhebung

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Fragestellungen 1 und 2, sprich der Vergleich der Stichprobe mit der Eichstichprobe sowie der Vergleich innerhalb der Stichprobe zwischen Aufnahme- (MZ1) und Entlassungszeitpunkt (MZ2), für die jeweiligen Fragebogen beschrieben. Im weiteren Verlauf wird die Untersuchung einer möglichen Abhängigkeit des Behandlungserfolges von verschiedenen Parametern dargestellt, was der zuvor formulierten Fragestellung 3 entspricht. In Fragestellung 4 soll die Gruppe der Therapieabbrecher hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, Diagnosen sowie Persönlichkeit, Alexithymie und Familiendynamik näher betrachtet und mit der restlichen Stichprobe verglichen werden.

5.2.1 Youth Self-Report – YSR

Über alle drei YSR-Skalen hinweg unterschied sich die untersuchte Stichprobe signifikant von der Normpopulation. Während sich bezüglich der Syndromskalen und der externalisierenden Auffälligkeiten innerhalb der Stichprobe signifikant niedrigere Werte ergaben, zeigten die internalisierenden Auffälligkeiten eine stärkere Ausprägung bei unseren Patienten. Im Vergleich der Messzeitpunkte vor und nach dem stationären Aufenthalt zeigten sich eine signifikante Abnahme der Werte für die internalisierenden

Auffälligkeiten sowie ein Trend bezüglich der Syndromskalen. Die Darstellung der zugehörigen Daten erfolgt in Tabelle 6 und 7 sowie in den Abbildungen 1 und 2.

Tabelle 6

YSR – Vergleich der Stichprobe mit der Normpopulation

| | MW (N) | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|-------------------------|--------|----------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------|----------|--------------------------------------|
| Syndromskalen | 58,73 | 50,79 | 24,57 | -13,41 | -2,47 | -2,89 | 0,005** | ↓ |
| Internalisierend | 15,5 | 19,4 | 11,17 | 1,41 | 6,39 | 3,12 | 0,002** | ↑ |
| Externalisierend | 14,02 | 10,85 | 7,22 | -4,78 | -1,56 | -3,93 | 0,000*** | ↓ |

Anmerkung. Darstellung der YSR-Erhebung in der Normpopulation im Vergleich zu den Werten der Stichprobe mit n=80 Patienten.

MW=Mittelwert, N=Normpopulation, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

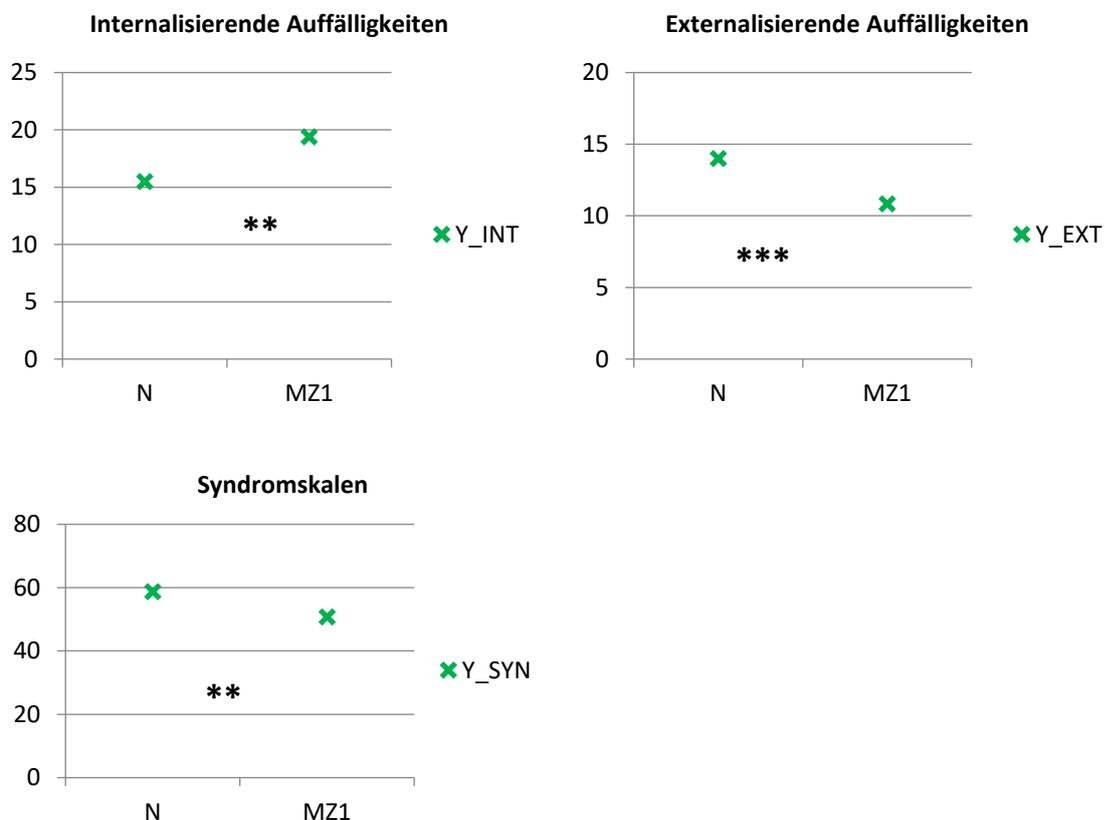


Abbildung 1. Graphische Darstellung des Vergleichs der YSR-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Normpopulation (N), veröffentlicht im jeweiligen Handbuch, und der Stichprobe, erhoben zum Messzeitpunkt 1 (MZ1) (x-Achse) mit n=80 Patienten.

Tabelle 7

YSR – Vergleich bei Aufnahme und Entlassung

| | MW (MZ1) | MW (MZ2) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|-------------------------|----------|----------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------|---------------------|--------------------------------------|
| Syndromskalen | 49,33 | 45,58 | 18,01 | -0,68 | 8,18 | 1,69 | 0,095 ^t | ↓ |
| Internalisierend | 19,24 | 16,52 | 7,73 | 0,83 | 4,63 | 2,87 | 0,006 ^{**} | ↓ |
| Externalisierend | 10,11 | 10,13 | 4,74 | -1,19 | 1,14 | -0,04 | 0,969 | ↑ |

Anmerkung. Darstellung der YSR-Erhebung zum Messzeitpunkt 1 im Vergleich zu den Werten zum Messzeitpunkt 2 der Stichprobe mit n=66 Patienten.

MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, MZ2=Messzeitpunkt 2, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

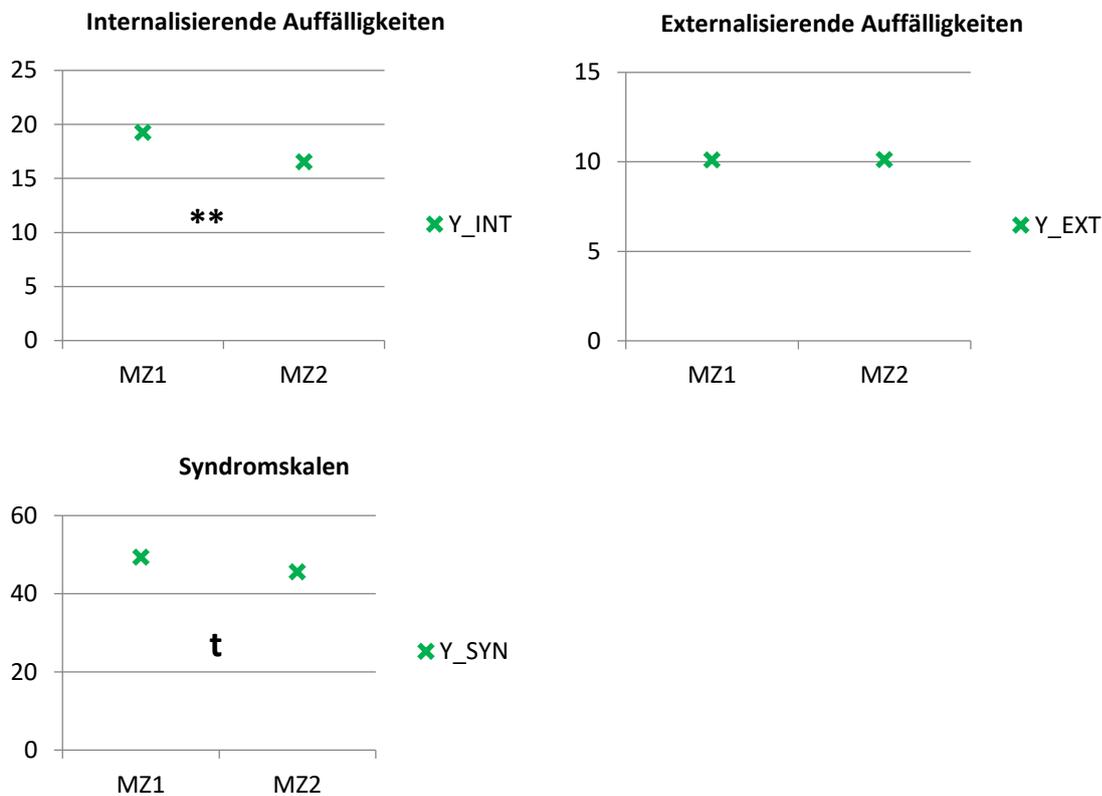


Abbildung 2. Graphische Darstellung des Vergleichs der YSR-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Stichprobe, erhoben zu den Messzeitpunkten 1 (MZ1) und 2 (MZ2) (x-Achse) mit n=66 Patienten.

5.2.2 Toronto-Alexithymie-Skala 26 – TAS 26

Bei der Betrachtung der TAS 26-Erhebung bildeten sich über alle drei Einzelskalen sowie die Gesamtskala hinweg signifikant höhere Werte im Patientenkollektiv dieser Studie gegenüber der Normpopulation ab.

Zwischen dem Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt der Studienteilnehmer bestanden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der erhobenen Alexithymieindices.

Die Tabellen 8 und 9 sowie die Abbildung 3 zeigen die Ergebnisse.

Tabelle 8

TAS 26 – Vergleich der Stichprobe mit der Normpopulation

| | MW (N) | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|---|-----------|-------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|------|----------|--------------------------------------|
| Skala 1 „Identifikation von Gefühlen“ | 14,14 | 17,39 | 7,04 | 1,68 | 4,81 | 4,13 | 0,000*** | ↑ |
| Skala 2 „Beschreibung von Gefühlen“ | 12,99 | 14,43 | 4,79 | 0,37 | 2,50 | 2,68 | 0,009** | ↑ |
| Skala 3 „Extern orientierter Denkstil“ | 16,4 | 17,83 | 5,31 | 0,24 | 2,61 | 2,4 | 0,019* | ↑ |
| Gesamtskala | 43,53 | 49,21 | 11,13 | 3,21 | 8,16 | 4,57 | 0,000*** | ↑ |

Anmerkung. Darstellung der TAS 26-Erhebung in der Normpopulation im Vergleich zu den Werten der Stichprobe mit n=80 Patienten.

MW=Mittelwert, N=Normpopulation, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

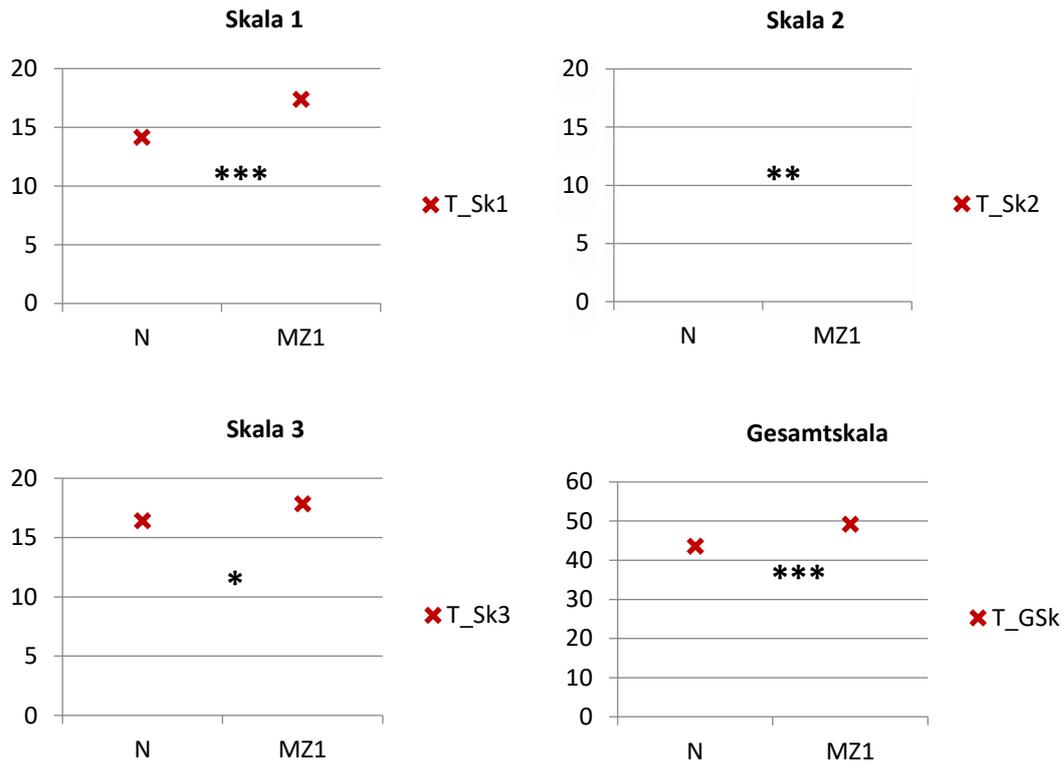


Abbildung 3. Graphische Darstellung des Vergleichs der TAS 26-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Normpopulation (N), veröffentlicht im jeweiligen Handbuch, und der Stichprobe, erhoben zum Messzeitpunkt 1 (MZ1) (x-Achse) mit n=80 Patienten.

Tabelle 9

TAS 26 – Vergleich bei Aufnahme und Entlassung

| | MW (MZ1) | MW (MZ2) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|---|----------|----------|------|-----------------------------|-----------------------------|------|-------|--------------------------------------|
| Skala 1 „Identifikation von Gefühlen“ | 17,53 | 16,66 | 5,09 | -0,38 | 2,12 | 1,39 | 0,169 | ↓ |
| Skala 2 „Beschreibung von Gefühlen“ | 14,45 | 14,32 | 3,79 | -0,79 | 1,07 | 0,29 | 0,771 | ↓ |
| Skala 3 „Extern orientierter Denkstil“ | 18,00 | 17,27 | 4,89 | -0,48 | 1,93 | 1,21 | 0,232 | ↓ |
| Gesamtskala | 49,47 | 48,22 | 8,16 | -0,76 | 3,26 | 1,24 | 0,218 | ↓ |

Anmerkung. Darstellung der TAS 26-Erhebung zum Messzeitpunkt 1 im Vergleich zu den Werten zum Messzeitpunkt 2 der Stichprobe mit n=66 Patienten.

MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, MZ2=Messzeitpunkt 2, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

5.2.3 Familienfragebogen – FB

Bezüglich der Familienfunktionalität und familiärer Beziehungsmuster der Stichprobe ließen sich einige Unterschiede zur Normpopulation herausstellen. So zeigten sich auf den Skalen Aufgabenerfüllung, Kommunikation, Emotionalität und Kontrolle signifikant höhere Werte innerhalb der Stichprobe. Auch der Summenwert der Skalen fiel signifikant höher aus als in der Normpopulation. Eine steigende Tendenz war außerdem auf der Skala affektive Beziehung zu finden. Lediglich auf der Kontrollskala Abwehr zeichnete sich ein signifikant niedrigerer Mittelwert in der Stichprobe als in der Normpopulation ab. Hinsichtlich des Vergleichs der Patienten vor und nach einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie konnte keine signifikante Veränderung der Skalenmittelwerte verzeichnet werden. Die Darstellung der Ergebnisse folgt in den Tabellen 10 und 11 sowie in den Abbildungen 4.1 und 4.2.

Tabelle 10

FB – Vergleich der Stichprobe mit der Normpopulation

| | MW (N) | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|----------------------------------|-----------|-------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------|--------------------|--------------------------------------|
| Aufgaben- erfüllung | 3,73 | 5,25 | 3,23 | 0,80 | 2,24 | 4,22 | 0,000*** | ↑ |
| Rollenverhalten | 5,76 | 5,66 | 2,4 | -0,63 | 0,44 | -0,36 | 0,717 | ↓ |
| Kommunikation | 3,51 | 4,25 | 2,66 | 0,15 | 1,33 | 2,48 | 0,015* | ↑ |
| Emotionalität | 3,53 | 4,44 | 2,91 | 0,26 | 1,55 | 2,79 | 0,007** | ↑ |
| Affektive Beziehung | 3,20 | 3,81 | 3,02 | -0,06 | 1,29 | 1,81 | 0,074 [†] | ↑ |
| Kontrolle | 4,33 | 5,18 | 2,75 | 0,23 | 1,46 | 2,74 | 0,008** | ↑ |
| Werte und Normen | 3,87 | 3,98 | 2,63 | -0,48 | 0,69 | 0,36 | 0,722 | ↑ |
| Summenwert | 27,93 | 32,56 | 16,44 | 0,97 | 8,29 | 2,52 | 0,014* | ↑ |
| Soziale Erwünschtheit | 8,56 | 8,08 | 4,51 | -1,49 | 0,52 | -0,96 | 0,339 | ↓ |
| Abwehr | 7,11 | 6,06 | 2,79 | -1,67 | -0,43 | -3,35 | 0,001** | ↓ |

Anmerkung. Darstellung der FB-Erhebung in der Normpopulation im Vergleich zu den Werten der Stichprobe mit n=80 Patienten.

MW=Mittelwert, N=Normpopulation, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

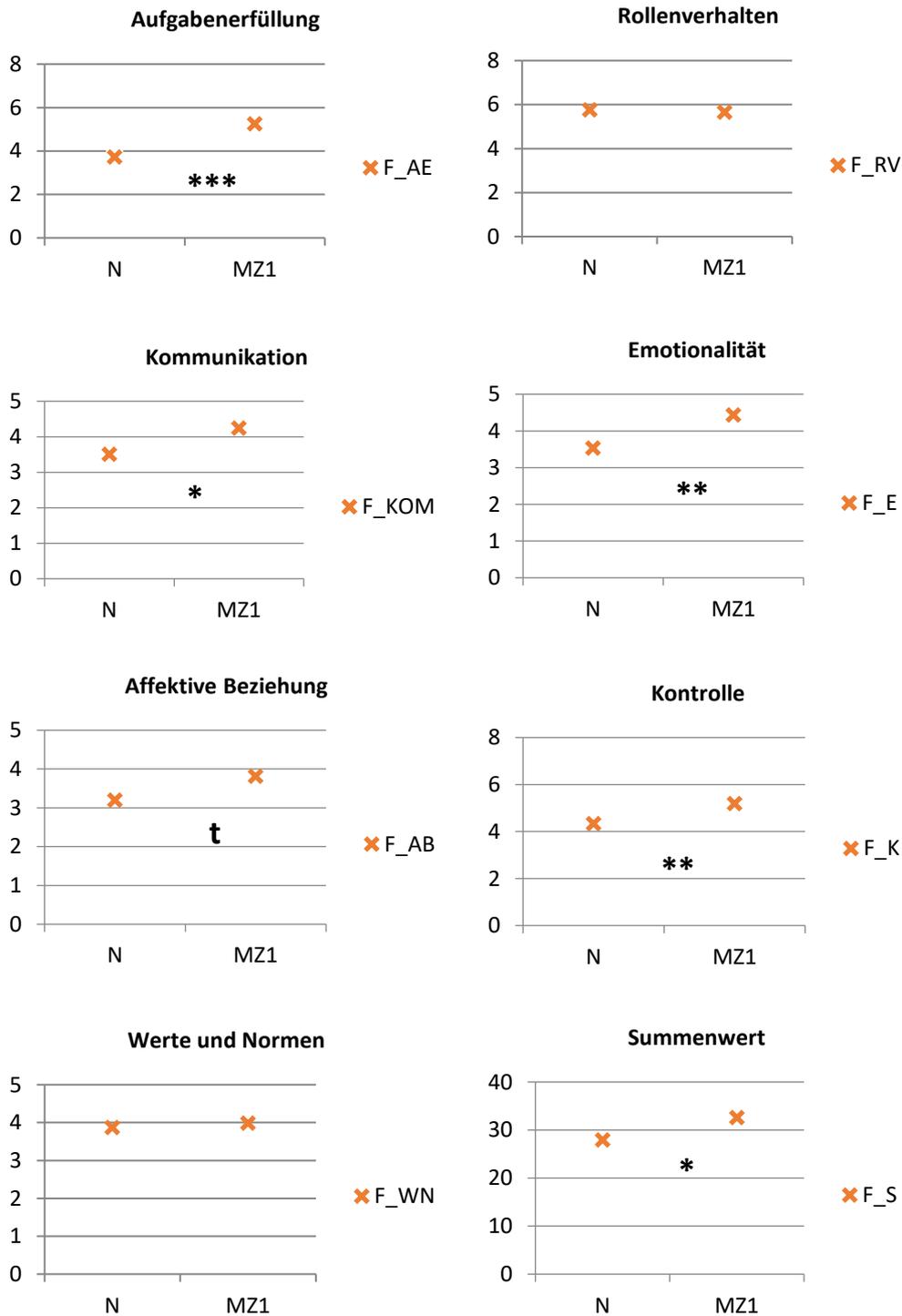


Abbildung 4.1. Teil 1 der graphischen Darstellung des Vergleichs der FB-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Normpopulation (N), veröffentlicht im jeweiligen Handbuch, und der Stichprobe, erhoben zum Messzeitpunkt 1 (MZ1) (x-Achse) mit n=80 Patienten.

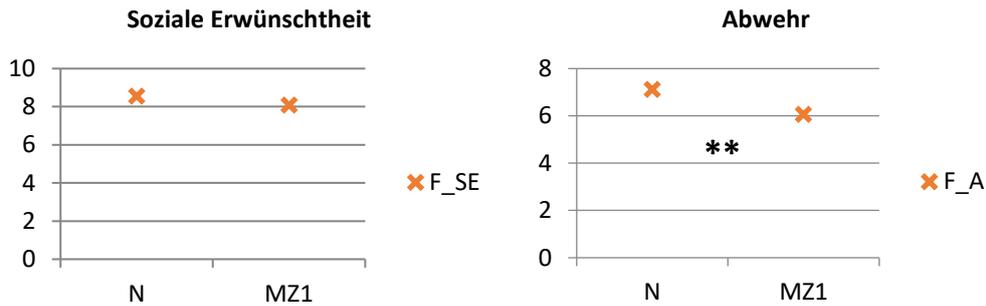


Abbildung 4.2. Teil 2 der graphischen Darstellung des Vergleichs der FB-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Normpopulation (N), veröffentlicht im jeweiligen Handbuch, und der Stichprobe, erhoben zum Messzeitpunkt 1 (MZ1) (x-Achse) mit n=80 Patienten.

Tabelle 11

FB – Vergleich bei Aufnahme und Entlassung

| | MW (MZ1) | MW (MZ2) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|------------------------------|-------------|-------------|------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-------|--------------------------------------|
| Aufgabenerfüllung | 4,89 | 4,61 | 2,1 | -0,23 | 0,80 | 1,12 | 0,269 | ↓ |
| Rollenverhalten | 5,53 | 5,48 | 1,90 | -0,41 | 0,52 | 0,23 | 0,821 | ↓ |
| Kommunikation | 4,26 | 4,48 | 2,04 | -0,73 | 0,27 | -0,91 | 0,368 | ↑ |
| Emotionalität | 4,41 | 4,2 | 2,01 | -0,28 | 0,71 | 0,86 | 0,395 | ↓ |
| Affektive Beziehung | 3,76 | 3,7 | 2,06 | -0,45 | 0,57 | 0,24 | 0,812 | ↓ |
| Kontrolle | 5,03 | 5,06 | 1,95 | -0,51 | 0,45 | -0,13 | 0,900 | ↑ |
| Werte und Normen | 3,92 | 4,2 | 2,14 | -0,8 | 0,25 | -1,03 | 0,305 | ↑ |
| Summenwert | 31,80 | 31,72 | 9,15 | -2,16 | 2,33 | 0,07 | 0,941 | ↓ |
| Soziale Erwünschtheit | 8,17 | 8,23 | 2,93 | -0,78 | 0,66 | -0,17 | 0,867 | ↑ |
| Abwehr | 6,2 | 6,36 | 2,06 | -0,67 | 0,34 | -0,66 | 0,513 | ↑ |

Anmerkung. Darstellung der FB-Erhebung zum Messzeitpunkt 1 im Vergleich zu den Werten zum Messzeitpunkt 2 der Stichprobe mit n=66 Patienten.

MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, MZ2=Messzeitpunkt 2, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

5.2.4 Junior Temperament und Charakter Inventar – JTCI

Während sich bei dem Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Persönlichkeitsstruktur der Patienten ergaben, zeigten sich zwischen der Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt und der Normpopulation in einigen JTCI-Skalen signifikante Abweichungen. Für die Skalen Neugierverhalten und

Selbstlenkungsfähigkeit wies die Stichprobe durchschnittlich signifikant niedrigere Werte auf als die Normpopulation. Im Gegensatz dazu waren die Werte der Skala Schadensvermeidung in der Stichprobe signifikant höher als in der Normpopulation.

Die beschriebenen Ergebnisse sind in den Tabellen 12 und 13 sowie graphisch in der Abbildung 5 dargestellt.

Tabelle 12

JTCI - Vergleich der Stichprobe mit der Normpopulation

| | MW (N) | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|--------------------------------------|-----------|-------------|------|-----------------------------|--------------------------------|-------|----------|--------------------------------------|
| Neugierverhalten | 30,44 | 27,51 | 9,34 | -5,01 | -0,85 | -2,80 | 0,006** | ↓ |
| Schadens- vermeidung | 22,70 | 27,48 | 9,64 | 2,63 | 6,92 | 4,43 | 0,000*** | ↑ |
| Belohnungs- abhängigkeit | 39,53 | 38,38 | 8,5 | -3,05 | 0,74 | -1,22 | 0,228 | ↓ |
| Beharrungs- vermögen | 33,05 | 32,46 | 9,13 | -2,62 | 1,45 | -0,58 | 0,57 | ↓ |
| Selbstlenkungs- fähigkeit | 38,86 | 33,46 | 9,27 | -7,46 | -3,34 | -5,21 | 0,000*** | ↓ |
| Kooperativität | 47,75 | 49,15 | 9,78 | -0,78 | 3,58 | 1,28 | 0,204 | ↑ |
| Selbsttranszendenz | 16,62 | 18,10 | 8,03 | -0,31 | 3,27 | 1,65 | 0,103 | ↑ |

Anmerkung. Darstellung der JTCI-Erhebung in der Normpopulation im Vergleich zu den Werten der Stichprobe mit n=80 Patienten.

MW=Mittelwert, N=Normpopulation, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

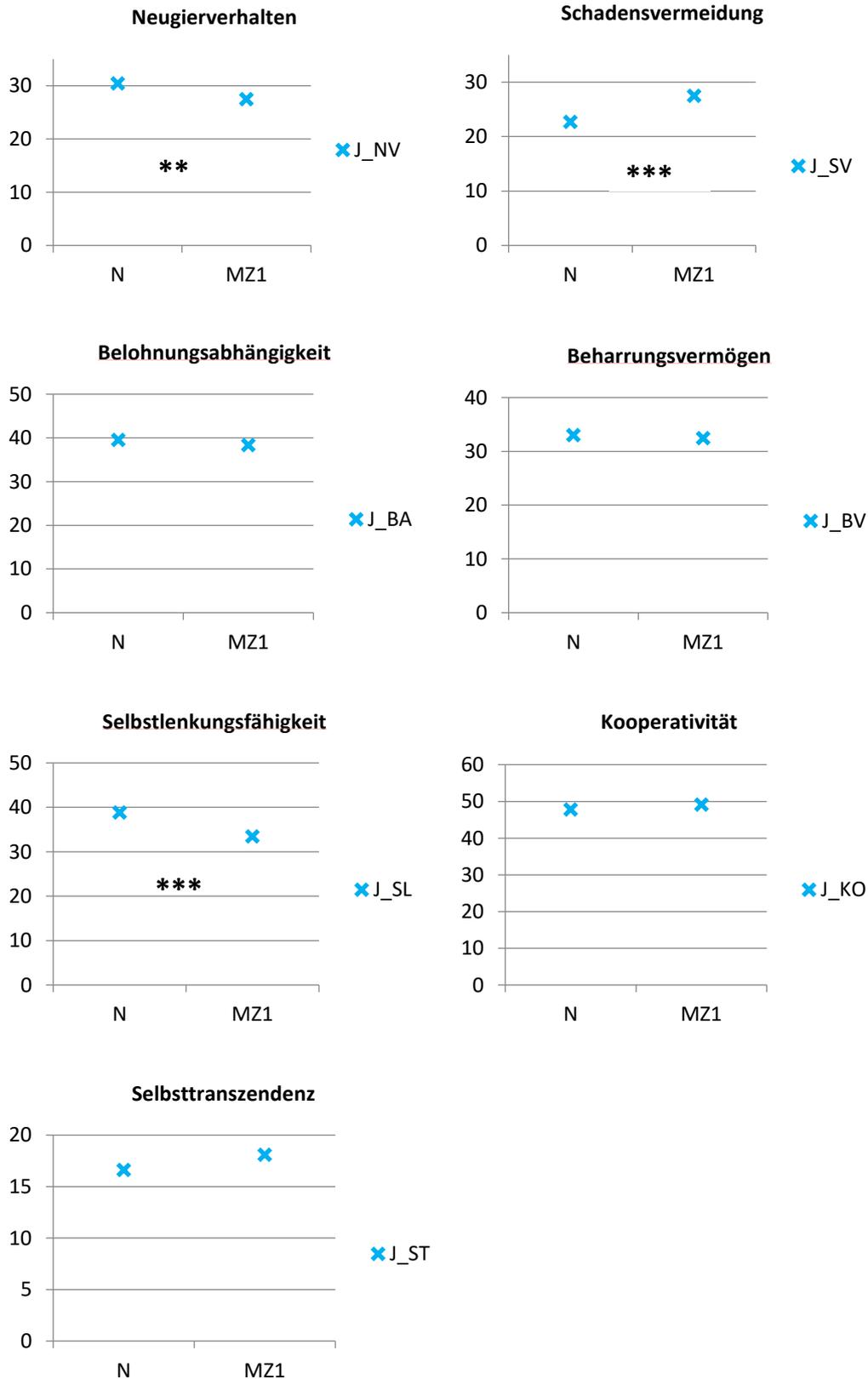


Abbildung 5. Graphische Darstellung des Vergleichs der JTCI-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Normpopulation (N), veröffentlicht im jeweiligen Handbuch, und der Stichprobe, erhoben zum Messzeitpunkt 1 (MZ1) (x-Achse) mit n=80 Patienten.

Tabelle 13*JTCI – Vergleich bei Aufnahme und Entlassung*

| | MW (MZ1) | MW (MZ2) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|--------------------------------------|-------------|-------------|------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-------|--------------------------------------|
| Neuigerverhalten | 27,05 | 27,47 | 5,19 | -1,70 | 0,85 | -0,66 | 0,509 | ↑ |
| Schadens- vermeidung | 26,89 | 26,86 | 6,19 | -1,49 | 1,55 | 0,04 | 0,968 | ↓ |
| Belohnungs- abhängigkeit | 38,55 | 39,59 | 5,59 | -2,42 | 0,33 | -1,52 | 0,134 | ↑ |
| Beharrungs- vermögen | 32,97 | 33,62 | 6,23 | -2,18 | 0,88 | -0,85 | 0,399 | ↑ |
| Selbstlenkungs- fähigkeit | 33,98 | 34,91 | 7,53 | -2,78 | 0,93 | -1,0 | 0,322 | ↑ |
| Kooperativität | 49,76 | 49,91 | 5,84 | -1,59 | 1,28 | -0,21 | 0,834 | ↑ |
| Selbsttranszendenz | 18,00 | 18,55 | 5,45 | -1,88 | 0,79 | -0,81 | 0,419 | ↑ |

Anmerkung. Darstellung der JTCI-Erhebung zum Messzeitpunkt 1 im Vergleich zu den Werten zum Messzeitpunkt 2 der Stichprobe mit n=66 Patienten.

MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, MZ2=Messzeitpunkt 2, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

5.2.5 Abhängigkeit der Veränderungen zwischen MZ1 und MZ2 von Patienteneigenschaften

In der Fragestellung 3 wurde die Abhängigkeit der Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten von bestimmten Patienteneigenschaften wie Geschlecht, Alter und Persönlichkeitsmerkmalen untersucht. Dabei wurden die bezüglich der Komplextherapie relevantesten Skalen der Fragebogenbatterie beleuchtet. Dies waren die drei Skalen des YSR, die vier Skalen der TAS 26 sowie die Skalen Emotionalität, affektive Beziehung und Summenwert des FB.

5.2.5.1 Geschlecht

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden in einem gemeinsamen Modell die Einflussnahme des Geschlechts und der Zeit (entsprechend dem Therapieeffekt) als unabhängige Variablen sowie der Interaktionseffekt dieser beiden Variablen auf die jeweilige abhängige Variable (Fragebogenskalenwerte) überprüft. Es sollte also empirisch untersucht werden, ob das Geschlecht einen Einfluss auf die psychometrischen Messdaten nimmt und ob beide unabhängigen Variablen miteinander interagieren, also abhängig voneinander die abhängige Variable beeinflussen.

Ein Interaktionseffekt zwischen dem Messzeitpunkt und dem Geschlecht auf die jeweiligen Fragebogenskalenwerte konnte ausschließlich für den Summenwert des Familienbogens signifikant nachgewiesen werden. So unterschieden sich diese Skalenwerte zu den Messzeitpunkten abhängig vom Geschlecht der Patienten. Betrachtet man die zugehörigen Mittelwerte, lässt sich erkennen, dass der Summenwert des FB bei den männlichen Patienten zwischen den Messzeitpunkten abnahm, wohingegen dieser bei den weiblichen Patienten über die Zeit hinweg zunahm. Ein vergleichbarer Trend zeigte sich auf der Skala affektive Beziehung des FB. Die Gesamtskalenwerte der TAS 26 hingegen nahmen bei den Mädchen ab, während es bei den Jungen zu einem geringen Anstieg der Werte zum Messzeitpunkt 2 kam.

Zusätzlich zu oben genannten Interaktionseffekten ergaben sich einige signifikante Unterschiede der Skalenwerte abhängig vom Geschlecht, unabhängig vom Messzeitpunkt. Innerhalb des Geschlechtervergleichs wiesen dabei die weiblichen Kinder und Jugendlichen über die Messzeitpunkte gemittelt auf einigen der untersuchten Skalen signifikant höhere Werte auf als die männlichen Patienten. Dies traf auf alle Skalen des YSR und auf die Skala 1 und die Gesamtskala der TAS 26 zu. Eine Tendenz zu höheren Werten für die Gruppe der Mädchen ergab sich bezüglich der Skala Emotionalität des FB.

Die beschriebenen Resultate sind in Tabelle 14 sowie in den Abbildungen 6.1 und 6.2 dargestellt.

Tabelle 14

Abhängigkeit der Veränderungen zwischen MZ1 und MZ2 vom Geschlecht

| | | F | p | Effektstärke |
|--|-----------------|------------|--------------------|---------------------|
| YSR Syndromskalen | MZ | 2,57 | 0,114 | |
| | Geschlecht | 8,59 | 0,005** | 0,118 |
| | MZ * Geschlecht | 0,012 | 0,914 | |
| YSR Internalisierende Auffälligkeiten | MZ | 7,61 | 0,008** | 0,106 |
| | Geschlecht | 10,02 | 0,002** | 0,135 |
| | MZ * Geschlecht | 0,000 | 0,995 | |
| YSR Externalisierende Auffälligkeiten | MZ | 0,005 | 0,942 | |
| | Geschlecht | 4,35 | 0,041* | 0,064 |
| | MZ * Geschlecht | 0,21 | 0,650 | |
| TAS 26 Skala 1 „Identifikation von Gefühlen“ | MZ | 1,04 | 0,311 | |
| | Geschlecht | 10,02 | 0,002** | 0,135 |
| | MZ * Geschlecht | 1,95 | 0,168 | |
| TAS 26 Skala 2 „Beschreibung von Gefühlen“ | MZ | 0,004 | 0,949 | |
| | Geschlecht | 2,75 | 0,102 | |
| | MZ * Geschlecht | 2,09 | 0,153 | |
| TAS 26 Skala 3 „Extern orientierter Denkstil“ | MZ | 0,76 | 0,387 | |
| | Geschlecht | 0,02 | 0,902 | |
| | MZ * Geschlecht | 1,59 | 0,212 | |
| TAS 26 Gesamtskala | MZ | 0,58 | 0,449 | |
| | Geschlecht | 6,98 | 0,010* | 0,098 |
| | MZ * Geschlecht | 3,78 | 0,056 [†] | 0,056 |
| FB Emotionalität | MZ | 0,57 | 0,453 | |
| | Geschlecht | 3,24 | 0,077 [†] | 0,048 |
| | MZ * Geschlecht | 0,08 | 0,774 | |
| FB Affektive Beziehung | MZ | 0,46 | 0,501 | |
| | Geschlecht | 0,68 | 0,414 | |
| | MZ * Geschlecht | 3,3 | 0,074 [†] | 0,049 |
| FB Summenwert | MZ | 0,37 | 0,546 | |
| | Geschlecht | 2,54 | 0,116 | |
| | MZ * Geschlecht | 4,82 | 0,032* | 0,070 |
| df=1, n=66 | | 1=männlich | 2=weiblich | |

Anmerkung. Mehrfaktorielle Varianzanalyse zur Untersuchung der Abhängigkeit der Veränderungen zwischen MZ1 und MZ2 vom Geschlecht mit n=66 Patienten (25 männlich, 41 weiblich).

MZ=Messzeitpunkt, F=F-Wert, p=Signifikanz, df=Anzahl der Freiheitsgrade, n=Patientenanzahl

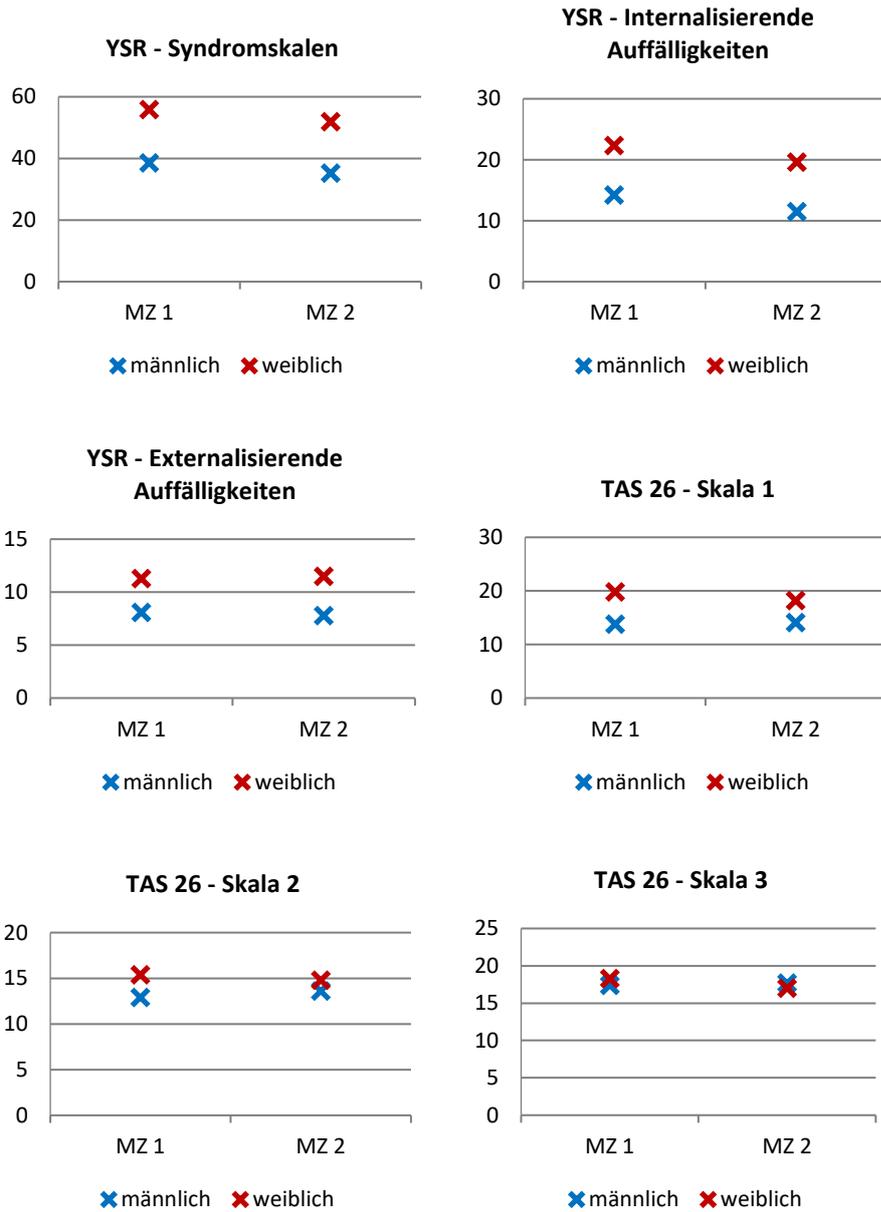


Abbildung 6.1. Abhängigkeit der Veränderungen zwischen Messzeitpunkt 1 (MZ1) und Messzeitpunkt 2 (MZ2) vom Geschlecht. Teil 1 der graphischen Darstellung des Vergleichs der Skalenmittelwerte (y-Achse) für die männlichen und weiblichen Patienten zum MZ1 und MZ2 (x-Achse) mit n=66 Patienten.

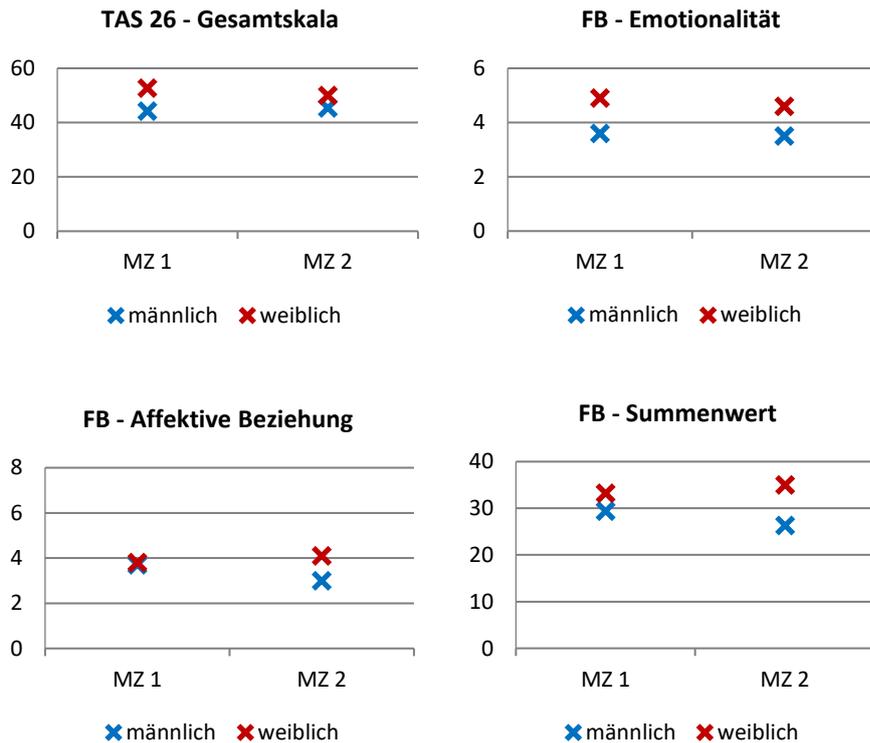


Abbildung 6.2. Abhängigkeit der Veränderungen zwischen Messzeitpunkt 1 (MZ1) und Messzeitpunkt 2 (MZ2) vom Geschlecht. Teil 2 der graphischen Darstellung des Vergleichs der Skalenmittelwerte (y-Achse) für die männlichen und weiblichen Patienten zum MZ1 und MZ2 (x-Achse) mit n=66 Patienten.

5.2.5.2 Alter

Das Modell der mehrfaktoriellen Varianzanalyse ist hier analog zu der Darstellung unter 5.2.5.1 zu interpretieren, nun mit dem Alter als unabhängiger Variable anstelle des Geschlechts.

Für die Skalen internalisierende Auffälligkeiten des YSR, Skala 1 und Gesamtskala der TAS 26 konnte ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Alter auf die Skalenwerte nachgewiesen werden. Angesichts der jeweiligen Mittelwerte kann von einer stärkeren Abnahme der Werte zum Messzeitpunkt 2 in der Altersklasse 2, sprich für die 15- bis 18-Jährigen, ausgegangen werden im Vergleich zu der jüngeren Patientengruppe. Es ergaben sich für die untersuchten Skalen keine signifikanten Unterschiede der Messwerte zwischen den Altersklassen unabhängig von den beiden Messzeitpunkten.

Eine detaillierte Darstellung der Werte findet sich in Tabelle 15 und den Abbildungen 7.1 und 7.2.

Tabelle 15

Abhängigkeit der Veränderungen zwischen MZ1 und MZ2 vom Alter

| | | F | p | Effektstärke |
|--|------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| YSR Syndromskalen | MZ | 2,28 | 0,136 | |
| | Alter | 0,51 | 0,479 | |
| | MZ * Alter | 2,42 | 0,125 | |
| YSR Internalisierende Auffälligkeiten | MZ | 7,08 | 0,010* | 0,100 |
| | Alter | 0,27 | 0,609 | |
| | MZ * Alter | 5,24 | 0,025* | 0,076 |
| YSR Externalisierende Auffälligkeiten | MZ | 0,06 | 0,816 | |
| | Alter | 1,48 | 0,228 | |
| | MZ * Alter | 2,58 | 0,113 | |
| TAS 26 Skala 1 „Identifikation von Gefühlen“ | MZ | 1,31 | 0,256 | |
| | Alter | 0,33 | 0,571 | |
| | MZ * Alter | 5,3 | 0,025* | 0,076 |
| TAS 26 Skala 2 „Beschreibung von Gefühlen“ | MZ | 0,02 | 0,895 | |
| | Alter | 1,28 | 0,263 | |
| | MZ * Alter | 1,73 | 0,193 | |
| TAS 26 Skala 3 „Extern orientierter Denkstil“ | MZ | 1,73 | 0,194 | |
| | Alter | 1,56 | 0,217 | |
| | MZ * Alter | 0,92 | 0,342 | |
| TAS 26 Gesamtskala | MZ | 1,04 | 0,312 | |
| | Alter | 0,40 | 0,529 | |
| | MZ * Alter | 4,05 | 0,048* | 0,060 |
| FB Emotionalität | MZ | 0,59 | 0,444 | |
| | Alter | 0,63 | 0,432 | |
| | MZ * Alter | 0,40 | 0,530 | |
| FB Affektive Beziehung | MZ | 0,04 | 0,834 | |
| | Alter | 1,13 | 0,293 | |
| | MZ * Alter | 0,04 | 0,834 | |
| FB Summenwert | MZ | 0,003 | 0,956 | |
| | Alter | 0,71 | 0,402 | |
| | MZ * Alter | 0,02 | 0,885 | |
| df = 1, n=66 | | Altersklasse 1 = 29 | Altersklasse 2 = 37 | |

Anmerkung. Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu Untersuchung der Abhängigkeit der Veränderungen zwischen MZ1 und MZ2 vom Alter mit n=66 Patienten. MZ=Messzeitpunkt, F=F-Wert, p=Signifikanz df=Anzahl der Freiheitsgrade, n=Patientenanzahl, Altersklasse 1=11-14 Jahre, Altersklasse 2=15-18 Jahre

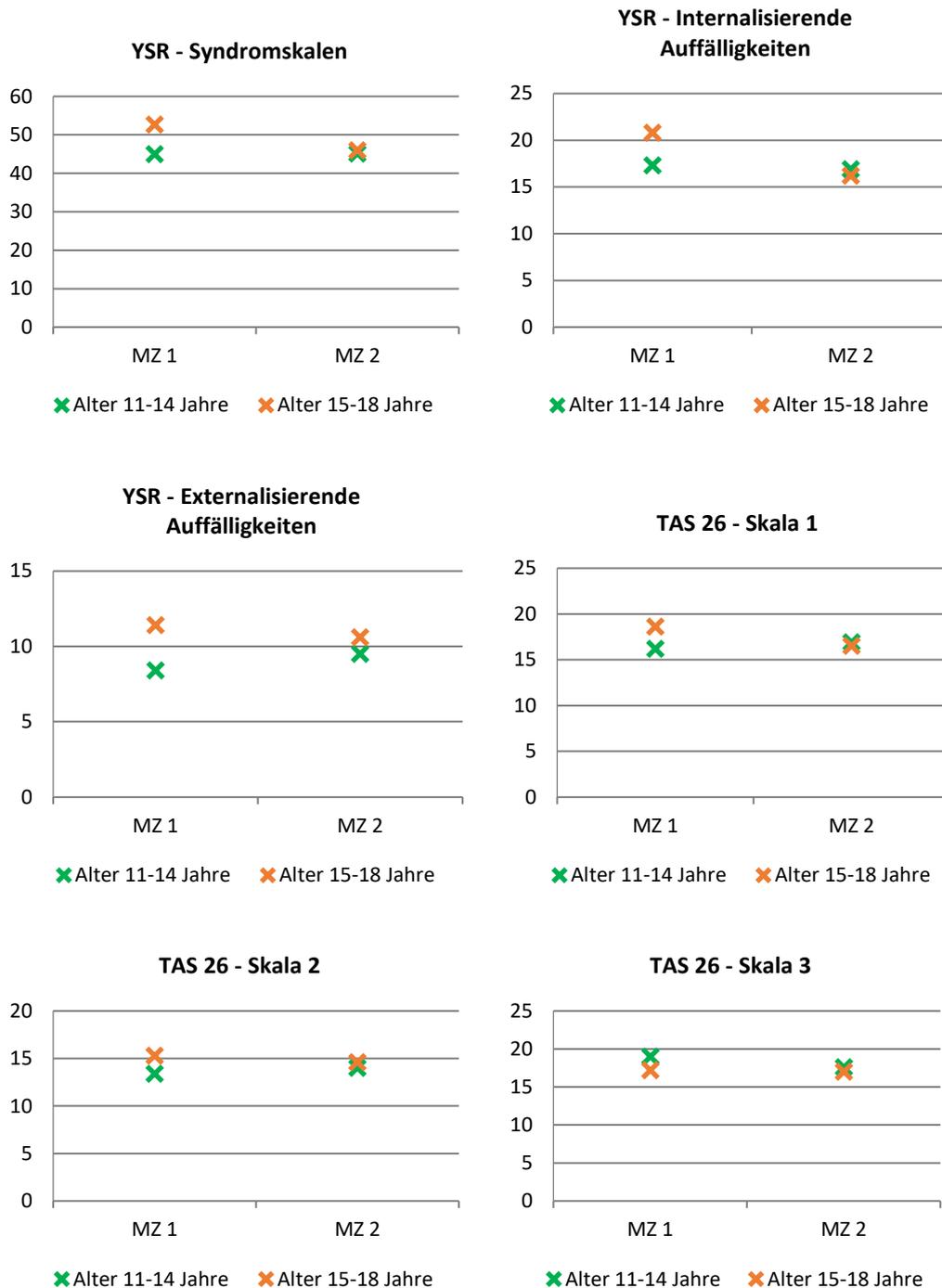


Abbildung 7.1. Abhängigkeit der Veränderungen zwischen Messzeitpunkt 1 (MZ1) und Messzeitpunkt 2 (MZ2) vom Alter. Teil 1 der graphischen Darstellung des Vergleichs der Skalenmittelwerte (y-Achse) für die Patienten der Altersklassen 1 (11-14 Jahre) und 2 (15-18 Jahre) zum MZ1 und MZ2 (x-Achse) mit n=66 Patienten.

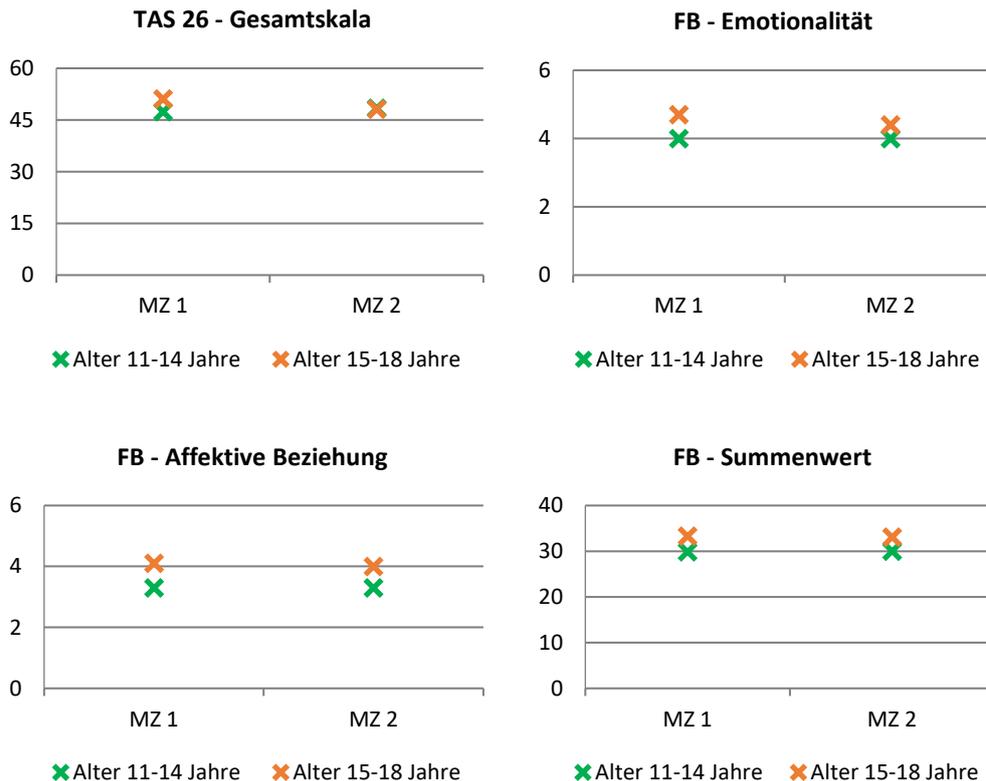


Abbildung 7.2. Abhängigkeit der Veränderungen zwischen Messzeitpunkt 1 (MZ1) und Messzeitpunkt 2 (MZ2) vom Alter. Teil 2 der graphischen Darstellung des Vergleichs der Skalenmittelwerte (y-Achse) für die Patienten der Altersklassen 1 (11-14 Jahre) und 2 (15-18 Jahre) zum MZ1 und MZ2 (x-Achse) mit n=66 Patienten.

5.2.5.3 Persönlichkeitsmerkmale

Die Untersuchung einer möglichen Abhängigkeit der Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, die im JTCI abgebildet wurden, erbrachte folgende Ergebnisse: zwischen der „Differenzvariablen YSR internalisierend“ und den JTCI Skalenwerten ließen sich keine signifikanten Korrelationen und Zusammenhänge im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalyse zeigen. In der Korrelationsanalyse nach Pearson stellten sich diesbezüglich lediglich ein Trend zur positiven Korrelation mit dem Neugierverhalten und ein Trend zur negativen Korrelation mit der Schadensvermeidung und der Kooperativität dar.

Angesichts der „Differenzvariablen YSR Syndromskalen“ und ihrer Zusammenhänge bildete sich eine signifikante negative Korrelation mit der Schadensvermeidung ab. Weitere Trends ergaben sich hinsichtlich der Korrelationen mit dem Neugierverhalten (positiv), mit der Selbstlenkungsfähigkeit (positiv) sowie mit der Kooperativität (negativ).

Die Regressionsanalyse erbrachte einen signifikanten Zusammenhang mit der Skala Kooperativität mit einem Regressionskoeffizienten von -0,653.

Die detaillierte Darstellung der zugehörigen Werte in Tabellenform kann im Anhang (Tabellen 16 und 17) eingesehen werden.

5.2.6 Vergleich Abbrecher – Nicht-Abbrecher zum MZ1

Betrachtete man den Vergleich zwischen den Abbrechern und den Nicht-Abbrechern über alle angewandten Fragebogenskalen hinweg, so wurden im YSR folgende Unterschiede deutlich: bei der Gruppe der Abbrecher waren externalisierende Auffälligkeiten signifikant stärker ausgeprägt als bei den Nicht-Abbrechern. Die Skala Syndromskalen zeigte einen Trend zu ebenfalls höheren Werten bei den Abbrechern (vgl. Tabelle 18 und Abbildung 8). Aufgrund eines signifikanten Levene-Tests bezüglich der Skala internalisierende Auffälligkeiten darf dieses Untersuchungsergebnis nicht interpretiert werden, da nicht von einer Varianzgleichheit ausgegangen werden kann. Daher wird diese Skala in der graphischen Darstellung hier nicht berücksichtigt.

Während sich sowohl innerhalb der TAS 26 als auch des JTCl keine signifikanten Unterschiede ergaben, ließen sich im FB signifikant höhere Werte in der Aufgabenerfüllung und signifikant niedrigere Werte in der Abwehr bei den Therapieabbrechern verzeichnen. Des Weiteren bestand bezüglich des FB-Summenwertes ein Trend zu höheren Werten bei den Abbrechern im Vergleich zu den Nicht-Abbrechern. Die genauen Zahlen werden in den Tabellen 19, 20 und 21 im Anhang ergänzend dargestellt.

Tabelle 18

Vergleich des YSR zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern zum MZ1

| YSR-Skala | Abbrecher | n | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p | Vergleich Merkmals- ausprägung |
|--|-----------|----|----------|-------|-----------------------------|-----------------------------|------|--------------------|--------------------------------------|
| Syndrom- skalen | nein | 70 | 48,91 | 24,67 | -1,31 | 31,28 | 1,83 | 0,071 ^t | ↑ |
| | ja | 10 | 63,90 | 20,4 | | | | | |
| Internalisierend (Levene signifikant) | nein | 70 | 18,96 | 11,64 | -1,71 | 8,8 | 1,41 | 0,174 | ↑ |
| | ja | 10 | 22,50 | 6,59 | | | | | |
| Externalisierend | nein | 70 | 9,96 | 6,81 | 2,52 | 11,76 | 3,08 | 0,003** | ↑ |
| | ja | 10 | 17,10 | 7,26 | | | | | |

Anmerkung. Darstellung der Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern auf den YSR-Skalen zum MZ1. n=Patientenanzahl, MW=Mittelwert, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

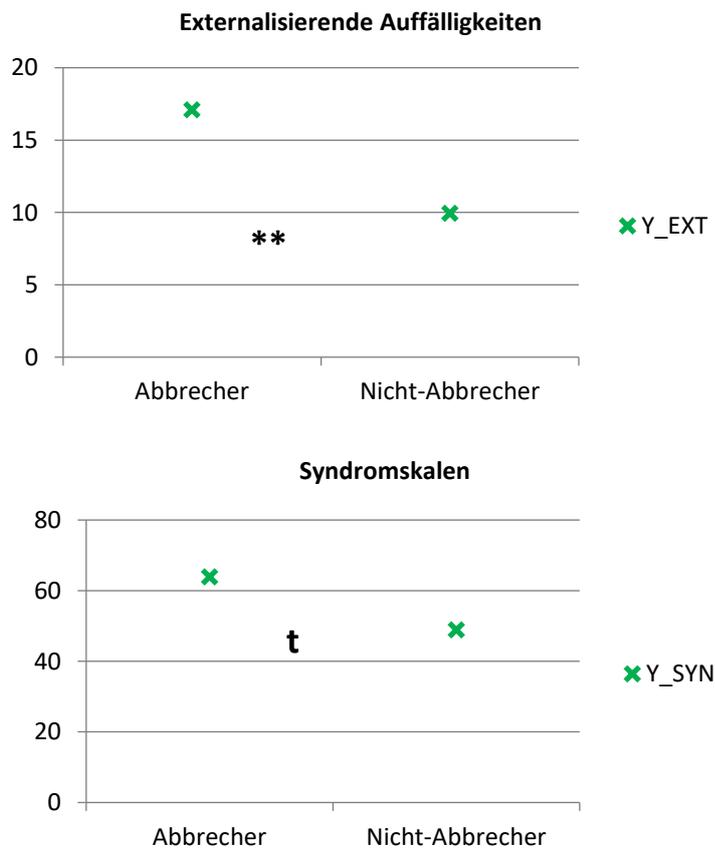


Abbildung 8. Graphische Darstellung des Vergleichs der YSR-Skalenmittelwerte (y-Achse) der Abbrecher und Nicht-Abbrecher (x-Achse), erhoben zum Messzeitpunkt 1 (MZ1) mit n(Abbrecher)=10 und n(Nicht-Abbrecher)=70.

6 Diskussion

Die unter 2.1 dargestellten Verfahren und Studienergebnisse zeigen, welchen grundsätzlichen Nutzen die standardisierte kontinuierliche Basis- und Leistungsdokumentation und Therapieevaluation sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Psychosomatik haben. Während der Suche nach bestehenden Konzepten der Basisdokumentation und Therapieevaluation in der psychosomatischen Versorgung wurde deutlich, dass die Kenntnis des Bedarfs solcher vorhanden ist, die Umsetzung und Einführung der Methoden in den Klinikalltag und vor allem die Standardisierung zum Zwecke der Vergleichbarkeit jedoch durchaus noch mit Schwierigkeiten verbunden sind. Zu diesem Zweck wurde in dieser Arbeit die Basisdokumentation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie weiter untersucht und der Stichprobenumfang ausgehend von den beiden unmittelbar vorausgegangenen Studien (Heinz, 2017; Zessin, 2017) vergrößert. Die zuvor von Brosig et al. (2011) entwickelte Testbatterie berücksichtigt dabei sowohl psychische und körperliche Symptome der Patienten als auch Affektregulation und Persönlichkeit und deckt außerdem den familiären Kontext mit ab. Dies zeigt die Bemühung, der Mehrdimensionalität pädiatrisch-psychosomatischer Störungsbilder und ihrer Entstehung sowie möglichen Ursachen gerecht zu werden. Die ursprüngliche ambulante Basisdokumentation (Brosig et al., 2011) wurde dabei modifiziert und auf ihre Anwendbarkeit im stationären Rahmen hin überprüft (Heinz, 2017).

6.1 Vergleich mit den Eichstichproben

Im angestellten Vergleich unserer Stichprobe mit den Eichstichproben der einzelnen Fragebogen bestätigten sich größtenteils die Ergebnisse der beiden zuvor durchgeführten Studien in der Kinder- und Familienpsychosomatik in Gießen, auch in dem erweiterten Patientenkollektiv.

Eine grobe Einteilung emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter lässt sich weiter in einerseits internalisierende und andererseits externalisierende Störungen vornehmen. Zur Erfassung dieser eignen sich die Fragebogeninventare nach Achenbach (1999), in diesem Fall wurde der YSR als Selbstbeurteilungsfragebogen für Kinder und Jugendliche eingesetzt. Im Vergleich zur Eichstichprobe konnten auf allen drei Skalen des YSR signifikante Unterschiede festgestellt werden: bezüglich externalisierender Auffälligkeiten sowie der Gesamtskala fielen die Werte unserer Stichprobe niedriger aus. Eine hingegen höhere Ausprägung ergab sich hinsichtlich der internalisierenden Auffälligkeiten, sodass die

vorherrschenden Störungsbilder eher den neurotischen Störungen zuzuordnen sind. Impulsive Verhaltensstörungen, welche durch die Subskalen aggressives Verhalten und dissoziales Verhalten innerhalb der externalisierenden Störungen erfasst wurden, waren weniger stark ausgeprägt. Nach Schmeck, Goth, Poustka und Cloninger (2001) stehen die Ergebnisse im Einklang mit den folgend genannten Befunden bezüglich des JTCl. In einer Untersuchung konnten sie zeigen, dass das Neugierverhalten als Temperamentskala positiv mit der Skala „externalisierend“ des YSR, die Schadensvermeidung dagegen positiv mit internalisierenden Störungen korreliert. Des Weiteren stellte sich heraus, dass allgemein klinische Auffälligkeiten im YSR zusammen mit einer niedrigen Selbstlenkungs-fähigkeit auftreten. Dabei wird die Selbstlenkungs-fähigkeit beispielsweise im Sinne von Verantwortlichkeit oder Zielorientiertheit angesehen (Schmeck, Goth, Poustka & Cloninger, 2001).

Einen weiteren bedeutenden Bestandteil der Fragebogenbatterie stellt die TAS 26 zur Erfassung der Alexithymieindices dar. Hier zeigten sich sowohl bei der Identifikation als auch bei der Beschreibung von Gefühlen signifikant stärker ausgeprägte Schwierigkeiten in der Stichprobe im Vergleich zur Eichstichprobe. Die Skala extern orientierter Denkstil wie auch der Alexithymie-Gesamtwert ergaben ebenfalls signifikant höhere Werte. Wie unter 2.2 beschrieben, wurde bei der Befragung einiger deutscher Kinderkliniken deutlich, dass die Beurteilung der Alexithymie im Rahmen einer stationären psychosomatischen Therapie bisher in den meisten Einrichtungen keinen Teil der Basisdokumentation darstellte (Heinz, 2017). Dabei ist die Einschätzung des emotionalen Verhaltens und emotionaler Fähigkeiten gerade bei Psychosomatik- und Psychotherapiepatienten von enormer Bedeutung. Insbesondere für die somatoformen Störungen, die Essstörungen, aber auch für Depressionen gibt es Hinweise, dass die Alexithymie mit einer höheren Prävalenz als in der Normalbevölkerung vertreten ist (Schäfer & Franz, 2009).

Spitzer, Masuhr, Jaeger und Euler (2018) beschrieben ein Problem der psychischen Pseudogesundheit innerhalb eines Kollektivs von Psychotherapiepatienten. Häufig ergeben sich bei diesen Patientengruppen durch Selbstbeurteilung keine Psychopathologien und keine Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung. Als mögliche Ursachen werden eine deutliche Alexithymie oder auch die Dissimulation von Symptomen bedingt durch soziale Erwünschtheit oder eine innere Abwehrhaltung aufgeführt. Zur Ergänzung der psychometrischen Diagnostik trotz pseudonormaler Ergebnisse in der Selbstbeurteilung und Symptombelastung wird daher ergänzend der

Einsatz von Fremdbeurteilungsinventaren vorgeschlagen (Spitzer, Masuhr, Jaeger, & Euler, 2018).

Einen großen Stellenwert in der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie nimmt des Weiteren die Familientherapie ein (siehe 1.3.4). Zur Einschätzung der familiären Funktionalität und möglicher Stärken und Schwächen kam der allgemeine Familienfragebogen zum Einsatz. Hier zeigten sich im Vergleich zur Normpopulation in verschiedenen Bereichen signifikante Abweichungen. So zum Beispiel bezüglich der Skala Aufgabenerfüllung, wodurch Schwierigkeiten bei der adäquaten Reaktion auf veränderte Anforderungen innerhalb des familiären Systems oder bei erschöpften Bewältigungsstrategien in Krisensituationen angezeigt werden können. Durch Diskrepanzen bei der Kommunikation, als nächste Skala des FB, ist ein angemessener Informationsaustausch sowie die innerfamiliäre Verständigung in Gefahr, wodurch Krisensituationen weiter aggravieren können. Auch bezüglich der Emotionalität zeigte die Stichprobe signifikant erhöhte Werte. Dies kann sich in Form von Desinteresse und Distanziertheit oder aber in übertrieben ausgeprägtem emotionalem Verhalten im Vergleich zur Eichstichprobe äußern. Ein Trend zu ebenfalls verstärkter Ausprägung war in der zweiten affektiven Skala affektive Beziehung zu verzeichnen, welche Ausdruck von fehlender Empathie, mangelnder Autonomie, narzisstischen oder aber extrem symbiotischen Beziehungen sein kann. Das Kontrollverhalten einzelner Familienmitglieder hat einerseits die Funktion der Aufrechterhaltung und andererseits der Anpassung von innerfamiliären Prozessen und Verhalten. Hohe Werte auf der Skala Kontrolle, wie sie in der Stichprobe vorlagen, können Hinweise für fehlende Spontaneität oder aber chaotische Abläufe, für eher rigide oder auch unstrukturierte familiäre Muster sein. Dies kann ebenso das Zurechtkommen mit alltäglichen Anforderungen erschweren (Cierpka & Frevert, 1994).

Die oben genannten Auffälligkeiten deuten auf verstärkte Probleme der Familienfunktionalität innerhalb der Stichprobe in verschiedenen Bereichen hin. Sie unterstreichen ein weiteres Mal die Rolle, die der Familiendiagnostik und -therapie in pädiatrisch-psychosomatischen Behandlungskonzepten zukommt.

Reich (2003) fasste am Beispiel der Essstörungen den Einfluss familiärer Beziehungen und Strukturen auf Entstehung und Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes bei Kindern und Jugendlichen zusammen. Demnach weisen Familien Essgestörter eine schlechtere Organisation und stärkeres Kontrollverhalten mit rigiden Verhaltensmustern auf. Die innerfamiliären Beziehungen sind eng, wodurch die Unabhängigkeit und Autonomie der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt wird. Auch in der Kommunikation bestehen

oftmals Defizite, Konflikte werden vermieden und der Ausdruck von Affekten häufig unterdrückt. Unter anderem diese Kombination von Merkmalen wird im „Modell der psychosomatischen Familie“ vereint (Reich, 2003, S. 28) und wurde in der vorliegenden Stichprobe durch den hier angewandten Familienbogen sehr ähnlich abgebildet und erfasst.

Zur Untersuchung der Persönlichkeitsmuster der Patienten wurde das JTCl, gegliedert in Temperament- und Charakterskalen, herangezogen. Dabei zeigten sich in unserer Stichprobe signifikant niedrigere Werte bezüglich des Neugierverhaltens sowie signifikant höhere Werte auf der Skala Schadensvermeidung als in der Normpopulation, was beides für einen eher besorgt-vorsichtigen, unsicheren Persönlichkeitstyp spricht. Passend dazu waren auf der Charakterskala Selbstlenkungsfähigkeit signifikant niedrigere Werte zu verzeichnen, ein weiteres typisches Merkmal einer ineffektiv-unsicheren Persönlichkeitsstruktur (Goth & Schmeck, 2009).

Zusammenfassend konnte man feststellen, dass die Stichprobe im Vergleich zur Eichstichprobe deutliche Abweichungen in den erhobenen Merkmalen aufwies, was zu den vorliegenden pädiatrisch-psychosomatischen Störungsbildern passte.

Dabei muss man berücksichtigen, dass die Verteilung der Altersklassen in unserer klinischen Stichprobe von der Altersverteilung innerhalb der Eichstichproben abweicht. Während in den Eichstichproben die Altersklassen gleichmäßig verteilt sind, überwiegt in unserer Stichprobe die Altersklasse der 15-18-Jährigen gegenüber den 11-14-Jährigen (59% versus 41%, siehe 5.1.1). Ob und inwiefern dies Auswirkungen auf die Ergebnisse bei der Testung unserer Stichprobe gegen die Eichstichproben hat, bleibt spekulativ und muss bei der Interpretation als limitierender Faktor bedacht werden.

6.2 Vergleich Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt

Beginnend mit dem YSR sprachen die internalisierenden Auffälligkeiten der Patienten im Sinne einer Abnahme der Skalenwerte signifikant auf die Therapie an, während die externalisierenden Auffälligkeiten über die Therapie hinweg nahezu unverändert blieben. Dies bestätigt die Ergebnisse der vorangegangenen Studie (vgl. Zessin, 2017). Eine naheliegende Interpretation lässt vermuten, dass die pädiatrisch-psychosomatische Komplextherapie passend für das Patientenkollektiv mit vorrangig internalisierenden Störungen ausgelegt und geeignet ist. Hinsichtlich der Syndromskalen als Gesamtskala zeichnete sich ein Trend zu ebenfalls verminderten Werten zum Ende der stationären Therapie ab.

Bazargan und Pakdaman (2016) untersuchten an einer Stichprobe von 14- bis 18-jährigen weiblichen Jugendlichen die Wirksamkeit von Kunsttherapie bezüglich internalisierender und externalisierender Störungen. Als ein Teil der psychoanalytischen Therapien umfasst die Kunsttherapie allgemein verschiedene Bereiche wie Theater, Musik, Tanz, Bewegung und Malerei. Diese Methoden verhelfen Patientinnen und Patienten dazu, schwierige Emotionen und Erfahrungen zum Ausdruck zu bringen und durch die Konfrontation zu verarbeiten (Bazargan & Pakdaman, 2016). Im Folgenden ist mit Kunsttherapie im engeren Sinne die Malerei gemeint, die in der berichteten Studie zum Einsatz kam. Es wurden zwei Kollektive gebildet, 30 Schüler mit internalisierenden und 30 Schüler mit externalisierenden Auffälligkeiten. Innerhalb dieser Kollektive wurden jeweils eine Versuchsgruppe und eine Kontrollgruppe randomisiert gebildet. Vor und nach insgesamt sechs 1,5-stündigen Kunsttherapiestunden wurde zur Beurteilung internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten ein Selbstbeurteilungsbogen der Achenbach-Skalen mit 112 Items erhoben. Daraus ergab sich eine signifikante Abnahme der Werte in der Gruppe der internalisierenden Störungen nach sechs Maltherapieeinheiten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Innerhalb der Versuchsgruppe mit externalisierenden Störungen konnte keine signifikante Abnahme der Skalenwerte gezeigt werden (Bazargan & Pakdaman, 2016). Dieses Ergebnis steht mit den Ergebnissen unserer Untersuchungen im Einklang, wobei die Kunsttherapie ebenfalls einen Bestandteil der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie in unserem Behandlungskonzept darstellte. Allerdings ergeben sich einige Limitationen der berichteten Studie. So rekrutierten Bazargan et al. (2016) die Stichprobe aus ausschließlich weiblichen Jugendlichen, die eine Kunstschule besucht hatten. Daher könnten laut der Autoren die Effekte der Kunsttherapie überschätzt worden und eine Übertragung auf die Gesamtbevölkerung eingeschränkt sein. Bezüglich der Wirksamkeit bei externalisierenden Störungen schlägt die Forschergruppe für weitere Untersuchungen eine größere Anzahl an Therapiesitzungen vor, da zur Verbesserung der Regulation und Kontrolle von Emotionen als Therapieziel in dieser Gruppe möglicherweise mehr Zeit benötigt wird (Bazargan & Pakdaman, 2016). Auch dieser Aspekt lässt sich für unser Patientenkollektiv diskutieren. Demnach könnte für Kinder und Jugendliche mit vorrangig externalisierenden Störungen eine längere Therapiedauer bzw. eine höhere Anzahl der Therapieeinheiten geplant werden. Weiterführende Untersuchungen könnten sich damit beschäftigen, wie sich dies auf das Therapieoutcome oder aber auch auf die Anzahl der Therapieabbrüche auswirkt.

Die Affektregulation, welche sich in der Stichprobe über alle Skalen der TAS 26 hinweg als auffällig erwies, zeigte im zeitlichen Verlauf am Ende der Therapie keine signifikanten

Veränderungen. Dies lässt darauf schließen, dass die Affektverarbeitung bzw. die Alexithymie ähnlich der im JTCl erfassten Temperament- und Charaktereigenschaften als zeitlich tendenziell eher stabiles Merkmal anzusehen ist.

In Finnland untersuchte eine Forschergruppe in einer 4-Jahres-Follow-up-Studie die Stabilität der Alexithymie in einem Kollektiv von 315 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 17 bis 21 Jahren. Die Stichprobe wurde aus Studenten rekrutiert, die zuvor an Studien zur Untersuchung von Essstörungen teilgenommen hatten. Laut der Autoren konnte in verschiedenen vorangegangenen Studien gezeigt werden, dass Alexithymie in dieser Altersklasse vor allem mit Depressionen, Angststörungen sowie Essstörungen assoziiert ist. Als Messinstrument kam die TAS 20 zum Einsatz, mit welcher die Alexithymieindices zu Beginn und nach einem Zeitraum von vier Jahren erhoben wurden. Anfangs wiesen 8,3% der Studienteilnehmer eine hohe Ausprägung der Alexithymie und 13,7% eine moderate Ausprägung auf. Nach vier Jahren waren es 8,6% bzw. 14,4%. Aufgrund dieser statistisch signifikanten Ergebnisse beschrieben die Autoren der Publikation die Alexithymieausprägung auf der TAS 20 als stabil über den Beobachtungszeitraum hinweg (Karukivi, Pölönen, Vahlberg, Saikkonen, & Saarijärvi, 2014).

Schäfer und Franz (2009) stellten zwei verschiedene Betrachtungsweisen der Alexithymie dar. Demnach kann diese einerseits als ein zeitlich recht stabiles Konstrukt angesehen werden, oder aber, kovariierend mit der Ausprägung einer vorhandenen depressiven Störung, als lediglich relativ zeitlich stabil in Erscheinung treten (Schäfer & Franz, 2009).

Der Therapiezeitraum von meist vier bis sechs Wochen reichte in unserer Untersuchung nicht aus, um signifikante Verbesserungen der Alexithymieindices zu erzielen und nachzuweisen. Die Beobachtung des weiteren Verlaufs mit beispielsweise der Erhebung einer Katamnese nach einem Jahr könnte Inhalt weiterführender Untersuchungen sein.

Die Analyse der Familiendynamik im Vergleich bei Aufnahme und Entlassung mithilfe des FB verhält sich ähnlich wie die Ergebnisse der TAS 26. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede über den Therapiezeitraum hinweg feststellen. Eine sinnvolle Ergänzung könnte hier ebenfalls die Erhebung einer Katamnese nach beispielsweise einem Jahr darstellen. Vermutlich bedarf es für Veränderungen hinsichtlich der Familienfunktionalität länger andauernder Prozesse, welche erst in vollen Zügen anlaufen, wenn die Kinder und Jugendlichen wieder zurück zu Hause in ihrem familiären Umfeld sind. Dann beginnt die Konfrontation mit den alltäglichen und innerfamiliären Anforderungen und eventuellen Konfliktpotenzialen, die bewältigt werden müssen.

Ebenso konnten Kronmüller et al. (2009) bei der Untersuchung einer psychodynamischen Kurzzeittherapie für Kinder und Jugendliche keine signifikante Verbesserung der Familienfunktionalität nach einem Therapiezeitraum von vier Monaten nachweisen. Dabei bestand die Stichprobe aus 54 Patienten mit internalisierenden, externalisierenden sowie gemischten Störungsbildern und deren Eltern. Es erfolgten 25 Therapiestunden, begleitet von im Mittel vier Elterngesprächen. Zur Erhebung der Familienfunktionalität kam ebenfalls der allgemeine Familienbogen zum Einsatz, der hier allerdings von den Eltern (meistens von den Müttern) zu Therapiebeginn und -ende bearbeitet wurde. Als Limitation der Studie gaben die Autoren unter anderem den alleinigen Einsatz eines Fragebogens zur Einschätzung der familiären Funktionalität an. Für zukünftige Untersuchungen schlugen sie die Anwendung ergänzender Instrumente wie Fremdbeurteilungsinventare und Verhaltensbeobachtungen vor (Kronmüller et al., 2009). Dieser Vorschlag kann gleichermaßen auf unsere Untersuchung übertragen und für weiterführende Arbeiten diskutiert werden.

Bezüglich des JTCI ließen sich im Vergleich der Werte zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt keine signifikanten Unterschiede erkennen. Dieses Ergebnis war zu erwarten. Die Dimension des Temperaments wird, basierend auf Cloningers Persönlichkeitsmodell, als recht stabile, teils biologisch begründete Grundlage der Persönlichkeit eines Individuums angesehen. Auch wenn vergleichend die Flexibilität der Charakterskalen, als zweite Dimension des JTCI, höher eingeschätzt wird, gelten sie dennoch ebenfalls als zeitlich relativ stabil (Goth & Schmeck, 2009). Somit ist über einen Behandlungszeitraum von einigen Wochen mit keiner Veränderung bestehender Persönlichkeitsmuster zu rechnen. Das JTCI eignet sich daher nicht zur Evaluation eines Behandlungseffektes. Die Erhebung bei der Aufnahme kann diagnostisch der grundlegenden Einschätzung der Kinder und Jugendlichen dienen und dabei helfen, therapeutische Prozesse zu optimieren und auf die jeweiligen Bedürfnisse und Persönlichkeitsstrukturen des Einzelnen anzupassen.

Generell ist die Verlässlichkeit der Ergebnisse in der Selbstbeurteilung direkt von der Bereitschaft der Patienten zu wahrheitsgetreuen und verantwortungsbewussten Antworten abhängig. Gegebenenfalls sinkt die Compliance zur Fragebogenbeantwortung mit zunehmender Therapiedauer, vor allem bei Patienten mit einem guten Therapieoutcome. Patienten mit einem geringeren Behandlungserfolg hingegen neigen dazu, ihre Antworten geleitet von sozialen Erwartungen abzugeben.

Diese Aspekte können die Reliabilität und statistische *power* solcher Untersuchungen beeinflussen (Ohmann et al., 2013).

In einer vergleichenden Untersuchung der eingeschätzten Symptombelastung der Patienten aus drei verschiedenen Perspektiven, nämlich der des Patienten, der Eltern und des Therapeuten, konnte gezeigt werden, dass die Jugendlichen selbst eine stärkere Symptomschwere zu Beginn und auch eine größere Symptomreduktion am Therapieende angaben. Die Einschätzung der Therapeuten fiel ähnlich aus. Die Eltern hingegen sahen die Symptombelastung ihrer Kinder als weniger schwer an und bewerteten die Veränderungen zum Therapieende als geringfügiger. Eine mögliche Schlussfolgerung war, dass die Eltern gerade im Jugendalter geringere Einblicke und Zugang zum psychischen Befinden ihrer Kinder haben. Gerade deshalb ist auch hier der Einbezug der Eltern in den Therapieverlauf von großer Bedeutung (Seiffge-Krenke, 2011).

6.3 Abhängigkeit der Veränderungen von Patienteneigenschaften

Um mögliche beeinflussende Faktoren oder Prädiktoren für einen Behandlungseffekt zu evaluieren, erfolgte die Untersuchung der Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten. Aus der Testbatterie wurden die Skalen mit der höchsten Relevanz für die pädiatrisch-psychosomatische Komplextherapie und den vorher-nachher-Vergleich ausgewählt. Zu diesen gehörten die drei Skalen des YSR, die vier Skalen der TAS 26 und die Skalen Emotionalität, affektive Beziehung und der Summenwert des FB.

Dabei ergaben sich hinsichtlich des Geschlechts und des Alters signifikante Unterschiede. Bezüglich der Persönlichkeitsmerkmale im JTCI fielen die Ergebnisse teilweise den zuvor genannten Untersuchungen entsprechend und teilweise weniger eindeutig aus.

Das Geschlecht nahm einen signifikanten Einfluss auf einige Skalenwerte der Fragebogen. Dass Mädchen höhere Scores im Bereich der internalisierenden Störungen als auch bezüglich Alexithymie und der Affektregulation im Vergleich zu den männlichen Patienten aufwiesen, deckte sich mit den Ergebnissen aus einigen anderen Studien.

So untersuchten Verhulst et al. (2003) mithilfe des YSR als Testinstrument erhobene Probleme und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in sieben verschiedenen Ländern. Dabei stellten sie unter anderem Vergleiche zwischen männlichen und weiblichen Befragten an. Hierbei wiesen die weiblichen Teilnehmer eine signifikant stärkere Ausprägung von internalisierenden Auffälligkeiten auf, während externalisierende Auffälligkeiten signifikant vorrangig die männlichen Studienteilnehmer

betrafen. Dieses Ergebnis war über die sieben verschiedenen Kulturen weitgehend konsistent (Verhulst et al., 2003).

In einer schwedischen Studie wurde basierend auf einer anonymen Internetbefragung von 10- bis 24-jährigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen deren selbst wahrgenommene psychosomatische Gesundheit erhoben. Dafür beantworteten die Studienteilnehmer Fragen zur Häufigkeit von wahrgenommenem Stress, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Leiden unter Kopf- und Bauchschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit sowie angespannter und schwacher, niedergeschlagener Stimmung. Es fanden sich folgende Ergebnisse: die weiblichen Befragten gaben einen signifikant höheren Grad an wahrgenommenem Stress an als die männlichen Befragten, wobei die Häufigkeit von „gestresst sein“ von 30% der weiblichen und 19% der männlichen Teilnehmer mit „sehr häufig“ eingeschätzt wurde. Im Altersgruppenvergleich zeigte sich diesbezüglich ein Peak in der Altersgruppe der 16- bis 18-Jährigen, sowohl für die Jungen als auch für die Mädchen. Dabei stieg der Anteil der „sehr häufig gestressten“ weiblichen Befragten über die Altersgruppen bis zu den 16- bis 18-Jährigen sukzessive an, während sich der Anteil der männlichen Befragten diesbezüglich eher konstant hielt. Des Weiteren schätzten die weiblichen Teilnehmer ihre (psychosomatische) Gesundheit, repräsentiert durch oben genannte Parameter, niedriger ein als die männlichen Teilnehmer. In beiden Geschlechtergruppen ergab sich mit zunehmendem Alter eine schlechtere selbsteingeschätzte Gesundheit (Friberg, Hagquist, & Osika, 2012).

Die Autoren der berichteten Studie nannten mehrere mögliche Erklärungen für die oben genannten Ergebnisse. Diskutiert wurde einerseits, dass Mädchen ihr Befinden und ihre psychische Gesundheit besser und intensiver reflektieren und einordnen können. Gegebenenfalls neigen Jungen eher dazu, sich selbst und ihr inneres Befinden physisch auszudrücken, beispielsweise in Aktivitäten wie Sport. Andererseits war denkbar, dass wirklich ein realer Unterschied im Stresslevel und der psychosomatischen Gesundheit zwischen Mädchen und Jungen besteht (Friberg et al., 2012).

Vor allem Mädchen sind durch hohe Erwartungshaltungen an sich selbst und dadurch entstehenden inneren Druck belastet. Auch ein hoher Druck seitens der Schule wird vor allem von Mädchen als stressauslösend empfunden. Eine erlebte Hilflosigkeit und damit das Gefühl der Unfähigkeit, in deren Situation zurecht zu kommen, wurden auch eher von Mädchen als von Jungen berichtet (Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström, & Fjellman-Wiklund, 2012).

Bezüglich der signifikanten Interaktion zwischen Messzeitpunkt und Geschlecht mit Einflussnahme auf den Summenwert des FB bleibt eine plausible Erklärung und Interpretation, weshalb es bei den Jungen zu einer Abnahme und bei den Mädchen zu einer Zunahme des Skalenwertes kam, offen.

Dass ältere Jugendliche im Alter von 16 bis 18 Jahren im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe stärkere psychosomatische Beschwerden und eine deutlicher ausgeprägte Wahrnehmung von Stress angeben (vgl. Friberg et al., 2012), konnte in unserem Studienkollektiv hinsichtlich Auffälligkeiten im YSR, der TAS 26 oder dem FB nicht bestätigt werden. Möglicherweise würde sich dies bei einem größeren Stichprobenumfang ändern. Allerdings ergaben sich in unserer Datenauswertung Hinweise darauf, dass ältere Kinder und Jugendliche (hier die Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen) in einigen Bereichen gegebenenfalls stärker von der Komplextherapie profitieren könnten als die jüngeren Patienten. Sowohl die internalisierenden Auffälligkeiten als auch Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und der Gesamalexithymiewert zeigten eine deutlichere Verbesserung über den Therapiezeitraum im Vergleich der beiden Messzeitpunkte als in der jüngeren Altersgruppe. Vor dem Hintergrund, dass angenommen werden kann, dass die 15- bis 18-Jährigen kognitiv reifer und weiter entwickelt sind und daher die Situation sowie ihr Verhalten besser einordnen und reflektieren können, stellt dies einen möglichen Erklärungsansatz dar. Dies könnte die aktive Mitarbeit im Therapieprozess positiv beeinflussen. Möglicherweise erleichtert ein fortgeschrittener Entwicklungsstand außerdem die Kommunikation zwischen den Therapeuten und den älteren Patienten im Vergleich zu beispielsweise den 11-jährigen Patienten. Diesbezüglich kommt den nonverbalen Therapiebestandteilen wie der Kunsttherapie eine wichtige Bedeutung zu. Durch sie kann auf eine simple Art und Weise unabhängig vom Sprachverständnis kommuniziert werden (Bazargan & Pakdaman, 2016).

Als weiteren möglichen Grund kann allgemein das Fragebogenverständnis in Betracht gezogen werden. Vorstellbar ist, dass trotz der an das Kinder- und Jugendlichenalter angepassten Formulierungen Items von den älteren Patienten besser verstanden werden. Dies lässt die Überlegung zu, dass die Antworten der älteren Altersgruppe verlässlicher und realitätsgetreuer sind als die der Jüngeren. Andererseits ist es bei älteren Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls wahrscheinlicher, dass es zu pseudonormalen psychometrischen Testergebnissen kommt, wenn sie die Fragen im Sinne sozialer Erwünschtheit beantworten (siehe dazu auch 6.1).

Denkbar wäre auch, dass sich die oben genannten Therapieeffekte in der jüngeren Altersklasse erst nach längerer Therapiedauer nachweisen lassen. Die Untersuchung von Unterschieden zwischen der Verweildauer und den Therapieeffekten könnte ebenfalls Teil zukünftiger Studien sein.

Die Ergebnisse der Untersuchung des dritten Aspekts, der Persönlichkeitsmerkmale, bezüglich der oben genannten Fragestellung lassen sich teilweise erneut mit den von Schmeck et al. (2001) aufgeführten Zusammenhängen in Einklang bringen, welche bereits unter 6.1 dargelegt wurden. Im Unterschied zu den Untersuchungen von Schmeck et al. (2001) wurde hier nun allerdings Bezug auf die Veränderungen durch die Therapie genommen und keine einfache Korrelation zwischen zwei Merkmalen untersucht. Je stärker ausgeprägt dabei in unserer Untersuchung die Verbesserungen der internalisierenden Auffälligkeiten und der Gesamtauffälligkeiten im YSR über den Therapiezeitraum hinweg waren, desto weniger Probleme bestanden bei Aufnahme (MZ1) bezüglich der Temperamentskala Schadensvermeidung, welche allgemein Teil einer unsicheren Persönlichkeit sind. Signifikant war dieses Ergebnis nur bezüglich der Syndromskalen des YSR. Die Regressionsanalyse hingegen zeigte kein signifikantes Ergebnis, sodass man von der Ausprägung der Schadensvermeidung als Persönlichkeitsmerkmal nicht auf den Therapieeffekt, repräsentiert durch die jeweilige Differenzvariable, schließen kann.

Eine weitere Studie mit ähnlichen, dazu passenden Ergebnissen wurde 2006 an 623 Schülerinnen und Schülern der Allgemeinbevölkerung in Südkorea durchgeführt. Dabei erfolgte die Selbsteinschätzung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten mittels YSR, Temperament- und Charaktereigenschaften wurden mit dem JTCl erhoben. Hier zeigten sich eine positive Korrelation zwischen einerseits der Schadensvermeidung und internalisierenden Problemen, andererseits dem Neugierverhalten und externalisierenden Störungen. Bezüglich der Selbstlenkungsfähigkeit stellte sich sowohl mit internalisierenden als auch mit externalisierenden Auffälligkeiten ein negativ korrelierender Zusammenhang dar. Die Kooperativität, als weitere Charakterskala, war negativ assoziiert sowohl mit der Subskala sozialer Rückzug der internalisierenden Auffälligkeiten als auch mit kriminell-dissozialem Verhalten und aggressivem Verhalten der externalisierenden Störungen (Kim et al., 2006). Unterschiede im Vergleich zu einigen vorangegangenen Studien und auch unserer Untersuchung ergaben sich unter anderem bezüglich der Stichprobe: Kim et al. (2006) rekrutierten die untersuchte Stichprobe aus der koreanischen Allgemeinbevölkerung. Die Autoren der Studie interpretierten die dennoch ähnlichen Ergebnisse zu anderen Studien als relative

interkulturelle Stabilität der Zusammenhänge zwischen Temperament und Charakter und psychopathologischen Auffälligkeiten. Sie bestätigten die Ergebnisse in der Allgemeinbevölkerung, die teilweise zuvor an Patientenkollektiven mit psychischen Problemen nachgewiesen wurden (Kim et al., 2006).

Etwas schwieriger zu interpretierende Ergebnisse ergaben sich in unserer Untersuchung hinsichtlich der Kooperativität. Demnach war eine niedrigere Kooperativität mit einer stärkeren Verbesserung der Gesamtauffälligkeiten im YSR verbunden und konnte diesen Effekt als Prädiktor vorhersagen. Als mögliche Erklärung wäre vorstellbar, dass der Wert der Skala Kooperativität von dem Messzeitpunkt 1, sprich bei Aufnahme verwendet wurde. Man könnte vermuten, dass sich Aspekte wie Mitgefühl, angemessenes soziales Verhalten, Toleranz und Rücksichtnahme, die die Kooperativität repräsentieren, über den Behandlungszeitraum hinweg verbessern, auch wenn im Skalenvergleich vorher und nachher kein signifikanter Unterschied festgestellt wurde. Dies könnte gegebenenfalls bei einem größeren Stichprobenumfang anders ausfallen. Die gestärkte Kooperativität könnte dann ebenfalls zu weiteren Therapieerfolgen führen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Schadensvermeidung und dem Behandlungseffekt bezüglich Verbesserungen im YSR bestand. Die restlichen Ergebnisse lassen viele Interpretationsspielräume offen und sollten in zukünftigen Untersuchungen weiter exploriert werden.

6.4 Vergleich Abbrecher – Nicht-Abbrecher

Ein Aspekt, der auch als Qualitätskriterium dienen und damit im Rahmen der Qualitätssicherung herangezogen werden könnte, ist die Anzahl der Patienten, die die Therapie vorzeitig abbrechen (Abbrecher). Im Rahmen der Basisdokumentation ist diesbezüglich von Bedeutung, inwiefern sich die Abbrecher hinsichtlich der Ausprägung von internalisierenden sowie externalisierenden Störungen, Alexithymieindices, Problemen in der Familiendynamik und Persönlichkeitseigenschaften von den Nicht-Abbrechern unterscheiden.

Im Hinblick auf demographische Daten ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede verglichen zu den Nicht-Abbrechern, weder in der Geschlechterverteilung noch bezüglich der Diagnosen (siehe 5.1.3). Während sich in unserer vergleichenden Untersuchung in der TAS 26 und im JTCl keine signifikanten Unterschiede abbildeten, zeigten sich solche auf den Skalen des YSR und des FB. Dabei konnte in der Gruppe

der Abbrecher eine höhere Ausprägung externalisierender Störungen im Vergleich zur Gruppe der Nicht-Abbrecher nachgewiesen werden. Somit litten die Abbrecher vermehrt an impulsiven und weniger an neurotischen Störungen. Es zeigten sich insgesamt stärkere innerfamiliäre Probleme und gestörte Familiendynamiken als in der Gruppe der Nicht-Abbrecher. Ausgeprägtere Defizite in der Aufgabenerfüllung beispielsweise könnten im weiteren Sinne im Therapieverlauf eine Rolle bei dem vorzeitigen Therapieabbruch gespielt haben. Denn Schwierigkeiten bei der Anpassung an neue Anforderungen oder Krisensituationen (Cierpka & Frevert, 1994), mit welchen die Kinder und Jugendlichen im Therapieverlauf konfrontiert werden, könnten vorstellbarerweise einen Behandlungsabbruch begünstigen.

Kazdin, Whitley und Marciano (2006) stellten einen Vergleich zwischen Therapieaussteigern und Nicht-Aussteigern einer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 14 Jahren mit vorrangig oppositionell-trotzigen und anderen Verhaltensstörungen, aber auch depressiven Störungen an. Im Vergleich wiesen die Therapieaussteiger dabei einen tendenziell niedrigeren sozioökonomischen Status auf und waren im Durchschnitt älter. Die Eltern der Aussteiger bewerteten ihre Beziehung zum Therapeuten zu einem frühen Therapiezeitpunkt schlechter als die Eltern der übrigen Patienten. Es konnte gezeigt werden, je besser die Patient-Therapeut-Beziehung sowie die Eltern-Therapeut-Beziehung während der Behandlung waren, desto größer waren auch die therapeutischen Veränderungen der Kinder und Jugendlichen (Kazdin, Whitley, & Marciano, 2006).

Im Unterschied zu unserer psychoanalytisch begründeten Komplextherapie kamen in der oben genannten Studie kognitiv-behaviorale Therapieverfahren mit Training problemlösender Fertigkeiten der Patienten und „*Parent Management Training*“ zum Einsatz. Seiffge-Krenke (2011) schloss aus den Untersuchungsergebnissen auf eine zentrale Rolle der therapeutischen Beziehung als auch der Elternarbeit, um bei Patienten mit vor allem externalisierenden Störungen einen Behandlungserfolg zu erzielen. Andere vorangegangene Studien zur Wirksamkeit psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zeigten ein besonders gutes Ansprechen des internalisierenden Störungsbereichs (Seiffge-Krenke, 2011). Dies steht mit den Ergebnissen unserer Untersuchungen im Einklang.

Generell ist die begleitende Elternarbeit gerade im Kindes- und Jugendalter anzustreben und wirkt sich förderlich auf den therapeutischen Behandlungsverlauf aus. Die elterlichen Kompetenzen und die Bereitschaft, Veränderungen zu unterstützen und zuzulassen, stellen wichtige Voraussetzungen für den Therapieerfolg dar. Nicht zuletzt können die in der heutigen Zeit oftmals veränderten familiären Kontexte die Behandlung

von Kindern und Jugendlichen erschweren. So nehmen beispielsweise vermehrte Variationen in Familienstruktur und Erziehung, verstärkte Belastungen durch Arbeitslosigkeit und Armut und verlängerte Jugendphasen Einfluss. Die Berücksichtigung all dessen stellt hohe Anforderungen an den Therapeuten und den therapeutischen Prozess (Seiffge-Krenke, 2011).

Insgesamt unterstützen die Ergebnisse unseres Vergleichs zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern die der vorigen Fragestellungen: in der vorliegenden Stichprobe kamen vermehrt internalisierende Störungsbilder vor. Bezüglich dieser internalisierenden Auffälligkeiten konnte über den Behandlungszeitraum eine signifikante Verbesserung erzielt werden. Die Abbrecher litten vermehrt unter externalisierenden Störungen, was vermuten lässt, dass diese weniger erfolgreich durch die pädiatrisch-psychosomatische Komplextherapie angesprochen wurden. Unter Berücksichtigung all dessen kommt, wie auch schon unter 6.2 erwähnt, die Überlegung in Betracht, die Therapie in ihrer Dauer und die Anzahl der einzelnen Therapieeinheiten auf das jeweilig vorherrschende Störungsbild (internalisierend versus externalisierend) abzustimmen und anzupassen, mit dem Ziel, beide Störungsbilder mit der Komplextherapie ansprechen und gegebenenfalls auch dadurch die Rate der Abbrecher senken zu können.

7 Ausblick und Limitationen

Mit der Eröffnung einer neuen kinderpsychosomatischen Station im März 2017, untergebracht im Psychiatrieneubau der Uniklinik in Gießen, beginnt ein neuer Abschnitt in der Geschichte der Gießener Kinder- und Familienpsychosomatik. Der in der Allgemeinpädiatrie eingegliederte Bereich mit zuvor vier Betten wurde zu einer eigenen Station ausgeweitet, auf welcher nun zehn Patientenbetten zur Verfügung stehen. Das grundlegende Therapiekonzept sowie das interdisziplinäre Team blieben bestehen.

Grundsätzlich muss bezüglich einer Basisdokumentation diskutiert werden, mit welchen Methoden eine Evaluation der stationären Behandlung erfolgen soll, um einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten. Hinsichtlich der Ergebnisqualität spielt dabei beispielsweise eine Rolle, ob den Krankenkassen angemessene Therapieerfolge im Sinne ausreichender Effektstärken des Behandlungskonzepts vorgelegt werden können, um die stationäre Therapie in ihrer Dauer und ihrem Umfang rechtfertigen zu können. Bei der neunten Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e. V. (AGPPS) 2013 wurden diese Aspekte nach einem Vortrag von Brosig (2013) diskutiert (Brosig, 2013). Prof. Dr. med. Zimmer, Leiter der Allgemeinpädiatrie und Neonatologie

des Universitätsklinikums Gießen, und Prof. Dr. med. Krägeloh-Mann, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, äußern sich in einem aktuellen Beitrag zur Unterfinanzierung in der Pädiatrie. Als einen Grund für diese Unterfinanzierung sehen sie das breite Leistungsspektrum des Fachbereichs an. So existieren zahlreiche, vielfältige und komplexe Krankheitsbilder. Gerade die Betreuung von chronisch kranken Kindern erweist sich als ausgesprochen personal- und kostenintensiv (Osterloh, 2020).

Allgemein kann eine Evaluation mittels Fragebogenerhebung kritisch hinterfragt werden. Wie bereits unter 6.3 angemerkt, kann das altersabhängige Fragebogenverständnis die Ergebnisse verfälschen. Beantwortung von Fragen und Erklärungen zu den einzelnen Items seitens des Behandlerenteams während der Fragebogenbeantwortung durch die Kinder und Jugendlichen würde allerdings auf Kosten einer standardisierten und möglichst vergleichbaren Erhebung gehen. Die zuvor an einigen Stellen vorgeschlagenen Fremdbeurteilungsinventare könnten auch zu diesem Zweck eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Qualitative Daten etwa aus Interviews könnten die erhobenen Daten ebenfalls komplettieren. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob ergänzend externe Parameter herangezogen werden sollten, die den Therapieerfolg und die Zufriedenheit im alltäglichen Leben der Kinder und Jugendlichen einschätzen. So könnten zum Beispiel das Zurechtkommen im Schulalltag, die Beziehung zu Gleichaltrigen und das Funktionieren des familiären Zusammenlebens als Indikatoren beurteilt werden (siehe unter 1.2, Kazdin, 2002).

Grundsätzlich kann in Frage gestellt werden, ob solch komplexe Behandlungsprozesse und ihre Ergebnisse auf der Ebene quantitativer empirischer Daten abbildbar sind oder ob nicht vielmehr qualitative Untersuchungsmethoden zum Einsatz kommen sollten. Weiterhin ist „Therapieerfolg“ anhand äußerer Kriterien der Anpassung, etwa verbesserte Schulnoten oder Anwesenheit, nicht allein messbar, sondern stellt einen komplexen inneren Prozess der Reifung und seelischen Differenzierung dar. Hier greifen sogenannte Erfolgsindices häufig zu kurz.

Als weiterführende Fragestellung kommt die Erhebung einer Katamnese nach beispielsweise einem Jahr in Betracht. Dadurch könnten Einblicke in den zeitlichen Verlauf und die Stabilität eines Therapieeffektes gewonnen werden. Es könnten aber auch gegebenenfalls Veränderungen der Kinder und Jugendlichen abgebildet werden, die sich erst nach diesem längeren Zeitraum nach Therapieende eingestellt haben.

Für sich anschließende Studien macht die neue Station mit einer größeren Patientenanzahl schneller eine Erweiterung des Stichprobenumfangs möglich. Gegebenenfalls lassen sich dadurch noch nachhaltigere und inhaltlich belastbarere

Ergebnisse bezüglich der hier untersuchten Fragestellungen erzielen. Vor allem hinsichtlich der Untersuchung der Abbrecher ergibt sich in unserem Untersuchungszeitraum aufgrund einer niedrigen Patientenzahl von nur 10 Patienten, die die Behandlung vorzeitig abbrachen und bei denen eine Fragebogenerhebung dennoch vorlag, eine zu beachtende Limitation.

Abschließend lässt sich festhalten, dass eine Basisdokumentation im pädiatrisch-psycho-somatischen Bereich im Sinne der Qualitätssicherung sowie der Erkenntnisgewinnung bezüglich Symptombelastung, Affektregulation, familiärer Strukturen und Persönlichkeit für die Therapie an sich als sinnvoll zu erachten ist. Nur so kann gegebenenfalls eine Anpassung der Behandlung an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erfolgen. Der Bereich weckt Interesse und bietet großen Raum für zahlreiche weitere Untersuchungen.

8 Zusammenfassung

Vor allem in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts wurden zahlreiche Wirksamkeits- und Evaluationsstudien im Bereich der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche publiziert. Im Rahmen der Qualitätssicherung steigt der Bedarf an einer kontinuierlichen Therapieevaluation. In der pädiatrischen Psychosomatik erfordern nicht zuletzt die zunehmenden Patientenzahlen eine standardisierte Basisdokumentation. In dieser Arbeit wurde, anknüpfend an zwei unmittelbar vorangegangene Studien in der Kinder- und Familienpsychosomatik der Uniklinik in Gießen, eine zuvor etablierte Testbatterie im stationären Rahmen weiter untersucht. Die Grundlage der Komplexbehandlung stellt die psychoanalytische Familientherapie nach Horst-Eberhard Richter dar. Der Stichprobenumfang konnte auf insgesamt 92 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren erweitert werden. Die Studienteilnehmer bearbeiteten vor und nach einer meist vier- bis sechswöchigen pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie eine Fragebogenbatterie, bestehend aus dem „Youth Self Report“, der „Toronto Alexithymie Skala“, dem „Allgemeinen Familienfragebogen“ und dem „Junior Temperament und Charakter Inventar“. Im Vergleich zur Normpopulation zeigten sich bei den Studienteilnehmern eher besorgt-vorsichtige, unsichere Persönlichkeitsstrukturen mit vorwiegend internalisierenden Auffälligkeiten im Sinne neurotischer Störungsbilder. Des Weiteren wiesen die Kinder und Jugendlichen verglichen mit der Normpopulation erhöhte Alexithymieindices sowie verstärkte Probleme im Bereich familiärer Strukturen und Funktionalität auf. Nach abgeschlossener Komplextherapie konnte eine signifikante Abnahme der internalisierenden Auffälligkeiten bei den Patienten nachgewiesen werden, welches als erfolgreiches Ansprechen auf das Behandlungskonzept gewertet werden konnte. Die Mädchen wiesen im Vergleich zu den Jungen höhere Scores der internalisierenden Störungen sowie hinsichtlich der Affektregulation auf. Die 15- bis 18-jährigen Patienten profitierten im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe auf einigen Skalen der TAS 26 sowie des YSR vermutlich stärker von der Therapie. Die Therapieabbrecher waren verglichen mit den Nicht-Abbrechern gekennzeichnet durch signifikant stärker ausgeprägte externalisierende Störungen sowie vermehrte innerfamiliäre Defizite. Die Ergebnisse der Untersuchungen stehen im Einklang mit solchen aus einigen vorangegangenen Studien und unterstreichen erneut den Nutzen der Basisdokumentation und die Eignung der hier angewandten Testbatterie. Ergänzend könnten Fremdbeurteilungsinventare oder qualitative Daten aus Interviews zur Evaluation herangezogen werden. Das Gebiet der pädiatrischen Psychosomatik erfordert und bietet viel Raum für weiterführende Untersuchungen.

Summary

Especially in the second half of the last century numerous effectiveness studies and evaluation studies in the field of psychotherapy for children and adolescents were published. In the context of quality assurance the need of a continuous treatment evaluation increases. The growing number of patients in the pediatric psychosomatic medicine requires a standardized basis documentation. In this paper a row of questionnaires, which was established in two previous studies of the department of children and family psychosomatic medicine of the Justus Liebig University in Gießen, was further studied in in-patient treatment. The complex therapy is based on the psychoanalytical family therapy from Horst-Eberhard Richter. The sample size grew to a total of 92 children and adolescents at the age of 11 to 18 years. The study participants filled in the following questionnaires before and after a four- to six-week pediatric psychosomatic complex treatment: "Youth Self-Report", "Toronto Alexithymia Scale", "Allgemeiner Familienfragebogen" and "Junior Temperament and Character Inventory". In comparison to normal population the study participants showed more cautious and anxious personality structures with more internalizing problems like neurotic disorders. Furthermore, the children and adolescents had increased alexithymia indices and more problems within family structures and functioning compared to normal population. After complex treatment a significant decrease of internalizing problems of the patients was ascertained, which was assessed as success of the concept of complex therapy. The girls showed higher scores of internalizing abnormalities and affect regulation than the boys. In comparison to younger children the patients aged between 15 and 18 years probably could benefit more from therapy regarding some scales of the TAS 26 and the YSR. Those, who aborted the treatment, were characterized by significant more externalizing disorders and greater intrafamilial deficits. The results of this study comply with ones from some preceded studies and emphasize again the benefit of basis documentation and show the applicability of the questionnaires used here. Additionally, external assessments and qualitative data from interviews for example could be used for evaluation. The field of pediatric psychosomatic medicine requires and leaves room for lots of more investigations.

9 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|--|
| α | Irrtumswahrscheinlichkeit |
| AGPPS | Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. |
| BADO-PSGV | Basisdokumentation der psychosomatischen Grundversorgung |
| CBCL | Child Behavior Checklist |
| C-TRF | Caregiver-Teacher Report Form |
| df | degrees of freedom |
| DIMDI | Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information |
| F | F-Wert |
| FAM | Family Assessment Measure |
| FB | Familienbogen |
| FEB | Familieneinschätzungsbogen |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| JTCI | Junior Temperament und Charakter Inventar |
| KI | Konfidenzintervall |
| KS-Test | Kolmogorov-Smirnov-Test |
| MW | Mittelwert |
| MZ1 | Messzeitpunkt 1 = Aufnahmezeitpunkt |
| MZ2 | Messzeitpunkt 2 = Entlassungszeitpunkt |
| N | Normpopulation |
| n | Patientenanzahl |
| p | p-Wert, Signifikanz |
| PSGV | Psychosomatische Grundversorgung |
| SA | Standardabweichung |
| T | T-Wert |
| t | Trend |
| TAS 20 | Toronto-Alexithymie-Skala 20 |
| TAS 26 | Toronto-Alexithymie-Skala 26 |
| TRF | Teacher's Report Form |
| UKGM | Uniklinikum Gießen und Marburg |
| YSR | Youth Self Report |

10 Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1999). The Child Behavior Checklist and related instruments. In M. E. Maruish (Hrsg.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (S. 429–466). Lawrence Erlbaum Associates.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review, 21*(8), 265–271.
- Bazargan, Y., & Pakdaman, S. (2016). The effectiveness of art therapy in reducing internalizing and externalizing problems of female adolescents. *Archives of Iranian Medicine, 19*(1), 51–56.
- Beutel, M. E., Höflich, A., Kurth, R. A., & Reimer, C. (2005). Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome. *Psychology and Psychotherapy Theory, Research and Practice, 78*(2), 219–234.
- Brosig, B. (2013). Evaluation in der pädiatrischen Psychosomatik – ein Beitrag zur Ergebnisqualität. In *9. Jahrestagung der AGPPS*. Hünfeld.
- Brosig, B., Döring, I., Jennessen, M., Kolbinger, M., Lehmann, H., & Zimmer, K.-P. (2011). Eine Testbatterie für die Psychoanalytische Familienpsychosomatik Konzept und erste Ergebnisse. *Psychoanalytische Familientherapie, 22*, 61–83.
- Brosig, B., & Zimmer, K.-P. (2014). Besondere Therapiemaßnahmen für chronisch kranke Kinder. In D. Reinhardt, T. Nicolai, & K.-P. Zimmer (Hrsg.), *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (9. Auflage, S. 1515–1518). Berlin: Springer.
- Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. (2001). Curriculum Psychosomatische Grundversorgung - Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung -. *Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, 15*, 4–13.
- Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*(2), 388–400.
- Cierpka, M., & Frevort, G. (1994). *Die Familienbögen: Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. (1. Auflage). Hogrefe-Verlag.

- Cierpka, M., Janssen, P. L., & Strauß, B. (1999). Verbundprojekt Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung. Bado PSGV: Entwicklung und Erprobung einer Basisdokumentation für psychische, psychosoziale und psychosomatische Kontaktpunkte in der Primärversorgung. *Psychotherapeut*, *44*, 46–50.
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2018). ICD-10-GM Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 21. September 2018. Abgerufen 23. Mai 2019, von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-z55-z65.htm>
- Döpfner, M. (1998). *Fragebogen für Jugendliche: deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung.* (Arbeitsgruppe Kinder- Jugend u. Familiendiagnostik, Hrsg.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Esser, G., & Blank, S. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *60*(8), 607–638.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, *16*(5), 319–324.
- Friberg, P., Hagquist, C., & Osika, W. (2012). Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: an internet-based survey over time. *BMJ Open*, *2*, 1–6.
- Glass, G. V. (1976). Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, *5*(10), 3–8.
- Goth, K., & Schmeck, K. (2009). *Das Junior Temperament und Charakter Inventar: eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten-bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell; JTCI Manual.* (1. Auflage). Hogrefe-Verlag.
- Heinz, M.-T. L. (2017). *Psychometrische Basisdokumentation zur integrativen Behandlung von psychosomatisch kranken Kindern im Rahmen einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung.* Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *The American psychologist*, *51*(10), 1059–1064.

- Karukivi, M., Pölönen, T., Vahlberg, T., Saikkonen, S., & Saarijärvi, S. (2014). Stability of alexithymia in late adolescence : Results of a 4-year follow-up study. *Psychiatry Research, 219*(2), 386–390.
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(2), 53–59.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual review of clinical psychology, 3*, 1–27.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child – therapist and parent – therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional , aggressive , and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(5), 436–445.
- Kim, S. J., Lee, S. J., Yune, S. K., Sung, Y. H., Bae, S. C., Chung, A. et al. (2006). The relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents. *Psychopathology, 39*, 80–86.
- Kordy, H., & Kächele, H. (2017). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In K. Köhle, W. Herzog, P. Joraschky, J. Kruse, W. Langewitz, & W. Söllner (Hrsg.), *Uexküll, Psychosomatische Medizin* (8. Ausgabe, S. 491–499). Urban & Fischer.
- Kronmüller, K.-T., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Horn, H., Hartmann, M., & Winkelmann, K. (2009). Familienfunktionalität und Therapieerfolg - Studie zur psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut, 54*, 44–51.
- Kronsbein, H.-J. (1982). Gießener Universitätsblätter 375 Jahre Universität Gießen 1607-1982 Psychosomatische Medizin. *Gießener Universitätsblätter, (3)*, 150–154.
- Kunert, D., von Stauffenberg, M., Heidenreich, Y., Mönkemöller, K., Martens, M., Feldmann-Ulrich, E. et al. (2013). Prozessqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 9*, 864–865.
- Kupfer, J., Brosig, B., & Brähler, E. (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26* (1. Auflage). Hogrefe-Verlag.
- Levitt, E. E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 21*(3), 189–196.
- Mattejat, F. (2011). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60*(8), 606–625.

- Nübling, R., & Schmidt, J. (1998). Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch* (S. 335–353). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ohmann, S., Popow, C., Wurzer, M., Karwautz, A., Sackl-Pammer, P., & Schuch, B. (2013). Emotional aspects of anorexia nervosa: results of prospective naturalistic cognitive behavioral group therapy. *Neuropsychiatrie*, 27, 119–128.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 307–389). New York: John Wiley & Sons.
- Osterloh, F. (2020). Wege aus der Unterfinanzierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 9, 367–369.
- Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & Petermann, F. (2016). Psychische Kindergesundheit Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1), 4–9.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878.
- Reich, G. (2003). Familientherapie der Essstörungen. In M. Cierpka, A. Riehl-Emde, M. Schmidt, & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Praxis der Paar- und Familientherapie* (1. Auflage, S. 24–29). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Reisel, B., Floquet, P., & Leixnering, W. (1998). Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47(10), 705–721.
- Richter, H.-E. (1972). *Eltern, Kind und Neurose Psychoanalyse der kindlichen Rolle* (3. Auflage). Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Richter, H.-E. (2012). *Patient Familie - Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie* (2. Auflage). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Robert-Koch-Institut. (2006). Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit in Deutschland. Abgerufen 25. Juni 2019, von www.gbe-bund.de
- Schäfer, R., & Franz, M. (2009). Alexithymie – ein aktuelles Update aus klinischer, neurophysiologischer und entwicklungspsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 328–353.

- Schmeck, K., Goth, K., Poustka, F., & Cloninger, R. C. (2001). Reliability and validity of the junior temperament and character inventory. *International Journal of Methods in psychiatric research*, 10, 172–182.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Psychoanalytische Therapien mit Jugendlichen: Diagnostische Unsicherheiten, Behandlungsprobleme, Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 649–665.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760.
- Spitzer, C., Masuhr, O., Jaeger, U., & Euler, S. (2018). Pseudogesunde - Herausforderung für psychotherapeutische Versorgung und empirische Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 63, 483–490.
- Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C., & Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 11–16.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191–199.
- Timischl, W. (2013). *Angewandte Statistik - Eine Einführung für Biologen und Mediziner* (3. Auflage). Wien: Springer Verlag.
- Verhulst, F. C., Achenbach, T. M., van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M. C., & Leung, P. W. L. et al. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1479–1485.
- Weiß, C. (2005). *Basiswissen medizinische Statistik* (3. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 542–549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117(3), 450–468.
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.-B., Öhman, A., Bergström, E., & Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12(993), 1–13.
- Wirsching, M., & Scheib, P. (2002). *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer Verlag.

Zessin, K. (2017). *Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie*.
Justus-Liebig-Universität Gießen.

11 Anhang

Tabelle 16

Abhängigkeit des Behandlungseffektes von Persönlichkeitsmerkmalen

| Differenzvariable YSR internalisierend: | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|-------|
| | Pearson-Korrelation | | Regression | | | |
| | Korrelationskoeffizient | Signifikanz | Regressions- koeffizient B (unstandardisiert) | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | p |
| Neugierverhalten | 0,183 | 0,071 ^t | 0,075 | -0,186 | 0,336 | 0,569 |
| Schadensvermeidung | -0,197 | 0,056 ^t | -0,108 | -0,407 | 0,191 | 0,473 |
| Belohnungsabhängigkeit | -0,017 | 0,447 | -0,024 | -0,312 | 0,264 | 0,870 |
| Beharrungsvermögen | -0,002 | 0,494 | 0,062 | -0,178 | 0,302 | 0,607 |
| Selbstlenkungsfähigkeit | 0,127 | 0,154 | 0,088 | -0,217 | 0,393 | 0,565 |
| Kooperativität | -0,203 | 0,051 ^t | -0,202 | -0,472 | 0,068 | 0,140 |
| Selbsttranszendenz | 0,073 | 0,281 | 0,116 | -0,142 | 0,374 | 0,372 |
| Regression über alle Skalen hinweg | | | | | | 0,375 |

Anmerkung. Korrelations- und Regressionsanalysen mit der „Differenzvariable YSR internalisierend“ als abhängiger Variable und den JTIC Skalen als unabhängigen Variablen mit n=66 Patienten.
KI=Konfidenzintervall p=Signifikanz

Tabelle 17

Abhängigkeit des Behandlungseffektes von Persönlichkeitsmerkmalen

| Differenzvariable YSR Syndromskalen: | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| | Pearson-Korrelation | | Regression | | | |
| | Korrelationskoeffizient | Signifikanz | Regressionskoeffizient B (unstandardisiert) | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | p |
| Neugierverhalten | 0,161 | 0,099 ^t | 0,046 | -0,539 | 0,631 | 0,875 |
| Schadensvermeidung | -0,305 | 0,006** | -0,470 | -1,139 | 0,200 | 0,165 |
| Belohnungsabhängigkeit | 0,040 | 0,375 | 0,128 | -0,517 | 0,773 | 0,693 |
| Beharrungsvermögen | 0,102 | 0,208 | 0,336 | -0,201 | 0,872 | 0,216 |
| Selbstlenkungsfähigkeit | 0,203 | 0,051 ^t | 0,114 | -0,569 | 0,796 | 0,740 |
| Kooperativität | -0,200 | 0,054 ^t | -0,653 | -1,258 | -0,049 | 0,035* |
| Selbsttranszendenz | 0,025 | 0,420 | 0,225 | -0,352 | 0,803 | 0,438 |
| Regression über alle Skalen hinweg | | | | | | 0,088 ^t |

Anmerkung. Korrelations- und Regressionsanalysen mit der „Differenzvariable YSR Syndromskalen“ als abhängiger Variable und den JTCL Skalen als unabhängigen Variablen mit n=66 Patienten. KI=Konfidenzintervall p=Signifikanz

Tabelle 19

Vergleich des JTCl zwischen Abbrechern – Nicht-Abbrechern zum MZ1

| JTCl-Skala | Abbrecher | n | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p |
|---|-----------|----|-------------|------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| Neugier- verhalten | ja | 10 | 31,10 | 6,98 | -2,16 | 10,36 | 1,30 | 0,196 |
| | nein | 70 | 27,00 | 9,56 | | | | |
| Schadens- vermeidung | ja | 10 | 31,20 | 8,72 | -2,20 | 10,72 | 1,31 | 0,193 |
| | nein | 70 | 26,94 | 9,71 | | | | |
| Belohnungs- abhängigkeit | ja | 10 | 37,60 | 4,99 | -6,64 | 4,87 | -0,31 | 0,760 |
| | nein | 70 | 38,49 | 8,91 | | | | |
| Beharrungs- vermögen | ja | 10 | 31,70 | 6,41 | -7,05 | 5,31 | -0,28 | 0,780 |
| | nein | 70 | 32,57 | 9,49 | | | | |
| Selbstlenk- ungsfähigkeit (Levene signifikant) | ja | 10 | 29,40 | 5,46 | -8,99 | -0,29 | -2,24 | 0,038 |
| | nein | 70 | 34,04 | 9,57 | | | | |
| Kooperativität | ja | 10 | 46,20 | 9,82 | -9,95 | 3,21 | -1,02 | 0,311 |
| | nein | 70 | 49,57 | 9,77 | | | | |
| Selbsttrans- zendenz | ja | 10 | 20,60 | 7,32 | -2,55 | 8,26 | 1,05 | 0,296 |
| | nein | 70 | 17,74 | 9,12 | | | | |

Anmerkung. Darstellung der Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern auf den JTCl-Skalen zum MZ1. n=Patientenanzahl, MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

Tabelle 20

Vergleich der TAS 26 zwischen Abbrechern – Nicht-Abbrechern zum MZ1

| TAS 26-Skala | Abbrecher | n | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p |
|---|-----------|----|-------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| Skala 1 | ja | 10 | 18,1 | 6,35 | -3,95 | 5,58 | 0,34 | 0,735 |
| | nein | 70 | 17,29 | 7,17 | | | | |
| Skala 2 (Levene signifikant) | ja | 10 | 15,30 | 3,13 | -1,44 | 3,44 | 0,87 | 0,399 |
| | nein | 70 | 14,30 | 4,99 | | | | |
| Skala 3 | ja | 10 | 16,20 | 6,16 | -5,43 | 1,72 | -1,04 | 0,304 |
| | nein | 70 | 18,06 | 5,19 | | | | |
| Gesamtskala | ja | 10 | 49,60 | 8,72 | -7,1 | 7,98 | 0,12 | 0,907 |
| | nein | 70 | 49,16 | 11,48 | | | | |

Anmerkung. Darstellung der Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern auf der TAS 26 zum MZ1. n=Patientenanzahl, MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz, Skala 1="Identifikation von Gefühlen", Skala 2="Beschreibung von Gefühlen", Skala 3="Extern orientierter Denkstil"

Tabelle 21

Vergleich des FB zwischen Abbrechern – Nicht-Abbrechern zum MZ1

| FB-Skala | Abbrecher | n | MW (MZ1) | SA | KI (5%) untere Grenze | KI (95%) obere Grenze | T | p |
|--------------------------------------|-----------|----|-------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------|--------------------|
| Aufgaben- erfüllung | ja | 10 | 7,90 | 3,0 | 0,96 | 5,1 | 2,91 | 0,005** |
| | nein | 70 | 4,87 | 3,09 | | | | |
| Rollenver- halten | ja | 10 | 6,70 | 2,31 | -0,42 | 2,79 | 1,47 | 0,144 |
| | nein | 70 | 5,51 | 2,39 | | | | |
| Kommuni- kation | ja | 10 | 4,70 | 2,58 | -1,29 | 2,32 | 0,57 | 0,571 |
| | nein | 70 | 4,19 | 2,69 | | | | |
| Emotionali- tät | ja | 10 | 5,20 | 2,44 | -1,09 | 2,83 | 0,89 | 0,379 |
| | nein | 70 | 4,33 | 2,97 | | | | |
| Affektive Beziehung | ja | 10 | 4,60 | 3,34 | -1,14 | 2,94 | 0,88 | 0,382 |
| | nein | 70 | 3,70 | 2,98 | | | | |
| Kontrolle (Levene signifikant) | ja | 10 | 6,90 | 3,73 | -0,73 | 4,67 | 1,62 | 0,135 |
| | nein | 70 | 4,93 | 2,53 | | | | |
| Werte und Normen | ja | 10 | 5,00 | 3,65 | -0,59 | 2,93 | 1,32 | 0,189 |
| | nein | 70 | 3,83 | 2,45 | | | | |
| Summen- wert | ja | 10 | 41,00 | 17,15 | -1,28 | 20,56 | 1,76 | 0,083 ^t |
| | nein | 70 | 31,36 | 16,1 | | | | |
| Soziale Erwünsch- theit | ja | 10 | 6,10 | 5,34 | -5,27 | 0,76 | -1,49 | 0,140 |
| | nein | 70 | 8,36 | 4,35 | | | | |
| Abwehr | ja | 10 | 4,40 | 1,78 | -3,74 | -0,06 | -2,05 | 0,044* |
| | nein | 70 | 6,30 | 2,84 | | | | |

Anmerkung. Darstellung der Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern auf den FB-Skalen zum MZ1. n=Patientenanzahl, MW=Mittelwert, MZ1=Messzeitpunkt 1, SA=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall, T=T-Wert, p=Signifikanz

12 Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig 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

13 Danksagung

Zu allererst möchte ich besonders Herrn Prof. Dr. Brosig für die Überlassung des Dissertationsthemas und die Betreuung danken. Bei der Erarbeitung und dem Verfassen der Arbeit stand er mir stets mit Rat und Fachkompetenz zur Seite.

Ein großes Dankeschön geht außerdem an das gesamte Team der Kinder- und Familienpsychosomatik sowie an alle beteiligten Disziplinen für die gute und interessante Zusammenarbeit und unterstützende organisatorische Tätigkeiten mit viel Flexibilität.

Danken möchte ich natürlich auch Marie-Therese Heinz und Karolin Zessin als unmittelbaren Vorgängerinnen, die durch ihre Arbeiten den Grundstein für diese Dissertation legten und damit Anstoß für spannende neue Fragestellungen gaben.

Nicht zuletzt bin ich meinen Freunden und meiner Familie, insbesondere Sebastian Herpel und meiner Mutter Michaela Wessels, sehr dankbar für die Unterstützung und Motivation während der gesamten Zeit.