
Eltern stark machen!

Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Evaluation des modularen
Elterntrainings „Plan E“ im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät III
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von
Andreas Reichert
aus
Karlstadt (Main)

Würzburg, 2014

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Schneider
Zweitgutachterin: PD Dr. Christina Schwenck
Tag des Kolloquiums: 13. Mai 2014

Danksagung

Vorab danke ich allen, die mich während der Planung und Umsetzung meiner Dissertation unterstützt haben:

Zunächst richtet sich mein Dank an meine Mentorin Frau PD Dr. Christina Schwenck, die bei mir das Interesse für Elterntrainings geweckt, mich durch ihre fachliche Betreuung unterstützt und während der gesamten Zeit immer wieder freundschaftlich ermutigt hat!

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Wolfgang Schneider für seine fachliche und stets freundlich beratende Unterstützung bedanken!

Mein weiterer Dank gilt auch allen Mitarbeitern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg – allen voran Herrn Prof. Dr. Andreas Warnke und Herrn Prof. Dr. Marcel Romanos, die mir die Durchführung der Arbeit erst ermöglichten!

Ich danke allen Familien, die an der Studie teilgenommen haben für ihre Mitarbeit und ihr Vertrauen!

Allen Diplomanden, die bei der Untersuchung tatkräftig mitgewirkt haben, sei sehr herzlich gedankt. Vielen Dank für die gute Zusammenarbeit, das unermüdliche Engagement und die gewissenhafte Arbeit und Unterstützung!

Ich danke zudem meiner Familie und meiner Frau Susanne für ihre Unterstützung mentaler und emotionaler Art, die in ganz besonderem Maße zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen hat.

Danke!



Inhaltsverzeichnis

1	<u>EINLEITUNG</u>	- 1 -
2	<u>THEORETISCHER HINTERGRUND</u>	- 6 -
2.1	ERZIEHUNG GESTERN UND HEUTE	- 7 -
2.1.1	GESELLSCHAFTLICHER WANDEL	- 7 -
2.1.2	(SELBST-)EINSCHÄTZUNG DER ELTERN	- 10 -
2.1.3	ERZIEHUNGSSTIL UND ERZIEHUNGSKOMPETENZ	- 12 -
2.1.4	ZUSAMMENFASSUNG	- 15 -
2.2	PRÄVALENZ PSYCHISCHER AUFFÄLLIGKEITEN IM KINDES- UND JUGENDALTER	- 16 -
2.3	ÄTIOLOGIE PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	- 20 -
2.3.1	RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN	- 21 -
2.3.2	DIE ROLLE DER FAMILIE, ELTERN UND ERZIEHUNG	- 26 -
2.3.3	ZUSAMMENFASSUNG	- 51 -
2.4	BEHANDLUNG PSYCHIATRISCHER ERKRANKUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	- 52 -
2.4.1	PSYCHOTHERAPIE	- 53 -
2.4.2	FAMILIENBEZOGENE INTERVENTIONEN	- 61 -
2.4.3	ZUSAMMENFASSUNG	- 65 -
2.5	ELTERNTRAINING	- 65 -
2.5.1.	BEGRIFFSBESTIMMUNG	- 65 -
2.5.2	HISTORISCHER HINTERGRUND & KONZEPTION VON ELTERNTRAININGS	- 67 -
2.5.3	EFFEKTIVITÄT VON ELTERNTRAININGS	- 75 -
2.5.4	ZUSAMMENFASSUNG UND OFFENE FRAGEN	- 91 -
2.6	PLAN E – ELTERN STARK MACHEN!	- 98 -
3	<u>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN</u>	- 105 -
3.1	HINTERGRUND DER FRAGESTELLUNG	- 105 -
3.2	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	- 109 -
3.2.1	VERHALTENAUFFÄLLIGKEITEN DER KINDER, EMOTIONALE BELASTUNG DER ELTERN UND DIE ELTERN-KIND-INTERAKTION	- 109 -
3.2.2	WIRKSAMKEIT DES ELTERNTRAININGS “PLAN E” IM VOLLSTATIONÄREN KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN SETTING	- 111 -
4	<u>METHODISCHES VORGEHEN</u>	- 114 -
4.1	ÜBERBLICK & ALLGEMEINES	- 114 -
4.2	PLANUNG UND ABLAUF DER EVALUATIONSSTUDIE	- 115 -
4.2.1	VERSUCHSDESIGN UND -ABLAUF	- 115 -
4.2.2	UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE	- 118 -
4.2.3	UNABHÄNGIGE VARIABLE	- 128 -
4.2.4	DATENSCHUTZ UND ETHIK	- 128 -

4.2.5 ABHÄNGIGE VARIABLEN - ERHEBUNGSINSTRUMENTE	- 128 -
4.3 STATISTISCHES VORGEHEN	- 149 -
4.3.1 RANDOMISIERUNG UND DROPOUT	- 149 -
4.3.2 ERSTER HYPOTHESENKOMPLEX	- 150 -
4.3.3 ZWEITER HYPOTHESENKOMPLEX	- 154 -
5 ERGEBNISSE	- 158 -
5.1 ÜBERPRÜFUNG DER RANDOMISIERUNG UND DROPOUT-ANALYSE	- 158 -
5.1.1 RANDOMISIERUNG	- 159 -
5.1.2 DROPOUT-ANALYSE	- 161 -
5.2 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN	- 165 -
5.2.1 VERHALTENAUFFÄLLIGKEITEN DES KINDES, EMOTIONALE BELASTUNG DER ELTERN UND DIE ELTERN-KIND-INTERAKTION	- 165 -
5.2.2 WIRKSAMKEIT DES ELTERNTRAININGS „PLAN E“ IM VOLLSTATIONÄREN KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN SETTING	- 185 -
6 DISKUSSION	- 202 -
6.1 INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	- 202 -
6.1.1 UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE, DROPOUT UND RANDOMISIERUNG	- 202 -
6.1.2 PSYCHISCHE BELASTUNG DER KINDER UND ELTERN UND ERZIEHUNGSVERHALTEN	- 206 -
6.1.3 DIE WIRKSAMKEIT VON „PLAN E“	- 213 -
6.2 METHODISCHE KRITIK	- 220 -
6.2.1 DURCHFÜHRUNG, STUDIENDESIGN	- 220 -
6.2.2 ERHEBUNGSINSTRUMENTE	- 223 -
6.3 RESÜMEE UND AUSBLICK	- 227 -
7 ZUSAMMENFASSUNG	- 231 -
8 LITERATURVERZEICHNIS	- 233 -
9 VORABVERÖFFENTLICHUNGEN DER DISSERTATION	- 262 -
10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	- 263 -
11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	- 266 -
12 TABELLENVERZEICHNIS	- 268 -
13 ANHANG	- 272 -
14 TABELLARISCHER LEBENS LAUF	- 312 -

1 Einleitung

„Achtung! Eltern! – Sie tun alles für ihr Kind – und schaden ihm“

Mit der oben zitierten Schlagzeile titelte im August 2013 ein absatzstarkes, großes deutsches Magazin (Spiegel, 2013). Wie solche und andere Schlagzeilen sowie Pressemitteilungen zeigen, ist es in Deutschland in den vergangenen Jahren zu einer neuen Auseinandersetzung mit dem Thema Erziehung und dem Umgang mit Kindeswohl gekommen. Schlagzeilen zu den Todesfällen von Kevin aus Bremen, Lea-Sophie aus Schwerin, Jessica aus Hamburg oder Sarah aus Thalmässing führten häufig zu öffentlichen Diskussionen, bei denen es nicht selten um Schuldzuweisungen, angeblich überforderte Eltern, das Versagen von Behörden oder den Ruf nach dem Einschreiten der Politik ging. Bücher wie „Warum unsere Kinder Tyrannen werden“ (Winterhoff, 2008) oder „Lob der Disziplin“ (Bueb, 2008) haben einen großen Absatz und versuchen aufzuzeigen, wie sich Verhaltensprobleme von Kindern erklären bzw. verhindern lassen. Verlage nutzen das Streitthema Erziehung für ihr Geschäft. So sollen alleine im Jahr 2004 schätzungsweise 750 Millionen Euro für Zeitschriften, Ratgeber oder Videos zu diesem Thema ausgegeben worden sein (Wahl, 2007). Während sich die Medien auf kontroverse und teilweise sehr unsachliche Art und Weise mit dem Thema Erziehung auseinandersetzen, dokumentieren Zahlen des statistischen Bundesamts eine eindeutige Entwicklung, wenn man sich beispielsweise die Ergebnisse hinsichtlich der Gefährdung des Kindeswohls oder des teilweisen bzw. vollständigen Entzugs der elterlichen Sorge betrachtet. So wurde im Jahr 2011 in rund 12 700 Fällen ein partieller oder vollständiger Sorgerechtsentzug angeordnet (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2012c). Die Werte belegen eine steigende Entwicklung; 2001 waren es im Vergleich zu 2011 noch 4 600 Fälle weniger.

Es handelt sich bei Erziehung also um ein aktuelles und gesellschaftspolitisch relevantes Thema. In den letzten Jahrzehnten haben sich jedoch auch die Rahmenbedingungen für Eltern und Familie deutlich verändert. Beispiele hierfür sind eine Zunahme an nichtehelichen Lebensgemeinschaften, Scheidungszahlen, alleinerziehenden Eltern sowie Stief- und Patchworkfamilien. Neue Formen des Zusammenlebens und der Familienplanung bringen auch neue Bedingungen für Erziehung mit sich. Familiäre Netzwerke stehen nicht mehr in gleichem Maße zur

Verfügung wie noch vor einigen Jahrzehnten. Eltern versuchen gewöhnlich bei der Erziehung ihrer Kinder, auf die in der eigenen Kindheit gemachten Erfahrungen zurück zu greifen. Es entsteht jedoch der Eindruck, dass unter Eltern vermehrt Unklarheit herrscht, woran sie sich in ihrer Erziehung der Kinder orientieren sollen. So gaben in einer Befragung 68% der Eltern an, dass sie unsicher seien, ob sie die Erziehungsaufgabe gut oder schlecht erfüllen. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Eltern (37%) schilderte, dass Erziehung und auftretende Probleme leicht zu lösende Aufgaben seien (Lübke, Miller, Köppe, Kuschel & Hahlweg, 2000). Die Tatsache, dass die meisten Eltern kaum spezifisch auf ihre soziale und pädagogische Rolle vorbereitet werden, fasst Hahlweg (2009) wie folgt zusammen: *„...In einer Gesellschaft, in der familiäre Netzwerke und Banden zerreißen, die Scheidungsraten hoch, alleinerziehende Elternteile und Patchwork-Familien alltäglich sind, benötigen Eltern mehr denn je Hilfe. Wir können es uns nicht leisten, die Bedürfnisse der Eltern nach mehr Unterstützung bei ihren erzieherischen Aufgaben zu ignorieren...“* (S. 13). Im Vorwort zu seinem Ratgeber zum Thema Erziehungskompetenz bringt es Fuhrer (2007) mit der Bemerkung auf den Punkt, dass Erwachsene zwar lernen, *„einen Bewerbungsbrief zu schreiben, einen Computer zu bedienen oder ein Auto zu lenken. Hingegen eignen sie sich nicht die grundlegenden Kompetenzen für ihre Rolle als Eltern und für den Umgang mit Kindern an“* (S. 9).

Auch der Wissenschaftliche Beirat des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beschäftigte sich 2005 mit der Frage, welche Maßnahmen notwendig sind, um ein kompetentes Eltern- und Erziehungsverhalten zu fördern. Er stellte in seinem Gutachten u.a. fest, dass sich gesellschaftliche Veränderungen negativ auf die Qualität des elterlichen Erziehungshandelns und die Tragfähigkeit der innerfamiliären Beziehungen auswirken können. Zudem wurde ein deutlicher Bedarf an Elternbildungsangeboten dokumentiert (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

Einerseits sehen sich also Fachleute aus den Bereichen Pädagogik, Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend mit neuen Formen des Zusammenlebens und der Familienplanung sowie einer gewissen Verunsicherung von Eltern konfrontiert. Andererseits stellen aber auch die Zahlen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher eine Herausforderung für diese Fachdisziplinen dar. Legt man Zahlen des Robert-Koch-Instituts zugrunde, wonach etwa ein Fünftel aller Kinder klinisch

bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten zeigt (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007), ergibt dies alleine für die Bundesrepublik Deutschland eine Zahl von etwa zwei Millionen Kinder im Alter von ein bis 16 Jahren, die betroffen sind (Hahlweg, 2009). Erziehung bzw. das familiäre Umfeld kann dabei ein wichtiger Ursachenfaktor bzw. eine der aufrechterhaltenden Bedingungen bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter darstellen und sollte daher immer in die Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen einbezogen werden. Es gab in der Vergangenheit sogar Vorschläge, elterliche Erziehungs- und Disziplinierungsprobleme im Rahmen eines eigenständig zu kodierenden dysfunktionalen Interaktionsmusters als diagnostische Kategorie in das Diagnostische Manual Psychischer Störungen DSM-IV aufzunehmen (Chamberlain, Reid, Ray, Capaldi & Fisher, 1995).

Aus den eingangs genannten Veränderungen, Problemen und Zahlen zeigt sich, dass elterliche Erziehungsprobleme und psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter ein gesellschaftliches Problem darstellen. Aus psychologischer Sicht stellt sich u.a. die Frage, welche direkten oder indirekten Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bestehen und wie hilfeschuchende Eltern unterstützt werden können. Wichtig erscheint in jedem Fall die Durchführung evidenzbasierter Maßnahmen, die von einfacher, universeller Informationsvermittlung über Erziehung oder Umgang mit Verhaltensproblemen bis hin zu gezielter Beratung und Intervention reichen können. Zudem sollten solche Maßnahmen möglichst ökonomisch durchführbar sein.

Im Falle von Eltern mit verhaltensauffälligen oder psychisch kranken Kindern ist Elternarbeit integraler Bestandteil einer therapeutischen Intervention. Vor allem Elterntrainings bieten sich hier an, wie im Theorieteil dieser Arbeit weiter ausgeführt werden wird. Warnke und Kollegen definieren den Begriff Elterntraining als einen *Ansatz, mit dem „erzieherische oder psychotherapeutisch orientierte Basisfertigkeiten eingeübt werden, um problembezogene Erziehungskompetenzen der Eltern zu stärken. Ziel ist es, die Eltern mit Hilfe eines Therapeuten in die Lage zu versetzen, kindliches Verhalten und Eltern-Kind-Interaktionen zu beobachten, zu beschreiben, neu zu bewerten und zu modifizieren“* (Warnke, Beck & Hemminger, 1999, S. 632). Es muss jedoch festgestellt werden, dass trotz der Fülle von Elterntrainings oder

Elternratgebern das Angebot von evidenzbasierten Programmen in Deutschland leider begrenzt ist (Hahlweg, 2009; Lösel, 2006; Wünsche & Reinecker, 2006).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der theoretischen Einbettung, Beschreibung und Effektivität des an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg (KJP Würzburg) entwickelten Elterntrainings „Plan E – Eltern stark machen!“ (Schwenck & Reichert, 2012). Die Idee zu diesem Elterntraining entstand auf der Grundlage der praktischen Arbeit im vollstationären und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Setting. In vielen Elterngesprächen und Beratungsterminen wurden von vielen unterschiedlichen Eltern neben den störungsspezifischen Fragen sehr häufig immer wieder ähnliche erzieherische Themen angesprochen. Unabhängig von der psychischen Erkrankung ihres Kindes zeigte sich bei vielen Eltern ein hohes Maß an Verunsicherung, Stresserleben und Schuldgefühlen. Die Verunsicherung bezog sich zum einen auf den Umgang mit der psychischen Erkrankung aber auch auf Fragen zu alltäglichen Problemstellungen. Ziel des Elterntrainings ist es, Antworten und Anregungen zu den von den Eltern angesprochenen Fragen und Themenkomplexen zu bieten. Das Training stützt sich dabei auf wissenschaftliche Grundlagen und stellt einen hauptsächlich verhaltenstherapeutisch fundierten Ansatz dar.

Die Darstellung des Ausmaßes der psychischen Probleme der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Kinder, die emotionale Belastung von Eltern psychisch kranker Kinder und die Evaluation des Programms „Plan E – Eltern stark machen!“ im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist Gegenstand dieser Arbeit.

In einem Überblick über theoretische Hintergründe (Kapitel 2) werden unterschiedliche Themen vorgestellt, die für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit und die Entwicklung des Elterntrainings „Plan E“ von Relevanz sind. Es sollen dabei zunächst allgemeine Entwicklungen der Familie und der Erziehung vorgestellt werden (Kapitel 2.1). Epidemiologische (Kapitel 2.2), ätiologische (Kapitel 2.3) und therapeutische Aspekte (Kapitel 2.4) sind Gegenstand weiterer Unterkapitel, bevor im Weiteren speziell auf Elterntrainings und deren Effektivität eingegangen wird (Kapitel 2.5). In Kapitel 2.6. wird das Elterntraining „Plan E – Eltern stark machen!“ mit seinen fünf Modulen vorgestellt. Kapitel 3 behandelt die Fragestellungen und Hypothesen

der vorliegenden Arbeit. Thematisch teilen sich die Fragestellungen in zwei größere Themenkomplexe. Nachdem das methodische Vorgehen erläutert wurde (Kapitel 4), werden im fünften Kapitel die Ergebnisse präsentiert. Abschließend sollen die einzelnen Resultate vor dem Hintergrund der aufgestellten Hypothesen und der bestehenden Forschungsliteratur diskutiert werden (Kapitel 6).

Anmerkung: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit meistens der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

2 Theoretischer Hintergrund

Um die Bedeutung von Elterntrainings als Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen zu verdeutlichen, soll zunächst auf den Wandel in Familie und Erziehung sowie die Prävalenz, Ätiologie und Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen eingegangen werden. Dabei sollen folgende Fragen den „roten Faden“ des Theorieteils der vorliegenden Arbeit bilden und beantwortet werden:

- Wie haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Erziehung geändert? (Kapitel 2.1)
- Besteht bei Eltern Verunsicherung bzw. Informationsbedarf in pädagogischen Fragen? Falls ja, welche Erziehungskompetenzen können und sollten gefördert werden? (Kapitel 2.1)
- Wie verbreitet sind kindliche Verhaltensstörungen und sind diese Zahlen von gesellschaftlicher Relevanz? (Kapitel 2.2)
- Falls die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen gesellschaftliche Relevanz besitzt: Gibt es eindeutige und veränderbare Risikofaktoren für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen? (Kapitel 2.3)
- Welche Bedeutung kommt den familiären Faktoren unter den bekannten Risikofaktoren zu? Gibt es zwischen elterlicher Erziehung und psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen einen Zusammenhang? (Kapitel 2.3)
- Gibt es evidenzbasierte Interventionsmöglichkeiten um beispielsweise funktionales Erziehungsverhalten der Eltern aufzubauen und psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen abzubauen? (Kapitel 2.4) - Welche Rolle spielen dabei Elterntrainings? (Kapitel 2.4 + 2.5)
- Wie könnte ein Elterntraining mit dem Ziel, Eltern zu stärken, konkret aussehen? (Kapitel 2.6)

2.1 Erziehung gestern und heute

Hinsichtlich der Begriffsbestimmung von Erziehung finden sich in der Literatur unterschiedliche Formulierungen. Als Vertreter der Pädagogischen Psychologie definiert Schnotz (2009, S. 73) Erziehung als die *„gezielte soziale Beeinflussung der motivationalen und kognitiv-affektiven Aspekte der Persönlichkeit eines Individuums, vor allem seiner Werthaltungen und Einstellungen, entsprechend den Regeln der Gemeinschaft“* – kurz: Erziehung ist die *„Hilfe beim Hineinwachsen in eine soziale Gesellschaft“*. Die Eltern sind bei diesem Prozess die wichtigsten Erziehungsagenten. Die Familie stellt trotz aller gesellschaftlicher Veränderungsprozesse den wichtigsten Rahmen für die Sozialisationserfahrungen von Kindern dar (Hurrelmann, 2006). Neben grundlegenden sozialen und kognitiven Fertigkeiten werden durch andere Familienmitglieder beispielsweise der Umgang mit dem eigenen Körper, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Stärken erlernt. Es wird häufig bezüglich der Erziehung zwischen Erziehungszielen (z.B. Autonomie) und Erziehungsmitteln (z.B. Lob, Erklärung) unterschieden.

Die Entwicklung elterlicher Erziehungs Kompetenzen, Erziehungszielen und ihre praktische Umsetzung im konkreten Erziehungsalltag kann nicht losgelöst von gesellschaftlichen Entwicklungen und vom soziokulturellen Milieu betrachtet werden. Erziehung und Fragen nach Erziehungszielen sind immer im Kontext zu sehen, in dem Familien ihr Leben gestalten wollen oder müssen. Einige Veränderungen familiärer Strukturen und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen sollen daher im Folgenden beispielhaft dargestellt werden.

2.1.1 Gesellschaftlicher Wandel

Die Frage nach Erziehungszielen und den elterlichen Aufgaben in der Erziehung ist eine normative Fragestellung. Seit mehreren Jahrhunderten beschäftigen sich verschiedene Professionen mit diesem Thema. Nach Wahl (2007) orientierten sich Eltern bis zum Beginn des Industriezeitalters bei der Erziehung ihrer Kinder vor allem an zwei „Richtlinien“: Zum einen folgten sie intuitiv angeborenen Programmen, zu denen mütterliches Pflegeverhalten und die natürliche Bindung zählt. Zum anderen aber ahmten sie vor allem das Erziehungsverhalten der eigenen und anderer Eltern sowie älterer Menschen nach, was in damaligen Großfamilien viel leichter möglich

gewesen sei. Mit Beginn der Modernisierung habe ein „Rückzug“ der Erziehung in die Privatsphäre, eine Verkleinerung der Kernfamilien und eine Institutionalisierung der Kindererziehung eingesetzt. Diesen Wandel fasst Wahl (2007) mit folgendem Zitat pointiert zusammen: *„War Kindererziehung zunächst ein eher „naturwüchsiger“ Prozess, der darin bestand, Verhaltensmodelle aus der nahen Umwelt zu imitieren, so ist es heute eine kulturelle Spezialdisziplin, die in einigen Schulungen erlernt werden muss“* (S. 18).

Der Wandel der Familienstruktur, der Familienbeziehungen und der soziokulturellen Rahmenbedingungen der letzten Jahrzehnte soll im Folgenden exemplarisch an verschiedenen Beispielen und Indikatoren festgemacht werden.

Betrachtet man beispielsweise die Entwicklung der Eheschließungen und Ehescheidungen im Zeitraum 1988 bis 2008, so findet man eine Zunahme der Ehescheidungen um 13 839. Wurden im Jahre 1988 ca. 178 100 Ehen geschieden, waren es 20 Jahre später in etwa 191 900 (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2009). Bezüglich der Scheidungsquoten gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den städtischen und ländlichen Regionen, wobei sie in städtischen Ballungszentren höher liegen (Schneewind, 1999). Von den rund 192 000 Scheidungen im Jahr 2008 waren 150 187 minderjährige Kinder betroffen.

Weiterhin bestehen eine gesunkene Heiratsneigung sowie ein Anstieg des Heiratsalters. Während im Jahre 1963 die Mehrheit der jungen Erwachsenen (86% der Frauen, 81% der Männer) unter 25 Jahren davon überzeugt war, dass die Ehe eine wichtige soziale Institution sei, reduzierten sich die Zahlen bis zum Jahr 1985 deutlich: Lediglich 38% der Frauen und 30% der Männer waren der Meinung, dass die Ehe für ein Zusammenleben notwendig sei (Schneewind, 1999). Zwischen 1991 und 2005 sank die Zahl der Eheschließungen um weitere 14%. War 1975 ein Mann durchschnittlich 25.3 Jahre und eine Frau 22.7 Jahre alt bei der Eheschließung, beträgt das Heiratsalter in den letzten Jahren durchschnittlich 32.6 bzw. 29.6 Jahre (Jungbauer, 2009). Entgegen der Heiratsneigung steigt die Zahl nichtehelicher Lebensgemeinschaften. In den alten Bundesländern nahm beispielsweise die Anzahl der unverheiratet zusammenlebenden Paare von ca. 137 000 im Jahre 1972 auf über 1 400 000 im Jahre 1996 zu (Engstler, 1998).

Durch die hohen Scheidungszahlen und neue Ansichten über Familie besteht auch ein hoher Anteil alleinerziehender Eltern. Der Faktor „alleinerziehend“ bringt wiederum ein erhöhtes Risiko für Nachteile hinsichtlich ökonomische Ressourcen mit sich (Franz, Lensche & Schmitz, 2003). Der Anteil der alleinerziehenden Eltern, die von Sozialhilfe leben, hat über die Jahre erheblich zugenommen. Vor allem die relative Zahl der in Armut lebenden alleinerziehenden Eltern mit zwei oder mehr Kindern ist besonders drastisch gestiegen (Schneewind, 1999). Die Zahl der alleinerziehenden Mütter und Väter mit minderjährigen Kindern nahm von 1996 bis 2005 um 20% zu. Bezüglich der Entwicklung der Privathaushalte ist zu verzeichnen, dass sich in den letzten 30 Jahren die Einpersonenhaushalte zu der häufigsten Haushaltsform entwickelt hat; von 40 369 registrierten Privathaushalten im Jahr 2011 waren 16 337 Einpersonenhaushalte (40.2%) (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2012b).

Gleichzeitig ist auch ein Geburtenrückgang zu verzeichnen. 1965 fielen im Schnitt 2.37 Kinder auf eine Frau; heute sind es noch 1.32. Seit der deutschen Wiedervereinigung ist die Zahl der Neugeborenen von 830 000 im Jahre 1991 auf 686 000 im Jahre 2005 gesunken, was einem Rückgang um 17% entspricht (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

Weiterhin fand ein Wandel innerhalb der Erziehungswerte und der intrafamiliären Beziehungen statt, den Schneewind als „Stille Revolution der Erziehung“ bezeichnete (Schneewind, 1999). Untersuchungen zeigen beispielsweise, dass Erziehungsziele wie Gehorsam, Höflichkeit und Anpassungsbereitschaft von den Eltern heute weniger genannt werden. Dagegen haben Ziele wie Kritikfähigkeit und Kooperationsbereitschaft an Bedeutung gewonnen (Schnotz, 2009).

Fasst man die verschiedenen einzelnen Befunde zusammen, so kann festgehalten werden, dass das traditionelle Familienmodell seine Monopolstellung verloren hat, während nicht-traditionelle Alternativen an Bedeutung gewonnen haben (Jungbauer, 2009). Die Merkmale traditioneller und nicht-traditioneller Familienmerkmale finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1 Traditionelle und nicht-traditionelle Familienmerkmale nach Schneewind (1999)

Merkmale	
<p>Traditionelle Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partner sind legal/kirchlich verheiratet • Elternschaft • Zwei Elternteile • Lebenslange Ehe • Ehemann als Hauptverdiener • Sexuelle Exklusivität • Heterosexualität; Mutter und Vater • Haushalt mit zwei Erwachsenen 	<p>Nicht-traditionelle Alternativen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Singles; Partnerschaft ohne Trauschein • Bewusste Kinderlosigkeit • Alleinerziehende Eltern • Trennung/Scheidung; mehrere Ehen im Lauf des Lebens; Patchworkfamilien • Gleichgewichtige ökonomische Rollen; Hausmänner; beide voll berufstätig • Außereheliche Beziehungen; offene Paarbeziehungen • Gleichgeschlechtliche Partner-/Elternschaft • Haushalt mit mehreren Erwachsenen (z.B. Wohngemeinschaft)

2.1.2 (Selbst-)Einschätzung der Eltern

Im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Änderungen, wie sie teilweise im vorherigen Abschnitt beschrieben wurden, sieht der wissenschaftliche Beirat des BMFSFJ veränderte Ansprüche an elterliche Erziehungskompetenzen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Eltern haben insgesamt einen hohen Informationsbedarf und fühlen sich unsicher bezüglich erzieherischer Fragen (Smolka, 2007).

Wie streng, wie liberal sollen Eltern sein? Wie sollte man sich in Konfliktsituationen verhalten? Welches Verhalten ist in welchem Alter „normal“? – Solche und ähnliche Fragen bewegen viele Eltern. Walper (2007) fasst die Ergebnisse verschiedener Elternbefragungen zusammen und konstatiert, dass ca. 50% der Eltern sich in der Erziehung ihrer Kinder unsicher fühlen, es schwierig finden, konsequent zu bleiben, und sich Beratung im erzieherischen Bereich wünschen. Wie eingangs berichtet, gaben 68% von etwa 800 befragten Eltern in einer Umfrage an, nicht zu wissen, ob sie ihre Erziehungsaufgabe gut oder schlecht erfüllen (Lübke et al., 2000). Dahingegen sagten nur 37%, dass Erziehung zu schaffen sei und auftretende Probleme gut zu lösen seien.

Schneewind und Ruppert untersuchten in einer Längsschnittstudie etwa 200 Familien über eine Zeitspanne von 16 Jahren (Schneewind & Ruppert, 1995). Sie erfassten u.a. die Persönlichkeitsentwicklung der einzelnen Familienmitglieder,

Veränderungen in den Beziehungen innerhalb der Familien (Eltern-Kind-Beziehung, Ehebeziehung etc.), die Entwicklung des Familienklimas, den Einfluss kritischer Lebensereignisse sowie Veränderungen gesellschaftlicher Bedingungen. So konnten sie beispielsweise zeigen, dass sich der Erziehungsstil im Laufe der Jahre geändert hatte. Wenn Eltern noch einmal Erziehungsaufgaben zu übernehmen hätten, würden sie laut der Studie den Kindern insgesamt mehr Mitspracherecht einräumen, sie nachgiebiger behandeln, mehr Lob aussprechen und weniger bestrafen. Bei der Wahrnehmung der allgemeinen Lebensbedingungen konnte im Laufe der Zeit eine Verschlechterung beobachtet werden. So wurde vor allem eine Zunahme emotionaler Verunsicherung, der Orientierungslosigkeit und wahrgenommener Einflusslosigkeit auf gesellschaftliche Entwicklungen als negative Aspekte hervorgehoben.

Manche Eltern ziehen sich heute laut Fuhrer (2007) aus der Erziehung sogar mehr oder weniger zurück, indem sie aus Angst, vieles in der Erziehung falsch zu machen, entweder gar nicht mehr erziehen oder sich in überholte und fragwürdige Erziehungsmythen flüchten.

Betrachtet man die Gruppe der Eltern von psychisch kranken Kindern, findet man neben der Belastung durch die erzieherischen Aufgaben und Probleme des Kindes zudem noch häufig eigene psychische Probleme der Eltern. Eine Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Knappe, Müller & Härtling, 2013) weist beispielsweise auf einen hohen Belastungsgrad dieser Eltern hin. Neben der Häufigkeit und Intensität des Einbezugs der Eltern in die Therapie der Kinder bestand eine Frage der Arbeitsgruppe um Knappe auch in der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands der Eltern durch die Therapeuten. In dieser Studie wurde der Anteil der Kinder mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil auf 39.4% (Range 0 – 90%) und mit zwei psychisch kranken Eltern auf 9.2% (Range 0 – 60%) geschätzt.

Die genannten Befunde und theoretischen Überlegungen zeigen also insgesamt eine Verunsicherung der Eltern und werfen gleichzeitig die Frage auf, wie sich eine solche Verunsicherung reduzieren lässt. Bei Eltern von Kindern mit psychischen Störungen findet sich zudem ein hoher Anteil an Eltern mit eigenen psychischen Problemen. Welcher Erziehungsstil erscheint sinnvoll? Welche Erziehungskompetenzen können und sollen gefördert werden? - Bei der Erforschung der Rolle von Erziehung bei der

Entwicklung psychischer Probleme von Kindern werden in der Literatur immer wieder verschiedene Erziehungsstile und -kompetenzen unterschieden und benannt. Gerade im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten von Kindern und bei Elterntrainings geht es häufig darum, einen adäquaten Erziehungsstil zu fördern sowie Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken. Im folgenden Kapitel wird daher näher auf die Unterscheidungsmöglichkeiten verschiedener Erziehungsstile und -kompetenzen eingegangen.

2.1.3 Erziehungsstil und Erziehungskompetenz

Ein einflussreiches und weit verbreitetes Konzept innerhalb der Entwicklungs-, Erziehungs- und Pädagogischen Psychologie ist das Konzept der Erziehungsstile. Eine Definition von „Erziehungsstil“ findet sich in Oerter & Montada (2008) und besagt, dass es sich dabei um ein relativ stabiles Erziehungsverhalten handelt, welches bestimmte Erziehungseinstellungen und Persönlichkeitsmerkmale der Eltern widerspiegelt. Einflussreiche Arbeiten zu diesem Gebiet stammen u.a. von Baumrind (1968). Die Arbeiten zu dem Thema Erziehungsstile und Ergebnisse der oben genannten Elternbefragungen (Kapitel 2.1.2) berücksichtigte auch der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen. Er stellte in einem seiner Gutachten fest, dass Eltern in ihren Erziehungsaufgaben unterstützt werden müssen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kam auch die Jugendministerkonferenz (2003) einige Jahre zuvor. Als Begründung für den erhöhten Unterstützungsbedarf der Eltern nannte der Beirat in seiner Stellungnahme u.a., dass in Deutschland zum einen gute Chancen im Bildungssystem und auf dem späteren Arbeitsmarkt stark von elterlichen Faktoren abhängen. Zum anderen zeige ein nicht unbeträchtlicher Teil der Kinder Verhaltensauffälligkeiten, die mit Beziehungs- und Erziehungsdefiziten in den Familien zu tun hätten. Weiterhin bezog das Gremium auch Stellung dazu, was Eltern leisten sollten bzw. welche Form von Erziehung idealerweise erfolgen sollte. Nach Meinung des wissenschaftlichen Beirats wird eine autoritative Erziehung (Baumrind, 1968) in Familien als wünschenswert und dem Wohl des Kindes förderlich betrachtet. Man sprach sich also sowohl gegen eine autoritäre Erziehung aus, die nur Grenzen setzt, als auch gegen eine „Laisser-faire-Haltung“ der Eltern,

die antiautoritär, gewährend und wenig grenzsetzend ist. Einen groben Überblick über die verschiedenen Erziehungsstile bietet Tabelle 2.

Tabelle 2 Erziehungsstile nach Baumrind (1968)

		Lenkung/Kontrolle	
		hoch	niedrig
Wärme/ Zuwendung	hoch	Autoritativ	Verwöhnung
	gering	Autoritär	Vernachlässigung

Unter dem Begriff der autoritativen Erziehung verstand der Fachkreis eine Erziehung, die sich durch folgende Prinzipien auszeichnet (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005):

- Kinder und Jugendliche sollen liebevolle Zuwendung erfahren und sich in ihrem Wert von anderen als anerkannt erleben;
- Sie sollen sich in ein Netz wechselseitiger Rücksichtnahme, Unterstützung und Bezogenheit eingebunden fühlen;
- Kindern und Jugendlichen sollen unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstands Anforderungen gestellt und Entscheidungen sowie deren Begründungen abverlangt werden;
- Ihnen sollen dort Grenzen ihres Tuns verdeutlicht werden, wo es um die Sorge ihres Wohlergehens, wichtige Regeln für das Zusammenleben der Menschen und der Wahrung der natürlichen Grundlagen des Lebens geht.

Es handelt sich also einerseits um eine Kombination aus hoher Supervision und Kontrolle (z.B. durch konsequentes Einhalten von sozialen Regeln und systematischem Setzen von Grenzen bei unerwünschtem Verhalten) und andererseits um eine hohe Emotionalität und Wärme in der Erziehung (z.B. akzeptierende Haltung und soziale Unterstützung).

Eine deutsche Längsschnittstudie (Juang & Silbereisen, 1999) verglich Jugendliche aus Familien mit autoritativem Erziehungsstil mit Jugendlichen aus nicht-autoritativen Familien. Insgesamt wurden 283 Jugendliche zu drei Messzeitpunkten untersucht; zum ersten Messzeitpunkt waren die Jugendlichen zwischen zehn und 13 Jahren alt. Jugendliche aus autoritativen Familien berichteten über die Zeit hinweg weniger

depressive Belastungen, bessere Schulnoten, ein höheres Gefühl der Selbstwirksamkeit sowie weniger delinquente Handlungen als die Vergleichsgruppe, was eine Verknüpfung des Erziehungsstils mit der Entwicklung des Kindes deutlich macht.

Bei der Diskussion solcher Erziehungsprinzipien stellt sich die Frage, welche elterlichen Kompetenzen dafür notwendig sind bzw. welche Arten von Erziehungskompetenzen sich unterscheiden lassen. Eine häufig in der Literatur verwendete Einteilung unterscheidet sogenannte kindbezogene, kontextbezogene, selbstbezogene und handlungsbezogene Kompetenzen von Eltern (Berkic & Schneewind, 2007; Schneewind & Berkic, 2007):

1. Kindbezogene Kompetenzen:

Diese Kompetenzen haben die Beziehung zum Kind zum Gegenstand. Hier gehören Empathiefähigkeit, Unterstützungsbereitschaft, Respekt und das Zugestehen von Autonomie dazu.

2. Kontextbezogene Kompetenzen:

Darunter wird die Situationsangemessenheit des eigenen Handelns verstanden. Es geht um die Frage, wie ein Elternteil entwicklungsfördernde Situationen schafft, also möglichst positive Entwicklungsumwelten wählt und schädliche Einflüsse vom Kind fernhält. Hierfür sind u.a. entwicklungspsychologische Grundkenntnisse erforderlich. Es zählen aber auch die sozialen und materiellen Voraussetzungen dazu, in denen sich eine Person befindet (z.B. Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund), welche sich nicht so einfach von Eltern beeinflussen lassen.

3. Selbstbezogene Kompetenzen:

Darunter verstehen die Autoren Erziehungs-, Beziehungs- und Bildungswissen der Eltern, aber auch eigene Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Formen und Strategien der Selbstkontrolle (z.B. in Konflikten). Es geht um eher persönlichkeitsnahe Kompetenzen. Diese seien laut den Autoren gut durch Reflexion über und Arbeit an den bisherigen Erfahrungen der Eltern veränderbar.

4. Handlungsbezogene Kompetenzen:

Diese Kompetenzen werden bedeutsam, wenn ein Elternteil in einer konkreten Interaktionssituation mit dem Kind ein beabsichtigtes Verhalten umsetzen möchte. Konsistenz des Handelns, Entschlossenheit und Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit sind Beispiele hierfür. Solche Kompetenzen lassen sich am besten durch strukturierte Übungen zum Umgang mit schwierigen Situationen unter Begleitung geschulter Helfer trainieren.

Petermann und Petermann (2009) sehen als Funktion einer hinreichenden Erziehungskompetenz das Herstellen einer optimalen „Passform“ zwischen den altersgemäßen Bedürfnissen eines Kindes und der Gestaltung der Umwelt des Kindes durch die Eltern. Gleichzeitig bildet eine unzureichende Erziehungskompetenz ein zentrales Entwicklungsrisiko für Kinder, was in den folgenden Kapiteln noch näher erörtert werden soll.

2.1.4 Zusammenfassung

Es kann zusammenfassend festgestellt werden, dass verschiedene Veränderungen hinsichtlich der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Familie und Erziehung stattgefunden haben, die manche Eltern vor große Herausforderungen stellt. Zudem kann die Frage, ob bei Eltern ein Informationsbedarf oder eine Verunsicherung bezüglich pädagogischer Fragen besteht, anhand der Ergebnisse von den oben genannten Elternbefragungen bejaht werden. Relevante und förderbare Erziehungskompetenzen sind bekannt und werden in der Literatur beschrieben und bieten somit auch eine theoretische Grundlage für Elterntrainingsprogramme.

Erziehung ist jedoch immer ein interaktiver und kein unidirektionaler Prozess, auf den nicht nur die Eltern sondern auch die Kinder Einfluss nehmen. Im Folgenden soll daher speziell auf die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter eingegangen werden (Kapitel 2.2) ehe im darauffolgenden Kapitel bekannte Risikofaktoren (Kapitel 2.3.1) für die Entwicklung solcher Auffälligkeiten vorgestellt werden. In diesem Zusammenhang wird auch nochmal die gegenseitige Beeinflussung von elterlicher Erziehung und Verhalten des Kindes diskutiert (Kapitel 2.3.2).

2.2 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

Bei der Planung von präventiven Maßnahmen und Interventionen zur Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind epidemiologische Informationen von großer Bedeutung (Hölling, Schlack, Kamtsiuris, Butschalowsky & Kurth, 2012). Die epidemiologische Forschung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen umfasst dabei folgende Aufgaben (Costello & Angold, 1995):

- Die Ermittlung der Manifestation, Häufigkeit und Verteilung psychischer Störungen bzw. des Auftretens psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Regionen;
- Die Feststellung von Risikofaktoren in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, die den Beginn und den Verlauf der Störung bestimmen;
- Bestimmung von risikomildernden Faktoren, die Personen mit erhöhtem Störungsrisiko vor der Entwicklung psychischer Störungen bewahren;
- Die Untersuchung von Störungsmechanismen bei Personen mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen;
- Ermittlung des Bedarfs an psychosozialer Hilfeinrichtungen und möglicher Kosten, die das Gesundheitssystem aufgrund der psychischen Störungen aufwenden muss.

Um die Notwendigkeit einer möglichst flächendeckenden Versorgung von psychisch kranken Kindern und deren Eltern zu verdeutlichen, werden in diesem und dem folgenden Abschnitt Informationen zu der Auftrittshäufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Ätiologie bzw. Genese gegeben.

Ihle und Esser (2002) geben einen Überblick über 19 nationale und internationale Studien, die Prävalenzzahlen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen erfassten. Der Veröffentlichungszeitraum der eingeschlossenen Studien umfasst die Jahre 1970 bis 2000. Die meisten Arbeiten publizierten 6-Monats-Prävalenzraten. Als Einschlusskriterien in die Übersichtsarbeit legten die Autoren u.a. repräsentative Stichproben und kategoriale Falldefinitionen nach ICD-9, ICD-10 oder DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV fest. Im Vergleich zu anderen Studien, in denen häufig lediglich Screeningverfahren zur Erfassung der kindlichen Psychopathologie zum Einsatz kamen, griffen die Autoren auf Kinder mit klinisch

diagnostizierten Störungen zurück. Als Median der Periodenprävalenz für psychische Störungen in den eingeschlossenen Studien wurde 18% angegeben. Bei in etwa 75% der Studien lagen die Prävalenzraten zwischen 15 und 22%. Als häufigste Störungen fanden sich die Angsterkrankungen (10.4%) und Störungen des Sozialverhaltens (7.5%). Insgesamt zeigten sich wie in anderen Studien (z.B. Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2000) hohe Persistenzraten der Störungen, wobei dissoziale Störungen den ungünstigsten Verlauf aufwiesen. Zudem war aus der Übersichtsarbeit ersichtlich, dass im Kindes- und Jugendalter ähnlich hohe Komorbiditätsraten auftreten wie im Erwachsenenalter. Beispielsweise treten bei knapp 50% der Kinder und Jugendliche mit einer hyperkinetischen Störung gleichzeitig Störungen des Sozialverhaltens auf. Bis zum Alter von 13 Jahren werden höhere Gesamtprävalenzzahlen bei Jungen gefunden; während der Pubertät findet eine Angleichung der Raten statt.

Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurde auch im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts untersucht. Die KiGGS-Studie wurde seit Mai 2003 in verschiedenen Erhebungswellen durchgeführt (Hölling et al., 2007; Hölling et al., 2012; Ravens-Sieberer, Kurth, KiGGS study group & BELLA study group, 2008). Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden in dem Studienmodul „Psychische Gesundheit“ auch das seelische Wohlbefinden und Belastungsfaktoren der Kinder und Jugendlichen erfasst (BELLA-Studie). An der BELLA-Studie nahmen zufällig ausgewählte Familien mit Kindern zwischen sieben und 17 Jahren teil. Mit ihnen wurden computerassistierte Telefoninterviews und schriftliche Befragungen durchgeführt (Ravens-Sieberer & Kurth et al., 2008). Die Teilnehmer machten Angaben zur psychischen Gesundheit sowie zu emotionalen und Verhaltensproblemen (Ravens-Sieberer, 2009; Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006). Zudem wurden verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben. Die bereits in der Einleitung zitierte Arbeit von Hölling et al. (2007) zeigt, dass ca. 22% aller Kinder und Jugendlichen klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Darunter fallen internalisierende Störungen wie z.B. Ängste und Depressionen sowie externalisierende Störungen wie aggressives Verhalten, oppositionelles Trotzverhalten und hyperaktive Störungen. Wurden beispielsweise die Ergebnisse der Elternversion des sogenannten Strength and

Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) berücksichtigt, so fanden sich als häufigste Problembereiche folgende: Verhaltensprobleme ($\text{♀} = 11.9\%$, $\text{♂} = 17.6\%$), emotionale Probleme ($\text{♀} = 9.7\%$, $\text{♂} = 8.6\%$) und Hyperaktivität ($\text{♀} = 4.8\%$, $\text{♂} = 10.8\%$) (Hölling et al., 2007). Eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisse des SDQ-Gesamtwerts findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3 SDQ-Gesamtproblemwert (Elternversion) nach Hölling et al. (2007) - Angaben in % (95%-Konfidenzintervall)

		unauffällig	grenzwertig	auffällig
Geschlecht	Jungen	82.2 (81.1-83.2)	8.8 (8.0-9.6)	9.0 (8.3-9.8)
	Mädchen	88.5 (87.7-89.3)	6.2 (5.5-6.9)	5.3 (4.8-5.9)
Migrationshintergrund	Migrant	78.7 (76.6-80.7)	11.5 (10.2-13.0)	9.8 (8.4-11.4)
	Nicht-Migrant	86.5 (85.7-87.2)	6.8 (6.2-7.4)	6.7 (6.3-7.3)
Sozioökonomischer Status	niedrig	76.8 (75.2-78.3)	11.0 (10.0-12.2)	12.2 (11.1-13.4)
	mittel	86.6 (85.6-87.6)	7.0 (6.3-7.9)	6.4 (5.7-7.1)
	hoch	91.9 (90.9-92.9)	4.6 (3.9-5.4)	3.5 (2.9-4.2)
Gesamt		85.3 (84.6-86.0)	7.5 (7.0-8.1)	7.2 (6.8-7.7)

Insgesamt 14.5% der in der BELLA-Studie untersuchten Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien für eine spezifische psychische Störung oder wiesen einen auffälligen SDQ-Gesamtproblemwert bei gleichzeitig dokumentierter Einschränkung im Alltag auf (Ravens-Sieberer & Wille et al., 2008). Kinder, die solche Kriterien erfüllten, zeigten in der Studie zudem eine signifikant niedrigere Lebensqualität als Kinder ohne psychische Probleme. Interessanterweise ergab sich ein sehr bedeutsamer Unterschied zwischen psychisch belasteten und gesunden Kindern auch im Bereich des körperlichen Wohlbefindens ($d^1 = 1.33$) mit einer deutlich besseren körperlichen Verfassung bei psychisch unbelasteten Kindern. Hoher Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen wurde in 6.3% der Fälle berichtet;

¹ d = Effektstärke nach Cohen (1988). Effektstärken zwischen 0.20 und 0.50 werden als gering, zwischen 0.50 und 0.80 als mittel und über 0.80 als groß eingeschätzt.

suizidale Gedanken bei 3.8% und suizidale Handlungen bei 2.9% der befragten Kinder zwischen elf und 17 Jahren (Ravens-Sieberer & Wille et al., 2008).

Auch andere Untersuchungen im deutschsprachigen Raum fanden vergleichbare Resultate (Barkmann & Schulte-Markwort, 2006). Verschiedene epidemiologische Studien und Übersichtsarbeiten zeigen, dass in Deutschland etwa jedes fünfte Kind von einer psychischen Störung betroffen ist (Fuchs, Bösch, Hausmann & Steiner, 2013; Kuschel et al., 2004). Untersuchungen zum Verlauf bzw. Geschlechterverhältnis weisen darauf hin, dass über alle Nationen hinweg mit zunehmendem Alter eine Abnahme externalisierender Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen ist, wohingegen im Jugendalter ein Anstieg hinsichtlich der internalisierenden Störungen beobachtet wird. Jungen zeigen im Mittel höhere Werte bezüglich der externalisierenden Probleme und niedrigere Resultate bei den internalisierenden Störungen als Mädchen (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997, 1999).

In westlichen Staaten stellen insbesondere Störungen des Sozialverhaltens mit Gewalt und delinquenten Entwicklungen ein großes soziales Problem dar. Nach nationalen und internationalen Studien liegen die Raten beispielsweise allein für das Vorliegen aggressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen zwei und sieben Prozent (Ihle & Esser, 2002). Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten sorgen nicht nur für unmittelbares Leid der davon betroffenen Patienten. Kinder, die bereits früh eine auffällige und andauernde Neigung zu aggressivem Verhalten zeigen, besitzen auch ein erhöhtes Risiko für diverse Probleme im Erwachsenenalter. So besteht bei ihnen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, später straffällig zu werden, Suchtprobleme zu entwickeln, bei Unfällen beteiligt zu sein oder gegenüber Partnern oder eigenen Kindern Gewalt auszuüben (Eisner, Ribeaud, Jünger & Meidert, 2007). Betrachtet man die gesamtwirtschaftlichen Folgen von psychischen Störungen, so belaufen sich z.B. die durch delinquentes und aggressives Verhalten verursachten lebenslangen Kosten nach Einschätzungen verschiedener Wissenschaftler auf über eine Millionen Euro pro „Fall“ (Cohen, 1998; Munoz, Hutchings, Edwards, Hounsome & O’Ceilleachair, 2004). Eine Übersicht zu durch Jugendliche ausgelöste Krankenkassenausgaben am Beispiel der Störungen des Sozialverhaltens geben Ewest, Reinhold, Vloet, Wenning & Bachmann (2013).

Betrachtet man allerdings eine im Rahmen des europäischen Projektes „Screening for and Promotion of Child and Adolescent Health-related Quality of Life“ durchgeführte Studie (KIDSCREEN Study), bei welcher in zwölf Ländern ca. 22 000 Kinder im Alter von acht bis 18 Jahren hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit untersucht wurden, so findet man teilweise deutliche Unterschiede der Prävalenzzahlen in den einzelnen Ländern (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, Wille & The European KIDSCREEN Group, 2008). So zeigten sich in dieser Studie signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten in Großbritannien (grenzwertiges Ergebnis: 13.2%, auffällig Ergebnis: 10.4%) und Ungarn (grenzwertig: 10.9%, auffällig: 7.0%), während die niedrigsten Raten im europäischen Vergleich in Deutschland (grenzwertig: 7.1%, auffällig: 2.9%) und der Schweiz (grenzwertig: 6.4%, auffällig: 3.6%) zu finden waren. Diese Resultate weichen etwas von den Ergebnissen der oben genannten BELLA-Studie ab. Zudem fanden sich in der europaweiten Studie allgemein höhere Prävalenzraten für Mädchen (grenzwertig: 10.6%, auffällig: 5.7%) als für Jungen (grenzwertig: 9.1%, auffällig: 4.7%), was sich auch in anderen internationalen Studien zeigt (Rescorla et al., 2007).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sehr verbreitet sind. Prävalenzzahlen erweisen sich über verschiedene Studien und Untersuchungsstichproben hinweg als verhältnismäßig konstant und besitzen eine hohe Relevanz. Es kann mittlerweile zudem als gesichert gelten, dass in etwa die Hälfte aller psychisch erkrankten Erwachsenen im Kindes- bzw. Jugendalter bereits erkrankt war (Fuchs et al., 2013). Bei der relativ starken Verbreitung und Persistenz psychischer Störungen bei Kindern besteht die Notwendigkeit möglichst ökonomischer und flächendeckender Präventions- und Interventionsangebote. Welche präventiven bzw. therapeutischen Möglichkeiten bestehen, wird u.a. in Kapitel 2.4 und 2.5 diskutiert. Zunächst soll jedoch im Folgenden der Frage nach ätiologischen Gesichtspunkten nachgegangen werden, wobei das Hauptaugenmerk auf familiäre Faktoren gerichtet werden soll.

2.3 Ätiologie psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Primäres Ziel präventiver Maßnahmen und klinischer Interventionen, wie z.B. Elterntrainings, ist die Krankheitsvermeidung bzw. Symptomreduktion. Präventionsmaßnahmen und Interventionen müssen daher auch eng mit den

Theorien über die Ätiologie der zu vermeidenden bzw. zu reduzierenden Störungen, normale Entwicklungsprozesse sowie Risiko- und Schutzfaktoren verbunden sein. Psychische Störungen entwickeln sich nicht monokausal oder eindimensional (Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006). Man geht mittlerweile davon aus, dass die Entstehung und Verfestigung von psychischen Erkrankungen multifaktoriell bedingt ist (z.B. Döpfner, 2006; Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort, 2007; Lösel & Bender, 2003; Remschmidt, 2005). Man spricht auch vom biopsychosozialen Modell (z.B. Goodman, Scott & Rothenberger, 2000) und begreift die menschliche Entwicklung als multidimensionales Geschehen, das durch biologische, psychologische und soziale Prozesse beeinflusst wird. Aus der Wechselwirkung angeborener Bereitschaften mit somatischen und psychosozialen Entwicklungseinflüssen entsteht eine gewisse Disposition oder Vulnerabilität bzw. Resilienz für die Entwicklung einer psychischen Störung. Ob eine vorhandene Vulnerabilität schließlich zur Entstehung einer psychischen Erkrankung führt, ist jedoch wiederum von vielen verschiedenen auslösenden Faktoren und Prozessen abhängig. Dazu gehören beispielsweise Stressoren (z.B. negative Lebenserfahrung durch massiven Streit der Eltern) und individuelle Copingmuster (z.B. positives Sozialverhalten).

Vor allem durch prospektive und retrospektive Längsschnittuntersuchungen konnten an klinischen und nicht-klinischen Stichproben Erkenntnisse über die Häufigkeit und den Verlauf psychischer Störungen gewonnen werden. Längsschnittdaten an klinischen Stichproben liefern zudem Informationen über sogenannte Risiko- und Schutzfaktoren, die mit dem Auftreten einer psychischen Störung und dem Ergebnis von Interventionen im Zusammenhang stehen. Aufgrund deren großen Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, soll im Folgenden detaillierter auf empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen werden.

2.3.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren treffen nicht nur Aussagen über die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer psychischen Störung sondern zeigen Therapeuten auch Ansatzpunkte für präventive und therapeutische Maßnahmen auf. Risikofaktoren werden hier als Merkmale verstanden, die die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Störung steigern oder die mit vermehrten Problemen/Symptomen oder längerer

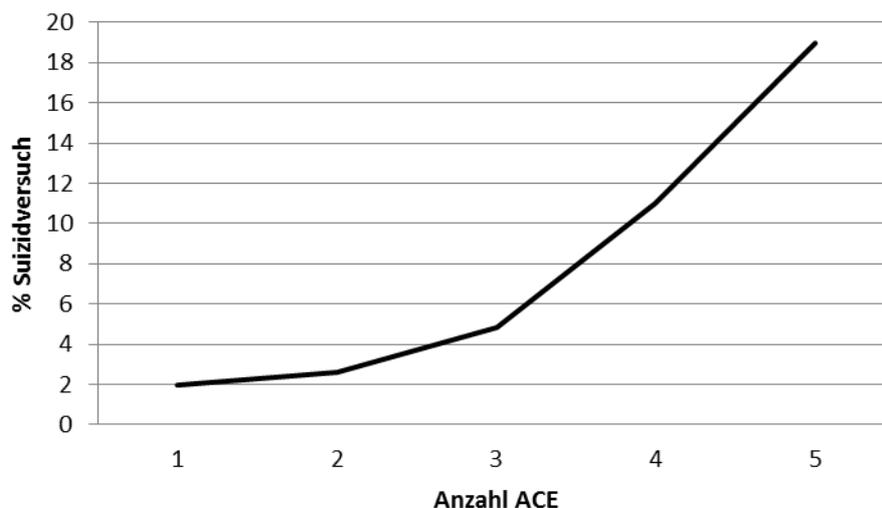
Dauer der Störung verbunden sind. Protektive Faktoren sind Merkmale, welche die Resilienz eines Menschen gegenüber Risikofaktoren erhöhen oder die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung psychischer Störungen reduzieren (Döpfner, 2006). Von einem Risikofaktor kann gesprochen werden, wenn dieser zeitlich vor einem kritischen Ereignis oder Ergebnis liegt und eine Population in eine Hochrisikosubgruppe („high risk subgroup“) und eine Subgruppe mit niedrigem Risiko („low risk subgroup“) zu unterteilen vermag (Kraemer et al., 1997; Offord & Kraemer, 2000). Es ist jedoch festzuhalten, dass Risikofaktoren häufig mit anderen Faktoren kovariieren. So können z.B. bestimmte soziokulturelle Risikofaktoren mit bestimmten negativen Erfahrungen in der Gleichaltrigengruppe einhergehen (Deater-Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1998). Zudem findet man hier häufig einen kumulativen Effekt. Man geht davon aus, dass das Risiko zur Entwicklung einer psychischen Störung umso größer ist, je mehr Risikofaktoren vorhanden sind – häufig sogar unabhängig davon, um welche Risikofaktoren es sich genau handelt. Vereinfacht gesagt: mehr Risikofaktoren bedeuten mehr Stress (Deater-Deckard et al., 1998; Laucht, Esser & Schmidt, 2000), was nach dem Diathese-Stress-Modell schneller zur Entstehung von Störungen führt.

Übersichtsarbeiten zu Risiko- und Schutzfaktoren nehmen häufig eine Einteilung in biologische, psychologische und psychosoziale Risiken (Schmidt & Göpel, 2003) oder in biologische, Beziehungs-, individuelle und soziale Faktoren vor (Hahlweg, 2009; Heinrichs & Hahlweg, 2009). Beim Begriff Risikofaktor muss zudem generell zwischen variablen und nicht veränderbaren Risikofaktoren unterschieden werden (Kraemer et al., 1997; Offord & Kraemer, 2000). Letztere können nach Ansicht der Autoren auch als Vulnerabilitätsfaktoren betrachtet werden, während variable Risikofaktoren sich spontan ändern können oder durch eine Intervention veränderbar sind. Ein variabler Risikofaktor, der sowohl verändert werden kann als auch die Wahrscheinlichkeit für den Erwerb der „Zielstörung“ bzw. der interessierten Verhaltensauffälligkeit beeinflusst, gilt als kausaler Risikofaktor. Andere Arbeiten beschäftigen sich beispielsweise mit störungsspezifischen bzw. unspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren. Unspezifische Risikofaktoren erhöhen das Risiko zur Entwicklung verschiedener psychischer Störungen. Durch Interventionen, bei denen die unspezifischen Faktoren im Mittelpunkt stehen, kann demnach auch ein breites Spektrum an Auffälligkeiten vorgebeugt oder behandelt werden. Man geht jedoch inzwischen von einem komplexen Wechselspiel bzw. von einem kumulativen Effekt

mehrerer Risikofaktoren und fehlender Schutzfaktoren bei der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten aus.

Ein Beispiel für den kumulativen Effekt verschiedener Risikofaktoren dokumentiert die ACE²-Study (Felitti, 2002). Bei dieser groß angelegten retrospektiven Befragung von über 17 000 Erwachsenen in den Vereinigten Staaten von Amerika wurde ein deutlicher Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit und späteren psychischen Auffälligkeiten offensichtlich. Es wurden psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit wie Missbrauch, Elterngewalt, psychische Erkrankung der Eltern, Verlust eines Elternteils etc. erfasst. Personen in der Untersuchungsgruppe, die vier oder mehr Belastungsfaktoren in der Kindheit bejahten, hatten ein vier- bis zwölffach erhöhtes Risiko für das spätere Auftreten von Depressionen, Suizidversuchen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und körperlichen Gesundheitsproblemen.

Abbildung 1 Zusammenhang zwischen Anzahl der ACE und späterer Suizidversuche in % nach Felitti (2002)



Der Autor zeigte, dass das Ausmaß an solchen Störungen in einem klaren Dosis-Wirkungsverhältnis zu früheren negativen Lebenserfahrungen steht. Beispielhaft wird der Zusammenhang zwischen der Anzahl der psychosozialen Belastungsfaktoren (ACE) und den später erfolgten Suizidversuchen in Abbildung 1 dargestellt. Bei fünf ACE lag die Wahrscheinlichkeit eines späteren Suizidversuchs beispielsweise bei knapp 20%.

² ACE = adverse child experiences

Döpfner (2006) gibt zusammenfassend einen Überblick über als empirisch gesichert geltende Risiko- und Schutzfaktoren, die in Tabelle 4 zusammengefasst sind. Viele der hier genannten Faktoren sind prinzipiell veränderbar und stellen daher auch Ansatzpunkte für Prävention bzw. Behandlungsmaßnahmen dar.

Einen Überblick zu Schutzfaktoren und zum Thema Resilienz bei Kindern und Jugendlichen bieten zudem Miller-Lewis, Searle, Sawyer, Baghurst & Hedley (2013) oder Noeker & Petermann (2008). Neben den Risikofaktoren für die Entstehung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen werden in der Literatur auch häufig elterliche Risikofaktoren in Bezug auf eine bestehende bzw. drohende Kindeswohlgefährdung diskutiert (Kuntz, Metzner, & Pawils, 2013). Einen Überblick über empirisch gesicherte Risikofaktoren in diesem Zusammenhang gibt Tabelle 5.

Wie bereits erwähnt, ist die Untersuchung der Risikofaktoren nicht nur für ätiologische sondern auch für therapeutische Gesichtspunkte wichtig. Kindzentrierte psychotherapeutische Methoden können eingesetzt werden, um an den individuellen Faktoren des Kindes anzusetzen. So können z.B. mit dem Kind Problemlösefähigkeit, soziale Kompetenzen oder Stressbewältigung eingeübt werden. Familiäre Faktoren sind Gegenstand von familienbezogenen Interventionen, wie z.B. Elterntrainings. Die Rolle familiärer Interventionsmöglichkeiten sowie die besondere Bedeutung von Elterntrainings soll an anderer Stelle ausführlicher dargestellt werden (Kapitel 2.4.2 und 2.5). Die in Tabelle 4 genannten gesellschaftlichen Faktoren sind dagegen häufig nur bedingt veränderbar bzw. Gegenstand gesundheitspolitischer oder gesellschaftlicher Arbeit. Aufgrund der potentiellen Veränderbarkeit von familiären Risikofaktoren bzw. der Rolle von Erziehung bei der Entwicklung eines Kindes, soll im nächsten Kapitel näher auf diese Thematik eingegangen werden.

Theoretischer Hintergrund

Tabelle 4 Empirisch gesicherte Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen nach Döpfner (2006, S.694)

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Individuelle Faktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Einflüsse • Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft • Geburtskomplikationen • Geringes Geburtsgewicht • Körperliche Erkrankung • Psychische Störungen der Eltern • Verzögerungen in der frühkindlichen Entwicklung • Schwierigkeiten in der Emotionsregulation • Schwieriges Temperament • Substanzmissbrauch in der Familie • Exposition gegenüber Aggressionen, Gewalt und Traumata • Vernachlässigung • Mangelnde Schulleistungen • Schulische Demoralisierung • Aufmerksamkeitsstörung • Soziale Inkompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht (je nach Störung weiblich oder männlich) • Intellektuelle Fähigkeiten • Positives Selbstkonzept • Selbstsicherheit • Problemlösefähigkeit • Positives Temperament • Soziale Fertigkeiten • Stressbewältigungsfähigkeiten • Bewältigungserfahrungen • Anpassungsfähigkeit • Autonomie • Positive Bindungserfahrungen
Familiäre Faktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Geringer Bildungsstand beider Eltern • Dysfunktionales Erziehungsverhalten • Negative familiäre Kommunikationsmuster • Familien-/Partnerkonflikte • Desorganisierte Familien • Scheidung • Tod eines Familienangehörigen • Psychische Störungen der Eltern • Delinquenz der Eltern • Familiäre Gewalt • Belastende Lebensereignisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteilnahme, Interesse der Eltern am Leben des Kindes • Elterliche Wärme • Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie • Führung des Kindes (z.B. konsistentes Erziehungsverhalten) • Günstige Erziehungspraktiken • Positive Eltern-Kind-Interaktion • Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde
Gesellschaftliche Faktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Armut • Arbeitslosigkeit • Schlechte Wohn- und Schulverhältnisse • Geringer sozioökonomischer Status • Diskriminierung • Migration, soziale Verpflanzung • Soziale Isolation • Soziale Benachteiligung • Gewalttätiges und delinquentes Umfeld • Mangelnde außerfamiliäre soziale Bindung • Auffällige Gleichaltrigengruppe • Zurückweisung durch Gleichaltrige 	<ul style="list-style-type: none"> • Einkommensgerechtigkeit • Hohe Bildungsqualität (z.B. positive Schulerfahrung) • Unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk • Integration von Minoritäten

Tabelle 5 Elterliche Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung nach Kuntz et al. (2013)

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Junge Eltern • Alleinerziehende Eltern • Soziale Isolation • Niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit • Niedriger Bildungsstand • Psychische Erkrankung der Eltern • Eigene Vorgeschichte mit Misshandlung • Geringes Selbstvertrauen • Eingeschränkte Sensitivität • Impulsivität/Aggressivität • Partnerschaftskonflikte • Unrealistische Erwartungen und negative Grundeinstellung gegenüber dem Kind • Hohe Zahl kleiner Kinder in der Familie 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritativer Erziehungsstil • Emotional positives Familienklima • Stabilität und Zusammenhalt in der Familie • Positive Beziehung zu mindestens einem Elternteil • Enge Geschwisterbindungen • Harmonische elterliche Beziehung • Strukturierter Familienalltag • Guter sozioökonomischer Status

2.3.2 Die Rolle der Familie, Eltern und Erziehung

In verschiedenen verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern und Übersichtsarbeiten wird immer wieder betont, dass die Prinzipien des Lernens im gleichen Maße für das Lernen von Problemverhalten gültig sind wie sie für normale, gesunde Entwicklungsprozesse zutreffen (Mattejat, 2006; Reinecker, 1985). Da gerade bei Kindern ein wesentlicher Teil des Lernens in einem sozialen Kontext stattfindet, kommt gerade dem sozialen Lernen bzw. Lernen im familiären Umfeld eine besondere Bedeutung zu (Bandura, 1986). Nach Wünsche und Reinecker (2006) sind für kindliche Lernprozesse Eltern besonders bedeutsam, da sie u.a. die ersten Modelle des Kindes sind, zu denen in den ersten Jahren ein kontinuierlicher Kontakt besteht und da sie vom Kind als wichtige und einflussreiche Personen wahrgenommen werden. Familie ist der Ort, der Kindern und Jugendlichen materielle und seelische Sicherheit vermittelt; im Jugendalter stellt sie die sichere Grundlage dar, Schritt für Schritt eigene Wege zu gehen (Hoepner-Stamos & Hurrelmann, 1999).

Wie eingangs berichtet wurde, kann Erziehung auch als „*die gezielte soziale Beeinflussung der motivationalen und kognitiv-affektiven Aspekte der Persönlichkeit eines Individuums, vor allem seiner Wertehaltungen und Einstellungen, entsprechend den Regeln der Gemeinschaft*“ (Schnotz, 2009, S. 73) betrachtet

werden. Das System Familie ist eine wichtige Ressource für die soziale Unterstützung der Kinder und Jugendlichen. Die Familie stellt das Potential für das Erleben von Nähe und Vertrauen, Wärme, Liebe und Akzeptanz dar (Erhart & Ravens-Sieberer, 2009). In vielen Arbeiten der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie wird beispielsweise eine enge Bindung an eine erwachsene Bindungsperson als wichtiger Faktor für eine gesunde Entwicklung angesehen (Oerter & Montada, 2008). Die Familie beeinflusst durch Erziehungsprozesse die Sozialisation, die Entwicklung von Normen, Regeln, Erwartungen und Werten und somit auch das Verhalten des Kindes (Warnke et al., 1999). Dabei kann die Familie sowohl eine protektive als auch eine pathogene Wirkung entfalten (Erhart & Ravens-Sieberer, 2009). Wichtig bei der Diskussion um familiäre Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Kindes ist jedoch auch die Tatsache, dass es keine monokausalen bzw. unidirektionalen Zusammenhänge gibt (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington & Bornstein, 2000). Das Kind beeinflusst mit seinem Verhalten die Eltern und umgekehrt. Sowohl das Lernen des Kindes als auch die Erziehung der Eltern sind gekennzeichnet durch die gegenseitige Interaktion und Einflussnahme zwischen Eltern und Kind. Auch Schneewind (1999) betont, dass es sich bei der Beziehung zwischen dem Erziehungsverhalten der Eltern und den Merkmalen des Kindes nicht um das Ergebnis einer deterministischen, unidirektionalen Einflussnahme handelt. Aggressionen oder Verhaltensprobleme im Kindes- und Jugendalter hängen beispielsweise mit bestimmten elterlichen Erziehungsfaktoren zusammen; umgekehrt beeinflusst aber auch das kindliche Temperament und Verhalten die Erziehung der Eltern (Lochman, 2006). Gerade Kinder mit psychischen Auffälligkeiten stellen eine besondere Herausforderung für Eltern dar.

Wenn Eltern sich z.B. einfühlsam verhalten und das Kind für ein positives Verhalten loben, fühlt sich das Kind verstanden, akzeptiert und wird wahrscheinlich ein ähnlich positives Verhalten in einer ähnlichen Situation zeigen. Die Eltern sind zufrieden und erleben wiederum eine Selbstwirksamkeit bezüglich ihres Erziehungsverhaltens usw. Umgekehrt kann kindliches Verhalten Eltern auch dazu bewegen, Erziehungsstrategien zu benutzen, die sie normalerweise ablehnen. Auf wiederholtes negatives Verhalten des Kindes könnten Eltern beispielsweise mit häufigem Diskutieren mit abwertenden Äußerungen (z.B. „Du lernst das nie...“) reagieren, woraufhin das Kind sich verschlossen und aggressiv zeigen kann, was wiederum

Ärger und Hilflosigkeit bei den Eltern auslöst. Diesen Prozess bezeichnet man in der Lerntheorie auch als „coercive circle“ (Patterson, 1982) bzw. als „Zwangsprozess“ (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1998). Dieses Modell beschreibt den Zusammenhang, wie das Verhalten der Eltern ungewollt das problematische Verhalten des Kindes aufrechterhält und umgekehrt. Wie bereits erwähnt, bedingen ungünstige Erziehungsstrategien also nicht nur kindliche Probleme, sondern das Vorhandensein von schwierigem Temperament und Problemen des Kindes verändert häufig auch das elterliche Erziehungsverhalten ungünstig (Heinrichs, Behrmann, Härtel & Nowak, 2007).

Im Folgenden werden verschiedene empirische Befunde³ bzw. theoretische Modelle bezüglich des Zusammenhangs zwischen Erziehungsverhalten und Verhalten der Kinder dargestellt. In den darauf folgenden Abschnitten wird speziell auf dysfunktionale Erziehung und andere familiäre/elterliche Risikofaktoren eingegangen bevor je ein kurzer Exkurs zu der Rolle von psychischer Erkrankung eines Elternteils und körperlicher Bestrafung erfolgt.

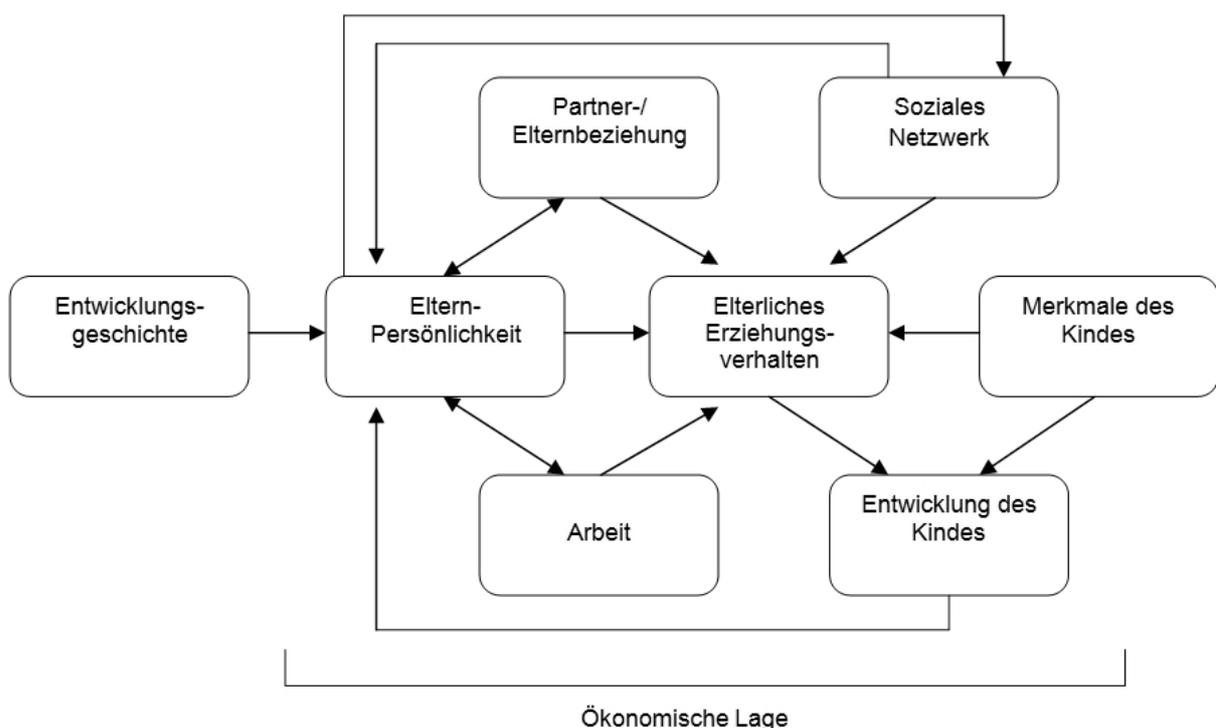
2.3.2.1 Familienpsychologische Modelle

Ein in der Familienpsychologie bewährtes Modell bezüglich der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist das Modell von Belsky (1984). Demnach erschwert ein „schwieriges Temperament“ eines Kindes den Eltern die Erziehungsaufgaben. Eigenschaften des Kindes sind jedoch nur eine von mehreren sich teilweise wechselseitig bedingenden Einflussgrößen. Eltern mit geringem erziehungsrelevantem Wissen, einer niedrigen Erziehungskompetenz und mangelndem Selbstvertrauen bieten weniger entwicklungsförderliche Bedingungen für das Kind als warmherzige, selbstbewusste und empathische Eltern. Neben den Temperamentsmerkmalen des Kindes und elterlichen Persönlichkeitsmerkmalen spielen in Belskys Modell noch weitere Einflussgrößen eine Rolle. So wirken sich demnach auch die Beziehungserfahrung in der eigenen Herkunftsfamilie, die Erfahrungen und Stress am Arbeitsplatz, die soziale Unterstützung der Eltern sowie

³ Nicht zu allen hier beschriebenen Modellen bzw. dazugehörigen Studien lagen trotz ausführlicher Literaturrecherche detaillierte Schilderungen der empirischen Datenlage vor, weshalb lediglich auf die prägnantesten Ergebnisse eingegangen wird oder an manchen Stellen keine Untersuchungsergebnisse berichtet werden können.

die sozioökonomische Lage auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung aus. Zudem beeinflusse die Qualität der Ehebeziehung bzw. die Übereinstimmung in der elterlichen Koordination der Kinderbetreuung das Erziehungsverhalten. Das Modell der Einflussgrößen und Effekte von Eltern-Kind-Beziehung nach Belsky ist schematisch in Abbildung 2 dargestellt. Empirische Überprüfungen des Modells mittels Pfadanalysen liegen laut Fuhrer (2009) vor. Bei ausführlichen Literaturrecherchen konnten jedoch keine Originalarbeiten mit ausführlichen Daten diesbezüglich gefunden werden. Anhand des Modells von Belsky wurden jedoch Risikofaktoren ermittelt, welche besonders die Erziehungskompetenz der Mütter beeinträchtigen: frühes Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes, niedriges Bildungsniveau, geringes Selbstwertgefühl, niedrige Intelligenz, niedriges Einkommen, fehlender Partner, große Kinderzahl und schwieriges Temperament des Kindes. Studien untersuchten, das Ausmaß, wie Mütter ihr Kind in einer anregenden bzw. vernachlässigenden häuslichen Umwelt aufziehen in Abhängigkeit der genannten Risikofaktoren. Bei zwei vorhandenen Risikofaktoren betrug die Wahrscheinlichkeit 31%, bei drei Faktoren 40% und bei sechs Faktoren 88%, dass Mütter ihr Kind in einer wenig anregenden und förderlichen häuslichen Umgebung aufziehen (Evans, 2004)

Abbildung 2 Einflussfaktoren auf die Erziehung nach dem Prozess-Modell von Belsky (1984)

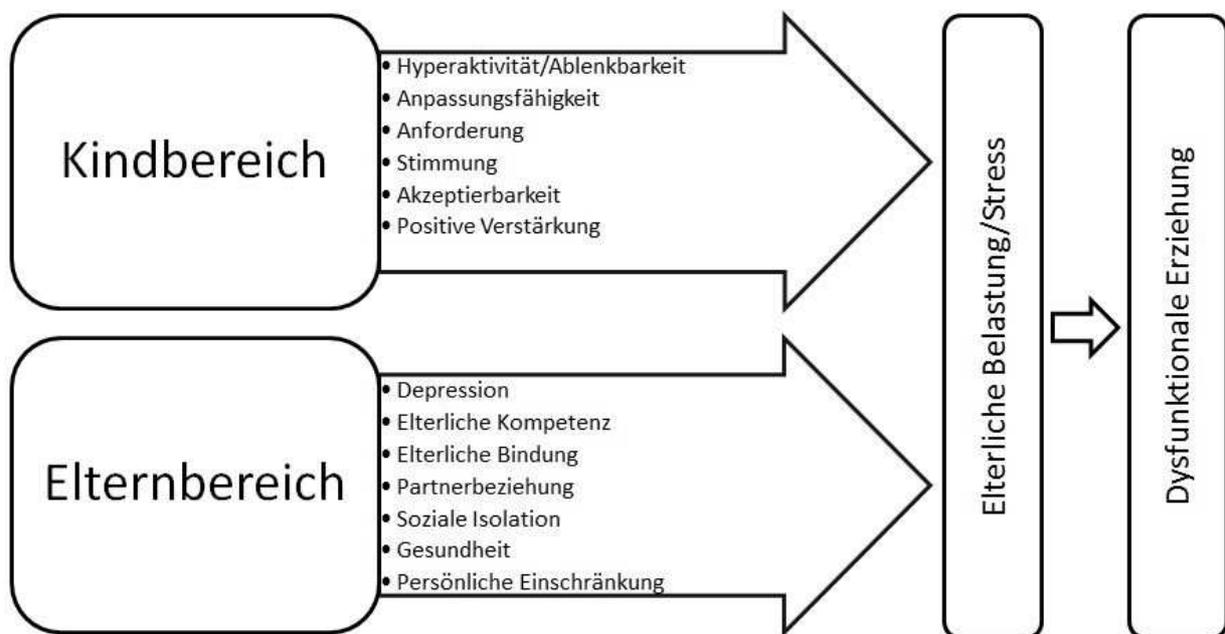


Eine weitere modellhafte Annahme über die Wechselwirkung von Eigenschaften des Kindes und der Eltern stellt das Parenting Stress Model von Abidin (1983, 1995) dar. Elterlicher Stress wird hier als Resultat verschiedener Missverhältnisse zwischen wahrgenommenen elterlichen Ressourcen und den aktuellen Anforderungen an die Eltern im Kontext der Erziehung interpretiert. Die Belastung der Eltern ergibt sich aus Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes, Merkmalen der Eltern sowie psychosozialen bzw. kontextbezogenen Faktoren. Die kind-, eltern- und kontextbezogenen Belastungsquellen werden zwei übergeordneten Bereichen (Kindbereich und Elternbereich) zugeordnet. Zum Kindbereich gehören z.B. Verhaltensdispositionen des Kindes wie Hyperaktivität, Anpassungsfähigkeit oder Stimmungslage. Man geht davon aus, dass eine Quelle für eine erhöhte Belastung der Eltern z.B. eine schlechte Stimmung des Kindes sein kann. Ein weiterer Faktor ist hier z.B. die positive Verstärkung. Darunter wird das Ausmaß an positiven Affekten in der Eltern-Kind-Interaktion verstanden. Im Elternbereich werden verschiedene Verhaltensdispositionen der Eltern und mögliche psychosoziale Ressourcen genannt. Hier spielen Aspekte wie das Ausmaß depressiver Denkprozesse und Emotionen, Kompetenzzweifel oder auch die Partnerschaftsqualität eine Rolle. Zudem finden sich hier Aspekte der physischen Gesundheit und die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung wieder. Es wird davon ausgegangen, dass Erziehung schließlich je nach Ausmaß der elterlichen Gesamtbelastung besser oder schlechter gelingt. Eine schematische Darstellung des Modells findet sich in Abbildung 3.

Das Parenting Stress Model wurde anhand verschiedener korrelativer und regressionsanalytischer Studien untersucht. In einer Untersuchung mit 95 Familien mit Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren wurde das Stressniveau bzw. die elterliche Belastung mittels des Parenting Stress Index (Abidin, 1995) erhoben. Als Prädiktoren für das elterliche Stresserleben wurden die in Abidins Modell genannten Variablen durch verschiedene psychometrische Verfahren erfasst und regressionsanalytisch überprüft. Das Modell erwies sich als signifikant und vermochte 39% ($r^2 = .39$, $p < .001$) der Varianz aufzuklären (Theule, 2010). Die höchsten β -Gewichte der Einzelprädiktoren bei der Vorhersage von elterlichem Stress ergaben sich hinsichtlich des oppositionellen Verhalten des Kindes ($\beta = .35$, $p < .05$), der elterlichen ADHS-Symptomatik ($\beta = .34$, $p < .01$) und der sozialen Unterstützung ($\beta = -.22$, $p < .05$). Eine Metaanalyse, die das elterliche Stressniveau mittels des Parenting Stress Index zwischen Eltern von Kindern mit und ohne ADHS

verglichen, fand durchgehend höheres Stresserleben bei Familien mit Kindern mit ADHS; die durchschnittliche Effektstärke betrug $d = .90$ (Theule, 2010). Gleichzeitig fanden sich in dieser Arbeit signifikante korrelative Zusammenhänge folgender Variablen mit elterlichem Stresserleben: Unaufmerksamkeit des Kindes ($r = .28, p < .01$), Hyperaktivität des Kindes ($r = .38, p < .01$), Verhaltensprobleme des Kindes ($r = .42, p < .001$), vom Lehrer beurteiltes Ausmaß an ADHS-Symptomen ($r = .29, p < .01$), Stimmungsprobleme des Kindes ($r = .39, p < .01$), depressive Symptome des Elternteils ($r = .47, p < .01$), soziale Unterstützung der Familie ($r = -.30, p < .05$) und Ehequalität ($r = -.35, p < .001$).

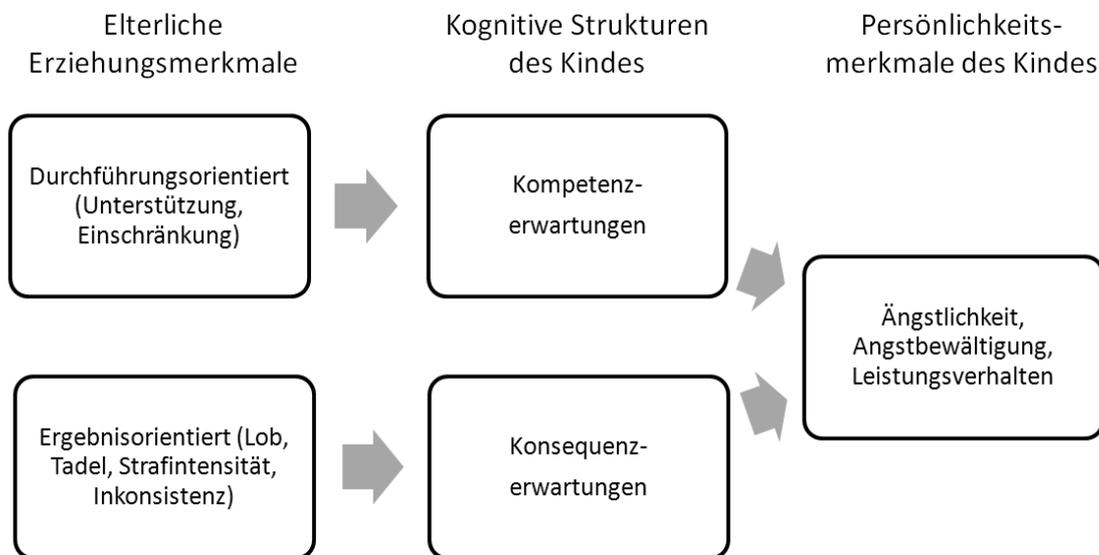
Abbildung 3 Parenting Stress Model nach Abidin (1983, 1995)



Ein weiteres Modell, welches vor allem im Bereich der Entwicklung von Ängsten im Kindesalter eine Rolle spielt, ist das Zweiprozess-Modell der elterlichen Erziehungswirkung nach Krohne und Kollegen (Krohne & Hock, 1994; Krohne & Pulsack, 1995). Das Modell beschäftigt sich u.a. mit der Auswirkung der Erziehung auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und geht speziell auf die Förderung oder Verminderung von Ängstlichkeit des Kindes durch bestimmtes Erziehungsverhalten ein. Das Modell beruht auf den Annahmen der sozialen Lerntheorien und geht davon aus, dass das Verhalten einer Person von Situationseinschätzungen bzw. bestimmten kognitiven Faktoren gesteuert wird. Ängstliche Kinder zeichnen sich durch bestimmte Erwartungsmuster aus (Hock, 2008; Krohne & Hock, 1994; Krohne & Pulsack, 1995), die sich den Konsequenz-

erwartungen oder den Kompetenzerwartungen zuordnen lassen (siehe Abbildung 4). Ersteres betrifft das Ausmaß, in dem positive oder negative Konsequenzen (z.B. Strafe, Tadel) auf das eigene Verhalten erwartet werden. Kompetenzerwartungen betreffen die Kognitionen bzw. Antizipationen darüber, ob eine schwierige Situation erfolgreich gemeistert werden kann oder nicht. Beide Erwartungsmuster hängen laut Autoren vom Erziehungsstil der Eltern ab. Eltern beeinflussen demnach ihr Kind bezüglich der Konsequenzerwartung, indem sie ihm Feedback über die Angemessenheit ihres Handelns geben. Eltern beeinflussen jedoch auch die Kompetenzerwartungen des Kindes über adäquate Fördermaßnahmen und wohlwollender Unterstützung oder Einschränkungen und mangelndem Zutrauen.

Abbildung 4 Zweiprozess-Modell elterlicher Erziehungswirkung (aus Hock, 2008, S. 495)



Es werden im Zweiprozess-Modell insgesamt sechs Erziehungsstilvariablen unterschieden, die einen wesentlichen Einfluss auf die Erwartungsmuster der Kinder ausüben: Unterstützung, Einschränkung, Lob, Tadel, Intensität der Rückmeldung und Inkonsistenz. Das Zweiprozess-Modell befasst sich also damit, welche Auswirkungen die sozialen Erfahrungen des Kindes im Rahmen seiner Erziehung durch seine Eltern haben. Eltern, die einschränkendes Erziehungsverhalten zeigen, würden beispielsweise exploratorisches Verhalten des Kindes begrenzen und spielerische Handlungen nicht würdigen. Dagegen würden unterstützende Eltern Interesse an Aktivitäten ihres Kindes zeigen und Anreize für angemessenes exploratorisches Verhalten bieten. Zudem betont das Modell die Rolle der Intensität der Rückmeldung und die Konsistenz im Erziehungsverhalten. Für die oben genannten postulierten

Zusammenhänge lassen sich in verschiedenen Studien signifikante Korrelationen finden. Zwischen unterstützendem Elternverhalten und der emotionalen und sozialen Kompetenzen des Kindes fanden sich in einer Untersuchung mit 373 Teilnehmern signifikante Zusammenhänge von $r = .18$ ($p < .01$) (Reichle & Franiek, 2009). Die Involviertheit der Eltern bzw. ein geringes Maß an Aufsicht korrelierten mit den sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder in dieser Studie ebenfalls signifikant ($r = .18$, $p < .01$ bzw. $r = -.21$, $p < .01$). Hinsichtlich der sogenannten ergebnisorientierten Variablen wie Inkonsistenz oder Anwendung körperlicher Strafen fanden sich signifikante Zusammenhänge zu dem Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten des Kindes ($r = .34$, $p < .01$ bzw. $r = .24$, $p < .01$). Die Konsequenzerwartungen wurden hier nicht spezifisch erfasst. Interessanterweise ergaben sich allerdings auch signifikante Zusammenhänge zwischen der elterlichen Inkonsistenz oder Anwendung körperlicher Strafen zu den sozial-emotionalen Kompetenzen der Eltern ($r = -.29$, $p < .01$ bzw. $r = -.12$, $p < .05$)

Fasst man die verschiedenen oben genannten Modelle und Übersichtsarbeiten zusammen, so wird offensichtlich, dass erzieherisches Handeln durch viele Faktoren bestimmt wird. Erziehung bzw. die Rolle der Eltern als Erziehungsagenten selbst ist einer von vielen Faktoren, die zu Verhaltensproblemen von Kindern und Jugendlichen beitragen können. Aus den obigen Ausführungen und aus Tabelle 4 zu den Risiko- und Schutzfaktoren im vorangehenden Abschnitt wird ersichtlich, dass familiäre Faktoren und Erziehung sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren bei der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter darstellen (Scaramella, Conger & Simons, 1999). Es soll damit jedoch nicht gesagt werden, dass eine dysfunktionale Erziehung der Grund für alle Probleme in diesem Alter darstellt. Der Fokus auf das Thema Erziehung bedeutet auch nicht, dass es sich dabei um den wichtigsten und stärksten Einflussfaktor handelt. Die Berücksichtigung der Erziehung und der Rolle der Familie bei der Behandlung psychischer Störungen bei Kindern ergibt sich in erster Linie durch die „Zugänglichkeit“ und potenzielle Veränderbarkeit dieser Faktoren. Anders als beispielsweise bei perinatalen Komplikationen, Armut oder Migrationshintergrund lassen sich bei vielen familiären Faktoren Veränderungen durch gezielte Interventionen erreichen. Unter allen potentiell veränderbaren Risikofaktoren für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern hält Sanders die Qualität der elterlichen Erziehung jedoch für die wichtigste Einflussgröße (Sanders, 2006). Er hält eine Reduktion der familiären Risikovariablen

durch möglichst frühzeitige Elterntrainings für dringend geboten und weist darauf hin, dass frühe Interventionen dazu beitragen, die Chance zu erhöhen, dass sich problematisches Kinderverhalten nicht chronifiziert.

Nachdem in diesem Abschnitt eher allgemeine theoretische familienpsychologische Modelle mit dazugehörigen empirischen Befunden vorgestellt wurden, sollen im kommenden Kapitel beispielhaft einige konkrete empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen familiären Risikofaktoren (z.B. bestimmte sozioökonomische elterliche Faktoren, dysfunktionale Familieninteraktion, Trennung der Eltern) und psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen vorgestellt werden.

2.3.2.2 Dysfunktionale Erziehung und familiäre Risikofaktoren

Neben genetischen, biologischen und sozioökonomischen Faktoren werden häufig auch ungünstige intrafamiliäre Interaktionen mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung gebracht (Döpfner, 2006; Gershoff, 2002; Hahlweg, 2009). Dysfunktionale Familieninteraktionen oder Erziehungspraktiken können dazu beitragen, dass emotionale Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten von Kindern verstärkt oder aufrechterhalten werden. Langzeitstudien zeigen beispielsweise, dass aggressives Verhalten über mindestens drei Generationen hinweg stabil bleiben kann und über inkonsistente und aggressive Erziehungspraktiken der Eltern vermittelt wird (Capaldi, Pears, Patterson & Owen, 2003). Eine Auswahl verschiedener weiterer relevanter Befunde wird im Folgenden dargestellt.

Bei einer Auswertung quer- und längsschnittlicher Daten der sogenannten Erlangen-Nürnberger Präventions- und Entwicklungsstudie (Beelmann, Stemmler, Lösel & Jausch, 2007) wurden Elternbefragungen zu Erziehungsmerkmalen der Eltern und Verhaltensproblemen der Kinder bei 448 Teilnehmern berücksichtigt. Die Kinder der befragten Eltern waren zwischen drei und sechs Jahre alt. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass Einzelmerkmale der elterlichen Erziehung mit der Entwicklung von kindlichen Verhaltensproblemen separat betrachtet oft nur geringe Korrelationen aufweisen. Beim Zusammentreffen verschiedener einzelner Erziehungsmerkmale finden sich jedoch deutlichere Zusammenhänge mit der Entwicklung problematischen Verhaltens. Eine von den Autoren durchgeführte Faktorenanalyse über die

verschiedenen Erziehungsmerkmale hinweg erbrachte zwei übergeordnete Faktoren, die jeweils deutliche Korrelationen mit dem Problemverhalten der Kinder aufwiesen: a) engagierte/selbstbewusste Elternschaft und b) problematisches Disziplinierungsverhalten. Der erste Faktor vereint Merkmale wie z.B. positives Erziehungsverhalten (Ladung .74 bei Müttern und .81 bei Vätern), hohes Selbstwirksamkeitserleben der Eltern (.54 und .65) und elterliches Engagement (.80 und .83) und ist negativ mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern korreliert. Die Korrelation zu externalisierendem Problemverhalten beträgt bei Müttern und Vätern $r = -.20$ ($p < .001$). Der zweite Faktor vereint z.B. inkonsistentes Disziplinierungsverhalten (Ladung .67 bei Müttern und .65 bei Vätern), elterliche Unzufriedenheit (.72 und .59) und körperliche Bestrafung (.61 und .70) und hängt positiv mit der Entwicklung kindlichen Problemverhaltens zusammen (Mütter: $r = .43$, $p < .001$, Väter: $r = .41$, $p < .001$). Der erste Faktor erklärte zwischen 24.2% (Mütter) und 27.5% (Väter) der Varianz in Bezug auf die angegebenen Verhaltensprobleme der Kinder. Der zweite Faktor erklärte dagegen 24.2% (Mütter) bzw. 22.7% (Väter) der Varianz bezüglich der kindlichen Probleme. Zusammen erklärten die beiden Faktoren in etwa 50% der aufgetretenen Varianz.

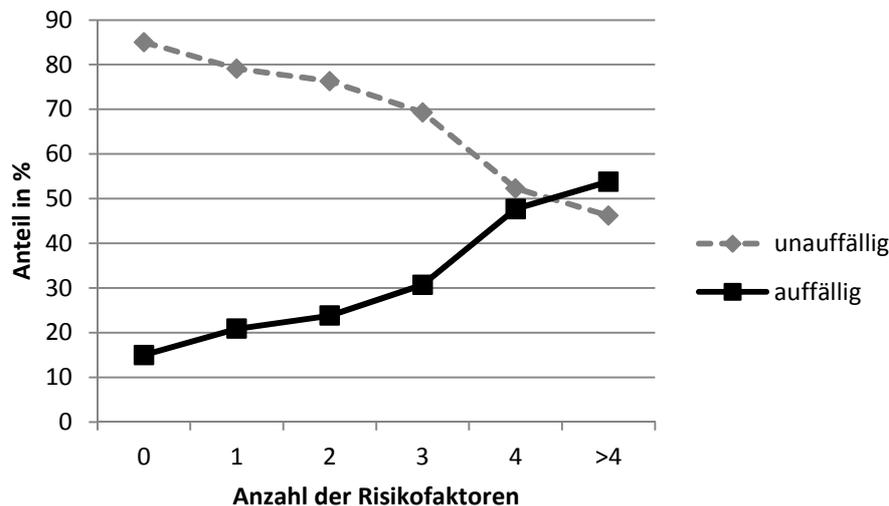
In der KIDSCREEN-Studie (Ravens-Sieberer & Erhart et al., 2008) unterschied sich der Anteil der Kinder, die im SDQ Beschwerden angab, in Abhängigkeit von Nation, sozioökonomischer Status und soziodemografischen Daten. Als mögliche Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für Verhaltensauffälligkeiten wurden z.B. ungünstiges Familienklima, niedriger sozioökonomischer Status, soziale Unterstützung der Familie, psychische Beschwerden der Eltern, Geschlecht, Alter usw. untersucht. Bei der Datenanalyse mittels einer logistischen Regression, für die die Kinder in Gruppen mit hohem und niedrigem Gesamtergebnis im SDQ eingeteilt wurden, fanden sich über alle Nationen hinweg die höchsten β -Gewichte für folgende Prädiktoren: „geringe soziale Unterstützung“ ($\beta = 3.85$, $p < .01$), „ungünstiges Familienklima/Partnerschaftsprobleme“ ($\beta = 1.65$, $p < .01$), „niedriger sozioökonomischer Status“ ($\beta = 1.41$, $p < .01$) und „weibliches Geschlecht des Kindes“ ($\beta = 1.35$, $p < .01$). Bei der deutschen Stichprobe zeigte sich ein deutlicherer Einfluss der Prädiktoren „geringe soziale Unterstützung“ ($\beta = 5.64$, $p < .01$), „ungünstiges Familienklima/Partnerschaftsprobleme“ ($\beta = 2.71$, $p < .01$) und „weibliches Geschlecht“ ($\beta = 1.76$, $p < .01$). Dagegen wurde der Prädiktor „sozioökonomischer Status“ hier interessanterweise nicht signifikant ($\beta = .92$, $p > .10$).

Einen Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten des Kindes und elterlicher Faktoren untersuchte auch die Arbeitsgruppe um Kuschel und Kollegen (Kuschel, Heinrichs, Bertram, Naumann & Hahlweg, 2008). Bezüglich der Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter wurden in der Studie verschiedene Screeningverfahren durchgeführt. Es wurde anschließend eine Einteilung der Kinder in Gruppen mit und ohne internalisierende oder externalisierende Auffälligkeiten vorgenommen. Weiterhin wurden Faktoren wie Schulbildung, Einkommen, Erziehungsstatus und Migrationshintergrund der Eltern sowie das Alter und Geschlecht der Kinder berücksichtigt. Mittels χ^2 -Tests wurden Verteilungsunterschiede bzw. unterschiedliche Prävalenzraten in Abhängigkeit von den oben genannten Merkmalen untersucht. Während interessanterweise keine der genannten Variablen Auswirkungen bei den externalisierenden Störungen zeigte, fanden sich bei Kindern mit internalisierenden Störungen ein höherer Anteil an Müttern mit niedrigerem Bildungsabschluss ($\chi^2(2) = 12.31, p < .01$), niedrigem Nettoeinkommen ($\chi^2(2) = 20.71, p < .001$) und Migrationshintergrund ($\chi^2(2) = 24.23, p < .001$). In der Studie wurden jedoch keine Variablen zur Erfassung des Erziehungsverhaltens berücksichtigt.

Auch im Rahmen der bereits erwähnten KiGGS-Studie wurden verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren untersucht (Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007). Ein Schwerpunkt lag auf der Untersuchung des sogenannten familiären Zusammenhalts (z.B. Ausmaß, in dem auf die Sorgen und Nöte des Anderen eingegangen wird; subjektive Einschätzung des Zusammengehörigkeitsgefühls) als Indikator für die familiären Ressourcen. Bei knapp 80% der eingeschlossenen Kinder wurde ein durchschnittlicher familiärer Zusammenhalt festgestellt. Verglich man die Kinder mit niedrigem familiären Zusammenhalt mit der unauffälligen Gruppe, so fand sich in der auffälligen Gruppe ein doppelt so hoher Anteil (34.5%) von rauchenden Kindern und 10% mehr Konsum von illegalen Drogen (17.1%) als bei Kindern mit guten familiären Ressourcen. Andere Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass beispielsweise Familienkonflikte (*Odds-Ratio* 4.97), psychische Erkrankungen der Eltern (*OR* 2.42), Konflikte in der Familie der Eltern (*OR* 2.81) oder Partnerschaftsunzufriedenheit (*OR* 2.75) die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Kindesalter deutlich begünstigen können (Ravens-Sieberer et al., 2006). Weiterhin konnte in der KiGGS-Studie der bereits in Kapitel 2.3.2 beschriebene kumulative Effekt von Risikofaktoren gefunden werden. Je mehr familiäre Risikofaktoren

gefunden wurden, desto höher war der Anteil der psychischen Auffälligkeiten (Abbildung 5).

Abbildung 5 Anteil psychisch auffälliger bzw. unauffälliger Kinder in Abhängigkeit von der Anzahl der Risikofaktoren (Ravens-Sieberer et al., 2006)



Eine Untersuchung von Koglin und Petermann (2008) erforschte den Einfluss inkonsistenter Erziehung auf das Verhalten von Kindern unter Berücksichtigung bestimmter kindlicher Verhaltensdispositionen. Auf Grundlage des sogenannten Psychopathie-Konzepts wurden die Kinder in Gruppen mit hoher und niedriger Ausprägung hinsichtlich des Merkmals „affektarm-emotionslos“ eingeteilt. Zudem wurde bei den Kindern das Ausmaß aggressiven Verhaltens erfasst, wobei hinsichtlich der Ausprägung beider Merkmale das Geschlecht des Kindes keinen Einfluss hatte. Die Eltern wurden hinsichtlich inkonsistenter Erziehung und elterlichem Engagement untersucht. Zwischen inkonsistenter Erziehung und dem Merkmal „affektarm-emotionslos“ bzw. dem aggressiven Verhalten des Kindes ergaben sich signifikante Korrelationen in die erwarteten Richtungen ($r = .21, p < .01$ bzw. $r = .25, p < .01$). Leicht größere Zusammenhänge fanden sich zwischen niedrigem elterlichem Engagement und dem Merkmal „affektarm-emotionslos“ bzw. dem aggressiven Verhalten des Kindes ($r = .36, p < .001$ bzw. $r = .28, p < .001$). Die Ausprägung des Merkmals „affektarm-emotionslos“ erwies sich bei weiteren regressions- und varianzanalytischen Auswertungen als moderierender Faktor. Es zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen inkonsistentem Erziehungsverhalten und „affektarm-emotionslos“ ($F(df = 5.87) = 8.49, p < .001$)

sowie geschlechtsspezifische Befunde. Bei Jungen mit geringer Ausprägung auf dem Merkmal „affektarm-emotionslos“ fand sich ein Zusammenhang zwischen inkonsistenter elterlicher Erziehung und aggressivem Verhalten. Wiesen Jungen dagegen hohe Ausprägungen auf dem Merkmal „affektarm-emotionslos“ auf, so gab es keinen Zusammenhang mehr zwischen dem Erziehungsverhalten der Eltern und dem aggressiven Verhalten der Kinder; sie wiesen durchgehend mehr aggressives Verhalten auf als die Jungen mit geringen Werten im Bereich „affektarm-emotionslos“. Bei Mädchen zeigte sich durchgehend ein höheres Maß an aggressivem Verhalten bei inkonsistenter Erziehung. Die Untersuchung ist somit auch ein Beispiel für die oben beschriebene wechselseitige Beeinflussung elterlicher und kindlicher Faktoren und deckt sich zu großen Teilen mit anderen Berichten zu aggressivem Verhalten (Kazdin, 1997)

Eine Befragung von mehr als 700 Studenten nach verschiedenen psychischen Auffälligkeiten sowie erinnertem Erziehungsverhalten ihrer Eltern weist ebenfalls auf die Bedeutung des elterlichen Erziehungsverhaltens (z.B. mangelnde emotionale Wärme durch Vater) für die Entwicklung von psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter hin. Untersucht wurden hier speziell depressive, angstassoziierte und essstörungsspezifische Symptome (Ihle, Jahnke, Heerwagen & Neuperdt, 2005). Je höher das Ausmaß ungünstiger elterlicher Erziehungspraktiken eingeschätzt wurde, desto häufiger fanden sich Probleme aus den oben genannten Bereichen. Beispielsweise fanden sich signifikante Resultate bei der Untersuchung der Beziehung zwischen der emotionalen Wärme durch den Vater oder die Mutter und einer depressiven Symptomatik des Kindes ($r = -.22$ bzw. $r = -.20$, je $p < .001$). Der Zusammenhang zeigte sich auch, wenn Faktoren wie Geschlecht, Scheidung der Eltern oder Vorliegen einer chronischen körperlichen Krankheit kontrolliert wurden. Neben den korrelativen Zusammenhängen wurden zudem für die Kriterien Depression, Angst und Essstörung regressionsanalytische Auswertungen durchgeführt. Für das Kriterium Depression besaß der Prädiktor emotionale Wärme durch den Vater den stärksten Beta-Koeffizienten ($\beta = -.18$, $p < .001$); bei dem Kriterium Angst war es Ablehnung/Strafe durch die Mutter ($\beta = .10$, $p < .01$) und bei Essstörungen die Kontrolle/Überbehütung durch die Mutter ($\beta = .15$, $p < .001$). Als methodischer Kritikpunkt dieser Studie ist allerdings anzumerken, dass die psychische Verfassung der Probanden zum Untersuchungszeitpunkt möglicherweise

auch deren Erinnerung an früheres elterliches Erziehungsverhalten beeinflusst bzw. verzerrt haben könnte.

Familiäre Faktoren und Erziehung können allerdings nicht nur sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren bei der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sein, sondern spielen auch eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg, wenn bereits eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung diagnostiziert und eine therapeutische Intervention initiiert wurde. Bei der Frage nach dem Therapieerfolg ist zum einen das individuelle Störungsbild zu berücksichtigen, da manche Störungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich bessere Spontanremissionsraten aufweisen als andere. Verschiedene Forschungsarbeiten zeigen aber auch, dass gerade die Familiensituation bzw. die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander einen bedeutsamen Einfluss auf den Verlauf und Erfolg von Therapien haben. So wurden beispielsweise in einer Untersuchung Patienten und deren Familien vor Beginn einer Behandlung mithilfe eines bestimmten Instruments zur Familiensituation befragt (Mattejat & Remschmidt, 1989). Weiterhin wurden verschiedene psychosoziale Faktoren sowie die Reduktion der Symptomatik am Ende der Behandlung erfasst. Während die meisten psychosozialen Merkmale keine Prognose des Behandlungserfolgs zu Beginn der Therapie zuließen, fanden sich zwei interaktionale Merkmale, die den bedeutsamsten Zusammenhang zum Therapieerfolg aufwiesen. So war es erstens prognostisch äußerst ungünstig, wenn die Eltern den Kindern feindselige oder ablehnende Verhaltensweisen zeigten. Dieser Faktor war für die Prognose nochmal deutlich ungünstiger, wenn der Patient das einzige Kind der Familie war. Zweitens spielte es bei der Prognose des Therapieerfolgs eine wichtige Rolle, ob Eltern in der Lage waren, ihr Kind adäquat zu führen und zu kontrollieren, Verantwortung zu übernehmen und elterliche Stärke zu zeigen. Kinder von Eltern, die hilflos, unstrukturiert, inkonsequent und schwankend erschienen, hatten deutlich schlechtere Therapieerfolge. Bei Kenntnis dieser beiden Faktoren war es in der Studie möglich, ca. 75% der Fälle bezüglich des Therapieerfolgs (positiv/günstig versus negativ/ungünstig) richtig vorherzusagen. Ähnliche Resultate zeigten sich erneut in Folgestudien (Mattejat & Remschmidt, 1991, 1997). Im Zusammenhang mit dem Thema Vernachlässigung weisen andere Untersuchungen zudem darauf hin, dass elterliche Faktoren nicht nur eine Rolle beim Behandlungserfolg spielen sondern auch bei dem Erfolg von Anschluss- bzw. Jugendschutzmaßnahmen (Fallon et al., 2013).

Neben der Rolle der intrafamiliären Kommunikation und elterlicher Erziehungspraktiken erwies sich in mehreren Studien auch die elterliche Partnerschaft als relevant für die kindliche Entwicklung (Gabriel & Bodenmann, 2006). So wurde wiederholt gezeigt, dass zwischen chronischen elterlichen Konflikten und der Entwicklung von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten ein positiver Zusammenhang besteht. In der Forschung geriet das Konstrukt der Elternallianz bzw. des Co-Parenting in letzter Zeit mehr in den Fokus (Gabriel & Bodenmann, 2006). Als günstig für eine gute Elternallianz erwiesen sich die Unterstützung des Partners in der Elternrolle, die Übereinstimmung in Zielen/Methoden der Kindererziehung, eine zufriedenstellende Verteilung der Erziehungsaufgaben sowie ein angemessenes partnerschaftliches Interaktionsmuster (Belsky, 1984; Gabriel & Bodenmann, 2006). Da Erziehung immer wieder neue Anforderungen an die Partner stellt, spielen Bewältigungsstrategien der Eltern bezüglich Stress und Belastungen ebenfalls eine wichtige Rolle. Sowohl physische als auch psychische und soziale Probleme werden mit Stress in Verbindung gebracht. Die Stressforschung zeigt, dass hoher und langandauernder Stress eine Reihe von ungünstigen Auswirkungen sowohl auf das betroffene Individuum als auch auf dessen Umgebung hat (Cina & Bodenmann, 2009). Bei der sogenannten Spill-Over-Hypothese (Fuhrer, 2009; Oerter & Montada, 2008) geht man davon aus, dass Konflikte zwischen den Elternteilen und Stress der Eltern negative Auswirkungen auf das Kind haben. Studien zeigen, dass gestresste Eltern verminderte positive Interaktionen mit dem Kind und ungünstigeres Erziehungsverhalten zeigen (Cina & Bodenmann, 2009; Gabriel & Bodenmann, 2006; Webster-Stratton & Hammond, 1988). Mittels Korrelationen, multiplen Regressionen und Pfadanalysen untersuchten Gabriel und Bodenmann (2006) den Zusammenhang zwischen selbstberichteten Erziehungskonflikten und Kompetenzen der Eltern in den Bereichen Erziehung, Partnerschaft und Stressbewältigung. Zwischen Erziehungsproblemen und internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten der Kinder wurde z.B. ein Zusammenhang von $r = .43$ ($p < .001$) bzw. $r = .41$ ($p < .001$) festgestellt. Es zeigte sich in weiteren Analysen, dass der partnerschaftlichen Stressbewältigung bzw. dem dyadischen Coping (Absprachen, gegenseitige Unterstützung etc.) in dieser Studie eine Schlüsselrolle zukam. Regressionsanalysen zur Vorhersage von Erziehungskonflikten ergaben als bedeutendste Prädiktoren bei den Müttern das dyadische Coping mit einem $\beta = -.55$ ($p < .001$); gute Absprachen und gegenseitige

Unterstützung der Eltern reduzieren somit Erziehungskonflikte und indirekt Verhaltensprobleme des Kindes.

Neben den bereits genannten Merkmalen ist ein weiterer potentieller familiärer Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Probleme von Kindern die Trennung der Eltern. Eine große schwedische Studie (Ringbäck-Weitof, Hjern, Haglund & Rosén, 2003) mit nahezu einer Million untersuchter Kinder im Alter von sechs bis 18 Jahren verglich die Entwicklung von Scheidungskindern mit Kindern, die nicht von einer Trennung der Eltern betroffen waren. Insgesamt fanden sich für die von Trennung der Eltern betroffenen Kinder später deutlich erhöhte Risiken für das Auftreten psychischer Störungen (♀: *Relatives Risiko* = 2.08, ♂: *RR* = 2.52), Suizidalität (♀: *RR* = 2.04, ♂: *RR* = 2.33), Unfälle (♀: *RR* = 1.13, ♂: *RR* = 1.11) und Sucht (♀: *RR* = 2.42 – 3.17, ♂: *RR* = 2.18 – 3.97). Auch unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status und einer eventuellen psychischen Erkrankung der Eltern fanden sich die oben genannten erhöhten Risiken für Scheidungskinder. Jungen zeigten nach der elterlichen Trennung bei der Entwicklung psychischer Störungen im Vergleich zu den Mädchen ein besonders erhöhtes Risiko. Trennung kann aber nicht nur auf Seiten der Kinder zu Problemen führen, sondern kann auch für die betroffenen Eltern Nachteile bringen, die sich schließlich indirekt wiederum auf das Kind auswirken. So ergab eine Befragung von mehr als 800 alleinerziehenden und verheirateten Müttern, dass alleinerziehende Mütter häufig einen niedrigeren sozioökonomischen Status aufwiesen und zudem in einem klinischen Beschwerdefragebogen eine erhöhte Belastung angaben (Franz et al., 2003). Während z.B. zum Untersuchungszeitpunkt nahezu die Hälfte (49.2%) der Alleinerziehenden ein niedriges monatliches Nettoeinkommen aufwies, waren es bei den nicht Alleinerziehenden lediglich 7.0% ($\chi^2(1) = 140.20, p < .001$). In einer Beschwerdecheckliste (SCL-90-R) nach Derogatis (1977) lagen die Resultate bzw. angegebenen Beschwerden der alleinerziehenden Mütter in allen Unterskalen dieses Verfahrens über den Ergebnissen der nicht alleinerziehenden Mütter ($p < .001$). In dieser Studie wurden zudem die Verhaltensprobleme der Kinder mittels der Child Behavior Checklist (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) erhoben. Das CBCL-Gesamtergebnis lag in der Gruppe der alleinerziehenden Mütter mit $M = 19.2$ ($SD = 15.7$) signifikant ($p < .05$) über dem der Kontrollgruppe ($M = 15.5, SD = 13.2$). Betrachtet man bei den Kindern Geschlechterunterschiede, so fällt auf, dass vor allem die Söhne von den alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu Söhnen bei

verheirateten Müttern auf verschiedenen Subskalen der CBCL deutlich erhöhte Werte aufwiesen. So fanden sich z.B. soziale Integrationsprobleme und erhöhte Delinquenz. Bei den Mädchen ergaben sich dagegen keine statistisch signifikanten Unterschiede (Franz et al., 2003). Zusammenfassend fanden sich bei alleinerziehenden Müttern somit eine erhöhte ökonomische und emotionale Belastung sowie vermehrte Auffälligkeiten bei deren Kindern, vor allem bei den Jungen.

Nicht nur intrafamiliäre Konflikte, inkonsistente Erziehung oder Trennung stellen ein Risiko für die kindliche Entwicklung dar. Auch ein Zuviel an Wunscherfüllung und Freiheit scheint negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu haben. Bis heute fehlt es jedoch in diesem Gebiet an systematischen und empirisch fundierten Untersuchungen (Fuhrer, 2009). In der Fachliteratur werden hier vor allem die Begriffe „Anstrengungsverwöhnung“ und „Anspruchsverwöhnung“ genannt. Unter Anstrengungsverwöhnung versteht man, dass der Weg zur Reizbefriedigung kurz gehalten wird (z.B. die Mutter nimmt dem Kind ständig das Schuhebinden ab). Anspruchsverwöhnung bedeutet dagegen, dass der Reiz des Angebots immer wieder weiter erhöht wird (z.B. immer größere Belohnungen) (Fuhrer, 2009). Man geht davon aus, dass Kinder und Jugendliche dadurch nicht lernen, beispielsweise mit Enttäuschungen umzugehen. Ein Übermaß an Geschenken, Entlastung, Hilfsbereitschaft und ein Mangel an Forderungen sowie Grenzsetzungen hindern das Kind bei der Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben (z.B. das mit dem Alter zunehmende Erlangen von mehr Autonomie). Weiterhin könnten Kinder dadurch nicht die Erfahrung machen, selbst etwas zu erreichen, was sich wiederum negativ auf die Selbstwirksamkeit auswirken kann (Frick, 2001).

Im vorausgehenden Abschnitt wurden unterschiedliche elterliche bzw. familiäre Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Kindes anhand verschiedener Studien exemplarisch dargestellt. Unter den unterschiedlichen in Tabelle 4 genannten Risikofaktoren sollen im Folgenden zwei Faktoren ausführlicher dargestellt werden, da diese in der kinder- und jugendpsychiatrischen Literatur in den letzten Jahren besondere Beachtung fanden bzw. im klinischen Alltag immer wieder von hoher Relevanz sind. Psychische Erkrankungen oder die emotionale Belastung von Eltern werden zudem ausführlicher in den Fokus gerückt, da das in der vorliegenden Arbeit

evaluierte Elterntaining „Plan E“ seinen Schwerpunkt auch auf die Stärkung der Eltern bzw. der Reduktion elterlicher Belastung legt.

2.3.2.3. Exkurs: Psychische Erkrankung und Belastung eines Elternteils

Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt eine hohe Belastung und ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern dar (Jeske, Plaß, Petermann & Wiegand-Grefe, 2009; Wiegand-Grefe, Geers, Plaß, Petermann & Riedesser, 2009). Je nach Studie und Erhebungsart sind zwischen zwölf und 30% erwachsener Patienten mit psychischen Erkrankungen Eltern von minderjährigen Kindern (Stadelman, Perren, Kölch, Groeben & Schmid, 2010). Mehr als die Hälfte der Kinder mit kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen haben nach einer anderen wissenschaftlichen Erhebung einen oder sogar zwei psychisch kranke Eltern (Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000).

Das Vorhandensein eines gesunden Elternteils und das soziale Netz einer Familie gehören zu den wichtigsten protektiven Faktoren für die Gesundheit eines Kindes (Kahn, Brandt & Whitaker, 2004). Sobald ein Elternteil psychisch krank wird, fällt dieser protektive Faktor weg und krankheitsimmanente Faktoren einer psychischen Störung können eventuell die Ausübung der Elternrolle beeinträchtigen oder das familiäre Gefüge beeinflussen. In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kumulieren sich häufig verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren und somit Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Kindesalter.

In einer prospektiven US-amerikanischen Längsschnittstudie untersuchten Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook (2002) elterliche Psychopathologie, Erziehungsstil sowie die Psychopathologie der Kinder in mehreren Erhebungswellen von der Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter der Kinder. Die Erhebungswellen reichten von 1975 bis 1993. Untersucht wurden fast 1 000 zufällig ausgewählte Familien aus dem Bundesstaat New York. Für die Untersuchung wurden verschiedene negative Erziehungsmuster (z.B. harte Bestrafung des Kindes, Mangel an Kommunikation mit dem Kind, Mangel an Zeit für das Kind) definiert und Prävalenzzahlen elterlicher Psychopathologie, psychiatrischer Störungen bei den Kindern usw. erfasst. Es fand sich in der Untersuchung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung der Eltern und negativem Erziehungsstil bzw. negativer

Erziehungspraktiken. Eltern ohne psychische Störung erreichten im Durchschnitt in 1.89 ($SD = 1.84$) der genannten negativen Erziehungsmuster auffällige Resultate; dagegen wiesen Eltern mit psychischer Störung im Schnitt 3.93 ($SD = 3.00$) der vordefinierten Verhaltensmuster auf. Der Zusammenhang bzw. Unterschied blieb auch dann signifikant, wenn kovariierende Faktoren wie elterliche Bildung, Alter, Geschlecht, Temperament und psychische Auffälligkeiten der Kinder kontrolliert wurden ($F (df = 592) = 116.09, p <.001$). Die größten Odds-Ratios (OR) beim Vergleich zwischen gesunden und psychiatrisch erkrankten Müttern ergaben sich bei den negativen Erziehungsstilen „Kontrolle des Kind über Vermitteln von Schuldgefühlen“ ($OR = 4.49$) und „Harte Bestrafung des Kindes“ ($OR = 3.72$); dies bedeutet, dass beide Erziehungsstile bei psychisch kranken Müttern deutlich häufiger zu beobachten waren. Bei dem Vergleich der Väter spielten vor allem die Erziehungsstile „Mangelnde Erfüllung der Vaterrolle“ ($OR = 6.54$) und „Mangelnde Unterstützung der Kindesmutter“ ($OR = 6.02$) eine Rolle; beide Merkmale waren wiederum bei psychisch kranken Vätern häufiger zu beobachten. Die Prävalenzraten psychischer Störungen bei den Nachkommen und der Zusammenhang psychischer Probleme mit der Anzahl negativer elterlicher Erziehungsstile sind in Abbildung 6 dargestellt. Je mehr negative Erziehungspraktiken der Eltern berichtet wurden, desto höher waren die Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei den Kindern.

Abbildung 6 Prävalenz (%) psychischer Störungen bei den Nachkommen in Abhängigkeit von der Anzahl der negativen Erziehungsstile in der Herkunftsfamilie nach Johnson et al. (2002). SSV = Störungen des Sozialverhaltens

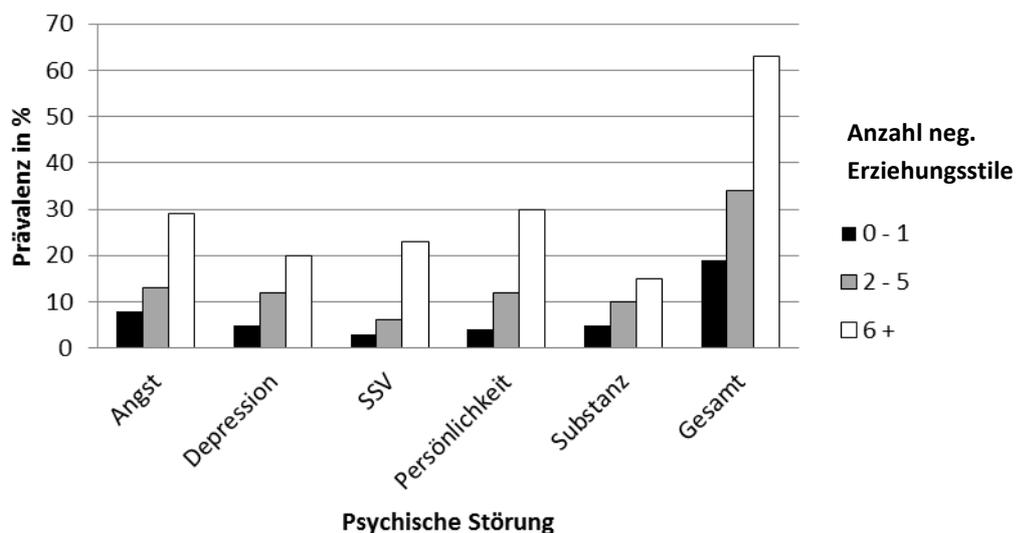
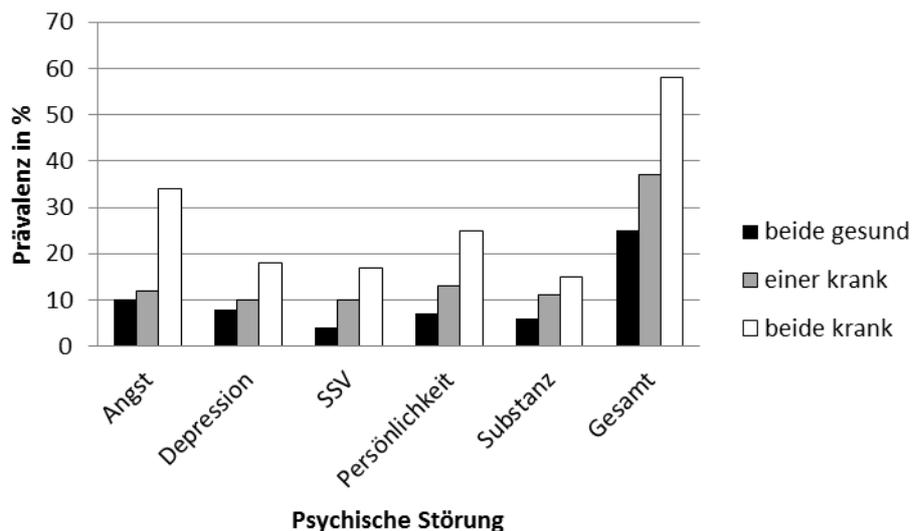


Abbildung 7 zeigt dagegen die Prävalenzraten in Abhängigkeit davon, ob beide Elternteile psychisch gesund oder ein bzw. beide Elternteile von einer psychiatrischen Störung betroffen sind. Es zeigt sich deutlich, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils bzw. beider Eltern das Risiko einer psychischen Störung des Kindes deutlich erhöht.

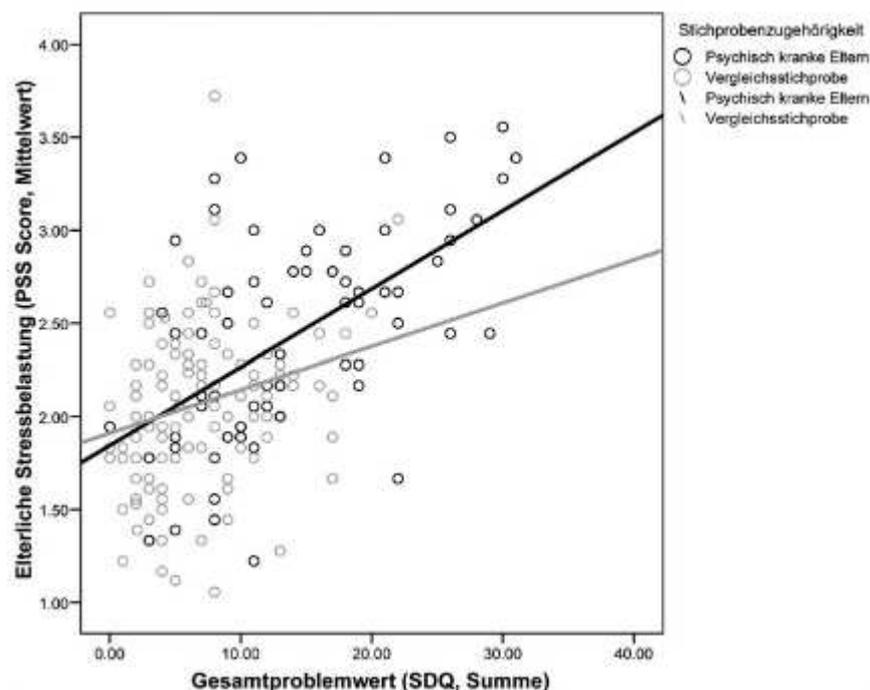
Abbildung 7 Prävalenz (%) psychischer Störungen bei den Nachkommen in Abhängigkeit psychischer Störungen der Eltern nach Johnson et al. (2002). SSV = Störung des Sozialverhaltens



Eine Untersuchung von Stadelmann et al. (2010) verglich psychisch kranke Eltern und gesunde Eltern hinsichtlich ihrer Stressbelastung durch die Elternschaft. Weiterhin wurden der Zusammenhang zwischen elterlichem Stress und psychische Symptomatik der Kinder durchleuchtet. Elterliche Stressbelastung wurde als subjektiv erlebte Belastung eines sozialen Elternteils definiert, welche unmittelbar mit der Betreuung, Pflege und Erziehung eines oder mehrerer Kinder, aber auch mit der elterlichen und gesellschaftlichen Verantwortung für die Kinder zusammenhängt. Resultate wiesen darauf hin, dass die Stressbelastung bei den psychisch kranken Eltern stärker ausgeprägt war als bei den gesunden. Auf der sogenannten Parenting Stress Scale (Kölch & Lenz, 2008) erreichten psychisch kranke Eltern im Mittel einen Gesamtwert von $M = 43.35$ ($SD = 10.12$), während Eltern ohne psychische Störung weniger Belastung durch die Elternschaft angaben ($M = 37.18$, $SD = 7.70$, $t = 4.70$, $p < .001$). 43.4% der Eltern mit psychischer Störung lagen mit ihrer Stressbelastung mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Vergleichsgruppe. Weiterhin fand sich, dass die Korrelation zwischen psychischer Symptomatik der

Kinder und der elterlichen Stressbelastung durch die Elternschaft in der Stichprobe der psychisch kranken Eltern deutlicher ausfiel ($r = .58, p < .01$) als in der nicht-klinischen Vergleichsgruppe ($r = .25, p < .01$). Multivariate Analysen mit der elterlichen Stressbelastung als abhängige Variable zeigten jedoch, dass weder das Alter des Kindes, noch das Geschlecht des Kindes/der Eltern oder das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung der Eltern als signifikante Prädiktoren für die Vorhersage elterlichen Stresserlebens geeignet waren. Signifikant wurde dagegen der Prädiktor psychische Problematik des Kindes ($\beta = .40, p < .001$) und die Interaktion zwischen psychischer Problematik des Kindes und psychischer Erkrankung der Eltern ($\beta = -.15, p < .05$). Somit lässt sich zusammenfassen, dass insgesamt mit den psychischen Problemen der Kinder die elterliche Stressbelastung steigt und dieser Zusammenhang bei Eltern mit psychischer Störung deutlicher ist als bei gesunden Eltern. Psychisch kranke Eltern fühlen sich also durch die Verhaltens- und emotionalen Probleme ihrer Kinder in höherem Maße gestresst als Eltern ohne psychische Probleme. Eine graphische Darstellung findet sich in Abbildung 8.

Abbildung 8 Zusammenhang zwischen elterlicher Stressbelastung und Gesamtproblemwert des Kindes (SDQ) in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit; aus Stadelmann et al. (2010, S. 78)

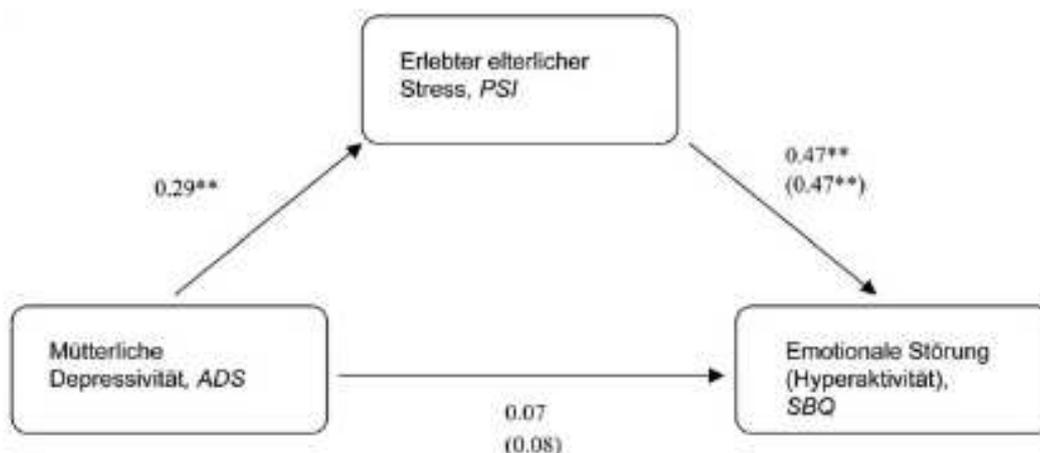


Durch Ergebnisse wie diese wird ersichtlich, dass es einen negativen Zirkel zu durchbrechen gilt, da sich elterliche Auffälligkeiten und Probleme der Kinder gegenseitig verstärken können. Ähnliche Zusammenhänge zeigten sich auch in

anderen Untersuchungen (Braune-Krickau, Stadelmann, Perren, Bürgin & Klitzing, 2005).

Kötter, Stemmler, Bühler & Lösel (2010) verglichen in einer weiteren Studie emotional belastete Mütter sowie deren Kinder mit unbelasteten Müttern und deren Kinder. Sie gingen der Frage nach, ob es Zusammenhänge zwischen mütterlicher Depressivität, verschiedenen Auffälligkeiten in der Erziehung und Verhaltensproblemen der Kinder gibt. Sie untersuchten 380 subklinisch depressive Mütter von Kindergartenkindern und befragten diese zu Erziehungspraktiken, Stress, Kompetenzerleben und zu Auffälligkeiten der Kinder. Insgesamt gaben die Mütter im Vergleich zu einer repräsentativen Kindergartenstichprobe mehr Auffälligkeiten in der Erziehung an. So berichteten sie beispielsweise von mehr inkonsistenter Erziehung ($d = .28$), mehr Interaktionsproblemen mit dem Kind ($d = .23$) und deutlicherem Stresserleben im Zusammenhang mit der Elternschaft ($d = 1.13$) als die Kontrollgruppe. Zudem erlebten sich die belasteten Mütter als weniger kompetent ($d = .82$). Bei den Kindern der emotional belasteten Mütter fanden sich auch vermehrt emotionale Probleme und Symptome von Hyperaktivität. Pfandanaysen (siehe Abbildung 9) zur Berechnung von Mediatorenfunktionen verschiedener Erziehungsvariablen ergaben hier, dass elterlicher Stress vor allem den Zusammenhang zwischen mütterlicher Depressivität und Hyperaktivität des Kindes vermittelt. Das heißt, dass in dieser Untersuchung Kinder emotional belasteter Mütter nur dann Auffälligkeiten aufwiesen, wenn ihre Mütter sich durch die Erziehung gestresst fühlten.

Abbildung 9 Pfadmodell mit erlebtem elterlichen Stress als Mediator; aus Kötter et al. (2010, S. 114)



Welche psychosozialen Folgen für Kinder psychisch kranker Eltern entstehen, fassen Gehrmann & Sunargo (2009) in ihrer Arbeit zusammen (Tabelle 6). Einen weiteren Überblick zu dieser Thematik geben Mattejat & Lisofsky (2008) und Schneider (2009).

Tabelle 6 Psychosoziale Folgen für Kinder psychisch kranker Eltern (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 386)

Kernsymptomatik	Wie erleben die Kinder psychisch kranker Eltern konkret ihre Situation? - Die Kinder ...
Desorientierung	... sind geängstigt und verwirrt, weil sie die Symptome ihrer Eltern nicht einschätzen können.
Schuldgefühle	... glauben irrtümlich, an den psychischen Problemen der Eltern schuld zu sein.
Tabuisierung (Kommunikationsverbot)	... dürfen nicht über die Erkrankung eines Elternteils außerhalb der Familie sprechen; im Gegenteil: offene Kommunikation wird als Verrat eingestuft.
Isolierung	... sind alleingelassen, wissen nicht, an wen sie sich um Hilfe wenden können.
Betreuungsdefizit	... erfahren keine altersgemäße Zuwendung, Förderung und Unterstützung, weil die Eltern mit ihren eigenen Problemen und dann auch mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert sind.
Zusatzbelastungen	... müssen Aufgaben in der Haushaltsführung bzw. in der Betreuung von Geschwistern übernehmen, wenn ein Elternteil im Krankenhaus oder akut psychisch erkrankt ist.
Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung)	... (häufig die älteren Geschwister) übernehmen elterliche Funktionen, was sie überfordert und zugleich ihrer eigenen Kindheit beraubt.
Abwertungserlebnisse	... erleben negative Reaktionen Außenstehender gegenüber ihren Eltern und sich selber, isolieren sich dadurch zusätzlich, schämen sich, Freunde mit nach Hause einzuladen.
Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie	... werden rasch im Streit der Eltern instrumentalisiert und leiden unter dem Eindruck, sich für ein Elternteil entscheiden zu müssen.
Loyalitätskonflikte außerhalb der Familie	... schämen sich vor Freunden und Bekannten für ihre Eltern und schwanken zwischen Loyalität und Distanzierung.

2.3.2.4 Exkurs: Körperliche Bestrafung

In der seit November 2000 bestehenden Neufassung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) heißt es in § 1631 „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung“. Mit dem Gesetz, welches physische und psychische Gewalt in der Erziehung untersagt (§ 1631 Abs. 2 Satz 1), gehören körperliche Bestrafungen jedoch noch nicht der Vergangenheit an. Wenn Eltern z.B. durch psychische Erkrankungen ihres Kindes und externer Stressfaktoren in eine Überforderungssituation geraten, kann dies dazu führen, dass Eltern in erzieherischen Problemsituationen Gewalt, wie Schläge oder

beleidigende Beschimpfungen, anwenden. Dauerhafte Überforderungssituationen können zu einer ablehnenden Haltung oder Unsicherheit führen, was sich wiederum negativ auf das Kind auswirken kann. Körperliche Gewalt als Konsequenz bei kindlichem Problemverhalten stellt häufig den Endpunkt einer dysfunktionalen und konflikthafter Eskalation der Eltern-Kind-Interaktion dar. Umfragen zeigen, dass vor allem leichtere Varianten der körperlichen Bestrafung (z.B. „Klaps auf den Hintern“) in Deutschland immer noch weit verbreitet sind (Bundesministerium für Familie, 2003). Dabei sind die negativen Folgen vor allem harter physischer Bestrafung (z.B. „Tracht Prügel“, „schallende Ohrfeige“) für die weitere Entwicklung der Kinder unumstritten. Teilweise wurde auf die Folgen körperlicher Bestrafung oder Abwertung des Kindes schon im vorherigen Kapitel kurz eingegangen.

In einem Buchkapitel zu Kindemishandlung und Vernachlässigung versucht Deegener (2009) u.a. einen Überblick über verschiedene Untersuchungen zur körperlicher Misshandlung und körperlicher Züchtigung zu geben. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume, teilweise uneinheitlicher bzw. unpräziser Kategorienbildungen (z.B. „leichte“ versus „schwere“ körperliche Bestrafung; „seltene“ versus „häufige“ körperliche Bestrafung) oder verschiedener Stichproben (Befragung von Kindern versus Eltern), fällt ein Vergleich der verschiedenen Studien zu diesem Thema jedoch schwer. Je nach Studie fanden sich für das Vorhandensein körperlicher Misshandlung in dieser Arbeit Prävalenzraten von 5.6% bis 23.7%. Zu körperlicher Misshandlung wurden hier beispielsweise Handlungen wie Würgen, Schläge mit der Faust oder Stockschläge gezählt. Hinsichtlich der Prävalenz körperlicher Züchtigung findet der Autor je nach Untersuchung Zahlen zwischen 27.9% und 74.5%. Als körperliche Züchtigung gelten hier z.B. hartes Anpacken, Ohrfeigen oder Stoßen. Etwa 25 bis 35% der Eltern gaben an, völlig oder weitgehend auf körperliche Bestrafung zu verzichten. Die Folgen körperlicher Gewalt und anderer Misshandlungs- oder Vernachlässigungsformen seien laut Autor entwicklungsabhängig zu betrachten. So komme es beispielsweise im Vorschulalter u.a. zu Entwicklungsrückständen und Schlafproblemen. In der Adoleszenz können dagegen substanzgebundenes Suchtverhalten und Schulschwierigkeiten vermehrt auftreten.

Gershoff (2002) zeigte beispielsweise in einer Metaanalyse mit 88 eingeschlossenen Studien, dass körperlich bestrafte Kinder im Vergleich zu Kindern, deren Eltern keine körperliche Bestrafung anwenden, mehr psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Depressivität, Posttraumatische Belastungsstörungen und ein geringes

Selbstwertgefühl entwickelten. Zudem fanden sich in der Gruppe der Kinder, die körperliche Züchtigung erlebten, häufiger Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz und Schulprobleme. Sie erfahren zudem oft Ablehnung durch andere Jugendliche. Interessanterweise zeigten sich bis ins Erwachsenenalter Auswirkungen von körperlicher Bestrafung. Während sich in der Kindheit bei den Opfern körperlicher Bestrafung vermehrte psychische Probleme feststellen ließen ($d = .49$), zeigten sich diese im Erwachsenenalter nicht mehr ($d = .09$). Dagegen fanden sich bei Erwachsenen, die als Kinder gehäuft körperlicher Bestrafung ausgesetzt waren, deutlich häufiger aggressives Verhalten ($d = .57$) oder kriminelles/antisoziales Verhalten ($d = .42$).

In einer Studie an mehr als 400 Müttern von Kindern im Kindergartenalter gaben knapp dreiviertel (73%) der befragten Mütter an, körperliche Bestrafung ausgeübt zu haben (Hahlweg, Heinrichs, Bertram, Kuschel & Widdecke, 2008). 13% wendeten diese oft bzw. sehr oft an, 13% in moderatem Ausmaß, während knapp die Hälfte (46%) körperliche Bestrafung nur gelegentlich einsetzten. Bei den Vätern lag die Prävalenzrate körperlicher Bestrafung nach Aussage der befragten Mütter bei 59%. Gleichzeitig stimmten 80% der Eltern zu, dass sie lieber mit ihren Kindern reden sollten als Körperstrafen anzuwenden. 59% der Eltern gaben an, ein schlechtes Vorbild für die Kinder abzugeben, wenn sie auf Schläge zurückgreifen. In dieser Studie erwies sich zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Prävalenz der körperlichen Züchtigung und der soziodemografischen Struktur des Einzugsbereiches des jeweiligen Kindergartens. Die höchsten Korrelationen fanden sich zwischen dem Schulabschluss der Eltern (Mütter: $r = -.29$, $p = .001$; Väter: $r = -.29$, $p = .001$) bzw. Haushaltseinkommen der Familie (Mütter: $r = -.24$, $p = .001$; Väter: $r = -.20$, $p = .001$) und dem Auftreten körperlicher Bestrafung. Zudem fand sich eine hochsignifikante positive Korrelation zwischen elterlichem Stresserleben und körperlicher Bestrafung (Mütter: $r = 0.21$, $p < .001$, Väter: $r = 0.17$, $p < .001$). Zwischen elterlicher körperlicher Bestrafung und kindlichen internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen fanden sich ebenfalls hochsignifikante Zusammenhänge (Mütter: internalisierend: $r = 0.15$, $p < .01$, externalisierend: $r = 0.25$, $p < .001$; Väter: internalisierend: $r = 0.15$, $p < .01$, externalisierend: $r = 0.23$, $p < .001$).

Kinder, die chronische körperliche Misshandlung erfahren haben, werden einer anderen Studie zufolge vermehrt auch von Gleichaltrigen abgelehnt, was wiederum

ein Risiko für eine gelingende Bewältigung ihrer Entwicklung darstellt (Fuhrer, 2007). Bolger und Patterson (2001) untersuchten Kinder, die über längere Zeit körperlich und emotional misshandelt wurden. Sie konnten zeigen, dass diese Kinder vermehrt von anderen Kindern abgelehnt wurden. Dieser Zusammenhang ließ sich nicht durch die chronische Misshandlung an sich, sondern durch ein erhöhtes Aggressionspotential der Kinder erklären. Sie ziehen daraus den Rückschluss, dass Kinder, die ihre Eltern als wenig empathisch, ablehnend und extrem strafend erleben, sich gegenüber ihren Altersgenossen ebenso benehmen, weshalb sie von diesen zurückgewiesen werden.

Einen Überblick über Misshandlungs- und Vernachlässigungsformen, diagnostischen Möglichkeiten und Interventionen bieten Jacobi, Dettmeyer, Banaschak, Brosig & Herrmann (2012).

2.3.3 Zusammenfassung

Es lässt sich zusammenfassen, dass besonders solche Kinder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Verhaltens- und emotionalen Problemen ausgesetzt sind, die keine enge, positive Beziehung zu den Eltern aufbauen konnten, übertrieben strengen und inkonsequenten Erziehungsmaßnahmen ausgesetzt waren, deren Eltern Ehestreitigkeiten hatten, sich trennten oder bei denen ein Elternteil psychisch erkrankte. Verschiedene familienpsychologische Modelle wurden vorgestellt. Die oben genannten empirischen Untersuchungen belegen die wechselseitige Beziehung familiärer Risikofaktoren und Auffälligkeiten der Kinder. Beispielsweise wurde inkonsistentes Erziehungsverhalten als Risikofaktor für aggressives Verhalten identifiziert. Psychische Erkrankungen der Eltern stehen in hohem Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und ungünstigerem elterlichen Erziehungsverhalten, wobei hier dem elterlichen Stress eine besondere Rolle zukommt. Zudem finden sich deutliche Hinweise, dass körperliche Bestrafung negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern hat. Wie bereits geschehen, muss jedoch erneut betont werden, dass die Beziehungen zwischen den Merkmalen des elterlichen Erziehungsverhaltens und den kindlichen Verhaltensstörungen nicht unidirektional, sondern transaktionaler Natur sind. Es wäre falsch, dysfunktionales Verhalten der Eltern als einzige Ursache für Probleme im Kindes- und Jugendalter zu sehen. Eine ungünstige Erziehung kann zwar die

Wahrscheinlichkeit von Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter erhöhen (Pfeiffer, Wetzels & Enzmann, 1999), sie ist aber nur ein Faktor unter vielen, der die psychische Verfassung eines Kindes beeinflusst. Im Gegensatz zu anderen Risikofaktoren wie z.B. gesellschaftliche Aspekte (Armut, Arbeitslosigkeit etc.) oder genetische Prädispositionen erscheint das Erziehungsverhalten (z.B. dysfunktionale Erziehung, Familienkonflikte) jedoch als besser zugänglich für Veränderung bzw. als möglicher Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen und Interventionen. Auch angesichts der eingangs erwähnten Verunsicherungen auf Seiten der Eltern und der Verbreitung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen erscheint die Notwendigkeit, Erziehungshilfen für Eltern zur Verfügung zu stellen, unbestreitbar. Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen haben aufgrund ihrer Verbreitung gesellschaftliche Relevanz und es existieren Erkenntnisse über Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen. Auf Grundlage dieser Kenntnis erscheint es sehr sinnvoll, belastete Eltern zu stärken, den elterlichen Stress zu reduzieren, durch alltagsnahe Verhaltensübungen zu verschiedenen erzieherischen Herausforderungen neue Strategien zu vermitteln und mittels kognitiver Methoden negative, die Erziehung betreffende Überzeugungen zu verändern.

Welche Behandlungsmöglichkeiten vor dem gerade geschilderten Hintergrund zur Verfügung stehen, welche Rolle Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter spielt und wie speziell Elternarbeit aussehen kann, soll im folgenden Kapitel beschrieben werden. Es soll in dem nächsten Abschnitt dargestellt werden, dass die Behandlung psychisch kranker Kinder immer multimodal erfolgen sollte. Inwiefern hier die Stärkung der elterlichen Ressourcen wichtig ist und umgesetzt werden kann, wird ebenfalls illustriert.

2.4 Behandlung psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Wie im vorangehenden Abschnitt berichtet wurde, geht man bei der Entstehung psychischer Erkrankungen von einem biopsychosozialen Modell aus. Die Forschung hat verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert, aus denen sich auch direkt oder indirekt Folgerungen für die Behandlung psychischer Erkrankungen ergeben. Vor dem Hintergrund einer multifaktoriellen Genese ist es naheliegend, dass ein

multimodales Behandlungskonzept erforderlich ist. Betrachtet man die unterschiedlichen Risiko- und Schutzfaktoren, so lässt sich daraus für Präventions- und Interventionsansätze schließen, dass auf jeden Fall die Erziehungskompetenz bzw. das Erziehungsverhalten der Eltern verbessert und den Kindern durch Fördermaßnahmen sozial-kognitive und emotionale Fertigkeiten vermittelt werden sollten, mit denen bereits vorliegende Risiken und Verhaltensprobleme reduziert werden können. Zudem sollten die sozialen Beziehungen zwischen Elternhaus und Kindergarten/Schule ebenso verbessert werden wie die Beziehungen zu Gleichaltrigen. Weiterhin müssen aber auch die Schutzfaktoren auf Seiten des Kindes und seiner Familie gestärkt werden. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie stehen den Therapeuten hierfür verschiedene therapeutische Ansätze zur Verfügung. Neben psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und pädagogischen Einzelinterventionen bestehen familien- und umfeldbezogene Maßnahmen sowie Therapieformen benachbarter Disziplinen (z.B. Physiotherapie, Logopädie).

In den beiden folgenden Abschnitten soll auf die Rolle der Psychotherapie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden. Dabei sollen vor allem die Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgestellt und die Bedeutung familienbezogenen Interventionen im Speziellen diskutiert werden.

2.4.1 Psychotherapie

Wie bereits erwähnt, ist das therapeutische Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen geprägt durch ein multimodales Behandlungskonzept. Psychotherapeutisches Arbeiten stellt dabei einen sehr wichtigen Bereich der Behandlungsmöglichkeiten bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen dar. Psychotherapeutische Ansätze umfassen eine große Zahl an unterschiedlichen Methoden und Behandlungstechniken, die ursprünglich in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen oder Traditionen entwickelt wurden, wobei der Trend zu schulenübergreifenden, integrativen und entwicklungsorientierten Therapiemethoden geht (Mattejat, 2008b). Durch die unterschiedlichen Herkunftstraditionen der einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsansätze sowie deren differierenden

Zielsetzungen und praktischen Durchführung, erscheint eine einheitliche Definition von „Psychotherapie“ als schwierig. Eine bekannte und weithin anerkannte Begriffsbestimmung stammt von Strotzka (1975), der eine Überblicksarbeit über Grundlagen, Verfahren und Indikation von Psychotherapie herausgab. Demnach ist Psychotherapie *„ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation, meist verbal, aber auch averbal) in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“* (S. 4).

Die Definition von Psychotherapie kann auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gelten. Erkenntnisse aus der Behandlung erwachsener Patienten können auch als Orientierung und Hilfe bei der Entwicklung kindspezifischer Interventionen dienen. Nichtsdestotrotz müssen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bestimmte Besonderheiten berücksichtigt werden. So stehen bei diesen Patienten Entwicklungsprozesse mehr im Vordergrund. Kinder und Jugendliche sind in den meisten Bereichen auch stärker von ihrem Umfeld abhängig als Erwachsene. Auch der Therapeuten-Patienten-Kontakt gestaltet sich anders als bei der Therapie Erwachsener. Nach Mattejat (2008b) zeichnen die folgenden vier Aspekte die besonderen therapeutischen Bedingungen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen aus:

1. Entwicklungsdimension: Psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten hängen eng mit normalen Entwicklungsprozessen zusammen. Bei Kindern und Jugendlichen sind Entwicklungsaufgaben und -geschehnisse bei der Entwicklung eines Störungsmodells und der Therapie zu berücksichtigen. Wie wichtig die Beachtung der Entwicklungsdimension ist, zeigt sich z.B. daran, dass einige psychische Auffälligkeiten sich gerade im Zusammenhang mit normativen Entwicklungsübergängen (z.B. Schuleintritt, Beginn der Pubertät) zeigen. Psychische Störungen sind nicht selten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (z.B. Legasthenie), Reifungsprozessen bzw. -

problemen (z.B. Enuresis nocturna) und körperlichen Entwicklungsprozessen (z.B. bei Anorexia nervosa) verknüpft.

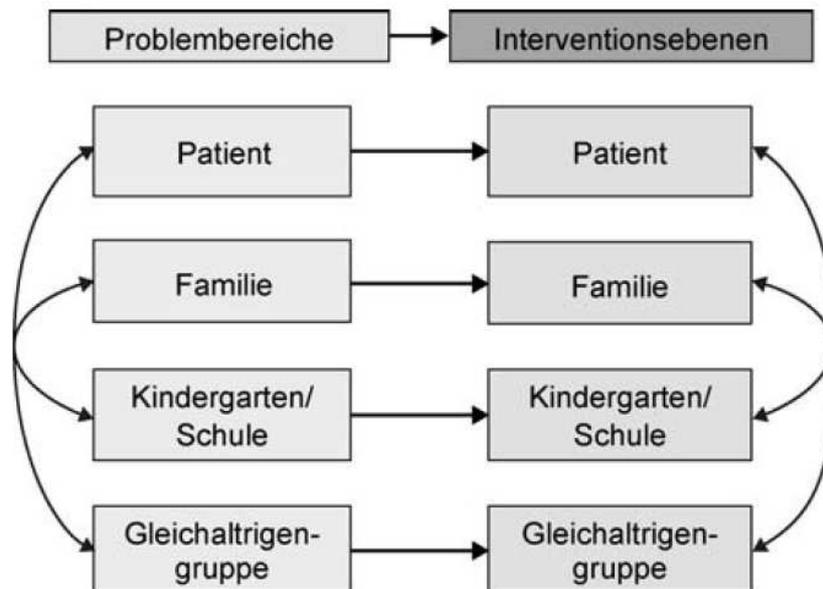
2. Ökosystemische Dimension: Das Verhalten und Erleben ist bei Kindern und Jugendlichen noch deutlich enger an aktuelle Umgebungsfaktoren geknüpft als bei Erwachsenen. Auch die Persönlichkeitsstruktur ist noch nicht so gefestigt. Verhaltensauffälligkeiten können teilweise auch als unmittelbare Reaktionen oder Anpassungsversuche an die jeweilige Situation verstanden werden. In der Therapie ist es daher essenziell, die primären Bezugspersonen einzubeziehen und weitere wesentliche äußere Umgebungsfaktoren zu berücksichtigen. Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen Umfeld spielen eine besondere Rolle, worauf auch bereits in Abschnitt 2.3.1 eingegangen wurde.
3. Besonderheiten in der Therapiebeziehung: Ein jüngeres Kind kann kaum die therapeutischen Hilfsangebote überschauen und auf Basis des bestehenden Angebots eine Therapieentscheidung treffen. Es kommt nicht selten vor, dass Kinder und Jugendliche im Erstgespräch keinen Leidendruck angeben oder unfreiwillig erscheinen. Sie sind daher auch häufig nicht Auftraggeber für eine Behandlung. Dennoch sind Kinder entsprechend ihres Entwicklungsstands in Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen. Die Kind-Therapeuten-Beziehung ist neben der „klassischen“ therapeutischen Rollenverteilung auch noch durch den generationalen Unterschied geprägt.
4. Besonderheiten in den Therapiemethoden: Kinder unterscheiden sich von erwachsenen Patienten auch in ihrer Reflexionsfähigkeit und ihrem Krankheitsverständnis. Kinder sind nicht in gleichem Maße wie Erwachsene in der Lage, ihr Erleben und Verhalten zu thematisieren und zu reflektieren. Es wird daher gerade bei jüngeren Patienten auf aktionale und spielerische Elemente zurückgegriffen. Während mit Erwachsenen zu Beginn meist ein Störungskonzept erarbeitet wird, das zum besseren Verständnis der Krankheit und Behandlung dient, muss sich bei Kindern ein differenziertes Störungsverständnis erst im Laufe der Entwicklung herausbilden. Gegebenenfalls sind hier vermehrt anschauliche Arbeitsmaterialien und Beispiele notwendig.

Auch in anderen Übersichtsarbeiten zu methodischen Problemen und empirischen Ergebnissen bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (Döpfner, 2009; Döpfner & Lehmkuhl, 2002) wird darauf hingewiesen, dass sich Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen auf vielfältige Weise von Therapie mit Erwachsenen unterscheidet. Döpfner und Lehmkuhl (2002) heben diesbezüglich vor allem zwei Punkte hervor. Zum einen spielen nach ihrer Meinung neben der patientenzentrierten Behandlung eltern- und familienzentrierte Maßnahmen sowie schulbezogene Interventionen eine große Rolle. Zum anderen seien generell entwicklungsbedingte Veränderungen in der Altersspanne bis zu 18 Jahren beträchtlicher als in späteren Lebensphasen, weshalb dem entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Aspekt eine größere Rolle bezüglich der Diagnostik und Therapie zukomme als bei erwachsenen Patienten.

Den oben genannten Besonderheiten wird auch in der aktuellen Literatur Rechnung getragen. So fasst der Begriff der „entwicklungsorientierten Psychotherapie“ (EOP) alle therapeutischen Konzepte und Verfahren zusammen, welche sich speziell an der Entwicklungspsychopathologie bzw. an der klinischen Entwicklungspsychologie orientieren (Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort & Warnke, 2003; Mattejat, 2003). Die Entwicklungspsychopathologie stützt sich auf die Methoden und Resultate der Entwicklungspsychologie und anderer Entwicklungswissenschaften. Studien zu normalen Entwicklungsschritten und abweichenden Entwicklungsprozessen werden zueinander in Beziehung gesetzt, um psychopathologische Auffälligkeiten besser verstehen und behandeln zu können. Das oberste Ziel einer entwicklungsorientierten Therapie ist laut Mattejat (2008b), die normale Entwicklung zu fördern und normale Entwicklungsverläufe wieder in Gang zu setzen. Um diese zentralen Ziele zu erreichen, ist eine lediglich kind- oder jugendlichenzentrierte Psychotherapie meist nicht ausreichend. Wie durch die gerade genannten Eigentümlichkeiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ersichtlich wurde, sind in fast allen Fällen die primären Bezugspersonen mit ein zu beziehen. Zudem weisen Untersuchungen darauf hin, dass sich die Erfolgschancen einer Therapie erhöhen lässt, wenn sie in auf der Ebene bzw. in dem Kontext ansetzt, in dem die Problematik besteht (Döpfner, 2009). Die möglichen Problembereiche und Interventionsebenen bzw. die Grundlage für die multimodale Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind in Abbildung 10 veranschaulicht. Die Familie ist hier eines der wichtigsten therapeutischen

Handlungsfelder. Auf familienbezogene Interventionen soll daher im Abschnitt 2.4.2 näher eingegangen werden.

Abbildung 10 Problembereiche und Interventionsebene einer multimodalen Behandlung, aus Döpfner (2009, S.162)



Zur generellen Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter liegen verschiedene große Meta-Analysen vor, wobei die Mehrheit der vorliegenden und eingeschlossenen Studien aus dem (kognitiv-)verhaltenstherapeutischen Bereich kommt. Vier große internationale Metaanalysen, die die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter überprüften kamen zu den in Tabelle 7 berichteten Ergebnissen.

Tabelle 7 Übersicht über globale Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

Autoren	Alter	Anzahl der Therapiegruppen	Publikationszeitraum	ES
Casey & Bermann (1985)	3-12	64	1952-1983	0.71
Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987)	4-18	163	1958-1984	0.79
Kazdin, Bass, Ayres & Rodgers (1990)	4-18	223	1970-1988	0.88*
Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton (1995)	1-17	244	1967-1993	0.77°

Anmerkung: * ES beim Vergleich Therapiegruppe – unbehandelte Kontrollgruppe, ° ES beim Vergleich Therapiegruppe – aktive Kontrollgruppe (z.B. Diskussionsgruppe), ES = ungewichtete Effektstärken Cohen's *d*

Die Studien von Casey & Berman (1985), Weisz, Alicke & Klotz (1987) und Kazdin, Bass, Ayers & Rodgers (1990) überlappen sich hinsichtlich der eingeschlossenen

Studien. Die Metaanalyse von Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton (1995) hat dagegen nur Studien aufgenommen, die nicht bereits bei den ersten beiden Metaanalysen berücksichtigt worden sind.

Die Arbeitsgruppe um Kazdin (Kazdin et al., 1990) untersuchte in einer Meta-Analyse 218 Publikationen bzw. 223 Therapiestudien zu Psychotherapie im Alter von vier bis 18 Jahren im Publikationszeitraum 1970 bis 1988. Das Durchschnittsalter über alle Studien hinweg betrug 10.2 Jahre. Die Mehrheit der untersuchten Kinder waren Jungen (67.3%). Am häufigsten fanden sich hinsichtlich der Auffälligkeiten bzw. Diagnosen externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (50.7%) und Verhaltensprobleme im häuslichen Rahmen (22.0%) gefolgt von Lernproblemen (19.8%) und emotionalen Problemen (18.9%). Der Median der Behandlungsdauer lag bei 8.5 Wochen bzw. 10 Sitzungen. Bei 39.9% der Kinder und 36.8% der Jugendlichen wurden die Eltern in die Behandlung mit einbezogen. Bei Post-Messungen ergab sich beim Vergleich der Therapiegruppe mit einer unbehandelten Kontrollgruppe über die berücksichtigten Studien hinweg eine mittlere Effektstärke von $d = .88$; beim Vergleich mit einer aktiven Kontrollgruppe eine Effektstärke von $d = .77$. Bei Bestimmung der Effektstärke zu einem Follow-Up-Zeitpunkt fanden sich Effektstärken von $d = .89$ bzw. $d = .39$. In dieser Analyse wurden die Effektstärken für alle Psychotherapieformen insgesamt bestimmt, ohne spezifischere Berechnungen für einzelne Therapieformen durchzuführen.

Auch Weisz und seine Arbeitsgruppe untersuchten in der bislang größten internationalen Meta-Analyse die mittlere Effektstärke bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Weisz et al., 1995). Sie schlossen 244 Therapiegruppen aus 150 Studien im Alter bis 17 Jahren im Veröffentlichungszeitraum 1967 bis 1993 ein. Teilweise besteht hinsichtlich der eingeschlossenen Arbeiten eine Überlappung mit der Meta-Analyse von Kazdin et al. (1990). Weisz et al. (1995) stellten auch spezifischere Berechnungen für einzelne therapeutische Methoden und verschiedene Störungsbilder an. Die durchschnittliche Effektstärke über alle Therapieformen und Studien hinweg betrug hier $d = .71$. Verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden kamen auf eine Effektstärke von $d = .76$, nicht-behaviorale auf $d = .35$, kombinierte Verfahren auf $d = .55$. Sehr hohe Effektstärken ($d = 1.69$) wurden mit operanten Methoden erzielt, hohe Effektstärken durch die Kombination mehrerer verhaltenstherapeutischer Techniken ($d = .86$). Die

Effekte von Elterntrainings lagen im mittleren Bereich ($d = .56$). Eine detaillierte Betrachtung hinsichtlich der Wirksamkeit der einzelnen Therapieverfahren sowie Ergebnisse der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Störungsbildern findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 8 Ergebnisse der Meta-Analyse von Weisz et al. (1995) zur Wirksamkeit einzelner Methoden und bei verschiedenen Störungen (ES = Effektstärke, n = Anzahl der verglichenen Therapiegruppen), aus Döpfner (2009, S. 169)

Weisz et al. (1995)					
Therapiemethoden	ES	n	Störung	ES	n
Behavioral	0.76	197	Externale Störungen	0.62	59
Operante Methoden	1.69	19	Delinquenz	0.42	7
Respondente Methoden	0.70	31	Oppositionelles Verhalten	0.42	4
Modell-Lernen	0.73	12	Hyperaktivität/Impulsivität	0.87	18
Soziales Kompetenz Training	0.37	23	Aggression	0.34	11
Kognitiv-behavioral	0.67	38	Multipel	0.67	19
Elterntraining	0.56	36	Internale Störungen	0.69	40
Kombination	0.86	35	Phobie/Angst	0.57	16
Andere	0.38	3	Sozialer Rückzug	0.71	4
Nicht behavioral	0.35	27	Depression	0.69	6
Klientenzentriert	0.15	6	Multipel	0.40	1
Einsichtsorientiert	0.31	9	Somatisch	0.86	13
Diskussionsgruppen	0.48	10	Andere		
Andere	0.38	2	Leistung	0.22	
Kombinierte Verfahren	0.55	20	Akzeptanz durch Peers	1.03	4
			Soziale Beziehungen	1.12	11
			Persönlichkeit	0.53	5
			Multipel	0.66	23

Betrachtet man die Ergebnisse der verschiedenen Studien zur generellen Wirksamkeit der Psychotherapie und speziell die Effekte verhaltenstherapeutischer Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter, so lassen sich insgesamt positive Schlussfolgerungen ziehen (Döpfner, 1999, 2009; Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Entsprechend der Klassifikation der Effektstärken nach Cohen (1988) liegen die Effektstärken von Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit knapp $d = .80$ an der Grenze zwischen mittleren und starken Effekten. Damit ist Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ähnlich wirkungsvoll wie die Therapie mit Erwachsenen (Döpfner, 2009). Vor allem verhaltenstherapeutisch fundierte Verfahren erreichen meist durchweg mittlere bis starke Effekte. Nicht-behaviorale Therapiemethoden erzielten dagegen allgemein nur geringe bis mittlere Effekte. Zudem ergaben sich Hinweise, dass Therapieeffekte sich stabilisieren. Über einen Zeitraum von durchschnittlich sechs Monaten blieben die meisten Effekte stabil (Döpfner

& Lehmkuhl, 2002). Betrachtet man bei Metaanalysen nicht nur die globale Wirksamkeit von Psychotherapie sondern auch spezifische Effekte je nach Störung, Alter, Geschlecht etc., so finden sich teilweise aufschlussreiche Resultate. In der Metaanalyse von Weisz und Mitarbeitern (Weisz et al., 1995) konnten beispielsweise bei älteren Mädchen deutlichere Interventionseffekte gefunden werden als bei jüngeren Kindern oder gleichaltrigen männlichen Jugendlichen.

Eine der wenigen deutschsprachigen Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ergab einen mittleren Effekt (nach Hedges & Olkin) von $g = 0.54$ (Beelmann & Schneider, 2003). Die Bestandsaufnahme zeigte zudem eine überwiegend verhaltenstherapeutische Forschung zur Therapiewirksamkeit. Zu psychoanalytischen/tiefenpsychologischen sowie eltern- und familienorientierten Therapiekonzepten liegen im deutschen Sprachraum nur vergleichsweise wenige Untersuchungen vor. Zudem wurde von den Autoren die Bandbreite der untersuchten Störungsformen und Altersgruppen als gering eingeschätzt. Eingeschlossen wurden deutschsprachige Wirksamkeitsstudien von Psychotherapie im Kindes und Jugendalter mit mindestens einem nicht-äquivalentem Prä-Post-Kontrollgruppendesign bis zum Publikationsjahr 1997. Insgesamt wurden in diese Metaanalyse dadurch 1065 Kinder und Jugendliche in 47 Therapiebedingungen behandelt und mit 916 Kindern und Jugendlichen in Kontrollgruppen verglichen.

In zwei Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Therapien bei psychischen kranken Kindern und Jugendlichen wird der erfreuliche Anstieg der kontrollierten Therapiestudien in den letzten Jahren betont (Bachmann, Bachmann, Rief, & Mattejat, 2008a, 2008b). Die Autoren widmeten sich den vier häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Angststörungen, depressive Störungen, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens) und werteten entsprechende Metaanalysen und Reviews aus. Hinsichtlich der Angsterkrankungen konnten vor allem hinsichtlich der (kognitiv-)behavioralen Therapie mittlere bis große Effektstärken gefunden werden. Bei Depressionen fanden sich dagegen eher kleine bis mittlere Effekte hinsichtlich kognitiver Verhaltenstherapie und interpersonaler Therapie. Bei beiden Störungsgruppen waren die Resultate bezüglich des Elterntrainings bzw. Familienmanagements uneinheitlich. Als „wahrscheinlich wirksame Teilkomponente“ wurden jedoch jeweils das Coaching der Eltern im

Umgang mit der Angst bzw. der Depression genannt. Eindeutigere Ergebnisse hinsichtlich der Elternarbeit zeigten sich dagegen bei der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Bei Kindern mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens zeigten Elterntrainings kleine bis mittlere Effektstärken bei insgesamt sehr großer Effektstärken-Bandbreite. Als ebenfalls wirksam erwiesen sich behaviorale Interventionen in Kindergarten und Schule und multisystemische-multidimensionale Interventionen. Als gut belegte Teilkomponenten gelten hier besonders die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion und des Erziehungsverhaltens, Psychoedukation der Eltern, aktive Beaufsichtigung des kindlichen Verhaltens, Kontingenzmanagement durch die Eltern sowie Kommunikationstraining.

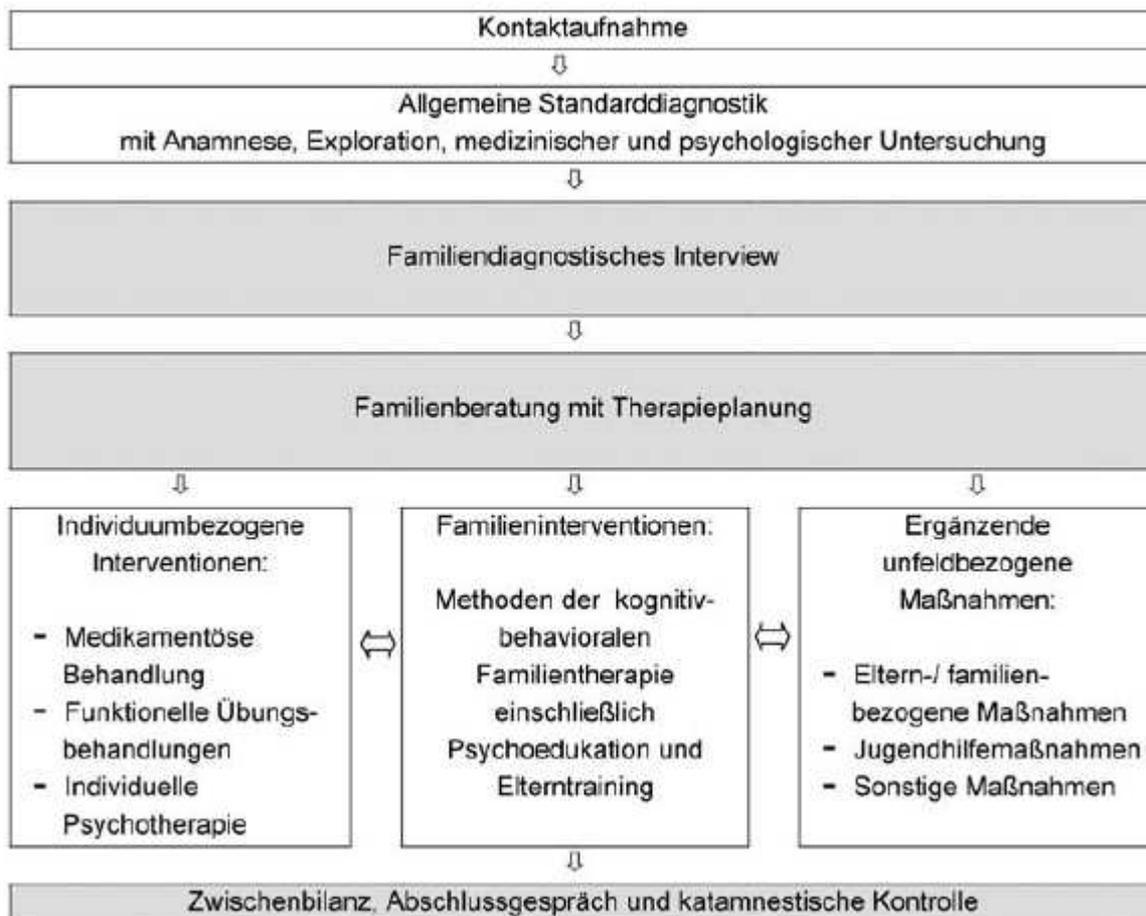
Nachdem auf allgemeine Grundlagen der Psychotherapie, Besonderheiten der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie Evaluationsergebnisse eingegangen wurde, soll im Folgenden die Rolle familienbezogener Maßnahmen näher vorgestellt werden.

2.4.2 Familienbezogene Interventionen

Wie im vorangehenden Abschnitt dargestellt wurde, bestehen bei der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bestimmte Besonderheiten im Vergleich zur Therapie im Erwachsenenalter. So muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass Kinder und Jugendliche stärker von ihrem Umfeld abhängig sind als Erwachsene. Daher kommt gerade familienbezogenen psychotherapeutischen Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu. Auch aus den in Abschnitt 2.3.1 genannten Risiko- und Schutzfaktoren wird ersichtlich, dass therapeutische Methoden auch bei der Familie ansetzen müssen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie besteht Konsens darüber, dass bei der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen immer die Situation der Familie mit berücksichtigt werden muss (Döpfner, 2009; Mattejat, 2009; Mattejat & Ihle, 2006). Auch Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern betonen die enge Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie der betroffenen Kinder. Die neuesten Richtlinien des britischen National Collaborating Centre for Mental Health im Auftrag des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) betonen beispielsweise, dass bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Vorschulalter oder bei mäßig ausgeprägter Symptomatik Elterntrainings die

Behandlung der ersten Wahl darstellen (Jans & Warnke, 2010). Selbst bei schwerer hyperkinetischer Symptomatik wird ein paralleles Elterntaining empfohlen. Auch eine aktuelle Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Knappe et al., 2013) dokumentiert die wichtige Rolle des Einbezugs der Eltern in die Therapie des Kindes. Nahezu alle Therapeuten (94.7%) gaben an, die Eltern in die Therapie einzubeziehen. Der Einbezug finde sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlungsplanung, Behandlungsdurchführung und zur Rückfallprophylaxe statt. Trotz des hohen Maßes an Einbezug der Eltern in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie würde sich laut der genannten Studie 56.9% der Therapeuten eine häufigere und 62.3% eine intensivere Elternarbeit wünschen. Danach befragt, auf welche Weise sie Eltern mehr in die Therapie mit einbeziehen möchten, gaben die meisten Therapeuten (64.3%) Elterntainings zur Vermittlung verhaltenstherapeutischer Strategien an.

Abbildung 11 Zusammenarbeit mit Familien nach dem Familien-Kooperations-Modell nach Mattejat (2009, S. 281)



In den häufigsten Fällen einer psychischen Störung bei Kindern werden mehrere Maßnahmen (z.B. Einzelpsychotherapie, Elternarbeit, psychopharmakologische Behandlung) kombiniert. Wie Familienarbeit in den Gesamtprozess kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung integriert werden kann, lässt sich exemplarisch anhand des Familien-Kooperations-Modells nach Mattejat (2009) darstellen (Abbildung 11).

Bei der Zusammenarbeit mit Familien bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen ist bei den Therapievoraussetzungen zu beachten, inwiefern unterschiedliche Auffassungen in der Familie bezüglich kindlicher Verhaltensauffälligkeiten bestehen bzw. wie innerhalb der Familie die psychische Störung erklärt wird (z.B. Attribuierung auf elterliche Erziehungsfehler, was zu Schuldgefühlen führt). Zudem spielen am Anfang die Kooperationsbereitschaft sowie der Leidensdruck der einzelnen Familienmitglieder eine Rolle. Von Bedeutung ist auch die Art des Umgangs der psychischen Störung des Kindes. Häufig besteht ein Mangel an Informationen zu psychischen Erkrankungen oder die seelischen Probleme des Kindes wirken sich auf den Familienalltag aus (z.B. durch Partnerstreitigkeiten über den „richtigen“ Umgang mit den Problemen des Kindes). Wichtig ist daher auch die Frage nach dem bisherigen Umgang der Familienmitglieder mit der Symptomatik des betroffenen Kindes. Elterliche oder geschwisterliche Reaktionen können beispielsweise die Symptomatik des Kindes aufrechterhalten (z.B. bei Miteinbeziehung der Eltern in Rituale bei Zwangsstörungen) oder stellen dysfunktionale Lösungsversuche dar (z.B. Beschuldigung der Lehrer).

Bei allen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sollten die Eltern in die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Schritte mit eingebunden werden. Dabei gilt es auch, die Eltern-Kind-Interaktion zu durchleuchten. Bei externalisierenden Verhaltensproblemen können z.B. inkonsequente oder konfliktbeladene Interaktionsmuster eine Rolle spielen, während bei internalisierenden Problemen eventuell überprotektive oder unsichere Interaktionsmuster in der Familie zu beobachten sind (Mattejat, 2008a). Zudem können Familien- oder Umfeldprobleme, wie Ehekonflikte, psychische Erkrankung eines Elternteils, soziale Isolation oder finanzielle Probleme die Kinder belasten und in Zusammenhang mit den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes stehen (siehe auch Kapitel 2.3).

Das Feld der familienbezogenen psychotherapeutischen Interventionen ist also sehr facettenreich. Unter dem Begriff „Familientherapie“ bzw. „familienbezogene Intervention“ werden alle psychotherapeutische Arbeitsformen subsumiert, die das Ziel verfolgen, Interaktionen in der Familie zu verändern (Mattejat, 2009). Die familienbezogenen Maßnahmen lassen sich in folgende methodische Gruppen einteilen (Mattejat, 2008a; Mattejat & Ihle, 2006):

- Psychoedukative Familieninterventionen (z.B. Gruppe für Eltern von Patienten mit Anorexia nervosa);
- Elterntrainings (z.B. Triple P, Sanders, 1999);
- Modelle der Familientherapie im engeren Sinne (Familiensystem als übergeordnete Betrachtungseinheit; z.B. das Familienkooperationsmodell, Mattejat, 2008a).

Als wesentliche Grundannahmen der verschiedenen familienbezogenen Behandlungsansätze können nach Mattejat (2008a) folgende allgemeine Aussagen gelten, die auch in Einklang mit den in Kapitel 2.3 genannten ätiologischen Vorstellungen stehen:

- Das individuelle Verhalten jeder Person ist Teilaspekt von übergeordneten Systemen, wie Familie, soziales, ökonomisches und kulturelles Umfeld. Das Verhalten und Erleben einer Person lässt sich daher nur dann verstehen, wenn die Lebensumstände dieser Person sowie die Verhaltens- und Erlebensformen ihrer Bezugspersonen mit berücksichtigt werden.
- Psychische Störungen bei Kindern bzw. Jugendlichen und Familienbeziehungen beeinflussen sich gegenseitig.
- Die Familie kann wesentlich zur Bewältigung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen beitragen.

Zentrale Aufgabe von familienbezogenen Interventionen sind demnach die Behebung bzw. Reduzierung manifester psychischer Störungen und die Bereitstellung von Wissen sowie die Erweiterung von Handlungsspielräumen mit der Absicht, das individuelle und familiäre Problembewältigungspotential zu stärken.

2.4.3 Zusammenfassung

Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist immer geprägt durch ein multimodales Behandlungskonzept und lässt sich nach Döpfner (2009) als eine individualisierte problem-, kontext-, entwicklungs-, ergebnisorientierte, evidenzbasierte und adaptive Behandlung beschreiben. Internationale Metaanalysen zeigen, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in etwa genauso wirksam ist wie die Psychotherapie bei Erwachsenen. Vorwiegend wurden bisher verhaltenstherapeutische Verfahren untersucht. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie verfügt über ein breites Angebot von eltern- und familienbezogenen Interventionsmethoden. Die Zusammenarbeit mit den Eltern oder weiteren wichtigen Angehörigen des Kindes ist fester Bestandteil einer qualifizierten Intervention. Innerhalb der familienzentrierten Ansätze bzw. der Elternarbeit nehmen Elterntrainings eine besondere Rolle ein.

Im folgenden Abschnitt sollen daher allgemeine theoretische Grundlagen von Elterntrainings sowie Ergebnisse zu deren Effektivität erläutert werden, bevor in Kapitel 2.6. das in der vorliegenden Arbeit evaluierte Training „Plan E – Eltern stark machen!“ vorgestellt wird.

2.5 Elterntraining

2.5.1. Begriffsbestimmung

Eltern- oder Familienarbeit gilt als umfassender Begriff, der verschiedene therapeutische und pädagogische Elemente beinhaltet. Er kann als Oberbegriff für Methoden wie Elternberatung, Elterntraining, Elternbildung etc. gelten. Den Begriff Familienarbeit unterteilt Schmelzer (1999) in folgende verschiedene Formen:

- **Elternarbeit** als umfassender Begriff beinhaltet pädagogisch-didaktische und therapeutische Elemente. Der Therapeut arbeitet verhaltensspezifisch und sollte ressourcenorientiert vorgehen.
- **Elternberatung** bezieht sich mehr auf den Aspekt der Informationsvermittlung. Fachkräfte geben ihr spezifisches Wissen an die Eltern weiter, um die

Gesamtbehandlung zu verbessern bzw. größeren oder späteren Problemen vorzubeugen.

- **Eltern- und Familienbildung** ist eher primärpräventiv und richtet sich an noch unbelastete Familien. Sie dient als eine Art Vorbereitung auf mögliche Probleme und Krisen.
- **Elternratgeber** in schriftlicher Form können zwar als Ergänzung zu Elternarbeit dienen, sie müssen jedoch jeweils zu dem speziellen Anliegen passen und praktisch umsetzbar sein.
- Beim **Elterntaining** werden zusätzlich zur Vermittlung von Wissen und zur Klärung von Abläufen systematisch relevante Erziehungskompetenzen vermittelt und eingeübt. Die Eltern sollen bessere Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien bzw. den Umgang mit konkreten erzieherischen Alltagsproblemen lernen.

Das Elterntaining ist also ein Spezialfall einer elternbezogenen Präventions- oder Interventionsmaßnahme und stellt gerade bei psychisch auffälligen Kindern eine angemessene zusätzliche Intervention zur Kinderpsychotherapie dar (Heinrichs & Hahlweg, 2009). Wie bereits eingangs erwähnt, handelt es sich bei Elterntainings um therapeutische Ansätze, bei denen *„...erzieherische oder psychotherapeutisch orientierte Basisfertigkeiten eingeübt werden, um problembezogene Erziehungskompetenzen der Eltern zu stärken. Ziel ist es, die Eltern mit Hilfe eines Therapeuten in die Lage zu versetzen, kindliches Verhalten und Eltern-Kind-Interaktionen zu beobachten, zu beschreiben, neu zu bewerten und zu modifizieren“* (Warnke et al., 1999, S. 632). Der Begriff „Training“ beinhaltet schon vom Namen her aktive Elemente des Übens und Ausprobierens. Es geht also nicht nur um reine Wissensvermittlung sondern auch um den praktischen Umgang mit Alltagsproblemen, um das Einüben neuer Erziehungskompetenzen und um das Ausprobieren neuer Lösungsmöglichkeiten im Alltag. Zudem sind Elterntainings im Kern Verfahren zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung. Durch diese Verbesserung sollen sich Eltern kompetenter fühlen (Heinrichs & Hahlweg, 2009).

2.5.2 Historischer Hintergrund & Konzeption von Elterntrainings

Zu einer verstärkten Verbreitung von Elterntrainings kam es in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts im Zusammenhang mit der vermehrten Anwendung lerntheoretisch fundierter Programme zur Verhaltensmodifikation (Schmelzer, 1999; Warnke & Beck, 2009). Es wurden zusätzlich zu dem Kind auch erzieherische Kompetenzen und konkrete, alltagsnahe Hilfestellungen für Eltern in den Mittelpunkt gerückt. Nach Kenntnis des Autors entstanden etwa zeitgleich sowohl um Patterson (z.B. Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975) als auch um Gordon (z.B. Gordon, 1972) die ersten Arbeitsgruppen, die sich systematisch mit Elterntrainings beschäftigten. Beide können als die Wurzeln klassischer therapeutischer Elterntrainings gesehen werden.

In der Patterson-Gruppe ging es vor allem darum, sogenannte „coercive circles“ (siehe Kapitel 2.3.2) zu durchbrechen. Patterson beschrieb bestimmte Interaktionsmuster von Bezugspersonen und Kindern (z.B. Eltern und Lehrer mit verhaltensauffälligen Kindern). Er wies vor allem auf dysfunktionale Muster hin, bei denen sich in einer Art „Teufelskreis“ problematisches kindliches Verhalten und ungünstiges elterliches Verhalten gegenseitig verstärken (Patterson, 1982). Die Vermittlung der Grundlagen operanten Lernens und der sozialen Lerntheorie standen neben praktischen Übungen zu Lerngesetzen (positive Verstärkung, Auszeit etc.) und Verhaltensbeobachtungen im Vordergrund des Elterntrainings nach Patterson. Seine Kollegen und er betonten, dass insbesondere Verhaltensauffälligkeiten, die an bestimmte situationsspezifische oder zeitlich/örtliche Bedingungen geknüpft sind, die Einbeziehung von Bezugspersonen (z.B. Eltern, Lehrer, Pflegepersonal etc.) erfordern.

In der Gruppe um Gordon (1972) kamen dagegen eher klientenzentrierte Ansätze zum Einsatz. Die Behandlungsrationale bestand darin, die Kommunikation und Beziehung zwischen Familienmitgliedern zu verbessern und indirekt dadurch das Verhalten des Kindes zu beeinflussen. Besonders die Methode der Familienkonferenz aus Gordons Elternttraining erlangte eine weite Verbreitung und einen hohen Bekanntheitsgrad.

Als das erste manualisierte deutschsprachige Elternttraining kann das Münchner Trainingsmodell (MTM) gelten (Innerhofer, 1977; Johnson et al., 2002). In diesem Elternttraining stellen vier bis sechs Eltern ein als besonders problematisch erlebtes

Verhalten des Kindes in den Mittelpunkt. Ziel ist es, die Eltern anhand des Problemgeschehens zu unterstützen, Verhalten genau und konkret zu beschreiben, neu zu bewerten und alternative Handlungen in der Eltern-Kind-Interaktion zu entwickeln (Warnke et al., 1999). Hierzu werden mit den Eltern u.a. wiederholt Rollenspiele durchgeführt. Im Rahmen des MTM werden die Eltern zu „Co-Therapeuten“, übernehmen angeleitet therapeutische Schritte und liefern diagnostische Informationen. Eltern als Co-Therapeuten und Experten für ihr Kind zu verstehen, ist eine der wichtigsten Grundlagen von Elterntrainings, weshalb im nächsten Abschnitt näher auf diesen Aspekt eingegangen werden soll.

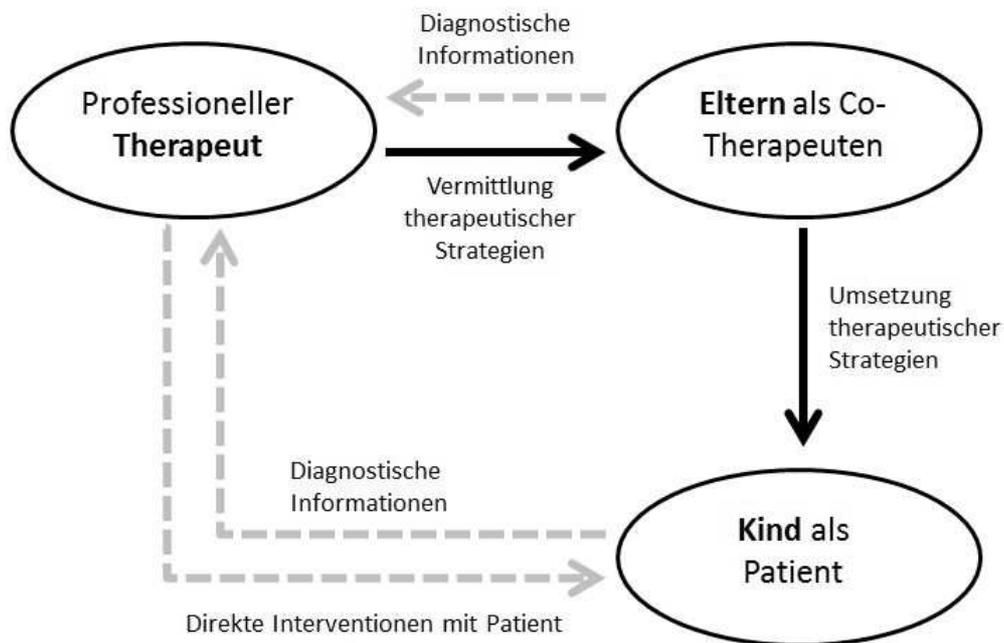
2.5.2.1 Eltern als Co-Therapeuten

Die Basis für eine gelingende Elternarbeit ist nach Meinung des Autors zunächst die Annahme, dass jedes Elternteil die wichtigste Bezugsperson für das jeweilige Kind darstellt. Es wird nicht vom erzieherischen Unvermögen der Eltern ausgegangen sondern von einer bestimmten pädagogischen Kompetenz, die es zu bestärken gilt. Die Eltern werden in der Grundhaltung der Therapeuten als die besten „Experten“ für ihr Kind betrachtet und als „Mitarbeiter“ oder „Co-Therapeut“ in den therapeutischen Prozess mit einbezogen (vgl. auch Innerhofer & Warnke, 1978; Warnke & Beck, 2009). Obwohl alle Eltern prinzipiell mit intuitiven Erziehungskompetenzen ausgestattet sind, können diese durch zahlreiche aktuelle Belastungsfaktoren, Verunsicherungen, negative Erfahrungen in der eigenen Entwicklungsgeschichte und beispielsweise starke Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes oder Jugendlichen im Rahmen einer psychischen Störung überlagert werden, was schließlich zu dysfunktionalen oder für die psychische Erkrankung des Kindes ungünstigem Erziehungsverhalten führen kann (Warnke & Beck, 2009). Die Aufgabe des Trainers oder Therapeuten ist es nun, entwicklungsfördernde und für die psychische Gesundheit des Kindes günstige Erziehungspraktiken der Eltern aufzudecken und zu bestärken bzw. auf weniger günstige Strategien hinzuweisen. Es geht also nicht um elterliches Versagen, sondern um das Finden und Bestärken elterlicher Begabungen. Möglichkeiten zur Bewältigung von Alltagsproblemen, Konflikten oder dem Umgang mit psychischen Störungen sollen herausgearbeitet werden.

Bei vielen Elterntrainings wird versucht, eine positive Wirkung dadurch zu erzielen, dass Veränderungen der Erziehungspraxis bzw. Stärkung elterlicher Ressourcen auf

zwei Ebenen Einfluss nehmen. Zum einen soll durch ein verändertes Erziehungsverhalten der Eltern ein positiver Einfluss auf das Problemverhalten des Kindes genommen werden. Die Eltern werden gewissermaßen als Co-Therapeuten herangezogen. Zum anderen sollen auch die Eltern selbst in ihren sozialen und persönlichen Ressourcen gestärkt werden. Ihr Selbstvertrauen in erzieherische Kompetenzen soll gesteigert werden.

Abbildung 12 Mediatorenmodell: schwarze Pfeile = „klassisches“ Modell, schwarz + grau = erweitertes Modell nach Reinecker (1985) und Wünsche & Reinecker (2006)



Die Idee, direkt mit den Eltern zu arbeiten und über diese (als „Mittler“ oder „Mediatoren“) indirekt auch auf das Kind einzuwirken, stammt ursprünglich von Tharp und Wetzel (1969). Dieses sogenannte Mediatorenprinzip wurde ursprünglich im Rahmen der Behandlung von verhaltensauffälligen Kindern und Kindern mit Lernstörungen entwickelt. In der originären Form wurden Bezugspersonen aus dem natürlichen Umfeld der Kinder als „unmittelbare Therapeuten“ eingesetzt. Die in der Psychotherapie klassische dyadische Beziehung zwischen Patient und professionellem Therapeut wurde zugunsten des Mediatorenmodells aufgegeben. Ein direkter Kontakt zwischen Therapeut und Kind war also ursprünglich nicht vorgesehen. Die Grundannahme war, dass die Bezugsperson im natürlichen Umfeld den besten diagnostischen Einblick und die wirksamsten Verstärkungsmöglichkeiten hat. Der Therapeut fungiert als Berater, der Anstöße und Strategien für Verhaltensmodifikationen und Kommunikationsgestaltung gibt. Im Laufe der Zeit hat

das Modell des Mediatorentrainings Erweiterungen erfahren, die sich vor allem auf den Kontakt zwischen Therapeut und Patient beziehen (Reinecker, 1985; Wünsche & Reinecker, 2006). Das Modell des Mediatorentrainings ist in Abbildung 12 veranschaulicht.

Nachdem die Rolle der Eltern als Co-Therapeuten dargestellt wurde, soll im Folgenden näher auf die generellen Ziele und Inhalte von Elterntrainings eingegangen werden.

2.5.2.1 Ziele und Inhalte von Elterntrainings

Die Ziele und Inhalte von Elterntrainings richten sich sehr stark nach der Zielpopulation, dem Ausmaß eventuell bereits bestehender kindlicher oder pädagogischer Probleme und dem Zeitpunkt, wann Hilfe angeboten bzw. aufgesucht wird. Davon abhängig lassen sich Elterntrainings unterschiedlichen Formen der Prävention zuordnen. Eine geläufige Einteilung (Caplan, 1964; Schneewind, 1999) unterscheidet zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention:

- Primäre Prävention dient einer allgemeinen Stärkung und Förderung von personen- und beziehungspezifischen Kompetenzen im Sinne einer Entwicklungsoptimierung. Noch bevor einzelne Probleme zu erwarten sind, soll je nach Programm eine Unterstützung stattfinden.
- Sekundäre Prävention vermittelt Problem- und Stressbewältigungskompetenzen, wenn bestimmte Problemlagen zu erwarten sind. Zielgruppen sind sogenannte Risikopopulationen.
- Tertiäre Prävention wird dagegen häufig als Intervention bei vorhandenen Problemen oder als Art Rückfallprophylaxe nach einer therapeutischen Intervention gesehen, die sicherstellen soll, dass bestimmte Symptome nicht wieder auftreten.

In der Literatur finden sich zu den verschiedenen Präventionsstufen Beispiele unterschiedlicher Elterntrainings. Trainings mit dem Ziel der primären Prävention sind darauf ausgerichtet, möglichst viele Eltern zu erreichen, um so möglichst umfassend kindlichem Problemverhalten vorzubeugen. Das Elterntaining Triple P (Sanders, 1999) kann beispielsweise im primär und sekundär präventiven Bereich eingesetzt

werden. Im primär präventiven Bereich wird u.a. durch kurze Radiospots oder Informationsblätter versucht, die Allgemeinbevölkerung über generell hilfreiche Erziehungsstrategien zu informieren. Im sekundär präventiven Bereich hat Triple P dagegen zum Ziel, Risikopopulationen oder Gruppen mit bereits bestehenden subklinischen Auffälligkeiten zu unterstützen. Eine mögliche Risikopopulation könnten beispielsweise alleinerziehende Eltern sein. Das hier zu evaluierende Training „Plan E“ kann als tertiäre präventive Maßnahme betrachtet werden, da es sich an Eltern bereits psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher richtet. Nähere Informationen finden sich in Kapitel 2.6.

Neben der Zuordnung zu unterschiedlichen Präventionsstufen unterscheiden sich Elterntrainings auch darin, ob sie die Kinder direkt mit einbeziehen (z.B. THOP; Döpfner, Schürmann & Frölich, 2007) oder nicht. Weiterhin ist bezüglich der Anzahl der Sitzungen eine hohe Variabilität zu beobachten. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal besteht darin, ob ein Elterntaining im Einzel- oder Gruppen-Setting stattfindet. Zuletzt finden sich auch Verschiedenheiten darin, ob ein Elterntaining störungsspezifisch auf Eltern von Kindern mit bestimmten Besonderheiten (z.B. hyperkinetisches Verhalten, Regelprobleme) abzielt oder nicht. Im Folgenden werden eine Reihe von häufig in der Literatur zu findende Aspekte bzw. Einteilungsmöglichkeiten bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung von Elterntrainings vorgestellt.

Eine Analyse bereits bestehender verhaltenstherapeutischer Elterntrainings (Taylor & Biglan, 1998) zeigt trotz der andersgearteten Angebotsformen und unterschiedlichen Akzentuierungen bezüglich der Inhalte von Elterntainings eine große Übereinstimmung hinsichtlich der darin verwendeten Basisstrategien. So finden sich laut der Autoren folgenden Aspekte in den meisten Elterntainings wieder:

- Störungsverständnis: Informationsvermittlung über die Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichem Verhalten und zwischenmenschlichen Interaktionen;
- Problemanalyse: Genaue Beobachtung und konkrete Beschreibung des Verhaltens des Kindes, sozialer Wechselbeziehungen und situativer Bedingungen vor/in der Problemsituation;

- Interaktive Lösung durch Bestärkung und Hilfe: Aufbau von Erziehungsstrategien zur Verstärkung zielführenden Verhaltens (z.B. Verstärkung angemessenen Verhaltens des Kindes durch Lob);
- Interaktive Lösung durch Hemmung: Aufbau von Erziehungsstrategien zum Abbau unerwünschter kindlicher Verhaltensweisen (z.B. Auszeit);
- Situative Lösung: Aufbau entwicklungsfördernder Alltagsstrukturen und günstiger situativer Verhältnisse (z.B. Zeitpläne, Betreuungsstrukturen).

In einer anderen Arbeit (Warnke, 2005) werden folgende drei Konzeptionen von Elterntrainings unterschieden, die auch häufig in Kombination zum Einsatz kommen:

- Symptomorientierte Übungsanleitung: Direkte Schulung der Eltern, z.B. verhaltenstherapeutische Regeln symptomorientiert beim Kind anzuwenden (z.B. Einsatz von Belohnung bei positivem Verhalten des Kindes, Klingelhose bei Enuresis-Behandlung);
- Vermittlung psychologischer Theorien: z.B. die Vermittlung theoretischer Grundsätze der Gesprächsführung oder von Prinzipien der Verhaltenstherapie; Ziel ist das Verständnis von und der Einblick in psychologische Theorien, was wiederum z.B. das Behandlungskonzept für die Eltern besser verstehbar macht;
- Lernen von Problemlösestrategien: Erarbeiten von Strategien und Handlungsspielräumen für Alltagsprobleme; das in der Therapie erarbeitete Wissen soll möglichst breit für andere familiäre Problemstellungen anwendbar sein.

Folgende Hauptziele von verhaltenstheoretisch fundierten Elterntrainings werden dagegen von Beelmann und Lösel (2007) unterschieden:

- Erlernen eines positiven Erziehungsstils, der gewünschtes Verhalten verstärkt und Problemverhalten konsequent Grenzen setzt;
- Verbesserung des „Problemmanagements“ in schwierigen Erziehungssituationen (z.B. Wutanfall des Kindes);

- Einsatz wirksamer Strategien zur Einhaltung grundlegender sozialer Regeln;
- Unterstützung der Vorbildfunktion der Eltern bei sozialen Konflikten (z.B. keine gewaltsamen Problemlösungen bei elterlichen Auseinandersetzungen);
- Stärkung von Beaufsichtigungsfunktionen;
- Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktionen durch Vermeidung emotional negativer Interaktionen;
- Aufbau positiver Interaktionen, die geprägt sind durch gegenseitigen Respekt, Vertrauen und Zuneigung.

Unter den verhaltenstherapeutisch orientierten Elterntrainings findet sich also hinsichtlich der Basisstrategien oder -konzeptionen zur Vermittlung relevanter Informationen ein hoher Grad der Übereinstimmung. Eine weitere inhaltliche Analyse verschiedener Trainings (Schmelzer, 1999) unterstreicht dies. Vergleicht man bekannte Elterntrainings, so stellt man fest, dass die meisten auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen basieren, sich aber auch familien-therapeutischer, kommunikationstheoretischer und gesprächstherapeutischer Elemente bedienen. Schmelzer (1999) fand unter den verhaltenstherapeutischen Trainings eine bemerkenswert große Überlappung bezüglich der eingesetzten Trainingselemente. Demnach enthalten eine große Zahl der Elternguppen folgende Aspekte und Techniken zur Vermittlung der Trainingsinhalte:

- Verhaltensbeobachtung und -registrierung;
- Verhaltensnahe, konkrete Beschreibungen, Operationalisierung kritischen Verhaltens;
- Übungen zur positiven Verstärkung erwünschten Verhaltens;
- Übungen zum Einsatz logischer Konsequenzen;
- Ignorieren negativer kindlicher Verhaltensweisen bzw. milde Formen der Bestrafung;
- Darstellung des Einsatzes von Auszeiten;

- Vermittlung operanter Belohnungsprogramme;
- Untergliederung von Zielen in Teilschritte, deren Erreichung verstärkt wird;
- Einübung von klarer Kommunikation;
- Alltagsnahes Vorgehen durch Erprobung zuhause (z.B. durch Hausaufgaben);
- Informationen bezüglich normaler Entwicklungsverläufe und kindlicher Bedürfnisse;
- Diskussionen über Erziehungsziele und -methoden.

Die einzelnen Elemente bzw. deren Kombination sind häufig in verschiedenen bereits bestehenden Elterntrainings vorhanden. Nach Penthin (2007) sollen Elterntrainings vor allem die Ziele verfolgen, ungünstige elterliche Verhaltensmuster abzubauen und ein positiv getönter Umgang mit Kindern und Partnern aufzubauen. Hinsichtlich der Ziele von Elterntrainings unterscheidet Schmelzer zwischen der Vermittlung von Meta-Kompetenzen und der Vermittlung konkreter inhaltlicher Schwerpunkte (Schmelzer, 1999). Unter Meta-Kompetenzen werden sogenannte Prozessfertigkeiten verstanden, wozu beispielsweise Selbstbeobachtung, Selbstregulationsstrategien, Problemlösen und Konfliktlösungsstrategien zählen. Es geht also um allgemeine, übergeordnete Fertigkeiten oder „Rüstzeug“, die betroffene Eltern auf neue erzieherische Herausforderungen vorbereiten sollen. Diese Meta-Kompetenzen lassen sich von spezifischen, konkreten inhaltlichen Schwerpunkten abgrenzen. Hier werden z.B. typische, konkrete Beispiele aus dem Erziehungsalltag zusammen mit den Eltern analysiert oder störungsspezifische Informationen vermittelt. Einen weiteren Überblick zu theoretischen Grundlagen von Elterntrainings bieten Heinrichs & Hahlweg (2009), Reichert & Schwenck (2012) sowie Warnke (2005).

Nach den Auflistungen von allgemeinen Merkmalen, Inhalten und Zielen von Elterntrainings sollen als nächstes verschiedene Studien zur generellen Wirksamkeit von Elterntrainings vorgestellt werden.

2.5.3 Effektivität von Elterntrainings

Generell gelten Elterntrainings als effektive Verfahren, die hauptsächlich bisher in angloamerikanischen Studien evaluiert wurden (Döpfner, 1999; Schmelzer, 1999). In Übersichtsartikeln zu Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter stellt Kazdin (1997, 2003) fest, dass Elterntrainings im Bereich der trotzig-oppositionellen Verhaltensproblemen und Störungen des Sozialverhaltens zu den am besten untersuchtesten therapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen zählen. Gegenüber der Vielzahl der verschiedenen Elterntrainings und deren hohen Verbreitung ist die Anzahl der in randomisiert-kontrollierten Studien evaluierten Trainings im deutschsprachigen Raum jedoch relativ gering. Viele Jahre schrieb man Elterntrainings eine gewisse selbstverständliche Evidenz zu bzw. bewertete die Arbeit mit den Eltern generell positiv, so dass sich spezielle Übersichtsarbeiten und Metaanalysen erst vermehrt in den beiden letzten Jahrzehnten finden.

Es muss vorab kritisch bemerkt werden, dass die im Folgenden berichteten Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen offen lassen, welches Elterntraining wann, wie und bei wem zum Einsatz kam, was jedoch erheblichen Einfluss auf die Effektivität haben kann (Nowak & Heinrichs, 2008). Bevor auf die Studien zur Wirksamkeit von Elterntrainings und zu möglichen Moderatorvariablen eingegangen wird, soll zunächst noch ein kurzer Abriss über die diagnostische Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Erziehungsproblemen in Evaluationsstudien zu Elterntrainings erfolgen.

2.5.3.1 Messung des Therapieerfolgs

Bei der Psychotherapieforschung und in Evaluationsstudien ergeben sich prinzipiell bei der Frage nach dem Therapieerfolg zwei Problembereiche – das Problem der Erfolgskriterien und das Problem der Erfolgsmaße (Döpfner, 2009). Ersteres geht um die Entscheidung für Kriterien anhand derer man den Therapieerfolg beurteilen kann. Häufig herangezogen wird hier die Symptomreduktion. Hier würde man als Maß für den Behandlungserfolg die Reduzierung psychischer Auffälligkeiten des Kindes (derentwegen die Behandlung begonnen wurde) berücksichtigen. Therapieerfolge sollten jedoch nicht nur nach Symptomverbesserungen beurteilt werden. Auch Funktionsniveau (z.B. in Schule und Freizeit) und Lebensqualität sollten

berücksichtigt werden. Das in Kapitel 2.4.1 propagierte multimodale kinder- und jugendpsychotherapeutische/-psychiatrische Behandlungskonzept impliziert jedoch auch, dass nicht nur der Patient, sondern auch Familienmitglieder und das weitere soziale Umfeld mit einbezogen werden sollten (Döpfner, 2009). Hier wären also beispielsweise Befragungen der Eltern zur Zufriedenheit mit der Elternrolle oder eine Erfassung des elterlichen Stressniveaus vorstellbar. Die verschiedenen Erfolgskriterien lassen sich wiederum durch unterschiedliche Erfolgsmaße erfassen. Die Techniken bzw. Instrumente, die diesbezüglich zum Einsatz kommen können, sind z.B. Fragebögen (Selbst-, Fremdbeurteilungsverfahren), direkte Verhaltensbeobachtung, Interviews, Protokolle oder Testverfahren. Die verschiedenen Methoden sind mit spezifischen Vor- und Nachteilen bzw. Fehlerquellen behaftet, so dass die Ergebnisse unterschiedlicher Techniken häufig nur schwach miteinander korrelieren (Döpfner, 2009). Zudem zeigt sich häufig eine geringe Übereinstimmung hinsichtlich der Urteile von Diagnostikern, die bei der gleichen Person das Gleiche gefragt werden. Es ist daher ratsam, neben verschiedenen Erfolgsmaßen auch auf unterschiedliche Diagnostikinstrumente und Erhebungstechniken zu setzen.

In bisherigen Evaluationsstudien zu Elterntrainings lag ein Hauptaugenmerk bezüglich der Erfolgskriterien auf der Symptomreduktion auf Seiten der Kinder. Hierzu kamen wiederum meist Elternfragebögen zum Einsatz. Zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bzw. der Symptomreduktion wurden häufig die Child Behavior Checklist (CBCL) und der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) angewendet (z.B. Abrahamse et al., 2012; Burke, Brennan & Roney, 2010; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram & Naumann, 2010). Die CBCL ist ein Verfahren, bei dem Eltern anhand verschiedener Items das kindliche Problemverhalten sowie Kompetenzen einschätzen. Beim SDQ können Eltern in der Elternversion die Stärken und Schwächen des Kindes in unterschiedlichen Bereichen einschätzen. Die CBCL und der SDQ werden im Methodenteil der vorliegenden Arbeit (Kapitel 4.2.5) näher vorgestellt. Ein weiteres Erfolgskriterium in bisherigen Studien war häufig die Verbesserung der Erziehungsstrategien auf Seiten der Eltern. Auch hier kamen meist Elternfragebögen zum Einsatz. Einen Überblick zu verschiedenen Selbstberichtsinstrumenten zur Erfassung von elterlichem Erziehungsverhalten bietet Tabelle 9.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele Studien meist auf subjektive Einschätzungen der Eltern zurückgreifen. Neben der Symptomreduktion auf Seiten des Kindes wird in manchen Studien auch das Erziehungsverhalten der Eltern in Form von Selbsteinschätzungsverfahren erfasst. Relativ selten finden sich direkte, (halb-)standardisierte Verhaltensbeobachtungen wieder.

Tabelle 9 Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung von elterlichem Erziehungsverhalten, nach Heinrichs & Hahlweg (2009, S. 263)

Instrument	Autor	Charakteristika
Parenting Scale (PS), dt.: Erziehungsfragebogen (EFB)	Arnold et al. (1993) Miller (2001)	Dysfunktionales Erziehungsverhalten; 35 Items; elterliches Erziehungsverhalten bei problematischem Kindverhalten; Items zweipolig (effektiv vs. ineffektiv); Eigenes Verhalten soll 7-stufigen Antwortskala zwischen den beiden Verhaltensweisen eingestuft werden. Die Antworten lassen sich zu den 3 Skalen(»Überreagieren«, »Nachsichtigkeit« und »Weitschweifigkeit«) und zu einem Gesamtwert zusammenfassen
Fragebogen zum positiven Erziehungsverhalten (FZEV)	angelehnt an Strayhorn & Weidman (1988)	Funktionales Erziehungsverhalten; Erfasst insbesondere positives, verstärkendes und förderndes Erziehungsverhalten in 13 Items und soll von den Eltern hinsichtlich seines Vorkommens in den letzten 2 Monaten beurteilt werden (0 = »nie« bis 3 = »sehr oft«)
Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter (HAMEL)	Baumgärtel (1979)	Funktionales und dysfunktionales Erziehungsverhalten; Erfasst mit 24 Items das konkrete Erziehungsverhalten in den letzten 4 Wochen. 3 Skalen (»Strenge«, »Unterstützung« und »Zuwendung«)
Parenting Sense of Competence Scale (PSOC), dt.: Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)	Johnston & Mash (1989)	Elterliche Kompetenzüberzeugung; Erfasst die allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Eltern mit 15 Items. Aussagen und Meinungen über Gefühle und Gedanken als Eltern. Die Zustimmung dazu soll von den Eltern angegeben werden (0 = »trifft nicht zu« bis 3 = »trifft zu«). 2 Skalen (»Zufriedenheit« und »Selbstwirksamkeit«) + Gesamtwert
Parent Problem Checklist (PPC), dt.: Erziehungskonflikt-skala (EKS)	Dadds & Powell (1991) Köppe (2001)	Erziehungskonflikte; Erfasst 16 Items: Beschreibung von Themen, Bereichen und Verhaltensweisen der Partner bezüglich des Themas Erziehung, die dahingehend beurteilt werden sollen, inwieweit sie für das Paar ein Problem darstellen (1 = »trifft nicht zu« bis 4 = »trifft zu«). Die Angaben werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst

2.5.3.2 Effekte auf Seiten der Kinder und Jugendlichen

Im Folgenden werden zunächst die Haupteffekte von Elterntrainings auf Seiten der Kinder und Jugendlichen berichtet. Differenziertere Betrachtungen bzw. der Einfluss von möglichen Moderatorvariablen finden sich im Abschnitt 2.5.3.4.

Die nach Kenntnis des Autors erste Metaanalyse, die ausschließlich verhaltenstheoretisch fundierte Elterntrainings einschloss, stammt von Serketich und Dumas (1996). Sie identifizierten 117 Elterntrainings-Studien, von denen lediglich 26 die methodischen Kriterien (z.B. Kontrollgruppendesign) erfüllten. Bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich um Elterntrainings, bei denen die Wirkung auf Störungen des Sozialverhaltens untersucht wurde. Es ist allerdings anzumerken, dass es sich teilweise um kleinere Untersuchungsstichproben handelte, da auch einige Modellprojekte eingeschlossen wurden. Im Durchschnitt nahmen 28.86 ($SD = 18.36$) Probanden an den eingeschlossenen Studien teil. Etwa ein Drittel (33.8%) der teilnehmenden Eltern waren alleinerziehend. Die Kinder waren im Durchschnitt 6.05 ($SD = 1.80$) Jahre alt. Die durchschnittliche Länge der eingeschlossenen Elterntrainings betrug 9.53 ($SD = 4.17$) Sitzungen. Die Autoren fanden eine hohe durchschnittliche Effektstärke von $d = .86$ bezüglich der Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder direkt nach Abschluss der Trainings. Hierfür wurden meistens Fremdbeurteilungsbögen (z.B. CBCL) eingesetzt. Wurde der Erfolg durch die Lehrer beurteilt, fielen die Resultate etwas niedriger aus ($d = .73$). Bezüglich des Erfolgs des Trainings bestand in ihrer Analyse ein deutlich negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Studienteilnehmer und der gemessenen Wirkung ($r = -0.52$, $p < .05$), d.h. die Trainings waren umso effektiver, je weniger Eltern teilnahmen.

Eine Metaanalyse von Farrington und Welsh (2003), welche speziell die Wirksamkeit einer großen Bandbreite an familienbasierten Interventionen (Elterntrainings, Hausbesuche, nachbarschafts-basierte Programme etc.) bei aggressivem und delinquenten Verhalten der Kinder untersuchte, fand hinsichtlich des dissozialen Verhaltens eine durchschnittliche Effektstärke von $d = .22$ bezüglich des kindlichen Problemverhaltens. In ihrer Analyse wurden 40 verschiedene Studien mit jeweils mindestens 50 Teilnehmern eingeschlossen. Betrachtete man hier isoliert nur reine Elterntrainings, so konnte eine Effektstärke von $d = .39$ ermittelt werden.

Die Effekte von Elterntrainings auf externalisierendes Problemverhalten wurden ebenfalls von Lundahl, Risser und Lovejoy (2006) in einer Metaanalyse untersucht. Insgesamt wurden 63 Studien eingeschlossen, welche in Fachzeitschriften publiziert wurden, mindestens eine Kontroll- und eine Experimentalgruppe hatten und bei denen das Problemverhalten der Kinder im familiären Rahmen erfasst wurde. Im Durchschnitt waren die Kinder 81.42 ($SD = 42.23$) Monate alt. Etwas mehr als ein Drittel (36.3%) der Eltern waren alleinerziehend. Im Mittel umfassten die Elterntrainings 9.77 ($SD = 3.81$) Sitzungen. Die Autoren fanden einen durchschnittlichen Effekt der Elternprogramme auf das Verhalten der Kinder von $d = .42$ unmittelbar nach Beendigung des Trainings. Auch hier kamen vor allem Fremdbeurteilungsverfahren wie die CBCL, meist ausgefüllt durch die Eltern, zum Einsatz. Zudem erfassten Lundahl et al. (2006) die Nachhaltigkeit der Trainings, indem die Effekte der Interventionen zu Follow-Up-Zeitpunkten erfasst wurden. Bei den Nachfolgemessungen, die meist weniger als ein Jahr nach dem Trainingsbesuch stattfanden, reduzierte sich der Effekt auf $d = .21$.

Während die oben genannten Arbeiten in ihren Analysen Studien kombinierten, die sowohl universelle (für alle Eltern), selektive (Eltern mit erhöhtem Risiko) und indizierte (Eltern von Kindern mit Problemverhalten) Elterntrainings erforschten, haben Durlak und Wells (1997) nur Elternkurse untersucht, die als universelle Präventionsmaßnahmen durchgeführt wurden. In zehn Studien zu universellen Trainings fanden sie eine mittlere Effektstärke von $d = .08$. Dies entspricht einem statistisch nicht signifikanten und praktisch nicht relevanten Effekt. Somit ist zumindest auf der Datenlage von Durlak und Wells (1997) davon auszugehen, dass Elterntrainings eher als selektive oder indizierte Maßnahmen einzusetzen sind.

Die nach Kenntnisstand des Autors aktuellste Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Elterntrainings stammt von einer britischen Arbeitsgruppe (Dretzke et al., 2009). Die Autoren beschreiben eine starke Zunahme von Elternprogrammen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens in den letzten zehn Jahren und konzentrieren sich daher auch auf Studien zu diesen Verhaltensauffälligkeiten. Einschlusskriterien waren das Vorliegen randomisierter, kontrollierter Untersuchungsbedingungen (RCT), das Vorliegen des Elternprogramms in manualisierter Form, ein auffälliges Sozialverhalten (z.B. trotzig-oppositionelles Verhalten) des Kindes sowie ein Alter des Kindes bei Start der Intervention unter 18

Jahren. Insgesamt konnten die Autoren 57 Studien identifizieren, die die oben genannten Bedingungen erfüllten. Insgesamt fiel auf, dass die meisten Studien relativ geringe Stichprobengrößen aufwiesen. Im Durchschnitt lag die Anzahl der Studienprobanden bei 21 teilnehmenden Eltern. Es wurden alle Arten von Elterntrainings eingeschlossen. Darunter befanden sich sowohl Trainings, die im Gruppensetting organisiert wurden, als auch individuelle Programme, die mit einem Elternteil bzw. am Telefon durchgeführt wurden, wobei letzteres die Minderheit ($n = 20$) darstellte. Auch von den Eltern eigenverantwortlich durchgeführte Trainings ($n = 5$) wurden eingeschlossen, bei denen die Eltern z.B. mit Hilfe von Videos oder am Computer bestimmte therapierelevante Themen erarbeiteten. Die meisten Studien verwendeten als ein Maß für das Verhalten des Kindes u.a. die CBCL. Die mittleren Effektstärken zeigten jeweils signifikante Unterschiede (CBCL: $d = -.67$) zugunsten der Interventionsgruppe. Auch objektive Verhaltensmaße durch Interaktionsbeobachtungen, die jedoch lediglich in sieben der 57 Studien durchgeführt wurden, zeigten im Schnitt eine signifikante Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ($d = -.44$) in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Keine Studie wies einen negativen Effekt von Elterntrainings auf das Verhalten des Kindes auf.

Insgesamt fanden sich somit mittlere bis hohe Effekte von Elterntrainings in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten von Kindern. Der Fokus lag jedoch häufig auf externalisierenden Problemen. Bei oppositionellen und ausagierenden Verhaltensstörungen in der Kindheit gibt es sogar Hinweise dafür, dass Elterntrainings erheblich effektiver sind als individuelle, kindzentrierte Therapieformen (Carr, 2009).

Während bei fast allen oben genannten Studien eher Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten berücksichtigt wurden, finden sich im Bereich internalisierender Störungen relativ wenige Studien zur Wirksamkeit von Elternprogrammen. In einer der wenigen Übersichtsarbeiten zur Effektivität familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter (Ihle & Jahnke, 2005) diskutieren die Autoren die Ergebnisse einzelner Studien zu der Thematik. Demnach würde z.B. die Kombination eines kognitiv-behavioralen Ansatzes mit einem sogenannten Familien-Management-Trainings zu einer zusätzlichen Verbesserung der Angstsymptome führen. So zitieren die Autoren beispielsweise eine Arbeit von Barrett (Barrett, Dadds,

& Rapee, 1996, zitiert nach Ihle & Jahnke, 2005) bei der zum Behandlungsende 57% der Kinder nach alleiniger kognitiven Verhaltenstherapie nicht mehr die Kriterien einer Angststörung erfüllten, während bei der Kombination mit der intensiven Eltern- und Familienarbeit 84% diagnosefrei gewesen seien im Vergleich zu 26% der Wartekontrollgruppe. Aus den Ergebnissen dieser und anderer Einzeluntersuchungen ziehen die Autoren folgende Schlüsse: Der Einbezug der Eltern bzw. die Verbesserung der Erziehungskompetenz ist vor allem bei jüngeren Kindern (Sieben bis Zehnjährige) für deren Genesung bedeutsam. Bei Eltern, die selbst ängstliche Denk- und Verhaltensmuster aufwiesen, war ein Elterntaining besonders wichtig. Es zeigten sich keine Unterschiede, ob das Training im Einzel- oder Gruppensetting stattfand. Gleiches galt für Elterntainings bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Hier führte in den meisten Studien der Einbezug der Eltern jedoch nicht zu einer Überlegenheit des Therapieerfolgs im Vergleich zur alleinigen kindzentrierten Therapie. Im europäischen Raum fanden die Autoren bis zum Publikationszeitpunkt der Arbeit keine einzige Evaluationsstudie zu Elterntainings bei internalisierenden Störungen im Kindes- und Jugendalter.

2.5.3.3 Effekte auf Seiten der Eltern

Abgesehen von der Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zielen Elterntainings auch auf eine Verbesserung der Erziehungskompetenz, des Erziehungsverhaltens und der psychischen Befindlichkeit der Eltern ab. Auch hier findet sich bei den untersuchten Elterntainings eine Wirksamkeit, die mittleren Effektstärken entspricht. In den meisten Fällen wurden zur Einschätzung der Effekte Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Im Folgenden werden zunächst die Haupteffekte von Elterntainings auf Seiten der Eltern berichtet. Differenziertere Betrachtungen bzw. der Einfluss von möglichen Moderatorvariablen finden sich im Abschnitt 2.5.3.4.

Auf Basis der Annahme, dass sich der Gesundheitszustand der Mutter auf die Mutter-Kind-Interaktion und das kindliche Verhalten auswirkt, gingen Barlow und Kollegen der Frage nach, wie sich Elterntainings auf die Mütter auswirken bzw. ob eine Reduktion bestimmter Belastungsfaktoren auf Seiten der Mütter durch Elterntainings zu erreichen war (Barlow, Coren & Stewart-Brown, 2009). Sie

schlossen insgesamt 26 Studien in ihr Review ein und fanden teilweise unterschiedliche Datenlagen. Bezüglich der mütterlichen Depressivität (elf eingeschlossene Studien) fanden sich kleine statistisch signifikante Effekte zugunsten der Interventionsgruppe von $d = -.26$. Bezüglich der Stressbelastung sowie der Belastung durch Ängste und Sorgen (zehn Studien) fand sich in den eingeschlossenen Studien ein durchschnittlicher Effekt von $d = -.40$ zugunsten der Interventionsgruppe. Hinsichtlich der Partnerschaftszufriedenheit (vier Studien) ergab sich ein durchschnittlicher Effekt von $d = -.40$ zum Vorteil für die Experimentalgruppe. In Bezug auf das mütterliche Selbstbewusstsein (sechs Studien) konnte ein Effekt von $d = -.30$ im Schnitt festgestellt werden. Eine Zunahme der sozialen Unterstützung konnte durch die Teilnahme an einem Elterntraining nicht festgestellt werden ($d = -.04$).

In der Meta-Analyse von Lundahl et al. (2006) fand sich eine mittlere Effektstärke von $d = .45$, wobei hier nicht zwischen den einzelnen Outcome-Maßen unterschieden wurde sondern verschiedene Elternvariablen zusammengefasst wurden.

Anhand des Elterntrainings Triple P wurden in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum verschiedene Effektivitätsstudien (Heinrichs & Hahlweg, 2009; Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006; Heinrichs, Hahlweg, Kuschel et al., 2006) durchgeführt und veröffentlicht. Hier zeigt sich, dass Elterntrainings beispielsweise gut in der Lage sind, elterliches Stresserleben zu verbessern (Mütter: $d = .22$) oder inadäquates Erziehungsverhalten in Problemsituationen zu verringern (Mütter: $d = .77$). Bezüglich der Partnerschaft der Eltern wurde hier jedoch kein Effekt gemessen ($d = .06$) (Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006). Auch in anderen Arbeiten fand sich eine deutliche Reduktion des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens der Mütter ($F(4,856) = 8.2, p < .01, \text{partielles } \eta^2 = .04$) und Väter ($F(4,768) = 3.9, p < .01, \text{partielles } \eta^2 = .02$) (Heinrichs et al., 2009). Die Effektstärkendifferenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe betrug auch drei Jahre nach dem Training hier noch $d = .45$ bei den Müttern und $d = .22$ bei den Vätern.

In einer Studie zur Effektivität des bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter PALME⁴ (Franz et al., 2010) konnte

⁴ PALME = Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet durch Erzieherinnen

nachgewiesen werden, dass Alleinerziehende eine teilweise deutlich erhöhte psychosoziale Belastung und erhöhte Gesundheitsrisiken aufwiesen. Nach Beendigung des intensiven Elterntrainings konnte eine signifikante Reduktion der mütterlichen depressiven Belastung festgestellt werden ($F(2,97) = 4.60, p < .05$).

Andere Befunde können bestätigen, dass sich Eltern nach einer Elternintervention besser untereinander abstimmen oder einen konsistenteren Erziehungsstil aufweisen (z.B. Serketich & Dumas, 1996). Elterntrainings haben auch einen positiven Einfluss auf elterliche Anpassungsprobleme, Selbstwirksamkeitsempfinden, Zufriedenheit in der Elternrolle und depressive Symptomatik (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Serketich & Dumas, 1996). Nach Frölich, Döpfner, Berner & Lehmkuhl (2002) leisten Elterntrainingsverfahren einen wichtigen Beitrag dazu, die oft angespannte Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind positiv zu beeinflussen. Sie führen beispielsweise auch dazu, dass sich die Problemwahrnehmung der Eltern ändert. Oft wird auch auf Seiten der Eltern ein Wissenszuwachs bezüglich entwicklungspsychologischer und pädagogischer Aspekte berichtet.

Nachdem anhand verschiedener Studien die Haupteffekte von Elterntrainings auf Seiten der Kinder und der Eltern vorgestellt wurden, werden im Folgenden die Veränderungsmechanismen und mögliche den Trainingserfolg moderierende Variablen vorgestellt.

2.5.3.4 Veränderungsmechanismen und Moderatorvariablen

Elterntrainings haben sich, wie oben beschrieben, als zweckdienliche Interventionsform erwiesen, wenn es um die Reduktion problematischer Verhaltensweisen von Kindern und die Minimierung dysfunktionalen Erziehungsverhaltens der Eltern bzw. die Steigerung elterlicher Selbstwirksamkeit geht. Wie diese Änderungen jedoch erzielt werden, ist aber zu großen Teilen unerforscht. Bezüglich der Reduktion des kindlichen Problemverhaltens geht man von dem oben beschriebenen Mediatorenmodell aus (Abschnitt 2.5.2.1). Kaminski und Kollegen (2008) gingen der Frage nach, welche Inhalte und Darbietungsmethoden die Effektivität beeinflussen, indem sie verschiedene Elterntrainingsstudien in ihre Metaanalyse einschlossen und speziell die Einzelkomponenten der Trainings untersuchten. Nach ihrer Metaanalyse gehören die

in Tabelle 10 genannten Inhalte zu den wichtigsten empirisch nachgewiesenen wirksamen Komponenten von Elterntrainings.

Tabelle 10 Empirisch nachgewiesene wirksame Merkmale und Inhalte von Elterntrainings nach Kaminski et al. (2009)

Merkmal	Beschreibung/Inhalt (Beispiele)
Wissen über kindliche Entwicklung/Betreuung	Wissen über Kinderbetreuung (z.B. häusliche Sicherheit) Entwicklungsaufgaben; Förderung einer positiven emotionalen Entwicklung des Kindes
Positive Interaktion Eltern-Kind	Eltern-Kind-Interaktion positiv gestalten; Begeisterung zeigen; Lob; positive Aufmerksamkeit schenken
Sensibilität und Fürsorge der Eltern	Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen und darauf reagieren (z.B. bei Angst beruhigen); Zuneigung zeigen
Kommunikation über Emotionen	Positive kommunikative Fertigkeiten, wie z.B. aktives Zuhören, Rückfragen; Kindern helfen, Emotionen zu erkennen und angemessen ausdrücken; negative Kommunikation (z.B. Sarkasmus) verringern
Verhaltensmanagement	Kontrolle und Betreuung des Kindes; konsistente Reaktionen bei ungünstigem Verhalten; bestimmtes Verstärkungs-/ Bestrafungssystem
Kommunikation über Regeln und Grenzen	Eindeutige Aufforderungen; Regeln einüben und Grenzen aufzeigen; Erwartungen bezüglich Verhalten formulieren und Konsequenzen transparent machen
Förderung kognitiver Kompetenzen	z.B. Unterstützung bei der Sprachförderung oder beim Lesenlernen
Förderung sozialer Kompetenzen	Eltern vermitteln, wie sie ihr Kind bei günstigem sozialen Verhalten (z.B. Zusammenarbeit mit Gleichaltrigen) verstärken können

Verschiedene Studien untersuchten mögliche Einflussgrößen im Zusammenhang mit der Wirksamkeit von Elterntrainings. In den nächsten Abschnitten werden als mögliche Einflussgrößen u.a. das Alter und die Psychopathologie des Kindes, der sozioökonomische Status und Eigenschaften der Eltern vorgestellt.

Hinsichtlich des Alters der Kinder finden sich in der Literatur zum Teil widersprüchliche Angaben. Manche Arbeiten (Serketich & Dumas, 1996) fanden eine deutlichere Symptomreduktion bei älteren Kindern (Korrelation zwischen Effektstärke und Alter des Kindes: $r = .69$, $p < .01$), während andere Autoren gegensätzliche oder keine Effekte des Alters der Kinder und Jugendlichen auf die Wirksamkeit von Elterntrainings berichten. So betrug die mittlere Effektstärke in der Meta-Analyse von Lundahl et al. (2006) in der Gruppe der Kinder unter fünf Jahren $d = .44$ in Bezug auf

das Verhalten des Kindes und $d = .48$ hinsichtlich Verbesserungen des elterlichen Verhaltens; in der Gruppe der Kinder über zwölf Jahren fielen die Effekte dagegen niedriger aus ($d = .27$ bzw. $d = .35$) (Lundahl et al., 2006). Die Mehrzahl der Elterntrainings sind jedoch für Eltern von jüngeren Kindern konzipiert. Nur wenige Programme sind für eine breite Altersspanne bestimmt. Daher ist es nicht verwunderlich, dass rund drei Viertel der an einem Elterntaining teilnehmenden Eltern, Kinder im Alter unter fünf Jahren haben (Thomas et al., 1999). Hinsichtlich der Rolle des Geschlechts der Kinder bei der Trainingseffektivität sind dem Autor keine einheitlichen Befunde bekannt.

Elterntainings zeigen deutliche Effekte bei der Reduktion expansiven Problemverhaltens (Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000). Bei den externalisierenden Störungen, wie der hyperkinetischen Störung und Störungen des Sozialverhaltens, werden Elterntainings in der Literatur als therapeutische Maßnahme aufgeführt, die als empirisch gut bewährt eingeordnet wird. Allgemein gelten Elterntainings daher für Kinder mit Sozialverhaltensstörung, oppositionellem Trotzverhalten oder aggressivem Verhalten als psychotherapeutische Methode der Wahl. Gleichzeitig kann man aber die Konzentration des Einsatzes von Elterntainings bei externalisierenden Verhaltensstörungen dahingehend kritisieren, dass dies den vielseitigen Anwendungsmöglichkeiten des Elterntainings nicht gerecht wird. Zum Bereich internalisierender Störungen liegen insgesamt zu wenig Untersuchungsergebnisse vor, um generelle Aussagen treffen zu können, ob Elterntainings bei externalisierenden Störungen eine bessere Wirksamkeit aufweisen als bei internalisierenden Störungen.

Es zeigt sich in verschiedenen Studien zudem, dass bei Kindern, deren Verhalten vor dem Training als besonders auffällig eingeschätzt wurde, ein Elterntaining einen größeren Effekt auf das kindliche Problemverhalten zeigt. Je höher der Ausgangswert bezüglich des kindlichen Problemverhaltens, desto wirksamer scheint ein Training zu sein. Diese Vermutung konnte beispielsweise durch die Metaanalyse von Lundahl et al. (2006) bestätigt werden. Lag vor dem Elterntaining das Niveau der Verhaltensprobleme des Kindes im klinisch auffälligen Bereich, so fand sich durchschnittliche eine Effektstärke von $d = .52$; in nicht-klinischen Stichproben fand sich dagegen mit $d = .31$ eine geringere Effektstärke. Interessanterweise fielen die Effekte in gemischten Gruppen (Trainings mit Eltern von sowohl klinisch auffälligen

als auch unauffälligen Kindern) am geringsten aus ($d = .22$). Der Einfluss des Schweregrads der kindlichen Symptomatik auf die Effektivität eines Elterntrainings zeigte sich allerdings nur im Hinblick auf das Verhalten des Kindes. Bezogen auf elterliche Erfolgskriterien (z.B. Erziehungsverhalten und Wahrnehmung der Elternrolle) hatte der Schweregrad keinen Effekt ($d = .48$ bzw. $d = .47$ bzw. $d = .42$).

Von Interesse war in vielen Untersuchungen auch der sozioökonomische Status der Familien. Kinder aus finanziell benachteiligten Familien zeigten mit höherer Wahrscheinlichkeit signifikant geringere Verbesserungen im Problemverhalten ($d = .24$) als Kinder aus Familien ohne finanzielle Probleme ($d = .54$) (Lundahl et al., 2006). Ein geringeres Bildungsniveau der Eltern und ein niedriger beruflicher Status stehen im Zusammenhang mit einem schwächeren Therapieerfolg auf Seiten des Kindes. Diese Resultate finden sich jedoch nicht in allen Arbeiten. So berichten Serketich & Dumas (1996) keinen korrelativen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Familien und den Effektstärken bezüglich des Outcomes von Elterntrainings auf Seiten der Kinder ($r = .09$, $p > .05$). Nach Lundahl et al. (2006) finden auf Seiten der Eltern in Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status kleinere Verbesserungen in Bezug auf das Erziehungsverhalten und Selbstwirksamkeitserleben statt ($d = .34$) verglichen mit Eltern mit höherem sozioökonomischen Status ($d = .75$). Zudem zeigte sich, dass die Teilnahmequote (Anzahl der teilgenommenen Sitzungen) eines Elterntrainings umso geringer ausfällt, je niedriger das Haushaltseinkommen einer Familie ist (Heinrichs, Hahlweg, Kuschel et al., 2006).

In einer Metaanalyse von Lundahl, Tollefson, Risser & Lovejoy (2008) wurde die Wirksamkeit von Elterntrainings in Abhängigkeit vom Geschlecht des teilnehmenden Elternteils verglichen. Dabei zeigten sich in beiden Gruppen kurzfristig signifikante Effekte bezüglich des Verhaltens des Kindes sowie auf das elterliche Verhalten. Jedoch verbesserte sich das Verhalten des Kindes auf längere Sicht in Elterntrainings stärker, an denen ausschließlich Mütter teilnahmen, verglichen mit gemischten Elterngruppen (Mütter: $d = .63$, gemischt: $d = .39$). Hinsichtlich der Fortschritte im elterlichen Erziehungsverhalten ergaben sich dagegen geringere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Mütter: $d = .59$, gemischt: $d = .48$). Eine empirische Untersuchung der Wirksamkeit eines bibliothераpeutischen Ansatzes (Hahlweg, Heinrichs, Kuschel & Feldmann, 2008) zeigte, dass

teilnehmende Mütter signifikante kurz- und langfristige Verbesserungen hinsichtlich des Problemverhaltens des Kindes und dysfunktionaler Erziehungsstrategien berichteten, wohingegen die von den Vätern beschriebenen Effekte fast durchgängig geringer ausfielen. Die Effektstärkedifferenzen zwischen Experimental- und Kontrollgruppe betragen bei den Müttern $d = .63$ in Bezug auf die kindlichen Probleme und $d = 1.23$ hinsichtlich dem elterlichen Erziehungsverhalten; bei den Vätern lagen dagegen die Ergebnisse bei $d = .12$ bzw. $d = .41$.

Untersucht wurde auch der Einfluss des Erziehungsstatus der Eltern. In Studien mit einem sehr hohen Anteil alleinerziehender Eltern fanden sich bei Elterntrainings niedrigere Effekte ($d = .24$) als in Studien mit einem geringen Anteil alleinerziehender Eltern ($d = .45$) (Lundahl et al., 2006).

Nachdem bisher als mögliche Einflussgrößen auf den Trainingserfolg Charakteristika der Kinder und Eltern vorgestellt wurden, sollen in den kommenden Abschnitten Ergebnisse zu moderierenden Merkmalen vorgestellt werden, die mit formalen Eigenschaften der Elterntrainings zusammenhängen. Bezüglich der Merkmale der Elterntrainings, die als Moderatorvariablen diskutiert werden, finden sich in der Literatur häufig die Rolle des Settings (Einzel- versus Gruppentraining, Einbezug des Kindes etc.), der theoretischen Ausrichtung und der Trainingsinhalte.

Hinsichtlich der Frage, ob Elterntrainings eher im Einzelsetting oder als Gruppentraining angeboten werden sollte, finden sich unterschiedliche Resultate. Einige Studien zeigen eine Überlegenheit von Elterntrainings im Einzelsetting, während andere keinen Unterschied zwischen Einzel- und Gruppentrainings feststellen können. Exemplarischen sind in Tabelle 11 die in der Meta-Analyse von Lundahl et al. (2006) gefundenen Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 11 Effektstärken in Abhängigkeit der Interventionsform von Elterntrainings (Lundahl et al., 2006)

Interventionsform	Effektstärke d	
	Verhalten des Kindes	Erziehungsverhalten
Gruppe	.34	.40
Individuell	.69	.55
Gruppe + individuell	.43	.78
In Eigenregie	.51	.47
In Eigenregie + individuell	.48	.52

Viele Autoren sprechen sich jedoch für die Effektivität von gruppenbasierten Elterntrainings aus (z.B. Thomas et al., 1999). Diesbezüglich spielt vor allem die Kosteneffektivität eine entscheidende Rolle. Cunningham, Bremner & Boyle (1995) folgerten aus ihrer Untersuchung, dass Gruppenangebote sechsmal kostengünstiger sind als individuelle Trainings. Aufgrund dieser deutlich höheren Effizienz von Gruppenprogrammen werden die meisten Elterntrainings daher als Gruppe angeboten.

Die Mehrzahl der Programme richtet sich ausschließlich allein an Eltern. Es ist aber auch möglich, dass die Eltern zusammen mit ihrem betroffenen Kind am Training teilnehmen. Die Frage, ob die Wahl des Trainingsempfängers (Eltern allein versus Eltern mit Kind) einen möglichen Einfluss auf die Effektivität von Elterntrainings hat, wurde ebenfalls von Lundahl et al. (2006) untersucht. In der Studie wurde gezeigt, dass sich das Erziehungsverhalten und die Wahrnehmung der Elternrolle mehr durch ein Elterntaining verändert, an dem das betroffene Kind nicht teilnimmt (Elterntaining mit Einbezug des Kindes: $d = .18$, ohne Kind: $d = .54$). Die Erfolge eines Elterntrainings auf Seiten des kindlichen Verhaltens sind dagegen relativ unabhängig davon, ob nur die Eltern am Training teilnehmen ($d = .47$) oder auch die Kinder selbst ($d = .39$). Die Wahl des Trainingsempfängers bzw. deren Rolle hinsichtlich der Effektivität hängt jedoch sicher auch von der Grundkonzeption des jeweiligen Elterntrainings ab.

In ihrer Metaanalyse verglichen Lundahl und Mitarbeiter (2006) die Wirksamkeit von Elterntrainings auch abhängig von ihrer theoretischen Orientierung. Von den 73 eingeschlossenen Studien waren allerdings nur wenige nicht-behavioral ($n = 14$). Diese schnitten kurzfristig ebenso gut ab wie die behavioralen Elterntrainings (Verhalten des Kindes: behavioral: $d = .42$, nicht-behavioral: $d = .44$). Jedoch konnte die langfristige Wirksamkeit von nicht-behavioralen Programmen aufgrund mangelnder Studien mit Follow-up-Messzeitpunkt nicht untersucht werden. Außerdem beschränkten sich die nicht-behavioralen Studien meist auf nicht-klinische Stichproben. Verhaltenstherapeutische Programme konnten dagegen sowohl für die Behandlung von Kindern mit klinisch relevanten Auffälligkeiten als auch für ihre langfristige Effektivität ausreichende Wirksamkeitsnachweise erzielen. Deshalb gehen die Autoren generell von einer Überlegenheit verhaltenstherapeutisch orientierter Elterntrainings aus.

Die Rolle der aktiven Einbindung der Eltern in Elterntrainings wurde ebenfalls untersucht. Elterntrainings, welche Verhaltensübungen (z.B. Rollenspiele, Hausaufgaben) integriert haben, zeigen eine insgesamt höhere Wirksamkeit (Lauth, Grimm & Otte, 2007). Durch das Üben spezieller Erziehungsfertigkeiten in Kleingruppen und zuhause werden Eltern sicherer und es steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern das erfolgreich im Familienalltag eingesetzte Erziehungsverhalten häufiger zeigen. So fanden sich in der Studie von Lauth et al. (2007) unmittelbar nach Beendigung der Intervention beispielsweise in der Trainingsgruppe mit Verhaltensübungen deutlichere Effekte hinsichtlich des Erziehungsverhaltens ($d = .59$) im Vergleich zur Trainingsgruppe ohne Verhaltensübungen ($d = .35$) oder einer Gruppe mit einer Alternativbehandlung ($d = .29$). Die Unterschiede vergrößerten sich zudem noch bei einer Follow-Up-Messung ($d = .51$ bzw. $d = .15$, bzw. $d = .13$). Ähnliche Ergebnismuster zeigten sich auch hinsichtlich des elterlichen Stresserlebens. Hinsichtlich der Reduktion der Symptomatik der Kinder ergaben sich dagegen zwischen den Gruppen mit und ohne Verhaltensübungen nur wenig Unterschiede. Auch eine Studie von Hartung, Lups & Hahlweg (2010) weist darauf hin, dass verhaltensorientierte Familieninterventionen mit praktischen Übungen für konkrete Erziehungssituationen die Umsetzung neuer Erziehungsstrategien im Alltag begünstigen und somit auch die elterliche Selbstwirksamkeit stärken.

Andere Untersuchungen beschäftigen sich damit, inwiefern die Länge bzw. die Anzahl der Sitzungen eine Rolle spielt. Die Anzahl der Trainingseinheiten der Elternkurse variiert stark. Elterntrainings mit vielen Sitzungen weisen häufig das Problem auf, dass mit zunehmender Länge des Programms die Anwesenheit der Eltern bei den Sitzungen deutlich abnimmt (z.B. Reid, Eddy, Fetrow, & Stoolmiller, 1999). Auswirkungen auf die Trainingswirksamkeit sind dem Autor jedoch nicht bekannt. Es erscheint jedoch plausibel, dass bei geringer Teilnahme an den Trainings ein geringerer Therapieerfolg zu erwarten ist.

Auch Elterntrainings in Form von Bibliothherapie erwiesen sich als wirksam (Feldmann, Heinrichs, Hahlweg & Bertram, 2007; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et al., 2008). In diesem Fall erhalten Eltern einen Elternratgeber, der sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Tipps für bestimmte Erziehungsherausforderungen geben soll und häufig auch Hausaufgaben beinhaltet. Betroffene Eltern sollen im

Sinne des Selbstmanagements oder Empowerments in die Lage versetzt werden, die Symptomatik des Kindes besser zu verstehen und zu ändern. Eine Studie, bei der der Elternratgeber des Triple P-Programms (Sanders, 1999) zum Einsatz kam, zeigte eine Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sowie eine Abnahme negativer Erziehungsstrategien in der Experimentalgruppe im Vergleich zu Kontrollgruppe. Der Vergleich einer solchen bibliothераapeutischen Intervention mit einer universellen, präventiven Familienintervention und einem intensiven Elterstraining ergab, dass sich die größten Effekte hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bei dem intensiven Elterstraining fanden. Beim Ein-Jahres-Follow-Up waren nach Aussagen der Eltern die Therapieerfolge bei dem Elterstraining und der Familienintervention noch messbar, während die Effekte der Bibliothераpie nicht so nachhaltig waren (Sanders et al., 2000). Es fanden sich jedoch positive Dosis-Wirkungseffekte: Je mehr Kapitel bearbeitet wurden, desto größer waren die gefundenen Effekte bezüglich der Reduktion dysfunktionaler Erziehungspraktiken (Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et al., 2008).

Den Einfluss monetärer Anreize auf die Rekrutierung und Wirksamkeit untersuchte eine Arbeitsgruppe um Heinrichs (Heinrichs, 2006; Heinrichs, Krüger & Guse, 2006). Um auch Risikopopulationen zu erreichen, wurde versucht die Attraktivität des Elterstrainings zu erhöhen, indem Geld für die Teilnahme am Training gezahlt wurde. Weiterhin wurde überprüft, ob es Unterschiede zwischen einem Einzel- und Gruppen-Setting gibt. Insgesamt wurden die Studienteilnehmer randomisiert einer der vier folgenden Bedingungen zugeteilt: a) Training einzeln + Bezahlung, b) Training in Gruppe + Bezahlung, c) Training einzeln + keine Bezahlung und d) Training in Gruppe + unbezahlt (Heinrichs & Krüger et al., 2006). Es fand sich jedoch keine eindeutige Über- oder Unterlegenheit einer bestimmten Rekrutierungsweise im Hinblick auf die Wirksamkeit. Hinsichtlich der meisten abhängigen Variablen wirkte sich weder Bezahlung noch Setting auf die Effektivität aus. Hinsichtlich des Erziehungsverhaltens, nicht aber in Bezug auf die Verhaltensauffälligkeiten berichteten die Mütter jedoch, mehr vom Elterstraining profitiert zu haben als die Väter. Die Bezahlung hatte zwar keine Auswirkung auf die Effektivität, steigerte aber die Teilnahmebereitschaft. Das Setting hatte keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft. Ähnliche Daten liefern auch andere Studien zu diesen Fragestellungen (Heinrichs, 2006). Um die Rekrutierungszahlen zu steigern und Dropout-Raten zu senken, kamen in anderen Elterstrainings beispielsweise

Kinderbetreuung während der Sitzungen und Fahrdienste von Zuhause zum Veranstaltungsort zum Einsatz (Barrera et al., 2002).

Welche Inhalte und Darbietungsmethoden als effizient eingeschätzt werden, wurde bereits in Tabelle 10 zu Beginn des Abschnitts 2.5.3.4 zusammengefasst.

2.5.4 Zusammenfassung und offene Fragen

Elterntrainings dienen u.a. der Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und der Unterstützung eines konsistenten elterlichen Erziehungsverhaltens. Darüber hinaus zeigen unterschiedlichste Studien, dass Elterntrainings eine effektive Interventionsform oder eine sinnvoll Ergänzung einzeltherapeutischer Maßnahmen mit dem Kind darstellen. Elterntrainings wirken sich positiv auf die Symptome von Kindern aus und verbessern auf Seiten der Eltern beispielsweise deren Erziehungsverhalten. Ziel vieler Programme ist die Anleitung von Eltern zur Selbsthilfe. Eltern lassen sich demnach als Co-Therapeuten betrachten und liefern einerseits dem professionellen Therapeuten wichtige diagnostische Informationen. Andererseits sollen die Ressourcen der Eltern gestärkt und Handlungsalternativen ermöglicht werden, so dass Eltern selbst therapeutisch tätig werden können. Insbesondere Methoden mit praktischen Verhaltensübungen (Rollenspiel, Hausaufgaben etc.) und inhaltlichen Themen wie z.B. empathische Fertigkeiten oder Verhaltensmanagement stellen wirksame Merkmale von Elterntrainings dar. Neben der Vermittlung von Wissen über bestimmte Bereiche wie Entwicklungsaufgaben oder spezifische erzieherische Maßnahmen sollen praktische verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz kommen, um konkrete Vorgehensweisen zu veranschaulichen, einzuüben und damit den Transfer in den familiären Alltag zu ermöglichen. Die im Einsatz befindlichen Elterntrainings haben eine große inhaltliche Überlappung. So finden sich beispielsweise recht häufig Übungen zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion. Auch bezüglich der Zielsetzungen der einzelnen Elterntrainings findet sich eine bemerkenswerte Überschneidung. Dennoch erweisen sich nicht alle Programme als gleichermaßen effektiv. In der Literatur werden meist verhaltenstherapeutische Trainings präferiert. Aufgrund der erhöhten Ökonomie kommen meist Gruppenprogramme zum Einsatz.

Trotz der in der Forschung nachgewiesenen Wirksamkeit von Elterntrainings, der Kenntnisse über Mediator- und Moderatorvariablen und der weiten Verbreitung von Elternprogrammen, existieren verschiedene Grenzen von Elterntrainings und Kritikpunkte an der aktuellen Situation bezüglich der Anwendung von solchen Kursen. Im Folgenden soll daher auf verschiedene dieser Aspekte kritisch eingegangen werden.

2.5.4.1 Kritische Beleuchtung des Forschungsstands

Es lässt sich feststellen, dass in Deutschland eine große Bandbreite an Elterntrainings besteht. Auch der Markt an Erziehungsratgebern ist inzwischen sehr unübersichtlich (Heinrichs et al., 2007). Man geht davon aus, dass in Deutschland jährlich insgesamt ca. 200 000 Angebote durch unterschiedlichste Träger im Bereich der Elternbildung (Lösel, 2006) bestehen. Im deutschen Sprachraum fanden sich im Zeitraum von 1976 bis 2005 jedoch lediglich 27 randomisiert-kontrollierte Studien zu familienorientierten Maßnahmen, während sich im angloamerikanischen Sprachraum deutlich mehr Studien fanden (Berkic & Schneewind, 2007). Im Vergleich zu der Vielzahl der in Deutschland auf dem Markt befindlichen Programme sind relativ wenige Elterntrainings empirisch fundiert untersucht (Heinrichs & Krüger et al., 2006). In den meisten Institutionen wird eine Vielzahl verschiedener Programme angeboten, wobei oft der Eindruck entsteht, dass die empirische Basis bei der Auswahl eines Trainings eher unerheblich zu sein scheint. Die Verbreitung des Angebots steht hier über wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen (Heinrichs & Krüger et al., 2006). Zudem sind die wenigsten Programme speziell für die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern entwickelt worden (Heinrichs & Hahlweg, 2009). Manche Programme sind nach Heinrichs und Hahlweg (2009) aus empirischer Sicht sogar explizit nicht für diese Zielgruppe geeignet (z.B. Gordon-Elterntaining, Gordon, 1972; Starke Eltern – starke Kinder, Honkanen-Schoberth, 2002).

In einem Übersichtsartikel berichteten Heinrichs, Saßmann, Hahlweg & Perrez (2002) über verschiedene Programme zur universellen, selektiven und indizierten Prävention psychischer Störungen im Vor- und Grundschulalter und deren Effektivität. Als Mindestanforderung an die Programme stellten sie u.a. ein

quasiexperimentelles Design mit Prä- und Postmessung sowie ein Stichprobenumfang von $n \geq 50$. Nach Filterung der Studien gemäß der genannten Einschlusskriterien wurden 20 Therapieprogramme genauer betrachtet und hinsichtlich ihrer Effektivität eingestuft. Zehn der insgesamt 20 Programme fanden mit Teilnahme der Eltern statt bzw. waren explizit Elterntrainings. In Deutschland konnten zum Veröffentlichungszeitpunkt der Übersichtsarbeit nur drei universelle Programme als vermutlich effektiv eingeschätzt werden, während weitere drei sich noch in einer Evaluationsphase befanden. Die Autoren kritisieren, dass generell eine Vielzahl von Programmen angeboten und verbreitet wird, zu denen keine empirische Absicherung vorliegt oder die sich nicht als wirksam erwiesen haben. Sie betonen, dass eine Verbreitung eines Programms nicht seine Effektivität beweist.

Die vorhandenen Interventionsstudien oder Metaanalysen beruhen außerdem zumeist nur auf Untersuchungsanordnungen, bei denen die Effektivität im Hinblick auf Kinder mit externalisierenden Auffälligkeiten (Hanisch et al., 2006) gemessen wurde. Es existieren nach Kenntnis des Autors relativ wenig Studien zu Elterntrainings bei internalisierenden Störungen. Familienbezogene Ansätze bei Angststörungen finden sich zudem fast nur bei jüngeren Patienten im Alter von sechs bis 14 Jahren (Ihle & Jahnke, 2005). Bei depressiven Erkrankungen existieren dagegen nur Wirksamkeitsstudien bei älteren Kindern und Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren. Die Autoren der Übersichtsarbeit stellen zudem fest, dass es bis zum Publikationszeitpunkt noch keine einzige europäische Studie zur expliziten Wirksamkeit familienbezogener Maßnahmen bei internalisierenden kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen gibt.

Als weitere Einschränkung hinsichtlich vieler Arbeiten ist zu sehen, dass die eingesetzten Elterntrainings häufig als universelle präventive Programme (Heinrichs et al., 2009) konzipiert waren und eher jüngere Kinder untersuchten (Hanisch et al., 2006). Zudem finden sich in Studien zur Überprüfung von Elterntrainings häufig nur relativ kleine Untersuchungsstichproben. In der Arbeit von (Dretzke et al., 2009) werden durchschnittlich lediglich 21 Studienteilnehmer pro Untersuchung berichtet.

Es wird zudem immer wieder kritisch diskutiert (z.B. Kazdin, 2003), dass eine Differenz zwischen psychotherapeutischer Arbeit im Alltag und psychotherapeutischer Intervention im Rahmen von Psychotherapiestudien bestehe. Der Grad, inwieweit Resultate der Psychotherapieforschung auf das klinische Setting

übertragen werden können, sei oft nur schwer einschätzbar. Es wird kritisiert, dass Studienteilnehmer nicht selten weniger schwere und weniger chronische Probleme aufweisen. Sie hätten zudem weniger Einschränkungen in anderen Lebensbereichen wie Schule oder Gleichaltrigengruppe. Zudem sind die Interventionen in Psychotherapiestudien häufig nach einem bestimmten Forschungsregime (Häufigkeit und Länge der Sitzungen) geplant, die sich schließlich nicht in der gleichen Quantität und Intensität im Klinik- oder Therapeutenalltag umsetzen lässt. Auch Döpfner und Lehmkuhl (2002) stellen fest, dass die Stichprobengewinnung ein Problem bei Therapiestudien darstellt. So seien etwa drei Viertel der Studien nicht an klinischen Stichproben durchgeführt worden. Studienteilnehmer von Psychotherapiestudien seien häufig Probanden, die gezielt für die Studie angeworben wurden. Die Ergebnisse solcher Studien können nicht unkritisch auf klinische Inanspruchnahmestichproben übertragen werden, die in der klinischen Routine behandelt werden. Ein weiteres Problem stellt die Wahl der Erfolgskriterien dar. Bei Therapie-Studien werden häufig nur die psychische Auffälligkeit des Kindes als abhängige Variable erfasst. Obwohl die Symptomreduktion ein sehr wichtiges Ziel darstellt, ist es ebenfalls erforderlich, auch zu erfassen, ob es in anderen Bereichen wie Schule, familiäre Interaktion, soziale Integration etc. zu Verbesserungen kommt. Diese Faktoren spielen bei der langfristigen Genesung eine wichtige Rolle (Kazdin, 2003). Kazdin (2003) empfiehlt daher drei Ebenen zu erfassen: a) Funktionsniveau des Kindes (Symptome, prosoziale Kompetenzen etc.), b) Funktionsniveau der Eltern/Familie (dysfunktionale pädagogische Methoden, Stress etc.) und c) soziale Folgen (Konsequenzen für die Schule, Klinikaufenthalte etc.). Wenn die Erfolgskriterien festgelegt wurden, besteht jedoch weiter das Problem, welche Erfolgsmaße verwendet werden. Verschiedene Methoden stehen hier zur Verfügung (z.B. Interview, Fragebogen, direkte Beobachtung), die mit spezifischen Vor- und Nachteilen behaftet sind. Empfohlen wird der Einsatz einer multimethodalen Kontrolle des Therapieerfolgs auf unterschiedlichen Ebenen (Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Viele Studien zur Evaluation von Elterntrainings verzichten beispielsweise jedoch aufgrund des höheren Aufwands auf direkte Verhaltensbeobachtungen. Hinsichtlich der Erfolgsmaße kommen oft nur subjektive Messgrößen oder teilweise nicht-standardisierte Instrumente zum Einsatz (Hanisch et al., 2006; Heinrichs et al., 2009).

2.5.4.2 Probleme und Grenzen von Elterntrainings

Gerade bei Präventionsprogrammen ist die Selbstselektion von Eltern als problematisch zu sehen, da es aufgrund eines zu geringen Leidensdrucks und der freiwilligen Teilnahme oft schwierig ist, die Eltern überhaupt zu erreichen (Heinrichs et al., 2002). Die geringe Teilnahme an den einzelnen Kurssitzungen ist neben der initialen Rekrutierung eines der größten Probleme für viele Elternkurse (Fox & Gottfredson, 2003; Snell-Johns, Mendez, & Smith, 2004). Vor allem bei Trainings mit vielen Sitzungen finden sich vermehrt hohe Abbruchquoten. Generell lässt sich bei der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischer Störung eine Abbruchquote von ca. 40-60% verzeichnen. Bei einer Befragung von Studienteilnehmern, die an allen Sitzungen eines Programms teilnahmen oder die Teilnahme abbrachen (Fox & Gottfredson, 2003), ließen sich die Gründe für einen Abbruch in drei Bereiche gliedern: a) persönliche Gründe, b) Gründe, die mit dem Forschungsprojekt zusammenhingen und c) Gründe, die mit dem Interventionsprogramm zu tun hatten. Beim Vergleich der beiden Gruppen ließen sich vor allem folgende Aspekte identifizieren, die beim Abbruch vermutlich eine Rolle gespielt haben: falsche Informationen über das Interventions-Programm (z.B. bezüglich Ablauf, Inhalt), Fahrprobleme bzw. zu weite Entfernung vom Veranstaltungsort, Erkrankung eines Teilnehmers sowie Zeitprobleme.

Zudem können die erhöhten Abbruchraten auf die hohen Anforderungen zurückgeführt werden, die ein Elterntaining an die teilnehmenden Eltern stellt. So müssen die Eltern oft weite Anfahrtswege zurücklegen, die Kinderbetreuung organisieren, Hausaufgaben bearbeiten oder Termine koordinieren. Insbesondere bei Familien mit hoher Problembelastung ist die Partizipation an Elterntainings häufig schwer zu erreichen (Mattejat, 2005). Als prädiktive Variablen für einen Abbruch bzw. für eine geringere Stabilität der erreichten Effekte sind Eheprobleme, Alleinerziehungsstatus, fehlende soziale Einbindung, ein niedriger sozioökonomischer Status, eine psychiatrische Erkrankung eines oder beider Elternteile, die Entfernung zum Trainingsort und die Ausprägung der kindlichen Symptomatik zu nennen (Warnke et al., 1999). Um die Teilnahmemotivation der Eltern aufrechtzuerhalten und eine hohe Dropout-Rate zu verhindern, ist es deshalb besonders wichtig, bei der konzeptionellen Gestaltung und Durchführung eines

Elterntrainings kooperationsfördernde und kooperationshemmende Faktoren zu berücksichtigen, wie sie in Tabelle 12 dargestellt sind.

Tabelle 12 Kooperationshemmende und -fördernde Faktoren bei Elterntrainings, nach Warnke et al. (1999, S. 636)

	Kooperationshemmend	Kooperationsfördernd
Familienfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger sozioökonomischer Status • Geringe soziale Unterstützung („Insularität“) • Partnerschaftliche Probleme der Eltern • Psychische Erkrankung eines Elternteils, v.a. Depression • Mangelnde elterliche Einsicht in die Erkrankung des Kindes • Dissoziale Störung der Eltern • Niedrige kognitive Leistungsfähigkeit der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit der Eltern, eigene Problembereiche (partnerschaftliche und gesundheitliche Probleme etc.) anzusprechen • Abwesenheit hemmender Faktoren
Trainingsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Ungünstige Rahmenbedingungen (z.B. lange Anfahrtswege, ungünstige Therapiezeiten) • „Akademisches“ Training (theoretische Vorträge/Manuale) • Unerfahrener Therapeut • Schuld- und versagensorientierte Ansätze 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung verhaltenstherapeutischer Strategien, die Verhaltensdefizite reduzieren (z.B. Lob, Anerkennung, Verstärkung, klare Anweisung) • Ergänzende Therapiebausteine für die Eltern (z.B. Problemlösetraining, Berücksichtigung der Erwartungen/Ziele/Sorgen der Eltern) • Ergänzende Therapiebausteine für das Kind • Kombination mit Maßnahmen in der Schule • Zuschneiden der Maßnahme auf die Bedürfnisse der Eltern (Ort, Zeit, inhaltliche Gestaltung) • Überschaubare Therapiezeiträume • Handlungsorientierte Ansätze

Da Elternarbeit immer die Wahrnehmung von elterlichen Anteilen an den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und somit auch eine Konfrontation mit möglichen ungünstigen Erziehungspraktiken impliziert, kann ein Elterntaining von Eltern als Schuldzuweisung empfunden werden. Dadurch kann es zu einem Rückzug der Eltern, zu einer Bagatellisierung der Probleme oder zu einem völligen Abbruch des Elterntrainings kommen. Vor allem Eltern aus unteren sozialen Schichten oder mit geringem Bildungsniveau können zusätzlich Ängste entwickeln, dass sie nicht in der Elterngruppe bestehen können und als „schlechte Eltern“ in ihrem Umfeld stigmatisiert werden (Feldmann et al., 2007; Warnke et al., 1999). Auf mögliche Ängste sollte der Therapeut deshalb behutsam eingehen und den Eltern

verdeutlichen, dass die Teilnahme an einem Elterntraining kein Eingeständnis von Defiziten darstellt, sondern ganz im Gegenteil die Sensibilität der Eltern für die Wichtigkeit einer adäquaten Erziehung zu ihren Kindern zeigt. Elterntrainings funktionieren weniger effektiv, wenn Widerstand und Prozessprobleme auftreten. Prozessprobleme äußern sich häufig darin, dass Hausaufgaben im Elterntraining nicht gemacht werden, im Zuspätkommen, bei Streit zwischen Partnern oder bei verärgerten Eltern. Dabei gilt es von Seiten des Therapeuten, sich diesen Problemen zuzuwenden und im günstigsten Fall diese zu beseitigen. Eine Herausforderung für den Therapeuten zeigt sich darin, Widerstand, der meist durch Veränderungen entsteht, erfolgreich zu umgehen. Durch die im Elterntraining erzielte Veränderung des elterlichen Erziehungsverhaltens kann es außerdem zu einer Verunsicherung bei den Eltern und auch bei den Kindern kommen. Geänderte Erziehungsstrategien können auch zu einer vorübergehenden Akzentuierung der kindlichen Symptome führen. Beispielsweise ist es möglich, dass das Kind seine Grenzen neu austesten möchte, wenn es merkt, dass der Vater oder die Mutter in einer bestimmten Situation nicht mehr so schnell nachgibt. Auf solche kurzfristigen Effekte muss daher im Rahmen von Elterntrainings hingewiesen werden. Es ist zudem in manchen Fällen auch von einem zeitlich verzögerten Auftreten des therapeutischen Effekts („Sleeper-Effekt“) auszugehen, da die neu gelernten Erziehungsstrategien erst nach und nach umgesetzt werden und ihre Wirkung entfalten können (Warnke et al., 1999).

Viele der verbreiteten Elterntrainings weisen zudem ökonomische Probleme auf. Nicht selten sind die Programme störungsspezifisch (z.B. für Eltern von Kindern mit einer hyperkinetischen Störung) ausgerichtet und/oder eignen sich explizit nur für eine bestimmte Altersgruppe (z.B. Grundschulalter). Fast alle Trainings finden zudem als geschlossene Gruppe statt, so dass für interessierte Eltern ein Einstieg meist nur in der ersten Stunde und nicht zu einem späteren Zeitpunkt einer bereits laufenden Gruppe möglich ist. Zudem stellen, wie bereits berichtet, viele Sitzungen ein Problem dar. Die praktischen Gegebenheiten einer Einrichtung (z.B. Beratungsstelle, Klinik, Praxis) sehen jedoch meist so aus, dass Kinder unterschiedlicher Altersstufen mit verschiedenen Problemen oder Diagnosen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Hilfe aufsuchen und auf schnelle Unterstützung hoffen. Geschlossene, störungs- und altersspezifische Elterntrainings erweisen sich hier als wenig ökonomisch. Um gerade solchen heterogenen Gruppen zu jedem Zeitpunkt der Behandlung Angebote

an Elternkursen ermöglichen zu können, wurde das Elterntaining „Plan E“ entwickelt, welches im Folgenden näher beschrieben wird.

2.6 Plan E – Eltern stark machen!

Im Folgenden soll nun das Elterntaining „Plan E – Eltern stark machen“ (Schwenck & Reichert, 2012) vorgestellt werden, das an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg entwickelt wurde und Gegenstand der vorliegenden Evaluationsstudie ist. Zudem sollen die Besonderheiten kurz Erwähnung finden, die das Programm von anderen Elterntainings unterscheidet.

Wie bereits erwähnt, stellt begleitende Elternarbeit ein wichtiger Bestandteil bei der Behandlung gravierender Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen dar. Eltern können als Co-Therapeuten dienen und in das Behandlungskonzept des Kindes mit einbezogen werden. Elterntainings verstehen sich als eine Anleitung für Eltern, um bestimmte Ziele zu erreichen.

Oberstes Ziel des Trainings „Plan E“ stellt die „Hilfe zur Selbsthilfe“ nach dem Selbstmanagement-Prinzip (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) dar. Bei „Plan E“ zielt die Kooperation mit den Eltern darauf ab, sie darin zu schulen, wie sie das erzieherische Umfeld so gestalten können, dass eine psychische Gesundheit des Kindes und eine bessere Problemlösung unterstützt wird. Eltern sollen sich kompetenter fühlen und mehr Sicherheit in schwierigen erzieherischen Situationen erlangen. Vor allem soll jedoch eine emotionale Entlastung der Eltern und eine Verbesserung deren eigenen Befindlichkeit erreicht werden, was auch der Untertitel „Eltern stark machen!“ zum Ausdruck bringen soll.

Dabei wurde das Training so gestaltet, dass es möglichst auf die klinischen Realitäten in ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungssettings abgestimmt ist:

- In der Regel findet man im klinischen Alltag bezüglich der Störungsbilder und auch des Alters stark heterogene Gruppen von Patienten in diesen Behandlungsbereichen vor, so dass störungsspezifische Elterntainings

aufgrund der geringen Anzahl von Eltern mit Kindern, die dasselbe Störungsbild aufweisen, nur schlecht eingesetzt werden können.

- Andererseits kann man mit störungsspezifischen Elterntrainings nur einem Teil der Eltern das Angebot machen, an dieser therapeutischen Maßnahme teilzunehmen, während andere Eltern ganz ohne Training bleiben.
- Insbesondere im (teil)stationären Behandlungsrahmen werden fortlaufend neue Patienten aufgenommen und andere entlassen, so dass sich meist der Bedarf nach einer raschen Teilnahmemöglichkeit am Elterntaining ergibt.
- Schließlich ist erfahrungsgemäß die Compliance der Eltern bei sehr zeitintensiven Angeboten mit vielen Sitzungen aufgrund der insgesamt hohen zeitlichen Belastung, der viele Eltern ausgesetzt sind, eher gering.

Für das Elterntaining „Plan E“ ist entsprechend der oben genannten praktischen Anforderungen kennzeichnend, dass

- das Training als kurze und intensive (fünf Sitzungen zu 90 bis 120 Minuten), die Therapie des Kindes begleitende Intervention gedacht ist.
- es nicht störungsspezifisch vorgeht und auch nicht für eine bestimmte Altersgruppe kinder- und jugendpsychiatrischer Patientinnen und Patienten konzipiert ist. Vielmehr versucht das Programm für allgemeine, übergreifende Problembereiche Hilfestellungen zu geben.
- es modular konzipiert wurde. Der modulare Aufbau ermöglicht, dass das Training sowohl als geschlossene Gruppe als auch als fortlaufende, offene Gruppe angeboten werden kann, in die Eltern zu jedem Zeitpunkt des Trainings einsteigen können.

Das Elterntaining „Plan E“ wurde gezielt so konzipiert, dass die Indikationsstellung möglichst weit gefasst wurde, um den praktischen Gegebenheiten vieler ambulanter Praxen, Beratungsstellen und teil- und vollstationären Behandlungssettings gerecht zu werden. Das bedeutet, dass es neben der Indikation, ein Kind mit psychischer Störung zu haben, grundsätzlich keine weiteren Einschränkungen hinsichtlich beispielsweise der Art der Störung oder des Alters des Kindes gemacht werden. Bei der Entscheidung für ein Elterntaining mit einer breiten Indikationsstellung ist der

Gedanke leitend, möglichst allen Eltern, die ein Kind mit einer psychischen Störung haben und sich in diesem Rahmen in Behandlung befinden, eine Unterstützung im Sinne von Stärkung der Erziehungskompetenz und Möglichkeit zum geleiteten Austausch anbieten zu können und dieses Angebot nicht auf wenige Eltern zu beschränken. „Plan E“ ist ein Gruppentraining für Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, das in fünf verschiedene, in sich abgeschlossene, thematisch unterschiedliche Module gegliedert ist. An dem Training kann jeweils ein Elternteil teilnehmen. Durch das modulare System handelt es sich bei der Elterngruppe - im Gegensatz zu den meisten anderen Trainings - um ein offenes, modulares Elterntraining (Abbildung 13). Inhaltlich und bezüglich der Methoden sind die einzelnen Module hauptsächlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Abbildung 13 Der modulare Ablauf von „Plan E“ - die fünf "E's"



Von der Grundhaltung soll versucht werden, nicht den Eindruck zu erwecken, dass es darum geht, „perfekte Eltern“ zu werden. Eventuelle unangemessene Ansprüche an sich und an das Kind werden daher auch explizit in einem gesonderten Modul des Trainings behandelt (Modul 3). Das generelle Trainingskonzept ist so angelegt, dass in den einzelnen Sitzungen eine möglichst abwechslungsreiche Informationsvermittlung und Diskussion möglich ist. Durchgängig kommen in der Elterngruppe verschiedene Techniken zum Einsatz. So wechseln sich Episoden der

Selbstreflexion und Einzelarbeit mit Besprechungen der Hausaufgaben, dem Erfahrungsaustausch in Kleingruppen, Rollenspielen der Eltern, Besprechungen von schriftlichem Informationsmaterial, psychoedukativen Elementen, Verhaltensbeobachtungsübungen und geleiteten Gruppendiskussionen ab. Zudem erhalten Eltern auch Informationsblätter, um thematisierte Inhalte zu veranschaulichen oder zu Hause nochmal nachlesen zu können.

Bezüglich der theoretischen Einbettung wurde versucht, die oben genannten Kenntnisse über Risiko- und Schutzfaktoren (Kapitel 2.3.1) zu berücksichtigen. Verschiedene verhaltenstheoretische Aspekte und empirisch fundierte Resultate wurden berücksichtigt. So fand beispielsweise auch das bereits beschriebene Konzept des „coercive circle“ (Patterson, 1982) Berücksichtigung (Modul 4). An verhaltenstherapeutischen Methoden kommen durchgehend verschiedene therapeutische Techniken zum Einsatz, die hier an einigen Beispielen kurz genannt werden sollen. Durch Rollenspiele der Eltern untereinander und zwischen Eltern und Therapeuten sowie durch Hausaufgabenbesprechungen findet Modell-Lernen statt. Die Therapeuten versuchen zudem durch gezieltes Nachfragen oder Hilfestellungen, die Eltern dazu anzuleiten, Probleme, kritische Situationen und Ziele möglichst konkret zu formulieren, was seitens der Therapeuten umgehend verstärkt wird (Prompting). Bei verschiedenen komplexeren Problemstellungen, werden seitens der Therapeuten auch immer wieder erste Lösungsvorgaben gemacht, zu denen die Eltern weitere Lösungsschritte finden sollen, was der Methode des Chainings entspricht. Bei der Gesprächsführung bzw. Moderation der Elterngruppe steht im Sinnes des Sokratischen Dialogs ein geleitetes Erkennen im Mittelpunkt, was z.B. durch Weitergeben von Fragen eines Elternteils an die Gruppe erreicht werden kann. Der Einsatz von günstigeren Erziehungsstrategien, Lösungsideen, die in die „richtige Richtung“ gehen oder eine etappenweise Annäherung an günstiges Verhalten wird ebenfalls von den Therapeuten verstärkt (Shaping).

Nach der oben genannten Einteilung nach Caplan (1964) ist „Plan E“ als tertiäre Prävention zu verstehen. Es sind also therapeutische Aspekte verknüpft mit präventiven Strategien zur Rückfallprophylaxe. Der im ambulanten oder teil-/vollstationären Bereich erzielte Therapieerfolg soll stabilisiert werden, indem die Eltern gestärkt werden, die „Verletzlichkeit“ der Familie reduziert wird, entwicklungs-

und störungsrelevantes Wissen vermittelt und günstige Erziehungsstrategien eingeübt werden.

Insbesondere berücksichtigt das Elterntaining „Plan E“ inhaltlich und von der Zielsetzung die Arbeiten von Wahl und Sann (2007) sowie von Hahlweg (2001). Wahl und Sann (2007) stellen bestimmte Anforderungen an bestehende Elterntainings bzw. an die Entwicklung neuer Programme. Sie fordern, entwicklungsrelevante Informationen und Erweiterungen von elterlichen Verhaltensoptionen in Problemsituationen sowie eine Sensibilisierung für relevante Erziehungsthemen zu berücksichtigen und folgende Inhalte aufzunehmen:

- Selbsterfahrung, Reflexion der Elternrolle einschließlich der dabei relevanten Emotionen, Impulskontrolle;
- Wissensvermittlung, Sensibilität für die Entwicklungsstufen der Kinder schaffen;
- Einstellungsveränderungen, Vertrauen in die eigene Wirksamkeit, Vermeidung von Widersprüchen in der Erziehung, Anpassung an neue Gegebenheiten;
- Erweiterung von Handlungsoptionen, positive Entwicklungsarrangements auch außerhalb der Familie;
- Netzwerkaufbau (Aufbau hilfreicher Kontakte, Anlaufstellen etc.).

Hahlweg (2001) fasst in seiner Arbeit zusammen, welche Aspekte sich als besonders günstig und hilfreich für ein positives Erziehungsverhalten identifizieren ließen. Neben der Schaffung einer sicheren und interessanten Umgebung für das Kind führt er folgende Gesichtspunkte an⁵:

- Positive Lernumgebung: Positive Zuwendung, Lob und Aufmerksamkeit sind wichtige Formen der Erziehung. Hierfür benötigen Eltern u.a. Zeit für die Beobachtung der Bedürfnisse des Kindes sowie eine Fokussierung auf positives Verhalten anstatt Problemverhalten. (Modul 1)

⁵ In Klammer werden die Module des Elterntainings „Plan E“ genannt, in denen diese Punkte insbesondere berücksichtigt werden.

- Konsequentes Verhalten: Das erzieherische Verhalten der Eltern sollte für das Kind versteh- und vorhersehbar sein; das gilt sowohl für angemessenes als auch für unangemessenes Verhalten. Kinder erlernen mehr Eigenverantwortung, wenn sie eine zuverlässige Rückmeldung für ihr Verhalten bekommen. (Modul 4 und 5)
- Realistische Erwartungen der Eltern: Die Vermittlung realistischer Erwartungen hilft Überforderungssituationen und Frustration auf Seiten der Eltern und des Kindes zu vermeiden. Kinder entwickeln sich individuell sehr unterschiedlich und machen häufig auch Fehler, die zunächst normal und nicht beabsichtigt sind. Insgesamt ist es also wichtig, dass Eltern sowohl für sich als auch für ihre Kinder keine übersteigerten Erwartungen haben sollten. (Modul 3 und 5)
- Bedürfnisse der Eltern: Neben der Fürsorge um die Kinder ist es für positives Erziehungsverhalten auch wichtig, dass Eltern auch auf ihre eigenen Bedürfnisse achten und diese erfüllen. Hier gilt es z.B., auch Bedürfnisse in der Partnerschaft, nach Erholung und Intimität zu berücksichtigen. (Modul 2)

Einen inhaltlichen Überblick zu den einzelnen Modulen von „Plan E“ bietet Tabelle 13. Eine ausführliche Darstellung der konkreten Inhalte und Übungen sowie eine Anleitung zur Durchführung des Trainings inklusive Arbeitsmaterial findet sich in Schwenck & Reichert (2012).

Theoretischer Hintergrund

Tabelle 13 Inhalte und spezifische Ziele der fünf Module (aus Schwenck & Reichert, 2012, S. 62)

Inhalt	Spezifische Ziele
Modul 1: „E“ wie Ermutigung	
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbild des Kindes • Bild der Eltern von ihrem Kind • Positive Rückmeldungen an das Kind geben (Lob) • “Zeit zu zweit” 	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Perspektive des Kindes • Förderung der Empathie für das Kind • Fokussierung der Stärken des Kindes • Verminderung der defizitorientierten Sichtweise auf das Kind • Positive Rückmeldungen an das Kind • Selbstwertsteigerung des Kindes • Förderung der positiven Eltern-Kind-Interaktion
Modul 2: „E“ wie Energie	
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang Kognition – Emotion • Funktionale und dysfunktionale Gedanken • Biopsychosoziales Krankheitsmodell • Wechselwirkung zwischen Kind- und Elternverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Selbstfürsorge der Eltern • Abbau dysfunktionaler Gedanken in Bezug auf das eigene Erziehungsverhalten • Aufsuchen von Verstärkern • Entlastung durch die Vermittlung eines plausiblen Störungsmodells
Modul 3: „E“ wie Etappen	
<ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung realitätsnaher und -ferner Ziele • Konkrete Formulierung eines realitätsnahen Ziels • Zielgespräch mit dem Kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau unrealistischer Erwartungen an das Kind • Abbau von durch unrealistische Erwartungen bedingte Enttäuschungen • Formulierung realistischer Erwartungen • Förderung von Erfolgserlebnissen durch realistische Erwartungen • Förderung von zielführenden Kommunikationsstrategien
Modul 4: „E“ wie Erziehung	
<ul style="list-style-type: none"> • Ansatzpunkte für die Veränderung von problematischen Verhaltensweisen • Arten von Konsequenzen und deren Wirkung • Konsequenzen richtig einsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung von Grundlagen des operanten Lernens • Verständnis für den Zusammenhang zwischen elterlicher Konsequenz und Verhalten des Kindes • Förderung der Sichtweise von Grenzen als Orientierung und Hilfestellung • Abbau von kindlicher Überforderung durch fehlende Grenzsetzung • Abbau von inadäquaten Strafen
Modul 5: „E“ wie Entwicklung	
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsaufgaben und entwicklungsangemessenes Erziehungsverhalten • Familienregeln • Familienrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung der Bedeutung von Entwicklungsaufgaben und deren Bewältigung • Differenzierung von typischen Entwicklungsaufgaben im Kindes- vs. Jugendalter • Aufbau eines Verständnisses für entwicklungsangemessene Reaktionen durch die Eltern • Vermittlung von Lösungsansätzen für familieninterne Konfliktherde

3 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden soll zunächst eine Zusammenfassung der im vorangegangenen Kapitel dargestellten theoretischen Hintergründe und Forschungsarbeiten gegeben werden. Daraus werden im anschließenden Abschnitt die Forschungsfragen und die dazugehörigen Hypothesen der vorliegenden Studie formuliert.

3.1 Hintergrund der Fragestellung

Eltern sind die wichtigsten Bezugspersonen, und die Familie stellt das wichtigste soziale Umfeld für Kinder dar. Gerade hinsichtlich Familie und Erziehung ergaben sich in den letzten Jahrzehnten teilweise deutliche Wandlungsprozesse, die u.a. in Kapitel 2.1 dieser Arbeit vorgestellt wurden. Viele Eltern berichten über Verunsicherungen hinsichtlich erzieherischer Fragen oder berichten von einem herabgesetzten Gefühl der Selbstwirksamkeit als Eltern. Während Erziehung im Allgemeinen viele Eltern vor Herausforderungen stellt, kommen bei psychischen Erkrankungen eines Kindes zusätzliche pädagogische Anforderungen dazu.

Neben der Verunsicherung der Eltern und der wichtigen Rolle der Erziehung wurde im vorangehenden Abschnitt auch auf die Epidemiologie psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen eingegangen. Zahlen zur Verbreitung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bewegen sich je nach Untersuchung zwischen 10 und 20% (siehe Kapitel 2.2). Daraus abgeleitete Schätzungen gehen von ca. zwei Millionen Kindern aus, die in Deutschland von einer psychischen Störung betroffen sind (Hahlweg, 2009). Psychische Auffälligkeiten sind im Kindes- und Jugendalter somit weit verbreitet und von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit ökonomischer Interventionsangebote. In gleicher Weise muss von einer genauso großen Zahl von Eltern ausgegangen werden, die vor besonderen pädagogischen Anforderungen stehen, da ihr Kind psychisch erkrankt ist. Zusätzlich weisen zahlreiche Studien zu Schutz- und Risikofaktoren darauf hin, dass familiäre Faktoren, wie z.B. negative familiäre Kommunikationsmuster, dysfunktionales Erziehungsverhalten oder Abwertungen des Kindes zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen bei Kindern beitragen können (Kapitel 2.3). Es besteht daher in der Literatur breiter Konsens,

dass Eltern in die Therapie ihres Kindes mit einbezogen werden müssen (Kapitel 2.4). Die Beziehung zwischen familiären Faktoren und kindlicher Symptomatik ist nicht monokausal, sondern vielmehr eine Wechselwirkung. Insbesondere Eltern psychisch kranker Kinder nehmen sich häufig als wenig erziehungskompetent wahr und sind oftmals selbst stark belastet oder sogar von einer psychischen Störung betroffen. Eine Stärkung der Eltern ist daher häufig neben der Behandlung der Kinder notwendig bzw. sollte Bestandteil einer multimodalen Behandlungsstrategie sein.

Sowohl psychotherapeutische Einzelinterventionen mit dem Kind als auch familienbezogene Maßnahmen haben sich als wirkungsvoll erwiesen, wobei der Großteil der Wirksamkeitsstudien aus dem Bereich der (kognitiven) Verhaltenstherapie stammt. Eine Form familienbezogener Maßnahmen stellen Elterntrainings (Kapitel 2.5) dar. Wichtige Ziele von Elterntrainings bestehen u.a. darin, die Symptomatik des Kindes indirekt über die Arbeit mit den Eltern positiv zu beeinflussen, die Eltern in einer konsistenten und wohlwollenden Erziehungshaltung zu unterstützen, eine positive Eltern-Kind-Interaktion zu fördern, die Eltern emotional zu entlasten und die eigenen Ressourcen der Eltern zu stärken.

Übersichtsarbeiten und Metaanalysen von evaluierten Programmen zeigen, dass Elterntrainings generell als wirkungsvolle Präventions- und Interventionsmaßnahme gelten können (Dretzke et al., 2009; Farrington & Welsh, 2003; Lundahl et al., 2006; Serketich & Dumas, 1996). Kazdin (2003) stellt zwar fest, dass Elterntrainings zu den am besten untersuchtesten Interventionen bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter gehören, ergänzt aber gleichzeitig, dass der Großteil der Therapiestudien auf Elterntrainings im Rahmen der Behandlung von Hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens fokussiert. Evaluationen zu Elterntrainings, bei denen auch Eltern von Kindern mit internalisierenden Störungen teilnehmen, finden sich kaum (Ihle & Jahnke, 2005). Weiterhin wurde in den vorangegangenen Abschnitten festgestellt, dass das Angebot an Elterntrainings in Deutschland sehr groß ist. Im Vergleich zu den bestehenden Angeboten ist die Zahl der Effektivitätsstudien jedoch relativ gering. Die Zahl der Therapiestudien reduziert sich weiter, wenn man nur randomisierte-kontrollierte Studien berücksichtigt.

Nach Kenntnis des Autors besteht im deutschsprachigen Raum bisher kein speziell auf den kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsrahmen zugeschnittenes Elterntaining, das sich explizit an Eltern psychisch kranker Kinder richtet, die sich in voll-, teilstationärer oder ambulanter Behandlung befinden, und gleichzeitig modular bzw. als offenes Gruppenangebot aufgebaut ist und Eltern dadurch jederzeit einen Einstieg in das Training ermöglicht. Darüber hinaus zeichnet sich das Programm „Plan E“ dadurch aus, dass es alters- und störungsunspezifisch ausgerichtet ist. Die bisher evaluierten Elterntainings wurden fast ausschließlich im ambulanten Rahmen angeboten bzw. sind für diesen konzipiert. Die Trainings sind zudem häufig hauptsächlich präventiv und universell eingesetzt oder finden im Rahmen von Beratungen oder ambulanten Therapien statt. Viele Kliniken setzen als Behandlungselement jedoch häufig eine Mischung aus Elementen verschiedener Elterntainings ein, ohne dass diese Programme speziell für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung konzipiert bzw. in diesem Rahmen evaluiert wurde. Ziel bei der Entwicklung des Elterntainings „Plan E – Eltern stark machen!“ war es, diese Lücke zu schließen. Das Training soll speziell solchen Eltern helfen, deren Kind sich parallel in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden. Gleichzeitig soll der modulare Aufbau einen schnellen Einstieg in das Programm ermöglichen und somit lange Wartezeiten verhindern. Vorrangige Ziele des Elterntainings „Plan E“ sind, wie bereits der Untertitel „Eltern stark machen!“ verrät, die Stärkung der Erziehungskompetenz belasteter Eltern, die Reduktion des elterlichen Stresses und die Veränderung negativer, die Erziehung betreffender Überzeugungen. Durch Stärkung der Eltern soll indirekt positiv auf die Probleme der Kinder eingewirkt werden.

Die vorliegende Studie untersucht zunächst das Ausmaß der psychischen Belastung der in Behandlung befindlichen Kinder und Jugendlichen und deren Eltern, um die Ausgangssituation detailliert beschreiben zu können. Zudem werden verschiedene Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Auffälligkeiten der Kinder und Variablen der elterlichen Erziehung sowie Belastung der Eltern erforscht. Aus der Literatur lässt sich ableiten, dass neben psychosozialen und soziodemografischen Faktoren verschiedene familiäre bzw. elterliche Faktoren als Disruptoren von elterlichem Erziehungsverhalten wirken können. Darauf begründet soll der Einfluss solcher Faktoren in der vorliegenden Arbeit auf die Eltern-Kind-Interaktion untersucht

werden. Im zweiten Schritt soll die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit des modularen Elterntrainings „Plan E“ untersucht werden.

Entsprechend den Forderungen von Kazdin (2003) an die Psychotherapieforschung bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter werden in der vorliegenden Arbeit nicht nur die Symptome bzw. Auffälligkeiten auf Seiten der Kinder untersucht. Es werden auch Variablen wie Erziehungsverhalten in Problemsituationen, Zufriedenheit mit der Elternrolle, Selbstwirksamkeit als Eltern und die psychische Belastung der Eltern erfasst. Bei dem Thema Erziehung handelt es sich allerdings um ein äußerst komplexes Konstrukt, welches in der vorliegenden Arbeit daher nicht als globales Konstrukt operationalisiert, sondern durch spezifische Ausschnitte von elterlichem Verhalten erfasst wurde. Ein Ausschnitt dieses elterlichen Verhaltens ist der Umgang der Eltern mit problematischem Verhalten des Kindes und die Art der Konsequenzen in solchen Situationen. Der Umgang mit problematischen Situationen wird in der Forschung als eine entscheidende Dimension bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten des Kindes gesehen (Patterson, 1982).

Neben dem Einsatz von Fremd- bzw. Selbstbeurteilungsverfahren, die von den Eltern ausgefüllt wurden, werden auch objektive Verhaltensdaten mit berücksichtigt, die mithilfe von Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtungen gewonnen wurden. Es werden also eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte der Eltern und des Kindes untersucht, wodurch in dieser Arbeit die Forderung nach einer multimodalen Erfassung des Therapieergebnisses (Döpfner, 2009; Häfner & Heiden, 1999; Kazdin, 2003) erfüllt wird.

Zur Evaluation von „Plan E“ wurde in einem randomisiert-kontrollierten Design (randomized controlled trial, RCT) eine Gruppe von Eltern und deren Kinder, die während der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung an „Plan E“ teilgenommen haben (Experimentalgruppe), mit solchen Eltern und deren Kindern verglichen, die erst nach einer Wartezeit am Elterntraining mitmachen konnten (Wartekontrollgruppe). Um kurz- und mittelfristige Veränderungen und Effekte messen zu können, wurden beide Gruppen zu drei Messzeitpunkten (Prä-, Post- und Follow-Up-Messung) untersucht. Nähere Informationen zur Untersuchungstichprobe, zum Untersuchungsdesign und zum genauen Ablauf der Studie finden sich in Kapitel 4.

3.2 Fragestellungen und Hypothesen

Aus der in Kapitel 2 geschilderten Befundlage und aufgrund der Neueinführung bzw. Zielsetzung des Elterntrainings „Plan E – Eltern stark machen!“ ergeben sich folgende Forschungsfragen und Hypothesen. Die Fragestellungen lassen sich dabei in zwei Hauptthemenkomplexe zusammenfassen.

3.2.1 Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, emotionale Belastung der Eltern und die Eltern-Kind-Interaktion

Bei diesem Themen- bzw. Hypothesenkomplex stehen die Untersuchung des Ausmaßes der psychischen Belastung der in Behandlung befindlichen Kinder und Jugendlichen sowie die emotionale Belastung der Eltern im Mittelpunkt. Es sollen zudem Zusammenhänge verschiedener Variablen untersucht werden. Abschließend stellt sich die Frage, ob sich die Eltern-Kind-Interaktion bei Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch bestimmte Variablen vorhersagen lässt. Vor dem oben ausführlich geschilderten theoretischen Hintergrund sollen daher folgende Forschungsfragen beantwortet werden, wobei die ersten beiden Fragen rein explorativen Charakter besitzen:

- 1) Wie stark ist die Ausprägung der psychischen Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen?
- 2) Wie hoch ist die emotionale Belastung der Eltern, deren Kinder sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden?
- 3) Bestehen Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen und der emotionalen Belastung der Eltern?
- 4) Besteht ein Zusammenhang zwischen dysfunktionalem Erziehungsverhalten in Disziplinsituationen und der Ausprägung der psychischen Symptome des Kindes sowie der Belastung der Eltern?
- 5) Beeinflussen die Symptome des Kindes, die Belastung der Eltern, das erzieherische Verhalten der Eltern und ihrer Partnerschaft die Eltern-Kind-Interaktion?

Aus den Fragestellungen dieses Themenkomplexes lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- Aufgrund des explorativen Charakters der ersten beiden Fragestellungen und der deskriptiven Darstellung der dazugehörigen Ergebnisse werden hierzu keine konkreten Hypothesen formuliert.
- **H3a:** Es findet sich in der Untersuchungsstichprobe eine signifikante positive Korrelation zwischen der Schwere der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL) und der emotionalen Belastung der Eltern (DASS).
- **H3b:** Es findet sich in der Untersuchungsstichprobe eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Ausmaß an beschriebenen Schwächen und Problemen der Kinder (SDQ) und der emotionalen Belastung der Eltern (DASS).
- **H4a:** Es findet sich in der Untersuchungsstichprobe eine signifikante positive Korrelation zwischen der Schwere der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL) und dem Ausmaß inadäquaten Erziehungsverhaltens der Eltern in Disziplinsituationen (EFB).
- **H4b:** Es findet sich in der Untersuchungsstichprobe eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Ausmaß an beschriebenen Schwächen und Problemen der Kinder (SDQ) und dem Ausmaß inadäquaten Erziehungsverhaltens der Eltern in Disziplinsituationen (EFB).
- **H4c:** Es findet sich in der Untersuchungsstichprobe eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Ausmaß der Belastung der Eltern (DASS) und dem Ausmaß inadäquaten Erziehungsverhaltens der Eltern in Disziplinsituationen (EFB). Psychisch belastete Eltern weisen ein ungünstigeres Erziehungsverhalten auf als unbelastete Eltern.
- **H5a:** Die Symptomausprägung des Kindes (SDQ), die Belastung der Eltern (DASS), das erzieherische Verhalten der Eltern (EFB) und die Partnerschaftszufriedenheit der Eltern (FBZ) beeinflussen das Ausmaß an beobachtbarem positivem Verhalten des Kindes in einer Interaktionssituation (FIBS Kind +)

- **H5b:** Die Symptomausprägung des Kindes (SDQ), die Belastung der Eltern (DASS), das erzieherische Verhalten der Eltern (EFB) und die Partnerschaftszufriedenheit der Eltern (FBZ) beeinflussen das Ausmaß an beobachtbarem negativem Verhalten des Kindes in einer Interaktionssituation (FIBS Kind -)
- **H5c:** Die Symptomausprägung des Kindes (SDQ), die Belastung der Eltern (DASS), das erzieherische Verhalten der Eltern (EFB) und die Partnerschaftszufriedenheit der Eltern (FBZ) beeinflussen das Ausmaß an beobachtbarem positivem Verhalten der Eltern in einer Interaktionssituation (FIBS Eltern +)
- **H5d:** Die Symptomausprägung des Kindes (SDQ), die Belastung der Eltern (DASS), das erzieherische Verhalten der Eltern (EFB) und die Partnerschaftszufriedenheit der Eltern (FBZ) beeinflussen das Ausmaß an beobachtbarem negativem Verhalten der Eltern in einer Interaktionssituation (FIBS Eltern -)

3.2.2 Wirksamkeit des Elterntrainings „Plan E“ im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting

Bei diesem Themen- bzw. Hypothesenkomplex steht die Untersuchung der Effektivität des Elterntrainings „Plan E – Eltern stark machen!“ im Vordergrund. Die Effektivität soll wie oben beschrieben durch verschiedene Variablen erfasst werden. Vor dem oben genannten theoretischen Hintergrund und der Beschreibung des Elterntrainings sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- 6) Zeigt sich im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Reduktion der psychischen Probleme des Kindes durch die Teilnahme an „Plan E“?
- 7) Zeigt sich im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Reduktion dysfunktionalen Erziehungsverhaltens und eine Zunahme elterlicher Erziehungskompetenz durch die Teilnahme an „Plan E“?

- 8) Zeigt sich im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Reduktion der emotionalen Belastung der Eltern durch die Teilnahme an „Plan E“?
- 9) Zeigt sich im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion durch die Teilnahme an „Plan E“?

Aus den Fragestellungen dieses Themenkomplexes lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- **H6a:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer zusätzlichen Verbesserung im kindlichen Problemverhalten führt. Folglich sollten Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) über die drei Messzeitpunkte berichten.
- **H6b:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer zusätzlichen Verbesserung im kindlichen Problemverhalten führt. Folglich sollten Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Abnahme von Schwächen und Problemen (SDQ) der Kinder über die drei Messzeitpunkte berichten.
- **H7a:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Abnahme inadäquaten Erziehungsverhaltens führt. Folglich sollten Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Abnahme von ungünstigem erzieherischen Verhalten in Disziplinsituationen (EFB) über die drei Messzeitpunkte berichten.
- **H7b:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Zunahme an Zufriedenheit und Selbstwirksamkeitserleben als Eltern führt. Folglich sollten Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutlichere Zunahme des elterlichen Kompetenzgefühls (FKE) über die drei Messzeitpunkte berichten.
- **H8:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Abnahme der elterlichen Belastung führt. Folglich sollten Teilnehmer des Trainings im

Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Abnahme eigener psychischer Probleme (DASS) über die drei Messzeitpunkte berichten.

- **H9a:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Zunahme positiven Verhaltens auf Seiten des Kindes führt. Folglich sollte bei den Kindern der Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Zunahme positiver Verhaltensweisen in einer Interaktionssituation (FIBS Kind+) über die drei Messzeitpunkte beobachtbar sein.
- **H9b:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Abnahme negativen Verhaltens auf Seiten des Kindes führt. Folglich sollte bei den Kindern der Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Abnahme negativer Verhaltensweisen in einer Interaktionssituation (FIBS Kind-) über die drei Messzeitpunkte beobachtbar sein.
- **H9c:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Zunahme positiven Verhaltens auf Seiten der Eltern führt. Folglich sollte bei den Teilnehmern des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Zunahme positiver Verhaltensweisen in einer Interaktionssituation (FIBS Eltern+) über die drei Messzeitpunkte beobachtbar sein.
- **H9d:** Es wird erwartet, dass die Teilnahme an „Plan E“ zu einer Abnahme negativen Verhaltens auf Seiten der Eltern führt. Folglich sollte bei den Teilnehmern des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Abnahme negativer Verhaltensweisen in einer Interaktionssituation (FIBS Eltern-) über die drei Messzeitpunkte beobachtbar sein.

4 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit genauer erläutert. Dabei geht es um die Darstellung der konkreten Gestaltung der Untersuchung, die Beschreibung der Stichprobe und die Vorstellung der abhängigen Variablen. Zudem soll auf die statistischen Verfahren eingegangen werden, welche zur Auswertung der Daten hinsichtlich der in Kapitel 3 formulierten Hypothesen Anwendung fanden.

4.1 Überblick & Allgemeines

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Darstellung des Ausmaßes der psychischen Probleme der Kinder, der emotionale Belastung von Eltern psychisch kranker Kinder und die Evaluation des Programms „Plan E“ im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Die Untersuchung wurde in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg (KJP Würzburg) unter der damaligen Leitung des ärztlichen Direktors Prof. Dr. Andreas Warnke und dem Lehrstuhl für Psychologie IV der Universität Würzburg unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Schneider durchgeführt. Zudem standen für die Datenerhebung und -auswertung freundlicherweise Räumlichkeiten der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Diakonischen Werks Würzburg e.V. (TK Würzburg) zur Verfügung.

Auch die inhaltliche und konzeptuelle Entwicklung des Elterstrainings sowie dessen praktische Erprobung fanden in der KJP Würzburg statt. Hierzu wurden in der Pilotphase u.a. Eltern- und Expertenbefragungen sowie kollegiale Intervisionssitzungen durchgeführt. Die Evaluationsdaten beziehen sich auf die Endversion des Elterstrainings „Plan E – Eltern stark machen!“ (Schwenck & Reichert, 2012).

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Juli 2008 bis März 2010 an der KJP Würzburg und der TK Würzburg statt.

Die Planung der Evaluationsstudie, die Darstellung der theoretischen Hintergründe, des methodischen Vorgehens und der Ergebnisse erfolgt in Anlehnung an die internationalen Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Berichten über randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) gemäß des sogenannten CONSORT⁶ statements (Moher et al., 2010; Schulz, Altman & Moher, 2010a, 2010b).

4.2 Planung und Ablauf der Evaluationsstudie

Im Folgenden werden der konkrete Ablauf der Studie und das Studiendesign genau beschrieben. Zudem wird die Untersuchungsstichprobe vorgestellt. Gegen Ende des Abschnitts sollen die eingesetzten Testverfahren ausführlich präsentiert werden.

4.2.1 Versuchsdesign und -ablauf

Nach der Ausarbeitung, Konzeptualisierung und Implementierung des Elterstrainings „Plan E“ im klinischen Alltag wurden in der Vorbereitungsphase zu der vorliegenden Studie zunächst geeignete Instrumente zur Erfassung der verschiedenen abhängigen Variablen zusammengestellt. Dabei wurde auf Verfahren zurückgegriffen, die bereits in anderen Evaluationsstudien von Elterstrainings wiederholt angewandt wurden. Nähere Informationen hierzu finden sich in Kapitel 4.2.5. Die einzelnen Testverfahren wurden schließlich zusammen mit einer Reihe von Fragen zu soziodemografischen Daten (nur bei Messzeitpunkt 1/Prä-Messung) zu einem Fragebogenpaket zusammengefasst (siehe Anhang 1 und 2).

In einer gemeinsamen Teambesprechung wurden alle Ärzte und Psychologen der Klinik über den Inhalt und Ablauf der geplanten Studie informiert. Es wurde vereinbart, dass die jeweiligen Therapeuten bei jeder Neuaufnahme eines Kindes in die Klinik die betreffenden Eltern ausführlich über die Studie informieren. Zudem erhielten die Eltern und die Kinder bei Aufnahme jeweils ein Informationsblatt, welches über Ablauf der Studie und des Trainings, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Vertraulichkeit der Daten etc. informierte (siehe Anhang 3). Erklärten sich die Eltern und Patienten mündlich zur Teilnahme an der Studie bereit, so wurden sie

⁶ CONSORT = Consolidated Standards of Reporting Trials.

erneut vom Untersucher über das Forschungsvorhaben informiert und gebeten, eine schriftliche Einverständniserklärung (Informed Consent) auszufüllen. Nähere Informationen zum Datenschutz und zu ethischen Gesichtspunkten finden sich in Abschnitt 4.2.4.

Der Ablauf der Studie war so gestaltet, dass die Eltern und Kinder zu drei Zeitpunkten untersucht wurden. Jeder Erhebungszeitpunkt ließ sich in zwei Untersuchungsblöcke einteilen. Im ersten Block wurde seitens der Eltern ein Fragebogenpaket bearbeitet. Im zweiten Block wurde eine Eltern-Kind-Interaktion im Zusammenhang mit einer standardisierten gemeinsamen spielerischen Aufgabe für ein Elternteil und Kind auf Video aufgezeichnet. Einen Überblick hierzu gibt Tabelle 14. Nähere Informationen zu den jeweils eingesetzten Erhebungsinstrumenten finden sich in Kapitel 4.2.5 bzw. Anhang 2. Während allen Untersuchungszeitpunkten standen zwei Untersucher für mögliche Fragen zur Verfügung.

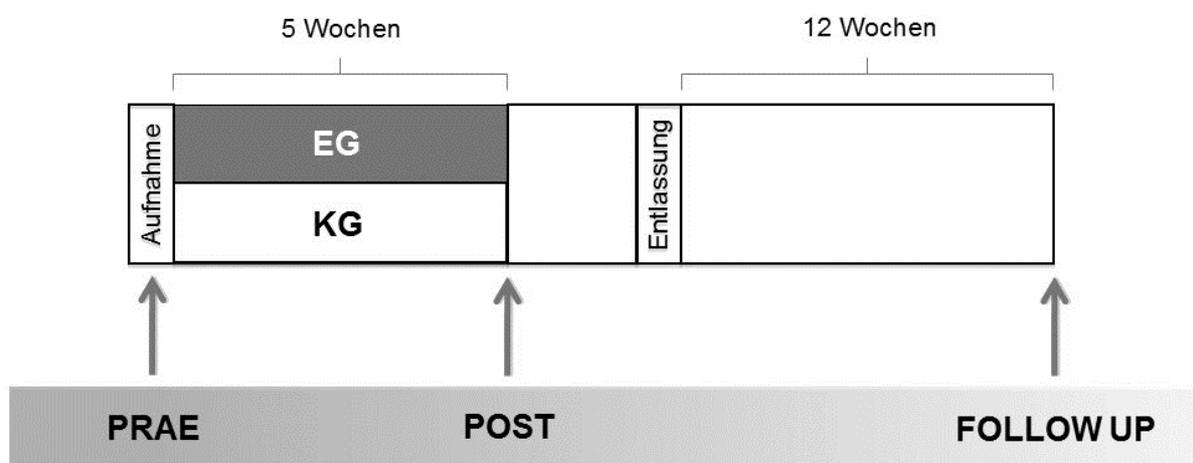
Tabelle 14 Überblick über den Inhalt und Ablauf eines Untersuchungszeitpunktes

Erster Untersuchungsblock	Zweiter Untersuchungsblock
<u>Fragebogenpaket:</u> <ul style="list-style-type: none">• Soziodemografischer Fragebogen (nur bei Prä-Messung)• Standardisierte Instrumente zur Erfassung von Kind-Variablen• Standardisierte Instrumente zur Erfassung von Eltern-Variablen	Standardisierte <u>Videobeobachtung</u> der Eltern-Kind-Interaktion

Die Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings „Plan E“ erfolgte in einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie unter naturalistischen Feldbedingungen (klinisches Versorgungssetting). Vor Beginn des Elterntrainings (Intervention) fand im Rahmen des ersten Untersuchungszeitpunktes eine Erhebung sozialer und klinisch-psychodiagnostischer Daten statt. Anschließend wurde eine Randomisierung der teilnehmenden Elternteile und deren Kinder auf die Experimental- (EG) und die Wartekontrollgruppe (KG) vorgenommen. Die Eltern der EG wurden gebeten, an fünf wöchentlichen Sitzungen des Elterntrainings „Plan E“ teilzunehmen. Da das Elterntaining gemäß seiner Konzeptualisierung fortlaufend immer einmal pro Woche als offene Gruppe angeboten wurde, erfolgte der Einstieg für den jeweiligen Studienteilnehmer in das Training jeweils zum nächst möglichen Termin nach abgeschlossener Prä-Messung und Randomisierung zur EG. Eltern, die

der KG zugelost wurden, konnten zunächst nicht am Elterstraining teilnehmen. Unmittelbar nach Ende des Trainings (bzw. nach einer entsprechenden Wartezeit in der KG) wurden die Zielvariablen in beiden Gruppen erneut erhoben (Messzeitpunkt 2/Post-Messung). Zur Überprüfung der mittelfristigen Wirksamkeit von „Plan E“ wurde drei Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung an der KJP Würzburg eine Follow-Up-Messung (Messzeitpunkt 3) durchgeführt, bei der die Zielvariablen erneut erfasst wurden. Nach der Follow-Up-Messung war es den Eltern der KG möglich, an dem Elterstraining teilzunehmen. Der Ablauf der Studie ist schematisch in Abbildung 14 dargestellt.

Abbildung 14 Schematische Darstellung des Studienablaufs



Zusätzlich wurde zum Zeitpunkt der Entlassung die Behandlungszufriedenheit seitens der Eltern, der Patienten und der jeweiligen Therapeuten erhoben, welche jedoch in der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung fand.

Für die Bearbeitung der in Kapitel 3.2.1 genannten Fragestellungen (Hypothesen-/Themenkomplex 1: Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, emotionale Belastung der Eltern und die Eltern Kind-Interaktion) wurden lediglich die Daten vom ersten Messzeitpunkt herangezogen. Zur Beantwortung der in Kapitel 3.2.2 beschriebenen Hypothesen (Hypothesen-/Themenkomplex 2: Wirksamkeit des Elterstrainings „Plan E“ im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting) wurden alle drei Untersuchungszeitpunkte berücksichtigt. – Die Untersuchungsstichproben⁷ werden im folgenden Abschnitt näher vorgestellt.

⁷ Untersuchungsstichprobe 2 ist demnach eine Substichprobe der Untersuchungsstichprobe 1. Nähere Informationen hierzu sowie zur Dropout-Problematik finden sich in den Kapiteln 4.2.2., 4.3.1 und 5.1.2.

4.2.2 Untersuchungsstichprobe

Um die optimale Stichprobengröße zu berechnen wurde mithilfe des Programms G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) eine Poweranalyse durchgeführt. Während andere Evaluationsstudien von Elterntrainings bzw. bestehende Metaanalysen häufig mittlere bis hohe Effektstärken (z.B. Dretzke et al., 2009; Heinrichs et al., 2009; Lundahl et al., 2006; Serketich & Dumas, 1996) berichteten, wurde aufgrund des Studiendesigns bzw. der Charakteristika der KG (vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Standardbehandlung im multiprofessionellen Team) eher ein geringer bis mittlerer Effekt erwartet, weshalb für das *partielle* η^2 konservativ ein Wert von .01 angenommen wurde. Für eine Varianzanalyse mit Messwiederholungsdesign, einem $\alpha = .05$, einer Power von $1-\beta = .80$, einer geschätzten Korrelation der Messwiederholungen von $r = .70$ und unter Annahme der Spharizitätshypothese, ergab sich eine optimale Stichprobengröße von $n = 98$. Es wurde daher eine Stichprobengröße angestrebt, bei der 100 komplette Fälle (Teilnahme an allen drei Messzeitpunkten) vorliegen.

Die Rekrutierung der Eltern und deren Kinder erfolgte in der KJP Würzburg im Zeitraum Juli 2008 bis März 2010. Die behandelnden Ärzte und Psychologen der KJP Würzburg klärten alle neuen Eltern am Aufnahmetag über die Studie auf und händigten den Eltern schriftliche Informationen aus. Interessierte Eltern wurden zunächst hinsichtlich bestimmter Einschlusskriterien untersucht. Ein- und Ausschlusskriterien, Rekrutierungsraten und Stichprobenbeschreibungen finden sich in den folgenden Abschnitten.

4.2.2.1 Ein und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden konnten jeweils leibliche Eltern, Stiefeltern und Pflegeeltern des in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung befindlichen Kindes. Um der Heterogenität einer klinischen Inanspruchnahme-Population gerecht zu werden, wurde versucht, den Großteil der Eltern und Patienten in die Studie einzuschließen und nur eine geringe Anzahl an Ausschlusskriterien zu definieren. Es wurden lediglich vier Kriterien festgelegt, die zu einem Ausschluss aus der Studie führten:

- (1) *Frühere Teilnahme*: Ein Elternteil oder beide Elternteile haben in der Vergangenheit bereits an „Plan E“ teilgenommen. - Dieses Kriterium wurde bestimmt, um die Konfundierung der Untersuchungsergebnisse mit einer früheren Teilnahme an dem Elterntaining zu vermeiden.
- (2) *Sprachprobleme*: Das teilnehmende Elternteil beherrscht die deutsche Sprache nur sehr eingeschränkt. - Dies würde sowohl im Elterntaining selbst als auch bei den durchgehend sprachgebundenen Untersuchungsmaterialien zu Verständnisproblemen führen.
- (3) *Aufenthaltsdauer*: Die Aufenthaltsdauer des Kindes in der Klinik ist zu gering (z.B. im Rahmen einer Krisenintervention oder Aufnahme im Rahmen eines Schlafentzugs-EEGs). - Es erschien aufgrund des ausgewählten Studien-Settings (vollstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Bereich) sinnvoll, keine Eltern über die Studie aufzuklären, deren Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit nur wenige Tage in der Klinik verbringen würden (z.B. zwei Tage im Falle eines Schlagentzugs-EEGs).
- (4) *Heimunterbringung*: Das Kind ist in einer Heimeinrichtung untergebracht und lebt die meiste Zeit des Jahres nicht im häuslichen Umfeld. - Dieses Kriterium wurde herangezogen, da bei fehlendem bzw. seltenem Kontakt zwischen Eltern und Kind nur eingeschränkte Effekte des Trainings angenommen wurden und in diesen Fällen eine andere Form der Elternarbeit indiziert schien.

Aus ethischen und klinisch relevanten Gesichtspunkten wurden den Eltern, die aufgrund der Ausschlusskriterien nicht an der Studie teilnehmen konnten, bei Bedarf dennoch die Teilnahme an „Plan E“ ermöglicht.

4.2.2.2 Rekrutierungsrate und Dropout

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 439 Eltern bzw. Kinder bezüglich der vorliegenden Evaluationsstudie informiert und hinsichtlich der Teilnahme an der Untersuchung angesprochen. Hinsichtlich der Dropout-Raten wurde zwischen einem primären und sekundären Dropout unterschieden. Als primärer Dropout wurde die Gruppe der Personen bezeichnet, die über die Studie informiert wurde, jedoch aufgrund der Ausschlusskriterien oder einer Entscheidung gegen die Untersuchung

nicht teilnahm. Als sekundäre Dropout-Rate wurde die Anzahl der Fälle definiert, welche sich ursprünglich für die Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten, aber nicht zum Post- und/oder Follow-Up-Termin erschienen waren und von denen nur Daten von der Prä- und/oder Post-Messung vorlagen.

Hinsichtlich des primären Dropouts bzw. der Rekrutierungsrate zeigten sich folgende Resultate: Von den 439 kontaktierten Eltern stimmten letztlich 151 der Teilnahme an der Untersuchung zu, was einer Rekrutierungsrate von 34.4% entspricht. Von den angesprochenen Personen nahmen somit 288 (65.6%) nicht an der Studie teil. Diese Gruppe setzt sich wie folgt zusammen: Von den 288 nicht teilnehmenden Eltern bzw. Kindern erfüllten 69 (24.0%) Elternteile bzw. Patienten mindestens eines der oben genannten Ausschlusskriterien. Bei 29 (10.1%) Kindern fand ein sehr kurzer Klinikaufenthalt von wenigen Tagen aufgrund eines Schlafentzugs-EEGs oder einer Krisenintervention statt. Achtzehn (6.3%) Eltern hatten bereits im Vorfeld an „Plan E“ teilgenommen. Bei weiteren 16 (5.5%) Kindern bestand eine außerhäusliche Unterbringung in einer Heimeinrichtung. Bei sechs (2.1%) Elternteilen lagen aufgrund eines Migrationshintergrunds zu große sprachliche Barrieren vor. Dreizehn (4.5%) Elternteile erklärten explizit, dass sie keine Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie wünschen. Unter den weiteren genannten Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Studie wurden am häufigsten der erhöhte Zeitaufwand ($n = 72$, 25.0%) und die weite Entfernung zwischen Klinik und Wohnort ($n = 62$, 21.5%) genannt. Weitere Informationen zur Rekrutierung bzw. zum, Dropout finden sich im Anhang 4.

Bezüglich des sekundären Dropouts wurden folgende Zahlen ermittelt. Von den 151 Studienteilnehmern nahmen 28 (18.5%) Personen (EG: $n = 15$, KG: $n = 13$) nur an der Prä-Messung und nicht an den weiteren Untersuchungszeitpunkten teil. Weitere 20 (13.3%) Probanden (EG: $n = 7$, KG: $n = 13$) nahmen nicht am Follow-Up-Messzeitpunkt teil. Somit kamen 103 Studienteilnehmer zu allen drei Erhebungszeitpunkten, was einer stichprobenbezogenen Rekrutierungsrate von 68.2% entspricht. Einen Überblick gemäß des CONSORT statements (Moher et al., 2010; Schulz et al., 2010a, 2010b) zu Rekrutierungs- und Dropouttraten sowie eine Zusammenfassung der Angaben zu Gründen für die Nicht-Teilnahme findet sich im Anhang 4. Im Rahmen des Ergebnisteils (Kapitel 5.1) findet sich zudem eine genauere Analyse bezüglich des Dropouts sowie eine Überprüfung der Randomisierung im Hinblick auf die abhängigen Variablen.

Die in Kapitel 5 geschilderten Ergebnisse beziehen sich im Wesentlichen auf zwei Stichproben, die im Folgenden näher dargestellt werden. Für Hypothesenkomplex 1 (Kapitel 3.2.1) wurden die Daten aller Teilnehmer herangezogen, die an dem ersten Messzeitpunkt (prä) teilnahmen. Für die Beantwortung der Fragen des zweiten Hypothesenkomplexes (Kapitel 3.2.2) wurden die Daten der Probanden ausgewertet, die an allen drei Untersuchungszeitpunkten teilnahmen.

4.2.2.3 Stichprobe 1

Insgesamt nahmen 151 Eltern bzw. deren Kinder an den Untersuchungen zum ersten Messzeitpunkt (prä) teil. Davon wurden 79 (52.3%) Eltern der EG und 72 (47.7%) der KG zugelost. Da die Stichprobe 1 jedoch nicht für die Evaluation des Elterntrainings „Plan E“ herangezogen wurde und somit die Randomisierung bei Stichprobe 1 keine Rolle spielt, wird im Folgenden auf weitere separate Darstellungen der Ergebnisse nach Zugehörigkeit zur EG oder KG verzichtet. Insgesamt nahmen deutlich mehr Frauen ($n = 124$, 82.1%) an der Untersuchung teil als Männer ($n = 27$, 17.9%). Die teilnehmenden Eltern waren im Durchschnitt 43.29 Jahre alt ($SD = 6.83$). Die meisten Studienteilnehmer waren leibliche Eltern. In 119 (79.3%) von 150 Fällen nahm die leibliche Mutter an der Untersuchung teil. In 21 (14.0%) Fällen war der leibliche Vater der Studienteilnehmer. Die Anzahl an Adoptions-/Pflegermütter und Adoptions-/Pflegeväter lag bei fünf (3.3%) bzw. drei (2.0%). Zwei (1.3%) Stiefväter nahmen an der Untersuchung teil.

Bei der Frage nach dem höchsten Schul- bzw. Bildungsabschluss machten vier Eltern keine Angaben. Zwei (1.4%) Eltern besuchten eine Förderschule, 59 (40.1%) die Hauptschule, 41 (27.9%) die Realschule und 39 (26.5%) das Gymnasium. Sechs (4.1%) Personen gaben einen anderweitigen Abschluss an. Die Zahlen entsprechen in etwa der Verteilung der Bildungsabschlüsse im Mikrozensus 2011, wonach 39.8% einen Haupt-/Volksschulabschluss, 26.2% einen Realschul- oder mittleren Abschluss und 30.4% das Abitur bzw. die Hochschulreife erworben hatten (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2012b). Zur aktuellen Berufstätigkeit lagen in der vorliegenden Studie 148 Angaben vor. Von den 148 Probanden gaben 42 (28.4%) an, in Vollzeit berufstätig zu sein; 59 (39.9%) waren in Teilzeit beschäftigt. Hausfrau/-

mann waren 34 (23.0%) Teilnehmer. Jeweils eine Person (0.7%) gab an, sich zum Untersuchungszeitpunkt in Ausbildung bzw. Studium zu befinden.

Hinsichtlich des Familienstands lagen von 149 Personen Informationen vor. Die Mehrheit gab an, verheiratet zu sein ($n = 95$, 63.8%). Etwas weniger als ein Drittel ($n = 40$, 26.8%) der Teilnehmer war getrennt oder geschieden. Diese Zahl liegt etwas unter den Zahlen des Mikrozensus, wonach für den Zeitpunkt der Datenerhebung ca. 35% aller Ehen geschieden wurden, wobei in den statistischen Angaben des Mikrozensus keine Unterscheidung zwischen Ehen mit und ohne minderjährigen Kindern gemacht wurde (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2012a). Drei (2.0%) Teilnehmer gaben an, verwitwet zu sein. Ledig, aber in Partnerschaft lebten sechs (4.0%) Eltern. Ledig und ohne Partnerschaft waren fünf (3.4%) Probanden. Zwei Eltern machten keine Angaben zum Familienstand. Bei der Einteilung der Erziehungsstatus in alleinerziehend und nicht alleinerziehend lagen die Daten von 141 Eltern vor. 98 (69.5%) der Eltern waren nicht alleinerziehend, 43 (30.5%) alleinerziehend. Der Anteil der alleinerziehenden lag somit über dem Bundesdurchschnitt, wonach unter den etwas mehr als acht Millionen Familien mit minderjährigen Kindern in Deutschland ca. 19% alleinerziehende Mütter oder Väter sind (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2011).

Zudem wurden die Eltern dazu befragt, ob sie bereits Vorerfahrungen mit anderen Elterntrainings als „Plan E“ haben. 148 Teilnehmer machten diesbezüglich eine Angabe. Zwanzig (13.5%) hatten bereits im Vorfeld an einem Elterntaining teilgenommen. Die Mehrheit ($n = 128$, 86.5%) hatte keine Vorerfahrungen.

Zur orientierenden Erfassung der psychischen Befindlichkeit der Eltern wurden die Teilnehmer zudem gefragt, ob bei ihnen zum Untersuchungszeitpunkt oder im Vorfeld eine psychische Erkrankung vorlag. Weiterhin wurde erfasst, ob sie aktuell oder in der Vergangenheit wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen waren. Von 147 Probanden lagen zu diesen Fragen Antworten vor. Von den Befragten gaben 36 Personen (24.5%) eine psychische Störung an, während 111 (75.5%) dies verneinten. Im Vorfeld oder zum Untersuchungszeitpunkt waren 59 (40.1%) wegen psychischer Probleme in Behandlung; 88 (59.9%) gaben an, noch nie wegen psychischer Probleme in Therapie gewesen zu sein.

Einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Eltern aus Stichprobe 1 gibt Tabelle 15.

Tabelle 15 Teilnehmende Eltern: soziodemografische Daten zu Stichprobe 1

		Gesamt
		n (%)
Geschlecht	<i>weiblich</i>	124 (82.1)
Elternstatus	<i>leibliche Eltern</i>	140 (93.3)
	<i>andere</i>	10 (6.7)
Schulabschluss	<i>Hauptschule</i>	59 (40.1)
	<i>Realschule</i>	41 (27.9)
	<i>Gymnasium</i>	39 (26.5)
	<i>andere</i>	8 (5.4)
Berufstätigkeit	<i>Vollzeit</i>	42 (28.4)
	<i>Teilzeit</i>	59 (39.9)
	<i>Hausfrau/-mann</i>	34 (23.0)
	<i>andere</i>	13 (8.8)
Familienstand	<i>Verheiratet</i>	95 (63.8)
	<i>Getrennt/geschieden</i>	40 (26.8)
	<i>andere</i>	14 (9.4)
Erziehungsstatus	<i>alleinerziehend</i>	43 (30.5)
Psychische Probleme	<i>ja</i>	36 (24.5)
In Behandlung	<i>ja</i>	59 (40.1)

Die Kinder der an der Studie teilnehmenden Eltern waren zu Beginn der Untersuchung im Durchschnitt 13.31 Jahre alt ($SD = 2.90$). Im Gegensatz zu den Eltern war bei den Kindern das Geschlechterverhältnis mit 79 (53.3%) Mädchen und 72 (47.7%) Jungen ausgeglichen. Im soziodemografischen Fragebogen wurde auch nach der Anzahl der Geschwister der in Behandlung befindlichen Kinder gefragt. Im Schnitt hatten die Patienten 1.50 ($SD = 1.08$) Geschwister.

Betrachtet man die Verteilung der Patienten ($n = 151$) auf die einzelnen Stationen der Klinik, so finden sich folgende Zahlen: 78 (51.7%) Kinder waren auf der Kinderstation, 57 (37.7%) auf der Jugendstation und 16 (10.6%) auf der Intensivstation in Behandlung.

Im Durchschnitt befanden sich die Kinder und Jugendlichen 53.20 Tage ($SD = 29.45$) in stationärer Behandlung. Die drei häufigsten während des Aufenthalts festgestellten

Hauptdiagnosen waren die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1; $n = 29$, 19.2%), die Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2; $n = 25$, 16.6%) und die Anorexia nervosa (ICD-10 F 50.0; $n = 18$, 11.9%). Weitere Hauptdiagnosen werden im Anhang 5 tabellarisch dargestellt. Der durchschnittliche Intelligenzquotient betrug 103.32 ($SD = 13.04$).

Wie bereits erwähnt, bestanden die Untersuchungstermine aus der Beantwortung eines Fragebogenpakets und der Teilnahme an einer videografierten Eltern-Kind-Interaktion, für die die Teilnehmer eine separate Einverständniserklärung gaben. Von den 151 Probanden der Stichprobe 1 nahmen insgesamt 123 (81.5%) an dieser Interaktions-Aufgabe teil. Etwa ein Fünftel ($n = 28$, 18.5%) lehnte die Videoaufzeichnung ab.

4.2.2.4 Stichprobe 2

Insgesamt nahmen 103 Probanden an allen drei Messzeitpunkten teil. Die Daten dieser Teilnehmer wurden für die Evaluation des Elterntrainings herangezogen. Von den 103 Eltern befanden sich 57 (55.3%) in der EG und 46 (44.7%) in der KG. Das Geschlechterverhältnis betrug 86 (83.5%) Frauen zu 17 Männern (16.5%).

Die teilnehmenden Eltern waren im Durchschnitt 43.72 Jahre alt ($SD = 6.71$). In der EG lag der Altersschnitt bei 44.14 ($SD = .76$), in der KG bei 43.18 ($SD = 1.16$). Hinsichtlich des Erziehungsstatus verhielt es sich ähnlich wie in Stichprobe 1. In 83 (81.4%) von 102 Fällen nahm die leiblich Mutter und in 13 (12.7%) der leibliche Vater an der Studie teil. Adoption- bzw. Pflegeeltern machten mit vier (3.9%) Teilnehmern einen geringen Anteil aus; ebenso die Stiefeltern ($n = 2$, 2.0%).

Bei der Frage nach dem höchsten Schul- bzw. Bildungsabschluss lagen von 100 Eltern die Daten vor. Ein (1.0%) Elternteil besuchte eine Förderschule, 40 (40.0%) die Hauptschule, 29 (29.0%) die Realschule und 30 (30.0%) das Gymnasium. Zur aktuellen Berufstätigkeit machten 101 Personen Angaben. Etwa ein Viertel ($n = 26$, 25.7%) der Studienteilnehmer gab an, in Vollzeit berufstätig zu sein; 46 (45.5%) waren in Teilzeit beschäftigt. Hausfrau/ -mann waren 23 (22.8%) Teilnehmer.

Methodisches Vorgehen

Im Hinblick auf den Familienstand ergibt sich eine ebenfalls mit Stichprobe 1 ähnliche Verteilung. Hierzu hatten 101 Teilnehmer Angaben gemacht. Davon gaben 69 (68.3%) an, verheiratet zu sein; 21 (20.8%) waren geschieden oder lebten getrennt. Verwitwet waren drei Teilnehmer (3.0%). Ledig mit oder ohne Partner waren drei (3.0%) bzw. eine (1.0%) Person. Zum Erziehungsstatus lagen von 97 Befragten Antworten vor. Hiervon gaben 24 (24.7%) Probanden an, ihr Kind bzw. ihre Kinder alleine zu erziehen. Dagegen beschrieben sich 73 (75.3%) als nicht alleinerziehend.

Betrachtet man hier die Vorerfahrungen mit einem Elterntaining, so gaben 16 (15.7%) von 102 Eltern an, schon einmal an einem Elterntaining teilgenommen zu haben. Der Großteil ($n = 86$, 84.3%) verneinte dies jedoch. Bezüglich der Vorerfahrung mit einem Elterntainings ist die gruppenspezifische Betrachtung interessant. In der EG hatten fünf von 57 Eltern (8.8%) im Vorfeld schon einmal an einem Elterntaining teilgenommen, während der Anteil in der KG mit 11 von 45 Eltern (24.4%) nahezu dreimal so hoch lag.

Tabelle 16 Teilnehmende Eltern: soziodemografische Daten zu Stichprobe 2 getrennt nach EG und KG

		EG	KG	Gesamt
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Geschlecht	<i>weiblich</i>	48 (84.2)	38 (82.6)	86 (83.5)
Elternstatus	<i>leibliche Eltern</i>	54 (94.7)	42 (93.3)	96 (94.1)
	<i>andere</i>	3 (5.3)	3 (6.7)	6 (5.9)
Schulabschluss	<i>Hauptschule</i>	26 (46.4)	14 (31.8)	40 (40.0)
	<i>Realschule</i>	17 (30.4)	12 (27.3)	29 (29.0)
	<i>Gymnasium</i>	13 (23.2)	17 (38.6)	30 (30.0)
	<i>andere</i>	0 (0.0)	1 (2.3)	1 (1.0)
Berufstätigkeit	<i>Vollzeit</i>	15 (26.3)	11 (25.0)	26 (25.7)
	<i>Teilzeit</i>	25 (43.9)	21 (47.7)	46 (45.5)
	<i>Hausfrau/-mann</i>	14 (24.6)	9 (20.5)	23 (22.8)
	<i>andere</i>	3 (5.3)	3 (6.8)	6 (5.9)
Familienstand	<i>Verheiratet</i>	42 (73.7)	27 (61.4)	69 (68.3)
	<i>Getrennt/geschieden</i>	9 (15.8)	12 (27.3)	21 (20.8)
	<i>andere</i>	6 (10.5)	5 (11.4)	11 (10.9)
Erziehungsstatus	<i>alleinerziehend</i>	10 (18.5)	14 (32.6)	24 (24.7)
Psych. Probleme	<i>ja</i>	12 (21.1)	8 (17.8)	20 (19.6)
In Behandlung	<i>ja</i>	19 (33.3)	18 (40.0)	37 (36.3)

Hinsichtlich der Belastung durch psychische Beschwerden beantworteten jeweils 102 Teilnehmer die Frage nach einer psychischen Erkrankung und nach einer aktuellen oder früheren Therapie aufgrund psychischer Probleme. Dabei zeigte sich folgendes Bild: Knapp ein Fünftel ($n = 20$, 19.6%) der Personen gab zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt oder im Vorfeld eine psychische Erkrankung an. Knapp doppelt so viele ($n = 37$, 36.3%) berichteten, schon einmal wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen zu sein.

Einen Überblick über die wichtigsten soziodemografischen Daten der teilnehmenden Eltern getrennt nach EG und KG gibt Tabelle 16.

Da die Stichprobe 2 zur Evaluation von „Plan E“ herangezogen wurde, interessierte hier zudem auch die Retentionsrate. Als Retentionsrate wird die Zahl bzw. der Prozentsatz der teilgenommenen Trainingssitzungen in der EG bezeichnet. Die Anwesenheit der Teilnehmer am Training wurde für die vorliegende Untersuchung von einem der beiden Trainer jeweils protokolliert. Die Probanden, die der EG zugelost wurden, nahmen im Durchschnitt an 4.53 ($SD = .78$) Sitzungen bzw. Modulen von „Plan E“ teil. 51 Eltern (89.5%) nahmen an mindestens vier der fünf Sitzungen des Trainings teil. Die genaue Teilnahmequote kann Tabelle 17 entnommen werden. Es zeigt sich, dass die große Mehrheit der Probanden der EG an allen Modulen von „Plan E“ teilgenommen hat. In etwa jedes zehnte Elternteil (10.5%) nahm jedoch an drei und weniger Modulen teil.

Tabelle 17 EG: Teilnahmequote bei den Sitzungen von "Plan E"

Anzahl Sitzungen	<i>n</i>	%	Kumulierte %
0	0	0.0	0.0
1	0	0.0	0.0
2	2	3.5	3.5
3	4	7.0	10.5
4	13	22.8	33.3
5	38	66.7	100

Hinsichtlich der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen findet sich ein ähnliches Bild wie in Stichprobe 1. Das Durchschnittsalter lag bei 13.57 ($SD = 2.92$). Das Geschlechterverhältnis war mit 54 (52.4%) Mädchen und 49 (47.6%) Jungen ausgeglichen. Im Durchschnitt hatten die Patienten 1.40 ($SD = 1.07$) Geschwister.

Betrachtet man die Verteilung der Patienten ($n = 103$) auf die einzelnen Stationen, so fanden sich folgende Zahlen: 52 (50.5%) Kinder waren auf der Kinderstation, 41 (39.8%) auf der Jugendstation und 10 (9.7%) auf der Intensivstation in Behandlung. Im Durchschnitt befanden sich die Kinder und Jugendlichen 53.35 Tage ($SD = 30.51$) in stationärer Behandlung. Hinsichtlich der während des Aufenthalts festgestellten Hauptdiagnosen fanden sich folgende drei am häufigsten: Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2; $n = 18$, 17.5%), Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1; $n = 15$, 14.6%) und Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0; $n = 15$, 14.6%). Es fand sich somit hinsichtlich der Diagnosen ein gemischtes Bild mit sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Störungen. Für die Häufigkeit der weiteren Hauptdiagnosen sei auf den Anhang 6 hingewiesen. Der durchschnittliche Intelligenzquotient betrug 104.85 ($SD = 12.84$).

In Stichprobe 2 wurde untersucht, ob sich die EG und KG hinsichtlich der hier berichteten soziodemografischen Variablen bzw. Informationen signifikant voneinander unterscheiden. Durchgeführte T-Tests bzw. χ^2 -Tests ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit Ausnahme der Variable „Vorerfahrung mit einem anderen Elterntraining“ ($\chi^2(1, n = 102) = 4.670$, $p < 0.05$). Demnach ist der Anteil der Eltern, die bereits an einem Elterntraining teilgenommen hatten, in der KG mit 24.4% größer als in der EG (8.8%).

Für die Auswertung der Eltern-Kind-Interaktion wurden die Probanden mit ihren Kindern bei der Bearbeitung einer gemeinsamen Aufgabe (siehe Kapitel 4.2.5.5) gefilmt, wenn das Einverständnis der Beteiligten vorlag. Von den 103 Probanden von Stichprobe 2 lagen von 55 (53.4%) Videos zu allen drei Messzeitpunkten vor. Davon gehörten 31 der EG und 24 der KG an. Von 48 (46.4%) Teilnehmern wurden die Videoaufzeichnungen bzw. dazugehörigen Aufgaben teilweise oder ganz abgelehnt.

Nach der Vorstellung der Untersuchungsstichproben wird in den folgenden Abschnitten auf die unabhängige Variable, Aspekte des Datenschutzes und ethische Gesichtspunkte sowie die abhängigen Variablen näher eingegangen.

4.2.3 Unabhängige Variable

Die unabhängige Variable in der vorliegenden Studie stellt die Intervention (Elternteraining „Plan E – Eltern stark machen!“) dar. Wie bereits beschrieben wurde, wurden die Eltern per Zufallsentscheid der EG oder der KG zugeordnet. Formale und inhaltliche Aspekte des Trainings wurden bereits in Kapitel 2.6 dargestellt, weshalb an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet wird.

4.2.4 Datenschutz und Ethik

Die Datenerfassung erfolgte pseudonymisiert, freiwillig und unter Einbeziehung der zuständigen Ethikkommission. Alle teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und deren Eltern wurden ausführlich über Ziele, Methoden und Ablauf der Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und stimmten der Teilnahme zu („Informed Consent“, siehe Anhang 3). Alle Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass eine Nicht-Teilnahme bzw. ein Abbruch keine negativen Konsequenzen für die weitere Behandlung in der Klinik hat. Für die Durchführung der Videoaufzeichnung gaben die Eltern jeweils eine gesonderte Einverständniserklärung ab. Aus ethischen Gesichtspunkten wurde den Probanden der KG eine Teilnahme am Elternteraining nach Beendigung der Studienteilnahme (nach der Follow-Up-Messung) ermöglicht.

4.2.5 Abhängige Variablen - Erhebungsinstrumente

Es wurde mit der vorliegenden Arbeit versucht, das Ausmaß der psychischen Belastung der Kinder und deren Eltern sowie die Wirksamkeit des Elternterainings „Plan E“ in unterschiedlichen Bereichen und durch unterschiedliche Methoden zu erfassen. Zunächst soll die Erfassung der soziodemografischen Daten dargestellt werden. Im Anschluss werden die Instrumente zur Erfassung des kindlichen Problemverhaltens vorgestellt. Ausführungen zur Erhebung des elterlichen Erziehungsverhaltens, der psychischen Befindlichkeit der Eltern bzw. deren Partnerschaftszufriedenheit folgen. Schließlich wird die standardisierte Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung dargestellt. Für alle Verfahren werden exemplarisch zudem einzelne Items vorgestellt. Die vollständige Darstellung der Instrumente mit den

dazugehörigen Materialien findet sich im Anhang 2. Einen Überblick über die erfassten Themenbereiche bzw. eingesetzten Verfahren bietet Tabelle 18.

Tabelle 18 Übersicht über die abhängigen Variablen

Bereich	Verfahren
Verhalten/Probleme des Kindes	Child Behavior Checklist (CBCL) Fragebogen zur Stärken und Schwächen (SDQ) Familien-Interaktions-Beobachtungssystem (FIBS)
Erziehungsverhalten der Eltern	Erziehungsfragebogen (EFB) Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE) Familien-Interaktions-Beobachtungssystem (FIBS)
Emotionale Befindlichkeit der Eltern	Depression-Angst-Stress-Skala (DASS) Fragebogen zur Beurteilung der Zweierbeziehung (FBZ-K)

4.2.5.1 Soziodemografische und persönliche Daten der Eltern und Kinder

Die sozioökonomischen Daten der Familien wurden über einen selbstentwickelten Fragebogen erfasst (Anhang 1). Dieser wurde lediglich zum ersten Messzeitpunkt dem teilnehmenden Elternteil vorgelegt. Für den überwiegenden Teil der Fragen standen zur Beantwortung entsprechende Antwortkategorien zur Verfügung. Zunächst wurden Angaben zum an der Studie teilnehmenden Elternteil erfasst. Die Items umfassten u.a. folgende Bereiche: Geschlecht, Beziehung zu dem Kind (z.B. leibliche Mutter), Alter bei Geburt und aktuelles Alter, Schulabschluss, Berufstätigkeit, Familienstand, Fragen zu einem möglichen Migrationshintergrund, Vorerfahrungen mit Elterntrainings, eventuelle psychische Erkrankungen und Medikamenteneinnahme. Im nächsten Abschnitt wurden, falls vorhanden, Angaben zum Lebenspartner des teilnehmenden Elternteils ermöglicht. Diese betrafen folgende Bereiche: Beziehung zum Kind, Alter, Vorerfahrung mit Elterntrainings, Schulabschluss, Beruf, eventuelle psychische Erkrankungen und Medikamenteneinnahme.

Der nächste Abschnitt widmete sich dem Kind des teilnehmenden Elternteils, welches sich zum Erhebungszeitraum in der KJP Würzburg befand. Hier wurden Geschlecht, Alter, Kindergarten-/Schulbesuch und gemeinsam verbrachte Zeit erfragt. In den letzten beiden Abschnitten wurden Fragen zur Familie und der aktuellen Lebenssituation vorgelegt. Diese betrafen u.a. folgende Bereiche:

Geschwister, wichtige Bezugspersonen, finanzielle Situation und aktuelle Belastungsfaktoren.

Zudem konnte auf während des Klinikaufenthalts erhobene diagnostische Daten zurückgegriffen werden (Ergebnisse von Intelligenztests, Diagnosen, Aufenthaltsdauer etc.). Entlassdiagnosen des stationären Aufenthalts wurden wie andere für die Studie relevante Informationen bei Entlassung der Basisdokumentation entnommen und wurden nach ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991) kodiert.

Nach der Beantwortung der Fragen zum soziodemografischen Hintergrund erfolgte beim ersten Messzeitpunkt ein Fragebogenpaket mit den im Folgenden dargestellten Erhebungsinstrumenten. Beim Post- und Follow-Up-Zeitpunkt wurden den Eltern direkt die standardisierten Fragebögen vorgelegt.

4.2.5.2 Erfassung des Problemverhaltens des Kindes

Zur Erfassung des Problemverhaltens des Kindes wurden zwei Fragebögen eingesetzt, die sowohl bei epidemiologischen, entwicklungspsychologischen und klinischen Studien als auch in der klinischen Praxis sehr häufig zum Einsatz kommen (Goodman & Scott, 1999). Es handelt sich dabei um die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist/8-14 (Achenbach, 1991; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) und die deutsche Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997; Goodman & Scott, 1999; Klasen et al., 2000; Woerner et al., 2002). Untersuchungen, die sich mit den unterschiedlichen Informationsquellen zur Erfassung kindlicher Verhaltensprobleme beschäftigen, liefern Hinweise dafür, dass Eltern die wichtigste Informationsquelle für Therapeuten und die Diagnostik darstellen, weshalb hier auf Elternbefragungen zurückgegriffen wurde (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Gravierende Unterschiede zwischen Beurteilungen durch Mütter und Väter ergeben sich in der Regel nicht. Eine Metaanalyse mit 60 eingeschlossenen Studien (Duhig, Renk, Epstein, & Phares, 2000) weist darauf hin, dass mittlere Übereinstimmungen zwischen den Elternurteilen (Mutter versus Vater) bei internalisierenden und hohe Übereinstimmungen hinsichtlich externalisierender Auffälligkeiten bzw. der Gesamtproblematik der Kinder

bestehen, womit sich Elternfragebögen als probates Mittel für Forschung und klinische Arbeit erweisen.

Child Behavior Checklist (CBCL)

Die CBCL ist ein Elternfragebogen zur Erfassung des Verhaltens von Kindern und Jugendliche von vier bis 18 Jahren und setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil umfasst Items zu psychosozialen Kompetenzen des Kindes. Im zweiten Teil werden dagegen Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und körperlichen Beschwerden des Kindes quantitativ erfasst. Bei der Evaluation von „Plan E“ kam ausschließlich der zweite Teil zum Einsatz. Anhand insgesamt 120 Items beurteilen Eltern auf einer dreistufigen Skala (0 = „nicht zutreffend“, 1 = „etwas/manchmal“, 2 = „genau/häufig“) verschiedene Verhaltensaspekte ihres Kindes. Der Beurteilungszeitraum umfasst die letzten sechs Monate. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Eltern aufgrund des Studiendesigns mit Prä-, Post- und Follow-Up-Erhebung jedoch instruiert, die aktuelle Situation zu beurteilen. Die Items können zu acht sogenannten Syndromskalen zusammengefasst werden: „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich/Depressiv“, „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. Die acht Syndromskalen wurden wiederum aufgrund von Faktorenanalysen in drei Gruppen bzw. übergeordnete Skalen zusammengefasst: „internalisierende Auffälligkeiten“, „externalisierende Auffälligkeiten“ und „gemischte Auffälligkeiten“. Zudem kann ein Gesamtwert gebildet werden. Mit der CBCL wird also ein breites Spektrum an Verhaltensauffälligkeiten erfasst. Hohe Resultate sprechen für das Vorhandensein vieler bzw. starker Verhaltensauffälligkeiten.

Bei mehr als acht fehlenden Antworten (mit Ausnahme von Items 2, 4, 56h und 113) führt der Elternfragebogen zu nicht inhaltlich sinnvoll verwertbaren Resultaten. Um den Wert für die internalisierenden Auffälligkeiten zu berechnen werden die Items der Syndromskalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Ängstlich/Depressiv“ zusammengefasst. Die Items der Syndromskala „Sozialer Rückzug“ erfassen z.B., ob ein Kind lieber alleine sein möchte, sich weigert zu sprechen oder verschlossen und schüchtern ist. Auf der Syndromskala „Körperliche Beschwerden“

werden verschiedene somatische Symptome, wie beispielsweise Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Übelkeit erfasst. Die Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“ misst sowohl allgemeine Ängstlichkeit und Nervosität, als auch Einsamkeit, soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmungen.

Die Items der beiden Syndromskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ bilden den Wert der externalisierenden Auffälligkeiten. Verhaltensweisen wie Weglaufen, mangelndes Schuldbewusstsein, Lügen, Schuleschwänzen, Stehlen oder Drogenmissbrauch bilden die Syndromskala „Dissoziales Verhalten“. Zur Syndromskala „Aggressives Verhalten“ zählen beispielsweise Items zu Ungehorsam, Bedrohungen anderer, körperliche Auseinandersetzungen oder Affektlabilität.

Zu den gemischten Auffälligkeiten zählen die Syndromskalen „Schizoid/Zwanghaft“, „Soziale Probleme“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“.

Das international sehr weit verbreitete Verfahren CBCL wurde nicht nur ins Deutsche übersetzt sondern auch anhand deutschsprachiger Stichproben auf seine psychometrischen Gütekriterien hin überprüft (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Klasen et al., 2000). Für die Rohwertsummen bestehen altersspezifische Normen (vier- bis elfjährige und zwölf- bis 18-jährige). T-Werte ≥ 70 gelten auf den Syndromskalen als klinisch auffällig. Den Grenzbereich zwischen auffälligem und unauffälligem Verhalten bilden T-Werte zwischen 67 und 70. Für den Gesamtwert und die übergeordneten Skalen der internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten liegt der klinische Cut-off-Wert dagegen bei einem T-Wert von 63, während der Übergangsbereich als T-Wert von 60 bis 63 definiert ist. In der vorliegenden Arbeit werden für die Einschätzung des Schweregrads der Verhaltensauffälligkeiten der untersuchten Kinder und Jugendlichen die T-Werte der CBCL angegeben; bei den anderen Analysen werden dagegen die Rohwerte der CBCL verwendet. Hintergrund ist die bessere Differenzierungsfähigkeit der Rohwerte bei extremen Symptomausprägungen.

In verschiedenen internationalen Arbeiten sowie Studien an deutschen Stichproben ergaben sich hinsichtlich der Gütekriterien zufriedenstellende Werte. Die Überprüfung der Reliabilität der deutschen Übersetzung der CBCL ergaben für den Gesamtscore und die beiden Skalen externalisierendes und internalisierendes

Verhalten interne Konsistenzen von Cronbachs $\alpha > .85$ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

Weiterhin weist die CBCL eine ausreichende konvergente Validität auf. Ein Vergleich der deutschen Version der CBCL mit der deutschen Elternversion des SDQ ergab höchstsignifikante Korrelationen ($p \leq .001$) von .82 für den Gesamtwert an einer klinischen Stichprobe von 163 Kindern (Klasen et al., 2000). Ähnlich hohe Korrelationen zwischen CBCL- und SDQ-Gesamtwert ($r = .87$) fanden sich auch an Stichproben im englischsprachigen Bereich (Goodman & Scott, 1999).

Überprüfungen der diskriminativen Validität mithilfe sogenannter „receiver operating characteristics“ (ROC) und „areas under the curve“ (AUC) weisen auf zufriedenstellende Ergebnisse hin. In verschiedenen Studien wurden Kindern mit hohem Risiko für Verhaltensauffälligkeiten mit solchen verglichen, die ein niedriges Risiko aufwiesen. Sowohl in englischen (Goodman & Scott, 1999) als auch deutschen Stichproben (Klasen et al., 2000) konnte der CBCL-Gesamtwert gut zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern trennen ($AUC = .92$ bzw. $.87$).

Durchführungs-, Auswertungs- sowie Interpretationsobjektivität können aufgrund standardisierter Instruktionen und Auswertehilfen als gegeben vorausgesetzt werden.

Die CBCL wurde in vielen verschiedenen klinischen, epidemiologischen und entwicklungspsychologischen Untersuchungen eingesetzt und beispielsweise zur Überprüfung von Elterntrainings oder der normativen Entwicklung von kindlichem Problemverhalten (Bongers, Koot, Ende, & Verhulst, 2003) durchgeführt und kann somit als international anerkanntes Instrument zur Erfassung emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bezeichnet werden.

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) wurde mittlerweile in über 40 Sprachen übersetzt. Die deutsche Version ist der Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes (SDQ). Der SDQ stellt ein kurzes Screening mit 25 Items dar, anhand derer das Verhalten, die Emotionen und Beziehungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren erfasst werden. Der

Beurteilungszeitraum umfasst die letzten sechs Monate bzw. das aktuelle Schuljahr. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Eltern gebeten, das aktuelle Verhalten des Kindes einzuschätzen.

Die Items des SDQ wurden anhand nosologischer Konzepte und Faktorenanalysen selektiert. So wurden beispielsweise mit den fünf Items der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität“ die Symptom-Trias Unaufmerksamkeit (zwei Items), Hyperaktivität (zwei Items) und Impulsivität (ein Item) der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 bzw. der ADHS nach DSM-IV abgebildet. Es liegen Versionen für Eltern, Lehrer und die Kinder selbst (für elf- bis 16-jährige) vor. In der vorliegenden Arbeit wurde die Fremdbeurteilung durch die Eltern verwendet. Auf einer dreistufigen Antwortskala (0 = „nicht zutreffend“, 1 = „teilweise zutreffend“, 2 = „eindeutig zutreffend“) werden verschiedene positive und negative Eigenschaften des Kindes beurteilt. Die Items können fünf Skalen zugeordnet werden: „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“. Jede Skala setzt sich hierbei aus fünf Items zusammen. Zur Bildung der Skalenwerte werden die Items der einzelnen Skalenwerte addiert. Für die Berechnung des Gesamtrohwerts (Gesamtproblemwert) werden die Items der ersten vier Skalen addiert. Die Rohwerte können sich also pro Skala zwischen 0 und 10 und für den Gesamtproblemwert zwischen 0 und 40 bewegen. Hohe Werte beim Gesamtwert und bei den Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ sprechen für vermehrtes problematisches Verhalten. Hohe Werte auf der Skala „Prosoziales Verhalten“ sprechen für erhöhtes positives Verhalten, wie beispielsweise Rücksicht und Hilfsbereitschaft.

Die Skala „Emotionale Probleme“ erfasst beispielsweise Symptome wie Niedergeschlagenheit, Nervosität, geringes Selbstvertrauen, Ängste und Sorgen. Wutanfälle, Streitigkeiten mit Gleichaltrigen sowie boshafes oder widerwilliges Verhalten gegenüber Erwachsenen werden durch die Skala „Verhaltensauffälligkeiten“ ermittelt. In die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität“ fließen Verhaltensweisen wie Ablenkbarkeit, Unkonzentriertheit, impulsives Verhalten, Abfall in der Ausdauer und motorische Unruhe ein. Die Items der Skala „Probleme mit Gleichaltrigen“ erfassen unter anderem das Bestehen von

guten Freundschaften, die Beliebtheit bei anderen sowie mögliche Hänseleien durch Gleichaltrige.

Anhand einer repräsentativen Feldstichprobe wurde für den deutschsprachigen Raum eine Normierung vorgenommen (Woerner et al., 2002). Die dabei ermittelten Rohwertintervalle für unauffällige, grenzwertige und auffällige Werte der fünf Skalen sowie des Gesamtproblemwertes werden in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19 Einteilung der SDQ-Rohwerte nach Woerner et al. (2002)

Skala	SDQ-Deu		
	unauffällig	grenzwertig	auffällig
1) Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
2) Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10
3) Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität	0-5	6	7-10
4) Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
5) Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4
Gesamtproblemwert (1-4)	0-12	13-15	16-40

Internationale Studien belegen eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität des Verfahrens. Bezüglich der Internen Konsistenz zeigt sich für die den Gesamtwert ein Cronbachs α von .76 in einer großen schwedischen Studie (Goodman & Scott, 1999). Cronbachs α liegt für die Subskala „Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität“ bei .75, für „Prosoziales Verhalten“ bei .70, für „Emotionale Probleme“ bei .61, für „Verhaltensprobleme“ bei .54 und für „Probleme mit Gleichaltrigen“ bei .51. Eine Überprüfung an einer deutschsprachigen Stichprobe ergab weder auf den fünf Subskalen, noch auf der Gesamtskala ein Cronbachs α unter .70 (Klasen et al., 2000; Woerner et al., 2002). Die Retest-Reliabilität liegt für den Gesamtrohwert bei .85 (Goodman & Scott, 1999).

Der Vergleich des SDQ mit analogen Skalen der CBCL zur Ermittlung der konvergenten Validität ergab diesbezüglich höchstsignifikante Korrelationen ($p \leq 0.001$), die teilweise im vorherigen Abschnitt bereits erwähnt wurden (Goodman & Scott, 1999). Weiterhin finden sich hohe Korrelationen zwischen dem SDQ und dem Elternfragebogen nach Rutter (1967), der ebenfalls verschiedene Problembereich bei Kindern und Jugendlichen abfragt. Hinsichtlich des Gesamtscores fand sich hier eine Korrelation von .88 (Goodman, 1997). Überprüfungen der diskriminativen Validität zeigten ebenfalls zufriedenstellende Resultate sowohl bezüglich des Gesamtwerts

als auch für die einzelnen Skalen. In einer deutschsprachigen Untersuchungspopulation konnte der SDQ-Gesamtwert beispielsweise gut zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern trennen ($AUC = .91$).

Aufgrund standardisierter Durchführung, Auswertung und Interpretation kann die Objektivität als gegeben vorausgesetzt werden.

Wie die CBCL ist auch der SDQ ein häufig eingesetztes und international anerkanntes Instrument zur Erfassung emotionaler Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (Bettge, Ravens-Sieberer, Wietzker & Hölling, 2002).

Neben dem Ausmaß der psychischen Probleme der Kinder und Jugendlichen interessierten in der vorliegenden Arbeit auch Faktoren der elterlichen Erziehung. Erhebungsinstrumente hierzu werden im kommenden Abschnitt vorgestellt.

4.2.5.3 Elterliche Erziehung

Zur Einschätzung der elterlichen Erziehung bzw. zur Selbstbeurteilung der Eltern wurden zwei Verfahren gewählt, die in vielen verschiedenen internationalen und deutschsprachigen Untersuchungen zum Einsatz kamen. Beide Verfahren wurden vor allem sehr häufig in Evaluationsstudien von Elterntrainings eingesetzt (z.B. Hanisch et al., 2006; Sanders et al., 2000). Während es beim Erziehungsfragebogen (EFB) für Eltern (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993; Miller, 2001) um die Einschätzung des eigenen Erziehungsverhaltens in verschiedenen Problemsituationen geht, werden im Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE) (Johnston & Mash, 1989; Miller, 2001) eher Erziehungskognitionen erfasst.

Erziehungsfragebogen (EFB)

Der EFB ist die deutsche Übersetzung (Miller, 2001) der Parenting Scale (PS) (Arnold et al., 1993). Das englischsprachige Original wurde entwickelt, um dysfunktionale Erziehungspraktiken von Eltern zu identifizieren. Es werden sehr verhaltensnahe Reaktionen der Eltern auf hypothetische Situationen im Familienalltag erfasst. Der Fragebogen beschreibt in 35 Items Möglichkeiten von elterlichem Erziehungsverhalten bei problematischem Verhalten des Kindes. Alle

Items sind zweipolig formuliert und ermöglichen eine Einschätzung auf einer siebenstufigen Antwortskala; die Endpunkte beschreiben effektive bzw. ineffektive Arten von Erziehungsverhalten in einer vorbeschriebenen Situation. Beispiele für Items wären „Wenn mein Kind sich unangemessen verhält...unternehme ich gleich etwas dagegen.“ (= 1) versus „...gehe ich später darauf ein.“ (= 7) oder „Ich bin eine Mutter/ein Vater, die/der...Grenzen setzt und meinem Kind sagt, was erlaubt ist und was nicht.“ (= 1) versus „...mein Kind tun lässt, was es will.“ (= 7). Die Eltern sollen dabei auf der Skala diejenige Zahl ankreuzen, die ihrem Erziehungsverhalten in den letzten beiden Monaten am ehesten entspricht. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Eltern explizit gebeten, das aktuelle Verhalten einzuschätzen.

Die Antworten lassen sich zu den drei Skalen „Nachsichtigkeit/Nachgiebigkeit“ („laxness“), „Überreagieren“ („overreactivity“) und „Weitschweifigkeit“ („verbosity“) sowie zu einem Gesamtwert zusammenfassen. Die Skala „Nachsichtigkeit“ erfasst unangemessen permissives Erziehungsverhalten. Eltern, die hier hohe Werte erreichen, geben schneller nach oder achten wenig auf die Einhaltung von Regeln. Zu der Skala „Überreagieren“ zählen elterliche Reaktionen wie z.B. das Zeigen von Ärger und Wut. Hohe Ausprägungen auf diese Skala sprechen zudem auch für eine übermäßige Reizbarkeit. Unter „Weitschweifigkeit“ wird beispielsweise übermäßig langes Reden, Verhandeln oder Schimpfen verstanden. Für die Interpretation des Gesamtwerts gilt: je höher der erreichte Wert, desto ungünstiger ist das erzieherische Verhalten.

Überprüfungen der psychometrischen Gütekriterien ergaben eine interne Konsistenz von Cronbachs α von .84 für die Gesamtskala. Für die Subskalen fanden sich dagegen folgende Werte der internen Konsistenz: „Nachgiebigkeit“ .83, „Überreagieren“ .82 und „Weitschweifigkeit“ .63 (Arnold et al., 1993). Bezüglich der Test-Retest-Reliabilität finden sich ähnliche Resultate: Gesamtwert .84, „Nachgiebigkeit“ .83, „Überreagieren“ .82 und „Weitschweifigkeit“ .79. Die Daten wurden allerdings anhand einer relativ kleinen englischsprachigen Stichprobe ($n = 168$) von Müttern mit Kinder im Kindergartenalter erhoben. Deutschsprachige Untersuchungen finden für die Gesamtskala meist interne Konsistenzen um $\alpha = .80$ (Hanisch et al., 2006; Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006; Miller, 2001).

Zur Erfassung der konvergenten Validität wurden Ergebnisse der PS auch mit Verhaltensbeobachtungen von Müttern in verschiedenen Erziehungssituationen (z.B.

Kind soll neues Spielzeug aufräumen) verglichen (Arnold et al., 1993). Zwischen dem Gesamtergebnis der PS und der generellen Beurteilung dysfunktionaler Erziehungsstrategien durch die Verhaltensbeobachtung ergab sich eine Korrelation von $r = .73$ ($p < .01$). Zur Feststellung der diskriminativen Validität wurden Mütter mit bekannten Erziehungsproblemen mit Müttern ohne bekannte erzieherische Schwierigkeiten verglichen. Mittelwertvergleiche wiesen auf hoch signifikante Unterschiede ($p < .01$) bezüglich des Gesamtwerts und dem Wert der Subskala „Überreagieren“ hin. Einen signifikanten ($p < .05$) Unterschied fand man hinsichtlich der Subskala „Nachgiebigkeit“. Anhand des Resultats der Unterskala „Weitschweifigkeit“ ließ sich die klinische und nicht-klinische Gruppe in der oben genannten Studie jedoch nicht unterscheiden.

Eine ausreichende Objektivität kann beim EFB aufgrund der standardisierten Durchführung, Auswertung und Interpretation als gegeben vorausgesetzt werden.

Aufgrund des häufigen Einsatzes in diversen internationalen und nationalen Studien und der zufriedenstellenden Gütekriterien kann der EFB als probates Mittel gesehen werden, Erziehungsverhalten von Eltern in konkreten Situationen zu erfassen. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass im EFB hauptsächlich Disziplinsituationen und das angemessene Reagieren auf Problemsituationen erfasst werden, während Erziehungsfaktoren wie Wärme, Entwicklungsförderung, Responsivität etc. nicht erfasst werden. Zudem wurde der EFB eher für Eltern von Kindern im Vorschul- und Grundschulalter entwickelt.

Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)

Der Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE) ist die deutsche Fassung der Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) (Johnston & Mash, 1989) und wurde von einer Arbeitsgruppe der Technischen Universität Braunschweig übersetzt (Miller, 2001). Der FKE dient zur Erhebung bestimmter Kognitionen der Eltern bezüglich der Erziehung und der elterlichen Selbstwahrnehmung. Das Selbstbeurteilungsverfahren besteht aus insgesamt 16 Items, bei denen die Eltern ihre Zustimmung zu bestimmten Aussagen auf einer sechsstufigen Antwortskala (1 = „stimme völlig zu“ bis 6 = „stimme überhaupt nicht zu“) geben. Die Antworten können den Skalen „Zufriedenheit mit der Elternrolle“ (z.B. mit Items zum Ausmaß an

Frustration, Versagensgefühlen und Motivation) und „Selbstwirksamkeit in der Erziehung“ (z.B. mit Items zur Erfassung des Kompetenzgefühls, der Problemlösefähigkeit) zugeordnet werden. Zudem kann ein Gesamtwert berechnet werden. Hohe Werte sprechen für ein hohes elterliches Selbstwertgefühl. Die Skala „Zufriedenheit“ („satisfaction“) stellt eine eher affektive Komponente (Johnston & Mash, 1989) dar und erfasst Ängste der Eltern sowie elterliche Frustrationen (Beispiel-Item: „Manchmal habe ich das Gefühl, nichts auf die Reihe zu bekommen.“). Die Skala „Selbstwirksamkeit“ („efficacy“) ist dagegen eine eher kognitive Dimension (Johnston & Mash, 1989), die Kompetenz, Problemlösefertigkeiten etc. erfasst (Beispiel-Item: „Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen.“). Die Berechnung der einzelnen Skalenwerte, wie auch die des Gesamtwertes erfolgen durch Summierung der entsprechenden Items.

Johnston und Mash (1989) überprüften die Faktorenstruktur und die Gütekriterien des Fragebogens an einer Stichprobe von nahezu 300 Familien mit Kindern zwischen vier und neun Jahren. Faktorenanalysen konnten die zwei Faktoren „Zufriedenheit“ und „Selbstwirksamkeit“ in der englischen Originalversion bestätigen. Berechnungen der internen Konsistenz ergaben ein Cronbachs $\alpha = .79$ für den Gesamtwert und $\alpha = .75$ und $.76$ für die Skalen „Zufriedenheit“ bzw. „Selbstwirksamkeit“ (Johnston & Mash, 1989). Überprüfungen der Reliabilität anhand einer deutschen Stichprobe ergaben eine interne Konsistenz von $\alpha = .76$ für die Gesamtskala, $\alpha = .76$ für die Subskala „Zufriedenheit“ und $\alpha = .70$ für die Subskala „Selbstwirksamkeit“; weiterhin fand sich in dieser Untersuchung ebenfalls die oben genannte Faktorenstruktur (Miller, 2001).

Korrelationen mit der CBCL ergaben hoch signifikante negative Zusammenhänge des FKE-Gesamtwerts mit dem Ausmaß psychischer Auffälligkeiten des Kindes (CBCL: internalisierende Störungen $r = -.31$, externalisierende Störungen $r = -.38$, gesamt $r = -.40$, jeweils $p < .01$) (Miller, 2001).

Eine ausreichende Objektivität kann beim FKE aufgrund der standardisierten Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeit als gegeben vorausgesetzt werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Kurzversion des FKE mit zwölf Items verwendet. Bei dieser Version wird die konzeptionelle Struktur der Originalversion beibehalten. Die beiden Subskalen „Selbstwirksamkeit“ und „Zufriedenheit“ setzen sich jeweils aus sechs Items zusammen.

Der PSOC bzw. FKE gilt als globales Maß zur Erfassung des elterlichen Selbstwerts bzw. des elterlichen Kompetenzgefühls (Miller, 2001) und fand in unterschiedlichen internationalen und nationalen Evaluationsstudien zu Elterntrainings bereits Anwendung (z.B. Hanisch et al., 2006; Sanders et al., 2000), weshalb er auch für die vorliegende Arbeit geeignet erschien.

Neben Variablen im Hinblick auf die Verhaltensprobleme der Kinder und erzieherisches Verhalten bzw. Selbstverständnis wurde auch die Belastung bzw. Zufriedenheit der Eltern erfasst. Die beiden Instrumente, die diesbezüglich Anwendung fanden, werden im Folgenden dargestellt.

4.2.5.4 Psychische Befindlichkeit und Partnerschaftszufriedenheit der Eltern

Zur Untersuchung der psychischen Befindlichkeit, der Partnerschaftszufriedenheit sowie der Wirksamkeit des Elterntrainings „Plan E“ auf die emotionale Verfassung der Eltern wurden zwei standardisierte Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Beide Verfahren waren bereits mehrfach auch im Zusammenhang mit der Evaluation von Elterntrainings im Einsatz (z.B. Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006), so dass die Fragebögen als etabliert und in der Wirksamkeitsforschung von Elterntrainings als verbreitet betrachtet werden können.

Depression-Angst-Stress-Skala (DASS)

Aus ökonomischen Gründen wurde versucht, verschiedene emotionale Qualitäten der elterlichen Befindlichkeit mittels eines Verfahrens zu erfassen. Hierzu bot sich die Depression-Angst-Stress-Skala (Köppe, 2001) an, bei der es sich um die ins Deutsch übersetzte Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1993) handelt. Die DASS besteht aus 42 Items, die negative emotionale Zustände beschreiben. Dabei werden sowohl depressive Symptome („depression“),

angstassoziiertes Befinden („anxiety“) als auch Stressempfinden („stress“) abgefragt; jeweils 14 Items bilden eine der genannten Subskalen. Die Probanden sollen auf einer vierstufigen Skala (von 1 = „nie“ bis 4 = „sehr oft“) angeben, wie sehr bzw. wie häufig sie in den letzten zwei Wochen unter solchen Symptomen litten. In der vorliegenden Untersuchung sollten die Eltern die aktuelle Befindlichkeit einschätzen. Die Items der Skala „Depression“ erfassen u.a. das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, das Ausmaß an niedrigem positivem Affekt, Verlust von Selbstvertrauen und Interesse. Die „Angstskala“ erfasst u.a. psychovegetative Reaktionen, Furcht und Sorgen, während die „Stressskala“ Symptome wie Irritabilität, Anspannung und Nervosität abfragt. Die Skalen bzw. Faktorenstruktur wurden zumindest in englischsprachigen Arbeiten mehrfach in verschiedenen Faktorenanalysen bestätigt (Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997; Lovibond & Lovibond, 1995). Die Skalenwerte werden durch das Aufsummieren der entsprechenden 14 Werte gebildet. Die Spanne der möglichen Resultate bewegt sich pro Skala zwischen 14 und 56. Weiterhin lässt sich ein Gesamtwert für alle 42 Items bilden, der ein Maximum von 168 annehmen kann. Hohe Werte sprechen für eine hohe emotionale Belastung. Beispiel-Items finden sich in Tabelle 20.

Tabelle 20 Beispiel-Items der deutschen Version der DASS (Köppe, 2001)

Skala	Beispiel-Item
Depression	„In der letzten Zeit fühlte ich mich deprimiert/niedergeschlagen.“
Angst	„In der letzten Zeit hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst.“
Stress	„In der letzten Zeit war ich ständig in einem nervös-angespannten Zustand.“

Bezüglich der Reliabilität berichten die Autoren für die Normierungsstichprobe ($n = 2914$) folgende interne Konsistenzen für die einzelnen Skalen: „Depression“ $\alpha = .91$, „Angst“ $\alpha = .84$ und „Stress“ $\alpha = .90$ (Lovibond & Lovibond, 1993). Die Gütekriterien wurden zudem auch an klinischen Stichproben überprüft, wo sich ähnliche Resultate bezüglich der Reliabilität zeigten (Brown et al., 1997). An einer Stichprobe mit über 400 Patienten mit psychischen Auffälligkeiten ergaben sich folgende Resultate: „Depression“ $\alpha = .96$, „Angst“ $\alpha = .89$ und „Stress“ $\alpha = .93$. Überprüfungen an einer deutschsprachigen Stichprobe mit mehr als 800 Studienteilnehmern (Köppe, 2001) ergaben etwas höhere interne Konsistenzen als in der Normierungsstichprobe von Lovibond & Lovibond (1995). Bezüglich des Gesamtwerts ergab sich ein $\alpha = .96$; bei

den Subskalen wurden folgende Ergebnisse erzielt: „Depression“ $\alpha = .92$, „Angst“ $\alpha = .86$, „Stress“ $\alpha = .91$.

Zudem wurden auch die konvergente und diskriminative Validität des Verfahrens an verschiedenen Stichproben überprüft. An einer Stichprobe von über 700 australischen Studenten wurden die DASS mit dem Depressionsinventar (BDI) (Beck & Steer, 1987) und dem Angstinventar (BAI) (Beck & Steer, 1990) verglichen (Lovibond & Lovibond, 1995). Die Angstskala der DASS korrelierte in dieser Studie mit $r = .81$ ($p < .01$) mit dem Resultat des BAI. Die Depressionsskala der DASS korrelierte mit $r = .74$ ($p < .01$) mit dem BDI. Anhand einer klinischen Stichprobe wurden erneut Korrelationen zwischen den DASS und anderen klinischen Verfahren berechnet (Brown et al., 1997). Zwischen der Depressionsskala der DASS und dem BDI fand sich hier eine Korrelation von $r = .75$ ($p < .01$). Die Angstskala der DASS und der BAI korrelierten mit $r = .83$ ($p < .01$).

Eine ausreichende Objektivität kann beim DASS aufgrund der standardisierten Durchführung, Auswertung und Interpretation angenommen werden.

Die Autoren der englischsprachigen Originalversion der DASS nahmen je Subskala zudem eine Schweregradeinteilung vor, die auch auf die deutsche Fassung übertragbar ist (Köppe, 2001; Lovibond & Lovibond, 1995). Je nach Studie bzw. Überarbeitung der DASS existieren Versionen mit Antwortmöglichkeiten auf einer vierstufigen Skala von 1 („nie“) bis 4 („sehr oft“) oder auf einer vierstufigen Skalierung von 0 („nie“) bis 3 („sehr oft“) wodurch sich unterschiedliche Cut-Off-Werte für die Schweregradeinteilung ergeben. Entsprechend der in der vorliegenden Studie verwendeten Skalierung von 1 bis 4 ergibt sich die in Tabelle 21 dargestellte Schweregradeinteilung in Anlehnung an Köppe (2001) und Lovibond & Lovibond (1995).

Tabelle 21 Schweregradeinteilung der Symptomatik nach Subskalen des DASS in Anlehnung an Köppe (2001) und Lovibond & Lovibond (1995)

Schweregrad	Depression	Angst	Stress
Unauffällig	14 - 23	14 - 21	14 - 28
Leicht	24 - 27	22 - 23	29 - 32
Mäßig	28 - 34	24 - 28	33 - 39
Schwer	35 - 41	29 - 33	40 - 47
Sehr schwer	> 41	> 33	> 47

Die DASS stellt ein in nationalen und internationalen Studien eingesetztes Verfahren mit zufriedenstellenden Gütekriterien dar und bietet die Möglichkeit, auf ökonomische Art und Weise, Symptome bzw. Belastungen aus drei Bereichen (Depression, Angst, Stress) zu erfassen.

Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (FBZ)

In der vorliegenden Studie wurde zur Überprüfung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft der Eltern der Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung als Kurzform (FBZ-K) eingesetzt (Köppe, 2001), insofern das teilnehmende Elternteil in einer Partnerschaft lebte. Es handelt sich dabei um die deutsche Übersetzung der Abbreviated Dyadic Adjustment Scale (ADAS) (Sharpley & Rogers, 1984). Der FBZ-K kam bereits in verschiedenen Evaluationsstudien von Elterntrainings zum Einsatz (Feldmann et al., 2007; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et al., 2008; Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006; Heinrichs & Krüger et al., 2006).

Der FBZ-K besteht aus sieben Items und umfasst die Übereinstimmung der Partner bezüglich der Weltanschauung, wichtiger Dinge/Ziele und des Ausmaßes an gemeinsam verbrachter Zeit (Items 1 – 3). Dabei wird die Übereinstimmung der Partner in den drei Bereichen durch die befragte Person auf einer sechsstufigen Skala angegeben (0 = „immer uneinig“, bis 5 = „immer einig“). Weitere drei Items (Items 4 – 6) beschreiben positive partnerschaftliche Verhaltensweisen (Beispiel-Item: „Wie oft diskutieren Sie in Ruhe miteinander?“), deren Häufigkeit ebenfalls auf einer sechsstufigen Skala beurteilt werden soll (0 = „nie“ bis 5 = „öfter als einmal am Tag“). Abschließend wird gefragt, für wie glücklich die Partnerschaft insgesamt eingeschätzt wird (0 = „sehr unglücklich“ bis 5 = „sehr glücklich“). Alle Items können zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden, so dass dieser Werte zwischen 0 als Minimum und 35 als Maximum annehmen kann. Nach der australischen Version (Sharpley & Rogers, 1984) weisen Gesamtwerte unter 17 Punkten auf eine niedrige Partnerschaftszufriedenheit hin; Gesamtwerte mit mehr als 22 Punkten sprechen für eine durchschnittliche bis hohe Zufriedenheit. Der Bereich dazwischen gilt als grenzwertig.

Eine Überprüfung der Reliabilität der englischsprachigen Originalversion ergab ein Cronbachs α von .96 für die Langform und ein $\alpha = .76$ für die Kurzversion. Weiterhin

eignete sich die englischsprachige Kurzversion, zwischen zusammenlebenden, getrennten und geschiedenen Partnern zu unterscheiden (Sharpley & Rogers, 1984), was für eine gute diskriminative Validität spricht. Die deutschsprachige Kurzversion des Fragebogens zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (FBZ-K) weist hinsichtlich des Gesamtergebnisses eine zufriedenstellende interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .82$) auf (Hahlweg, Heinrichs, Bertram et al., 2008; Miller, 2001).

Eine ausreichende Objektivität kann beim FBZ-K aufgrund der standardisierten Durchführung, Auswertung und Interpretation angenommen werden. Aufgrund der einfachen Anwendbarkeit und der raschen Durchführungsmöglichkeit, ist der FBZ-K ein sehr ökonomisches Verfahren zur Erfassung der Partnerschaftsqualität.

Neben der Informations- bzw. Datenerfassung per Fremd- bzw. Selbstbeurteilungsverfahren wurde bei der vorliegenden Arbeit auch eine standardisierte Verhaltensbeobachtung durchgeführt. Das dafür verwendete Instrument sowie das Vorgehen in der Eltern-Kind-Interaktions-Situation wird im nächsten Abschnitt vorgestellt.

4.2.5.5 Interaktionsbeobachtung

Zur Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion wurde im Rahmen der Untersuchungstermine zu allen drei Messzeitpunkten eine Verhaltensbeobachtung durchgeführt, die mittels des Familien-Interaktions-Beobachtungssystem (FIBS) (Bertram et al., 2009; Bertram, Saßmann & Thiele, 2004) ausgewertet wurde. Das FIBS ist die deutsche Übersetzung des Family Observation Schedule (FOS-R-III) (Sanders, Waugh, Tully & Hynes, 1996); es handelt sich um ein mikroanalytisches Kodiersystem.

Wie alle Beobachtungsverfahren, hat auch das FIBS zum Ziel, das Verhalten einer Person oder mehrerer Personen und deren Interaktion durch definierte Beobachtungskategorien und Beobachtungszeiträume zu analysieren. Die englischsprachige Version FOS-R-III sowie seine Vorgängerversionen kamen in vielen Studien zu Elterntrainings zum Einsatz (z.B. Dadds & Sanders, 1992; Hawes & Dadds, 2006; Morawska & Sanders, 2006; Roberts, Mazzucchelli, Studman & Sanders, 2006; Sanders et al., 2000), so dass es als verbreitetes

Beobachtungssystem gelten kann. Das Verfahren wurde im Rahmen der Evaluation des Elternprogramms Triple P (Positive Parenting Program) in Australien entwickelt (Sanders, 1999; Sanders et al., 1996). Die dritte, überarbeitete Version, die auch ins Deutsche übersetzt wurde, bietet eine differenzierte Kodierung positiver und negativer Eltern- und Kindverhaltensweisen. Der FOS-III-R wurde ursprünglich für Eltern-Kind-Interaktionen mit Kindern bis zu zwölf Jahren entworfen.

Das FIBS erfasst eine Vielzahl positiver und negativer Eltern- und Kindverhaltensweisen bzw. Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion, die getrennt voneinander kodiert werden. Insgesamt bestehen 17 Kategorien, die sich in acht Elternkategorien und neun Kinderkategorien einteilen lassen. Bei fünf Elternkategorien besteht sowohl eine positive als auch negative Ausprägung (z.B. positiver versus negativer Körperkontakt); die restlichen drei Kategorien werden entweder als positiv oder negativ eingeordnet (z.B. Lob). Die neun Kinderkategorien haben jeweils eine eindeutige Valenz. Die einzelnen Kategorien sind in Tabelle 22 dargestellt. Insgesamt lassen sich vier Globalkategorien bilden (positives Elternverhalten E+, negatives Elternverhalten E-, positives Kindverhalten K+, negatives Kindverhalten K-).

Tabelle 22 Globalkategorien der FIBS nach Bertram et al. (2009)

	positiv	negativ
Elternverhalten	Lob (L) Zuwendung (Z) Körperkontakt + (KK+) Fragen + (F+) Genauere Anweisung + (GA+) Vage Anweisung + (VA+) Aufmerksamkeit + (AU+)	Körperkontakt - (KK-) Fragen - (F-) Genauere Anweisung - (GA-) Vage Anweisung - (VA-) Aufmerksamkeit - (AU-) Unterbrechungen zulassen (U)
Kindverhalten	Beschäftigung (B) Angemessene Kommunikation (AK) Zuwendung (Z)	Ungehorsam (UG) Widerstand (W) Unterbrechen (U) Aversiver Körpereinsatz (AK) Aversive Forderungen (AF) Quengeln (QU)

Sanders et al. (1996, 2000) berichten als Inter-Rater-Übereinstimmung einen Kappa-Wert (κ) von .73 für das Elternverhalten und .74 für das Kindverhalten. In einer anderen Untersuchung, bei der der FOS-R-III zum Einsatz kam, fanden sich $\kappa = .85$

für K+ und $\kappa = .82 - .83$ für K-. Die Inter-Rater-Übereinstimmung hinsichtlich E+ lag bei $\kappa = .73 - .90$ und bei $\kappa = .79$ für E- (Roberts et al., 2006).

Das FIBS wurde auch im Rahmen zweier randomisierter, kontrollierter Präventionsstudien psychischer Auffälligkeiten von Kindergartenkindern im deutschsprachigen Raum auf seine Gütekriterien überprüft (Bertram et al., 2009). Dabei wurden eine unauffällige und eine auffällige Gruppe von Kindern und deren Mütter untersucht. Bezüglich der Reliabilität fand sich in der ersten Stichprobe eine Übereinstimmung bezüglich des Elternverhaltens mit $\kappa = .78$; beim Kindeverhalten ergab sich ein Wert von $\kappa = .84$. In der Stichprobe mit den auffälligen Kindern wurden die positiven und negativen Verhaltensweisen getrennt betrachtet. Hier fanden sich folgende Übereinstimmungsmaße: E+: $\kappa = .94$, K+: $\kappa = .93$, E-: $\kappa = .16$, K-: $\kappa = .69$. Das negative Elternverhalten (K-) ist demnach in der deutschen Übersetzung als unzureichend reliabel einzuschätzen, während die anderen Bereiche zufriedenstellende Werte aufweisen.

Zur Prüfung der Kriteriumsvalidität wurden die Resultate mit dem EFB verglichen. Ungünstiges Erziehungsverhalten (EFB-Gesamtwert) korrelierte positiv mit E- ($r = .10, p < .05$) und K- ($r = .11, p < .05$) und negativ mit K+ ($r = -.16, p < .01$) im FIBS, wobei die Korrelationen eher als schwach einzustufen sind. Zur Bestimmung der diskriminativen Validität wurde die Untersuchungsstichprobe anhand der CBCL in auffällige (Skala externalisierendes Verhalten T-Wert > 60) und unauffällige Kinder unterteilt. Mit Ausnahme der Kategorie E+ fanden sich in allen anderen Globalkategorien signifikante Unterschiede in die erwarteten Richtungen. Eltern von Kindern mit externalen Auffälligkeiten zeigten z.B. mehr negatives Elternverhalten. In verschiedenen Evaluationsstudien erwies sich das FIBS als änderungssensitiv (Bertram et al., 2009; Hanisch et al., 2006; Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006).

Neben der Vorstellung des Beobachtungsinstrumentes FIBS soll an dieser Stelle zudem kurz auf den Ablauf und die Rahmenbedingungen der Eltern-Kind-Interaktion bei der vorliegenden Untersuchung eingegangen werden. Die Interaktion zwischen Elternteil und Kind wurde in der vorliegenden Studie im Rahmen der Untersuchungstermine jeweils gegen Ende (nach Bearbeitung des Fragebogenpakets durch das Elternteil) durchgeführt (siehe auch Kapitel 4.2.1). Zielsetzung der Eltern-Kind-Interaktion war die Bearbeitung einer durch den

Untersucher vorgegebenen spielerischen Rätselaufgabe. Hierzu wurde in Anlehnung an Bertram et al. (2009), wo eine „Lego-Aufgabe“ durchgeführt werden sollte, Aufgaben aus dem Nikitin® Spielmaterial „Geowürfel“ (siehe Anhang 7) vorgegeben. Das Spielmaterial wurde gewählt, da es Aufgaben ab dem Alter von vier Jahren bietet, aber aufgrund verschiedener Schwierigkeitsstufen auch für ältere Jugendliche geeignet ist. Das Kind und das Elternteil wurden instruiert, eine oder mehrere geometrische Figuren anhand einer Abbildung zu bauen. Ziel war die gemeinsame Bewältigung einer oder mehrerer Aufgaben. Für die Bewältigung der Aufgabe wurden insgesamt fünf Minuten eingeplant. Danach erhielt das Elternteil seitens des Untersuchers ein Signal, woraufhin die Aufgaben beendet und das Material aufgeräumt werden sollte. Hierbei wurden die Eltern vorab instruiert, die Beendigung der Aufgabe einzuleiten und das Kind beim Aufräumen anzuleiten. Hierfür stand zeitlich eine Minute zur Verfügung. Während der gesamten Interaktionsaufgabe waren beide Untersucher als stille Beobachter im Hintergrund anwesend. Schriftliche Aufzeichnungen wurden während der Eltern-Kind-Interaktion nicht vorgenommen. Jedes Video wurde seitens der Untersucher mit einem Code hinsichtlich Teilnehmer, Untersuchungsbedingung und Messzeitpunkt verschlüsselt. Für die mikroanalytische Kodierung mithilfe des FIBS wurde die gesamte Interaktion (sechs Minuten) auf Video aufgezeichnet.

Die Kodierung der videografierten Eltern-Kind-Interaktion mittels des FIBS erfolgte durch drei unabhängige Rater (Psychologie-Studenten im Hauptstudium). Die Rater waren blind gegenüber der experimentellen Bedingung (EG versus KG) und dem Messzeitpunkt (Prä-, Post- Follow-Up-Messung). Es wurde sichergestellt, dass die Rater weder die Patienten noch deren Eltern kannten. Zudem wurden die Videos nach dem Zufallsprinzip so auf die Rater aufgeteilt, dass jeder Beobachter pro Eltern-Kind-Paar nur jeweils eine Interaktion/einen Messzeitpunkt auswerten musste, damit nicht durch mehrmaliges Rating einer Familie Rückschlüsse auf den Messzeitpunkt (z.B. vor oder nach dem Elterntraining) gezogen werden konnten. Für das Rating wurden die Beobachter instruiert, das Video zum Beurteilen in Abschnitte von jeweils zehn Sekunden zu segmentieren (Time-Sampling, insgesamt 36 Intervalle/Sequenzen). Für die Beurteilung des Eltern-/Kindverhaltens der jeweiligen Sequenz standen den Ratern die oben genannten Kategorien zur Verfügung. Hierzu standen den Beobachtern auch Kodierbeispiele und Operationalisierungen (Bertram et al.,

2004) zur Verfügung. Die Kodierungen wurden von den Ratern einzeln durchgeführt. Exemplarisch ist in Anhang 8 ein Ratingbogen abgebildet.

Die Rater wurden gemeinsam anhand von drei Trainingsvideos und dem Manual zur deutschen Übersetzung des FOS-III-R (Bertram et al., 2004) geschult. Anhand der Trainingsvideos wurde zunächst in der Gruppe auf die unterschiedlichen Kategorien und Operationalisierungen hingewiesen. Im Anschluss übten die Beobachter einzeln die Zuordnung der beobachteten Verhaltensweisen zu den jeweiligen Kategorien. Diese wurden abschließend in einer Gruppensupervision ausgewertet. Nach Abschluss des Ratertrainings wurden den Beobachtern die jeweiligen Videos zugeteilt. In Einzelsupervisionstreffen der Beobachter mit einem erfahrenen Rater wurden schwierig zu beurteilende Situationen besprochen bzw. Fragen zur Kodierung geklärt. Zur Sicherung der Qualität der Kodierung wurden abschließend 20 zufällig ausgewählte Videos einem zusätzlichen unabhängigen Rater zur Beurteilung vorgelegt. Die doppelt beurteilten Videos wurden zur Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität herangezogen. Um die Inter-Rater-Reliabilität bestimmen zu können, wurden Korrelationskoeffizienten (nach Pearson) hinsichtlich der Ergebnisse in den Globalkategorien (E+, E-, K+, K-) berechnet. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 23. Wie bei der bereits oben genannten Untersuchung von Bertram et al. (2009) war in der Kategorie E- eine unzureichende Reliabilität feststellbar. Diese Kategorie wurde daher bei den Auswertungen der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt.

Tabelle 23 Inter-Rater-Reliabilität: Korrelative Zusammenhänge der Ratings

Globalkategorie	Korrelationskoeffizient (r)	Signifikanz (p)
Positives Elternverhalten	.74	< .01
Negatives Elternverhalten	.27	.26
Positives Kindverhalten	.89	< .01
Negatives Kindverhalten	.86	< .01

Insgesamt ist das FOS-R III bzw. FIBS ein verbreitetes Instrument, welches u.a. bei der Evaluation des Triple P-Programms zum Einsatz kam und differenziert nach positivem und negativem Eltern- bzw. Kindverhalten Aufschlüsse über die Eltern-Kind-Interaktion zulässt. Durch seine guten Reliabilitätskennwerte (mit Einschränkungen hinsichtlich des negativen Elternverhaltens), die zufriedenstellenden Resultate bezüglich der Validität und der Verbreitung in den

bereits genannten Studien wurde das Instrument für die Evaluation von „Plan E“ gewählt.

4.3 Statistisches Vorgehen

Im Folgenden werden die statistischen Verfahren kurz beschrieben, die bei den einzelnen Fragestellungen bzw. der Auswertung der Daten zum Einsatz kamen. Zunächst wird auf die Untersuchung der Randomisierung und des Dropouts eingegangen. In den weiteren Abschnitten werden die statistischen Verfahren der jeweiligen Hypothesen- und Fragenkomplexe vorgestellt. Die Analysen wurden mithilfe der Statistiksoftware IBM Statistics SPSS 21.0 durchgeführt. Grundsätzlich gilt für alle Untersuchungen, sofern nicht anders erwähnt, ein Signifikanzniveau von fünf Prozent. Wurden innerhalb eines bestimmten Fragenkomplexes oder Konstrukts mehrere Tests an derselben Stichprobe durchgeführt, so wurde zur Vermeidung einer Alpha-Fehler-Kumulierung das globale α -Niveau nach Bonferroni-Holm adjustiert (siehe auch Anhang 10) (Holm, 1979).

4.3.1 Randomisierung und Dropout

Bei der Untersuchung der Randomisierung und des Dropouts wurden Mittelwertvergleiche zwischen intervallskalierten Variablen der EG und KG bzw. der Gruppe der Studienabbrecher und Nicht-Abbrecher durchgeführt. Bei der Untersuchung von Unterschieden zwischen zwei Gruppen wurde bei intervallskalierten Daten auf T-Tests für unabhängige Stichproben zurückgegriffen. Der T-Test prüft Unterschiede der Mittelwerte zweier Stichproben. Statistische Voraussetzungen für die Durchführung stellen die Normalverteilung und Varianzhomogenität der Grundgesamtheiten dar. Da der T-Test bei gleichgroßen und großen Stichproben ($n > 30$) sehr robust gegenüber Verletzungen seiner Voraussetzungen ist (Bortz, 2005) und in der vorliegenden Arbeit in allen Fällen die notwendige Stichprobengröße von $n > 30$ erreicht wurde, war eine Überprüfung der Normalverteilung obsolet. Ob die Stichproben homogene Varianzen aufwiesen, wurde mit dem Levene-Test untersucht, der gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme relativ unempfindlich ist. Wies der Levene-Test der

Varianzgleichheit ein signifikantes Resultat auf, so wurden die T-Werte, Freiheitsgrade und p-Werte entsprechend korrigiert. Effektstärken wurden nach Cohens´ d (Cohen, 1988) dargestellt, wonach ein $d = 0.2$ einen kleinen Effekt, $d = 0.5$ einen mittleren und $d = 0.8$ einen starken Effekt indizieren. Hierzu wurde der Mittelwertunterschied durch die gepoolte Standardabweichung dividiert.

Des Weiteren wurden Verteilungsunterschiede zwischen der EG und KG bzw. zwischen der Gruppe der Probanden, die nur am ersten Messzeitpunkt teilgenommen hatten, und der Gruppe der Teilnehmer, die an allen drei Messzeitpunkten anwesend waren, untersucht. Aufgrund der kategorialen bzw. nominalskalierten Daten kamen hier χ^2 -Tests zum Einsatz. Voraussetzung des χ^2 -Tests ist, dass jede untersuchte Einheit eindeutig einer der Merkmalsalternativen zugeordnet werden kann. Zudem sollten die erwarteten Häufigkeiten nicht kleiner als zehn sein bzw. weniger als 20% aller Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner als fünf aufweisen (Bortz, 2005). Zudem darf keine Zelle eine erwartete Häufigkeit kleiner eins haben. Diese Bedingungen sind in der vorliegenden Arbeit erfüllt.

Mit dem Ziel, eventuelle Prädiktoren für einen Studienabbruch zu identifizieren wurde in Kapitel 5.1.2 zur Dropout-Analyse zudem eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die abhängige Variable bzw. das Kriterium bildete das dichotome Merkmal Studienabbruch (ja versus nein). Als Prädiktoren sollten diejenigen Variablen eingehen, bei denen sich innerhalb der Dropout-Analyse (siehe Kapitel 5.1.2) statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Studienabbrecher und Nicht-Abbrecher ergaben. Verteilungsannahmen sind für die logistische Regressionsanalyse nicht erforderlich. Zudem gilt das Verfahren als sehr robust. Die weiteren Modellvoraussetzungen sind ähnlich den Beschreibungen der multiplen Regression im kommenden Kapitel, weshalb an dieser Stelle auf die entsprechenden Schilderungen verwiesen wird. Insgesamt wurde für die Berechnung der logistischen Regression eine geeignete Stichprobengröße erreicht.

4.3.2 Erster Hypothesenkomplex

Zur Beschreibung des Ausmaßes der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und der emotionalen Belastung der Eltern wurden als deskriptive Maße die jeweiligen

Mittelwerte (M) mit dazugehörigen Standardabweichungen (SD) berichtet. Zudem wurden bei bestimmten Fragestellungen Antworthäufigkeiten bzw. kategoriale Zuordnungen in Prozent angegeben. Bei der Beantwortung der Frage, ob sich bestimmte nominalskalierte Daten in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter (Kinder versus Jugendliche) unterschiedlich verteilen, wurden χ^2 -Tests eingesetzt (siehe Kapitel 4.3.1).

Um die Zusammenhänge der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder mit der psychischen Belastung der Eltern (H3a + H3b) bzw. dem Ausmaß an dysfunktionalem Erziehungsverhalten (H4a + H4b) zu untersuchen, wurden bivariate Korrelationen nach Pearson berechnet. Der Koeffizient der Pearson's Produkt-Moment-Korrelation gibt Aufschluss über die Stärke des Zusammenhangs zweier intervallskalierter Variablen. Aufgrund entsprechender Vorbefunde und der gerichteten Hypothesen wurde hier einseitig getestet. Zur Einschätzung der Stärke des Zusammenhangs wurde die Einteilung nach Tabelle 24 verwendet (Zöfel, 2003). Zudem wurde aus den jeweiligen Regressionskoeffizienten r die Determinationskoeffizienten r^2 berechnet, die den Anteil der gemeinsamen Varianz, der auf den linearen Zusammenhang zurückgeführt werden kann, bestimmen.

Tabelle 24 Einstufung der Korrelationskoeffizienten (Zöfel, 2003)

Korrelationskoeffizient*	Einstufung
$r \leq 0.2$	Sehr geringe Korrelation
$0.2 < r \leq 0.5$	Geringe Korrelation
$0.5 < r \leq 0.7$	Mittlere Korrelation
$0.7 < r \leq 0.9$	Hohe Korrelation
$0.9 < r \leq 1$	Sehr hohe Korrelation

* gilt für positive wie negative Werte

Eine theoretische Voraussetzung für die Berechnung der Produkt-Moment-Korrelation ist, dass die Variablen in der Population bivariat normalverteilt sind. Diese Voraussetzung ist jedoch praktisch nicht überprüfbar. Als Annäherung hierzu wird gelegentlich überprüft, ob jede der beiden Variablen jeweils für sich normalverteilt ist. Dieses Vorgehen ist allerdings nicht notwendig, da der Signifikanztest für Korrelationen robust gegenüber Verletzungen der Verteilungsannahme ist (Bortz, 2005). Um eine Produkt-Moment-Korrelation sinnvoll berechnen zu können werden laut van Wilton Voorhis & Morgan (2007) in etwa 50 Fälle benötigt, was in der vorliegenden Arbeit erfüllt wurde. Der Einfluss möglicher Drittvariablen wurde durch die Berechnung partieller Korrelationen untersucht.

Zur Untersuchung von Mittelwertunterschieden hinsichtlich der elterlichen Belastung bzw. des Erziehungsverhaltens zwischen verschiedenen Gruppen wurden univariate Varianzanalysen berechnet. Die wichtigsten Voraussetzungen sind hier die Normalverteilung der Daten und die Varianzhomogenität. Das Vorliegen der Voraussetzung einer Normalverteilung der abhängigen Variablen, d.h. der Skalen und Gesamtwerte der Fragebögen, können mit dem Shapiro-Wilk-Test geprüft werden. Allgemein gilt jedoch, dass die Varianzanalyse gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme recht robust ist, weshalb auch bei nicht bestehender Normalverteilung hier auf die Berechnung einer univariaten ANOVA zurückgegriffen wurde. Die Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft. Im Falle des Vergleichs der Mittelwerte der DASS wurde dieser Test signifikant, weshalb hier nicht von einer Varianzhomogenität ausgegangen werden konnte; dagegen erwiesen sich hier die Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests als nicht signifikant. Es wurde dennoch auf das parametrische Verfahren der Varianzanalyse zurückgegriffen, da in etwa gleich große Stichprobengrößen in den Gruppen vorhanden waren. Beim EFB ergab der Levene-Test kein signifikantes Resultat.

Für die Untersuchung des Mittelwertunterschieds hinsichtlich des Erziehungsverhaltens (EFB) zwischen den Gruppen mit hoher und niedriger psychischer Belastung (DASS) wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Für die Einteilung der Teilnehmer in die Gruppe mit hoher bzw. niedriger Belastung wurden anhand der Rohdaten der DASS ein Mediansplit (*Median* = 72) durchgeführt; die Werte wurden danach dichotomisiert (DASS-Gesamtwert > 72 bzw. < 72). Probanden mit einem DASS-Gesamtwert von 72 wurden per Losverfahren einer der beiden Gruppe zugeordnet.

Bei der Fragestellung nach der Vorhersagbarkeit verschiedener Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion durch verschiedene Prädiktoren (H5a – H5c) kamen jeweils multiple Regressionsanalysen mit Einschussverfahren (Enter-Methode) zum Einsatz. Die Einteilung in die Prädiktorvariablen (Symptomatik des Kindes, psychisches Befinden der Eltern, Erziehungsverhalten, Partnerschaftsqualität) und das Kriterium (Verhalten des Kindes/des Elternteils in einer gemeinsamen Interaktion) erfolgte aufgrund des oben geschilderten theoretischen Hintergrunds. Hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wurde aufgrund der starken Korrelation zwischen CBCL und SDQ nur eine der beiden Variablen (SDQ) eingesetzt, um eine

Multikollinearität zu vermeiden. Insgesamt wurden somit vier Prädiktoren untersucht. Laut Brace, Kemp & Snelgar (2006) ist hierzu mindestens eine Stichprobengröße von 40 erforderlich (Mindestteilnehmerzahl = $m * 10$; m = Anzahl der Prädiktoren); nach Tabachnick & Fidell (2001) sollten bei vier Prädiktoren sogar mindestens 108 Probanden (Mindestteilnehmerzahl = $(m * 8) + 50$ oder $m + 104$; Entscheidung für die größere Zahl) für die Untersuchung herangezogen werden; die genannten Voraussetzungen wurden in der vorliegenden Arbeit erfüllt.

Ziel der Regressionsanalyse war ein Regressionsmodell, aus dem sich das Verhalten des Kindes bzw. des Elternteils bei gemeinsamer Bearbeitung einer bestimmten Aufgabe (siehe Kapitel 4.2.5.5) vorhersagen lässt. Hierzu wurden sowohl das Gesamtmodell auf Signifikanz geprüft als auch die Koeffizienten der Regressionsgleichung berechnet, welche Aussagen über die Bedeutung der einzelnen Prädiktoren für die Vorhersage des Kriteriums erlauben. Zur Beurteilung der Güte des Modells und um den Anteil der Varianzaufklärung des Kriteriums zu bestimmen, wurde auf das Bestimmtheitsmaß *adjustiertes R^2* zurückgegriffen. Zwei Voraussetzungen der multiplen Regression sind die fehlende Multikollinearität und die Homoskedastizität. Die Prädiktoren sollen also nicht zu stark korrelieren und die Residuen sollen gleich verteilt sein. Ersteres wurde mithilfe der von SPSS generierten Kollinearitätsstatistik überprüft. Als „Daumenregel“ gilt, dass der Toleranzwert hier nicht unter 0.25 sein und der sogenannte *VIF*-Wert (Varianzinflationsfaktor) nicht 5.0 überschreiten sollte (Urban & Mayerl, 2006). Wie aus Anhang 9 ersichtlich wird, über- bzw. unterschritten die jeweiligen Ergebnisse der Kollinearitätsstatistik nicht die kritischen Werte, so dass nicht von einer Multikollinearität ausgegangen werden musste. Die Homoskedastizität wurde mithilfe von Streudiagrammen (X-Achse: standardisierter geschätzter Wert, Y-Achse: standardisierte Residuen) überprüft, die ebenfalls in Anhang 9 gezeigt werden. Insgesamt konnte bei keinem der Streudiagramme ein eindeutiger Zusammenhang der jeweiligen Variablen beobachtet werden. Weiterhin wird vorausgesetzt, dass die Residuen unkorreliert sind; das bedeutet, dass keine Autokorrelation vorliegt. Diese Annahme kann über die Durbin-Watson-Statistik überprüft werden. Der Durbin-Watson-Koeffizient hat einen Wertebereich von 0 bis 4. Ein Wert von 2 deutet auf das Fehlen einer Autokorrelation hin (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2006). In allen drei Fällen lagen die Koeffizienten relativ nah an 2. Insgesamt wurden somit alle Modelprämissen erfüllt.

4.3.3 Zweiter Hypothesenkomplex

Im zweiten Hypothesenkomplex geht es vor allem um die Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Plan E“. Die Wirksamkeit wurde multimodal erfasst. Es kamen hier zu allen drei Messzeitpunkten Fragebögen zum Einsatz (H6a – H8), die von den Eltern ausgefüllt wurden, sowie eine standardisierte Verhaltensbeobachtung der Eltern-Kind-Interaktion (H9a – H9c). Um die Wirksamkeit von „Plan E“ auf das Verhalten des Kindes (H6a + H6b; CBCL + SDQ), das Erziehungsverhalten der Eltern (H7a; EFB), das elterliche Kompetenzgefühl (H7b; FKE) und die emotionale Belastung der Eltern (H8; DASS) zu überprüfen, wurde jeweils eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (3x2 ANOVA mit Messwiederholung) durchgeführt. Als Innersubjekt- oder within-Faktor ging der Messzeitpunkt (prä, post, follow-up) in die Analyse mit ein; die Gruppenzugehörigkeit zur EG bzw. KG (= unabhängige Variable/UV) bildete den Intersubjektfaktor (between-Faktor). Bei der Auswertung stand vor allem die Interaktion der beiden jeweiligen Faktoren im Vordergrund. Die Ergebnisse auf einem der Messinstrumente (CBCL, SDQ, EFB, FKE, DASS) stellten je nach Fragestellung die abhängigen Variablen dar. Um einer Kumulierung des α -Fehlers vorzubeugen, wurde, wie bereits oben erwähnt, eine Korrektur bzw. α -Adjustierung nach Bonferroni-Holm angewendet, wenn verschiedene Analysen zum gleichen Konstrukt an der gleichen Stichprobe durchgeführt wurden. Die jeweiligen kritischen p -Werte bzw. Berechnungen zur α -Adjustierung sind im Anhang tabellarisch dargestellt (Anhang 10). Ergänzend zu den p -Werten wird jeweils als Maß für die Schätzung der Effektstärke das *partielle* η^2 (Eta-Quadrat) angegeben. Die Effektgröße des *partiellen* η^2 beschreibt den Anteil der durch einen Effekt verursachten Variabilität der Messwerte auf der Stichprobenebene (Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2010b). Dabei gelten Werte von $\eta^2 \geq .01$ als kleine, $\eta^2 \geq .06$ als mittlere und $\eta^2 \geq .14$ als große Effekte; es muss jedoch kritisch bemerkt werden, dass das *partielle* η^2 lediglich ein Schätzer für die „wahre“ Effektstärke η^2 darstellt und gelegentlich den Effekt in der Population überschätzen kann (Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2010a).

Zu den Voraussetzungen für die Durchführung einer ANOVA mit Messwiederholung zählen die Normalverteilung auf den Faktorstufen und Varianzhomogenität. Bei größeren Stichproben ist eine Normalverteilung durch die Wirkung des zentralen Grenzwerttheorems auf alle Fälle gewährleistet. Pro Zelle reichen bereits zehn bis 20

Messwerte für eine ausreichende Wirkung des zentralen Grenzwerttheorems (Stevens, 1999). Diese Bedingung ist in der vorliegenden Arbeit erfüllt. Allgemein gilt laut Stevens (1999), dass der F-Test der Varianzanalyse auch bei kleineren Stichproben robust gegenüber Nicht-Normalität ist; dies kann vor allem bei annähernd gleichem N in den Zellen angenommen werden. Die Homogenität der Varianzen wurde mit dem Levene-Test untersucht. Wenn allerdings die Anzahl der Fälle (N) in den Zellen gleich groß oder annähernd gleich groß sind, d.h. dass in jeder Zelle etwa gleich viele Messwerte sind, hat eine mögliche Inhomogenität keine Bedeutung (Stevens, 1999). Die Daten wurden daher ungeachtet von Verletzungen der oben genannten Voraussetzungen parametrisch analysiert. Bei Messwiederholungs-Designs spielt nach Bortz (2005) zudem vielmehr die Sphärizität eine Rolle. Verletzungen dieser Voraussetzung bringen gravierendere Folgen mit sich als Verletzungen der anderen Voraussetzungen für eine Varianzanalyse (Bortz, 1999). Verletzungen der Sphärizität würden eventuell Entscheidungen für die Alternativhypothese begünstigen und somit zu progressiveren Entscheidungen führen. Die Sphärizität wurde mithilfe des Mauchly-Tests überprüft, der von SPSS automatisch bei Messwiederholungsanalysen ausgegeben wird. Bei einer Verletzung der Annahme der Sphärizität wurden die Freiheitsgrade unter Abschätzung der Sphärizität nach Greenhouse-Geisser korrigiert (Keller, 2003).

Zusätzlich zu den intervallskalierten Daten hinsichtlich des Problemverhaltens der Kinder (CBCL) wurden auch dichotomisierte bzw. kategoriale Ergebnisse analysiert. Die Rohwerte der CBCL-Gesamtskala wurden hierzu in T-Werte umgerechnet und entsprechend der Auswertungs- und Interpretationshinweise der Testmanuals (siehe auch Kapitel 4.2.5.2) in auffällige und nicht auffällige (grenzwertig erhöht + unauffällig) Resultate eingeteilt. Verteilungsunterschiede hinsichtlich der dichotomisierten CBCL-Werte zwischen den Gruppen (EG und KG) wurden mittels Chi²-Tests untersucht (siehe auch Kapitel 4.3.2.). Bei der wiederholten Untersuchung dieses Merkmals an einer Stichprobe (Prä- und Follow-Up-Zeitpunkt) kam wie in vergleichbaren Studien (Hanisch et al., 2006) der McNemar-Test zum Einsatz. Der Chi²-Test konnte hier aufgrund der nicht gegebenen Unabhängigkeit der Beobachtungen nicht angewandt werden. Der McNemar-Test berücksichtigt diejenigen Fälle, bei denen eine Veränderung (hier: z.B. der Wechsel von auffälligem zu nicht auffälligem CBCL-Resultat vom ersten zum letzten Erhebungszeitpunkt) eingetreten ist (Bortz, 2005). Es gelten mit Ausnahme der Unabhängigkeit der

Beobachtungen ähnliche Prämissen wie bei dem einfachen χ^2 -Test; diese können im vorliegenden Fall als erfüllt betrachtet werden.

Weiterhin sollte überprüft werden, ob sich Effekte von „Plan E“ auch in objektiv beobachtbaren Verhaltensänderungen der Kinder und Eltern in Eltern-Kind-Interaktionssituationen zeigen (H9a – H9c). Es wurde eine Zunahme positiver Verhaltensweisen der Kinder bzw. der Eltern und eine Abnahme negativer Verhaltensweisen der Kinder, gemessen mit dem FIBS, erwartet. Zur Beantwortung dieser Hypothesen wurde eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung gerechnet. Eine multivariate Analyse sollte nach Bortz (2005) erfolgen, wenn mehrere abhängige Variable vorliegen, die entweder miteinander korrelieren, abhängig voneinander sind oder Indikatoren eines komplexen Merkmals darstellen. In der vorliegenden Untersuchung gingen als abhängige Variablen die Rohwerte der Probanden auf den Skalen K+, K- und E+ des FIBS in die MANOVA ein. Die Skala E- wurde aufgrund ihrer geringen Interrater-Reliabilität (siehe Kapitel 4.2.5.5) nicht berücksichtigt. Mit der MANOVA wurden sowohl die Wirkung der Faktoren Zeit (prä, post, follow-up) und Gruppe (EG versus KG) als auch deren Interaktion untersucht. Bei der Darstellung der MANOVA wurde die Pillai-Spur (PS) angegeben. Als Voraussetzungen für die MANOVA gelten ebenfalls die Normalverteilung sowie die Varianzhomogenität (siehe oben). Da die Varianzanalyse generell bei größeren Stichproben ($N > 30$) sehr robust gegenüber Verletzungen dieser Voraussetzungen ist (Tabachnick & Fidell, 2001) wurde aufgrund des Messwiederholungsdesigns vor allem die Sphärizität mittels des Mauchly-Tests überprüft. Im Falle eines signifikanten Gesamtmodells sollten für die einzelnen Variablen (K+, K- und E+) schließlich univariate Varianzanalysen berechnet werden.

Als zusätzliche Übersicht zur Einschätzung der Veränderungen der einzelnen abhängigen Variablen vom ersten zum zweiten bzw. letzten Messzeitpunkt wurden zudem T-Tests für abhängige Stichproben berechnet und für statistisch signifikante Mittelwertunterschiede die Intra-Gruppen Effektstärken gemäß den Vorschlägen des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. mit der Formel $ES = (M_{t2} - M_{t1}) / SD_{t1}$ berechnet (Hüppe, 2004); diese sind wie Cohens d (Cohen, 1988) als Maß für die praktische oder klinische Signifikanz interpretierbar. Zudem wurde zur Einschätzung der Effekte der Intervention wie in anderen Studien zu Elterntrainings die Differenz der Intra-Gruppen Effektstärken zwischen EG und KG berechnet, was

gelegentlich in der Literatur auch als Netto-Effektstärke bezeichnet wird (z.B. Heinrichs & Krüger et al., 2006).

5 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt werden. Es werden zunächst Resultate zu der Überprüfung der Randomisierung und den Dropout-Zahlen vorgestellt, bevor die Ergebnisse im Hinblick auf die in Kapitel 3.2 genannten Fragestellungen und Hypothesen berichtet werden.

5.1 Überprüfung der Randomisierung und Dropout-Analyse

Wie bereits in Kapitel 4.2.2 beschrieben, wurden insgesamt 439 Eltern über die vorliegende Studie bei Aufnahme ihres Kindes in die Klinik informiert. 151 der 439 kontaktierten Eltern stimmten letztlich der Teilnahme an der Untersuchung zu, was einer Rekrutierungsrate von 34.4% entspricht. Die Ein- und Ausschlusskriterien bzw. die Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Studie wurden bereits in den Abschnitten 4.2.2.1 und 4.2.2.2 dargestellt.

Vor der Beantwortung der Fragestellungen der beiden Hypothesenkomplexe sollte noch untersucht werden, ob in Stichprobe 2 die Randomisierung zu den beiden Gruppen (EG versus KG) erfolgreich war und ob ein systematischer Dropout stattgefunden hat.

Die Frage nach der Randomisierung und des Dropouts ist bei der Interpretation der in den folgenden Abschnitten berichteten Ergebnisse von Relevanz. Eine erfolgreiche Randomisierung wird hier angenommen, wenn sich EG und KG zum ersten Messzeitpunkt (prä) in den wichtigsten soziodemografischen Daten und abhängigen Variablen nicht statistisch signifikant voneinander unterscheiden. Ersteres wurde bereits bei der Stichprobenbeschreibung (Kapitel 4.2.2) beantwortet. Es fanden sich in Stichprobe 2 keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der wichtigsten soziodemografischen Daten bis auf die Vorerfahrungen mit Elterntrainings. In der KG hatten 24.4% der Eltern bereits an anderen Elterntrainings im Vorfeld teilgenommen, während es in der EG 8.8% waren. In Bezug auf die abhängigen Variablen finden sich die Ergebnisse der Überprüfung der Randomisierung im folgenden Kapitel 5.1.1.

Für die Untersuchung eines möglichen systematischen Dropouts wurde die Gruppe der Probanden, die nur am ersten Messzeitpunkt teilgenommen ($n = 48$) und die Studienteilnahme vorzeitig abgebrochen hatte, verglichen mit der Gruppe der Teilnehmer, die an allen drei Messzeitpunkten anwesend waren ($n = 103$). Ein systematischer Dropout wird angenommen, wenn sich zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der wichtigsten soziodemografischen Daten oder der abhängigen Variablen zum ersten Messzeitpunkt finden lassen. Die Resultate bezüglich möglicher Unterschiede zwischen den Studienabbrechern und Nicht-Abbrechern werden in Abschnitt 5.1.2 präsentiert.

5.1.1 Randomisierung

Die Überprüfung der Randomisierung fand lediglich für die zweite Stichprobe ($n = 103$; Kapitel 4.2.2.4) statt, da anhand dieser Stichprobe die Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Plan E“ durchgeführt wurde. Es handelt sich dabei um die Personen, die zu allen drei Messzeitpunkten an der Studie teilnahmen. Während eine erfolgreiche Randomisierung bei den Fragen von Hypothesenkomplex 1 (Kapitel 3.2.1) keine wesentliche Rolle spielt, ist es bei der Beurteilung der Wirksamkeit der Intervention (Hypothesenkomplex 2, Kapitel 3.2.2) bzw. bei der Interpretation der Ergebnisse von Relevanz, ob sich die EG und KG bereits vor der Intervention hinsichtlich der abhängigen Variablen unterschieden haben. Es wurden im Hinblick auf die abhängigen Variablen jeweils zum ersten Messzeitpunkt T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Tabelle 25 Vergleich der Mittelwerte (M) von CBCL und SDQ zwischen EG und KG (Stichprobe 2), Standardabweichung (SD) in Klammer

	EG $M (SD)$	KG $M (SD)$	t	p (2-seitig)
CBCL-Gesamtrohwert	47.77 (25.60) $n = 57$	52.63 (23.47) $n = 46$	- .993	.323
SDQ-Gesamtproblemwert	15.18 (6.73) $n = 57$	15.89 (7.15) $n = 44$	- .568	.571

Hinsichtlich der Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der EG und KG. Die Mittelwerte

Ergebnisse

sind in Tabelle 25 dargestellt. Somit war die Randomisierung hinsichtlich der Symptombelastung der Kinder erfolgreich.

Auch im Hinblick auf die Elternvariablen Erziehungsverhalten (EFB), elterliches Kompetenzgefühl (FKE) und emotionale Belastung (DASS) fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Lediglich bei der Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K) fand sich ein Trend ($p = .059$) zu einer höheren Zufriedenheit mit der Partnerschaft in der EG als in der KG. Insgesamt kann hier jedoch auch von einer erfolgreichen Randomisierung ausgegangen werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26 Vergleich der Mittelwerte (*M*) von EFB, FKE, DASS, FBZ zwischen EG und KG (Stichprobe 2), Standardabweichung (*SD*) in Klammer

	EG <i>M (SD)</i>	KG <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (2-seitig)
EFB-Gesamtrohwert	114.11 (18.88) <i>n = 57</i>	117.04 (24.15) <i>n = 45</i>	- .690	.492
FKE-Gesamtproblemwert	48.07 (7.62) <i>n = 57</i>	47.27 (9.33) <i>n = 45</i>	.479	.633
DASS-Gesamtrohwert	72.84 (16.11) <i>n = 57</i>	73.53 (16.47) <i>n = 41</i>	- .213	.832
FBZ-K-Gesamtrohwert	24.42 (5.43) <i>n = 48</i>	21.94 (6.28) <i>n = 35</i>	1.918	.059

Des Weiteren wurden auch die Resultate der Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion (FIBS) der beiden Gruppen verglichen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der EG und KG. Einen Überblick bietet Tabelle 27.

Tabelle 27 Vergleich der Mittelwerte von FIBS zwischen Experimental- und Kontrollgruppe (Stichprobe 2)

	EG <i>M (SD)</i>	KG <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (2-seitig)
FIBS-Kind +	35.58 (6.78) <i>n = 31</i>	35.17 (4.52) <i>n = 24</i>	.255	.800
FIBS-Kind -	2.26 (6.67) <i>n = 31</i>	2.50 (4.20) <i>n = 24</i>	.154	.878
FIBS-Eltern +	60.16 (11.34) <i>n = 31</i>	58.67 (13.46) <i>n = 24</i>	.445	.658

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich in Stichprobe 2 die EG und KG vor der Intervention durch das Elterstraining nicht bezüglich der untersuchten

abhängigen Variablen signifikant voneinander unterschieden haben. Unterschiede zwischen den Gruppen nach der Intervention können somit mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Teilnahme an „Plan E“ zurückgeführt werden.

5.1.2 Dropout-Analyse

Ein systematischer Dropout sollte angenommen werden, wenn bei den Personen, die nicht an allen drei Untersuchungsterminen teilgenommen hatten, verschiedene Merkmale stärker oder schwächer ausgeprägt oder signifikant unterschiedlich verteilt waren als in der Gruppe der Probanden, die bei allen drei Erhebungen partizipierten. Für die Untersuchung der Frage, ob ein systematischer Dropout stattgefunden hat, wurde daher die Stichprobe 1 (siehe Kapitel 4.2.2.3) in zwei Gruppen eingeteilt:

- a) Teilnehmer, die nur am ersten Messzeitpunkt teilnahmen („Studienabbrecher“)
- b) Teilnehmer, die an allen drei Messzeitpunkten anwesend waren („Nicht-Abbrecher“).

Anschließend wurden mithilfe von χ^2 -Tests und T-Tests für unabhängige Stichproben überprüft, ob sich Verteilungs- bzw. Mittelwertunterschiede zwischen beiden Gruppen finden.

Hinsichtlich der soziodemografischen Variablen wurden die beiden Gruppen hinsichtlich Schulabschluss, Berufstätigkeit, Familienstand und Erziehungsstatus der Eltern untersucht. Zudem wurden die Fragen nach einer psychischen Erkrankung bzw. der Behandlung wegen psychischer Probleme berücksichtigt. Hinsichtlich Schulabschluss ($\chi^2(2, n = 146) = 3.759, p = .153$), Berufstätigkeit ($\chi^2(7, n = 148) = 9.503, p = .219$), Familienstand ($\chi^2(4, n = 149) = 7.530, p = .110$) und der Frage nach einer Behandlung aufgrund psychischer Probleme ($\chi^2(1, n = 147) = 2.068, p = .150$) ergaben sich keine Unterschiede zwischen Abbrechern und Teilnehmern. Lediglich im Hinblick auf den Erziehungsstatus und die psychische Belastung fanden sich statistisch signifikante Differenzen.

Bei der Verteilung des Erziehungsstatus (alleinerziehend versus nicht alleinerziehend) unterschieden sich die Gruppe der Studienabbrecher und der Nicht-Abbrecher signifikant ($\chi^2(1, n = 141) = 4.856, p = .028$). Von den Abbrechern der

Studie ($n = 44$) waren 43.2% ($n = 19$) alleinerziehend, während es bei den Nicht-Abbrechern ($n = 97$) lediglich 24.7% ($n = 24$) waren.

Einen ebenfalls signifikanten Unterschied in der Verteilung in beiden Gruppen fand sich bezüglich der Angaben zu einer möglichen psychischen Erkrankung (aktuell oder im Vorfeld) der Studienteilnehmer ($\chi^2(1, n = 147) = 4.294, p = .038$). Bei den Studienabbrechern ($n = 45$) betrug der prozentuale Anteil von Eltern mit psychischer Erkrankung 35.6% ($n = 16$). In der Gruppe der Nicht-Abbrecher ($n = 102$) lag er mit 19.6% ($n = 20$) niedriger.

In Bezug auf die abhängigen Variablen fand sich bei der CBCL eine stärkere Symptomausprägung der Kinder in der Gruppe der Studienabbrecher ($M = 59.96, SD = 26.75$) als in der Gruppe der Teilnehmer ($M = 49.94, SD = 24.67$). Die durchschnittliche Rohwert-Differenz betrug 10.02 Punkte; die Effektstärke von $d = .39$ war als klein zu bezeichnen. Ein unabhängiger T-Test ergab, dass die Differenz zwischen den beiden Gruppen auf dem α -Niveau von 5% signifikant war ($t(149) = 2.261, p = .025$, zweiseitig).

Nicht signifikant war der Unterschied zwischen den beiden Gruppen im Hinblick auf die Verhaltensauffälligkeiten, gemessen mit dem SDQ. Bei den Elternvariablen ergab sich ebenfalls keine signifikante Differenz zwischen der Gruppe der Studienabbrecher und Nicht-Abbrecher bezüglich des elterlichen Kompetenzgefühls (FKE) und der Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K).

Dagegen ergaben sich bei den Variablen Erziehungsverhalten in Disziplinsituationen (EFB) und emotionale Belastung der Eltern (DASS) signifikante Unterschiede. Die Eltern, die die Studie vorzeitig abgebrochen hatten, berichteten bereits zum Messzeitpunkt 1 (prä) mehr Probleme in ihrem erzieherischen Verhalten ($M = 123.10, SD = 23.45$), gemessen durch den EFB, als Eltern, die komplett an der Studie teilnahmen ($M = 115.40, SD = 21.30$). Die mittlere Differenz zwischen beiden Gruppen betrug 7.70 Rohwert-Punkte; die Effektstärke von $d = .34$ war als klein zu bezeichnen. Dieser Unterschied erwies sich als statistisch signifikant ($t(148) = 1.999, p = .047$, zweiseitig).

Zudem schilderten die Abbrecher in der DASS eine höhere emotionale Belastung ($M = 80.38, SD = 18.81$) als die Nicht-Abbrecher ($M = 73.15, SD = 16.19$); die mittlere Differenz der Rohwerte betrug hier 7.23 Punkte. Die Effektstärke war mit $d = .41$ als

Ergebnisse

klein zu bezeichnen. Der Unterschied erwies sich im T-Test ebenfalls als signifikant ($t(148) = 2.420, p = .017$, zweiseitig). Einen Überblick über die einzelnen Ergebnisse bietet auch Tabelle 28.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in der Gruppe der Studienabbrecher zum einen ein höherer Anteil an alleinerziehenden Eltern und zum anderen ein höherer Prozentsatz an Eltern mit psychischer Erkrankung fand. Zudem wiesen Kinder von Eltern, welche die Studie vorzeitig abgebrochen hatten, ein höheres Maß an Verhaltensauffälligkeiten auf, gemessen mit der CBCL. Daneben ließ sich in der Gruppe der Abbrecher ein höheres Maß an ungünstigem Erziehungsverhalten in Problemsituationen (EFB) und eine deutlichere emotionale Belastung der Eltern (DASS) zeigen.

Tabelle 28 Vergleich der Mittelwerte (*M*) der abhängigen Variablen zwischen Studienabbrecher und Nicht-Abbrecher, Standardabweichung (*SD*) in Klammer

	Studienabbrecher <i>M (SD)</i>	Nicht- Abbrecher <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> (2-seitig)
CBCL- Gesamtrohwert	59.96 (26.75) <i>n</i> = 48	49.94 (24.67) <i>n</i> = 103	2.261	149	.025
SDQ- Gesamtrohwert	17.67 (7.59) <i>n</i> = 48	15.52 (6.87) <i>n</i> = 102	1.727	148	.086
EFB- Gesamtrohwert	123.10 (23.45) <i>n</i> = 48	115.40 (21.30) <i>n</i> = 102	1.999	148	.047
FKE- Gesamtrohwert	47.50 (9.18) <i>n</i> = 48	47.72 (8.38) <i>n</i> = 102	-.143	148	.887
DASS- Gesamtrohwert	80.38 (18.81) <i>n</i> = 48	73.15 (16.19) <i>n</i> = 102	2.420	148	.017
FBZ- Gesamtrohwert	23.91 (4.80) <i>n</i> = 33	23.37 (5.90) <i>n</i> = 83	.507	71.860	.644

Neben dem Vergleich der Gruppe der Studienabbrecher und der Nicht-Abbrecher wurde zudem untersucht, ob sich bei den Probanden, die der KG zugelost wurden und somit nicht gleich am Elterstraining teilnehmen konnten, ein höherer Anteil an Studienabbrechern finden ließ als in der EG. Ein Chi²-Test ergab hier jedoch keine Hinweise für eine unterschiedliche Verteilung in beiden Gruppen ($Chi^2(1, n = 151) = 1.186, p = .276$).

Mit dem Ziel, eventuelle Prädiktoren für einen Studienabbruch zu identifizieren, wurde aufgrund der oben geschilderten Datenlage zudem eine

Ergebnisse

regressionsanalytische Auswertung (logistische Regression nach der Einschluss-Methode) durchgeführt. Als binäre abhängige Variable diente die Information über den Studienabbruch (ja versus nein). Als unabhängige Variablen wurden hier die psychische Erkrankung der Eltern (ja versus nein), der Erziehungsstatus (alleinerziehend versus nicht alleinerziehend), die Symptomausprägung der Kinder (CBCL), das Erziehungsverhalten der Eltern (EFB) und die emotionale Belastung der Eltern (DASS) gewählt. Insgesamt wurden 138 von 151 Fällen analysiert. Bei 13 Probanden lagen zu mindestens einer der in die Regressionsgleichung integrierten Variablen keine Angaben vor. Mithilfe des Gesamtmodells ließ sich ein Studienabbruch zwar knapp nicht signifikant vorhersagen; es kann jedoch von einem statistischen Trend gesprochen werden (Omnibus-Test: $Ch^2(5, n = 138) = 10.926, p = .053$). Zwei verschiedene Pseudo- R^2 -Maße (Cox & Snells R^2 und Nagelkerkes R^2) geben zusätzlich Auskunft über die Güte des Gesamtmodells. Betrachtet man diese Maße, so zeigt sich, dass das Modell zwischen 7.6% und 10.8% der Variabilität aufklärt. Tabelle 29 gibt eine Übersicht über die Koeffizienten (β), Standardfehler (SE), Wald-Statistik (W), Freiheitsgrade (df), Signifikanzen (p) und Odds Ratios $Exp(\beta)$. Aus der Tabelle kann die Wirkungsrichtung und die Wirkungsstärke der Variablen abgelesen werden.

Tabelle 29 Ergebnisse der ersten logistischen Regression hinsichtlich des Studienabbruchs

	β	SE	W	df	p	$Exp(\beta)$
Psych. Erkrankung (ja/nein)	-.547	.451	1.470	1	.225	1.727
Erziehungsstatus (alleinerziehend ja/nein)	-.586	.429	1.867	1	.172	1.798
CBCL (Gesamtrohwert)	-.009	.009	.899	1	.343	.991
EFB (Gesamtrohwert)	-.010	.010	1.033	1	.309	.990
DASS (Gesamtrohwert)	-.004	.015	.080	1	.777	.996

Es zeigt sich jedoch, dass keiner der Prädiktoren für sich ein signifikantes Ergebnis erzielte und somit keine der genannten Faktoren reliabel einen Studienabbruch vorhersagt. Vergleicht man jedoch trotz der fehlenden Signifikanzen die Odds Ratios ($Exp(\beta)$), so scheinen die Faktoren psychische Erkrankung eines Elternteils und Alleinerziehendenstatus eine prominentere Rolle zu spielen als die restlichen Variablen. Eine erneute logistische Regression wurde daher mit nur diesen beiden

Ergebnisse

Prädiktoren und der binären abhängigen Variablen Studienabbruch nach der Einschluss-Methode berechnet. Auch hier wurden 138 von 151 Fällen analysiert. Mithilfe des Gesamtmodells ließ sich ein Studienabbruch signifikant vorhersagen (Omnibus-Test: Ch^2 (2, $n = 138$) = 6.880, $p = .032$). Cox & Snells R^2 und Nagelkerkes R^2 zeigen, dass das Modell zwischen 4.9% und 6.9% der Variabilität aufklärt. Es wurden zwar lediglich 17.1% der Nicht-Abbrecher richtig vorhergesagt, dagegen waren 93.8% der Vorhersagen bezüglich der Abbrecher korrekt; zusammenfassend waren mit dem Modell 71.0% aller Vorhersagen richtig. Während das Gesamtmodell eine Signifikanz aufwies, erreichten beide Prädiktoren einzeln betrachtet keine Signifikanz auf dem 5%-Niveau (Tabelle 30).

Tabelle 30 Ergebnisse der zweiten logistischen Regression hinsichtlich des Studienabbruchs

	β	SE	W	df	p	Exp(β)
Psych. Erkrankung (ja/ nein)	.716	.401	3.195	1	.074	2.046
Erziehungsstatus (alleinerziehend ja/ nein)	.744	.416	3.197	1	.074	2.104

Nach der Untersuchung der Randomisierung und des Dropouts werden in den nächsten Abschnitten die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit beantwortet. Die Ergebnisse werden gemäß den beiden Hypothesenkomplexen in zwei verschiedenen Kapiteln präsentiert.

5.2 Überprüfung der Hypothesen

Im Folgenden werden die in Kapitel 3.2 dargestellten Hypothesen anhand der vorliegenden Daten überprüft. Für die Beantwortung der Fragestellungen kamen die in Abschnitt 4.3.2 angeführten statistischen Verfahren zum Einsatz.

5.2.1 Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, emotionale Belastung der Eltern und die Eltern-Kind-Interaktion

Die Hypothesen des ersten Themenkomplexes werden in diesem Kapitel überprüft. Dabei werden zunächst deskriptive Daten bezüglich der psychischen Symptome und Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sowie das Ausmaß der

emotionalen Belastung der Eltern vorgestellt. Zudem wird auf Zusammenhänge zwischen der Symptomausprägung auf Seiten der Kinder und elterlicher Belastung bzw. dysfunktionalem Erziehungsverhalten in Disziplinsituationen eingegangen. Die Daten beziehen sich dabei auf die Population zu Messzeitpunkt 1 ($n = 151$; siehe Kapitel 4.2.2.3). Der Einfluss verschiedener untersuchter Faktoren auf die beobachtete Eltern-Kind-Interaktion wird abschließend in diesem Abschnitt illustriert; aus Stichprobe 1 lagen hierzu von 123 Personen Daten vor.

5.2.1.1 Ausprägung psychischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder

Die Symptomausprägung bzw. das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern wurde mit der CBCL und dem SDQ erfasst. Die Einschätzung des Schweregrads der psychischen Probleme der Patienten beruht somit auf den Angaben der Eltern in den jeweiligen Fremdbeurteilungsskalen. Es wurde vor dem Hintergrund eine klinischen Inanspruchnahmepopulation insgesamt ein hohes Maß an Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychischen Problemen erwartet; die Stichprobenmittelwerte sollten somit über den kritischen Cut-Off-Werten der CBCL und der SDQ liegen. Aufgrund des explorativen bzw. deskriptiven Charakters der ersten Fragestellung, wurden hier jedoch keine expliziten Hypothesen angenommen.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der CBCL ausführlich dargestellt. Aufgrund der Möglichkeit der differenzierten Betrachtung bzw. Einteilung der Symptome in der CBCL nach externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten, wurden hier auch Geschlechts- und Alterseffekte in Bezug auf die Häufigkeit verschiedener Auffälligkeiten untersucht.

Symptombelastung des Kindes - CBCL

Tabelle 31 bietet einen Überblick über die mittleren Rohwerte bzw. T-Werte der CBCL in Stichprobe 1. Wie in Kapitel 4.2.4.2 dargelegt wurde, liegt der klinische Cut-off-Wert für den CBCL-Gesamtwert und die übergeordneten Skalen der internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten bei einem T-Wert von 63. Ergebnisse von T-Wert ≥ 63 gelten als klinisch auffällig. T-Werte von 60 bis 63

Ergebnisse

werden als grenzwertig erhöht interpretiert. T-Werte < 60 werden als unauffällig kategorisiert. Demnach liegen die genannten durchschnittlichen Ergebnisse alle im klinisch auffälligen Bereich.

Tabelle 31 Mittlere Rohwerte (*M*) und T-Werte der CBCL (*n* = 151), Standardabweichung (*SD*) in Klammer

	Gesamt	
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>T</i> (<i>SD</i>)
Internalisierend	17.30 (9.64)	67.77 (8.74)
Externalisierend	17.13 (11.16)	63.36 (10.39)
Gesamt	53.13 (25.69)	67.62 (8.37)

Weiterhin wurden die Kinder (*n* = 151) der Probanden gemäß den oben genannten Kategorisierungsregeln einer der drei Gruppen (unauffällig, grenzwertig auffällig, auffällig) gemäß des CBCL-Gesamtwertes zugeordnet. Mit 66.9% (*n* = 101) fand sich bei den meisten Kindern und Jugendlichen ein auffälliges Resultat in der CBCL; jeweils 16.6% (*n* = 25) wurden als unauffällig bzw. grenzwertig auffällig beurteilt.

Bei der Untersuchung der internalisierenden Auffälligkeiten ergab sich bei 68.2% (*n* = 103) der Patienten ein auffälliges Resultat. Bei 11.9% (*n* = 18) war der Wert grenzwertig erhöht. Bei 19.9% (*n* = 30) fanden sich keine internalisierenden Auffälligkeiten. Hinsichtlich der externalisierenden Auffälligkeiten fanden sich bei 51.0% (*n* = 77) klinisch auffällige Resultate. Grenzwertig erhöht waren die Ergebnisse bei 13.9% (*n* = 21). Unauffällige Zahlen fanden sich in 35.1% (*n* = 53) der Fälle.

Neben der Betrachtung der Stichprobenmittelwerte sind bei der Frage nach der psychischen Belastung der untersuchten Kinder und Jugendlichen auch die Unterteilung der Stichprobe nach Geschlecht und Alter interessant. Hierfür wurden mithilfe von Kreuztabellen χ^2 -Tests berechnet.

Im Hinblick auf das Geschlecht findet sich für externalisierende Auffälligkeiten (CBCL_EXT) eine unterschiedliche Verteilung in der Gruppe der Jungen verglichen mit der Gruppe der Mädchen (χ^2 (2, *n* = 151) = 8.123, *p* = .017). So lag der Anteil der auffälligen Resultate bei den Jungen höher als bei den Mädchen. Auch bei den internalisierenden Auffälligkeiten (CBCL_INT) war der Anteil der klinisch auffälligen Resultate bei den Jungen höher als bei den Mädchen (χ^2 (2, *n* = 151) = 6.164, *p* = .046). Einen Überblick über die einzelnen Ergebnisse bietet Tabelle 32.

Ergebnisse

Tabelle 32 Absolute und prozentuale Häufigkeiten der CBCL-Kategorien nach Geschlecht

CBCL_EXT				
	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Gesamt
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Männlich	17 (23.6)	11 (15.3)	44 (61.5)	72 (100.0)
Weiblich	36 (45.6)	10 (12.7)	33 (41.8)	79 (100.0)
Gesamt	53 (35.1)	21 (13.9)	77 (51.0)	151 (100.0)

CBCL_INT				
	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Gesamt
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Männlich	9 (12.5)	7 (9.7)	56 (77.8)	72 (100.0)
Weiblich	21 (26.6)	11 (13.9)	47 (59.5)	79 (100.0)
Gesamt	30 (19.9)	18 (11.9)	103 (68.2)	151 (100.0)

Des Weiteren wurden Verteilungsunterschiede in Bezug auf das Alter untersucht. Hierfür wurde die Zuteilung der Patienten auf die Kinder- bzw. Jugendstation bzw. eine Altersgrenze von 14 Jahren (Kind versus Jugendlicher) berücksichtigt. Der Prozentsatz an klinisch auffälligen Resultaten im Hinblick auf externalisierende Auffälligkeiten war bei Kindern ($n = 82$) mit 62.2% ($n = 51$) höher als bei Jugendlichen ($n = 69$), wo sich klinisch auffällige Resultate in 35.2% ($n = 26$) der Fälle fanden. Ein χ^2 -Test ergab hier ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2(2, n = 151) = 9.398, p = .009$).

Zusammenfassend fand sich vor dem Hintergrund einer klinischen Inanspruchnahmepopulation erwartungsgemäß eine deutlich ausgeprägte Symptomatik bei den Kindern und Jugendlichen. Der Stichprobenmittelwert (CBCL-Gesamtwert) lag im klinisch auffälligen Bereich. Ebenso lagen die Mittelwerte bezüglich der externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten im klinisch auffälligen Bereich. Ausgeprägte externalisierende Probleme fanden sich in 51.0% der Patienten; ausgeprägte internalisierende Probleme zeigten sich bei 68.2%. Auffälligkeiten sowohl externalisierender als auch internalisierender Art zeigten sich bei 41.1% der Patienten. Bei Jungen war in der vorliegenden Untersuchung der Anteil der als auffällig eingestuft externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten höher als bei den Mädchen. Bei den jüngeren Patienten standen eher die externalisierenden Störungen im Vordergrund.

Schwächen des Kindes - SDQ

Wurden die Ergebnisse des SDQ zur Beurteilung des Ausmaßes der Verhaltensauffälligkeiten herangezogen, so fand sich ein durchschnittlicher Gesamtwert von 16.21 ($SD = 7.15$). Somit lag der Mittelwert über alle Patienten hinweg im klinisch auffälligen Bereich (Cut-Off-Wert = 16; siehe auch Kapitel 4.2.5.2). Gemäß der Schweregradeinteilung nach Woerner et al. (2002) erreichten 32.9% ($n = 49$) ein auffälliges Resultat im SDQ. Bei 16.1% ($n = 24$) lagen die Ergebnisse im grenzwertigen Bereich, während 51.0% ($n = 76$) unauffällige Werte erzielten.

Betrachtet man die Ergebnisse auf dem Subskalenniveau, so fanden sich die folgenden Ergebnisse: Im Bereich „Emotionale Probleme“ lag der Mittelwert $M = 4.11$ ($SD = 2.59$) im grenzwertig erhöhten Bereich (Cut-Off = 4). Bei den „Verhaltensproblemen“ ($M = 3.99$, $SD = 2.11$) wurde sehr knapp die Einordnung als ein grenzwertig erhöhtes Ergebnis verpasst (Cut-Off = 4). Auf der Skala „Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme“ ($M = 4.44$, $SD = 2.86$) lag der mittlere Wert der untersuchten Stichprobe dagegen im unauffälligen Bereich (Cut-Off = 6). Bei „Problemen mit Gleichaltrigen“ ($M = 3.67$, $SD = 2.97$) lag der Mittelwert knapp unter dem Cut-Off-Wert von 4 für ein grenzwertig erhöhtes Ergebnis. Das Resultat bezüglich „prosoziales Verhalten“ ($M = 6.63$, $SD = 2.40$) war als unauffällig einzustufen (Cut-Off = 6).

Zusammenfassend lag auch der Mittelwert im SDQ im klinisch relevanten Bereich. Etwa die Hälfte der Patienten (51.0%) erreichte jedoch kein auffälliges Resultat. Kritische Werte wurden vor allem in den Bereichen „emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme“ erzielt. Tabelle 33 zeigt den Vergleich mit einer repräsentativen deutschlandweiten Befragung an einer nicht-klinischen Stichprobe (Hölling et al., 2007).

Tabelle 33 Schweregradeinteilung der SDQ-Gesamtergebnisse, Angaben in %

	SDQ-Gesamtwert		
	auffällig	grenzwertig	unauffällig
Eigene Studie	32.9	16.1	51.0
Hölling et al. (2007)	7.2	7.5	85.3

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sowohl die Mittelwerte der CBCL als auch des SDQ im klinisch auffälligen Bereich lagen. Es zeigt sich eine deutliche Belastung der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Nach der Datenanalyse im Hinblick auf die Ausprägung der psychischen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten der Kinder soll im kommenden Abschnitt auf die emotionale Belastung der Eltern eingegangen werden. - Eine kritische Auseinandersetzung mit den gefundenen Resultaten zu den Verhaltensauffälligkeiten und Symptombelastungen bei den Kindern und Jugendlichen findet sich in der Diskussion.

5.2.1.2 Ausmaß der elterlichen emotionalen Belastung

Im Rahmen der Stichprobenbeschreibung (Kapitel 4.2.2.3) wurde bereits berichtet, dass 24.5% der befragten Personen angaben, im Vorfeld oder zum Untersuchungszeitpunkt an einer psychischen Erkrankung gelitten zu haben bzw. zu leiden. 40.1% berichteten, sich schon einmal wegen psychischer Probleme in Behandlung befunden zu haben. In diesem Kapitel soll nun die emotionale Belastung der Eltern anhand standardisierter Verfahren überprüft werden. Die emotionale Belastung der Eltern wird hier dargestellt als das Ausmaß depressiver, angstbezogener und stressassoziierter Symptome (DASS) sowie der Zufriedenheit mit der aktuellen Partnerschaft (FBZ-K). Zunächst soll auf die Ergebnisse der DASS eingegangen werden. Hinsichtlich der emotionalen Belastung und der Partnerschaftszufriedenheit der Eltern lagen aufgrund des explorativen Charakters der jeweiligen Forschungsfragen wie im vorangegangenen Abschnitt keine konkreten Hypothesen vor.

Emotionale Verfassung der Eltern - DASS

Insgesamt wurde auf Basis einer Skalierung von 1 bis 4 ein mittlerer Gesamtrahwert von 33.46 ($SD = 17.34$) erreicht. In Tabelle 34 wurden die Antworten der Eltern bezüglich der Symptombelastung als prozentuale Häufigkeiten für die einzelnen Skalen dargestellt. Bezüglich der Schweregradeinteilung des DASS bzw. der verschiedenen Grenzwerte sei an dieser Stelle auf Abschnitt 4.2.4.4 verwiesen. Wie aus den Zahlen ersichtlich wird, sind in den drei Bereichen Depression, Angst und

Ergebnisse

Stress erhöhte Werte in der vorliegenden Untersuchung zu verzeichnen. Nahezu jedes dritte Elternteil schildert eine als mindestens mäßig erhöht einzustufende Belastung durch depressive Symptome ($n = 47$, 31.3%), Ängste ($n = 29$, 32.7%) oder Stresserleben ($n = 45$, 30.0%). Zusammenfassend weisen die Eltern der psychisch kranken Kinder somit eine deutliche emotionale Belastung auf.

Tabelle 34 Häufigkeiten der Symptombelastungen auf der DASS und Schweregradeinteilung

Schweregrad	Depression <i>n</i> (%)	Angst <i>n</i> (%)	Stress <i>n</i> (%)
Unauffällig	86 (57.3)	89 (59.3)	73 (48.7)
Leicht	17 (11.3)	12 (8.0)	32 (21.3)
Mäßig	31 (20.7)	25 (16.7)	32 (21.3)
Schwer	13 (8.7)	17 (11.3)	13 (8.7)
Sehr schwer	3 (2.0)	7 (4.7)	0 (0.0)
Gesamt	150 (100.0)	150 (100.0)	150 (100.0)

Partnerschaftszufriedenheit - FBZ-K

Die Eltern wurden zudem nach Ihrer Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Partnerschaft (falls vorhanden) befragt. Hierzu lagen von 116 Personen die Antworten vor.

Als Mittelwert wurde in der Stichprobe 23.53 ($SD = 5.59$) erreicht, was einer durchschnittlichen bis guten Partnerschaftszufriedenheit (Cut-Off > 22) entspricht. Werte von 17 bis 22 gelten als erniedrigt. Ergebnisse < 17 sprechen für eine Unzufriedenheit (Sharpley & Rogers, 1984). Somit liegt das Gesamtergebnis in etwa ähnlich so hoch wie in der australischen Norm-Stichprobe mit $M = 22.5$ ($SD = 5.4$) (Sharpley & Rogers, 1984) oder einer größeren deutschen Studie mit $M = 23.5$ ($SD = 5.5$) (Köppe, 2001). Im Anhang 11 sind die Häufigkeiten der Antworten der Eltern bei den einzelnen Items des FBZ-K ausführlicher dargestellt.

Gemäß der Einteilung der Zufriedenheit mit der aktuellen Partnerschaft in durchschnittliche bis hohe, grenzwertig erniedrigte und niedrige Zufriedenheit gaben 64 (55.2%) von 116 Personen eine durchschnittliche bis hohe Zufriedenheit an. Bei

35 (30.2%) Probanden mussten die Ergebnis als grenzwertig und bei 17 (14.7%) als unterdurchschnittlich bewertet werden.

Nachdem das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und die emotionale Belastung der Eltern vorgestellt wurde, soll im kommenden Kapitel auf die Zusammenhänge dieser beiden Bereiche eingegangen werden.

5.2.1.3 Zusammenhang zwischen Belastung der Eltern und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder

Um den Zusammenhang zwischen Belastung der Eltern und der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zu untersuchen, wurden Korrelationen zwischen der DASS und der CBCL sowie zwischen der DASS und dem SDQ berechnet. Es wurde erwartet, dass sich jeweils signifikante positive Korrelationen ergeben (H3a + H3b).

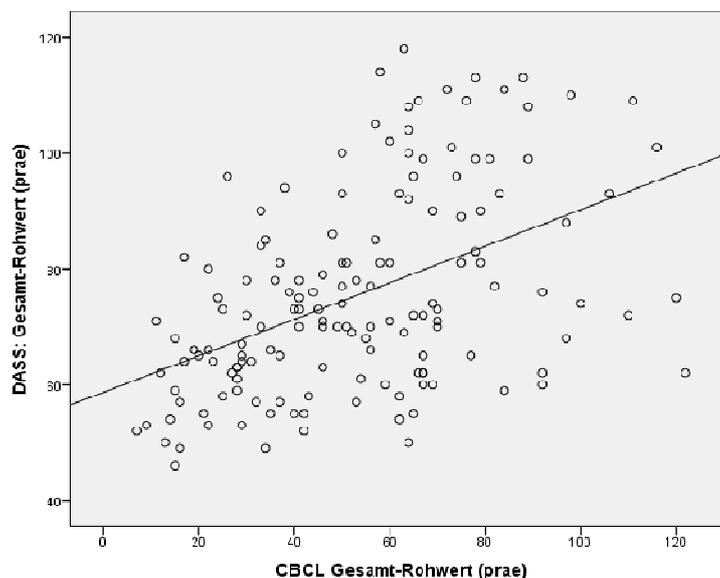


Abbildung 15 Scatterplot: Korrelation zwischen CBCL- und DASS-Gesamtwert

Zunächst werden die Korrelationen zwischen dem DASS-Gesamtwert und der CBCL beschrieben. Die korrelativen Zusammenhänge zwischen DASS-Gesamtwert und dem CBCL-Gesamtwert sowie den Werten der CBCL-Skalen für externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten waren statistisch signifikant (Tabelle 35). Exemplarisch ist der Zusammenhang zwischen DASS-Gesamtwert und CBCL-

Ergebnisse

Gesamtwert in Abbildung 15 dargestellt. Das Schaubild zeigt, dass ein höherer Wert in der CBCL auch mit einem höheren Resultat in der DASS einherging. Hinsichtlich der externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten fanden sich ebenfalls positive Zusammenhänge.

Der SDQ-Gesamtwert wies ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit der emotionalen Belastung der Eltern (DASS-Gesamtwert) auf. Der Zusammenhang ist in Abbildung 16 grafisch dargestellt.

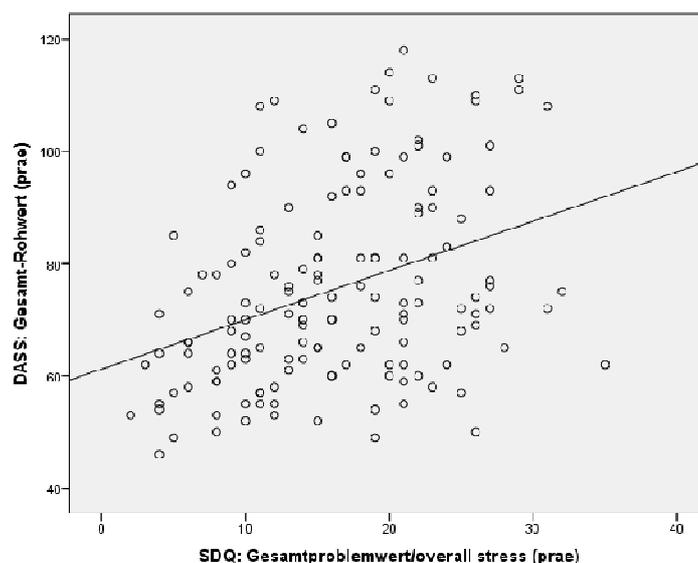


Abbildung 16 Scatterplot: Korrelation zwischen SDQ- und DASS-Gesamtwert

Einen Überblick zu den einzelnen Korrelationskoeffizienten bietet Tabelle 35. Die genannten Korrelationen erwiesen sich alle als hoch signifikant, wobei die jeweiligen Korrelationskoeffizienten als Korrelationen geringer Größe einzustufen waren (Zöfel, 2003).

Tabelle 35 Korrelationen (*r*) zwischen DASS und CBCL bzw. SDQ

	Internalisierende Auffälligkeiten	CBCL Externalisierende Auffälligkeiten	Gesamtwert	SDQ Gesamtwert
DASS	.417*	.322*	.468*	.362*
	<i>n</i> = 150	<i>n</i> = 150	<i>n</i> = 150	<i>n</i> = 150

* *p* < .001, einseitig

Alle in Tabelle 35 genannten Korrelationen blieben auch nach Alpha-Korrektur nach Bonferroni-Holm statistisch signifikant (siehe Anhang 10). 17.4% (r^2) der Varianz der

Daten der DASS konnten durch die internalisierenden Auffälligkeiten aufgeklärt werden, 10.4% durch die externalisierenden Auffälligkeiten, 21.9% durch den Gesamtwert der CBCL und 13.1% durch den SDQ. Es stellt sich zudem die Frage, ob sich Eltern von Kindern mit vielen psychischen Problemen bzw. Verhaltensauffälligkeiten signifikant von Eltern mit unauffälligeren Kindern hinsichtlich ihrer eigenen psychischen Verfassung unterscheiden. Neben der Korrelation wurde daher zudem mit den DASS- und CBCL-Gesamtwerten eine univariate Varianzanalyse berechnet. Demnach unterschieden sich die Teilnehmer hinsichtlich ihrer DASS-Gesamtwerte statistisch signifikant voneinander, wenn sie entsprechend der CBCL-Gesamtergebnisse in die Gruppen unauffällig, grenzwertig und auffällig eingeordnet wurden ($F(2,147) = 11.517, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .14$). Die Schätzung der Effektstärke spricht für einen großen Effekt. Entsprechend dem Post-Hoc-Test nach Tukey haben die Eltern von Kindern mit unauffälligem CBCL-Wert weniger eigene emotionale Probleme (DASS: $M = 63.20, SD = 11.72$) angegeben als Eltern von Kindern mit klinisch auffälligem CBCL-Ergebnis (DASS: $M = 79.63, SD = 17.14; p < .001$). Die mittlere Differenz zwischen den Gruppen mit auffälligem und unauffälligem CBCL-Gesamtwert betrug 16.43 Rohwert-Punkte. Berechnet man aus den Gruppenmittelwerten und Standardabweichungen das Effektstärkemaß Cohen's d , so findet sich ebenfalls ein großer Effekt ($d = 1.14$). Abbildung 17 stellt die psychische Belastung der Eltern in Abhängigkeit der Symptomatik der Kinder dar.

Um den Einfluss möglicher Drittvariablen zu untersuchen, wurden zudem partielle Korrelationen berechnet, in die das Erziehungsverhalten der Eltern (EFB) als Kontrollvariable einging. Auch unter Berücksichtigung dieser Information veränderten sich die in Tabelle 35 genannten Korrelationen nur unwesentlich und blieben statistisch signifikant (siehe Anhang 12).

Zusammenfassend zeigten sich statistisch hoch signifikante positive Zusammenhänge zwischen dem DASS-Gesamtwert und den Ergebnissen der CBCL bzw. zwischen der DASS und dem SDQ. Eine hohe emotionale Belastung der Eltern ging mit einem hohen Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten der Kinder einher. Die Hypothesen H3a und H3b konnten somit bestätigt werden. Des Weiteren wurde gezeigt, dass Eltern von klinisch auffälligen Kindern eine signifikant höhere emotionale Belastung aufwiesen als Eltern von unauffälligen Kindern.

Ergebnisse

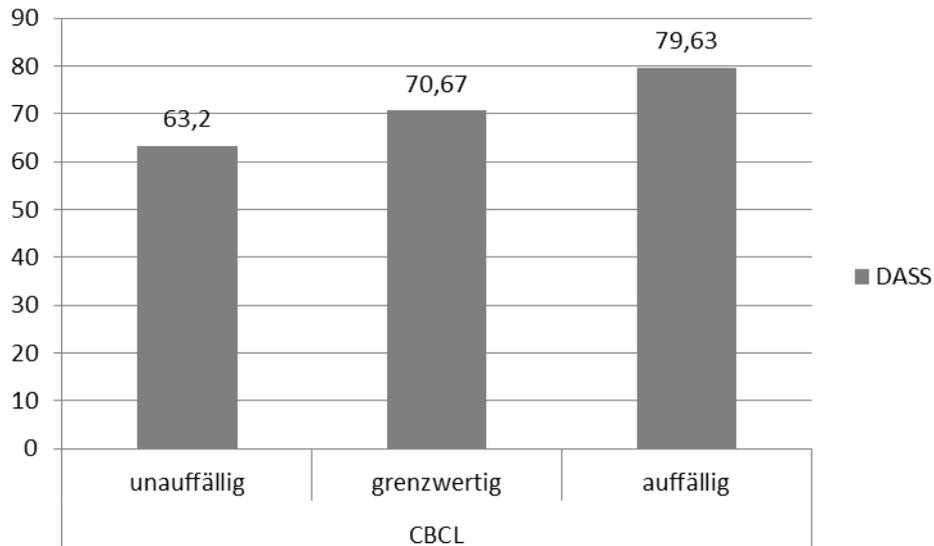


Abbildung 17 Mittelwerte des DASS-Gesamtwerts der Eltern in Abhängigkeit des Ausmaßes der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, Einteilung in drei Gruppen „unauffällig“ [n = 25], „grenzwertig“ [n = 25] und „auffällig“ [n = 101])

Im kommenden Abschnitt soll untersucht werden, ob sich ebenfalls positive Zusammenhänge zwischen der Ausprägung inadäquaten Erziehungsverhaltens und dem Maß der psychischen Probleme der Kinder bzw. der psychischen Belastung der Eltern finden lassen.

5.2.1.4 Zusammenhang zwischen dysfunktionalem Verhalten in Disziplinsituationen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bzw. Belastung der Eltern

Der Zusammenhang zwischen dysfunktionalem erzieherischen Verhalten der Eltern und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wurde dadurch untersucht, dass Korrelationen zwischen dem EFB und der CBCL sowie zwischen dem EFB und dem SDQ berechnet wurden. Es wurde erwartet, dass sich jeweils statistisch signifikante positive Zusammenhänge finden lassen (H4a + H4b).

Zunächst wurden die Korrelationen zwischen dem EFB-Gesamtwert und der CBCL berechnet. Die korrelativen Zusammenhänge zwischen EFB-Gesamtwert und dem CBCL-Gesamtwert sowie den Werten der CBCL-Skala für externalisierende Auffälligkeiten waren allesamt signifikant. Dagegen fand sich keine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem EFB und der Skala für internalisierendes Verhalten der CBCL. In Abbildung 18 ist der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß

der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL-Gesamtwert) und dem Maß an dysfunktionalem erzieherischen Verhalten (EFB-Gesamtwert) exemplarisch dargestellt. Die Grafik zeigt, dass ein höherer Wert in der CBCL auch mit einem höheren Resultat im EFB einherging. Einen Überblick zu den einzelnen Korrelationskoeffizienten bietet Tabelle 36.

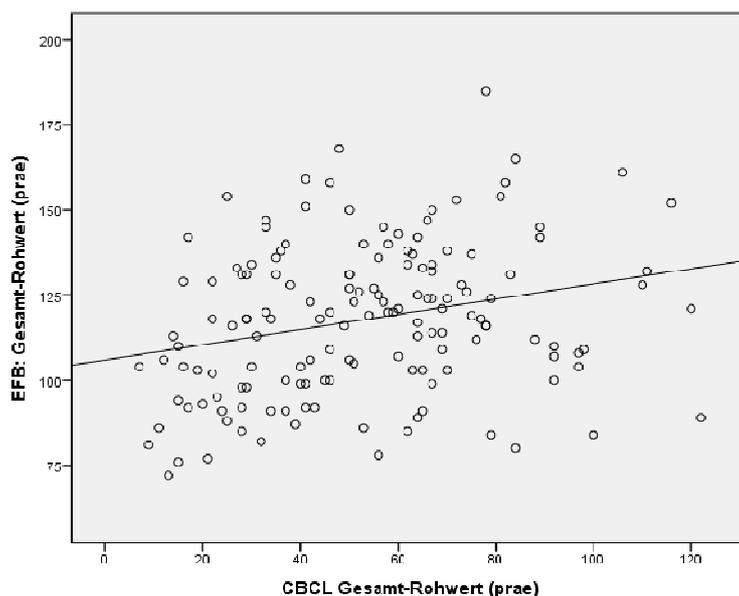


Abbildung 18 Scatterplot: Korrelation zwischen CBCL- und EFB-Gesamtwert

Der SDQ-Gesamtwert zeigte ebenfalls einen signifikanten positiven Zusammenhang mit den Ergebnissen des EFB. Dieser Zusammenhang ist in Abbildung 19 dargestellt. Die genannten Korrelationen erwiesen sich bis auf die Skala internalisierende Auffälligkeiten (CBCL) als signifikant, wobei die Korrelationskoeffizienten jeweils als geringe Korrelationen einzustufen waren (Zöfel, 2003).

Tabelle 36 Korrelationen (r) zwischen EFB und CBCL, SDQ bzw. DASS

	Internalisierende Auffälligkeiten	CBCL Externalisierende Auffälligkeiten	Gesamtwert	SDQ Gesamtwert	DASS Gesamtwert
EFB	.117	.303**	.258**	.242*	.517**
	$n = 150$	$n = 150$	$n = 150$	$n = 150$	$n = 150$

** $p < .001$, einseitig; * $p < .01$

Auch nach Alpha-Adjustierung blieben die Korrelationen signifikant (siehe Anhang 10). 1.4% (r^2) der Varianz der Daten des EFB konnten durch die internalisierenden

Auffälligkeiten aufgeklärt werden, 9.2% durch die externalisierenden Auffälligkeiten, 6.7% durch den Gesamtwert der CBCL und 5.9% durch den SDQ.

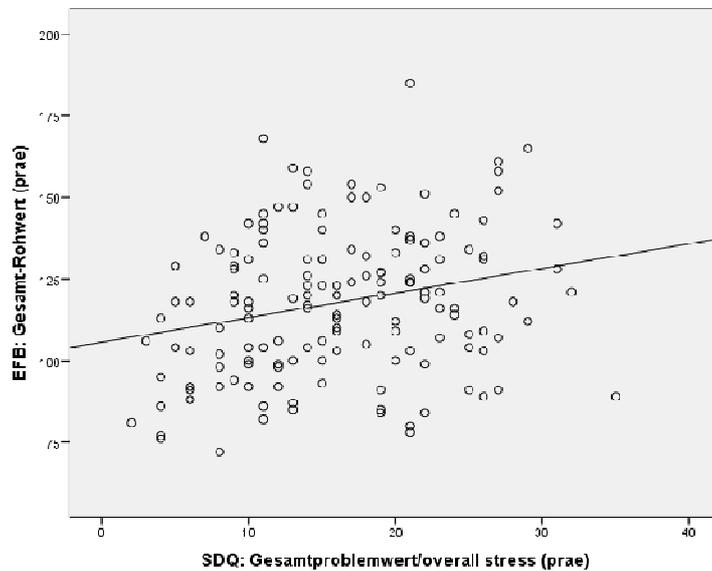


Abbildung 19 Scatterplot: Korrelation zwischen SDQ- und EFB-Gesamtwert

Wie im vorherigen Abschnitt wurden die Teilnehmer zudem gemäß der Symptomausprägung ihrer Kinder in der CBCL in drei verschiedene Gruppen (CBCL-Gesamtwert: unauffällig, grenzwertig, auffällig) eingeteilt. Neben der Korrelation wurde mit den EFB- und CBCL-Gesamtwerten eine univariate Varianzanalyse berechnet. Die Teilnehmer unterschieden sich je nach Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL) hinsichtlich ihrer EFB-Gesamtwerte statistisch signifikant voneinander ($F(2,147) = 7.370, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .09$). Der gefundene Effekt kann als mittel eingestuft werden. Entsprechend dem Post-Hoc-Test nach Tukey fanden sich bei Eltern von Kindern mit unauffälligem CBCL-Wert signifikant weniger dysfunktionales erzieherisches Verhalten (EFB: $M = 104.32, SD = 21.17$) als bei Eltern von Kindern mit klinisch auffälligem CBCL-Ergebnis (EFB: $M = 122.09, SD = 21.74; p < .001$). Die mittlere Differenz betrug 17.77 Rohwert-Punkte; der Effekt kann mit $d = .83$ als stark betrachtet werden. Abbildung 20 stellt das Erziehungsverhalten in Abhängigkeit der Symptomatik der Kinder dar.

Ergebnisse

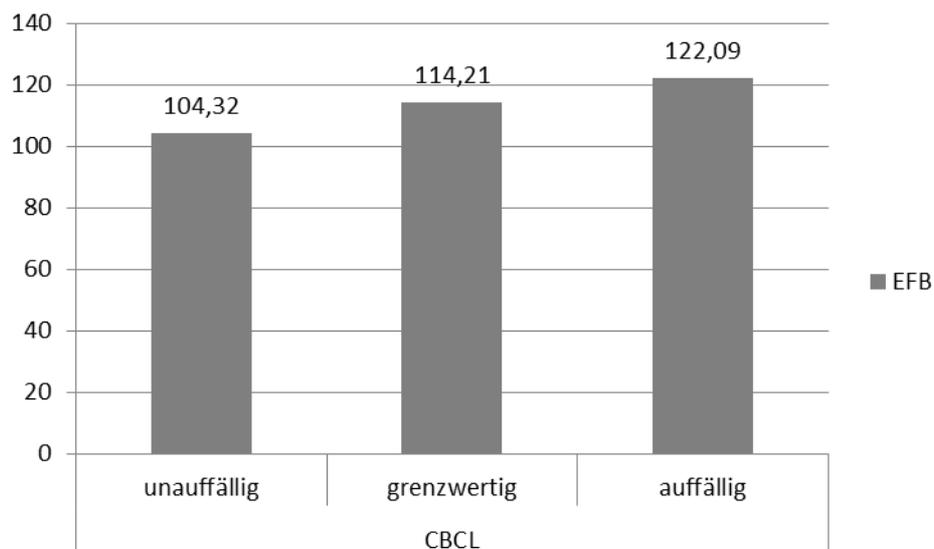


Abbildung 20 Mittelwerte des EFB-Gesamtwerts in Abhängigkeit des Ausmaßes der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, Einteilung in drei Gruppen „unauffällig“ [n = 25], „grenzwertig“ [n = 25] und „auffällig“ [n = 101])

Auch bei den vorliegenden Zusammenhängen wurden zusätzlich partielle Korrelationen berechnet. Als Kontrollvariable wurde hier die psychische Belastung der Eltern gewählt. Während sich ohne Berücksichtigung der DASS-Ergebnisse jeweils signifikante Korrelationen in die erwartete Richtung zwischen dem Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL bzw. SDQ) und dem Maß inadäquater erzieherischer Strategien (EFB) fanden (siehe Tabelle 36), wurden die Zusammenhänge unter Berücksichtigung der psychischen Belastung der Eltern (DASS) deutlich kleiner und waren nicht mehr signifikant (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37 Korrelationen zwischen EFB und CBCL bzw. SDQ ohne und mit Berücksichtigung von DASS als Drittvariable

Korrelation	Ohne Kontrollvariable		DASS als Kontrollvariable	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EFB + CBCL	.258	< .001	.022	.396
EFB + SDQ	.242	< .01	.069	.202

Zusammenfassend ließen sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß dysfunktionalen Erziehungsverhaltens (EFB) und den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder finden. Dies zeigte sich für den CBCL-Gesamtwert, für die Skala externalisierende Verhaltensauffälligkeiten der CBCL und für den SDQ-Gesamtwert. Ein positiver Zusammenhang ließ sich jedoch nicht für

internalisierende Auffälligkeiten, gemessen mit der CBCL, finden. Unter Berücksichtigung der psychischen Belastung der Eltern (DASS) als Dritt- bzw. Kontrollvariable ließen sich jedoch die gefundenen Zusammenhänge nicht mehr nachweisen. Es ist daher davon auszugehen, dass bei den oben beschriebenen Zusammenhängen die emotionale Verfassung der Eltern eine moderierende Rolle spielt. Insgesamt lassen sich somit unter der oben genannten Einschränkung die Hypothesen H4a und H4b nur bedingt bestätigen. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass der Mittelwert im EFB bei Eltern von unauffälligen Kindern signifikant niedriger ist als der Durchschnittswert im EFB bei Eltern von klinisch auffälligen Kindern.

Abschließend wurde in diesem Kapitel noch der Zusammenhang zwischen dysfunktionalem erzieherischen Verhalten der Eltern und psychischen Problemen der Eltern untersucht. Hierfür wurde der Gesamtwert des EFB mit dem Gesamtwert der DASS korreliert. Es wurde erwartet, dass sich ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang finden lässt (H4c). Es ergab sich eine statistisch signifikante positive Korrelation ($r = .517$ $p < .001$; siehe Tabelle 36) von mittlerer Größe, die in Abbildung 21 grafisch dargestellt ist.

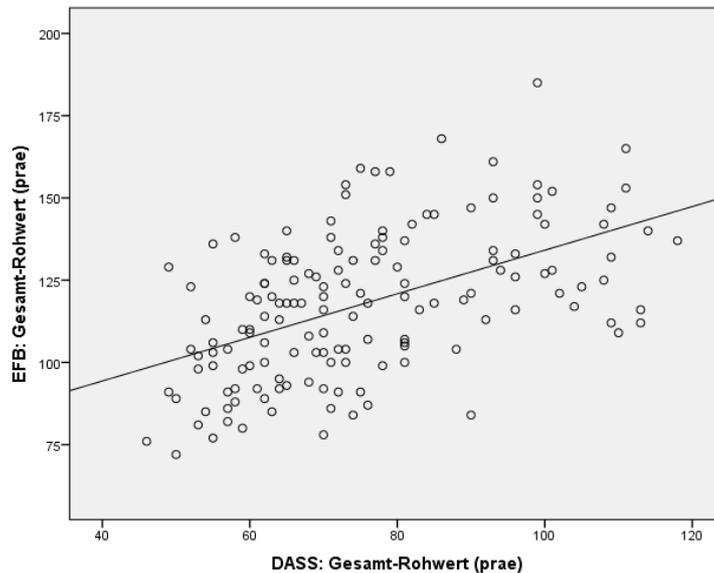


Abbildung 21 Scatterplot: Korrelation zwischen DASS- und EFB-Gesamtwert

Der Zusammenhang blieb auch nach Korrektur der Alpha-Inflation signifikant (siehe Anhang 10). 26.7% (r^2) der Varianz der Daten des EFB konnten durch die psychische Belastung der Eltern (DASS) aufgeklärt werden. Wie aus der Grafik ersichtlich wird, ging eine höhere psychische Belastung der Eltern mit mehr

inadäquatem Erziehungsverhalten einher. Hypothese H4c ließ sich somit ebenfalls bestätigen.

Um zu überprüfen, ob die Gruppe der belasteten Eltern ein ungünstigeres Erziehungsverhalten aufweist, wurde zudem ein Mittelwertvergleich bezüglich des EFB zwischen Eltern mit hohen und niedrigen Werten im DASS durchgeführt. Bei Teilnehmern mit niedrigerer psychischer Belastung lag der Mittelwert im EFB bei $M = 107,77$ ($SD = 18,22$); bei Probanden mit hoher psychischer Belastung betrug der Mittelwert $M = 127,96$ ($SD = 21,37$). Die mittlere Differenz zwischen den beiden Gruppen betrug somit 20,19 Rohwert-Punkte. Die Effektstärke war als groß einzuordnen ($d = 1,02$). Ein T-Test für unabhängige Stichproben ergab, dass der Mittelwertunterschied zwischen den beiden Bedingungen signifikant war ($t(148) = -6,226$, $p < .001$, einseitig). Abbildung 22 verdeutlicht die Mittelwertdiskrepanz grafisch.

Für die Berechnung der partiellen Korrelation, wurde der Zusammenhang zwischen DASS und EFB unter Berücksichtigung des Ausmaßes der psychischen Probleme der Kinder (CBCL, SDQ) betrachtet. Es fanden sich hier jedoch keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der Korrelationskoeffizienten; die gefundenen Zusammenhänge blieben signifikant (siehe Anhang 12).

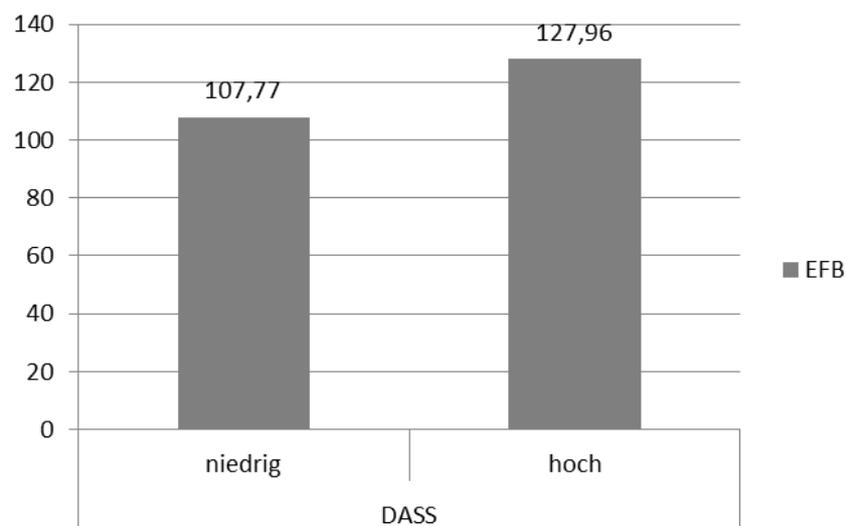


Abbildung 22 Mittelwerte des EFB-Gesamtwerts in Abhängigkeit des Ausmaßes der psychischen Probleme der Eltern (DASS, Einteilung in zwei Gruppen niedrig $n = 74$, hoch $n = 74$)

Nachdem das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, die emotionale Belastung der Eltern und einzelne Zusammenhänge zwischen kindlicher

Symptomatik, elterlichen Problemen und Erziehungsverhalten dargestellt wurden, soll im Folgenden nun der Frage nachgegangen werden, ob u.a. die Symptome des Kindes, die Belastung der Eltern und das erzieherische Verhalten der Eltern Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion beeinflussen.

5.2.1.5 Einflussfaktoren auf die Eltern-Kind-Interaktion

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zur Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion untersucht. Hierzu wurden multiple Regressionen berechnet. Abhängige Variablen bzw. Kriteriumsvariablen waren hier die jeweiligen Skalen des FIBS: Berechnungen wurden für das positive (K+) und negative Verhalten des Kindes (K-) und das positive Verhalten des Elternteils (E+) in der Eltern-Kind-Situation durchgeführt. Aufgrund der geringen Reliabilität (siehe Kapitel 4.2.5.5) für das negative Verhalten der Eltern (E-) wurde hierzu keine multiple Regression durchgeführt.

Als unabhängige Variablen bzw. Prädiktorvariablen dienten die Ausprägung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten (SDQ), die emotionale Belastung der Eltern (DASS), das erzieherische Verhalten (EFB) und die Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K). Es wurde erwartet, dass die oben genannten Variablen in der Lage sind, das positive bzw. negative Verhalten des Kindes und das positive Verhalten der Eltern vorherzusagen (H5a – H5c).

Tabelle 38 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen für positives Verhalten des Kindes (K+), negatives Verhalten des Kindes (K-) und positives Verhalten des Elternteils (E-) als Kriterien

Kriterium	R	R²	Korrigiertes R²	Standardfehler des Schätzers	F	p
K+	.129	.017	.027	6.831	.379	.82
K-	.176	.031	.012	6.646	.723	.58
E+	.202	.041	.002	11.356	.957	.44

Zunächst wurde die multiple Regressionsanalyse mit Einschussverfahren für das positive Verhalten des Kindes (K+) durchgeführt. Insgesamt ergab sich kein signifikantes Modell, durch welches sich K+ zuverlässig vorhersagen ließ ($F(4,90) = 0.379$, $p = .82$). Durch die vier Prädiktoren konnten 2.7% der Varianz von K+

Ergebnisse

aufgeklärt werden. Insgesamt erwies sich das Modell somit als eher schwach. Tabelle 38 veranschaulicht die einzelnen Ergebnisse.

Auch die einzelnen Regressionskoeffizienten erreichten nicht das Signifikanzniveau. Tabelle 39 gibt einen Überblick über Informationen zu den Prädiktorvariablen, die bei der multiplen Regressionsanalyse für das positive Verhalten des Kindes (K+) eingeschlossen wurden.

Tabelle 39 Nicht-standardisierte (B) und standardisierte (β) Regressionskoeffizienten für die eingeschlossenen Variablen (Modell für K+)

Variable	B	Standardfehler B	β
Verhaltensauffälligkeiten Kind (SDQ)	-.10	.11	.11
Psychische Belastung der Eltern (DASS)	.02	.05	.04
Erziehungsverhalten (EFB)	.01	.04	.03
Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K)	.11	.14	.01

Die multiple Regressionsanalyse mit Einschlussverfahren für das negative Verhalten des Kindes (K-) ergab ebenfalls kein signifikantes Modell ($F(4,90) = .723, p = .58$). Durch die vier Prädiktoren konnten 1.2% der Varianz von K- aufgeklärt werden. Insgesamt erwies sich das Modell somit ebenfalls als schwach (Tabelle 38).

Tabelle 40 Nicht-standardisierte (B) und standardisierte (β) Regressionskoeffizienten für die eingeschlossenen Variablen (Modell für K-)

Variable	B	Standardfehler B	β
Verhaltensauffälligkeiten Kind (SDQ)	.11	.10	.12
Psychische Belastung der Eltern (DASS)	-.03	.05	-.08
Erziehungsverhalten (EFB)	-.04	.04	-.13
Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K)	-.15	.13	-.13

In Tabelle 40 sind die einzelnen Regressionskoeffizienten aufgeführt. Der Beitrag der Prädiktoren zur Varianzaufklärung war bei allen Prädiktoren, die mit in die Analyse eingingen, nicht signifikant.

Hinsichtlich des positiven Verhaltens der Eltern in der Interaktions-Situation (E+) ergab die Regressionsanalyse ebenfalls keine Hinweise, dass sich durch das Gesamtmodell die Kriteriumsvariable vorhersagen lässt ($F(4,90) = .957, p = .44$). Der Anteil an der Varianzaufklärung von E+ betrug hier 0.2% (Tabelle 38). Tabelle 41 gibt einen Überblick zu Informationen der einzelnen Prädiktoren. Keiner der in das Modell eingeschlossenen Variablen wurde signifikant.

Tabelle 41 Nicht-standardisierte (B) und standardisierte (β) Regressionskoeffizienten für die eingeschlossenen Variablen (Modell für E+)

Variable	B	Standardfehler B	β
Verhaltensauffälligkeiten Kind (SDQ)	-.10	.11	-.11
Psychische Belastung der Eltern (DASS)	.02	.05	.04
Erziehungsverhalten (EFB)	.01	.04	.03
Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K)	.11	.14	.09

Zusammenfassend ergab keine der drei multiplen Regressionsanalysen signifikante Ergebnisse. Das Modell, Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion durch das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten des Kindes (SDQ), die psychische Belastung der Eltern (DASS), das Erziehungsverhalten (EFB) und der Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K) vorherzusagen, erwies sich als nicht hilfreich. Dies galt sowohl für das positive Verhalten des Kindes (K+) in der Eltern-Kind-Interaktion als auch für das negative Verhalten des Kindes (K-) und das positive Verhalten der Eltern (E+). Die Hypothesen H5a bis H5c können somit nicht angenommen werden.

5.2.1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Hypothesenkomplexes

Die Ergebnisse des ersten Hypothesenkomplexes können folgendermaßen zusammengefasst werden. Im Hinblick auf die psychische Belastung bzw. das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten der Kinder wurden im Mittel die Cut-Off-Werte für klinisch relevante Probleme überschritten. Es wurde insgesamt ein hohes Maß an unterschiedlichsten psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (CBCL-Gesamtwert, SDQ-Gesamtwert) geschildert. Bei etwa zwei Drittel der Kinder (66.9%) wurde ein

hoch auffälliges Resultat in der CBCL erzielt. Im SDQ waren bei immerhin knapp der Hälfte der Kinder (49.0%) grenzwertig erhöhte bis auffällige Werte zu verzeichnen. Auch bei differenzierterer Betrachtung der beschriebenen Probleme fanden sich durchgehend hohe Werte im klinisch auffälligen Bereich. Bezüglich sogenannter internalisierender Probleme lag der prozentuale Anteil der auffälligen Resultate bei 68.2%. Externalisierende Auffälligkeiten lagen bei 51.0% im klinisch relevanten Bereich.

Bei der Betrachtung der emotionalen Probleme und psychischen Belastung der Eltern fiel auf, dass bei den Studienteilnehmern ein hohes Maß an depressionstypischen, angstassoziierten und stressbedingten Symptomen bestand. Fast die Hälfte der befragten Eltern berichtete auf den jeweiligen Skalen von Auffälligkeiten. Mäßige bis sehr starke Symptomausprägungen bezüglich Depression fanden sich bei knapp einem Drittel (31.3%). Bei in etwa jedem dritten Befragten fand sich auch eine mäßige bis sehr starke Belastung durch Ängste (32.7%) und Stress (30.0%).

Als weiteres Maß für die Einschätzung der elterlichen Verfassung bzw. der Belastung der Familie wurde zudem die Zufriedenheit der Studienteilnehmer mit ihrer aktuellen Partnerschaft erfasst (FBZ-K). Während im Stichprobenmittel insgesamt eine durchschnittlich bis hohe Partnerschaftszufriedenheit erreicht wurde, fanden sich nach Aufteilung der Probanden in Gruppen mit durchschnittlicher bis hoher Zufriedenheit und niedriger bis unterdurchschnittlicher Zufriedenheit bei immerhin knapp der Hälfte der Probanden (44.8%) eine herabgesetzte Zufriedenheit in der aktuellen Paarbeziehung.

Zwischen der Belastung der Eltern (DASS) und den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, SDQ) fand sich ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang (H3a + H3b). Somit gingen mit einem hohen Maß an elterlichen psychischen Problemen auch vermehrte Verhaltensauffälligkeiten der Kinder einher. Aufgrund der korrelativen Zusammenhänge lassen sich jedoch keine kausalen Rückschlüsse ziehen. Das gleiche gilt für den Zusammenhang zwischen dem Maß an dysfunktionalem erzieherischen Verhalten der Eltern (EFB) und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, SDQ). Auch hier fanden sich statistisch signifikante positive Korrelationen (H4a + H4b). Vermehrte inadäquate erzieherische Maßnahmen der Eltern gingen somit mit stärkeren psychischen Problemen der

Kinder einher. Zudem wurde umso mehr inadäquates Erziehungsverhalten (EFB) berichtet, je höher die psychische Belastung der Eltern war (DASS). Auch hier wurde der Zusammenhang statistisch signifikant (H4c). Um den Einfluss von Drittvariablen zu kontrollieren, wurden zu den gefundenen Zusammenhängen zudem partielle Korrelationen berechnet. Der signifikante positive Zusammenhang zwischen dem Ausmaß dysfunktionalen Erziehungsverhaltens (EFB) und den Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL + SDQ) ließ sich nicht mehr nachweisen, wenn die psychische Belastung der Eltern (DASS) als Dritt- bzw. Kontrollvariable berücksichtigt wurde.

Nach Einschätzung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, der psychischen Probleme, Partnerschaftszufriedenheit und dem Erziehungsverhalten der Eltern sollte noch überprüft werden, ob die oben genannten Variablen einen Einfluss auf objektiv beobachtbares Verhalten in einer Eltern-Kind-Interaktion (FIBS) haben. Es fanden sich in der vorliegenden Untersuchung jedoch keine Hinweise, dass sich das Verhalten des Kindes oder der Eltern durch die oben genannten Prädiktoren vorhersagen ließ (H5a – H5c).

Nachdem bei der Beantwortung der Fragen des ersten Hypothesenkomplexes das Ausmaß der Probleme der Kinder und der Eltern sowie Zusammenhänge zwischen den kind- und elternbezogenen Variablen dargestellt wurden, soll nun in den kommenden Abschnitten berichtet werden, inwiefern eine Verbesserung der oben geschilderten Probleme und Symptome durch das Elternt raining „Plan E“ erzielt werden konnte.

Eine kritische Betrachtung der Resultate des ersten Hypothesenkomplexes findet sich in Kapitel 6.

5.2.2 Wirksamkeit des Elternt rainings „Plan E“ im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting

Die Annahmen des zweiten Hypothesenkomplexes werden im folgenden Kapitel überprüft. Im Mittelpunkt steht hier die Evaluation des Elternt rainings „Plan E“ anhand verschiedener Variablen, wie Verhaltensauffälligkeiten/psychische Symptome des Kindes (CBCL, SDQ), Erziehungsverhalten (EFB) und elterliches Kompetenzgefühl

(FKE), elterliche emotionale Belastung (DASS) sowie beobachtetes Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kind (FIBS). Dabei wurde die EG mit der KG verglichen. Die Daten beziehen sich auf diejenigen Studienteilnehmer, die an allen drei Messzeitpunkten an der Untersuchung teilgenommen haben ($n = 103$; siehe Kapitel 4.2.2.4). Es wurde bei den ersten Fragestellungen jeweils eine 3x2 ANOVA mit Messwiederholung mit den Faktoren Zeit (Prä, Post und Follow-up) und Gruppe (EG, KG) über die Rohwerte berechnet. Bei der Fragestellung bezüglich der Interaktionsbeobachtung ($n = 55$) kam eine MANOVA zum Einsatz.

5.2.2.1 Psychische Probleme & Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte u.a. überprüft werden, ob die Teilnahme am Elternteraining zu einer zusätzlichen Reduktion der psychischen Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten führt. Es wurde erwartet, dass Eltern, die an „Plan E“ teilnehmen in der CBCL und im SDQ mehr Verbesserung des kindlichen Problemverhaltens berichten als Eltern, die nicht an dem Programm teilnahmen (H6a + H6b).

Symptombelastung des Kindes - CBCL

Hinsichtlich der CBCL-Gesamtrohwerte gibt Tabelle 42 einen Überblick über die Mittelwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten und Gruppen.

Tabelle 42 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts der CBCL nach Zeit und Gruppe

	MZP1/prä M (SD)	MZP2/post M (SD)	MZP3/follow-up M (SD)
EG ($n = 57$)	47.77 (25.60)	34.40 (22.69)	30.82 (20.46)
KG ($n = 46$)	52.63 (23.47)	39.98 (19.07)	39.83 (25.10)

Die interferenzstatistische Analyse ergab einen hoch signifikanten Effekt des Faktors Zeit ($F(2,202) = 59.471$, $p < .001$, *partielles* $\eta^2 = .371$). Der gefundene Effekt war zudem als groß zu bezeichnen. Über alle Gruppen hinweg nahm somit das von den Eltern in der CBCL berichtete Problemverhalten des Kindes deutlich ab. Statistisch

nicht signifikant wurde der Faktor Gruppe ($F(1,101) = 2.385, p = .126, \text{partielles } \eta^2 = .023$). Entscheidend für die Beurteilung der Wirksamkeit des Elterntrainings ist die Interaktion der Faktoren Zeit und Gruppe. Wie in Abbildung 23 ersichtlich wird, fand sich ein nahezu paralleler Verlauf der Werte der EG und KG über die drei Messzeitpunkte hinweg. Es ergab sich keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe ($F(2,202) = 1.110, p = .332, \text{partielles } \eta^2 = .011$). Die Teilnahme am Elterntraining „Plan E“ führte demnach zu keiner zusätzlichen Reduktion der Symptomatik der Kinder, gemessen mit der CBCL. Folglich kann Hypothese H6a nicht angenommen werden.

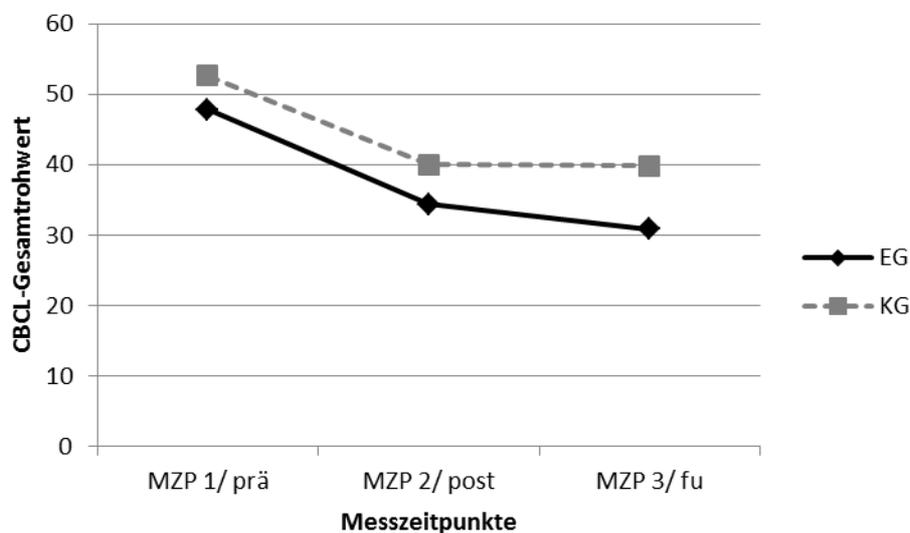


Abbildung 23 Mittelwerte der CBCL (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg

Neben der varianzanalytischen Auswertung der Daten hinsichtlich der psychischen Symptomatik der Kinder wurden zudem die Ergebnisse der CBCL in Kategorien eingeteilt (CBCL-Gesamtwert auffällig versus nicht auffällig) und non-parametrisch analysiert. Zunächst wurden mithilfe eines χ^2 -Tests die Verteilungen des Merkmals zwischen den beiden Gruppen (EG und KG) verglichen. Zum ersten Messzeitpunkt (prä) fanden sich keine Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des CBCL-Gesamtwerts ($\chi^2(1, n = 151) = .967, p = .325$). Vergleich man dagegen die Verteilungen des Merkmals zum Follow-Up-Zeitpunkt, fanden sich signifikante Unterschiede ($\chi^2(1, n = 103) = 7.461, p = .006$) im Sinne weniger auffälliger Resultate in der EG. Tabelle 43 zeigt die Verteilung des Merkmals in den Gruppen.

Ergebnisse

Tabelle 43 Häufigkeiten des Merkmals CBCL (nicht auffällig versus auffällig) in der EG und KG zu Messzeitpunkt 1, 2 und 3

CBCL Gesamt (dichotomisiert)	MZP1		MZP2		MZP3	
	EG <i>n</i> (%)	KG <i>n</i> (%)	EG <i>n</i> (%)	KG <i>n</i> (%)	EG <i>n</i> (%)	KG <i>n</i> (%)
nicht auffällig	29 (36.7)	21 (29.2)	41 (64.1)	28 (47.5)	40 (70.2)	20 (43.5)
auffällig	50 (63.3)	50 (70.8)	23 (35.9)	31 (52.5)	17 (29.8)	26 (56.5)
gesamt	79 (100.0)	72 (100.0)	64 (100.0)	59 (100.0)	57 (100.0)	46 (100.0)

Während zum ersten Messzeitpunkt der Anteil der Kinder mit auffälligem CBCL-Gesamtwert in EG und KG in etwa gleich war, fand sich zum letzten Erhebungszeitpunkt ein niedrigerer Anteil an Kindern mit auffälligen Resultaten in der EG als in der KG. Grafik 24 veranschaulicht zudem die Resultate getrennt nach EG und KG.

Neben dem Vergleich des Merkmals zwischen der EG und KG zu den unterschiedlichen Untersuchungsterminen wurde die Verteilung der CBCL-Ergebnisse auch innerhalb der Gruppen zu den zwei Zeitpunkten Prä und Follow-Up verglichen. Es sollte damit überprüft werden, ob sich innerhalb der Gruppen signifikante Häufigkeitsunterschiede in die richtige bzw. erwartete Richtung ergeben (Wechsel von „auffällig“ zu „nicht auffällig“). In der EG ergab der McNemar-Test unter Verwendung der Binomialverteilung ein signifikantes Resultat ($n = 57$, $p < .001$). 18 (52.9%) der 34 als auffällig klassifizierten Kinder der EG wechselten in die Kategorie „unauffällig“. 22 (95.7%) der 23 ursprünglich als unauffällig beschriebenen Patienten blieben auch bei der Follow-Up-Untersuchung im nicht auffälligen Bereich. Der McNemar-Test in der KG wurde mit $p = .07$ ($n = 46$) statistisch nicht signifikant. Hier wechselten 7 (21.9%) der 32 als anfangs auffällig einzuordnenden Kinder zum Follow-Up-Zeitpunkt in die Kategorie „unauffällig“, während 25 (78.1%) in dieser Klasse verblieben. 13 (92.9%) der 14 als unauffällig eingeordneten Kinder erreichten auch zum letzten Messzeitpunkt unauffällige Ergebnisse.

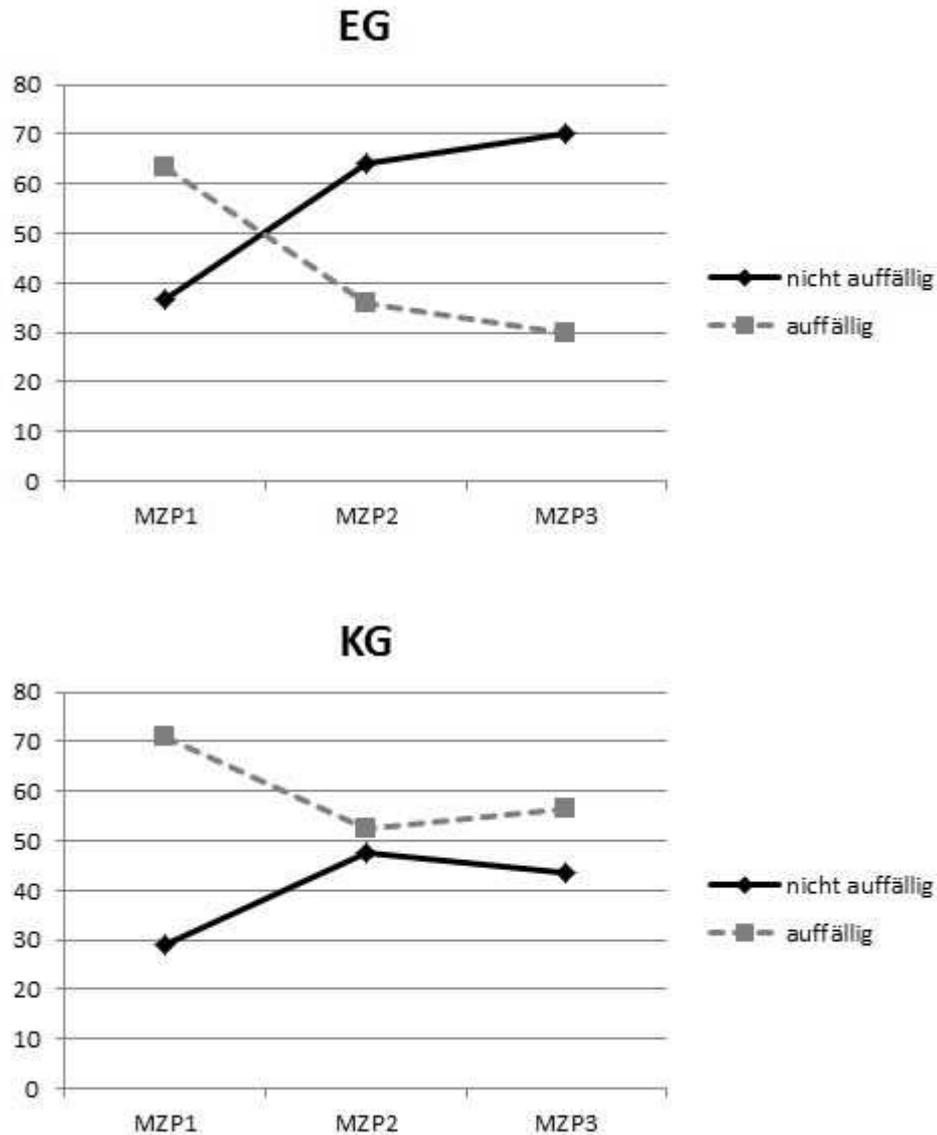


Abbildung 24 Prozentualer Anteil nicht auffälliger bzw. auffälliger CBCL-Gesamtwerte über die drei Messzeitpunkte hinweg nach Gruppeneinteilung (EG versus KG)

Insgesamt entsprechen die gefundenen Häufigkeits- bzw. Verteilungsunterschiede der in Hypothese H6a angenommenen Richtung. Die Verteilungen zum ersten Messzeitpunkt wiesen keine signifikanten Unterschiede zwischen der EG und KG auf, so dass von einer erfolgreichen Randomisierung ausgegangen werden kann (siehe auch Kapitel 5.1.1). In der EG fanden sich zum Follow-Up-Zeitpunkt jedoch mehr Patienten mit unauffälligen CBCL-Werten (70,2%) als mit auffälligen Ergebnissen (29,8%). In der KG waren dagegen trotz einer Zunahme der unauffälligen Resultate von der Prä- zur Follow-Up-Erhebung weiterhin die meisten Kinder (56,5%) anhand der CBCL als auffällig eingestuft worden. Die Daten liefern somit Hinweise, dass die Teilnahme an „Plan E“ zusätzlich positive Effekte auf das

Problemverhalten der Kinder gehabt haben könnte, obgleich die varianzanalytische Auswertung anhand der Mittelwerte der CBCL keinen signifikanten Interaktionseffekt ergab. Die oben genannten signifikanten Resultate der Chi²- und Mc-Nemar-Tests blieben auch nach Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm statistisch signifikant (siehe Anhang 10).

Schwächen des Kindes - SDQ

Als weiteres Instrument zur Erfassung des kindlichen Problemverhaltens kam der SDQ zum Einsatz. In Tabelle 44 findet sich ein Überblick über die einzelnen Mittelwerte des SDQ nach Messzeitpunkt und Gruppe.

Tabelle 44 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts des SDQ nach Zeit und Gruppe

	MZP1/prä <i>M (SD)</i>	MZP2/post <i>M (SD)</i>	MZP3/follow-up <i>M (SD)</i>
EG (<i>n</i> = 57)	15.18 (6.73)	12.72 (6.38)	11.79 (6.16)
KG (<i>n</i> = 44)	15.89 (7.15)	14.09 (6.40)	13.50 (7.88)

Im Hinblick auf den Faktor Zeit ergab die Analyse einen hoch signifikanten Effekt ($F(2,198) = 25.519, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .224$). Der Effekt war als groß einzustufen. Somit war eine deutliche Abnahme der Verhaltensprobleme über beide Untersuchungsgruppen hinweg zu verzeichnen. Der Faktor Gruppe wurde dagegen nicht statistisch signifikant ($F(1,99) = .980, p = .325, \text{partielles } \eta^2 = .010$). Die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe, welche Aussagen über die Wirksamkeit des Trainings macht, wurde ebenfalls nicht signifikant ($F(2,198) = .823, p = .440, \text{partielles } \eta^2 = .008$). Somit führte die Teilnahme an der Intervention zu keinem zusätzlichen Nachlassen der Symptomatik der Kinder, gemessen durch den SDQ. Hypothese H6b kann somit nicht bestätigt werden. In Abbildung 25 sind die Ergebnisse der SDQ-Gesamtrohwerte in beiden Gruppen über die verschiedenen Messzeitpunkte grafisch dargestellt. In beiden Gruppen zeigt sich ein ähnlicher Kurvenverlauf.

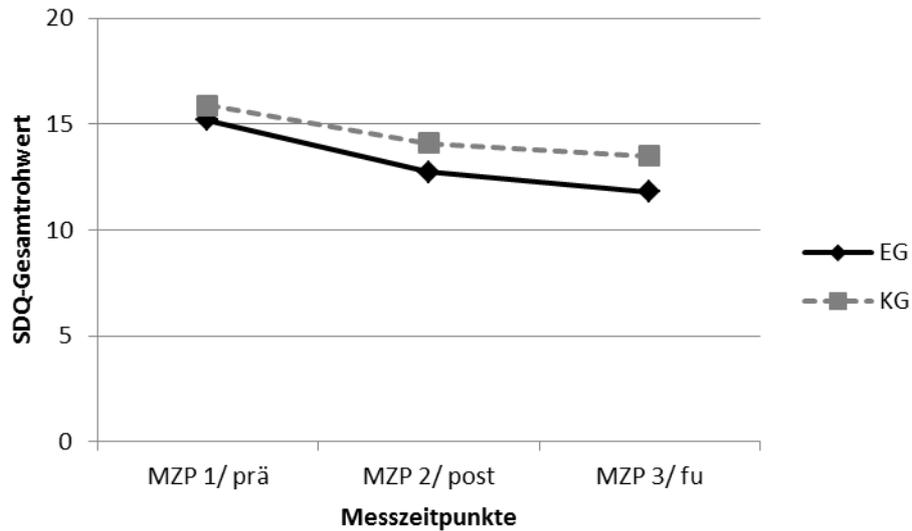


Abbildung 25 Mittelwerte des SDQ (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg

Insgesamt ergaben sich hinsichtlich der Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder lediglich statistisch signifikante und bedeutsame Zeiteffekte. Mit beiden Messinstrumenten war ein zusätzlicher Effekt des Elterntrainings in Form einer deutlicheren Symptomreduktion in der EG nicht nachweisbar; entsprechende Interaktionen der Faktoren Zeit und Gruppe wurden statistisch nicht signifikant. Somit können die Hypothesen H6a und H6b nicht angenommen werden. Bei kategorialer bzw. non-parametrischer Auswertung der Ergebnisse der CBCL ergaben sich dagegen Hinweise für eine Überlegenheit der EG im Hinblick auf die Symptomreduktion.

Wie der Untertitel „Eltern stark machen!“ des Elterntrainings „Plan E“ zum Ausdruck bringt, war eines der Hauptziele bei der Entwicklung des Programms die Stärkung und Entlastung der Eltern. Ob dies gelang, zeigen die Ergebnisse der kommenden Abschnitte.

5.2.2.2 Erziehungsverhalten in Disziplinsituationen und elterliches Kompetenzgefühl

Neben der Symptomatik der Kinder wurden auch die Effekte von „Plan E“ auf das Erziehungsverhalten der Eltern und das elterliche Kompetenzgefühl erfasst. Hierzu kamen die Instrumente EFB und FKE zum Einsatz. Es wurde erwartet, dass Teilnehmer des Elterntrainings eine deutlichere Abnahme ungünstigen

Ergebnisse

Erziehungsverhaltens (H7a) und eine größere Zunahme des elterlichen Kompetenzgefühls (H7b) aufweisen als Probanden der KG.

Erziehungsverhalten der Eltern - EFB

In Tabelle 45 wird ein Überblick über die Mittelwerte der Gruppen zu den verschiedenen Messzeitpunkten mit dazugehörigen Standardabweichungen dargestellt.

Tabelle 45 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts des EFB nach Zeit und Gruppe

	MZP1/prä <i>M (SD)</i>	MZP2/post <i>M (SD)</i>	MZP3/follow-up <i>M (SD)</i>
EG (<i>n</i> = 57)	114.11 (18.88)	94.16 (21.97)	94.68 (20.00)
KG (<i>n</i> = 45)	117.04 (24.15)	109.47 (29.93)	110.98 (23.79)

Hinsichtlich des Faktors Zeit fand sich ein hoch signifikanter und bedeutsamer Effekt ($F(2,200) = 45.107, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .311$). Der Faktor Gruppe wurde ebenfalls statistisch signifikant ($F(1,100) = 8.260, p = .05, \text{partielles } \eta^2 = .076$), wobei hier die Effektstärke als mittel einzustufen war. Betrachtet man die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe, welche Aussagen über die Wirksamkeit der Intervention macht, so fand sich ein hoch signifikante Ergebnis ($F(2,200) = 10.620, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .096$). Die Interaktion blieb auch nach der Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm signifikant; das lokale Alpha-Niveau betrug hier $\alpha_1 = .017$ (siehe Anhang 10). Somit berichteten Teilnehmer von „Plan E“ im EFB eine deutlichere Abnahme inadäquaten Erziehungsverhalten im Vergleich zu Probanden der KG. Die Effektstärke ist als mittel einzuordnen und ist daher durchaus auch von klinischer Relevanz. Hypothese H7a kann daher angenommen werden. Abbildung 26 veranschaulicht die Ergebnisse des EFB.

Ergebnisse

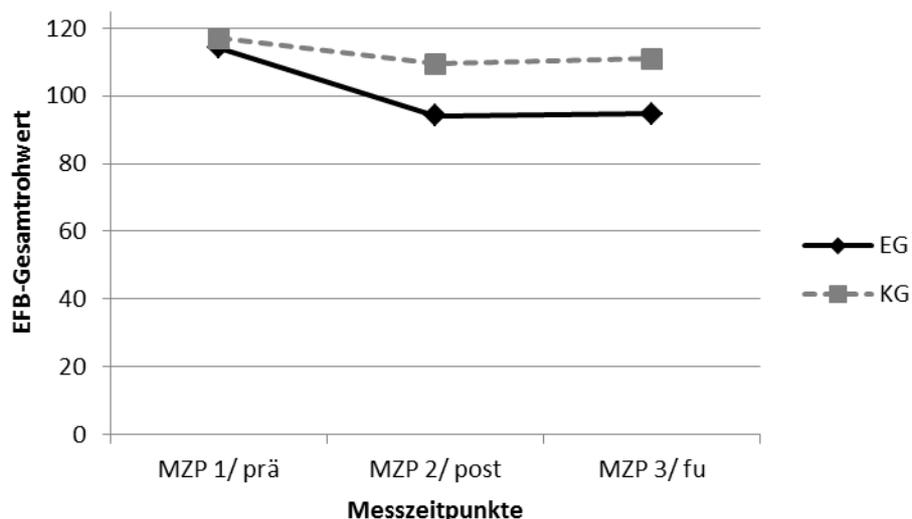


Abbildung 26 Mittelwerte des EFB (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg

Zur weiteren Veranschaulichung und Datenanalyse wurden die Ergebnisse der Subskalen des EFB berechnet (Tabelle 46). Dabei wurde ersichtlich, dass in allen drei Bereichen (Überreagieren, Nachgiebigkeit, Weitschweifigkeit) ein ähnliches Ergebnismuster zu verzeichnen war. In der EG nahmen – zumindest deskriptiv betrachtet – problematische Erziehungsstrategien in alle Skalen ab.

Tabelle 46 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) der Subskalen des EFB nach Zeit und Gruppe

		MZP1/prä M (SD)	MZP2/post M (SD)	MZP3/follow-up M (SD)
Überreagieren	EG	43.35 (10.64)	35.88 (10.93)	36.65 (9.78)
	KG	43.62 (11.76)	40.96 (11.44)	42.65 (11.79)
Nachgiebigkeit	EG	24.61 (7.18)	19.75 (5.40)	20.09 (5.91)
	KG	24.73 (7.89)	23.87 (7.90)	24.46 (6.83)
Weitschweifigkeit	EG	20.72 (4.85)	15.65 (5.60)	15.96 (5.34)
	KG	21.93 (5.65)	20.24 (6.10)	19.91 (5.85)

Kompetenzgefühl der Eltern - FKE

Bei der Überprüfung der Voraussetzungen zur Anwendung einer ANOVA mit Messwiederholung ergab der Mauchly-Test bezüglich der untersuchten Variable, dass die Annahme der Sphärität verletzt wurde ($Ch^2 = 7.983, p = .018$). Es wurden

Ergebnisse

daher die Freiheitsgrade unter Abschätzung der Sphärizität nach Greenhouse-Geisser korrigiert.

Hinsichtlich des Faktors Zeit fand sich auch bei dieser Variable ein signifikanter Haupteffekt ($F(1.86, 185.62) = 17.065$, $p < .001$, $\text{partielles } \eta^2 = .146$). Es fand sich somit über beide Gruppen hinweg ein statistisch signifikanter Anstieg der Einschätzung der eigenen Erziehungskompetenz im Laufe der Zeit. Der Effekt war als groß einzustufen. Nicht statistisch signifikant wurde der Effekt des Faktors Gruppe ($F(1, 100) = 1.675$, $p = .199$, $\text{partielles } \eta^2 = .016$). Tabelle 47 gibt einen Überblick zu den einzelnen Ergebnissen des FKE.

Tabelle 47 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts des FKE nach Zeit und Gruppe

	MZP1/prä <i>M (SD)</i>	MZP2/post <i>M (SD)</i>	MZP3/follow-up <i>M (SD)</i>
EG ($n = 57$)	48.07 (7.62)	51.88 (7.07)	52.42 (6.66)
KG ($n = 45$)	47.27 (9.33)	50.04 (8.62)	49.60 (9.05)

Es fand sich keine signifikante Interaktion zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe ($F(1.86, 185.62) = 1.184$, $p = .306$, $\text{partielles } \eta^2 = .012$). Dies zeigt sich auch in den nahezu gleich verlaufenden Kurven bei der grafischen Ergebnisdarstellung (Abbildung 27). Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Intervention zu einem zusätzlichen Anstieg des Kompetenzgefühls der Eltern geführt hat. Die Hypothese H7b kann somit nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Teilnahme am Elterstraining zu einer Abnahme von inadäquaten Erziehungsverhalten führte, während dieser Effekt bei der KG nicht oder nur kaum zu finden war. Es fand sich hier eine statistisch hoch signifikante Interaktion mit mittlerer Effektstärke zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe. Somit wurde die Hypothese H7a angenommen. Bei Betrachtung der deskriptiven Ergebnisse der Subskalen des EFB fanden sich ähnliche Ergebnismuster, bei denen zum Post- und Follow-Up-Zeitpunkt die Resultate der EG immer unter denen der KG lagen. In beiden Gruppen (EG, KG) fand sich zudem eine Zunahme des von den Eltern berichteten Kompetenzgefühls. Dieser Effekt zeigte sich jedoch unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit bzw. der Intervention. Die Interaktion der Faktoren Zeit und Gruppe war hier nicht signifikant. Hypothese H7b

konnte somit nicht bestätigt werden. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass das Training zu einer Abnahme von negativen Erziehungsverhalten in Disziplinsituationen führt, während es keine Auswirkungen auf das Kompetenzgefühl der Eltern hat.

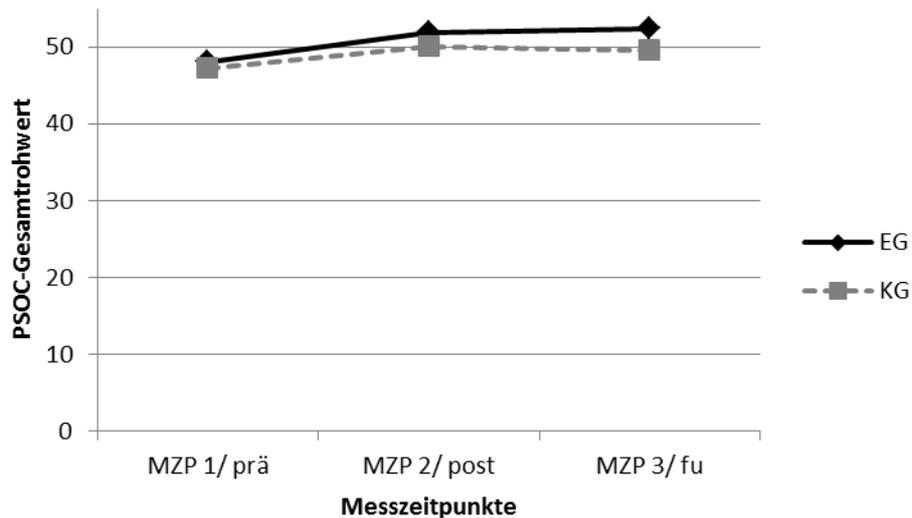


Abbildung 27 Mittelwerte des FKE (Gesamtwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg

5.2.2.3 Emotionale Belastung der Eltern - DASS

Zur Erfassung der emotionalen Belastung der Eltern wurde die DASS durchgeführt. Es sollte überprüft werden, ob das Training eine Auswirkung auf die psychische Verfassung der Probanden hat. Es wurde erwartet, dass Teilnehmer von „Plan E“ im Vergleich zu Personen der KG eine deutlichere emotionale Entlastung erfahren (H8).

Tabelle 48 gibt einen Überblick über die Ergebnisse des DASS. Interferenzstatistisch ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit ($F(2,200) = 22.692$, $p < .001$, $\text{partielles } \eta^2 = .185$). Somit zeigte sich über die Zeit hinweg in beiden Gruppen eine deutlich Abnahme der emotionalen Belastung. Der Effekt war als groß zu bewerten. Der Faktor Gruppe wurde dagegen knapp nicht signifikant ($F(1,100) = 3.594$, $p = .061$, $\text{partielles } \eta^2 = .035$). Von besonderem Interesse war auch hier der Interaktionseffekt. Es gab bezüglich der DASS eine signifikante Interaktion zwischen dem Faktor Zeit und Gruppe ($F(2,200) = 6.171$, $p = .003$, $\text{partielles } \eta^2 = .058$). Die Effektstärke ist als klein einzustufen, wobei die Einordnung als mittlerer Effekt knapp verpasst wurde ($\text{partielles } \eta^2 \geq .06$).

Ergebnisse

Tabelle 48 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts der DASS nach Zeit und Gruppe

	MZP1/prä <i>M (SD)</i>	MZP2/post <i>M (SD)</i>	MZP3/follow-up <i>M (SD)</i>
EG (<i>n</i> = 57)	72.84 (16.11)	62.23 (13.54)	61.70 (14.30)
KG (<i>n</i> = 45)	73.53 (16.47)	71.71 (19.85)	68.22 (18.94)

Auch nach der Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm blieb dieser Effekt signifikant. Das lokale Alpha-Niveau betrug hier $\alpha_2 = .025$ (siehe Anhang 10). Somit berichteten Teilnehmer von „Plan E“ im DASS eine deutlichere Abnahme ihrer emotionalen Belastung als Personen der KG. Die Hypothese H8 kann daher angenommen werden. In Abbildung 28 sind die Ergebnisse der DASS grafisch dargestellt.

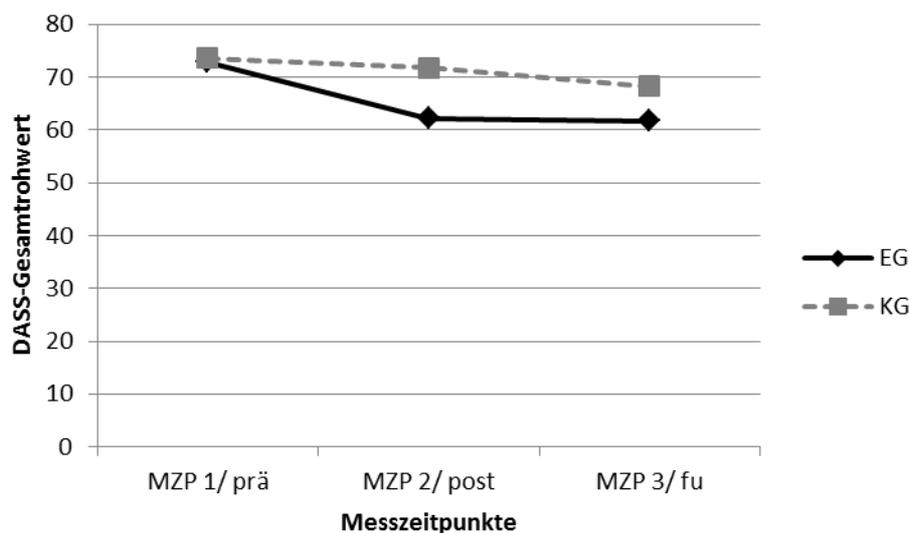


Abbildung 28 Gesamtrohwert der DASS über die drei Messzeitpunkte hinweg

Zur weiteren Veranschaulichung und Datenanalyse werden im Folgenden die Ergebnisse der Subskalen der DASS deskriptiv dargestellt (Tabelle 49). Dabei wird wie beim EFB ersichtlich, dass in allen drei Bereichen (Depression, Angst, Stress) ein ähnliches Ergebnismuster zu verzeichnen war. In der EG nahmen – zumindest deskriptiv betrachtet – die Ergebnisse bezüglich der oben genannten Symptome deutlicher ab als in der KG.

Ergebnisse

Tabelle 49 Rohwerte und Standardabweichung (in Klammer) der Subskalen der DASS

		MZP1/prä M (SD)	MZP2/post M (SD)	MZP3/follow-up M (SD)
Depression	EG	22.18 (6.45)	19.67 (4.78)	19.39 (4.32)
	KG	23.62 (7.41)	22.93 (8.09)	21.39 (7.60)
Angst	EG	21.47 (5.66)	18.91 (4.85)	18.58 (4.89)
	KG	20.87 (4.95)	20.39 (5.75)	19.80 (5.60)
Stress	EG	29.19 (5.70)	23.65 (5.16)	23.63 (5.64)
	KG	29.49 (5.92)	28.24 (7.65)	26.72 (6.89)

Nachdem die Wirksamkeit des Elterntrainings anhand von Fragebogendaten (Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren) untersucht wurde, soll im Folgenden nun überprüft werden, ob sich Effekte auch mittels objektiver Verhaltensdaten finden lassen.

5.2.2.4 Eltern-Kind-Interaktion - FIBS

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings auf Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion gingen als abhängige Variablen die Werte der drei Subskalen „positives Kindverhalten“ (K+), „negatives Kindverhalten“ (K-) und „positives Elternverhalten“ (E+) des FIBS in die MANOVA ein. Es wurde erwartet, dass sich in der EG eine deutlichere Zunahme an positivem Verhalten (H9a) und eine Abnahme negativer Verhaltensweisen des Kindes (H9b) sowie eine Zunahme positiven Elternverhaltens (H9c) finden lassen. Voraussetzung war jedoch zunächst, dass sich eine signifikante Interaktion zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe in der MANOVA ergibt. Danach sollte mittels der univariaten Tests die einzelnen Subskalen auf die oben genannten Hypothesen hin untersucht werden.

Zunächst werden jedoch die deskriptiven Daten präsentiert. Hinsichtlich K+ fanden sich die in Tabelle 50 dargestellten Mittelwerte zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten. Zudem sind hier auch die Ergebnisse für K- und E+ abgebildet.

Ergebnisse

Tabelle 50 Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammer) der Subskalen des FIBS

Variable		MZP1/prä <i>M (SD)</i>	MZP2/post <i>M (SD)</i>	MZP3/follow-up <i>M (SD)</i>
K+	EG (<i>n</i> = 31)	35.58 (6.78)	34.23 (6.37)	35.87 (4.11)
	KG (<i>n</i> = 24)	35.17 (4.52)	35.71 (6.00)	34.79 (4.38)
K-	EG (<i>n</i> = 31)	2.26 (6.67)	3.71 (5.72)	1.74 (2.86)
	KG (<i>n</i> = 24)	2.50 (4.20)	2.00 (3.77)	1.96 (3.92)
E+	EG (<i>n</i> = 31)	60.16 (11.34)	57.61 (14.03)	58.87 (15.08)
	KG (<i>n</i> = 24)	58.67 (13.46)	53.71 (12.54)	50.46 (8.52)

Die interferenzstatistische Auswertung mittels der MANOVA ergab keine signifikanten Haupteffekte für die Faktoren Zeit ($F(6,48) = 1.660, p = .151, \text{partielles } \eta^2 = .172$) und Gruppe ($F(3,51) = .924, p = .436, \text{partielles } \eta^2 = .052$). Es fanden sich somit keine signifikanten Veränderungen über die Zeit hinweg; auch zwischen den Gruppen ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede. Die MANOVA ergab auch hinsichtlich der Interaktion der beiden Faktoren kein signifikantes Resultat ($F(6,48) = 1.442, p = .219, \text{partielles } \eta^2 = .153$).

Trotz der nicht signifikanten Ergebnisse der MANOVA bezüglich des FIBS wurden mit den einzelnen Skalen des FIBS univariate Tests berechnet, die keine signifikanten Resultate aufwiesen. Die Ergebnisse der univariaten varianzanalytischen Auswertungen sind in Tabelle 51 dargestellt. Insgesamt kann somit nicht angenommen werden, dass das Elterntaining zu Effekten geführt hat, die sich durch das FIBS in der vorgegebenen Interaktionsaufgabe (siehe Kapitel 4.2.5.5) messen lassen. Die Hypothesen H9a, H9b und H9c können somit nicht bestätigt werden.

Tabelle 51 Ergebnisse der univariaten Tests zu den einzelnen Subskalen des FIBS

Variable	<i>F(1,53)</i>	<i>p</i>	<i>Partielles η^2</i>
K+	.000	.997	.000
K-	.209	.650	.004
E+	2.701	.106	.048

Das FIBS wurde eingesetzt, um zu überprüfen, ob sich Elterntainingeffekte im Sinne von objektiv beobachtbaren Symptomreduktionen bei den Kindern und

verändertem Erziehungsverhalten bei den Eltern feststellen lassen. Um abschließend zu überprüfen, ob sich generell Zusammenhänge zwischen den FIBS-Subskalen K+, K- und E+ mit den beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bzw. dem elterlichen Erziehungsverhalten finden lassen, wurden zudem Korrelationen nach Pearson zwischen den einzelnen FIBS-Unterskalen und der CBCL, dem SDQ und dem EFB berechnet (Tabelle 52), die zeigen, dass das Ausmaß an internalisierenden Auffälligkeiten nicht mit beobachtetem Kinderverhalten korreliert; dagegen zeigen Kinder mit einem hohen Maß an externalisierenden Auffälligkeiten weniger positives (K+) und mehr negatives Verhalten (K-) in der Beobachtungssituation. Einen Zusammenhang zwischen positivem elterlichen Verhalten (E+) im FIBS und der Selbstbeschreibung im EFB fand sich nicht. Mit Ausnahme des Zusammenhangs zwischen K+ und SDQ blieben auch nach Alpha-Adjustierung alle gefundenen Zusammenhänge signifikant (siehe Anhang 10)

Tabelle 52 Korrelationen (r) zwischen Subskalen des FIBS und CBCL, SDQ und EFB

	CBCL		SDQ	EFB
	Internalisierende Auffälligkeiten	Externalisierende Auffälligkeiten	Gesamtwert	Gesamtwert
FIBS K+	-.030 <i>n</i> = 61	-.350** <i>n</i> = 61	-.249* <i>n</i> = 60	-
FIBS K-	.037 <i>n</i> = 61	.405** <i>n</i> = 59	.308** <i>n</i> = 60	-
FIBS E+	-	-	-	-.019 <i>n</i> = 60

* $p < .05$, ** $p < .01$, einseitig.

5.2.2.5. Zusammenfassung der Ergebnisse des zweiten Hypothesenkomplexes

Der zweite Hypothesenkomplex widmete sich der Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Plan E“ im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting. Es stellte sich die Frage, ob die additive Teilnahme an dem Elterntaining neben der ohnehin schon sehr umfangreichen Standardbehandlung zu zusätzlichen Effekten führt. Die Resultate des zweiten Hypothesenkomplexes können folgendermaßen zusammengefasst werden. Bezüglich des Ausmaßes an Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, SDQ) wurde erwartungsgemäß ein signifikanter Zeiteffekt gefunden; sowohl in der EG als auch in der KG ließ die psychische Belastung der Patienten deutlich nach. Es ergab sich jedoch keine signifikante Interaktion zwischen den

Faktoren Zeit und Gruppe, weshalb anhand der varianzanalytischen Auswertung nicht davon auszugehen ist, dass sich durch „Plan E“ ein zusätzliche Symptomreduktion bei den Kindern und Jugendlichen erreichen ließ (H6a + H6b). Wurden dagegen die Resultate bezüglich der psychischen Probleme der Kinder (CBCL) dichotomisiert betrachtet und die Kinder gemäß der kritischen Cut-Off-Werte in die Gruppen „nicht auffällig“ und „auffällig“ aufgeteilt, so fanden sich insgesamt Verteilungs- bzw. Häufigkeitsunterschiede, die für einen zusätzlichen positiven Effekt von „Plan E“ auf das Problemverhalten der Kinder sprechen.

Auch bei der Befragung zu Erziehungsverhalten in Problemsituationen (EFB) war in beiden Gruppen ein Nachlassen problematischer bzw. inadäquater erzieherischer Strategien nachweisbar. Es ergab sich jedoch auch eine signifikante und bedeutsame Interaktion zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe. Insgesamt war eine deutlichere Reduktion ungünstigen Erziehungsverhaltens in der EG beobachtbar, die auf das Elterntaining zurückzuführen war (H7a). In Bezug auf das Kompetenzgefühl der Eltern (FKE) fand sich über beide Gruppen hinweg ein Anstieg der Werte, was für eine Zunahme der Zufriedenheit mit der Elternrolle und der Selbstwirksamkeit spricht. Diese Zunahme zeigte sich jedoch unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit zur EG oder KG, weshalb von keinem zusätzlichen Effekt durch „Plan E“ auszugehen war (H7b).

Von besonderem Interesse war auch die Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings auf das psychische Befinden der Eltern (DASS). Wie bei den anderen Variablen fand sich hier ebenfalls ein signifikanter Haupteffekt für die Zeit. Auch die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe erwies sich als signifikant. In der EG war eine deutlichere Abnahme der emotionalen Belastung der Eltern messbar als in der KG (H8). Die Teilnahme an „Plan E“ führte zu einer Entlastung und Stabilisierung der Eltern.

Dagegen waren bei den objektiven Verhaltensdaten (FIBS) keine nennenswerten Änderungen zu verzeichnen. In beiden Gruppen fanden sich keine signifikanten Zeiteffekte; auch die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe erreichte keine Signifikanz.

Neben den bereits geschilderten varianzanalytischen Auswertungen der abhängigen Variablen wurden zudem die erhobenen abhängigen Variablen und die Veränderungen der Mittelwerte vom Prä- zum Post- bzw. vom Prä- zum Follow-Up-

Ergebnisse

mittels verbundener T-Tests untersucht. Hierfür wurden die Resultate der abhängigen Variablen zum ersten und zweiten bzw. ersten und dritten Erhebungszeitpunkt separat für die EG und KG berechnet. Eine ausführliche Übersicht zu den Ergebnissen der verbundenen T-Tests gibt Anhang 13. War in einer der beiden Gruppen ein Mittelwertunterschied statistisch signifikant, so wurde zudem die Intragruppen-Effektstärke bestimmt. Zudem wurde die Differenz der Effektstärken zwischen EG und KG berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 53 zusammengefasst. Es zeigten sich in der EG durchgehend größere Effekte als in der KG. In der EG fanden sich stets mittlere bis starke Effekte, während die Effektstärken in der KG, mit Ausnahme des Problemverhaltens der Kinder gemessen mit der CBCL, lediglich als klein einzustufen waren. Die Effektstärkendifferenzen, die in anderen Evaluationsstudien ebenfalls häufig als Indiz für die Wirksamkeit der Intervention herangezogen wurden (z.B. Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006), zeigen in der vorliegenden Arbeit vor allem zum Follow-Up-Zeitpunkt durchweg hinsichtlich der Elternvariablen Werte über .20. Am deutlichsten sind die Unterschiede bezüglich des Erziehungsverhaltens (EFB), wo die Effektstärkendifferenzen .79 (Post) bzw. .78 (Follow-Up) betragen.

Tabelle 53 Intragruppen-Effektstärken (ES) von EG und KG für den Vergleich Prä- und Post-Messung (ES Post) und Prä- und Follow-Up-Messung (ES Follow-Up) und Differenzwerte der Effektstärken (Diff) zwischen EG und KG.

Variable	ES Post			ES Follow-Up		
	EG	KG	Diff	EG	KG	Diff
CBCL	.58	.52	.06	.66	.55	.11
SDQ	.43	.30	.13	.50	.33	.17
EFB	1.08	.29	.79	1.03	.25	.78
FKE	.52	.23	.29	.57	.25	.32
DASS	.65	.16	.49	.69	.32	.37

Anmerkung: Werte \geq .20 in fett. Diff = ES (EG) – ES (KG)

Eine abschließende kritische Betrachtung der Resultate dieses Abschnitts findet sich in Kapitel 6.

6 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit sollten im Fragen- bzw. Hypothesenkomplex 1 zum einen das Ausmaß der psychischen Auffälligkeiten der Kinder, die emotionale Belastung der Eltern, das Erziehungsverhalten der Eltern in Problemsituationen und korrelative Zusammenhänge einzelner Variablen untersucht werden. Zum anderen stand im Fragen- bzw. Hypothesenkomplex 2 die Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Plan E“ anhand verschiedener abhängiger Variablen im Mittelpunkt. Neben Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren wurden auch objektive Verhaltensdaten berücksichtigt.

Die Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen werden im Folgenden vor dem eingangs geschilderten theoretischen Hintergrund diskutiert. Zudem soll die Forschungsmethodik der vorliegenden Arbeit kritisch betrachtet werden bevor abschließend eine zusammenfassende Diskussion und ein Ausblick für mögliche weitere Forschungsfragen und -arbeiten gegeben werden.

6.1 Interpretation der Ergebnisse

Bevor die Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen gegliedert nach den zwei Fragen- bzw. Hypothesenkomplexen diskutiert werden, sollen zunächst noch die Ergebnisse bezüglich der Untersuchungsstichprobe, Randomisierung und Abbruchrate kritisch betrachtet werden, da diese Resultate von Bedeutung für die Verallgemeinerbarkeit und Interpretation der weiteren Studiendaten sind.

6.1.1 Untersuchungsstichprobe, Dropout und Randomisierung

Laut Döpfner (2009) besteht ein Problem bei Therapiestudien in der sogenannten Stichprobenselektion. Bei etwa drei Viertel aller Therapiestudien werden gezielt Probanden für diese Forschungsprojekte angeworben und es findet keine Untersuchung an klinischen Inanspruchnahmepopulationen statt, weshalb die Notwendigkeit von mehr Forschungsarbeiten an klinischen Stichproben propagiert wird (z.B. Döpfner, 2009). Für die Rekrutierung der Probanden der vorliegenden Arbeit wurde auf eine klinische Inanspruchnahmepopulation zurückgegriffen. Es

wurden alle Kinder und Jugendlichen, die sich zum Erhebungszeitraum in der KJP Würzburg in vollstationärer Behandlung befanden bzw. deren Eltern angesprochen. Insgesamt wurde nur eine sehr geringe Anzahl an Ausschlusskriterien (z.B. vorherige Teilnahme an „Plan E“) für die Studienteilnahme benannt, um möglichst allen Patienten und deren Eltern die Teilnahme zu ermöglichen und der Heterogenität einer klinischen Inanspruchnahmepopulation gerecht zu werden. Zudem sollte dadurch der Anspruch des Elterntrainings „Plan E“, ein störungs-, settings- und altersunabhängiges Programm zu sein, dokumentiert werden.

Hervorzuheben ist zudem die Stichprobengröße. An der vorliegenden Arbeit nahmen insgesamt 151 Probanden teil, wovon 103 an allen drei Messzeitpunkten partizipierten. Die in der Poweranalyse (siehe Kapitel 4.2.2) berechnete notwendige Stichprobengröße wurde somit erreicht. Die nach Kenntnisstand des Autors aktuellste Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Elterntrainings stammt von einer britischen Arbeitsgruppe (Dretzke et al., 2009). Insgesamt fiel bei dieser Arbeit auf, dass die meisten Studien relativ geringe Stichprobengrößen aufweisen. Im Durchschnitt liegt die Gruppengröße bei 21 teilnehmenden Eltern. Die vorliegende Untersuchung besitzt somit im Vergleich zu anderen Studien eine große Untersuchungsstichprobe, was als eindeutige Stärke dieser Arbeit zu bewerten ist.

Wie bei den meisten anderen Evaluationsstudien zu Elterntrainings (z.B. Burke et al., 2010) war auch in der vorliegenden Arbeit der Anteil der Mütter im Vergleich zu den Vätern sehr hoch, weshalb sich die im Weiteren genannten Ergebnisse streng genommen nur mit Einschränkungen auf die Väter verallgemeinern lassen. Verschiedene Forschungsarbeiten zeigen jedoch, dass das elterliche Geschlecht durchaus Auswirkungen auf den Erfolg von Elterntrainings haben kann. So berichten beispielsweise Hahlweg et al. (2010), dass sich bei Müttern und Vätern gleichermaßen ein Rückgang von dysfunktionalem Erziehungsverhalten beobachten lässt, während aber vermehrt die Mütter eine gleichzeitige Zunahme an funktionalem Erziehungsverhalten aufweisen. Aufgrund des ungleichen Geschlechterverhältnisses bzw. der niedrigen Anzahl von Vätern waren in der vorliegenden Arbeit geschlechtsspezifische Auswertungen jedoch nicht möglich.

Ein weiteres Problem, welches in verschiedenen Studien zur Evaluation von Elterntrainings beschrieben wird, ist die Rekrutierungs- bzw. Dropout-Rate. Ein Vergleich mit anderen Untersuchungen fällt jedoch schwer, da außer dem Hinweis

auf eine allgemeine Rekrutierungsproblematik in anderen Studien häufig keine konkreten Zahlen genannt werden. Von den 439 in der KJP Würzburg kontaktierten Eltern stimmten letztlich 151 der Teilnahme an der vorliegenden Untersuchung zu, was einer Rekrutierungsrate von 34.4% entspricht. In der Literatur finden sich ähnliche initiale Rekrutierungsraten für Elterntrainings von ca. 30% (Heinrichs, Bertram, Kuschel & Hahlweg, 2005; Heinrichs & Krüger et al., 2006).

In einer Übersichtsarbeit nennen Snell-Johns et al. (2004) sieben Risikofaktoren für niedrige Rekrutierungszahlen. Dazu gehören alleinerziehende Eltern, schwere Symptomatik des Kindes, elterliche Psychopathologie, ländliche Gebiete, niedriger sozioökonomischer Status in der Wohngegend, niedriger sozioökonomischer Status der Familie und Familien, die einer Minderheit angehören. Betrachtet man die genannten Risikofaktoren, so sind einige davon (z.B. schwere kindliche Symptomatik und elterliche Psychopathologie) in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit zu finden, wobei zu erwähnen ist, dass nicht alle der oben genannten Risikofaktoren in der vorliegenden Studie erfasst wurden. Das Vorliegen verschiedener Risikofaktoren könnte jedoch u.a. erklären, weshalb nicht mehr als 34.1% der angesprochenen Eltern ihre Bereitschaft zur Mitarbeit an der Studie gaben. Durch die Tatsache, dass in etwa zwei Drittel aller Fälle eine Entscheidung gegen die Teilnahme an der Studie und dem Elterntaining fiel, kann die Problematik der Selbstselektion der Stichprobe auch in dieser Studie nicht ausgeschlossen werden. Spoth & Redmond (1995) konnten zum Beispiel zeigen, dass insbesondere sozioökonomisch niedrig gestellte Eltern und risikobelastete Familien seltener Präventions- und Interventionsprogramme wahrnahmen. Auch in der vorliegenden Arbeit ist nicht gänzlich auszuschließen, dass „Risikofamilien“ gezielt nicht an der Studie und an dem Training teilgenommen oder gar nicht erst kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe in Anspruch genommen haben. Aufgrund der fehlenden Erhebung soziodemografischer Daten der nicht-teilnehmenden Eltern konnten in der vorliegenden Studie keine Aussagen über die Selektionsfaktoren und somit über die Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich soziodemografischer Variablen gemacht werden. Lediglich der Grund für die Ablehnung wurde in dieser Studie erfragt. Ähnlich wie in der Studie von Seefeldt, Heinrichs & Eggert (2008) waren auch hier die Gründe, warum sich Eltern gegen eine Teilnahme entschieden, sehr unterschiedlich; als häufigster Hinderungsgrund fand sich in beiden Arbeiten jedoch der zu große Zeitaufwand.

Neben der ursprünglichen Rekrutierungsrate spielt auch die Abbruchrate bei der Interpretation der Ergebnisse eine gewisse Rolle. So wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch der Frage nachgegangen, ob und in welchem Ausmaß sich Probanden, welche die Studienteilnahme vorzeitig abbrachen, von den Eltern unterschieden, die an der gesamten Studie teilnahmen. Unter den Abbrechern fanden sich vermehrt alleinerziehende und psychisch belastete Eltern. Zudem wiesen sie eine höhere emotionale Belastung und mehr dysfunktionale Erziehungsstrategien auf. Das Maß an Verhaltensauffälligkeiten der Kinder war zudem ebenfalls höher. Regressionsanalytische Berechnungen zeigten, dass vor allem die Kombination aus „alleinerziehend“ und „psychisch belastet“ zu einem erhöhten Abbruchrisiko führte. Es ist demnach davon auszugehen, dass eine Selektion stattfand, bei der vor allem Eltern mit multiplen Belastungen aus der Studie ausschieden. Die Abbruchrate war in der EG und KG jedoch vergleichbar hoch, so dass beide Gruppen im Rahmen der Evaluation vergleichbar blieben.

Während sich die Rekrutierungsrate damit beschäftigt, wie viele der ursprünglich angesprochenen potentiellen Probanden letztlich an der Untersuchung oder an einem speziellen Programm teilnehmen, handelt es sich bei der Retentionsrate um die „Bindung“ der Probanden an das Programm; es geht also darum, an wie vielen Sitzungen eines Programms die Probanden teilnehmen. Eine hohe Retentionsrate spricht dabei für eine gute Akzeptanz des Trainings. Generell wird berichtet, dass viele Familien die Therapie einer psychischen Störung des Kindes vorzeitig beenden (Scheithauer & Petermann, 2000). Ähnliches zeigt sich oft auch für Elterntrainings. In einer Studie zur Untersuchung der Rekrutierungs- und Retentionsraten am Beispiel von Triple P zeigte sich, dass 89% an drei oder vier der vier Elterntrainings-Sitzungen teilnahmen (Heinrichs et al., 2005). Andere Arbeiten zu unterschiedlichen Elterntrainings berichten jedoch meist deutlich niedrigere Raten einer regelmäßigen Teilnahme von ca. 50%; die Retentionsrate nimmt noch weiter ab, wenn es sich um mehr als sieben Sitzungen handelt (z.B. Barrera et al., 2002). Fox und Gottfredson (2003) ermittelten in ihrer Arbeit, dass nur 50-75 % der Eltern mehr als die Hälfte der Sitzungen eines Elterntrainings besuchten. Die meisten der hier untersuchten Eltern der EG (89.5%) nahmen an mindestens vier der fünf Sitzungen teil, was in etwa vergleichbar ist mit den guten Werten der Studie von Heinrichs et al. (2005). Somit kann davon ausgegangen werden, dass „Plan E“ eine gute Akzeptanz bei den Teilnehmern besaß.

Um die Ergebnisse der Evaluation des Elterntrainings „Plan E“ sinnvoll interpretieren zu können, wurde eine zufällige Zuteilung zur EG und KG vorgenommen. Der Erfolg der Randomisierung wurde überprüft, indem untersucht wurde, ob sich EG und KG in einer abhängigen Variable bzw. wesentlichen soziodemografischen Variable zum Prä-Messzeitpunkt unterschieden. Mit Ausnahme der Variable „Vorerfahrung mit einem anderen Elterntraining“ ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Der Anteil der Eltern, die bereits an einem Elterntraining teilgenommen hatten, war in der KG größer als in der EG. In der KG waren Trainingsinhalte von anderen Elternprogrammen somit vermutlich weiter verbreitet als in der EG. Dies wurde jedoch nicht als Hindernis für eine Interpretation der Untersuchungsergebnisse gewertet. Die Probanden der KG hatten einen „Erfahrungsvorsprung“ im Hinblick auf Elterntrainings, was jedoch vermutlich keinen Einfluss auf die abhängigen Variablen hatte, da diese zum ersten Messzeitpunkt keine Unterschiede zwischen EG und KG aufwiesen. Sollte die Vorerfahrung mit einem anderen Elterntraining dennoch einen Einfluss auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie gehabt haben, so ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dadurch eher die Probanden der KG bevorteilt wurden als die der EG, wodurch die Wirksamkeitsüberprüfung von „Plan E“ zu konservativeren Daten geführt hätte. Neben der Vorerfahrung mit anderen Elterntrainings ergaben sich bei der Überprüfung der Randomisierung keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen EG und KG zum ersten Messzeitpunkt auf dem Fünf-Prozent-Niveau.

Zusammenfassend besitzt die vorliegende Arbeit eine vergleichsweise große Untersuchungsstichprobe und weist ähnliche Rekrutierungs- und Dropout-Probleme auf wie vergleichbare Studien. Die gute Retentionsrate spricht für eine hohe Akzeptanz des Elterntrainings und die Randomisierung kann als erfolgreich betrachtet werden, was eine wichtige Basis für die Interpretation der Evaluationsdaten darstellt.

6.1.2 Psychische Belastung der Kinder und Eltern und Erziehungsverhalten

In den ersten beiden Fragestellungen wurden die Ausprägung psychischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen und die

emotionale Belastung der Eltern untersucht. Beide Fragen hatten eher explorativen Charakter, weshalb keine konkreten Hypothesen hierzu formuliert wurden.

Es fand sich erwartungsgemäß eine deutlich ausgeprägte kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik, wenn man den Stichprobenmittelwert der CBCL (Gesamtwert) berücksichtigte; dieser lag im klinisch auffälligen Bereich. Ebenso lagen die Mittelwerte bezüglich der externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten im klinisch auffälligen Bereich. Insgesamt erreichten etwa zwei Drittel der untersuchten Kinder und Jugendlichen ein Gesamtergebnis, welches nach der Schweregradeinteilung der CBCL als auffällig zu werten ist. Bei Jungen war in der vorliegenden Untersuchung der Anteil der als auffällig eingestuften externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten höher als bei den Mädchen. Während eine höhere Ausprägung externalisierender Störungen bei Jungen in der Literatur sehr häufig berichtet wird, überrascht jedoch die Tatsache, dass in der untersuchten Stichprobe auch das Ausmaß an internalisierenden Störungen bei den männlichen Patienten im Durchschnitt höher war als bei den Mädchen. In anderen Studien fand sich hier häufig ein gegenteiliges Geschlechterverhältnis (z.B. Barkmann & Schulte-Markwort, 2005; Bongers et al., 2003). Bei den jüngeren Patienten standen eher die externalisierenden Störungen im Vordergrund, was sich wiederum mit Ergebnissen anderer Arbeiten deckt (z.B. Bongers et al., 2003).

Auch bei der Erfassung der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen mittels des SDQ lag der Mittelwert über alle Patienten hinweg im klinisch auffälligen Bereich. Gemäß der Schweregradeinteilung nach Woerner et al. (2002) erreichte knapp ein Drittel ein auffälliges Resultat; immerhin jedes zweite Kind wies jedoch ein unauffälliges Ergebnis auf.

Trotz der insgesamt hohen psychischen Belastung der Kinder und Jugendlichen überraschte vor dem Hintergrund einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation die Tatsache, dass ca. ein Drittel der Patienten gemäß der CBCL als grenzwertig (16.6%) oder unauffällig (16.6%) und in etwa die Hälfte (51.0%) gemäß des SDQ bereits bei Studienbeginn als unauffällig einzustufen waren. Neben der Frage nach der Notwendigkeit einer vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung dieser Patientengruppe ergab sich zudem die methodische Frage, in welchem Ausmaß sich bei den Betroffenen überhaupt eine Symptomverbesserung mittels des CBCL bzw. SDQ abbilden lässt, wenn zu Beginn

bereits teilweise sehr positive bzw. unauffällige Daten vorlagen. Bei genauerer Analyse der Datensätze, die bezüglich des CBCL- und SDQ-Gesamtwerts unauffällige Ergebnisse zum Prä-Messzeitpunkt ergaben, fanden sich jedoch folgende Besonderheiten, die den relativ hohen Prozentsatz an unauffälligen Resultaten erklären könnten: Unter den mittels der CBCL als unauffällig eingestuften Patienten fanden sich 48.0% mit einer Essstörung (40.0% Anorexia nervosa, ICD-10 F50.0; 8.0% Bulimia nervosa, ICD-10 F50.2). 16.0% wiesen eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) auf. Ein ähnliches Ergebnismuster ergab sich auch beim SDQ. Mit 27.6% waren auch hier die Patienten mit Essstörungen (22.4% Anorexia nervosa, ICD-10 F50.0; atypische Anorexia nervosa, 2.6% ICD-10 F50.1; 2.6% Bulimia nervosa, ICD-10 F50.2) diejenigen, die unauffällige Gesamtwerte erzielten, gefolgt von Patienten mit Anpassungsstörungen (19.7%; ICD-10 F43.2). Umgekehrt ausgedrückt befanden sich 50% der Patienten mit der Diagnose Essstörung gemäß der CBCL in der Kategorie „unauffällig“; beim SDQ waren es sogar 90% dieser Patientengruppe, die unter dem kritischen Cut-Off-Wert blieben. Auch entsprechende Kreuztabellen bzw. Chi²-Tests (Anhang 14) zeigten, dass sich in den Datensätzen mit unauffälligem CBCL- und SDQ-Gesamtergebnis deutlich häufiger Patienten mit Essstörungen befanden als in der Gruppe mit grenzwertig erhöhtem oder auffälligem Gesamtscore. Insgesamt muss daher im Nachhinein festgestellt werden, dass sowohl CBCL als auch SDQ im Fall von Essstörungen ungeeignet erscheinen, die Schwere der Symptomatik bzw. Symptomverbesserungen dieser Patienten abzubilden. Während des Erhebungszeitraums der vorliegenden Studie war die KJP Würzburg zudem gleichzeitig Studienzentrum einer großen multizentrischen Studie zur Therapie von Essstörungen, so dass diese Patienten einen nicht unerheblichen Prozentsatz ausmachten. Die Schweregradeinteilung bzw. Erfassung der Psychopathologie der Patienten ist somit vor dem Hintergrund des hohen Prozentsatzes an Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen (15.8%, Anhang 5) und der mangelnden Sensitivität der CBCL und des SDQ für diese Patienten zu interpretieren.

Die Frage nach der emotionalen Verfassung der Eltern ergab, dass bei vielen eine erhöhte Belastung durch diverse psychische Probleme vorhanden war. Knapp jedes dritte Elternteil (31.4%) beschrieb in einem Selbstbeurteilungsverfahren (DASS) ein mäßiges bis sehr schweres Ausmaß an depressiven Symptomen. Ein ähnliches Muster ergab sich im Hinblick auf angstassoziierte Symptome (32.7%) oder

Stresserleben (30.0%). Die elterliche Belastung spiegelte sich auch darin wider, dass in etwas vier von zehn Elternangaben, aktuell oder im Vorfeld wegen eigener psychischer Probleme in Behandlung gewesen zu sein. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass bei den befragten Eltern der vorliegenden Untersuchung eine ähnliche, wenn nicht sogar höhere Verunsicherung in erzieherischen Fragen besteht, wie es eingangs im Theorieteil (Kapitel 2.1) beschrieben wurde. Vor dem Hintergrund der in der vorliegenden Arbeit berichteten emotionalen Belastung der Eltern, der generellen Verunsicherung von Eltern in pädagogischen Fragen und den bekannten familiären Risikofaktoren (Kapitel 2.3) für die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten erscheint somit die Intention des hier evaluierten Elterntrainings „Plan E“ gerechtfertigt, einen Schwerpunkt auf die Stärkung der Eltern und deren Ressourcen zu legen, um so die psychische Verfassung der Eltern zu stabilisieren und indirekt die Eltern-Kind-Interaktion, erzieherische Kompetenzen etc. zu verbessern. Als weiterer Indikator für die emotionale Verfassung der Eltern wurde zudem die Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K) erfasst, wobei sich hier keine Unterschiede bezüglich der Gesamtzufriedenheit zu anderen Untersuchungsstichproben (Köppe, 2001; Sharpley & Rogers, 1984) zeigten. Bei etwas mehr als jeder zweiten Partnerbeziehung wurde die Zufriedenheit von den teilnehmenden Eltern als durchschnittlich bis hoch eingeschätzt.

Bei der Fragestellung bezüglich der Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen (CBCL, SDQ) und der emotionalen Belastung der Eltern (DASS) fanden sich die erwarteten Ergebnisse, so dass die Hypothesen (H3a und H3b) bestätigt werden konnten: Eine hohe emotionale Belastung der Eltern ging mit einem hohen Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten der Kinder einher, wobei die Zusammenhänge gemäß der Einteilung nach Zöfel (2003) von geringer Größe waren. Wie bei allen Korrelationen sind kausale Aussagen hier nicht möglich. So ist es beispielsweise denkbar, dass sich die Probleme des Kindes negativ auf das familiäre Miteinander, die Alltagsbewältigung (Schule, Freizeit etc.) oder die Stimmung des Kindes auswirken, weshalb sich die Eltern vermehrt Sorgen oder Schuldvorwürfe machen, was sich negativ auf deren psychisches Befinden auswirkt. Umgekehrt könnte sich eine emotionale Belastung der Eltern negativ auf das Kind auswirken. Letztlich ist bei den hier diskutierten korrelativen Zusammenhängen jedoch meist von einer komplexeren bidirektionalen

Beeinflussung auszugehen. Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen und der emotionalen Belastung der Eltern blieb auch dann bestehen, wenn als Drittvariable das Erziehungsverhalten (EFB) berücksichtigt wurde. Auch varianzanalytische Auswertungen ergaben, dass in der Gruppe der Kinder mit vermehrten Auffälligkeiten der Prozentsatz an Eltern mit emotionalen Problemen deutlich höher war als in der Gruppe der Kinder ohne Verhaltensprobleme. Der Befund, dass der korrelative Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Belastung und kindlichem Problemverhalten auch unter Berücksichtigung des Erziehungsverhaltens als Kontrollvariable bestehen blieb, findet sich jedoch nicht in allen Untersuchungen. Andere Studien gehen z.B. davon aus, dass das Befinden der Eltern und das Problemverhalten des Kindes indirekt über das Erziehungsverhalten miteinander verbunden sind bzw. der Erziehung eine moderierende Rolle zukommt (Cina & Bodenmann, 2009). Hier ist jedoch kritisch zu erwähnen, dass die Vergleichbarkeit der Untersuchungen aufgrund der Verwendung unterschiedlicher psychometrischer Verfahren zur Erfassung der einzelnen Konstrukte teilweise erschwert ist.

Bei der vierten Fragestellung wurde der Zusammenhang zwischen dem Maß an dysfunktionalem erzieherischen Verhalten der Eltern (EFB) und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, SDQ) untersucht. Ungünstige erzieherische Verhaltensweisen der Eltern könnten zu mehr Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern führen. Umgekehrt wäre es möglich, dass Eltern von verhaltensauffälligen Kindern im Laufe der Zeit immer ungünstigeres Erziehungsverhalten zeigen, da die Verhaltensprobleme der Kinder die elterliche Erziehung zunehmend erschweren. Vermehrte inadäquate erzieherische Maßnahmen der Eltern gingen in der vorliegenden Studie mit stärkeren psychischen Problemen der Kinder einher; die gefundenen Zusammenhänge waren als klein zu werten. Manche Forscher erklären diese Zusammenhänge durch kognitive Verzerrungen der Eltern. Einige Forschungsarbeiten gehen davon aus, dass beispielsweise depressive Mütter mehr Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern berichten als nicht-depressive Mütter; dies wird u.a. durch Urteilsverzerrungen bzw. die übermäßige Fokussierung auf negative Verhaltensaspekte des Kindes erklärt (Kendziora & O'Leary, 1993). Andere Arbeiten fanden dagegen keine bzw. nur vernachlässigbare Verzerrungen des Elternurteils durch psychische Probleme der Eltern (Sawyer, Streiner, & Baghurst, 1998).

Insgesamt fanden sich in der vorliegenden Arbeit die erwarteten Zusammenhänge (H4a + H4b). Vor allem externalisierende Auffälligkeiten der Kinder ergaben einen signifikanten Zusammenhang mit dem elterlichen Erziehungsverhalten in Problemsituationen, wodurch auch Ergebnisse anderer Arbeiten repliziert werden konnten (Gabriel & Bodenmann, 2006). Die Hypothesen ließen sich jedoch nach Berücksichtigung weiterer Variablen nur mit Einschränkungen bestätigen. Betrachtete man nur den Zusammenhang der genannten Variablen, fanden sich signifikante, positive Korrelationen; wurde als Drittvariable jedoch die psychische Verfassung der Eltern (DASS) berücksichtigt, ließen sich die ursprünglich gefundenen Zusammenhänge jedoch nicht mehr nachweisen. Es ist daher davon auszugehen, dass die oben beschriebenen Zusammenhänge eher durch die emotionale Verfassung der Eltern zu erklären sind, was beispielsweise mit dem Parenting Stress Model von Abidin (1983, 1995) vereinbar wäre (Kapitel 2.3.2).

Zudem wurde der Zusammenhang zwischen inadäquatem Erziehungsverhalten (EFB) und der psychischen Belastung der Eltern (DASS) untersucht. Auch hier wurde der Zusammenhang statistisch signifikant; die Korrelation war von mittlerer Stärke. Ein höheres Maß an inadäquatem Erziehungsverhalten ging mit erhöhter psychischer Belastung der Eltern einher, weshalb die postulierte Hypothese (H4c) bestätigt werden konnte. Die Korrelation blieb auch dann erhalten, wenn das Ausmaß der psychischen Probleme der Kinder (CBCL, SDQ) als Kontrollvariable berücksichtigt wurde. Auch Mittelwertvergleiche zeigten, dass Eltern mit hoher psychischer Belastung deutlich mehr ungünstige Erziehungsstrategien aufwiesen als Eltern mit niedriger psychischer Belastung. Ähnliche Ergebnismuster bezüglich des Zusammenhangs von elterlichen psychischen Problemen und dem Umgang mit kindlichen Problemverhalten zeigten sich auch in anderen Studien (z.B. Miller, 2001). Auch dieses Ergebnis unterstützt das von Abidin (1983, 1995) beschriebene Modell und die Überlegungen anderer Autoren (Webster-Stratton, 1990), wonach elterlicher Stress als eine zentrale Variable im Zusammenhang mit Erziehung angesehen wird. Die elterliche Belastung stand auch in einer Arbeit von Cina & Bodenmann (2009) in engem Zusammenhang mit ungünstigem Erziehungsverhalten.

Die fünfte Fragestellung hatte teilweise explorativen Charakter. Es sollte untersucht werden, ob das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten des Kindes (SDQ), die psychische Belastung der Eltern (DASS), das Erziehungsverhalten (EFB) und die

Partnerschaftszufriedenheit (FBZ-K) Auswirkungen auf Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion haben. Dies wäre im Sinne der sogenannten Spill-Over-Hypothese (Fuhrer, 2009; Gabriel & Bodenmann, 2006; Oerter & Montada, 2008) zu erwarten gewesen. Bei der Spill-Over-Hypothese geht man beispielsweise davon aus, dass Konflikte zwischen den Elternteilen auch in das System der Eltern-Kind-Beziehung hinein wirken. Dieser Spill-Over-Effekt wird durch mehrere Prozesse gestaltet. Beispielsweise kann eine Umlenkung des Partnerkonflikts auf die Eltern-Kind-Beziehung stattfinden oder die konflikthafte Elternbeziehung kann als Verhaltensmodell für die Kinder dienen. Daher wurden neben den Symptomen der Kinder, dem Erziehungsverhalten und der Selbsteinschätzung der Eltern auch deren emotionale Verfassung und Partnerschaftszufriedenheit mit erfasst. Regressionsanalytische Auswertungen erbrachten jedoch keine signifikanten Ergebnisse. Die Hypothesen H5a bis H5c konnten letztlich nicht angenommen werden. Weder positives Verhalten des Kindes, noch negatives Verhalten des Kindes oder positives Elternverhalten in einer vorgegebenen Eltern-Kind-Interaktion, erfasst durch eine standardisierte Verhaltensbeobachtung (FIBS), ließen sich durch die o.g. Variablen vorhersagen. Dafür könnte es verschiedene Gründe geben: Zum einen wäre denkbar, dass die videografierte Eltern-Kind-Interaktion mit vorgegebener Problemlöseaufgabe ungeeignet war, relevante Verhaltensaspekte von Eltern und Kindern zu erfassen. Die Eltern und Kinder waren instruiert, eine Knobelaufgabe in einer vorgegebenen Zeit zu bearbeiten; danach folgte eine Aufräumphase. Die Untersuchungssituation wurde in Anlehnung an eine Arbeit von Bertram et al. (2009) gestaltet, in der eine „Lego-Aufgabe“ bearbeitet wurde. Möglicherweise ist eine solche spielerische Interaktion eher für jüngere Kinder geeignet und somit ungünstig für die untersuchte Stichprobe mit Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre. Zudem stellt eine videografierte Interaktion immer eine „künstliche“ Situation und kein Ausschnitt aus dem Alltagsleben dar. Möglicherweise birgt eine Videoaufzeichnung eine höhere Gefahr von sozial erwünschtem Verhalten/Antworten als der Einsatz von Fragebogenverfahren. Weiterhin wäre denkbar, dass die gewählten Prädiktorvariablen ungeeignet waren, die Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion vorherzusagen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit war jedoch das Erhebungsinstrument FIBS für die Fragestellungen der vorliegenden Studie ungeeignet, was bei der kritischen Diskussion der Testverfahren in Kapitel 6.2.2 ausführlich erörtert wird.

6.1.3 Die Wirksamkeit von „Plan E“

Das Hauptziel der Studie war, das im klinischen Rahmen entwickelte Elterntaining „Plan E – Eltern stark machen!“ auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen. Aufgrund der Neuentwicklung des in Kapitel 2.6 beschriebenen Programms handelte es sich hier um das erste Forschungsprojekt zur Überprüfung dessen Wirksamkeit. Dabei standen vor allem folgende Aspekte im Mittelpunkt: Führt das Training zu einer Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten der Kinder? Ergeben sich positive Veränderungen hinsichtlich der elterlichen Erziehung? Findet eine emotionale Entlastung der Eltern statt? Zeigen sich Verbesserungen in der Eltern-Kind-Interaktion?

Während bei fast allen Fragestellungen Fragebogenverfahren für Eltern zur Selbst- oder Fremdeinschätzung des Kindes zum Einsatz kamen, wurden mögliche Veränderungen der Eltern-Kind-Interaktion mittels eines aufwendigen Verhaltensbeobachtungssystems (FIBS) durch geschulte Rater dokumentiert. Als deutliche Stärke der vorliegenden Arbeit ist hervorzuheben, dass es gelungen war, ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign unter möglichst realistischen Behandlungsbedingungen (naturalistisches Setting) durchzuführen. Für die kurz- und mittelfristige Wirksamkeitsüberprüfung wurde im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Rahmen über drei Messzeitpunkte (Prä, Post, Follow-Up) hinweg eine EG mit einer KG verglichen, die in der Zwischenzeit eine kinder- und jugendpsychiatrische Standardbehandlung ohne Elterntaining erhielt. Welche Ergebnisse die Wirksamkeitsüberprüfung von „Plan E“ erbrachte, wird im Folgenden diskutiert.

Zunächst stellte sich die Frage, ob sich im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Reduktion der psychischen Probleme (CBCL, SDQ) des Kindes durch die Teilnahme an „Plan E“ ergab. Sowohl in der EG als auch in der KG war eine deutliche Abnahme der Symptombelastung bzw. des Ausmaßes an Verhaltensauffälligkeiten messbar. Es fanden sich jeweils hoch signifikante und auch klinisch relevante Verbesserungen, die sich bei den Kindern jedoch unabhängig davon zeigten, ob die Eltern an dem Elterntaining teilgenommen hatten oder nicht. Durch die ausbleibenden signifikanten Interaktionseffekte von Gruppe und Zeit war daher nicht davon auszugehen, dass „Plan E“ zu einer zusätzlichen Reduktion der psychischen Probleme der Kinder führte. Die dazugehörigen Hypothesen (H6a, H6b)

konnten somit nicht angenommen werden. Bei der Interpretation der Daten muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Nachweis eines zusätzlichen Effekte auf das Kindverhalten durch das Elterntraining dadurch erschwert war, dass die Kinder an sich schon eine sehr komplexe vollstationäre Behandlung erhielten, die Einzel- und Gruppenpsychotherapie, medikamentöse Behandlung, co-therapeutische Angebote etc. umfasste. Zudem ist bei der Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit des Elterntrainings auf Seiten der Kinder die bereits oben diskutierte Tatsache zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen bereits bei Behandlungsbeginn von den Eltern als unauffällig eingeschätzt wurde; als mögliche Ursachen hierfür wurden bereits in Kapitel 6.1.2 der hohe Anteil an Patienten mit Ess- und Anpassungsstörungen genannt. Durch viele unauffällige Resultate zum Prä-Messzeitpunkt ergab sich bei manchen Patienten nur noch wenig Spielraum für Verbesserungen durch die Intervention. Um den Einfluss der oben genannten Diagnosen auf die CBCL- und SDQ-Ergebnisse zu überprüfen, wurden die Daten der CBCL und des SDQ erneut unter Ausschluss der Patienten mit Ess- (ICD-10 F50) und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) analysiert (siehe auch Anhang 15). Die Interaktion zwischen Gruppe und Zeit wurde bezüglich des SDQ nicht signifikant; gleiches galt für die CBCL, wobei hier ein statistischer Trend nur knapp verpasst wurde. Auf deskriptiver Ebene war zu beobachten, dass in der EG vom ersten bis zum letzten Messzeitpunkt ein Nachlassen der Symptomatik zu verzeichnen war, während die CBCL-Werte in der KG nach dem Post-Messzeitpunkt wieder anstiegen, was einer erneuten Zunahme der Symptomatik auf Seiten der Kinder bedeutet. Zusammenfassend spielt für die Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit des Elterntrainings auf Seiten der Kinder vermutlich vor allem die „starke“ Kontrollgruppe eine wichtige Rolle. Der hohe Anteil an Patienten mit Ess- und Anpassungsstörungen spielte zumindest beim SDQ eine untergeordnete Rolle.

Gleichwohl sich keine Effekte mittels der varianzanalytischen Auswertungen nachweisen ließen, ergab eine non-parametrische Auswertung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder gemessen mit der CBCL interessante Resultate: Während zum ersten Messzeitpunkt der Anteil der Kinder mit klinisch relevanten Auffälligkeiten in EG und KG in etwa gleich war, fand sich zum letzten Erhebungszeitpunkt in der EG ein deutlich niedrigerer Anteil an Kindern mit auffälligen Resultaten als in der KG. Die Daten zeigten, dass nach der Intervention

deutlich mehr Kinder der EG von der Kategorie „auffällig“ in die Kategorie „nicht-auffällig“ wechselten als in der KG. Somit sprechen die Ergebnisse der non-parametrischen Auswertung für eine Überlegenheit der EG. Um herauszufinden, warum sich die mittels non-parametrischer Auswertung gefundenen positiven Effekte des Elterntrainings nicht varianzanalytisch abbilden ließen, wurden die entsprechenden Daten auf Einzelfallebene untersucht. Es zeigte sich, dass in der EG im Vergleich zur KG durchweg eine höhere Spannweite der Rohwerte mit mehr Ausreißern nach oben und somit zu stärkeren Symptombelastungen bestand. Während zum ersten Messzeitpunkt die Maximalwerte in beiden Gruppen noch nahe beieinander lagen (Max_{EG} : 111, Max_{KG} : 106), waren zum Post- (Max_{EG} : 112, Max_{KG} : 83) und Follow-Up-Zeitpunkt (Max_{EG} : 99, Max_{KG} : 91) in der EG immer deutlich höhere Werte beobachtbar. In der KG bewegten sich zu allen drei Messzeitpunkten die Werte innerhalb der jeweiligen Boxplots. Dagegen kamen in der EG sowohl zum Post- als auch zum Follow-Up-Zeitpunkt verschiedene Einzelwerte oberhalb des Boxplots zum Liegen. In der KG fanden sich keine Ausreißer während in der EG gleich mehrere Ausreißer nach oben auftraten. Untersuchte man die einzelnen Datensätze auf Verschlechterungen in den CBCL-Ergebnissen, so fand man sowohl in der EG als auch in der KG einzelne Fälle, bei denen eine Zunahme der Symptomatik über die Zeit hinweg zu verzeichnen war. Die prozentual und absolut deutlichste Steigerung der Rohwertpunkte in der CBCL zeigte sich bei einem Teilnehmer in der EG. Zusammenfassend könnten die oben genannten zunächst widersprüchlich erscheinende Befundlage dadurch erklärt werden, dass sich in der EG mehr Ausreißer nach oben sowie Einzelfälle finden ließen, bei denen eine deutlichere Zunahme an Problemen trotz der Behandlung zu beobachten war. Dies könnte Auswirkungen auf die Mittelwerte in der EG und KG dahingehend gehabt haben, dass einzelne ungünstige Verläufe bzw. Ausnahmefälle die Mittelwerte vor allem in der EG zum Post- und Follow-Up-Zeitpunkt erhöhten. Dies könnte sich wiederum auf die varianzanalytischen Auswertungen ausgewirkt haben. Dagegen hatten die Ausreißer weniger Einfluss auf die kategoriale Beurteilung (CBCL Gesamtwert auffällig versus nicht auffällig) bzw. non-parametrische Auswertung der Daten der Patienten. Um diese Vermutung zu überprüfen, wurde im Nachhinein eine erneute varianzanalytische Auswertung unter Ausschluss der Fälle durchgeführt, die Ausreißer bezüglich der CBCL-Daten aufwiesen. Wie die Ergebnisdarstellung in Anhang 15 zeigt, ergab jedoch auch die Berechnung ohne Ausreißer keine

signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe. Somit spielen die gefundenen Ausreißer bei dem oben genannten Ergebnismuster vermutlich doch keine entscheidende Rolle. - Bei der Frage, warum sich die mittels non-parametrischer Auswertung gefundenen positiven Effekte des Elterntrainings im Hinblick auf die CBCL nicht varianzanalytisch abbilden ließen, spielt auch die unterschiedliche methodische und statistische Herangehensweise eine Rolle. Die varianzanalytische Auswertung berücksichtigt vor allem die Mittelwerte über alle Probanden hinweg bzw. vergleicht Mittelwertänderungen, die sich eventuell durch die Intervention ergeben; sie vermag keine Aussagen bezüglich der Variabilität des Ansprechens auf die Intervention bzw. den individuellen Profit durch die Therapie zu machen (Jacobson & Truax, 1991). Wenn sich in der EG und KG eine bestimmte Reduktion des CBCL-Gesamtwerts ergibt, bleibt bei der varianzanalytischen Auswertung unklar, wie viele Kinder und Jugendliche am Ende einen bestimmten klinisch relevanten Grenzwert unterschreiten und somit als unauffällig gelten. Bei den durchgeführten non-parametrischen Tests fand jedoch eine individuelle Einteilung der Ergebnisse der einzelnen Probanden gemäß des Schweregrads der Symptomatik Berücksichtigung; es wurde auf qualitative Daten (CBCL auffällig versus nicht auffällig) zurückgegriffen. Nach Revenstorf (2005) ist es daher durchaus möglich, dass parametrische und non-parametrische Verfahren bei der gleichen Zielvariablen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

Bei der siebten Fragestellung ging es darum, ob im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung in der EG eine zusätzliche Reduktion dysfunktionalen Erziehungsverhaltens (EFB) und eine Zunahme elterlicher Erziehungskompetenz (FKE) durch die Teilnahme an „Plan E“ erreicht werden konnte. Die Teilnahme am Elterntaining führte zu einer deutlichen Abnahme von inadäquatem Erziehungsverhalten, während dieser Effekt in der KG nicht oder kaum zu finden war. Es fand sich hier eine statistisch hoch signifikante Interaktion mit mittlerer Effektstärke zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe. Somit konnte die Hypothese H7a angenommen werden. Auch bei Betrachtung der deskriptiven Ergebnisse der Subskalen des EFB fanden sich ähnliche Ergebnismuster, bei denen zum Post- und Follow-Up-Zeitpunkt die Resultate der EG immer unter denen der KG lagen. So beschrieben Eltern der EG eine Zunahme an konsistentem Erziehungsverhalten, indem sie angaben, sich eindeutiger, weniger nachgiebig und weniger überreagierend in verschiedenen erzieherischen Situationen zu verhalten. Dieser

Befund ist von besonderer Relevanz, da in der Forschungsliteratur häufig betont wird, dass der Umgang mit problematischen Erziehungssituationen eine sehr entscheidende Dimension bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern darstellt (Patterson, 1982).

Etwas anders verhielt es sich bei der Erfassung des von den Eltern berichteten Kompetenzgefühls (FKE). Unabhängig von der Zugehörigkeit zur EG oder KG bzw. der Intervention war über die Zeit hinweg eine hoch signifikante und klinisch sehr relevante Zunahme des elterlichen Kompetenzgefühls zu verzeichnen. Da die Zunahme in beiden Gruppe in etwa gleich ausfiel, konnte die Hypothese H7b nicht bestätigt werden. Ausschlaggebend für die gleichzeitige Zunahme des elterlichen Kompetenzgefühls in der KG könnte eventuell das Studiendesign haben. Obwohl die Eltern der KG zwar während der Behandlung ihres Kindes in der Klinik nicht am Elterntermin teilnahmen, wurden allen Eltern während des Klinikaufenthaltes ihres Kindes selbstverständlich Beratungstermine, psychoedukative Gespräche, Hospitationen oder eventuell sogar Hausbesuche angeboten. Die ohnehin bei allen Patienten stattfindende Elternarbeit sowie die Versuche der Therapeuten, die Eltern zu unterstützen, zu entlasten und Schuldgefühle zu nehmen, könnten hier eine Rolle spielen. Die Tatsache, dass sich hinsichtlich des Erziehungsverhaltens deutliche Effekte zugunsten der Intervention zeigten, nicht aber in Bezug auf das elterliche Kompetenzgefühl, kann möglicherweise auch damit zusammenhängen, dass bei der Erfassung des Erziehungsverhaltens (EFB) konkrete Alltagssituationen mit dem Kind abgefragt wurden, während bei der Erfassung des Kompetenzgefühls (FKE) eher allgemeinere Kognitionen oder Einstellungen erfragt wurden (Beispiel: „Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen“). Zudem sei erwähnt, dass vermutlich das Erziehungsverhalten die entscheidendere Variable von beiden darstellt. In einer der wenigen Studien, die die Veränderungsmechanismen von Elternterminen im deutschen Sprachraum erforschten, wurde mittels einer regressionsbasierten Mediatorenanalyse untersucht, ob Veränderungen des Erziehungsverhaltens zu Änderungen in der Selbstwirksamkeit der Eltern hinsichtlich erzieherischer Aufgaben führen oder umgekehrt. Es konnte gezeigt werden, dass eine Reduktion dysfunktionalen Erziehungsverhaltens nicht durch eine Steigerung der Selbstwirksamkeit erzielt werden konnte; umgekehrt ließ sich jedoch bei erfolgreicher Reduktion dysfunktionalen Erziehungsverhaltens das Kompetenzgefühl beeinflussen (Hartung et al., 2010). Möglicherweise tritt letzteres auch erst mit einer

gewissen zeitlichen Verzögerung ein. Der Zeitpunkt, ab wann sich therapeutische Effekte beobachten lassen, wird im kommenden Kapitel ausführlicher diskutiert.

Neben der Verbesserung des Erziehungsverhaltens und des Kompetenzgefühls stand zudem die Frage im Fokus, ob sich die Teilnahme am Elterntaining „Plan E“ positiv auf das elterliche Wohlbefinden auswirkt. Die achte Fragestellung lautete daher, ob sich im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Reduktion der emotionalen Belastung der Eltern (DASS) durch die Teilnahme an „Plan E“ zeigt. Bei allen Studienteilnehmern war eine Abnahme der emotionalen Belastung mit der Zeit ersichtlich. In der Gruppe der Probanden, die an „Plan E“ teilnahm, war jedoch eine deutlichere Reduktion der elterlichen Probleme zu verzeichnen als in der KG. Es fand sich hier eine statistisch hoch signifikante Interaktion mit kleiner Effektstärke zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe, wobei die Einordnung als Effekt mittlerer Größe nur knapp verpasst wurde. Somit konnte die Hypothese H8 angenommen werden. Nach der Teilnahme an „Plan E“ ergab sich ein geringeres Ausmaß an depressionstypischen, angst- und stressassoziierten Symptomen. Neben der Reduktion dysfunktionaler Erziehungsstrategien wurde dieser Befund als wesentlicher Nachweis für die Wirksamkeit von „Plan E“ gesehen, da die ursprüngliche Intention des Elterntainings, nämlich Eltern zu stärken, bestätigt wurde. Die Tatsache, dass auch in der KG eine Reduktion der emotionalen Belastung beobachtbar war, kann ggf. ebenfalls durch die starke Beteiligung der Eltern am Therapieprozess ihres Kindes und durch spezifische Beratungen erklärt werden. Nicht selten werden bei vorhandenen elterlichen psychischen Problemen von den Therapeuten der Kinder auch therapeutische Maßnahmen für die Eltern in die Wege geleitet, was sich auch auf die Ergebnisse des DASS ausgewirkt haben könnte.

Zuletzt wurde die Frage überprüft, ob im Vergleich zur vollstationären Standardbehandlung eine zusätzliche Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion durch die Teilnahme an „Plan E“ zu verzeichnen war. Es wurden in einer vorgegebenen Interaktionsaufgabe vor allem positives und negatives Verhalten der Kinder sowie positives Elternverhalten mittels eines standardisierten Beobachtungsverfahrens (FIBS) ausgewertet. Die Befunde ergaben jedoch weder signifikante Zeit-, Gruppen- oder Interaktions-Effekte. Ob dies eventuell mit dem gewählten Untersuchungsinstrument zusammenhing, wird kritisch im Kapitel 6.2.2

beleuchtet. Zusammenfassend ließen sich jedoch die Hypothesen H9a bis H9c nicht bestätigen.

Abschließend sollen an dieser Stelle noch ausgewählte Ergebnisse mit Daten aus anderen Studien verglichen werden. Eine Möglichkeit, die Ergebnisse der Evaluationsstudien von Elterntrainings darzustellen und mit anderen Arbeiten zu vergleichen ist die Berechnung von Intragruppen-Effektstärken bzw. der Differenzwerte der Effektstärken in EG und KG (z.B. Hahlweg et al., 2010; Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006; Heinrichs & Krüger et al., 2006). Da sich im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren vermehrt Wirksamkeitsstudien zu Triple P fanden und das Programm hohe Verbreitung genießt, soll ein Teil der Ergebnisse der Evaluation von „Plan E“ beispielhaft den Resultaten einer Studie zu Triple P (Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006) gegenübergestellt werden. Tabelle 55 zeigt, dass sich durch Triple P in der Studie von Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al. (2006) Verbesserungen auch hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL) erzielen ließen. „Plan E“ führte aufgrund der bereits oben genannten Gründe hier zu keinen nennenswerten Verbesserungen. Bezüglich des Erziehungsverhaltens (EFB) ließen sich in etwa gleich starke Effekte durch beide Elterntrainings nachweisen. Hinsichtlich der Reduktion der emotionalen Belastung der Eltern (DASS) zeigten sich deutlichere Effekte bei „Plan E“ als bei Triple P. Bei der Gegenüberstellung der beiden Studien bzw. Elterntrainings ist noch kritisch zu bemerken, dass die Vergleichbarkeit beider Studien aufgrund der unterschiedlichen Studiensettings (z.B. Gestaltung und Charakteristika der Warte-Kontrollgruppe) begrenzt ist.

Tabelle 54 Vergleich der Intragruppen-Effektstärken-Differenz (Prä-Post) einer Studie zu Triple P und Plan E

Erfolgsmaß	Triple P Heinrichs et al. (2006) Diff ES	Plan E Aktuelle Studie Diff ES
CBCL gesamt	.38	.06
EFB gesamt	.77	.79
DASS gesamt	.22	.49

Anmerkung: ES = Effektstärke; Diff ES = Intragruppen-ES der EG (prä-post) - Intragruppen-ES der KG (prä-post)

Weiterhin ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu erwähnen, dass trotz der im Vergleich zu anderen Studien guten Retentionsrate von 33.3% nicht alle Probanden der EG an allen fünf Sitzungen des Elterntrainings teilgenommen hatten. In etwa jedes zehnte Elternteil (10.5%) nahm an weniger als vier der fünf Sitzungen teil. Bei noch besserer Teilnahmequote wäre ggf. mit noch deutlicheren Effekten des Elterntrainings zu rechnen gewesen. Zur Abbildung eines naturalistischen bzw. möglichst realistischen Versorgungssettings wurden die Probanden, die nicht an allen fünf Sitzungen des Programms teilnahmen, jedoch in der Analyse belassen.

6.2 Methodische Kritik

Im Zusammenhang mit der Diskussion der verschiedenen Studienergebnisse in den vorherigen Abschnitten wurden bereits einzelne methodische Stärken und Kritikpunkte erörtert. Im kommenden Kapitel sollen allgemeine methodische Aspekte und noch nicht erwähnte Kritikpunkte abschließend diskutiert werden.

6.2.1 Durchführung, Studiendesign

Die vorliegende Arbeit wurde in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign durchgeführt. Dies gilt nach wie vor als eine der besten Möglichkeiten, Aussagen über die Effektivität einer Intervention zu treffen (Harrington, Cartwright-Hatton & Stein, 2002). Rückschlüsse können aber nur gezogen werden, wenn die Methoden und die Ergebnisse transparent und klar verständlich berichtet werden (Goldbeck & Vitiello, 2011); beides wurde in der vorliegenden Arbeit versucht. Ein generelles Problem von randomisiert-kontrollierten Studien ist der Aspekt, dass sich statistisch abgesicherte Ergebnisse von Therapiestudien oft auf die Betrachtung von Variablen begrenzen, die zwar gut operationalisierbar, aber eventuell in manchen Fällen für das Erleben des Patienten weniger relevant sein können (Revenstorf, 2005). Es ist nicht vollkommen auszuschließen, dass auch in der vorliegenden Arbeit nicht alle relevante Veränderungen oder Therapieeffekte erfasst wurden oder manche gefundenen Effekte für den einzelnen Patienten weniger relevant sind. Dennoch wurde versucht, die für Elterntrainings notwendigen Erfolgsparameter mit verschiedenen Verfahren zu erfassen. Den methodischen Forderungen von Kazdin (2003) und Döpfner (2009) wurde sich daher so genähert, dass im Sinne einer

multimodalen Diagnostik verschiedene Erfolgsmaße und Erhebungsinstrumente zum Einsatz kamen.

Weiter muss kritisch bemerkt werden, dass das Elterntaining als komplettes „Behandlungspaket“ untersucht wurde, wodurch sich keine Aussagen darüber machen lassen, welche Komponenten des Trainings relevant oder besonders hilfreich waren oder nicht. Zielsetzung der Arbeit war jedoch eine erste generelle Überprüfung der Wirksamkeit von „Plan E“; die Untersuchung von möglichen Wirkmechanismen erscheint für zukünftige Forschungsarbeiten interessant.

Wie bereits teilweise in den vorangegangenen Abschnitten geschehen, muss als besonderer Faktor das Interventionssetting erwähnt werden. Im Gegensatz zu anderen Evaluationsstudien mit nicht-klinischen und subklinischen Stichproben befanden sich alle Kinder der teilnehmenden Eltern in vollstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. „Plan E“ stellte, wie bereits erwähnt, eine zusätzliche, freiwillige Unterstützungsmöglichkeit für die Eltern dar. Parallel zu der Teilnahme an „Plan E“ fanden für alle Kinder eine multiprofessionelle Therapie und für die Eltern Beratungsgespräche, Psychoedukation etc. statt. Die standardmäßige Behandlung bietet somit bereits ein sehr umfassendes Interventionsprogramm. Untersuchungen zeigten, dass durch die multiprofessionelle Behandlung im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting sehr deutliche Therapiefortschritte erzielt werden können (Remschmidt & Mattejat, 2006). Im Sinne eines „Add-on-Designs“ sollte in dieser Studie daher überprüft werden, ob das Elterntaining als zusätzliche Intervention einen positiven additiven Effekt zur Standardbehandlung leisten kann. Die Interventionsgruppe wurde hier also mit einer sehr „starken“ KG verglichen, was einerseits als Problem, aber auch als Stärke dieser Arbeit gesehen werden kann. Problematisch ist die Tatsache, dass sich potentiell vorhandene positive Effekte des Elterntainings nicht darstellen ließen. Eventuell hätten sich in der EG deutlichere Erfolge gezeigt, wenn parallel nicht ein so umfangreiches Therapieangebot stattgefunden hätte. Eine gleichzeitige Reduktion der Elternarbeit oder des Therapieangebots in der KG wäre aus klinischen und ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar gewesen. Die Evaluation des Elterntainings im ambulanten Behandlungsrahmen (z.B. mit Patienteneitern, deren Kinder sich auf der Warteliste für einen ambulanten Behandlungsplatz befinden) hätte dagegen die Möglichkeit geboten, die Wirksamkeit von „Plan E“ ohne parallele

Behandlung der Kinder und Beratung der Eltern zu überprüfen. Aufgrund der Konzeption des Trainings sowohl für ein ambulantes als auch (teil-)stationäres Setting, wurde für die erste Wirksamkeitsüberprüfung von „Plan E“ zunächst der Vergleich mit einer „starken KG“ gewählt. Damit sich ein additiver Effekt überhaupt im Vergleich zu einer ohnehin schon sehr intensiven Behandlung messen lässt, muss die Intervention eine gewisse Stärke aufweisen. Dies bedeutet, dass die gefundenen signifikanten positiven Effekte des Elterntrainings im Bereich des Erziehungsverhaltens und der emotionalen Befindlichkeit der Eltern umso höher zu bewerten sind. Eine weitere Stärke des gewählten Studiensettings ist die Tatsache, dass dadurch eine realistische und natürliche Versorgungssituation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik abgebildet wurde und der Frage nachgegangen werden konnte, ob ein standardisiertes Elterntaining zusätzlich zu dem „normalen klinischen Betrieb“ einen therapeutischen Zusatzgewinn bringt.

Neben der Wahl des Studiensettings bzw. der Beschaffenheit der KG ist auch der Zeitpunkt des erwarteten Effekts bzw. die zeitliche Abfolge der Untersuchungstermine zu diskutieren. Während der Prä-Messzeitpunkt unmittelbar vor der Randomisierung und (im Falle der EG) vor Beginn der ersten Trainingseinheit stattfand, wurde der Post-Messzeitpunkt nach fünf Trainingseinheiten oder der entsprechenden Wartezeit und der Follow-Up-Messzeitpunkt drei Monate nach Entlassung gewählt. Eltern der EG hatten somit drei Monate Zeit, neue, im Elterntaining erworbene erzieherische Kompetenzen im Alltag auszuprobieren und anzuwenden. Aus ethischen Gründen sollte den Probanden der KG möglichst zeitnah ebenfalls die Teilnahme am Elterntaining angeboten werden, weshalb auf einen zusätzlichen Follow-Up-Termin bzw. ein Follow-Up-Intervall länger als drei Monate verzichtet wurde. Einige Autoren (Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al., 2006; Warnke, 2005) machen jedoch darauf aufmerksam, dass sich die Wirkung von Elterntainings eventuell erst auf längere Sicht entfaltet und sprechen von einem „sleeper effect“. Wenn das erzieherische Verhalten der Eltern durch Impulse des Elterntainings verändert wird, kann es demnach kurzfristig zu Unsicherheiten seitens der Eltern kommen, was sich wiederum auf das Kind auswirken kann. Es sei sogar möglich, dass vor den erwarteten Verbesserungen im Hinblick auf das Problemverhalten des Kindes zunächst sogar Symptomakzentuierungen auftreten. Es ist durchaus möglich, dass im Zuge des Elterntainings einige Eltern vermehrt ihr eigenes erzieherisches Handeln in Frage stellen und mit neuen Strategien

experimentieren, was anfänglich eventuell Irritationen mit sich bringen, aber langfristig großen Nutzen zur Folge haben kann. Es wäre daher interessant gewesen, einen Follow-Up-Termin nach sechs Monaten oder einem Jahr zu wählen, um ausschließen zu können, dass die Eltern sich noch in der Phase der Unsicherheit und Neuorientierung befinden. Hahlweg et al. (2010) bewiesen beispielsweise eindrücklich, dass sich auch nach längerer Zeit noch deutliche Effekte von Trainings nachweisen lassen. Bei Heinrichs et al. (2009) waren auch drei Jahre nach Intervention noch Effekte messbar.

Manche methodischen Kritikpunkte hängen auch unmittelbar mit den eingesetzten Erhebungsinstrumenten zusammen, weshalb diese im folgenden Abschnitt nochmals separat diskutiert werden.

6.2.2 Erhebungsinstrumente

Bei den meisten Fragestellungen kamen in der vorliegenden Studie Fragebögen zum Einsatz, mit denen die Eltern ihre Kinder oder sich selbst zu bestimmten Aspekten einschätzen sollten. Bei solchen Fragebögen handelt es sich immer um subjektive Messgrößen, die unter Umständen z.B. anfällig sind für sozial erwünschtes Antworten. Es können auf Grundlage der Fragebögen streng genommen nur Aussagen darüber getroffen werden, inwieweit Eltern nach der Intervention das eigene Erziehungsverhalten, das Verhalten der Kinder etc. anders erleben. Unabhängig von einer objektiven Verbesserung ist jedoch davon auszugehen, dass auch subjektive Elternurteile ein wichtiges Erfolgsmaß von Elterntrainings darstellen. Crnic & Low (2002) und Rubin & Burgess (2002) identifizierten die Wahrnehmung der Eltern als entscheidenden Faktor für positive Veränderungen im Erziehungsverhalten. Wahrgenommene Veränderungen im eigenen Erziehungsverhalten führten über die Steigerung der Kompetenzerwartung und Selbsteffizienzwahrnehmung zu positiven Veränderungen im Erziehungsverhalten, was wiederum die Erziehungsstrategien und das Verhalten des Kindes beeinflussen kann. Generell seien Elternurteile vertrauenswürdige Maße, die auch zufriedenstellend mit Beobachtungsmaßen übereinstimmen würden (Campbell, 1995).

Die Einschätzung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen erfolgte durch Elternfragebögen und nicht durch standardisierte Interviews oder Befragungen der Kinder. Mit der CBCL und dem SDQ kamen zwei stark etablierte und in Evaluationsstudien zu Elterntrainings oft genutzte Fragebögen zum Einsatz (Bettge et al., 2002; Dretzke et al., 2009). Beide Verfahren zeigen auch sehr zufriedenstellende Gütekriterien, die sowohl international als auch im deutschsprachigen Raum überprüft worden sind (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Woerner et al., 2002). Kritisch anzumerken ist jedoch, dass beide Verfahren vermutlich nicht den Schweregrad aller Störungsbilder angemessen abbilden können, wie bereits am Beispiel der Anorexia nervosa dargestellt wurde. Hier wurde in vielen Fällen das Verhalten der Patienten laut CBCL oder SDQ als unauffällig bewertet, während die Patienten tatsächlich an einer schweren psychischen Störung litten. Mögliche Symptomverbesserungen ließen sich dadurch nicht abbilden. Weiterhin ist zu hinterfragen, ob die Messinstrumente altersentsprechend waren. Während die CBCL für Kinder und Jugendliche zwischen 4;0 und 18;11 Jahren normiert ist, ist der SDQ lediglich bis zum 16. Lebensjahr anzuwenden. In der vorliegenden Stichprobe waren jedoch auch ältere Patienten beteiligt. Die Interpretation deren Werte ist somit eventuell leicht eingeschränkt. Da für die Evaluation des Elterntrainings jedoch Rohwerte analysiert wurden, sind die Normierungsprobleme zumindest bei der Frage nach der Wirksamkeit des Trainings vernachlässigbar. Bei weiteren Forschungsarbeiten ist es eventuell erwägenswert, auch die Urteile Dritter (z.B. Therapeuten, Lehrer) einfließen zu lassen. Manche Studien berichten beispielsweise, dass in einigen Fällen die Eltern eine geringe Symptomatik bei den Kindern angeben, während die Lehrer bei den gleichen Kindern eine höhere Symptomintensität berichten (Plück et al., 2010). Der Eindruck der Lehrer ist zudem von Bedeutung, da er einen Hinweis darauf gibt, ob sich eine Generalisierung der Effekte des Elterntrainings auf den Bereich der Schule zeigt. Bei Jugendlichen wären zudem auch Selbstbeurteilungsverfahren denkbar, wie z.B. die Kinderversion des SDQ für elf- bis 16jährige.

Das Erziehungsverhalten und das Kompetenzgefühl der Eltern wurden mit dem EFB und FKE erfasst. Beide Verfahren kamen ebenfalls schon häufig in nationalen und internationalen Studien zu Elterntrainings zum Einsatz (Heinrichs & Hahlweg, 2009; Lundahl et al., 2006). Beim EFB ist anzumerken, dass er nicht alle Facetten von erzieherischem Handeln erfasst. Es geht in erster Linie um Erziehungsverhalten in

Disziplinsituationen und das angemessene Reagieren auf Problemsituationen. Der Umgang mit erwünschtem Verhalten des Kindes bzw. dessen Verstärkung (z.B. durch Lob, Belohnung etc.) oder Erziehungsfaktoren wie Wärme, Entwicklungsförderung, Responsivität etc. werden nicht erfasst. Einschränkend ist zudem noch anzufügen, dass das Instrument ursprünglich für Eltern von Kindern im Vorschul- und Grundschulalter entwickelt wurde. Ein Vorteil des EFB liegt jedoch laut Arnold et al. (1993) darin, dass nicht unmittelbar ersichtlich ist, welches die Antworten sind, die für ein funktionales oder dysfunktionales Erziehungsverhalten stehen. Urteilsverzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit sind bei diesem Verfahren somit weniger zu erwarten. Mit dem FKE wurde das elterliche Kompetenzgefühl erhoben. Es handelt sich dabei jedoch um ein globales Maß, das allgemeine elterliche Kompetenzüberzeugungen erfasst. Eventuell sind die Formulierungen in dem Verfahren zu allgemein bzw. wenig konkret, so dass Steigerungen des elterlichen Kompetenzgefühls in ganz spezifischen Situationen ohne Auswirkung auf das globale Maß des FKE geblieben sind.

Ebenfalls weit verbreitet bei Studien zu Elterntrainings ist zur Erfassung der emotionalen Befindlichkeit der Eltern die DASS, dessen Faktorenstruktur zumindest in der englischsprachigen Forschung bestätigt wurde (Brown et al., 1997); in einer deutschen Studien ließ sich keine so eindeutige Drei-Faktoren-Struktur nachweisen (Köppe, 2001), was in der vorliegenden Arbeit allerdings aufgrund der Verwendung des DASS-Gesamtwerts vernachlässigbar ist.

Eine Stärke der Arbeit ist der Einbezug eines Instruments zur standardisierten Verhaltensbeobachtung. Es wurde die deutsche Übersetzung (FIBS) der FOS-R III verwendet, die sich in verschiedenen Studien (Morawska & Sanders, 2006; Roberts et al., 2006; Sanders et al., 1996) zur Evaluation von Elterntrainings bewährt hat. Es fand auch in der vorliegenden Arbeit eine ausführliche Schulung der Beobachter statt und die Beobachtung wurde „blind“ (sowohl bezüglich der Zuteilung zur EG/KG als auch des Messzeitpunkts) durchgeführt. Es wurden zudem, bis auf die Skala „negatives Elternverhalten“, zufriedenstellende Ergebnisse bzgl. der Interrater-Reliabilität erzielt. Kritisch betrachtet werden muss jedoch die Tatsache, dass die diskriminative Validität der FOS-R III bzw. FIBS hauptsächlich an jüngeren Kindern (unter zwölf Jahren) überprüft wurde (Bertram et al., 2009; Roberts et al., 2006; Sanders, Dadds, & Bor, 1989). In der vorliegenden Arbeit nahmen jedoch auch viele

Jugendliche über einem Alter von zwölf Jahren teil. Die in der FIBS vorgegebenen Antwort- bzw. Beurteilungskriterien waren daher möglicherweise nur eingeschränkt geeignet. Um die Interaktionsaufgabe an das Alter anzupassen, wurde jedoch ein Spiel ausgewählt, welches ab einem Alter von vier Jahren und auch - je nach Schwierigkeitsgrad - für ältere Jugendliche geeignet war (siehe auch Kapitel 4.2.4.5). Neben der Frage nach dem Altersspektrum ist zudem auch die Eignung des FIBS für die Beurteilung möglicher internalisierender Verhaltensauffälligkeiten kritisch zu diskutieren. Während die Unterskalen des FIBS in einer größeren deutschsprachigen Untersuchung (Bertram et al., 2009) meist signifikante Zusammenhänge mit externalisierendem Problemverhalten in die erwarteten Richtungen zeigten, fanden sich zwischen internalisierenden Auffälligkeiten und dem FIBS keine signifikanten Korrelationen. Auch in der vorliegenden Arbeit fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem beobachteten positiven wie negativen Verhalten des Kindes (FIBS K+/ K-) und dem Ausmaß internalisierender Auffälligkeiten (CBCL INT). Dagegen wurden hinsichtlich externalisierender Auffälligkeiten (CBCL EXT) signifikante Korrelationen in die erwarteten Richtungen gefunden. Internalisierende Probleme und entsprechende Symptomverbesserungen bzw. deren Auswirkungen auf die entsprechenden beobachteten Parameter sind somit möglicherweise nur ungenügend mit der FIBS abbildbar, während sich externalisierende Probleme besser erfassen lassen, da sie generell einer objektiven Beobachtung besser zugänglich sind. Zudem kommt noch erschwerend hinzu, dass bei Patienten mit ausgeprägten internalisierenden Störungen (z.B. schwere Depression mit sozialem Rückzug) vermehrte externalisierende „Symptome“ (z.B. deutliches Widersprechen zur Verteidigung eigener Interessen) im weiteren Verlauf möglicherweise sogar als Therapiefortschritt zu interpretieren sind. Neben den Auffälligkeiten seitens der Kinder wurde auch untersucht, ob es korrelative Zusammenhänge zwischen dem beobachteten Elternverhalten (FIBS E+) und den Selbstbeschreibungen der Eltern (EFB) gibt. Hier fanden sich jedoch keine signifikanten Resultate. Trotz der zufriedenstellenden Gütekriterien, der beschriebenen Änderungssensitivität in anderen Studien zu Elterntrainings und der Verbreitung des Instruments, muss im Nachhinein festgestellt werden, dass das FIBS bei den Fragestellungen und den Charakteristika der Untersuchungsstichprobe der vorliegenden Studie vermutlich eher ungeeignet war, Elterntrainingseffekte im Sinne von Symptomreduktionen bei

den Kindern und verändertes Erziehungsverhalten bei den Eltern reliabel und valide zu erfassen.

6.3 Resümee und Ausblick

Nach Kenntnis des Autors handelt es sich bei „Plan E“ um das bisher einzige Elterntraining, welches störungsunspezifisch, altersunabhängig, als offene Gruppe und für den Einsatz sowohl im ambulanten als auch im (teil-)stationären Bereich konzipiert wurde. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass bei Eltern psychisch kranker Kinder eine hohe emotionale Belastung besteht. Die Resultate weisen jedoch auch darauf hin, dass betroffene Eltern über das multiprofessionelle Therapieangebot einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik hinaus durch die Teilnahme an „Plan E“ dahingehend profitieren, dass sie weniger dysfunktionale Erziehungsmuster angeben und sich emotional weniger belastet fühlen. Mit einigen Einschränkungen lässt sich auch eine Reduktion des kindlichen Problemverhaltens durch die Teilnahme am Training zeigen.

Wie „Plan E“ haben sich jedoch bereits auch andere Elternprogramme der Wirksamkeitsüberprüfung gestellt und gezeigt, dass solche Trainings in den verschiedensten Bereichen von großem Nutzen sein können. Kognitiv-behaviorale Elterntrainings sollten daher integraler Bestandteil in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sein. Sie bieten das Potential, die Eltern-Kind-Interaktion zu verbessern, die Eltern zu einer konsistenten Erziehung anzuleiten und die Ressourcen der Eltern zu stärken. Viele der eingangs erwähnten familiären Risikofaktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern können in Elterntrainings bearbeitet werden.

Betrachtet man die oben aufgeführten Ergebnisse und Kritikpunkte dieser Arbeit, so lassen sich verschiedene Folgerungen für die weitere Forschung ableiten.

Zum einen erscheint eine Evaluation von „Plan E“ im ambulanten Rahmen sinnvoll, um zu überprüfen, welche Effekte sich erzielen lassen, wenn die EG mit einer KG verglichen wird, in der kein paralleles intensives Therapieprogramm durchgeführt wird. Es wäre zu erwarten, dass neben den bereits positiven Effekten auf das Erziehungsverhalten und das emotionale Befinden der Eltern auch eine deutlichere

Reduktion des Problemverhaltens der Kinder erzielt werden kann. Denkbar wäre eine solche Studie z.B. mit Eltern, deren Kinder sich auf der Warteliste für einen ambulanten Behandlungsplatz befinden. Zur Überbrückung der teilweise in den Institutsambulanzen bestehenden langen Wartezeiten könnte den Eltern die Teilnahme an einer Evaluationsstudie angeboten werden. Zudem wäre dies eine ökonomische Möglichkeit, möglichst vielen Eltern vorab eine Unterstützung zukommen zu lassen. Eventuell ließen sich dadurch sogar bei einigen Familien die Probleme so weit reduzieren, dass eine intensivere ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht mehr notwendig wird, wodurch sich wiederum die Wartezeiten verkürzen ließen.

Zudem wäre es sinnvoll, wenn zukünftige Arbeiten Subgruppenanalysen durchführen. Hierfür werden jedoch größere Stichproben benötigt, die sich vermutlich nur durch multizentrische Studien realisieren lassen würden. Das Elterntaining „Plan E“ wurde mit dem Anspruch, ein störungs- und altersübergreifendes Elterntaining zu sein, konzipiert. Die klinischen Erfahrungen und der bereits langjährige Einsatz in verschiedenen Kliniken und Einrichtungen demonstriert, dass es diesen Anspruch erfüllt. Die Analyse von Subgruppen könnte beispielsweise dazu dienen, das Elterntaining „Plan E“ auch daraufhin zu überprüfen, ob tatsächlich alle Patienten- oder Elterngruppen auch gleichermaßen davon profitieren. So könnten Daten von Patienten mit externalisierenden und internalisierenden Störungsbildern separat ausgewertet werden. Weitere Unterteilungsmöglichkeiten wären z.B. das Alter der Patienten, der Erziehungsstatus der Eltern (alleinerziehend versus nicht alleinerziehend), der psychische Gesundheitszustand der Eltern etc. Eine störungsspezifische Betrachtung spielt deshalb eine Rolle, da sich bei manchen Patientengruppen eine Symptomverbesserung nur schwer mittels allgemeiner Symptomchecklisten erfassen lässt. Durch die Tatsache, dass in der vorliegenden Arbeit beispielsweise bei vielen Patienten mit Anorexia nervosa bereits zu Behandlungsbeginn unauffällige Resultate in der CBCL oder im SDQ zu verzeichnen waren, obwohl die Patienten zum Teil schwer krank waren, können mögliche Interventionseffekte „verwässert“ werden. Subgruppenanalysen bieten den Vorteil, neben allgemeinen Screeningverfahren auch störungsspezifischere diagnostische Instrumente berücksichtigen zu können. Während störungsspezifische Verfahren innerhalb der Patientengruppen wertvolle Informationen erbringen, besteht allerdings die Gefahr, dass der Aufwand durch sehr viele unterschiedliche Instrumente sehr

hoch wird. Alternativ könnten daher auch Zielerreichungsskalen (goal attainment scales) eingesetzt werden, bei denen zusammen mit dem Patienten die Erreichung konkreter, selbst gesteckter Ziele am Ende einer Intervention überprüft wird (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994). Bei einer Subgruppenanalyse hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands der Eltern würde sich die Frage stellen, ob belastete Eltern mehr oder weniger vom Elterntaining profitieren. Beide Effekte wären denkbar: Belastete Eltern könnten durch die Vermittlung verschiedener Therapietechniken für sich selbst einen Nutzen daraus ziehen, zumal das Elterntaining „Plan E“ ohnehin von der Konzeption so ausgelegt ist, dass es Eltern stärken und entlasten soll. Andererseits wäre es auch denkbar, dass eine eigene psychische Erkrankung der Eltern ein Hindernis für den Übertrag der gelernten Inhalte auf den Familienalltag darstellt. Eine Untersuchung von Sonuga-Barke, Daley, & Thompson (2002) zeigte beispielsweise, dass Elterntainings mit Eltern von ADHS betroffenen Kindern eine geringere Wirksamkeit aufwiesen, wenn die Eltern selbst deutlich von einer ADHS betroffen waren.

Interessant wäre auch die Untersuchung der Wirksamkeit des Elterntainings „Plan E“ unter Berücksichtigung des Konstrukts der sogenannten Elternallianz bzw. des Co-Parenting (Cohen & Weissmann, 1984; Gabriel & Bodenmann, 2006). Dabei wird Elternallianz als die Fähigkeit eines Elternteils definiert, die Rolle und Aufgabe des anderen Elternteils im Sinne eines wechselseitigen Unterstützungssystems zu kennen, zu respektieren und wertzuschätzen. Dazu gehören auch ein angemessenes Kommunikations- und Konfliktlösungsmuster in der Partnerschaft, eine ausgewogene Verteilung der Erziehungsaufgaben oder die Auseinandersetzung mit Übereinstimmungen oder Differenzen in Erziehungsfragen (Gabriel & Bodenmann, 2006). Mögliche Forschungsfragen, die sich aus dem Konstrukt ableiten ließen wären beispielsweise folgende: Profitieren Eltern mit einer starken Elternallianz deutlicher vom Elterntaining? Oder zeigen Eltern mit bereits starker Elternallianz ohnehin schon funktionaleres Erziehungsverhalten als Eltern mit niedriger Elternallianz? Wie ließe sich das Konstrukt sinnvoll operationalisieren? Würden Eltern mit niedriger Elternallianz deutlicher von Elterntainings profitieren, wenn sie gleichzeitig oder zuvor an einem partnerschaftlichen Kommunikationstraining (z.B. Schindler, Hahlweg, & Revenstorf, 2013) teilnehmen würden? - Bisherige Arbeiten deuten darauf hin, dass neben der Stärkung der Eltern

im Sinne einer Verbesserung der Erziehungskompetenzen vor allem der Förderung der partnerschaftlichen Belastungsbewältigung eine wichtige Rolle zukommt.

Bereits etablierte Elterntrainings, wie z.B. Triple P, zeigten in den letzten Jahren, dass auch sogenannte bibliotheraeutische Ansätze, bei denen sich die Eltern mit einem Ratgeber auseinandersetzen und bei Bedarf gelegentliche telefonische Kurzkontakte mit einem Berater oder Therapeuten bestehen, effektiv sind (Feldmann et al., 2007; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et al., 2008). Eine Möglichkeit der Weiterentwicklung des Elterntrainings „Plan E“ wäre die Erarbeitung und Evaluation eines entsprechenden Begleitbuchs für Eltern zum bisherigen Therapiemanual. Dadurch, dass sich „Plan E“ jedoch speziell an Eltern psychisch kranker Kinder richtet und kein universelles Präventionsprogramm darstellt, wird ein solches Begleitbuch eine störungsspezifische Therapie nicht ersetzen können. Ein bibliotheraeutischer Ansatz wäre lediglich als ergänzende Maßnahme zu betrachten.

7 Zusammenfassung

Die Arbeit legte bei den Ausführungen zum theoretischen Hintergrund dar, dass sich hinsichtlich der Rahmenbedingungen für erzieherisches Handeln in den letzten Jahrzehnten viele gesellschaftliche und familiäre Veränderungen ergaben. Befragungen von Eltern zeigten teilweise eine Verunsicherung in Bezug auf die Erziehung ihrer Kinder. Gleichzeitig stellen psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter ein gesellschaftlich relevantes Problem dar. Nahezu jedes fünfte Kind weist nach epidemiologischen Studien psychische Probleme auf. Aus Studien zu Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich der Entstehung solcher Störungen lassen sich verschiedene präventive oder therapeutische Interventionen ableiten. Häufig werden dabei biologische, psychosoziale und familiäre Risikofaktoren unterschieden. Aspekte der Erziehung oder des familiären Umfelds können sowohl förderlich als auch dysfunktional bezüglich der Entwicklung eines Kindes sein. Familiäre Risikofaktoren sind im Vergleich zu vielen biologischen oder psychosozialen Einflüssen potentiell veränderbare Faktoren und sollten unbedingt bei der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit berücksichtigt werden. Generell erweist sich die Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter als ähnlich effektiv wie bei Erwachsenen. Verschiedene Original-, Übersichtsarbeiten und Metaanalysen belegen die Wirksamkeit von Elterntrainings hinsichtlich der Verbesserung von Erziehungsverhalten und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (z.B. Lundahl et al., 2006; Serketich & Dumas, 1996). Wirksamkeitsnachweise finden sich mehrheitlich zu kognitiv-behavioralen Elterntrainings. Sie legen meistens den Schwerpunkt auf konkretes Erziehungsverhalten und versuchen im Sinne des Selbstmanagementansatzes eine Hilfe zu Selbsthilfe bzw. eine Stärkung der elterlichen Ressourcen zu erreichen. Während vor allem randomisiert-kontrollierte Studien aus dem angloamerikanischen und australischen Raum vorliegen, bestanden in Deutschland - im Vergleich zu der Vielzahl der Elterntrainings und der Häufigkeit der Angebote - bis vor einigen Jahren nur relativ wenige Evaluationsstudien.

Mit „Plan E“ stellte sich ein neues Elternttraining in der vorliegenden Studie der Frage nach seinem Wirksamkeitsnachweis. Nach Kenntnis des Autors handelt es sich

dabei um das bisher einzige Elterntaining, welches störungsunspezifisch, altersunabhängig, als offene Gruppe und für den Einsatz sowohl im ambulanten als auch im (teil-) stationären Bereich konzipiert wurde. Nachdem in dieser Studie zunächst das Ausmaß der psychischen Belastung der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und deren Eltern ausführlich dargestellt und entsprechende Zusammenhangsmaße berechnet und präsentiert wurden, bestand der Hauptfokus der Arbeit auf der Evaluation des Trainings „Plan E“. Die Untersuchung erfolgte anhand einer klinischen Inanspruchnahmepopulation in einem randomisiert-kontrollierten Design. Diesbezüglich kamen verschiedene Fragebogen- sowie ein standardisiertes Beobachtungsverfahren zum Einsatz. Durch „Plan E“ ließ sich eine Reduktion dysfunktionaler Erziehungspraktiken sowie eine Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit der Eltern erreichen. Auf das elterliche Kompetenzerleben zeigte das Programm keinen Einfluss. Hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder fanden sich bei varianzanalytischen Auswertungen keine Hinweise für einen zusätzlichen Effekt durch die Teilnahme an „Plan E“; dagegen wurde bei Analysen durch non-parametrische Verfahren deutliche Hinweise dafür gefunden, dass durch die Teilnahme am Elterntaining der Anteil von auffällig klassifizierten Kindern deutlicher abnahm. Überprüfungen der Wirksamkeit des Elterntainings auf die Eltern-Kind-Interaktion anhand einer Beobachtungsskala lieferten keine eindeutigen Befunde. Die Ergebnisse sowie die Untersuchungsmethodik wurden abschließend kritisch diskutiert. Schlussfolgerungen für mögliche weitere Forschungsvorhaben wurden dargestellt.

8 Literaturverzeichnis

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2012). Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 85*, 1275–1301.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137–144.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., & Mattejat, F. (2008a). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen: Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36*, 321–333.

- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., & Mattejat, F. (2008b). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen: Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 309–320.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analyseverfahren: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11th ed.). Berlin: Springer.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 357–366.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2006). Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 444–458.
- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2009). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health (Review). *The Cochrane Library*, (1). Retrieved from www.thecochranelibrary.com
- Barrera, M. J., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C., ... (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomized trial with hispanic and non-hispanic children. *Prevention Science*, 3, 83–94.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of child anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 333–342.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255–272.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beelmann, A., & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen: Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 129–143.
- Beelmann, A., Stemmler, M., Lösel, F., & Jaursch, S. (2007). Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter: Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 229–239.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83–96.
- Berkic, J., & Schneewind, K. (2007). Förderung von Elternkompetenzen: Ansätze zur Prävention kindlicher und familialer Fehlentwicklungen. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV*, 10, 31–51.
- Bertram, H., Naumann, A., Harstick-Koll, S., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K., ... (2009). Das Familien-Interaktions-Beobachtungssystem (FIBS). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2, 54–72.
- Bertram, H., Saßmann, H., & Thiele, C. (2004). *The revised family observation schedule (FOS-R-III): Deutsche Übersetzung und Bearbeitung*. Unveröffentlichtes Manual.
- Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A., & Hölling, H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strength and Difficulties Questionnaire. *Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), S119-S124.
- Bolger, K. E., & Patterson, G. R. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72, 549–568.

- Bongers, I. L., Koot, H. M., Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 2*, 179–192.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6th ed.). Heidelberg: Springer.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists* (3rd ed.). New York: Palgrave.
- Braune-Krickau, K., von Stadelmann, S., Perren, S., Bürgin, D., & von Klitzing, K. (2005). Elterliche psychische Belastung, konflikthafte Paarbeziehung und verhaltensregulation dreijähriger Kinder. *Kindheit und Entwicklung, 14*, 181–190.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79–89.
- Bueb, B. (2008). *Lob der Disziplin: Eine Streitschrift*. Berlin: Ullstein.
- Bundesministerium für Familie, S. F. u. J. (. (2003). *Gewaltfreie Erziehung: Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung*. Berlin: BMFSJ.
- Burke, K., Brennan, L., & Roney, S. (2010). A randomised controlled trial of the efficacy of the ABCD Parenting Young Adolescents Programm: rationale and methodology. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*. Retrieved from www.capmh.com/content/4/1/22.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 113–149.
- Capaldi, D. M., Pears, K. C., Patterson, G. R., & Owen, L. D. (2003). Continuity of parenting practices across generations in an at-risk sample: A prospective comparison of direct and mediated associations. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*, 127–142.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systematic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy, 31*, 3–45.

- Casey R.J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388–400.
- Chamberlain, P., Reid, J. B., Ray, J., Capaldi, D., & Fisher, P. (1995). DSM-IV review for Parent Inadequate Discipline (PID). In T. A. Widiger (Ed.), *DSM-IV Sourcebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cina, A., & Bodenmann, G. (2009). Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 39–48.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, M. A. (1998). The monetary value of saving a high-risk youth. *Journal of Quantitative Criminology*, 14, 5–33.
- Cohen, R. S., & Weissmann, S. H. (1984). The parenting alliance. In R. S. Cohen, B. J. Cohler, & S. H. Weissmann (Eds.), *Parenthood. A psychodynamic perspective* (pp. 33–49). New York: Guilford.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case of nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218–232.
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 1. Theory and methods* (pp. 23–56). New York: Wiley.
- Crijnen, A. A., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparison of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1296-1277.
- Crijnen, A. A., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported of children in multiple cultures: The behavior checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569–574.

- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 243–268). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cunningham, C. E., Bremner, R. B., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschooler at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1141–1159.
- Dadds, M. R., & Sanders, M. R. (1992). Family Interaction and Child Psychopathology: A Comparison of Two Observation Strategies. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 371–391.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Groups and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469–493.
- Deegener, G. (2009). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3rd ed., pp. 345–363). Berlin: Springer.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Döpfner, M. (1999). Ergebnisse der Therapieforschung zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (pp. 153–185). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M. (2006). Prävention. In F. Mattejat (Ed.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. München: CIP-Medien.
- Döpfner, M. (2009). Psychotherapieforschung. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 159–179). Berlin: Springer.

- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53, 184–193.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2007). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP* (4th ed.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., ... (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3. Retrieved from www.capmh.com/content/3/1/7
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 435–453.
- Eisner, M., Ribeaud, D., Jünger, R., & Meidert, U. (2007). *Frühprävention von Gewalt und Aggression: Ergebnisse des Zürcher Präventions- und Interventionsprojektes an Schulen*. Zürich: Rüegger Verlag.
- Engstler, H. (1998). *Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik*. Brühl: Chudeck Druck Service.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 800–809.
- Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2009). Lebensqualität von Kindern in Deutschland. In F. Resch & M. Schulte-Markwort (Eds.), *Kindheit im digitalen Zeitalter. Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie* (pp. 23–40). Weinheim: Beltz Verlag.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59, 77–92.

- Ewest, F., Reinhold, T., Vloet T. D., Wenning, V., & Bachmann, C. (2013). Durch Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens ausgelöste Krankenkassenausgaben. *Kindheit und Entwicklung, 22*, 41–47.
- Fallon, B., Ma, J., Allan, K., Pillhofer, M., Trocmé, N., & Jud, A. (2013). Opportunities for prevention and intervention with young children: lessons from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*. Retrieved from www.capmh.com/content/7/1/4.
- Farrington, D. P., & Welsh, B. (2003). Family-Based Prevention of Offending: A Meta-Analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology, 36*, 127–151.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexibel statistical power analysis programm for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175–191.
- Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Bertram, H. (2007). Bibliotherapie zur Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenz: Eine randomisierte Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie, 17*, 26–35.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48*, 359–369.
- Fox, D. P., & Gottfredson, D. C. (2003). Differentiating completers from non-completers of a family-based prevention program. *The Journal of Primary Prevention, 24*, 111–124.
- Franz, M., Lensche, H., & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 59–68.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Güttgemanns, J., Haubold, S., & Schäfer, R. (2010). Effekte eines bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 90–101.
- Frick, J. (2001). *Die Droge Verwöhnung*. Bern: Huber.

- Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (2002). Behandlungseffekte kombinierter kognitiver verhaltenstherapie mit Elternttraining bei hyperkinetischen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 476–493.
- Fuchs, M., Bösch, A., Hausmann, A., & Steiner, H. (2013). The Child ist Father of the Man: Review von relevanten Studien zur Epidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 45–57.
- Fuhrer, U. (2007). *Erziehungskompetenz: Was Eltern und Familien stark macht*. Bern: Huber.
- Fuhrer, U. (2009). *Lehrbuch Erziehungspsychologie* (2nd ed.). Bern: Huber.
- Gabriel, B., & Bodenmann, G. (2006). Elterliche Kompetenzen und Erziehungskonflikte: Eine ressourcenorientierte Betrachtung von familialern Negativdynamiken. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 9–18.
- Gehrmann, J., & Sumargo, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 383–394.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539–579.
- Goldbeck, L., & Vitiello, B. (2011). Reporting Clinical trials of Psychosocial Interventions in Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5. Retrieved from www.capmh.com/content/5/1/4.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Child Psychology*, 27, 17–24.
- Goodman, R., Scott, S., & Rothenberger, A. (2000). *Kinderpsychiatrie kompakt*. Darmstadt: Steinkopff.

- Gordon, T. (1972). *Familienkonferenz*. Hamburg: Hoffmann-Campe.
- Häfner, H., & Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: The ABC and WHO studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(Suppl), 14–26.
- Hahlweg, K. (2001). Bevor das Kind in den Brunnen fällt: Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen. In W. Deutsch & M. Wenglorz (Eds.), *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kinder und Jugendlichen* (pp. 189–241). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hahlweg, K. (2009). Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Triple P in Deutschland. In A. Reichert, G. Adams, N. Beck, & A. Warnke (Eds.), *Kind und Familie. 10 Jahre Kooperation Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Lengerich: Pabst.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A., & Widdecke, N. (2008). Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 46–56.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Feldmann, M. (2008). Therapist-Assisted, Self-Administered Bibliotherapy to Enhance Parental Competence: Short- and Long-Term-Effects. *Behavior Modification*, 32, 659–681.
- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 117–126.
- Harrington, R. C., Cartwright-Hatton, S., & Stein, A. (2002). Annotation: randomised trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 695–704.

- Hartung, D., Lups, F., & Hahlweg, K. (2010). Veränderungsmechanismen in Elterntrainings am Beispiel von Workplace Triple P. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 102–108.
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2006). Assessing parenting practices through parent-report and direct observation during parent-training. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 555–568.
- Heinrichs, N. (2006). The Effects of Two Different Incentives on Recruitment Rates of Families into a Prevention Program. *The Journal of Primary Prevention, 27*, 345–365.
- Heinrichs, N., Behrmann, I., Härtel, S., & Nowak, C. (2007). *Kinder richtig erziehen - aber wie? Eine kritische Auseinandersetzung mit bekannten Erziehungsratgebern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2005). Parent Recruitment and Retention in a Universal Prevention Program for Child Behavior and Emotional Problems: Barriers to Research and Program Participation. *Prevention Science, 6*, 275–286.
- Heinrichs, N., & Hahlweg, K. (2009). Elterntrainings zur Steigerung der Erziehungskompetenz. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 255–275). Berlin: Springer.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*, 82–96.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Kuschel, A., Krüger, S., Bertram, H., Harstick, S., & Naumann, S. (2006). Triple P aus der Sicht der Eltern. *Kindheit und Entwicklung, 15*, 19–26.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., & Ständer, D. (2009). Universelle Prävention kindlicher Verhaltensstörungen mithilfe einer

- elternzentrierten Maßnahmen: Ergebnisse drei Jahre nach Teilnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 79–88.
- Heinrichs, N., Krüger, S., & Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines präventiven Elterstrainings. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 97–108.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K., & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53, 170–183.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., & Warnke, A. (Eds.). (2003). *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Hock, M. (2008). Erziehungsstile und ihre Auswirkungen. In W. Schneider & M. Hasselhorn (Eds.), *Handbuch der Psychologie. Pädagogische Psychologie* (pp. 491–500). Göttingen: Hogrefe.
- Hoepner-Stamos, F., & Hurrelmann, K. (1999). Kindliche Lebenswelten: Familie, Schule und Freizeit. In M. Borg-Laufs (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (pp. 205–224). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850–858.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 784–793.
- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschalowsky, H. S. M., & Kurth, B. M. (2012). Die KiGGS-Studie: Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittsstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert-Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 836–842.

- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6, 65-70.
- Honkanen-Schoberth, P. (2002). *Starke Kinder brauchen starke Eltern*. Stuttgart: Urania.
- Hüppe. (2004). *Wirksamkeitsbewertung von komplexen Interventionen: Ein Beispiel aus der Rehaforschung*. EBM Symposium 2004. Retrieved from www.ebm-netzwerk.de/kongress/2004/hueppe.pdf
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie* (6th ed.). Weinheim: Juventa.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Ihle, W., & Jahnke, D. (2005). Die Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 12–20.
- Ihle, W., Jahnke, D., Heerwagen, A., & Neuperdt, C. (2005). Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 30–38.
- Innerhofer, P. (1977). *Das Münchner Trainingsmodell*. Berlin: Springer.
- Innerhofer, P., & Warnke, A. (1978). *Eltern als Co-Therapeuten*. Berlin: Springer.
- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., & Herrmann, B. (2012). Misshandlung und Vernachlässigung von Kinder - Diagnose und Vorgehen. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 231–240.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jans, T., & Warnke, A. (2010). Die britische NICE-Guidance zu Diagnose und Therapie der Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. *Arzneiverordnung in der Praxis*, 37, 4–6.

- Jeske, J. B. M., Plaß, A., Petermann, F., & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung: Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *57*, 207–213.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2002). Negativer Erziehungsstil und der Zusammenhang von psychiatrischen Störungen bei Eltern und ihren Nachkommen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *48*, 396–410.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, *18*, 167–175.
- Juang, L.P., & Silbereisen, L. P. (1999). Elterliche Erziehung in verschiedenen ökologischen Nischen und zu unterschiedlichen Zeiten während der Jugend. In L. P. Silbereisen & J. Zinnecker (Eds.), *Entwicklung im sozialen Wandel* (pp. 317–336). Weinheim: Beltz Verlag.
- Jugendministerkonferenz. (2003). *Stellenwert der Eltern- und Familienbildung - Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern (Beschluss)*. Retrieved from <http://familienbildung-ev-bag.de/jugendminister.htm>
- Jungbauer, J. (2009). *Familienpsychologie kompakt*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Kahn, R. S., Brandt, D., & Whitaker, R. C. (2004). Combined effect of mothers` and fathers` mental health symptoms on children`s behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *158*, 721–729.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training programm effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 567–589.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 161–178.

- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology, 54*, 253–276.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 729–740.
- Keller, F. (2003). Analyse von Längsschnittdaten: Auswertungsmöglichkeiten mit hierarchischen linearen Modellen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32*, 51–61.
- Kendziora, K. T., & O’Leary, S. G. (1993). Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. *Advances in Clinical Child psychology, 15*, 175-206.
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo J.E. (Eds.). (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., ... (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 271–276.
- Knappe, S., Müller, N., & Härtling, S. (2013). Der Einbezug von Eltern in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.: Status quo, Nutzen und Barrieren aus Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen. *Psychotherapeutenjournal, 12*, 246–252.
- Knölker, U., Mattejat, F., & Schulte-Markwort, M. (2007). *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch*. Bremen: UNI-MED.
- Koglin, U., & Petermann, F. (2008). Inkonsistentes Erziehungsverhalten: Ein Risikofaktor für aggressives Verhalten? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56*, 285–291.
- Kölch, M., & Lenz, A. (2008). Coping bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern - eine täuschend gute Bewältigung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57*, 735–756.

- Köppe, E. (2001). *Glückliche Eltern, liebe Kinder. Auswirkungen von Partnerschaft und psychischer Symptomatik der Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder* (Dissertation). Technische Universität Braunschweig,
- Kötter, C., Stemmler, M., Bühler, A., & Lösel, F. (2010). Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 109–118.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337–343.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes*. Bern: Huber.
- Krohne, H. W., & Pulsack, A. (1995). *Das Erziehungsstil-Inventar (ESI)* (2nd ed.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Kuntz, J. J., Metzner, F., & Pawils, S. (2013). Spezifische Risiko- und Schutzfaktoren von Vätern bei Kindeswohlgefährdung. *Kindheit und Entwicklung, 22*, 14–21.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., & Hahlweg, K. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern aus der Sicht der Eltern und Erzieherinnen in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen. *Kindheit und Entwicklung, 17*, 161–172.
- Kuschel, A., Lübke, A., Köppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K., & Sanders, M. R. (2004). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32*, 97–106.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnitfforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 246–262.
- Lauth, G. W., Grimm, K., & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntaining: Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntaining. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36*, 26–35.

- Lochman, J. E. (2006). School-based programs for prevention of aggression. In N. Heinrichs, K. Hahlweg, & M. Döpfner (Eds.), *Familien stärken. Evidenz-basierte Ansätze zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern* (pp. 221–258). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Lösel, F. (2006). *Bestandsaufnahme der Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich: Abschlussbericht*. Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen. Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/elternbildungsbereich/pdf/abschlussbericht2006.pdf>
- Lösel, F., & Bender, D. (2003). Protective factors and resilience. In D. P. Farrington & J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335–343.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1993). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. University of New South Wales, Australia: Psychology Foundation Monograph.
- Lübke, A., Miller, Y., Köppe, E., Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2000). *Abschlussbericht über die Braunschweiger Kindergartenstudie*. Braunschweig.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A Meta-Analysis of Parent-Training: Moderators and Follow-up Effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104.
- Lundahl, B., Tollefson, D., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2008). A Meta-Analysis of Father Involvement in Parent Training. *Research on Social Work Practice*, 18, 97–106.
- Mattejat, F. (2003). Entwicklungsorientierte Psychotherapie. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, & A. Warnke (Eds.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (pp. 264–304). Stuttgart: Schattauer.

- Mattejat, F. (2005). Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 3–11.
- Mattejat, F. (Ed.). (2006). *Lehrbuch der Psychotherapie: Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. München: CIP-Medien.
- Mattejat, F. (2008a). Familienbezogene Interventionen. In H. Remschmidt, F. Mattejat, & A. Warnke (Eds.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (pp. 65–80). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F. (2008b). Individuelle Psychotherapie. In H. Remschmidt, F. Mattejat, & A. Warnke (Eds.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (pp. 45–64). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F. (2009). Familienintervention. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 277–291). Berlin: Springer.
- Mattejat, F., & Ihle, W. (2006). Familienorientierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen. In F. Petermann (Ed.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen, Anwendung und Ergebnisse* (3rd ed., pp. 105–127). Hohengehren: Schneider.
- Mattejat, F., & Lisofsky, B. (Eds.). (2008). *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch kranker Eltern*. Bonn: Balance Buch & Medien.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1989). Family variables as predictors of differential effectiveness in child therapy. In M. Brambring, F. Lösel, & F. Skrowinek (Eds.), *Children at risk. Assessment, longitudinal research and intervention* (pp. 440–456). Berlin: Walter de Gruyter.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1991). Die Bedeutung der familialen Beziehungsdynamik für den Erfolg stationärer Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 19, 139–150.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1997). Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen: Ergebnisse aus empirischen

- Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 371–392.
- Mattejat, F., Wüthrich, C., & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Kinder: Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164–172.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen* (Dissertation). Technische Universität Braunschweig,
- Miller-Lewis, L. R., Searle, A. K., Sawyer, M., Baghurst, P. A., & Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7. Retrieved from <http://www.camph.com/content/7/1/6>
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340:c869. Retrieved from www.bmj.com/content/340/bmj.c869.
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006). Self-Administered Behavioral Family Intervention for Parents of Toddlers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 10–19.
- Munoz, R., Hutchings, J., Edwards, R. T., Hounsome, B., & O’Ceilleachair, A. (2004). Economic evaluation of treatments for children with severe behavioural problems. *Journal of Mental Health Policy Economics*, 7, 177–189.
- Noeker, M., & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255–263.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 114–144.
- Oerter, R., & Montada, L. (Eds.). (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz Verlag.

- Offord, D. R., & Kraemer, H. C. (2000). Risk factors and prevention. *Evidence Based Mental Health, 3*, 70–71.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R., & Conger, R. C. (1975). *A social learning approach to family intervention: Vol. 1: Families with aggressive children*. Eugene: Castalia.
- Penthin, R. (2007). *...Eltern sein dagegen sehr: Konzepte und Arbeitsmaterialien zur pädagogischen Elternschulung*. Weinheim: Juventa.
- Petermann, U., & Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung, 15*, 1–8.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P., & Enzmann, D. (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen*. Forschungsberichte des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. No. 80. Hannover. Retrieved from <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb80.pdf>.
- Plück, J., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Beckers, G., Wieczorrek, E., & Döpfner, M. (2010). Recruitment in an indicated prevention program for externalizing behavior - parental participation decisions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*. Retrieved from www.capmh.com/content/4/1/15.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2010a). *Quantitative Methoden 1: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3rd ed.). Heidelberg: Springer.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2010b). *Quantitative Methoden 2: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3rd ed.). Heidelberg: Springer.
- Ravens-Sieberer, U. (2009, June). *Psychische Gesundheit von Kindern: Herausforderungen und Präventionsstrategien*, Hannover. Retrieved from www.gesundheit-nds.de/downloads/22.06.09.vortrag.ravens-sieberer.pdf
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine

- Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 810–818.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N., & The European KIDSCREEN Group. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries: Results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 154–163.
- Ravens-Sieberer, U., Kurth, B. M., KiGGS study group, & BELLA study group. (2008). The mental health module (BELLA study) within the German health interview and examination survey of children and adolescents (KiGGS): Study design and methods. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl 1), 10–21.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2006, September). *Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie)*, Berlin. Retrieved from www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/Bella_Ravens-Sieberer.pdf
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A., ... (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl 1), 22–33.
- Reichert, A., & Schwenck, C. (2012). Eltern stark machen! Familiäre Risikofaktoren, die Rolle von Elterntrainings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und das modulare Elterntaining "Plan E". *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis*, 8, 69–79.
- Reichle, B., & Franiek, S. (2009). Erziehungsstil aus Elternsicht: Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder (DEAPQ-ELGS). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41, 12–25.
- Reid, J. B., Eddy, J. M., Fetrow, R. A., & Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, 27, 483–517.

- Reinecker, H. (1985). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Remschmidt, H. (2005). Ätiologie und Genese. In H. Remschmidt (Ed.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung* (pp. 28–31). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., & Mattejat, F. (2006). Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen?: Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *34*, 455–464.
- Resch, F., Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). Entwicklungspsychopathologie. In F. Mattejat (Ed.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp. 73–83). München: CIP-Medien.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... (2007). Epidemiological Comparisons of Problems and Positive Qualities Reported by Adolescents in 24 Countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 351–358.
- Revenstorf, D. (2005). *Das Kuckucksei: Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung*. Retrieved from http://www.meg-tuebingen.de/downloads/Das_Kuckucksei.pdf
- Ringbäck-Weitoft, G., Hjern, A., Haglund, B., & Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: A population-based study. *The Lancet*, *361*, 289–295.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioral Family Intervention for Children With Developmental Disabilities and Behavioral Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 180–193.
- Rubin, K. H., & Burgess, K. B. (2002). Parents of aggressive and withdrawn children. In H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 383–418). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Rutter, M. (1967). A children`s behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *8*, 1–11.

- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71–90.
- Sanders, M. R. (2006). Making a population approach to positive parenting work. In N. Heinrichs, K. Hahlweg, & M. Döpfner (Eds.), *Familien stärken. Evidenz-basierte Ansätze zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern* (pp. 45–80). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. R., Dadds, M. R., & Bor, w. (1989). Contextual analysis of child oppositional and maternal aversive behaviors in families of conduct-disordered and non-problem children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 72–83.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L., & Bor, w. (2000). The Triple P - Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family interventions für parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624–640.
- Sanders, M. R., Waugh, L., Tully, L., & Hynes, K. (1996). *The Revised Family Observation Schedule* (3rd ed.). Brisbane: Parenting and Family Support centre.
- Sawyer, M. G., Streiner, D. L., & Baghurst, P. A. (1998). The influence of dstress on mothers´ and fathers´ reports of childhood emotional and behavioral problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 407–414.
- Scaramella, L. V., Conger, R. D., & Simons, R. L. (1999). Parental protective influences and gender-specific increases on adolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 111–141.
- Scheithauer, H., & Petermann, F. (2000). Therapieabbrüche von aggressiven und dissozialen Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 14–19.
- Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (1998). *Partnerschaftsprobleme: Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (2013). *Partnerschaftsprobleme: So gelingt Ihre Beziehung : Handbuch für Paare*. Berlin: Springer.

- Schmelzer, D. (1999). Probleme und Möglichkeiten begleitender Elternarbeit. In M. Borg-Laufs (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (pp. 361–400). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schmidt, M. H., & Göpel, C. (2003). Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und Verlaufsprinzipien kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, & A. Warnke (Eds.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (pp. 305–314). Stuttgart: Schattauer.
- Schneewind, K. (1999). *Familienpsychologie*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. (2008). *Freiheit in Grenzen: Eine DVD für Eltern von Kindern im Vorschulalter*. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, München.
- Schneewind, K., & Berkic, J. (2007). Stärkung von Elternkompetenzen durch primäre Prävention: Eine Unze Prävention wiegt mehr als ein Pfund Therapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 643–659.
- Schneewind, K., & Ruppert, S. (1995). *Familien gestern und heute: ein Generationenvergleich über 16 Jahre*. München: Quintessenz.
- Schneider, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 843–853). Berlin: Springer.
- Schnotz, W. (2009). *Pädagogische Psychologie kompakt*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010a). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 834–840.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010b). *CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials*. Retrieved from <http://download.thelancet.com/mmcs/journals/lancet/PIIS0140673610604564>
- Schwenck, C., & Reichert, A. (2012). *Plan E - Eltern stark machen!* Weinheim: Beltz Verlag.

- Seefeldt, W. L., Heinrichs, N., & Eggert, F. (2008). Gründe für und gegen die Teilnahme an einem Elterntaining in sozial benachteiligten Nachbarschaften. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 16*, 61–72.
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The Effectiveness of Behavioural Parent Training to Modify Antisocial Behavior in Children: A Meta-Analysis. *Behaviour Therapy, 27*, 171–186.
- Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Preliminary validation of the abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: Some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement, 44*, 1045–1049.
- Smolka, A. (2007). Welchen Orientierungsbedarf haben Eltern? In K. Wahl & K. Hees (Eds.), *Helfen "Super Nanny" und Co.? Ratlose Eltern - Herausforderung für Elternbildung* (pp. 44–58). Mannheim: Cornelson Verlag Scriptor.
- Snell-Johns, J., Mendez, J. L., & Smith, B. H. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and prompting change with undeserved families. *Journal of Family Psychology, 18*, 19–35.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does Maternal ADHD Reduce the Effectiveness of Parent Training for Preschool Children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 696–702.
- Spiegel (2013, August 12). Achtung! Eltern! Sie tun alles für ihr Kind – und schaden ihm. *Spiegel*, p. 1.
- Spoth, R., & Redmond, C. (1995). Parent motivation to enrol in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology, 9*, 294–310.
- Stadelmann S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M., & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 72–81.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009). *Eheschließungen, Scheidungen: Ehescheidungen und betroffene minderjährige Kinder*. Retrieved from

www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Eheschließungen

Statistisches Bundesamt Deutschland (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2010*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2012a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Statistik der rechtskräftigen Beschlüsse in Eheauf Lösungssachen 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2012b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2012c). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Pflegschaften, Vormundschaften, Beistandschaften, Pflege erlaubnis, Sorgerechtsentzug, Sorgereklärungen*. Wiesbaden. Retrieved from www.destatis.de/DE/Publikationen/Soziales/KinderJugendhilfe/PflegeVormundBeistandschaftPflegeerlaubnis5225202117004.pdf?__blob=publicationFile

Stevens, J. (1999). *Intermediate Statistics: A Modern Approach*. London: Erlbaum.

Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Ed.), *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren und Indikationen* (pp. 3–6). München: Urban & Schwarzenberg.

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2001). *Using multivariate Statistics* (2nd ed.). New York: Harper Collis.

Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 41–60.

Tharp, R. G., & Wetzel, R. J. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. New York: Academic Press.

Theule, J. (2010). *Predicting parenting stress in families of children with ADHD* (Thesis). University of Toronto, Toronto. Retrieved from

https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24894/3/Theuke_Jennifer_A_201006_PhD_thesis.pdf

- Thomas, H., Camiletti, Y., Cava, M., Feldman, L., Underwood, J., & Wade, K. (1999). *Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child outcomes*. Retrieved from <http://health-evidence.ca/articles/show/16149>
- Urban, D., & Mayerl, J. (2006). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung* (2nd ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- van Wilson Voorhis, C., & Morgan, B. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43–50.
- Wahl, K. (2007). Welche Nachhilfe brauchen Eltern? Einführung in eine pädagogische Kontroverse. In K. Wahl & K. Hees (Eds.), *Helfen "Super Nanny" und Co.? Ratlose Eltern - Herausforderung für Elternbildung*. Mannheim: Cornelson Verlag Scriptor.
- Wahl, K., & Sann, A. (2007). Resümee und Ausblick: Welche Kriterien sollten kompetente Angebote der Elternbildung erfüllen? In K. Wahl & K. Hees (Eds.), *Helfen "Super Nanny" und Co.? Ratlose Eltern - Herausforderung für Elternbildung* (pp. 139–154). Mannheim: Cornelson Verlag Scriptor.
- Walper, S. (2007). Black Box Familie: Wie kompetent sind Eltern in ihrer Erziehung? Was die Wissenschaft über Erziehung weiß. In K. Wahl & K. Hees (Eds.), *Helfen "Super Nanny" und Co.? Ratlose Eltern - Herausforderung für Elternbildung* (pp. 22–43). Mannheim: Cornelson Verlag Scriptor.
- Warnke, A. (2005). Elterntraining. In H. Remschmidt (Ed.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung* (pp. 418–422). Stuttgart: Thieme.
- Warnke, A., & Beck, N. (2009). Mediatorentraining und Beeinflussung der Lebenswelt. In M. Hautzinger & P. Pauli (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie. Psychotherapeutische Methoden* (pp. 781–808). Göttingen: Hogrefe.

- Warnke, A., Beck, N., & Hemminger, U. (1999). Elterntrainings. In M. Borg-Laufs (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2: Interventionsmethoden* (pp. 631–656). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 302–312.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 299–315.
- 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*, 450–468.
- Weisz, J. R. W. 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*, 542–549.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F., & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeiten der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung, 18*, 111–121.
- Winterhoff, M. (2008). *Warum unsere Kinder Tyrannen werden: Oder. Die Abschaffung der Kindheit*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen. (2005). *Familiale Erziehungskompetenzen: Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe*. Weinheim: Juventa.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30*, 105–112.

Wünsche, M., & Reinecker, H. (2006). *Selbstmanagement in der Erziehung*. Göttingen: Hogrefe.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson Studium.

9 Vorabveröffentlichungen der Dissertation

Teilergebnisse und Inhalte aus dieser Arbeit wurden mit Genehmigung des Lehrstuhls für Psychologie IV der Universität Würzburg, vertreten durch Herrn Prof. Dr. Wolfgang Schneider, vorab in folgenden Arbeiten veröffentlicht:

Reichert, A., & Schwenck, C. (2012). Eltern stark machen! – Familiäre Risikofaktoren, die Rolle von Elterntrainings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und das modulare Elterntaining „Plan E“. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis*, 8, 21 – 35.

Schwenck, C., & Reichert, A. (2012). *Plan E – Eltern stark machen!* Weinheim, Beltz.

10 Abkürzungsverzeichnis

(A)DAS	(Abbreviated) Dyadic Adjustment Scale
ACE	adverse child experiences
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung
ANOVA	Analysis of Variance
AUC	area under the curve
AV	abhängige Variable
BAI	Beck Angst-Inventar
BDI	Beck Depressions-Inventar
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CBCL	Child Behavior Checklist
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
d	Effektstärke nach Cohen
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DASS	Depression-Angst-Stress-Skala (engl. Depression Anxiety Stress Scale)
df	Freiheitsgrade
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual
E+	positives Elternverhalten gemäß FIBS
E-	negatives Elternverhalten gemäß FIBS
EEG	Elektroenzephalogramm
EFB	Erziehungsfragebogen
EG	Experimentalgruppe
EOP	entwicklungsorientierte Psychotherapie
ES	Effektstärke
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlungszufriedenheit
FBZ(-K)	Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (Kurzversion)
FIBS	Familien-Interaktions-Beobachtungssystem
FKE	Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern
FKM	Familien-Kooperations-Modell
FOS-R-III	Family Observation Schedule (revidierte, dritte Fassung)

Abkürzungsverzeichnis

FBZ(-K)	Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (Kurzversion)
g	Effektstärke nach Hedges & Olkin
H	Hypothese
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
K+	positives Kindverhalten gemäß FIBS
K-	negatives Kindverhalten gemäß FIBS
KG	(Warte-)Kontrollgruppe
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJP Würzburg	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg
KJP	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
m	Anzahl Prädiktoren
M	Mittelwert
MANOVA	Multivariate analysis of variance
MTM	Münchener Trainingsmodell
MZP	Messzeitpunkt
n	Anzahl
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OR	Odds Ratio
p	Signifikanz
PALME	Präventives Elterntrainings für alleinerziehende Mütter geleitet durch Erzieherinnen
PS	Parenting Scale
PS	Pillai-Spur
PSOC	Parenting Sense of Competence
r	Korrelationskoeffizient
RCT	randomized controlled trial
ROC	receiver operating characteristic
RR	relatives Risiko
SCL-09-R	Symptomcheckliste nach Derogatis
SD	Standardabweichung (engl. standard deviation)
SDQ	Strenght and Difficulties Questionnaire/Fragebogen zu Stärken und Schwächen
SE	Standardfehler (engl. standard error)

Abkürzungsverzeichnis

THOP	Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten
TK	Tagesklinik
UV	unabhängige Variable
VIF	Varianzinflationsfaktor
W	Wald-Statistik
YSR	Youth Self-Report Form

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zusammenhang zwischen Anzahl der ACE und späterer Suizidversuche in % nach Felitti (2002)	-23-
Abbildung 2 Einflussfaktoren auf die Erziehung nach dem Prozess-Modell von Belsky (1984)	-29-
Abbildung 3 Parenting Stress Model nach Abidin (1983, 1995)	-31-
Abbildung 4 Zweiprozess-Modell elterlicher Erziehungswirkung (aus Hock, 2008, S. 495)	-32-
Abbildung 5 Anteil psychische auffälliger bzw. unauffälliger Kinder in Abhängigkeit von der Anzahl der Risikofaktoren (Ravens-Sieberer et al., 2006)	-37-
Abbildung 6 Prävalenz (%) psychischer Störungen bei den Nachkommen in Abhängigkeit von der Anzahl der negativen Erziehungsstile in der Herkunftsfamilie nach Johnson et al. (2002). SSV = Störungen des Sozialverhaltens	-44-
Abbildung 7 Prävalenz (%) psychischer Störungen bei den Nachkommen in Abhängigkeit psychischer Störungen der Eltern nach Johnson et al. (2002). SSV = Störung des Sozialverhaltens	-45-
Abbildung 8 Zusammenhang zwischen elterlicher Stressbelastung und Gesamtproblemwert des Kindes (SDQ) in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit; aus Stadelmann et al. (2010, S. 78)	-46-
Abbildung 9 Pfadmodell mit erlebtem elterlichen Stress als Mediator; aus Kötter et al. (2010, S. 114)	-47-
Abbildung 10 Problembereiche und Interventionsebene einer multimodalen Behandlung, aus Döpfner (2009, S.162)	-57-
Abbildung 11 Zusammenarbeit mit Familien nach dem Familien-Kooperations-Modell nach Mattejat (2009, S. 281)	-62-
Abbildung 12 Mediatorenmodell: schwarze Pfeile = „klassisches“ Modell, schwarz + grau = erweitertes Modell nach Reinecker (1985) und Wünsche & Reinecker (2006)	-69-
Abbildung 13 Der modulare Ablauf von "Plan E" - die fünf "E's"	-100-
Abbildung 14 Schematische Darstellung des Studienablaufs	-117-
Abbildung 15 Scatterplot: Korrelation zwischen CBCL- und DASS-Gesamtwert	-172-
Abbildung 16 Scatterplot: Korrelation zwischen SDQ- und DASS-Gesamtwert	-173-
Abbildung 17 Mittelwerte des DASS-Gesamtwerts der Eltern in Abhängigkeit des Ausmaßes der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, Einteilung in drei Gruppen „unauffällig“ [n = 25], „grenzwertig“ [n = 25] und „auffällig“ [n = 101])	-175-
Abbildung 18 Scatterplot: Korrelation zwischen CBCL- und EFB-Gesamtwert	-176-
Abbildung 19 Scatterplot: Korrelation zwischen SDQ- und EFB-Gesamtwert	-177-
Abbildung 20 Mittelwerte des EFB-Gesamtwerts in Abhängigkeit des Ausmaßes der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (CBCL, Einteilung in drei Gruppen „unauffällig“ [n = 25], „grenzwertig“ [n = 25] und „auffällig“ [n = 101])	-178-
Abbildung 21 Scatterplot: Korrelation zwischen DASS- und EFB-Gesamtwert	-179-

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 22 Mittelwerte des EFB-Gesamtwerts in Abhängigkeit des Ausmaßes der psychischen Probleme der Eltern (DASS, Einteilung in zwei Gruppen niedrig n = 74, hoch n = 74)	-180-
Abbildung 23 Mittelwerte der CBCL (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg	-187-
Abbildung 24 Prozentualer Anteil nicht auffälliger bzw. auffälliger CBCL-Gesamtwerte über die drei Messzeitpunkte hinweg nach Gruppeneinteilung (EG versus KG)	-189-
Abbildung 25 Mittelwerte des SDQ (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg	-191-
Abbildung 26 Mittelwerte des EFB (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg	-193-
Abbildung 27 Mittelwerte des FKE (Gesamtwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg	-195-
Abbildung 28 Gesamtrohwert der DASS über die drei Messzeitpunkte hinweg	-196-
Abbildung 29 CONSORT Flow Diagram	-293-
Abbildung 30 Nikitin®-Spielmaterial für die Interaktionsbeobachtung im FIBS	-298-
Abbildung 31 Scatterplot: Standardisierte geschätzte Werte und Residuen für das Kriterium FIBS E+	-300-
Abbildung 32 Scatterplot: Standardisierte geschätzte Werte und Residuen für das Kriterium FIBS K+	-301-
Abbildung 33 Scatterplot: Standardisierte geschätzte Werte und Residuen für das Kriterium FIBS K-	-301-
Abbildung 34 Mittelwerte der CBCL (Gesamtrohwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg (ohne ICD-10 F50/F43.2)	-311-

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Traditionelle und nicht-traditionelle Familienmerkmale nach Schneewind (1999)	-10-
Tabelle 2 Erziehungsstile nach Baumrind (1968)	-13-
Tabelle 3 SDQ-Gesamtproblemwert (Elternversion) nach Hölling et al. (2007) - Angaben in % (95%-Konfidenzintervall)	-18-
Tabelle 4 Empirisch gesicherte Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen nach Döpfner (2006, S.694)	-25-
Tabelle 5 Elterliche Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung nach Kuntz et al. (2013)	-26-
Tabelle 6 Psychosoziale Folgen für Kinder psychisch kranker Eltern (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 386)	-48-
Tabelle 7 Übersicht über globale Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.	-57-
Tabelle 8 Ergebnisse der Meta-Analyse von Weisz et al. (1995) zur Wirksamkeit einzelner Methoden und bei verschiedenen Störungen (<i>ES</i> = Effektstärke, <i>n</i> = Anzahl der vergleichenen Therapiegruppen), aus Döpfner (2009, S. 169)	-59-
Tabelle 9 Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung von elterlichem Erziehungsverhalten, nach Heinrichs & Hahlweg (2009, S. 263)	-77-
Tabelle 10 Empirisch nachgewiesene wirksame Merkmale und Inhalte von Elterntrainings nach Kaminski et al. (2009)	-84-
Tabelle 11 Effektstärken in Abhängigkeit der Interventionsform von Elterntrainings (Lundahl et al., 2006)	-87-
Tabelle 12 Kooperationshemmende und -fördernde Faktoren bei Elterntrainings, nach Warnke et al. (1999, S. 636)	-96-
Tabelle 13 Inhalte und spezifische Ziele der fünf Module (aus Schwenck & Reichert, 2012, S. 62)	-104-
Tabelle 14 Überblick über den Inhalt und Ablauf eines Untersuchungszeitpunktes	-116-
Tabelle 15 Teilnehmende Eltern: soziodemografische Daten zu Stichprobe 1	-123-
Tabelle 16 Teilnehmende Eltern: soziodemografische Daten zu Stichprobe 2 getrennt nach EG und KG	-125-
Tabelle 17 EG: Teilnahmequote bei den Sitzungen von "Plan E"	-126-
Tabelle 18 Übersicht über die abhängigen Variablen	-129-
Tabelle 19 Einteilung der SDQ-Rohwerte nach Woerner et al. (2002)	-135-
Tabelle 20 Beispiel-Items der deutschen Version der DASS (Köppe, 2001)	-141-
Tabelle 21 Schweregradeinteilung der Symptomatik nach Subskalen des DASS in Anlehnung an Köppe (2001) und Lovibond & Lovibond (1995)	-142-
Tabelle 22 Globalkategorien der FIBS nach Bertram et al. (2009)	-145-
Tabelle 23 Inter-Rater-Reliabilität: Korrelative Zusammenhänge der Ratings	-148-
Tabelle 24 Einstufung der Korrelationskoeffizienten (Zöfel, 2003)	-151-

Tabellenverzeichnis

Tabelle 25 Vergleich der Mittelwerte (M) von CBCL und SDQ zwischen EG und KG (Stichprobe 2), Standardabweichung (SD) in Klammer	-159-
Tabelle 26 Vergleich der Mittelwerte (M) von EFB, FKE, DASS, FBZ zwischen EG und KG (Stichprobe 2), Standardabweichung (SD) in Klammer	-160-
Tabelle 27 Vergleich der Mittelwerte von FIBS zwischen Experimental- und Kontrollgruppe (Stichprobe 2)	-160-
Tabelle 28 Vergleich der Mittelwerte (M) der abhängigen Variablen zwischen Studienabbrecher und Nicht-Abbrecher, Standardabweichung (SD) in Klammer	-163-
Tabelle 29 Ergebnisse der ersten logistischen Regression hinsichtlich des Studienabbruchs	-164-
Tabelle 30 Ergebnisse der zweiten logistischen Regression hinsichtlich des Studienabbruchs	-165-
Tabelle 31 Mittlere Rohwerte (M) und T-Werte der CBCL ($n = 151$), Standardabweichung (SD) in Klammer	-167-
Tabelle 32 Absolute und prozentuale Häufigkeiten der CBCL-Kategorien nach Geschlecht	-168-
Tabelle 33 Schweregradeinteilung der SDQ-Gesamtergebnisse, Angaben in %	-169-
Tabelle 34 Häufigkeiten der Symptombelastungen auf der DASS und Schweregradeinteilung	-171-
Tabelle 35 Korrelationen (r) zwischen DASS und CBCL bzw. SDQ	-173-
Tabelle 36 Korrelationen (r) zwischen EFB und CBCL, SDQ bzw. DASS	-176-
Tabelle 37 Korrelationen zwischen EFB und CBCL bzw. SDQ ohne und mit Berücksichtigung von DASS als Drittvariable	-178-
Tabelle 38 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen für positives Verhalten des Kindes (K+), negatives Verhalten des Kindes (K-) und positives Verhalten des Elternteils (E-) als Kriterien	-181-
Tabelle 39 Nicht-standardisierte (B) und standardisierte (β) Regressionskoeffizienten für die eingeschlossenen Variablen (Modell für K+)	-182-
Tabelle 40 Nicht-standardisierte (B) und standardisierte (β) Regressionskoeffizienten für die eingeschlossenen Variablen (Modell für K-)	-182-
Tabelle 41 Nicht-standardisierte (B) und standardisierte (β) Regressionskoeffizienten für die eingeschlossenen Variablen (Modell für E+)	-183-
Tabelle 42 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts der CBCL nach Zeit und Gruppe	-186-
Tabelle 43 Häufigkeiten des Merkmals CBCL (nicht auffällig versus auffällig) in der EG und KG zu Messzeitpunkt 1, 2 und 3	-188-
Tabelle 44 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts des SDQ nach Zeit und Gruppe	-190-
Tabelle 45 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts des EFB nach Zeit und Gruppe	-192-
Tabelle 46 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) der Subskalen des EFB nach Zeit und Gruppe	-193-
Tabelle 47 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts des FKE nach Zeit und Gruppe	-194-

Tabellenverzeichnis

Tabelle 48 Mittelwerte und Standardabweichung (in Klammer) des Gesamtrohwerts der DASS nach Zeit und Gruppe	-196-
Tabelle 49 Rohwerte und Standardabweichung (in Klammer) der Subskalen der DASS	-197-
Tabelle 50 Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammer) der Subskalen des FIBS	-198-
Tabelle 51 Ergebnisse der univariaten Tests zu den einzelnen Subskalen des FIBS	-198-
Tabelle 52 Korrelationen (r) zwischen Subskalen des FIBS und CBCL, SDQ und EFB	-199-
Tabelle 53 Intragruppen-Effektstärken (ES) von EG und KG für den Vergleich Prä- und Post-Messung (ES Post) und Prä- und Follow-Up-Messung (ES Follow-Up) und Differenzwerte der Effektstärken (Diff) zwischen EG und KG	-201-
Tabelle 54 Vergleich der Intragruppen-Effektstärken-Differenz (Prä-Post) einer Studie zu Triple P und Plan E	-219-
Tabelle 55 Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Studie	-292-
Tabelle 56 Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 der Patienten von Stichprobe 1	-294-
Tabelle 57 Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 der Patienten von Stichprobe 2	-296-
Tabelle 58 Ergebnisse der Überprüfung der Modelprämissen für die multiple Regression (FIBS-Unterskalen)	-300-
Tabelle 59 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm in Bezug auf die Korrelationen in Hypothesenkomplex 1	-302-
Tabelle 60 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm hinsichtlich der χ^2 - und McNemar-Tests zu Frage 6	-303-
Tabelle 61 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für Hypothesenkomplex 2 (Fragen 7 – 8)	-303-
Tabelle 62 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm in Bezug auf die Korrelationen in Kapitel 5.2.2.4	-304-
Tabelle 63 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Kindvariablen, MZP1-MZP2	-304-
Tabelle 64 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Elternvariablen, MZP1-MZP2	-304-
Tabelle 65 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Kindvariablen, MZP1-MZP3	-305-
Tabelle 66 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Elternvariablen, MZP1-MZP3	-305-
Tabelle 67 Häufigkeiten der Antworten im FBZ-K in %	-306-
Tabelle 68 Korrelationsmatrix der AV zu MZP1	-307-
Tabelle 69 Korrelationskoeffizienten (r) und Signifikanzen (p) ohne und mit Berücksichtigung von Drittvariablen	-307-
Tabelle 70 Mittelwertvergleich zwischen Prä- (MZP1) und Post-Messung (MZP2): Ergebnisse der T-Tests und Effektstärken (ES) d zu den einzelnen abhängigen Variablen	-308-
Tabelle 71 Mittelwertvergleich zwischen Prä- (MZP1) und Follow-Up-Messung (MZP3): Ergebnisse der T-Tests zu den einzelnen abhängigen Variablen	-308-

Tabellenverzeichnis

Tabelle 72 Anzahl der nicht auffälligen bzw. auffälligen CBCL-Gesamtwerte in Abhängigkeit der Diagnose Essstörung (ICD-10 F50)	-309-
Tabelle 73 Anzahl der nicht auffälligen bzw. auffälligen SDQ-Gesamtwerte in Abhängigkeit der Diagnose Essstörung (ICD-10 F50)	-309-

13 Anhang

Anhang 1	Soziodemografischer Fragebogen	-273-
Anhang 2	Messinstrumente zur Erfassung der abhängigen Variablen	-276-
Anhang 3	Informationsschreiben und Informed Consent	-286-
Anhang 4	Rekrutierungsrate und Dropout	-292-
Anhang 5	Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Stichprobe 1)	-294-
Anhang 6	Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Stichprobe 2)	-296-
Anhang 7	Spielmaterial für das FIBS	-298-
Anhang 8	Ratingbogen für die Interaktionsbeobachtung (FIBS)	-299-
Anhang 9	Modelprämissen der Multiplen Regression	-300-
Anhang 10	Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm	-302-
Anhang 11	Ergebnisse des FBZ-K	-306-
Anhang 12	Korrelationsmatrix und partielle Korrelationen	-307-
Anhang 13	Verbundene T-Tests	-308-
Anhang 14	Kreuztabellen/Chi ² -Tests – Essstörungen (ICD-10 F50)	-309-
Anhang 15	Reanalysen ohne Ausreißer bzw. die Diagnosen F50/F43.2	-310-

Anhang 1: Soziodemografischer Fragebogen

Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten

Liebe Studienteilnehmer,

Patientencode

im folgenden Fragebogen bitten wir Sie um einige Angaben, die Ihre Person, Ihre Familie und Ihre aktuelle Lebenssituation betreffen. Die Daten dienen statistischen Zwecken und werden absolut vertraulich behandelt! Bitte füllen Sie den Fragebogen **vollständig** aus, indem Sie jeweils das zutreffende Kästchen ankreuzen (es sind bei Bedarf auch mehrere Kreuze pro Frage möglich) oder Angaben auf die freien Linien machen. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wenden Sie sich bitte an den Studienleiter, der Sie betreut!

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!

1. Angaben zur eigenen Person	
<p>Geschlecht</p> <p><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Beziehung zum Kind</p> <p><input type="checkbox"/> leibliche Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Adoptions-/Pflegermutter/ ~ vater <input type="checkbox"/> Lebenspartner</p> <p>Alter bei Geburt des Kindes: _____</p> <p>Derzeitiges Alter: _____</p> <p>Schule</p> <p>Höchste besuchte Klassenstufe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Förderschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Realschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Handelsschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Studium Fach: _____ <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss</p> <p>Berufstätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> in einer Umschulungsmaßnahme <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig seit: _____ <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Arbeitslos</p>	<p>Berufsgruppe (falls berufstätig)</p> <p><input type="checkbox"/> Leitender Angestellter <input type="checkbox"/> Nichtleitender Angestellter <input type="checkbox"/> Freiberuflich tätig <input type="checkbox"/> Selbständig in Handwerk/Wirtschaft <input type="checkbox"/> Beamter höherer/gehobener Dienst <input type="checkbox"/> Beamter mittlerer/einfacher Dienst <input type="checkbox"/> Facharbeiter mit Prüfung <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Geringfügige Erwerbstätigkeit/Mini-Job <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Familienstand</p> <p><input type="checkbox"/> verheiratet (seit: _____) <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt (seit: _____) <input type="checkbox"/> verwitwet (seit: _____) <input type="checkbox"/> ledig <input type="radio"/> mit fester Partnerbeziehung (seit: _____) <input type="radio"/> ohne feste Partnerbeziehung (seit: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ich habe Kinder aus der jetzigen Partnerschaft (Anzahl: _____) <input type="checkbox"/> ich habe Kinder aus früheren Partnerschaften (Anzahl: _____)</p> <p>Erziehungssituation</p> <p>▪ Allein erziehend <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein ▪ Falls nein, wie viel % der Erziehung übernehmen Sie etwa: _____</p> <p>Geburtsland: _____</p> <p>Muttersprache: _____</p> <p>Staatsangehörigkeit: _____</p>

<p>Vorerfahrung Elterntraining</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie bereits an einem Elterntraining teilgenommen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein • Falls ja: Name des Trainings: _____ <hr/> <p>Anzahl Stunden: _____</p> <p>Wo: _____</p> <p>Psychische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leiden oder litten Sie an psychischen Erkrankungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein • Falls ja Art der Erkrankung: _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Sind oder waren Sie in therapeutischer Behandlung/Beratung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein • Falls ja <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Familientherapie <input type="checkbox"/> Eheberatung <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung • Anzahl Sitzungen: _____ <p>Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen? Falls ja, welche? Dosierung? _____ _____ _____ 	<p>Schule</p> <p>Höchste besuchte Klassenstufe: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Realschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Handelsschule <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Studium Fach: _____ <input type="radio"/> mit Abschluss <input type="radio"/> ohne Abschluss <p>Berufstätigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> berufstätig <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> in einer Umschulungsmaßnahme <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig seit: _____ <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Arbeitslos <p>Berufsgruppe (falls berufstätig)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leitender Angestellter <input type="checkbox"/> Nichtleitender Angestellter <input type="checkbox"/> Freiberuflich tätig <input type="checkbox"/> Selbständig in Handwerk/Wirtschaft <input type="checkbox"/> Beamter höherer/gehobener Dienst <input type="checkbox"/> Beamter mittlerer/einfacher Dienst <input type="checkbox"/> Facharbeiter mit Prüfung <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Geringfügige Erwerbstätigkeit/Mini-Job <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <p>Psychische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leidet oder litt Ihr Partner an psychischen Erkrankungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein • Falls ja Art der Erkrankung: _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Ist oder war Ihr Partner in therapeutischer Behandlung/Beratung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <p>Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat Ihr Partner in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen? Falls ja, welche? Dosierung? _____ _____
<p>2. Angaben zum aktuellen Lebenspartner (falls vorhanden)</p>	
<p>Beziehung zum Kind</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leibliche Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Adoptions-/Pflegermutter/ ~ vater <input type="checkbox"/> Lebenspartner <p>Derzeitiges Alter: _____</p>	
<p>Vorerfahrung Elterntraining</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat Ihr Partner bereits an einem Elterntraining teilgenommen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein 	

3. Angaben zum Kind	5. Angaben zur Lebenssituation
<p>Geschlecht</p> <p><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Ausbildungsstatus</p> <p><input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Frühförderereinrichtung <input type="checkbox"/> Schule <input type="radio"/> Grundschule <input type="radio"/> Förderschule <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Gymnasium Klasse: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildung Jahr: _____ Art: _____</p> <p>Gemeinsame Zeit</p> <p>▪ Wie viele Stunden verbringen Sie im Durchschnitt pro Tag mit Ihrem Kind? Werktags: _____ Wochenende: _____</p> <p>▪ Wie viele Stunden verbringt Ihr Partner im Durchschnitt pro Tag mit Ihrem Kind? Werktags: _____ Wochenende: _____</p>	<p>Finanzielle Situation</p> <p>▪ Monatliches Haushalts-Nettoeinkommen (Das Monatliche Haushalts- Nettoeinkommen beinhaltet die Einnahme aller Haushaltsmitglieder wie Lohn, Kindergeld, Mieteinnahmen etc. nach Abzug der Steuern und Sozialversicherung)</p> <p><input type="checkbox"/> unter 500 Euro <input type="checkbox"/> 500 – 1000 Euro <input type="checkbox"/> 1001 – 3000 Euro <input type="checkbox"/> über 3000 Euro</p> <p>▪ Bestehen momentan in Ihrem Haushalt finanzielle Probleme?</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte Probleme <input type="checkbox"/> deutliche Probleme <input type="checkbox"/> sehr starke Probleme</p> <p>Belastungsfaktoren</p> <p>▪ Wenn Sie die gesamte (gesundheitlich, Konflikte, Finanzen, Arbeitslosigkeit etc.) familiäre Situation bedenken, als wie hoch würden Sie die derzeitige Belastung einstufen?</p> <p><input type="checkbox"/> unbelastet <input type="checkbox"/> leichte Belastung <input type="checkbox"/> deutliche Belastung <input type="checkbox"/> sehr schwere Belastung</p>
<p>4. Angaben zur Familie</p> <p>Geschwister</p> <p>▪ Anzahl: _____</p> <p>▪ davon im selben Haushalt lebend wie das betroffene Kind: _____</p> <p>Bezugspersonen des Kindes</p> <p>▪ wichtigste: _____</p> <p>▪ zweitwichtigste: _____</p> <p>▪ in meinem Haushalt leben außer mir folgende Personen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>▪ Welches sind die Hauptfaktoren, die Ihre Familie belasten?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!</p>

Anhang 2: Messinstrumente zur Erfassung der abhängigen Variablen

CBCL:

Fragebogen zum Verhalten des Kindes

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, die auf Kinder und Jugendliche zutreffen können. Prüfen Sie bitte bei jeder Aussage, ob Sie auf Ihren Sohn/Ihre Tochter **jetzt** zutrifft.

Wenn das Verhalten Ihres Sohn/Ihre Tochter ziemlich genau kennzeichnet oder häufig auftritt, kreuzen Sie bitte die

2 an. Wenn die Aussage etwas oder manchmal zutrifft, kreuzen Sie bitte die 1 an. Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter das Verhalten nicht zeigt (nicht zutreffend), so kreuzen Sie bitte die 0 an.

<i>0=nicht zutreffend</i>	<i>1=etwas/manchmal</i>	<i>2=genau/häufig</i>	
1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.....	0 1 2	40. Hört etwas, das nicht da ist.....	0 1 2
2. Leidet unter einer Allergie.....	0 1 2	Bitte beschreiben: _____	
Bitte beschreiben: _____		41. Handelt ohne zu überlegen, ist impulsiv.....	0 1 2
3. Streitet sich, widerspricht.....	0 1 2	42. Möchte lieber allein sein als mit anderen	
4. Leidet unter Asthma.....	0 1 2	Zusammen.....	0 1 2
5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen		43. Lügt, schwindelt oder betrügt.....	0 1 2
Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge.....	0 1 2	44. Kaut an den Fingernägeln.....	0 1 2
6. Kotet ein.....	0 1 2	45. Ist nervös, reizbar oder gespannt.....	0 1 2
7. Gibt an, schneidet auf (prahlt).....	0 1 2	46. Leidet unter Zuckungen (Tics) oder nervösen	
8. Kann sich nicht konzentrieren, begrenzte		Bewegungen.....	0 1 2
Aufmerksamkeit.....	0 1 2	Bitte beschreiben: _____	
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los		47. Hat Alpträume.....	0 1 2
Bitte beschreiben: _____	0 1 2	48. Ist bei anderen (Kindern/Jugendlichen)	
10. Kann nicht still sitzen, ist zappelig, zu aktiv....	0 1 2	nicht beliebt.....	0 1 2
11. Ist für sein/ihr Alter zu abhängig von		49. Leidet an Verstopfung, hat keinen Stuhlgang.....	0 1 2
Erwachsenen.....	0 1 2	50. Ist zu furchtsam oder ängstlich.....	0 1 2
12. Beklagt sich über Alleinsein, fühlt sich einsam		51. Klagt über Schwindel.....	0 1 2
13. Ist verwirrt oder zerstreut.....	0 1 2	52. Hat starke Schuldgefühle.....	0 1 2
14. Weint viel.....	0 1 2	53. Isst zuviel.....	0 1 2
15. Ist grausam zu Tieren.....	0 1 2	54. Ist übermüdet.....	0 1 2
16. Ist gemein, rücksichtslos, schüchtert		55. Hat Übergewicht.....	0 1 2
andere ein.....	0 1 2	56. Körperliche Beschwerden ohne bekannte medi-	
17. Hat Tagträume, ist gedankenverloren.....	0 1 2	zische Ursachen (der Arzt hat nichts gefunden):	
18. Hat sich absichtlich verletzt oder		a) Schmerzen.....	0 1 2
Selbstmord versucht.....	0 1 2	b) Kopfschmerz.....	0 1 2
19. Fordert viel Aufmerksamkeit und Beachtung..	0 1 2	c) Übelkeit, Unwohlsein.....	0 1 2
20. Macht seine/ihre Sachen kaputt.....	0 1 2	d) Augenbeschwerden, Bitte beschreiben: _____	0 1 2
21. Macht Sachen kaputt, die anderen gehören....	0 1 2	e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme.....	0 1 2
22. Ist zu Hause/den Eltern gegenüber		f) Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe.....	0 1 2
ungehorsam.....	0 1 2	g) Erbrechen, Würgen.....	0 1 2
23. Ist in der Schule ungehorsam.....	0 1 2	h) Andere Beschwerden. Bitte beschreiben: _____	
24. Isst schlecht.....	0 1 2	_____	0 1 2
25. Kommt mit anderen im gleichen Alter		57. Greift andere körperlich an.....	0 1 2
nicht aus.....	0 1 2	58. Bohrt in der Nase, zupft an der Haut oder	
26. Fühlt sich nicht schuldig, wenn er/sie etwas		anderen Körperstellen.....	0 1 2
Unerlaubtes getan hat.....	0 1 2	Bitte beschreiben: _____	
27. Wird leicht eifersüchtig.....	0 1 2	59. Spielt in der Öffentlichkeit an den	
28. Isst oder trinkt Dinge, die ungenießbar sind....	0 1 2	Geschlechtsteilen.....	0 1 2
29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situa-		60. Spielt zuviel an seinen/ihren Geschlechtsteilen.....	0 1 2
tionen oder Plätzen (Schule ausgenommen)....	0 1 2	61. Ist schlecht in der Schule.....	0 1 2
30. Hat Angst zur Schule zu gehen.....	0 1 2	62. Ist körperlich unbeholfen oder schwerfällig.....	0 1 2
31. Befürchtet, er/sie könnte etwas Schlimmes		63. Ist lieber mit Älteren als mit Gleichaltrigen	
denken oder tun.....	0 1 2	zusammen.....	0 1 2
32. Glaubt, perfekt sein zu müssen.....	0 1 2	64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen	
33. Fühlt oder sagt, dass niemand ihn/sie mag.....	0 1 2	zusammen.....	0 1 2
34. Glaubt, andere wollten ihm/ihr etwas antun....	0 1 2	65. Will nicht reden.....	0 1 2
35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen.....	0 1 2	66. Wiederholt bestimmte Handlungen immer	
36. Zieht sich ungewollt Verletzungen zu, neigt zu		wieder (wie unter Zwang).....	0 1 2
zu Unfällen.....	0 1 2	67. Ist von zuhause weggelaufen.....	0 1 2
37. Gerät leicht in Raufereien/Schlägereien.....	0 1 2		
38. Wird gehänselt.....	0 1 2		
39. Hat Umgang mit Jungen/Mädchen, die Pro-			
bleme oder Scherereien bereiten.....	0 1 2		

SDQ:

Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das **aktuelle** Verhalten des Kindes.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EFB:

EFB Erziehungsfragebogen	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater	Datum
------------------------------------	---	-------

Von Zeit zu Zeit verhalten sich alle Kinder ungezogen oder unangemessen. Sie tun Dinge, die ihnen selbst oder anderen schaden oder die ihre Eltern nicht mögen. Beispiele für solche Verhaltensweisen könnten sein:

- andere schlagen oder anschreien
- sich weigern, aufzuräumen
- auf die Straße laufen / weglaufen
- sich weigern, ins Bett zu gehen
- Essen oder andere Dinge herumwerfen
- Lügen
- Jammern oder Quengeln
- immer Beachtung durch Erwachsene verlangen

Eltern gehen auf unterschiedliche Art und Weise mit diesen Problemen um. Nachfolgend sind Aussagen aufgeführt, die einige Arten von Erziehungsverhalten beschreiben. Es werden jeweils zwei Möglichkeiten gegenüber gestellt, wie sich Eltern in der beschriebenen Situation verhalten können.

Wenn Sie einer Aussage *völlig zustimmen*, dann kreuzen Sie bitte den Punkt ganz rechts (bzw. ganz links) an. Wenn Sie der Aussage *weniger zustimmen*, dann kreuzen Sie einen Punkt an, der weiter in der Mitte liegt.

Beispiel:

Bei den Mahlzeiten ...
 lasse ich mein Kind selbst entscheiden, wie viel es essen möchte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156

8. Ich bin eine Mutter/ein Vater, die/der ... Grenzen setzt und meinem Kind sagt, was erlaubt ist und was nicht	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	mein Kind das tun lässt, was es will
9. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... belehre und ermahne ich es ausführlich	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	sage ich ihm kurz und klar das, was wichtig ist
10. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... werde ich lauter oder schreie mein Kind an	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	spreche ich ruhig mit meinem Kind
11. Wenn mein Kind auf „Nein“ nicht reagiert, ... spreche ich weiter mit ihm und versuche, es zu überzeugen	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	ergreife ich eine ganz andere Maßnahme
12. Wenn ich möchte, dass mein Kind etwas unterlässt, ... sage ich meinem Kind in einem entschiedenen Ton, dass es aufhören soll	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	rede ich meinem Kind gut zu und bitte es darum aufzuhören
13. Wenn mein Kind nicht in meiner Nähe ist, ... weiß ich nicht, was es gerade tut	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	weiß ich, was es gerade tut
14. Nachdem es Probleme mit meinem Kind gegeben hat, ... bin ich noch lange ärgerlich	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	gehe ich schnell zum normalen Geschehen über
15. Wenn wir nicht zu Hause sind, ... gehe ich mit meinem Kind so um wie zu Hause	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	lasse ich meinem Kind mehr durchgehen als zu Hause
16. Wenn mein Kind etwas tut, was ich nicht mag, ... unternehme ich jedes Mal etwas dagegen	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	lasse ich es einfach durchgehen
17. Wenn es ein Problem mit meinem Kind gibt, ... gerät mir die Situation außer Kontrolle und ich tue Dinge, die ich gar nicht tun wollte	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	habe ich die Situation unter Kontrolle
18. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... gebe ich ihm keinen Klaps	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	bekommt es einen Klaps
19. Wenn mein Kind nicht tut, worum ich es gebeten habe, ... lasse ich es irgendwann in Ruhe oder mache es selbst	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	setze ich mich durch
20. Wenn ich eine angemessene Drohung oder Warnung ausspreche, ... setze ich sie nicht in die Tat um	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	setze ich sie in die Tat um
21. Wenn „Nein-Sagen“ bei meinem Kind nicht wirkt, ... verspreche ich meinem Kind eine Belohnung, damit es sich benimmt	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	ergreife ich eine ganz andere Maßnahme

Anhang

22. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... reagiere ich darauf, ohne mich aus der Fassung bringen zu lassen	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	bin ich so verärgert und frustriert, dass mein Kind es mir anmerkt
23. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... fluche ich nicht und gebrauche keine Schimpfwörter	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	fluche ich und gebrauche Schimpfwörter
24. Wenn ich meinem Kind etwas verboten habe, ... lasse ich es mein Kind dann trotzdem tun	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	halte ich mich an das, was ich gesagt habe
25. Wenn ich etwas unternehmen musste, weil mein Kind sich schlecht benommen hat, ... sage ich ihm hinterher, dass es mir leid tut	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	sage ich ihm hinterher nicht, dass es mir leid tut
26. Wenn mein Kind etwas tut, was ich nicht möchte, ... sage ich nie gemeine und verletzende Sachen	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	sage ich gemeine und verletzende Sachen
27. Wenn ich etwas unternehmen musste, weil mein Kind sich schlecht benommen hat, ... bleibe ich bei dem, was ich gesagt habe, und ignoriere seinen Protest	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	bleibe ich dabei und diskutiere mit meinem Kind darüber, dass es sich nicht beschweren soll
28. Wenn mein Kind wütend wird, weil ich ihm etwas verboten habe, ... nehme ich das Verbot zurück	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	bleibe ich bei dem, was ich gesagt habe
29. Wenn mein Kind etwas tut, was ich nicht möchte, ... beschimpfe ich mein Kind nicht	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	beschimpfe ich mein Kind
30. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... kommt es nicht vor, dass ich mein Kind schlage	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	kommt es vor, dass ich mein Kind schlage
31. Wenn ich mein Kind bestrafe, ... schimpfe ich nicht mit lauter Stimme	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	schimpfe ich mit lauter Stimme
32. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... drohe ich damit, es zu bestrafen	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	drohe ich ihm nicht mit einer Strafe
33. Wenn sich mein Kind schlecht benommen hat, ... rede ich ganz normal weiter mit meinem Kind	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	rede ich längere Zeit nicht mehr mit ihm
34. Wenn sich mein Kind trotz Ermahnung nicht angemessen verhält, ... sage ich ihm, dass ich es alleine lasse, wenn es sich nicht berimmt	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	drohe ich nicht damit, es allein zu lassen
35. Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält, ... verlasse ich wütend den Raum	①---②---③---④---⑤---⑥---⑦	verlasse ich nicht wütend den Raum

FKE:

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Elternrolle

Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen und Meinungen, die sich auf Ihre Gefühle als Eltern beziehen. Bitte geben Sie jedesmal an, ob und in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dazu die jeweils passende Antwortmöglichkeit (von 1 bis 7) an. Bearbeiten Sie bitte die einzelnen Äußerungen der Reihe nach und lassen Sie keine aus. Es gibt dabei keine richtigen und falschen Antworten, sondern es geht um Ihre persönliche Meinung

Die einzelnen Antwortmöglichkeiten haben folgende Bedeutung:

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| ① stimme völlig zu | ④ stimme eher nicht zu |
| ② stimme zu | ⑤ stimme nicht zu |
| ③ stimme eher zu | ⑥ stimme überhaupt nicht zu |

	stimme völlig zu ①	stimme zu ②	stimme eher zu ③	stimme eher nicht zu ④	stimme nicht zu ⑤	stimme überhaupt nicht zu ⑥
1 Mir ist klargeworden, daß die Probleme der Kindererziehung leicht zu lösen sind, wenn man einmal verstanden hat, wie das eigene Handeln die Kinder beeinflusst.	①	②	③	④	⑤	⑥
2 Obwohl Elternschaft sehr erfüllend sein kann, bin ich beim jetzigen Alter meines Kindes häufig frustriert.	①	②	③	④	⑤	⑥
3 Ich gehe abends genauso zu Bett wie ich morgens aufwache - mit dem Gefühl, eine ganze Menge nicht bewältigt zu haben.	①	②	③	④	⑤	⑥
4 Ich weiß nicht warum, aber manchmal fühle ich mich in Situationen manipuliert, in denen ich eigentlich die Kontrolle haben	①	②	③	④	⑤	⑥
5 Meine Eltern waren besser als ich darauf vorbereitet, gute Eltern zu sein.	①	②	③	④	⑤	⑥
6 Ich würde ein gutes Vorbild für andere junge Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	①	②	③	④	⑤	⑥
7 Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen.	①	②	③	④	⑤	⑥
8 Manchmal fühle ich mich so, als ob ich nichts schaffen würde.	①	②	③	④	⑤	⑥
9 Wenn irgend jemand eine Antwort darauf weiß, was mit meinem Kind los ist, dann bin ich es.	①	②	③	④	⑤	⑥
10 Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter/Vater bin, fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.	①	②	③	④	⑤	⑥
11 Ich bin fest davon überzeugt, daß ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter / ein guter Vater zu sein.	①	②	③	④	⑤	⑥
12 Mutter bzw. Vater zu sein macht mich ängstlich und angespannt.	①	②	③	④	⑤	⑥

DASS:

Fragebogen zum eigenen Befinden

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Aufstellung von Gedanken und Empfindungen. Bitte lesen Sie die einzelnen Aussagen sorgfältig durch. Kreuzen Sie die Antworten an, die Ihrem Befinden am besten entspricht/entsprochen hat.

Während der letzten beiden Wochen...	sehr oft, die meiste Zeit ①
	häufig, oft ③
	selten, manchmal ②
	nie ④
1. habe ich mich über Kleinigkeiten aufgeregt	① ② ③④
2. konnte ich mich zu nichts richtig aufraffen	① ② ③④
3. fühlte ich mich schwach oder kraftlos	① ② ③④
4. hatte ich Atembeschwerden (z. B. Atemnot) ohne körperliche Belastung	① ② ③④
5. fühlte ich mich deprimiert/niedergeschlagen	① ② ③④
6. konnte ich mich nur schwer wieder beruhigen, nachdem mich etwas aufgeregt hatte	① ② ③④
7. schwitzte ich auffallend viel bzw. hatte ich feuchte Hände	① ② ③④
8. wurde ich leicht ungeduldig, wenn ich auf irgendeine Weise aufgehalten wurde	① ② ③④
9. gab es Situationen, die mich so ängstlich machten, daß ich erleichtert war, wenn die Situationen vorüber waren	① ② ③④
10. neigte ich dazu, in bestimmten Situationen überempfindlich oder übertrieben zu reagieren	① ② ③④
11. habe ich mich schnell über Dinge aufgeregt	① ② ③④
12. hatte ich das Gefühl, daß es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann	① ② ③④
13. schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden	① ② ③④
14. war ich sehr empfindlich, reizbar und mißgelaunt	① ② ③④
15. litt ich unter Mundtrockenheit	① ② ③④
16. hatte ich jegliches Interesse verloren	① ② ③④
17. dachte ich ohne Hoffnung an die Zukunft	① ② ③④
18. spürte ich ohne körperliche Belastung unregelmäßigen Herzschlag bzw. Herzrasen	① ② ③④

nie ①
selten, manchmal ②
häufig, oft ③
sehr oft, die meiste Zeit ④

	sehr oft, die meiste Zeit ④
	häufig, oft ③
	selten, manchmal ②
	nie ①
Während der letzten beiden Wochen...	
19. hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst	① ② ③④
20. dachte ich, es lohnt sich nicht zu leben	① ② ③④
21. reagierte ich empfindlicher als sonst	① ② ③④
22. benötigte ich sehr viel Schwung und Energie	① ② ③④
23. fand ich kein Vergnügen und keine Freude an den Dingen, die ich tat	① ② ③④
24. hatte ich weiche Knie bzw. Beine	① ② ③④
25. war ich niedergeschlagen und traurig	① ② ③④
26. hatte ich Schwierigkeiten, die Initiative aufzubringen, etwas zu tun	① ② ③④
27. fiel es mir schwer, mich zu entspannen	① ② ③④
28. war ich wütend auf alles, was mich daran hinderte, meine Beschäftigung fortzuführen	① ② ③④
29. fiel es mir schwer, Dinge „herunterzuschlucken“	① ② ③④
30. befürchtete ich, mich könnte eine einfache aber unbekannte Aufgabe umwerfen	① ② ③④
31. fühlte ich mich wertlos	① ② ③④
32. konnte ich für nichts Begeisterung empfinden	① ② ③④
33. machte ich mir Sorgen über Situationen, in denen ich panisch reagieren oder mich blamieren könnte	① ② ③④
34. war ich ständig in einem nervös-angespannten Zustand	① ② ③④
35. war ich kurz davor, panisch zu reagieren	① ② ③④
36. fühlte ich mich als Person wertlos	① ② ③④
37. konnte ich mich kaum entspannen	① ② ③④
38. hatte ich schreckliche Angst	① ② ③④
39. litt ich unter Zittern meiner Hände	① ② ③④
40. war ich aufgeregt und aufgewühlt	① ② ③④
41. dachte ich, mein Leben hat keinen Sinn	① ② ③④
42. konnte ich es nur schwer tolerieren, wenn ich unterbrochen wurde	① ② ③④
	nie ①
	selten, manchmal ②
	häufig, oft ③
	sehr oft, die meiste Zeit ④

FBZ-K:

Fragebogen zur Partnerschaft

In jeder Partnerschaft gibt es Bereiche, in denen Übereinstimmung zwischen den Partnern besteht und Bereiche, in denen keine Übereinstimmung besteht. Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile der folgenden Liste an, wie sehr Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin übereinstimmen bzw. nicht übereinstimmen.

	⑤	④	③	②	①	①
	immer einig	meistens einig	manch- mal uneinig	häufig uneinig	meistens uneinig	immer uneinig
1 Weltanschauung	⑤	④	③	②	①	①
2 Dinge und Ziele, die wir für wichtig halten	⑤	④	③	②	①	①
3 Ausmaß an gemeinsam verbrachter Zeit	⑤	④	③	②	①	①
	①	①	②	③	④	⑤
	nie	wenigs- tens einmal im Monat	ein- oder zweimal im Monat	ein- oder zweimal in der Woche	einmal am Tag	öfter
4 Wie oft findet ein anregender Gedanken- austausch zwischen Ihnen und Ihrem Part- ner/Ihrer Partnerin statt?	①	①	②	③	④	⑤
5 Wie oft diskutieren Sie in Ruhe miteinan- der?	①	①	②	③	④	⑤
6 Wie oft arbeiten Sie an gemeinsamen Vor- haben?	①	①	②	③	④	⑤

Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

①	①	②	③	④	⑤	⑥
extrem unglücklich	ziemlich unglücklich	ein wenig unglücklich	glücklich	sehr glücklich	äußerst glücklich	perfekt

Anhang 3: Informationsschreiben und Informed Consent

Universitätsklinikum Würzburg

Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. A. Warnke



Elterninformation

Evaluation eines Trainings für Eltern der stationären Patienten in der KJP

Liebe Eltern,

Ihr Kind befindet sich derzeit in stationärer Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Unser Behandlungskonzept besteht aus einer ausführlichen Diagnostik, Therapieplanung und Therapiedurchführung sowie der Planung der ambulanten Nachversorgung. Da unsere Patienten, die Kinder und Jugendlichen, in der Regel noch nicht allein, sondern in einer familiären Struktur leben, ist die Beratung des familiären Umfeldes sehr wichtig für die Behandlung und den langfristigen Erfolg dieser Therapie. Sehr oft erleben wir, dass eine psychische Erkrankung eines Kindes eine erhebliche Belastung für die Familie darstellt, Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung bei den Eltern bestehen und die Erkrankung einen bedeutsamen Stellenwert in der Interaktion zwischen Eltern und psychisch erkranktem Kind einnimmt, so dass andere, positive Aspekte des Zusammenlebens zu kurz kommen. Oft fühlen sich die Eltern der Erkrankung gegenüber hilflos und sind nicht selten der Kritik ihres sozialen Umfeldes ausgesetzt oder machen sich sogar selbst Schuldgefühle.

Da viele Studien zeigen, dass für die Genesung und zur Verhinderung einer Wiedererkrankung bei Kindern mit einer psychischen Erkrankung das familiäre Umfeld eine wichtige Rolle spielt, ist uns die Zusammenarbeit mit Ihnen als Eltern sehr wichtig. Zusätzlich zu den individuellen Gesprächen, bei denen es in der Regel um die spezifische Erkrankung und Behandlung Ihres Kindes geht, bieten wir deshalb ein Training für die Eltern unserer Patienten an. Dieses Elterntraining ist sowohl organisatorisch als auch inhaltlich speziell auf die Bedürfnisse der Eltern unserer stationären Patienten zugeschnitten:

- Das Training findet immer donnerstags um 17.00 Uhr im Anschluss an den Besuchsnachmittag statt.
- Es besteht aus 5 Sitzungen (à 90 Minuten), da 5 Wochen der durchschnittlichen Verweildauer der Kinder bei uns entsprechen.
- Die Sitzungen bauen inhaltlich nicht aufeinander auf, das heißt, Sie können jederzeit in

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Füchleinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 85 40
Fax: (09 31) 2 01 – 7 80 40
schwenck@kjp.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/kjpspsych/



Universitätsklinikum Würzburg

Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. A. Warnke



- die Gruppe einsteigen und direkt nach der Aufnahme Ihres Kindes auf Station mit dem Training beginnen.
- Da wir Patienten mit ganz unterschiedlichen Störungsbildern behandeln, ist das Training inhaltlich nicht an einem bestimmten Störungsbild orientiert, sondern so gestaltet, dass alle Eltern unabhängig von der Art der Erkrankung ihres Kindes profitieren können.
 - Inhaltlich werden folgende Themen behandelt:
 - die positiven Seiten des Kindes wahrnehmen und stärken
 - eigene Ressourcen aktivieren und positiv denken
 - Ziele für die Erziehung definieren und umsetzen
 - Problemverhalten des Kindes gezielt angehen
 - Entwicklungsaufgaben des Kindes und die Familie

Ziel der Untersuchung

Evaluation eines Trainings für Eltern der Patienten in der KJP?

Trotz einer Vielzahl von Elterntrainings, die bislang entwickelt wurden, sind nur die wenigsten wissenschaftlich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht worden. Zudem richten sich diese Trainings zumeist an Eltern von Kindern, die sich in *ambulanter* Behandlung befinden, und sind sowohl organisatorisch als auch inhaltlich wenig auf die Bedürfnisse von Eltern, deren Kinder stationär behandelt werden, ausgerichtet. Ziel unserer Untersuchung soll daher sein, die Wirksamkeit des Elterntrainings, das wir in der KJP anbieten, wissenschaftlich zu überprüfen. Wir möchten dabei feststellen, ob das Elterntaining einen positiven Effekt zusätzlich zu unserer Standardbehandlung hat. Dabei interessiert uns zum Beispiel, ob sich durch das Training die Wiedererkrankungsquote der Kinder verringert, die Eltern-Kind-Beziehung verbessert oder eine Entlastung der Eltern stattfindet.

Mit der Teilnahme an der Untersuchung haben Sie einerseits die Möglichkeit, ein zusätzliches therapeutisches Angebot kostenlos in Anspruch zu nehmen, andererseits können Sie dazu beitragen, dass sich die Qualität unserer Behandlung verbessert und auch in Zukunft Eltern und Kinder von diesem Angebot profitieren können.

Studienbeschreibung

Da im Rahmen der Studie die untersucht werden soll, ob das Elterntaining einen positiven Effekt hat, nimmt eine Hälfte der Eltern, die an der Studie mitmachen, sofort an dem Training teil, und die andere Hälfte hat die Möglichkeit, 3 Monate nach dem stationären Aufenthalt des Kindes am Elterntaining teilzunehmen. Wer in welche Behandlungsgruppe kommt, entscheidet das Los. Es gibt also keine Möglichkeit, zu beeinflussen, ob Sie unmittelbar oder später an dem Training teilnehmen können. Die Losentscheidung ist unumgänglich, da wir vermeiden müssen, dass die Eltern von schwerer erkrankten Patientinnen vermehrt in einen Behandlungsarm

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Füchleinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 85 40
Fax: (09 31) 2 01 – 7 80 40
schwenck@kjp.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/kjpsych/



Universitätsklinikum Würzburg

Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. A. Warnke



kommen. In solch einem Falle würden die Behandlungsergebnisse verfälscht. Sollten Sie einer Zufallsentscheidung zu den Behandlungsarmen nicht zustimmen können, erfolgt außerhalb des Studienrahmens ausschließlich die reguläre stationäre Behandlung.

Diejenigen Eltern und Kinder, die an der Untersuchung teilnehmen, werden zu Beginn der Behandlung, am Ende und 3 Monate nach dem stationären Aufenthalt von uns gebeten, einige Fragebögen auszufüllen. Für die Kinder entsteht dadurch ein zeitlicher Aufwand von etwa 15 Minuten, für die Eltern von etwa 45 Minuten. Zusätzlich möchten wir die Interaktion zwischen Eltern und Kind einschätzen. *Untersucht werden dabei sowohl diejenigen Eltern, die unmittelbar an dem Training teilnehmen als auch diejenigen, die nach einem halben Jahr das Training absolvieren können.*

Freiwilligkeit

Die Teilnahme ist vollkommen freiwillig. Eine Ablehnung der Teilnahme wird die Behandlung Ihres Kindes in keiner Weise beeinflussen.

Austritt aus der Studie

Es steht Ihnen und Ihrem Kind völlig frei, Ihre Einwilligung zur Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Hieraus werden selbstverständlich keinerlei Nachteile entstehen.

Vertraulichkeit

Patienten- und Untersuchungsdaten werden gemäß des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne Angabe Ihres Namens oder des Namens Ihres Kindes anonymisiert ausgewertet.

Für Ihre Mithilfe danken wir Ihnen ganz herzlich!

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Füchleinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 85 40
Fax: (09 31) 2 01 – 7 80 40
schwenck@kjp.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/kjpsych/



Universitätsklinikum Würzburg

Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. A. Warnke



Patienteninformation

Evaluation eines Trainings für Eltern der stationären Patienten in der KJP

Liebe(r) _____
(Name des Patienten)

— In der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik der Universität Würzburg findet zurzeit eine Studie zum Thema „**Elterntraining**“ statt. Dabei soll untersucht werden, ob es für dich und deine Eltern hilfreich ist, wenn wir zusätzlich zu unserer Therapie und den Gesprächen auf Station ein Training für die Eltern unserer Patienten anbieten. Um das herauszufinden, müssen mehrere Fragebögen von deiner Mutter/deinem Vater und von dir bearbeitet werden. Das Ausfüllen der Fragebögen nimmt für dich etwa 15 Minuten in Anspruch. Außerdem werden dir und deiner Mutter/deinem Vater eine kleine Aufgabe gestellt, um zu sehen, wie ihr sie gemeinsam löst. Durch eure Teilnahme könnt ihr dazu beitragen, dass sich die Behandlung auf unseren Stationen verbessert und langfristig auch andere Familien von diesem zusätzlichen Angebot profitieren können.

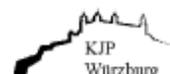
— Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist vollkommen freiwillig. Eine Ablehnung der Teilnahme wird deine Behandlung in keiner Weise beeinflussen. Außerdem steht es dir völlig frei, deine Einwilligung zur Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Hieraus werden selbstverständlich keinerlei Nachteile entstehen.

— Die Patienten- und Untersuchungsdaten werden gemäß des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt. Bei der Auswertung der Ergebnisse wird dein Name nicht auftauchen und auch nicht gespeichert werden.

Danke für Deine Mithilfe!

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Füchleinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 85 70
Fax: (09 31) 2 01 – 7 80 40
schwenc@kjp.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/kjpsych/



Universitätsklinikum Würzburg

Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. A. Warnke



Einverständniserklärung der Eltern

Evaluation eines Trainings für Eltern der stationären Patienten in der KJP

Die vorgesehene Untersuchung sowie die Elterninformation und die Einverständniserklärung wurden mir erklärt. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet, und ich habe Wesen, Tragweite und Bedeutung meiner Teilnahme und der meines Kindes an der Untersuchung verstanden. Ich habe die Elterninformation gelesen und gebe unten an, ob ich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden bin:

Evaluation eines Trainings für Eltern der stationären Patienten in der KJP

Die Teilnahme ist vollkommen freiwillig. Eine Ablehnung der Teilnahme wird die Behandlung meines Kindes in keiner Weise beeinflussen. Ich kann die Einwilligung zur Studienteilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hieraus entstehen mir keinerlei Nachteile. Personen- und Krankheitsdaten werden gemäß des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne Angabe des Namens/ anonymisiert ausgewertet.

Name des Patienten

Druckschrift _____

Geburtsdatum des Patienten ____/____/____

Name des Elternteils

Druckschrift _____

Unterschrift der/ des
gesetzlichen Vertreter(s)

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

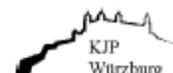
Ich/ wir wurde(n) am _____ durch _____ aufgeklärt und nehme(n) an der Studie zum Elterstraining teil.

Ich/ wir wurde(n) am _____ durch _____ aufgeklärt und nehme(n) an der Studie zum Elterstraining nicht teil.

Warum keine Teilnahme? _____

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Füchslinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 85 70
Fax: (09 31) 2 01 – 7 80 40
schwenck@kjp.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/kjpsych/



Universitätsklinikum Würzburg

Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. A. Warnke



Einverständniserklärung
des Patienten

Evaluation eines Trainings für Eltern der stationären Patienten in der KJP

Ich bestätige, dass mir die vorgesehene Untersuchung, die Patienteninformation und die Einverständniserklärung erklärt wurden. Ich habe die Art und die Bedeutung meiner Teilnahme an der Untersuchung verstanden. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe die Patienteninformation gelesen und bin mit der Teilnahme an der Studie einverstanden:

Evaluation eines Trainings für Eltern der stationären Patienten in der KJP

Meine Teilnahme ist vollkommen freiwillig. Eine Ablehnung der Teilnahme wird meine Behandlung in keiner Weise beeinflussen. Ich kann die Einwilligung zur Studienteilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hieraus entstehen mir keinerlei Nachteile. Personen- und Krankheitsdaten werden gemäß des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne Angabe des Namens/ anonymisiert ausgewertet.

Name des Jugendlichen _____
Druckschrift

Unterschrift des _____ Datum _____
Jugendlichen

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Fischleinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 85 70
Fax: (09 31) 2 01 – 7 80 40
schwensk@kjp.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/kjpsych/



Anhang 4: Rekrutierungsrate und Dropout

Von den 439 angesprochenen Eltern erklärten sich 151 (34.4%) bereit, an der Studie teilzunehmen. Von restlichen 288 Personen erfüllten 69 (24.0%) mindestens eines der Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 4.2.2.1). In Tabelle 55 sind die verschiedenen Gründe für eine Nicht-Teilnahme aufgeführt.

Tabelle 55 Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Studie

Grund	<i>n</i>	%
Ausschlusskriterien erfüllt	69	24.0
Zeitaufwand	72	25.0
Entfernung	62	21.5
Kein Auto/Führerschein	13	4.5
Keine Studienteilnahme erwünscht	13	4.5
Kein Interesse an Elterntraining	12	4.2
Keine Betreuung der Geschwister	7	2.4
Therapeutisch indizierte Kontaktsperre	5	1.7
Erkrankung der Eltern	3	1.0
Keine Angaben	32	11.1
Gesamt	288	100.0

Einen weiteren Überblick über die Rekrutierung und Dropout-Raten sowie die Anzahl der analysierten Fälle bietet auch das CONSORT Flow Diagram nach Moher et al., (2010) und Schulz et al. (2010a, 2010b) in Abbildung 29.

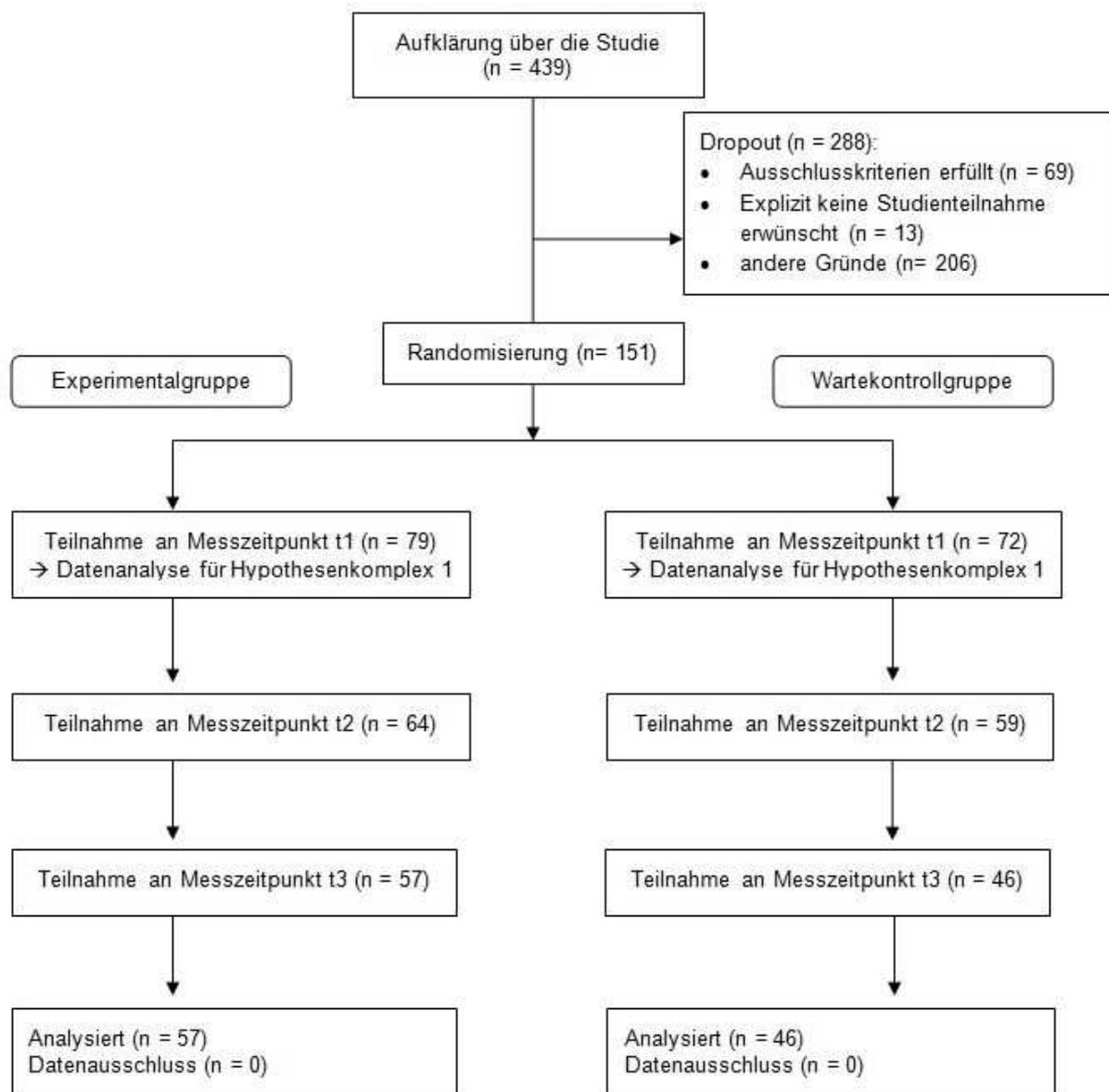


Abbildung 29 CONSORT Flow Diagram

Anhang 5: Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Stichprobe 1)

Tabelle 56 Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 der Patienten von Stichprobe 1

ICD-10	Diagnose	EG	KG	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F20.0	Paranoide Schizophrenie	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F20.2	Katatone Schizophrenie	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F20.6	Schizophrenia Simplex	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F32.1	Mittelgradige Depression	2 (2.5)	1 (1.4)	3 (2.0)
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	2 (2.5)	2 (2.8)	4 (2.6)
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode o. p. S.	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F40.1	Soziale Phobie	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F40.2	Spezifische Phobie	1 (1.3)	1 (1.4)	2 (1.3)
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	6 (7.6)	3 (4.2)	9 (6.0)
F43.0	Akute Belastungsstörung	2 (2.5)	1 (1.4)	3 (2.0)
F43.2	Anpassungsstörung	10 (12.7)	15 (20.8)	25 (16.6)
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F44.7	Dissoziative Störung, gemischt	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F50.0	Anorexia nervosa	12 (15.2)	6 (8.3)	18 (11.9)
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	1 (1.3)	3 (4.2)	4 (2.6)
F50.2	Bulimia nervosa	2 (2.5)	-	2 (1.3)
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F84.1	Atypischer Autismus	1 (1.3)	2 (2.8)	3 (2.0)
F84.5	Asperger-Syndrom	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	5 (6.3)	6 (8.3)	11 (7.3)

Anhang

F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	15 (19.0)	14 (19.4)	29 (19.2)
F90.9	Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F91.0	Auf den fam. Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	-	2 (2.8)	2 (1.3)
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	1 (1.3)	1 (1.4)	2 (1.3)
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	1 (1.3)	1 (1.4)	2 (1.3)
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Stimmung	4 (5.1)	--	4 (2.6)
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	2 (2.5)	-	2 (1.3)
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F93.8	Sonstige emotionale Störung des Kindesalters	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F94.0	Elektiver Mutismus	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	-	1 (1.4)	1 (0.7)
F95.2	Tourette-Syndrom	1 (1.3)	-	1 (0.7)
F98.0	Nichtorganische Enuresis	-	3 (4.2)	3 (2.0)
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	-	2 (2.8)	2 (1.3)
F98.8	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störung	1 (1.3)	-	1 (0.7)
Gesamt		79 (100.0)	72 (100.0)	151 (100.0)

Anhang 6: Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Stichprobe 2)

Tabelle 57 Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 der Patienten von Stichprobe 2

ICD-10	Diagnose	EG	KG	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F20.0	Paranoide Schizophrenie	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F20.2	Katatone Schizophrenie	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F20.6	Schizophrenia Simplex	-	1 (2.2)	1 (1.0)
F32.1	Mittelgradige Depression	1 (1.8)	1 (2.2)	2 (1.9)
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	-	2 (2.8)	1 (1.0)
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode o. p. S.	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F40.2	Spezifische Phobie	1 (1.8)	1 (2.2)	2 (1.9)
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	-	1 (2.2)	1 (1.0)
F42.2	Zwangsgedanken und –handlungen, gemischt	4 (7.0)	2 (4.3)	6 (5.8)
F43.0	Akute Belastungsstörung	1 (1.8)	1 (2.2)	2 (1.9)
F43.2	Anpassungsstörung	9 (15.8)	9 (19.6)	18 (17.5)
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F44.7	Dissoziative Störung, gemischt	-	1 (2.2)	1 (1.0)
F50.0	Anorexia nervosa	9 (15.8)	6 (13.0)	15 (14.6)
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	1 (1.8)	2 (4.3)	3 (2.9)
F50.2	Bulimia nervosa	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F84.1	Atypischer Autismus	-	2 (4.3)	2 (1.9)
F84.5	Asperger-Syndrom	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	4 (7.0)	5 (10.9)	9 (8.7)
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	9 (15.8)	6 (13.0)	15 (14.6)
F91.0	Auf den fam. Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	-	2 (4.3)	2 (1.9)

Anhang

F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	1 (1.8)	1 (2.2)	2 (1.9)
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Stimmung	2 (3.5)	--	2 (1.9)
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	2 (3.5)	-	2 (1.3)
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	-	1 (2.2)	1 (1.0)
F93.8	Sonstige emotionale Störung des Kindesalters	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F94.0	Elektiver Mutismus	1 (1.8)	-	1 (1.0)
F95.2	Tourette-Syndrom	1 (1.3)	-	1 (1.0)
F98.0	Nichtorganische Enuresis	-	2 (4.3)	2 (1.9)
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	-	2 (4.3)	2 (1.9)
F98.8	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störung	1 (1.8)	-	1 (1.0)
Gesamt		57 (100.0)	46 (100.0)	103 (100.0)

Anhang 7: Spielmaterial für das FIBS

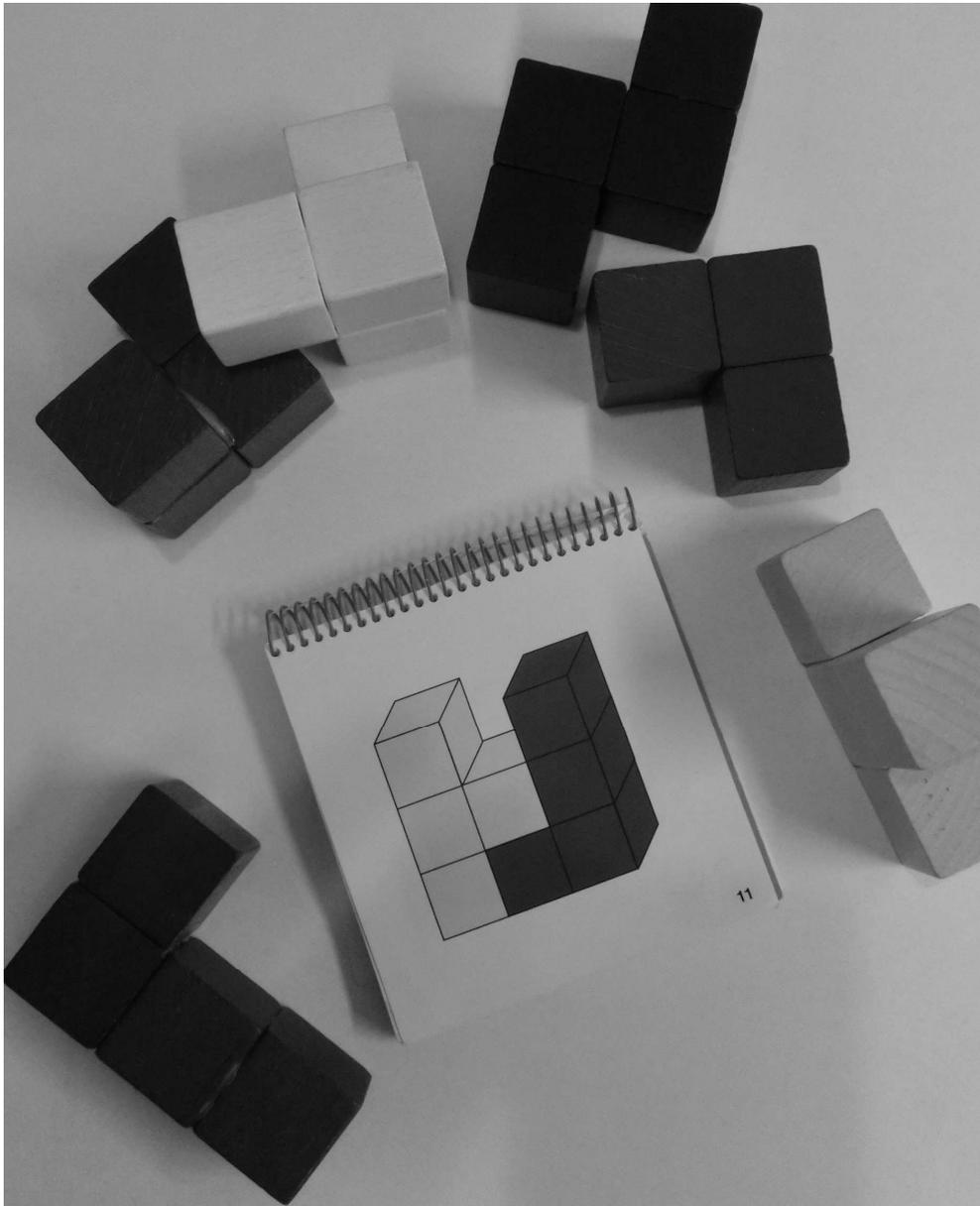


Abbildung 30 Nikitin®-Spielmaterial für die Interaktionsbeobachtung im FIBS

Anhang

Anhang 8: Ratingbogen für die Interaktionsbeobachtung (FIBS)

FOS-R-III	
VIDEO-CODE:	RATER:

Sequ	Eltern												Kind										Zeit	
	L	KK+	KK-	F+	F-	GA+	GA-	VA+	VA-	U	Z	AU+	AU-	UG	QU	AF	KK-	W	U	AK	B	Z		
1																							10"	
2																								20"
3																								30"
4																								40"
5																								50"
6																								60"
Σ _{1 min}																								
7																								10"
8																								20"
9																								30"
10																								40"
11																								50"
12																								60"
Σ _{2 min}																								
13																								10"
14																								20"
15																								30"
16																								40"
17																								50"
18																								60"
Σ _{3 min}																								
19																								10"
20																								20"
21																								30"
22																								40"
23																								50"
24																								60"
Σ _{4 min}																								

FOS-R-III	
VIDEO-CODE:	RATER:

Sequ	Eltern												Kind										Zeit	
	L	KK+	KK-	F+	F-	GA+	GA-	VA+	VA-	U	Z	AU+	AU-	UG	QU	AF	KK-	W	U	AK	B	Z		
25																								10"
26																								20"
27																								30"
28																								40"
29																								50"
30																								60"
Σ _{5 min}																								
31																								10"
32																								20"
33																								30"
34																								40"
35																								50"
36																								60"
Σ _{6 min}																								

Gesamt: Σ_{1-6 min}

Eltern												Kind										
L	KK+	KK-	F+	F-	GA+	GA-	VA+	VA-	U	Z	AU+	AU-	UG	QU	AF	KK-	W	U	AK	B	Z	

Anhang 9: Modelprämissen der Multiplen Regression

Tabelle 58 Ergebnisse der Überprüfung der Modelprämissen für die multiple Regression (FIBS-Unterskalen)

Prädiktoren	Kollinearitätsstatistik		Kriterium	Durbin-Watson-Koeffizient
	Toleranz	VIF		
SDQ	.813	1.230	E+	2.127
EFB	.728	1.373	K+	2.133
DASS	.693	1.443	K-	2.136
FBZ-K	.813	1.201		

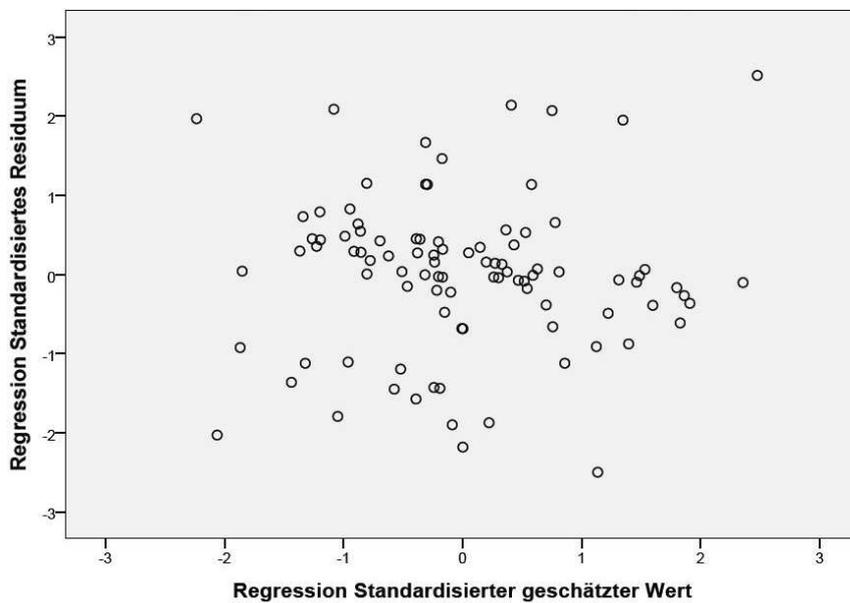


Abbildung 31 Scatterplot: Standardisierte geschätzte Werte und Residuen für das Kriterium FIBS E+

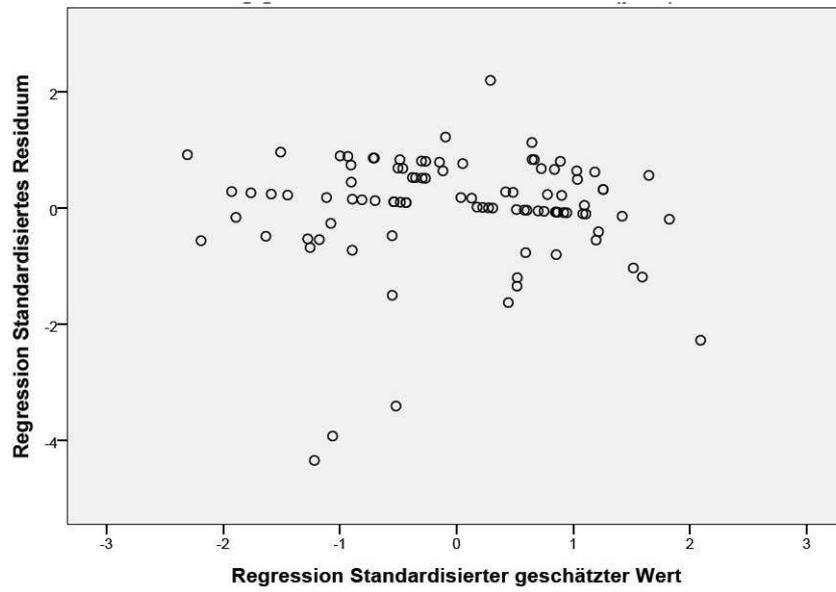


Abbildung 32 Scatterplot: Standardisierte geschätzte Werte und Residuen für das Kriterium FIBS K+

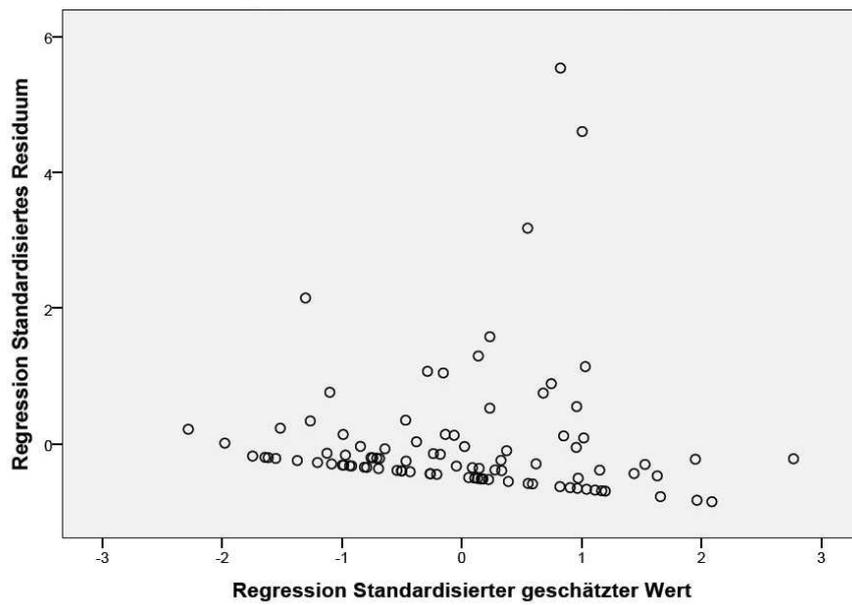


Abbildung 33 Scatterplot: Standardisierte geschätzte Werte und Residuen für das Kriterium FIBS K-

Anhang 10: Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm

Vorgehen:

Für die Berechnung des lokalen α -Niveaus wurde nach Holm (1979) folgendes Vorgehen gewählt: Nach Festlegung des globalen α -Niveaus auf 5% und der Durchführung der Einzeltests mit Ermittlung der p-Werte wurden die p-Werte vom kleinsten bis zum größten Wert sortiert. Die lokalen α -Niveaus (α_i) wurden als Verhältnis des globalen α -Niveaus (α_g) zur Anzahl der Tests i berechnet:

$i = 1, 2, \dots, k$

$$\alpha_1 = \frac{\alpha_g}{k}, \alpha_2 = \frac{\alpha_g}{k-1}, \dots, \alpha_i = \frac{\alpha_g}{k-i+1}$$

Die sortierten p-Werte wurden mit den sortierten lokalen α -Niveaus verglichen. Bei p-Wert $> \alpha_i$ wurde abgebrochen bzw. eine Nicht-Signifikanz festgestellt.

Lokale α -Niveaus:

Tabellarisch sind die lokalen α -Niveaus mit den jeweiligen p-Werten der oben genannten Fragestellungen dargestellt:

Tabelle 59 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm in Bezug auf die Korrelationen in Hypothesenkomplex 1

i	α_i	p-Wert	Korrelation	Signifikanz
1	0.005	< 0.001	DASS * EFB	Ja
2	0.006	< 0.001	CBCL_G * DASS	Ja
3	0.007	< 0.001	CBCL_INT * DASS	Ja
4	0.008	< 0.001	SDQ * DASS	Ja
5	0.010	< 0.001	CBCL_EXT * DASS	Ja
6	0.013	< 0.001	CBCL_EXT * EFB	Ja
7	0.017	< 0.001	CBCL_G * EFB	Ja
8	0.025	0.003	SDQ * EFB	Ja
9	0.050	0.078	CBCL_INT * EFB	Nein

Zur Untersuchung möglicher korrelativer Zusammenhänge wurden in Kapitel 5.2.1.3 und 5.2.1.4 verschiedene Korrelationen an Stichprobe 1 berechnet. Das lokale α -Niveau (α_i) wurde daher gemäß Tabelle 59 angepasst.

Als weiterer Auswertungsschritt wurden bei Fragestellung 6 Chi²-Tests und McNemar-Tests berechnet. Um auch hier eine Alpha-Inflation zu vermeiden, wurden die in Tabelle 60 genannten lokalen α -Werte verwendet.

Tabelle 60 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm hinsichtlich der Chi²- und McNemar-Tests zu Frage 6

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Variablen	Signifikanz
1	0.013	0.000	CBCL (Chi ² , MZP3)	Ja
2	0.017	0.006	CBCL (McNemar, EG)	Ja
3	0.025	0.070	CBCL (McNemar, KG)	Nein
4	0.050	0.326	CBCL (Chi ² , MZP1)	Nein

Bei der varianzanalytischen Auswertung der Fragestellungen 6 bis 8 wurden insgesamt zwei thematische Schwerpunkte untersucht: die Wirksamkeit von „Plan E“ auf Seiten des Kindes und auf Seiten der Eltern. Hinsichtlich der Kindervariablen waren die varianzanalytischen Auswertungen nicht signifikant, weshalb lediglich die lokalen α -Werte für die Elternvariablen berechnet wurden. Daher wurde das α -Niveau nach Tabelle 61 angepasst.

Tabelle 61 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für Hypothesenkomplex 2 (Fragen 7 – 8)

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Abhängige Variable	Signifikanz
1	0.017	0.000	EFB	Ja
2	0.025	0.003	DASS	Ja
3	0.050	0.308	FKE	Nein

In Abschnitt 5.2.2.4 wurden neben der MANOVA verschiedene Korrelationen zwischen Kind- und Elternvariablen und Skalen der FIBS berechnet. Tabelle 62 stellt dazu die α -Niveaus nach entsprechender Adjustierung dar.

Tabelle 62 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm in Bezug auf die Korrelationen in Kapitel 5.2.2.4

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Korrelation	Signifikanz
1	0.007	0.001	FIBS_K- * CBCL_EXT	Ja
2	0.008	0.003	FIBS_K+ * CBCL_EXT	Ja
3	0.010	0.008	FIBS_K- * SDQ	Ja
4	0.013	0.028	FIBS_K+ * SDQ	Nein
5	0.017	0.389	FIBS_K- * CBCL_INT	Nein
6	0.025	0.410	FIBS_K+ * CBCL_EXT	Nein
7	0.050	0.442	FIBS_E+ * EFB	Nein

Tabellen 63 bis 66 stellen die lokalen α -Niveaus für die verbundenen T-Tests in Abschnitt 5.2.2 für die Kind- und Elternvariablen dar.

Tabelle 63 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Kindvariablen, MZP1-MZP2

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Abhängige Variable	Signifikanz
1	0.013	0.000	CBCL (EG)	Ja
2	0.017	0.000	CBCL (KG)	Ja
3	0.025	0.000	SDQ (EG)	Ja
4	0.050	0.000	SDQ (KG)	Ja

Tabelle 64 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Elternvariablen, MZP1-MZP2

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Abhängige Variable	Signifikanz
1	0.008	0.000	EFB (EG)	Ja
2	0.010	0.000	DASS (EG)	Ja
3	0.013	0.000	FKE (EG)	Ja
4	0.017	0.000	DASS (KG)	Ja
5	0.025	0.039	FKE (KG)	Nein
6	0.050	0.135	EFB (KG)	Nein

Anhang

Tabelle 65 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Kindvariablen, MZP1-MZP3

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Abhängige Variable	Signifikanz
1	0.013	0.000	CBCL (EG)	Ja
2	0.017	0.000	CBCL (KG)	Ja
3	0.025	0.000	SDQ (EG)	Ja
4	0.050	0.000	SDQ (KG)	Ja

Tabelle 66 Alpha-Adjustierung nach Bonferroni-Holm für die verbundenen T-Tests zu Hypothesenkomplex 2 (Fragen 6 – 8), Elternvariablen, MZP1-MZP3

<i>i</i>	α_i	<i>p</i> -Wert	Abhängige Variable	Signifikanz
1	0.008	0.000	EFB (EG)	Ja
2	0.010	0.000	DASS (EG)	Ja
3	0.013	0.000	FKE (EG)	Ja
4	0.017	0.010	DASS (KG)	Ja
5	0.025	0.016	FKE (KG)	Ja
6	0.050	0.028	EFB (KG)	Ja

Anhang 11: Ergebnisse des FBZ-K

Tabelle 67 Häufigkeiten der Antworten im FBZ-K in %

Nr.	Item	immer uneinig (0)	meistens uneinig (1)	häufig uneinig (2)	manch- mal uneinig (3)	meistens einig (4)	immer einig (5)	
1	Weltanschauung	0.0	0.9	7.8	28.4	58.6	4.3	
2	Dinge und Ziele, die wir für wichtig halten	0.0	2.6	7.8	24.1	54.3	11.2	
3	Ausmaß an gemeinsam verbrachter Zeit	0.9	3.4	11.2	32.8	44.0	7.8	
		nie (0)	min. 1x/ Monat (1)	1-2x/ Monat (2)	1-2x/ Woche (3)	1x/ Tag (4)	öfter (5)	
4	Wie oft findet ein anregender Gedankenaustausch statt?	0.9	6.0	14.7	28.4	33.6	16.4	
5	Wie oft diskutieren Sie in Ruhe miteinander?	4.3	7.8	20.7	30.2	16.4	20.7	
6	Wie oft arbeiten Sie an gemeinsamen Vorhaben?	5.2	6.9	19.8	26.7	12.1	29.3	
		extrem unglück- lich (0)	ziemlich unglück- lich (1)	ein wenig unglück- lich (2)	glück- lich (3)	sehr glück- lich (4)	äußerst glück- lich (5)	Perfekt (6)
7	Wie glücklich würden Sie ihre Partnerschaft einschätzen?	1.7	4.3	17.2	33.6	28.4	14.7	0.0

Anhang 12: Korrelationsmatrix und partielle Korrelationen

Tabelle 68 Korrelationsmatrix der AV zu MZP1

		CBCL	SDQ	EFB	FKE	DASS	FIBS K+	FIKS K-	FIBS E+
CBCL	<i>r</i>	1	.848	.258	-.327	.468	-.257	.304	.112
	<i>p</i>	-	<.001	.001	<.001	<.001	.023	.009	.195
	<i>n</i>	151	150	150	150	150	61	61	61
SDQ	<i>r</i>		1	.242	-.342	.362	.249	.308	.227
	<i>p</i>		-	.001	<.001	<.001	.028	.008	.081
	<i>n</i>		150	150	150	150	60	60	60
EFB	<i>r</i>			1	-.575	.517	-.045	.004	-.019
	<i>p</i>			-	<.001	<.001	.336	.487	.442
	<i>n</i>			150	150	150	60	60	60
FKE	<i>r</i>				1	-.568	-.042	-.029	-.117
	<i>p</i>				-	<.001	.376	.412	.187
	<i>n</i>				150	150	60	60	60
DASS	<i>r</i>					1	-.125	.101	.022
	<i>p</i>					-	.171	.221	.435
	<i>n</i>					150	60	60	60
FIBS K+	<i>r</i>						1	-.919	.212
	<i>p</i>						-	<.001	.050
	<i>n</i>						60	61	61
FIKS K-	<i>r</i>							1	-.148
	<i>p</i>							-	.127
	<i>n</i>							61	61
FIBS E+	<i>r</i>								1
	<i>p</i>								-
	<i>n</i>								61

Tabelle 69 Korrelationskoeffizienten (*r*) und Signifikanzen (*p*) ohne und mit Berücksichtigung von Drittvariablen

Korrelation	Ohne Kontrollvariable		Mit Kontrollvariable		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	Kontrollvariable
DASS + EFB	.517	<.001	.464	<.001	CBCL
DASS + EFB	.517	<.001	.475	<.001	SDQ
DASS + CBCL	.468	<.001	.419	<.001	EFB
DASS + SDQ	.412	<.001	.385	<.001	EFB
EFB + CBCL	.258	<.001	.022	.396	DASS
EFB + SDQ	.244	<.01	.069	.202	DASS

Anhang 13: Verbundene T-Tests

Die in Abschnitt 5.2.2.5 beschriebenen verbundenen T-Tests ergaben die in Tabelle 70 und 71 genannten Resultate. Bezüglich der Unterskalen des FIBS ergaben sich weder in der EG noch in der KG signifikante Mittelwertunterschiede, weshalb die Ergebnisse hier nicht weiter aufgeführt werden. Die unten genannten signifikanten Resultate blieben auch bis auf die Variable FKE in der KG beim Vergleich von MZP1 und MZP2 nach α -Adjustierung signifikant.

Tabelle 70 Mittelwertvergleich zwischen Prä- (MZP1) und Post-Messung (MZP2): Ergebnisse der T-Tests und Effektstärken (ES) d zu den einzelnen abhängigen Variablen.

Variable	Skala	Gruppe	M (SD)		T	df	p (2-seitig)
			MZP1	MZP2			
CBCL	gesamt	EG	50.92 (26.75)	35.31 (22.55)	7.06	63	< .001
		KG	54.71 (25.85)	41.39 (20.85)	6.68	58	< .001
SDQ	gesamt	EG	15.73 (6.72)	12.83 (6.21)	5.56	63	< .001
		KG	16.79 (7.70)	14.52 (6.90)	4.67	57	< .001
EFB	gesamt	EG	115.41 (18.91)	95.02 (23.17)	9.68	63	< .001
		KG	119.41 (24.06)	112.34 (23.94)	3.03	57	.004
FKE	gesamt	EG	48.03 (7.44)	51.91 (6.85)	- 4.91	63	< .001
		KG	46.88 (8.88)	48.93 (8.82)	- 2.19	57	.039
DASS	gesamt	EG	73.80 (16.88)	62.83 (13.47)	6.68	63	< .001
		KG	74.86 (17.13)	72.09 (18.78)	1.52	57	.135

Tabelle 71 Mittelwertvergleich zwischen Prä- (MZP1) und Follow-Up-Messung (MZP3): Ergebnisse der T-Tests zu den einzelnen abhängigen Variablen.

Variable	Skala	Gruppe	M (SD)		T	df	p (2-seitig)
			MZP1	MZP3			
CBCL	gesamt	EG	47.77 (25.60)	30.82 (20.46)	8.47	56	< .001
		KG	52.63 (23.47)	39.83 (25.10)	6.60	45	< .001
SDQ	gesamt	EG	15.18 (6.73)	11,79 (6.16)	6.03	56	< .001
		KG	15.89 (7.15)	13.50 (7.88)	3.71	43	< .001
EFB	gesamt	EG	114.11 (18.88)	94.68 (20.00)	9.60	56	< .001
		KG	117.04 (24.15)	110.98 (23.79)	2.27	44	.028
FKE	gesamt	EG	48.07 (7.62)	52,42 (6.66)	- 4.52	56	< .001
		KG	47.27 (9.33)	49.60 (9.05)	- 2.50	44	.016
DASS	gesamt	EG	72.84 (16.11)	61.70 (14.30)	7.26	56	< .001
		KG	73.53 (16.47)	68.22 (18.94)	2.68	44	.010

Anhang 14: Kreuztabellen/Chi²-Tests – Essstörungen (ICD-10 F50)

Tabelle 72 Anzahl der nicht auffälligen bzw. auffälligen CBCL-Gesamtwerte in Abhängigkeit der Diagnose Essstörung (ICD-10 F50)

		CBCL gesamt		
		Unauffällig <i>n</i> (%)	Grenzwertig/auffällig <i>n</i> (%)	Gesamt <i>n</i> (%)
Essstörung	Ja	12 (50.0)	12 (50.0)	24 (100)
	Nein	13 (10.3)	113 (89.7)	126 (100)

$Ch^2 (1, n = 150) = 22.857, p < .01.$

Tabelle 73 Anzahl der nicht auffälligen bzw. auffälligen SDQ-Gesamtwerte in Abhängigkeit der Diagnose Essstörung (ICD-10 F50)

		SDQ gesamt		
		Unauffällig <i>n</i> (%)	Grenzwertig/auffällig <i>n</i> (%)	Gesamt <i>n</i> (%)
Essstörung	Ja	21 (91.3)	2 (8.7)	23 (100)
	Nein	55 (44.0)	70 (56.0)	125 (100)

$Ch^2 (1, n = 148) = 17.400, p < .01.$

Anhang 15: Reanalysen ohne Ausreißer bzw. die Diagnosen F50/F43.2

CBCL-Daten ohne Ausreißer

Die erneute Analyse der CBCL-Daten aus Stichprobe 2 ohne Ausreißer (EG: $n = 52$, KG: $n = 46$) ergab einen hoch signifikanten Effekt des Faktors Zeit ($F(2,192) = 59.471$, $p < .001$, *partielles* $\eta^2 = .394$). Der gefundene Effekt war zudem als groß zu bezeichnen. Statistisch nicht signifikant wurde der Faktor Gruppe ($F(1,96) = 2.069$, $p = .154$, *partielles* $\eta^2 = .021$). Es ergab sich keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe ($F(2,192) = 1.177$, $p = .311$, *partielles* $\eta^2 = .012$).

CBCL-/SDQ-Daten ohne die Diagnosen F50/F43.2

Die erneute Analyse der CBCL-Daten aus Stichprobe 2 ohne die oben genannten Diagnosen (EG: $n = 37$, KG: $n = 29$) ergab einen hoch signifikanten Effekt des Faktors Zeit ($F(2,128) = 47.144$, $p < .001$, *partielles* $\eta^2 = .424$). Der gefundene Effekt war zudem als groß zu bezeichnen. Statistisch nicht signifikant wurde der Faktor Gruppe ($F(1,64) = 1.838$, $p = .180$, *partielles* $\eta^2 = .028$). Es ergab sich keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe ($F(2,128) = 2.064$, $p = .131$, *partielles* $\eta^2 = .031$). Ein statistischer Trend ($p < .10$) wurde knapp verpasst. Der p -Wert der Interaktion war deutlich niedriger als bei der Berechnung unter Einschluss der oben genannten Diagnosen ($p = .332$). Die Ergebnisse werden in Abbildung 34 veranschaulicht.

Die erneute Analyse der SDQ-Daten aus Stichprobe 2 ohne die oben genannten Diagnosen (EG: $n = 37$, KG: $n = 28$) ergab ebenfalls einen hoch signifikanten Effekt des Faktors Zeit ($F(2,126) = 23.802$, $p < .001$, *partielles* $\eta^2 = .274$). Der gefundene Effekt war zudem als groß zu bezeichnen. Statistisch nicht signifikant wurde der Faktor Gruppe ($F(1,63) = 1.000$, $p = .321$, *partielles* $\eta^2 = .016$). Es ergab sich keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe ($F(2,126) = 0.621$, $p = .539$, *partielles* $\eta^2 = .010$).

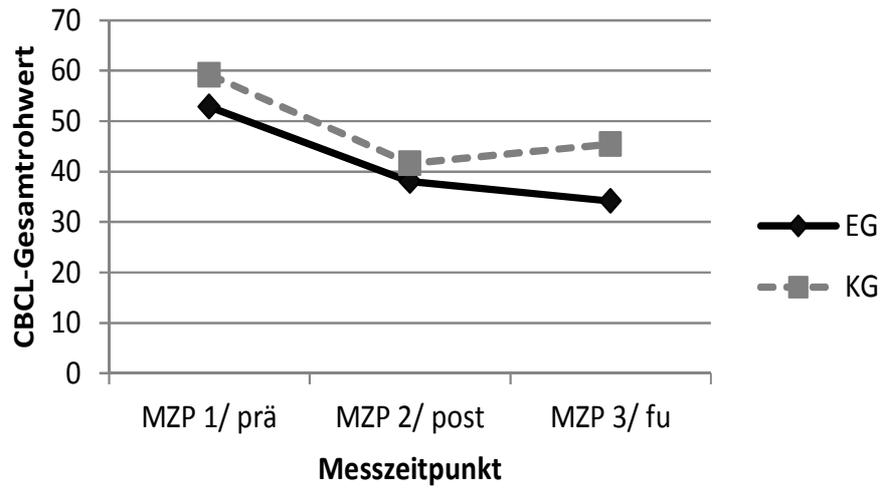


Abbildung 34 Mittelwerte der CBCL (Gesamtrahwert) über die drei Messzeitpunkte hinweg (ohne ICD-10 F50/F43.2)

14 Tabellarischer Lebenslauf