

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik, Vivantes Klinikum Hellersdorf, Akademisches  
Lehrkrankenhaus der Charité -Universitätsmedizin Berlin  
in Kooperation mit der  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**„Der Einfluss der Übereinstimmung von Therapiezielen  
zwischen Patienten, Eltern und Therapeuten auf die  
Ergebnisqualität & der Einsatz der Psy-BaDo-KJ zur  
Therapieevaluation“**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Matthias Köster

aus Bremen

Gutachter/in:     1. Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl  
                          2. Prof. Dr. M. Linden  
                          3. Prof. Dr. med. G. Heuft

Datum der Promotion: 04.02.2011

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>Seite</b>
<b>1. EINLEITUNG</b>	
1.1 Rechtliche Grundlagen der Qualitätssicherung	6
1.2 Politischer Hintergrund der Qualitätssicherung	6
1.3 Qualitätssicherung und Evaluationsforschung im psychiatrisch- psychotherapeutischen Bereich	7
1.4 Evaluationsforschung und therapeutische Allianz	12
1.5 Therapeutische Allianz und Therapieziele	18
<b>2. HYPOTHESEN</b>	
2.1-2.3 Haupt- und Nebenhypothesen	20
<b>3. MATERIAL UND METHODEN</b>	
3.1 Entwicklung und Aufbau der Psy-BaDo-KJ	21
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	24
3.3 Deskriptive Beschreibung der Patientenpopulationen	24
3.4 Deskriptive Beschreibung der Elternpopulationen	28
3.5 Deskriptive Beschreibung der Therapeutenpopulationen	28
3.6 Definition und Bewertung der Therapiezielübereinstimmung	29
3.7 Statistik	33
<b>4. ERGEBNISSE</b>	
4.1 Motivation und Veränderungswünsche zu Beginn der Behandlung	33
4.2 Deskription der Therapieziele und deren Bewertung	38
4.3 Beurteilung der Veränderungen zum Therapie-Ende	40
4.4 Motivation und Zielerreichen	43
4.5 Zielerreichen und allgemeiner Behandlungserfolg	45
4.6 Zielübereinstimmung und Zielerreichen	46
<b>5. DISKUSSION</b>	
5.1 Deskriptive Merkmale und Vergleich der Patientengruppen	51
5.2 Zusammenhang von Motivation und Zielerreichen	54
5.3 Zusammenhang von Zielerreichen und Einschätzung des allgemeinen Behandlungserfolges	54
5.4 Zusammenhang von Zielübereinstimmung und Zielerreichen	55
5.5 Praktische Effekt der Untersuchung	58
<b>6. ZUSAMMENFASSUNG</b>	63
<b>7. LITERATURVERZEICHNIS</b>	65
<b>8. DANKSAGUNG</b>	76
<b>9. LEBENS LAUF, PUBLIKATIONS LISTE UND ERKLÄRUNG</b>	
9.1 Lebenslauf	77
9.2 Publikationsliste	78
9.3 Selbstständigkeitserklärung	80

<b>10. ANHANG</b>	<b>Seite</b>
10.1 Übersichtstabellen der Veränderungswünsche zu Behandlungsbeginn (Psy-BaDo-KJ Item 1-11)	81
10.2 Übersichtstabellen der Veränderungseinschätzung zu Behandlungsende (Psy-BaDo-KJ Item 1-11)	84
10.3 Die transkribierten Zielformulierungen in der Vivantesgruppe	88
10.4 Original-Psy-BaDo-KJ-Bögen am Beispiel der Jugendlichen-Version	104

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>Seite</b>
Abbildung 1: Modell der therapeutischen Allianz	14
Abbildung 2: Übersicht über den Selektionsprozess	26
Abbildung 3: Rechenmodell 1 – Bsp.: triadische Übereinstimmung	30
Abbildung 4: Rechenmodell 2 – Bsp.: dyadische Übereinstimmungen innerhalb der Hauptziele	31
Abbildung 5: Rechenmodell 3 – Bsp.: Anteil dyadischer Übereinstimmungen zwischen allen Zielen	32
Abbildung 6: Darstellung der Einschätzung der Itemwichtigkeit durch die Patienten	35
Abbildung 7: Zielübereinstimmung und Erreichen der Ziele von Patienten, Eltern & Therapeuten nach Modell 1	47
Abbildung 8: Die Vivantes-interne Adaptation der Psy-BaDo-KJ	61

<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>Seite</b>
Tabelle 1: Verteilung von Geschlecht und Alter	27
Tabelle 2: Verteilung von Behandlungstagen	27
Tabelle 3: Verteilung der ICD-10-Erstdiagnosen	28
Tabelle 4: Veränderungsmotivation zu Behandlungsbeginn	37
Tabelle 5: Behandlungsmotivation zu Therapiebeginn	38
Tabelle 6: Klassifikation der Ziele – Anzahl und prozentuale Verteilung auf Hauptkategorien nach Psy-BaDo-Manual	39
Tabelle 7: Beurteilung des Zielerfolgs	39
Tabelle 8: Beurteilung der erstgenannten Therapieziele	40
Tabelle 9: Anteil aller Therapieziele, die als „erreicht“ oder „mehr erreicht“ eingeschätzt wurden	40
Tabelle 10: Behandlungszufriedenheit zum Ende der Therapie	43
Kreuztabelle 11: Allgemeine Veränderungsmotivation und Erreichen des erstgenannten Zieles seitens der Patienten	44
Kreuztabelle 12: Allgemeine Behandlungsmotivation und Erreichen des erstgenannten Zieles seitens der Patienten	45
Kreuztabelle 13: Erreichen der Ziele vs. Behandlungserfolg	45
Tabelle 14: 1. Ziel und dyadische und triadische Übereinstimmung mit allen Zielen der beiden anderen Parteien: ohne Mehrfachnennungen	47
Kreuztabelle 15: Übereinstimmung nach Rechenmodell 1 und Beurteilung des 1. Zieles der Patienten	48
Tabelle 16: Übereinstimmungen innerhalb der erstgenannten Ziele ohne Mehrfachnennungen (Rechenmodell 2)	49
Kreuztabelle 17: Zielübereinstimmung vs. Zielerreichen bei Patienten (Rechenmodell 2)	49
Tabelle 18: Anteil von Zielübereinstimmung aller Parteien (Rechenmodell 3)	50
Kreuztabelle 19: Anteil dyadischer Zielübereinstimmung vs. Zielerreichen der Eltern (Rechenmodell 3)	50

# **1 Einleitung**

## **1.1 Rechtliche Grundlagen der Qualitätssicherung**

Qualitätssicherung ist seit dem 1.1.1989 für das bundesdeutsche Gesundheitswesen im fünften Sozialgesetzbuch (§137 ff) gesetzlich vorgeschrieben. Damit soll gewährleistet werden, dass Patienten die Behandlung erhalten, die nach dem Stand der Forschung für ihre Problemlage optimal ist. Da der Gesetzgeber 1988 durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen für alle Bereiche der Medizin zur Pflicht gemacht hat, gilt dies auch für die Versorgungsstrukturen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die inhaltliche Ausführung einer fächerübergreifenden Qualitätssicherung in Deutschland ist dabei ein anhaltend dynamischer Prozess unter Beteiligung von u. a. der Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer (BÄK), der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe und den Vertretern der Patienten (AWMF, 2009).

## **1.2 Politisch-ökonomischer Hintergrund von Qualitätssicherung**

In Deutschland wird seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes eine verschärfte Diskussion um die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren geführt. Gleichzeitig verlangen die Kostenträger einen Effektivitäts- und Effizienznachweis im Hinblick auf steigenden Kostendruck auf das deutsche Gesundheitssystem. Die durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten werden auf 2-3% des Bruttonutzenprodukts in der EU geschätzt (Alonso, 2007). Effektive Behandlungsansätze sind deshalb auch aus sozio-ökonomischer Hinsicht ein Primat der 2007 aktualisierten „roadmap“ des Gesundheitsforschungsprogramms des Bildungsministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Die zugemessene Bedeutung von Versorgungsforschung kann u. a. an der geplanten Höhe von Fördergeldern bemessen werden, die sich

deutschlandlandweit auf ein Volumen von 21 Mio. Euro für den Zeitraum von 2006 bis 2012 beläuft. Nach Kordy (2008) sind von den beteiligten 42 Projekten 21 dem psychosozialen Bereich zuzuordnen.

### **1.3 Qualitätssicherung und Evaluationsforschung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich**

Nach Donabedian (1966) beinhaltet Qualitätssicherung Aspekte der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Zur Strukturqualität gehören demographische, finanzielle und materielle Informationen des Therapiesettings inklusive personeller Besetzungen und Qualifikationen des Behandlungsteams. Die Prozessqualität bezieht sich auf den Ablauf der Therapie inklusive der Qualität von Maßnahmen, im psychotherapeutischen Setting auch inklusive der Beziehungsqualität zwischen Therapeut und Patienten. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Wirksamkeit einer Therapie.

Gemäss AWMF ist unter Qualität die „Wie-Beschaffenheit“ von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu verstehen. Die Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften sei es, valide Indikatoren zu ermitteln, um die Grundlage für Maßnahmen der Qualitätssicherung oder der Verbesserung der Qualität zu bilden (AWMF, 2009). Eine Form der systemisch in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre verbreiteten Förderung einer wirksamen Patientenversorgung ist die so genannte Evidenzbasierte Medizin (EbM), deren Ziel es ist, eine Versorgung auf dem Boden der besten verfügbaren Evidenz zu erreichen (Lühmann & Raspe, 2007).

Als besonders wichtiger Zweig der Qualitätssicherung wird das interne Qualitätsmanagement angesehen. Grundlage zur Sicherung der internen Ergebnisqualität sind Studien zur Evaluation.

In der angelsächsischen Literatur wird zwischen den Begriffen der „Efficacy“ und der „Effectiveness“ unterschieden (Silverman & Hinshaw, 2008). „Efficacy“ bezieht sich auf den Effekt einer Intervention im experimentellen Setting - z. B. mit standardisierten Manualen und Zufallszuteilung (Engl.: randomized controlled trials – in Abk.: „RCT“) zu einer Kontrollgruppe (Wartegruppe, Placebobehandlung, „therapy as usual“ (in Abk.: „TAU“)) mit Anstreben hoher interner Validität unter bestmöglichem Ausschluss von Einflüssen definierter abhängiger Kovariablen (z. B.

Komorbiditäten, andere Patienten- oder Therapeutenvariablen, etc.). Werden unter optimalen experimentellen Bedingungen alle als relevant betrachtete abhängigen Kovariablen kontrolliert, kann aus der relativen Effektstärke der unabhängigen Variablen (hier eines bestimmten Psychotherapie-Verfahren) auf die durch diese erzielte (kausale) Wirkungsstärke gegenüber der Kontrollbedingung rückgeschlossen werden.

„Effectiveness“ beschreibt den Effekt einer Intervention in eher alltagsbezogenen Settings (z. B. in peripheren Versorgungskliniken oder in -praxen) bei der eine hohe externe Validität angestrebt wird, bei der Interventionen auf grössere bis gesamthafte Populationen bezogen werden.

Systematische Prozess-Ergebnis-Studien im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich werden seit den 1950er Jahren durchgeführt, besonders angetrieben seit Eysencks provokativen Thesen (Eysenck, 1952) zur vermeintlichen Ineffizienz psychotherapeutischer Behandlungen im Erwachsenenbereich, was mit gleich lautendem Fazit von Levitt (1957) für die Psychotherapie von „neurotischen“ Kindern behauptet wurde. Levitt verglich dabei sehr unterschiedliche Diagnose-Gruppen in kaum bis gar nicht umschriebenen Therapiesettings für Kinder im Vorschulalter bis zum 21. Lebensalter, wobei die Einschätzungen nur seitens der Therapeuten für unterschiedliche Zeitintervalle und in sehr groben Erfolgskategorien erfolgten und Patienten aus der stationären Regelversorgung („state hospital population“) ausgeschlossen wurden.

Nachfolgende Untersuchungen von Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen konnten – wie analog im Erwachsenenbereich – die Effektivität der Interventionen sehr wohl nachweisen. Zur Quantifizierung der kausalen Wirkung von experimentellen Interventionen werden in Metaanalysen Effektstärken angegeben, ohne dass hierdurch automatisch auf die genauen Wirkmechanismen geschlossen werden kann (Kazdin & Nock, 2003; Kazdin, 2008).

Casey & Berman (1985) werteten 75 Studien aus, die zwischen 1952 und 1983 publiziert wurden, die im Durchschnitt Effektgrößen um .71 ergaben. Weisz et al. (1987) untersuchten 100 Studien mit einer globalen Effektgröße von .79. 1995 replizierten Weisz et al. (1995 b) diese Ergebnisse mit der Auswertung von 150 neuen Studien, deren Effektgrößen je nach statistischer Methodenwahl zwischen .53

und .71 lag.

Weisz et al. (2006) werteten zudem in einer Metaanalyse nur Studien (n=32) aus, die randomisiert im direkten Vergleich Evidenz-basierte Studien vs. TAU untersuchten. Die Effektstärken lagen bei 0.3 zugunsten der Evidenz-basierten Therapien. Limitierend sei der Umstand, dass sich der überwiegende Anteil dieser Vergleichsstudien aus Populationen mit Delikten (n=17) und Störungen des Sozialverhaltens (n=12) rekrutierte und die TAU-Interventionen zumeist eine genaue Deskription der eingesetzten Techniken schuldig blieben.

Die impliziten Grundannahmen der so genannten „empirically supported therapies“ und der Metaanalyse- und Review-Praxis – die Behandelbarkeit eines isolierten Problems/ einer Störung unabhängig von Persönlichkeitsfaktoren oder sequenzieller, manualisierter Behandelbarkeit von komorbiden Störungen, die Limitierung von ICD-10/DSM-IV-fokussierten Populationsbeschreibungen, meist eher kurze Behandlungsdauern in prospektiv festgelegten Settings, die starke experimentelle Manualisierung von Therapien per se, die grundsätzlich kurzfristige Veränderbarkeit von Psychopathologie, etc. – werden andererseits auch kritisch hinterfragt ( s. z. B. Westen et. al, 2004; und als Replik: Weisz et. al, 2005). Weitergehende Gegenpositionen hinterfragen die Objektivierbarkeit des therapeutischen Prozesses aus einer hermeneutisch-konstruktivistischen Position heraus (Hoffman, 2009) oder diskutieren die Übertragungsmöglichkeiten eines psychologischen Konstruktes wie z. B. dem Selbstwertgefühl auf ein metrisch Maß (Blanton, 2006) oder die Bevorzugung von primär RCT-fokussierten Analysen im psychotherapeutischen Kontext (Leichsenring, 2005; Leichsenring & Rabung, 2008; als Replik: Beck et al., 2009; Kriston et al., 2009).

Neben der nachgewiesenen Wirksamkeit von Psychotherapien bleiben die spezifischen Wirkfaktoren insbesondere im Kinder- und Jugendlichenbereich und in der Population der Regelversorgung schlecht untersucht (Kazdin, 1991 & 2008; Kazdin et al., 2003; Mattejat, 2008; Silverman & Hinshaw, 2008; Weersing & Weisz, 2002; Weisz et al., 1998 & 2006).

Im angelsächsischen Sprachgebrauch werden Begriffe wie „mediation“, respektive „moderation“ verwendet, um die Prozesse zu beschreiben, wie, respektive für wen und unter welchen Bedingungen diese Veränderungen erzielt werden können.

Kazdin (2008) empfiehlt in Anbetracht der methodischen Schwierigkeiten der bisherigen Evaluationsstudien in Ergänzung zur Praxis von hoch-kontrollierten Studien mit hoher interner Validität Studien mehr zu berücksichtigen, die die Mechanismen, Moderatoren und qualitativen Aspekte mehr berücksichtigen.

Die allgemeine Versorgungsforschung hat den Auftrag, Rahmenbedingungen zu beschreiben, Konzepte zu entwickeln, die Umsetzung zu begleiten und unter Alltagsbedingungen zu evaluieren (Döpfner & Lehmkuhl, 1993; Kordy, 2008; Nissen, 1994).

Bezogen auf den stationären Bereich liegen hauptsächlich Evaluationsstudien für Erwachsene vor (Heuft et al., 1996). Die meisten Evaluationsstudien für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien beschränken sich auf den ambulanten Bereich. Im stationären Bereich gibt es nur vereinzelte Studien (Kammerer & Göbel, 1985; Kammerer, 1989; Mattejat & Remschmidt, 1995; Reisel, 1998; Remschmidt & Mattejat, 2001, 2003), die alle ohne Therapieziel-Nennungen arbeiteten (siehe dazu auch: Winter et al., 2005).

Kammerer et al. (1985) erweiterten einen Fragebogen zur Zufriedenheit von Klienten von Gould & Shaffer (1981, unveröffentlichtes Manuskript - zit. n. Kammerer, 1985) – so genannte „Client Satisfaction Scale“ - um weitere Items für Eltern und Jugendliche, die u. a. das Verständnis des Therapeuten und die Beziehungsqualität beurteilten. Die Fragebögen wurden durchschnittlich 1 ½ Jahre poststationär bearbeitet mit einer Rücklaufquote von 54-55%. Für den direkten Kind-Eltern-Vergleich lagen insgesamt 53 Paare vor. Knapp 70% der Eltern und Jugendlichen schätzten das Verhältnis zum Therapeuten als positiv ein. Die Eltern beurteilten das Verhältnis zwischen dem Therapeuten und ihrem Kind positiver als die Jugendlichen das Verhältnis zwischen dem Therapeuten und ihren Eltern. Jugendliche gaben in 63% der Fälle an, dass sie etwas am Therapeuten „ärgern“ würde, bei den Eltern fehlte ein derartiger Hinweis. Therapieziele wurden nicht erfragt. Die Autoren regten weitere prospektive Befragungen an.

Reisel et al. (1998) setzten für die Evaluation von 61 stationären Therapien den so genannten EBE („Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolges“) ein, der von den Eltern sechs Monate nach Behandlungsabschluss bearbeitet wurde und die Bereiche Behandlungserfolg, Behandlungszufriedenheit und Compliance

(Einhaltung von zur Entlassung vereinbarten Maßnahmen) beinhaltete. Auf Symptomebene kam der CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist) und die TRF-Lehrerversion der CBCL zu Behandlungsbeginn und –ende sowie sechs Monate nach Beendigung der Behandlung zum Einsatz. Die Autoren kamen zum Schluss, dass sich Evaluationsstudien sehr nah am subjektiven Krankheitserleben und deren Veränderung orientieren sollten. Die Einschätzung der Eltern erfolgte ohne Auswertung von individuellen Therapiezielen und ohne Berücksichtigung der Kinderperspektive.

Mattejat & Remschmidt (1995) beschreiben es als eine wesentliche Schwierigkeit der Psychotherapie, sich auf allgemeingültige Kriterien zu einigen, da im Vergleich zu anderen Bereichen die subjektive Wertung eine erheblich größere Rolle spiele. Gleichzeitig setzten Qualitätskriterien voraus, dass sie objektivierbar und überprüfbar bleiben. Ferner sei darin eine Aufforderung enthalten, sich über Schulmeinungen hinwegzusetzen und schulenübergreifende Ansätze zu entwickeln, die zeitlich kontinuierlich durchführbar sind und ein transparentes Vorgehen erfordern. Mattejat und Remschmidt entwickelten aus diesem Anspruch heraus einen „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB), der eine Version für Kinder, Eltern und Therapeuten enthält. Als Hauptaspekte lassen sich auf den Subskalen Aspekte des Behandlungserfolges und der Akzeptanz identifizieren.

Remschmidt & Mattejat (2003) beschreiben bezüglich des Einsatzes des FBB in ihrer Analyse von 1317 stationären und 1358 ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen, dass die Prozessqualität günstiger beurteilt wurde als die Ergebnisqualität, dass die Therapeuten in der Regel eine ungünstigere oder kritischere Einschätzung vornahmen als die Kinder oder Eltern und dass der Erfolg hinsichtlich der Symptomatik der Patienten günstiger eingeschätzt wurde als hinsichtlich der Verbesserung des elterlichen Verhaltens beziehungsweise der Familienbeziehungen. Insgesamt konstatieren die Autoren, dass unverändert ein besonderer Mangel im Bereich der jugendpsychiatrischen Behandlungen unter Alltagsbedingungen vorhanden ist und deshalb in diesem Bereich vermehrt Evaluationsforschung betrieben werden sollte.

Bredel et al. (2004) untersuchten 95 stationär behandelte Patienten (Altersdurchschnitt 13,5 Jahre; Behandlungsdauer im Durchschnitt 10 Wochen) der

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg. Eingesetzt wurden selbst entwickelte, strukturierte und für Patienten, Eltern und Therapeuten parallelisierte Fragebögen, die mittels Interview bei Aufnahme und zur Entlassung erhoben wurden und die via Likert-Skalen die subjektive Einschätzung von Behandlungserfolg, -erleben und -zufriedenheit erfassten. Für die Eltern schienen eher direkte Erfolgsmaße, für die Patienten Erlebnismaße von substantieller Bedeutung für die Vorhersage der Behandlungszufriedenheit zu sein. Qualität stelle kein absolutes Merkmal dar, sondern werde im Hinblick auf bestimmte subjektiv festzulegende Ziele definiert.

#### **1.4 Evaluationsforschung und therapeutische Allianz**

Die therapeutische Allianz wurde in nicht-operationalisierter Form von Sigmund Freud (1913) und in den folgenden Dekaden auch durch die Vertreter der primär verbreiteten psychoanalytischen Schulen u. a. von Sterba (1934), Zetzel (1956) und Greenson (1965) und Rogers (1957) weiter ausgearbeitet.

Freud (1913) stellt in seinen Ausführungen „Zur Einleitung der Behandlung“ nach Auflistung einiger allgemein zu beachtender Techniken zu Behandlungsbeginn die Frage, wann dem Patienten analytische Erkenntnisse zu enthüllen seien und stellt diese mit der Qualität der Beziehung in Verbindung:

„ [...] Das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. [...] Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden, oder wenn man sich als Vertreter oder Mandatar einer Partei gebärdet [...]“ (Freud, 1913, S. 473-4), wobei er diesbezüglich im Folgenden davon abrät, dem Patienten frühzeitig das eigene Wissen „in der ersten Zusammenkunft ins Gesicht zu schleudern“.

Einen die Evaluationsforschung stimulierenden Effekt wies die schulenübergreifende Konzeptionalisierung des Begriffes „working alliance“ durch Bordin (1979) auf; Bordin unterschied hierbei als Wirkfaktoren der therapeutischen Allianz zwischen einer Einigung über Therapieziele („goals“), die erforderlichen Techniken bzw. Rahmenbedingungen („tasks“) und der Entwicklung einer Bindung zwischen Therapeut und Patienten („bond“). Bordin war der Meinung, dass die Stärke der

Allianz zwischen Therapeut und Patient ein entscheidendes Moment der Behandlung war und nicht die Art der Behandlung.

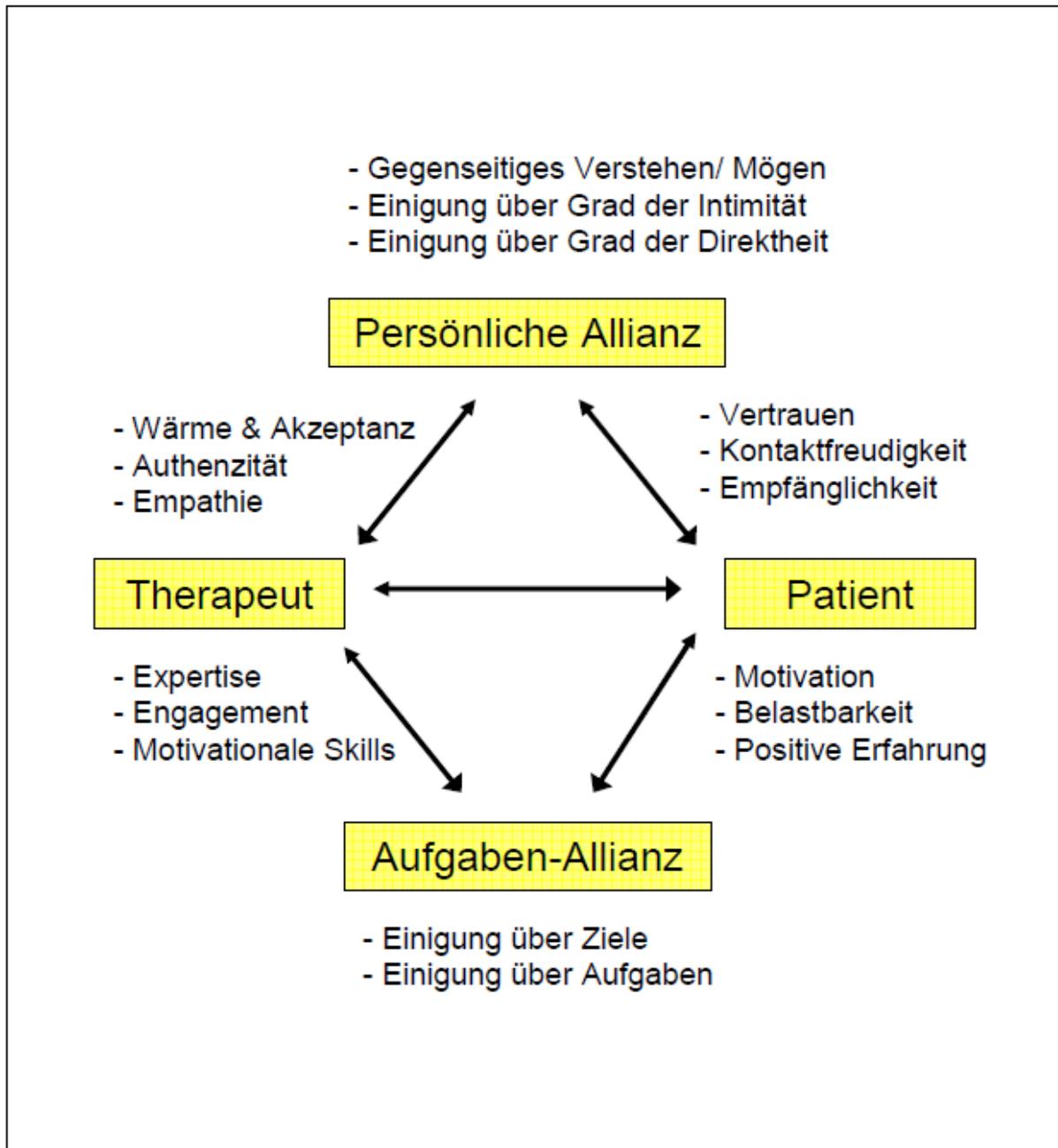
In der Weiterentwicklung trugen u. a. die Arbeiten von Luborsky et al. (1985) und Horvath & Greenberg (1989) zu einer Operationalisierung und empirischen Untermauerung der therapeutischen Allianz als Wirkfaktor bei (siehe hierzu die Übersichtsarbeiten von Ackerman & Hilsenroth (2003), Elvins & Green (2008) & Hentschel (2005, a & b)).

Horvath & Greenberg (1989) entwickelten als Fragebogen zur Beurteilung der therapeutischen Allianz den häufig eingesetzten „Working Alliance Inventory“ (WAI). Der WAI enthält 36 Items (respektive 12 in einer Kurzform), die aus Patienten- und Therapeutesicht auf einer 7-stufigen Likert-Skala beurteilt werden können. Der WAI bezieht sich theoretisch auf die Allianz-Konstrukte von Bordin (1979). Die Konstruktvalidität für die Gesamtskala liegt bei einem Cronbach'schen Alpha von 0.93, für die Subskalen zwischen 0.85 und 0.88. Nach Elvins & Green (2008) reflektieren viele Items besser den Beitrag des Therapeuten als den der Patienten. Der WAI wurde auch in einer Version für Jugendliche sprachlich adaptiert (Florsheim et al., 2000).

Der von Shirk & Saiz (1992) entwickelte Allianz-Fragebogen „Therapeutic Alliance Scales for Children“ (TASC) wurde speziell für Kinder & Jugendliche entwickelt - allerdings ohne bisherigen Einsatz in Outcome-Studien, so dass prädiktive Validitätsdaten ausstünden.

Nach Elvins & Green (2008) umfasst keine der geläufigen Allianz-Skalen alle repräsentativen Aspekte der therapeutischen Allianz. Die bestehenden Allianz-Theorien seien bisher nicht in einem Konsens-Modell zusammengefasst und die Skalen zeigten zum Teil differierende und zum Teil überlappende Eigenschaften von therapeutischer Allianz.

Zur Veranschaulichung der Komponenten von therapeutischer Allianz werden hier die verschiedenen Wirkfaktoren in einer Graphik (aus Green, 2006) dargestellt. Green adaptierte hierbei das Allianz-Modell von Hougaard (1994) und neuere Analysen von Orlinsky et al. (2004) zu einem Zweifaktoren-Modell, das die Charakteristika von Patient & Therapeut und Persönlichkeitsstil & Therapietechnik unterscheidet:



**Abbildung 1: Modell der therapeutischen Allianz - adaptiert nach Hougaard (1994) und Green, J. (2006)**

In der sehr detaillierten Buchveröffentlichung „Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ beschreiben Orlinsky et al. (2004) in der Auswertung erfolgreicher Studien im Bereich der therapeutischen Allianz positive Ergebnisse für folgende Bereiche:

1. persönliches Engagement seitens des Therapeuten und Patienten („personal role investment“),
2. expressives Aufeinander-Eingestimmt-Sein („expressive attunement“) mit der Empathiefähigkeit des Therapeuten, der beidseitigen Ausdrucksfähigkeit und kommunikativen Reziprozität,
3. affektive Einstellung („affective attitude“) mit gegenseitiger Affirmation und emotionaler Reziprozität,
4. Erfahrungs-Kongruenz zwischen Therapeut und Patient bezüglich des therapeutischen Geschehens und
5. interaktive Koordination, die kollaborierendes Verhalten und eine Einigung über die Techniken und Ziele beinhaltet.

Die jeweils sich mehr oder weniger unterschiedlich gewichteten Konstrukte der therapeutischen Allianz zeigten sich in diversen psychotherapeutischen Bereichen als Einflussfaktor. So wurden u. a. Evaluationsstudien im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Bond et al., 1998), Störungen des Sozialverhaltens (Florsheim et al., 2000; Kazdin et al., 2005 & 2006 a&b), Bulimie (Loeb et al., 2005), Schizophrenie (Hewitt & Coffey, 2005), Missbrauchs-Tätertherapien (Brown et al., 2000), Depression (Howard et al., 2006; Klein et al., 2003), Alkohol- und anderen Suchterkrankungen (Ilgen, 2006; Luborsky, 1997; Meier, 2005), neurologischer Rehabilitationstherapie (Schonberger et al., 2006), ophthalmologischer Behandlung (Kaplan, 1998), Familientherapien (Diamond et al., 1999; Hogue et al., 2006; Shelef et al., 2005; Symonds & Horvath, 2004), Kurzzeit-Psychotherapie (Joyce & Piper, 1998; Marcolino & Iacoponi, 2003) und analytischer Langzeittherapie (Lorentzen et al., 2004; Ponsi, 2000) und als ethnisch variables Konstrukt (McLeod-Bryant & Deas-Nesmith, 1993) durchgeführt und das Verständnis von therapeutischer Allianz aus Patientensicht beschrieben (Fox, 2002).

Meta-analytische Auswertungen im Erwachsenenbereich (Horvath et al., 1991, 1993;

Martin et al., 2000) und im Kinder- und Jugendbereich zeigen moderate, aber konsistente Korrelationen zwischen Therapieallianz und Therapieerfolg mit einem Korrelationseffizienten von  $r=.20$  bis  $.24$ . Dieser Zusammenhang stellte sich als relativ unabhängig von Therapieverfahren, Erfolgsvariablen und Rater-Variablen heraus. Allerdings standen sich in den metaanalytischen Auswertungen starke Quantitätsdifferenzen zwischen dem Erwachsenenbereich mit über 2000 Studien aber nur 23 (Shirk & Karver, 2003) bzw. 49 Studien (Karver et al., 2006) im Kinder- und Jugendlichenbereich gegenüber.

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive wurde für Kinder gegenüber Erwachsenen ein höherer Stellenwert der therapeutischen Allianz vermutet (Shirk & Saiz, 1992).

Shirk & Karver (2003) werteten in ihrer Metaanalyse neben 18 publizierten Studien noch 5 unpublizierte Dissertationen aus; 14 Studien erfolgten im ambulanten Setting mit 1406 Patienten gegenüber 9 Studien mit 485 Patienten, die sowohl stationäre und aufsuchend-systemische Settings beinhalteten. Nur 12 Studien nutzten mehr als eine Informationsquelle zur Allianzbeurteilung. Keine wertete die direkte Therapiezielübereinstimmung aus. Als Outcome-Parameter wurden Symptom-Skalen ( $n=15$ ), Skalen für das globale ( $n=11$ ) oder familiäre Funktionsniveau ( $n=4$ ) und anderweitige Skalen ( $n=11$ ) verwendet. Die durchschnittliche Korrelation von Allianz Faktoren und Outcome-Faktoren lag bei einem Korrelationskoeffizienten  $r = .24$ . Das entspricht ungefähr dem Korrelationskoeffizienten in der Literatur, die die Daten von erwachsenen Patienten analysiert. Als Moderatoren dieser Korrelation zeigten sich höhere Assoziationen bei Kindern mit externalisierenden Erkrankungen. Die Art der Therapie zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Allianz-Outcome-Korrelation. Methodisch zeigte sich dann eine höhere Korrelation, wenn die Allianz im späteren Therapieverlauf gemessen wurde, wenn die Einschätzung der Allianz oder vom Outcome vom Therapeuten vorgenommen wurde und wenn als Outcome das globale Funktionsniveau eingeschätzt wurde.

Karver et al. (2006) werteten in einer jüngeren Metaanalyse 49 Studien aus, wobei sie die Beziehungsvariablen weiter fassten als das Bordinsche Konstrukt der therapeutischen Allianz, das die Grundlage für die Metaanalyse von Shirk & Karver (2003) darstellte. 18 Studien verwendeten kognitiv-behaviorale Ansätze, 16

unspezifische Therapien in der Gemeinde, acht Familientherapie, vier psychoanalytische und eine die Spieltherapie. Die einflussreichsten Prädiktoren von Therapie-Variablen waren interpersonelle Skills wie Empathie, Wärme und Authentizität ( $r=.35$ ), Therapietechniken wie Strukturierung der Sitzungen, Anbieten des Rationals der Interventionen, etc. ( $r=.40$ ), Bereitschaft zur Therapieteilnahme von Klienten ( $r=.27$ ) und Eltern ( $r=.31$ ), Therapiebeteiligung wie Kollaboration, Engagement und Erledigen von Hausaufgaben von Klienten ( $r=.27$ ) und Eltern ( $r=.26$ ) ohne Gewichtung einer grossen Familientherapie-Studie von Littell (2001), die Eltern mit innerfamiliären Missbrauchssituationen beinhaltete und die von den Autoren deshalb aus der ungewichteten Korrelationsanalyse herausgenommen wurde. Die therapeutische Allianz mit der Familie oder mit den minderjährigen Klienten allein, die Einstellung der Klienten gegenüber den Therapeuten und das Autonomie-Erleben der Klienten zeigten kleine bis moderate prädiktive Werte bzgl. der untersuchten Outcome-Variablen. Selbst-Offenbarung von Therapeuten zeigte keinen prädiktiven Einfluss, wobei die Studienlage hier besonders dürftig und weitere Forschung nötig sei. Die Autoren verweisen auf verschiedene Einschränkungen der aktuellen Studienlage im untersuchten Bereich: 42% der ausgewerteten Studien erfragten die Prozess-Variablen zeitgleich mit den Outcome-Variablen. 57% nutzten nur einen Informanten. 25% der Studien wurden nicht einem Peer-Review-Prozess unterzogen. Allgemein wiesen die untersuchten Konstrukte eine relativ hohe Variabilität auf. Der Wert der Metaanalyse liegt in der differentiellen Analyse von Prozess-Outcome-Verhältnissen und der Anleitung zu einer Forschung mit multiplen Messzeitpunkten und Informanten.

Weisz et al. (1995 b) stellen in ihrer Metaanalyse fest, dass solche Outcome-Variablen besser beurteilt wurden, die spezifisch auf die Behandlungsziele abgestimmt waren, woraus die Autoren indirekt auf eine spezifische Wirkkomponente schlossen.

Green (2006) führt in seiner Übersichtsarbeit aus, dass die Datenlage im Kinderbereich bzgl. des aus der Erwachsenen-Psychotherapieforschung bekannten Konstruktes der therapeutischen Allianz sehr dürftig ist, gleichzeitig aber vorhandene Studien den positiven Einfluss v. a. bei stationär behandelten Minderjährigen, insb. bei externalisierenden Störungen anzeigten.

Baldwin et al. (2007) zeigten in einer Untersuchung an 331 Patienten von 80 Therapeuten, dass sich v. a. die Variabilität in der von Therapeuten hergestellten Allianz signifikant auf den Therapieerfolg auswirkte und dass die Güte der Allianz nicht primär ein Artefakt von Symptomverbesserung im Behandlungsverlauf ist. Dementsprechend zielen manche Ausbildungsrichtungen darauf ab, genau diese Allianzfördernden Fähigkeiten von Therapeuten zu trainieren (Ackerman et al., 2003; Crits-Christoph et al., 2006; Safran & Muran, 2000 & 2006).

Therapieformen bei Minderjährigen zeigten hohe Abbruchraten in Korrelation zur Qualität der Therapeutischen Allianz. Kazdin et al. (2006 a) konnten bei der Behandlung mit einem etablierten und nachweislich effektiven Therapieverfahren für Eltern und Kinder mit Störung des Sozialverhaltens einen prädiktiven Einfluss der Qualität der Kinder-Therapeuten-Allianz und der Eltern-Therapeuten-Allianz auf eine Besserung des kindlichen Verhaltens und bezüglich der Eltern-Therapeuten-Allianz auf eine Besserung des elterlichen Erziehungsstils nachweisen. Die Allianzbeurteilungen zeigten sich stabil über den Behandlungsverlauf. Direkte Zielübereinstimmungen wurden dabei nicht untersucht.

### **1.5 Therapeutische Allianz und Therapieziele**

Innerhalb der Evaluationsforschung kommt der Therapiezielforschung ein eigener Stellenwert zu (Ambühl et al., 1999; Cline et al., 1973; Driessen et al., 2001; Hapkemeyer et al., 2008; Hasler & Schnyder, 2002; Hawley & Weisz, 2003, Heuft & Senf, 1998; Heuft et al. 1995, 1996, 1998; Kordy & Scheibler, 1984; Kottje-Birnbacher & Birnbacher, 1999; von Rad et al., 1998, Yeh & Weisz, 2001).

Die ersten Operationalisationsversuche mit individuellen Therapiezielen können Kiresuk und Sherman (1968) zugeschrieben werden, die das so genannte „goal-attaining scaling“ als Methode etablierten, bei der Therapiezielerfolge auf einer Skala von +2 bis -2 T-Wert-standardisiert ausgewertet werden konnten. Diese Methode wurde v. a. in verhaltenstherapeutischen Techniken aufgegriffen und in diversen Adaptationen zur Evaluation eingesetzt (Donnelly & Carswell, 2002).

Der Nennung von Therapiezielen wird ein eigenständiger therapeutischer Effekt zugeschrieben, insbesondere wenn die Ziele differenziert sind (Ruff & Werner, 1987) oder wenn das „Verhandeln“ darüber konstruktiv im Therapieprozess genutzt wird

(Safran & Muran, 2000; Hasler & Schnyder, 2002).

Im Sinne des therapeutischen Prinzips der Ressourcenaktivierung solle man nach Stucki & Grawe (2007) gerade zu Beginn einer Therapie dem Patienten Gelegenheit geben, im Sinne seiner Ziele und Fähigkeiten aktiv zu werden und damit Transparenz und Struktur schaffen.

Positive Effekte fanden sich bei der Übereinstimmung der Ziele zwischen Therapeut und Patient (Norcross, 2002; Ruff & Werner, 1987; Strauß et al., 1994 & 1995; Sack, 2003) und negative Effekte bei fehlender Übereinstimmung (Kersting, 2000).

Long (2001) merkt in ihrer Arbeit an, dass mit Fragebögen wie z. B. dem häufig gebrauchten „Working Alliance Inventory“ (Horvath & Greenberg, 1989) die subjektive Wahrnehmung von Übereinstimmung über die Therapieziele zwischen Patient und Therapeut und nicht die tatsächliche Übereinstimmung der Ziele erfragt werden.

Zielübereinstimmung gehört zu einer der – u. a. durch Studien der APA Task Force zu Themen der „Empirically Supported Therapy Relationships“ (Division 29) - nachgewiesenen Variablen, die die Therapieallianz positiv beeinflussen können (Norcross, 2002). Allerdings kommen die von der Arbeitsgruppe ausgewerteten Daten hauptsächlich aus dem Erwachsenenbereich, so dass die Gültigkeit im Kinder- und Jugendlichenbereich eine offene Frage bleibt.

Ziele sind nicht per se positiv, sondern v. a. dann, wenn sie erreichbar, zur Person passend und die Zielerreichung im Dienste der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen stehen (Michalak et al., 2007; Senst et al., 2000), wobei motivationale Konflikte zu klären, ein mehr oder weniger integraler Bestandteil von Psychotherapie ist (Grawe, 1999; Stucki, 2007). Der Einfluss von Eigenmotivation im Kontext von inhaltlicher Zielanalyse im kinderpsychiatrischen Setting ist bislang ein nicht untersuchter Forschungsgegenstand.

Driessen et al. (2001) merken in ihrer Arbeit an, dass der Zusammenhang zwischen Therapiezielen und Therapieerfolg differenziert zu klären ist: “[...] So bleibt bisher u. a. unklar, ob die subjektiven Therapieziele, diejenigen der Therapeuten, die Übereinstimmung zwischen beiden, der Zielfindungsprozess selbst und zu jeweils welchem Zeitpunkt der Behandlung wesentlich für den Therapieerfolg

ist.“ (ebd. - S. 242).

Zwischen minderjährigen Patienten und ihren Eltern zeigt sich allerdings eine hohe Abweichung in der Einschätzung der zu einer Behandlung führenden Problematik (Achenbach et al., 1987) und eine hohe Abweichung bei der Formulierung der Problembeschreibung und den Therapiezielen (Yeh & Weisz, 2001). Auch zwischen Patienten, Eltern und Therapeuten findet sich eine hohe Abweichung von den bei Behandlungsbeginn formulierten Problemen und Therapiezielen (Hawley & Weisz, 2003).

In der zukünftigen Evaluationsforschung ist es nach Hawley & Weisz (2003) eine der Schlüsselfragen, ob diese hohe Abweichung ein prädiktives Moment für einen geringeren Therapieerfolg ist.

## **2 Hypothesen**

### **2.1 Neben-Hypothese A:**

Eine hohe allgemeine Motivation zu Behandlungsbeginn ist ein signifikanter Prädiktor für das Erreichen von selbst gestellten Zielen.

### **2.2 Neben-Hypothese B:**

Das subjektive Erreichen der selbst gestellten Therapieziele korreliert signifikant mit einer positiven Behandlungszufriedenheit.

### **2.3 Haupt-Hypothese:**

Das Erreichen individueller Therapieziele ist abhängig von der Übereinstimmung zwischen den zu Behandlungsbeginn formulierten Zielen der Patienten, der Kindeseltern und des Therapeuten.

Daneben soll die Einführung und Anwendung der Psy-BaDo-KJ an einer regelversorgenden Klinik (kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung des Vivantes Klinikums Hellersdorf) beschrieben werden.

Die Beantwortung der Hypothesen erfolgt in einer gepoolten Auswertung von Daten aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Studie an der Charité (Winter et al., 2005) und neu erhobenen Evaluationsdaten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Vivantes-Klinikums Hellersdorf.

### **3 MATERIAL UND METHODEN**

Im Folgenden wird die Entwicklung und der Aufbau des eingesetzten Evaluationsinstruments „Psy-BaDo-KJ“ und die beiden für die Hypothesen-Beantwortung herangezogenen Stichproben beschrieben.

#### **3.1 Entwicklung und Aufbau der „Psy-BaDo-KJ“**

Anhand einer Vorstudie an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Medizinische Fakultät der Charité - Universitätsmedizin Berlin am Campus Virchow Klinikum wurde 1997-2001 zunächst die Praktikabilität des Evaluationsinstrumentes der Psychotherapie Basisdokumentation Psy-BaDo (als gemeinsame Basisdokumentation der Arbeitsgemeinschaften Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Erwachsenenbereich – s. dazu Heuft & Senf, 1998) an einer Stichprobe von 102 Kindern und Jugendlichen überprüft (Wiegard, 2003).

Die Psy-BaDo wurde in Zusammenarbeit von zehn psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Dachverbänden (DGPPN, AÄGP, DÄVT, DGMP, DGPM, DGPR, DGPT, DKPM, GPPMP, Vereinigung der Leitenden Ärzte der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland) entwickelt, die in der AWMF vertreten sind. Erklärtes Ziel war, ein Konzept zur Dokumentation und Qualitätssicherung zu erarbeiten, das praktikabel, zeitökonomisch, therapieschulenübergreifend, im ambulanten und stationären Setting für Ärzte und Psychologen gemeinsam praktikabel und modular bei verschiedenen Fragestellungen einsetzbar ist (Heuft & Senf, 1998) – „Individuelle Therapieziele, die zu Beginn des therapeutischen Prozesses ausgehandelt werden, sind Teil der therapeutischen Interaktion und je nach therapeutischer Schule mehr oder weniger explizit. Sie können somit als grundlegender Bestandteil des psychotherapeutischen Arbeitsvertrages angesehen werden“ (ebd., S. A-2690).

Die darauf folgende kinder- und jugendadäquate Modifizierung und Entwicklung der Psy-BaDo-KJ erfolgte aufgrund einer Expertenbefragung, die qualitativ ausgewertet wurde. Die Psy-BaDo-KJ wurde in einer zweiten Forschungsphase vom 01.02.2002 bis 30.06.2003 erstmals bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen im Alter  $\geq 12$  Jahren in der o. g. Klinik eingesetzt (Winter et al., 2005). Infolge dieser Studien

wurden zwei verschiedene Versionen für Kinder im Alter zwischen acht und 13 Jahren und Jugendliche ab 14 Jahren entwickelt.

Winter et al. führen aus, dass die Psy-BaDo-KJ in Ergänzung zur verbreiteten Basisdokumentation (Englert et al., 1998) eingesetzt werden sollen, um die Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Behandlungen zu dokumentieren. Dies könne zum einen direkt aus den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten geschehen, zum anderen nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ geschehen – ggf. in Kombination mit dem Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kinder- und Jugendalter (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003), um mehr den psychoanalytischen Therapieansätzen gerecht zu werden. Ein weiterer Grund der Entwicklung eines neuen Evaluationsinstrumentes für den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sei der Umstand, dass sich zukünftige Psychotherapiestudien stärker an strukturierten und standardisierten Therapiemanualen orientieren würden.

Die Psy-BaDo-KJ besteht aus vier sich entsprechenden Versionen für Kinder unter dem 14. Lebensjahr, Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr, Eltern und Therapeuten. Jede Version setzt sich aus drei Modulen für individuelle Therapieziele (Ergebnisdokumentation A), Veränderungswünsche zu Beginn der Behandlung und Veränderung zum Therapieende (Ergebnisdokumentation B) zusammen (im Detail siehe als Beispiel-Version die Bögen für jugendliche Patienten im Anhang, S. 104):

1. Modul „**Therapieziele**“: Hier können jeweils seitens der Patienten, der Eltern und der Therapeuten bis zu fünf Therapieziele zu Beginn der Behandlung genannt und an einem konkreten Beispiel erläutert werden. Zum Ende der Therapie sollen diese hinsichtlich ihres Erfolges auf einer 5-stufigen Likert-Skala („Mehr erreicht als das Therapieziel“; „Therapieziel erreicht“/ „ - teilweise erreicht“/ „ - nicht erreicht“/ „ - ist nicht mehr wichtig“) beurteilt werden;

Die Kodierung der Therapieziele nach Psy-BaDo-Manual ist im Abschnitt 3.6 (S.29) beschrieben.

2. Modul „**Therapiebeginn – Veränderungswünsche**“: Hier werden ebenfalls jeweils seitens der Patienten, der Eltern und der Therapeuten zu Beginn der

Behandlung zu dreizehn möglichen Problembereichen (allgemeine Besserung, körperlicher Zustand, seelischer Zustand, Selbstwertgefühl, Schul- und Ausbildungssituation, Beziehung zu Familienmitgliedern, Beziehung zu Freunden, sexuelle Beziehungen, Durchsetzungsvermögen, Krankheitsverständnis, Zukunftsorientierung, Behandlungsmotivation, Medikamente) anhand einer 6-stufigen Likert-Skala („Wie wichtig ist dir diese Veränderung? Extrem wichtig“/ - „Sehr wichtig“/ - „Wichtig“/ - „Wenig wichtig“/ - „Unwichtig“/ - „Ist nicht mein Problem“) die subjektiven Wichtigkeiten eingeschätzt. Die Skala für die Behandlungsmotivation („Wie wichtig ist dir diese Behandlung?“) ist 5-stufig („Extrem wichtig“; „Sehr wichtig“; „Wichtig“; „Wenig wichtig“; „Unwichtig“). Der Therapeut schätzt nicht die eigene, sondern die Motivation des Patienten ein. Die Frage nach Medikamenten ist 5-stufig mit einer ggf. zu beantwortenden Frage, um welche Medikamente es sich handelt.

In der Version für kindliche Patienten zwischen 8 bis 13 Jahren sind die Fragen nach den sexuellen Beziehungen und der Zukunftsorientierung aufgrund des entwicklungspsychologischen Entwicklungsniveaus nicht enthalten.

3. Modul **„Therapieende – Veränderungen“**: Zum Therapieende werden die dreizehn möglichen Problembereiche und die Schul- und Ausbildungsfähigkeit wiederum auf einer Likert-Skala ordinal hinsichtlich ihres Erfolges/ihrer Veränderungen angekreuzt. Die Antwortmöglichkeiten sind auf einer 7-stufigen Likert-Skala möglich: „Deutlich gebessert“, „Etwas gebessert“, „Nicht verändert“, „Etwas verschlechtert“, „Deutlich verschlechtert“, „Nicht zu beurteilen“, „War nicht mein Problem“. Item 12 „Hat sich die Behandlung gelohnt?“ wird 5-stufig skaliert („Sehr gelohnt“; „Gelohnt“; „Unentschieden“; „Nicht gelohnt“; „Eher geschadet“).

Alle Antwortskalen sind somit qualitativer, non-parametrischer Natur. Als Reliabilitätsindices des 2. und 3. Moduls wurden Cronbachsche Alpha von 0,83 für Patienten, 0,74-0,76 für Eltern und 0,64-0,65 für die Therapeuten errechnet. Als Konstruktvalidität wurde für die Patienten- und Elterneinschätzung ein Drei-Faktoren-Modell mit den Faktoren „intrapyschische Konflikte“, „somatischer Bereich“ und „Objektbeziehungen“, für Eltern ein Vier-Faktoren-Modell von den Genannten plus dem Faktor „Ich-Leistungen“ extrahiert, welche zwischen 65-70% der Varianz erklären (Winter, 2005).

Diese Versionen wurden von der Ethikkommission der Charité unter Vorsitz von Hr.

Prof. Dr. med. Eichstädt zur 328. Sitzung am 17.06.2004 beraten und zur Anwendung in der Praxis und in der geplanten Studie als ethisch vertretbar zugelassen.

### **3.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Psy-BaDo-KJ wurde als integraler Bestandteil der Diagnostik und Therapie routinemäßig bei den tagesklinisch behandelten Patienten im Alter  $\geq 8$  Jahren im Vivantes Klinikum Hellersdorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. Psychosomatik eingesetzt. Einschlusskriterien waren eine Therapiedauer über 30 Tagen (wobei Wochenendtage im teilstationären Behandlungsmodus nicht als Behandlungstage zählten), ausreichende Deutschkenntnisse von Patienten und Familien, intellektuelle Gesamtbefähigung  $\geq 70$  IQ-Punkte und ausreichende emotionale Belastbarkeit.

Zusätzliche Ausschlusskriterien waren von Beginn an als diagnostische Aufenthalte bezeichnete Behandlungen und solche, die im Anschluss an eine vollstationäre Therapie eine teilstationäre Ablösung auf der Akutstation durchführten (Klinik-intern so genannte „vollstationär integrierte“ Behandlungen).

Die Einschlusskriterien in der vollstationären Klinikpopulation der Charité unterschieden sich nur in dem Zeitkriterium. Stationäre Behandlungen unter 28 Tage waren ausgeschlossen (während Wochenendtage im stationären Behandlungsmodus als Behandlungstage zählten).

### **3.3 Deskriptive Beschreibung der Patientenpopulationen**

#### **3.3.1 Stichproben:**

##### **3.3.1.1 *Vivantes-Gruppe***

Im Zeitraum vom 28.06.2004 bis 23.06.2005 wurden in der Tagesklinik der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Vivantes Klinikums Hellersdorf 99 Patienten behandelt. Von den 99 Patienten entsprachen 39 Patienten nicht den oben genannten Einschlusskriterien oder erfüllten die Ausschlusskriterien:

- 10 Patienten waren in einem Lebensalter unter 8 Jahren,
- 3 Patienten hatten eine leichte Intelligenzminderung,
- 8 Patienten/Familien wurden emotional als zu belastet eingeschätzt,

- 5 Patienten waren unter 30 Tage in Behandlung und
- 8 Patienten wurden „vollstationär integriert“ behandelt,
- 5 Patienten wurden zu rein diagnostischen Zwecken aufgenommen.

Weitere organisatorische Gründe für den Ausschluss bei den verbleibenden 60 Behandlungsfällen waren

- 12 × vorzeitige Verlegungen in eine vollstationäre Weiterbehandlung,
- 8 × Therapieabbrüche durch Patienten/Familien,
- 4 × willigten Eltern in einer Studienteilnahme nicht ein,
- 2 Behandlungen schieden aus sonstigen Gründen aus

Von den wiederum verbleibenden 34 Behandlungsfällen

- versäumte in drei Behandlungen der Therapeut die Therapiezielformulierung,
- erfolgte in vier Behandlungen mit volljährigen Patienten keine Elternbeteiligung.

Insgesamt konnten somit in der Vivantes-Gruppe 27 Behandlungsfälle mit kompletten Datensätzen – d. h. mit kompletten Zielformulierungen zu Beginn und Zielbeurteilungen zum Ende der Behandlung von Kindern, Eltern und Therapeuten - erfasst werden.

### 3.3.1.2 Charité-Gruppe

Aus den von Winter et al. (2005) veröffentlichten 85 vollstationären Behandlungsfällen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité Campus Virchow Klinikum im Zeitraum vom 01.02.2002 bis 30.06.2003 wurden 21 Fälle herangezogen, bei denen ebenfalls komplette Zielformulierungen zu Beginn und Zielbeurteilungen zum Ende der Behandlung von allen beteiligten Untergruppen erfasst werden konnten (im Detail s. Winter et al., 2005).

Zur Übersicht über die jeweilige Selektion der beiden Klinik-Stichproben zeigen wir im Folgenden eine Graphik.

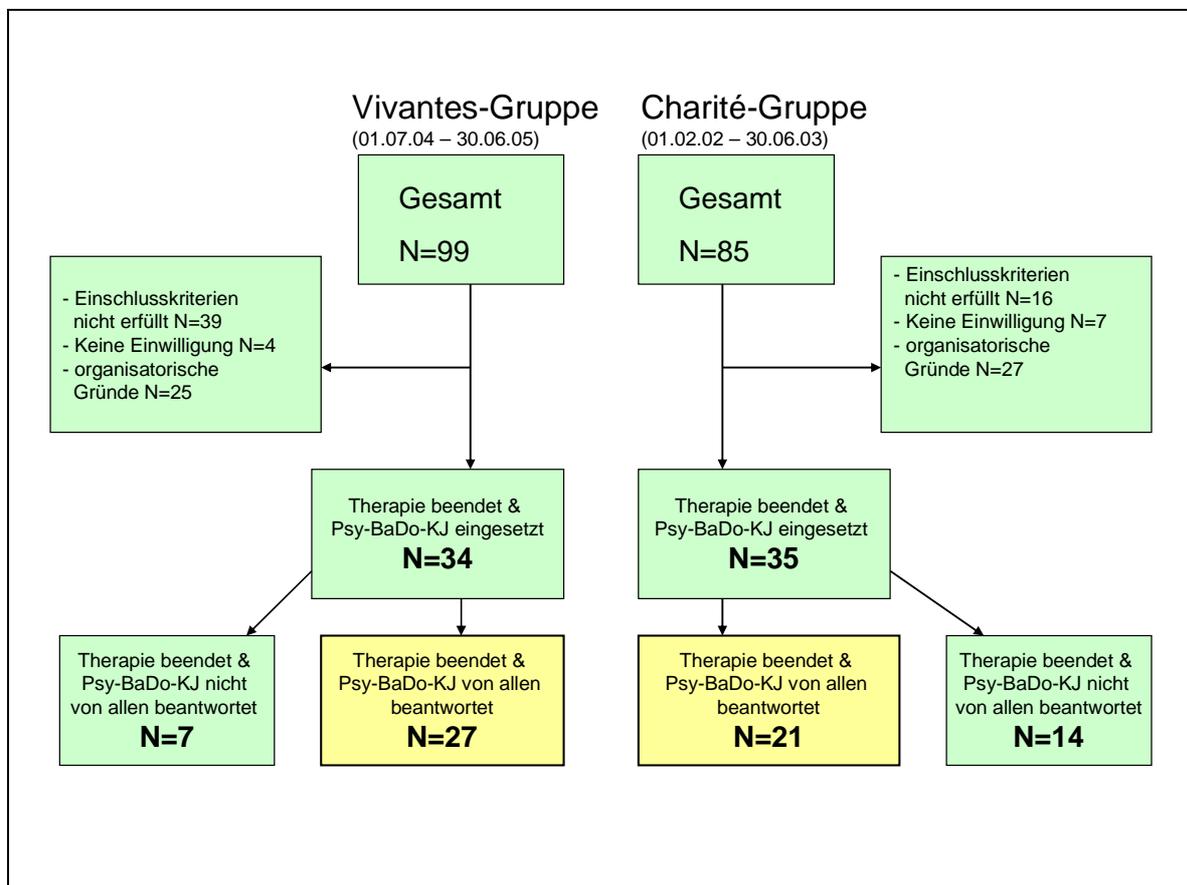


Abbildung 2: Übersicht über die beiden Klinik-Stichproben

### 3.3.2 Stichprobenvergleich

Tabellarisch werden hier jeweils die Vivantes- und Charité-Populationen mit Auflistung der Werte der jeweiligen Gesamtpopulationen, der eingeschlossenen und

ausgeschlossenen Patienten miteinander verglichen.

Durch den Selektionsprozess steigt der prozentuale Anteil der weiblichen Patienten zwischen anfänglicher Gesamtpopulation und schließlich ausgewerteten Patienten in beiden Patientengruppen (Vivantes-Gruppe: von 48,5% (48/99 Pat.) auf 70,4% (19/27 Pat.); Charité-Gruppe: von 61,2% (52/85 Pat.) auf 71,4% (15/21 Pat.). Das Durchschnittsalter steigt in der Vivantes-Gruppe um ca. ein halbes Jahr, in der Charité-Gruppe fällt es um ca. ein halbes Jahr.

	n	Geschlecht	Alter	[Range]
<b>∑ Vivantes Patienten</b>	99	51m/48w	13,3 (SD=3,65)	[4,9-18,0]
Ausgeschlossene	72	43m/29w	13,1 (SD=3,84)	[4,9-18,0]
Eingeschlossene	27	8m/19w	13,9 (SD=3,08)	[8,7-17,9]
<b>∑ Charité-Patienten</b>	85	33m/52w	16,0 (SD=1,26)	[12,6-17,8]
Ausgeschlossene	64	27m/37w	15,7 (SD=1,24)	[12,8-17,8]
Eingeschlossene	21	5m/15w	15,4 (SD=1,37)	[12,6-17,3]

Legende: SD = Standard-Deviation; m=männlich; w=weiblich

**Table 1: Verteilung nach Geschlecht und Alter**

In der Vivantes-Gruppe steigt die durchschnittliche Behandlungsdauer der eingeschlossenen Patienten gegenüber der anfänglichen Gesamtgruppe von 44,5 auf 73,1 Tage; in der Charité-Gruppe steigt diese von 59,4 auf 86 Tage. Zu beachten ist hier, dass bei den teilstationär behandelten Patienten in der Vivantes-Gruppe nur die Wochentage als Behandlungstage gezählt wurden, so dass die effektive durchschnittliche Behandlungszeitspanne länger als in der Charité-Gruppe ist.

	N	Behandlungstage	[Range]
<b>∑ Vivantes Patienten</b>	99	44,5 (SD=30,2)	[3-133]
Ausgeschlossene	72	33,8 (SD=25,7)	[3-110]
Eingeschlossene	27	73,1 (SD=21,8)	[45-133]
<b>∑ Charité-Patienten</b>	85	59,4 (SD=43,3)	[2-205]
Ausgeschlossene	64	50,1 (SD=35,4)	[2-176]
Eingeschlossene	21	86,0 (SD=52,9)	[29-205]

Legende: SD = Standard-Deviation

**Table 2: Verteilung der Behandlungstage**

Unterschiede in der Diagnose-Verteilung der beiden eingeschlossenen Patientengruppen zeigen sich v. a. im erhöhten Anteil von Erstdiagnosen in den Bereichen der Depressionen (14,8%), den ängstlich-phobischen Störungen und gemischten Anpassungsreaktionen (40,7% (11/27); davon 1×40.1, 3×41.2, 7×43.2) und den F9-Diagnosen (33,3% (9/27); davon 3×F90, 3×F92, 3×F93) auf Seiten der

Vivantes-Patienten und der hohe Anteil von Essstörungen (66,7% (14/21); davon 4×F50, 8×F50.0, 1×F50.1, 1×F50.3) und der F4-Diagnosen (23,8% (5/21); davon 2× 40, 1×F42, 2×F45) auf Seiten der Charité-Patienten.

	n	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Eingeschlossene Vivantes-Patienten	27	3,7	0	0	14,8	40,7	3,7	7,4	0	0	33,3
Eingeschlossene Charité-Patienten	21	0	0	4,8	0	23,9	66,7	4,8	0	0	4,8

**Tabelle 3: Verteilung der ICD-10-Achse-1-Erstdiagnosen (in %)**

Weder die Klinik-Zugehörigkeit, noch das Alter, die Behandlungsdauer oder das Geschlecht der Patienten zeigten eine signifikante Korrelation zur erfragten Behandlungs- und Veränderungsmotivation, Zielübereinstimmung oder -beurteilung oder die allgemeine Behandlungszufriedenheit an ( die Spearman  $r_s$ -Werte zeigten keine Korrelationen an und die Signifikanzniveaus waren alle deutlich  $>.05$  – Die Daten sind hier nicht im Einzelnen aufgeführt).

### **3.4 Deskriptive Beschreibung der Elternpopulationen**

In der Vivantes-Gruppe wurden die elterlichen Ziele in zwölf von 27 Fällen (44,4 %) nur von den Müttern formuliert, in einem Fall vom Vater (3,7%) und den verbleibenden 14 von 27 Fällen (51,9%) von beiden Elternteilen (zweimalig von Mutter und Lebenspartner). In der Charité-Gruppe wurden die Fragebögen zu 67,9% von den Müttern und in 32,1% von beiden Elternteilen ausgefüllt. Eine genauere Beschreibung von (sozialen) Elternvariablen entfällt, da diese in der Vivantes-Gruppe nicht systematisch erhoben wurden.

### **3.5 Deskriptive Beschreibung der Therapeutenpopulationen**

Das Therapeuten-Team im Vivantes Klinikum bestand aus zwei Ärzten in fortgeschrittener Weiterbildung, einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und zwei Psychologen (N=5, 2w:3m, durchschnittliches Alter 41.2 Jahre). Ein Therapeut hatte eine abgeschlossene Ausbildung zum analytischen Familientherapeuten, eine Therapeutin eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie plus Hypnose- und Gesprächspsychotherapie, ein Therapeut die abgeschlossene fachärztliche tiefenpsychologisch-orientierte Psychotherapie-

Ausbildung, zwei Ärzte waren in Weiterbildung zum tiefenpsychologisch-orientierten Psychotherapeuten. Berufserfahrung lag zwischen fünf und 15 Jahren vor.

Das Therapeuten-Team der Charité bestand aus einem Arzt, zwei Ärzten im Praktikum, zwei Psychologen und zwei Psychologen im Praktikum (N=7, ohne Angabe der Geschlechts- und Altersverteilung). Ein Therapeut hatte eine systemische Ausbildung abgeschlossen, ein Therapeut war in tiefenpsychologischer, drei Therapeuten in verhaltenstherapeutischer Weiterbildung. Berufserfahrung lag zwischen einem und acht Jahren vor (Winter et al., 2005).

### **3.6 Definition und Bewertung der Therapiezielübereinstimmung**

Die Übereinstimmung der Therapieziele wurde nach folgendem Schema vorgenommen:

Die Therapieziele in der Vivantes-Gruppe wurden nach dem Psy-BaDo-Manual vom Autor kodiert. Die Kodierungen wurden von einem erfahrenen externen Rater (dem nur die Zielformulierungen vorlagen) ein zweites Mal kodiert und entsprechende Abweichungen bis zum Konsens diskutiert.

Die Kodierung der Ziele erfolgt nach den Vorgaben des Psy-BaDo-Manuals entsprechend des so genannten „Kategoriensystem Individueller Therapieziele“ (KITZ). Dieses besteht aus fünf Hauptkategorien:

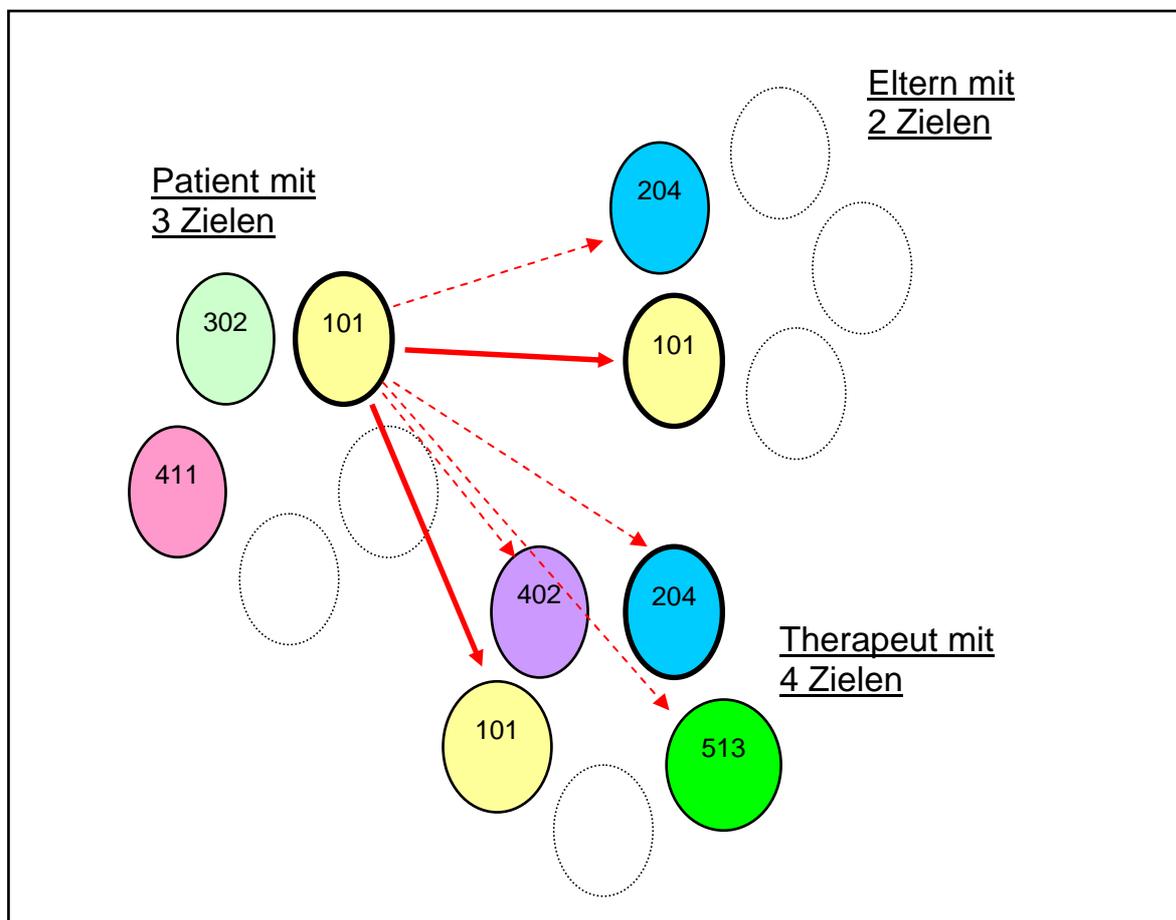
Der Hauptkategorie 1 mit intrapsychischen Problemen und Konflikten (Ziffer 101-199). Der Hauptkategorie 2 mit interaktionellen, psychosozialen Problemen und Konflikten (Ziffer 201-299). Der Hauptkategorie 3 mit körperbezogenen Problemen und Konflikten (Ziffer 301-399). Der Hauptkategorie 4 mit Medikations- und Suchtassozierten Problemen (Ziffer 401-499). Der Hauptkategorie 5 für sozialmedizinische und Rehabilitationsziele (Ziffer 501-599).

Ziele, die zwar einer Hauptkategorie zugeordnet werden können, aber nicht explizit genannt sind, erhalten die endständige Ziffer (z. B. 599). Ziele, die keiner Hauptkategorie zugeteilt werden können, erhalten die Ziffer 999.

Für jedes individuelle Therapieziel einer Partei (Kind, Eltern, Therapeut) wurde nach übereinstimmenden Therapiezielen bei den Zielen der anderen beiden Parteien

geschaut. Eine Zielübereinstimmung, die sich zwischen zwei Parteien (Patient-Eltern, Patient-Therapeut, Eltern-Therapeut) zeigte, wurde als **dyadisch** tituliert. Eine Zielübereinstimmung, die sich unter allen drei Parteien (Patient-Eltern-Therapeuten) zeigte, wurde als **triadisch** bezeichnet.

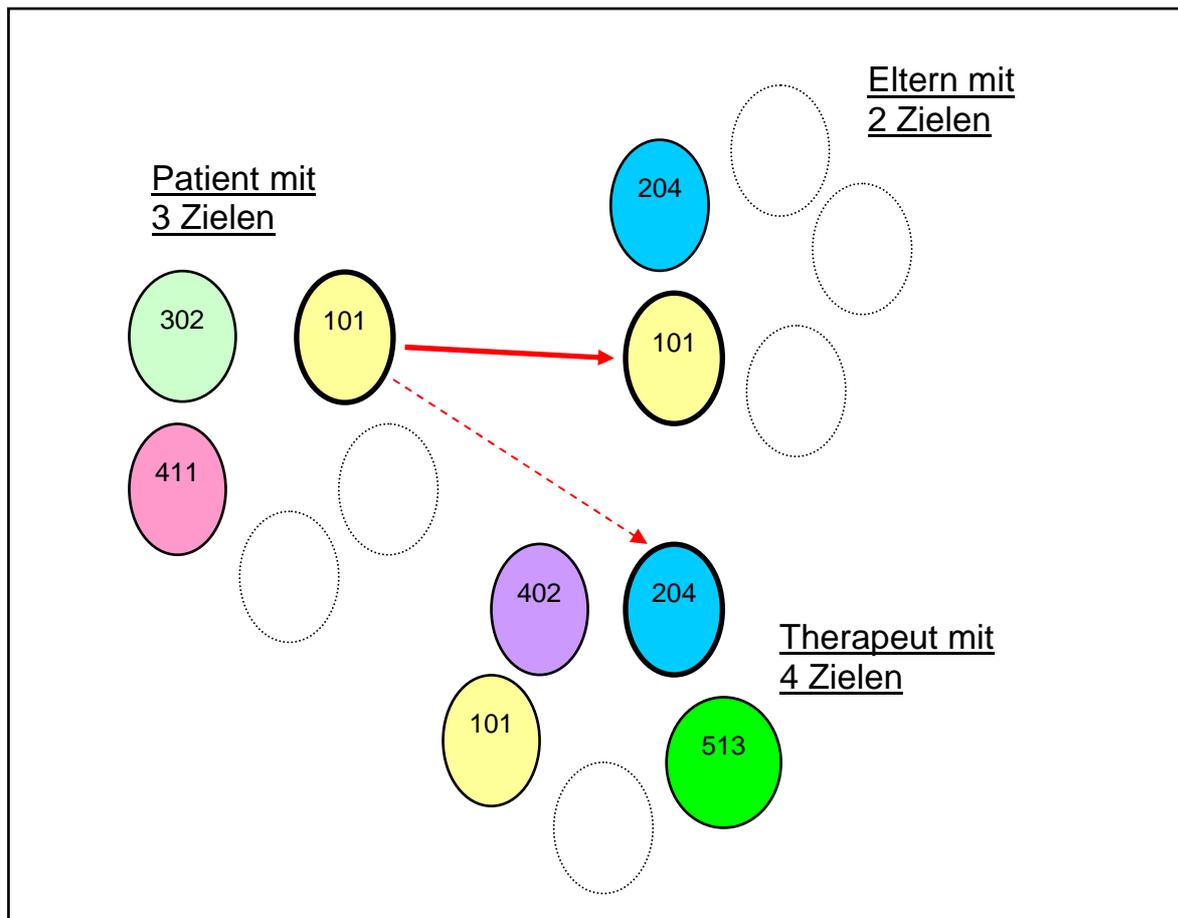
Im **1. Rechenmodell** wurden zu den **erstgenannten** Zielen einer Partei (Patient, Eltern oder Therapeut) geprüft, ob sich diese Ziel-Kodierung bei einem der gesamten (!) Ziele der anderen beiden Parteien wieder finden ließ. In der folgenden Abbildung wird die Zielübereinstimmung aus Patientensicht graphisch dargestellt:



**Legende:** Kreise mit fetter Umrandung = erstgenannte Ziele; Kreise mit dünner Umrandung = restliche Ziele. In den Kreisen befinden sich beispielhaft die Kodierungsziffern nach Psy-BaDo-Manual (s. 3.1 & 3.6). Die durchgehenden Pfeile zeigen die Übereinstimmung zwischen dem erstgenannten Patienten-Ziel und allen Zielen der beiden anderen beiden Parteien (Eltern, Therapeuten) nach Psy-BaDo-Kodierung an. Die gestrichelten Pfeile zeigen entsprechend fehlende Übereinstimmungen an.

**Abbildung 3: Rechenmodell 1 – Bsp.: triadische Übereinstimmung**

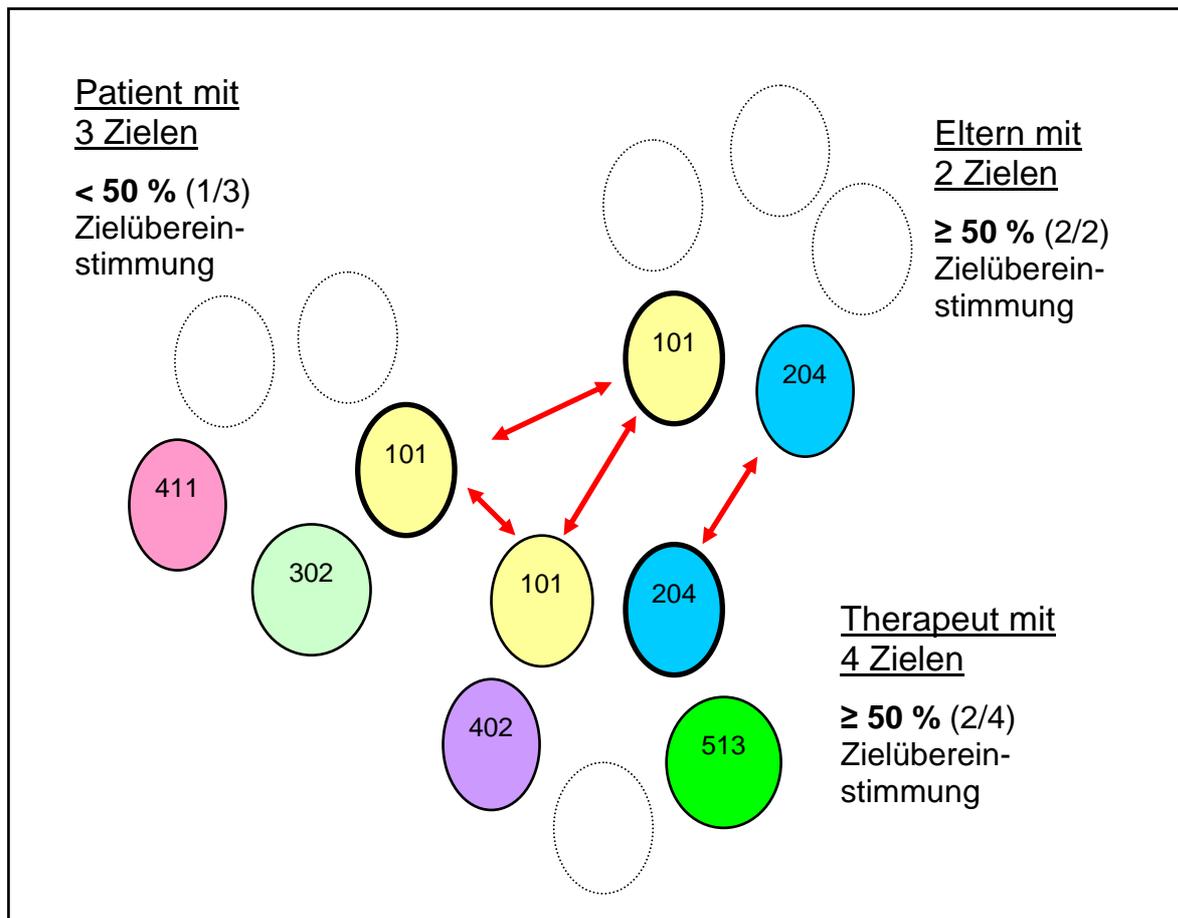
Im 2. Rechenmodell wurden nur die erstgenannten Ziele aller Parteien untereinander bezüglich der Korrelation von dyadischer oder triadischer Übereinstimmung vs. Ziel-Outcome untersucht. Wiederum wird in der folgenden Abbildung auch für dieses Rechenmodell die Zielübereinstimmung aus Patientensicht dargestellt:



**Legende:** Kreise mit fetter Umrandung = erstgenannte Ziele; Kreise mit dünner Umrandung = restliche Ziele. In den Kreisen befinden sich beispielhaft die Kodierungsziffern nach Psy-BaDo-Manual (s. 3.1 & 3.6). Der durchgehende Pfeil zeigt die Übereinstimmung zwischen dem erstgenannten Patienten-Ziel und den erstgenannten Zielen der beiden anderen Parteien (Eltern, Therapeuten) nach Psy-BaDo-Kodierung an. Gestrichelte Pfeile zeigen entsprechend eine fehlende Übereinstimmung zwischen zwei erstgenannten Zielen an.

**Abbildung 4: Rechenmodell 2 –  
Bsp.: dyadische Übereinstimmungen innerhalb der Hauptziele**

**Im 3. Rechenmodell** wurden die Parteien jeweils in Gruppen dichotomisiert, die bei  $\geq 50\%$  oder  $<50\%$  der Gesamtheit ihrer Ziele mindestens eine dyadische Zielübereinstimmung mit den anderen beiden Parteien aufwiesen. In der folgenden Abbildung sind alle vorhandenen Übereinstimmungen zwischen allen Zielen aller Parteien dargestellt; dass heißt, hier wurde zu jedem einzelnen genannten Ziel geprüft, ob sich die gleiche Kodierung bei einem oder beiden von den anderen Parteien finden ließ:



**Legende:** Kreise mit fatter Umrandung = erstgenannte Ziele; Kreise mit dünner Umrandung = restliche Ziele. In den Kreisen befinden sich die Kodierungsziffer nach Psy-BaDo-KJ-Manual (s. 3.1 & 3.5). Die durchgehenden Pfeile zeigen die Übereinstimmungen zwischen allen Zielen aller Parteien nach Psy-BaDo-KJ-Kodierung an. Die Prozentangaben entsprechen der dichotomen Einteilung in Gruppen mit  $\geq 50\%$  vs.  $<50\%$  Übereinstimmung aller genannten Ziele einer Partei.

**Abbildung 5: Rechenmodell 3 –**  
**Bsp.: Anteil dyadischer Übereinstimmung zwischen allen Zielen**

### **3.7 Statistik**

Die statistischen Berechnungen wurden mittels des Software-Programms SPSS 11.0.0 durchgeführt.

Die Bewertungen der Ziele und der Veränderungswünschen und Veränderungen am Therapieende wurden ordinal gemäss der Likert-Skala aufsteigend nach Wertigkeit in der SPSS-Datei erfasst.

Bei Dichotomisierung der Einfluss- und Erfolgsvariablen wurden die Antworten ebenfalls aufsteigend nach Wertigkeit ordinal organisiert. Die Details zu den Gruppeneinteilungen sind im weiteren Text umschrieben.

Die Korrelationen wurden mittels Kreuztabelle errechnet. Die Korrelationswerte sind entsprechend der ordinalen Natur als Spearman  $r_s$  angegeben.

Signifikanzniveau ist ein  $p < ,05$ .

Häufigkeitsverteilungen wurden in absoluten Zahlen und/oder prozentual angegeben.

## **4 ERGEBNISSE**

### **4.1 Veränderungswünsche und Motivation zu Beginn der Behandlung**

Die Psy-BaDo-KJ ermöglicht zu Behandlungsbeginn eine subjektive Einschätzung der allgemeinen Wichtigkeit von Veränderung in verschiedenen vorformulierten Lebensbereichen, die zur Diagnostik und Therapieplanung relevant sind.

Für die Beantwortung der Hypothesen sind die Einschätzungen der allgemeinen Veränderungsmotivation (Item 1) und der allgemeinen Behandlungsmotivation (Item 12) herangezogen worden.

Die anderen Antwortbereiche (Item 2-11) werden kursorisch dargestellt. Es wird v. a. ausgeführt, wie das Antwortverhalten der verschiedenen beteiligten Parteien (Patienten, Eltern, Therapeuten) war. Auch wurde eine Dichotomisierung der Antworten „extrem wichtig“ vs. aller anderen Antwortmöglichkeiten vorgenommen („sehr wichtig“, „wichtig“, „wenig wichtig“, „unwichtig“, „ist kein Problem“) und die

beiden Klinikpopulationen auf signifikante Unterschiede in der Nennung dieser beiden Antwortpole untersucht.

Die Übersichtstabellen für alle Parteien (Patienten, Eltern & Therapeuten) sind im Anhang angeführt (10.1, S. 81).

#### **4.1.1 Veränderungswünsche der Patienten**

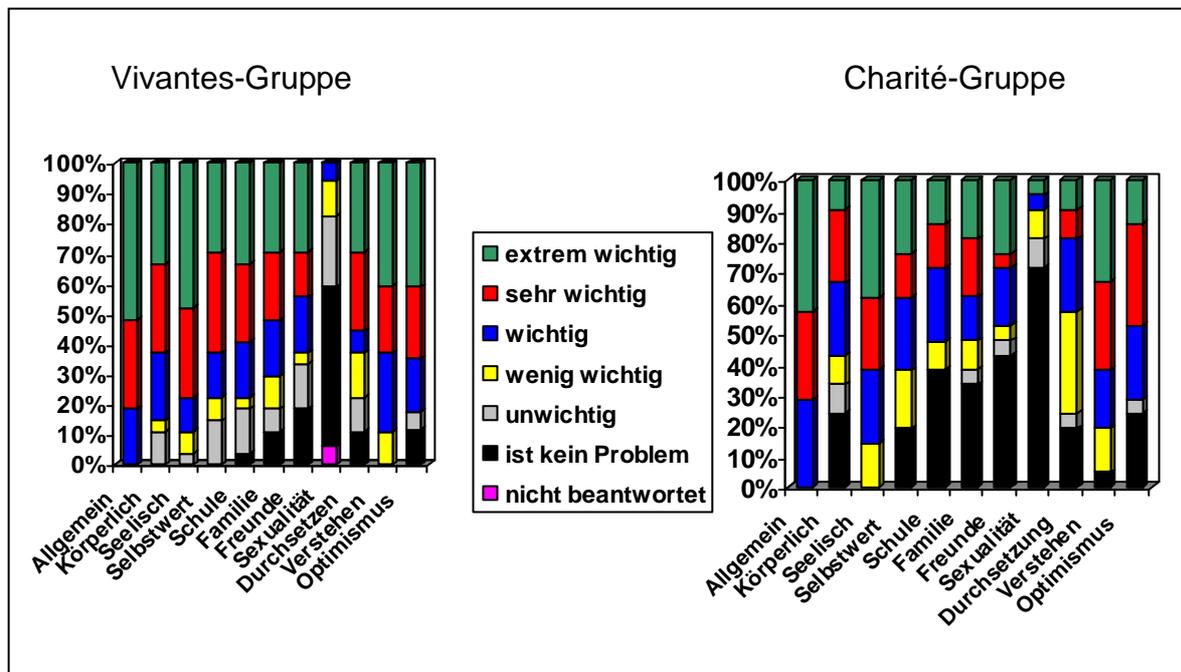
Im Einklang mit dem Behandlungskontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde seitens der Patienten die Veränderung im seelischen Bereich mit 43,7% (21 von 48 Patienten) am häufigsten als „extrem wichtig“ eingeschätzt. In der weiteren Reihenfolge der Patienten-Gewichtung von Veränderungswünschen zeigten sich folgende prozentuale Verteilungen für die Einschätzung „extrem wichtig“: Probleme verstehen (37,5%), Selbstwert & Freunde (je 27,1%), Optimismus (26,3%), Schule & Familie (je 25%), körperliche Besserung (22,9%), Durchsetzungsvermögen (20,8%), sexuelle Beziehungen (2,6%)

Die Charité-Patienten gaben (gegenüber den Vivantes-Patienten) insgesamt häufiger die Antwort, dass ein Lebensbereich „kein Problem“ sei - in 38,1% (vs. 3,7%) bzgl. der Schulsituation, in 33,3% (vs. 11,1%) bzgl. der Familie, in 42,9% (vs. 18,5%) bzgl. der Freunde und in 71,4% (vs. 52,9%) bzgl. der Wichtigkeit von Veränderungen im sexuellen Bereich.

Es ist beachtenswert, dass die Charité-Patienten die Veränderungswünsche bzgl. der angegebenen Items ausnahmslos als weniger wichtig oder als nicht vorhandenes Problem einschätzten – inkl. der Gewichtung von körperlichen Veränderungswünschen durch überwiegend anorektische Patienten; die Häufigkeit von Problemeinschätzungen als „extrem wichtig“ zeigte sich hier zugunsten (!) der Vivantes-Gruppe (in 33,3% der Fälle) gegenüber dem Charité-Gruppe (in 9,5% der Fälle).

Im Vergleich der Patienten des Vivantes- und Charité-Gruppe ergaben sich dennoch keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der höchsten Einschätzung von Veränderungswünschen bei dichotomer Aufteilung der Antwort „extrem wichtig“ vs. den anderen Antwortmöglichkeiten ( $p$  sämtlich  $> ,05$ ).

Im der folgenden Abbildung ist die Gesamtheit aller Antworten der Veränderungswünsche seitens der Patienten – aufgeteilt nach Klinikgruppen – graphisch dargestellt.



**Abbildung 6: Darstellung der Einschätzung der Itemwichtigkeit seitens der Patienten (in %)**

#### 4.1.2 Veränderungswünsche der Eltern

Auch seitens der Eltern wurde der seelische Bereich am häufigsten als „extrem wichtig“ eingeschätzt; 75% (36/48) der Gesamt-Elternpopulation, 70,4% (19/27) der Eltern in der Vivantes-Gruppe und 81,0% (17/21) der Eltern in der Charité-Gruppe gaben diesem Item die höchste Wertigkeit.

Der Anteil der Eltern, die Freunde (20,8%), Familie oder Durchsetzungsvermögen (jeweils 12,5%) als einen Bereich von „extrem wichtigen“ Veränderungswünschen einschätzte war in beiden Klinikgruppen relativ gering. Veränderungswünsche im sexuellen Bereich wurden nur einmalig als „extrem wichtig“ eingeschätzt (2,6%), wobei diese Frage (wie die nach mehr Optimismus) erst ab einem Patientenalter von 14 (also in 38 der 48 Fälle) gestellt wurde. Eine allgemeine Besserung (58,3%), körperliche Besserung (45,8%), Probleme Verstehen (43,8%) und Optimismus (60,5%) wurden jeweils häufiger als wichtigste Probleme eingeschätzt.

Im Klinik-Vergleich schätzten die Eltern der Vivantes-Gruppe zu 51,9% (14/27) vs. den Eltern der Charité-Gruppe zu 14,3% (3/21) Probleme im Schulbereich signifikant häufiger als „extrem wichtig“ ein (Spearman  $r_s=,298$ ;  $p=,047$ ).

Alle anderen Items unterschieden sich zwischen den Klinikgruppen nicht signifikant in der Häufigkeit der Bewertung als „extrem wichtige“ Veränderungsbereiche.

#### **4.1.3 Veränderungswünsche der Therapeuten**

Insgesamt neigten die Therapeuten eher zu einer verhalteneren Gewichtung der einzelnen Problembereiche. Die häufigste Einschätzung war die einer „sehr wichtigen“ Veränderungsnotwendigkeit – und zwar in allen Bereichen mit Ausnahme der Einschätzung des Schulbereichs durch die Therapeuten in der Charité-Gruppe und des sexuellen Bereichs, der in beiden Gruppen als wenig wichtig, unwichtig oder als nicht vorhandenes Problem eingeschätzt wurde. Der seelische Bereich wurde von 70,8% aller Therapeuten am häufigsten als „sehr wichtig“ eingeschätzt.

Die Schulsituation wurde von 26% der Vivantes-Therapeuten gegenüber 4,7% der Charite-Therapeuten als „extrem wichtig“ eingeschätzt, wobei die Verteilung knapp unter Signifikanzniveau lag ( $p=,055$ ). Auf den anderen Items zeigten sich keine signifikanten Differenzen in der Einschätzung der Wichtigkeit.

#### **4.1.4 Motivation von Patienten, Eltern & Therapeuten**

Die Psy-BaDo-KJ hat zwei Items, die allgemeine motivationale Aspekte erfragen. Das Item 1 erfragt die allgemeine Veränderungsmotivation und das Item 12 die allgemeine Behandlungsmotivation.

Das Item 1 des Moduls „Therapiebeginn – Veränderungswünsche“ stellt an die Patienten die Frage „Ich möchte, dass es mir allgemein besser geht. Wie wichtig ist Dir diese Veränderung?“. Die Eltern, resp. Therapeuten werden entsprechend auf der gleichen 6-stufigen Likert-Skala danach gefragt, wie wichtig ihnen die allgemeine Besserung des Kindes, resp. Patienten ist.

47,9% aller Patienten schätzten die eigene allgemeine Besserung als „extrem wichtig“ ein. Die Patienten in der Vivantes-Gruppe gaben diese Antwort tendenziell häufiger mit 51,9% (14/27) vs. 42,9% (9/21) in der Charité-Gruppe (ohne Signifikanzniveau bei einem  $r_s=,089$ ,  $p=,546$ ). Die Eltern gaben diese höchste Einschätzung der subjektiven Wertigkeit (bezogen auf den Wunsch einer

allgemeinen Besserung des Kindes) in 58,3%, die Therapeuten in nur 27,1% der Fälle. Therapeuten antworteten zu 60,4% auf diese Frage mit „sehr wichtig“.

Item 1	Allgemeine Veränderungsmotivation: Anzahl der Antworten (% von n)					
	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	kein Problem
<b>Vivantes-Gruppe (n=27)</b>						
Kinder/Jugendliche	14 (51,9)	8 (29,6)	5 (18,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eltern	14 (51,9)	11 (40,7)	2 (7,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Therapeuten	8 (29,6)	16 (59,3)	3 (11,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Charité-Gruppe (n=21)</b>						
Kinder/Jugendliche	9 (42,9)	6 (28,6)	6 (28,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eltern	14 (66,7)	6 (28,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,8)
Therapeuten	5 (23,8)	13 (61,9)	3 (14,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Gesamt-Gruppe (n=48)</b>						
Kinder/Jugendliche	23 (47,9)	14 (29,2)	11 (22,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eltern	28 (58,3)	17 (35,4)	2 (4,2)	0 (0)	0 (0)	1 (2,1)
Therapeuten	13 (27,1)	29 (60,4)	6 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

**Tabelle 4: Veränderungsmotivation zu Behandlungsbeginn**

Das Item 12 des Psy-BaDo-KJ-Bogens „Therapiebeginn – Veränderungswünsche“ stellt an Kinder/Jugendliche und Eltern die Frage „Wie wichtig ist dir/Ihnen diese Behandlung?“. Der Therapeut wird entsprechend auf Item 12 gefragt „Wie schätzen Sie die Therapiemotivation Ihres Patienten ein?“.

41,7% aller Patienten schätzten die Behandlung als „extrem wichtig“ ein. Die Patienten der Vivantes-Gruppe gaben diese Antwort mit 48,1% wiederum häufiger an als die Patienten der Charité-Gruppe mit 33,3% (ohne signifikante Unterschiede bei einem  $r_s=,091$ ;  $p=,551$ ). Die Eltern schätzten in 70,1% aller Fälle die Behandlung als „extrem wichtig“ ein (ohne nennenswerte Differenzen in den beiden Klinikgruppen). Die Therapeuten waren bezüglich der Behandlungsmotivation der Patienten skeptischer und schätzten die Patienten nur zu 25% als „sehr motiviert“ ein, wobei die Vivantes-Therapeuten mit 29,6% gegenüber der Charité-Gruppe mit 19,0% optimistischer waren (ohne signifikante Korrelation bei einem  $r_s=,121$ ;  $p=,412$ ).

Item 12	Allgemeine Behandlungsmotivation: Anzahl der Antworten (% von n)				
	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig
<b>Vivantes-Gruppe (n=27)</b>					
Kinder/Jugendliche	13 (48,1)	10 (37)	4 (14,8)	0 (0)	0 (0)
Eltern	19 (70,4)	6 (22,2)	2 (7,4)	0 (0)	0 (0)
Therapeuten *	8 (29,6)	18 (66,7)	1 (3,7)	0 (0)	0 (0)
<b>Charité-Gruppe (n=21)</b>					
Kinder/Jugendliche #	7 (33,3)	3 (14,2)	6 (28,6)	0 (0)	2 (9,5)
Eltern	15 (71,4)	5 (23,8)	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)
Therapeuten *	4 (19,0)	9 (42,9)	4 (19,0)	3 (14,3)	1 (4,8)
<b>Gesamt-Gruppe (n=48)</b>					
Kinder/Jugendliche	20 (41,7)	13 (27,1)	10 (20,1)	0 (0)	2 (4,2)
Eltern	34 (70,1)	11 (22,9)	3 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Therapeuten *	12 (25,0)	27 (56,3)	5 (10,4)	3 (6,3)	1 (2,1)

Legende: #: 3 von 21 Patienten der Charite-Gruppe gaben hier keine Antwort

\* Die Therapeuten schätzten die Behandlungsmotivation der Patientin ein (!);

Die Likert-Skala stufte ab zwischen „sehr motiviert“, „motiviert“, „etwas-/kaum-/nicht motiviert“

**Tabelle 5: Behandlungsmotivation zu Therapiebeginn (in %)**

#### 4.2 Deskription der Therapieziele und deren Bewertungen

Insgesamt wurden durch alle Beteiligte 505 Ziele formuliert. 138 Ziele wurden von den Patienten, 176 von Eltern und 191 von Therapeuten formuliert. In den 27 Behandlungsfällen der Vivantes-Gruppe wurden insgesamt 272 Ziele und in den 21 Behandlungsfällen der Charité-Gruppe 233 Ziele genannt.

Die durchschnittliche Anzahl (Mean) von Zielen/Person lag bei Patienten bei 2,88, bei Eltern bei 3,67 und bei Therapeuten bei 3,98.

Die durchschnittliche Anzahl von Zielen pro Person war bei Patienten, bzw. Eltern in der Charité-Gruppe gegenüber der Vivantes-Gruppe leicht höher mit 3,05 vs. 2,74, bzw. 3,76 vs. 3,59 Zielen. Auch die Therapeuten gaben durchschnittlich in der Charité-Gruppe verglichen mit den Kollegen aus der Vivantes-Gruppe mit 4,29 vs. 3,74 mehr Ziele/Person an.

Die Ziele wurden für die folgenden beiden Übersichtstabellen gepoolt nach den beiden Klinik-Populationen (Vivantes & Charité) und den jeweiligen Untergruppen (Patienten, Eltern und Therapeuten) ausgewertet.

In der Vivantes-Gruppe gehörte der Grossteil der Ziele in die Klassifikationsgruppe „intrapyschisch“ (40,4%) und „interaktionell“ (40,1%). In der Charité-Gruppe war

erwartungsgemäß der Anteil von körperlichen Zielen mit 30,0% höher als in der Vivantes-Gruppe mit nur 7,4%.

	n	Klassifikation der Therapieziele in %					
<b>Vivantes-Gruppe</b>	Anzahl Ziele	intra-psychisch	inter-aktionell	körperlich	Sucht	sozial-med.	andere
Kinder/Jugendliche	74	37,8	44,6	9,5	6,8	1,4	0
Eltern	97	38,1	39,2	10,3	3,1	9,3	0
Therapeuten	101	44,6	37,6	3	5	9,9	0
Gesamt-Hellersdorf	272	40,4	40,1	7,4	4,8	7,4	0
<b>Charité-Gruppe</b>							
Kinder/Jugendliche	64	35,9	17,2	37,5	0	6,3	3,1
Eltern	79	43	21,5	26,6	0	5,1	3,8
Therapeuten	90	43,3	22,2	27,8	4,4	2,2	0
Gesamt-Charité	233	41,2	20,6	30	0	5,2	3

**Tabelle 6: Klassifikation der Ziele – Anzahl und prozentuale Verteilung auf die Hauptkategorien nach Psy-BaDo-Manual**

Von allen genannten Zielen wurden in der Vivantes-Gruppe zu Behandlungsende 5,9% als „mehr erreicht“ (als zu Beginn vorgenommen/erwartet) und in 38,2% als „erreicht“ eingeschätzt. In der Charité-Gruppe wurden 4,3% als „mehr erreicht“ und 27,9% als „erreicht“ eingeschätzt.

<b>Vivantes-Gruppe</b>	mehr erreicht	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	nicht wichtig	nicht beurteilt
Kinder/Jugendliche	10,8	36,5	43,2	8,1	1,4	0
Eltern	4,1	33	39,2	20,6	0	3,1
Therapeuten	4	44,6	45,5	5	0	1
Gesamt-Vivantes	5,9	38,2	42,6	11,4	0,4	1,5
<b>Charité-Gruppe</b>						
Kinder/Jugendliche	7,8	37,5	34,4	12,5	1,6	6,3
Eltern	0	22,8	50,6	20,3	0	6,3
Therapeuten	5,6	25,6	56,7	12,2	0	0
Gesamt-Charité	4,3	27,9	48,5	15	0,4	3,9

**Tabelle 7: Beurteilung des Zielerfolgs (in % von allen Zielen)**

In Tabelle 8 werden die erstgenannten Therapieziele gesondert aufgeführt – die beiden Klinikgruppen sind hier zusammengefasst. Der überwiegende Anteil der erstgenannten Ziele wurde entweder als „erreicht“ oder als „teilweise erreicht“ beurteilt.

39,6% der Patienten, 37,5% der Eltern und 52,1% der Therapeuten schätzten die

Ziele als „erreicht“ ein. Ein wesentlich kleinerer Anteil zwischen ca. 2 bis 6% erreichte nach eigener Einschätzung mehr als das selbst gestellte erstgenannte Therapieziel.

Parteien je n=48	Beurteilung vom 1. Therapieziel: Anzahl (% von n)					
	mehr erreicht	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	nicht wichtig	nicht beurteilt
Kinder/Jugendliche	3 (6,3)	19 (39,6)	20 (41,7)	6 (12,5)	0 (0)	0 (0)
Eltern	1 (2,1)	18 (37,5)	20 (41,7)	8 (16,7)	0 (0)	1 (2,1)
Therapeuten	3 (6,3)	25 (52,1)	16 (33,3)	4 (8,3)	0 (0)	0 (0)

**Tabelle 8: Beurteilungen der erstgenannten Therapieziele (in %)**

Entsprechend Rechenmodell 3 wurden dichotome Gruppen gebildet, die  $\geq 50\%$  aller selbst gestellten Ziele als „mehr erreicht“ oder „erreicht“ einschätzten vs. denen, die unter 50% der eigenen Therapieziele so beurteilten.

56,3% der Patienten, 35,4% der Eltern und 39,6% der Therapeuten schätzen mindestens 50% ihrer Ziele als „erreicht“ oder „mehr erreicht“ ein.

Parteien je n=48	Ziel erreicht/mehr erreicht: Anzahl (%)	
	$\geq 50\%$ aller Ziele	$< 50\%$ aller Ziele
Kinder/Jugendliche	27 (56,3)	21 (43,8)
Eltern	17 (35,4)	31 (64,6)
Therapeuten	19 (39,6)	29 (60,4)

**Tabelle 9: Anteil aller Therapieziele, die als „erreicht“ oder „mehr erreicht“ eingeschätzt wurden**

#### 4.3 Beurteilungen der Veränderungen zum Therapie-Ende

Die Psy-BaDo-KJ ermöglicht zu Behandlungsende eine subjektive Einschätzung der Besserung im Allgemeinen und in den verschiedenen vorformulierten Lebensbereichen. Entsprechend den Ergebnissen zu Behandlungsbeginn wird eine kursorische Übersicht über das allgemeine Antwortverhalten zu Behandlungsende gegeben.

Die Angaben zur allgemeinen Besserung (Item 1) und Einschätzung, wie sehr sich die Behandlung gelohnt habe (Item 12), erfolgen ausführlicher, da diese für die Hypothesen relevanter sind.

Die Übersichtstabellen aller Antworten zur Veränderungseinschätzung sind im Anhang unter Kapitel 10.2 (S. 84) aufgeführt.

#### **4.3.1 Veränderungsbeurteilung der Patienten**

Die positivste mögliche Antwort auf der Likert-Skala zur am Behandlungsende stehenden Frage war die Angabe, dass sich etwas „deutlich gebessert“ habe. In der Gesamtgruppe der Patienten wurde diese Einschätzung zu Behandlungsende in 45,8% (22/48) für die allgemeine Besserung, in 37,5% (18/48) für die seelische Besserung, in jeweils 29,2% (14/48) im Bereich Familie & Durchsetzungsvermögen, in 28,9% (11/38) im Bereich Optimismus, in je 25% (12/48) in den Bereichen Selbstwertgefühl, Freunde & Probleme verstehen und in 7,9% (3/38) im sexuellen Bereich gegeben.

Im Vergleich der Patienten der Vivantes- und Charité-Gruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit bestmöglicher Veränderungsbeurteilungen bei dichotomer Aufteilung der Antwort „deutlich gebessert“ vs. den anderen Antwortmöglichkeiten.

#### **4.3.2 Veränderungsbeurteilung der Eltern**

In der Gesamtgruppe der Eltern wurde die Angabe einer deutlichen Besserung in den erfragten Bereichen in 54,2% (26/48) bzgl. der allgemeinen Besserung, in 41,7% (20/48) bzgl. der seelischen Besserung, in 39,6% (19/48) bzgl. des Verstehens von Problemen, in 35,4% (17/48) im körperlichen Bereich, in 33,3% (16/48) bzgl. des Selbstwertgefühls und in 31,2% (15/48) bzgl. der Familie und in 31,6% (21/38) bzgl. Optimismus gemacht. Das Durchsetzungsvermögen wurde in 20,8% (10/48), der Kontakt zu Freunden in 16,7% (8/48), die Schulsituation in 10,4% (5/48), und die sexuellen Beziehungen nur in 2,6% (1/38) als deutlich gebessert eingeschätzt. Die Bereiche Schulsituation, Freunde und sexuelle Beziehungen wurden relativ häufig als „nicht zu beurteilen“ und im Bereich der sexuellen Beziehungen auch häufig (15/38) als „kein Problem“ eingeschätzt.

Die elterliche Einschätzung von Veränderungen als „deutlich gebessert“ zeigte sich bei keinem Item als signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Klinik- Populationen.

### **4.3.3 Veränderungsbeurteilung der Therapeuten**

Bei den Therapeuten war die allgemeine Besserung mit 47,9% (23/48) das am häufigsten als „deutlich gebessert“ eingeschätzte Item. Die seelische Besserung erhielt in 41,7% (20/48), die körperliche Besserung in 22,9% (11/48) die bestmögliche Bewertung. Bei den Therapeuten überwogen allgemein die Antworten, die die meisten Bereiche als „etwas gebessert“ einschätzten.

Die Einschätzung der körperlichen Veränderungen als „deutlich gebessert“ (vs. den anderen Antwortmöglichkeiten) zeigte sich bei den Charité-Therapeuten gegenüber den Vivantes-Kollegen signifikant häufiger (Spearman  $r_s=,312$ ;  $p=,033$ ). Alle anderen Items zeigten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

### **4.3.4 Veränderungsbeurteilung im Globalurteil**

Von allen hier untersuchten Patienten hatte sich die Behandlung nach eigener Einschätzung zum Therapieende in 47,9% „sehr gelohnt“, resp. in 39,6% „gelohnt“. Eltern gaben diese Einschätzungen in 43,6%, resp. 41,7% und Therapeuten in 47,9%, resp. 45,8%.

Die Beurteilung der Behandlung als „sehr gelohnt“ wurde in der Charité-Gruppe von Kindern, bzw. Eltern häufiger gemacht als in der Vivantes-Gruppe mit 57,1% vs. 40,7% ( $r_s=,163$ ,  $p=,269$ ), bzw. 52,4% vs. 37% ( $r_s=,153$ ,  $p=,298$ ) ohne dass das Signifikanzniveau erreicht wurde.

Dem gegenüber beurteilten die Therapeuten in der Vivantes-Gruppe die Behandlung häufiger als die Kollegen der Charité als „sehr gelohnt“ (59,3% vs. 33,3%) – ebenfalls ohne Erreichen des Signifikanzniveau ( $r_s=,257$ ,  $p=,077$ ).

<b>Vivantes-Gruppe n=27</b>	<b>sehr gelohnt</b>	<b>gelohnt</b>	<b>unent- schieden</b>	<b>nicht gelohnt</b>	<b>eher geschadet</b>	<b>nicht beantwortet</b>
<b>Kinder/Jugendliche</b>	<b>11 (40,7)</b>	<b>12 (44,4)</b>	<b>2 (7,4)</b>	<b>2 (7,4)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Eltern</b>	<b>10 (37)</b>	<b>13 (48,1)</b>	<b>4 (14,8)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Therapeuten</b>	<b>16 (59,3)</b>	<b>10 (37)</b>	<b>1 (3,7)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Charité-Gruppe n=21</b>						
<b>Kinder/Jugendliche</b>	<b>12 (57,1)</b>	<b>7 (33,3)</b>	<b>2 (9,5)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Eltern</b>	<b>11 (52,4)</b>	<b>7 (33,3)</b>	<b>3 (14,3)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Therapeuten</b>	<b>7 (33,3)</b>	<b>12 (57,1)</b>	<b>2 (9,5)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Gesamt-Gruppe n=48</b>						
<b>Kinder/Jugendliche</b>	<b>23 (47,9)</b>	<b>19 (39,6)</b>	<b>4 (8,3)</b>	<b>2 (4,2)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Eltern</b>	<b>21 (43,6)</b>	<b>20 (41,7)</b>	<b>7 (14,6)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>Therapeuten</b>	<b>23 (47,9)</b>	<b>22 (45,8)</b>	<b>3 (6,3)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>

*Legende: fett gedruckt: Absolute Zahlen. In Klammern: Prozentualer Anteil.*

**Tabelle 10: Behandlungszufriedenheit zum Ende der Therapie (Item 12)**

#### **4.3.5 Anfängliche Behandlungsmotivation und abschließende Behandlungszufriedenheit**

Die Untergruppen aller Fälle wurden dichotom aufgeteilt, in Personen, die die Behandlung zu Beginn als „extrem wichtig“ beurteilten und am Ende die Behandlung als „sehr gelohnt“ einschätzten.

Bei dieser Aufteilung korrelierte der Zusammenhang von Behandlungsmotivation und subjektiven Behandlungserfolg bei den Eltern signifikant (Spearman  $r_s=,289$ ;  $p=,047$ ). Bei den Kindern/Jugendlichen zeigte sich in der Gesamt-Gruppe nur eine Tendenz knapp ohne Signifikanzniveau (Spearman  $r_s=,288$ ;  $p=,055$ ). Die Einschätzung der Patienten-Motivation seitens der Therapeuten korrelierte weder mit der eigenen Einschätzung vom Behandlungserfolg noch mit der der Patienten oder Eltern signifikant.

#### **4.4 Motivation und Zielerreichen**

Zwischen der subjektiven Einschätzung seitens der Patienten der allgemeinen Veränderungsmotivation (Item 1 vom Modul „Therapiebeginn - Veränderungswünsche) und der abschließenden Bewertung ihrer erstgenannten Ziele zeigte sich keine signifikante Korrelation (Spearman  $r_s=,025$ ;  $p=,868$ ). Dies stellte sich so auch bei den Eltern (Spearman  $r_s=,075$ ;  $p=,614$ ) und Therapeuten (Spearman  $r_s=,150$ ;  $p=,310$ ) dar.

Auch bei einer dichotomen Zuteilung in Gruppen, die die allgemeine Veränderung zu Beginn als „extrem wichtig“ (vs. den anderen Antworten) und in Gruppen, die die erstgenannten Ziele zum Behandlungsende als „mehr erreicht“ oder „erreicht“ (vs. den anderen Antworten) einschätzten, ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der anfänglichen Veränderungsmotivation und dem Ziel-Outcome.

Im Folgenden zeigen wir die differenziertere Kreuztabelle mit allen möglichen Likert-Antworten aus Patientensicht bezogen auf die erstgenannten Ziele.

Beurteilung des 1. Zieles zum Ende	Veränderungsmotivation zu Beginn (Item 1)					Total
	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	
nicht erreicht	1	3	2	0	0	6
teilweise erreicht	12	5	3	0	0	20
erreicht	8	6	5	0	0	19
mehr erreicht	2	0	1	0	0	3
Total	23	14	11	0	0	48

**Legende:** Item 1-Frage: „Ich möchte, dass es mir allgemein besser geht. Wie wichtig ist dir diese Veränderung?“

***Kreuztabelle 11: Allgemeine Veränderungsmotivation (Item 1) und Erreichen des erstgenannten Zieles seitens der Patienten***

Weder die subjektive Einschätzung der anfänglichen Behandlungsmotivation (Item12 – Modul „Therapiebeginn – Veränderungswünsche“) seitens der Patienten selbst (Spearman  $r_s=,001$ ;  $p=,993$ ), noch die Einschätzung der Therapeuten der Patientenmotivation (Spearman  $r_s=,099$ ;  $p=,502$ ) oder die eigene Motivation der Eltern (Spearman  $r_s=,183$ ;  $p=,214$ ) zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung der erstgenannten Ziele der Patienten.

Auch bei dichotomer Zuteilung (s.o. unter 4.4., Abs. 2) zeigte sich keine signifikante Korrelation. Im Folgenden ist wiederum die Kreuztabelle mit Gegenüberstellung aller diesbezüglich möglichen Antworten dargestellt.

Beurteilung des 1. Zieles zum Ende	Behandlungsmotivation zu Beginn (Item 12)					Total
	extrem wichtig	sehr wichtig	Wichtig	wenig wichtig	unwichtig	
nicht erreicht	3	1	1	0	1	6
teilweise erreicht	8	7	4	0	0	19
Erreicht	8	4	5	0	1	18
mehr erreicht	1	1	0	0	0	2
Total	20	13	10	0	2	45

**Legende:** Die Frage von Item 12 „Wie wichtig ist dir diese Behandlung?“ wurde von 3 Patienten nicht beantwortet.

**Kreuztabelle 12: Allgemeine Behandlungsmotivation (Item 12) und Erreichen des erstgenannten Zieles seitens der Patienten**

**4.5 Zielerreichen und allgemeiner Behandlungserfolg**

Die Patienten, die  $\geq 50\%$  ihrer Ziele als „mehr erreicht“ oder „erreicht“ beurteilten schätzten die Behandlung signifikant häufiger als „sehr gelohnt“ ein (Spearman  $r_s=,426$ ;  $p=,003$ ). Diese Korrelation zeigte sich auch bei den Eltern (Spearman  $r_s=,313$ ;  $p=,027$ ) und den Therapeuten (Spearman  $r_s=,503$ ;  $p=,000$ ).

Auch hier wird die kreuztabellarische Übersicht der Patienten-Antworten gezeigt.

	Behandlungserfolg (Item 12)				Total
	sehr gelohnt	gelohnt	unentschieden	nicht gelohnt	
<b>Erreichen in</b>					
$\geq 50\%$ d. Ziele	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	27
$< 50\%$ d. Ziele	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	21
Total	23	19	2	4	48

**Kreuztabelle 13: Erreichen der Ziele vs. allgemeiner Behandlungserfolg**

Auch wenn die Fälle dichotomisiert wurden, in die Gruppe, die die erstgenannten Ziele als „erreicht“ oder „mehr erreicht“ einschätzten (vs. „teilweise“ oder „nicht erreicht“) und die, die die Behandlung als „sehr gelohnt“ beurteilten (vs. alle anderen Antwortmöglichkeiten), zeigten sich signifikante Korrelationen bei den Patienten ( $p=,000$ ), den Eltern ( $p=,013$ ) und Therapeuten ( $p=,012$ ).

## 4.6 Zielübereinstimmung und Zielerreichen

Bezüglich des erstgenannten Therapiezieles wurde bei allen Beteiligten geprüft, ob sich ein gleichermaßen nach Psy-BaDo-KJ klassifiziertes Therapieziel bei den anderen beiden Parteien finden ließ.

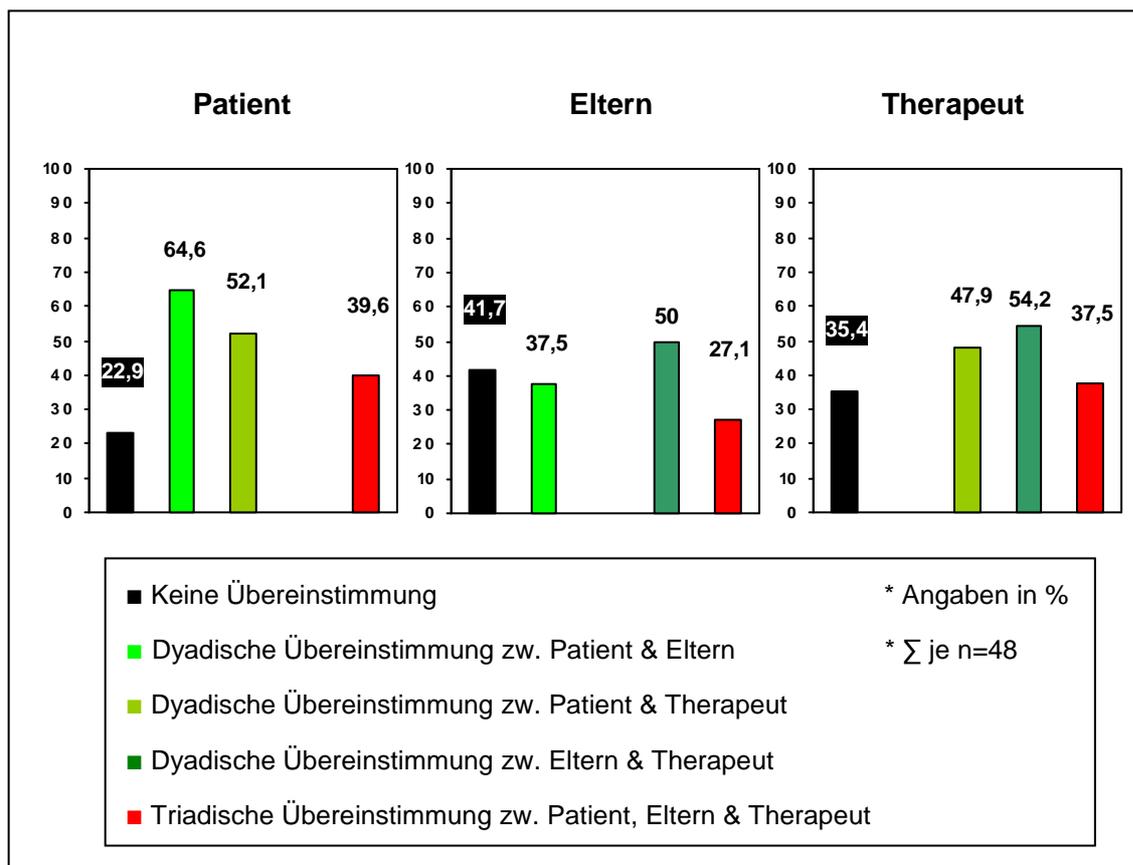
Die Korrelation von Ziel-Übereinstimmung (zu Therapiebeginn) und Ziel-Erreichen (zum Therapieende) wird hier anhand von drei Modellen untersucht:

**Im Rechenmodell 1** wurde zu den erstgenannten Zielen einer Partei (Patient, Eltern oder Therapeut) geschaut, ob sich diese Ziel-Kodierung bei einem der gesamten (!) Ziele der anderen beiden Parteien wieder finden ließ.

Von den erstgenannten Zielen fanden sich bei 22,9% der Patienten-Ziele, 45,8% der Eltern-Ziele und 35,4% der Therapeuten-Ziele keinerlei Übereinstimmung im Abgleich mit allen Zielen der beiden anderen Parteien.

Eine triadische Übereinstimmung – in dem Rechenmodell 1 also das gleichzeitige Vorhandensein einer Kodierung nach Psy-BaDo-Manual beim erstgenannten Ziel einer Untergruppe und bei den anderen beiden Untergruppen unter Einbezug aller genannten Ziele – fand sich bei 39,6% der Patienten, 27,1% der Eltern und 37,5% der Therapeuten.

In der folgenden Abbildung sind die verschiedenen dyadischen Übereinstimmungen (Patient-Eltern, Patient-Therapeut, Eltern-Therapeut) und die triadische Übereinstimmung (Patient-Eltern-Therapeut) mehrfach angegeben, so dass das Summenprozent über 100 liegt. Der höchste Anteil von Übereinstimmung zeigte sich in der Dyade Patient-Eltern mit 64,6%.



**Legende:** Prozentualer Anteil der erstgenannten Ziele (je n=48, aufgeteilt nach den Parteien Patienten, Eltern & Therapeuten) und deren dyadischer und triadischer Übereinstimmung mit allen Zielen der anderen beiden Untergruppen. Die Summe der Prozente-Angaben ist >100%, da die Ziele je nach Dyade mehrfache Übereinstimmungen aufweisen.

**Abbildung 7: Ziel-Übereinstimmung und Erreichen der erstgenannten Ziele von Patienten, Eltern & Therapeuten (in %) nach Modell 1**

Von den erstgenannten Zielen zeigten 37,5% der Patientenziele, 31,3% der Elternziele und 27,1% der Therapeutenziele eine rein dyadische Übereinstimmung mit den Zielen einer der beiden anderen Parteien.

Rechenmodell 1	Übereinstimmung des 1. Zieles		
	keine	dyadisch	triadisch
Parteien je n=48			
Kinder/Jugendliche	11 (22,9)	18 (37,5)	19 (39,6)
Eltern	20 (41,7)	15 (31,3)	13 (27,1)
Therapeuten	17 (35,4)	13 (27,1)	18 (37,5)

**Tabelle 14: 1. Ziel und dyadische und triadische Übereinstimmungen mit allen (!) Zielen der beiden anderen Untergruppen: Anzahl (% von n=48) ohne Mehrfachnennungen**

Weder bei Patienten, Eltern oder Therapeuten zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen dem Vorhandensein von Ziel-Übereinstimmung (dyadisch oder triadisch) und Ziel-Beurteilung gemäß **Rechenmodell 1**.

Die erstgenannten Ziele der Patienten wurde zu etwa gleichen Teilen als „erreicht“ (19/48 = 39,6%) oder als „teilweise erreicht“ (20/48 = 41,7%) eingeschätzt (siehe auch Tabelle 8, S. 40).

Exemplarisch wird hier die kreuztabellarische Übersicht der erstgenannten Ziele der Patienten und deren Übereinstimmung mit Eltern- u./o. Therapeuten-Ziele wiedergegeben. Das Vorhandensein von Übereinstimmung mit Eltern- u./o. Therapeuten-Zielen übte dabei keinen signifikanten Einfluss auf die Zielbeurteilung der Patienten aus (Spearman  $r_s = -,064$ ;  $p = ,668$ ).

	Ziel-Übereinstimmung			
	keine	dyadisch	triadisch	Total
Ziel-Outcome				
mehr erreicht	0	1	2	3
erreicht	4	10	5	19
teilweise	6	6	8	20
nicht erreicht	1	1	4	6
Total	11	18	19	48

**Kreuztabelle 15: Übereinstimmung nach Rechenmodell 1 und Beurteilung des 1. Zieles der Patienten**

Diese fehlende Korrelation von Ziel-Übereinstimmung und Ziel-Outcome zeigte sich auch bei den erstgenannten Zielen der Eltern (Spearman  $r_s = ,203$ ;  $p = ,170$ ) und Therapeuten (Spearman  $r_s = -,070$ ;  $p = ,637$ ) in der kreuztabellarischen Berechnung nach Modell 1.

**Im Rechenmodell 2** (s. 3.6.1.2 Abbildung 4) wurden nur die erstgenannten Ziele aller Parteien untereinander bezüglich der Korrelation von dyadischer oder triadischer Übereinstimmung vs. Zielerreichen untersucht.

In 20,8% der Fälle zeigte sich im Abgleich der erstgenannten Ziele untereinander eine triadische Übereinstimmung, d. h. dass sowohl Patienten als auch Eltern und Therapeuten im erstgenannten Ziel den gleichermaßen klassifizierten Zielinhalt formulierten.

Ungefähr die Hälfte der erstgenannten Ziele von Patienten, Eltern und Therapeuten zeigte in diesem Modell keine Übereinstimmung zu den erstgenannten Zielen der anderen Parteien.

Rechenmodell 2	Übereinstimmung innerhalb der 1. Ziele		
	keine	dyadisch	triadisch
<b>Parteien je n=48</b>			
<b>Kinder/Jugendliche</b>	<b>25</b> (52,1)	<b>13</b> (27,1)	<b>10</b> (20,8)
<b>Eltern</b>	<b>24</b> (50,0)	<b>14</b> (29,2)	<b>10</b> (20,8)
<b>Therapeuten</b>	<b>22</b> (45,8)	<b>16</b> (33,3)	<b>10</b> (20,8)

**Tabelle 16: Übereinstimmungen innerhalb der erstgenannten Ziele: Anzahl (% von n=48) ohne Mehrfachnennungen (Rechenmodell 2)**

Auch in diesem Rechenmodell zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen Ziel-Übereinstimmung und Outcome bei Patienten, Eltern oder Therapeuten. Korrelationswerte nach Spearman lagen bei Patienten bei einem  $r_s=,071$  ( $p=,633$ ), bei Eltern bei einem  $r_s=,244$  ( $p=,099$ ) und bei Therapeuten bei einem  $r_s=-,022$  ( $p=,884$ ).

Exemplarisch wird hier wieder die Kreuztabelle für die Korrelation der erstgenannten Patientenziele aufgeführt.

	Ziel-Übereinstimmung			
	keine	dyadisch	triadisch	Total
<b>Ziel-Outcome</b>				
mehr erreicht	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
erreicht	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>19</b>
teilweise	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
nicht erreicht	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Total	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>48</b>

**Kreuztabelle 17: Ziel-Übereinstimmung vs. Zielerreichen bei Patienten (Rechenmodell 2)**

Im **Rechenmodell 3** wurden die Parteien jeweils in Gruppen dichotomisiert, die bei  $\geq 50\%$  vs.  $<50\%$  der Gesamtheit ihrer Ziele mindestens eine dyadische Ziel-Übereinstimmung/Ziel aufwiesen.

Diese wurden den dichotomisierten Gruppen gegenübergestellt, die  $\geq 50\%$  oder  $<50\%$  der Gesamtzahl ihrer Ziele entweder als „mehr erreicht“ oder

„erreicht“ eingeschätzt hatten (siehe dazu Tabelle 9, S. 40).

37 von 48 Patienten (77,1%) wiesen in  $\geq 50\%$  der eigenen Ziele wenigstens eine dyadische Übereinstimmung zu den Zielen der anderen beiden Parteien (Eltern, Therapeuten) auf; bei Eltern traf dies in 30 von 48 Fällen (62,5%) und bei Therapeuten in 27 von 48 Fällen (56,3%) zu.

Parteien je n=48	Übereinstimmung aller Ziele: Anzahl (%)	
	$\geq 50\%$ aller Ziele	$< 50\%$ aller Ziele
Kinder/Jugendliche	37 (77,1)	11 (22,9)
Eltern	30 (62,5)	18 (37,5)
Therapeuten	27 (56,3)	21 (43,8)

**Tabelle 18: Anteil von Zielübereinstimmung aller Parteien (Rechenmodell 3)**

Eine signifikante Korrelation zum Zielerreichen zeigte sich bei den Patienten (Spearman  $r_s=,119$ ;  $p=,422$ ) und bei den Therapeuten (Spearman  $r_s=-,231$ ;  $p=,115$ ) nicht.

Bei den Eltern korrelierte die Zielübereinstimmung und Zielerreichen in diesem dichotom konzipierten Rechenmodell signifikant mit einem Spearman  $r_s=,304$  und einem  $p = ,036$ .

Dieser Effekt bei den Eltern kommt bei Analyse der Vier-Felder-Verteilung dadurch zustande, dass mit 6,3% das kombinierte Vorhandensein von unter 50%iger Übereinstimmung der Gesamtheit der eigenen Therapieziele der Eltern mit Zielen der anderen beiden Untergruppen (Patienten & Therapeuten) in Kombination mit einem über 50%igem Einschätzen der Ziele als „erreicht“ (respektive Einschätzen als „Mehr erreicht als das Therapieziel“) zum Behandlungsende relativ selten auftrat.

Zielerreichen	Anteil mindestens dyadischer Übereinstimmung von allen Elternzielen: Anteil (% von 48)		
	$\geq 50\%$	$< 50\%$	Total
$\geq 50\%$	14 (29,2)	3 (6,3)	17 (35,4)
$< 50\%$	16 (33,3)	15 (31,3)	31 (64,6)
Total	30 (62,5)	18 (37,5)	48 (100)

**Kreuztabelle 19: Anteil dyadischer Zielübereinstimmung vs. Zielerreichen der Eltern (Rechenmodell 3)**

## 5 DISKUSSION

### 5.1 Deskriptive Merkmale und Vergleich der Patientengruppen

Zur Beantwortung der Hypothesen wurden zwei Klinikpopulationen vergleichend ausgewertet. Es ist daher wichtig die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu beschreiben und diese als mögliche Einflussfaktoren auf die Fragestellung zu berücksichtigen.

Im Selektionsprozess erhöhte sich der prozentuale Anteil der ausgewerteten weiblichen Patienten auf ca. 70%. Diese Selektion zu Ungunsten der männlichen Patienten konnte v. a. in der Vivantes-Gruppe beobachtet werden, bei der sich zum größten Teil die Patienten aus dem Bereich der Störungen des Sozialverhaltens konstituierten und deren Integration in ein hoch milieuhabhängiges Therapieklima Schwierigkeiten bereitete und die häufiger die Therapie abbrachen (s. a. Kazdin et al., 2006 a). Durch die Selektion stieg das Durchschnittsalter in der Vivantes-Gruppe um ca. ein halbes Jahr, in der Charité-Gruppe fiel das Alter um ca. ein halbes Jahr. Entsprechend den Ausschlusskriterien erhöhte sich die Behandlungsdauer in beiden Klinikpopulationen durch den Selektionsprozess, wobei sich die schließlich analysierten Klinikpopulationen diesbezüglich nicht wesentlich voneinander unterschieden. Die durchschnittlich 73 teilstationären Behandlungstage in der Vivantes-Gruppe entsprechen einer Zeitspanne von gut 14 Wochen, die 86 vollstationären Behandlungstage entsprechen einer Zeitspanne von gut 12 Wochen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Selektion von 26% der Gesamtgruppe zu einer Verzerrung der hier beobachteten Ergebnisse führte. Die Geschlechtsverteilung, das Alter und die Behandlungsdauer zeigten allerdings keine signifikante Korrelationen zur anfänglichen Motivation, der Zielübereinstimmung und abschließenden Beurteilung der Ziele oder den globalen Behandlungserfolg bei den hier ausgewerteten Behandlungsfällen.

Rein deskriptiv spiegelte sich die unterschiedliche Diagnose-Verteilung zwischen den beiden Klinikgruppen auch in der Verteilung der Zielkategorien wieder. In der Charité-Population mit einem 66,7%igen Anteil von essgestörten Patienten wurden gesamthaft 30% der Ziele von Patienten, Eltern und Therapeuten im körperlichen Bereich formuliert. Demgegenüber wurden in der Vivantes-Population mit 3,7% essgestörten Patienten nur gesamthaft 7,4% Ziele aus dem körperlichen Bereich

formuliert. In der Vivantes-Population zeigte sich im Unterschied zur Charité-Population ein relativ hoher Anteil mit Störungen aus dem Formenkreis der hyperkinetischen Störungen und der Störung des Sozialverhaltens (33% vs. 4,8%). Ob diese Diagnoseverteilung ein kausaler Faktor für das Überwiegen von interaktionellen Zielen in der Vivantes-Population (40,1 vs. 20,6% in der Charité-Gruppe) ist, kann aus den Daten nicht beantwortet werden. Die Kodierung der genannten Zielarten mittels Psy-BaDo-Manual scheint dabei die klinischen Diagnose-Entitäten widerzuspiegeln.

Bei der weiteren deskriptiven Analyse der zu Therapiebeginn angegebenen Veränderungswünsche fiel v. a. die seltenere Angabe von Veränderungswünschen im körperlichen Bereich bei den Charité-Patienten auf – im Widerspruch zu den o. g. Zielkategorien. Hier schlägt sich möglicherweise die angedeutete Bagatellisierungs- u./o. Leugnungstendenz nieder, die sich auch durch alle erfragten Veränderungswünsche zog (siehe Abbildung 6, S. 35).

Bzgl. der Datenlage zu den sozialen Faktoren wie Bildung und Einkommen der Familien und Eltern muss kritisch angemerkt werden, dass diese in der Vivantes-Gruppe nicht systematisch erhoben wurden, so dass diese zu einer Analyse nicht herangezogen werden konnten. Hier könnten möglicherweise soziale Einflussfaktoren verdeckt werden, z. B. ein negativeres Therapie-Outcome bei sozial schwächeren und bildungsschwächeren Familien. Nach klinischem Eindruck vermutet der Autor, dass die Familien in der Vivantes-Gruppe im Durchschnitt aus sozial schwächeren und bildungsschwächeren Verhältnissen stammten, ohne dass dies aus der Studie belegt werden könnte.

Bzgl. der Therapeuten-Variablen ist anzumerken, dass aufgrund der Datenlage keine detaillierten Vergleiche zur Alters- und Geschlechtsverteilung gemacht werden können. Ein feststellbarer Unterschied bestand darin, dass das Therapeuten-Team in der Vivantes-Gruppe über mehr Berufserfahrung verfügte.

Orlinsky et al. (2004; S. 363) definiert allgemein folgende Qualitätskriterien für psychotherapeutische Prozess-Outcome-Evaluationsforschung:

„[...] If researchers would like their work to be understood and appreciated by colleagues, we would recommend that the following information be provided as a

*minimum: (1) For patients: inclusion and exclusion criteria, number of patients recruited, treatment and project attrition, number of patients for analysis; diagnosis and severity of problems; age, gender, marital/parental status, and socioeconomic/ethnic status. (2) For therapists: number of therapists, number of patients treated per therapist; profession, orientation, training, and experience; age, gender, marital/parental status, and socioeconomic/ethnic status. (3) For treatments: treatment modality (group vs. individual), therapeutic model/orientation (which may or may not be identical to primary orientation of therapist), treatment specification (manualization); treatment setting; session duration, session frequency, total number of sessions; information on supervision. (4) For process and outcome measures: focal content and observational perspective (who assesses what); assessment schedule (making clear which data were collected when); construction of variables from measures (how information was configured and used in data analyses)."*

Dementsprechend muss festgestellt werden, dass in dieser Promotionsarbeit die Beschreibung der speziellen Therapiemodalitäten (Punkt 3) am wenigsten diesen Standards entspricht; Auch konnte aufgrund der Fallzahlen mit insgesamt 48 Behandlungsfällen keine multivariate Analyse der erhobenen möglichen Einflussfaktoren (wie z. B. Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer, Diagnose, soziale Faktoren) durchgeführt werden. Die Beschreibung der hier direkt untersuchten Prozessfaktoren (Motivation, Zielübereinstimmung) und Outcome-Faktoren (Ziel- und Behandlungserfolg allgemein) entsprechen wiederum sehr gut den geforderten Kriterien und entsprechen auch dem explizitem Ziel und der Stärke der Psy-BaDo-KJ.

Eine Einschränkung dieser Untersuchung ist, dass in der Vivantes-Population keine parallelen operanten Erhebungen der Psychopathologie mit eingesetzt wurden. Deshalb kann keine Aussage über den Einfluss von allgemeiner psychopathologischer Besserung auf das Urteil der Behandlungszufriedenheit gemacht werden. Es könnte demnach kritisiert werden, dass z. B. nicht klar ist, welche psychopathologische Entsprechung die qualitative Einschätzung einer „deutlichen Besserung“ einer seelischen Veränderung mit sich bringt. Eine weitere Einschränkung ist der fehlende Einsatz anderer die therapeutische Allianz abbildenden Verfahren (z. B. der WAI) im Verlauf der Behandlung und der fehlende systematische Einsatz der Basisdokumentation (nach Englert et al., 1998) in der

Vivantes-Population. Zudem erfolgten die Therapien nicht einem standardisiertem Manual, so dass weitere interpersonelle abhängige Variablen unkontrolliert bleiben. So muss allgemein zu den folgenden Aussagen konstatiert werden, dass die vorliegenden Korrelationsanalysen aus einer mehr quasi-experimentellen Feldstudie keine sicheren kausale Rückschlüsse zulassen und eher zur Hypothesengenerierung geeignet wären.

## **5.2 Zusammenhang von Motivation und Zielerreichen**

Weder die Einschätzung der Wichtigkeit von allgemeinen Veränderungswünschen noch die anfänglich globale Behandlungsmotivation zeigten einen Einfluss auf das Outcome der Ziele. 47,9% aller hier untersuchten Patienten schätzten die allgemeine Besserung als „extrem wichtig“ ein (s. 4.1.4); Weder die Einschätzung der Veränderungsmotivation noch die Behandlungsmotivation zeigte bei den Patienten dabei einen Einfluss auf die Beurteilung der erstgenannten Therapieziele (s. Kreuztabellen 11 und 12, S. 44 und S.45). Möglicherweise ist der Einfluss zu gering oder die Gruppengröße zu klein, um die motivationalen Einflüsse auf Signifikanzniveau darstellen zu können, die in der allgemeinen Prozess-Outcome-Forschung sonst als gut etabliert gelten (s. Orlinsky et al., 2004, S. 324). Auf der anderen Seite kann man an der Verteilung der Zellen in den Kreuztabellen auch keine Tendenz feststellen, was sich in den niedrigen Korrelationswerten von  $r_s = ,001$  bis  $,025$  niederschlägt. Alternativ (aber spekulativ) wäre eine Unsicherheit der Patienten bzgl. der persönlichen Ziele zu Beginn des Behandlungsprozesses, so dass die erstgenannten Ziele nicht die „wirkliche“ persönliche Relevanz von Veränderungswünschen widerspiegeln. Einschränkend ist noch anzuführen, dass hier die Korrelation zwischen einer eher globalen Motivationseinschätzungen und dem Zielerreichen untersucht wurde. Spezifischer wäre hier eine Frage, die die spezifische zielbezogene Veränderungsmotivation abbildet.

## **5.3 Zusammenhang von Zielerreichen und Behandlungszufriedenheit**

Die Patienten, Eltern und Therapeuten mit einem Überwiegen erreichter Ziele (d. h.  $\geq 50\%$  als „mehr erreicht“ oder „erreicht“ beurteilt) bzw. einem positiverem Erreichen des erstgenannten Zieles zeigten eine signifikant erhöhte Behandlungszufriedenheit

zu Therapieende.

Wie auch bei den anderen Korrelationen kann daraus nicht auf einen kausalen Zusammenhang geschlossen werden.

Aus der Literatur ist bekannt, dass je später im Behandlungsverlauf Urteile zum therapeutischen Bündnis eingeholt werden, desto stärker ist der Einfluss des Therapieerfolges auf dieses Urteil (Karver et al., 2006; Shirk & Karver 2003; Elvins & Green, 2008). Genauso kann auch ein gutes Therapeuten-Patienten-Verhältnis die Zielbeurteilung oder weitere (z. B. Persönlichkeits-) Variablen sowohl das Zielerreichen als auch das Therapeuten-Patienten-Verhältnis unabhängig von einander beeinflussen (s. Baldwin et al., 2007). Insofern ist gerade bei einer Korrelation, die zum Ende der Therapie zeitlich parallel das Zielerreichen und die Behandlungszufriedenheit in Zusammenhang bringt, Vorsicht in der Interpretation geboten.

#### **5.4 Zusammenhang von Zielübereinstimmung und Zielerreichen**

Die zentrale Hypothese, dass die Zielübereinstimmung einen positiven Einfluss auf das Zielerreichen ausübt, konnte in den verschiedenen Rechenmodellen (s. a. graphische Abbildungen in 3.6) für Patienten und Therapeuten nicht und für Eltern nur schwach bestätigt werden.

Im ersten Rechenmodell (Übereinstimmung zwischen erstgenanntem Ziel vs. alle Ziele der anderen Parteien) zeigte sich bezogen auf die erstgenannten Ziele der Patienten ein hoher Anteil von dyadischer Übereinstimmung mit elterlichen Zielen oder Therapeuten-Zielen (siehe Kreuztabelle 15 und Kreuztabelle 16, S. 48 und S.49). Ob eine solche Übereinstimmung vorliegt oder nicht, zeigte allerdings keinen Einfluss auf die subjektive Bewertung der Ziele zum Therapieende bei den Patienten, Eltern oder Therapeuten.

Auch im zweiten Rechenmodell (Übereinstimmung zwischen erstgenanntem Ziel einer Partei vs. erstgenannte Ziele der anderen beiden Parteien) konnte kein signifikanter Einfluss von Zielübereinstimmung auf das Zielerreichen gezeigt werden (s. v. a. Tabelle 17, S. 49). Die meisten der hier hervorgehobenen erstgenannten Ziele wurden entweder als „erreicht“ oder als „teilweise erreicht“ beurteilt. Diese

Antwortverteilung zeigte sich unabhängig davon, ob keine, eine dyadische oder eine triadische Übereinstimmung zu sehen war.

Das dritte Rechenmodell ( $\geq 50\%$  dyadischer Zielübereinstimmung vs.  $\geq 50\%$  als „erreicht“ oder „mehr erreicht“ eingeschätzte Ziele) wurde konzipiert, um die divergierende Verteilung der Anzahl von Zielen zu berücksichtigen. Es wurde davon ausgegangen, dass die Personen mit vielen Zielnennungen auch mehr Kodierungsübereinstimmung aufwiesen, ohne dass von einer wirklich höheren Übereinstimmung ausgegangen werden kann. 37 von 48 Patienten zeigten bei  $\geq 50\%$  der eigenen Ziele wenigstens eine dyadische Zielübereinstimmung mit den Eltern- und/oder Therapeuten-Zielen. Bei den Patienten und Therapeuten konnte auch in diesem Modell keine signifikante Korrelation zum Ziel-Outcome nachgewiesen werden.

Bezogen auf die allgemeine Allianz ist beschrieben (Shirk & Karver, 2003), dass die Korrelation zwischen Allianz und Outcome zunimmt, wenn das Allianzkriterium später im Behandlungsverlauf erhoben wird – evtl. auch als Ausdruck eines Bias von Interdependenzen zwischen diesen beiden Faktoren. Da die Therapiezielübereinstimmung ein Allianzkriterium zu Beginn der Behandlung ist, mindert dies möglicherweise die Korrelationsstärke.

Bei den Eltern zeigte sich in diesem Rechenmodell eine signifikante, aber schwache Korrelation (s. Kreuztabelle 19, S. 50). Die Einflussfaktoren, die dazu führten, dass nur die Eltern als einzige Untergruppe eine Korrelation zwischen Zielübereinstimmung und -erfolg aufweisen, kann aus der Datenlage nicht eindeutig beantwortet werden.

Bredel et al. (2004) verwiesen im kinderpsychiatrischen Kontext darauf, dass für Eltern die inhaltliche Übereinstimmung von Therapiezielen einen höheren Stellenwert habe als für Kinder bzw. Jugendliche.

In der Arbeit von Kazdin et al. (2006 a) mit einem gut evaluierten Therapiemodul für Störungen des Sozialverhaltens (cognitive problemsolving skills training & parent management training) zeigte sich das Therapiebündnis zwischen Eltern und Therapeuten als Einflussfaktor auf die Besserung des kindlichen Verhaltens, nicht aber das Bündnis zwischen Kind und Therapeuten auf das elterliche

Erziehungsverhalten.

Zack et al. (2007) führen aus, dass die affektive Komponente der Therapieallianz einen höheren Einfluss auf den Therapieerfolg bei Kindern haben könnte als die Zielinhalte selbst – was die Autoren teilweise auf die entwicklungspsychologischen Beschränkungen speziell von jüngeren Patienten, aber auch auf die Fremdbestimmtheit der Therapie durch Eltern zurückführen.

Green (2009) beschreibt in der Zusammenfassung von eigenen Studien, dass die Therapeuten-Einschätzung der Beziehungsqualität zu Kindern bzw. Jugendlichen v. a. den anfänglichen Therapiefortschritt, zu den Eltern allerdings die längerfristig-katamnestischen Therapieveränderungen bestimmten.

Diese Literaturangaben deuten eine mögliche Erklärung an, warum in der vorliegenden Studie nur die elterlichen Zielübereinstimmungen eine signifikante Korrelation zum Zielerreichen aufzeigten.

Es ist möglich, dass sich inhaltliche Zielübereinstimmungen evtl. durch das Untersuchungsdesign bzw. der Konzeption der Psy-BaDo-KJ nicht abbilden können.

So kann z. B. eine Übereinstimmung darüber bestehen, dass ein ängstliches Grundproblem in der Therapie angegangen werden soll. Wenn der Patient den interaktionellen Anteil betont (z. B. wieder mehr auf andere zugehen können und sich Raum nehmen), würde dies der Hauptkategorie 2, hier Kategorie „soziale Kompetenz“ (Ziffer 207) zugeordnet werden. Wenn die Eltern den intrapsychischen Anteil betonen, würde dies der ersten Hauptkategorie 1, hier „Ängste“ zugeordnet (Ziffer 103). Der Therapeut denkt vielleicht an die Beherrschung von körperlicher Hypersensivität durch Entspannungstechniken als erstes Ziel, was der Hauptkategorie 3, hier „Körperbeherrschung“ (Ziffer 393) entspräche. Inhaltlich wäre eigentlich eine Übereinstimmung der Zielsetzung vorhanden, die sich allerdings in den hier gewählten Rechenmodellen nicht widerspiegeln würde. Um einen solchen Effekt zu untersuchen, müsste zusätzlich ein mehr qualitativer Ansatz gewählt werden.

Unter dem Vorbehalt der relativ kleinen Gruppengröße (n=48), der fehlenden Auswertung von im Behandlungsverlauf erhobenen Markern anderer Aspekte von therapeutischer Allianz oder psychopathologischer Veränderungen in der

Gesamtpopulation kann in der Zusammenschau der o. g. Rechenmodelle kein Hinweis auf einen signifikanten Einfluss der Zielübereinstimmung auf das Zielerreichen in der hier untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Population gesehen werden.

Sollte sich dieser Eindruck auch in größeren Populationen bestätigen, wäre dies in modernen Therapieschulen, die den Allianz aspekt spezifisch mitaufzugreifen trachten (Crits-Christoph et al., 2006; Diamond et al., 2006; Safran & Muran 2006), zu berücksichtigen.

Möglicherweise haben andere empirisch nachgewiesene Aspekte der therapeutischen Allianz bzw. der sog. Common Factor Theory (s. Karver et al., 2006) wie Kollaboration zwischen Patient und Therapeut und der Therapeutenfähigkeit zu Empathie und Bewältigung von kritischen Therapiesituationen einen größeren Einfluss als die primäre Zielübereinstimmung.

In der Evaluationsforschung ist die Wichtigkeit der globalen Therapieallianz für eine gute Prozess- und Ergebnisqualität unabhängig von Therapietechniken im Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenbereich fest etabliert. Gerade im Kinder- und Jugendlichenbereich sind niedrige Therapiecompliance und Bündnisfähigkeit bekannte Risiken für fehlenden Therapieerfolg oder frühzeitige Therapieabbrüche (Weersing & Weisz, 2002; Kazdin et al., 2006 a).

Was die genauen Einflussfaktoren für bekannte Misserfolgsrisiken und Erfolgs-Chancen sind, wird in der kinder- und jugendpsychiatrischen Evaluationsforschung weiterhin detailliert und in möglichst grossen, auch naturalistischen Patientenpopulationen untersucht werden müssen (Kazdin, 1990 & 2000; Mattejat, 2008).

Der Einsatz der Psy-BaDo-KJ kann hierzu - neben anderen Allianzinstrumenten und etablierten operanten Messinstrumenten der psychopathologischen Veränderung und sozialpsychologischen Variablen - einen Beitrag leisten.

## **5.5 Praktische Effekt der Untersuchung**

Aus der klinischen Beobachtung kann gesagt werden, dass die meisten Patienten und deren Eltern das offene transparente Einbeziehen ihrer mit der Therapie

verbundenen Ziele schätzten und der Einsatz eines Instrumentes wie der Psy-BaDo-KJ als diesbezüglich sehr sinnvoll erachtet wird.

Ferner entspricht eine solche Vorgehensweise den aktuellen Vorstellungen von und Forderungen nach Therapietransparenz, so genanntem committed consent und einem modernen Arzt-Patienten-Verhältnis (Hapkemeyer et al., 2008; Stucki & Grawe, 2007; Winters et al., 2007).

Am Beispiel dieser Untersuchung kann Folgendes festgehalten werden: Der Routineeinsatz der Psy-BaDo-KJ-Bögen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik regte einen allgemeinen Diskurs im Team an und führte im Verlauf zu der Integration einer Routine-Evaluation via Therapiezieldokumentation.

Wie andere medizinische Fächer steht auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Spannungsfeld von erhöhtem Kosten-, Zeit- und Effizienzdruck.

Die allgemeine fächerübergreifende Therapieevaluation aus Patientensicht ist eine Aufgabe, die auch im Fokus des Vivantes-Klinikmanagements steht, die dafür ein Direktorat Medizincontrolling und Qualitätsmanagement eingerichtet hat, Routinebefragungen zur Patientenzufriedenheit (u. a. in einer kurzen Postkarten-Version) durchführt und diese in jährlichen Qualitätsberichten zusammenfasst.

Gleichzeitig sind gerade im stationären Bereich bezogen auf die Heilungslatenz schwerer psychiatrischer Störungsbilder relativ kurze Behandlungszeiten, passagere Überbelegungen und personelle Engpässe wichtige Einflussfaktoren. In praxi heißt das z. B. auch, dass die Zeit fehlt, sehr ausführliche Fragebögen einzusetzen. Aus Sicht des Referenten war dies ein Grund, warum seitens der beteiligten Therapeuten in der Vivantes-Klinik eine ambivalente Haltung zum Einsatz der Psy-BaDo-KJ-Module „Therapiebeginn – Veränderungswünsche“ und „Therapieende – Veränderungen“ vorlag. Ein anderer Grund liegt möglicherweise in der Eigenheit, dass sich Therapeuten durch ein offenes Darlegen der Ziele einen Verlust an Vertrauen innerhalb des therapeutischen Bündnisses oder die Transparenz als solche fürchten. Seitens des Pflegepersonals wurde der Zielbogen sehr positiv aufgenommen. Die pflegerischen Bezugspersonen waren häufig das Zünglein an der Waage, den jugendlichen Patienten zur Zielformulierung zu motivieren oder Eltern um Rückgabe des Bogens zu bitten. Im Verlauf der Untersuchung erfolgten mehrfach

Feedback-Runden mit der Pflege und den Therapeuten aller kinderpsychiatrischen Abteilungen des Vivantes-Klinikums Hellersdorf, in deren Folge im Sinne eines internen Qualitätszirkels eine adaptierte Version des Zielbogens entstand, die alle eingebrachten Bedürfnisse der verschiedenen Abteilungen und Mitarbeiter einbezog. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Akzeptanz der Psy-BaDo-KJ nicht systematisch erhoben wurde.

Als wesentliche Veränderung zur ursprünglichen Psy-BaDo-KJ-Version (der damaligen Version) wurde die Anzahl der möglichen Ziele generell auf drei reduziert. Die Therapeutenziele wurden als „Ziele des Teams“ umbenannt, um der Nutzung des Bogens und des Arbeitsablaufes in der Klinik gerecht zu werden, bei dem u. a. die Aufnahmegespräche mit der Familie gemeinsam mit der pflegerischen Bezugsperson und dem psychologischen oder ärztlichen Einzeltherapeut geführt werden, um innerhalb der diagnostischen Phase für alle transparente Therapieziele erarbeiten zu können. Dieser Prozess als Ausdruck einer modernen Klinikkultur entspricht dem u. a. von Elvins & Green (2008) ausgeführten Konzept der „contractual culture“ und des „shared decision making“, bei dem die Planung der Behandlung zwischen Behandlungsteam und Patienten/Klienten aber auch innerhalb des Teams mehr im Austausch und weniger direktiv-hierarchisch gestaltet wird. Von dem Modul „Therapiebeginn – Veränderungswünsche“ und „Therapieende – Veränderung“ wurden nur die Items zur Behandlungswichtigkeit und zur Einschätzung des globalen Therapieerfolgs übernommen. Und im Sinne der Beachtung der Kosteneffizienz ist neu für alle transparent auch die geplante Zeitspanne angegeben, die im Verlauf ggf. verlängert werden kann.

Auf der folgenden Seite ist das vorläufige Resultat dieses Arbeits- und Qualitätsprozesses abgebildet.

<b>Unsere Ziele</b> → <b>Vivantes</b> → <b>KJPPP</b>	
<b>Ziele des Patienten:</b> (Zu Behandlungsbeginn)	<b>Ziel erreicht?</b> (Zu Behandlungsende)
1. _____	1. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
2. _____	2. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
3. _____	3. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
<b>Ziele der Eltern:</b> (Zu Behandlungsbeginn)	<b>Ziel erreicht?</b> (Zu Behandlungsende)
1. _____	1. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
2. _____	2. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
3. _____	3. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
<b>Ziele des Teams:</b> (Zu Behandlungsbeginn)	<b>Ziel erreicht?</b> (Zu Behandlungsende)
1. _____	1. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
2. _____	2. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
3. _____	3. ja sehr. - ja - . teilweise. nein. -?-
{ „-?“ = nicht beurteilbar/ nicht mehr wichtig }	

<b>Wieviel Zeit haben wir? Von</b>	<b>bis</b>	<b>* evtl. bis</b>
<b><u>Für den Patienten:</u></b>		
<b>Wie wichtig ist mir die Behandlung?:</b> extrem wichtig – sehr wichtig – wichtig – wenig wichtig – unwichtig ( zu Behandlungsbeginn )		
<b>Hat sich die Behandlung gelohnt?:</b> sehr gelohnt – gelohnt – unentschieden – nicht gelohnt – eher geschadet (zu Behandlungsende )		
<b><u>Für die Eltern:</u></b>		
<b>Wie wichtig ist Ihnen die Behandlung?:</b> extrem wichtig – sehr wichtig – wichtig – wenig wichtig – unwichtig ( zu Behandlungsbeginn )		
<b>Hat sich die Behandlung gelohnt?:</b> sehr gelohnt – gelohnt – unentschieden – nicht gelohnt – eher geschadet (zu Behandlungsende )		

Legende: im Original zwei Bögen im Din-A4-Format

**Abbildung 8:** Die Vivantes-interne Adaptation der Psy-BaDo-KJ

Zum Ende der Untersuchung wurde unter Leitung des Autors und der tagesklinischen Pflegeleitung eine Fortbildung für alle Mitarbeiter veranstaltet, die das Thema Evaluation & Therapieziele und das neue klinikinterne Instrument vorstellte.

Der Einsatz des Therapiezielbogens wurde vom Klinikdirektor ab 01.04.2007 als fester Bestandteil der internen Behandlungsplanung verbindlich eingeführt.

Dies schließt den Kreis eines Qualitätszirkels, der dadurch zustande kam, dass der Autor dieser Studie einen Leserbrief zum Beitrag von Remschmidt & Mattejat (2003) veröffentlichte (Köster, 2003), in dem moniert werden musste, dass Behandlungszeiten in der Berliner stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – nach Meinung des Autors u. a. getriggert durch einen allgemeinen Verdrängungskampf zwischen den Versorgungskliniken - mehr und mehr nach unten gedrückt wurden „mit durchschnittlicher (!) Behandlungszeit [im Jahre 2002] von ca. drei Wochen“ (zit. ebd.), ohne dass irgend eine parallele Therapieevaluation statt fand, obwohl der genannte Beitrag und andere Evaluationen (u. a. siehe Schepker et al., 2003) einen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg darlegen konnten. Es ist der darauf beipflichtenden Rückmeldung von Frau Dr. Winter zu danken, dass diese Dissertation geplant und infolgedessen dieses Evaluationsvakuum mit der Psy-BaDo-KJ und seiner Adaptation beseitigt werden konnte.

In der Quintessenz wären aus Sicht des Referenten vermehrt Kooperationen zwischen universitären und regelversorgenden Kliniken zu wünschen. Dies ermöglichte die Durchführung von Studien, die einerseits Fragen der Evaluationsforschung in größeren Patientenpopulationen beantworten (gemäß Weisz et al., 1995 a; Remschmidt & Mattejat, 2003; Kordy, 2008), andererseits die gängige Praxis in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslandschaft therapeutisch und gesundheitspolitisch sinnvoll positiv beeinflussen können und in dieser Kooperationsarbeit auch – nach Meinung der Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes-Klinikums und des Autors - effektiv beeinflusst haben.

## 6 ZUSAMMENFASSUNG

Evaluation von Psychotherapie ist eine gesetzliche Vorgabe, eine gesundheitspolitische Forderung und eine inhaltlich sinnvolle Maßnahme zur Sicherung von guter Behandlungsqualität. Die therapeutische Allianz ist ein therapieübergreifender Einflussfaktor auf die Prozess- und Ergebnisqualität. Ein Teil der therapeutischen Allianz ist das Festlegen von therapeutischen Zielen.

Inwiefern die tatsächliche Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut über die zu verfolgenden Behandlungsziele einen Einfluss auf die Zufriedenheit und das Outcome haben, ist ein in der allgemeinen psychotherapeutischen Evaluationsforschung spärlich und in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung so gut wie nicht untersuchter Gegenstand.

In dieser Dissertationsarbeit wird der Einsatz des Evaluationsinstrumentes der „Psy-BaDo-KJ“ anhand zweier kinder- und jugendpsychiatrischer Patientengruppen – stationären Patienten der Charité und teilstationären Patienten des Vivantes Klinikums Hellersdorf – dargestellt und gemeinsam auf den Einfluss zwischen Zielübereinstimmung zwischen Patient, Eltern und Therapeut und Outcome untersucht.

56% der Patienten schätzten über 50% der eigenen Ziele als „erreicht“ oder „mehr erreicht“ ein. Weder die anfängliche Veränderungs- noch die Behandlungsmotivation zeigten einen Einfluss auf die abschließenden Zielbeurteilungen.

Für 47,9 % der minderjährigen Patienten und 43% der Eltern hatte sich die Behandlung „sehr gelohnt“. Die Patienten mit besserem Ziel-Outcome zeigten erwartungsgemäß eine höhere Behandlungszufriedenheit.

Die erstgenannten Ziele von minderjährigen Patienten zeigten in 64% eine Übereinstimmung mit Zielen der Eltern und in 52 % gegenüber Zielen der Therapeuten, in 39% sowohl zu Eltern- als auch Therapeuten-Zielen.

Diese und andere Formen der definierten Zielübereinstimmung übten dabei keinen signifikanten Einfluss auf das Ziel-Outcome der Patientenziele aus.

Nur die elterliche Zielübereinstimmung zu Behandlungsbeginn zeigte eine relativ schwache Korrelation zum Ziel-Outcome zu Behandlungsende.

Sollte sich dieser Befund auch in selektionierteren Patientengruppen und größeren praxisnahen Patientenzahlen bestätigen, wäre dies in der psychotherapeutischen Technik zur Allianz-Stärkung und Therapiemotivation mit Familien und minderjährigen Patienten differenziert zu berücksichtigen.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

1. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101(2):213-32.
2. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 2003;23(1):1-33.
3. Alonso J, Codony M, Kovess V. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry* 2007;190:299-306.
4. Ambühl H, Strauß B. Therapieziele - Ein "dunkles Kapitel" der "Psychotherapieforschung? In: Therapieziele, Ambühl H, Strauß B, (ed.) Göttingen, Deutschland: Hogrefe, 1999:7-14.
5. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Qualitätssicherung. Aus: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/awmfqs.htm>. Heruntergeladen: 01.04.2010. Online-Version aktualisiert am 05.02.2009.
6. Arbeitskreis-OPD-KJ. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Bern, Schweiz: Huber, 2003.
7. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(6):842-852.
8. Beck A, Bhar S. Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 2009;301(9):931; author reply 2-3.
9. Blanton H, Jaccard J. Arbitrary metrics in psychology. *Am Psychol* 2006;61(1):27-41.
10. Bond M, Banon E, Grenier M. Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *J Psychother Pract Res* 1998;7(4):301-18.
11. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res and Pract Training* 1979;16(3):252-260.

12. Bredel S, Brunner R, Haffner J, et al. Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus Sicht der Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2004;53(4):256-76.
13. Brown PD, O'Leary KD. Therapeutic alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(2):340-5.
14. Casey RJ, Berman JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985;98(2):388-400.
15. Cline DW, Rouzer DL, Bransford D. Goal-attainment scaling as a method for evaluating mental health programs. *Am J Psychiatry* 1973;130(1):105-8.
16. Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Crits-Christoph K, et al. Can therapists be trained to improve their alliance? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychother Res* 2006;16:268-81.
17. Diamond GM, Liddle HA, Hogue A, et al. Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: a process study. *Psychother Theory Res Pract Training* 1999;36:355-68.
18. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1966;44:166-203.
19. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther* 2002;69(2):84-94.
20. Döpfner M, Lehmkuhl G. Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1993;21(3):188-93.
21. Driessen M, Sommer B, Rostel C, et al. Therapieziele in der Psychologischen Medizin - Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;51(6):239-45.
22. Elvins R, Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1167-1187.
23. Englert E, Jungmann J, Lam L, et al. Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie - Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame

Basisdokumentation für Klinik und Praxis. Spektr Psychiatr Nervenheilkunde  
1998;27:129-146.

24. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. J Consult  
Psychol 1952;16:319-324.

25. Florsheim P, Shotorbani S, Guest-Warnick G, et al. Role of the working  
alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. J Clin  
Child Psychol 2000;29(1):94-107.

26. Fox V. Therapeutic alliance. Psychiatr Rehabil J 2002;26(2):203-4.

27. Freud S. Zur Einleitung der Behandlung. GW. Vol. Bd VIII. London,  
England: Imago. 1913:454-478.

28. Gould M, Shaffer D. Client Satisfaction Scale. Unpublished manuscript.  
Division of Child Psychiatry, Psychiatric Institute, Columbia University, New York,  
U.S.A.. 1981.

29. Grawe K, Grawe-Gerber M. Ressourcenaktivierung. Psychotherapeut  
1999;44:63-73.

30. Green J. Annotation: the therapeutic alliance - a significant but neglected  
variable in child mental health treatment studies. J Child Psychol Psychiatry  
2006;47(5):425-35.

31. Green J. The therapeutic alliance. Child Care Health and Dev  
2009;35(3):298-301.

32. Greenson RR. The working alliance and transference neurosis. Psychoanal  
Q 1965;34:155-181.

33. Hannover W, Dogs CP, Kordy H. Patientenzufriedenheit - ein Maß für  
Behandlungserfolg. Psychotherapeut 2000;45:292-300.

34. Hapkemeyer J, Dresenkamp A, Soellner R. Patientensicht zur Qualität in  
der Psychotherapie. Psychotherapeut 2008:1-7.

35. Hasler G, Schnyder U. Zur Festlegung und Veränderung von  
Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. Nervenarzt  
2002;73:54-58.

36. Hawley KM, Weisz JR. Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: the therapist's dilemma and its implications. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(1):62-70.
37. Hentschel U. Die Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderner Forschungsansätze. *Psychotherapeut* 2005(a);50(5):305-317.
38. Hentschel U. Die therapeutische Allianz. Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten. *Psychotherapeut* 2005(b);50(6):385-393.
39. Heuft G, Senf W. Psy-BaDo - Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Dtsch Arztebl* 1998;95(43):A-2688-2692.
40. Heuft G, Senf W, Janssen PL, et al. Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1995;45(9-10):303-9.
41. Heuft G, Senf W, Wagener R, et al. Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 1996;44(2):186-99.
42. Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *J Adv Nurs* 2005;52(5):561-70.
43. Hoffman I. Doublethinking our way to "scientific" legitimacy: the desiccation of human experience. *J Am Psychoanal Assoc* 2009;57(5):1043-69.
44. Hogue A, Dauber S, Stambaugh LF, et al. Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(1):121-9.
45. Horvath AO, Greenberg L. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Counsel Psychol* 1989;36(2):223-233.
46. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(4):561-73.
47. Horvath AO, Symonds D. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Counsel Psychol* 1991;38(2):139-149.

48. Hougaard E. The therapeutic alliance - a conceptual analysis. *Scand J Psychol* 1994;35(1):67-85.
49. Howard I, Turner R, Olkin R, et al. Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *J Clin Psychol* 2006;62(9):1197-204.
50. Ilgen MA, McKellar J, Moos R, et al. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2006;31(2):157-62.
51. Joyce AS, Piper WE. Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1998;7(3):236-48.
52. Kammerer E. Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie - eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 1989;38(6):205-9.
53. Kammerer E, Göbel D. Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 1985;34:123-133.
54. Kaplan S. The importance of the therapeutic alliance. *J Am Optom Assoc* 1998;69(10):637-42..
55. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, et al. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev* 2006;26(1):50-65.
56. Kazdin AE. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(6):785-98.
57. Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol* 2008;63(3):146-59.
58. Kazdin AE. Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(6):729-40.
59. Kazdin AE, Bass D, Ayers WA, et al. Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(9):829-35.

60. Kazdin AE, Marciano PL, Whitley MK. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(4):726-30.

61. Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44(8):1116-29.

62. Kazdin AE, Whitley MK. Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *J Consult Clin Psychol* 2006(b);74(2):346-55.

63. Kazdin AE, Whitley M, Marciano PL. Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006(a);47(5):436-45.

64. Kersting A, Volker A. Unterschiedliche Therapieziele von Patient und Therapeut in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2000;45:247-248.

65. Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal-attaining scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Ment Health J* 1968;4:443-453.

66. Klein DN, Schwartz JE, Santiago NJ, et al. Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(6):997-1006.

67. Kordy H. Psychosoziale Versorgungsforschung - Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut* 2008;53:245-253.

68. Kordy H, Scheibler D. Individuumsorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele. Teil 2: Anwendungs- und Auswertungsaspekte. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1984;32(4):309-18.

69. Köster M. Sparschwang verkürzt Behandlungsdauer - Leserbrief zum Beitrag "Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen" von Remschmidt & Mattejat (2003). *Dtsch Arztebl* 2003;37:A 2389.

70. Kottje-Birnbacher L, Birnbacher D. Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: Therapieziele, Ambühl H Strauß B, (ed.). Göttingen, Deutschland: Hogrefe, 1999:15-32.
71. Kriston L, Hölzel L, Härter M. Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 2009;301(9):930-1; author reply 2-3.
72. La Greca A, Silverman W, Lochman J. Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(3):373-82.
73. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005;86(3):841-68.
74. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008;300(13):1551-65.
75. Levitt EE. The results of psychotherapy with children: an evaluation. *J Consult Psychol* 1957;21(3):189-96.
76. Littell JH. Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Soc Work Res* 2001;25(2):103 - 113.
77. Loeb KL, Wilson GT, Labouvie E, et al. Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: a study of process and outcome. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(6):1097-107.
78. Long JR. Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy* 2001;38(2):219-232.
79. Lorentzen S, Sexton HC, Hoglend P. Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nord J Psychiatry* 2004;58(1):33-40.
80. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, et al. Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. *NIDA Res Monogr* 1997;165:233-44.
81. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, et al. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:602-611.
82. Lühmann D, Raspe H. 10 Jahre EbM in Deutschland – Zeit für eine Nutzenbewertung? *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2007;101(7):437-9.

83. Marcolino JA, Iacoponi E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(2):78-86.
84. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(3):438-50.
85. Mattejat F. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2008;36(5):305-307.
86. Mattejat F, Remschmidt H. Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1995;23(2):71-83.
87. McLeod-Bryant S, Deas-Nesmith D. Race and therapeutic alliance. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(7):688.
88. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2005;100(3):304-16.
89. Michalak J, Holtforth MG, Berking M. Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2007;52:6-15.
90. Nissen G. Zur Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1994;22(1):66-72.
91. Norcross JC. Empirically supported therapy relationship. In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients*. Norcross JC (ed.). New York, U.S.A.: Oxford University Press, 2002:3-16.
92. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Lambert MJ (ed.). New York, U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc., 2004:307-389.
93. Ponsi M. Therapeutic alliance and collaborative interactions. *Int J Psychoanal* 2000;81(4):687-704.
94. Reisel B, Floquet P, Leixnering W. Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 1998;47(10):705-21.

95. Remschmidt H, Mattejat F. The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: theoretical concept and empirical results. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001;10 Suppl 1:126-45.

96. Remschmidt H, Mattejat F. Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Arztebl* 2003;100:A(16):1066-1072.

97. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Couns Psychol* 1957;21:95-103.

98. Ruff W, Werner H. Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1987;33(3):238-51.

99. Sack M, Lempa W, Lamprecht F, et al. Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2003;49(1):63-73.

100. Safran JD, Muran JC. Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *J Clin Psychol* 2000;56(2):233-43.

101. Safran JD, Muran JC. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychother Theory Res Pract Training* 2006;43:286-91.

102. Schepker R, Grabbe Y, Jahn K. Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt - Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 2003;52(5):338-53.

103. Schonberger M, Humle F, Teasdale TW. The development of the therapeutic working alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain Inj* 2006;20(4):445-54.

104. Senst R, Kloß R, Oberbillig R, et al. Erfahrung mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. *Psychotherapeut* 2000;45:308-314.

105. Shelef K, Diamond GM, Diamond GS, et al. Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(4):689-98.

106. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(3):452-64.

107. Shirk SR, Saiz C. The therapeutic alliance in child therapy: Clinical, empirical, and developmental perspectives. *Dev Psychopathol* 1992;4:713-728.
108. Silverman W, Hinshaw S. The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37(1):1-7.
109. Sterba R. Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int Z Psychoanal* 1934;20:66-73.
110. Strauß B, Burgmeier-Lohse M. Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie - Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994;44(6):184-92.
111. Strauß B, Burgmeier-Lohse M. Merkmale der "Passung" zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1995;41(2):127-40.
112. Stucki C, Grawe K. Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut* 2007;52:16-23.
113. Symonds D, Horvath AO. Optimizing the alliance in couple therapy. *Fam Process* 2004;43(4):443-55.
114. von Rad M, Senf W, Bräutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998;48(3-4):88-100.
115. Weersing VR, Weisz JR. Mechanisms of action in youth psychotherapy. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(1):3-29.
116. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, et al. Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995(a);63(5):688-701.
117. Weisz JR, Hawley KM. Finding, evaluating, refining, and applying empirically supported treatments for children and adolescents. *J Clin Child Psychol* 1998;27(2):206-16.
118. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: a meta-analysis of direct comparisons. *Am Psychol* 2006;61(7):671-89.

119. Weisz J, Weersing V, Henggeler S. Jousting with straw men: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychol Bull* 2005;131(3):418-26, discussion 27-33.

120. Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, et al. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(4):542-9.

121. Weisz JR, Weiss B, Han SS, et al. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol Bull* 1995(b);117(3):450-68.

122. Westen D, Novotny C, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130(4):631-63.

123. Wiegard A. Die Psy-BaDo als Instrument zur Qualitätssicherung bei stationär behandelten Jugendlichen. Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Freie Universität Berlin: Berlin, Deutschland. 2003.

124. Winter S, Wiegard A, Welke M, et al. Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2005;33(2):113-22.

125. Winters NC, Pumariega A. Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(2):284-299.

126. Yeh M, Weisz JR. Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):1018-25.

127. Zack SE, Castonguay LG, Boswell JF. Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:278-288.

128. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 1956;37:369-375.

## 8 DANKSAGUNG

Besonderer Dank gilt den Mitarbeitern der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des „Griesinger“ (Vivantes Klinikum Hellersdorf), ohne deren Mitarbeit und Engagement diese Studie so nicht realisierbar gewesen wäre. Im Allgemeinen durfte ich von dem zahlreichen Rückmeldungen aller Mitarbeiter mit dem Abschluss dieser Untersuchung und in der klinischen Technik und Haltung sehr profitieren.

Dank geht auch an meine Promotionsbetreuerin Fr. Dr. Sibylle Winter, die mich dazu motivierte, dieses Projekt zu planen und die mich bei der Durchführung begleitete.

Danken möchte ich auch den Vorsitzenden & Vortragenden des Weiterbildungskreises für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin e.V., die mich für Fragestellungen um die therapeutische Allianz sensibilisiert haben.

Merci auch für die emotionale Unterstützung von allen Freunden und deren Zuspruch und Anregungen.

Und - last not least - danke ich vor allem meinen Eltern für die allgemeine Unterstützung auf meinem Lebensweg und zu meiner Ausbildung zum Arzt.

## **9 LEBENS LAUF, PUBLIKATIONS LISTE UND ER KLÄRUNG**

### **9.1 Tabellarischer Lebenslauf des Autors (Kurzversion)**

**"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."**

## 9.2 Publikationsliste

- 1997 Henneke P, Köster M, Versmold H. Endotoxin-binding proteins are low in cord blood of healthy and septic preterm infants (Vortrag/Abstract, Joint Meeting European Society for Pediatric Research 1997). *Pediatr Res* 1997;42(3):400.
- 1997 Köster M, Henneke P, Versmold H. Endotoxin-bindende Proteine bei Neugeborenen mit Sepsis (Poster/Abstract, Deutsch-Österreichischer Kongress für Kinderheilkunde 1997 Wien). *Monatsschr Kinderheilkd* 1997;145(8):106.
- 1998 Köster M, Henneke P, Versmold H. Low levels of lipopolysaccharide-binding protein (LBP) and high levels of interleukin-8 in preterm neonates with sepsis (Poster/Abstract, XXII. International Congress of Pediatrics Amsterdam). *Abstract Book* ISBN 90-75141-64-5:256.
- 2003 Köster M. Sparschwang verkürzt Behandlungsdauer (Leserbrief zum Beitrag "Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen" von Remschmidt & Mattejat (2003)). *Dtsch Arztebl* 2003;37:A 2389
- 2006 Köster M, Winter S, Gerhard U. Therapeutische Allianz und Evaluation aus Sicht von Jugendlichen und Kindern, deren Eltern und der Therapeuten im Rahmen einer teilstationären psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung (Poster/Abstract, DGPPN Kongress 2006 Berlin). *Nervenarzt* 2006;Suppl 3:382.
- 2006 Köster M, Stoppe G. Lehrbuch der Entwicklungspsychopathologie (Buchhinweis). *Psychiatr Prax* 2006;33:250.
- 2007 Köster M, Winter S, Lehmkuhl U. Therapieevaluation und therapeutische Allianz aus Sicht von Jugendlichen und Kindern, deren Eltern und der Therapeuten im Rahmen von kinderpsychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlungen (Vortrag/Abstract, XXX. DGKJP Kongress 2007 Aachen). *Abstract-Buch* ISBN 978-3-939069-37-9:122.

- 2007 Köster M, Stoppe G. Das so genannte innere Kind (Buchbesprechung).  
Nervenarzt 2007;78:1282.
- 2008 Köster M. Epileptische Anfälle und Psychopharmakotherapie (CME-  
Review). Info Neurol Psychiatr 2008;6(4):16-18
- 2008 Köster M. Das Rapunzel-Syndrom und die Trichotillomanie (Artikel).  
Info Neurol Psychiatr 2008;6(5):28-30
- 2008 Köster M, Bromundt V, Stoppe G, Cajochen C, Wirz-Justice A.  
Schlaf-Wach-Rhythmik & Kognition bei schizophrenen Patienten (Poster/  
Abstract DGPPN Kongress 2008 Berlin). Nervenarzt 2008;79(S2):342.
- 2008 Köster M, Delahaye M, Graf M, Dittmann V. Rückfallgefahr von  
schizophrenen Straftätern in einer 12-Jahres-Katamnese (Vortrag/  
Abstract, DGPPN Kongress 2008 Berlin). Nervenarzt 2008;79(S2):492
- 2010 Bromundt V, Köster M, Georgiev-Kill A, Opwis K, Wirz-Justice A,  
Stoppe G, Cajochen C. Consolidated circadian wake-sleep cycles promote  
Cognitive functioning in schizophrenic patients. J Br Psychiatr.  
Eingereicht Januar 2010. Akzeptiert Juni 2010 (BJP/2010/078022)

### 9.3 Selbstständigkeitserklärung

„Ich, Matthias Köster, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: **„Der Einfluss der Übereinstimmung von Therapiezielen zwischen Patienten, Eltern und Therapeuten auf die Ergebnisqualität & der Einsatz der Psy-BaDo-KJ zur Therapieevaluation“** selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

## 10 Anhang

### 10.1 Übersichtstabellen der Veränderungswünsche zu Behandlungsbeginn (PsyBaDo-KJ-Modul 2, Item 1-11)

Items	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	ist kein Problem	keine Antwort
1. Allgemeine Besserung	14	8	5	0	0	0	0
2. Körperliche Besserung	9	8	6	1	3	0	0
3. Seelische Besserung	13	8	3	2	1	0	0
4. Selbstwertgefühl	8	9	4	2	4	0	0
5. Schulsituation	9	7	5	1	4	1	0
6. Familie	8	6	5	3	2	3	0
7. Freunde	8	4	5	1	4	5	0
8. Sexuelle Beziehungen *	0	0	1	2	4	9	1
9. Durchsetzungsvermögen	8	7	2	4	3	3	0
10. Probleme Verstehen	11	6	7	3	0	0	0
11. Optimismus *	7	4	3	0	1	2	0

Legende: \*: bei 10 Patienten < 14 J. ist das Item 8 & 11 nicht enthalten.  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 7/27$ )

#### 10.1.1.1 Tabelle „Jugendliche/Kinder - Therapiebeginn - Veränderungswünsche“ Vivantes-Gruppe

Items	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	ist kein Problem	keine Antwort
1. Allgemeine Besserung	9	6	6	0	0	0	0
2. Körperliche Besserung	2	5	5	2	2	5	0
3. Seelische Besserung	8	5	5	3	0	0	0
4. Selbstwertgefühl	5	3	5	4	0	4	0
5. Schulsituation	3	3	5	2	0	8	0
6. Familie	4	4	3	2	1	7	0
7. Freunde	5	1	4	1	1	9	0
8. Sexuelle Beziehungen	1	0	1	2	2	15	0
9. Durchsetzungsvermögen	2	2	5	7	1	4	0
10. Probleme Verstehen	7	6	4	3	0	1	0
11. Optimismus	3	7	5	0	1	5	0

Legende: Anzahl von 21 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 6/21$ )

#### 10.1.1.2 Tabelle "Jugendliche/Kinder - Therapiebeginn - Veränderungswünsche" Charité-Gruppe

Items	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	ist kein Problem	keine Antwort
1. Allgemeine Besserung	14	11	2	0	0	0	0
2. Körperliche Besserung	10	3	4	3	0	7	0
3. Seelische Besserung	19	8	0	0	0	0	0
4. Selbstwertgefühl	14	9	4	0	0	0	0
5. Schulsituation	11 §	7	4	1	0	4	0
6. Familie	5	3	12	0	1	6	0
7. Freunde	6	5	9	3	0	4	0
8. Sexuelle Beziehungen *	1	2	1	1	3	8	1
9. Durchsetzungsvermögen	4	8	11	1	0	3	0
10. Probleme Verstehen	12	10	4	0	0	0	1
11. Optimismus *	11	5	1	0	0	0	0

Legende: \* bei 10 Patienten < 14 J. kein Item 8 & 11 gefragt; § p < .05 vs. Charité  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt: ≥ 25 % oder ≥ 7/27)

### 10.1.1.3 Tabelle "Eltern - Therapiebeginn - Veränderungswünsche" - Vivantes-Gruppe

Items	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	ist kein Problem	Keine Antwort
1. Allgemeine Besserung	14	6	0	0	0	1	0
2. Körperliche Besserung	12	3	4	0	0	2	0
3. Seelische Besserung	17	3	0	0	0	1	0
4. Selbstwertgefühl	13	5	1	1	0	1	0
5. Schulsituation	3	2	7	2	0	7	0
6. Familie	1	4	5	4	0	6	1
7. Freunde	4	4	4	2	1	6	0
8. Sexuelle Beziehungen	0	1	2	2	2	12	2
9. Durchsetzungsvermögen	2	4	7	0	0	8	0
10. Probleme Verstehen	9	8	4	0	0	0	0
11. Optimismus	12	8	0	0	0	1	0

Legende: Anzahl von 21 (gelb unterlegt: ≥ 25 % oder ≥ 6/21)

### 10.1.1.4 Tabelle "Eltern - Therapiebeginn - Veränderungswünsche" - Charité-Gruppe

Items	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	ist kein Problem	keine Antwort
1. Allgemeine Besserung	8	16	3	0	0	0	0
2. Körperliche Besserung	2	6	6	11	0	2	0
3. Seelische Besserung	7	19	1	0	0	0	0
4. Selbstwertgefühl	5	16	5	0	1	0	0
5. Schulsituation	7	10	1	9	0	0	0
6. Familie	8	9	8	2	0	0	0
7. Freunde	6	7	10	3	0	1	0
8. Sexuelle Beziehungen *	0	0	2	11	3	1	0
9. Durchsetzungsvermögen	5	10	8	2	1	1	0
10. Probleme Verstehen	5	14	8	0	0	0	0
11. Optimismus *	4	10	3	0	0	0	0

Legende: \* :bei 10 Patienten < 14 J. kein Item 8 & 11 gefragt  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 7/27$ )

#### 10.1.1.5 Tabelle "Therapeuten - Therapiebeginn - Veränderungswünsche" Vivantes-Gruppe

Items	extrem wichtig	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	unwichtig	ist kein Problem	keine Antwort
1. Allgemeine Besserung	5	13	3	0	0	0	0
2. Körperliche Besserung	5	7	6	2	0	1	0
3. Seelische Besserung	4	15	1	0	0	0	1
4. Selbstwertgefühl	4	12	3	1	0	1	0
5. Schulsituation	1	4	2	6	1	7	0
6. Familie	7	9	4	1	0	0	0
7. Freunde	6	7	6	1	0	1	0
8. Sexuelle Beziehungen	1	0	1	7	5	7	0
9. Durchsetzungsvermögen	4	7	5	2	0	3	0
10. Probleme Verstehen	8	12	1	0	0	0	0
11. Optimismus	6	12	1	1	0	1	0

Legende: Anzahl von 21 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 6/21$ )

#### 10.1.1.6 Tabelle "Therapeuten - Therapiebeginn - Veränderungswünsche" Charité-Gruppe – Anzahl von 21 (gelb unterlegt: $\geq 25\%$ oder $\geq 6/21$ )

## 10.2 Übersichtstabellen der Veränderungseinschätzung zu Behandlungsende (PsyBaDo-KJ-Modul 3, Item 1-11)

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	11	15	0	1	0	0	0
2. Körperliche Besserung	4	15	5	2	0	0	1
3. Seelische Besserung	9	12	5	0	0	1	0
4. Selbstwertgefühl	6	11	8	0	0	1	1
5. Schulsituation	4	9	7	0	0	6	1
6. Familie	8	12	3	2	1	1	0
7. Freunde	7	10	6	1	0	0	3
8. Sexuelle Beziehungen *	2	1	3	0	0	1 (+1)#	9
9. Durchsetzungsvermögen	10	8	7	0	0	1	1
10. Probleme Verstehen	8	15	4	0	0	0	0
11. Optimismus *	4	5	4	1	0	2	1

Legende: \*: bei 10 Patienten < 14 J. kein Item 8 & 11 gefragt; #: nicht beantwortet  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 7/27$ )

### 10.2.1.1 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Patienten" Vivantes-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	11	6	3	0	0	0	1
2. Körperliche Besserung	7	8	4	1	0	0	1
3. Seelische Besserung	9	7	3	1	0	0	1
4. Selbstwertgefühl	6	7	5	1	0	0	2
5. Schulsituation	2	5	5	1	0	3	5
6. Familie	6	7	3	0	0	1 (+2)#	2
7. Freunde	5	5	5	1	0	2	3
8. Sexuelle Beziehungen	1	1	5	2	1	0 (+1)#	10
9. Durchsetzungsvermögen	4	5	4	1	1	1 (+1)#	4
10. Probleme Verstehen	4	10	6	0	0	1	0
11. Optimismus	7	7	1	0	1	2	3

Legende: #: nicht beantwortet (hier in Klammern „als nicht zu beurteilen“ angegeben)  
Anzahl von 21 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 6/21$ )

### 10.2.1.2 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Patienten" - Charité-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	11	15	0	1	0	0	0
2. Körperliche Besserung	4	15	5	2	0	0	1
3. Seelische Besserung	9	12	5	0	0	1	0
4. Selbstwertgefühl	6	11	8	0	0	1	1
5. Schulsituation	4	9	7	0	0	6	1
6. Familie	8	12	3	2	1	1	0
7. Freunde	7	10	6	1	0	0	3
8. Sexuelle Beziehungen *	2	1	3	0	0	1 (+1)#	9
9. Durchsetzungsvermögen	10	8	7	0	0	1	1
10. Probleme Verstehen	8	15	4	0	0	0	0
11. Optimismus *	4	5	4	1	0	2	1

Legende: \*: bei 10 Patienten < 14 J. kein Item 8 & 11 gefragt; #: nicht beantwortet  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 7/27$ )

### 10.2.1.3 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Patienten" - Vivantes-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	11	6	3	0	0	0	1
2. Körperliche Besserung	7	8	4	1	0	0	1
3. Seelische Besserung	9	7	3	1	0	0	1
4. Selbstwertgefühl	6	7	5	1	0	0	2
5. Schulsituation	2	5	5	1	0	3	5
6. Familie	6	7	3	0	0	1 (+2)#	2
7. Freunde	5	5	5	1	0	2	3
8. Sexuelle Beziehungen *	1	1	5	2	1	0 (+1)#	10
9. Durchsetzungsvermögen	4	5	4	1	1	1 (+1)#	4
10. Probleme Verstehen	4	10	6	0	0	1	0
11. Optimismus *	7	7	1	0	1	2	3

Legende: #: nicht beantwortet  
Anzahl von 21 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 6/21$ )

### 10.2.1.4 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Patienten" - Charité-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	13	13	0	0	0	1	0
2. Körperliche Besserung	7	5	5	0	0	2	6
3. Seelische Besserung	8	13	2	1	0	3	0
4. Selbstwertgefühl	12	10	5	0	0	0	0
5. Schulsituation	3	2	8	0	0	13	0
6. Familie	11	9	6	0	0	0	1
7. Freunde	5	3	5	0	1	11	2
8. Sexuelle Beziehungen *	1	1	4	0	0	7	4
9. Durchsetzungsvermögen	6	10	3	0	0	5	3
10. Probleme Verstehen	13	7	2	0	0	5	0
11. Optimismus *	7	6	4	0	0	0	0

Legende: \*: bei 10 Patienten < 14 J. kein Item 8 & 11 gefragt;  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 7/27$ )

### 10.2.1.5 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Eltern" - Vivantes-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	13	6	1	1	0	0	0
2. Körperliche Besserung	10	7	3	0	0	1	0
3. Seelische Besserung	12	7	0	1	0	1	0
4. Selbstwertgefühl	4	10	4	0	0	2	1
5. Schulsituation	2	4	3	0	1	5	6
6. Familie	4	6	4	0	0	3	4
7. Freunde	3	3	5	1	0	5	4
8. Sexuelle Beziehungen	0	0	2	0	0	8	11
9. Durchsetzungsvermögen	4	7	4	0	0	2	4
10. Probleme Verstehen	6	11	1	0	0	2	1
11. Optimismus	5	11	2	1	1	0	1

Legende: Anzahl von 21 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 6/21$ )

### 10.2.1.6 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Eltern" - Charité-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	15	12	0	0	0	0	0
2. Körperliche Besserung	3	11	9	0	0	1	3
3. Seelische Besserung	13	13	1	0	0	0	0
4. Selbstwertgefühl	4	17	6	0	0	0	0
5. Schulsituation	5	5	13	1	0	1	2
6. Familie	1	16	10	0	0	0	0
7. Freunde	1	9	15	0	1	1	0
8. Sexuelle Beziehungen *	0	0	7	0	0	10	0
9. Durchsetzungsvermögen	4	20	3	0	0	0	0
10. Probleme Verstehen	3	18	5	0	0	1	0
11. Optimismus *	4	9	4	0	0	0	0

Legende: \*: bei 10 Patienten < 14 J. kein Item 8 & 11 gefragt;  
Anzahl von 27 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 7/27$ )

### 10.2.1.7 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Therapeuten" - Vivantes-Gruppe

Items	deutlich gebessert	etwas gebessert	nicht verändert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht zu beurteilen	war kein Problem
1. Allgemeine Besserung	8	12	0	1	0	0	0
2. Körperliche Besserung	8	11	1	0	0	0	1
3. Seelische Besserung	7	13	1	0	0	0	0
4. Selbstwertgefühl	1	15	4	0	0	0	1
5. Schulsituation	2	4	9	0	0	0	6
6. Familie	2	18	1	0	0	0	0
7. Freunde	0	9	7	1	0	3	1
8. Sexuelle Beziehungen	0	0	6	1	0	3	11
9. Durchsetzungsvermögen	1	11	7	0	0	0	2
10. Probleme Verstehen	4	11	5	0	0	1	0
11. Optimismus	5	12	2	1	0	0	1

Legende: Anzahl von 21 (gelb unterlegt:  $\geq 25\%$  oder  $\geq 6/21$ )

### 10.2.1.8 Tabelle "Beurteilung der Veränderungen seitens der Therapeuten" - Charité-Gruppe

## 10.3 Die transkribierten Zielformulierungen in der Vivantes-Gruppe

### Legende:

**Fall Nr. - Interner Nummern-Code:** (Alter; Geschlecht (w/m))

Zielnummer. [Code des Therapieziels nach PsyBaDo-Manual]

{ Beurteilung des Ziels zum Ende der Therapie: 1=mehr erreicht, 2=erreicht, 3=teilweise erreicht, 4=nicht erreicht, 5=nicht mehr wichtig, 9=nicht beurteilbar/nicht beurteilt }

Abschrift der einzelnen formulierten Ziele in der Vivantes-Gruppe  
(ggf. inklusive Rechtschreibfehlern!)

Der Text in der hintersten ()-Klammer ist das erfragte Anker-Beispiel zum Therapieziel;

### **Ziel-Transskriptionen:**

#### Fall 1 - 002: Patientin (17J; w):

1. [380] {3} Ich möchte ein normales Essverhalten entwickeln und nicht mehr darüber nachdenken müssen, ob ich jetzt zunehme oder nicht! (Noch merke ich keine große Veränderung! Ich kann den Druck alles erbrechen zu müssen unterdrücken, aber wenn ich es versuche geht es mir schlecht wenn ich mich nicht ritze)
2. [411] {1} Ich möchte den Alkoholkonsum weiterhin untersagen und höchstens einmal im Monat ein Bier trinken, wenn überhaupt. Außerdem möchte ich mir meine Probleme nicht schön saufen (Ich merke es, da es mir körperlich besser geht und wieder mitkriege was um mich herum passiert. Wenn ich mich nicht mehr ritze)
3. [215] {2} Ich möchte kein gestörtes Verhältnis zu meiner Mutter mehr (Wenn ich mit ihr reden kann. Wenn sie mir nicht mehr auf den Wecker geht, wenn sie mit mir redet. Wenn sie mir vertraut.)
4. [115] {3} Ich möchte mehr an mich selber denken und nicht die Probleme anderer in den Vordergrund stellen und mich dabei vergessen (Wenn es mir besser geht. Wenn ich keine Stimmungsschwankungen mehr habe. Wenn ich mich nicht ritze bzw. selbst verletze)
5. [117] {3} Ich möchte lernen über meine Probleme zu reden und nicht alles in mich rein zu fressen (Wenn ich nicht mehr ritze! Wenn ich nicht mehr trinke. Wenn ich nicht mehr erbreche!)

#### Fall 1 - 002: Eltern:

1. [116] {2} Aggressionen/Depressionen abbauen. Andere Meinungen akzeptieren nicht nur ihre (In dem Anne über ihre Probleme redet, kein Anbrüllen, Anschreien, beleidigt sein)
2. [215] {3} Mehr Anteilnahme am Familiären leben auch in der Freizeit, Trägheit überwinden, Familie sollte wichtiger sein wie ihre Freunde (an problemen in der Familie mitarbeiten. 1 ×Monatl. An Veranstaltungen daran teilnehmen. Wünsche äußern. A. muß lernen dass es nicht nur nach ihr geht.)
3. [209] {3} Einschätzen können wenn ihr etwas zu viel ist z. b. wenn man Erkältet ist u. erhöhte Temperatur hat das man zu Hause bleibt (sie redet darüber wenn ihr etwas zu viel ist u. sie versucht bzw. Familie lösungen zu finden)
4. [380] {2} Regelmäßiges Essen, bessere Allgemeinzustand körperlich (Wenn Anne zwei Malzeiten zu sich nimmt z. b. Früh 1 brötchen u. Nachmittags 1 Stulle Joghurt Gemüse)
5. [116] {3} Jungs-(Patienten-Name) muß lernen das die Jungs mit ihr nicht machen können was sie wollen nicht in Depr., Aggr. u. Alkohol verfallen, Unpünktlichkeit dadurch od. überhaupt kein nach hause komme (Wenn ein Junge Schluß macht sich gleich den nächsten zu nehmen für einen Tag, (Name der Pat) pünktl. nach hause kommt, kein Alkoh., od. sie ruft an das sie später kommt)

Fall 1 - 002: Therapeut:

1. [116] {2} Umgang mit depressiven Reaktionsweisen lernen. Affektmodulation fördern
2. [215] {3} Exploration familiärer Ressourcen. Verbesserung der Beziehungsgestaltung in der Familie.
3. [411] {2} Förderung der Abstinenzfähigkeit (Alkohol)

Fall 2 - 003: Patientin (12 J.; w):

1. [214] {3} Das ich besser mit meinem Umfällt klar komme
2. [208] {3} Das ich besser in der Schule Aufpassen kann
3. [215] {3} Das ich kein großen Streit mehr mit meiner Familie habe

Fall 2 - 003: Eltern:

1. [506] {3} Das (Patienten-Name) selbstständiger und gezielter an ihre persönlichen Aufgaben rangeht (Bsp: Wenn wir sehen, das Sie ohne fremde Hilfe diese Aufgaben meistert)
2. [299] {4} Ihr Bewußt zu machen das das Leben viel schöner ist wenn man offen und ehrlich miteinander umgeht (Bsp: Wenn Sie nicht nur belanglos ein ich liebe Dich! Mutti oder Vati hinwirft sondern einen direkt in die Augen sehen kann dabei.)
3. [299] {4} Das Sie lernt normal auf andere Leute zuzugehen ohne sich durch hervorhebende Geschichten wieder ins Abseits zu setzen (Wenn keiner sich mehr über (Patienten-Name) und ihre Geschichten bei uns beschwert und wir ganz normal wie jede Familie einen ruhigen, friedlichen Alltag erleben)

Fall 2 - 003: Therapeut:

1. [207] {3} Besserung der Kommunikation in der Peer-Gruppe
2. [115] {3} Aufbau u. Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
3. [214] {3} Besserung der Selbststeuerung i. S. des adaptiven Sozialverhaltens
4. [214] {2} Adäquate Selbstdarstellung und Abgrenzung von anderen

Fall 3 - 005: Patientin (9 J.; w):

1. [214] {2} Ich möchte mich durchsetzen
2. [208] {3} Ich möchte gut in der Schule sein und Freunde haben
3. [215] {1} Ich möchte das es mir und meine Familie gut geht

Fall 3 - 005: Eltern:

1. [111] {3} Mehr Selbstbewusstsein; freies Sprechen, selbstständiges Handeln (selbstständige Unternehmungen außer Haus, lesen)
2. [214] {3} Sozialverhalten: bessere Kontaktaufnahme zu anderen Kindern (Auf andere zugehen, freies auftreten und sich durchsetzen)
3. [209] {2} Ständiges gehäule (bei Kleinigkeiten) (keine Gehäule (fast keine), mit Kritik umgehen)
4. [208] {2} Konzentrationsschwäche/nicht zuhören/beim problemauftritt schnelles Abschalten (Schwierige Aufgaben versuchen zu lösen! (nicht gleich aufgeben))
5. [208] {2} Kein Mengen und Zeit verständnis (z. B. Die Uhr lernen ist wichtig) (wenn mein Kind sagen kann: „Heute vormittag habe ich mein Zimmer aufgeräumt.“

Fall 3 - 005: Therapeut:

1. [103] {1} Abbau der sozialen und spezifischen Ängste (Meidung von Essen und Schmutz)
2. [115] {2} Differenzierung der Eigen- und Fremdwahrnehmung; Förderung der basalen Wahrnehmung
3. [214] {3} Aufbau altersgerechter Interaktions- und Copingstrategien
4. [111] {2} Aufbau der Selbstsicherheit
5. [501] {1} Förderung des elterlichen Krankheitsbildes/der elterlichen Krankheitsbewältigung/Aufbau eines Hilfeplanes

Fall 4 - 006: Patientin (13 J.: w):

1. [103] {3} Ich möchte nicht mehr vor meiner Klasse angst haben und mich hintrauen
2. [111] {2} Ich möchte selbst sicherer werden

Fall 4 - 006: Eltern:

1. [378] {2} Das (Name der Pat) freiwillig alleine ins Bett gehen und die Nacht auch alleine schlafen kann (Wenn dies 14 Nächte in Folge funktioniert hat)
2. [111] {3} Nicht mehr alles auf sich (und dann auch noch negativ) beziehen (wenn (Name der Pat) Bus fährt ohne das Gefühl zu haben, verschiedene (in ihren Augen sicher starke) Leute schauen sie an („komisch“ an). Oder (Patienten-Name) steht an einer Ampel und wartet, andere Leute lachen, und sie glaubt nicht sofort, dass sie ausgelacht wird.)
3. [506] {3} Das (Patienten-Name) alleine etwas einkaufen, oder spontan shoppen geht, ohne dass eine ihrer Schwestern oder ihre Freundin oder wir sie begleiten muß/müssen. (Wenn sie mindestens 1 Monat mal ein paar Johghurts, Milch od. Ähnliches alleine einkaufen geht, ohne endlos darüber zu verhandeln, dass jemand mitgehen muß.)
4. [110] {3} Bei Spielen locker mitspielen, freiwillig, mit der Akzeptanz des Gewinnens und Verlierens (wenn sie mitspielt ohne lange vorher darum gebeten zu werden, und wenn sie am verlieren ist ohne zu weinen od. gegen Mitspieler aggressiv zu reagieren, c'est la vie.)
5. [103] {2} das sie täglich zur Schule geht (auch unter den Aspekten der Ziele 1-4), ohne zu weinen und ohne sich am Ende von Ferien (und Sonntagsabends) krank zu fühlen und die Nacht wach bleiben zu müssen. Sicheres Auftreten erwünscht. (Funktionierenden Schulbesuch, auch über künftige Ferienzeiten hinweg. Kein Weinen mehr über mehrere Schulstunden hinweg.)

Fall 4 - 006: Therapeut:

1. [103] {2} Abbau von Ängsten und Depressionen (mehr Offenheit im Sozialkontakt. Mehr Selbstsicherheit in der Darstellung autonomer Wünsche, Bedürfnisse. Abbau depressiver Denk- und Handlungsmuster. Abbau des Meidungsverhaltens.)
2. [117] {2} adäquatere Darstellung emotionaler Bedürfnisse u. Befindlichkeiten/adäquater Ausdruck (Abbau demonstrativer Ausdrucksverhalten/Abbau des massiven Rückzugsverhaltens/Verbalisierungsrate steigt und führt nicht zu Dekompensation)
3. [115] {3} Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung (Abbau von schwarz-weiß/zu stark polarisiertem Denken, Aufbau v. Kompromissfähigkeit)
4. [143] {3} Erwerb adäquater Selbstdarstellung und Problemlösestrategien/Entwicklung von Eigenaktivität (Offenheit im Kontakt. Darstellung v. Problemen/ Toleranz gegenüber Frustration – Entwicklung von Lösungsschritten)
5. [506] {3} Mobilisierung v. Ressourcen/ Aktivitäten entwickeln. Positives Selbst und Autonomie fördern

#### **Fall 5 - 010: Patientin (14 J.; w):**

1. [103] {3} Es schaffen mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Selbstbewusster und selbstsicherer werden (Schule, Clique). Mir nicht alles zu Herzen zu nehmen. (Bsp. Es schaffen in die TK alleine zuzufahren. Mir nicht alles gefallen zu lassen. Frust und Schmerz auseinander halten zu können)
2. [214] {2} mich mehr um meine Probleme zu kümmern. es schaffen in die Schule wieder zu gehen. nicht immer raus gehen bei Problemen (Wenn ich mich nicht um andere kümmere. Das ich wieder problemlos zu Schule gehen kann. da bleiben. Probleme diskutieren mit oder ohne Hilfe.)
3. [111] {3} sagen wemns reicht. Scherz und Ernst auseinander halten. Zwänge bekämpfen. (Sagen wemns mir reicht. Wenn ich auch mal wieder lachen über Scherze. Keine Zwänge mehr haben oder unter Kontrolle haben können.)
4. [214] {3} sagen was mich stört. Von andern die Meinung akzeptieren. Mich mehr zurückhalten und mich nicht einmischen (sagen wenn es reicht und das dies mich jetzt stört das ich einfach die Meinungen akzeptiere. das möchte ich ja auch. ruhiger werden.)
5. [103] {2} versuchen mit meinen Ängsten umzugehen. Keine Angst mehr vor der Angst haben. mit gleichaltrigen besser verstehen. einfach gesund werden. (die Angst in den Griff bekommen. gleichaltrige vielleicht besser zu verstehen zu können. umgekehrt auch. einfach gesund werden)

#### **Fall 5 - 010: Eltern:**

1. [103] {1} Mit den Ängsten umzugehen (Öffentliche Verkehrsmittel) (Wenn (Patienten-Name) Ausgeglichen ist.)
2. [214] {1} Mit Problemen besser umzugehen (Schule, Lehrer) (Sie mehr Spaß am Leben zeigt.)
3. [207] {3} Konflikte besser lösen (Mit Freunden, Jugendlichen u. Erwachsenen) (Wenn Sie sich nicht alles zu Herzen nimmt.)

#### **Fall 5 - 010: Therapeut:**

1. [103] {2} Abbau von ängstlichen Vermeidungsverhalten (mit Bussen und Bahnen fahren zu können)
2. [104] {2} Emotionale Stabilisierung. Abbau von Angst und Depressionssymptomen
3. [214] {3} Aufbau sozialer Kompetenzen (Nicht-raus-Rennen bei Streit; Nicht Brüllen bei Konflikten; Auf den anderen eingehen. Kritik vertragen)

#### **Fall 6 - 012: Patient (9 J.; m):**

1. [299] {2} Daß ich nicht immer widerspreche
2. [108] {2} Daß ich nicht immer böse bin
3. [210] {3} Daß ich mich nicht immer einmische

#### **Fall 6 - 012: Eltern:**

1. [207] {2} Einfügen in die Gruppengemeinschaft (Umgang in der Gruppe, Bestandteil der Gruppe)
2. [208] {2} Konzentriertes Arbeiten im Unterricht (Nach Rücksprache mit der Lehrerin)
3. [210] {3} Respekt den Erwachsenen gegenüber (Umgang mit den Erwachsenen, nicht dazwischen reden, sich benehmen.)

#### **Fall 6 - 012: Therapeut:**

1. [299] {2} Akzeptanz von Autorität; Befolgen von Regeln
2. [210] {1} Abbau von Impulsivität & Mittelpunktstrebigkeit (Nicht mehr so häufig dazwischenreden; Anderen den Vortritt lassen können)

3. [208] {2} Förderung der Ausdauer im Spiel und Schule

4. [215] {3} Klärung der familiären Ressourcen; Unterstützung des Kindesvaters, Beratung hinsichtlich klarer Erziehungsstrukturen

**Fall 7 - 015: Patientin (14 J.; w):**

1. [215] {4} Das sich das Verhältnis zu meinen Eltern verbessert (Das ich mit meinen Eltern reden kann)

2. [215] {3} Das ich mich auch freue wenn ich nach Hause gehe/bin (Das ist jetzt auch, weil ich mich mit meinen Eltern unterhalte u.s.w.)

**Fall 7 - 015: Eltern:**

1. [214] {4} Entwicklung von mehr Persönlichkeit (vertritt trotz Kritik ihre Meinung/ zieht sich bei Problemen nicht zurück/ schottet sich nicht ab von „unangenehmen“ Menschen, Situationen)

2. [502] {4} „Gesunde Lebensweise“ (Geregelter Tagesablauf (nicht ewig draußen sein)/ regelmäßiges Essen)

3. [299] {4} Vertrauen wieder aufbauen (Keine Lügen mehr/ es wird sich an Absprachen gehalten)

4. [215] {4} etwas Familiensinn (wäre gut) (auch andere Familienmitglieder werden gesehen, und Bedürfnisse, Wünsche werden erkannt + beachtet)

5. [111] {4} etwas mehr Eigeninitiative (man kämpft für das was man will/ „Für“ und „wieder“ kann abgewogen werden z. B. in Diskussionen/wenn nötig können auch andere Meinungen akzeptiert werden)

**Fall 7 - 015: Therapeut:**

1. [104] {3} emotionale Stabilisierung (Abbau depressiver Symptomatik) (Mehr Lebensfreude, mehr Aktivitäten, Lust an Unternehmungen, positive Zukunftsplanung)

2. [215] {3} Verbesserung der familiären Beziehungen (Kommunikation und Konfliktfähigkeit) (Familie spricht mehr miteinander, nimmt sich Zeit zur Auseinandersetzung)

\*[015, Kommentar des Patienten zu Item Veränderung der sexuellen Beziehungen: War nicht mein Problem („Das geht sie nix an!“)

**Fall 8 - 020: Patientin (14 J.; w):**

1. [114] {9} Nicht mehr ritzen (Wenn ich es nicht mehr tue)

2. [111] {4} Mich durchzusetzen (Wenn ich auch nein sagen kann)

3. [413] {2} Nicht mehr kiffen! (Wenn ich die Finger davon lassen kann)

4. [214] {2} Auch mal an mich denken und nicht nur an andere (Wenn ich mir weniger Sorgen um andere mache)

**Fall 8 - 020: Eltern:**

1. [110] {4} Steigerung des Selbstbewusstseins, Selbstwertgefühl (Sich selbst als wichtig sehen und so zu akzeptieren wie man ist)

2. [199] {4} Realitätsbewusstsein (Gedanken über das wesentliche, die Realität wahrnehmen und lernen das Beste draus zu machen (Schule, Beruf, etc.))

3. [143] {3} Positives Denken (Überlegen wie kann ich ein Problem lösen und es versuchen ohne dran zu zweifeln)

4. [111] {2} Es gibt weder gute noch böse Geister die uns lenken oder zu Gedanken zwingen, es

kommt alles aus dem eigenen Kopf. (Das zu erkennen und damit umgehen das jeder für sich selbst ein großen Teil der Verantwortung trägt)

5. [114] {4} Selbstverletzungen zu stoppen (Keine Wunden mehr!)

#### Fall 8 - 020: Therapeut:

1. [114] {3} Abbau von Selbstverletzungen. Umgang mit Stimmungsschwankungen
2. [215] {4} Exploration von familiären Ressourcen. Verbesserung der Beziehungsgestaltung
3. [214] {3} Erlernen von Copingstrategien im Sozialverhalten. Besserung der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit (Nicht Raus-Rennen bei Streit oder Türen schlagen und im Gespräch zuhören)
4. [413] {2} Abstinenz von Cannabisabusus

#### Fall 9 - 021: Patientin (15 J.; w):

1. [114] {4} Weniger Selbstverletzen (wenn es weniger wird, beziehungsweise ganz aufhören)
2. [143] {3} Ich möchte lernen dauerhaft und über längeren Zeitraum mit meinen Problemen klar zu kommen. (das es mir allgemein besser geht)
3. [391] {4} Ich möchte körperlich wieder richtig Belastbar sein. (Das ich mich wieder richtig konzentrieren kann, auch über längere Zeit.)
4. [214] {3} Mich von Problemen anderer abgrenzen zu können. (Das ich mich nicht mehr so um andere sorge, so dass ich die Probleme nicht zu meinen Problemen mache.)
5. [125] {4} wieder in die Zukunft kucken zu können. (Zukunft planen, Spaß am Leben zu haben)

#### Fall 9 - 021: Eltern:

1. [114] {3} (Patienten-Name) muss sich selbst und insbesondere ihren Körper akzeptieren. (Ritzdruck reduziert, „normales“ Essverhalten insbes. vielseitige Ernährung)
2. [125] {9} (Patienten-Name) denkt privat und beruflich zukunftsorientiert. (Sie sucht und findet Freunde, sie macht sich über Berufsausbildung Gedanken.) {nicht beantwortet}

#### Fall 9 - 021: Therapeut:

1. [114] {3} Emotionale Stabilisierung (Abbau von Selbstverletzung und depressiver Kognitionen)
2. [143] {3} Verbesserung der Konfliktfähigkeit, konstruktive Auseinandersetzung, bessere Verbalisierung, Empathie
3. [599] {3} Hinführung an ambulante Hilfsmaßnahmen, bzw. stationäre Anschlussheilbehandlung, multimodale Jugendhilfseinrichtung

#### Fall 10 - 024: Patient (16 J.; m):

1. [214] {3} Durchsetzungsvermögen (Wenn ich meine Meinung zu was sagen)
2. [208] {5} Schule (lernen, guten Abschluss) (Wenn ich mein Zeugnis bekomme und da steht gut drauf.); {\* entschied sich im Verlauf, die Schullaufbahn vorzeitig zu beenden}

#### Fall 10 - 024: Eltern:

1. [111] {4} Selbstvertrauen. (Wenn er an sich glaubt.)
2. [214] {3} Durchsetzungsvermögen. (Zu Hause versucht er es, aber er hat es mit 2 Frauen nicht leicht)

3. [510] {3} Unternehmungslust (Wenn er mehr mit seinem Freund unternimmt);

Fall 10 - 024: Therapeut:

1. [206] {4} Aufbau sozialer Kompetenz (Auf andere zugehen, Verabredungen treffen, sich austauschen, reden)
2. [215] {4} Verbesserte fam. Beziehungsgestaltung (Bedürfnisse äußern, Konflikte benennen und gemeinsam lösen)
3. [208] {3} Klären der schul. (berufl.) Perspektive (aktive Auseinandersetzung (z. B. mit Lehrer reden, Rat einholen), sich entscheiden (Schule oder andere Möglichkeiten))

Fall 11 - 025: Patientin (14 J.; w):

1. [103] {2} Selbstständiger werden (S-Bahn, U-Bahn, etc. fahren können) (Ich kann wieder ohne Probleme mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren)
2. [111] {1} Meine Ängste bekämpfen (Ich bin viel selbständiger geworden und unternehme endlich wieder was alleine oder mit Freunden)

Fall 11 - 025: Eltern:

1. [103] {2} Keine Ängste (Keine Übelkeit mehr)
2. [208] {3} Wieder zur Schule gehen (Bahn fahren)
3. [506] {2} normales Leben (Am Alltag teilnehmen)
4. [214] {2} nicht so sehr Beeinflussbar (Mehr selbstbewusst sein)

Fall 11 - 025: Therapeut:

1. [103] {2} Fahren mit öffentlichen Verkehrsmittel
2. [199] {3} Alleine Zuhause schlafen können
3. [501] {3} Umgang mit Angstanfällen (Entspannung, kognitive Einsicht)
4. [599] {4} Aufklärung der Familienmitgliedern zur Angstsymptomatik, Besserung der innerfam. Hilfen diesbezüglich
5. [208] {3} Erfolgreiche Schulintegration; Besuch der Schule; Abbau v. sozialphobischen Anteilen (In der Klasse Widerspruch aushalten)

Fall 12 - 047: Patienten (13 J.; w):

1. [114] {3} Ich möchte mich nicht mehr selbstverletzen! (wenn ich mich nicht mehr verletze (und das gut finde))
2. [113] {3} Ich möchte weg von meinen Suizidgedanken kommen! (wenn ich keine mehr habe)

Fall 12 - 047: Eltern:

1. [114] {2} Mein Kind in die Lage zu versetzen mit SVV orientiert und offen umgehen zu können. (an erlernten Ersatzhandlungen, Gespräche)
2. [113] {2} Mein Kind soll lernen mit Suizidgedanken orientiert und offen umgehen zu können (darüber zu sprechen, veränderte Lebenseinstellung)
3. [301] {4} Festzustellen, in wie weit ihr psych. Zustand durch ein organ. Erkrankung bedingt verstärkt auftritt (wenn bei Behandlung einer entspr. Org. Erkrankung sich der seel. (psych.) Allgemeinzustand bessert)

Fall 12 - 047: Therapeut:

1. [208] {2} Reintegration in die Schule u. Familie – bei Erhöhung des psychosozialen Funktionsniveaus
2. [104] {3} Abbau depressiv-ängstlicher Selbst- und Fremdwahrnehmung (Abbau dysfunktionaler Überzeugungen – Aufbau v. Hoffnung/Wahrnehmungsdifferenzierung – Erhöhung d. Aktivität + soz.+ emot. Offenheit)
3. [114] {2} Abbau selbstverletzenden Verhaltens
4. [215] {2} Mobilisierung familiärer Ressourcen – Diagnostik der famil. Interaktionen + Suche nach Verbesserung

Fall 13 - 056: Patient (8 J.; m):

1. [214] {1} Weniger ein Clown sein. (Ein gewisses Maß, ein bisschen Spaß und dann ist Schluss) –
2. [387] {3} Weniger wiegen (aktuell 42,4 kg)
3. [206] {2} Lernen, Freunde zu finden, die einen nicht ausnutzen

Fall 13 - 056: Eltern:

1. [110] {3} Steigerung des Selbstwertgefühles (ist stolz auf seine Leistungen, macht sich nicht mehr selbst madig.)
2. [208] {2} Konzentrationsfähigkeit steigern (- bringt auch Sachen zu Ende, die ihm weniger Spaß machen. – verfolgt aktiv das Schulgeschehen)
3. [214] {2} Umgang mit Gleichaltrigen Kindern, mit denen er ständig zusammen ist (Schule/Hort) (findet echte Freunde, die er sich nicht mehr erkauft.)

Fall 13 - 056: Therapeut:

1. [214] {1} Adäquater in sozialen Gruppen reagieren (z. Bsp. Abnahme der Clownerie, „Entensprache“)
2. [117] {2} Abnahme v. parathymen Verhalten & Ausdrucksweise (Mimik, Gestik) (Weniger Albern in Anspannung, Kongruenz zw. Verbaler Mitteilung und Gefühl)
3. [110] {2} Verbesserung des Selbstwertgefühls
4. [215] {3} Eine Zunahme von Bedürfnisorientiertem Umgang der Eltern mit Nigel; Grenzen und Empathie (z. Bsp. an der Art der Fragen der Eltern, Schilderungen von und zu Nigel)
5. [208] {2} Verbesserung der Konzentration; Fokussierung/Einlassen auf eine Aufgabe

Fall 14 - 061: Patientin (17 J.; w):

1. [380] {3} Essstörung in den Griff bekommen. (Nicht täglich an´s Essen denken, Essen wenn ich Hunger habe (Regelmäßig))
2. [378] {3} Keine Schlafstörungen (Durchschlafen und schnell Einschlafen, keine schlechten Träume mehr)
3. [208] {2} Keine Konzentrationsschwäche mehr haben (mehr Geduld, keine Perfektionistin sein, schulfähig sein)

Fall 14 - 061: Eltern:

1. [410] {2} Keine Drogen mehr nehmen
2. [116] {4} Daß sie etwas ruhiger wird. Nicht so schnell aufbrausen, nicht so aggressiv sein.

3. [210] {4} Daß sie auch Mal Verständnis für andere hat und Kritik vertragen kann;

Fall 14 - 061: Therapeut:

1. [116] {3} bessere Affektsteuerung (Strategien verinnerlichen für Anspannungssituationen)
2. [116] {2} ausgeglichene Stimmungslage (weniger extreme Hochs und Tiefs, weniger schneller Wechsel)
3. [382] {2} Regulierung des Essverhaltens (Abnahme der Eß-/Brechanfälle)
4. [150] {2} verbesserte Einsicht in eigene Anteile, verbesserte Reflexionsfähigkeit (bessere Kommunikation (problemorientiert))

Fall 15 - 063: Patient (10 J.; m):

1. [117] {2} Ich möchte mehr über meine Probleme und Lösungen sprechen; V. a. mit meiner Mutter

Fall 15 - 063: Eltern:

1. [117] {3} Über Probleme reden können, die er mit uns oder anderen hat. (Kann teilweise über Probleme reden mit uns die er hat, z. B. wenn er mit was nicht einverstanden ist sagt er es uns.)
2. [506] {3} Mehr Ordnung und Pünktlichkeit (Mehr Ordnung klappt schon sehr gut bei Pascal und Pünktlichkeit sich verbessert hat und er sein Kinderzimmer aufräumt)

Fall 15 - 063: Therapeut:

1. [215] {2} Verbesserung der Empathie aller (!) Familienmitglieder; Förderung der Fremdwahrnehmung
2. [110] {3} Verbesserung der Selbstbildes und der Selbstwertregulation (Abbau der narzisstischen Größenphantasien)
3. [215] {3} Abbau des rigiden elterlichen Erziehungsstils und der übermäßigen Kontrolle

Fall 16 - 064: Patient (10J; m):

1. [108] {2} Daß ich nicht so oft aggressiv werde (Meine Schwester nicht so oft haue);

Fall 16 - 064: Eltern:

1. [110] {3} Festigung des Selbstwertgefühls von (Patienten-Name): Hilfe bei der Entdeckung seiner Begabungen und Talente und Bedeutung für ein sinnvolles Leben. (Wenn (Patienten-Name) Fehler macht und ihm Sachen nicht gelingen oder er von anderen Menschen verletzt wird, daß er nicht wieder Selbstmordgedanken verfällt)
2. [599] {2} Auseinandersetzung mit der Trennung und Alkoholkrankheit des Vaters. Erklärung wie Alkohol auf den Körper wirkt und wie es zur Sucht kommt und den Charakter oder die Seele verändert. (Vor ca. 4 Monaten weinte (Patienten-Name) und sagte: Er weiß nicht, ob er es verkraftet, wenn sein Vater nicht zu uns zurückkommt. Daß er sein Leben nicht von der Entscheidung des Vaters abhängig macht.)
3. [108] {2} Besserer Umgang mit den Gefühlen Wut, Zorn, Gewalt; seine Wut nicht an seiner Schwester auszulassen. (Wenn seine Schwester ihn ärgert, daß er sie nicht gleich schlägt oder nicht die ganze Schuld für das Verlassenwerden der Freundin des Vaters gibt. Andere Möglichkeiten entdeckt, sich zu wehren.)
4. [215] {3} (Patienten-Name) soll die Rolle erkennen, die er in der Familie hat und Grenzen anzuerkennen, die ich ihm vorgebe. Aufgaben, die ich ihm gebe, sollen schneller ohne Murren erfüllt werden. ((Patienten-Name) soll Kind sein und nicht versuchen, die Vaterrolle einzunehmen oder die Schuld auf sich zu nehmen, z. B. bei der Erziehung seiner Schwester sich nicht einzumischen und mich als Mutter zu respektieren.)

5. [378] {1} Hilfe bei der Problematik des Einschlafens – Schlafstörungen. Bessere Gestaltung seiner Freizeit zu Hause ohne Fernseher oder Game-boy. (Wenn (Patienten-Name) innerhalb einer halben Stunde einschläft. (Patienten-Name) kann sich zu Hause schlecht selbst beschäftigen, er langweilt sich schnell und will dann Fernsehen oder nur Game-boy spielen – kreative Einfälle)

Fall 16 - 064: Therapeut:

1. [215] {3} Eine Begrenzung der Parentifizierung v. (Patienten-Name) durch die Kindesmutter/Kindeseltern. (Eine Abnahme von (nächtlichen) Gesprächen zwischen Mutter und Kind über Probleme der Erwachsenen.)

2. [215] {2} Eine Besserung der Wahrung von kindgerechter Privatsphäre durch die Eltern (Das er autonomer über die Verfügung seines Zimmers entscheiden kann; Weniger Mitnutzung seines Zimmers (Schlafen, Schrank))

3. [214] {3} Eine Besserung der altersadäquaten Interaktion u. Kommunikation (Sich weniger über andere Kinder lustig zu machen; Weniger clownesk zu sein.)

Fall 17 - 065: Patientin (13 J.: w):

1. [126] {3} Nicht mehr so viel nachdenken (z. B. oder besser vor allem nicht über (Patienten-Name)) (Wenn ich (Patienten-Name) begegne/sehe verschlechtert sich nicht so oft meine Laune (seltener))

2. [215] {3} Besser mit meinen Eltern klar kommen (nicht mehr so viel streiten) (Ich bin in eine Krisen-Einrichtung gekommen)

Fall 17 - 065: Eltern:

1. [104] {3} (Patienten-Name) soll ausgeglichener und glücklicher werden! ((Name der Pat) wird dann fröhlicher sein und mit ihrer Familie etwas unternehmen möchten. Sie sollte dann nicht nur noch mit Freunden „rumhängen“ wollen. Ihre Einschlafprobleme sollten sich verbessern.)

2. [215] {3} (Patienten-Name) sollte offener zu uns werden und nicht immer verstockt sein, wenn man sie nach ihren Wünschen, ihrem Wohlbefinden oder ihren Belangen fragt. ((Name der Pat) sollte sich mehr uns anvertrauen und über ihre Sorgen und Probleme reden. Wir möchten ihr 1. Ansprechpartner sein.)

3. [209] {2} (Patienten-Name) sollte bei Niederschlägen bzw. Rückschlägen stark genug sein, diese zu verkraften und lernen mit solchen Situationen umzugehen. (In Stresssituationen sollte sie nicht vollkommen zusammenbrechen, sondern sich bei ihren Eltern Trost suchen und gestärkt daraus hervorgehen.)

Fall 17 - 065: Therapeut:

1. [104] {2} Abbau der Depressivität (- Verringerung depressiver Sicht auf sich u. andere/ Abbau v. Pessimismus/ Aufbau optimistischer Sicht.)

2. [506] {2} Aufbau v. Aktivitäten / Ressourcenaktivierung (Teilnahme an therapeut. Aktivitäten / Reintegration in ambulantes Milieu/Freizeit)

3. [115] {2} Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung ( - Differenziertere Sicht auf Ereignisse, Differenziertere Urteilsbildung – Abbau dysfunktion. globalisierender Gedanken)

4. [214] {3} Entwicklung alternativer Verhaltensmuster i. S. der Verh.-modifikation (- Verbesserung der Kooperation / - Abbau des Weglaufens/ Meidens / - Verbesserung der Kommunikations und Problemlösefähigkeit)

Fall 18 - 066: Patient (17 J.: m):

1. [410] {2} Abstinenz von Drogen und Alkohol (wenn ich kein Verlangen nach Drogen und Alkohol verspüre und wenn ich für beides nicht mehr anfällig bin)

2. [396] {1} Müdigkeit bekämpfen (wenn ich nicht mehr das Gefühl habe jede Minute einzuschlafen)
3. [391] {2} Konzentration steigern (wenn ich nicht minutenlang über bestimmte Dinge nachdenken muss und mich bei Aufgaben, Gesprächen, etc. konzentrieren kann)
4. [506] {1} Belastbarkeit steigern (Wenn ich mich nicht mehr tagelang aufrappeln muss, um bestimmte Dinge zu tun und nicht bei der geringsten Tätigkeit erschöpft bin.)

Fall 18 - 066: Eltern:

1. [410] {2} Abstinenz von Drogen und Alkohol
2. [104] {1} Bekämpfung der Depression (stabile positive Stimmung)

Fall 18 - 066: Therapeut:

1. [410] {2} erfolgreicher Entzug von Drogen / Alkohol (Abstinenzfähigkeit, trinkt keinen Alkohol bzw. nimmt keine Drogen in übermäßigen selbstschädigendem Ausmaß)
2. [104] {3} emot. Stabilisierung: Abbau depressiver Symptome (Mehr Interesse, mehr Antrieb, bessere Belastbarkeit im Alltag)
3. [126] {4} Verarbeitung des Verlustes des Vaters in der Familie durch Einzel/Eltern/Familiengespräche (lässt Trauer zu, beginnt Abschied zu nehmen)

Fall 19 - 067: Patientin (8 J.; w):

1. [108] {1} Daß ich nicht so oft ein Wutanfall kriege oder so schnell reagiere

Fall 19 - 067: Eltern:

1. [208] {3} soziale Integration im schulischen Bereich
2. [108] {3} das (Patienten-Name) ihre Aggressionen steuern kann
3. [506] {4} Vielleicht mehr Ordnung in ihrem Zimmer halten

Fall 19 - 067: Therapeut:

1. [215] {3} Eine Besserung d. kindgerechten Umgangs und der Empathie der Kindesmutter mit (Name der Pat) (Wenn z. B. (Patienten-Name) Wünsche, den ehemaligen Lebenspartner zu sehen, nicht als pathologische „Verschlechterung“ gesehen werden.)
2. [116] {2} Eine Besserung der Frustrationsintoleranz und Affektkontrolle bei Frustration (Weniger stark u. schnell losschreien, wenn die Dinge nicht erwartungsgemäß zutreffen, die sie sich wünscht.)
3. [214] {2} Eine Besserung der Konflikt- u. Kommunikationsfähigkeit bei Disputen (Wenn sie konträre Meinungen/Wünsche konstruktiver verbalisieren könnte, ohne sich gleich in der Person angegriffen zu fühlen.)

Fall 20 - 069, Patientin (16 J.; w):

Patientin wünschte explizit keine Veröffentlichung des Wortlautes ihrer individuellen Therapieziele (!) unter sonstiger Einwilligung zur Studienteilnahme (Können ggf. beim Autoren eingeschaut werden) - nur die Kodierungen und Beurteilungen werden angegeben

1. [207] {2}

Fall 20 - 069: Eltern:

1. [362] {2}
2. [207] {2}

3. [206] {2}

Fall 20 - 069: Therapeut:

1. [362] {2}

2. [110] {2}

3. [214] {9}

4. [108] {3}

5. [111] {2}

**Fall 21 - 071: Patientin (17 J.; w):**

1. [209] {2} besser mit Stress umgehen (z. B. wenn bei Ausbildung etc. Stress ist besser umgehen zu können)

2. [207] {1} wenn jemand Kritik oder so zu mir sagt es nicht mehr so persönlich zu nehmen

Fall 21 - 071: Eltern:

1. [380] {3} Beseitigung der Essstörungen (Verhalten nach den Mahlzeiten)

2. [127] {2} Beseitigung der psychischen Probleme ((Patienten-Name) soll wieder Freund am Leben haben. Auch ohne Leistungssport ist man anerkannt.

3. [390] {3} Einstellung zum Körpergewicht ((Patienten-Name) kann wieder in den Spiegel schauen und wird feststellen, dass sie nicht „dick“ ist. Die Waage kann es bestätigen.)

Fall 21 - 071: Therapeut:

1. [382] {2} geregeltes Essverhalten (keine bzw. sehr verminderte Essattacken bzw. Erbrechen)

2. [104] {2} emot. Stabilisierung (Abbau depr. Symptome) (verminderte depr. Symptome / mehr Lebensfreude, Aktivität)

3. [110] {3} Selbstwertstabilisierung (mehr Meinung, aktiv Meinung vertreten / Gefühle äußern)

**Fall 22 - 073: Patient (13 J.; m):**

1. [208] {3} besser konzentrieren und besser in der Schule werden (ich würde nicht dauernd aus den Fenstern kucken);

Fall 22 - 073: Eltern:

1. [110] {2} Stärkung seines Selbstwertgefühls (Sicheres Auftreten seines Gegenüber, ohne Arrogant zu werden)

2. [208] {3} Konzentration zu stärken (schnelleres u. erfolgreiches Erledigen der Hausaufgaben od. Leistungskontrollen)

3. [214] {2} Seine Gedanken gezielter anzuwenden, sich nicht vom Weg abbringen lassen (gut überlegtes Durchsetzungsvermögen)

4. [210] {3} Gute Gespräche führen, z. B. wichtige Themen – (Name der Pat) macht sich über alles und unwichtige Gedanken und verliert dabei den Überblick bzw. die Zusammenhänge (sein Gegenüber ausreden lassen, ihn zu achten bzw. beachten)

5. [214] {2} Seine Verkrampfungen u. Anspannungen nachzugeben (- ein guter Verlierer im Spiel ist/ - ein Nein akzeptiert)

Fall 22 - 073: Therapeut:

1. [501] {3} Erarbeitung eines individuellen Krankheitsverständnisses/-bildes (Wahrnehmen/Verinnerlichen eigener Stärken im Kontrast zu umschriebenen Schwächen (Dyskalkulie)
2. [214] {3} Mobilisierung individueller Stärken im sozialen Kontext (- Verbesserung der sozialen Interaktion und sozialen Kontaktfähigkeit (Beschäftigung mit anderen/ gemeinsame Aktion/Themen)
3. [599] {3} Aktivierung ambulanter/ stationärer Helfersysteme zu langfristigen Weiterbehandlung des Jugendlichen. (Offenheit des Jugendamtes für den spezifischen Therapiebedarf – Installation komplexer päd-therapeutischer Hilfen)
4. [401] {2} Gegebenenfalls Optimierung der medikamentösen Behandlung
5. [207] {3} Verbesserung der Selbststeuerung und der sozialen Adaptationsfähigkeit (- Stärkeren Bezug des eigenen Handelns an Umfeld/ - Verbesserung der Beziehung zu Peers)

**Fall 23 - 076: Patientin (15 J.; w):**

1. [126] {3} den Tod von meiner Oma akzeptieren (Das ich nicht mehr so oft im Schlaf oder am Abend weine.)
2. [215] {4} Meine Beziehung zu Eltern und Geschwistern zu bessern. (Nicht mehr so viel Stress und Streit in der Familie)
3. [209] {2} Meine Aggressionen zu bewältigen (z. B.: Wenn jemand etwas schlimmes wie z. B. Hure o. ä. sagt, nicht mehr darauf reagieren und zuzuschlagen.)

**Fall 23 - 076: Eltern:**

1. [214] {4} Mit anderen Reden (Probleme) (Das Absprache einhalten)

**Fall 23 - 076: Therapeut:**

1. [215] {2} Bewältigung der mit der TK-Aufnahme verbundenen Belastung in der Familie u. für die eigene Person (- Abbau v. Konfliktpotential in der Familie – Entwicklung v. familiären Ressourcen u. Positive Konfliktbewältigungsstrategien entwickeln in der TK)
2. [116] {2} Emotionale Stabilisierung (- Verringerung emotional zu starker Reaktionen – Erhöhung der Toleranz gegenüber Frustration.)
3. [141] {2} Differenzierung der Selbst- u. Fremdwahrnehmung (Abbau globalisierender, diffuser Urteilsbildung und Denkens)

**Fall 24 - 077: Patientin (15 J.; w):**

1. [130] {3} Ich möchte meine Vergangenheit aufarbeiten, damit Probleme von Damals nicht immer erneut „hochkommen“, wenn neue Probleme auftauchen und diese verstärken (- Dass ich mit neuen Problemen/ Situationen besser zurecht komme)
2. [410] {2} Keine Drogen mehr einzunehmen - Dass ich weder den Drang pflege, daran zu denken oder einzunehmen
3. [113] {2} Zukunftsängste mindern und Todesgedanken (- Dass sich die Gedanken mindern.)
4. [114] {3} Keine Selbstverletzungen mehr

**Fall 24 - 077: Eltern:**

1. [110] {4} Verbesserung des Selbstwertgefühls ((Patienten-Name) würde auch mit 1-2 Pickeln noch unter Menschen gehen)
2. [143] {3} Erlernen von Mechanismen zur Problembewältigung (Bei (Patienten-Name) würden dann bei Auftreten eines Problems nicht immer alle Probleme hochkommen, die sie dann zu überwinden)

drohen.)

3. [114] {2} Druckabbau ((Patienten-Name) würde mit Ritzen aufhören u. nie Suizidgedanken erwägen)

4. [391] {3} Verbesserung von Konzentration, Ausdauer u. Sorgfalt ((Patienten-Name) würde mit innerer Ruhe Aufgaben, aber auch freiwillig gewählte Dinge (z. B. Sport o. ä.) kontinuierlich durchführen können.)

5. [127] {3} Entwickeln von Interessen u. Freude am Leben (Wenn (Patienten-Name) wieder an gemeinsamen Aktivitäten mit Freunden o. in der Familie teilnimmt.)

#### Fall 24 - 077: Therapeut:

1. [104] {2} Abbau der Depressionen (- Verbesserung der Stimmung/ Abbau allgemeiner Resignation und Negativsicht auf sich u. andere)

2. [143] {3} Aufbau von Konfliktbewältigungsstrategien (- Geringer emotionale Anspannung bei Schwierigkeiten/ Widerständen)

3. [115] {3} adäquate kongruente Selbstdarstellung – adäquate Darstellung autonomer Wünsche u. Bedürfnisse (Abbau der Fassadenhaftigkeit – Aufbau von Selbstkongruenz u. Echtheit)

4. [114] {2} Emotionale Stabilisierung (Reflexion emotionaler Befindlichkeit u. Bedürfnissen – Abbau v. selbstverletzendem Verhalten)

5. [512] {2} Klärung der Lebensperspektive bzgl. des Aufenthaltsortes (-Abwägen der familiären Ressourcen und bewusste Entscheidung für o. gegen ein Weiterleben in der mütterlichen Familie)

#### Fall 25 - 078: Patient (9 J.; m):

1. [210] {2} Mich zu bessern, nicht zu provozieren, nicht zu stören

2. [210] {3} Keine doofen Witze machen gegen meine Mitschüler

3. [208] {2} Sich nicht ablenken lassen

#### Fall 25 - 078: Eltern:

1. [207] {2} Verbesserung des Gruppenverhaltens (- freiwillige und konfliktfreie Unterordnung seiner Wünsche und Verhaltens unter die Erfordernisse der Gruppe/Schulklasse)

2. [210] {2} Erlernen und problemloses Praktizieren der Kontaktaufnahme, des Umgangs, der Konflikterkennung, Konfliktvermeidung und Konfliktlösung gegenüber Gruppenmitgliedern (- keine Provokation, kein Streit mit anderen Gruppenmitgliedern)

3. [208] {9} Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit auf das durchschnittliche Niveau von Gleichaltrigen (-Lösung zusammenhängender schulischer Aufgaben ohne Unterbrechung (in einem typisch schulischen Umfeld))

4. [299] {9} Einhaltung + Akzeptanz von Regeln und gestellten Aufgaben (ohne Diskussion)

5. [393] {2} Aneignung von Fähigkeiten zur selbstständigen Meditation (Erlernen von Meditationsübungen)

#### Fall 25 - 078: Therapeut:

1. [207] {2} Verbesserung der Gruppenfähigkeit mit Abnahme von dominanten, egozentrischen Verhalten

2. [215] {2} Eine Verbesserung/Stärkung der elterlichen Kompetenzen i. S. einer konsequenten u. empathischen Erziehung/Interaktion

3. [208] {3} Eine Veränderung d. schulischen Situation; Optimierung d. Förderung (lerntherapeutische Beschulung ?)

4. [501] {3} Eine psychoedukative Aufklärung der Eltern zur Vermeidung von Überforderung im schulischen u. familiären Bereich
5. [401] {3} Eine Optimierung der vorherigen Medikation mit den Zielsymptomen Impulsivität, Konzentration u. Hypermotorik

**Fall 26 - 082: Patientin (17 J.; w):**

1. [207] {3} Ich möchte mich in Gruppen wohl fühlen, bzw. mich normal verhalten. (- keine Schweißausbrüche, - kein hektisches „in den Minen der anderen lesen“)
2. [209] {2} In der Öffentlichkeit normal verhalten. (- Im Reisebüro sachlich, vernünftig und ruhig sagen, was man möchte. – In der Bahn Blicke (die gar nicht auf mich bezogen sind) ignorieren) –
3. [103] {3} Während ich mich melde oder ein Referat halten soll, möchte ich ruhiger sein und einige Methoden kennen, wie ich mich beruhigen kann. (- kein Herzklopfen in dieser Situation. – Methode zum spontanen Anwenden)
4. [119] {3} Wenn ich allein bin (zum Beispiel zu Hause bin), möchte ich keine „Antriebslosigkeit“ verspüren. (- Eine Beschäftigung suchen – Zeichnen; Schreiben)

**Fall 26 - 082: Eltern:**

1. [103] {3} Zurückgewinnung von Lebensfreude und Überwindung von Versagensängsten (Eigene Zukunft wird wieder wichtig)
2. [378] {3} Überwindung von Schlafstörungen (Einschränken des nächtelangen Fernsehens und Erhöhung des Schlafes auf tägl. mehr als 4 Stunden)
3. [110] {3} Überwindung von Selbstverachtung = Erlangen von besserem Selbstwertgefühl (Überwindung von Vernachlässigung des Körpers (Kleidung, Essverhalten; Vermeidung von notwendigen Arztbesuchen; Vermeidung von Sport; Erkennen eigener Vorzüge)
4. [119] {3} Überwindung von Antriebslosigkeit (Verfolgen kleiner Ziele bis zur tatsächlichen Verwirklichung; Zukunftserwartungen)
5. [215] {4} Überwindung von Aggressivität gegenüber Familienmitgliedern als Ventil für „Selbstbeherrschung ändern gegenüber bei tatsächl. oder auch unscheinbarer Kritik (Überwinden von unangemessenem Sprachgebrauch, Berücksichtigung von Interessen anderer Familienmitglieder)

**Fall 26 - 082: Therapeut:**

1. [103] {3} Abbau sozialer Ängste (Selbstsicherer werden) (Sagt „Ich“ statt „man“, spricht weniger, lässt andere zu Wort kommen, zieht sich nicht zurück, sondern sucht Kontakt)
2. [116] {3} Emotional ausgeglichener sein (Ärger zulassen ohne Gruppe zu meiden oder impulsiv (fremdschädigend) zu sein)
3. [215] {3} Verbesserung der intrafam. Beziehungsfähigkeit (Konflikte besser aushalten, darüber reden mit Eltern, bzw. Geschwistern)

**Fall 27 - 091: Patientin (17 J.; w):**

1. [411] {2} Daß ich besser mit Alkohol umgehen kann. (Daß ich auf Parties gehen kann. (und die Vermeidung solcher nicht zur Alkoholabstinenz brauche))
2. [111] {2} Daß ich selbstbewußter werde. (Daß ich in einem Verein beitrete)
3. [108] {3} Daß ich nicht mehr so aggressiv bin. (Daß ich vernünftiger verbale Diskussionen führen kann)

Fall 27 - 091: Eltern:

1. [411] {2} besserer Umgang mit der Tatsache, daß andere Leute Alkohol trinken (zu Partys gehen, mehr mit Freunden zusammen sein)
2. [108] {4} Aggression unter Kontrolle bringen (vernünftige Diskussionen führen können)
3. [111] {3} Selbstbewusster werden (einem Verein beitreten)

Fall 27 - 091: Therapeut:

1. [104] {2} Emot. Stabilisierung, Abbau der depr. Symptomatik (weniger impulsiv (aggressiv) reagieren, ausgeglichener sein in (Gruppen) Gesprächen)
2. [214] {2} Aufbau sozialer Kompetenz (Lernen keine Beziehungserfahrungen zuzulassen, d. h. Jugendl. kennen zu lernen, bei Absagen nicht sich zurückziehen, selbstbewusster sein)

**10.4 Original-Psy-BaDo-KJ-Bögen am Beispiel der Jugendlichen-Version  
(folgende Seiten 104-112)**

## JUGENDLICHE – THERAPIEZIELE

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### Deine Therapieziele für diese Behandlung

Wir bitten dich, deine Therapieziele für diese Behandlung anzugeben. Du kannst bis zu 5 Ziele nennen. Bei diesen Zielen kannst du Wünsche und Probleme aufschreiben, die für dich wichtig sind. Zu jedem Ziel nenne bitte ein Beispiel, woran du merken könntest, dass du dein Ziel am Behandlungsende erreicht hast.

Am Ende der Behandlung kannst du dann einschätzen, ob du deine Therapieziele erreicht hast.

#### 1. THERAPIEZIEL

.....  
.....  
.....

*Woran merkst du, dass du dein Therapieziel erreicht hast? Nenne ein Beispiel:*

.....  
.....  
.....

#### NACH DER BEHANDLUNG BITTE EINSCHÄTZEN

- Mehr erreicht als das Therapieziel
- Therapieziel erreicht
- Therapieziel teilweise erreicht
- Therapieziel nicht erreicht
- Therapieziel ist nicht mehr wichtig

## 2. THERAPIEZIEL

.....

.....

.....

*Woran merkst du, dass du dein Therapieziel erreicht hast? Nenne ein Beispiel:*

.....

.....

.....

### NACH DER BEHANDLUNG BITTE EINSCHÄTZEN

- Mehr erreicht als das Therapieziel
- Therapieziel erreicht
- Therapieziel teilweise erreicht
- Therapieziel nicht erreicht
- Therapieziel ist nicht mehr wichtig

## 3. THERAPIEZIEL

.....

.....

.....

*Woran merkst du, dass du dein Therapieziel erreicht hast? Nenne ein Beispiel:*

.....

.....

.....

### NACH DER BEHANDLUNG BITTE EINSCHÄTZEN

- Mehr erreicht als das Therapieziel
- Therapieziel erreicht
- Therapieziel teilweise erreicht
- Therapieziel nicht erreicht
- Therapieziel ist nicht mehr wichtig

#### 4. THERAPIEZIEL

.....

.....

.....

*Woran merkst du, dass du dein Therapieziel erreicht hast? Nenne ein Beispiel:*

.....

.....

.....

#### NACH DER BEHANDLUNG BITTE EINSCHÄTZEN

- Mehr erreicht als das Therapieziel*
- Therapieziel erreicht*
- Therapieziel teilweise erreicht*
- Therapieziel nicht erreicht*
- Therapieziel ist nicht mehr wichtig*

#### 5. THERAPIEZIEL

.....

.....

.....

*Woran merkst du, dass du dein Therapieziel erreicht hast? Nenne ein Beispiel:*

.....

.....

.....

#### NACH DER BEHANDLUNG BITTE EINSCHÄTZEN

- Mehr erreicht als das Therapieziel*
- Therapieziel erreicht*
- Therapieziel teilweise erreicht*
- Therapieziel nicht erreicht*
- Therapieziel ist nicht mehr wichtig*

## JUGENDLICHE – THERAPIEBEGINN - VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Name \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Du bist am Beginn deiner Behandlung. Wir möchten dich bitten anzugeben, in welchen Bereichen du durch diese Behandlung etwas verändern möchtest.

Kreuze an, wie wichtig dir diese Veränderungen sind. Trifft ein Bereich auf dich nicht zu, kreuze bitte die Aussage „Ist nicht mein Problem“ an.

**In welchen Bereichen möchtest du für dich etwas verändern?  
Wie wichtig ist dir diese Veränderung?**

**1. Ich möchte, dass es mir allgemein besser geht.**

Wie wichtig ist dir diese Veränderung?

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| Extrem wichtig         | <input type="radio"/> |
| Sehr wichtig           | <input type="radio"/> |
| Wichtig                | <input type="radio"/> |
| Wenig wichtig          | <input type="radio"/> |
| Unwichtig              | <input type="radio"/> |
| Ist nicht mein Problem | <input type="radio"/> |

**2. Ich möchte, dass sich mein körperlicher Zustand verändert.**

Wie wichtig ist dir diese Veränderung?

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| Extrem wichtig         | <input type="radio"/> |
| Sehr wichtig           | <input type="radio"/> |
| Wichtig                | <input type="radio"/> |
| Wenig wichtig          | <input type="radio"/> |
| Unwichtig              | <input type="radio"/> |
| Ist nicht mein Problem | <input type="radio"/> |

**3. Ich möchte, dass sich mein seelischer Zustand verändert.**

Wie wichtig ist dir diese Veränderung?

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| Extrem wichtig         | <input type="radio"/> |
| Sehr wichtig           | <input type="radio"/> |
| Wichtig                | <input type="radio"/> |
| Wenig wichtig          | <input type="radio"/> |
| Unwichtig              | <input type="radio"/> |
| Ist nicht mein Problem | <input type="radio"/> |

**4. Ich möchte, dass sich mein Selbstwertgefühl verändert.**

- Wie wichtig ist dir diese Veränderung?
- Extrem wichtig
  - Sehr wichtig
  - Wichtig
  - Wenig wichtig
  - Unwichtig
  - Ist nicht mein Problem

**5. Ich möchte, dass sich meine Schul-/Ausbildungssituation verändert.**

- Wie wichtig ist dir diese Veränderung?
- Extrem wichtig
  - Sehr wichtig
  - Wichtig
  - Wenig wichtig
  - Unwichtig
  - Ist nicht mein Problem

**6. Ich möchte, dass sich die Beziehungen zu meinen Familienmitgliedern verändern.**

- Wie wichtig ist dir diese Veränderung?
- Extrem wichtig
  - Sehr wichtig
  - Wichtig
  - Wenig wichtig
  - Unwichtig
  - Ist nicht mein Problem

**7. Ich möchte, dass sich die Beziehungen zu meinen Freunden verändern.**

- Wie wichtig ist dir diese Veränderung?
- Extrem wichtig
  - Sehr wichtig
  - Wichtig
  - Wenig wichtig
  - Unwichtig
  - Ist nicht mein Problem

**8. Ich möchte, dass sich etwas in meinen sexuellen Beziehungen verändert.**

- Wie wichtig ist dir diese Veränderung?
- Extrem wichtig
  - Sehr wichtig
  - Wichtig
  - Wenig wichtig
  - Unwichtig
  - Ist nicht mein Problem

**9. Ich möchte, dass ich mich bei anderen besser durchsetzen kann.**

Wie wichtig ist dir diese Veränderung?

- Extrem wichtig
- Sehr wichtig
- Wichtig
- Wenig wichtig
- Unwichtig
- Ist nicht mein Problem

**10. Ich möchte verstehen, was hinter meinen Problemen steht.**

Wie wichtig ist dir diese Veränderung?

- Extrem wichtig
- Sehr wichtig
- Wichtig
- Wenig wichtig
- Unwichtig
- Ist nicht mein Problem

**11. Ich möchte optimistischer in die Zukunft schauen.**

Wie wichtig ist dir diese Veränderung?

- Extrem wichtig
- Sehr wichtig
- Wichtig
- Wenig wichtig
- Unwichtig
- Ist nicht mein Problem

**12. Wie wichtig ist dir diese Behandlung?**

- Extrem wichtig
- Sehr wichtig
- Wichtig
- Wenig wichtig
- Unwichtig

**13. Nimmst du zur Zeit Medikamente?**

- Nein       Ja
- Diese Medikamente sind
- wichtig
  - unwichtig
  - schädlich
  - kann ich nicht beurteilen

Welche \_\_\_\_\_

## JUGENDLICHE – THERAPIEENDE – VERÄNDERUNGEN

Name \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Du bist am Ende deiner Behandlung. Wir möchten dich bitten anzugeben, ob sich etwas für dich während dieser Behandlung verändert hat.

Kreuze bitte an, in welchem Ausmaß diese Veränderungen eingetreten sind.

Traf ein Problembereich für dich überhaupt nicht zu, kreuze bitte die Aussage „War nicht mein Problem“ an.

### In welchen Bereichen hat sich für dich etwas verändert? Welches Ausmaß hat diese Veränderung?

#### 1. Geht es dir allgemein besser?

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| Deutlich gebessert      | <input type="radio"/> |
| Etwas gebessert         | <input type="radio"/> |
| Nicht verändert         | <input type="radio"/> |
| Etwas verschlechtert    | <input type="radio"/> |
| Deutlich verschlechtert | <input type="radio"/> |
| Nicht zu beurteilen     | <input type="radio"/> |
| War nicht mein Problem  | <input type="radio"/> |

#### 2. Wie hat sich dein körperlicher Zustand verändert?

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| Deutlich gebessert      | <input type="radio"/> |
| Etwas gebessert         | <input type="radio"/> |
| Nicht verändert         | <input type="radio"/> |
| Etwas verschlechtert    | <input type="radio"/> |
| Deutlich verschlechtert | <input type="radio"/> |
| Nicht zu beurteilen     | <input type="radio"/> |
| War nicht mein Problem  | <input type="radio"/> |

#### 3. Wie hat sich dein seelischer Zustand verändert?

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| Deutlich gebessert      | <input type="radio"/> |
| Etwas gebessert         | <input type="radio"/> |
| Nicht verändert         | <input type="radio"/> |
| Etwas verschlechtert    | <input type="radio"/> |
| Deutlich verschlechtert | <input type="radio"/> |
| Nicht zu beurteilen     | <input type="radio"/> |
| War nicht mein Problem  | <input type="radio"/> |

**4. Wie hat sich dein Selbstwertgefühl verändert?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**5. Wie hat sich deine Schul-/Ausbildungssituation verändert?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**6. Wie haben sich die Beziehungen zu deinen Familienmitgliedern verändert?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**7. Wie haben sich die Beziehungen zu deinen Freunden verändert?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**8. Wie haben sich deine sexuellen Beziehungen verändert?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**9. Kannst du dich jetzt bei anderen besser durchsetzen?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**10. Kannst du jetzt besser verstehen, was hinter deinen Problemen steht?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**11. Kannst du jetzt optimistischer in die Zukunft schauen?**

- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Nicht verändert
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Nicht zu beurteilen
- War nicht mein Problem

**12. Hat sich diese Behandlung für dich gelohnt?**

- Sehr gelohnt
- Gelohnt
- Unentschieden
- Nicht gelohnt
- Eher geschadet

**13. Nimmst du zur Zeit Medikamente?**

- Nein
- Ja  Diese Medikamente sind
- wichtig
  - unwichtig
  - schädlich
  - kann ich nicht beurteilen

Welche \_\_\_\_\_

**14. Kannst du nach Beendigung der Behandlung die Schule besuchen/  
die Ausbildung aufnehmen?**

- Nein  Ja