

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie und -psychosomatik
Direktor: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Die Bedeutung der Familienfunktionalität für die ambulante psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:
Simone Anne Erika Lehning
aus Bonn

Hamburg 2014

Angenommen von der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 11.02.2015

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Georg Romer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. Michael Kellner

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
TABELLENVERZEICHNIS	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IX
1 EINLEITUNG	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Theoretischer Hintergrund	2
1.2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	2
1.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren.....	5
1.2.3 Familienfunktionalität.....	8
1.2.3.1 Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität und psychischen Störungen	10
1.2.3.2 Familienfunktionalität bei verschiedenen Störungsbildern	13
1.2.3.3 Familienfunktionalität im Zusammenhang mit genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen .	17
1.2.4 Psychotherapie	17
1.2.4.1 Analytische Psychotherapie.....	18
1.2.4.2 Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter.....	18
1.2.4.3 Familienfunktionalität und Therapieerfolg.....	22
1.3 Diskussion des Stands der Forschung	24
1.4 Ziel der Arbeit.....	25
1.5 Fragestellungen und Hypothesen	26

2	METHODE	29
2.1	Studiendesign	29
2.2	Datenerhebung.....	31
2.3	Studientherapeuten	31
2.4	Therapiekonzept	32
2.5	Stichprobe	32
2.5.1	Zusammensetzung der Stichprobe	33
2.5.2	Störungsspezifische Auswertung	35
2.6	Instrumente	40
2.6.1	Symptomerfassung.....	41
2.6.1.1	Child Behavior Checklist und Youth Self Report	41
2.6.1.2	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders	42
2.6.1.3	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche	43
2.6.2	Erfassung der familiären Funktionalität und Familiendynamik	43
2.6.2.1	Beurteilung der Familienfunktionalität durch Patienten und Eltern	43
2.6.2.2	Beurteilung der Familienfunktionalität durch die Therapeuten	51
2.6.3	Erfassung des Behandlungserfolges.....	55
2.7	Statistische Verfahren.....	57
3	ERGEBNISSE	63
3.1	Vergleich der Einschätzung der Familienfunktionalität durch die Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten	63
3.2	Die Familienfunktionalität in den Patientenfamilien	66
3.3	Unterschiede der Familienfunktionalität in den Störungsgruppen.....	70

3.3.1	Störungsgruppe Ängstlichkeit	70
3.3.2	Störungsgruppe Depressivität	74
3.3.3	Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik	77
3.4	Vergleich der Familienfunktionalität zu Therapiebeginn und Therapieende	79
3.5	Familienfunktionalität und Therapieerfolg.....	83
4	DISKUSSION	90
4.1	Darstellung der Hauptergebnisse	90
4.2	Diskussion der Einzelergebnisse.....	92
4.2.1	Vergleich der Einschätzung der Familienfunktionalität durch die Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten.....	92
4.2.2	Die Familienfunktionalität in den Patientenfamilien	93
4.2.3	Unterschiede der Familienfunktionalität in den Störungsgruppen	95
4.2.4	Vergleich der Familienfunktionalität zu Therapiebeginn und Therapieende.....	98
4.2.5	Familienfunktionalität und Therapieerfolg	100
4.3	Methodendiskussion	103
4.3.1	Die Stichprobe	103
4.3.2	Bildung der Störungsgruppen	104
4.3.3	Studiendesign	105
4.3.4	FB-A und GARF als Instrumente zur Operationalisierung der Familienfunktionalität.....	106
4.4	Fazit	106
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	108
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	111
7	DANKSAGUNG	126

8	LEBENS LAUF	127
9	EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG	128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1 Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (nach Ihle und Esser 2002 und Ravens-Sieberer et al. 2006).....	4
Tabelle 1.2 Komorbiditäten der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (nach Angold et al. 1999).....	4
Tabelle 1.3 Psychosoziale Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen (mod. nach Hoffmann und Egle 1996, Egle et al. 1997).	6
Tabelle 2.1 Soziodemographische Merkmale der Patientenfamilien (N=150).	34
Tabelle 2.2 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Ängstlichkeit.....	37
Tabelle 2.3 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Depressivität.	38
Tabelle 2.4 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik.	39
Tabelle 2.5 Die Skalen des Allgemeinen Familienbogens.	47
Tabelle 2.6 Deskriptive Statistiken und Reliabilitäten der Skalen des Allgemeinen Familienbogens. Mutter-, Vater und Patientenurteil.	49
Tabelle 2.7 Korrelation der Skalen des Allgemeinen Familienbogens.	50
Tabelle 2.8 Die fünf Funktionsbereiche der GARF-Skala.....	52
Tabelle 2.9 Deskriptive Statistiken und Reliabilitäten der GARF-Skala.....	54
Tabelle 2.10 Deskriptive Statistik und Reliabilität des BSS-K.....	56
Tabelle 2.11 Die Veränderung des BSS-K von Therapiebeginn zu Therapieende.	57
Tabelle 2.12 Interpretation der Korrelationen.....	58
Tabelle 2.13 Interpretation der Effektgrößen.....	59
Tabelle 2.14 Interpretation der Signifikanz.	60
Tabelle 3.1 Vergleich der Einschätzung der familiären Funktionalität durch Patienten, Mütter und Väter anhand des FB-A. Ergebnisse der ANOVA.....	63

Tabelle 3.2 Korrelationen zwischen den Einschätzungen der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter (FB-A) und Therapeuten (GARF).....	65
Tabelle 3.3 Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Patientensicht.	67
Tabelle 3.4 Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Elternsicht.	68
Tabelle 3.5 Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Therapeutensicht.	69
Tabelle 3.6 Allgemeiner Familienbogen (Patientenurteil) in der Störungsgruppe Ängstlichkeit. Vergleich der Familienfunktionalität der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten.	71
Tabelle 3.7 Allgemeiner Familienbogen (Elternurteil) in der Störungsgruppe Ängstlichkeit. Vergleich der Familienfunktionalität der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten.	72
Tabelle 3.8 GARF-Urteil in der Störungsgruppe Ängstlichkeit. Vergleich der Familienfunktionalität der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten aus Therapeutensicht.	73
Tabelle 3.9 Allgemeiner Familienbogen (Patientenurteil) in der Störungsgruppe Depressivität. Vergleich der Familien der depressiven und nicht depressiven Patienten.	74
Tabelle 3.10 Allgemeiner Familienbogen (Elternurteil) in der Störungsgruppe Depressivität. Vergleich der Familien der depressiven und nicht depressiven Patienten.	75
Tabelle 3.11 GARF-Urteil in der Störungsgruppe Depressivität. Vergleich der Familien der depressiven und nicht depressiven Patienten aus Therapeutensicht.	76
Tabelle 3.12 Allgemeiner Familienbogen (Patientenurteil) in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik. Vergleich der Familien der auffälligen und unauffälligen Patienten.	77
Tabelle 3.13 Allgemeiner Familienbogen (Elternurteil) in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik. Vergleich der Familien der auffälligen und unauffälligen Patienten.	78
Tabelle 3.14 GARF-Urteil in der Störungsgruppe Externalisierende Störungen. Vergleich der Familien der auffälligen und unauffälligen Patienten aus Therapeutensicht.	79
Tabelle 3.15 Veränderung der Familienfunktionalität von T1 zu TE aus Patientensicht (FB-A).....	80
Tabelle 3.16 Veränderung der Familienfunktionalität von T1 zu TE aus Elternsicht (FB-A).....	81
Tabelle 3.17 Veränderung der Familienfunktionalität von T1 zu TE aus Therapeutensicht.	81
Tabelle 3.18 Korrelationen zwischen abhängiger Variable und Prädiktoren ($N=79$).....	83

Tabelle 3.19 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Therapeutenurteil ($N=79$).....	84
Tabelle 3.20 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Patientenurteil ($N=24$).....	85
Tabelle 3.21 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil ($N=45$).....	85
Tabelle 3.22 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Patientenurteil im Bereich Affektive Beziehungsaufnahme ($N=23$).	86
Tabelle 3.23 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil im Bereich Rollenverhalten ($N=43$).	87
Tabelle 3.24 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil im Bereich Kontrolle ($N=45$).	87
Tabelle 3.25 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil im Bereich Abwehr ($N=45$).	88

Abbildungverzeichnis

Abbildung 2.1 Verteilung nach Alter und Geschlecht.	33
Abbildung 2.2 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Ängstlichkeit (N=114).	37
Abbildung 2.3 Zusammensetzung der Stichprobe (N=114) in der Störungsgruppe Depressivität.	38
Abbildung 2.4 Zusammensetzung der Stichprobe (N=114) in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik.	39
Abbildung 2.5 Das Familienmodell in Anlehnung an das „Process Model of Family Functioning“ (vgl. Cierpka und Frevert, 1994).	45
Abbildung 3.1 Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Therapeutensicht.	69
Abbildung 3.2 Vergleich der GARF-Einschätzung durch den Therapeuten zu Therapiebeginn und Therapieende (N=86).	82

Abkürzungsverzeichnis

α (alpha)	Alpha-Koeffizient nach Cronbach
ANOVA	Analysis of Variance
BFPE	Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen
BSS-K	Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder
CAPI	Computer-Assisted Personal Interviews
CBCL	Child Behavior Checklist
CDI	Children's Depression Inventory
CHIMPs	Children of Mentally Ill Parents
DIKJ	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EE	Expressed Emotion
FAD	Family Assessment Device
FAI	Family Adversity Index
FB	Familienbögen
FB-A	Allgemeiner Familienbogen
FB-S	Selbstbeurteilungsbogen
FB-Z	Zweierbeziehungsbogen
GAF	Global Assessment of Functioning
GARF	Global Assessment of Relational Functioning Scale
GC	Generalizability Coefficient
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Ausgabe 10

KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KS	Klinische Signifikanz
M	Mittelwert
MCRS	Mc Master Clinical Rating Scale
MD	Mittlere Differenz
N	Gesamtstichprobengröße
p	Signifikanzniveau (empirisch)
r	Korrelationskoeffizient
RC	Reliable Change Index
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
T1	Therapiebeginn
TE	Therapieende
VaKJP	Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
WHO	World Health Organisation
YSR	Youth Self Report

1 Einleitung

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter können durch vielfältige Faktoren verursacht, ausgelöst und aufrechterhalten werden. Sie stellen gesundheitliche Beeinträchtigungen dar, die sich sowohl auf das individuelle Wohlbefinden, als auch auf die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen auswirken können und gehen häufig mit erheblichen Belastungen für das familiäre und soziale Umfeld einher (Europäische Kommission, 2000; Hölling et al., 2007). Dabei sind die meisten psychischen Störungen sehr wesentlich von der Wechselwirkung zwischen Kind und sozialer Umgebung beeinflusst und darüber hinaus vielfach stark situationspezifisch (Steinhausen, 2010). Die Familie oder familienähnliche Gemeinschaft kann als engste Beziehung des Kindes angesehen werden und stellt einen wichtigen Erfahrungsraum für die Heranwachsenden dar (Mattejat, 2007). Aktuelle Studien identifizieren unter anderem häufige Konflikte in der Familie als bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Hölling & Schlack, 2008).

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist jedoch eine entscheidende Voraussetzung für den Aufbau und Erhalt einer stabilen Gesellschaft. Psychische Probleme können sich bis ins Erwachsenenalter hinein fortsetzen oder in entsprechende Auffälligkeiten des Erwachsenenalters übergehen (Hölling et al., 2007). „Immigration, Migration, veränderte Familienmuster, geänderte Beschäftigungsaussichten und eine fortdauernde Belastung durch Konflikte wirken sich auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (...) aus“ und stellen Herausforderungen dar, die verstärkte Anstrengungen und Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet erfordern (World Health Organization, 2006).

1.1 Problemstellung

Interfamiliäre Beziehungen sind als ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung individueller psychischer Symptomatik anzusehen und stellen damit einen zentralen Ansatzpunkt therapeutischer Interventionen dar (Cierpka et al., 2006). Die Einbeziehung der Eltern in die psychotherapeutische Behandlung von psychisch auffälligen Kindern und Ju-

gendlichen hat sich zwar mittlerweile als Therapiestandard etabliert, jedoch besteht noch immer ein Defizit bezüglich der Erforschung der Bedeutung der Familienfunktionalität für die Psychotherapie (Kronmüller et al., 2009).

Im Fokus dieser Dissertation steht die Frage, welche Bedeutung der Familienfunktionalität für die ambulante psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen zukommt. Aus diesem Grunde wird zunächst ein kurzer Einblick in die Thematik der Ätiologie und Therapie Psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Im Anschluss daran werden wissenschaftliche Erkenntnisse über die Familienfunktionalität und ihre Rolle in der Kinder- und Jugendpsychotherapie angeführt.

1.2 Theoretischer Hintergrund

1.2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. Während Infektionskrankheiten heute nur noch eine untergeordnete Rolle spielen, gewinnen psychische und psychosomatische Erkrankungen immer mehr an Bedeutung.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter können in äußerst vielfältiger Gestalt vorkommen. Dabei werden internalisierende von externalisierenden Problematiken unterschieden (Döpfner et al., 1997). Zu den internalisierenden Störungen zählen beispielsweise Angststörungen und Depressivität, während die externalisierenden Störungen aggressives oder dissoziiales Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität umfassen (Hölling et al., 2007).

Prävalenz

Laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden weltweit bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen an psychischen Störungen (World Health Organization, 2001). Allein in der europäischen Region sind etwa 2 Millionen junge Menschen betroffen und auch in Deutschland liegt die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter mit ca. 18% seit Jahren stabil auf einem recht hohen Niveau. Nicht zuletzt aufgrund dieser hohen

Prävalenz psychischer Störungen spricht man von einer *neuen Morbidität* und beschreibt damit eine Veränderung des Krankheitsspektrums innerhalb der letzten Jahrzehnte, die sich vor allem durch eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten, sowie von den somatischen zu den psychischen Störungen auszeichnet. Im Kindes- und Jugendalter wird diese neue Morbidität in erster Linie von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens gekennzeichnet (Schlack, 2004).

Ihle und Esser (2002) beschäftigen sich in einer Übersichtsarbeit mit den wichtigsten nationalen und internationalen Studien über psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Als häufigste Störungen werden hier Angststörungen mit einer durchschnittlichen 6-Monatsprävalenz von 10,4% genannt. Weiterhin treten bei Kindern und Jugendlichen aggressiv-dissoziale Störungen (7,5%), sowie depressive und hyperkinetische Störungen (je 4,4%) auf.

Im *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey* (KiGGS) des Robert Koch-Instituts, einer bundesweit repräsentativen epidemiologischen Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit, konnten bei 14,7 % der Studienteilnehmer, das bedeutet bei circa jedem siebten Kind, beziehungsweise jedem siebten Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren, Merkmale psychischer Auffälligkeiten im Elternurteil diagnostiziert werden (bei den Jungen 17,8 %, bei den Mädchen 11,5 %) (Hölling et al., 2007). Hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigt sich demnach, dass Jungen häufiger von psychischen Problemen betroffen sind als Mädchen. Darüber hinaus weisen Jungen häufiger externalisierende Problematiken auf, Mädchen hingegen sind häufiger von internalisierenden Störungen betroffen. Die Auftretenshäufigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter steigt mit zunehmendem Alter leicht an (Ravens-Sieberer et al., 2007). Tabelle 1.1 stellt die Prävalenz psychischer Störungen nach Ihle und Esser (2002) und Ravens-Sieberer und Kollegen (2006) dar. Tabelle 1.2 zeigt eine Übersicht zu den häufigsten Komorbiditäten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Angold et al., 1999).

Tabelle 1.1 Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (nach Ihle und Esser 2002 und Ravens-Sieberer et al. 2006).

Störungsbild	Durchschnittliche 6-Monats-Prävalenz bis zum Alter von 13 Jahren	Durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter	Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-survey
Angststörungen	7%	10.4%	10.0%
Aggressiv-dissoziale Störungen	6.5%	7.5%	7.6%
Depressive Störungen	1.5%	4.4%	5.4%
Hyperkinetische Störungen	3.5%	4.4%	2.2%

Tabelle 1.2 Komorbiditäten der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (nach Angold et al. 1999).

	Depressive Störungen	Angststörungen	Aggressiv-dissoziale Störungen	Hyperkinetische Störungen
Depressive Störungen	-	38.9%	24.7%	13%
Angststörungen	17%	-	19.4%	4.7%
Aggressiv-dissoziale Störungen	15.3%	19.2%	-	8.3%
Hyperkinetische Störungen	9.1%	17.2%	46.9%	-

Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Bezüglich der Entstehung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter geht man derzeit von einer multifaktoriellen Genese aus. Genetische und physiologische Faktoren spielen ebenso wie personale und individuell-lerngeschichtliche Aspekte eine entscheidende Rolle. Darüber hinaus können auch psychosoziale und andere Umgebungsfaktoren zu Entstehung und Verlauf psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beitragen (Möller et al., 2005).

Im Sinne eines biopsychosozialen Ansatzes gibt es eine Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren, die auf mehreren Ebenen angesiedelt sind. Grundsätzlich handelt es sich dabei um ein Wechselspiel von vier Faktoren: Risikofaktoren, Vulnerabilitätsfaktoren, kompensatorische Faktoren und Schutzfaktoren. Diese Faktoren können sowohl innerhalb als auch außerhalb der Person angesiedelt sein.

1.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren ist vor dem Hintergrund der Prävention psychischer Störungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen besonders bedeutsam (Erhart et al., 2007). Lange Zeit standen in der Forschung die Risikofaktoren für eine gestörte psychische Entwicklung, sowie für Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. In der neueren Forschung finden nun verstärkt die Ressourcen und protektiven Faktoren Beachtung (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995). Nicht zuletzt der *salutogenetische Ansatz* in den Gesundheitswissenschaften, und damit die Frage nach der Entstehung von Gesundheit, rückt die Schutzfaktoren, also Bedingungen und Faktoren, die die psychische Gesundheit schützen und protektiv gegenüber Stressoren wirken, immer mehr in den Fokus der Wissenschaft (Antonovsky, 1987). Kernpunkt des salutogenetischen Modells ist das Konzept des Kohärenzgefühls, das als Vertrauen in die Strukturiertheit, Vorhersagbarkeit und Erklärbarkeit innerpsychischer sowie äußerer Anforderungen an das Individuum, in die Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen und in die Förderlichkeit einer bewussten Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen verstanden wird (Bengel et al., 1999). Seit einiger Zeit beschäftigt sich auch die Resilienzforschung mit den Wirkweisen von sozialen Risiken und protektiven Faktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Masten et al., 1995). Es wird angenommen, dass Ressourcen zur Bewältigung von psychischen Problemen und Belastungen eingesetzt werden können und somit eine Kompensation vorhandener Risikofaktoren möglich ist (Masten & Reed, 2002).

Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren

Psychosoziale Risikofaktoren

Man unterscheidet in der Gruppe der Risikofaktoren grundsätzlich psychosoziale, biologische und soziokulturelle Risikofaktoren. Unter den zahlreichen Ursachen sowie Bedingungs fakto-

ren psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen wird vor allem den psychosozialen Faktoren eine herausragende Bedeutung zugesprochen.

Die Eltern sind für das Kind in der Regel die bedeutsamsten Bezugspersonen, die Familie stellt den wichtigsten Erfahrungsraum des Kindes dar und die familiären Faktoren sind am längsten von der frühen Kindheit an wirksam. (Mattejat, 2007, S.20).

Eine Zusammenstellung psychosozialer Risikofaktoren ist der Tabelle 1.3 zu entnehmen.

Tabelle 1.3 Psychosoziale Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen (mod. nach Hoffmann und Egle 1996, Egle et al. 1997).

Psychosoziale Risikofaktoren
Chronische Dysharmonie und Beziehungspathologie innerhalb der Familie
Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
„Häufig wechselnde frühe Beziehungen“
Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter oder des Vaters
Schlechte Schulbildung der Eltern
Große Familien
Wenig Wohnraum
Verlust der Mutter
Allein erziehende Mutter
Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
Autoritäres väterliches Verhalten
Schlecht ausgeprägte Kontakte zu Gleichaltrigen
Altersabstand zum nächsten Geschwister geringer als 18 Monate
Unerwünschtheit
Uneheliche Geburt
Junge Mutter bei Geburt des ersten Kindes
Ernste oder häufige Erkrankungen in der Kindheit
Sexueller und/ oder aggressiver Missbrauch
Niedriger sozioökonomischer Status
Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“
Höher Gesamtrisikoscore/ stärkere frühkindliche soziale Belastung

In Anbetracht der Vielfalt psychosozialer Risikofaktoren muss eine ganze Reihe von psychischen Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in familiendynamischen Zusammenhängen gesehen werden.

Jedoch sind die Mechanismen zwischen familiärer und kindlicher Störung (...) insgesamt noch ungenügend bekannt. Wahrscheinlich handelt es sich im Wesentlichen um drei Faktoren, nämlich eine Störung der emotionalen Bindung mit ungünstigen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, die Modellfunktion des ständigen Elternstreits und die Orientierungsunsicherheit des Kindes angesichts der Inkonsistenz der Erziehung. (Steinhausen, 2010, S. 45).

Der Family Adversity Index

Rutter (1978, 1985, 1989) befasste sich schon früh mit der Identifikation familiärer Risikofaktoren im Zusammenhang mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Anhand der *Isle-of-Wight-Studie*, einer der ersten epidemiologischen Untersuchungen die sich mit psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen beschäftigte, entwickelte er den sogenannten *Family Adversity Index* (FAI). Dieser Index basiert auf spezifischen Faktoren, bei denen eine besonders enge Verknüpfung mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, identifiziert wurde (Voll et al., 1982). Hierbei handelt es sich um die folgenden Faktoren:

1. Geringer sozialer Status: Vater ungelernter oder angelernter Arbeiter.
2. Große Familie oder beengte Wohnverhältnisse (vier Kinder oder mehr Kinder im Haushalt).
3. Ständige Konflikte in der Partnerschaft oder eine unvollständige Familie.
4. Depression oder psychische Störung der Mutter.
5. Kriminalität des Vaters.
6. Heimaufenthalt des Kindes für mehr als eine Woche.

Für das Vorhandensein eines dieser Merkmale wird im FAI jeweils ein Punkt vergeben. Ein FAI-Wert von 2 oder mehr gilt als guter Prädiktor für psychische Auffälligkeiten (Mattejat, 2007). Voll und Kollegen (1982) bestätigten die Gültigkeit des Family Adversity Index auch für den deutschen Sprachraum.

Psychosoziale Schutzfaktoren

Studien belegen, dass etwa jedes fünfte Kind in Deutschland erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt ist (Cierpka et al., 2006). Diese Stressoren wirken sich vor allem dann gravierend auf die psychische Gesundheit des Kindes aus, wenn nur wenige Schutzfaktoren vorhanden sind (Egle et al., 2005).

In der derzeitigen Forschung zeigt sich ein bedeutsamer protektiver Einfluss sowohl von personalen und familiären, als auch von sozialen Faktoren (Settertobulte, 2007). Zu den familiären Ressourcen zählen insbesondere Aspekte des Familienklimas wie der familiäre Zusammenhalt und das Erziehungsverhalten der Eltern (Darling, 1999). In der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zeigte sich bezüglich der Ressource *Familiärer Zusammenhalt*, dass Kinder und Jugendliche mit Defiziten in diesem Bereich überproportional häufig Merkmale psychischer Auffälligkeiten aufweisen. Defizite im Bereich der familiären Ressourcen konnten nach den personalen Ressourcen, also Merkmalen der Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen selbst, als zweitstärkster Prädiktor für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter identifiziert werden. Kinder, die in diesem Bereich über starke Mängel berichteten, hatten laut des KiGGS im Modell ein circa 2,4-fach erhöhtes Risiko, psychisch auffällig zu sein (Hölling & Schlack, 2008).

1.2.3 Familienfunktionalität

Smilkstein (1984) definiert eine gesunde Familie als eine Familie, die die Voraussetzungen für einen emotionalen und physischen Zusammenhalt zwischen den Familienmitgliedern erfüllt und diesen gleichzeitig fördert.

Die Beschreibung familiärer Prozesse erfolgt in der aktuellen Literatur mit Hilfe des Konstrukts der *Familienfunktionalität*. Synonym werden hier auch die Begriffe *Familienfunktion*, *familiäre Funktionalität* oder im englischen *family functioning* verwendet. Cierpka und Frevert (1994) verstehen hierunter ein multidimensionales Konstrukt, welches das Organisations- und Problemlöseverhalten einer Familie in ihrem Alltag erfasst. Winek (2010) definiert family functioning als „the patterns of relating or family processes over time“.

Die zentrale Bedeutung familiärer Beziehungssysteme für die kindliche Entwicklung gilt sowohl unter Fachleuten als auch in der Öffentlichkeit als unbestritten (Mattejat, 2007). Das

familiäre Umfeld stellt eine zentrale Sozialisationsinstanz im Leben von Kindern und Jugendlichen dar, dessen Bedeutsamkeit sich vor allem aus seiner primären Zuständigkeit für die elementaren Bedürfnisse der Heranwachsenden ableitet (Klocke & Becker, 2003; Herlth, 2008). Einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nimmt die Interaktion und Kommunikation innerhalb der Familie. Neben zentralen lebenspraktischen Bedürfnissen wie Schutz, Versorgung und instrumenteller Hilfe ist hinsichtlich der psychischen Entwicklung vor allem die psychosoziale Versorgung emotionaler Bedürfnisse von herausragender Bedeutung (Wille, 2012). Auch wenn schon seit einiger Zeit eine zunehmende Pluralisierung der Lebensformen zu verzeichnen ist, kann das System Familie in seinen äußerst vielfältigen Konstellationen noch immer als wichtigster Rahmen für die Sozialisationserfahrungen von Kindern und Jugendlichen angesehen werden (Hurrelmann, 2006). Ein funktionierendes familiäres Beziehungssystem, stellt aufgrund des verfügbaren emotionalen Rückhalts eine äußerst bedeutsame Ressource für eine positive Entwicklung, sowie die psychische Gesundheit von Heranwachsenden dar. Belastungssituationen können leichter verarbeitet und mögliche negative Auswirkungen durch die familiäre Unterstützung reduziert werden (Erhart & Ravens-Sieberer, 2008). Die Familie sollte jedoch nicht nur als Ressource, die den Familienmitgliedern in Stresssituationen Rückhalt bietet betrachtet werden, sondern muss gleichzeitig auch als potenzieller Stressfaktor angesehen werden. Insgesamt ist das familiäre Beziehungssystem als eine der wichtigsten sozialen Stützen für Kinder und Jugendliche zu bezeichnen. Die familiären Strukturen sind damit ein entscheidender Faktor für den Status der psychischen Gesundheit in der Familie (Smilkstein, 1984).

Familienfunktionalität und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Das Vorhandensein einer Beziehung zwischen familiärer Interaktionsstörung und psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter kann als empirisch gut belegt bezeichnet werden (Cunningham & Boyle, 2002; Low & Stocker, 2005). Dennoch ist eine verstärkte Forschung auf diesem Gebiet wünschenswert, da die zwischen familiärer und kindlicher Störung interagierenden Mechanismen bislang noch nicht adäquat beschrieben worden sind (Friedmann et al., 1997). Unklar bleibt häufig vor allem die Richtung dieser Interaktionsmechanismen. Es stellt sich somit grundsätzlich die Frage, ob eine gestörte Familienfunktionalität als Prädiktor für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen anzusehen ist, oder ob vielmehr die psychische Störung der Heranwachsenden einen Stressor für das familiäre Beziehungssystem darstellt.

Es folgt ein Überblick über die bisherigen Forschungsergebnisse.

1.2.3.1 Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität und psychischen Störungen

Die zentrale Bedeutung des familiären Zusammenhalts für die Persönlichkeitsentwicklung und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist schon früh untersucht und belegt worden (Richardson, 1945; Engel, 1980). Es gilt als erwiesen, dass familiäre psychosoziale Belastungen wie eine gestörte Kommunikation oder Emotionen grundsätzlich mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen assoziiert sind (Breier & Strauss, 1984; Wynne et al., 1987). Dabei soll vor allem eine wenig stabile Eltern-Kind-Beziehung einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen darstellen (Cierpka et al., 2006).

Fendrich und Kollegen (1990) untersuchten 220 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 23 Jahren ($N=153$) aus Familien mit schwer depressiven Eltern (Major Depression nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3. Edition, DSM-III, American Psychiatric Association, 1980), sowie aus Familien in denen keine psychischen Probleme bei den Eltern vorlagen ($N=67$). Betrachtet wurden die Zusammenhänge zwischen verschiedenen familiären Risikovariablen wie einer problematischen Eltern-Kind-Beziehung, einem geringen familiären Zusammenhalt, sowie Veränderungen und Problematiken in der Familienkonstellation und dem Vorliegen beziehungsweise Nichtvorliegen einer DSM-III-Diagnose bei den Eltern. Die Ergebnisse der Studie zeigten insgesamt, dass eine niedrige Familienfunktionalität mit einer ungünstigeren, eine höhere mit einer positiveren kindlichen Entwicklung verbunden ist. Untersucht wurde weiterhin der Zusammenhang zwischen familiären Risikofaktoren und psychischen Auffälligkeiten. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen die Eltern Probleme in der Eltern-Kind-Beziehung angaben, wurden signifikant häufiger Verhaltensstörungen diagnostiziert als bei anderen Jugendlichen. Darüber hinaus zeigten sich bei Kindern, die über einen geringen familiären Zusammenhalt berichteten, deutlich häufiger depressive Störungen sowie Verhaltensstörungen. Für Angststörungen bestätigte sich hingegen kein positiver Zusammenhang bezüglich dem Vorliegen familiärer Risikofaktoren. Eine besonders ausgeprägte Assoziation mit familiären Risikofaktoren war gegenüber dem Auftreten von Verhaltensstörungen zu erkennen. Insgesamt konnte jedoch eine höhere Rate psychopathologischer Diagnosen für Kinder und Jugendliche aus mit Risikofaktoren behafteten Familien festgestellt werden. Die Studienergebnisse führten somit zu der Erkenntnis, dass familiäre Risikofaktoren

grundsätzlich mit der Diagnose psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen assoziiert sind.

Kabacoff und Kollegen (1990) untersuchten die Familienfunktionalität in großen klinischen Stichproben, bestehend aus Patienten mit psychischen Erkrankungen ($N=1138$) und Patienten mit somatischen Erkrankungen ($N=298$), sowie nicht klinischen Stichproben ($N=627$). Die Erfassung der familiären Funktionalität erfolgte mit Hilfe des *McMaster Family Assessment Device* (FAD, Epstein et al., 1983). Der 60 Items umfassende FAD verfügt über sechs verschiedene Bereiche zur Einschätzung der familiären Funktionalität: Problemlösung, Kommunikation, Rollenverhalten, affektive Reaktionsbereitschaft, affektive Involvierung und Verhaltenskontrolle. Die Forschungsergebnisse zeigten, dass das Niveau der Dysfunktionalität in Familien von psychisch kranken Patienten höher war, als in Familien mit somatisch kranken Familienmitgliedern und in nicht klinischen Familien.

Fristad und Clayton (1991) untersuchten im Rahmen einer Studie der State University Ohio in einer Stichprobe aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten die Prävalenz familiärer Dysfunktionen, sowie psychischer Störungen bei Familienangehörigen. Die Familienfunktionalität wurde mit Hilfe des FAD (Miller et al., 1985), der von den Eltern ausgefüllt wurde, messbar gemacht. Fristad und Clayton stellten fest, dass in einer Gruppe von 100 Kindern im Alter von 5 bis 13 Jahren mit verschiedenen psychischen Störungen (Verhaltensstörungen: $N=73$; Angststörungen: $N=41$; affektive Störungen: $N=56$; andere Störungen: $N=77$) 89% aus dysfunktionalen Familien stammten, bei 95% der Kinder waren bereits psychische Erkrankungen in der Familie vorgekommen. Bei 88% der Kinder, bei denen Verhaltensstörungen diagnostiziert wurden, lagen die Symptomscores für das Kontrollverhalten im klinischen Bereich. Eine niedrigere Familienfunktionalität war darüber hinaus mit bei den Eltern vorliegenden Angststörungen oder Alkoholismus des Vaters assoziiert. Bei Kindern mit affektiven Störungen zeigten sich insgesamt nur geringere Hinweise für das Vorliegen einer gestörten Familienfunktionalität. Des Weiteren konnte hier nur ein sehr geringer Zusammenhang zwischen familiärer Dysfunktion und psychischen Auffälligkeiten bei den Familienangehörigen nachgewiesen werden.

Im Rahmen des zweiten deutschen Jugendgesundheits surveys, einer internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der WHO, die auf den Selbstangaben von Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren in über 40 Ländern basiert, berichteten Erhart und Ravens-Sieberer (2008), dass eine gestörte familiäre Kommunikation mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit

für eine unterdurchschnittliche mentale Gesundheit verbunden ist. Im Fokus dieser Studie stand die Frage, inwieweit die Lebenswelten Familie, Schule und Gleichaltrige als wichtige Sozialisationsinstanzen auch gesundheitlich prägende soziale Systeme sind (Hurrelmann, 2008). In der Querschnittstudie wurde das subjektive Empfinden der Kinder und Jugendlichen über ihren Gesundheitszustand erfasst und auch ihre Familienkonstellation berücksichtigt. Erhard und Ravens-Sieberer berichten, dass eine neu zusammengesetzte Kleinfamilie und eine alleinerziehende Vaterschaft mit einem 1,5- bzw. 1,4-fach höheren Risiko für eine geringe psychische Gesundheit einhergehen. Sie erklären diese Wirkung vor allem durch Schwierigkeiten in der familiären Kommunikation und eine schwache elterliche Unterstützung. Die Bedeutung der alleinerziehenden Mutterschaft stellte sich nach Berücksichtigung der familiären Kommunikation und der elterlichen Unterstützung, als statistisch nicht mehr signifikant mit der psychischen Gesundheit assoziiert dar. Es zeigte sich, dass eine gestörte familiäre Kommunikation, sowie die fehlende Unterstützung durch die Eltern, das Risiko für eine schwache mentale Gesundheit um das 2,6- bzw. 2,8-fache erhöhen.

In einer von Pollak, Schmidt, Höger und Wiegand-Grefe (2008) im Rahmen des Projektes *Children of Mentally Ill Parents* (CHIMPs), einer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätskrankenhauses Eppendorf durchgeführten Studie, wurden die Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität, elterlichen Bindungsmustern und Erkrankungsfaktoren an 76 Elternteilen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen untersucht. Die Patienteneinschätzung der familiären Funktionalität wurde mit Hilfe des *Allgemeinen Moduls der Familienbögen* (FB-A, Allgemeine Familienbögen, Modul A, Cierpka & Frevert, 1994) erfasst, die Therapeutesicht anhand der *Global Assessment of Relational Functioning Scale* (GARF, Group for the Advancement of Psychiatry, 1996) und die Bindungsmuster mit dem *Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen* (BFPE, Höger & Buschkämper, 2002). Die Ergebnisse der Studie zeigten insgesamt, dass ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen, und daran gekoppelt einer gestörten Familienfunktionalität, besteht. Es zeigten sich darüber hinaus große Unterschiede in der Familienfunktionalität in Abhängigkeit vom Bindungsmuster: Ambivalent gebundene gaben hier die geringste familiäre Funktionalität an. Der FB-A Gesamtscore, als Maß für die familiäre Funktionalität insgesamt, sowie die Werte der einzelnen Dimensionen lagen im mittleren Skalenbereich von T=40 bis T=60. Die Bereiche *Rollenverhalten* (T=53.2; s=10.96) und *Werte und Normen* (T=55.6; s=13.84) wurden von den Familien am positivsten beurteilt. Wohingegen die *Affektive Beziehungsaufnahme* als eher problematisch angesehen wurde (T=59.6;

s=18.47). Die Therapeuten bewerteten die Familien im Mittel als *vorwiegend dysfunktional* (M=47.0; s=20.63). Weiterhin wurden 31% der Familiensysteme als *nicht voll befriedigend* beurteilt, 29% als *dysfunktional*, 25% als *schwer gestört* und 15% als *schwerstgestört*. Zur Patientensicht der familiären Funktionalität ergab sich ein mittlerer Zusammenhang (r der Gesamtscores=-.37; $p=.003$).

Eine repräsentative Studie des National Institute of Mental Health (National Health Interview Survey 2001, 2002, 2003) beschäftigte sich mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 4-17 Jahren, die Probleme in den Bereichen Emotionen, Konzentration, Verhalten und der Fähigkeit, mit anderen auszukommen aufwiesen (Simpson et al., 2005). Die Daten basieren auf insgesamt 10.367 Interviews aus dem Jahr 2001, 9.512 Interviews aus dem Jahr 2002 und 9.399 Interviews aus dem Jahr 2003, die mit Hilfe eines *Computer-Assisted Personal Interviews* (CAPI) und dem *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, Goodman, 1997) erfasst wurden. Die anhand der Interviews gesammelten Informationen stammten von einer dem Kind nahestehenden Bezugsperson. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um die Eltern (92%). Kinder und Jugendliche, die alleine bei ihrer Mutter lebten, ließen häufiger psychische Probleme erkennen (7%) als Kinder aus Familien mit beiden Elternteilen (4%). Des Weiteren konnten bei Kindern, deren Eltern Auffälligkeiten berichteten, die länger als einen Monat andauerten, sehr häufig Schwierigkeiten im Familienleben beobachtet werden (84,6%). Die Studienergebnisse zeigten insgesamt, dass bei etwa 80% der Kinder mit emotionalen und Verhaltensstörungen auch Probleme im familiären Zusammenleben in Erscheinung treten.

1.2.3.2 Familienfunktionalität bei verschiedenen Störungsbildern

Zu der Frage, ob Unterschiede in der Familienfunktionalität zwischen verschiedenen psychischen Störungsbildern bestehen, liegen bislang kontroverse Ergebnisse vor. Während frühere, allerdings auf geringeren Stichprobengrößen beruhende Studien, annehmen lassen, dass bestimmte psychische Störungen mit einer geringeren familiären Funktionalität verbunden sind als andere (Miller et al., 1986), zeigen neuere (Weinstock et al., 2006), auf erweiterten Stichproben basierende Studien (Friedmann et al., 1997) hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Störungsgruppen und kommen zu der Hypothese, dass *jede* psychische Störung nahezu gleichermaßen einen Stressfaktor für die familiäre Funktionalität darstellt. Die Natur der psychischen Störung hat somit laut aktueller Studienlage vermutlich keine spezifischen Auswirkungen auf die Familienfunktion.

Miller und Kollegen (1986) verglichen in ihrer Studie die Familienfunktionalität von psychisch auffälligen Patienten ($N=86$) mit psychisch gesunden Kontrollfamilien ($N=23$). Dabei wurden 5 verschiedene Störungsgruppen gebildet: schwer depressive Patienten, alkoholabhängige Patienten, Patienten mit Anpassungsstörungen und Patienten mit bipolaren Störungen oder Schizophrenie. Bei dem psychisch auffälligen Familienmitglied handelte es sich entweder um die Mutter, den Vater oder ein Kind. Die familiäre Funktionalität wurde mit Hilfe des FAD erfasst. Die Studienergebnisse zeigten, dass Familien von psychisch auffälligen Patienten, verglichen mit klinisch unauffälligen Familien, eine signifikant geringere Familienfunktionalität aufweisen. Weiterhin zeigten Familien mit einem an einer depressiven Störung erkrankten Familienmitglied einen deutlich höheren Level an familiärer Dysfunktion als die anderen Störungsgruppen. Zwar zeigten die Familien der depressiven Patienten Dysfunktionalitäten in allen Bereichen, verglichen mit den anderen Störungsgruppen manifestierten sich hier aber besonders Schwächen in den Bereichen *Kommunikation* und *Affektiver Involvierung*. Eine ebenfalls signifikant geringere Familienfunktionalität konnte bei alkoholabhängigen Patienten, sowie in Familien in denen ein Mitglied an einer Anpassungsstörung litt, nachgewiesen werden. Interessanterweise zeigten die Patienten mit Schizophrenie oder bipolaren Störungen keine auffällig höhere familiäre Dysfunktion als die Kontrollfamilien.

Fristad und Clayton (1991) untersuchten Familien von 100 Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und erfassten die Familienfunktionalität mit Hilfe des FAD. Bei 89% der Patienten konnten Störungen in der familiären Funktionalität nachgewiesen werden. Sie kamen außerdem zu dem Ergebnis, dass Familien von Kindern mit affektiven Störungen, im Vergleich zu anderen Störungsgruppen, insgesamt ein geringeres Niveau familiärer Dysfunktion zeigen. Sie fanden im Rahmen ihrer Studie bei Kindern mit affektiven Störungen nur geringere Hinweise für das Vorliegen einer gestörten Familienfunktionalität.

Friedmann und Kollegen (1997) bestätigten in ihrer Studie, dass Familien von psychisch auffälligen Kindern, verglichen mit nicht klinischen Stichproben, höhere Niveaus familiärer Dysfunktion zeigen. Die Stichprobe setzte sich aus Patienten mit schizophrenen Störungen ($N=61$), bipolaren Störungen ($N=60$), Depressionen ($N=111$), Angststörungen ($N=15$), Essstörungen ($N=26$), Patienten mit Störungen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch ($N=48$) und Anpassungsstörungen ($N=46$) zusammen. Die Familien der verschiedenen Störungsgruppen wurden schließlich mit einer Gruppe klinisch unauffälliger Familien ($N=353$) verglichen. Die Untersuchungen zeigten, dass unabhängig von der Art der Störung beziehungsweise der

spezifischen Diagnose, ein Familienmitglied in einer akuten Phase einer psychischen Störung ein grundsätzliches Risiko für eine geringe Familienfunktionalität auf verschiedenen Ebenen (*Problemlösung, Kommunikation, Reagibilität, Rollenverteilung* und *generelle Funktionalität*) darstellt. Im Vergleich zu den oben aufgeführten Studienergebnissen (Miller et al., 1986; Fristad & Clayton, 1991), zeigte diese an größeren Stichproben durchgeführte Studie also keine Assoziation zwischen einer bestimmten psychischen Störung und einem höheren Niveau an Dysfunktion in der Familie als bei anderen psychischen Störungen. Folglich bestehen laut Friedmann keine Unterschiede im Niveau der Familiendysfunktion zwischen den Familien von Kindern mit verschiedenen psychischen Störungen. Die spezifische Natur der psychischen Erkrankung habe somit keine spezifischen Auswirkungen auf die Familienfunktionalität, vielmehr sei ein Familienmitglied in einer akuten Phase einer jeden psychischen Erkrankung ein Stressfaktor für die Familie und deren adaptive Ressourcen.

In einer Studie von Koyama und Kollegen (2004) wurden die Unterschiede in der Familienfunktionalität in Abhängigkeit von der *Diagnostic and Statistical Manual-IV Diagnose* (Schizophrenie, schwere depressive Störungen, bipolare Störungen) betrachtet. Die Bewertung der Familienfunktionalität erfolgte durch Patienten und Familienmitglieder anhand des FAD. Die Stichprobe bestand aus 70 psychisch auffälligen Patienten und ihren Familienmitgliedern, die in die drei Gruppen Schizophrenie ($N=24$), depressive Störung ($N=28$) und bipolare Störung ($N=18$) aufgeteilt war. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der Familienfunktionalität durch die Familienmitglieder zwischen den genannten Gruppen. Jedoch zeigten sich Unterschiede in der Beurteilung durch die Patienten selbst. Die depressiven Patienten beurteilten die Familienfunktionalität insgesamt positiver als die Familienmitglieder, während die schizophrenen Patienten eine negativere Einschätzung abgaben. Bei den Patienten mit bipolaren Störungen ergaben sich höhere Korrelationen zum Urteil durch die Familienangehörigen.

Weinstock und Kollegen (2006) betrachteten innerhalb einer Stichprobe, bestehend aus Patienten mit schweren, depressiven Störungen ($N=121$) und bipolaren, affektiven Störungen ($N=69$) die diagnostischen Unterschiede im Bereich Familienfunktionalität in der akuten Phase, sowie der Phase der Genesung der Störung. Außerdem wurde untersucht, inwieweit sich die *Veränderungen* der familiären Funktionalität von der akuten Phase zur Phase der Genese aufgrund der Diagnose unterscheiden. Dabei wurden jeweils die Urteile von Interviewer, Patient und Familie berücksichtigt. Die Operationalisierung der Familienfunktionalität erfolgte

mit Hilfe der *Mc Master Clinical Rating Scale* (MCRS, Eptstein, Baldwin & Bishop, 1982; Miller et al., 1994) und dem FAD. Die Ergebnisse zeigten gleiche Levels familiärer Funktionalität bei Patienten mit bipolaren und depressiven Störungen sowohl in der akuten Phase, als auch in der Genesungsphase. Beide Gruppen zeigten eine Verbesserung der Familienfunktion im Verlauf der Therapie.

Wang und Kollegen (2012) beschäftigten sich mit den Zusammenhängen zwischen Familienfunktionalität und Depressivität in einer Stichprobe bestehend aus 60 chinesischen, depressiven Patienten und ihren Familienmitgliedern, sowie in einer Stichprobe aus 60 klinisch unauffälligen Kontrollfamilien. Dabei erfasste die Studie die familiäre Funktionalität mit Hilfe des FAD und der MCRS. Die Ergebnisse zeigten, dass die Familienfunktionalität in Familien mit einem depressiven Familienmitglied geringer ist, als in klinisch unauffälligen Familien. Weiterhin konnte nachgewiesen werden, dass sich die Beurteilung der Familienfunktionalität durch Patienten und Familienmitglieder nicht stark unterscheidet. Es zeigten sich hohe bis moderate Übereinstimmungen in der Bewertung. In den Urteilen bezüglich der Familienfunktion ergaben sich bei den psychisch unauffälligen Studienteilnehmern lediglich moderate bis geringe Korrespondenzen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern.

Eine Studie von Queen und Kollegen (2013) betrachtet die unabhängigen Zusammenhänge von drei wichtigen Faktoren für die Qualität familiärer Beziehungen: Zusammenhalt, Ausdrucksfähigkeit und Konfliktverhalten. Die untersuchte Stichprobe bestand aus Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 14 Jahren, bei denen eine Angststörung oder eine depressive Störung diagnostiziert wurde ($N=147$ Familien). Die Beurteilung der familiären Funktionalität erfolgte durch die Mütter und Väter der psychisch Auffälligen Kinder und Jugendlichen. Die Ergebnisse ließen bei den depressiven Patienten einen stärkeren Zusammenhang zwischen familiären Beziehungen und psychischer Auffälligkeit erkennen, als bei den an einer Angststörung leidenden Patienten. Es zeigte sich außerdem, dass der Faktor des familiären Zusammenhalts für die depressiven männlichen Patienten entscheidender war, als für die Mädchen. Bei den an einer depressiven Störung leidenden Patientinnen spielten die Faktoren Ausdrucksfähigkeit und Konfliktverhalten eine bedeutendere Rolle.

1.2.3.3 Familienfunktionalität im Zusammenhang mit genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen

Schermerhorn und Kollegen (2010) beschäftigten sich in Ihrer Studie mit Zwillingen, um die Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu erforschen. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 867 Zwillingspaaren (davon $N=388$ homozygot und $N=449$ heterozygot), die im Rahmen der *Twin and Offspring Study* in Schweden untersucht wurden. Die Ergebnisse zeigten eindeutige Zusammenhänge zwischen familiären Konflikten und psychischen Auffälligkeiten (internalisierende und externalisierende Problematiken) bei den Kindern und Jugendlichen. Es konnte jedoch keine signifikante Beeinflussung dieser Zusammenhänge durch genetische Faktoren oder Umwelteinflüsse nachgewiesen werden. Die Zusammenhänge zwischen Familienfunktion und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter scheinen somit unabhängig von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren zu sein.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen familiärer Funktionalität und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich belegt ist, allerdings bleibt dessen Richtung häufig unklar. Die bisherigen Studien sprechen dafür, dass eine familiäre Dysfunktionalität als Prädiktor für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen anzusehen ist. Gleichzeitig lassen sie aber auch erkennen, dass psychische Störungen bei Heranwachsenden einen Stressor für das familiäre Beziehungssystem darstellen.

1.2.4 Psychotherapie

Unter dem Begriff Psychotherapie versteht man eine Vielzahl theoretisch unterschiedlich begründeter Behandlungsmethoden, die im Rahmen einer sozialen Interaktion auf die Behebung von Störungen des emotionalen Befindens und des Verhaltens zielen.

Als Teilgebiet der wissenschaftlich-klinischen Psychologie und klinisch-psychologischen Intervention, integriert die Psychotherapie alle wissenschaftlich begründbaren und empirisch als wirksam nachgewiesenen psychologischen Interventionen, die zur Behandlung von psychischen Störungen und Problemen eingesetzt werden (Perrez & Baumann, 1991; Esser & Blank, 2011).

Eine häufig zitierte Definition von „Psychotherapie“ stammt von Strotzka aus dem Jahr 1975. Danach 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 a verbal) 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 (Strotzka, 1975, S.4).

1.2.4.1 Analytische Psychotherapie

Zu den anerkannten Psychotherapieverfahren, deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind, zählen die psychoanalytischen Verfahren sowie die Verhaltenstherapie. Als psychoanalytische Verfahren gelten die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie, 2009). Bei der analytischen Psychotherapie handelt es sich um ein psychoanalytisch begründetes und in Deutschland etabliertes Psychotherapieverfahren, bei dem das theoretische Verständnis der Störung von großer Bedeutung ist. Die psychoanalytische Behandlungsmethode zielt nicht primär auf die Beseitigung eines bestimmten Symptoms ab, sondern versucht vielmehr, jene Ursachen zu eliminieren, die nach dem psychodynamischen Modell der Symptomatik zugrunde liegen. Damit richtet sich das psychodynamische Behandlungskonzept nicht vorrangig auf die Symptomatik aus, sondern auf die dahinter liegende Disposition (Rudolf & Rüger, 2012). Die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie stellt ein sehr häufig angewandtes Therapieverfahren dar (Grawe et al., 1994) und ist als Anwendungsform der Psychoanalyse in der Krankenversorgung zu verstehen. Sie ist im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse durch ihre zeitliche Begrenzung gekennzeichnet und damit auch durch die Notwendigkeit, in der verfügbaren Behandlungszeit zu einem befriedigenden Behandlungsergebnis zu kommen (maximal 300 Sitzungen in analytischer Psychotherapie, maximal 180 Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen) (Rudolf & Rüger, 2012). Grundsätzlich können die meisten psychischen Störungen in ambulanten Therapien behandelt werden (Meyer et al., 2004).

1.2.4.2 Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Erst in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde auch eine Form der Kinderbehandlung entwickelt. Zu den in der kinderpsychiatrischen Praxis häufig eingesetzten Psy-

chotherapierichtungen gehören die aus der Psychoanalyse entstandenen und entwickelten Formen analytischer bzw. tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie, sowie die personenzentrierte Psychotherapie.

Bei der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter muss eine Vielzahl von Besonderheiten dieser Altersgruppe beachtet werden und die psychotherapeutischen Interventionen müssen dem individuellen Entwicklungsniveau angepasst werden (Esser & Blank, 2011). Die Therapie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen setzt stets die Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsvorgänge, sowie ihre Auswirkungen auf die spezifische Symptomatik der Störung voraus (Mattejat & Remschmidt, 1997). Neben der Interpretation wird in der Kinderbehandlung der Faktor Aufmerksamkeit, den ein zugewandter Erwachsener dem Kind entgegenbringt, als besonders wichtig anerkannt (Kazdin & Weisz, 2003). Sigmund Freud (1917) sah in der „Dazwischenkunft der Angehörigen [in die psychotherapeutische Behandlung] geradezu eine Gefahr, und zwar eine solche, der man nicht zu begegnen weiß“ (S. 441). In der Kinderpsychotherapie ist jedoch gerade diese *Gefahr*, und damit der Einbezug der Familie in die Behandlung des Kindes, ein ganz wesentlicher Bestandteil (Horn, 2003).

Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Psychotherapieforschung fragt im Sinne einer Ergebnisforschung nach den Effekten, sowie im Rahmen einer Prozessforschung nach den Bedingungen im therapeutischen Prozess, die für Veränderungen verantwortlich sind. Dabei haben vor allem ätiologische Auffassungen einen erheblichen Einfluss auf die Art und Weise des psychotherapeutischen Behandlungsprozesses. Nachdem die Psychotherapieforschung zunächst davon ausging, dass psychische Auffälligkeiten von einer „relativen Autonomie gegenüber der Umwelt“ (Habermas, 1990) geprägt sind, geht die heutige Forschung von psychogenetischen Konstrukten, bei denen die psychischen Erkrankungen aus äußeren Einflüssen abgeleitet werden, aus (Häfner et al., 2001a). Der Behandlungseffekt und -erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung beruht auf der Beurteilung einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Dazu zählen in erster Linie die Patienten- und Therapeutenvariablen, die Vielzahl unterschiedlicher Störungsbilder, die angewandte Behandlungsmethode, Erfolgskriterien, Messmethoden und Merkmale der Therapiemethoden (Esser & Blank, 2011). Auf diesen Variablen basierend formulierte Kazdin (2000) für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung folgende Forschungsfragen (zitiert nach Esser & Blank, 2011):

1. Welche Wirksamkeit hat eine Behandlung im Vergleich zu einer Nichtbehandlung und welche Komponenten tragen zu einer beobachtbaren Veränderung bei?
2. Welche Behandlungsmethoden können hinzugefügt werden, um den Behandlungserfolg zu optimieren und welche Parameter können verändert werden, um den Therapieerfolg zu beeinflussen bzw. zu verbessern?
3. Wie wirkungsvoll ist die Behandlung im Vergleich zu alternativen Therapien?
4. Welche Merkmale des Kindes, der Eltern, der psychosozialen Umgebung und der Therapeuten beeinflussen den Therapieerfolg?

Zusammengefasst sind die Ziele der aktuellen Psychotherapieforschung damit die Verbesserung der Effektivität und der nachhaltigen Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, sowie die Analyse wirksamer Therapiekonzepte.

Trotz vermehrter Forschung in den letzten Jahren, besteht noch immer ein Defizit an Studien und Forschungsaktivitäten in Hinblick auf psychodynamisch begründete Therapien von Kindern und Jugendlichen. Lediglich 21 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen befassen sich bisher mit dieser Therapieart (vgl. Windaus 2005), welches zu kontroversen Diskussionen über die ermittelten Ergebnisse führt (Kronmüller et al., 1997). So zeigten Ergebnisse der meisten Studien und Meta-Analysen wie die von Weisz, Weiss, Alicke & Klotz, 1987 oder Casey & Berman, 1985; (zit. nach Kronmüller et al. 1997) zu wenig Effektstärken, die Untersuchungen seien methodisch nicht zufriedenstellend konzeptualisiert und zu vielen Störungsbildern lägen keine oder nur unzureichende Ergebnisse vor (Heerkerens, H.-P., 1992).

Dennoch konnten bereits eine Reihe von Studien und Übersichtsarbeiten die Effizienz und Effektivität der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nachweisen. Es kann folglich grundsätzlich von einer Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ausgegangen werden. Als beispielhaft ist hier die *Heidelberger Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* der Forschungsgruppe um Fahrig, Kronmüller, Hartmann und Rudolf (1996) anzusehen, an dessen Vorbild sich auch die *Hamburger Evaluationsstudie* orientiert und diese weitestgehend replizieren und konsolidieren soll. Anhand der Heidelberger Studie konnten bereits hohe Effektstärken nachgewiesen werden. Auch die Untersuchungen von Barnett, Docherty und Frommelt (1991) und von Longian, Elbert

und Johnson (1998) bestätigen die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren im Kindes- und Jugendalter. Die von Weisz und Kollegen (1995) und Sell (2000) ermittelten Effektstärken weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ähnlich wirksam ist wie bei Erwachsenen (vgl. Esser & Blank, 2011).

Des Weiteren konnten Kazdin und Wassell (1999), im Rahmen der Untersuchung therapiebedingter Veränderungen von Kindern, Eltern und Familienfunktionalität im Verlauf der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten nachweisen, dass sich gleichzeitig auch positive Effekte für das familiäre Umfeld ergeben. Es wurde eine Stichprobe, bestehend aus 250 Kindern im Alter zwischen 2 und 14 Jahren betrachtet, in der die Kinder mit verschiedenen kognitiv-behavioralen Therapieformen behandelt wurden. Im Rahmen der Studie zeigte sich eine erhebliche Verbesserung der Symptome bei Kindern und Eltern, sowie der Familienfunktionalität. Dabei waren die Veränderungen bei den Eltern und im Bereich Familienfunktionalität geringer als die Verbesserung, die bei den Kindern selbst festzustellen war. Darüber hinaus ergaben sich Korrelationen zwischen den Veränderungen bei Kindern, Eltern und Familienfunktionalität. Ein positiver Effekt der Psychotherapie war somit nicht nur für die Kinder selbst, sondern auch für ihr familiäres Umfeld nachzuweisen.

Esser und Blank (2011) konnten anhand ihrer Übersichtsarbeit, die sich mit der Wirksamkeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie befasste und insgesamt 138 Primärstudien aus den Jahren 1993 bis 2009 berücksichtigte und integrierte, ebenfalls die Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter belegen. Sie kamen weiterhin zu dem Ergebnis, dass die behavioralen Therapieverfahren, den nonbehavioralen Behandlungsmethoden deutlich überlegen sind. Anhand der Analyse von Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg konnten sie außerdem feststellen, dass eine Einzeltherapie, der Einbezug der Familie und die Therapie von überkontrollierten Störungen zu einem besseren Behandlungsergebnis führen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Ziel der aktuellen Forschung zur Evaluation der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, die Eruierung von verbesserten Behandlungsansätzen und Therapieergebnissen für die klinische Praxis sein sollte. Die Bewertung des Behandlungserfolges, sowie die Entwicklung verbesserter Behandlungsbedingungen ermöglichen die Implementierung verbesserter psychotherapeutischer Therapieverfahren und begründen den Fortschritt in der Effektivität der Kinder- und Jugendlichenbehandlung in der psychotherapeutischen Praxis (Esser & Blank, 2011).

1.2.4.3 Familienfunktionalität und Therapieerfolg

Die Funktionalität des familiären Beziehungssystems spielt eine wichtige Rolle im Rahmen der Therapie und Genese psychischer Störungen und ist als ein wichtiger Moderator für den Therapieerfolg zu bezeichnen (Keitner et al., 1995, Mattejat et al., 1997). Jedoch ist die prognostische Bedeutung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems für eine erfolgreiche, psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend untersucht worden. Die bislang vorliegenden Studien, die sich mit dieser Thematik beschäftigen stammen vor allem aus dem Bereich der Familientherapieforschung und kommen zu sehr heterogenen Ergebnissen (Kronmüller et al., 2009):

Zur Entwicklung der Familienfunktion im Verlauf der Therapie

In einer Studie von Szapocznik und Kollegen aus dem Jahr 1983 wurde die Effektivität von Familientherapie und einzeltherapeutischen Sitzungen bezüglich ihrer Wirksamkeit und ihrem Einfluss auf die Funktionalität des familiären Beziehungssystems untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass beide Therapieformen effektiv sind. Eine Verbesserung der familiären Funktionalität konnte jedoch erst im Einjahres-Follow-up nachgewiesen werden.

Außerdem konnten auch Barrett und Kollegen (2004) keine Veränderung der familiären Funktionalität nach einer 14-wöchigen kognitiv-behavioralen Familienbehandlung bei Kindern mit einer Zwangsneurose feststellen.

Kazdin und Wassell (2000) hingegen belegten anhand ihrer Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen Familienfunktionalität und einer verhaltenstherapeutischen Behandlung bei verhaltensauffälligen Kindern, dass es im Rahmen der Therapie zu einer signifikanten Verbesserung der Familienfunktionalität kommt.

Zum Einfluss der Familienfunktionalität auf das Therapieergebnis:

In einer Studie von Emslie und Kollegen (2003) wurde nachgewiesen, dass bei Kindern aus weniger dysfunktionalen Familien, mit intakten interfamiliären Strukturen, ein besseres Therapieergebnis erzielt werden kann.

Zum Einbezug der Familie in die Therapie:

Untersuchungen von Andres (2010) bestätigen einen größeren Therapieeffekt unter Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Behandlung im Vergleich zu psychotherapeutischen Interventionen ohne Einbezug der Familie.

Reimert (2008) berichtet von einer signifikant höheren Therapiewirksamkeit durch den Einbezug der Familie in die Therapie, unabhängig von Alter und Geschlecht der Patienten und der Therapieform.

Ergebnisse der Heidelberger Studie: Familienfunktion und Therapieerfolg

Da es sich bei der dieser Dissertation zu Grunde liegenden Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen* des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf um eine weitestgehende Replikation der *Heidelberger Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* der Forschungsgruppe um Fahrig, Kronmüller, Hartmann und Rudolf (1996) handelt, sollen die dort gewonnenen Ergebnisse zum Thema Familienfunktion und Therapieerfolg im Folgenden näher erläutert werden.

Kronmüller und Kollegen (2009) beschäftigten sich im Rahmen der Heidelberger Studie zur psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit den Zusammenhängen zwischen Familienfunktionalität und Therapieerfolg. Die Untersuchung erfolgte anhand einer Stichprobe von 54 Kindern und Jugendlichen mit heterogenen Störungsbildern im Alter von 6 bis 18 Jahren und einer Behandlungsdauer von 25 Therapiestunden. Kronmüller und Kollegen analysierten zunächst, inwieweit die psychodynamische Kurzzeittherapie mit Veränderungen der Familienfunktionalität einhergeht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich im Rahmen einer Kurzzeittherapie keine signifikanten Veränderungen der Familienfunktionalität nachweisen lassen. Einzig im Bereich der familiären *Kommunikation* konnte die Forschungsgruppe eine statistisch tendenzielle Veränderung beobachten ($F=3.18$; $p=.08$). Des Weiteren wurde überprüft, ob und inwieweit sich die Familien erfolgreich und nicht erfolgreich behandelte Kinder in Bezug auf ihre Familienfunktionalität unterscheiden. In diesem Kontext ergaben sich signifikante Prognoseeffekte für einen Therapieerfolg nach Kurzzeitbehandlung für die FB-A-Skalen (Allgemeiner Familienbogen, Cierpka & Frevert 1994) *Aufgabenerfüllung* ($F=3.75$; $p=.03$), *Kommunikation* ($F=5.38$; $p=.01$) und *affektive Bezie-*

hungsaufnahme ($F=3.77$; $p=.03$). Es zeigte sich bei Patienten, die eine psychodynamische Kurzzeittherapie mit Erfolg abgeschlossen hatten, im Vergleich zu Familien von Patienten, die ihre Behandlung nicht erfolgreich abschließen konnten, zu Therapiebeginn eine höhere familiäre Funktionalität in den Bereichen *Aufgabenerfüllung*, *Kommunikation* und *affektive Beziehungsaufnahme*. Signifikante Zeithaupteffekte oder Interaktionseffekte konnten für die drei genannten Familienbogenskalen nicht nachgewiesen werden. Es ließen sich jedoch signifikante Interaktionseffekte für die Skalen *Rollenverhalten* ($F=4.63$; $p=.04$), *Emotionalität* ($F=4.58$; $p=.04$) und *Kontrolle* ($F=5.54$; $p=.02$) beobachten. In den Familien, in denen die Kinder und Jugendlichen mit 25 Therapiestunden erfolgreich behandelt werden konnten, zeigte sich demzufolge eine signifikante Zunahme der Familienfunktionalität in den Bereichen *Rollenverhalten*, *Emotionalität* und *Kontrolle*. Die Familien der nicht erfolgreich behandelten Kinder ließen hingegen keine Veränderung oder sogar eine Verschlechterung der familiären Funktionalität in diesen Bereichen erkennen. Für die Familienbogenskala *Soziale Erwünschtheit* ergaben sich keine signifikanten Effekte. Im Bereich *Abwehrverhalten* konnte ein signifikanter Interaktionseffekt nachgewiesen werden: das Abwehrverhalten nahm in der Gruppe der erfolgreichen Behandlungen bis zur 25. Therapiestunde signifikant zu. In den Familien, in denen die Kinder nicht erfolgreich behandelt werden konnten, blieb das Abwehrverhalten im Mittel jedoch gleich. Folglich nahm die Fähigkeit, sich von familiären Konflikten zu distanzieren, bei den Eltern der erfolgreich behandelten Kinder zu. Hinsichtlich der Ermittlung der Bedeutung von *Abwehrverhalten* und *sozialer Erwünschtheit* für den Zusammenhang von Familienfunktion und Therapieerfolg ergab sich kein signifikanter Einfluss auf die dargestellten signifikanten Ergebnisse. Darüber hinaus konnten keine signifikanten Alters- und Geschlechtseffekte bezüglich der Familienfunktionalität nachgewiesen werden (vgl. Kronmüller et al., 2009).

1.3 Diskussion des Stands der Forschung

Die bisherigen Studien belegen, dass die Funktionalität des familiären Beziehungssystems eine entscheidende Voraussetzung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darstellt.

In der aktuellen Forschung gilt es nun weiter zu untersuchen, ob und welche spezifischen familiären Faktoren einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben und inwieweit der familiäre Hintergrund eine Rolle für die psychotherapeutische Behandlung spielt. Bei den existierenden Studien bleibt fraglich, welcher Zusammenhang

zwischen der Veränderung der psychischen Symptomatik der Kinder und Jugendlichen und der Verbesserung der familiären Funktionalität im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung besteht. Weiterhin relevant ist, ob es sich hierbei um einen prognostischen Faktor für einen Therapieerfolg handelt, oder ob die Veränderung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems auf die Veränderung der Symptomatik zurückzuführen ist. Es ist hierbei von großem Interesse, inwieweit die analytische Psychotherapie durch ein geringes Niveau der Familienfunktionalität negativ beeinflusst werden kann.

1.4 Ziel der Arbeit

Für die Generierung evidenzbasierter Erkenntnisse aus dem Bereich der aktuell bestehenden ambulanten psychoanalytischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, wurde 2007 die Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen* konzipiert. Weitergehende Intentionen waren dabei die allgemeine Evaluation ambulanter psychoanalytisch fundierter Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie die praktische Umsetzung der gewonnenen Erfahrungen. Im Rahmen dieser Dissertation erfolgt anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse eine Untersuchung der Bedeutung der Familienfunktionalität für die ambulante psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Ziel dieser Arbeit ist es, das Niveau der Funktionalität des familiären Beziehungssystems der Kinder und Jugendlichen der klinischen Stichprobe darzustellen. In diesem Kontext erfolgt eine Überprüfung der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien unter Berücksichtigung der Symptomatik der Kinder- und Jugendlichen, sowie die Untersuchung der Veränderungen der Funktionalität des familiären Beziehungssystems im Rahmen der Therapie. Weiterhin soll analysiert werden, inwieweit der Familienfunktionalität eine prognostische Bedeutung hinsichtlich eines Behandlungserfolges in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zukommt.

1.5 Fragestellungen und Hypothesen

Übergeordnete Fragestellung

Welche Bedeutung hat die Familienfunktionalität für die ambulante psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen?

Fragestellungen und Hypothesen

1. Bestehen Übereinstimmungen in der Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patient/ Mutter/ Vater/ Therapeut?

Hier erfolgt ein Vergleich der jeweiligen Einschätzung des familiären Funktionsniveaus von Patient, Mutter, Vater und Therapeut zu Therapiebeginn. Es soll außerdem untersucht werden, ob Korrelationen zwischen den Einschätzungen bestehen.

Hypothese:

Die Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten unterscheidet sich mit weniger als kleiner Effektstärke.

2. Wie ist das Niveau der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien insgesamt?

Hier soll das Niveau der familiären Funktionalität in den Patientenfamilien zu Therapiebeginn anhand der GARF-Skala und des FB-A betrachtet werden. Die anhand des Allgemeinen Familienbogens ermittelten Werte werden mit einer Normstichprobe verglichen. Durch die Analyse der Skalen des allgemeinen Familienbogens sollen weiterhin die Bereiche aufgezeigt werden, in denen Stärken und Schwächen bestehen.

Hypothese:

Das Niveau der Familienfunktionalität ist in den Patientenfamilien insgesamt niedriger als in der Normstichprobe.

3. **Unterscheidet sich die Familienfunktionalität in den Störungsgruppen (Störungsbilder mit vorwiegend ängstlicher/ nicht ängstlicher, depressiver/ nicht depressiver, externalisierender/ nicht externalisierender Symptomatik)?**

Es wird analysiert, inwieweit sich die Funktionalität des familiären Beziehungssystems innerhalb der verschiedenen Störungsgruppen unterscheidet. Dabei erfolgt eine Gegenüberstellung des familiären Funktionsniveaus von klinisch auffälligen und klinisch nicht auffälligen Patienten hinsichtlich eines bestimmten Störungsmerkmals.

Hypothese:

Die Familien in den einzelnen Störungsgruppen unterscheiden sich mit weniger als kleiner Effektstärke in ihrer Familienfunktionalität.

4. **Hat sich die Familienfunktionalität durch die Behandlung verbessert?**

Hier soll untersucht werden, ob sich die familiäre Funktionalität zu Behandlungsabschluss im Vergleich zum Therapiebeginn durch die psychotherapeutische Behandlung verbessert hat.

Hypothese:

Es ist eine Verbesserung der Familienfunktionalität durch die Behandlung nachweisbar.

- 5.
- a. **Besteht eine Korrelation zwischen der Verbesserung der Familienfunktionalität und einem Behandlungserfolg?**
 - b. **Hat die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg?**

Es wird betrachtet, welcher Zusammenhang zwischen der Bewertung der Familienfunktion zu Therapiebeginn und dem Therapieerfolg besteht. Dabei soll die Frage beantwortet werden, ob sich Familien erfolgreich und nichterfolgreich behandelte Kinder in Bezug auf ihre Familienfunktionalität unterscheiden.

Hypothesen:

- a. *Es ist eine positive Korrelation zwischen der Verbesserung der Familienfunktionalität und einem Behandlungserfolg festzustellen.*
- b. *Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn hat prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg.*

2 Methode

2.1 Studiendesign

Bei der dieser Dissertation zugrunde liegenden Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen* handelt es sich um eine naturalistische und methodisch breit angelegte Evaluationsstudie zur ambulanten analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapie. Sie wurde im Herbst 2007 im Rahmen des Schwerpunktes *Versorgungsforschung* am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, für einen Zeitraum von 5 Jahren angelegt. Das Projekt wurde unter der Leitung von Frau Prof. Silke Wiegand-Grefe und Prof. Georg Romer in Kooperation mit der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VaKJP), sowie einer Gruppe niedergelassener, psychoanalytisch ausgebildeter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Hamburg und dem norddeutschen Raum durchgeführt.

Ziele der Hamburger Studie sind die Evaluation, die Erweiterung der differentiellen Evidenzbasierung, sowie die langfristige Implementierung einer Routineevaluation ambulanter psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Die Studie fokussiert den Nachweis der spezifischen Wirksamkeit, sowie der Wirkfaktoren der Interventionen der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Störungsbildern und Behandlungsvoraussetzungen. Dabei wurde eine weitestgehende Replikation der Heidelberger Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Forschungsgruppe um Fahrig, Kronmüller, Hartmann und Rudolf (1996) zur Konsolidierung der Datenlage angestrebt. Eine Erweiterung dieser Studie erfolgte durch die Erhebung von Zeitmesspunkten therapeutischer Veränderungseffekte zur Erhöhung des Evidenzniveaus, sowie durch zusätzliche Erhebung der Effekte aus Beurteilungssicht der Patienten und deren Eltern.

In der multimodal und multiperspektivisch angelegten Studie wurden auf der Basis informierter Zustimmung (informed consent) $N=179$ Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 20 Jahren und deren Eltern mittels Fragebögen und einem diagnostischen Interview befragt. Dabei wurde für Kinder unter 11 Jahren die Befragung nur mit den Eltern durchgeführt. Ab ei-

nem Alter von 11 Jahren wurden sowohl die Kinder und Jugendlichen, als auch die Eltern befragt. Neben der Behandlungsgruppe gab es eine Kontrollgruppe, die den Veränderungen der Behandlungsgruppe entgegengestellt wird. Diese Wartelisten-Kontrollgruppe, die aus Patienten die sich in den niedergelassenen Praxen zu einer psychotherapeutischen Behandlung angemeldet haben und auf den Beginn ihrer Therapie warten bestand, wurde in einem zeitlichen Intervall von drei Monaten beobachtet. Das bedeutet, dass nur der erste Therapieabschnitt (1. bis 25. Sitzung) kontrolliert werden konnte. Es bestand somit nur für die Untersuchung der Kurzzeittherapien eine Kontrollgruppe, da eine Ausweitung der Wartezeit aus ethischen Gründen nicht vertretbar gewesen wäre.

Im Rahmen der Studie wurden sowohl eine direkte (Abschlusshebung), als auch eine indirekte Veränderungsmessung (prä-post-Messung) durchgeführt. Zusätzlich kamen Veränderungsmessungen in Form von Zwischenmessungen, die in Zeitabschnitten der Neu- und Verlängerungsanträge der jeweiligen Psychotherapien nach 25, 50, 70/90, 90/120 und 150/180 Sitzungen für die Kinder und Jugendlichen erfolgten zum Einsatz. Um die Langfristigkeit der Behandlungseffekte zu überprüfen, wurden Patienten und Eltern in zwei Katamnesen sechs bzw. zwölf Monate nach Therapieende erneut befragt. Die Einschätzungen wurden dabei sowohl über die Patienten und die behandelnden Therapeuten als auch über die Eltern erhoben. Entsprechend der spezifischen theoretischen Hintergründe der psychoanalytischen/psychodynamischen Theorie wurden ausschließlich Instrumente eingesetzt, die diese Konstrukte in operationalisierter Form einbeziehen. Es kamen keine invasiven Methoden zum Einsatz und die primäre psychotherapeutische Behandlung wurde durch die Studie in keiner Weise beeinträchtigt. Um die individuelle psychotherapeutische Situation nicht zu stören oder zu beeinflussen erfolgte die Ermittlung der Diagnose durch ein gesondertes, semistrukturiertes Interview durch speziell geschulte Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Dieses standardisierte semistrukturierte diagnostische Interview, diente der Sicherung der zuvor mittels Fragebögen ermittelten Diagnose durch den Therapeuten. Damit wurde eine nach ICD-10-Kriterien standardisierte Diagnosestellung gewährleistet.

Die hier aufgeführten Informationen zur Studie „Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen“ sind dem Ethik-Antrag vom 15.10.2007 (Romer und Wiegand-Grefe, 2007) entnommen. Zu diesem Antrag liegt ein positives Votum der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg vor.

2.2 Datenerhebung

Die Phase der Datenerhebung umfasste einen Zeitraum von September 2007 bis Juli 2010. Alle Patienten, die im Folgejahr des Studienbeginns ihre Therapie bei einem der 26 teilnehmenden Studientherapeuten begannen, wurden in die Studie aufgenommen und dokumentiert. Somit wurde die gesamte Inanspruchnahmepopulation der ambulanten analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ohne Selektion berücksichtigt, sodass eine repräsentative Stichprobe zur Verfügung stand. Die Datenerhebung fand nach schriftlicher Information, Aufklärung und Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung (informed consent) über Fragebögen und ein einmaliges diagnostisches Interview statt.

Im Rahmen der Behandlungsvereinbarung wurden den Patienten von ihrem Therapeuten ein ausführliches Informationsschreiben zur Studie, sowie eine Einverständniserklärung ausgehändigt. Auf der Basis einer unterschriebenen Einverständniserklärung und der sich daraus ergebenden gewünschten Studienteilnahme, schickten die Patienten die ausgefüllten Fragebögen in einem bereits frankierten Briefumschlag an das Studiensekretariat der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Daraufhin wurden die durch Codierung pseudonymisierten Fragebögen zeitgleich dem Patienten und dem Therapeuten zugestellt, die sie nach Bearbeitung wiederum dorthin retournierten. Im Anschluss daran wurde dann ein Termin für ein einmaliges diagnostisches Interview vereinbart. Die Folgerhebungen wurden auf gleichem Wege durchgeführt.

Anschließend wurden die erhobenen Daten, in weiterhin verschlüsselter Form, elektronisch erfasst.

2.3 Studientherapeuten

Die an der Evaluationsstudie beteiligten Studientherapeuten wurden in psychoanalytischen Instituten ausgebildet, die den gemeinsamen Ausbildungsrichtlinien der Sektion Ausbildung in der VAKJP unterliegen. Hierdurch ergibt sich eine Vergleichbarkeit ihrer psychotherapeutischen Arbeit. Weiterhin sind alle Studientherapeuten ausnahmslos als ausgebildete psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung, psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert in niedergelassener Praxis tätig.

2.4 Therapiekonzept

Die Therapeutinnen und Therapeuten orientierten sich an dem Behandlungsmanual *Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und Depression* der Hamburger Arbeitsgruppe zur Forschung und Praxis der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Baumeister-Duru et al., unveröffentlicht). Bei diesem Manual handelt es sich um einen an der Praxis orientierten Leitfaden, der die Behandlungstechnik ambulanter, analytischer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Therapie vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie abbildet und dabei die Störungsbilder Angst und Depression fokussiert.

2.5 Stichprobe

Als Stichprobe wurden seit Erhebungsbeginn im Herbst 2007 alle Patienten erfasst und dokumentiert, die im ersten Studienjahr ihre Therapie bei einem der 26 teilnehmenden Psychotherapeuten begonnen haben. Über Patienten die nicht an der Studie teilnehmen wurden ausschließlich die Therapeuten mittels eines anonymen Kurzfragebogens gesondert und nicht zu personenbezogenen Daten befragt.

Grundlage dieser wissenschaftlichen Arbeit ist der vom 23.08.2010 vorliegende Datensatz. Der Stichprobenumfang beträgt $N=179$ teilnehmende Kinder und Jugendliche. Hierbei sind 5 Therapieabbrecher zu verzeichnen, die die Therapie innerhalb der ersten Sitzungen vorzeitig beendet haben und somit nicht in die Studie einbezogen werden konnten. Daraus ergibt sich insgesamt eine effektive Stichprobe bestehend aus $N=174$ Kindern und Jugendlichen.

Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme

Einschlusskriterien

- Kinder und Jugendliche bis einschließlich 21 Jahre, die im ersten Studienjahr eine Psychotherapie begonnen haben.
- Vorliegender *informed consent* (Einwilligung in die Studienteilnahme).

Ausschlusskriterien

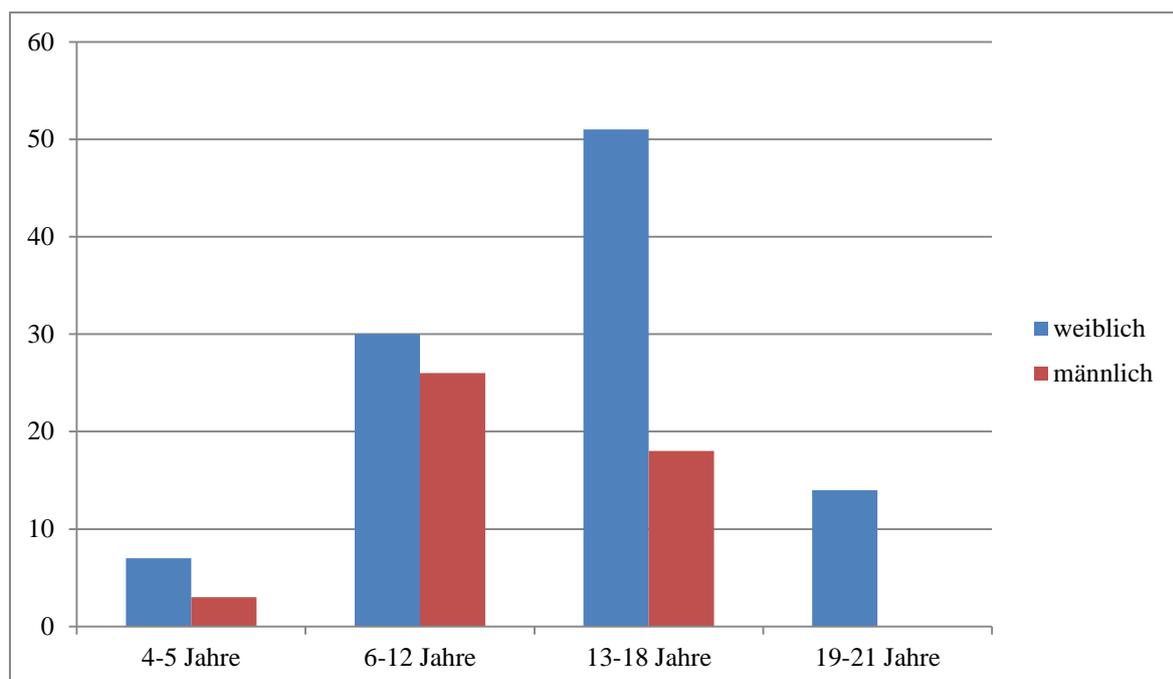
- Schwere Persönlichkeitsstörungen mit paranoider Verarbeitung.
- Suizidalität.
- Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, die das Verständnis der Patientenaufklärung, der Fragebogenerhebung und des diagnostischen Interviews nicht gewährleisten.

2.5.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Patienten

In die Untersuchungen dieser Dissertation wurde eine Stichprobe von $N=150$ Patienten/Kindern und Jugendlichen einbezogen. Dabei waren 102 Patienten (68%) weiblichen und 48 Patienten (32%) männlichen Geschlechts. Das durchschnittliche Lebensalter der Kinder und Jugendlichen zu Therapiebeginn betrug 12.74 Jahre [Standardabweichung (SD)=4.59 Jahre, Variationsbreite: 4-21 Jahre].

Abbildung 2.1 Verteilung nach Alter und Geschlecht.



Soziodemographische Merkmale der Patientenfamilien

Die soziodemografischen Merkmale der Patientenfamilien sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst (Tab. 2.1).

Tabelle 2.1 Soziodemographische Merkmale der Patientenfamilien (N=150).

Soziodemographische Merkmale	Häufigkeit			
	Absolut	Relativ		
Anzahl der leiblichen Geschwister				
Keine	27	18		
Eins	54	36		
Zwei	14	9.3		
Drei	4	2.7		
Vier und mehr	2	1.3		
Kinderzahl in der Aufenthaltsfamilie				
Eins	41	27.3		
Zwei	46	30.7		
Drei	9	6		
Vier oder mehr	4	2.7		
	w	m	w	m
Wohnsituation				
Leiblicher Elternteil	95	61	63.3	40.7
Neuer Partner/ neue Partnerin	3	18	2	12
Andere	8	5	5.3	3.3
Ohne	2	11	1.3	7.3
	Mutter		Vater	
Bildungsgrad der Eltern				
Fachhochschule/ Universität	24	29	16	19.3

Abitur	8	17	8	11.3
Fachhochschulreife	15	6	10	4
Realschule	42	29	28	19.3
Hauptschule	10	12	6.7	8
Berufstätigkeit der Eltern				
Voll erwerbsfähig	20	75	13.3	50
Teilzeitbeschäftigt	39	2	26	1.3
Geringfügig beschäftigt	10	4	6.7	2.7
Unregelmäßig beschäftigt	2	2	1.3	1.3
Erwerbsunfähig	2	1	1.3	0.7
Im Haushalt tätig	19	0	12.7	0
Studium/ Ausbildung/ Umschulung	2	0	1.4	0
Rente	2	1	1.3	0.7
selbstständig	4	0	2.8	0
Anderweitige Tätigkeiten	0	5	0	3.3
Arbeitslos	3	4	2	2.7

Anmerkungen. w=weibliche Bezugsperson, m=männliche Bezugsperson.

Studientherapeuten

Die Behandlungen wurden von insgesamt 30 verschiedenen Therapeuten durchgeführt, davon waren 25 Frauen und 5 Männer. Es wurden 134 Patienten (89,3%) von Therapeutinnen betreut und 16 (10,7%) der Kinder und Jugendlichen der Stichprobe von männlichen Therapeuten.

2.5.2 Störungsspezifische Auswertung

Im Rahmen der störungsspezifischen Auswertung wurden analog der vom Wissenschaftlichen Beirat geforderten Anwendungsbereiche 1., 2. und 14. (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP), 2009) drei diagnostische Gruppen gebildet, die den diagnostischen ICD 10 - Kategorien *Angststörungen und Zwangsstörungen* (F40–F42; F93 und F93), *Affektive Störungen* (F3 und F94.1; F53) und *Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens* (F90; F91; F94.2–F94.9) zugeordnet werden können.

Die Gruppenzuordnung der Kinder und Jugendlichen in die einzelnen Störungsgruppen erfolgte über die Symptomscores störungsspezifischer Messinstrumente. Dabei ergaben sich folgende Gruppen:

- Störungsgruppe *Ängstlichkeit*
- Störungsgruppe *Depressivität*
- Störungsgruppe *Externalisierende Symptomatik*

Die Patienten konnten hierbei unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens eines bestimmten Störungsbildes (Ängstlichkeit, Depressivität, Externalisierende Symptomatik) mehr als einer Störungsgruppe zugeordnet werden. Folglich war es möglich, dass die Kinder und Jugendlichen nicht nur für eine Symptomatik als auffällig eingestuft wurden, sondern beispielsweise gleichzeitig als ängstlich *und* depressiv beschrieben wurden. Damit ergaben sich innerhalb jeder Störungsgruppen jeweils zwei weitere Untergruppen: *auffällig* bzw. *unauffällig* bezüglich einer dezidierten Symptomatik. Bei der Betrachtung der einzelnen Gruppen in der Auswertung wurde im Folgenden nicht beachtet, ob ein Patient nur einer Störungsgruppe zugeordnet werden konnte, oder ob er aufgrund seines Störungsbildes zusätzlich auch in einer weiteren Störungsgruppe als auffällig eingestuft wurde. Insgesamt konnten $N=114$ Patienten einem oder mehreren dieser Störungsbilder zugeordnet werden.

Es erfolgte also eine Aufteilung der Stichprobe in drei definierte Untersuchungskollektive mit jeweils zwei Subgruppen:

- *Störungsgruppe Ängstlichkeit*: Untergruppen Ängstlichkeit und keine Ängstlichkeit
- *Störungsgruppe Depressivität*: Untergruppen Depressivität und keine Depressivität
- *Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik*: Untergruppen Externalisierende Symptomatik und keine Externalisierende Symptomatik

Störungsgruppe Ängstlichkeit

Die Störungsgruppe Ängstlichkeit gliedert sich entsprechend des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens des Störungsbildes Ängstlichkeit in die Untergruppe *Ängstlichkeit*, bei der jegliche Kombinationen mit anderen Störungsbildern mit einbezogen wurden (77.2%), und in die Untergruppe *keine Ängstlichkeit*, in die 22.8% der Teilnehmer fielen.

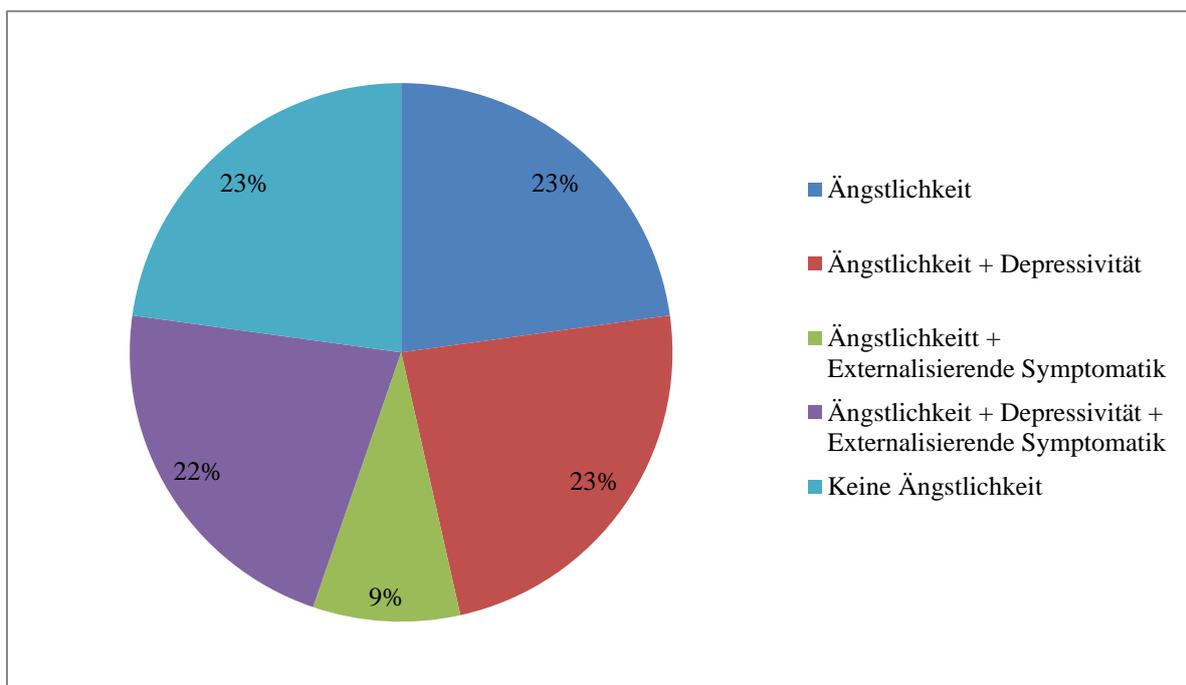
Die folgende Tabelle 2.2, sowie die Abbildung 2.2 zeigen die genauen Verteilungen der Störungsbilder in der Störungsgruppe Ängstlichkeit.

Tabelle 2.2 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Ängstlichkeit.

Symptomatik	N	%
Ängstlichkeit	26	22.8
Ängstlichkeit + Depressivität	27	23.7
Ängstlichkeit + Externalisierende Symptomatik	10	8.8
Ängstlichkeit + Depressivität + Externalisierende Symptomatik	25	21.9
Keine Ängstlichkeit	26	22.8

Anmerkungen. N= 114.

Abbildung 2.2 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Ängstlichkeit (N=114).



Störungsgruppe Depressivität

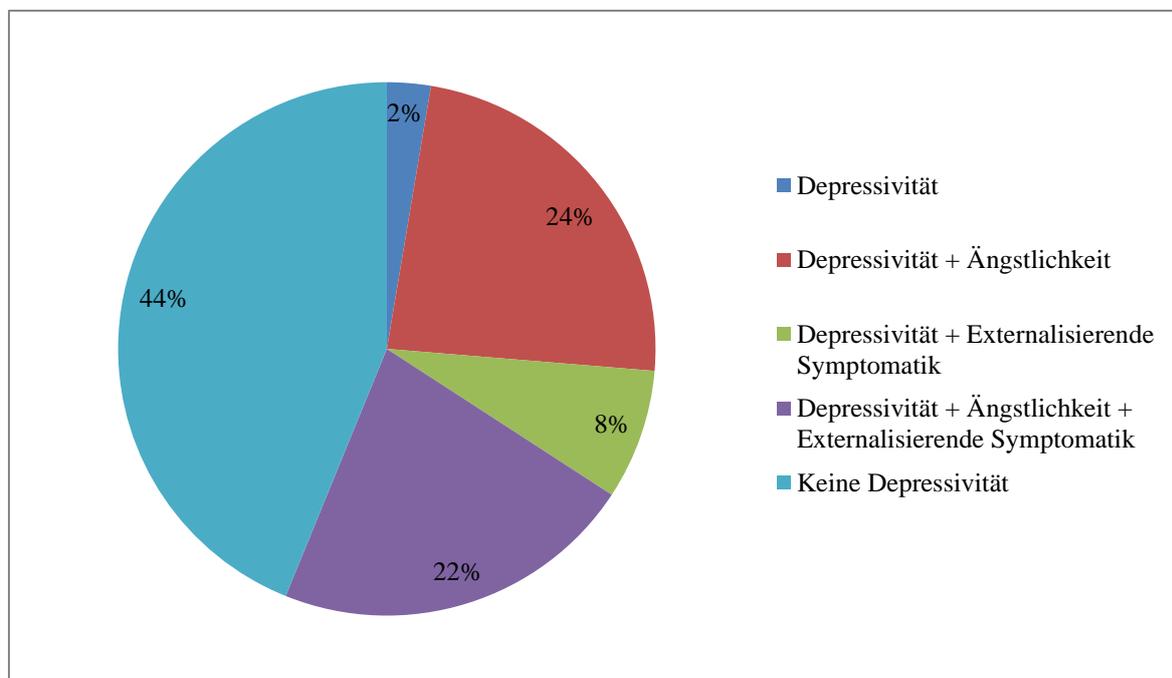
Innerhalb der Stichprobe zeigten 56.1% eine Form der Depressivität, während 43.9% der Teilnehmer entsprechend der Untersuchungskriterien als nicht depressiv eingestuft werden konnten (vgl. Tab.2.3 und Abb. 2.3).

Tabelle 2.3 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Depressivität.

Symptomatik	N	%
Depressivität	3	2.6
Depressivität + Ängstlichkeit	27	23.7
Depressivität+ Externalisierende Symptomatik	9	7.9
Depressivität + Ängstlichkeit + Externalisierende Symptomatik	25	21.9
Keine Depressivität	50	43.9

Anmerkungen. N=114.

Abbildung 2.3 Zusammensetzung der Stichprobe (N=114) in der Störungsgruppe Depressivität.



Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik

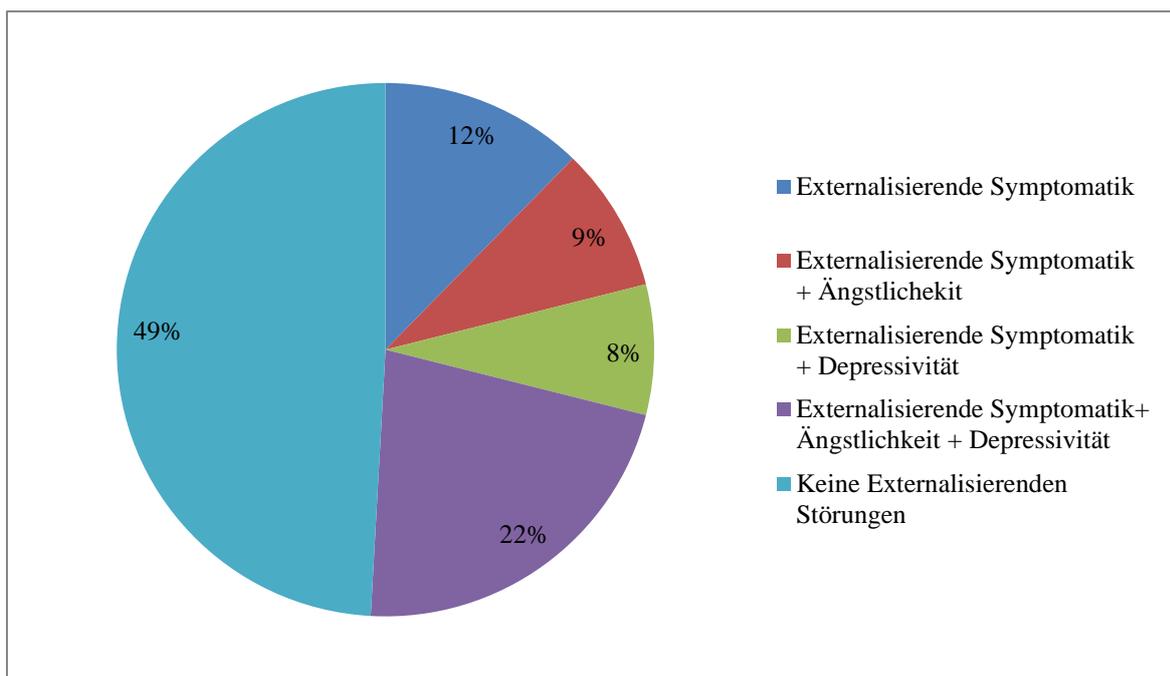
Bezüglich des Vorliegens einer externalisierenden Symptomatik gliederte sich das Patienten-Kollektiv in einen Anteil von $N=58$ Patienten (50.9%), die dieses Kriterium allein oder in Kombination mit einer der anderen Störungen erfüllten und einen Anteil von $N=56$ Patienten (49.1%), die hinsichtlich dieses Störungsbildes als klinisch unauffällig eingeordnet wurden (vgl. Tab. 2.4 und Abb. 2.4).

Tabelle 2.4 Zusammensetzung der Stichprobe in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik.

Symptomatik	N	%
Externalisierende Symptomatik	14	12.3
Externalisierende Symptomatik + Ängstlichkeit	10	8.8
Externalisierende Symptomatik + Depressivität	9	7.9
Externalisierende Symptomatik + Ängstlichkeit + Depressivität	25	21.9
Keine Externalisierende Symptomatik	56	49.1

Anmerkungen. $N=114$.

Abbildung 2.4 Zusammensetzung der Stichprobe ($N=114$) in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik.



2.6 Instrumente

Im Rahmen der Hamburger Studie zur Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden von den teilnehmenden Patienten, Eltern und Therapeuten verschiedenen Aspekte der psychischen Gesundheit erfragt. Die Operationalisierung erfolgte dabei über Fragebögen und ein standardisiertes semistrukturiertes diagnostisches Interview, zur Verifizierung der Diagnose nach ICD-Kriterien (Kiddie-SADS, Chambers et al., 1985; Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Stadler & Poustka, 2001).

Für die Fragebogenerhebung wurden standardisierte Instrumente eingesetzt. Die für die Fragestellung dieser Dissertation wichtigen Erhebungsinstrumente werden im Folgenden zunächst aufgelistet und anschließend genauer erläutert.

Zur Symptomerfassung

- Child Behavior Checklist (CBCL) - Elternperspektive
- Youth Self Report (YSR) - Kinder-/Jugendlichenperspektive
- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) – Ängste: Kinder- und Elternperspektive
- Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) - Depressivität: Kinder- und Elternperspektive

Zur Erfassung der Beeinträchtigungsschwere

- Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder (BSS-K) – Therapeutenperspektive

Zur Erfassung der familiären Funktionalität und Familiendynamik

- Allgemeinen Familienbögen (FB-A) - Kinder- und Elternperspektive
- Global Assessment of Relational Functioning (GARF) – Therapeutenperspektive

2.6.1 Symptomerfassung

Im Rahmen der störungsspezifischen Auswertung wurden analog zu den vom Wissenschaftlichen Beirat geforderten Anwendungsbereiche 1., 2. und 14 (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP), 2009) drei diagnostische Gruppen gebildet, die den diagnostischen ICD 10 - Kategorien *Affektive Störungen* (F3 und F94.1; F53), *Angststörungen und Zwangsstörungen* (F40–F42; F93 und F93) und *Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens* (F90; F91; F94.2–F94.9) zugeordnet werden können.

Die Gruppenzuordnung in die einzelnen Störungsgruppen erfolgte über die störungsspezifischen Messinstrumente CBCL/YSR, SCARED und DIKJ. Diese sollen hier kurz erläutert werden.

2.6.1.1 Child Behavior Checklist und Youth Self Report

Bei der *Child Behavior Checklist* (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) handelt sich um einen Elternfragebogen, der das Verhalten von Kindern und Jugendlichen erfragt und zu den am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Einschätzung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4-18 Jahren zählt. Die deutsche Version der CBCL wurde von Achenbach (1991) auf der Grundlage der englischen Version entwickelt.

Anhand des Fragebogens wird das Urteil der Eltern über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, sowie somatische Beschwerden der Kinder und Jugendlichen erfasst. Zur Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes stehen den Eltern drei Antwortmöglichkeiten von 0=„trifft nicht zu“ bis 2=„trifft genau zu“ zur Verfügung. Aus den Problem-Items werden insgesamt 8 Syndromskalen gebildet, die zu den drei Gruppen *internalisierende Auffälligkeiten* (bestehend aus den Skalen *sozialer Rückzug*, *körperliche Beschwerden* und *Ängstlich/Depressiv*), *externalisierende Auffälligkeiten* (bestehend aus den Skalen *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten*) und *gemischte Auffälligkeiten* (bestehend aus den Skalen *Soziale Probleme*, *Schizoid/zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsprobleme*) zusammengefasst sind. Zusätzlich lässt sich ein Summenscore aus allen 118 Items (ausgeschlossen sind Asthma/Allergien) bilden. Dieser Summenscore kann als Indikator für die Gesamtauffälligkeit des Kindes/Jugendlichen betrachtet werden. Der Cut-off-Wert zur Abschätzung der klinischen Auffälligkeit liegt bei 63.

Neben dem Elternfragebogen (CBCL/4-18) bestehen weitere von diesem Fragebogen abgeleitete Instrumente. Dazu gehört auch der Fragebogen für Jugendliche (Youth Self Report (YSR); Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993, 1998; deutsche Fassung des Youth Self-Report, Achenbach, 1991). Der *Youth Self Report* stellt das Selbstbeurteilungsmodul der CBCL für Kinder und Jugendliche im Alter von 11-18 Jahren dar und ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut. Wie die CBCL umfasst auch der YSR 118 Items zu Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Auffälligkeiten.

Das Verfahren ist wegen seiner standardisierten Instruktion und Normierung objektiv in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation. Reliabilität und Validität beider Fragebögen können als gegeben angesehen werden (Döpfner et al. 1994). Für den CBCL wurde in einer Studie von Bettge und Kollegen ein Cronbachs Alpha von .93 ermittelt und damit eine exzellente Reliabilität nachgewiesen (Bettge et al., 2002).

2.6.1.2 Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

Der *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) von Birmaher und Kollegen (Birmaher et al., 1999; Birmaher et al., 1997) ist ein psychometrischer Fragebogen zur systematischen Erfassung der Ausprägung verschiedener Angstdiagnosen (entsprechend der DSM-IV-Klassifikation für Angststörungen: Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Störung mit Trennungsangst und Schulangst) im Selbst- und Elternurteil bei Kindern und Jugendlichen. Die autorisierte Übersetzung ins Deutsche wurde 2002 vorgenommen (SCARED-D, Plass et al., 2002). Gemäß der ICD-10-Klassifikation kann der Fragebogen für phobische Störungen und Angststörungen (F40, F41), sowie für kindheitsspezifische Ängste (F93.0, F93.1 und F93.2) eingesetzt werden. Der Altersbereich reicht von 8 bis 18 Jahre. Die hier eingesetzte Version umfasst 41 Items, die sich auf unterschiedliche Angstsymptome beziehen. Diese werden mittels einer Eltern- und einer Kinderversion mit parallel formulierten Items erhoben und auf einer dreistufigen Ratingskala von 0=„nicht wahr oder fast nie wahr“ bis 2=„wahr oder oftmals wahr“ bewertet. Aus den Items können fünf störungsspezifische Subskalen, sowie ein Gesamtscore gebildet werden.

Insgesamt ist der SCARED aufgrund seiner standardisierten Instruktion objektiv in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation. Die diskriminante Validität, und auch die Reliabilität des SCARED ist mit einem Cronbachs Alpha von .91 gegeben und als gut zu bezeichnen (Essau et al., 2002). Die Test-Retest-Reliabilität der Originalversion liegt für den Ge-

samtwert bei ICC=.86 und für die verschiedenen Skalen zwischen .70 und .90 (Birmaher et al., 1997).

2.6.1.3 Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche

Das *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche* (DIKJ) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das der Erfassung des Schweregrades einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren dient (Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2000). Es besteht aus 26 Items, die mittels einer dreistufigen Ratingskala die Ausprägung einer großen Bandbreite depressiver Symptomatik, sowie häufige Begleiterscheinungen, der Kindern und Jugendlichen erfragt. Das DIKJ ist die deutsche Version des von *Beck's Depressions Inventar* (BDI, Hautzinger et al., 1993) abgeleiteten *Children's Depression Inventory* (CDI) von Kovacs (1992).

Der Cronbachs Alpha der hier verwendeten, überarbeiteten 26-Item-Version betrug für eine Gesamtstichprobe ($N=2415$) .84, die Split-half-Reliabilität lag bei .82. Es zeigte sich zudem eine gute konvergente und diskriminative Validität (Stienmeier-Pelster et al., 2000).

2.6.2 Erfassung der familiären Funktionalität und Familiendynamik

Zur Operationalisierung der familiären Funktionalität und Familiendynamik kamen die Erhebungsinstrumente FB-A (Kinder- und Elternperspektive) und GARF (Therapeutenperspektive) zum Einsatz. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

2.6.2.1 Beurteilung der Familienfunktionalität durch Patienten und Eltern

Die Familienbögen

Bei den Familienbögen (FB) handelt es sich um ein familiendiagnostisches Instrument, das für die Familiendiagnostik und die Familientherapie entwickelt wurde und aus insgesamt drei Modulen besteht:

FB-A: Im *Allgemeinen Familienbogen* wird die Familie als System fokussiert.

FB-Z: Der *Zweierbeziehungsbogen* untersucht die Beziehungen zwischen bestimmten Dyaden.

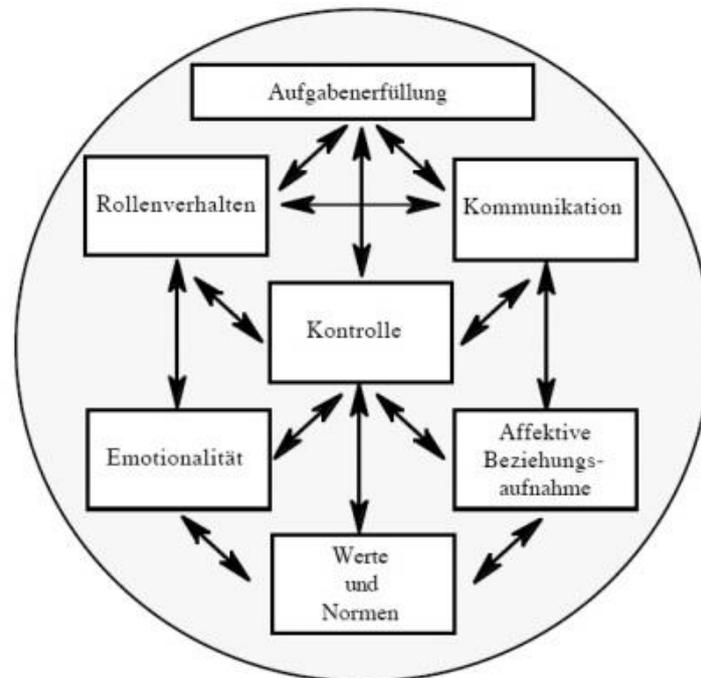
FB-S: Im *Selbstbeurteilungsbogen* wird nach der Funktion des einzelnen Familienmitglieds in der Familie gefragt.

Die Familienbögen stellen ein Selbstberichtsinstrument dar, das sich von anderen familiendiagnostischen Instrumenten vor allem durch die folgenden drei Charakteristika unterscheidet (vgl. Allgemeine Familienbögen, Modul A; Cierpka & Frevert, 1994):

1. Die Familienbögen basieren auf einem Prozessmodell, das erklären kann, wie eine Familie funktioniert.
2. Der familiäre Prozess wird aus drei Perspektiven beschrieben: der individuellen, der dyadischen und der gesamtfamiliären Perspektive.
3. Für 5 lebenszyklische Phasen wurden Referenzwerte erarbeitet, die eine entwicklungsorientierte Familiendiagnostik ermöglichen.

Anhand der Familienbögen haben die einzelnen Familienmitglieder die Möglichkeit, die Familie aus ihrer Perspektive mithilfe vorgegebener Items zu beschreiben und familiäre Probleme aufzudecken. Zweierbeziehungsbogen (FB-Z) und Selbstbeurteilungsbogen (FB-S) verfügen über jeweils 28 Items. Der Allgemeine Familienbogen (FB-A) enthält zusätzlich 12 Items für die Kontrollskalen *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr*. Die Einschätzungen werden schließlich zu sieben Bereichen (Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle und Werte und Normen) zusammengefasst, die als theoretische Dimensionen des *Familienmodells* (Abb.: 2.5) aufzufassen sind und das Problemlöseverhalten in Familien erfassen können. In den Familienbögen sind sie als Skalen operationalisiert.

Abbildung 2.5 Das Familienmodell in Anlehnung an das „Process Model of Family Functioning“ (vgl. Cierpka und Frevert, 1994).



Das Familienmodell beschreibt das Interagieren relevanter Variablen, die die Organisation und Funktionalität einer Familie erklären können. Es bietet darüber hinaus die Möglichkeit, die Familiendynamik vor dem Hintergrund einer integrierten theoretischen Konzeption besser zu verstehen. Allerdings macht es keine Aussage über die Qualität der Einbindung der Familie in das soziale Umfeld, es konzentriert sich allein auf die innerfamiliären Parameter. Über die sieben Skalen des Familienmodells kann grafisch ein Profil der Familie erstellt werden, das die familiären Probleme in den einzelnen Bereichen wiedergibt. Hierzu können die Rohwerte der Skalen in T-Werte überführt werden. Entwickelt wurden die Familienbögen für Erwachsene sowie Kinder ab 12 Jahren. Dank des modularen Aufbaus der Familienbögen ist es möglich, je nach Fragestellung nur einen bestimmten Bogen herauszugreifen oder gegebenenfalls auch verschiedene Bögen miteinander zu kombinieren.

Der Allgemeine Familienbogen (FB-A)

Die Messung der gesamtfamiliären Funktionalität erfolgte in der Hamburger Studie über das Allgemeine Modul der Familienbögen (FB-A, Cierpka und Frevert, 1994). Der FB-A ist ein

40 Items umfassendes Modul, welches der Erfassung der gesamten familiären Perspektive dient. Mit Hilfe des allgemeinen Familienbogens können Stärken und Schwächen in familiären Lebensformen, sowie die Entwicklungsschritte der Familie im Zeitverlauf abgebildet werden. Um eine Berücksichtigung der Veränderungen in den Dimensionen des Familienmodells über die lebenszyklischen Phasen hinweg zu erzielen, wurden in den Familienbögen Referenzwerte für 5 lebenszyklische Phasen gebildet. Bei der Erstellung dieser Referenzwerte wurde die unterschiedliche Wahrnehmung des familiendynamischen Prozesses von Müttern, Vätern und Kindern berücksichtigt (vgl. Die Familienbögen; Cierpka & Frevert, 1994):

- Phase 1* Die werdende Familie: Paare, die ihr erstes Kind erwarten
- Phase 2* Die Familie mit einem Säugling: Paare nach der Geburt des ersten Kindes
- Phase 3* Familien mit jüngeren Kindern: ältestes Kind im Haushalt 1 - 11 Jahre
- Phase 4* Familien mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz: ältestes Kind im Haushalt mindestens 12 Jahre
- Phase 5* Paare in der Lebensmitte nach Auszug der Kinder

Für den FB-A liegen Referenzwerte für die lebenszyklischen Phasen 3 und 4 vor. Diese sind getrennt für Mütter und Väter und für Phase 4 zusätzlich für die Kinder.

Der Allgemeine Familienbogen enthält zusätzlich zu den 7 Dimensionen *Aufgabenerfüllung*, *Rollenverhalten*, *Kommunikation*, *Emotionalität*, *Affektive Beziehungsaufnahme*, *Kontrolle* und *Werte und Normen*, die die Ressourcen und Probleme einer Familie erfassen, die beiden Kontrollskalen *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr*. Die Einschätzung der somit insgesamt 40 Items des FB-A erfolgt auf einer vierstufigen Ratingskala. In den Familienbögen bewegen sich die Ratingscores zwischen 0 und 3. Entsprechend der Itempolung steht ein hoher Wert für eine Schwäche in der Familie. Die Skalenrohwerte können anhand von Referenzwertetabellen für die verschiedenen lebenszyklischen Phasen und die verschiedenen Familienmitglieder zu T-Werten transformiert werden. Die T-Werte haben einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10. Folglich indiziert $T < 50$ eine Ressource, $T > 50$ einen Problembereich. Durch die grafische Darstellung der T-Werte ergeben sich Profile, die Aussagen über die Funktionalität der Familie, sowie deren Stärken und Schwächen in den verschiedenen Dimen-

sionen des Prozessmodells machen. Tabelle 2.5 stellt die Itemanzahl und ein jeweiliges Beispielitem der insgesamt 9 Skalen des Allgemeinen Familienbogens dar.

Tabelle 2.5 Die Skalen des Allgemeinen Familienbogens.

Skala	Itemzahl	Beispielitem
Aufgabenerfüllung	4	Wir versuchen, Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben.
Rollenverhalten	4	Wir müssen uns meistens gegenseitig daran erinnern, was in der Familie von den einzelnen getan werden muss.
Kommunikation	4	Wir nehmen und Zeit, einander anzuhören.
Emotionalität	4	Wir teilen einander mit, was und gerade stört.
Affektive Beziehungsaufnahme	4	Eigentlich vertrauen wir einander nicht.
Kontrolle	4	Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären
Werte und Normen	4	In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.
Soziale Erwünschtheit	6	Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeine Familie besser klarkommt als unsere.
Abwehr	6	Wir werden nie wütend in unserer Familie.

Teststatistische Gütekriterien

Die von Cierpka und Frevert (1994) berichteten teststatistischen Gütekriterien basieren auf einer Stichprobe von $N=186$ Familien, während die Stichprobe für die Referenzwerte auf $N=218$ erweitert wurde. Für den allgemeinen Familienbogen ergaben sich hieraus $N=150$ Erwachsene, die alle mit ihren Kindern unterschiedlichen Alters zusammenleben. Für die Untersuchung der Konsistenz der Familienbögen lag eine selektierte Stichprobe von „Normalfamilien“ vor.

Skalenkonsistenz

Die Beurteilung der Skalenkonsistenz erfolgte anhand des Alpha-Koeffizienten von Cronbach und des Trennschärfekoeffizienten. Im Allgemeinen Familienbogen lagen die Reliabilitätswerte von sechs der Skalen zwischen $\alpha=.51$ und $\alpha=.75$. Nur die Skala *Werte und Normen* weist eine niedrige Reliabilität mit einem Cronbach- α von .45 auf. Die Reliabilitätswerte für die jeweils 6 Items umfassenden Kontrollskalen *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr* liegen mit $>.75$ hoch. In dieser auf „Normalfamilien“ basierenden Stichprobe wurden keine negativen Trennschärfekoeffizienten gefunden (Cierpka und Frevert, 1994).

Skaleninterkorrelationen

Da die sieben Dimensionen des Familienmodells funktional verknüpft sind und sie sich gegenseitig beeinflussen sollen, ergibt sich auch eine empirische Korrelation der sieben Skalen.

Der allgemeine Familienbogen weist Skaleninterkorrelationen zwischen .28 und .63 auf. Am höchsten korrelieren die Skalen *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität*, *Kommunikation* und *Affektive Beziehungsaufnahme*. Die Skalen *Werte und Normen* und *Rollenverhalten* enthalten die meisten unabhängigen Anteile (Cierpka und Frevert, 1994).

Deskriptive Statistiken für den Allgemeinen Familienbogen

Für die in dieser Studie anhand des Allgemeinen Familienbogens erhobenen Skalen werden nachfolgend die deskriptiven Statistiken und Reliabilitäten erläutert und tabellarisch dargestellt. Des Weiteren werden die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Prüfung der Normalverteilungsannahme berichtet. Die Berechnung der an dieser Stelle aufgeführten Ergebnisse erfolgte jeweils auf Basis der für die Gesamtstichprobe von $N=150$ Patienten vorliegenden Daten. Eine Ersetzung von fehlenden Daten fand nicht statt. Beim FB-A wurden 20% Missings akzeptiert.

Zur Beurteilung der internen Konsistenz der Skalen des Allgemeinen Familienbogens wird der Alpha-Koeffizient von Cronbach herangezogen. Grundlage der Berechnung von Cronbach's Alpha sind die Ergebnisse der zu Therapiebeginn von Patienten, Müttern und Vätern ausgefüllten Fragebögen. Die folgende Tabelle (Tabelle 2.6) zeigt den Mittelwert (M), die

Standardabweichung (SD) und Cronbach's Alpha (α) als Maß für die Reliabilität der erhobenen Skalen des FB-A.

Tabelle 2.6 Deskriptive Statistiken und Reliabilitäten der Skalen des Allgemeinen Familienbogens. Mutter-, Vater und Patientenurteil.

Skala	Mutter			Vater			Patient		
	M	SD	α	M	SD	α	M	SD	α
Aufgabenerfüllung	51.83	9.17	.644	51.39	11.49	.719	56.72	12.17	.789
Rollenverhalten	51.83	8.78	.645	53.30	8.51	.685	52.11	9.39	.662
Kommunikation	55.23	12.72	.518	52.00	12.72	.741	55.02	11.29	.617
Emotionalität	54.63	11.48	.619	51.65	11.65	.707	56.09	11.84	.658
Affektive Beziehungsaufnahme	51.28	12.34	.726	53.64	12.42	.678	55.10	13.08	.775
Kontrolle	50.02	11.17	.475	52.23	12.57	.684	51.69	11.56	.561
Werte und Normen	50.70	10.14	.463	50.75	10.26	.525	51.64	11.48	.697
Soziale Erwünschtheit	46.29	8.67	.763	45.94	9.94	.799	45.03	9.53	.828
Abwehr	50.14	8.71	.660	51.15	8.63	.750	45.92	9.23	.725

Anmerkungen. $N=101-109$ Mütter, $N=70-73$ Väter, $N=79-82$ Patienten; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; α =Cronbach's Alpha.

Die Mittelwerte für die Items der Skalen des Allgemeinen Familienbogens liegen insgesamt zwischen $M=50.02$ und $M=56.72$, die Standardabweichungen variieren zwischen $SD=8.51$ und $SD=13.08$. Die Familienfunktionalität wird damit von den Patientenfamilien, verglichen mit der Referenzstichprobe des Manuals zu den Familienbögen (Cierpka und Frevert, 1994), bestehend aus klinisch unauffälligen Familien, negativer eingeschätzt. Die ermittelten Reliabilitätswerte für den FB-A liegen zwischen $.46$ und $.82$. Dabei weist die Kontrollskala *Soziale Erwünschtheit* mit Cronbach- α -Werten von $\geq .76$ die beste interne Konsistenz auf. Die im Handbuch zu den Familienbögen angegebenen Reliabilitätswerte für den Allgemeinen Familienbogen sind in einem ähnlichen Bereich angesiedelt, wie die im Rahmen dieser Studie ermittelten Werte, sie liegen zwischen $.45$ und $.80$ (Cierpka und Frevert, 1994). Unter Berücksichtigung der Breite der zugrundeliegenden theoretischen Dimensionen und der Kürze der Skalen können die Reliabilitätskoeffizienten insgesamt als befriedigend bezeichnet werden.

Normalverteilung

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Kolmogorov-Smirnov-Z-Wert ($p \leq .05$) für die Skalen *Werte und Normen* im Patientenurteil und *Affektive Beziehungsaufnahme* im Mutterurteil und im Elternurteil (Bortz, 2006; Bühl, 2010). Bei diesen Skalen kann somit keine Normalverteilung für die Daten des Allgemeinen Familienbogens angenommen werden. Bei allen übrigen Skalen des FB-A ist hingegen eine Normalverteilung gegeben.

Korrelation der Skalen des Allgemeinen Familienbogens

Aus den sieben Skalen des Allgemeinen Familienbogens (Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Werte und Normen) wurden *Gesamtsummenscores* gebildet. Diese stellen das familiäre Funktionsniveau insgesamt dar. Zuvor wurde anhand von Produkt-Moment-Korrelationen nach Bravais und Pearson überprüft, inwieweit die Skalen untereinander korrelieren. Für die nicht normalverteilten Skalen wurde auf Rangkorrelationen nach Spearman zurückgegriffen. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle für das Patienten- und Elternurteil (Tab. 2.7) dargestellt.

Tabelle 2.7 Korrelation der Skalen des Allgemeinen Familienbogens.

Skala	1	2	3	4	5	6	7
1 Aufgabenerfüllung		.65***	.70***	.75***	.60***	.63***	<u>.58***</u>
2 Rollenverhalten	.50***		.54***	.45***	.55***	.57***	<u>.48***</u>
3 Kommunikation	.53***	.45***		.73***	.70***	.57***	<u>.65***</u>
4 Emotionalität	.65***	.42***	.55***		.71***	.58***	<u>.67***</u>
5 Affektive Beziehungsaufnahme	<u>.59***</u>	<u>.40***</u>	<u>.43***</u>	<u>.55***</u>		.59***	<u>.58***</u>
6 Kontrolle	.40***	.36***	.47***	.44***	<u>.47***</u>		<u>.47***</u>
7 Werte und Normen	.41***	.35***	.37***	.45***	<u>.40***</u>	.35***	

Anmerkungen. Pearson's r. Unterstrichen=Spearman's Rho (r_s). $N=73-78$ Patienten, $N=113-115$ Eltern. * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$ für das Signifikanzniveau (zweiseitige Testung) der Korrelationen. Kursiv= Patientenurteil. Standard=Elternurteil.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Skalen hochsignifikant untereinander korrelieren ($p \leq .001$). Die Korrelationskoeffizienten nach Pearson variieren zwischen $r = .35^{***}$ (Rollenverhalten/Werte und Normen) und $r = .75^{***}$ (Aufgabenerfüllung/Emotionalität). Die Korrelationskoeffizienten nach Spearman liegen zwischen $r = .40^{***}$ (Affektive Beziehungsaufnahme/Werte und Normen) und $r = .67^{***}$ (Emotionalität/Werte und Normen) Die Werte zeigen damit mittlere bis große Zusammenhänge zwischen den Skalen des Allgemeinen Familienbogens.

2.6.2.2 Beurteilung der Familienfunktionalität durch die Therapeuten

Global Assessment of Relational Functioning Scale

Die Therapeuten der Kinder und Jugendlichen bewerteten die generelle Funktionsfähigkeit des familiären Beziehungssystems mit Hilfe der *Global Assessment of Relational Functioning Scale* (GARF; Group for the Advancement of Psychiatry, 1996). Bei der GARF-Skala handelt es sich um ein Instrument, das der globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen dient. Sie stellt eine Methode zur Beschreibung und Quantifizierung des Beziehungsumfeldes dar, in dem Personen leben und in dem ihre Probleme auftreten. Bei dem Beziehungssystem kann es sich um ein Paar, eine Familie, oder ein bestimmtes Netzwerk handeln.

Entwickelt wurde die GARF-Skala vom *Committee on the family* der *Group for the Advancement of the psychiatry*, um eine eigene Beziehungsachse im DSM (Diagnostic and Statistic Manual) der American Psychiatric Association zu etablieren. Sie wurde analog zur Achse V (Global Assessment of Functioning, GAF) des DSM-IV konstruiert und stellt eine sinnvolle und kompatible Ergänzung zur bereits bestehenden Achse IV (psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme) dar. Bei der Gestaltung der GARF-Skala konnte die Gruppe auf eine Reihe von Prozessmodellen für Familien zurückgreifen. Dazu gehören das *Beavers Systems Model* (Beavers et al., 1990), das *Olson Circumplex Model* (Olson et al., 1979) und das *McMaster Family Model* (Epstein et al., 1978), welches auch als Grundlage für das *Process Model of Family Functioning* (Steinhauer et al., 1984) bzw. das *Familienmodell* (Cierpka, 1996) diente.

Es handelt sich um eine Skala von 0 bis 100, die in fünf umschriebene Kategorien unterteilt ist und ein Spektrum von einem optimalen Funktionieren der Beziehungen bis zur zerstörten, dysfunktionalen Beziehung einschließt („gut funktionierendes“ bis „sehr schwer gestörtes“

Beziehungssystem). Die globale Therapeuteneinschätzung erfolgt innerhalb dieser Ratingskala in den fünf Funktionsbereichen 1-20, 21-40, 41-60, 61-80 und 81-100, die in Tabelle 2.8 dargestellt sind. Die Werte nehmen dabei mit höherem Funktionsniveau zu.

Tabelle 2.8 Die fünf Funktionsbereiche der GARF-Skala.

80-100	Die Beziehungseinheit funktioniert nach Selbstbericht der Beteiligten und aus der Perspektive von Beobachtern zufriedenstellend.
61-80	Das Funktionieren der Beziehungseinheit ist irgendwie unbefriedigend. Über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst.
41-60	Die Beziehungseinheit hat gelegentlich Zeiten des befriedigenden und kompetenten Funktionierens miteinander, aber deutlich dysfunktionale, unbefriedigende Beziehungen überwiegen tendenziell.
21-40	Die Beziehung ist offensichtlich und ernstlich dysfunktional; die Art und Weise und der Zeitraum des Zusammenseins sind selten zufriedenstellend.
1-20	Die Beziehungseinheit ist zu dysfunktional geworden, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten.
0	Unzureichende Informationen.

Die Beurteilung der Therapeuten erfolgt dabei in drei Bereichen:

- A. *Problemlösung*: Fähigkeit, Ziele und Regeln auszuhandeln; Bewältigung von Routine-tätigkeiten, Umgang mit Stress und Belastungen; Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zur Konfliktlösung.
- B. *Organisation*: Aufrechterhaltung von interpersonellen Rollen und Subsystemgrenzen; Funktionieren in Hierarchien; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.
- C. *Emotionales Klima*: Qualität der Sorge für andere, Empathie und Bindung; gegenseitige Wertschätzung; wechselseitiges affektives Verständnis; Respekt und Achtung; Qualität der sexuellen Beziehung.

Abschließend erfolgt eine globale Einschätzung über alle drei genannten Dimensionen.

Verlaufsuntersuchungen mit dem GARF

Mit dem GARF ist es möglich, in Verlaufsuntersuchungen Veränderungen in der familiären Funktionalität zu erfassen. Als Beispiel sei hier eine Studie von Zander und Kollegen (2001) zu nennen, die in einem Prä-post-Follow-up-Design die Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie untersuchte. Mit der GARF-Skala gelang es, die Sichtweise der Therapeuten hinsichtlich der Funktionalität der Familien zu erheben. Dabei gaben die Therapeuten im Durchschnitt eine deutliche Verbesserung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems an ($p < .001$, $d = .87$).

Gütekriterien

Die bisherigen Studien zur statistischen Absicherung der Gütekriterien der GARF-Skala beziehen sich vor allem auf Aspekte der Interraterreliabilität und Übereinstimmungsvalidität.

Reliabilität

Dausch und Kollegen (1996) berichten unter Verwendung des Intra-Class-Korrelationskoeffizienten (ICC) über eine Interraterreliabilität von $.72$ ($p < .001$) bei $N=43$ Familien. Bohlen (1997) verwendete in ihrer Reliabilitätsuntersuchung den Alpha-Koeffizienten von Cronbach (1951) als Maß für die Urteils Konkordanz. Bei dem Vergleich des Urteils von 12 Familientherapeuten, die 9 Familien einschätzten, betrug Cronbach's α für die GARF-Gesamtbewertung $.91$. Mottarella und Kollegen legten 2001 eine besonders aussagekräftige und differenzierte Studie zur GARF-Reliabilität vor (Stasch und Cierpka: Beziehungsdiagnostik mit der GARF-Skala, 2006). Zugrunde liegt dieser Untersuchung die sogenannte Generalisierbarkeitstheorie (Cronbach et al., 1963), die als Erweiterung des „klassischen“ Reliabilitätskonzeptes entwickelt wurde. Die GARF-Bewertung wurde hier von 32 Diagnostikern mit unterschiedlicher klinischer Erfahrung bei 5 sogenannten Beziehungseinheiten durchgeführt. Insgesamt ergab sich ein *Generalizability Coefficient* (GC) von $.93$. Des Weiteren wurde die GC-Reliabilität für 2 Subgruppen von Diagnostikern berechnet (mit bzw. ohne familientherapeutische Weiterbildung). Die GC-Reliabilitäten unterschieden sich mit $.95$ für die Rater ohne Weiterbildung und $.97$ für die Rater mit Weiterbildung kaum voneinander.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die bisherigen Ergebnisse zur Interraterreliabilität des GARF als befriedigend bis gut bezeichnen lassen.

Validität

Zur kriteriumsbezogenen Validierung von Dysfunktionalitäten in Beziehungssystemen sind verschiedene Konstrukte herangezogen worden. Hervorzuheben sind hier vor allem das Konzept der Expressed Emotion (EE; Dausch et al., 1996), emotional-verbales Interaktionsverhalten innerhalb des Beziehungssystems (Dausch et al., 1996), familiäre bzw. eheliche Zufriedenheit (Wilkins und White, 2001) sowie familiäre Risikofaktoren (Rosen et al. 1997). Jeong (2005) verglich in seiner Studie die GARF-Einschätzung unter anderem mit der Einschätzung der familiären Funktionalität anhand von Familienbögen (FB; Cierpka und Frevert, 1994). Der FB-A Gesamtrahwert korrelierte hier erwartungsgemäß negativ mit dem GARF-Gesamtwert ($r=-.58$, $p<.001$).

Insgesamt dokumentieren die verschiedenen Studienergebnisse eine zufriedenstellende Übereinstimmungsvalidität mit für die Beurteilung von Qualität und Funktionalität von Beziehungssystemen klinisch fundierten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten (Stasch und Cierpka, 2006).

Deskriptive Statistiken für die GARF-Skala

Die deskriptiven Werte der *GARF-Skala* zeigt die folgende Tabelle (Tab. 2.9). Die Ergebnisse basieren auf den zu Therapiebeginn erhobenen Daten.

Tabelle 2.9 Deskriptive Statistiken und Reliabilitäten der GARF-Skala.

Skala	N	M	SD
GARF	136	57.77	16.00

Anmerkungen. N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

Der Mittelwert liegt hier bei $M=57.77$, die Standardabweichung bei $SD=16.00$. Dieser GARF-Mittelwert deutet auf Beziehungseinheiten hin, die gelegentlich Zeiten des befriedigenden und kompetenten Funktionierens miteinander ausweisen, in denen aber tendenziell dysfunktionale, unbefriedigende Beziehungen überwiegen.

Normalverteilung

Die zu Therapiebeginn mit der GARF-Skala erhobenen Daten sind laut Kolmogorov-Smirnov-Teststatistik normalverteilt ($p \geq .05$). Für die zu Therapieende erhobenen Werte zeigen die Ergebnisse einen signifikanten Kolmogorov-Smirnov-Z-Wert ($p \leq .05$). Folglich kann hier nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden.

2.6.3 Erfassung des Behandlungserfolges

Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche

Die Operationalisierung des Behandlungserfolges erfolgt mit Hilfe des *Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche* (BSS-K). Hierbei handelt es sich um ein Instrument zur Einschätzung des Schweregrades einer psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen. Entwickelt wurde der BSS-K von Fahrig, Hartmann, Kronmüller und Rudolf (1996) auf der Basis des Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) für den Erwachsenenbereich (Schepank, 1995). Die Einschätzung des jeweiligen Schweregrades erfolgt im BSS-K vor einem psychodynamischen Hintergrund. Dabei wird nicht nur das allgemeine Funktionsniveau, sondern auch die Beeinträchtigung in diesem Funktionsniveau durch die psychogene Erkrankung beurteilt. Die Einschätzung erfolgt über die zentralen Bereiche der Therapieevaluation in vier verschiedenen Dimensionen:

1. Psychische Beeinträchtigung
2. Körperliche Beeinträchtigung
3. Sozial-kommunikative Beeinträchtigung
 - a. mit den Eltern
 - b. mit Geschwistern
 - c. mit Freunden
4. Beeinträchtigung im Leistungsbereich

In jeder Dimension erfolgt die Beurteilung auf fünf Stufen (0 bis 4), die über Fallbeispiele definiert sind. Die Störungsschwere kann schließlich über einen BSS-K-Gesamtwert aus den

verschiedenen Dimensionen definiert werden. Grundlage der Beurteilungen sind Informationen von Patienten und Eltern.

Der BSS-K wurde im Rahmen einer Studie von Kronmüller und Kollegen (2008) erfolgreich zur Bestimmung des Therapieerfolgs mithilfe der Konzepte der *Klinischen Signifikanz* (KS) und des *Reliable Change Index* (RC) eingesetzt.

Reliabilität

In der Studie von Kronmüller und Kollegen (2008) zu Familienfunktionalität und Therapieerfolg anhand einer Stichprobe von $N=54$ Kindern und Jugendlichen, die sich in ambulanter psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie befanden, sowie deren Eltern, lag die Interraterreliabilität für die Einschätzung des BSS-K zwischen .73 und .84 für die einzelnen BSS-K-Skalen und bei .80 für den Gesamtwert. Die Überprüfung der Retestreliaibilität ergab einen Koeffizienten zwischen .73 und .86 für die einzelnen Skalen und .84 für den Gesamtwert.

Deskriptive Statistiken für den BSS-K

Die deskriptiven Statistiken für den BSS-K sind in der folgenden Tabelle (Tab. 2.10) dargestellt. Die Ergebnisse basieren auf den zu Therapiebeginn erhobenen Daten. Fehlende Werte wurden nicht ersetzt, es wurde ein fehlender Wert toleriert.

Tabelle 2.10 Deskriptive Statistik und Reliabilität des BSS-K.

Skala	N	M	SD	α
BSS-K	95	1.65	1.06	.602

Anmerkungen. N =Stichprobengröße, M =Mittelwert, SD =Standardabweichung, α =Cronbach's Alpha.

Für die Items des Beeinträchtigung-Schwere-Score für Kinder und Jugendliche ergibt sich ein Mittelwert von $M=1.65$, die Standardabweichung liegt bei $SD=1.06$. Die Skala weist einen Alpha-Koeffizienten von .602 auf.

Da für die Fragestellung dieser Dissertation in erster Linie die Veränderung des BSS-K zur Beurteilung des Therapieerfolgs von Interesse ist zeigt Tabelle 2.11 vergleichend die Mittelwerte für Therapiebeginn und Therapieende.

Tabelle 2.11 Die Veränderung des BSS-K von Therapiebeginn zu Therapieende.

	N	Therapiebeginn		Therapieende		MD	SD
		M	SD	M	SD		
Veränderung BSS-K	80	10.30	3.56	4.85	3.70	5.45	3.96

Anmerkungen. N=Stichprobengröße; M=Mittelwert; SD=Standartabweichung; MD=Mittlere Differenz.

Es ist eine deutliche Verringerung der Beeinträchtigungsschwere von Therapiebeginn (M=10.30) zu Therapieende (M=4.85) zu erkennen (MD=5.45).

Normalverteilung

Die Normalverteilung wurde für die Daten zur Veränderung des BSS-K von Therapiebeginn zu Therapieende geprüft. Die Ergebnisse zeigen keinen signifikanten Kolmogorov-Smirnov-Z-Wert ($p > .05$) (Bortz, 2006; Bühl, 2010). Somit kann eine Normalverteilung für diese Daten angenommen werden.

2.7 Statistische Verfahren

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Version 20.0 für Windows. Die Skalen der eingesetzten Messinstrumente wurden als *intervallskaliert* angenommen und sind damit für höhere statistische Analysen geeignet (Bortz & Döring, 2006; Kähler, 2010). Die Voraussetzungen für die verwendeten statistischen Verfahren wurden jeweils geprüft:

Vergleich der Einschätzung der Familienfunktionalität durch die Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten

Fragestellung 1:

Bestehen Übereinstimmungen in der Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patient/ Mutter/ Vater/ Therapeut?

Hypothese 1:

Die Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten unterscheidet sich mit weniger als kleiner Effektstärke.

Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgt anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung, sowie Produkt-Moment-Korrelationen nach Bravais und Pearson (Bortz, 2006). Da die Ergebnisse des Allgemeinen Familienbogens (Patientenurteil, Mütterurteil, Väterurteil) nicht direkt mit der Therapeuteneinschätzung anhand der GARF-Skala vergleichbar sind, erfolgt mithilfe der ANOVA zunächst nur ein Vergleich der Urteile von Patienten, Müttern und Vätern. Anschließend werden die Zusammenhänge zwischen den aus den 7 Skalen des Allgemeinen Familienbogens gebildeten Gesamtsummenscores für Patienten-, Mütter- und Väterurteil und dem GARF-Wert anhand von Produkt-Moment-Korrelationen betrachtet. Bei nicht normalverteilten Daten werden stattdessen non-parametrische Rangkorrelationen nach Spearman als Analyseverfahren verwendet (Bühl, 2010; Kähler, 2010). Nach Cohen (1992) gelten folgende Werte bei einer Korrelationsanalyse, um eine Aussage über die Stärke des Effekts zu machen:

Tabelle 2.12 Interpretation der Korrelationen.

	$\geq .10$	$\geq .30$	$\geq .50$
Korrelation	klein	mittel	groß

Zur Einschätzung der Sphärizität wurde Mauchly's Test durchgeführt. Wird dieser Test signifikant ($p \leq .05$), ist die Annahme der Sphärizität nicht mehr gegeben. In diesem Fall werden die Freiheitsgrade unter Abschätzung der Sphärizität nach Greenhouse-Geisser (1959) korrigiert.

Für die Skala *Abwehr* zeigt Mauchly's Test, dass die Annahme der Sphärizität verletzt wurde ($\chi^2(2)=13.55$, $p=.001$). Die Freiheitsgrade wurden deshalb nach Greenhouse-Geisser ($\epsilon = .74$) korrigiert.

Als Maß für die Effektgröße bei der ANOVA mit Messwiederholung wird die empirische Effektgröße Eta-Quadrat (η^2) verwendet. Nach Cohen (1988) gelten bei der Interpretation von Effektgrößen folgende Konventionen:

Tabelle 2.13 Interpretation der Effektgrößen.

Effektmaß	Effekt		
	klein	mittel	groß
Cohen's d & Hedge's g	$\geq .02$	$\geq .05$	$\geq .08$
Eta-Quadrat (η^2)	$\geq .01$	$\geq .06$	$\geq .14$

Die Familienfunktionalität in den Patientenfamilien

Fragestellung 2:

Wie ist das Niveau der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien insgesamt?

Hypothese 2:

Das Niveau der Familienfunktionalität ist in den Patientenfamilien insgesamt niedriger als in der Normstichprobe.

Das familiäre Funktionsniveau in den Patientenfamilien zu Therapiebeginn wurde mit Hilfe eines t-Tests bei einer Stichprobe analysiert (Bortz, 2006). Dabei wurden die empirisch ermittelten, T-normierten Mittelwerte für die Skalen des Allgemeinen Familienbogens jeweils mit einem dem Familienbögen-Manual entnommenen Referenzwertmittelwert verglichen (Cierpka und Frevert, 1994). Dieser T-normierte Referenzwert ($M=50$, $SD=10$) ergab sich aus einer Referenzstichprobe von klinisch unauffälligen Familien ($N=150$). Somit konnte ein Vergleich des familiären Funktionsniveaus der Patientenfamilien der Hamburger Evaluationsstudie mit klinisch unauffälligen Familien vorgenommen werden. Der t-Test bei einer Stichprobe erlaubt

eine Überprüfung von Mittelwertunterschieden auf Signifikanz und reagiert bei einem $N > 30$ sehr robust auf Verletzungen der Normalverteilungsprämisse. Bei der hier vorliegenden Stichprobe kann er somit auch bei nicht normalverteilten Daten durchgeführt werden. Die statistische Signifikanz wurde folgendermaßen interpretiert (Cohen, 1988):

Tabelle 2.14 Interpretation der Signifikanz.

	$p \leq .05$	$p \leq .01$
Signifikanz	signifikant	sehr signifikant

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau.

Des Weiteren wurde die Größe des Effekts möglicher Differenzen durch Hedge's g bestimmt (zur Interpretation vgl. Tabelle 2.13).

Unterschiede der Familienfunktionalität in den Störungsgruppen

Fragestellung 3:

Unterschiedet sich die Familienfunktionalität in den einzelnen Störungsgruppen (Störungsbilder mit vorwiegend ängstlicher/ nicht ängstlicher, depressiver/ nicht depressiver, externalisierender/ nicht externalisierender Symptomatik)?

Hypothese 3:

Die Familien in den einzelnen Störungsgruppen unterscheiden mit weniger als kleiner Effektstärke in ihrer Familienfunktionalität.

Die Frage, wie sich die familiäre Funktionalität in den einzelnen Erkrankungsgruppen unterscheidet, wird statistisch mit Hilfe univariater Varianzanalysen (ANOVA) beurteilt (Bortz, 2006; Bühl, 2010). Die Varianzhomogenität der Gruppen wird mit Hilfe des Levene-Tests überprüft (Dayton, 1970). Dieser Test prüft die Hypothese, dass die Varianzen in den Gruppen gleich, sind und sollte deshalb nicht signifikant werden. Für die hier betrachteten Daten ist der Levene-Test im Allgemeinen nicht signifikant und es kann somit von einer Varianzhomogenität

tät der Daten ausgegangen werden. Eine Ausnahme stellen die Skalen *Aufgabenerfüllung* ($p=.041$), *Emotionalität* ($p=.036$) und *Soziale Erwünschtheit* ($p=.034$) für die Störungsgruppe Angst im Patientenurteil des Allgemeinen Familienbogens dar, hier ist der Levene-Test signifikant. In diesen Fällen wird das Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse anhand der Welch-James-Prozedur korrigiert (Algina u. Olejnik, 1984, Bortz, 2006). Als Effektmaß für varianzanalytische Untersuchungen wurde Eta-Quadrat (η^2) gewählt (zur Interpretation vgl. Tabelle 2.13).

Mit Hilfe der beschriebenen statistischen Verfahren erfolgte ein Vergleich der Familienfunktionalität innerhalb der in Kapitel 2.7.4 definierten Störungsgruppen *Ängstlichkeit*, *Depressivität* und *Externalisierende Symptomatik*. Hierfür wurde ein Mittelwertvergleich der Skalenwerte des Allgemeinen Familienbogens, sowie der GARF-Skala bei für ein Störungsbild auffälligen mit den für dieses Störungsbild unauffälligen Patienten durchgeführt.

Vergleich der Familienfunktionalität zu Therapiebeginn und Therapieende

Fragestellung 4:

Hat sich die Familienfunktionalität durch die Behandlung verbessert?

Hypothese 4:

Es ist eine Verbesserung der Familienfunktionalität durch die Behandlung nachweisbar.

Diese Hypothese wird anhand von t-Tests für abhängige Stichproben geprüft (Bortz, 2006; Kähler, 2010). Es erfolgt ein Vergleich der Ergebnisse der Skalen des Allgemeinen Familienbogens, sowie der GARF-Skala zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (TE). Somit können mögliche signifikante Mittelwertunterschiede aufgezeigt werden. Zusätzlich wird die Größe des Effekts möglicher Differenzen durch Cohen's d bestimmt (Cohen, 1988, zur Interpretation vgl. Tabelle 2.13).

Familienfunktionalität und Therapieerfolg

Fragestellung 5:

- a. Besteht eine Korrelation zwischen der Verbesserung der Familienfunktionalität und einem Behandlungserfolg?
- b. Hat die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg?

Hypothese 5:

- a. Es ist eine positive Korrelation zwischen der Verbesserung der Familienfunktionalität und einem Behandlungserfolg festzustellen.
- b. Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn hat prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Die Beurteilung des Zusammenhanges zwischen einer Verbesserung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg, sowie der prognostischen Bedeutung der Familienfunktion zu Therapiebeginn für den Therapieerfolg erfolgt mit Hilfe von multiplen linearen Regressionsanalysen (Bortz, 2006). Der BSS-K dient dabei der Bestimmung des Therapieerfolgs. Eine Verringerung des BSS-K-Wertes, und damit eine Verringerung der Beeinträchtigungsschwere der Kinder und Jugendlichen von Therapiebeginn (T1) zu Therapieende (TE), werden als Behandlungserfolg interpretiert. In den Regressionsmodellen dient die *Veränderung des BSS-K* als abhängige Variable (Kriterium). Die *Familienfunktion zu Therapiebeginn* und die *Veränderung der Familienfunktion* von Therapiebeginn zu Therapieende stellen die beiden Prädiktoren dar. Die Regressionsgleichungen werden nacheinander mit wachsendem Prädiktorensatz berechnet und der Zuwachs an R^2 analysiert. In das erste Modell wird die Familienfunktion zu Therapiebeginn aufgenommen. Im zweiten Modell wird dann zusätzlich die Veränderung der Familienfunktion berücksichtigt.

3 Ergebnisse

Im nun folgenden Abschnitt dieser Dissertation erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zu den angenommenen Hypothesen in der Reihenfolge der Fragestellungen (vgl. Kapitel 1.6).

3.1 Vergleich der Einschätzung der Familienfunktionalität durch die Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten

Hypothese 1: Die Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten unterscheidet sich mit weniger als kleiner Effektstärke.

Ergebnisse der ANOVA

Tabelle 3.1 zeigt die Ergebnisse der ANOVA.

Tabelle 3.1 Vergleich der Einschätzung der familiären Funktionalität durch Patienten, Mütter und Väter anhand des FB-A. Ergebnisse der ANOVA.

Skala	N	df	F	η^2	p
Aufgabenerfüllung	30	2	8.59**	.23	<.01
Rollenverhalten	32	2	.59	.02	.56
Kommunikation	29	2	1.33	.05	.27
Emotionalität	30	2	4.16*	.13	.02
Affektive Beziehungsaufnahme	33	2	.16	.01	.85
Kontrolle	29	2	.83	.03	.44
Werte und Normen	33	2	.56	.02	.58
Gesamtsummenscore	32	2	.76	.02	.47
Soziale Erwünschtheit	33	2	.12	<.01	.86
Abwehr	33	1.48	2.40	.07	.12

Anmerkungen. df=Freiheitsgrade; p=Signifikanzniveau (einseitige Testung): *p≤.05; ** p≤.01.

Die in Tabelle 3.1 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die Beurteilung der familiären Funktionalität durch Patienten, Mütter und Väter im Bereich *Aufgabenerfüllung* sehr signifikant unterscheidet ($F(2, 58)=8.59$, partielles $\eta^2=.23$, $p<.01$). Des Weiteren zeigen sich signifikante Unterschiede in der Skala *Emotionalität* ($F(2, 58)=4.16$, partielles $\eta^2=.13$, $p=.02$). Für die übrigen Skalen des FB-A, sowie für die Kontrollskalen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Einschätzung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den Gruppen.

Der paarweise Vergleich zwischen Patienten- und Mutterurteil zeigt, dass sich die Einschätzung der Familienfunktionalität von Patienten und Müttern in den verschiedenen Skalen des FB-A nicht signifikant unterscheidet ($p>.05$).

Betrachtet man die Einschätzung der familiären Funktionalität von Patienten und Vätern anhand des FB-A, zeigt sich ein signifikanter Mittelwertunterschied für die Skala *Aufgabenerfüllung* ($p<.01$). Patienten und Väter unterscheiden sich somit merklich in ihrer Beurteilung der Funktionalität im Bereich Aufgabenerfüllung. Die Einschätzung der Väter ($M=47.10$) fällt hier positiver aus, als die der Patienten ($M=56.34$). Für alle weiteren Familienbogenskalen lassen sich keine signifikanten Unterschiede der Einschätzungen der Familienfunktion durch die beiden Gruppen erkennen ($p>.05$).

Beim Vergleich der Beurteilung der familiären Funktionalität durch Mütter und Väter anhand des Allgemeinen Familienbogens zeigen sich signifikante Unterschiede in der Bewertung der Skalen *Aufgabenerfüllung* ($p<.01$) und *Emotionalität* ($p=.01$). Die Väter schätzen die Bereiche *Aufgabenerfüllung* ($M=47.10$) und *Emotionalität* (51.49) funktionaler ein als die Mütter ($M=54.18$ und $M=58.99$). Für alle weiteren Familienbogenskalen lassen die Ergebnisse keine Unterschiede in der Einschätzung der Familienfunktion von Müttern und Vätern erkennen ($p>.05$). Auch der *Gesamtsummenscore*, für die globale Einschätzung der familiären Funktionalität, zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen Mutter- und Vaterurteil ($p=.59$).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Einschätzungen der drei Gruppen (Patienten, Mütter, Väter) nur in den Bereichen *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität* signifikant unterscheiden. Dabei zeigen sich Unterschiede im Bereich *Aufgabenerfüllung* zwischen Vater- und Patientenurteil, sowie zwischen Vater- und Mutterurteil. Für die Familienbogenskala *Emotionalität* zeigt sich nur im Vater- und Mutterurteil ein signifikanter Unterschied. Die Väter schätzen die Bereiche *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität* funktionaler ein als die Mütter.

Zudem fällt die Bewertung der Aufgabenerfüllung in der Familie durch die Väter positiver aus, als durch die Patienten.

Aufgrund der insgesamt geringen Unterschiede in der Beurteilung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems, werden die Urteile von Müttern und Vätern bei der Überprüfung der weiteren Hypothesen nicht mehr getrennt betrachtet. Die Einschätzungen werden zu einem *Elternurteil* zusammengefasst. Somit können im Folgenden auch Fälle berücksichtigt werden, in denen nur ein Mutter- oder Vaterurteil vorliegt. Liegen von beiden Elternteilen Ergebnisse vor, wird das Mutterurteil gewählt.

Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelation

In Tabelle 3.2 sind die Ergebnisse der der Produkt-Moment-Korrelation nach Bravais und Pearson dargestellt.

Tabelle 3.2 Korrelationen zwischen den Einschätzungen der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter (FB-A) und Therapeuten (GARF).

		FB-A Patient	FB-A Mutter	FB-A Vater
FB-A Patient	N			
	p			
	r			
FB-A Mutter	n	49		
	p	.04		
	r	.29*		
FB-A Vater	n	34	67	
	p	.06	<.01	
	r	.33	.46**	
GARF	n	72	101	70
	p	.02	<.01	<.01
	r	-.28*	-.32**	-.34**

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (zweiseitige Testung): *p≤.05; ** p≤.01.

Die Ergebnisse der Tabelle 3.11 zeigen eine signifikante Korrelation zwischen Patienten- und Mutterurteil bezüglich der Bewertung der Familienfunktionalität ($r=.29$, $p=.04$). Zwischen den Einschätzungen von Patienten und Vätern ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge ($r=.33$, $p=.06$). Bei Betrachtung von Mutter- und Vaterurteil sind mittlere, sehr signifikante Korrelationen zu erkennen ($r=.46$, $p<.01$). Des Weiteren zeigt sich erwartungsgemäß eine signifikante negative Korrelation zwischen der Bewertung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems durch die Therapeuten anhand der GARF-Skala und die Patienten anhand des Allgemeinen Familienbogens ($r=-.28$, $p=.02$). Ebenso zeigen die Ergebnisse einen mittleren, sehr signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Therapeuten- und Mutterurteil ($r=-.32$, $p<.01$). Weiterhin besteht zwischen dem Therapeuten- und Vaterurteil eine mittlere, sehr signifikante negative Korrelation ($r=-.34$, $p<.01$). Diese negativen Zusammenhänge zwischen Patienten-/Mutter-/Vaterurteil und der Einschätzung durch den Therapeuten erklären sich durch die entgegengesetzte Polung der Skalen. Hohe Werte in der GARF-Skala deuten auf Stärken in der Familie hin, wohingegen hohe Werte des Gesamtsummenscores des FB-A Schwächen innerhalb der Familie bedeuten.

3.2 Die Familienfunktionalität in den Patientenfamilien

Ergebnisse zu Hypothese 2: Das Niveau der Familienfunktionalität ist in den Patientenfamilien insgesamt niedriger als in der Normstichprobe.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt getrennt für die Einschätzungen von Patienten und Eltern in den Tabellen 3.3 und 3.4.

Das familiäre Funktionsniveau in den Patientenfamilien zu Therapiebeginn wird im Folgenden anhand der empirisch ermittelten, T-normierten Mittelwerte für die Skalen des Allgemeinen Familienbogens jeweils mit einem dem Familienbögen-Manual entnommenen Referenzwertmittelwert von klinisch unauffälligen Familien ($N=150$; $M=50$; $SD=10$) verglichen (Cierpka und Frevert, 1994).

Da für die GARF-Skala kein Cut-off Wert vorliegt, erfolgt die Beurteilung des sich aus den Ergebnissen der GARF-Skala ergebenden Mittelwertes deskriptiv anhand der fünf Funktionsniveaus umfassenden Ratingskala (1-20, 21-40, 41-60, 61-80 und 81-100).

Tabelle 3.3 Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Patientensicht.

Skala	Testwert = 50					
	N	M	SD	t	Hedge's g	p
Aufgabenerfüllung	76	56.72	12.17	4.82	.62	<.01
Rollenverhalten	77	52.10	9.39	1.97	.21	.05
Kommunikation	74	55.02	11.29	3.82	.48	<.01
Emotionalität	75	56.09	11.84	4.46	.57	<.01
Affektive Beziehungsaufnahme	77	55.10	13.08	3.42	.46	<.01
Kontrolle	76	51.69	11.56	1.27	.16	.21
Werte und Normen	78	51.64	11.48	1.26	.16	.21
Gesamtsummenscore	77	55.22	12.70	3.61	.47	<.01
Soziale Erwünschtheit	79	45.03	9.53	-4.64	-.51	<.01
Abwehr	79	45.92	9.23	-3.93	-.42	<.01

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (zweiseitige Testung). T-normierter Referenzwert der Normstichprobe: M=50; SD=10.

Wie in Tabelle 3.3 dargestellt, zeigen sich beim Vergleich des familiären Funktionsniveaus der Patientenfamilien und der klinisch unauffälligen Referenzstichprobe sehr signifikante Mittelwertunterschiede in den Familienbogenskalen *Aufgabenerfüllung* ($t=4.82$, $g=.62$, $p<.01$), *Kommunikation* ($t=3.82$, $g=.48$, $p<.01$) und *Emotionalität* ($t=4.46$, $g=.57$, $p<.01$). Die Funktionalität des familiären Beziehungssystems in diesen Bereichen ist in den Patientenfamilien deutlich niedriger als in der Referenzstichprobe. Die Kontrollskalen *Soziale Erwünschtheit* ($t=-4.64$, $g=-.51$, $p<.01$) und *Abwehr* ($t=-3.93$, $g=-.42$, $p<.01$) schätzen die Patienten sehr signifikant negativer ein. Im Vergleich zur Referenzstichprobe erleben die Patienten Probleme in der Familie als bedrohlicher und zeigen eine geringere Tendenz sozial erwünscht zu antworten. Des Weiteren werden die Bereiche *Affektive Beziehungsaufnahme* ($t=3.42$, $g=.46$, $p<.01$) und *Rollenverhalten* ($t=1.97$, $p=.05$, $g=.21$) sehr signifikant, bzw. signifikant niedriger bewertet als durch die Normstichprobe. Einzig in den Bereichen *Kontrolle* ($t=1.27$, $p=.21$, $g=.16$) und *Werte und Normen* ($t=1.26$, $p=.21$, $g=.16$) zeigen sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede bezüglich des Niveaus der familiären Funktionalität zwischen den Patientenfamilien und der klinisch unauffälligen Referenzstichprobe. Der *Gesamtsummenscore* bestätigt, dass das Niveau der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien, verglichen mit der Refe-

renzstichprobe, insgesamt niedriger ist. Hier ist ein sehr signifikanter Mittelwertunterschied zu berichten ($t=3.61$, $p<.01$, $g=.47$).

Tabelle 3.4 Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Elternsicht.

Skala	Testwert=50					
	N	M	SD	t	Hedge's g	p
Aufgabenerfüllung	115	52.23	9.41	2.54	.23	.01
Rollenverhalten	114	51.83	8.67	2.25	.19	.03
Kommunikation	113	54.92	12.68	4.12	.44	<.01
Emotionalität	115	54.53	11.57	4.20	.42	<.01
Affektive Beziehungsaufnahme	115	51.39	12.26	1.21	.13	.28
Kontrolle	114	50.33	11.23	.31	.03	.77
Werte und Normen	115	50.63	10.10	.67	.06	.51
Gesamtsummenscore	115	52.82	11.10	2.73	.27	<.01
Soziale Erwünschtheit	115	46.04	8.91	-4.77	-.41	<.01
Abwehr	115	50.12	8.67	.15	-.01	.88

Anmerkungen. p =Signifikanzniveau (zweiseitige Testung). T-normierter Referenzwert der Normstichprobe: $M=50$; $SD=10$.

Vergleicht man das familiäre Funktionsniveau der Patientenfamilien aus Elternsicht mit der klinisch unauffälligen Referenzstichprobe (Tab. 3.4), zeigen sich sehr signifikante Unterschiede der Einschätzungen in den Bereichen *Kommunikation* ($t=4.12$, $g=.44$, $p<.01$) und *Emotionalität* ($t=4.20$, $g=.42$, $p<.001$). Das Niveau der familiären Funktionalität wird für diese Skalen von den Eltern der Patientenfamilien deutlich niedriger eingeschätzt. Des Weiteren werden auch die Bereiche *Aufgabenerfüllung* ($t=2.54$, $g=.23$, $p=.01$) und *Rollenverhalten* ($t=2.25$, $g=.19$, $p=.03$) signifikant negativer beurteilt. Die Kontrollskala *Soziale Erwünschtheit* ($t=-4.77$, $g=-.41$, $p<.01$) wird sehr signifikant niedriger bewertet. Bei der Beurteilung der Familienbogenskalen *Affektive Beziehungsaufnahme* ($t=1.21$, $g=.13$, $p=.28$), *Kontrolle* ($t=.31$, $g=.03$, $p=.77$) und *Werte und Normen* ($t=.67$, $g=.06$, $p=.51$), sowie der Kontrollskala *Abwehr* ($t=.15$, $g=-.01$, $p=.88$) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Niveaus der familiären Funktionalität zwischen den Patientenfamilien und der klinisch unauffälligen Referenzstichprobe. Der *Gesamtsummenscore* macht jedoch deutlich, dass das Niveau der Funkti-

onalität des familiären Beziehungssystems in den Patientenfamilien insgesamt deutlich schwächer einzustufen ist, als in den klinisch unauffälligen Familien der Referenzstichprobe. Die Ergebnisse zeigen hier einen sehr signifikanten Mittelwertunterschied ($t=2.73$, $g=.27$, $p<.01$).

Die deskriptiven Statistiken für die Familienfunktion zu Therapiebeginn aus Therapeutesicht sind in Tabelle 3.5 dargestellt.

Tabelle 3.5 Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Therapeutesicht.

	N	M	SD
GARF	136	57.77	16.0

Anmerkungen. M=Mittelwert; SD=Standartabweichung.

Für die GARF-Skala ist bei einer Stichprobe von $N=136$ ein Mittelwert von $M=57.77$ und eine Standartabweichung von $SD=16.0$ zu berichten.

Abbildung 3.1 Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn aus Therapeutesicht.

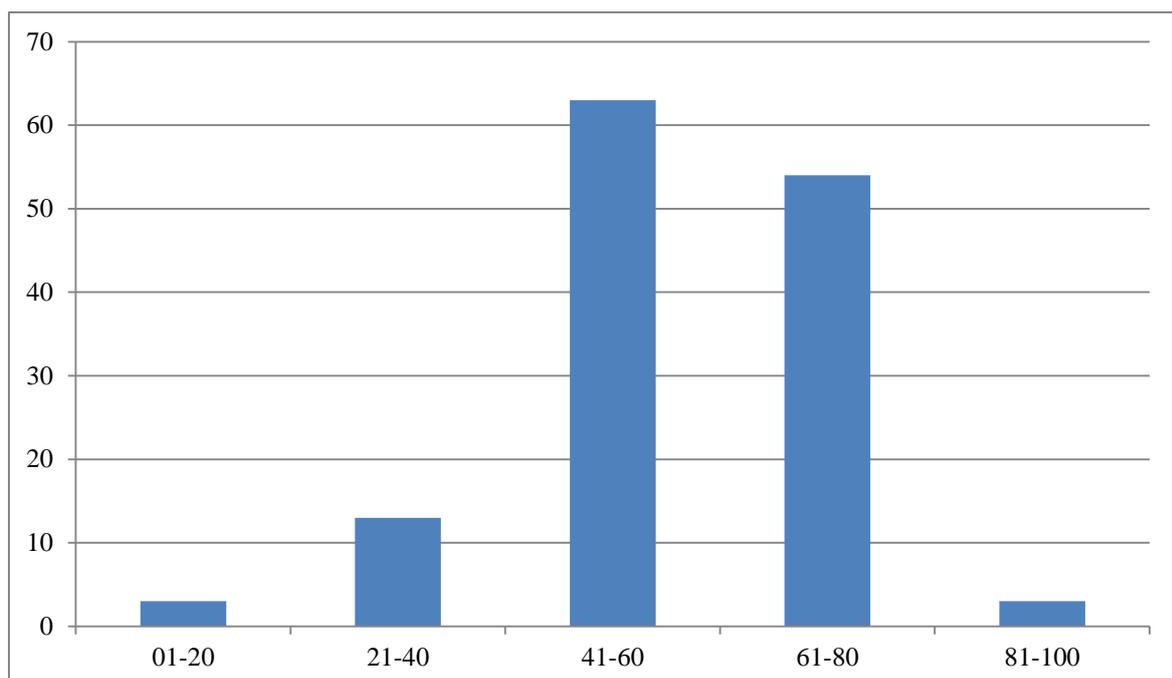


Abbildung 3.1 stellt die Einschätzung der familiären Funktionalität aus Therapeutesicht anhand der GARF-Skala noch einmal grafisch dar und berücksichtigt dabei die Einschätzung der Therapeuten anhand der fünf Funktionsniveaus.

Die Therapeuten schätzen die Familienfunktionalität nur bei 2% ($N=3$) der Patientenfamilien als zufriedenstellend ein. Bei 40% der Familien ($N=54$) wird das Beziehungssystem als irgendwie unbefriedigend charakterisiert. Bei 46% ($N=63$) der Patienten werden die familiären Beziehungen durch den Therapeuten als deutlich dysfunktional und tendenziell überwiegend unbefriedigend bewertet. 10% ($N=13$) der Familien fallen in die Kategorie eines offensichtlich und ernstlich dysfunktionalen Beziehungssystems. Bei 2% ($N=3$) der Patientenfamilien wird eine Beziehungseinheit diagnostiziert, die zu dysfunktional geworden ist, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten. Im Mittel bewerteten die Therapeuten die Familien als deutlich dysfunktional und tendenziell überwiegend unbefriedigend ($M=57.77$; $SD=16.0$).

3.3 Unterschiede der Familienfunktionalität in den Störungsgruppen

Ergebnisse zu Hypothese 3: Die Familien in den einzelnen Störungsgruppen unterscheiden sich mit weniger als kleiner Effektstärke in ihrer Familienfunktionalität.

3.3.1 Störungsgruppe Ängstlichkeit

Nach differenzierender Zuordnung des Patientenkollektivs zu entsprechenden Untergruppen unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens einer Angststörung ergaben sich die folgenden Bewertungen der familiären Funktionalität seitens der Patienten und Eltern bzw. der Therapeuten.

Tabelle 3.6 zeigt die Ergebnisse der ANOVA für das Patientenurteil. Es erfolgte ein Vergleich der ängstlichen, mit den nicht ängstlichen Patienten.

Tabelle 3.6 Allgemeiner Familienbogen (Patientenurteil) in der Störungsgruppe Ängstlichkeit. Vergleich der Familienfunktionalität der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten.

Skala	nicht ängstlich			ängstlich			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
Aufgabenerfüllung	19	50.47	8.79	57	58.81	12.49	1	7.24	.09	<.01
Rollenverhalten	20	49.42	6.62	57	53.05	10.07	1	2.25	.03	.14
Kommunikation	19	53.83	9.07	55	55.43	12.02	1	.28	<.01	.60
Emotionalität	18	51.12	7.61	57	57.09	12.53	1	4.38	.06	.01
Affektive Beziehungsaufnahme	20	51.59	10.45	57	56.33	13.08	1	1.97	.03	.16
Kontrolle	20	46.50	8.88	56	53.54	11.90	1	5.82	.07	.02
Werte und Normen	21	50.18	9.07	57	52.17	12.28	1	.46	<.01	.50
Gesamtsummenscore	20	50.10	8.40	57	57.01	13,50	1	4.60	.06	.04
Soziale Erwünschtheit	21	47.73	6.76	58	44.05	10.22	1	2.34	.03	.07
Abwehr	21	50.26	8.87	58	44.35	8.91	1	6.80	.08	.01

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

In der Störungsgruppe Ängstlichkeit zeigt sich im Patientenurteil der Familienbogenskala *Aufgabenerfüllung* ein sehr signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten ($F(1, 43.97)=7.24, p<.01, \eta^2=.09$). Die Familienfunktion wird hier durch die in der Störungsgruppe Angst auffälligen Patienten deutlich negativer eingeschätzt ($M=58.81$) als durch die unauffälligen Patienten ($M=50.47$). Im Bereich *Emotionalität* zeigt sich ebenfalls ein sehr signifikanter Unterschied der Familienfunktionalität zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten ($F(1, 47.96)=4.38, p=.01, \eta^2=.06$). Das Niveau der familiären Funktionalität wird in der Gruppe der ängstlichen Patienten deutlich negativer angegeben ($M=57.09$) als in der Gruppe der nicht ängstlichen Patienten ($M=51.12$). Für die Skala *Kontrolle* ist ein signifikanter Mittelwertunterschied zu berichten ($F(1, 74)=5.82, p=.02, \eta^2=.07$). Auch hier stellt sich die familiäre Funktionalität bei den nicht ängstlichen Patienten positiver dar ($M=46.50$) als bei den ängstlichen Patienten ($M=53.54$). Die Betrachtung des familiären Funktionsniveaus insgesamt anhand des *Gesamtsummenscores* zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($F(1,75)=4.6, p=.04, \eta^2=.06$). Die nicht ängstlichen Patienten schätzen die Familienfunktion insgesamt positiver ein ($M=50.10$) als die ängstlichen Patienten ($M=57.01$). Weiterhin ist für die Kontrollskala *Abwehr* ein sehr signifikanter Mittelwertunterschied zu berichten ($F(1, 77)=6.80, p=.01, \eta^2=.08$). Die familiäre Abwehr wird

von den ängstlichen Patienten negativer angegeben ($M=44.35$) als von den nicht ängstlichen Patienten ($M=50.26$).

Tabelle 3.7 zeigt die Ergebnisse der ANOVA für das Elternurteil. Es erfolgte ein Vergleich der Beurteilung der Eltern der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten.

Tabelle 3.7 Allgemeiner Familienbogen (Elternurteil) in der Störungsgruppe Ängstlichkeit. Vergleich der Familienfunktionalität der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten.

Skala	nicht ängstlich			ängstlich			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
Aufgabenerfüllung	49	50.08	8.34	66	53.82	9.90	1	4.57	.04	.04
Rollenverhalten	49	50.01	7.85	65	53.20	9.05	1	3.88	.03	.05
Kommunikation	48	54.36	13.70	65	55.33	11.97	1	.16	<.01	.69
Emotionalität	49	51.24	10.72	66	56.98	11.57	1	7.28	.06	<.01
Affektive Beziehungsaufnahme	49	50.09	13.38	66	52.35	11.37	1	0.96	<.01	.33
Kontrolle	48	48.86	11.39	66	51.40	11.07	1	1.43	.01	.23
Werte und Normen	49	48.49	9.52	66	52.21	10.29	1	3.92	.03	.05
Gesamtsummenscore	49	50.23	10.81	66	54.75	11.00	1	4.81	.04	.03
Soziale Erwünschtheit	49	46.80	9.42	66	45.48	8.53	1	0.61	<.01	.44
Abwehr	49	51.13	9.11	66	49.36	8.31	1	1.18	.01	.28

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Im Elternurteil zeigen sich in den Familienbogenskalen *Aufgabenerfüllung* ($F(1, 113)=4.57$, $\eta^2=.04$, $p=.04$) und *Werte und Normen* ($F(1, 113)=10.29$, $\eta^2=.03$, $p=.05$) signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten. Die Familienfunktion wird hier durch die in der Störungsgruppe Ängstlichkeit auffälligen Patienten negativer eingeschätzt als durch die unauffälligen Patienten. Im Bereich *Emotionalität* zeigt sich ein sehr signifikanter Unterschied der Familienfunktionalität zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten ($F(1, 113)=7.28$, $\eta^2=.06$, $p<.01$). Das Niveau der familiären Funktionalität wird in der Gruppe der ängstlichen Patienten deutlich negativer angegeben ($M=56.98$) als in der Gruppe der nicht ängstlichen Patienten ($M=51.24$). Die Betrachtung des familiären Funktionsniveaus insgesamt anhand des *Gesamtsummenscores* zeigt einen signifikanten Unter-

schied zwischen den beiden Gruppen ($F(1,113)=4.81$, $\eta^2=.04$, $p=.03$). Die nicht ängstlichen Patienten schätzen die Familienfunktion insgesamt positiver ein als ($M=50.23$) als die ängstlichen Patienten ($M=54.75$).

Die folgende Tabelle 3.8 stellt das Therapeutenurteil zur Familienfunktionalität in der Gruppe der ängstlichen und in der Gruppe der nicht ängstlichen Patienten vergleichend dar.

Tabelle 3.8 GARF-Urteil in der Störungsgruppe Ängstlichkeit. Vergleich der Familienfunktionalität der ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten aus Therapeutesicht.

	nicht ängstlich			ängstlich			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
GARF	52	59.62	15.17	80	56.80	16.84	1	.96	<.01	.33

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Einschätzung durch den Therapeuten in den beiden Gruppen nicht signifikant unterscheidet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten in ihrer Bewertung der Familienfunktionalität für die Bereiche *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität* und *Kontrolle* unterscheiden. Die ängstlichen Patienten schätzen diese Funktionsbereiche negativer ein, als die Patienten ohne ängstliche Symptomatik. Im Elternurteil zeigt sich eine negativere Einschätzung der Skalen *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität* und *Werte und Normen* durch die Eltern der Patienten mit ängstlicher Symptomatik. Betrachtet man hingegen das Urteil der Therapeuten, zeigen sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten. Die Hypothese, dass sich die Familienfunktion in den Störungsgruppen nicht unterscheidet, kann somit für das Therapeutenurteil in der Störungsgruppe Ängstlichkeit verifiziert werden.

3.3.2 Störungsgruppe Depressivität

Mit differenzierender Einteilung aller Patienten in entsprechende Untergruppen in Hinblick auf das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer depressiven Symptomatik ergaben sich folgende Einschätzungen der Familienfunktion aus Sicht der Patienten und Eltern bzw. der Therapeuten:

Tabelle 3.9 zeigt den Vergleich der für das Störungsbild Depressivität auffälligen Patienten, mit für das Störungsbild Depressivität unauffälligen Patienten bezüglich der Funktionalität des familiären Beziehungssystems.

Tabelle 3.9 Allgemeiner Familienbogen (Patientenurteil) in der Störungsgruppe Depressivität. Vergleich der Familien der depressiven und nicht depressiven Patienten.

Skala	nicht depressiv			depressiv			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
Aufgabenerfüllung	34	53.06	10.64	42	59.69	12.64	1	5.94	.07	.02
Rollenverhalten	35	50.15	8.91	42	53.74	9.57	1	2.86	.04	.10
Kommunikation	32	53.22	8.95	42	56.39	12.73	1	1.44	.02	.24
Emotionalität	33	51.10	10.31	42	59.31	12.07	1	7.70	.10	<.01
Affektive Beziehungsaufnahme	35	51.81	10.89	42	57.84	14.21	1	4.22	.05	.04
Kontrolle	35	46.98	9.26	41	55.70	11.90	1	12.40	.14	<.01
Werte und Normen	35	48.62	9.27	43	54.09	12.58	1	4.58	.06	.04
Gesamtsummenscore	35	50.77	9.39	42	58.92	13.95	1	8.67	.10	<.01
Soziale Erwünschtheit	35	48.43	8.22	44	42.32	9.71	1	8.81	.10	<.01
Abwehr	35	49.76	8.61	44	42.87	8.61	1	12.47	.14	<.01

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Die Ergebnisse zeigen signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den depressiven und nicht depressiven Patienten in den Familienbogenskalen *Aufgabenerfüllung* ($F(1, 74)=5.94$, $\eta^2=.07$, $p=.02$), *Emotionalität* ($F(1, 73)=7.70$, $\eta^2=.10$, $p<.01$), *Affektive Beziehungsaufnahme* ($F(1, 75)=4.22$, $\eta^2=.05$, $p=.04$) und *Werte und Normen* ($F(1, 76)=4.58$, $\eta^2=.06$, $p=.04$). Die Familienfunktion wird hier durch die in der Störungsgruppe Depressivität auffälligen Patienten

negativer eingeschätzt als durch die unauffälligen Patienten. Im Bereich *Kontrolle* unterscheidet sich das Niveau der familiären Funktionalität der auffälligen und unauffälligen Patienten sehr signifikant ($F(1, 74)=12.40, \eta^2=.14, p<.01$). Das Funktionsniveau wird in der Gruppe der depressiven Patienten deutlich negativer angegeben ($M=59.31$) als in der Gruppe der nicht depressiven Patienten ($M=51.10$). Die Betrachtung des familiären Funktionsniveaus insgesamt anhand des *Gesamtsummenscores* zeigt einen sehr signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($F(1,75)=8.67, \eta^2=.10, p<.01$). Die nicht-depressiven Patienten schätzen die Familienfunktion insgesamt positiver ein als ($M=50.77$) als die depressiven Patienten ($M=58.92$). Die *Soziale Erwünschtheit* sowie *Abwehr* ist bei den nicht depressiven Patienten höher. Es sind sehr signifikante Mittelwertunterschiede im Bereich *Soziale Erwünschtheit* ($F(1,77)=8.81, \eta^2=.10, p<.01$) und im Bereich *Abwehr* ($F(1,77)=12.47, \eta^2=.14, p<.01$) zu berichten. Die depressiven Patienten zeigen damit eine geringere Tendenz sozial erwünscht zu antworten und sehen Probleme in der Familie kritischer und bedrohlicher als die für die Symptomatik Depressivität unauffälligen Patienten.

Tabelle 3.10 zeigt den Vergleich des Elternurteils der für das Störungsbild Depressivität auffälligen Patienten, mit den für das Störungsbild Depressivität unauffälligen Patienten.

Tabelle 3.10 Allgemeiner Familienbogen (Elternurteil) in der Störungsgruppe Depressivität. Vergleich der Familien der depressiven und nicht depressiven Patienten.

Skala	nicht depressiv			depressiv			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
Aufgabenerfüllung	68	50.58	9.26	47	54.60	9.21	1	5.26	.04	.02
Rollenverhalten	67	50.33	9.36	47	53.96	7.12	1	5.05	.04	.03
Kommunikation	67	53.92	13.38	46	56.37	11.58	1	1.01	<.01	.32
Emotionalität	68	52.40	11.64	47	57.61	10.88	1	5.87	.05	.02
Affektive Beziehungsaufnahme	68	49.40	12.23	47	54.26	11.85	1	4.51	.04	.04
Kontrolle	67	49.73	11.77	47	51.18	10.46	1	.46	<.01	.50
Werte und Normen	68	49.03	9.74	47	52.93	10.26	1	4.27	.04	.04
Gesamtsummenscore	68	50.71	11.32	47	55.88	10.12	1	6.32	.05	.01
Soziale Erwünschtheit	68	47.34	9.50	47	44.16	7.69	1	3.61	.03	.06
Abwehr	68	51.13	9.37	47	48.66	8.67	1	2.27	.02	.13

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Im Elternurteil des FB-A zeigen die Ergebnisse signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den depressiven und nicht depressiven Patienten in den Familienbogenskalen *Aufgabenerfüllung* ($F(1, 113)=5.26, \eta^2=.04, p=.024$), *Rollenverhalten* ($F(1, 112)=5.05, \eta^2=.04, p=.03$), *Emotionalität* ($F(1, 113)=5.87, \eta^2=.05, p=.02$), *Affektive Beziehungsaufnahme* ($F(1, 113)=4.51, \eta^2=.04, p=.04$) und *Werte und Normen* ($F(1, 113)=4.27, \eta^2=.04, p=.04$). Die Familienfunktion wird hier durch die Eltern der in der Störungsgruppe Depressivität auffälligen Patienten negativer eingeschätzt als durch die Eltern der unauffälligen Patienten. Die Betrachtung des familiären Funktionsniveaus insgesamt anhand des *Gesamtsummenscores* zeigt ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($F(1,113)=6.32, \eta^2=.05, p=.01$). Die Eltern der nicht depressiven Patienten schätzen die Familienfunktion insgesamt positiver ein als ($M=50.71$) als die depressiven Patienten ($M=55.88$).

Tabelle 3.11 zeigt den Vergleich der Familienfunktion zwischen den depressiven und nicht depressiven Patienten im Therapeutenurteil.

Tabelle 3.11 GARF-Urteil in der Störungsgruppe Depressivität. Vergleich der Familien der depressiven und nicht depressiven Patienten aus Therapeutesicht.

	nicht depressiv			depressiv			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
GARF	73	59.38	14.96	59	56.07	17.58	1	1.37	.01	.24

Anmerkungen. p==Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die GARF-Einschätzung in den beiden Gruppen nicht signifikant unterscheidet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die depressiven und nicht depressiven Patienten in ihrer Bewertung der Familienfunktionalität für die Bereiche *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität*, *Affektive Beziehungsaufnahme*, *Kontrolle* und *Werte und Normen* unterscheiden. Die depressiven Patienten schätzen diese Funktionsbereiche negativer ein, als die Patienten ohne depressive Symptomatik. Die Bereiche *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr* bewerten die depressiven Patienten besser. Im Elternurteil zeigt sich eine negativere Einschätzung der Skalen *Aufgabenerfüllung*, *Rollenverhalten*, *Emotionalität*, *Affektive Beziehungsaufnahme* und *Werte*

und Normen durch die Eltern der Patienten mit depressiver Symptomatik. Betrachtet man das Urteil der Therapeuten zeigen sich jedoch insgesamt keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den depressiven und nicht depressiven Patienten. Die Hypothese, dass sich die Familienfunktion in den Störungsgruppen nicht unterscheidet, kann somit für das Therapeutenurteil in der Störungsgruppe Depressivität verifiziert werden.

3.3.3 Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik

Nach differenzierender Einteilung aller Patienten in entsprechende Untergruppen in Hinblick auf das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer externalisierenden Symptomatik ergaben sich folgende Einschätzungen der Familienfunktion aus Sicht der Patienten und Eltern bzw. der Therapeuten:

Die folgende Tabelle (Tab. 3.12) stellt den Vergleich der für die Externalisierende Symptomatik auffälligen Patienten, mit den für dieses Störungsbild unauffälligen Patienten dar.

Tabelle 3.12 Allgemeiner Familienbogen (Patientenurteil) in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik. Vergleich der Familien der auffälligen und unauffälligen Patienten.

Skala	unauffällig			auffällig			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
Aufgabenerfüllung	53	57.18	11.81	23	55.66	13.18	1	.25	<.01	.62
Rollenverhalten	53	51.97	9.47	24	52.39	9.42	1	.03	<.01	.86
Kommunikation	51	55.76	11.89	23	53.36	9.88	1	.72	.01	.40
Emotionalität	53	56.27	12.33	22	55.66	10.82	1	.04	<.01	.84
Affektive Beziehungsaufnahme	53	54.91	12.58	24	55.52	14.39	1	.04	<.01	.85
Kontrolle	53	51.46	12.27	23	52.20	9.96	1	.07	<.01	.80
Werte und Normen	53	52.11	12.01	25	50.61	10.42	1	.29	<.01	.60
Gesamtsummenscore	53	55.51	13.14	24	54.57	11.89	1	.09	<.01	.77
Soziale Erwünschtheit	54	45.46	9.68	25	44.09	9.31	1	.35	<.01	.56
Abwehr	54	46.76	9.75	25	44.12	7.87	1	1.41	.02	.24

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitig).

In der Gruppe der Externalisierenden Störungen lassen sich anhand der Ergebnisse aus Patientensicht keine Unterschiede in der Familienfunktion zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten feststellen.

Tabelle 3.13 stellt die Einschätzung der Familienfunktion durch die Eltern dar.

Tabelle 3.13 Allgemeiner Familienbogen (Elternurteil) in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik. Vergleich der Familien der auffälligen und unauffälligen Patienten.

Skala	unauffällig			auffällig			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
Aufgabenerfüllung	62	51.78	9.07	53	52.75	9.85	1	.30	<.01	.58
Rollenverhalten	61	49.96	9.42	53	53.97	7.21	1	6.36	.05	.01
Kommunikation	61	52.15	11.93	52	58.17	12.88	1	6.65	.06	.01
Emotionalität	62	54.68	10.90	53	54.36	12.42	1	.02	<.01	.88
Affektive Beziehungsaufnahme	62	50.30	11.99	53	52.66	12.57	1	1.06	<.01	.31
Kontrolle	62	49.54	11.75	52	51.27	10.60	1	.67	<.01	.41
Werte und Normen	62	51.98	9.72	53	49.04	10.39	1	2.45	.02	.12
Gesamtsummenscore	62	51.73	11.18	53	54.11	10.97	1	1.31	.01	.25
Soziale Erwünschtheit	62	47.75	8.23	53	44.03	9.32	1	5.17	.04	.03
Abwehr	62	53.32	8.74	53	46.37	6.97	1	21.66	.16	<.01

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Im Elternurteil zeigen die Skalen *Rollenverhalten* ($F(1, 112)=6.36, \eta^2=.05, p=.01$) und *Kommunikation* ($F(1, 111)=6.65, \eta^2=.06, p=.01$), sowie die Kontrollskala *Soziale Erwünschtheit* ($F(1, 113)=5.17, \eta^2=.04, p=.03$) signifikante Mittelwertunterschiede. Im Bereich *Abwehr* ist der Unterschied sehr signifikant ($F(1, 113)=21.66, \eta^2=.16, p<.01$). Das *Rollenverhalten* und die *Kommunikation* der Familien werden bei den Patienten mit Externalisierenden Störungen negativer bewertet. Die Bereiche *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr* erfahren durch die auffälligen Patienten eine negativere Bewertung als durch die unauffälligen Patienten.

Tabelle 3.14 zeigt den Vergleich der Familienfunktion zwischen den Patienten mit Externalisierenden Störungen und Patienten, die für dieses Störungsbild nicht auffällig sind anhand des Therapeutenurteils mit der GARF-Skala.

Tabelle 3.14 GARF-Urteil in der Störungsgruppe Externalisierende Symptomatik. Vergleich der Familien der auffälligen und unauffälligen Patienten aus Therapeutensicht.

	unauffällig			auffällig			df	F	η^2	p
	N	M	SD	N	M	SD				
GARF	80	57.00	16.33	52	59.29	16.06	1	.63	<.01	.43

Anmerkungen. p=Signifikanzniveau (einseitige Testung).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die GARF-Einschätzung in den beiden Gruppen nicht signifikant unterscheidet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Gruppe der Externalisierenden Störungen anhand der Ergebnisse aus Patientensicht keine Unterschiede in der Familienfunktion zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten festzustellen sind. Betrachtet man jedoch das Urteil der Eltern, zeigen sich Unterschiede in den Einschätzungen in den Bereichen *Rollenverhalten*, *Kommunikation*, *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr*. Rollenverhalten und Kommunikation werden von den Eltern der Patienten mit Externalisierender Symptomatik negativer bewertet. Auch die Kontrollskalen *soziale Erwünschtheit* und *Abwehr* werden kritischer beurteilt. Die Wertung der Therapeuten lässt hingegen keine Unterschiede zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten erkennen. Die Hypothese, dass sich die Familienfunktion in den Störungsgruppen nicht unterscheidet, kann somit für die Gruppe der Externalisierenden Störungen aus Sicht der Therapeuten und auch der Patienten verifiziert werden.

3.4 Vergleich der Familienfunktionalität zu Therapiebeginn und Therapieende

Ergebnisse zu Hypothese 4: Es ist eine Verbesserung der Familienfunktionalität durch die psychoanalytische Behandlung nachweisbar.

Es folgt eine vergleichende Untersuchung der familiären Funktionalität zu Therapiebeginn (T1) gegenüber dem Behandlungsabschluss (TE).

Die Ergebnisse sind in den folgenden Tabellen dargestellt (Tab. 3.15, Tab. 3.16, Tab. 3.17).

Tabelle 3.15 Veränderung der Familienfunktionalität von T1 zu TE aus Patientensicht (FB-A).

Skala	N	T1		TE		t	p	95% CI		d
		M	SD	M	SD			LL	UL	
Aufgabenerfüllung	35	53.75	12.41	54.49	9.83	-3.30	.76	-5.72	4.24	-.07
Rollenverhalten	35	50.56	10.05	47.75	10.12	1.41	.17	-1.24	6.86	.28
Kommunikation	32	53.51	10.61	50.85	10.50	1.35	.19	-1.35	6.68	.25
Emotionalität	33	53.52	11.32	53.52	8.11	-.67	.95	-4.32	4.04	-.01
Affektive Beziehungsaufnahme	35	53.11	13.46	52.07	10.43	.50	.62	-3.20	5.28	.09
Kontrolle	34	50.09	11.69	46.80	9.14	1.59	.12	-.92	7.50	.31
Werte und Normen	37	49.11	10.88	50.24	9.85	-.61	.54	-4.88	2.61	-.10
Gesamtsummenscore	36	52.19	12.39	50.66	9.84	.75	.47	-2.59	5.65	.14
Soziale Erwünschtheit	37	46.30	10.58	46.58	9.68	-.16	.87	-3.71	3.16	-.02
Abwehr	37	47.42	9.96	49.75	9.90	-1.36	.18	-5.65	.75	-.23

Anmerkungen. CI= Confidence Intervall; LL= lower limit; UL= upper limit; p=Signifikanzniveau (zweiseitige Testung).

Der Vergleich des familiären Funktionsniveaus zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (TE) aus Patientensicht zeigt insgesamt keine signifikante Verbesserung der Familienfunktion durch die Behandlung. Betrachtet man die Mittelwerte, ist jedoch festzustellen, dass es zu einer statistisch zwar nicht signifikanten, aber tendenziell dennoch erkennbaren Verbesserung der Familienfunktion in den Bereichen *Rollenverhalten*, *Kommunikation*, *Affektive Beziehungsaufnahme* und *Kontrolle* gekommen ist. Vergleicht man die *Gesamtsummenscores* zu Therapiebeginn und Therapieende lässt sich ebenfalls eine tendenziell positive Entwicklung der Familienfunktionalität erkennen (T1: M=52.19, T2: M=50.66).

Tabelle 3.16 Veränderung der Familienfunktionalität von T1 zu TE aus Elternsicht (FB-A).

Skala	N	T1		TE		t	p	95% CI		d
		M	SD	M	SD			LL	UL	
Aufgabenerfüllung	62	51.21	8.99	51.75	9.31	-.39	.70	-3.23	2.17	-.06
Rollenverhalten	60	51.25	9.14	51.29	9.38	-.03	.98	-2.40	2.33	<.01
Kommunikation	61	54.94	13.41	52.80	12.26	1.41	.17	-.91	5.20	.17
Emotionalität	62	54.16	11.41	52.45	10.87	1.54	.13	-.51	3.94	.15
Affektive Beziehungsaufnahme	62	51.96	13.61	51.10	12.47	.60	.56	-2.04	3.76	.07
Kontrolle	62	50.42	11.31	49.17	11.72	1.00	.32	-1.25	3.76	.11
Werte und Normen	62	49.37	9.81	50.08	9.91	-.56	.58	-3.27	1.83	-.07
Gesamtsummenscore	62	52.34	11.61	51.46	11.92	.82	.42	-1.27	3.03	.07
Soziale Erwünschtheit	62	45.61	8.94	46.54	9.50	-.70	.48	-3.56	1.71	-.10
Abwehr	62	50.37	8.71	49.77	8.50	.56	.58	-1.54	2.73	.07

Anmerkungen. CI= Confidence Intervall; LL= lower limit; UL= upper limit; p=Signifikanzniveau (zweiseitige Testung).

Im Elternurteil ergibt sich ebenfalls keine signifikante Verbesserung der Familienfunktionalität durch die Behandlung. Jedoch zeigt auch hier der *Gesamtsummenscore* eine tendenziell positive Veränderung (T1: M=52.34, T2: M=51.46). Die Skalen *Kommunikation*, *Emotionalität*, *Affektive Beziehungsaufnahme* und *Kontrolle* zeigen leichte Verbesserungen im familiären Funktionsniveau.

Tabelle 3.17 Veränderung der Familienfunktionalität von T1 zu TE aus Therapeutensicht.

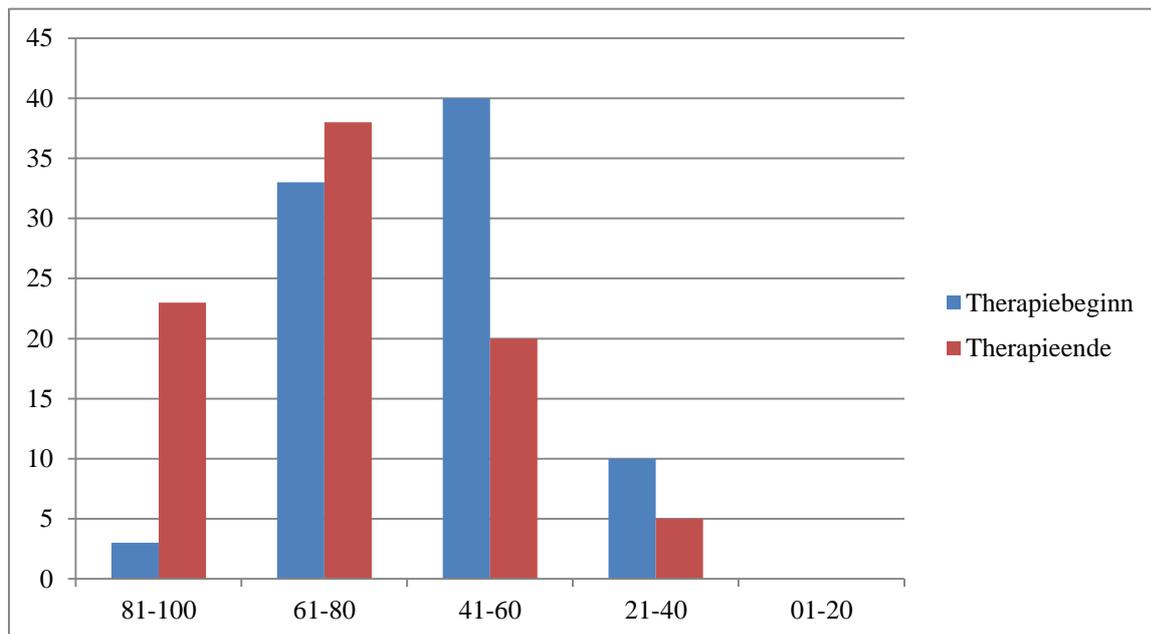
Skala	N	T1		TE		t	p	95% CI		d
		M	SD	M	SD			LL	UL	
GARF	86	57.63	15.66	70.59	16.90	-7.49	<.01	-16.41	-9.53	-.80

Anmerkungen. CI= Confidence Intervall; LL= lower limit; UL= upper limit; p=Signifikanzniveau (zweiseitig).

Tabelle 17 zeigt die Veränderung der Familienfunktion aus Therapeutensicht. Hier lässt sich eine sehr signifikante Verbesserung des familiären Funktionsniveaus zu Therapieende berichten ($t=-7.49$, $d=-.80$, $p<.01$). Zu Beginn der Therapie schätzten die Therapeuten die Funktionalität des familiären Beziehungssystems anhand der GARF-Skala als „überwiegend deutlich dysfunktional und unbefriedigend“ ein ($M=57.63$). Zu Therapieende fällt die Einschätzung positiver aus, das Funktionieren des Beziehungssystems wird laut der GARF-Skala als „irgendwie unbefriedigend bezeichnet, über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst“.

Abbildung 3.2 stellt die positive Entwicklung der Familienfunktionalität aus Therapeutensicht grafisch dar.

Abbildung 3.2 Vergleich der GARF-Einschätzung durch den Therapeuten zu Therapiebeginn und Therapieende (N=86).



3.5 Familienfunktionalität und Therapieerfolg

Ergebnisse zu Hypothese 5:

- a. Es ist eine positive Korrelation zwischen der Verbesserung der Familienfunktionalität und einem Behandlungserfolg festzustellen.
- b. Die Familienfunktionalität zu Therapiebeginn hat prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg.

In den Tabellen 3.18 bis 3.28 sind die Ergebnisse der hierarchischen multiplen Regressionsanalysen zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen einem Behandlungserfolg im Sinne einer Verringerung der Beeinträchtigungsschwere der Patienten und der Verbesserung der familiären Funktionalität einerseits, sowie der prognostischen Bedeutung der Familienfunktion für den Behandlungserfolg andererseits dargestellt.

Tabelle 3.18 zeigt die Korrelationen zwischen der Veränderung der Beeinträchtigungsschwere, der Familienfunktion zu Therapiebeginn und der Veränderung der familiären Funktionalität.

Tabelle 3.18 Korrelationen zwischen abhängiger Variable und Prädiktoren ($N=79$).

	1	2	3
1. Veränderung BSS-K	-	-.12	.48**
2. GARF zu T1		-	-.43**
3. Veränderung GARF			-

Anmerkungen. r =Pearson's r ; p =Signifikanzniveau (einseitige Testung): ** $p \leq .01$ für das Signifikanzniveau der Produkt-Moment-Korrelationen.

Es lässt sich eine signifikante positive Korrelation zwischen der Veränderung der Familienfunktion und der Veränderung der Beeinträchtigungsschwere der Kinder und Jugendlichen erkennen ($r=.48^{**}$). Der in Hypothese 5a postulierte Zusammenhang zwischen einer Verbes-

serung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg kann somit verifiziert werden.

Tabelle 3.19 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Therapeutenurteil ($N=79$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
GARF zu T1	-.03	.03	-.12
<i>Modell 2</i>			
GARF zu T1	-.03	.03	-.10
Veränderung GARF	.14	.03	.53**

Anmerkungen. B=Regressionskoeffizient; β =standardisierter Regressionskoeffizient; $R^2=.02$ für Modell 1, $\Delta R^2=.22$ für Modell 2 ($p<.001$). ** $p<.01$.

Die multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage eines Behandlungserfolges anhand des Therapeutenurteils zur Familienfunktion zeigt (Tab. 3.22), dass ein sehr signifikanter Einfluss der Veränderung der Familienfunktion im Verlauf der Therapie (Modell 2) auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten besteht ($\beta=.53$, $p<.01$). Mit der Verbesserung der familiären Funktionalität nimmt somit auch der Behandlungserfolg zu. Die Verbesserung der Familienfunktion erklärt 22% der Varianz der Veränderung des BSS-K ($\Delta R^2=.22$).

Tabelle 3.20 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Patientenurteil ($N=24$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
FB-A zu T1	.09	.07	.27
<i>Modell 2</i>			
FB-A zu T1	.05	.08	.15
Veränderung FB-A	.10	.09	.25

Anmerkungen. B=Regressionskoeffizient; β =standardisierter Regressionskoeffizient; $R^2=.07$ für Modell 1, $\Delta R^2=.12$ für Modell 2.

Tabelle 3.21 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil ($N=45$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
FB-A zu T1	.07	.05	.23
<i>Modell 2</i>			
FB-A zu T1	.10	.05	.31
Veränderung FB-A	-.08	.07	-.19

Anmerkungen. B=Regressionskoeffizient; β =standardisierter Regressionskoeffizient; $R^2=.05$ für Modell 1, $\Delta R^2=.08$ für Modell 2.

Die in den Tabellen 3.20 und 3.21 dargestellten Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage eines Behandlungserfolges mit Hilfe der Einschätzung der Familienfunktion durch Patienten und Eltern zeigen, dass anhand des Gesamtsummenscores des FB-A kein signifikanter Einfluss der Familienfunktion zu Therapiebeginn (Modell 1) oder der Veränderung der Familienfunktion im Verlauf der Therapie (Modell 2) auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten nachzuweisen ist.

Bei Betrachtung der verschiedenen Dimensionen des FB-A mit Hilfe der linearen Regressionsmodelle ergeben sich jedoch Zusammenhänge zwischen *Affektiver Beziehungsaufnahme*,

Rollenverhalten und *Abwehr* der Patienten zu Therapiebeginn, sowie der Veränderung im Bereich *Kontrolle* und einem Behandlungserfolg (Tab. 3.22, Tab. 3.23, Tab. 3.24, Tab. 3.25).

Tabelle 3.22 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Patientenurteil im Bereich Affektive Beziehungsaufnahme ($N=23$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
ABA zu T1	.07	.05	.45*
<i>Modell 2</i>			
ABA zu T1	.08	.07	.29
Veränderung ABA	.07	.07	.26

Anmerkungen. ABA=Affektive Beziehungsaufnahme; B=Regressionskoeffizient; β =standardisierter Regressionskoeffizient; $R^2=.20$ für Modell 1, $\Delta R^2=.04$ für Modell 2 ($p<.05$). * $p<.05$.

Die in Tabelle 3.22 dargestellten Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage eines Behandlungserfolges anhand des Patientenurteils zur Familienfunktion im Bereich *Affektive Beziehungsaufnahme* zeigen, dass ein signifikanter Einfluss dieser Dimension der Familienfunktion zu Therapiebeginn (Modell 1) auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten besteht ($\beta=.45$, $p<.05$). Die Qualität der Affektivität der Beziehungsaufnahme der Patienten zu Therapiebeginn hat somit prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg. 20% der Varianz der Veränderung des BSS-K ($R^2=.20$) können durch die Eigenschaften der affektiven Beziehungsaufnahme zu Therapiebeginn erklärt werden.

Tabelle 3.23 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil im Bereich Rollenverhalten ($N=43$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
Rollenverhalten zu T1	.14	.06	.35*
<i>Modell 2</i>			
Rollenverhalten zu T1	.18	.07	.46*
Veränderung Rollenverhalten	-.07	.06	-.20

Anmerkungen. B=Regressionskoeffizient; β =standardisierter Regressionskoeffizient; $R^2=.13$ für Modell 1, $\Delta R^2=.02$ für Modell 2 ($p<.05$). * $p<.05$.

Tabelle 3.23 zeigt die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage eines Behandlungserfolges anhand des Elternurteils zur Familienfunktion im Bereich *Rollenverhalten*. Es ergibt sich ein signifikanter Einfluss dieser Dimension der Familienfunktion zu Therapiebeginn (Modell 1) auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten ($\beta=.35$, $p<.05$). Auch in Modell 2 lässt sich dieser Einfluss erkennen ($\beta=.46$, $p<.05$). Somit hat das Niveau der Familienfunktion für den Bereich Rollenverhalten zu Therapiebeginn eine prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg. 13% der Varianz der Veränderung des BSS-K können durch das Rollenverhalten der Patienten zu Therapiebeginn erklärt werden.

Tabelle 3.24 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil im Bereich Kontrolle ($N=45$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
Kontrolle zu T1	.02	.05	.06
<i>Modell 2</i>			
Kontrolle zu T1	.08	.05	.24
Veränderung Kontrolle	-.14	.05	-.41*

Anmerkungen. B=Regressionskoeffizient; β =standardisierte Regressionskoeffizient; $R^2=.00$ für Modell 1, $\Delta R^2=.14$ für Modell 2 ($p<.05$). * $p<.05$.

Für den in Tabelle 3.24 dargestellten Bereich *Kontrolle* (Elternurteil) ergibt sich ein signifikanter, negativer Einfluss der *Veränderung* dieser Dimension der Familienfunktion (Modell 2) auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten ($\beta=-.41$, $p<.05$). Die Verbesserung der familiären Funktionalität im Bereich Kontrolle führt somit zu einer positiveren Entwicklung der Beeinträchtigungsschwere. Die *Veränderung der Kontrolle* von Therapiebeginn zu Therapieende erklärt 14% der Varianz der Veränderung des BSS-K ($R^2=.14$).

Tabelle 3.25 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges: Elternurteil im Bereich Abwehr ($N=45$).

Prädiktor	B	SE B	β
<i>Modell 1</i>			
Abwehr zu T1	-.12	.06	-.30*
<i>Modell 2</i>			
Abwehr zu T1	-.16	.07	-.38*
Veränderung Abwehr	.07	.08	.15

Anmerkungen. B=Regressionskoeffizient; β =standardisierte Regressionskoeffizient; $R^2=.09$ für Modell 1, $\Delta R^2=.02$ für Modell 2 ($p<.05$). * $p<.05$.

Tabelle 3.25 zeigt die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage eines Behandlungserfolges anhand des Elternurteils zur Familienfunktion für die Kontrollskala *Abwehr*. Hier ergibt sich ein signifikanter negativer Einfluss der Einschätzung des Abwehrverhaltens zu Therapiebeginn (Modell 1) auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten ($\beta=-.30$, $p<.05$). Auch in Modell 2 lässt sich dieser Einfluss erkennen ($\beta=-.38$, $p<.05$). Somit hat das Niveau der Familienfunktion für den Bereich Abwehr zu Therapiebeginn eine prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg. 9% der Varianz der Veränderung des BSS-K ($R^2=.13$) können durch die Einschätzung des Abwehrverhaltens zu Therapiebeginn erklärt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der in Hypothese 5a angenommene Zusammenhang zwischen der Verbesserung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg bestätigt werden konnte. Bezüglich der prognostischen Bedeutung der Familienfunktion für den

Behandlungserfolg, lässt sich sagen, dass den Dimensionen *Affektive Beziehungsaufnahme*, *Rollenverhalten* und *Abwehr* eine prognostische Bedeutung für die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere der Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Psychotherapie zukommt. Darüber hinaus hat auch die *Veränderung des Kontrollverhaltens* einen nachweislichen Einfluss auf den Behandlungserfolg.

4 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse über die Aspekte der Familienfunktionalität im Kontext der ambulanten psychoanalytisch orientierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen diskutiert.

Die gewonnenen Ergebnisse über die Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität und Therapieerfolg können einen Beitrag zur Entwicklung von Kriterien für die Differentialindikationen psychoanalytischer Therapieansätze in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie leisten.

4.1 Darstellung der Hauptergebnisse

Ziel dieser Arbeit war die Darstellung des familiären Funktionsniveaus innerhalb der klinischen Stichprobe unter Berücksichtigung der Symptomatik der Kinder- und Jugendlichen, sowie die Untersuchung der Veränderungen der Funktionalität des familiären Beziehungssystems im Rahmen der Therapie. Weiterhin wurde analysiert, inwieweit der Familienfunktionalität eine prognostische Bedeutung hinsichtlich eines Behandlungserfolges in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zukommt.

Das Niveau der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien zu Therapiebeginn war aus Sicht der Eltern und Kinder, verglichen mit klinisch unauffälligen Familien einer unabhängigen Referenzstichprobe, insgesamt niedrig. Auch die Therapeuten schätzten die Familienfunktionalität nur bei 2% ($N=3$) der Patientenfamilien als zufriedenstellend ein, wohingegen bei 40% ($N=54$) der Familien das Beziehungssystem als irgendwie unbefriedigend und bei 46% ($N=63$) als deutlich dysfunktional und tendenziell überwiegend unbefriedigend bewertet wurde. 10% ($N=13$) der Familien fielen in die Kategorie eines offensichtlich und ernstlich dysfunktionalen Beziehungssystems. Bei weiteren 2% ($N=3$) der Patientenfamilien wurde eine Beziehungseinheit diagnostiziert, die zu dysfunktional war, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten.

Ein Vergleich der Beurteilung der familiären Funktionalität durch Patienten, Mütter und Väter ergab ausschließlich Unterschiede in den Bereichen *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität*.

Dabei zeigten sich Differenzen im Bereich *Aufgabenerfüllung* zwischen Vater- und Patientenurteil, sowie zwischen Vater- und Mutterurteil. Für die Familienbogenskala *Emotionalität* zeigten sich nur im Vater- und Mutterurteil signifikante Differenzen. Die Väter schätzen die Bereiche *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität* funktionaler ein als die Mütter. Zudem fiel die Bewertung der *Aufgabenerfüllung* in der Familie durch die Väter positiver aus, als durch die Patienten.

Bezüglich der Unterschiede in der Einschätzung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten, den depressiven und nicht depressiven Patienten und den Patienten mit und ohne externalisierende Symptomatik, zeigte die Beurteilung der Therapeuten anhand der GARF-Skala keine auffälligen Differenzen zwischen den Störungsgruppen.

Des Weiteren berichteten die Therapeuten eine deutliche Verbesserung des familiären Funktionsniveaus von Therapiebeginn zu Therapieende. Zu Beginn der Behandlung bewerteten die Therapeuten die Funktionalität des familiären Beziehungssystems anhand der GARF-Skala als „überwiegend deutlich dysfunktional und unbefriedigend“. Zu Therapieende fiel die Einschätzung positiver aus, das Funktionieren des Beziehungssystems wurde als „irgendwie unbefriedigend bezeichnet, über eine Zeitspanne wurden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst“. Aus Sicht der Eltern und Patienten zeigte der Vergleich des familiären Funktionsniveaus zu Therapiebeginn und Therapieende hingegen keine signifikante Verbesserung der Familienfunktionalität durch die Behandlung.

Der angenommene Zusammenhang zwischen der Verbesserung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg konnte bestätigt werden. Die gewonnenen Ergebnisse legen weiterhin eine prognostische Bedeutung der Dimensionen *Affektive Beziehungsaufnahme*, *Rollenverhalten* und *Abwehr* für die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere der Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Psychotherapie nahe. Darüber hinaus konnte auch für die Veränderung des *Kontrollverhaltens* ein Einfluss auf den Behandlungserfolg nachgewiesen werden.

4.2 Diskussion der Einzelergebnisse

4.2.1 Vergleich der Einschätzung der Familienfunktionalität durch die Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten

Ergebnisse zu Hypothese 1: Die Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten unterscheidet sich mit weniger als kleiner Effektstärke.

Die in Hypothese 1 postulierte Annahme, dass sich die Einschätzung der Familienfunktionalität durch Patienten, Mütter, Väter und Therapeuten mit weniger als kleiner Effektstärke unterscheidet, kann bestätigt werden. Die Einschätzungen der Patienten, Mütter und Väter unterschieden sich lediglich in den Bereichen *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität*. Dabei zeigten sich Unterschiede im Bereich *Aufgabenerfüllung* zwischen Vater- und Patientenurteil, sowie zwischen Vater- und Mutterurteil. Für die Familienbogenskala *Emotionalität* zeigte sich nur im Vater- und Mutterurteil ein signifikanter Unterschied. Die Väter schätzten die Bereiche *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität* funktionaler ein als die Mütter. Zudem fiel die Bewertung der *Aufgabenerfüllung* in der Familie durch die Väter positiver aus, als durch die Patienten. Die Väter sehen somit eine größere Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Familie in Bezug auf entwicklungsbedingte Anforderungen. Funktionale Muster der Aufgabenerfüllung können selbst in Stresssituationen beibehalten werden und die Festlegung von Aufgaben erfolgt in Übereinstimmung mit der ganzen Familie. Mütter und Kinder bewerteten den Bereich *Aufgabenerfüllung* hingegen weitaus kritischer, sie sehen in der Familie eher Probleme bei der Festlegung von Aufgaben, sowie bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten oder der Verwirklichung von Veränderungen. Auch im Bereich *Emotionalität* schätzten die Väter den Ausdruck von Gefühlen in der Familie positiver ein als die Mütter, die diesen als eher unzulänglich und von unangemessener Intensität charakterisierten. Darüber hinaus zeigten sich erwartungsgemäß signifikante Korrelationen zwischen der Bewertung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems durch die Therapeuten anhand der GARF-Skala und die Patienten, Mütter und Väter anhand des Allgemeinen Familienbogens.

In einer von Pollak, Schmidt, Höger und Wiegand-Grefe (2008) im Rahmen des Projektes *Children of Mentally Ill Parents* (CHIMPs), an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätskrankenhauses Eppendorf durchgeführten Studie, wurden ebenfalls Untersuchungen zu den Zusammenhängen der Beurteilung der Familienfunktionalität durch psychisch

auffällige Patienten anhand des FB-A und der Beurteilung durch die Therapeuten anhand des GARF durchgeführt. Zur Patientensicht der familiären Funktionalität ergab sich hier ein mittlerer Zusammenhang (r der Gesamtscores=-.37; $p=.003$). Auch in der vorliegenden Arbeit zeigte sich zwischen der Bewertung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems durch die Therapeuten anhand der GARF-Skala und die Patienten anhand des Allgemeinen Familienbogens ein mittlerer Zusammenhang ($r=-.28$, $p=.02$). Die Ergebnisse von Pollak und Kollegen können damit bekräftigt werden.

4.2.2 Die Familienfunktionalität in den Patientenfamilien

Ergebnisse zu Hypothese 2: Das Niveau der Familienfunktionalität ist in den Patientenfamilien insgesamt niedriger als in der Normstichprobe.

Anhand des Vergleichs des familiären Funktionsniveaus der Patientenfamilien mit der Referenzstichprobe konnte die aufgestellte Hypothese, dass das familiäre Funktionsniveau in den Patientenfamilien insgesamt niedriger als in der Normstichprobe ist, verifiziert werden. Sowohl die Kinder, als auch die Eltern schätzten das Niveau der Familienfunktionalität verglichen mit der Referenzstichprobe eindeutig geringer ein. Auch die Therapeuten beurteilten die Familienfunktionalität nur bei 2% ($N=3$) der Familien als zufriedenstellend. Folglich lässt sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen psychischer Auffälligkeit eines Kindes oder Jugendlichen und einer familiären Dysfunktionalität feststellen.

Die Ergebnisse entsprechen damit den Ergebnissen von Kabacoff und Kollegen (1990), die in ihrer Studie eine geringere Familienfunktionalität bei Patienten mit psychischen Störungen nachweisen konnten, als in Familien von somatisch kranken Patienten und klinisch unauffälligen Studienteilnehmern. Auch Friedmann (1997) zeigte mit seinen Forschungsergebnissen, dass Familien von psychisch auffälligen Kindern, verglichen mit nichtklinischen Stichproben, höhere Niveaus an Dysfunktion in der Familie erkennen lassen. Fristad und Clayton (1991) dokumentierten, dass in einer Gruppe von 100 Kindern im Alter von 5 bis 13 Jahren mit verschiedenen psychischen Störungen (Verhaltensstörungen: $N=73$; Angststörungen: $N=41$; affektive Störungen: $N=56$; andere Störungen: $N=77$) 89% aus dysfunktionalen Familien stammten (Elternurteil). Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass aus Therapeutensicht 98% der Patientenfamilien der vorliegenden Stichprobe als dysfunktional charakterisiert werden können und bekräftigen damit die Ergebnisse von Fristad und Clayton auch aus der Sicht

der Therapeuten. Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie des National Institute of Mental Health demonstrierten, dass bei Kindern mit psychischen Störungen auch Probleme im familiären Zusammenleben in Erscheinung treten (Simpson et al., 2005) können. Diese Erkenntnis kann anhand der vorliegenden Untersuchung unter den besonderen Bedingungen der ambulanten psychoanalytisch orientierten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen unterstützt werden. Auch die Ergebnisse der Studie von Pollak und Kollegen (2008), die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen, und daran gekoppelt einer gestörten Familienfunktionalität nachweisen, lassen sich mit Hilfe der gewonnenen Ergebnisse bekräftigen. Die Patientensicht der Familienfunktionalität wurde von Pollak und Kollegen ebenfalls unter Verwendung des FB-A erfasst. Der FB-A Gesamtscore, als Maß für die familiäre Funktionalität insgesamt, sowie die Werte der einzelnen Dimensionen lagen im mittleren Skalenbereich von T=40 bis T=60 und decken sich insofern mit den T-Werten der Untersuchung im Rahmen dieser Dissertation. Die Bereiche *Rollenverhalten* (T=53.2; s=10.96) und *Werte und Normen* (T=55.6; s=13.84) wurden in der Studie von Pollak und Kollegen von den Familien am positivsten beurteilt. Auch in der hier vorliegenden Studie bewerteten die Patienten diese Dimensionen am positivsten (*Rollenverhalten*: T=52.10; s=9.39; *Werte und Normen*: T=51.64; s=11.48). Darüber hinaus wurde aber auch der Bereich *Kontrolle* (T=51.69; s=11.56) vergleichsweise gut eingeschätzt. Insgesamt fielen die Bewertungen der Patienten in den Bereichen *Rollenverhalten* und *Werte und Normen* im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung etwas positiver aus als bei Pollak und Kollegen. Weiterhin wurde die *Affektive Beziehungsaufnahme* bei Pollak als eher problematisch gesehen. Die hier dargestellten Ergebnisse können diese Tatsache nur teilweise bestätigen, da die Patienten die Dimensionen *Aufgabenerfüllung* und *Emotionalität* noch kritischer beurteilten. Die Therapeuten bewerteten die Familien in der Studie von Pollak im Mittel als *vorwiegend dysfunktional* (M=47.0; s=20.63). In der vorliegenden Untersuchung schätzten die Therapeuten die Familien im Mittel ebenfalls als *vorwiegend dysfunktional* (M=57.77; s=16.00) ein. Die Funktionalität des familiären Beziehungssystems wurde aber insgesamt etwas positiver beurteilt. Eine mögliche Ursache dafür ist die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichprobe der Studie von Pollak und Kollegen im Vergleich zu der hier vorliegenden Stichprobe. Pollak untersuchte lediglich Kinder und Jugendliche aus Familien mit psychisch kranken Elternteilen und damit eine Stichprobe mit einem besonders hohen Risiko für das Vorliegen familiärer Problematiken (Egle et al., 1997).

4.2.3 Unterschiede der Familienfunktionalität in den Störungsgruppen

Ergebnisse zu Hypothese 3: Die Familien in den einzelnen Störungsgruppen unterscheiden sich mit weniger als kleiner Effektstärke in ihrer familiären Funktionalität.

Störungsgruppe Ängstlichkeit

In der Störungsgruppe Ängstlichkeit konnte festgestellt werden, dass sich aus Sicht der Therapeuten insgesamt keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den ängstlichen Patienten und den Patienten mit nicht ängstlichen Störungsbildern darstellen. Die Hypothese, dass sich die Familienfunktion in den Störungsgruppen nicht unterscheidet, kann somit für die Störungsgruppe Angst aus Therapeutesicht bestätigt werden.

Betrachtet man jedoch die Einschätzungen der Patienten, ist festzustellen, dass sich die ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten in ihrer Bewertung der Familienfunktionalität für die Bereiche *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität* und *Kontrolle* unterscheiden. Die ängstlichen Patienten schätzten diese Funktionsbereiche negativer ein, als die Patienten mit nicht ängstlichen Störungsbildern. Es ist demnach zu erkennen, dass Patienten mit ängstlicher Symptomatik eher Probleme bei der Festlegung von Aufgaben, bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten oder bei der Verwirklichung von Veränderungen erkennen lassen. Weiterhin deutet die kritischere Beurteilung der Emotionalität auf eine problematische Interaktion in der Familie durch einen unzulänglichen Ausdruck von Gefühlen hin. Das Kontrollverhalten stellte sich für die ängstlichen Patienten ebenfalls dysfunktionaler dar, die Formen der Beeinflussung gestatten es der Familie möglicherweise nicht, die Anforderungen des täglichen Familienlebens zu meistern. Bei Betrachtung des Elternurteils zeigte sich außerdem eine negativere Einschätzung der Skalen *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität* und *Werte und Normen* in der Gruppe mit ängstlicher Symptomatik. Auch die Eltern sehen somit vor allem Schwächen im Bereich der Festlegung von Aufgaben, der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in Bezug auf entwicklungsbedingte Anforderungen und den Umgang und die Verarbeitung von Emotionen innerhalb der Familie. Darüber hinaus stellten sie, verglichen mit den Eltern der Patienten mit nicht ängstlichen Störungsbildern, eine geringere Übereinstimmung und Kohärenz in den familiären Wert- und Normvorstellungen fest. Es ist anzunehmen, dass die dargestellten Ergebnisse als ein Abbild der spezifischen Symptomatik von Angststörungen zu interpretieren sind.

Störungsgruppe Depressivität

In der Störungsgruppe Depressivität zeigte die Untersuchung ähnliche Ergebnisse. Betrachtet man das Urteil der Therapeuten, lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den depressiven Patienten und den Patienten mit nicht depressiven Störungsbildern erkennen.

Betrachtet man jedoch das Patientenurteil, zeigt sich, dass sich die depressiven und nicht depressiven Patienten in ihrer Bewertung der Familienfunktionalität unterscheiden. Für die Bereiche *Aufgabenerfüllung*, *Emotionalität*, *Affektive Beziehungsaufnahme*, *Kontrolle* und *Werte und Normen* war eine negativere Einschätzung durch die Patienten mit depressiver Symptomatik zu erkennen. Auch die Kontrollskalen *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr* wurden deutlich kritischer beurteilt. Im Elternurteil zeigte sich ebenfalls eine negativere Einschätzung der Skalen *Aufgabenerfüllung*, *Rollenverhalten*, *Emotionalität*, *Affektive Beziehungsaufnahme* und *Werte und Normen* für die Patienten mit depressiver Symptomatik. Diese Ergebnisse können wiederum als ein Abbild des Störungsbildes interpretiert werden, da die Patienten mit depressiver Symptomatik nahezu alle Bereiche der Familienfunktionalität negativer beurteilen. Beck (1992) definiert in seinem Depressionsmodell folgende Bedingungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen („Kognitive Triade“): Der Patient denkt geringschätzig und abwertend über seine eigene Person (negatives Selbstbild), er sieht in der Interaktion mit seiner Umwelt ausschließlich Misserfolge, Benachteiligungen und Enttäuschungen (negatives Weltbild) und geht davon aus, dass auch in Zukunft sein Leben durch Niederlagen und Frustrationen bestimmt wird (negative Zukunftserwartung). In diesem Kontext sind die beschriebenen Symptome als ursächlich für die negative Einschätzung der Familienfunktionalität anzusehen.

Störungsgruppe mit externalisierender Symptomatik

In der Gruppe der externalisierenden Störungsbilder lässt die Wertung der Therapeuten keine Unterschiede zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten erkennen. Die Hypothese, dass sich die Familienfunktion in den Störungsgruppen nicht unterscheidet, kann somit aus Therapeutensicht auch in der Gruppe der externalisierenden Störungen bestätigt werden.

Des Weiteren zeigen auch die Ergebnisse aus Patientensicht keine Unterschiede in der Familienfunktion zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten. Betrachtet man jedoch das

Urteil der Eltern, zeigen sich Differenzen in den Einschätzungen in den Bereichen *Rollenverhalten*, *Kommunikation*, *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr*. Alle Bereiche wurden von den Eltern der Patienten mit externalisierender Symptomatik negativer bewertet. Das Abwehrverhalten der Familie beurteilen sie kritischer als die unauffälligen Patienten, bezüglich der Rollenerwartungen der einzelnen Familienmitglieder sehen sie eher eine geringe Übereinstimmung. Besonders auffällig ist die äußerst negative Bewertung der Skala *Kommunikation*. Die Eltern der Patienten mit externalisierenden Störungen nehmen die Verständigung in der Familie als ungenügend wahr und beurteilen den Informationsaustausch unter den Familienmitgliedern als eher mangelhaft.

Weiterführende Diskussion

Zu der Frage, inwieweit sich die Familien unterschiedlicher Störungsgruppen hinsichtlich ihrer familiären Funktionalität unterscheiden, liegen bislang kontroverse Ergebnisse vor. Während ältere Studien annehmen lassen, dass bestimmte psychische Störungen mit einer geringeren familiären Funktionalität verbunden sind als andere (Miller et al., 1986), zeigen neuere (Weinstock et al., 2006), auf erweiterten Stichproben basierende Studien (Friedmann et al., 1997) hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Störungsgruppen und kommen zu dem Schluss, dass *jede* psychische Störung nahezu gleichermaßen einen Stressfaktor für die familiäre Funktionalität darstellt und die Natur der psychischen Störung somit keine spezifischen Auswirkungen auf die Familienfunktion hat.

Die zuvor diskutierten Ergebnisse haben gezeigt, dass sich die verschiedenen Störungsgruppen hinsichtlich der Bewertung von Stärken und Schwächen im Bereich der Funktionsfähigkeit des familiären Beziehungssystems durch Eltern und Patienten unterscheiden. Die Therapeuten hingegen sehen keine signifikanten Unterschiede in den Störungsgruppen und bestätigen damit die aktuelle Studienlage.

Die Tatsache, dass die Therapeuten in der hier vorliegenden Studie keine Unterschiede im Niveau der Familienfunktionalität zwischen den verschiedenen Störungsgruppen sehen, könnte damit erklärt werden, dass die bestehenden Dysfunktionalitäten im familiären Beziehungssystem als ein Ergebnis des durch die psychische Störung des Kindes für die Familie entstandenen, unspezifischen Stresses und der sich ergebenden Schwierigkeiten anzusehen sind. Auf der anderen Seite sprechen die von den Patienten und Eltern berichteten Unterschiede in den

Störungsgruppen jedoch auch dafür, dass die familiären Funktionsstörungen als ein Abbild der jeweiligen Symptomatik zu interpretieren sind. Weiterhin ist zu beachten, dass die vorliegenden Ergebnisse letztlich keine konkrete Aussage darüber zulassen, inwieweit die gestörte Familienfunktion möglicherweise vielmehr als *Auslöser* für die psychische Auffälligkeit der Kinder und Jugendlichen zu interpretieren ist.

4.2.4 Vergleich der Familienfunktionalität zu Therapiebeginn und Therapieende

Hypothese 4: Es ist eine Verbesserung der Familienfunktionalität durch die psychoanalytische Behandlung nachweisbar.

Bei Betrachtung der anhand des Allgemeinen Familienbogens gewonnenen Ergebnisse, ergaben sich lediglich tendenzielle Verbesserungen des familiären Funktionsniveaus in den Bereichen *Rollenverhalten, Kommunikation, Affektive Beziehungsaufnahme* und *Kontrolle* aus Sicht der Kinder. Auch der Vergleich der *Gesamtsummenscores* zu Therapiebeginn und Therapieende lässt eine tendenziell, statistisch aber nicht signifikante, positive Entwicklung der Familienfunktionalität erkennen (T1: M=52.19, T2: M=50.66). Aus Sicht der Eltern ergab sich ebenfalls keine statistisch signifikante Verbesserung der Familienfunktionalität durch die Behandlung. Jedoch zeigt auch hier der *Gesamtsummenscore* eine tendenziell positive Veränderung (T1: M=52.34, T2: M=51.46). Die Skalen *Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme* und *Kontrolle* belegen leichte Verbesserungen im familiären Funktionsniveau.

Die Beurteilung der Familienfunktion durch die Therapeuten lässt hingegen eine sehr signifikante Verbesserung des familiären Funktionsniveaus zu Therapieende erkennen. Zu Beginn der Therapie schätzen die Therapeuten die Funktionalität des familiären Beziehungssystems anhand der GARF-Skala als „überwiegend deutlich dysfunktional und unbefriedigend“ ein. Zu Therapieende fällt die Einschätzung positiver aus, das Funktionieren des Beziehungssystems wird mithilfe der GARF-Skala als „irgendwie unbefriedigend bezeichnet, aber über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst“. Dieses Ergebnis bestätigt damit auf hohem Signifikanzniveau die in Hypothese 4 postulierte Annahme, dass sich eine Verbesserung der Familienfunktion durch die Behandlung ergibt. Weiterhin deckt es sich mit den Ergebnissen von Kazdin und Wassell (2000), die in ihren Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen Familienfunktionalität und einer verhaltenstherapeu-

tischen Behandlung bei verhaltensauffälligen Kindern zeigen konnten, dass es im Rahmen der Therapie zu einer signifikanten Verbesserung der Familienfunktionalität kommt. Die anhand der GARF-Beurteilung gewonnenen Ergebnisse erhärten somit auch unter den besonderen Bedingungen der ambulanten psychoanalytisch orientierten Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der VaKJP-Studie die Annahme der Wirksamkeit dieser Therapieform hinsichtlich der Funktionalität des familiären Beziehungssystems.

Szapocznik und Kollegen kommen in ihrer Studie aus dem Jahr 1983, in der die Effektivität von Familientherapie und einzeltherapeutischen Sitzungen bezüglich ihrer Wirksamkeit und ihrem Einfluss auf die Funktionalität des familiären Beziehungssystems untersucht wurde, zu dem Ergebnis, dass beide Therapieformen effektiv sind. Eine Verbesserung der familiären Funktionalität konnte jedoch nur im Einjahres-Follow-up nachgewiesen werden. Im Rahmen der Untersuchungen zur generellen Veränderbarkeit der Familienfunktionalität dieser Dissertation konnte anhand der allgemeinen Familienbögen keine statistisch signifikante Verbesserung des Funktionsniveaus zu Therapieende festgestellt werden. Diese Ergebnisse entsprechen damit den Ergebnissen von Szapocznik und Kollegen (1983), die im Therapiezeitraum ebenfalls keine signifikante Verbesserung der Familienfunktionalität nachweisen konnten. Außerdem konnten auch Barrett und Kollegen (2004) keine Veränderung der familiären Funktionalität nach einer 14-wöchigen kognitiv-behavioralen Familienbehandlung bei Kindern mit einer Zwangsneurose feststellen. Und auch in der Heidelberger Studie, die als Instrument ebenfalls die allgemeinen Familienbögen einsetzte, ließen sich laut Kronmüller und Kollegen (2009) keine signifikanten Veränderungen der Familienfunktionalität während der Kurzzeittherapie feststellen.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass die analytische Therapie mit begleitender Elternarbeit mit ihrer Interventionstechnik nicht unmittelbar an einer Veränderung dysfunktionaler familiärer Interaktionen ansetzt. Eltern und Kind werden im Rahmen der analytischen Therapie in getrennten Settings betrachtet. Die Patienten bearbeiten unter Schulung ihrer introspektiven und selbstreflexiven Fähigkeiten ihre intrapsychischen Konflikte, wovon man sich auch einen indirekten Effekt auf die Funktionalität der familiären Beziehungen erhofft. Ebenso werden auch die Eltern in begleitenden Gesprächen in ihren selbstreflexiven Fähigkeiten unterstützt. Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Ergebnisse aus Sicht der Therapeuten im Gegensatz zu den Eltern und Kindern, ist kritisch zu betrachten, dass die verwendeten Instrumente die Funktionalität familiärer Interaktionen auf verschiedenen Ebenen operationalisieren. Die

Allgemeinen Familienbögen messen die Funktionalität familiärer Interaktionen auf einer beobachtbaren Verhaltensebene. Die Darstellung von Veränderungen, die auf selbstreflexiver Ebene erreicht werden ist hiermit kaum möglich. Hingegen haben die Therapeuten keinen direkt beobachtenden Zugang zu familiären Interaktionen im Alltag. Anhand der GARF-Skala werden vielmehr nur die Veränderungen in der Selbstreflexion von Patienten und Eltern wahrgenommen, die im Verlauf der Therapie vielleicht weniger konfliktbeladen über die familiäre Situation berichten. Ein aus Therapeutesicht gewonnener Eindruck von einer verbesserten allgemeinen Familienfunktionalität kann somit entstehen, ohne dass dies von den betroffenen Familienmitgliedern so wahrgenommen und berichtet wird.

4.2.5 Familienfunktionalität und Therapieerfolg

Hypothese 5:

- a. Es ist eine positive Korrelation zwischen der Verbesserung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg festzustellen.
- b. Die Familienfunktion zu Therapiebeginn hat prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Es ließ sich eine signifikante positive Korrelation zwischen der Veränderung der Familienfunktion und der Veränderung der Beeinträchtigungsschwere der Kinder und Jugendlichen erkennen. Die Daten unterstützen somit den in Hypothese 5a postulierten Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg.

Bezüglich der prognostischen Bedeutung der Familienfunktion für den Behandlungserfolg lässt sich sagen, dass die multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage eines Behandlungserfolges anhand des Therapeutenurteils zur Familienfunktion zeigte, dass ein signifikanter Einfluss der *Veränderung der Familienfunktion* im Verlauf der Therapie auf die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere bei den Patienten besteht. Mit der Verbesserung der familiären Funktionalität nahm auch der Behandlungserfolg zu.

Damit können die Ergebnisse einer Studie von Wallin und Kronvall (2002) bestätigt werden, in der differenzielle Entwicklungen für Familien mit erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Patienten in der Familienfunktionalität aufgezeigt werden konnten. Hier ergab sich bei den erfolgreich familientherapeutisch behandelten Patienten auch noch im Zweijahres-Follow-up eine verbesserte familiäre Funktionalität in den Patientenfamilien. Die gewonnenen Ergebnisse entsprechen weiterhin auch den Ergebnissen von Emslie und Kollegen (2003), die nachweisen konnten, dass bei Kindern aus weniger dysfunktionalen Familien, mit intakten interfamiliären Strukturen, ein besseres Therapieergebnis erzielt werden kann.

Mit Hilfe der allgemeinen Familienbögen konnte außerdem festgestellt werden, dass den Dimensionen *Rollenverhalten*, *Affektive Beziehungsaufnahme* und *Abwehr* eine prognostische Bedeutung für die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere der Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Psychotherapie zukommt. In den Bereichen Rollenverhalten, Affektive Beziehungsaufnahme und Abwehr hatten die Patienten aus Familien mit einer dysfunktionaleren Ausgangssituation einen schlechteren Therapieerfolg. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die von diesen Bereichen familiärer Dysfunktionalität mitgeprägten psychischen Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen durch eine alleinige psychoanalytische Therapie weniger effektiv beeinflussbar sind als Gesundheitsprobleme, die vorwiegend mit anderen Mustern familiärer Dysfunktionalität einhergehen.

Hieraus ergibt sich die Forderung, dass bei einer festgestellten familiären Dysfunktionalität in den Bereichen Rollenverhalten, Affektive Beziehungsaufnahme oder Abwehr zusätzliche Interventionstechniken, die direkt auf eine Veränderung der familiären Interaktionen abzielen, ergänzend oder begleitend in das Therapiekonzept integriert werden sollten. In diesem Kontext bieten sich systemische Interventionen an, die interfamiliäre Beziehungen als Grundlage für die Diagnose und Therapie psychischer Störungen und familiärer Konflikte betrachten. Bei der systemischen Therapie handelt es sich um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie ist der systemische Ansatz der am weitesten verbreitete und praktizierte Therapie- und Beratungsansatz. Ziel der ressourcenorientierten Therapie ist eine Erweiterung der Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen und des gesamten familiären Beziehungssystems. Eine Einbindung systemischer Interventionen zur Stärkung der familiären Funktionsbereiche Rollenverhalten, Affektive Beziehungsaufnahme und Abwehr scheint demzufolge sehr sinnvoll.

Des Weiteren konnte ein kausaler Zusammenhang zwischen der *Veränderung des Kontrollverhaltens* im Verlauf der Therapie und einem Therapieerfolg festgestellt werden. Eine erfolgreiche analytische Therapie scheint sich somit auch ohne systemische Begleitintervention indirekt positiv auf eine Reduzierung eines dysfunktionalen Kontrollverhaltens auszuwirken. Auf der anderen Seite scheint eine Verbesserung in diesem Bereich ein guter Indikator für ein gelingende analytische Therapie zu sein. Es ist demzufolge anzunehmen, dass eine Verbesserung der familiären Funktionalität im Bereich Kontrolle zu einer positiveren Entwicklung der Beeinträchtigungsschwere führt. Je vorhersagbarer, aber trotzdem ausreichend flexibel sich das Kontrollverhalten in den Familien der Kinder- und Jugendlichen im Verlauf der Therapie darstellt und je eher die Formen der Beeinflussung schließlich zulassen, dass das Familienleben in einer mit den Vorstellungen aller Familienmitglieder vereinbarten Art und Weise abläuft, desto wahrscheinlicher ist letztendlich der erfolgreiche Abschluss der ambulanten Psychotherapie (Cierpka u. Frevert 1994).

Insgesamt ist festzuhalten, dass anhand der dargestellten Ergebnisse die Prognosehypothese zumindest für die Bereiche *Rollenverhalten*, *affektive Beziehungsaufnahme* und *Abwehr* empirisch verifiziert werden kann. Kronmüller und Kollegen (2009) identifizierten in ihrer Studie die Familienfunktionalität in den Bereichen *Aufgabenerfüllung*, *Kommunikation* und *affektive Beziehungsaufnahme* als prognostische Faktoren für einen Therapieerfolg im Rahmen der Kurzzeitpsychotherapie. Die Ergebnisse der Untersuchung dieser Dissertation bestätigen die Ergebnisse von Kronmüller und Kollegen (2009) insofern, dass vor allem die Affektivität der Beziehungen in der Familie einen merklichen Einfluss auf den erfolgreichen Ausgang der Psychotherapie hat. Kronmüller und Kollegen (2009) bestimmten zusätzlich mögliche Mediatoreffekte und belegten damit, dass es in Familien, deren Kinder erfolgreich therapiert werden konnten, im Gegensatz zu Familien mit nicht erfolgreich behandelten Kindern, zu einer signifikanten Zunahme der Funktionalität des *Rollenverhaltens*, der *Emotionalität* und der *Kontrolle* kommt. Diese Aussage kann anhand der hier vorliegenden Ergebnisse für die Dimension *Kontrolle* bestätigt werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Familienfunktionalität in den Bereichen *Rollenverhalten*, *affektive Beziehungsaufnahme* und *Abwehr* zur Indikationsstellung einer ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beitragen kann. Bei einer festgestellten Dysfunktionalität in einem oder mehreren der genannten Bereiche sollten systemische Interventionstechniken, die direkt auf eine Veränderung der familiären Interaktionen ab-

zielen, ergänzend in das Therapiekonzept integriert werden. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass sich eine erfolgreiche analytische Therapie auch ohne systemische Begleitinterventionen indirekt positiv auf die Reduzierung eines dysfunktionalen *Kontrollverhaltens* auswirkt. Eine Verbesserung in diesem Bereich scheint gleichzeitig ein guter Indikator für den Erfolg einer analytischen Therapie zu sein.

4.3 Methodendiskussion

Die vorliegende Untersuchung unterliegt einer Reihe von Problemen hinsichtlich des methodischen Vorgehens, der ausgewählten Stichprobe, sowie der eingesetzten Messinstrumente, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken. Diese sollen im Folgenden, einschließlich möglicher Lösungsansätze, weitergehend beleuchtet werden.

4.3.1 Die Stichprobe

Die Stichprobengröße entsprach mit $N=150$ einem auch in vergleichbaren Untersuchungen betrachteten Gesamtkollektiv von Patienten, Eltern und Therapeuten und erlaubte insofern aussagekräftige Ergebnisse. Aus Gründen der direkten Vergleichbarkeit musste jedoch eine Reduktion dieser Stichprobe erfolgen: Je nach Fragestellung wurden jeweils nur Fälle einbezogen, zu denen Betrachtungsbögen aus den Perspektiven von Patienten, Eltern und Therapeuten gleichzeitig vorlagen. Damit stellten die Größenordnungen der Stichproben zu den verschiedenen Hypothesen nur einen Ausschnitt aus der ursprünglichen Gesamtstichprobe von $N=150$ Befragten dar und waren darüber hinaus für die verschiedenen Untersuchungsansätze äußerst heterogen. Es bleibt somit offen, ob diese Reduktion der Stichprobengröße seitens der Studienteilnehmer zu einer Verfälschung der Ergebnisse hinsichtlich der Bewertung der Familienfunktionalität geführt haben könnte. Außerdem ergibt sich die Problematik, dass mit den für die Überprüfung der einzelnen Hypothesen verhältnismäßig kleineren Stichprobengrößen nicht sicher die gesamte Stichprobe von $N=150$ abgebildet werden konnte.

Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass Alter und Geschlecht der Patienten in der vorliegenden Untersuchung keine Berücksichtigung fanden. Es bestand folglich eine breite Altersvariation der an der Studie teilnehmenden Patienten. Unterschiede in der Beurteilung der familiären Funktionalität und der Wirksamkeit der Therapie in den verschiedenen Altersklassen konnten somit nicht beurteilt werden. Eine weitere Einschränkung der Stichprobe ergibt sich

aufgrund der diagnostischen Heterogenität des Patientenkollektivs. Mit Ausnahme der Hypothese 3 (Die Familien in den einzelnen Störungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer familiären Funktionalität.) fand die spezifische Diagnose in den Fragestellungen dieser Studie keine Berücksichtigung. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die aktuelle Studienlage davon ausgeht, dass jede psychische Störung nahezu gleichermaßen einen Stressfaktor für die familiäre Funktionalität darstellt und die Natur der psychischen Störung somit keine spezifischen Auswirkungen auf die Familienfunktion hat (Friedmann, 1997). Diese Erkenntnis bestätigte sich teilweise auch im Rahmen dieser Dissertation: Die Therapeuten sahen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des familiären Funktionsniveaus in den verschiedenen Störungsgruppen und bestätigen damit den aktuellen Stand der Forschung. Es bleibt also offen, inwieweit eine störungsspezifische Analyse der weiterführenden Fragestellungen – über die Untersuchung im Rahmen der Fragestellung 3 hinaus – zu einem Erkenntniszuwachs geführt hätte. Weiterhin wäre eine durchgehende Unterteilung in die einzelnen Störungsbilder anhand der vorliegenden Stichprobe insofern problematisch gewesen, dass die entstehenden Stichproben deutlich zu klein ($N < 30$) für ein aussagekräftiges Ergebnis geworden wären.

4.3.2 Bildung der Störungsgruppen

Die Gruppenzuordnung der Kinder und Jugendlichen in die einzelnen Störungsgruppen erfolgte über die Symptomscores der störungsspezifischen Messinstrumente SCARED, DIKJ und CBCL/YSR. Die Patienten konnten hierbei unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens eines bestimmten Störungsbildes (Ängstlichkeit, Depressivität, Externalisierende Symptomatik) mehr als einer Störungsgruppe zugeordnet werden. Folglich war es möglich, dass die Kinder und Jugendlichen nicht nur für eine Symptomatik als auffällig eingestuft wurden, sondern beispielsweise gleichzeitig als ängstlich *und* depressiv beschrieben wurden. Damit ergaben sich innerhalb jeder Störungsgruppen jeweils zwei weitere Untergruppen: *auffällig* bzw. *unauffällig* bezüglich einer dezidierten Symptomatik. Bei der Betrachtung der einzelnen Gruppen in der Auswertung wurde nicht beachtet, ob ein Patient nur einer Störungsgruppe zugeordnet werden konnte, oder ob er aufgrund seines Störungsbildes zusätzlich auch in einer weiteren Störungsgruppe als auffällig eingestuft wurde. Infolgedessen konnte keine strikte Gegenüberstellung der einzelnen Störungsgruppen erfolgen. Um diese Problematik zu umgehen, hätten lediglich diejenigen Patienten berücksichtigt werden dürfen, die nur eine spezifische Symptomatik aufweisen. Dies hätte jedoch dazu geführt, dass die Stichprobengrößen der einzelnen Gruppen zu klein für eine aussagekräftige Evaluation geworden wären.

Es erfolgte demnach nur eine Gegenüberstellung der für ein spezifisches Störungsbild auffälligen, mit für diese bestimmte Symptomatik unauffälligen Patienten. So war beispielsweise innerhalb der Störungsgruppe Ängstlichkeit die auffällige Gruppe dezidiert auffällig hinsichtlich dieses Störungsbildes, zusätzlich konnten bei diesen Patienten aber noch weitere psychopathologische Auffälligkeiten vorliegen. Die gegenübergestellte Vergleichsgruppe der für die Symptomatik Ängstlichkeit unauffälligen Patienten kennzeichnete lediglich, dass diese Patienten nicht ängstlich waren, jedoch waren sie alle auffällig hinsichtlich einer depressiven und/oder externalisierenden Störung. Eine scharfe Gegenüberstellung von klinisch auffälligen und klinisch unauffälligen Patienten konnte somit nicht gewährleistet werden. Dabei ist jedoch letztendlich zu bedenken, dass sehr häufig mehr als eine Symptomatik diagnostiziert wird, insbesondere die komorbiden Symptome von Depression und Angst treten häufig kombiniert auf. Zahlreiche klinische Untersuchungen berichten sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie (Wittchen & Zerssen, 1988), als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass depressive Störungen häufig gemeinsam mit ängstlichen Symptomen vorkommen (Finch, Lipovsky & Casat, 1989). Finch und Kollegen (1989) stellten weiterhin fest, dass 27% bis 36% der jugendlichen Patienten mit einer depressiven Störung auch die Kriterien für die Diagnose Angststörung erfüllen. Eine strenge Unterteilung dieser beiden Störungsbilder im Rahmen dieser Untersuchung wäre somit in vielen Fällen weder möglich noch sinnvoll gewesen.

4.3.3 Studiendesign

Es ist weiterhin zu beachten, dass die vorliegende Studie als einziges Behandlungsverfahren die ambulante psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen betrachtet, eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist aus diesem Grund nicht gegeben. Empirisch stellt sich hier die Frage, ob die vorliegenden Erkenntnisse auch auf andere psychotherapeutische Therapieverfahren übertragbar sind. Es sollte deshalb in folgenden Studien überprüft werden ob die analysierten Muster auf andere Behandlungsansätze übertragbar sind.

Des Weiteren wurde auch der Schweregrad der Störung, der an der Studie teilnehmenden Kinder und Jugendlichen nicht berücksichtigt. Dieser wäre jedoch möglicherweise vor allem hinsichtlich des Therapieerfolges interessant gewesen. So konnte beispielsweise Andres (2010) einen eindeutigen Effekt des Schweregrades der psychischen Störung auf den Behandlungserfolg nachweisen, klinische Stichproben zeichneten sich durch höhere Behandlungseffekte aus als analoge Stichproben.

Ein anderes zentrales Problem der Untersuchungen ist die Frage, ob eine Verbesserung der Familienfunktionalität zu einer erfolgreichen Therapie führt oder ob sich die Familienfunktionalität verbessert, weil es im Rahmen einer erfolgreichen Behandlung zu einer Verbesserung der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen kommt. Bei der Auswertung der Längsschnittdaten sollten diese spezielle Problematik berücksichtigt und mögliche Wechselwirkungen untersucht werden. Darüber hinaus wäre es interessant, auch den Zusammenhang zwischen möglichen familiären Mediatoren des Therapieerfolgs und individuellen Mediatoren wie z. B. dem Bindungsstil (Stefini et al. 2008), zu berücksichtigen. Weiterhin konnte anhand der vorliegenden Untersuchung zwar ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Familienfunktion und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden, dessen Richtung und wechselseitige Beziehung bleibt jedoch unklar. Nachfolgende Untersuchungen sollten diesen Zusammenhang genauer beleuchten und hinterfragen, ob vorliegende psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu einer gestörten Familienfunktionalität führen, oder ob es vielmehr die Dysfunktionalität des familiären Interaktionsverhaltens ist, die das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erhöht.

4.3.4 FB-A und GARF als Instrumente zur Operationalisierung der Familienfunktionalität

Als Ergebnisinstrumente für die Operationalisierung der Familienfunktionalität kamen der *Allgemeine Familienbogen* (FB-A) und die *Global Assessment of Relational Functioning Scale* (GARF) zum Einsatz. Es erfolgte somit sowohl eine Einschätzung durch die Familienmitglieder, als auch durch die Therapeuten. Es ist positiv anzumerken, dass dadurch eine differenzielle Beurteilung der Familienfunktionalität aus mehreren Perspektiven vorlag. Eine direkte Vergleichbarkeit der Bewertungen der familiären Funktionalität durch Therapeuten und Familienmitglieder war aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente jedoch nicht gegeben. Es ist außerdem kritisch zu bewerten, dass die Familienfunktionalität nur mittels Fragebögen erhoben wurde. Das Einbeziehen von Fremdbeurteilungen und Verhaltensbeobachtungen in folgenden Studien wäre deshalb wünschenswert.

4.4 Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung haben gezeigt, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen familiärer Dysfunktionalität und einer psychischen Störung bei Kindern

und Jugendlichen besteht. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Merkmalen des familiären Interaktionsverhaltens eine prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg in der ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zukommt. Da viele Probleme der Kinder und Jugendlichen auch Aspekte der Probleme des Familiensystems sind, ist eine Verbesserung der familiären Funktionalität vor allem durch gezielte Elternarbeit zu erreichen, bei der die Nachentwicklung elterlicher Kompetenzen im Vordergrund steht (Horn 2003, Streeck-Fischer 2006). Therapiebegleitende Kontakte mit den Eltern und Sorgeberechtigten scheinen dementsprechend in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie unersetzlich. Es zeigte sich außerdem, dass die Familienfunktionalität in den Bereichen *Rollenverhalten*, *affektive Beziehungsaufnahme* und *Abwehr* zur Indikationsstellung einer ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beitragen kann. Bei einer festgestellten Dysfunktionalität in diesen Bereichen sollten systemische Interventionstechniken, die direkt auf eine Veränderung der familiären Interaktionen abzielen, ergänzend in das Therapiekonzept integriert werden. Neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie ist der systemische Ansatz der am weitesten verbreitete und praktizierte Therapie- und Beratungsansatz. Ziel dieser ressourcenorientierten Therapie ist eine Erweiterung der Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen und des gesamten familiären Beziehungssystems. Eine Einbindung systemischer Interventionen zur Stärkung spezifischer familiärer Funktionsbereiche scheint demzufolge sehr sinnvoll. Die Erkenntnis, dass sich eine erfolgreiche analytische Therapie auch ohne systemische Begleitinterventionen indirekt positiv auf die Reduzierung eines dysfunktionalen *Kontrollverhaltens* auswirkt belegt außerdem, dass eine Verbesserung in diesem Bereich als ein guter Indikator für den Erfolg einer analytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen zu interpretieren ist.

5 Zusammenfassung

Die Familienfunktionalität gilt als ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung individueller psychischer Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen und stellt damit einen zentralen Ansatzpunkt therapeutischer Interventionen dar. In der hier vorliegenden Dissertation wurde im Rahmen der Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen* des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf anhand von $N=150$ Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Störungsbildern wie Ängstlichkeit, Depressivität oder externalisierender Symptomatik der Frage nachgegangen, welche Bedeutung der Familienfunktionalität im Kontext der ambulanten psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zukommt. Ziel war die Überprüfung der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien unter Berücksichtigung der Symptomatik der Kinder- und Jugendlichen mit Hilfe des Allgemeinen Familienbogens und der GARF-Skala. Weiterhin wurden die Veränderungen der Funktionalität des familiären Beziehungssystems im Rahmen der Therapie mit Hilfe des BSS-K operationalisiert und analysiert, inwieweit der Familienfunktionalität eine prognostische Bedeutung hinsichtlich eines Behandlungserfolges in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zukommt.

Die vorliegenden Ergebnisse ließen einen Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und dem Vorliegen familiären Dysfunktionalitäten erkennen. Es zeigte sich, dass das Niveau der Familienfunktionalität in den Patientenfamilien zu Therapiebeginn aus Sicht der Eltern und Kinder, verglichen mit klinisch unauffälligen Familien einer unabhängigen Referenzstichprobe, insgesamt niedrig war. Auch die Therapeuten schätzten die Familienfunktionalität nur bei 2% ($N=3$) der Patientenfamilien als zufriedenstellend ein. In der Beurteilung der familiären Funktionalität unterschieden sich Patienten, Mütter und Väter mit weniger als kleiner Effektstärke. Erwartungsgemäß ergaben sich außerdem signifikante Korrelationen zwischen der Bewertung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems durch die Therapeuten anhand der GARF-Skala und die Patienten, Mütter und Väter anhand des Allgemeinen Familienbogens. Bezüglich der Unterschiede in der Einschätzung der Funktionalität des familiären Beziehungssystems zwischen den ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten, den depressiven und nicht depressiven Patienten und den Patienten mit und ohne externalisierende Symptomatik, zeigte die Beurteilung der Therapeuten an-

hand der GARF-Skala keine auffälligen Differenzen zwischen den Störungsgruppen. Weiterhin berichteten die Therapeuten eine deutliche Verbesserung des familiären Funktionsniveaus von Therapiebeginn zu Therapieende. Der postulierte Zusammenhang zwischen der Verbesserung der familiären Funktionalität und einem Behandlungserfolg konnte anhand der gewonnenen Ergebnisse ebenfalls bestätigt werden. Bezüglich der prognostischen Bedeutung der Familienfunktion für den Behandlungserfolg, lässt sich sagen, dass den Dimensionen *Affektive Beziehungsaufnahme*, *Rollenverhalten* und *Abwehr* eine prognostische Bedeutung für die Verringerung der Beeinträchtigungsschwere der Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Psychotherapie zukommt. Darüber hinaus hat auch die Veränderung des *Kontrollverhaltens* einen Einfluss auf den Behandlungserfolg.

Die gewonnenen Ergebnisse über die Zusammenhänge zwischen Familienfunktionalität und Therapieerfolg leisten einen Beitrag zur Entwicklung von Kriterien für die Differentialindikationen psychoanalytischer Therapieansätze in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Viele Problematiken psychisch auffälliger Kinder sind auch Aspekte der Probleme des Familiensystems. Therapiebegleitende Kontakte mit den Eltern und Sorgeberechtigten scheinen dementsprechend in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie unersetzlich. Es zeigte sich, dass die Familienfunktionalität in den Bereichen *Rollenverhalten*, *affektive Beziehungsaufnahme* und *Abwehr* zur Indikationsstellung einer ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beitragen kann. Bei einer festgestellten Dysfunktionalität in diesen Bereichen sollten systemische Interventionstechniken, die direkt auf eine Veränderung der familiären Interaktionen abzielen, ergänzend in das Therapiekonzept integriert werden. Bei der systemischen Therapie handelt es sich um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie ist der systemische Ansatz der am weitesten verbreitete und praktizierte Therapie- und Beratungsansatz. Ziel dieser ressourcenorientierten Therapie ist eine Erweiterung der Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen und des gesamten familiären Beziehungssystems. Bei Betrachtung der anhand dieser Dissertation gewonnenen Ergebnisse scheint die Integration systemischer Interventionen zur Stärkung der familiären Funktionsbereiche *Rollenverhalten*, *Affektive Beziehungsaufnahme* und *Abwehr* demzufolge sehr sinnvoll. Die Erkenntnis, dass sich eine erfolgreiche analytische Therapie auch ohne systemische Begleitinterventionen positiv auf die Reduzierung eines dysfunktionalen *Kontrollverhaltens* auswirkt macht außerdem deutlich, dass eine

Verbesserung in diesem Funktionsbereich als ein guter Indikator für den Erfolg einer analytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen zu interpretieren ist.

6 Literaturverzeichnis

Achenbach T.M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Algina J., Olejnik S. (1984). Implementing the Welch-James procedure with factorial designs. *Educational and Psychological Measurement*, 44:39-48.

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed). Washington, DC: Author.

Andres, C. (2010). Metaanalyse zur Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter [Diplomarbeit]. München: GRIN Verlag.

Angold A, Costello J, Erkanli A (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:57-87.

Antonovsky A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

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 mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Barnett R., Docherty J., Frommelt G. (1991). A Review of Child Psychotherapy Research since 1963. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:1-14.

Barrett P., Healy-Farrell L., March J.S. (2004). Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1):46-62. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200401000-00014>.

Beavers W.R., Hampson R.B. (1990). *Successful families: Assessment and intervention*. New York, NY, US: W W Norton & Co.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Psychologie Verlags Union.

Bengel J., Strittmatter R., Willmann H. (1999). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bettge S., Ravens-Sieberer U., Wietzker A., Hoelling H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Das Gesundheitswesen*, 64.

Bettge S. (2004) *Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung*. Doctoral Dissertation. Technische Universität, Berlin.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:545–553.

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38:1230–1236.

Bohlen U. (1997): *Zur Interrater-Reliabilität der GARF-Skala*. Göttingen: Universität Göttingen
Cierpka M (Hrsg.) (1996): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.

Bortz J. (2006). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Bortz J., Döring N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Breier M.D., Strauss J.S. (1984). The role of social relationships in the recovery from psychic disorders.. In: American Journal of Psychiatry, 141:949-955.

Bühl, Achim (2010). PASW 18 – Einführung in die moderne Datenanalyse (12. Aufl.).München: Pearson.

Bullinger M., Ravens-Sieberer U. (1995). Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 44:391-399.

Chambers W.J., Puig-Antich J., Hirsch M., Paez P., Ambrosini P.J., Tabrizi M.A. & Davies M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi structured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. Archives of General Psychiatry, 42:696-702.

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

Cierpka M., Groß S., Egle U.T., Stasch M. (2006). Prävention seelischer Störungen bei Kindern. Frühförderungsprogramme für risikobelastete Familien. Psychotherapeut, 51:433-439.

Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin. 112(1): 155-159. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.155.

Cronbach L.J., Rajaratnam N., Gleser G.C. (1963). Theory of generalizability: A liberalization of reliability theory. British Journal of Statistical Psychology, 16(2):137-163.

Cunningham C.E., Boyle M.H. (2002). Preschoolers at Risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder: Family, Parenting, and Behavioral Correlates. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30, No. 6, December 2002, pp. 555–569.

Darling N. (1999). Parenting style and its correlates. ERIC Digest EDO-PS-99-3, Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education. Illinois: University of Illinois.

Dausch B.M., Miklowitz D.J., Richards J.A. (1996). Global assessment of relational functioning scale (GARF): II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family process*, 35(2):175-189.

Dayton C.M. (1970). *The Design of Educational Experiments*, New York.

Delmo C., Weiffenbach O., Gabriel M. et al. (2001). Diagnostisches Interview - Kiddie-Sads-Present und Lifetime Version (K-SADS-PL), 5. Auflage der deutschen Forschungsversion. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Frankfurt/Main.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie/ Systemische Gesellschaft (2013). *Essentials Systemischer Therapie*. Berlin/Köln: <http://www.dgsf.org/service/download-bereich/Essentials%20Systemischer%20Therapie%202-05-2013%20final.pdf>.

Döpfner M., Plück J., Berner W. et al. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25:218–233.

Egle U.T., Hoffmann S.O., Steffens M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 1997, 68:683–695.

Egle U.T., Hardt J. (2005). Pathogenese und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit. In: Egle U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky P.: *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. 3. Vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 23.

Engel G. L. (1980). The clinical application of the bio-psychosocial model. *American Journal of Psychology*, 137, 535-544.

Emslie G. J., Mayes T. L., Lipton R. S., Batt M. (2003). Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26:435–456.

Epstein N.B., Bishop D.S., Levin S. (1978). The McMaster Model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4:19-31.

Epstein N.B., Bishop D.S., Baldwin L.M (1982). McMaster model of family functioning: A view of the normal family. In F. Walsh (Ed.). *Normal family processes* (pp. 115-141). New York: Guilford.

Epstein N.B., Baldwin L.M., Bishop D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 9(2):171-180.

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. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2007, 50:800–809.

Erhart M., Ravens-Sieberer, U. (2008). Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, innerfamiliärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa, S. 190-213.

Essau C.A., Muris P., Ederer E.M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33:1-18.

Essau, C. A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 365-372.

Esser G. (2008): *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Dritte Aufl. Stuttgart: Thieme.

Esser G., Blank S. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60:626–638.

Europäische Kommission (2000). Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Luxemburg: Europäische Kommission, Direktion F – Öffentliche Gesundheit.

Fahrig H., Kronmüller K. T., Hartmann M., Rudolf G. (1996). Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 4:375–395.

Fegert J. M., Koelch M., Bleich S., Ludolph A. G., Nestler J., Schulze U. M. E. (2011). *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Berlin: Springer.

Fendrich M., Warner V., Weissman M.M. (1990). Family Risk Factors, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring. *Developmental Psychology* 1990, Vol. 26, No. 1, pp. 40-50.

Finch A. J., Lipovsky J. A., Casat C. D. (1989). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity or separate constructs? In: P. C. Kendall & D. Watson (Hrsg.). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic, S. 171-202.

Freud S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke Band 11*, 466–482.

Friedmann, M. S., McDermt, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process.*, 36(4), 357-367.

Fristad, M. A., & Clayton, T. L. (1991). Family Dysfunction and Family Psychopathology in Child Psychiatry Outpatients. *Journal of Family Psychology*, 5(1), 46-59.

Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(5):581–586.

Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Greenhouse S.W., Geisser S. (1959). On methods in the analysis of profile data. *Psychometrika*, 24:95-112.

Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family (1996). Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): I. Background and Rationale. *Fam Proc* 35:155-172.

Habermas T. (1990). *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Häfner S., Franz M., Lieberz K., Schepank H. (2001a). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 1: Psychosoziale Risikofaktoren. *Psychotherapeut*, 46: 343-347.

Häfner S., Franz M., Lieberz K., Schepank H. (2001b). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 2: Psychosoziale Schutzfaktoren. *Psychotherapeut*, 46:403-408.

Hautzinger M., Bailer M., Worall H., Keller F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Heerkerens H.-P. (1992). Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Report Psychologie*, 46:8-18.

Herlth A. (2008). Familiäre Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und Konsequenzen für die Prävention. In T. Bals, A. Hanses & W. Melzer (Hrsg.). *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten*. Weinheim und München: Juventa, S. 29-50.

Hoffmann S.O., Egle U.T. (1996). Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenentstehung. *Psychotherapeut*, 41:13-16.

Höger D., Buschkämper S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(1):83-98.

Hölling H., Erhart M., Ravens-Sieberer U., Schlack R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50:784-793.

Hölling H., Schlack R. (2008). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Das Gesundheitswesen*, 70(3):154-163.

Horn H. (2003). Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52:766-776.

Hughes, E. K., & Gullone, E. (2007). Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 92-117.

Hurrelmann K., Klocke A., Melzer W., Ravens-Sieberer U. (2003). Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation*. Weinheim und München: Juventa, S. 183-241.

Hurrelmann K. (2006). *Gesundheitssoziologie* (6. Auflage). Weinheim: Juventa.

Hurrelmann K. (2008). Vorwort. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa, S. 5.

Ihle W., Esser G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53:159–169.

Jeong Y.S. (2005). Familienbeziehungen und Essstörungen. Ein Vergleich unterschiedlicher Methoden zur Erfassung der Familienfunktionalität und deren Beziehung zur Art und Schwere der Störung. Marburg: Tectum Verlag.

Kabacoff R., Miller I.W., Bishop D.S., Epstein N.B., Keitner G.I. (1990). Psychometric Study of the McMaster Family Assessment Device in Psychiatric, Medical, and Nonclinical Samples. *Journal of Family Psychology*, 3(4):431-439.

Kähler W. (2010). *Statistische Datenanalyse: Verfahren verstehen und mit SPSS gekonnt einsetzen* (6.Aufl.). Wiesbaden: Vieweg & Teubner Verlag.

Kazdin A.E., Wassell G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of clinical child psychology*, 28(2):160-172.

Kazdin A. E., Wassell G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:414–420.

Kazdin, A. E., Weisz, J. R. (2003). Context and background of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. In: A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Hrsg.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: The Guilford Press, S. 3-20.

Keitner G.I., Ryan C.E., Miller I.W., Kohn R., Bishop D.S., Epstein N.B. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152:1002–1008.

Klocke A., Becker U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa, S. 183-241.

Klocke A., Lampert T. (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)*, Heft 4. Berlin: Robert Koch-Institut.

Kovacs M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI) manual* North Tanawanda. New York, NY: Multi-Health Systems.

Koyama A., Suyoshi A., Yuko M., Hiroshi K. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58:495–500

Kronmüller K. T., Hartmann M. (1997). Psychoanalytische Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen. In: Mandl H., *Bericht über den 40. Kongress der deutschen Gesellschaft für Psychologie*. Göttingen; Hogrefe.

Kronmüller K.-T., Stefani A., Geiser-Elze A., Horn H., Hartmann M., Winkelmann K. (2009). Familienfunktionalität und Therapieerfolg. Studie zur psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 54:44–51.

Lonigan C.J., Elbert J.C., Johnson S.B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27:138-145.

Low S. M., Stocker C. (2005). Family functioning and children's adjustment: Associations among parents' depressed mood, marital hostility, parent-child hostility, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19:394–403.

Masten A.S., Coatsworth J.D., Neemann J., Gest S.D., Tellegen A.; Garmezy N. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child development*, 66:1635-1659.

Masten A.S., Reed M.-G.J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), *The handbook of positive psychology*. Oxford: University Press, S. 74–88.

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(5):371-392.

Mattejat F. (2007). Familienmerkmale und die Entwicklung psychischer Störungen. In: Resch F. & Schulte-Markwort M. *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Familie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. S. 18-33.

Meyer P.C., Hell D. (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G., Oggier W., Herausgeber. *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006*. Bern: Hans Huber, S. 243–53.

Miller I. W., Epstein N. B., Bishop D. S., Keitner G. I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 345-366.

Miller I.W., Kabacoff R.I., Keitner G.I., Epstein N.B., Bishop, D.S.(1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27:302-312.

Miller I.W., Kabacoff R.I., Epstein N.B., Bishop D.S., Keitner G.I. Baldwin L.M., van der Spuy H.I.J. (1994). The development of a clinical rating scale for the McMaster Model of Family Functioning. *Family Process*, 33:53-69.

Möller H-J., Laux G., Deister A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Dritte Aufl. Stuttgart: Thieme.

Mottarella K.E., Philpot C.L., Fritzsche B.A. (2001). Don't take out this appendix! Generalizability of the global assessment of Relational Functioning Scale. *Am J Fam Ther* 29:271-278.

Olson C.L. (1979). Practical considerations in choosing a MANOVA test statistic: A rejoinder to Stevens. *Psychological Bulletin*, 86(6):1350-1352.

Perrez M., Baumann, U. (1991). Systematik der klinisch-psychologischen Intervention: Einleitung. In: M. Perrez, U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (1. Aufl., Band 2: Intervention). Stuttgart: Hans Huber, S. 21-29.

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

Pollak E., Schmidt S., Höger D., Wiegand-Grefe S. (2008). Die Funktionalität von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *Familiendynamik*, 33(3): 274-287.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert am 18. April 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.06.2013 B6), in Kraft getreten am 19. Juni 2013.

Queen A.H., Stewart L.M., Ehrenreich-May J., Pincus D.B. (2013). Mothers' and fathers' ratings of family relationship quality: associations with preadolescent and adolescent anxiety and depressive symptoms in a clinical sample. *Child Psychiatry & Human Development*. 44(3):351-360.

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2006). Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie). Vortrag im Rahmen des Symposiums Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS) in Deutschland: Erste Ergebnisse. Berlin, 25. September 2006.

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Bundesgesundheitsblatt 2007.

Reimert A. (2008). Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter [Diplomarbeit]. Potsdam: Universität Potsdam.

Richardson H. B. (1945). Patients have families. New York: Commonwealth Fund.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009; Nr. 58, S. 1399.

Rosen K.H., McCollum E.E., Middleton K., Locke L., Bird K. (1997). Interrater reliability and validity of the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale in a clinical setting: a preliminary study. Am J Fam Ther, 25:357-60.

Rudolf G., Rüter U. (2012). Analytische Psychotherapie. In: Reimer C., Rüter U.: Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer. S. 47-56.

Rutter M. (1978). Family, area and school influences in the genesis of conduct disorders. Book supplement to the Journal of child psychology and psychiatry. Nr. 1, S. 95-113.

Rutter M. (1985). Family and School Influences on Behavioral Development. J Child Psychol Psychiat, 26: 349-368.

Rutter M. (1989). Isle of Wight Revisited: Twenty-five Years of Child Psychiatric Epidemiology. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 28(5):633-653.

Schepank H. (1995). Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz.

Schlack H. G. (2004). Neue Morbidität im Kindesalter. Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis, 75:292–299.

Schermerhorn A.C., D'Onofrio B.M., Turkheimer E., Ganiban J.M., Spotts E.L., Lichtenstein P., Reiss D., Neiderhiser J.M (2011). Genetically Informed Study of Associations Between Family Functioning and Child Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology*. American Psychological Association, 47(3):707–725. DOI: 10.1037/a0021362.

Sell S., Esser G. (2000). Die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Potsdam.

Schnabel P.W. (2001) Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim.

Settertobulte W. (2007): Zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in sich wandelnden Lebenswelten. Bielefeld: Vortrag auf dem Symposium: Gesundere Menschen braucht das Land; Kinder und Jugendgesundheit heute - was ist zu tun?.

Simpson G.A., Bloom B., Cohen R.A., Blumberg S. (2005). U.S. Children with Emotional and Behavioral Difficulties: Data from the 2001, 2002, and 2003 National Health Interview Surveys. Advance data from vital and health statistics; no 360. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Smilkstein G. (1984). The Physician and Family Function Assessment. *Family Systems Medicine*, 2(3):263-278.

Stasch M., Cierkpa M. (2006). Beziehungsdiagnostik mit der Garf-Skala. Ein Plädoyer für die interpersonelle Perspektive nicht nur in der Mehrpersonen-Psychotherapie. *Psychotherapie* 11. Jahrg. 2006, Bd. 11, Heft 1. München: CIP-Medien, S. 56-63.

Stefini A., Geiser-Elze A., Hartmann M., Horn H., Winkelmann K., Kronmüller K.T. (2008). Bindungsstil und Therapieerfolg in der psychodynamischen Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychother Psych Med*, 59: 68-74.

Steinhauer P.D., Santa-Barbara J., Skinner H. A. (1984). The process model of family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29:77–88.

Steinhausen H.-C. (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Siebte Aufl. München: Elsevier.

- Stiensmeier-Pelster J., Schürmann M., Duda K. (2000). DIKJ. Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (2., überarbeitete und neunormierte Auflage) [Testmappe mit Handanweisung, 10 Fragebögen und Schablone]. Göttingen: Hogrefe.
- Streeck-Fischer A. (2006). „Neglekt“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. *Psychotherapeut*, 51:80–90.
- Strotzka H. (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Szapocznik J., Kurtines W.M., Foote F.H., Perez-Vidal A., Hervis O. (1983). Conjoint Versus One-Person Family Therapy: Some Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6):889-899.
- Voll R, Allehoff W.H. (1982). Widrige familiäre und soziale Bedingungen und psychiatrische Auffälligkeiten bei Achtjährigen. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie*; 10:100–109.
- Wallin U., Kronvall P. (2002). Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy, at 2-year follow-up. *Nord J Psychiatry*, 56(5):363-369.
- Wang J., Mansfield A.K., Zhao X., Keitner G. (2012). Family functioning in depressed and non-clinical control families. *Int J Soc Psychiatry*. DOI: 10.1177/0020764012445260. <http://isp.sagepub.com/content/early/2012/06/08/0020764012445260>.
- Weinstock L.M., Keitner G.L., Ryan C.E., Solomon D.A., Miller I.W. (2006). Family Functioning and Mood Disorders: A Comparison Between Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar I Disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(6):1192-1202.
- 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. In: *Psychological Bulletin*, 117:450–468.
- Wilkins L.P., White M.B. (2001): Interrater reliability and concurrent validity of the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale using a card sort method: A pilot study. *Fam Ther* 28:157-70.

Winek, J. L. (2010). *Systemic family therapy: From theory to practice*. Los Angeles, CA: Sage.

Wille N. (2012). *Die Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen im Ländervergleich: Implikationen für eine europäische Präventionsstrategie (Ergebnisse aus der KIDSCREEN-Studie) [Dissertation]*. Berlin: Freie Universität Berlin.

Windaus E. (2005). *Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Übersicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54:530–558.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie–Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. www.wbpsychotherapie.de.

Wittchen, H. U., Zerssen, D. v. (1988). *Einleitung und Problemstellung: Theoretischer Teil*. In: H. U. Wittchen & D. v. Zerssen (Hrsg.). *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen: Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung*. Berlin: Springer, S. 1-76.

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genf: WHO.

World Health Organisation (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf.

Wynne L.C., Cole R.E., Perkins P. (1987). *University of Rochester Child and Family Study: Risk Research in Progress*. *Schizophrenia Bulletin-PsycArticles*, 13(3):463-476.

Zander B., Balck F., Rotthaus W., Strack M. (2001). *Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 50:325-41.

7 Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Georg Romer und Frau Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, die es mir ermöglichten, diese Dissertation in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort anzufertigen.

Zudem gebührt mein spezieller Dank meiner Betreuerin Frau Dr. Katharina Weitkamp für ihre großartige Unterstützung bei jeglichen methodischen und statistischen Fragen, sowie für ihre zahlreichen Anregungen beim Abfassen dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank richtet sich außerdem an alle Patienten, Eltern und Therapeuten, die Fragebögen ausgefüllt haben – ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Dankbar bin ich nicht zuletzt auch meinen lieben Eltern, die mir mein ganzes Studium hindurch auf vielfältige Weise zur Seite standen.

8 Lebenslauf

9 Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den verwendeten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: