Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. J. M. Fegert

Therapeutische Beziehung, Behandlungszufriedenheit und Affektveränderungen in Selbst- und Fremdeinschätzung bei Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
- Dr. med. -
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Nikola Miriam Frick
Düsseldorf

2011

Amtierender Dekan : **Prof. Dr. Thomas Wirth**

1.Berichterstatter : **PD Dr. F. Keller**

2.Berichterstatter : **Prof. Dr. J. von Wietersheim**

Tag der Promotion : **19.04.2012**

Inhaltsverzeichnis

Seitenzahl

Abkürzungsverzeichnis III
1 Einleitung 1
1.1 Befindlichkeitsveränderungen, Emotionen und Affekte 1
1.2 Therapeutische Beziehung und Behandlungszufriedenheit 3
1.3 Eigen- und Fremdbeurteilung 8
1.4 Erhebungsinstrument und Vorstudien 10
1.5 Ziel der Studie 13
2 Material und Methodik 15
2.1 Stichprobe und Ablauf 15
2.2 Instrumente 19
2.2.1 Jugendliche 19
2.2.2 Betreuer und Therapeuten 22
2.3 Statistische Auswertung 24
3 Ergebnisse 26
3.1 Häufigkeitsauszählungen 26
3.1.1 Patientenfragebogen 26
3.1.2 Betreuerfragebogen 28
3.1.3 Therapeutenfragebogen 29
3.1.4 Vergleich der Mittelwerte mittags/abends 30
3.2 Korrelation unter den Fragen der jeweiligen Fragebögen 31
3.2.1 Korrelation der Fragen des Patientenfragebogens 31
3.2.2 Korrelation der Fragen des Fragebogens für Betreuer 34
3.2.3 Korrelation der Fragen des Fragebogens für Therapeuten 35
3.2.4 Summenscores 36
3.2.5 Prädiktion von Behandlungsmotivation 38
3.2.6 Faktorenanalyse von Stimmungsdaten 39
3.3 Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung 41
3.3.1 Korrelationen Jugendliche-Betreuer 41
3.3.2 Korrelationen Jugendliche-Therapeuten 43
3.3.3 Korrelationen Betreuer-Therapeuten 45
3.4 Verlaufsanalyse 46
3.4.1 Verlauf der gesamten Stichprobe 46
3.4.2 Verlauf nach Diagnosegruppen 48
3.5 Darstellung einzelner Patientenverläufe: 53
3.5.1 Patientin 606 (Diagnose Depression) 53
3.5.2 Patienten 630 und 631 (Diagnose Borderline-Störung) 57
4 Diskussion 61
4.1 Erhebungsinstrumente 61
4.2 Befindlichkeitsveränderungen, Emotionen und Affekte 62
4.3 Therapeutische Beziehung und Behandlungszufriedenheit 65
4.4 Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung 68
4.5 Grenzen der Studie (Limitations) 70
4.6 Ausblick 72
5 Zusammenfassung 74
6 Literaturverzeichnis 76
Anhang 83

Danksagung.....91

Abkürzungsverzeichnis

A.d.:	Aufenthaltsdauer
AN:	Anorexia Nervosa
b:	Betreuer
B:	Borderline-Störung
Betr.:	Betreuer
Bf-S:	Befindlichkeitsskala
CBCL:	Child Behavior Checklist
d:	depressive Störungen im weiteren Sinne
D:	Depression
Dg.:	Diagnosegruppen
EMA:	Ecological Momentary Assessment
EWL:	Eigenschaftswörterliste
F(xx.x):	Diagnose nach ICD-10
FTB-KJ:	Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche
HADS-D:	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version
HAMD:	Hamilton Depression Rating Scale
ICD-10:	International Classification of Diseases-10.Auflage
Jug.:	Jugendliche
m.:	Männlich
MDBF:	Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen
Mw:	Mittelwert
Nr.:	Nummer
O:	Andere Diagnosen
PATHEV:	Patientenfragebögen zu Therapieerwartung und Therapieevaluation
PC:	Personal computer
PTSD:	Post Traumatic Stress Disorder
r:	Korrelationskoeffizient
S:	Schizophrenie
SCL-90-R:	Symptom Checklist 90 - Revised
SSV:	Störung des Sozialverhaltens
STAXI:	State Trait Ärgerausdrucks Inventar

Sd:	Standard Deviation, Standardabweichung
t:	Therapeuten
Ther.:	Therapeuten
TIQI:	Therapist's Interventions and Qualities Instrument
V.a.:	Verdacht auf
w.:	Weiblich
x:	Im Fragebogen nicht enthaltene Frage
YSR:	Youth Self Report

1 Einleitung

1.1 Befindlichkeitsveränderungen, Emotionen und Affekte

"Die Befindlichkeit ist grundlegend", so der deutsche Philosoph Martin Heidegger (1889-1976). Sie mache erst einmal deutlich, "wie einem ist und wird" und sei dann das Medium, in dem unser Denken und Handeln geschieht. Nun könne dieses Medium freilich niemals neutral sein. Wie das Staunen sei auch die Befindlichkeit individuell gefärbt (Schulak, 2001).

In der modernen Psychiatrie und Psychotherapie spielt die Befindlichkeit, welche in etwa mit der Gestimmtheit gleichgestellt werden kann eine wichtige Rolle. So wird zum Beispiel die Befindlichkeits-Skala von Zerssen und Koeller (1976) als Teil der klinischen Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung der momentanen subjektiven Befindlichkeit sowie der Veränderung der Befindlichkeit unter verschiedenen Bedingungen gehäuft eingesetzt.

Weitere wichtige Begriffe zur Beschreibung psychiatrischer oder psychologischer Krankheitsbilder sind Stimmung, Affekt und Gefühle, welche zusammenfassend als "Affektivität" bezeichnet werden können. Dabei bezeichnet "Stimmung" einen langfristigen Gefühlszustand, welcher Empfinden, Denken und Handeln beeinflusst. "Affekte" stehen für kurz andauernde Gefühlsabläufe wie Wut oder Angst. "Gefühle", auch als "Emotionen" bezeichnet, stellen einzelne Gefühle elementarer und höherer Art (z.B. Liebe oder Trauer), aber auch Vitalgefühle (z.B. Wohlbehagen) dar (Arolt et al., 2003).

Entscheidend bei der Beschreibung einer pathologischen Stimmung sind dessen Dimensionen. Cowdry et al (1991) unterscheiden im Einzelnen die extreme Stimmung, die pathologischen Schwankungen gegenüber der Stabilität, lange gegen kurze Dauer einer extremen Schwankung und pathologische Verknüpfung oder aber Trennung der Stimmung von äußeren Vorgängen. Eine pathologische Stimmung ist demzufolge durchaus kein einheitlicher Begriff.

Starke Schwankungen im Affekt sind Bestandteil vieler psychiatrischer Krankheitsbilder. Eindeutig sieht man dies bei der Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs, bei der die emotionale Instabilität im Vordergrund steht. Aber auch beispielsweise bei der depressiven Episode stellt eine gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen das Leitsymptom dar.

Laut Grawe (2000, S.295-305) entspricht eine Emotion jedoch nicht nur dem

subjektiv erlebten Gefühl, sie beinhaltet außerdem bestimmte physiologische Reaktionen sowie Handlungstendenzen. Emotionen und Befindlichkeit stellen somit neben den längerfristigen Zielen die wichtigste Determinante für das Verhalten eines Menschen dar. Bei der Borderline Erkrankung z.B. führen die typischen Stimmungsschwankungen oft zu Impulsivität und Destruktivität. Ausserdem konnten Ebner-Priemer et al. (2005) in der Tat die wichtige Rolle der Physiologie zur affektiven Dysregulation aufzeigen, indem sie sich mit dem Zusammenhang zwischen Stimmungsschwankungen und gesteigerter Amygdalafunktion beschäftigten. So wiesen sie u.a. in ihrer Studie an 21 an Borderline Persönlichkeitsstörung erkrankten Patientinen und 21 Kontrollpersonen bei den erkrankten Frauen eine erhöhte Aktivität im Elektromyogramm als Antwort auf einen akustischen Reiz auf.

Insgesamt kann man sagen, dass die Affektivität persönlichkeitsbestimmend und dadurch wichtiger Bestandteil der Gesundheit ist. Zum Verständnis vieler psychiatrischer Krankheitsbilder, sowie zur Verbesserung ihrer Diagnostik und Therapie ist die genauere Untersuchung unter anderem von Stimmungsschwankungen unerlässlich. Erstaunlicherweise sind Affektschwankungen jedoch bisher nur in wenigen Studien empirisch überprüft worden. Es folgen nun einige Studien zu dieser Thematik, sowie die Aufzeichnung ihrer Grenzen:

Cowdry et al. (1991) konnten durch eine Untersuchung an depressiven Patienten sowie Patienten mit Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, welche über 14 Tage morgens und abends durch Selbstbeurteilung auf einer visual analogen Skala befragt wurden die typischen abnormalen Stimmungen und Stimmungsschwankungen aufzeigen. Gardner et al. (1991) wiesen zusätzlich durch Selbstbeurteilung von Patienten mit demselben Krankheitsbild ihre Neigung zu Wut und Feindseligkeit auf. Weitere Studien wie beispielsweise von Stiglmayr et al. (2005) und Koenigsberg et al. (2002) leiden an zeitlicher Begrenzung und ungenügenden Befragungszeitpunkten. So wurden bei Stiglmayr et al. Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung zwar stündlich, jedoch nur über 48 Stunden befragt. Königsberg et al. untersuchten Patienten nach affektiver Instabilität, befragten sie jedoch nur zu einem Messzeitpunkt. Gerade bei dem Krankheitsbild der sogenannten Borderline Störung ist jedoch die Stimmung der Patienten derart instabil, dass mehrere Messzeitpunkte am Tag für ein relevantes Ergebnis notwendig wären. Außerdem ist eine rückblickende Verzerrung in der Stimmungseinschätzung bekannt (Käppler et al., 2001). Angesichts dieser Tatsachen bleibt ein einmaliger Messzeitpunkt zur genauen Analyse der Stimmungsschwankungen unbefriedigend. Zudem

erfordert diese eine prospektive Datenerhebung.

Zuletzt sei noch die Relevanz der Stimmung von Patienten für die Regulation des Therapieprozesses und die Verbesserung des Sitzungsergebnisses erwähnt. So konnten Koban, Schulte et al. (2005) aufweisen, dass die Stimmung nicht nur als Produkt eines positiven Therapieverlaufs, sondern vor allem auch als Motor für einen höheren Therapieerfolg anzusehen ist. Einerseits könne also die Stimmung des Patienten als valider Indikator für die Qualität des aktuellen Therapieverlaufs bei der Feinsteuerung der Therapie dienen. Andererseits sei in der Psychotherapie demzufolge ein "positive thinking" unabdingbar, da dadurch der Patient Anregungen des Therapeuten eher aufnehmen könne und stärker vom Therapiegeschehen profitiere. Dabei scheint die Verbesserung der positiven Stimmung eine größere Wirkung zu haben, als die Verringerung negativer Stimmung.

Laut Karver et al. (2005) ist eine emotionale Bindung zwischen Therapeut und Jugendlichem eine Voraussetzung zur Mitarbeit des Patienten : Hat der Patient positive Gefühle gegenüber dem Therapeuten und fühlt er sich von ihm geschätzt, so ist die Wahrscheinlichkeit dass er die Anregungen und Therapieansätze des Therapeuten annehmen wird größer. Der Patient beteiligt sich eher an der Therapie und das Outcome wird dadurch verbessert.

Angesichts des großen Beitrags der Affektivität zur allgemeinen Gesundheit des Patienten, sowie zum Verlauf der Psychotherapie und des parallel dazu jedoch weitgehend unerforschten Gebietes der Stimmungsschwankungen in der Jugendpsychiatrie besteht ein Aspekt unserer Studie darin näher auf die Befindlichkeitsveränderung der Jugendlichen einzugehen. Es sollen sowohl die Schwankungen innerhalb weniger Stunden als auch der Prozessaspekt der Befindlichkeitsveränderung während der Therapie erfasst werden.

1.2 Therapeutische Beziehung und Behandlungszufriedenheit

Schwierigkeiten in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen stellen einen zentralen Punkt in der Entstehung psychischer Störungen dar. Schmidt & Strauss (1996-97) betonen die wichtige Rolle der Beziehungen für die Psyche, indem sie durch "Bindungsforschung" den Einfluss der frühen Beziehungserfahrungen von Kindern auf ihre weitere Beziehungsgeschichte und die Entstehung psychischer Störungen aufzeigen.

Eine besondere Form der Beziehung stellt die therapeutische Beziehung dar. Einer der bedeutendsten Forscher in diesem Gebiet ist Klaus Grawe. In seinem Buch "Psychologische Therapie" (2000) erklärt er ihre Bedeutung folgenderweise: " Was der Therapeut in der Beziehung zum Patienten erlebt, gibt ihm wichtige Anhaltspunkte dafür, wie sich der Patient zu anderen Personen in Beziehung setzt" (S.128). Allgemein sei es für den Therapeuten wichtig sich dieser Beziehungsmuster anzunehmen, denn sie seien "der Schauplatz, auf dem sich die wichtigsten Probleme eines Menschen manifestieren können", und sie seien "gleichzeitig die wichtigste Ressource für die Befriedigung seiner Bedürfnisse" (S.619). Letzteres ist der zweite entscheidende Punkt, nämlich dass "eine gute Therapiebeziehung eine wichtige Ressource des Patienten darstellt" (S.134-136). Und zwar indem sie ressourcenaktivierend wirkt, also den Patienten in seinen Stärken unterstüzt, oder auch unter dem Aspekt des emotions- und situationsorientierten Copingmodells von Lazarus (1991), bei dem der Patient lernt schwierige Situationen zu überwinden.

Karver et al. (2005) teilen die therapeutische Beziehung in drei Aspekte auf: Die emotionale Verbundenheit von Patient und Therapeut, die kognitive Übereinstimmung der Ziele beider Teilnehmer, und die Zusammenarbeit.

Bei der vielseitigen Bedeutung der therapeutischen Beziehung darf nicht vergessen werden, dass es sich an erster Stelle um eine reale Beziehung handelt, in welcher der Therapeut in gleicher Weise ein Akteur ist wie der Patient.

Ein wesentlicher Begriff im Bereich der therapeutischen Beziehungen ist die Übertragung. Ursprünglich stammt er von dem Tiefenpsychologen Sigmund Freud und wurde dann von seinen Schülern (u.a. Jung) geprägt. Übertragung im therapeutischen Kontext liegt vor, wenn der Patient die Gefühle, Erwartungen oder Wünsche die eigentlich einer frühen Bindungsperson (meist einem Familienmitglied) gelten auf den Therapeuten projeziert. Dieser Prozess läuft in der Psychotherapie ab und wird oft sogar als Vorraussetzung für eine erfolgreiche Therapie angesehen. Auch in der modernen Psychotherapie spielt dieser Begriff eine wichtige Rolle. Grawe (2000) definiert ihn wie folgt: "Übertragung meint, dass neuronale Erregungsbereitschaften, die unter dem Einfluss des Bindungsbedürfnisses zu den frühesten Bezugspersonen gebahnt wurden, in der Therapiebeziehung im impliziten Funktionsmodus aktiviert und auf das Erleben und Verhalten des Patienten gegenüber dem Therapeuten Einfluss nehmen" (S.619-620). Darüber hinaus seien intrapsychische Konflikte "eingefrorene lebensgeschichtlich erfahrene Beziehungsmuster". In einer therapeutischen Beziehung können sie demnach

wieder aufgearbeitet und in neue Beziehungsabläufe umformuliert werden, so dass die Bahnung neuer Erregungsbereitschaften ermöglicht werde. Diese Methode wird vorwiegend in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen angewandt (S.136-139).

Im Bereich der Psychotherapieforschung bei Erwachsenen gibt es einige Studien zur therapeutischen Beziehung. Dabei ist vor allem bemerkenswert, dass die Sichtweise des Patienten über diese Beziehung - viel mehr als die des Therapeuten - für das Outcome einer Therapie entscheidend zu sein scheint (Lee, 1979; Marziali, 1984; Ogrodniczuk et al, 2000). Zu diesem Ergebnis kamen ebenfalls Barber et al (2000), die Patienten mit Angststörungen, Depression und "Obsessiv-compulsiv Disorder" untersuchten, sowie Konzag et al (2004), die mit Hilfe des Helping Alliance Questionnaire die zentrale und prädiktive Rolle der individuellen therapeutischen Beziehung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen für den Therapieerfolg belegten. Bereits 1988 wiesen Ambuhl und Grawe die "Offenheit" des Patienten als wichtigen Faktor in dem therapeutischen Prozess für das Outcome auf. Cooley et al. (1980) zeigten dass Verständnis und Akzeptanz des Therapeuten aus Patientensicht direkt mit Fortschritten des Patienten verkoppelt und demzufolge entscheidende Kriterien für eine gelungene therapeutische Beziehung seien. Umgekehrt gibt es jedoch auch Studien welche belegen dass das Outcome einer Therapie zunehmend von der Sicht des Therapeuten über die Beziehung abhängt (Rudy et al 1985).

Eine Metaanalyse über die therapeutische Beziehung während einer Psychotherapie bei Jugendlichen kam zu ähnlichen Ergebnissen wie bei Erwachsenen: Auch hier scheint die aktive Beteiligung des Patienten an der Therapie einen direkten Einfluss auf das Outcome zu haben. Zusätzlich kam dabei die wesentliche Rolle der Beteiligung der Eltern an der Therapie für das Outcome des Jugendlichen zum Vorschein (Koban et al, 2005). Die "Therapy Process Observational Coding System-Alliance scale" von McLeod konnte ebenfalls bestätigen, dass sowohl die Beziehung Kind-Therapeut als auch Eltern-Therapeut das Outcome positiv beeinflussen (Romano et al, 2004). Mehrfach wurde die prognostische Bedeutung der therapeutischen Beziehung allgemein für den Therapieerfolg in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen belegt (Lee, 1979; Grawe, 2000; Keller et al, 2003). Eine Studie von Kazdin et al. (2005) bei 3-14 jährigen Kindern, bei der sowohl Therapeuten also auch Kinder und deren Eltern befragt wurden, zeigte dass eine grössere therapeutische Zusammenarbeit in engem Zusammenhang mit therapeutischer Veränderung, guter Behandlungsakzeptanz und weniger therapeutischen Hindernissen steht. Untersuchungen zur "Dimensionalität der therapeutischen Beziehung bei Kindern und Jugendlichen, zu Perspektiveneffekten sowie zur Veränderung der therapeutischen

Beziehung im Laufe der Behandlung" führten Shirk und Saiz (1992) und Kronmüller et al (2003) durch.

Mit dem Bereich der therapeutischen Beziehung befasst sich auch Dietmar Schulte. Schon 2002 konnte er zusammen mit J.Michalak die Relevanz der Therapiemotivation des Patienten für den Erfolg einer Psychotherapie aufweisen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit für den Therapeuten sich nicht alleine auf erfolgsversprechende Therapiemethoden zur Modifikation des Problemverhaltens bei dem Patienten zu verlassen, sondern auch auf seine Motivation zu achten. Später entwarf Schulte (2005) einen Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV) mit dessen Hilfe Patienten zu drei Subskalen "Hoffnung auf Besserung", "Furcht vor Veränderung" und "Passung" Stellung nehmen sollten. Anhand dessen konnte er den Zusammenhang zwischen Therapiebeurteilung durch den Patienten und Therapieerfolg belegen. Insbesondere schien der Erfolg von den zwei Kriterien Glaubwürdigkeit und Passung abhängig zu sein. Schulte interpretierte die Ergebnisse folgenderweise: Die Erfolgserwartung des Patienten und seine Beurteilung der Therapie sind Wirkvariablen, die ihn vermutlich motivieren "sich in der Therapie selbst zu engagieren : mitzuarbeiten, sich zu öffnen, neue Verhaltensweisen zu erproben und weniger Widerstand zu zeigen" (sogenanntes Basisverhalten des Patienten). Umgekehrt motiviert eine geringe Hoffnung auf Besserung die Patienten nur wenig zum notwendigen Basisverhalten, was den Verlauf der Therapie beeinträchtigt. Es wäre daher wünschenswert solche Patienten frühzeitig aufzuspüren um ihre Sicht der Therapie und des Therapeuten verändern zu können.

Karver et al. (2005) stellten ein Modell zum therapeutischen Prozess und insbesondere zum Zusammenhang zwischen einzelnen Variablen der therapeutischen Beziehung und dem Outcome der Patienten auf. Dieses Modell hat zum Ziel, eine Zusammenfassung der bereits erforschten "evidence based" Prozessfaktoren einer erfolgreichen Therapie bei Jugendlichen zu erstellen, sowie weitere Forschung in diese Richtung zu ermutigen. Als einzelne Variablen, welche einen Einfluss auf das Therapiegeschehen haben, wurden dabei folgende Punkte herausgearbeitet: Die jeweiligen Charakter des Patienten und des Therapeuten vor Beginn der Therapie, sowie die Reaktion und die Gefühle des Therapeuten gegenüber dem Patienten beeinflussen den Patienten auf emotionaler und kognitiver Ebene und dadurch auch seine Reaktion auf die Therapie. Das Verhalten und die Offenheit des Therapeuten spielen ebenfalls eine wichtige Rolle für das Outcome der Therapie. Wird der Patient zu mehr Autonomie angeregt und sieht er den Therapeuten als vertrauenswürdig an, so wird die Bereitschaft sich durch den Therapeuten

beeinflussen zu lassen und aktiv mitzuarbeiten verstärkt. Die Qualität genau dieser Mitarbeit des Patienten ist laut Smith und Grawe (2003) sogar der wichtigste Parameter zur positiven Beeinflussung des Therapieoutcomes.

Eine Metaanalyse derselben Forschungsgruppe von Studien zur therapeutischen Beziehung befasste sich mit 29 Teilaspekten der therapeutischen Beziehung. Besonders hohe Korrelationen zu einem positiven Outcome der Therapie ergaben sich für die zwischenmenschlichen Kompetenzen bzw. das Beeinflussungsvermögen des Therapeuten (0,35 bzw. 0,40), die therapeutische Beziehung zum Jugendlichen (0,37), sowie die Bereitschaft des Patienten und der Eltern zur Mitarbeit (0,27 und 0,31) (Karver et al, 2006).

In der Behandlung von Jugendlichen spielen diese Faktoren eine besonders wichtige Rolle, da sich die jungen Patienten ihrer Probleme öfters nicht bewusst sind, sie in Konflikt mit ihren Eltern stehen, und unwillig sind sich zu ändern. Eine starke therapeutische Beziehung ermöglicht es diesen Widerstand zu mindern und ein stabiles und unterstützendes Umfeld zu schaffen (DiGiuseppe et al., 1996; Shirk und Karver, 2003).

Angesichts der emanenten Rolle einer guten therapeutischen Beziehung und der allgemeinen Behandlungszufriedenheit des Patienten für seine Motivation und Mitarbeit und somit auch für das Outcome der Therapie soll in dieser Studie näher auf diese beiden Aspekte eingegangen werden. Interessant sind dabei nicht nur die aktuelle therapeutische Beziehung und Behandlungszufriedenheit zu einem bestimmten Erhebungszeitpunkt, sondern auch deren Prozessaspekte. Caskey, Barker et al. (1984) zeigten gegen Erwartungen, dass mit der Zeit die Übereinstimmung zwischen dem Therapeuten und Patienten abnimmt. Da scheinbar die rückblickende Bewertung von Patienten über die Zufriedenheit mit ihrer Therapie von der regelmäßigen momentanen Bewertung abweicht, wurde in unserer Studie um den Prozessaspekt besser zu erfassen eine tägliche Erhebung einer einzelnen Befragung am Ende der Therapie vorgezogen. Die Abhängigkeit der Behandlungsbewertung vom Erhebungszeitpunkt ist Objekt anderer derzeitiger Untersuchungen derselben Forschergruppe, so dass in dieser Studie nicht näher darauf eingegangen werden soll.

1.3 Eigen- und Fremdbeurteilung

Besonderen Wert wird in dieser Studie auf die Einschätzung der Patienten durch ihre Betreuer und Therapeuten gelegt. Bisher liegen nur wenige Studien zu Fremdeinschätzung von Kindern und Jugendlichen vor, insbesondere über längere Zeiträume.

Zur Fremdeinschätzung durch Eltern gibt es folgende Studien: Baillargeon et al (2001) gehen davon aus, dass es mehrerer "Informanten" bedarf, um ein vollständiges diagnostisches Bild jugendlicher Patienten zu erhalten. Sie untersuchten 2264 Schulkinder auf ihr Aggressionspotential und ließen dieses parallel dazu durch ihre Lehrer und Mütter beurteilen. Dabei zeigte sich, dass sowohl Lehrer als auch Mütter die Prävalenz hoch aggressiver Kinder gut einschätzen konnten, diejenige niedrig- und mittelgradig aggressiver Kinder jedoch nur schlecht. Auch Romano et al. (2004) befragten 1165 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren zu ihrer Aggressivität. Wieder wurden die Mütter zur Fremdbeurteilung herangezogen und das sogenannte "inter-informant agreement" untersucht. Die Studie wies einen hohen Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der Aggressivität bei den Jugendlichen auf. Insbesondere war die Spezifizität der benutzten Instrumente sehr hoch, während die Sensitivität eher gering war. Eine Studie von Salbach-Andrae et al. (2009) benutzte die Child Behavior Checklist und den Youth Self Report, um Eltern und ihre 11-18 jährigen Kinder zu Verhaltensproblemen der Jugendlichen zu befragen. Dabei schienen die Jugendlichen selbst ihre Probleme generell unter-, ihre Eltern diese überzubewerten.

Im Folgenden soll kurz auf bisherige Studien zu "interinformant agreement" zwischen Teilnehmern einer therapeutischen Beziehung eingegangen werden. Tress und Hartkamp (2000) kritisierten die einseitige Beurteilung der Patienten und des Therapieprozesses durch den Therapeuten. In einer Studie zum Verlauf einer Psychotherapie befragten sie sowohl Patienten als auch ihre Therapeuten, und nahmen die Sitzungen auf Videokassette auf, um sie durch neutrale Beobachter beurteilen zu lassen. Dabei zeigte sich eine weitgehende Inkongruenz zwischen den Antworten aller drei Interagierenden. Untersuchungen von Kronmüller et al. (2003) über die therapeutische Beziehung ergaben ebenfalls nur eine mäßige Übereinstimmung bezüglich der Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen den untersuchten Kindern und ihren Therapeuten. Die unterschiedliche Bewertung der therapeutischen

Beziehung und einzelner Therapiestunden durch Patienten und Therapeuten wurde auch in weiteren Studien erfasst (Caskey et al 1984, Rudy et al 1985, Marziali, 1984). Eine klare Aussage über zusammenfassende Ergebnisse ist jedoch kaum möglich, da die Abweichungen in der Bewertung je nach untersuchtem Teilaspekt der Therapie stark variieren. Bogwald (2001) konstruierte das TIQI zur Ermittlung der Sicht von Therapeuten und Jugendlichen über den Nutzen therapeutischer Interventionen. Allgemein war die Übereinstimmung dabei gering, außerdem variierte die Korrelation von Patienten- und Therapeutendaten bei verschiedenen Fragen und je nach Erhebungsmethode stark. Umgekehrt wiesen Bachelor und Salame (2000) trotz einiger Unterschiede im Wesentlichen eine ähnliche Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patienten und Therapeuten auf.

Auch hinsichtlich des Outcomes einer Therapie weichen die Erwartungen der Patienten, ihrer Eltern und der Therapeuten stark voneinander ab. Diese Ergebnisse erhielten Garland et al (2004) und wiesen auf die negative Auswirkung dieser Unterschiede auf die Effektivität der Therapie hin.

Zuletzt sei noch die Studie von Meyer und Schulte (2002) erwähnt, welche sich mit der Therapieerfolgsprognose von Therapeuten befasst. Sie bestätigt frühere Ergebnisse, denen zufolge das Erfolgsurteil der Therapeuten im Anschluss an eine Therapiestunde und ihre Vorhersage über den weiteren Therapiefortschritt weder mit dem später von ihnen selbst eingeschätzten Therapieerfolg, noch mit der abschließenden Erfolgsbeurteilung durch die Patienten, und auch nicht mit der erreichten Symptomveränderung korreliert. Diese Ergebnisse haben schwerwiegende Konsequenzen, da die Einschätzung der gegenwärtigen Situation in der Therapie durch den Therapeuten und die von ihm diagnostizierte weitere Entwicklung der Therapie entscheidend für sein weiteres Vorgehen sind. Die unzutreffende Beurteilung der Therapeuten scheint dabei im Wesentlichen durch eine Übergewichtung der Einschätzung von Akzeptanz oder Ablehnung durch den Patienten geprägt zu sein. Für die Therapeuten scheint ein vorrangiges Ziel für die Therapiesitzung eine gute Beziehung zum Patienten zu sein, jedoch korreliert diese nur wenig signifikant mit einem endgültigen Therapieerfolg. Schwankungen in der Beziehung wirken sich nicht unbedingt negativ aus. Demzufolge raten Meyer und Schulte Therapeuten dazu, den Therapieverlauf, also Veränderungen der Therapiemethoden im Verlauf, weniger an subjektiven Urteilen über Therapieerfolgsprognose, sondern vielmehr nach objektiveren Daten auszurichten und möglicherweise sogar eine Therapie nach den Vorschriften eines Manuals durchzuführen.

In dieser Studie soll auf verschiedene Aspekte der Fremdeinschätzung eingegangen werden. Dabei ergibt sich die Möglichkeit des “cross informant”, also des Vergleichs der Patientenangaben mit den Angaben des Stationsteams und des Einzeltherapeuten. Die vorangegangene Arbeit von Spring, Keller et al. (2006) beschäftigte sich bereits mit der Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdeinschätzung der Patienten. Die tägliche Erhebung von Fragebögen bei den Jugendlichen, sowie bei dem Betreuerteam erwies sich dabei als durchführbar. In der aktuellen Studie wurde darüber hinaus eine zweite Fremdeinschätzung durch Therapeuten eingeholt.

1.4 Erhebungsinstrument und Vorstudien

Eine Ursache des Forschungsdefizits im Bereich der Emotionen und Behandlungszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung liegt im Mangel an psychometrisch evaluierten Messinstrumenten.

Zu Affekt, Stimmung und Befindlichkeit sind in der Literatur zwar einige Fragebögen beschrieben (Brähler et al, 2002), nur wenige können jedoch für eine Verlaufskontrolle herangezogen werden. Dennoch sollen sie an dieser Stelle kurz beschrieben werden. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) von Hermann et al. (1995) stellt einen Screeningtest dar, welcher anhand von 14 Items das Auftreten von Angst und Depression bei Patienten in den letzten Wochen erfasst. Für die Fragen zur Angst wurden die Leitlinien des ICD-10 zu generalisierten Angststörungen herangezogen (WHO, 2007). Weitere Ansätze wurden in den letzten Jahren gestartet, jedoch noch nicht weitergeführt. So z.B. die Pilotstudie von Axelson et al. (2003) in welcher der EMA (ecological momentary assessment), ein Fragebogen zu Stimmung und Verhalten getestet wurde. Dabei wurden über acht Wochen Jugendliche mit Affektstörungen mehrmals täglich telefonisch befragt. Der EMA erwies sich als durchführbar.

Zur Verlaufsbeobachtung geeignet ist der mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) von Steyer et al. (1997). Er dient der Erfassung der momentanen psychischen Befindlichkeit eines Patienten innerhalb weniger Minuten anhand dreier bipolarer Achsen: gute vs. schlechte Stimmung, Wachheit vs. Müdigkeit, Ruhe vs. Unruhe. Auch die Befindlichkeitsskalen (BF-S und Bf-S´) von v. Zerssen und Koeller (1976) können zur Verlaufsbeobachtung herangezogen werden, sind jedoch nur bei

Erwachsenen anwendbar. Durch Selbstbeobachtung wird innerhalb von 1-4 Minuten die momentane Befindlichkeit der Patienten anhand von Eigenschaftswörterpaaren (gegensätzliche Begriffe) erfragt.

Der momentanen Erfassung von psychosozialer Kompetenz, Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und somatischen Beschwerden bei Jugendlichen zwischen 11 und 18 Jahren dient die deutsche Version des Youth Self Report (YSR, Bestandteil der Child Behavior Checklist: CBCL). Besonders erwähnenswert sind dabei die analog zum Patientenfragebogen erstellten Elternfragebögen und Fragebögen für Lehrer, welche eine Fremdeinschätzung ermöglichen (Döpfner et al, 1998; Rudolf und Manz, 1993).

Ein Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung, die "*Therapeutic Alliance Scales for Children",* wurde von Shirk und Saiz (1992) entworfen. Es besteht aus einem Fragebogen für die behandelten Kinder und Jugendlichen sowie einem parallelen Fragebogen für deren Therapeuten. Die deutsche Version dieses Instrumentes, der "*Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche" (FTB-KJ)* wurde von Kronmüller et al. (2003) auf Güte und Reliabilität getestet. Sie bildet eine Grundlage für weitere Prozessstudien in der Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Einen anderen Ansatz bieten Keller et al. (2001, 2003, 2004, 2006) : Tägliche Erhebungen der Befindlichkeit und Behandlungszufriedenheit von Jugendlichen in stationär psychiatrischer Behandlung erwiesen sich dabei im klinischen Alltag als durchführbar und Erfolg versprechend. Zur besseren Validierung der Prozessfragen (Motivation, Zufriedenheit mit Therapien) sollten psychometrisch abgeklärte Instrumente herangezogen werden, die in der eigenen Arbeitsgruppe entwickelt wurden. Diese Instrumente enthielten anfangs nur Fragen zur Behandlungszufriedenheit, wurden dann im Laufe der folgenden Studien mit Fragen zu Befindlichkeit und zur therapeutischen Beziehung erweitert. Die Erhebung erfolgte anhand einer Selbstbeurteilung durch die Jugendlichen, sowie einer Fremdbeurteilung durch ihre Betreuer. Für die aktuelle Studie wurde zusätzlich eine neue Skala zur zweiten Fremdbeurteilung durch die Therapeuten erarbeitet. Zum Entwurf dieser Fragebögen wurden mehrere bereits existierende Tests herangezogen. So z.B. die Eigenschaftswörterliste (EWL) von Jahnke und Debus, die einen Persönlichkeitsstruktur-Test darstellt, und die unter anderem die Bereiche "emotionale Gereiztheit" und "Angst" erforscht. Die EWL ist zur Befragung von Jugendlichen ab 16 Jahren geeignet und in 10-30 Minuten durchführbar. Auch das State-Trait-Ausdrucksinventar (STAXI) von Schwenkmezger et al. (1992) stellte eine wichtige

Grundlage dar. Dieser Test dient zur Erfassung von aktuellem Ärger und Disposition zu Ärger bei Jugendlichen ab 14 Jahren.

Neuerdings entstand die Hypothese einer Überlegenheit der computergestützten Befragung gegenüber der herkömmlichen “Papier-Befragung”. Eine Studie von Bauer et al. (2004) bestand darin über drei Monate 96 Patienten mit bipolarer Störung täglich zu ihrer Stimmung und Medikation zu befragen. Zu diesem Zweck wurde die elektronische Version eines Papierfragebogens als “Chrono Record” auf ihrem Heimcomputer installiert. Parallel dazu wurden sie durch ihre Therapeuten mithilfe des Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) beurteilt. Die Studie konnte eine konkurrente Validität zwischen Chrono Record und HAMD aufzeigen. Zudem gab es bei den Patienten eine hohe Akzeptanz der täglichen computer-gestützten Erfassung. Auch wiesen die Autoren auf weniger Datenverlust und reduzierte Fehler durch Dateneingabe hin. Die Automatisierung ermögliche ausserdem eine Rückmeldung an Patienten und Therapeuten während der Studie. Eine Zusatzstudie konnte einen eventuellen Bias durch die Benutzung von Computern ausschliessen (Bauer et al, 2005).

Fahrenberg und Myrtek (2001) betonten ebenfalls die Vorteile der Computer-gestützten Befragung, insbesondere die der “Handheld PCs”, gegenüber der herkömmlichen Papier-Befragung. Im Einzelnen nannten sie die grössere Reliabilität, die Flexibilität des Layouts und die sequentielle oder hierarchische Strategie, die Alarmfunktion des PCs und somit die Regelmäßigkeit der Erhebung, den erleichterten Transfer zur Auswertungsstelle, sowie die Möglichkeit des Feedbacks während des Verlaufs.

Schmitz et al. (2000) verglichen anhand von 282 Patienten den herkömmlichen SCL-90-R Papierfragebogen mit dessen Computer-unterstützten Version. Dabei ergab sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den Ergebnissen der zwei Erhebungsmethoden, so dass die elektronische Version hinsichtlich ihrer größeren Effizienz von Vorteil zu sein schien.

Stiglmayr et al. (2005) führten eine Studie zur innerlichen Anspannung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Hilfe von hand-held Computern durch. Dabei füllten die Probanden zwei Tage lang stündlich einen Fragebogen aus. Dies wäre anhand der “paper and pencil” Methode kaum möglich gewesen.

Auch Caspar (2004) beschäftigt sich mit der Rolle der Technologie in der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Er ist der Meinung dass sie zwar grosse

Fortschritte bringt, warnt jedoch andererseits vor dem Gebrauch einer “leeren Technologie” und vor einem ungleichen Verhältnis zwischen den Vorteilen der modernen Technik und den dadurch entstehenden Kosten.

Insgesamt scheint eine Selbstbeurteilung mittels computer-gestützten Verfahren in der Psychiatrie einige Vorteile im Vergleich zur “paper and pencil” Methode zu bieten, unter anderem die Erleichterung einer regelmäßigen Rückmeldung der Daten an den Therapeuten (siehe unten). Jedoch wurde für die jetzige Studie aus ökonomischen und organisatorischen Gründen auf eine computergestützte Befragung verzichtet. Der Studie zugrunde gelegt wurde also die paper-and-pencil-Version des oben genannten modifizierten Fragebogens des eigenen Forscherteams.

1.5 Ziel der Studie

Ziel der Studie ist es, Prozessaspekte von therapeutischer Beziehung (sowohl zwischen Patient und Therapeut als auch zwischen Patient und Betreuer), Motivation und Behandlungszufriedenheit, sowie Schwankungen in Stimmung, Anspannung, und positiven Gefühlen bei Jugendlichen in stationär psychiatrischer Behandlung zu erfassen. Dadurch soll ein besseres Verständnis für Veränderungen im therapeutischen Prozess gewonnen werden. Dies betrifft sowohl Besserung, Variabilität, als auch z.B. gruppenspezifische Trends.

Dazu wurden die bereits in früheren Studien von Keller et al. eingesetzten Fragebögen zu Patientenzufriedenheit und Emotionen modifiziert und um den Aspekt der therapeutischen Beziehung erweitert. Zusätzlich wurde eine zweite Fremdeinschätzung durch Therapeuten eingeführt. Somit ist das erste Ziel dieser Studie die Validierung dieser Fragebögen, unter anderem durch Betrachtung der Differenzierbarkeit der einzelnen Items und gegebenenfalls ihre Verbesserung für nachfolgende Studien.

Das zweite Ziel der Studie ist es Eigen- und Fremdeinschätzung von Emotionen, Behandlungszufriedenheit und therapeutischer Beziehung gegenüberzustellen. Dadurch können unterschiedliche Sichtweisen der verschiedenen Teilnehmer an einer stationären Behandlung und somit die Wichtigkeit einer engen Zusammenarbeit aufgewiesen werden. Auch sollen prädiktive Faktoren für die Behandlungsmotivation der Patienten betrachtet werden.

Ein weiteres Ziel ist es zu untersuchen, ob es in den einzelnen Diagnosegruppen unterschiedliche Tendenzen in Hinsicht auf Emotionen, Behandlungsbewertung und therapeutische Beziehung gibt. Dabei soll ebenfalls eine Gegenüberstellung der Bewertungen der verschiedenen Teilnehmer erfolgen.

All die genannten Aspekte sollen einerseits über alle Zeitpunkte gemittelt weg betrachtet werden, andererseits soll auch ihr Verlauf während der stationären Therapie untersucht werden. Dazu wurden Verlaufskorrelationen berechnet und einzelne Patientenverläufe exemplarisch aufgezeigt.

Letztendlich soll diese Studie ebenfalls erforschen ob eine tägliche Befragung von stationären Patienten mit Rückmeldung an die Therapeuten durchführbar ist und inwiefern dies einen Behandlungsfortschritt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeuten könnte.

2 Material und Methodik

2.1 Stichprobe und Ablauf

Die tägliche Datenerhebung erfolgte vom 12.07.05 bis zum 23.12.05, umfasste also fünfeinhalb Monate (164 Tage). Eingeschlossen wurden alle Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, die in diesem Zeitraum in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm stationär aufgenommen wurden. Voraussetzung waren die freiwillige Zustimmung des Jugendlichen nach ausführlicher Aufklärung sowie ein hinreichendes Verständnis für die gestellten Fragen. Diese Zustimmung durfte jederzeit widerrufen werden. Eine Ablehnung der Teilnahme an der Studie beeinflusste keineswegs die weitere Behandlung des Patienten.

Die Datenerhebung mittels eines selbst entwickelten Fragebogens begann am ersten stationären Tag und erfolgte über den gesamten Behandlungszeitraum täglich zu zwei Zeitpunkten. Die Jugendlichen beantworteten mittags 10 Fragen und abends 27 Fragen zu Stimmungslage, wahrgenommener Anspannung, Behandlungszufriedenheit, Medikation und Stationserleben. Diese schriftliche Befragung fand täglich nach dem Mittag- bzw. Abendessen statt, so dass die Erhebungszeitpunkte über den gesamten Studienzeitraum konstant blieben. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Jugendlichen in einen verschlossenen Behälter eingeworfen, der ein bis zweimal wöchentlich von den Forschungsmitarbeitern geleert wurde. Letztere gaben die gewonnenen Daten anschliessend in einen Computer ein. Kein Forschungsmitglied war an der Betreuung oder Behandlung der Jugendlichen in irgendeiner Form beteiligt.

Fehlende Daten unter den Patientenfragebögen rühren zum Teil daher, dass tagsüber zahlreiche Therapien oder Außenaktivitäten stattfanden. Auch am Wochenende waren viele Jugendliche nicht auf Station anwesend.

Um eine Fremdbeurteilung zu erhalten, füllte das Betreuerteam ebenfalls mittags und abends (Früh- und Spätschicht) eine parallel gehaltene Version des Fragebogens zu den Prozessaspekten bei den jeweiligen Patienten aus. Die beteiligten Betreuer waren zum großen Teil bereits mehrere Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig und hatten eine krankenpflegerische oder sozialpädagogische Ausbildung. Eine zweite Fremdbeurteilung erfolgte durch die zwei Therapeuten der Jugendstation. Es handelte sich dabei um eine Diplompsychologin und einen Psychiater. Sie beantworteten nach jedem

Einzelgespräch eine vergleichbare Version des Fragebogens zu dem jeweiligen Patienten. Dementsprechend erfolgte die Datenerhebung der Therapeuten nicht täglich sondern je nach Häufigkeit der Einzelgespräche. Die Fragebögen des Betreuerteams und der Therapeuten betrugen jeweils 13 Fragen, die einen Vergleich mit den Fragen der Jugendlichen ermöglichten.

Eine Rückmeldung der Verlaufskurven an die jeweiligen Jugendlichen war nicht vorgesehen, um die Erhebung nicht durch feedback-Effekte zu verfälschen. Jedoch konnten die Jugendlichen auf eigenen Wunsch am Ende der Behandlung ihre Daten einsehen.

Mehrmals wurden Gruppengespräche mit den Jugendlichen angeboten, um Unklarheiten zu beseitigen, Kritikpunkte zu besprechen und Verbesserungsvorschläge zu notieren. Außerdem sollten diese Gespräche die Motivation der Jugendlichen unterstützen. Auch mit den Betreuern und Therapeuten wurde Rücksprache gehalten.

Die Stichprobe umfasste 27 Patienten, darunter 10 Jungen (37%) und 17 Mädchen (63%). Sie waren zwischen 13,9 und 18,1 Jahre alt, das Durchschnittsalter bei Aufnahme lag bei 16,3 Jahren. Die Aufenthaltsdauer lag zwischen einer Woche und fünf Monaten. Die diagnostische Zusammensetzung dieser Stichprobe war heterogen. Die Diagnosen wurden anhand der ICD-10-Forschungskriterien gestellt (WHO, 2007). Viele Patienten wiesen neben der Hauptdiagnose mindestens eine weitere Diagnose auf.

Ursprünglich wurden 33 Patienten untersucht. Einige Teilnehmer mussten jedoch aufgrund fehlender Selbstbeurteilungen aus den Auswertungen ausgeschlossen werden. Da für diese Patienten trotzdem Fremdbeurteilungen vorliegen, sollen sie in Tabelle 1 aufgeführt werden. Dasselbe gilt für eine Patientin mit einem sehr kurzen stationären Aufenthalt - eine Krisenintervention bei Suizidalität. Einen Sonderfall stellt Patientin 631 dar, da bei ihr durch eine lange Aufenthaltsdauer trotz fehlender Eigenbeurteilungen viele Fremdbeurteilungen vorliegen. Ihre Daten konnten in den Ergebnissen nicht beachtet werden, ihr Verlauf wird jedoch in Kapitel 3.5.2 als Einzelverlauf aufgeführt.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Zusammensetzung der Patientenstichprobe (laufende Patientennummer, Geschlecht, Alter, ICD-10 Hauptdiagnose, Diagnosegruppe, Aufenthaltsdauer während der Studie, und Anzahl der ausgefüllten Bögen von Jugendlichem, Betreuer, und Therapeut) .

Tabelle 1: Übersicht der Zusammensetzung der Patientenstichprobe

Nr.	m/w	Alter	Hauptdiagnose	Dg.	A.d.	Jug.	Betr.	Ther.
601	m	17,2	Schizophrenia Simplex F20.6	S	61	3	40	7
602	m	17,8	psychogene Anfälle F48	O	89	15	59	18
603	w	14,7	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung F92	SSV	30	44	43	15
604	m	17,2	Akute Belastungsreaktion F43.0	d	14	3	6	0
605	m	16,6	Enkopresis F98.1	O	15	1	18	2
606	w	17,8	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.3	D	69	120	58	15
607	w	17,3	Paranoide Schizophrenie F20.0	S	27	29	18	5
608	w	17,0	Anorexia Nervosa F50.0	AN	33	47	31	9
609	w	16,5	Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen F19.1	O	15	13	14	4
610	m	17,3	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie F20.0	S	164	58	109	17
611	w	16,9	Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F92	SSV	29	5	7	3
612	m	16,6	Depressive Episode F32	D	60	41	51	12
615	w	14,9	Anpassungsstörung im familiären Rahmen F94	d	22	14	10	4
616	w	16,2	Somatogene Schmerzen F45	O	101	21	40	12
617	w	16,8	Akutes Belastungssyndrom PDST F43.0	d	22	17	18	7
618	w	16,2	emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ F60.31	B	7	9	4	3
620	w	16,8	Anpassungsstörung F43	d	80	3	42	6
621	m	17,9	Organische wahnhafte schizophreniforme Psychose F06.2	S	37	10	15	0
622	w	17,7	Dissoziative Amnesie F44	O	37	5	27	4
623	m	17,2	Akute schizophreniforme psychotische Störung ohne akute Belastung F23.20	S	16	0	8	0
624	w	14,5	V.a soziale Anpassungsstörung F43	d	48	7	25	6
625	m	16,6	Paranoid-halluzinatorische Psychose F20	S	84	2	38	0

Fortsetzung

Nr.	m/w	Alter	Hauptdiagnose	Dg.	A.d.	Jug.	Betr.	Ther.
626	w	14,7	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung F92.0	SSV	4	8	1	0
627	w	17,7	Mittelgradige depressive Episode F32.2	D	27	8	12	0
628	m	16,8	Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden F12	O	56	22	26	5
629	w	14,7	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ F60.3	B	39	21	22	4
630	w	15,8	Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung F60.30	B	44	53	22	5
631	w	17,6	Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.31	B	45	0	24	0
633	w	14,8	Psychose F29	S	15	7	8	3
634	m	13,9	Depressive Episode F32	D	4	2	3	0
635	m	18,1	Enuresis nocturna F98.0	O	9	0	3	0
637	m	17,9	Depressive Episode F32	D	7	0	2	0
638	m	16,0	Suizidalität	O	4	0	2	0

Fortsetzung Tabelle 1

Anmerkung: Übersicht der Patienten welche während dem Zeitraum 12.07.05 bis 23.12.05 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm stationär-psychiatrisch behandelt wurden und an der Studie teilnahmen indem sie Fragebögen zu therapeutischer Beziehung, Behandlungszufriedenheit und Affektveränderungen beantworteten: Laufende Patientennummer, Geschlecht, Alter, ICD-10 Hauptdiagnose, Diagnosegruppe, Aufenthaltsdauer während der Studie, Anzahl der ausgefüllten Bögen von Jugendlichem, Betreuer und Therapeut.

Nr.: Nummer; M/w: männlich / weiblich; Dg.: Diagnosegruppen; S: Schizophrenie; B: Borderline-Störung; D: Depression; d: depressive Störungen im weiteren Sinne; SSV: Störung des Sozialverhaltens; AN: Anorexia nervosa; O: Andere; A.d.: Aufenthaltsdauer in Tagen; Jug.: Anzahl der durch den Jugendlichen ausgefüllten Fragebögen; Betr.: Anzahl der durch die Betreuer ausgefüllten Fragebögen; Ther.: Anzahl der durch die Therapeuten ausgefüllten Fragebögen.

Insgesamt liegen von der Stichprobe 580 Fragebögen vor. Davon wurden 257 (47,4%) mittags und 305 (52,6%) abends ausgefüllt. Von den männlichen Probanden liegen 157 (27,1%), von den weiblichen Probanden 423 (72,9%) Befragungszeitpunkte vor. Die jeweilige Anzahl der Zeitpunkte pro Patient variiert bedingt durch die unterschiedliche Aufenthaltsdauer deutlich. Der Mittelwert liegt bei 16,3 Befragungen pro Person, wobei jedoch vier Probanden insgesamt schon 278, also 47,9% der Befragungszeitpunkte repräsentieren. Das Maximum liegt bei einer Patientin die 120 Fragebögen ausfüllte.

Von den Betreuern liegen insgesamt 806 Befragungszeitpunkte vor, darunter 419 (52%) von mittags und 387 (48%) von abends. Der Mittelwert beträgt 22,4 ausgefüllte Fragebögen pro Patient. Für vier Jugendliche liegen insgesamt 277 Befragungszeitpunkte, also 34,4% aller Fremdbeurteilungen durch Betreuer vor. Als Maximum füllten die Betreuer bei einem Patienten 109 Fragebögen aus.

Von den Therapeuten erhielten wir 166 Fragebögen. Davon stammen 114 (68,3%) von der Stationspsychologin und 53 (31,7%) von dem Stationspsychiater. Der Mittelwert beträgt 4,6 Befragungszeitpunkte pro Patient. Für vier Jugendliche liegen insgesamt 65 Befragungszeitpunkte vor, was 38,9% der von den Therapeuten ausgefüllten Fragebögen entspricht. Als Maximum füllten die Therapeuten bei einem Patienten 18 Fragebögen aus.

Eine Übersicht gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Verteilung der erhobenen Daten

	Jugendliche	Betreuer	Therapeuten
Gesamt	580	806	166
Mittags	257 (47,4%)	419 (52%)	
Abends	305 (52,6%)	387 (48%)	
Männlich	157 (27,1%)		
Weiblich	423 (72,9%)		
Fragebögen/Jugendliche	16,3	22,4	4,6

Anmerkung: Anzahl der ausgefüllten Fragebögen, Verteilung nach Tageszeitpunkt, Geschlecht des Patienten, sowie durchschnittliche Anzahl der beantworteten Fragebögen pro Patient bzw. zu einem jeweiligen Patienten.

Fragebögen/Jugendliche: Anzahl der beantworteten Fragebögen pro Patient (Mittelwert)

2.2 Instrumente

2.2.1 Jugendliche

Es wurde ein Fragebogen zur Erfassung von Zufriedenheit mit dem Stationsalltag, Behandlungszufriedenheit, therapeutischer Beziehung sowie Verträglichkeit und Wirkung der medikamentösen Therapie während der stationären psychiatrischen Behandlung von Jugendlichen entworfen. Die Fragen der beiden Versionen (mittags und abends) sind jeweils mit fünffach gestuften Antwortkategorien versehen, von 1: “stimmt gar nicht” bis 5: “stimmt vollkommen”. Für die zwei Fragen zur medikamentösen Therapie ist zusätzlich

die Antwortmöglichkeit 0 vorgesehen, falls keine Medikamente eingenommen werden. Bei der Frage 27 nach Nebenwirkungen der Medikamenteneinnahme soll zusätzlich in einem freien Feld mit dem Text “nämlich : ...” eine genauere Auskunft über die Nebenwirkungen gegeben werden. Der Fragebogen wurde über drei vorherige Studien aufgebaut, zunehmend perfektioniert und erweitert. Für die jetzige Studie wurde er durch Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen nochmals durchdacht und modifiziert. Dabei ging es im Wesentlichen darum Fragen mit wenig differenzierten Ergebnissen zu entfernen bzw. umzuformulieren, sowie genauer auf die therapeutische Beziehung und die Zufriedenheit der Jugendlichen mit der Therapie einzugehen. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über den für diese Studie gestalteten Fragebogen für Jugendliche.

Tabelle 3: Fragebogen für Jugendliche

Mittags und abends	
1) Ich bin gut drauf	Stimmung, Spannung, Emotionen
2) Ich bin müde und erschöpft	
3) Ich bin genervt	
4) Ich fühle mich ängstlich	
5) Ich bin aggressiv	
6) Ich fühle mich verletzlich	
7) Ich bin traurig und betrübt	
8) Ich bin verärgert	
9) Ich fühle mich sympathisch und attraktiv	
10) Ich bin innerlich angespannt	
Nur abends	
11) Ich werde hier gegen meinen Willen behandelt	Behandlungszufriedenheit
12) Heute war es schwierig für mich, alleine zu sein	Tag im Rückblick
13) Mir ist vieles peinlich, ich schäme mich ständig	
14) Ich habe mich heute richtig ausgepowert (z.B. : beim Sport, Musik)	
15) Die Stimmung auf der Station empfand ich heute als sehr angenehm	
16) Ich bin heute zufrieden mit mir	
17) Insgesamt ging es mir heute gut	

Fortsetzung

Nur abends	
18) Ich konnte heute die Dinge mitbestimmen	
19) Ich fühle mich von meinem/r Einzeltherapeuten/in verstanden und kann mich ihm/ihr gegenüber öffnen	
20) Ich empfinde die Einzeltherapie als hilfreich	
21) Ich habe mich heute den Betreuern/innen anvertrauen können	Behandlungszufriedenheit und therapeutische Beziehung
22) Ich habe heute die Betreuer/innen als unterstützend erlebt	
23) Insgesamt bin ich heute mit dem Tag auf Station sehr zufrieden	
24) Es ist sinnvoll, dass ich weiterhin hier behandelt werde	
25) Meine Stimmung hat heute stark geschwankt	Stimmungsschwankungen
26) Die Medikamente helfen sehr gut (keine Medikamente eingenommen : 0)	
27) Ich habe in den letzten 24 Stunden Nebenwirkungen der Medikamente bemerkt, nämlich: ... (keine Medikamente eingenommen : 0)	Medikation

Fortsetzung Tabelle 3

Anmerkung: Das Erhebungsinstrument für Patienten besteht aus Fragen zu Emotionen welche mittags und abends gestellt wurden, sowie aus Fragen zu Behandlungszufriedenheit, therapeutischer Beziehung, Stimmungsschwankungen, Medikation und Zufriedenheit mit dem Tagesablauf welche nur abends gestellt wurden.

Die Fragen 1-10 wurden im Wesentlichen aus dem Bogen der früheren Studie übernommen, da sie sich als aussagekräftig erwiesen. Es handelt sich dabei um Aussagen zu Stimmung, Spannung und Emotionen. Diese Items kommen sowohl in der abendlichen, als auch in der mittaglichen Version vor.

Die Fragen 12-17 sind nur in der abendlichen Version enthalten, da sie einen Tagesrückblick darstellen. Sie wurden aus dem vorherigen Fragebogen übernommen und zum besseren Verständnis der Jugendlichen umformuliert. Neu sind Frage 15: “Die Stimmung auf der Station empfand ich heute als sehr angenehm” und Frage 17: “Insgesamt ging es mir heute gut”.

Die Fragen 11 und 18-24 beziehen sich auf die Behandlungszufriedenheit des

Jugendlichen und auf die therapeutische Beziehung aus seiner Sicht. Auch sie kommen nur in der abendlichen Befragung vor. Diese Items wurden zum großen Teil neu eingeführt (11, 19, 20, 21, 22), um näher auf das Verhältnis zwischen Betreuern und Jugendlichen bzw. Therapeuten und Jugendlichen, sowie auf die allgemeine Zufriedenheit des Patienten mit der Therapie einzugehen. Alle Skalen der Fragen 18-24 sind in Richtung einer positiven therapeutischen Beziehung gepolt, so dass hohe Werte einer guten Beziehung entsprechen. Umgekehrtes gilt für Frage 11.

Ebenfalls neu eingefügt wurde die Frage 25 (“Meine Stimmung hat heute stark geschwankt”), welche man sich vor allem in Bezug auf Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung als aussagekräftig versprach.

Die Items 26 und 27 beziehen sich auf die medikamentöse Therapie des Patienten. Sie waren auch im Fragebogen der vorherigen Studie vorhanden, zusätzlich ergibt sich nun die Möglichkeit eines freien Textes zur Detaillierung der verspürten Nebenwirkungen.

Die Fragebögen wurden von den Jugendlichen mittags und abends jeweils nach dem Essen ausgefüllt und in eine verschlossene Urne geworfen, wo sie später von Mitarbeitern eingesammelt wurden.

2.2.2 Betreuer und Therapeuten

Das Erhebungsinstrument für die Fremdeinschätzung besteht aus zwei Fragebögen, die analog zu einem Teil des Fragebogens für Jugendliche aufgebaut sind. Der eine diente der Befragung des Betreuerteams, welches mittags und abends eine Rückmeldung über jeden Patienten gab. Der andere wurde für die Therapeuten entworfen, so dass sie nach jeder Einzeltherapie rückblickend die Stimmungslage und Zufriedenheit des Jugendlichen einschätzen konnten. Beide Fragebögen umfassen 13 Items, mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit von 1 (“stimmt gar nicht”) bis 5 (“stimmt vollkommen”). Wie bei der Patientenversion wurde bei der Frage nach Medikamentenwirkung die Antwortkategorie “0” hinzugefügt, falls der Patient keine Medikamente einnahm.

Die Tabellen 4 und 5 geben eine Übersicht über die Fragebögen für Betreuer und Therapeuten. Im Gegensatz zu den Fragebögen für Jugendliche gab es bei den Fragebögen für Betreuer keinen Unterschied zwischen der Befragung mittags und abends.

Tabelle 4: Fragebogen für Betreuer.

Mittags und Abends	
1) Ist gut drauf 2) Ist müde und erschöpft 3) Ist aggressiv 4) Wirkt traurig 5) Wirkt verärgert / gereizt 6) Wirkt angespannt	Stimmung, Spannung, Emotionen
7) Das Stationsklima insgesamt war für den / die Jugendliche(n) förderlich 8) Ihm / Ihr ist vieles peinlich, schämt sich ständig 9) Wirkt zufrieden mit sich	Tag im Rückblick
10) Hat sich uns heute anvertraut, war offen zu uns **11) War offen für unsere Vorschläge und Anforderungen (Kooperation)** 12) Ist motiviert weiterhin hier behandelt zu werden	Behandlungszufriedenheit
13) Die Medikamente (Psychopharmaka) helfen gut (keine Medikamente: 0)	Medikation

Anmerkung: Der Fragebogen für Betreuer besteht aus Fragen zu Emotionen, Tagesrückblick, Behandlungszufriedenheit und Medikation welche mittags und abends zu jedem Patienten beantwortet wurden. Hervorgehoben sind Fragen, die sich von dem Fragebogen für Therapeuten unterscheiden.

Fragen 1 bis 6 beziehen sich auf die momentane Gefühlslage des Patienten. Fragen 7 bis 9 geben einen Aufschluss über den allgemeinen Tagesablauf des Jugendlichen. Mittels der Fragen 10-12 wird anschließend die Zufriedenheit und Motivation des Patienten erforscht. Dabei differieren die Fragen 10 und 11 bei Betreuern und Therapeuten leicht, beziehen sich aber bei beiden Gruppen auf das Vertrauen (Frage 10) und die Kooperation (Frage 11) des Jugendlichen gegenüber der Bezugsperson. Die letzte Frage (Frage 12) betrifft die Medikation.

Durch die analoge Fragestellung bei Jugendlichen, Betreuern und Therapeuten, sowie durch die ebenfalls fünffach gestufte Antwortskala wird ein direkter Vergleich zwischen den Fragebögen und dadurch eine gute Auswertung der Fremdeinschätzung möglich.

Um eine Verwechslung der vier Fragebogenversionen zu vermeiden, wurden diese farbig kodiert : So waren die Fragebögen für Jugendliche hell- bzw. dunkelgelb (mittags

bzw. abends), diejenigen für das Betreuerteam orange, und diejenigen für Therapeuten lila.

Tabelle 5: Fragebogen für Therapeuten.

Befragung jeweils nach Einzeltherapie	
1) Ist gut drauf 2) Ist müde und erschöpft 3) Ist aggressiv 4) Wirkt traurig 5) Wirkt verärgert / gereizt 6) Wirkt angespannt	Stimmung, Spannung, Emotionen
7) Das Stationsklima insgesamt war für den / die Jugendliche(n) förderlich 8) Ihm / Ihr ist vieles peinlich, schämt sich ständig 9) Wirkt zufrieden mit sich	Tag im Rückblick
10) Fühlt sich verstanden und kann sich mir gegenüber öffnen **11) Empfindet die Einzeltherapie als hilfreich und kann Anregungen annehmen** 12) Ist motiviert weiterhin hier behandelt zu werden	Behandlungszufriedenheit
13) Die Medikamente (Psychopharmaka) helfen gut (keine Medikamente : 0)	Medikation

Anmerkung: Der Fragebogen für Therapeuten besteht aus Fragen zu Emotionen, Tagesrückblick, Behandlungszufriedenheit und Medikation welche nach jeder Therapiesitzung zu dem jeweiligen Patienten beantwortet wurden. Hervorgehoben sind Fragen, die sich von dem Fragebogen für Betreuer unterscheiden.

2.3 Statistische Auswertung

Für sämtliche statistischen Berechnungen wurde das System SAS benutzt (Statistical Analysis System).

Bei den Berechnungen handelt es sich um Mittelwerte, Standardabweichungen, Pearson'sche Korrelationskoeffizienten und Cronbach Alpha-Koeffizienten. Zusätzlich wurde eine Faktorenanalyse anhand der Promax-Rotationsmethode vorgenommen und Berechnungen anhand multipler Regressionen durchgeführt.

Zur Auswertung der Fragebögen wurde zunächst eine Häufigkeitsauszählung der

verschiedenen Antwortkategorien durchgeführt. Anschliessend wurden zu jeder Frage Mittelwert und Standardabweichung berechnet (Tabellen 6, 7 und 8). Als Nächstes wurden die einzelnen Patientenfragen untereinander korreliert (Tabelle 9). Dasselbe wurde mit den Betreuer- (Tabelle 10) und Therapeutenfragen (Tabelle 11) durchgeführt. Bei der Anzahl der Fragebögen ($N > 120$) sind mithilfe des t-Test berechnet Korrelationswerte ab 0,178 auf dem 5%-Niveau als signifikant zu betrachten. Aufgeführt in Tabellen 9, 10 und 11 sind zwecks einer besseren Übersicht lediglich Korrelationswerte von $r > 0,30$ bzw. $r < -0,30$.

Im folgenden Schritt wurden die Antworten der Jugendlichen und Betreuer (Tabelle 12), der Jugendlichen und Therapeuten (Tabelle 13) sowie der Betreuer und Therapeuten (Tabelle 14) untereinander korreliert. Bei der Anzahl der Fragebögen ($N > 120$) bei Tabellen 12 und 14 sind nach dem t-Test Korrelationswerte ab 0,178 auf dem 5%-Niveau als signifikant zu betrachten. Lediglich bei den Korrelationen zwischen Jugendlichen und Therapeuten (Tabelle 13) sind nur 63 Fragebogenpaare vorhanden. Dadurch werden strenggenommen Korrelationswerte auf dem 5%-Niveau erst ab 0,250 signifikant. Aufgeführt in Tabellen 12, 13 und 14 sind alle Korrelationswerte ab $r > 0,20$ bzw. $r < -0,20$.

Bei diesen Ergebnissen muss dennoch darauf hingewiesen werden, dass eine korrekte Interpretation des Signifikanzniveaus nur begrenzt möglich ist, da die Annahme der Unabhängigkeit der Messungen nicht gegeben ist.

3 Ergebnisse

3.1 Häufigkeitsauszählungen

3.1.1 Patientenfragebogen

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Verteilung der Antworten auf die verschiedenen Kategorien sowie über deren Mittelwerte und Standardabweichungen bei den einzelnen Fragen.

Die Antworten auf die Fragen nach Emotionen und Stimmungsregulation, sowie diejenigen zur Tageseinschätzung im Rückblick weisen keine eindeutige Tendenz in den positiven oder negativen Bereich auf. Den niedrigsten Mittelwert findet man bei der Frage nach Aggressivität (Frage 5, Mw : 1,67). Die Jugendlichen schätzen sich also im Durchschnitt als wenig aggressiv ein. Die Mittelwerte der Fragen zur Behandlungsmotivation (Fragen 11 und 18 bis 24) sind mit einem Betrag von über 2,5 (bzw. unter 2,5 bei Frage 11) Zeichen einer hohen Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung. Den höchsten Mittelwert beträgt dabei die Frage 20 (“Ich empfinde die Einzeltherapie als hilfreich”) mit 3,75.

Auffällig ist bei den meisten Fragen eine etwa gleichmässige Verteilung der Antworten auf die fünf Antwortkategorien, beispielsweise bei Frage 2 (“Ich bin müde und erschöpft”). Auch die Antwortmöglichkeit 3 welche einer neutralen Antwort entspricht, wurde nicht übermässig viel genutzt. Ausnahmen bilden die Fragen 5 (“ich bin aggressiv”) und 8 (“ich bin verärgert”), bei denen zu über 60% die Antwortmöglichkeit 1 (“stimmt gar nicht”) gewählt wurde.

Tabelle 6: Antworthäufigkeiten (in Prozent), Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Fragen des Fragebogens für Jugendliche (mittags und abends kumuliert)

	1	2	3	4	5	0	Mw	Sd
Frage 1	17,2	17,8	27,6	14,5	22,9		3,08	1,39
Frage 2	25,2	14,7	20,9	16,7	22,6		2,97	1,49
Frage 3	60,0	13,6	12,2	5,9	8,3		1,89	1,30
Frage 4	43,5	14,0	13,5	10,7	18,3		2,46	1,56
Frage 5	66,1	14,8	9,4	5,6	4,2		1,67	1,12
Frage 6	36,1	10,0	14,7	16,9	22,3		2,79	1,60
Frage 7	39,2	13,6	16,9	14,5	15,7		2,54	1,51
Frage 8	62,3	10,7	12,9	5,6	8,6		1,87	1,32
Frage 9	59,7	7,3	13,2	7,6	12,2		2,05	1,46
Frage 10	27,9	10,9	15,0	18,3	27,9		3,07	1,59
Frage 11	72,5	8,2	5,9	1,3	2,1		1,72	1,36
Frage 12	56,6	11,8	10,9	4,6	16,1		2,12	1,52
Frage 13	41,6	15,2	10,6	8,9	23,8		2,58	1,64
Frage 14	43,1	11,6	22,5	10,6	12,3		2,37	1,43
Frage 15	12,8	13,8	28,3	23,6	21,6		3,27	1,30
Frage 16	38,7	18,5	14,5	8,8	19,5		2,52	1,54
Frage 17	20,3	17,3	28,5	11,9	22,0		2,98	1,41
Frage 18	29,5	13,4	25,2	18,1	13,8		2,73	1,41
Frage 19	18,0	5,1	13,9	29,8	33,2		3,55	1,45
Frage 20	17,5	4,9	10,9	17,9	48,8		3,75	1,52
Frage 21	23,4	9,0	19,1	22,4	26,1		3,19	1,51
Frage 22	24,5	9,4	19,1	13,8	33,2		3,22	1,58
Frage 23	18,6	10,2	27,8	19,0	24,4		3,20	1,41
Frage 24	18,9	12,1	16,2	9,1	43,8		3,47	1,57
Frage 25	32,8	23,3	19,5	7,5	16,8		2,52	1,44
Frage 26	17,4	6,5	18,8	15,6	13,4	28,3	3,02	1,42
Frage 27	29,1	2,3	6,9	11,1	20,7	29,9	2,89	1,74

Anmerkung: Häufigkeit der gewählten Antwortkategorien 1 bis 5 bei jeder Frage des Patientenfragebogens während der gesamten Studien.

Mw: Mittelwert; Sd: Standardabweichung

3.1.2 Betreuerfragebogen

Tabelle 7: Antworthäufigkeiten (in Prozent), Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Fragen des Fragebogens für Betreuer (mittags und abends kumuliert)

	1	2	3	4	5	0	Mw	Sd
Frage 1	10,7	21,1	28,8	33,0	6,5		3,03	1,11
Frage 2	27,4	28,0	18,4	18,7	7,6		2,51	1,28
Frage 3	62,2	20,9	9,1	6,1	1,7		1,64	0,99
Frage 4	24,5	27,2	22,5	20,7	5,1		2,55	1,21
Frage 5	48,3	21,0	16,4	10,3	4,1		2,01	1,20
Frage 6	13,3	20,3	29,3	25,5	11,7		3,02	1,21
Frage 7	2,7	10,6	41,8	37,1	7,7		3,36	0,87
Frage 8	45,1	27,7	17,0	8,7	1,5		1,94	1,05
Frage 9	12,2	28,8	37,5	17,8	3,6		2,72	1,01
Frage 10	12,2	23,0	32,0	25,5	7,2		2,93	1,13
Frage 11	9,7	13,5	34,4	34,2	8,0		3,17	1,09
Frage 12	9,0	15,0	35,0	33,7	7,3		3,15	1,06
Frage 13	3,8	11,7	37,3	14,7	1,5	31,0	2,98	0,83

Anmerkung: Häufigkeit der gewählten Antwortkategorien 1 bis 5 bei jeder Frage des Betreuerfragebogens während der gesamten Studien.
Mw: Mittelwert; Sd: Standardabweichung

Tabelle 7 gibt Aufschluss über die Verteilung der Antworten der Betreuer auf die einzelnen Fragen, sowie über deren Mittelwerte und Standarddeviationen.

Die Mittelwerte betreffend zeigt sich bei den Betreuern eine ähnliche Verteilung wie bei den Jugendlichen: Die Antworten auf Fragen zu Emotionen und Stimmungsschwankungen der Patienten sowie zu dem Tagesrückblick weisen keine eindeutigen Tendenzen auf. Einen besonders niedrigen Mittelwert beträgt wieder die Frage nach Aggressivität (Frage 3) mit einem Wert von 1,64. Frage 7 (“Das Stationsklima insgesamt war für den/die Jugendliche(n) förderlich”) wurde mit einem Mittelwert von 3,36 global sehr hoch bewertet. Bei den Fragen zur Behandlungsmotivation (Fragen 10-12) ist ebenfalls eine eindeutige Verschiebung der Antworten in den positiven Bereich festzustellen. Diese Fragen, bei denen es um Offenheit, Kooperation und Motivation der Jugendlichen geht, ergeben Mittelwerte von 2,93, 3,17 und 3,15.

Auffällig in der Verteilung der Antworten erscheint die Frage nach Aggressivität (Frage 3) bei der in über 62 % der Fälle die Antwortmöglichkeit 1 (“stimmt gar nicht”) gewählt wurde. Andere Fragen wie diejenige zu Stationsklima und Behandlungsmotivation

und zur medikamentösen Behandlung (Fragen 7 und 9-13) wurden hingegen zu über 30% mit Antwortkategorie “3” beantwortet, was einer neutralen Antwort entspricht.

3.1.3 Therapeutenfragebogen

Tabelle 8: Antworthäufigkeiten (in Prozent), Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Fragen des Fragebogens für Therapeuten

	1	2	3	4	5	0	Mw	Sd
Frage 1	13,8	26,4	31,7	21,0	7,2		2,81	1,13
Frage 2	13,8	18,0	27,5	29,9	10,8		3,06	1,21
Frage 3	38,3	31,1	20,4	7,8	2,4		2,05	1,06
Frage 4	3,6	19,2	29,3	29,9	18,0		3,40	1,10
Frage 5	18,6	31,7	28,7	16,8	4,2		2,56	1,10
Frage 6	1,2	13,2	25,8	31,7	28,1		3,72	1,05
Frage 7	4,8	18,6	22,2	28,7	25,8		3,52	1,20
Frage 8	18,0	19,7	27,5	24,6	10,2		2,89	1,25
Frage 9	10,8	49,7	28,7	10,2	0,6		2,40	0,84
Frage 10	6,6	12,6	34,7	38,9	7,2		3,27	1,00
Frage 11	8,4	18,6	27,0	36,5	9,6		3,20	1,11
Frage 12	15,1	12,1	20,5	28,9	23,5		3,34	1,36
Frage 13	1,2	15,1	28,9	10,2	7,2	37,4	3,11	0,96

Anmerkung: Häufigkeit der gewählten Antwortkategorien 1 bis 5 bei jeder Frage des Therapeutenfragebogens während der gesamten Studie.
Mw: Mittelwert
Sd: Standardabweichung

Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die Verteilung der Antworten der Therapeuten auf die einzelnen Fragen des Therapeutenfragebogens. Ebenfalls aufgeführt sind deren Mittelwerte und Standarddeviationen.

Insgesamt ist bei den Fragen zu Stimmung und Emotionen eine leichte Tendenz zu hohen Mittelwerten festzustellen (Fragen 2, 4, 5, 6, 8), wobei Frage 6 ("Wirkt angespannt", Mw 3,72) den höchsten Mittelwert aufweist. Ausgenommen davon ist die Frage nach Aggressivität mit einem abermals eher niedrigen Mittelwert (2,05). Ähnlich wie bei der Befragung der Betreuer ergeben sich auch bei den Antworten der Therapeuten hohe Mittelwerte bei den Fragen zu Stationsklima und Behandlungsmotivation (Fragen 7, 10, 11, 12).

Auffällig ist Frage 9 ("Wirkt zufrieden mit sich") bei der in beinahe 50% der Fälle die Antwortkategorie 2 gewählt wurde ("stimmt eher nicht").

3.1.4 Vergleich der Mittelwerte mittags/abends

3.1.4.1 Jugendliche

Vergleicht man die Mittelwerte der Antworten der Jugendlichen auf die Fragen der Mittagversion und der Abendversion ergeben sich bei nur wenigen Items signifikante Unterschiede.

Betrachtet man die Items getrennt so handelt es sich um folgende signifikanten Items: Das Item 1 (“gut drauf”) weist einen p-Wert von p = 0,01 und einen t-Wert von t = 2,61 auf, der Mittelwert von mittags liegt bei 2,76 und der von abends bei 3,09. Das Item 9 (“attraktiv”) mit einem p-Wert von p = 0,02 und einem t-Wert von t = 2,40 ergibt Mittelwerte von 1,85 (mittags) und 2,17 (abends). Das Item 10 (“angespannt”) mit p = 0,04 und t = -2,08 ergibt Mittelwerte von 3,28 (mittags) und 2,98 (abends).

Bei den Mittelwerten der Summenscores (welche später noch genauer besprochen werden sollen) ergibt lediglich der Summenscore für positive Gefühle (Item 1 “gut drauf” und Item 9 “attraktiv”) einen signifikanten Unterschied zwischen mittags und abends, mit p = 0,01 und t = 2,78 und kumulativen Mittelwerten von 4,62 (mittags) und 5,25 (abends).

Zu bemerken sei noch, dass die Summenscores für Beziehung und Zufriedenheit in diesen Auswertungen nicht betrachtet wurden, da die entsprechenden Fragen lediglich in der Abendversion des Fragebogens enthalten sind.

3.1.4.2 Betreuer

Zu demselben Schluss kommt man beim Betrachten der Antworten der Betreuer : Die meisten Items weisen keine signifikanten Ergebnisse auf. Lediglich Item 3b (“aggressiv”) mit einem p-Wert von p = 0,03 und t = 2,22 sowie Item 4b (“traurig”) mit einem p-Wert von p = 0,03 und einem t-Wert von t = 2,15 zeigen einen Unterschied zwischen den Mittelwerten der Antworten von mittags (1,58 bzw. 2,48) und abends (1,75 bzw. 2,68).

3.2 Korrelation unter den Fragen der jeweiligen Fragebögen

3.2.1 Korrelation der Fragen des Patientenfragebogens

In diesem Kapitel werden die Korrelationen unter den einzelnen Fragen des Patientenfragebogens betrachtet. In Tabelle 9 sind nur die relevanten Werte aufgeführt, die eine Korrelation gleich oder größer 0,30 aufweisen. Hervorgehoben sind Korrelationen mit einem Wert von mindestens 0,60.

Die Fragen zu Emotionen und Stimmungsschwankung weisen im Vergleich zu den anderen Fragen eher hohe Korrelationen untereinander auf. Besonders fallen dabei die Fragen 6 (“Ich fühle mich verletzlich”), 7 (“Ich bin traurig und betrübt”) und 10 (“Ich bin innerlich angespannt”) auf, welche hohe Korrelationen mit den ersten zehn Fragen aufweisen. Darunter befinden sich negative Korrelationen mit den Fragen 1 (“Ich bin gut drauf”) und 9 (“Ich fühle mich sympathisch und attraktiv”), bei denen es sich um positive Gefühle handelt. Ebenso korreliert Frage 1 (“Ich bin gut drauf”) negativ mit dem größten Anteil der ersten zehn Fragen. Frage 4 (“Ich fühle mich ängstlich”) und Frage 6 (“Ich fühle mich verletzlich”) wurden am häufigsten zusammenhängend beantwortet (Korrelationskoeffizient von 0,81). Die Frage nach Müdigkeit und Erschöpfung (Frage 2), sowie diejenige nach Schamgefühlen (Frage 13) wurden weitgehend unabhängig von den anderen Fragen zu Stimmung und Emotionen beantwortet und ergeben somit niedrige Korrelationen mit allen anderen Fragen.

Beim Tagesrückblick fällt auf dass Frage 14 (“Ich habe mich heute richtig ausgepowert z.B. bei Sport und Musik”) mit keiner anderen Frage signifikant korreliert. Hingegen scheint die Beantwortung der Fragen 16 (“Ich bin heute zufrieden mit mir”) und 17 (“Insgesamt ging es mir heute gut”) mit derjenigen vieler anderer Fragen zusammenzuhängen. So zeigen sich beispielsweise positive Korrelationen zwischeneinander aber auch mit Frage 1 (“Ich bin gut drauf”) und eine negative Korrelation mit der Frage nach Traurigkeit / Betrübtheit (Frage 7). Den engsten Zusammenhang weisen die Fragen 16 (“Ich bin heute zufrieden mit mir”) und 9 (“Ich fühle mich sympathisch und attraktiv”) mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,75 auf.

Tabelle 9: Übersicht über die Korrelationen der Fragen des Fragebogens für Jugendliche. Korreliert nach Behandlungstag.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	**1,00**		-0,36	-0,49	-0,32	-0,54	**-0,67**	-0,35	0,53	-0,59		-0,32
2		**1,00**				0,33	0,30					
3	-0,36		**1,00**		**0,72**		0,48	**0,72**		0,32		
4	-0,49			**1,00**		**0,81**	**0,65**		-0,47	**0,74**		0,38
5	-0,32		**0,72**		**1,00**	0,34	0,45	**0,70**		0,34		
6	-0,54	0,33		**0,81**	0,34	**1,00**	**0,70**	0,34	-0,59	**0,71**		0,32
7	**-0,67**	0,30	0,48	**0,65**	0,45	**0,70**	**1,00**	0,48	-0,53	**0,67**		0,40
8	-0,35		**0,72**		**0,70**	0,34	0,48	**1,00**		0,35		
9	0,53			-0,47		-0,59	-0,53		**1,00**	-0,57		
10	-0,59		0,32	**0,74**	0,34	**0,71**	**0,67**	0,35	-0,57	**1,00**		0,39
11											**1,00**	
12	-0,32			0,38		0,32	0,40			0,39		**1,00**
13		0,41		0,33								0,35
14												
15	0,43		-0,30				-0,42	-0,31	0,38	-0,30		
16	**0,62**			-0,57		**-0,65**	**-0,61**		**0,75**	**-0,67**		
17	**0,65**		-0,32	-0,50	-0,33	-0,57	**-0,69**	-0,36	0,53	-0,57		
18												
19				0,40		0,35	0,31		-0,36	0,33	-0,39	
20				0,36		0,39			-0,35	0,32	-0,46	
21												
22						0,31			-0,31			
23	0,49			-0,33		-0,31	-0,49	-0,31	0,39	-0,39		
24											-0,51	
25	-0,34			0,50		0,48	0,52	0,36	-0,37	0,46		0,40

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1			0,43	**0,62**	**0,65**						0,49		-0,34
2	0,41												
3			-0,30		-0,32								
4	0,33			-0,57	-0,50		0,40	0,36			-0,33		0,50
5					-0,33								
6				**-0,65**	-0,57		0,35	0,39		0,31	-0,31		0,48
7			-0,42	**-0,61**	**-0,69**		0,31				-0,49		0,52
8			-0,31		-0,36						-0,31		0,36
9			0,38	**0,75**	0,53		-0,36	-0,35		-0,31	0,39		-0,37

Fortsetzung

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
10			-0,30	**-0,67**	-0,57		0,33	0,32			-0,39		0,46
11							-0,39	-0,46				-0,52	
12	0,35												0,40
13	**1,00**												
14		**1,00**				0,43					0,32		
15			**1,00**	0,41	0,52						**0,62**		
16			0,41	**1,00**	**0,69**		-0,33	-0,36			0,49		-0,34
17			0,52	**0,69**	**1,00**						**0,64**		-0,35
18		0,43				**1,00**	0,36		0,41	0,48	0,33	0,37	
19				-0,33		0,36	**1,00**	**0,76**	0,37	0,42		0,30	
20				-0,36			**0,76**	**1,00**	0,36	0,43		0,39	
21						0,40	0,37	0,36	**1,00**	**0,72**		0,39	
22						0,48	0,42	0,43	**0,72**	**1,00**		0,42	
23		0,32	**0,62**	0,49	**0,64**	0,33					**1,00**		
24						0,37	0,30	0,39	0,39	0,42		**1,00**	
25				-0,34	-0,35								**1,00**

Fortsetzung Tabelle 9

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 580 Fragebögen von insgesamt 27 Patienten. Betrachtet werden die Korrelationen der Fragen des Fragebogens untereinander, berechnet aus dem gesamten Antworten der Patienten während der Studie. Aufgeführt sind nur die relevanten Werte welche eine Korrelation gleich oder größer 0,30 aufweisen. Hervorgehoben sind Korrelationswerte > 0,60 oder < -0,60.

Die Fragen zur Zufriedenheit mit der Behandlung weisen folgende Korrelationen untereinander auf: Besonders auffällig sind Items 19 und 20 (“Ich fühle mich von meinem/r Einzeltherapeuten/in verstanden und kann mich ihm/ihr gegenüber öffnen” und “Ich empfinde die Einzeltherapie als hilfreich”) die mit einem positiven Wert von 0,76 korrelieren. Auch die Fragen 21 (“Ich habe mich heute den Betreuern/innen anvertrauen können”) und 22 (“Ich habe heute die Betreuer/innen” als unterstützend erlebt”) wurden oft gleichermassen beantwortet (Korrelationskoeffizient von 0,72). Im Gegensatz dazu weist die Frage 23 (“Insgesamt bin ich heute mit dem Tag auf Station sehr zufrieden”) wenig Zusammenhang mit den anderen Fragen zur Behandlungszufriedenheit auf. Vielmehr korreliert sie mit den Fragen 15 (“Die Stimmung auf der Station empfand ich heute als sehr angenehm”, Korrelationskoeffizient 0,62) und 17 (“Insgesamt ging es mir heute gut”, Korrelationskoeffizient 0,64). Frage 18 (“Ich konnte heute die Dinge mitbestimmen”) korreliert, wenn auch in geringerem Maße mit Fragen 19, 21, 22, 23 und 24, also mit nahezu allen Fragen zu therapeutischer Beziehung und Behandlungsmotivation.

Frage 25 zu Stimmungsschwankungen korreliert mit vielen Fragen in leichtem Maße.

Insgesamt zeigen sich beim Patientenfragebogen also einige Zusammenhänge zwischen den Fragen, bleiben jedoch mässig.

3.2.2 Korrelation der Fragen des Fragebogens für Betreuer

Tabelle 10: Übersicht über die Korrelationen der Fragen des Fragebogens für Betreuer. Korreliert nach Behandlungstag.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	**1,00**	-0,45	-0,33	**-0,66**	-0,48	**-0,60**			0,59			
2	-0,45	**1,00**		0,40								
3	-0,33		**1,00**		**0,72**	0,42						
4	**-0,66**	0,40		**1,00**		0,55			-0,52			
5	-0,48		**0,72**		**1,00**	0,49						-0,33
6	**-0,60**		0,42	0,55	0,49	**1,00**			-0,50			
7							**1,00**				0,41	0,35
8								**1,00**				
9	0,59			-0,52		-0,50			**1,00**			
10										**1,00**	**0,65**	0,45
11							0,41			**0,65**	**1,00**	0,49
12					-0,33		0,35			0,45	0,49	**1,00**

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 806 Fragebögen mit Angaben zu 27 Patienten. Betrachtet werden die Korrelationen der Fragen des Fragebogens untereinander, berechnet aus dem gesamten Antworten der Betreuer bezogen auf jeden Patienten. Aufgeführt sind nur relevante Werte welche eine Korrelation gleich oder größer 0,30 aufweisen. Hervorgehoben sind Korrelationen > 0,60 bzw. < -0,60.

Bei dem Fragebogen für Betreuer ergaben sich Zusammenhänge vor allem bei den Fragen nach Stimmung und Emotionen. Frage 1 (“ist gut drauf”) korreliert mit den meissten anderen Fragen. So besteht zum Beispiel zwischen Fragen 1 und 4 (“wirkt traurig”), und zwischen Fragen 1 und 6 (“wirkt angespannt”) eine signifikant negative Korrelation (-0,66 bzw. -0,60). Besonders stark zusammenhängend wurden Frage 3 nach Aggressivität und Frage 5 nach Verärgerung und Gereiztheit mit einem Korrelationskoeffizient von 0,72 beantwortet.

In den restlichen Kategorien wurden Frage 10 (“hat sich uns heute anvertraut, war offen zu uns”) und Frage 11 (“war offen für unsere Vorschläge und Anforderungen

(Kooperation)") oft ähnlich beantwortet (Korrelationskoeffizient 0,65). Ansonsten bestehen relativ wenig Zusammenhänge zwischen den Antworten. Besonders Frage 8 ("Ihm ist vieles peinlich, schämt sich ständig") weist nur Korrelationskoeffizienten unter 0,30 zu anderen Fragen auf, was bedeutet dass sie weitgehend unabhängig von den restlichen Fragen beantwortet wurde.

Insgesamt bestehen mit Ausnahme der Fragen zur Stimmungslage wenige Zusammenhänge zwischen den Antworten auf die verschiedenen Fragen.

3.2.3 Korrelation der Fragen des Fragebogens für Therapeuten

Tabelle 11: Übersicht über die Korrelationen des Fragebogens für Therapeuten. Korreliert nach Behandlungstag.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	**1,00**	-0,46		-0,56	-0,37	-0,36	0,38		0,52			
2	-0,46	**1,00**										
3			**1,00**		**0,68**	0,42						
4	-0,56			**1,00**	0,33	0,39			-0,37			
5	-0,37		**0,68**	0,33	**1,00**	0,40					-0,31	
6	-0,36		0,42	0,39	0,40	**1,00**		0,43				
7	0,38						**1,00**			0,50	0,55	
8						0,43		**1,00**	-0,42			
9	0,52			-0,37				-0,42	**1,00**			
10							0,50			**1,00**	**0,80**	0,47
11					-0,31		0,54			**0,80**	**1,00**	0,50
12										0,47	0,50	**1,00**

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 166 Fragebögen mit Angaben zu 27 Patienten. Betrachtet werden die Korrelationen der Fragen des Fragebogens untereinander, berechnet aus dem gesamten Antworten der Therapeuten bezogen auf jeden Patienten. Aufgeführt sind nur relevante Werte welche eine Korrelation gleich oder größer 0,30 aufweisen. Hervorgehoben sind Korrelationen > 0,60 bzw. < -0,60.

Bei dem Fragebogen für Therapeuten ergibt sich, die Korrelationen unter den einzelnen Fragen betreffend, ein ähnliches Bild wie bei den Betreuern. Stärkere Zusammenhänge weisen auch hier wieder die Fragen nach Emotionen und Stimmungslage auf. So besteht zwischen Frage 3 ("ist aggressiv") und Frage 5 ("wirkt verärgert/gereizt") ein Korrelationskoeffizient von 0,68. Bei den restlichen Kategorien korrelieren vor allem Fragen 10 ("fühlt sich verstanden und kann sich mir gegenüber öffnen") und 11

(“empfindet die Einzeltherapie als hilfreich und kann Anregungen annehmen”) mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,80. Wenig Zusammenhang mit allen anderen Fragen weist Frage 2 (“ist müde und erschöpft”) auf.

Insgesamt sind auch bei den Therapeuten die Korrelationen der Antworten auf verschiedene Fragen relativ gering.

3.2.4 Summenscores

Zusätzlich zu der Berechnung der Mittelwerte und Korrelationen der Antworten auf einzelne Items befassten wir uns bei der Auswertung der Daten mit der Gruppierung von mehreren Items zu verschiedenen Summenscores. Diese wurden im Einzelnen als Summenscore für positive Gefühle (Frage 1 “gut drauf” + Frage 9 “attraktiv”), für Ärger (Frage 3 “genervt” + Frage 5 “aggressiv” + Frage 8 “verärgert”), für Depressivität (Frage 4 “ängstlich” + Frage 6 “verletzlich” + Frage 7 “traurig”), für Beziehungszufriedenheit (Frage 19 “von Einzeltherapeuten verstanden” + Frage 20 “Einzeltherapie hilfreich” + Frage 21 “Betreuern anvertraut” + Frage 22 “Betreuer unterstützend”) und für rückblickende Zufriedenheit (Frage 15 “Stimmung auf Station gut” + Frage 16 “zufrieden mit mir selbst” + Frage 17 “insgesamt ging es mir gut” + Frage 23 “insgesamt zufrieden mit dem Tag”) definiert. Diese fünf Summenscores beziehen sich ausschließlich auf die Abendversion des Fragebogens für Jugendliche, da in der verkürzten Version der Fragebögen für Betreuer und Therapeuten sowie in der Mittagsversion des Fragebogens für Jugendliche ein Großteil dieser Items nicht enthalten ist.

Es muss außerdem darauf hingewiesen werden, dass durch die lange Aufenthaltsdauer mancher Patienten die Ergebnisse zu stark beeinflusst werden könnten. Aus diesem Grund erfolgte die Auswertung der Ergebnisse zu den Summenscores ausschließlich anhand von Daten welche die 90 ersten Aufenthaltstage eines jeden Patienten berücksichtigen.

Zunächst wird mittels des Cronbach'schen Alpha-Koeffizienten die interne Konsistenz der einzelnen Summenscores geprüft. Tabelle 12 gibt eine Übersicht darüber. Der Summenscore für positive Gefühle, welcher lediglich aus zwei Items besteht, wird dabei nicht betrachtet.

Es resultieren für alle Summenscores Cronbachs alpha zwischen 0,81 und 0,90, was auf eine sehr hohe interne Konsistenz hinweist. Es scheint demnach sinnvoll die Items auf

diese Weise zusammenzuführen und weiter auszuwerten. Ebenso ist dies eine Bestätigung für die korrekte Erfassung und Zuordnung der Emotionen der Jugendlichen zu Gefühlsoberbegriffen.

Tabelle 12: Cronbach Alpha-Koeffizienten zur Prüfung der internen Konsistenz der Summenscores

Summenscore	Items	Cronbach Alpha-Koeffizient
Ärger	3,5,8	0,89
Depressivität	4,6,7	0,90
Beziehungszufriedenheit	19,20,21,22	0,81
Rückblickende Zufriedenheit	15,16,17,23	0,86

Anmerkung: Fragen des Fragebogens konnten zum grossen Teil zu vier Summenscores zusammengeführt werden, welche hier aufgeführt sind, und durch den Cronbach Alpha-Koeffizient auf ihre innere Konsistenz geprüft werden.

Zu den Korrelationen unter den verschiedenen Items eines Summenscores sei auf den Kapitel 3.2.1 verwiesen.

Als nächstes werden anhand von Pearson'schen Korrelationskoeffizienten die Korrelationen unter den verschiedenen Summenscores betrachtet. Tabelle 13 gibt eine Übersicht darüber.

Tabelle 13: Pearson'sche Korrelationskoeffizienten für Korrelationen unter den Summenscores

	Positive Gefühle	Ärger	Depressivität	Beziehungs-zufriedenheit	Rückblickende Zufriedenheit
Positive Gefühle	**1,00**	-0,34	**-0,68**	-0,38	**0,76**
Ärger	-0,34	**1,00**	0,40	0,03	-0,37
Depressivität	**-0,68**	0,40	**1,00**	0,42	**-0,65**
Beziehungs-zufriedenheit	-0,38	0,03	0,42	**1,00**	-0,19
Rückblickende Zufriedenheit	**0,76**	-0,37	**-0,65**	-0,19	**1,00**

Anmerkung: Zusammenhang zwischen den vier oben aufgeführten Summenscores (sowie mit einem weiteren Score für positive Gefühle), berechnet aus den gesamten Antworten der Patienten während der Studie. Hervorgehoben sind Werte > 0,60 bzw. < -0,60.

Im Wesentlichen ergeben sich bei der Betrachtung von Tabelle 13 drei überragende Korrelationen. Zum einen korreliert das Aufkommen von positiven Gefühlen mit der

Zufriedenheit mit dem Tag allgemein (r = 0,76). Negative Korrelationen ergeben sich verständlicherweise zwischen der Depressivität und den positiven Gefühlen (r = -0,68), sowie zwischen der Depressivität und der Zufriedenheit mit dem Tag (r = -0,65).

Ebenfalls zusammenzuhängen scheinen Depressivität und Ärger (r = 0,40) und umgekehrt positive Gefühle und Ärger (r = -0,38).

Interessant ist auch die Betrachtung der Zusammenhänge der Beziehungszufriedenheit mit den anderen Summenscores : Positive Gefühle ergeben eine negative Korrelation mit der Behandlungsbewertung, während Depressivität eine positive Korrelation ergibt (r = -0,38 und r = 0,42). Ärger und Behandlungszufriedenheit sind weitgehend unabhängig voneinander (r = 0,03).

Zudem wird eine negative Korrelation zwischen der Behandlungsbewertung und der Zufriedenheit mit dem Tag festgestellt (r = -0,19).

Da die Behandlungsbewertung und -motivation Korrelationen mit verschiedenen Items bzw. Summenscores aufweist, aus diesen jedoch nicht die Kausalität hervorgeht, soll im folgenden Abschnitt auf die Prädiktion von Behandlungsmotivation eingegangen werden.

3.2.5 Prädiktion von Behandlungsmotivation

Anhand der Summenscores soll in diesem Abschnitt beurteilt werden welche Items für die Motivation der Patienten zur weiteren Behandlung am prädiktivsten sind. Siehe dazu Tabelle 14.

Anhand einer schrittweise multiplen Regression wird deutlich dass der Summenscore der Beziehung mit Abstand den größten Vorhersagewert für das Item 24 hat (0,27). Es scheint also für die weitere Therapiemotivation des Patienten von erheblicher Bedeutung zu sein, dass er sich von seinen Betreuern und Therapeuten verstanden und unterstützt fühlt, sich diesen anvertrauen kann und die Therapie hilfreich findet.

Auch der Summenscore für Ärger weist mit 0,03 noch einen signifikanten Vorhersagewert für das Item 24 auf. Dabei handelt es sich um einen leicht negativen Wert (welcher lediglich als R-Quadrat positiv wird). Folglich kann daraus geschlossen werden, dass ein “genervter”, aggressiver und verärgerter Patient eine niedrigere Behandlungsmotivation erreicht als die Anderen.

Der Prädiktionswert der weiteren Summenscores ist nicht mehr signifikant.

Tabelle 14: Prädiktion von Item 24: “Es ist sinnvoll, dass ich weiterhin hier behandelt werde” durch die definierten Summenscores anhand einer schrittweise multiplen Regression.

Summenscores	Beta-Koeffizient	Standardfehler	Partielles R-Quadrat	R-Quadrat	p-Wert
Beziehung	0,16	0,02	0,27	0,27	0,00
Ärger	-0,09	0,03	0,03	0,30	0,00
Depressivität	0,07	0,03	0,02	0,33	0,02
Zufriedenheit	0,10	0,03	0,01	0,31	0,06
Positive Emotionen	-0,06	0,06	0,00	0,33	0,30

Anmerkung: Berechnet wird der Vorhersagewert der Antworten der Patienten auf die in den Summenscores enthaltenen Fragen im Bezug auf die Frage 24 des Patientenfragebogens während der gesamten Studie. Durch eine schrittweise multiple Regression werden Beta-Koeffizient, Standardfehler, partielles R-Quadrat, R-Quadrat, und p-Wert ermittelt.

3.2.6 Faktorenanalyse von Stimmungsdaten

Bei der folgenden Faktorenanalyse wurden nur Daten berücksichtigt welche von den 90 ersten Behandlungstagen eines jeden Patienten stammen. Dies um zu vermeiden dass einige wenige Patienten mit langer Aufenthaltsdauer die Resultate zu stark beeinflussen.

Für die Gruppe der Jugendlichen resultieren die Eigenwerte: 5,08 und 1,79. Alle weiteren Eigenwerte sind <1. Die Annahme zweier Faktoren ist also gerechtfertigt. Die Korrelation zwischen den beiden Faktoren beträgt r = 0,41.

Für die Gruppe der Betreuer resultieren die Eigenwerte: 3,04 und 1,27. Alle weiteren Eigenwerte sind <1. Die Annahme zweier Faktoren ist also ebenfalls gerechtfertigt. Die Korrelation zwischen den beiden Faktoren beträgt r = 0,36.

Die Ladungen der Einzelitems des Fragebogens für die Jugendlichen auf Basis der zwei Faktoren sind in Tabelle 15 dargestellt. Der erste Faktor ist gekennzeichnet durch Items wie Ängstlichkeit, Verletzlichkeit, Trauer, und Angespanntheit, sowie durch gute Laune und Attraktivität im negativen Bereich. Der zweite Faktor ist gekennzeichnet durch die Items des Ärgers und umfasst “genervt”, “aggressiv”, “verärgert”. Etwas schwächer lädt auf dem zweiten Faktor auch die Müdigkeit.

Tabelle 15: Ergebnis der Faktorenanalyse des Fragebogens für Jugendliche: Standardisierte Regressionskoeffizienten einer promax-rotierten Lösung.

Item	Faktor 1	Faktor 2
1) gut drauf	-0,73	
2) müde, erschöpft		0,48
3) genervt		0,90
4) ängstlich	0,90	
5) aggressiv		0,90
6) verletzlich	0,89	
7) traurig	0,79	0,20
8) verärgert		0,88
9) attraktiv	-0,76	
10) angespannt	0,86	

Anmerkung: Faktorenanalyse aus den Stimmungsdaten der 90 ersten stationär-psychiatrischen Aufenthaltstage der Patienten im Zeitraum der Studie. Ermittelt aus den Patientenfragebögen. Die Stimmungsdaten laden unterschiedlich stark auf zwei Faktoren. Zur besseren Übersicht sind nur Werte > 0,20 bzw. < -0,20 angegeben.

Die Ladungen der Einzelitems des Fragebogens für Betreuer auf Basis der zwei Faktoren sind in Tabelle 16 dargestellt. Der erste Faktor ist gekennzeichnet durch Items wie “gut drauf”, “müde”, “traurig”. Auf dem zweiten Faktor laden eher Items des Ärgers mit den Items “aggressiv” und “verärgert”. Das Item “angespannt” lädt auf beiden Faktoren, jedoch etwas höher auf Faktor 1.

Tabelle 16: Ergebnis der Faktorenanalyse des Fragebogens für Betreuer: Standardisierte Regressionskoeffizienten einer promax-rotierten Lösung.

Item	Faktor 1	Faktor 2
1b) gut drauf	-0,77	-0,21
2b) müde, erschöpft	0,79	-0,23
3b) aggressiv		0,96
4b) traurig	0,85	
5b) verärgert, gereizt		0,89
6b) angespannt	0,55	0,42

Anmerkung: Faktorenanalyse aus den Antworten der Betreuer bezüglich der Stimmung der Patienten während ihrer 90 ersten stationär-psychiatrischen Aufenthaltstage im Zeitraum der Studie. Ermittelt aus den Betreuerfragebögen. Die Stimmungsdaten laden unterschiedlich stark auf zwei Faktoren. Zur besseren Übersicht sind nur Werte > 0,20 bzw. < -0,20 angegeben.

b: Betreuer

Insgesamt zeigt sich bei den Jugendlichen und bei den Betreuern eine sehr ähnliche Faktorenstruktur. Sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Betreuern ist festzustellen dass der Faktor 2 eindeutig gekennzeichnet ist durch die Emotionen welche in dem Summenscore “Ärger” enthalten sind. Auf dem Faktor 1 laden bei Jugendlichen und Betreuern vor allem die Items des Summenscores “Depressivität”.

3.3 Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung

Für eine klarere Übersicht sind in den Tabellen 17, 18 und 19 nur Korrelationswerte größer als 0,20 aufgeführt. Die vollständigen Tabellen befinden sich im Anhang. Aus Verständlichkeitsgründen wurden in diesem Kapitel die Antworten der Betreuer auf die 13 Fragen ihres Fragebogens mit einem b (Frage 1b, 2b usw.) und die Antworten der Therapeuten auf die 13 Fragen ihres Fragebogens mit einem t (Frage 1t, 2t usw.) versehen. Die Antworten der Jugendlichen auf die 27 Fragen ihres Fragebogens werden weiterhin als Frage 1, 2, 3 usw. bezeichnet.

3.3.1 Korrelationen Jugendliche-Betreuer

Tabelle 17 führt die Korrelationen zwischen den Antworten der Jugendlichen und der Betreuer auf, wobei diejenigen zwischen Antworten auf parallele Fragen hervorgehoben sind.

Eine besonders hohe Übereinstimmung von Jugendlichen und Betreuern findet sich bei den Fragen 1 und 1b (“Ich bin gut drauf” bzw. “ist gut drauf”,) und 7 bzw. 4b (“ich bin traurig und betrübt” bzw. “wirkt traurig”). Auch die Antworten auf die Fragen nach Medikamentenwirkung (Frage 26 bzw. 13b), innerlicher Anspannung (Frage 10 bzw. 6b), Zufriedenheit mit sich selbst (Frage 16 bzw. 9) und Behandlungsmotivation (Frage 24 bzw. 12b) zeigen einen signifikanten Zusammenhang.

Einen leichten Zusammenhang findet sich bei den Antworten der Jugendlichen und Betreuer auf die Frage nach Aggressivität (Frage 5 bzw. 3b). Auch bei den Fragen nach Ärger und Scham (Frage 8 und 5b bzw. Frage 13 und. 8b) bleiben die Korrelationen der Antworten der genannten Teilnehmer niedrig.

Tabelle 17: Korrelationen zwischen den Antworten der Jugendlichen (abendliche Version des_Fragebogens) und der Betreuer.

	1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	8b	9b	10b	11b	12b	13b
1	**0,40**			-0,46		-0,31			0,36				0,23
2		**0,20**											-0,20
3													
4	-0,33		0,29	0,42	0,25	0,37			-0,40				
5													
6	-0,26			0,38		0,23			-0,32				
7	-0,37		0,23	**0,41**	0,22	0,30			0,36				0,26
8													
9	0,20			-0,32					0,20				
10	-0,33			0,42	0,25	**0,35**			-0,38				
11											-0,20	-0,36	
12	-0,21		0,28	0,24	0,25								
13	-0,25			0,20		0,27			-0,28				0,34
14										0,33	0,22	0,45	
15	0,28			-0,31					0,22		0,21		
16	0,37			-0,51		-0,27			**0,32**	-0,22			
17	0,42		-0,23	-0,43	-0,25	-0,30			0,34				
18												0,26	
19										0,28		0,27	
20										0,23		0,31	
21				-0,24		-0,20				**0,21**		0,20	
22										0,30	**0,23**	0,23	
23	0,39			-0,36	-0,26	-0,28			0,31			0,25	
24												**0,29**	
25			0,27	0,25	0,29								
26	0,29			-0,24		-0,34			0,26	0,24		0,20	**0,38**
27		0,25		0,20		0,25						0,28	

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 257 Fragebögen (abendliche Version) von 27 Patienten und 806 Fragebögen von Betreuern zu diesen 27 Patienten, welche während der Gesamtdauer der Studie erhoben wurden. Insgesamt gibt es 125 entsprechende Fragebogenpaare. Zur besseren Übersicht sind nur Korrelationswerte grösser oder gleich 0,20 bzw. kleiner oder gleich -0,20 aufgeführt. Hervorgehoben sind Korrelationswerte zwischen den Antworten auf parallele Fragen.

b: Betreuer

Auffällig ist außerdem ein Zusammenhang zwischen den Antworten auf manche nicht parallele Fragen, wie z.B zwischen Frage 17 (“Insgesamt ging es mir heute gut”, den Tagesrückblick betreffend) und 1b (“Ist gut drauf”, die aktuelle Stimmung betreffend) oder

zwischen Frage 14 (“Ich habe mich heute richtig ausgepowert”) und 12b (“Ist motiviert weiterhin hier behandelt zu werden”). Frage 4b (“wirkt traurig”) scheint sowohl mit Frage 4 (“Ich fühle mich ängstlich”) als auch mit Frage 10 (“ Ich bin innerlich angespannt”) zu korrelieren.

3.3.2 Korrelationen Jugendliche-Therapeuten

Tabelle 18 gibt eine Übersicht über die Korrelationen zwischen den Antworten der Jugendlichen und der Therapeuten, wobei diejenigen zwischen den Antworten auf parallele Fragen hervorgehoben sind.

Relativ hohe Korrelationswerte ergeben sich zwischen Fragen 1 und 1t (“Ich bin gut drauf” bzw. “Ist gut drauf”), Fragen 19 und 10t (“Ich fühle mich von meinem/r Einzeltherapeuten/in verstanden und kann mich ihm/ihr gegenüber öffnen” bzw. “Fühlt sich verstanden und kann sich mir gegenüber öffnen”) und Fragen 20 und 11t (“Ich empfinde die Einzeltherapie als hilfreich” bzw. “Empfindet die Einzeltherapie als hilfreich und kann Anregungen annehmen”).

Wenig Übereinstimmung zwischen den Antworten der Jugendlichen und der Therapeuten besteht hingegen bei den Fragen nach Müdigkeit/Erschöpfung (Frage 2 bzw. 2t) und nach Aggressivität (Frage 5 bzw. 3t). Zwischen den Antworten der beiden Teilnehmer auf die Frage nach dem Empfinden des Stationsklimas (Frage 15 bzw. 7t) ergibt sich sogar eine negative Korrelation.

Hohe Korrelationen bestehen besonders zwischen Frage 6 (“Ich fühle mich verletzlich”) und 10t (“Fühlt sich verstanden und kann sich mir gegenüber öffnen”), aber auch zwischen Frage 7t (“Das Stationsklima insgesamt war für den/die Jugendliche(n) förderlich”) und Fragen 19 und 20 (“Ich fühle mich von meinem/r Einzeltherapeuten/in verstanden und kann mich ihm/ihr gegenüber öffnen” und “Ich empfinde die Einzeltherapie als hilfreich”).

Tabelle 18: Korrelationen zwischen den Antworten der Jugendlichen (abendliche Version des Fragebogens) und der Therapeuten. Korreliert nach Behandlungstag.

	1t	2t	3t	4t	5t	6t	7t	8t	9t	10t	11t	12t	13t
1	**0,38**			-0,25	-0,20	-0,33			0,38				
2			-0,29		-0,28								
3												0,21	0,29
4	-0,22					0,24			-0,21				
5							0,24			0,32	0,25	0,40	0,38
6	-0,20					0,22	0,20			0,47	0,28	0,26	
7	-0,29			**0,28**		0,20	0,24		-0,35	0,39	0,34	0,39	
8						0,21				0,27	0,22	0,31	0,37
9	0,22	0,21				-0,20	-0,24			-0,32	-0,34	-0,34	
10										0,33	0,37	0,34	
11					0,23					-0,22		-0,33	
12			0,24		0,21							0,22	
13							-0,38			-0,29	-0,45		
14							0,22			0,33			
15	0,23					-0,26							
16	0,22					-0,28	-0,28			-0,40	-0,45	-0,34	
17	0,38			-0,29	-0,22	-0,39	-0,30		0,32	-0,41	-0,43	-0,40	
18					-0,20					0,24	0,24		0,20
19							0,42			**0,37**	0,37	0,35	0,40
20							0,41			0,46	**0,35**	0,37	
21						-0,24							
22		-0,25					0,37			0,36	0,24	0,22	
23	0,27				-0,23	-0,37			0,20	-0,22	-0,28	-0,29	0,21
24	-0,22	0,22										**0,23**	0,23
25			0,30	0,29	0,26	0,33		0,30		0,35	0,24	0,39	
26	0,22					-0,24	0,25	-0,21					**0,24**
27	-0,20						-0,34				-0,45		0,31

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 257 Fragebögen von 27 Patienten (abendliche Version) sowie 166 Fragebögen von Therapeuten zu diesen 27 Patienten, welche während der Gesamtdauer der Studie erhoben wurden. Insgesamt liegen 63 Fragebogenpaare vor. Zur besseren Übersicht sind nur Korrelationswerte grösser oder gleich 0,20 bzw. kleiner oder gleich -0,20 aufgeführt. Hervorgehoben sind Korrelationswerte zwischen den Antworten auf parallele Fragen.

t: Therapeuten

3.3.3 Korrelationen Betreuer-Therapeuten

Tabelle 19: Korrelationen zwischen den Antworten der Therapeuten und Betreuer. Korreliert nach Behandlungstag.

	1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	8b	9b	10b	11b	12b	13b
1t	**0,45**			-0,40	-0,26	-0,36			0,45				0,29
2t						0,21			-0,26	-0,21			-0,39
3t	-0,27		**0,42**		0,34					-0,30	-0,28	-0,24	
4t	-0,25			**0,22**					-0,29				
5t	-0,21		0,29		**0,20**	0,20			-0,24	-0,25	-0,27	-0,22	
6t	-0,25					**0,27**			-0,38				
7t		-0,27					**0,26**			0,26	0,22	0,30	0,33
8t										-0,25		-0,27	
9t	0,39			-0,38		-0,33		-0,24	**0,33**				0,47
10t	0,25	-0,21				-0,21	0,28						0,32
11t		-0,24				-0,20	0,27			0,41	**0,29**	0,27	0,35
12t	0,28	-0,30								0,31		**0,29**	0,28
13t	0,29	-0,26							0,29				**0,35**

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 806 Fragebögen von Betreuern und 166 Fragebögen von Therapeuten zu 27 Patienten welche während der Gesamtdauer der Studie erhoben wurden. Die Antworten der Betreuer und Therapeuten auf Fragen des Fragebogens zu einem jeweiligen Patienten an einem selben Tag wurden korreliert. Insgesamt liegen 117 Fragebogenpaare vor. Zur besseren Übersicht sind nur Korrelationswerte grösser oder gleich 0,20 bzw. kleiner oder gleich -0,20 aufgeführt. Hervorgehoben sind Korrelationswerte zwischen den Antworten auf parallele Fragen.

b: Betreuer; t: Therapeuten

Tabelle 19 führt die Korrelationen zwischen den Antworten der Betreuer und der Therapeuten auf, wobei diejenigen zwischen den Antworten auf identische Fragen hervorgehoben sind.

Die höchste Übereinstimmung zwischen den zwei Teilnehmergruppen findet sich bei den Fragen 1t/1b (“ist gut drauf”) und 3t/3b (“ist aggressiv”), aber auch bei den Fragen nach Wirkung der Psychopharmaka (Frage 13b bzw. 13t) und nach Zufriedenheit des Patienten mit sich selbst (Frage 9b bzw. 9t).

Bei den Fragen nach Scham (8b bzw. 8t) und Müdigkeit/Erschöpfung (2b bzw. 2t) hingegen gehen die Beurteilungen der Betreuer und Therapeuten meistens auseinander.

Auffallend ist noch die hohe Korrelation zwischen den Antworten auf Frage 9t (“Wirkt zufrieden mit sich”) und 13b (“Die Psychopharmaka wirken gut”), oder auch zwischen Frage 1t (“ist gut drauf”) und 9b (“wirkt zufrieden mit sich”).

3.4 Verlaufsanalyse

Das folgende Kapitel bezieht sich auf Verlaufsdaten. Zu den gesamten Auswertungen in diesem Abschnitt wurden lediglich Daten betrachtet welche von den ersten 90 Behandlungstagen eines jeden Patienten stammen, um eine zu starke Beeinflussung der Daten durch lange Aufenthaltsdauer einzelner Patienten zu vermeiden.

3.4.1 Verlauf der gesamten Stichprobe

Tabelle 20: Spearman'sche Korrelationskoeffizienten zum Verlauf der Antworten auf parallele Fragen von Jugendlichen, Betreuern, und Therapeuten während der ersten 90 Tage eines Patientenaufenthaltes. Korrelation mit Behandlungstag.

Item	Jugendliche	Betreuer	Therapeuten
1/1b/1t “gut drauf”	0,04	0,09	-0,04
2/2b/2t “müde”	0,12	0,02	0,11
5/3b/3t “aggressiv”	0,10	0,06	0,07
7/4b/4t “traurig”	-0,01	-0,05	0,00
8/5b/5t “verärgert”	0,00	0,02	0,07
10/6b/6t “angespannt”	0,02	-0,01	0,12
15/7b/7t “Stationsklima”	**0,27**	0,12	0,00
13/8b/8t “geschämt”	**0,18**	-0,02	0,04
16/9b/9t “zufrieden mit sich”	0,04	0,06	0,09
19/10t Bez. zum Therapeuten	0,00	x	0,03
22/10b Bez. zum Betreuer	**0,22**	0,03	x
24/12b/12t Therapiemotivation	**0,24**	**0,16**	-0,04
26/13b/13t Medikamente	0,03	0,02	**-0,26**

Anmerkung: Die Koeffizienten der Patientendaten basieren auf einer Anzahl zwischen 148 Zeitpunkten (Frage 26) bis zu 483 Zeitpunkten (alle anderen hier aufgeführten Fragen). Die Koeffizienten der Betreuerdaten basieren auf 448 (Frage 13b) bis 696 Befragungszeitpunkten (alle anderen hier aufgeführten Fragen). Die Koeffizienten der Therapeutendaten basieren auf 86 (Frage 13t) bis 146 Befragungszeitpunkten (alle anderen hier aufgeführten Fragen). Hervorgehoben sind Werte über 0,15 bzw. unter -0,15.
b: Betreuer; t: Therapeuten; x: im Fragebogen nicht enthalten

Zunächst werden auf die gesamte Patientenstichprobe bezogenen Daten betrachtet. Tabelle 20 gibt eine Übersicht über den Verlauf der Antworten auf parallele Fragen von Jugendlichen, Betreuern und Therapeuten. Zu diesem Zwecke wurde der Spearman'sche

Korrelationskoeffizient zur Hilfe gezogen, der den Vorteil bietet Ausreißerwerte einzugrenzen.

Betrachtet man den Verlauf der Emotionen entsprechend den ersten sechs und dem achten aufgeführten Items so ergeben sich im Verlauf des Aufenthaltes der Patienten folgende Veränderungen: Das Item “Scham” weist aus Patientensicht eine positive Korrelation von 0,18 auf. Die Verlaufsdaten für “gut drauf” und “traurig” weisen Koeffizienten nahe null auf, genauso die allgemeine Zufriedenheit der Jugendlichen mit sich selbst.

Was das Stationsklima betrifft so ergeben sich positive Werte im Verlauf, mit Werten von 0,27 für Patienten und 0,12 für Betreuer.

Betrachtet man die Beziehungsitems, so ergeben sich bei der Beziehung zum Therapeuten im Verlauf Werte nahe null. Bei der Beziehung zum Betreuer hingegen ergeben sich Spearman'sche Korrelationskoeffizienten von 0,22 aus Patientensicht und 0,03 aus Betreuersicht.

Erfreulicherweise weist auch die Therapiemotivation im Verlauf der Behandlung des Patienten steigende Werte auf: Vor allem aus Sicht der Jugendlichen selbst (0,24), aber auch aus Sicht der Betreuer (0,16) scheint die Therapiemotivation der Patienten mit der Zeit zu wachsen. Lediglich aus Therapeutensicht ergibt sich bei diesem Item keine wesentliche Entwicklung (-0,04).

Der Erfolg der Medikamente scheint hingegen aus diesen Daten interpretiert eher limitiert zu sein. Aus Sicht der Patienten und Betreuer ist der Erfolg im Laufe der Zeit nicht relevant (0,03 bzw. 0,02), aus Sicht der Therapeuten unerwarteterweise sogar negativ (-0,26).

Als nächstes sollen die Verläufe der gesamten Patientenstichprobe aus eigener Sicht, bezogen auf die zuvor besprochenen Summenscores betrachtet werden. Tabelle 21 weist die Spearman'schen Korrelationskoeffizienten zum Verlauf der Summenscores bei Jugendlichen auf. Zudem wurden vier weitere Einzelfragen zu Motivation, Partizipation, Stimmungsschwankungen und medikamentöser Behandlung betrachtet, deren Entwicklung im Laufe der Behandlung von hoher Bedeutung ist.

Tabelle 21: Spearman'sche Korrelationskoeffizienten zum Verlauf der Summenscores und einzelner Items des Fragebogens für Jugendliche. Korrelation mit Behandlungstag.

Frage/Summenscore	Korrelationskoeffizient
Frage 18 “mitbestimmen”	0,31
Frage 24 “sinnvoll weiterhin hier zu sein”	0,24
Frage 25 “Stimmung geschwankt”	0,06
Frage 26 “Medikamente helfen”	0,03
Summenscore “positive Gefühle”	0,00
Summenscore “Ärger”	0,04
Summenscore “Depressivität”	0,06
Summenscore “Beziehung”	0,21
Summenscore “Zufriedenheit”	0,20

Anmerkung: Verlauf der Antworten der Patienten auf aufgeführte Elemente während seiner 90 ersten Behandlungstage bzw. bis zur Entlassung falls Aufenthaltsdauer < 90 Tage.

Am höchsten sind die Spearman'schen Korrelationskoeffizienten von Item 18 (0,31) und 24 (0,24).

Die Stimmung der Jugendlichen scheint während des Aufenthaltes eher zunehmend zu schwanken (0,06), die Veränderung ist jedoch nur gering. Die Wirksamkeit der Medikamente ändert sich ihrer Meinung nach wie bereits besprochen ebenfalls nur wenig (0,03).

Die drei Summenscores der Emotionen zeigen nur wenig Veränderungen über die Zeit: Die positiven Gefühle weisen gar keine eindeutige Entwicklung auf (0,00), die Summenscores für Ärger und Depressivität deuten mit 0,04 bzw. 0,06 auf eine nur unwesentlich positive Entwicklung hin.

Wie bereits aus der vorherigen Tabelle ersichtlich, ergibt sich auch aus dem Summenscore für “Beziehung” aus der Patientenbefragung ein positiver Verlauf (0,21).

Gleichzeitig steigt über die Zeit auch die Zufriedenheit der Jugendlichen mit ihrem Alltag auf Station und mit sich selbst (0,21).

3.4.2 Verlauf nach Diagnosegruppen

In diesem Abschnitt sollen gruppenspezifisch die Verläufe der Patienten betrachtet werden, zunächst aus eigener Sicht und mit Hilfe der Summenscores, dann im Vergleich der Eigen- und Fremdperspektive. Da in der Gruppe der Borderline-Erkrankten, der

Patienten mit Störung des Sozialverhaltens und der Patienten mit Anorexia Nervosa nur wenige Patienten vorliegen, werden im Folgenden nur die Gruppe der depressiven Patienten und der Patienten mit Schizophrenie im Vergleich mit der Gesamtgruppe aufgezeigt. Die Daten der weiteren Patientengruppen werden zum Teil im Kapitel 3.5 anhand von Beispielen betrachtet. Die Gruppe der depressiven Patienten umfasst 10 Jugendliche, die Gruppe der Patienten mit Schizophrenie umfasst 7 Jugendliche.

Tabelle 22: Übersicht der Spearman'schen Korrelationskoeffizienten zu dem Verlauf der Summenscores und einzelner Items (welche zu keinem Summenscore zusammengefasst werden konnten) aus Patientensicht, im Vergleich mehrerer Diagnosegruppen.

	Gesamtgruppe	Depression	Schizophrenie
Frage 18 “mitbestimmen”	**0,31**	**0,52**	0,07
Frage 24 “sinnvoll weiterhin hier zu sein”	**0,24**	**0,50**	**0,53**
Frage 25 “Stimmung geschwankt”	0,06	**0,22**	**0,17**
Frage 26 “Medikamente helfen”	0,03	**0,21**	**-0,77**
Summenscore “positive Gefühle”	0,00	**-0,40**	**0,34**
Summenscore “Ärger”	0,04	-0,01	**-0,41**
Summenscore “Depressivität”	0,06	**0,41**	**-0,28**
Summenscore “Beziehung”	**0,21**	**0,52**	**-0,24**
Summenscore “Zufriedenheit”	**0,20**	**-0,24**	**0,63**

Anmerkung: Ermittelt aus den Antworten der Patienten auf die Fragen der Patientenfragebogens während der ersten 90 Behandlungstage bzw. bis zu Entlassung falls Aufenthaltsdauer < 90 Tage. Aufgeführt sind die Daten der gesamten Patientengruppe, sowie der Patienten aus der Diagnosegruppe „Depression“ und „Schizophrenie“ wie am Anfang dieser Studie definiert. Hervorgehoben sind Werte über 0,15 bzw. unter -0,15.

Betrachtet man die Antworten auf die Einzelfragen zu Motivation, Partizipation, Stimmungsschwankungen und Medikamenten so ergibt sich Folgendes:

Die Gruppe der depressiven Patienten weist einen durchaus positiven Verlauf auf. Die Patienten geben im Laufe des Aufenthaltes mit steigender Tendenz an, dass die Medikamente hilfreich sind (0,21), dass sie die “Sachen” mitbestimmen dürfen (0,52) und dass es sinnvoll ist weiter stationär behandelt zu werden (0,50). Diese Zahlen übertreffen bei weitem die Korrelationen der Gesamtgruppe. Auch ihre Stimmungsschwankungen scheinen im Verlauf zuzunehmen (0,22).

Die Gruppe der Patienten mit Schizophrenie betreffend, ist das Gefühl im Verlauf mehr mitbestimmen zu dürfen weniger ausgeprägt (0,07). Die Medikamente werden mit der Zeit als immer weniger sinnvoll betrachtet (-0,77). Trotz dieser Ergebnisse findet die

Gruppe der Patienten mit Schizophrenie die stationäre Therapie im Verlauf zunehmend sinnvoller, mit Verlaufsdaten welche die der anderen Gruppen übertreffen (0,53). Auch bei dieser Gruppe steigen die Stimmungsschwankungen leicht mit der Zeit (0,17).

Zu den Summenscores kann man Folgendes bemerken: Die Gruppe der depressiven Patienten sieht interessanterweise mit der Zeit ihre Depressivität zunehmen (0,40) und ihre positiven Gefühle abnehmen (-0,41). Das Item für Ärger weist keine Änderung über die Zeit auf (-0,01). Parallel dazu nimmt ihre allgemeine Zufriedenheit mit der Zeit ab (-0,24). Der Summenscore für therapeutische Beziehung hingegen nimmt im Verlauf zu (0,52).

Die Gruppe der Patienten mit Schizophrenie weist den entgegengesetzten Verlauf auf: Diese Patientengruppe sieht ihre positiven Gefühle (0,34) mit der Zeit zu- und ihre Depressivität abnehmen (-0,28). Auch ihr Ärger sinkt während des Aufenthaltes (-0,41). Damit im Einklang steigt ihre Zufriedenheit (0,63). Nur der Beziehungs-Summenscore nimmt über die Zeit ab (-0,24). Im Gegensatz zu allen anderen Gruppen scheinen die Patienten mit Schizophrenie die Beziehung zu ihren Betreuern und Therapeuten nach und nach schlechter zu beurteilen.

Tabelle 23 gibt eine Übersicht über den Verlauf der Antworten auf Einzelfragen aus Eigen- und Fremdperspektive und ermöglicht einen Vergleich nach Diagnosegruppe.

Betrachtet man den Verlauf der Emotionen so scheint bei der Gruppe der Depressiven die Fremdbeurteilung annäherungsweise der Patientensicht zu entsprechen, wie bereits bei der vorherigen Tabelle besprochen: Das Item “gut drauf” nimmt aus allen Perspektiven mit der Zeit ab (-0,17, -0,11, -0,16). Auch die Müdigkeit (0,01, 0,11, 0,23), die Aggressivität (0,12, 0,21, 0,01) und die Angespanntheit (0,37, 0,20, 0,20) nehmen aus Eigen- und Fremdperspektive zu. Ebenso die Scham (0,34, 0,12, 0,04). Bei den Items “traurig” und “verärgert” weichen die Meinungen etwas voneinander ab. Während die Patienten ihre Traurigkeit als steigend (0,25) und ihre Verärgerung als eher sinkend (-0,13) ansehen, ergeben sich bei den Therapeuten keine relevanten Ergebnisse. Die Betreuer sehen beide Items als leicht steigend an (0,16, 0,12). Stark negativ entwickelt sich aus Sicht der Patienten und der Therapeuten die Zufriedenheit des Patienten mit sich selbst (-0,51 und -0,25). Insgesamt tendieren sowohl aus Eigen- als auch aus Fremdbetrachtung bei der Gruppe der Depressiven die Emotionen eher zu einem negativen Verlauf während des Aufenthaltes.

Tabelle 23: Übersicht der Spearman'schen Korrelationskoeffizienten zu dem Verlauf der Antworten auf einzelne Items in Eigen- und Fremdbetrachtung. Korreliert nach Behandlungstag.

	Gesamtgruppe			Depression			Schizophrenie		
Items	Pat.	Betr.	Ther.	Pat.	Betr.	Ther.	Pat.	Betr.	Ther.
1/1b/1t “gut drauf”	0,04	0,09	-0,04	**-0,17**	-0,11	**-0,16**	**0,40**	0,02	-0,12
2/2b/2t “müde”	0,12	0,02	0,11	0,01	0,11	**0,23**	**0,21**	0,11	**-0,26**
5/3b/3t “aggressiv”	0,10	0,06	0,07	0,12	**0,21**	0,01	**-0,31**	-0,01	0,12
7/4b/4t “traurig”	-0,01	-0,05	0,00	**0,25**	**0,16**	-0,09	**-0,43**	-0,13	**0,23**
8/5b/5t “verärgert”	0,00	0,02	0,07	-0,13	0,12	0,06	**-0,44**	-0,02	0,04
10/6b/6t “angespannt”	0,02	-0,01	0,12	**0,37**	**0,20**	**0,20**	**-0,33**	-0,13	**0,45**
15/7b/7t “Stationsklima”	**0,27**	0,12	0,00	**0,18**	0,02	**-0,36**	**0,54**	0,12	**-0,26**
13/8b/8t “geschämt”	**0,18**	-0,02	0,04	**0,34**	0,12	0,04	**0,63**	**-0,20**	**0,53**
16/9b/9t “zufrieden mit sich”	0,04	0,06	0,09	**-0,51**	-0,04	**-0,25**	**0,63**	0,07	0,04
19/10t Bez. zum Therapeuten	0,00	x	0,03	**0,35**	x	0,10	**-0,45**	x	**-0,40**
22/10b Bez. zum Betreuer	**0,22**	0,03	x	**0,41**	0,00	x	0,00	-0,08	x
24/12b/12t Therapiemotivation	**0,24**	**0,16**	-0,04	**0,50**	**0,21**	**-0,17**	**0,53**	-0,04	**-0,22**
26/13b/13t Medikamente	0,03	0,02	**-0,26**	**0,21**	-0,06	**-0,80**	**-0,77**	-0,09	**-0,43**

Anmerkung: Aufgeführt werden Korrelationen zwischen den Verläufen der Antworten von Patienten, Betreuern und Therapeuten auf parallele Fragen während der 90 ersten Tage eines Patientenaufenthaltes bzw. während des gesamten Aufenthaltes falls Aufenthaltsdauer < 90 Tage. Bezogen auf die gesamte Patientengruppe, sowie auf die Diagnosegruppe „Depression“ und „Schizophrenie“ wie am Anfang dieser Studie definiert. Hervorgehoben sind Werte über 0,15 bzw. unter -0,15.

b: Betreuer; t: Therapeuten; x: im Fragebogen nicht enthalten

Bei der Gruppe der Schizophrenen decken sich die Meinungen der Betreuergruppe und der Patientengruppe häufig, während die Beurteilung der Therapeuten davon abweicht: So schätzen Patienten und Betreuer die gute Laune der Jugendlichen mit der Zeit als steigend (0,40, 0,02), parallel dazu die Traurigkeit als abfallend (-0,43, -0,13) ein. Bei den Therapeuten ist es umgekehrt (-0,12 bzw. 0,23). Dasselbe gilt für die Items “aggressiv” (-0,31, -0,01), “verärgert” (-0,44, -0,02) und “angespannt” (-0,33, -0,13) welche Patienten und Betreuer mit der Zeit eher abnehmend empfinden, während die Therapeuten eine Steigerung (0,12 bzw. 0,04 bzw. 0,45) dieser Emotionen angeben. Wie auch bei den anderen Diagnosegruppen finden Patienten und Betreuer die Jugendlichen zunehmend müder (0,21, 0,11). Die Therapeuten sehen dies umgekehrt (-0,26). Auffallend ist die Steigerung der Scham der schizophrenen Jugendlichen während des Aufenthaltes aus

Patienten- und Therapeutensicht (0,63 und 0,53), welche aus Sicht der Betreuer sinkt (-0,20). Ebenfalls stark positiv entwickelt sich aus Patientensicht die Zufriedenheit mit sich selbst (0,63), was von Betreuern und Therapeuten nicht angegeben wird (0,07 und 0,04). Insgesamt weisen die Emotionsverläufe der Patienten aus Selbstbetrachtung und aus Sicht der Betreuer einen positiven Verlauf auf, der jedoch von den Therapeuten nicht bestätigt wird.

Das Stationsklima finden sowohl die Gruppe der depressiven Patienten (0,18) als auch die Gruppe der schizophrenen Patienten (0,54) zunehmend angenehmer. Bei den Betreuern ergibt sich keine eindeutige Tendenz (0,02 bzw. 0,12). Allein die Therapeuten weisen entgegengesetzte Verläufe auf (-0,36 bzw. -0,26).

Bei den Beziehungsitems ergeben sich für die verschiedenen Diagnosegruppen sehr unterschiedliche Verläufe. Die Gruppe der depressiven Jugendlichen gibt an, dass sich ihre Beziehung zu Betreuern und Therapeuten zunehmend positiv entwickelt (0,41 bzw. 0,35), während Betreuer und Therapeuten nur wenig Veränderungen empfinden (0,00 bzw. 0,10). Bei der Gruppe der schizophrenen Jugendlichen hingegen scheint sich die Beziehung zu den Betreuern unwesentlich zu verändern, und die Beziehung zum Therapeuten wird mit der Zeit als schlechter eingeschätzt. Dies sowohl aus Eigen- (0,00 zu den Betreuern, -0,45 zu den Therapeuten) als auch aus Fremdbetrachtung (Betr.: -0,08, Ther.: -0,40).

Trotzdem ist die Therapiemotivation der Jugendlichen beider Gruppen nach eigener Ansicht überdurchschnittlich stark steigend (Gruppe der depressiven Patienten: 0,50, Gruppe der schizophrenen Patienten: 0,53). Aus Betreuersicht ist dessen Verlauf weniger eindrücklich (Gruppe der depressiven Patienten: 0,21, Gruppe der schizophrenen Patienten: -0,04), und aus Therapeutensicht sogar negativ (Gruppe der depressiven Patienten: -0,17, Gruppe der schizophrenen Patienten: -0,22).

Der Effekt der Medikamente wird von den Betreuern bei beiden Gruppen als einigermaßen stabil angesehen (Gruppe mit Depression: -0,06, Gruppe mit Schizophrenie: -0,09). Bei den Jugendlichen selbst ergibt sich ein großer Unterschied zwischen beiden Gruppen: Während die depressiven Jugendlichen mit der Medikation zunehmend zufriedener sind (0,21), sind die schizophrenen Patienten damit immer unzufriedener (-0,77). Auch die Therapeuten schätzen die Medikamente mit der Zeit als immer weniger hilfreich ein (Gruppe der depressiven Patienten: -0,80, Gruppe der schizophrenen Patienten: -0,43).

Insgesamt ergeben sich bei den unterschiedlichen Diagnosegruppen Verläufe welche stark voneinander abweichen und es ist sinnvoll diese Gruppen einzeln zu

betrachten. Da bei manchen Diagnosegruppen zu wenig Daten vorliegen, können die Berechnungen zu diesen Gruppen nicht verlässlich erfolgen. Stattdessen sollen dazu im Kapitel 3.5 einzelne Patientenverläufe betrachtet werden.

3.5 Darstellung einzelner Patientenverläufe:

Im Folgenden sollen einzelne aussagekräftige Patientenverläufe aufgezeigt werden. Die Abbildung der Angaben von Patientin 606 scheint angesichts ihrer langen Aufenthaltsdauer und der großen Menge an beantworteten Fragebögen besonders aufführenswert, da man den Prozessaspekt der Selbsteinschätzung von Emotionen, Therapiemotivation und therapeutischer Beziehung, sowie der Fremdbeurteilung gut betrachten kann. Was Schwankungen der Emotionen, der Motivation und der therapeutischen Beziehung innerhalb kürzerer Intervalle betrifft, so sind die Verläufe der Patienten 630 und 631 besonders interessant, da sie die charakteristischen starken Schwankungen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

3.5.1 Patientin 606 (Diagnose Depression)

Es handelt sich hierbei um eine 17,8-jährige Patientin mit der Diagnose “schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.3”, welche über 69 Tage stationär-psychiatrisch behandelt wurde. In dieser Zeit beantwortete sie selbst 120 Fragebögen, von den Betreuern liegen 58 und von ihrem Therapeuten 15 Zeitpunkte vor. Wir haben uns vor allem für den Verlauf während der zweiten Hälfte des Aufenthalts interessiert (Befragungszeitpunkt 60 bis 130).

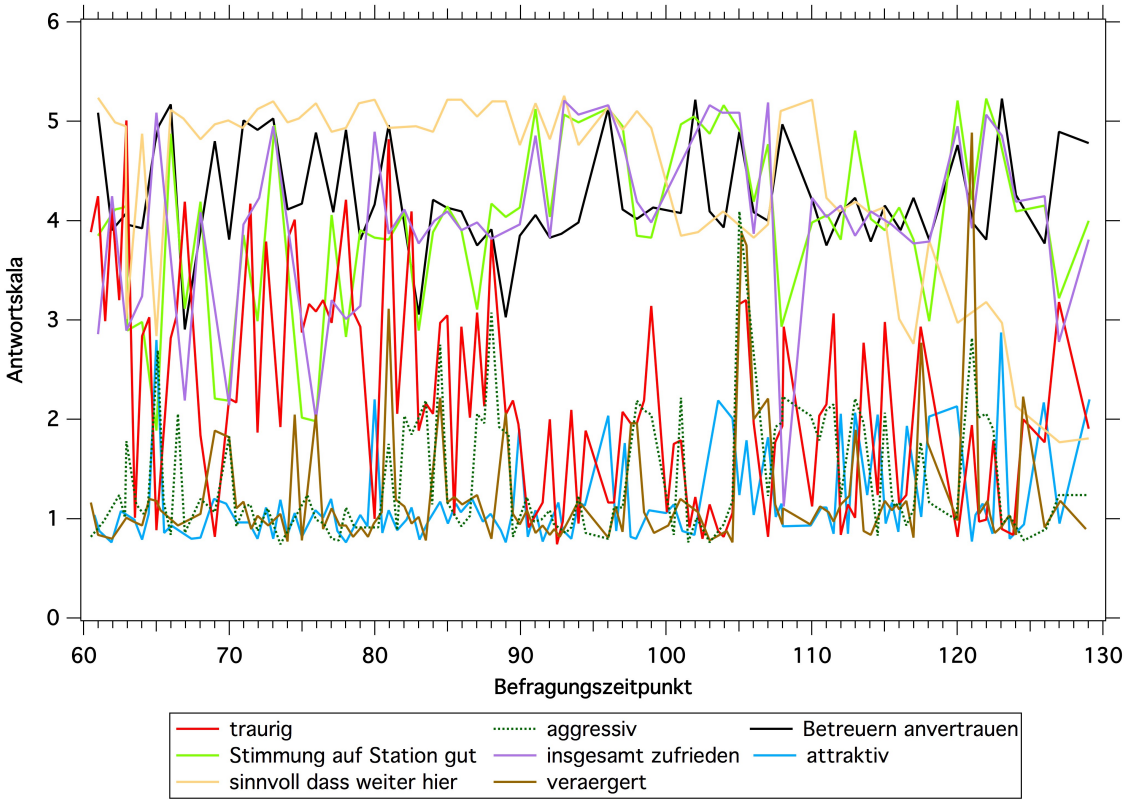


Abbildung 1: Patientenangaben von Patientin 606 zu Traurigkeit (rot), Aggressivität (grün gestrichelt), Verärgerung (braun), Gefühl der eigenen Attraktivität (hellblau), Einschätzung der Stimmung auf Station (grün), Zufriedenheit (rosa), Nützlichkeit der Behandlung (gelb) und Vertrauen zu den Betreuern (dunkelblau) im Verlauf der zweiten Hälfte ihres stationär-psychiatrischen Aufenthaltes. Begrenzt auf die Angaben zu den Befragungszeitpunkte 60 bis 130 und nach den fünffach abgestuften Antwortmöglichkeiten auf eine jeweilige Frage abgezeichnet.

Zu den Emotionen im Verlauf der stationären Behandlung fällt folgendes auf : Betrachtet man die Kurve welche das Gefühl “Traurigkeit” bei der Patientin ausdrückt, fallen zuerst noch relativ hohe Mittelwerte zwischen 3 und 4, zur Entlassung hin dann niedrigere Werte zwischen 1 und 3 auf. Dieses wichtige Kriterium bei dem Krankheitsbild der Depression nimmt also mit dem stationären Aufenthalt einen positiven Verlauf an. Demhingegen ergibt sich, was den Eindruck der eigenen Attraktivität betrifft, nur eine leichte Besserung im zeitlichen Verlauf, da die Werte anfangs bei 1 liegen zur Entlassung hin eher bei 2. Entsprechend den Mittelwerten der gesamten Patientenprobe weist auch Patientin 606 relativ niedrige Werte für das Item “Aggressivität” auf (zwischen 1 und 2) mit vereinzelten höheren Werten. Im Verlauf ergibt sich keine wesentliche Änderung. Die Verärgerung der Patientin scheint sich meist mit ihrer Aggressivität zu decken. An zwei

Zeitpunkten übersteigt jedoch das Gefühl der Verärgerung bei Weitem die Aggressivität.

Was die therapeutische Beziehung und die Therapiemotivation angeht, kann man an den Verlaufskurven Folgendes erkennen : Das Vertrauen, das die Patientin den Betreuern gegenüber aufweist, scheint insgesamt hoch zu sein mit Werten zwischen 3 und 5, welche im Verlauf tendenziell steigen. Auch ihre Einschätzung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist insgesamt sehr hoch. Einige Tage vor Ende der Behandlung sinkt diese drastisch, was im Bezug auf die bevorstehenden Entlassung positiv ist. Interessanterweise scheint die Zufriedenheit der Patientin mit ihrem stationären Alltag anfangs weitgehend unabhängig von dem Eindruck einer sinnvollen stationären Behandlung zu sein. Die zuerst stark schwankende Zufriedenheit steigt gegen Ende der Behandlung (mit Ausnahme eines einzelnen Wertes hoher Unzufriedenheit) auf sehr hohe Werte zwischen 4 und 5.

Die Verlaufskurven der Abbildung 2 ermöglichen einen Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Betreuer zu Traurigkeit, Therapiemotivation, und Vertrauen gegenüber den Betreuern. Die durchgehenden Linien entsprechen den Angaben der Patientin, die gestrichelten Linien denen der Betreuer.

Betrachtet man die Angaben der Betreuer für das Item Traurigkeit, kann man eine gute Übereinstimmung mit den Antworten der Patientin aufweisen. Der Verlauf dieses Items entspricht weitgehend dem bereits besprochenen Verlauf der Antworten der Patientin: Anfangs empfinden die Betreuer sie noch als recht traurig (Werte zwischen 4 und 5), später etwas weniger (Werte zwischen 1 und 3) bei jedoch weiterhin bestehenden Schwankungen auf schlechtere Werte. Dies veranschaulicht die vorangehenden Ergebnisse denen zufolge Patienten- und Betreuerangaben bezüglich Traurigkeit bei den Patienten korrelieren.

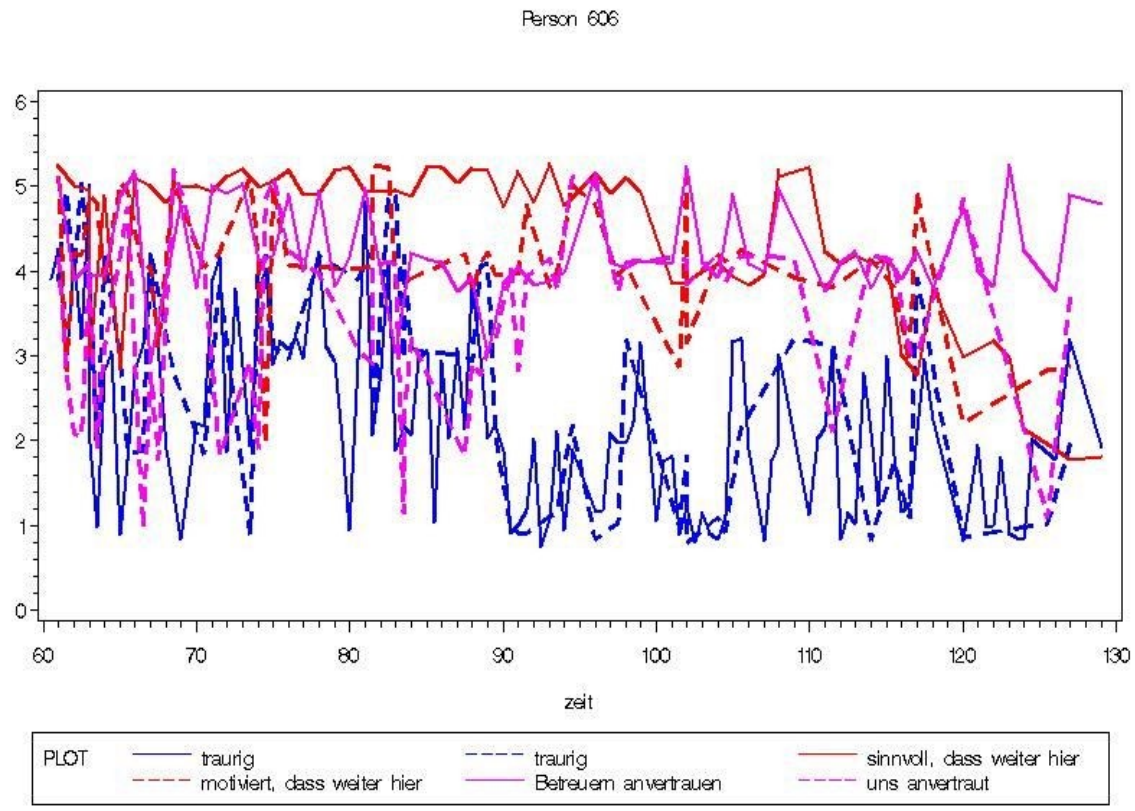


Abbildung 2: Patientenangaben (durchgehende Linien) und Betreuerangaben (gestrichelte Linien) von/zu Patientin 606 betreffend Traurigkeit (blau), Motivation (rot) und Vertrauen zu den Betreuern (rosa), ermittelt aus den Antwortmöglichkeiten 1-5 auf die jeweiligen Fragen des Patienten- und Betreuerfragebogens während des gesamten stationären Aufenthaltes der Patientin.

Was die Behandlungsmotivation der Patientin angeht, so scheinen die Angaben von Patientin und Betreuern zunächst weniger übereinzustimmen: Die Betreuer geben meistens leicht niedrigere Werte an als die Patientin selbst. Jedoch ist der Verlauf der Angaben beider Teilnehmer weitgehend gleich: Zunächst ist die Behandlungsmotivation hoch, sinkt dann zum Ende des stationären Aufenthalts hin, wie es bereits bei der vorherigen Abbildung besprochen wurde. Auch diese Kurve entspricht weitgehend den obengenannten allgemeinen Ergebnissen der Antworten von Betreuern und Jugendlichen zu Behandlungsmotivation, welche einen hohen Korrelationskoeffizient aufweisen.

Zur therapeutischen Beziehung: Anders als aus den Angaben der Patientin ersichtlich, scheinen die Betreuer deren Vertrauen in sie als weniger hoch zu betrachten. Es ergeben sich häufig Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Patientin, mit Werten von 4 und 5, und denjenigen der Betreuer, welche oft Werte zwischen 2 und 4 angeben.

Auch dies illustriert die allgemeinen Korrelationen von Antworten der Betreuer zur Frage nach therapeutischer Beziehung, der mit einem Wert von 0,21 zwar signifikant, jedoch nicht so hoch wie bei den vorher besprochenen Items ist. Interessanterweise scheint die Übereinstimmung zwischen Betreuern und Jugendlichen in der Mitte des Aufenthaltes am stärksten zu sein, während sie anfangs und zum Ende hin schwächer ist.

3.5.2 Patienten 630 und 631 (Diagnose Borderline-Störung)

Es handelt sich hierbei um zwei Patientinnen aus der Diagnosegruppe der Borderline-Störung. Patientin 630 ist eine 15,8-jährige Jugendliche mit der Diagnose "emotional-instabile Persönlichkeitsstörung F60.30" mit einer Aufenthaltsdauer von 44 Tagen, während der sie selbst 44 Fragebögen, die Betreuergruppe 22 und ihr Therapeut 5 Fragebögen beantworteten. Patientin 631 ist eine 17,6-jährige Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.31. Sie wurde 45 Tage lang stationär behandelt, beantwortete jedoch selbst keine Fragebögen. Von den Therapeuten liegen auch keine Daten vor. Deswegen konnten wie schon erwähnt ihre Daten in den Auswertungen nicht berücksichtigt werden. Von den Betreuer erhielten wir 24 Angaben zu dieser Patientin, weswegen ihr Verlauf hier aufgezeigt werden kann.

In Abbildung 3 sind die Betreuerangaben für Emotionen, Behandlungsmotivation und therapeutische Beziehung bei Patientin 631 dargestellt. Der Verlauf der Emotionen bei dieser Patientin ist typisch für die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung: Sowohl die Traurigkeit als auch die Verärgerung schwanken während der gesamten Aufenthaltsdauer stark, zumindest aus Sicht der Betreuer. Auch das Vertrauen des Patienten ihnen gegenüber sehen sie als stark schwankend an, was ein Zeichen für eine typischerweise unstabile Beziehung sein kann. Die Motivation der Patientin schwankt auch, ist aber durchgehend sehr niedrig.

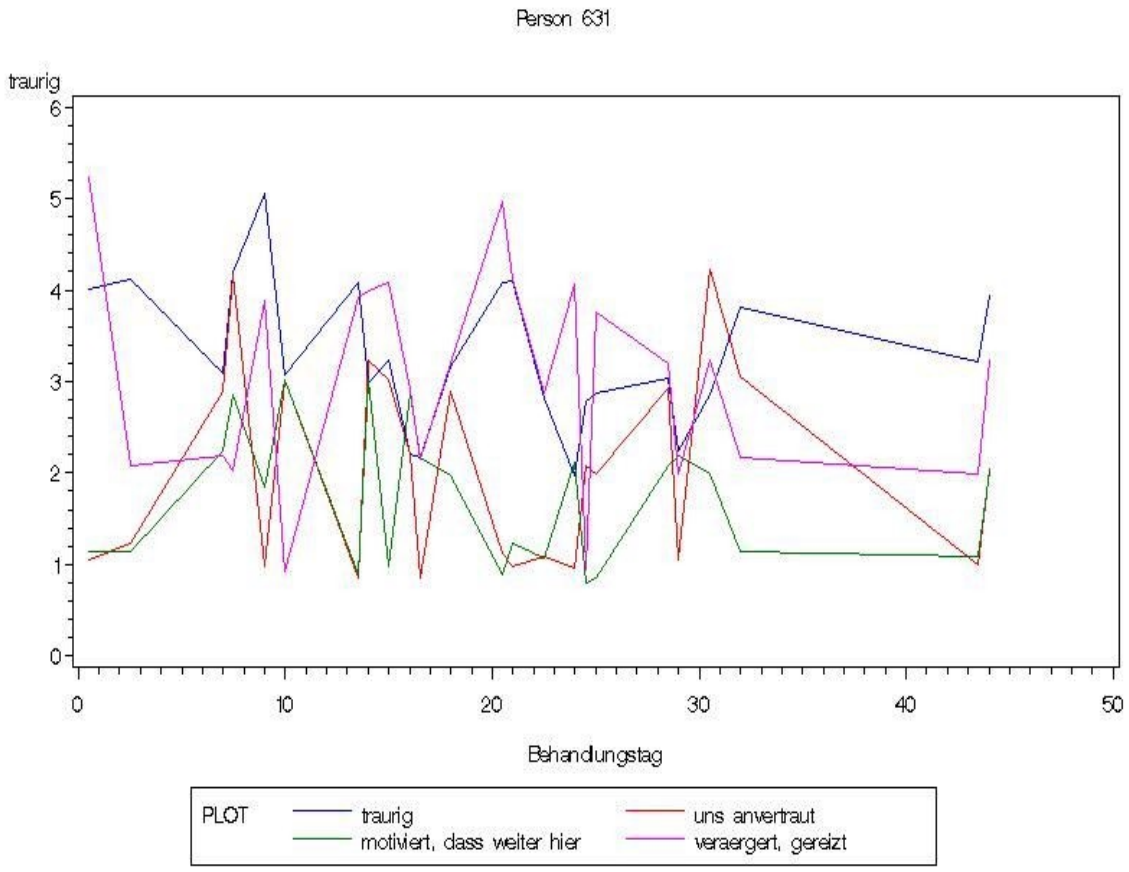


Abbildung 3: Betreuerangaben zu Patientin 631 betreffend Traurigkeit (blau), Verärgerung (rosa), Motivation (grün) und Vertrauen zu Betreuern (rot). Ermittelt aus den fünffach abgestuften Antwortmöglichkeiten zu den jeweiligen Fragen des Betreuerfragebogens. Bezogen auf Patientin 631 während ihrer gesamten Aufenthaltsdauer.

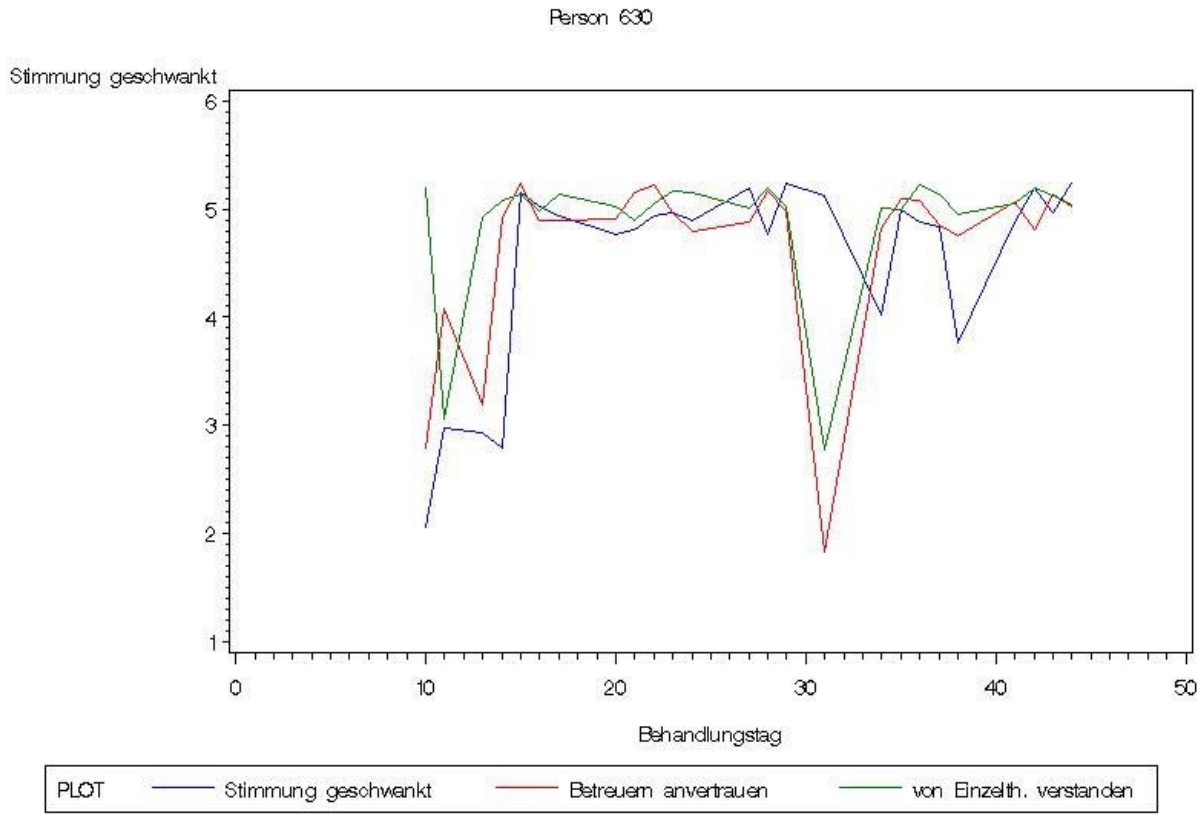


Abbildung 4: Patientenangaben von Patientin 630 zu Stimmungsschwankungen (blau), Vertrauen zu den Betreuern (rot) und dem Gefühl vom Einzeltherapeuten verstanden zu werden (grün). Ermittelt aus den fünffach abgestuften Antwortmöglichkeiten auf die jeweiligen Fragen des Patientenfragebogens. Antworten der Patientin 630 während ihrer gesamten Aufenthaltsdauer.

In Abbildung 4 sind die Angaben von Patientin 630 zu Stimmungsschwankungen, Vertrauen zu ihren Betreuern und dem Gefühl von ihrem Einzeltherapeut verstanden zu werden dargestellt. Betrachtet man speziell die Frage nach Stimmungsschwankungen, so können anders als bei den allgemeinen Emotionsverlaufskurven die Änderung der Stimmung in kürzeren Abständen erfasst werden. Dabei ergeben sich bei Patientin 630 die erwarteten sehr hohen Werte (meistens zwischen 4 und 5), die typisch für das Krankheitsbild der Borderline Persönlichkeitsstörung sind. Anders als bei Patientin 631 scheinen bei Patientin 630 die Beziehungen zu Betreuern und Therapeuten jedoch stabiler zu sein: Das Vertrauen in die Betreuer und das Gefühl von den Therapeuten verstanden zu werden ist durchgehend sehr hoch mit lediglich wenigen tieferen Werten. Interessanterweise wurden diese niedrigen Werte zur therapeutischen Beziehung zu dem Einzeltherapeuten und zu den Betreuern zeitgleich angegeben.

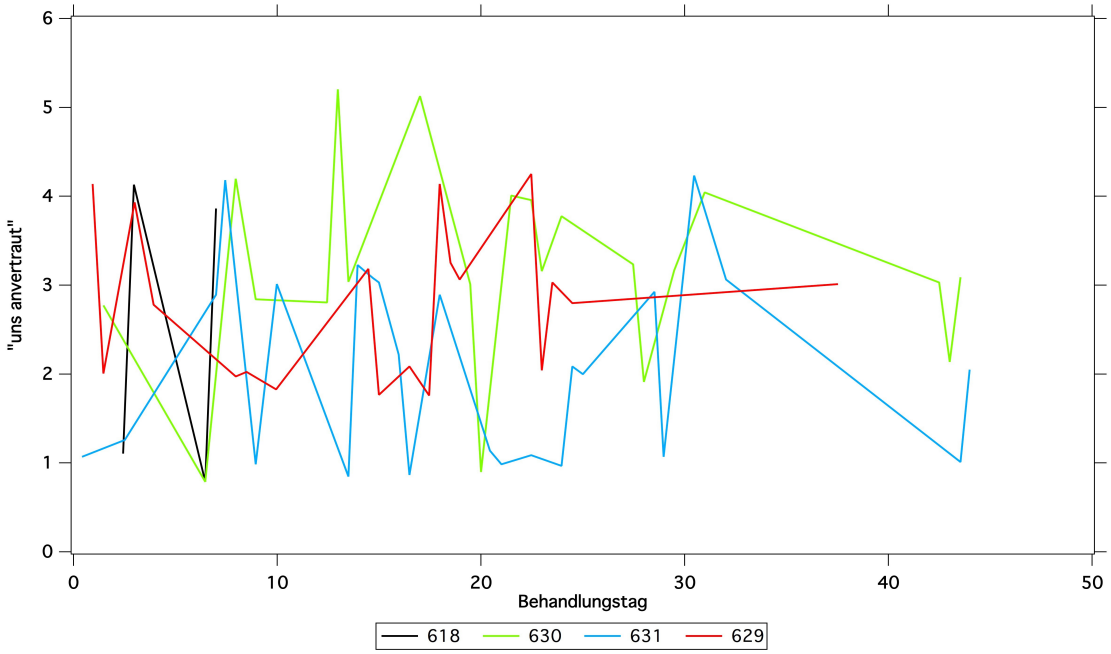


Abbildung 5: Betreuerangaben zu dem Item Vertrauen (Frage 10b: „hat sich uns heute anvertraut, war offen zu uns“) bei Patienten 618 (schwarz), 630 (grün), 631 (blau) und 629 (rot) im Verlauf ihres gesamten stationär-psychiatrischen Aufenthaltes. Diese Patienten wurden der Diagnosegruppe der „Borderline-Erkrankung“ zugeordnet. Antworten der Betreuer sind nach den fünffach abgestuften Antwortmöglichkeiten auf Frage 10b abgezeichnet.

Betrachtet man die Abbildung 5 zu dem Item “...hat sich uns heute anvertraut” aus Betreuersicht für mehrere Patienten der Borderlinegruppe, erkennt man auch hier wieder typische Schwankungen in der Beziehungsgestaltung. Das Vertrauen der Patienten in die Betreuer und somit ihre Beziehung zu ihnen scheint sich von Tag zu Tag stark zu ändern, ohne dass ein eindeutiger Verlauf zu erkennen wäre. Auch wenn man die obigen Angaben von Patientin 630 zu dem Item Vertrauen mit denen der Betreuerangaben vergleicht, findet man keine wesentlichen Überdeckungen von Eigen- und Fremdeinschätzung.

4 Diskussion

4.1 Erhebungsinstrumente

Ein Ziel dieser Studie bestand in der Validierung des Fragebogens des eigenen Forscherteams. Vorangegangen war eine andere Studie von Keller et al. (2005), die sich ebenfalls mit dem Verlauf von Emotionen, Motivation, und Behandlungszufriedenheit befasste. Wie bereits erwähnt, wurden für diese ersten Untersuchungen Fragebögen anhand des EWL und des STAXI entworfen. Aktuell wurden sie modifiziert, wobei wenig aussagekräftige oder sich überschneidende Fragen entfernt und zusätzliche Fragen zur therapeutischen Beziehung und zu medikamentöser Behandlung eingefügt wurden. Zudem wurde ein weiterer Fragebogen zur Befragung der Therapeuten gestaltet. Die drei Befragungsinstrumente wurden so konzipiert, dass eine Gegenüberstellung der Antworten und daher ein Vergleich der Selbst- und der Fremdbeurteilung ermöglicht wurde.

Die Antwortmöglichkeiten waren fünffach gestuft. Aus den Antworten geht im Durchschnitt für die drei Teilnehmergruppen eine gute Ausnutzung aller Kategorien hervor, es zeigen sich weder Boden- noch Deckeneffekte und auch die neutrale Antwortmöglichkeit “3” wurde nicht übermäßig viel genutzt. Man kann also von einer differenzierten Beantwortung der Fragen ausgehen. Auch die fünf Antwortmöglichkeiten scheinen geeignet zu sein.

Insgesamt tauchen nur wenige Korrelationen zwischen den verschiedenen Items der Fragebögen auf. Stark zusammenhängend beantworteten die Jugendlichen die Fragen nach Ängstlichkeit und Verletzlichkeit (Korrelationskoeffizient von 0,81). Möglicherweise stehen für die Patienten diese beiden Gefühlszustände in enger Beziehung, so dass in zukünftigen Studien ein Oberbegriff für beide Elemente gefunden werden könnte und dadurch eine Redundanz der Fragen vermieden würde. Eine andere Erklärung wäre jedoch ein kausaler Zusammenhang zwischen den beiden Gefühlen, die von den Patienten gut unterschieden werden können.

Von den Jugendlichen ebenfalls ähnlich beantwortet wurden die Frage nach Zufriedenheit mit sich selbst und die Behauptung “Ich fühle mich sympathisch und attraktiv” (Korrelationskoeffizient von 0,75). Vielmehr als eine Überschneidung der Fragen ergibt sich hier wahrscheinlich ein kausaler Zusammenhang, so dass die Items in Fragebögen von zukünftigen Studien belassen werden können. Ähnliches gilt für die

Korrelationen zwischen der Offenheit zu Betreuern und Therapeuten und der erlebten Unterstützung bzw. dem Eindruck einer hilfreichen Therapie: Die Möglichkeit sich den Therapeuten und Betreuern gegenüber zu öffnen ist in vielen Fällen Voraussetzung für eine hilfreiche Therapie bzw. eine Unterstützung durch die Therapeuten. Auch der umgekehrte kausale Zusammenhang wäre denkbar, nämlich dass durch die Unterstützung der Therapeuten und eine positive therapeutische Beziehung den Jugendlichen ermöglicht wird sich zu öffnen.

Bei den Betreuern und Therapeuten scheinen allein die Frage nach Aggressivität und nach Verärgerung/Gereiztheit stark zu korrelieren. Für zukünftige Studien wäre zu überlegen, ob diese Items redundant sind und zu einer Frage zusammengefasst werden könnten. Wie bei den Jugendlichen zeigt sich auch bei den Betreuern und vorallem bei den Therapeuten ein enger Zusammenhang zwischen den Fragen nach Vertrauen, Offenheit, Verständnis und denjenigen nach Kooperation und Therapieerfolg. Wie bereits oben beschrieben scheint in diesem Fall keine der Fragen überflüssig. Vielmehr zeugt dies über die Unabdingbarkeit des Vertrauens in der therapeutischen Beziehung für den Nutzen der Therapie.

Bezüglich der faktoriellen Struktur der Fragebögen erwies sich sowohl bei den Patienten als auch bei den Betreuern eine Beschreibung der Emotionen anhand zweier Faktoren als optimal. Durch die Ladungen der Einzel-Items auf die beiden Faktoren wurden ein Faktor für Depressivität und ein Faktor für Ärger nahegelegt.

Zusammenfassend weisen die Antworten auf die drei Fragebögen zwar einzelne Zusammenhänge zwischen verschiedenen Items, jedoch keine gravierenden Überschneidungen auf, so dass sie für eine zukünftige Befragung im Klinikalltag geeignet scheinen.

4.2 Befindlichkeitsveränderungen, Emotionen und Affekte

In unserer Studie erfragten wir Stimmung und Affekt der Patienten zweimal täglich. Dadurch wurde eine situationsnahe Beantwortung der Fragen ermöglicht, so dass keine retrospektive Verzerrung der Einschätzung entstand.

Die Emotionen und Befindlichkeit betreffend, ergaben sich zwischen den Befragungen mittags im Vergleich zu abends folgende Unterschiede: Die Patienten selbst

fanden sich im Mittel abends etwas weniger angespannt und besser gelaunt, die Betreuer schätzten sie hingegen abends im Durchschnitt geringfügig aggressiver und trauriger ein als mittags.

Insgesamt ergaben sich allerdings aus Sicht aller Teilnehmer eher niedrige Werte für die Aggressivität bei den Patienten, anders als von Gardner et al. (1991) beschrieben. Die Therapeuten sahen bei ihnen im Mittel das Aufkommen vieler andere negativer Emotionen, insbesondere von Trauer, Müdigkeit, Scham, Anspannung und Verärgerung. Durch die Korrelationen der Summenscores konnte festgestellt werden, dass Ärger und Aggressivität stark mit Gefühlen von Trauer, Verletzlichkeit und Ängstlichkeit zusammenhängen, während positive Gefühle protektive Faktoren für Ärger zu sein scheinen. Außerdem fällt bei der Betrachtung einzelner Patientenverläufe, wie z.B demjenigen einer depressiven Patientin, ein Rückgang der Trauer mit dem stationären Verlauf auf, bis hin zu sehr niedrigen Werten kurz vor Entlassung. Dies bekräftigt die Aussage, dass negative Emotionen eine große Rolle bei der Entstehung und Unterhaltung psychiatrischer Krankheitsbilder spielen.

Erstaunlicherweise zeigt die Verlaufsanalyse bei den Patienten des depressiven Formenkreises ein Rückgang der positiven Gefühle und eine Steigerung der Traurigkeit mit der Zeit. Dies könnte damit zusammenhängen dass die Patienten am Ende der Behandlung ungeduldig und zunehmend trauriger werden weiterhin stationär behandelt werden zu müssen. In der Tat fällt parallel dazu auch ein Abnahme der allgemeinen Zufriedenheit der Patienten über die Zeit auf. Eine andere Erklärung wäre, dass die Patienten während des Aufenthaltes darin geschult werden ihre eigenen depressiven Symptome wahrzunehmen, welche sie zu Beginn noch unterschätzen. Anders als die Patienten sehen die Therapeuten einen leichten Rückgang in der Traurigkeit der Patienten über die Zeit. Ausserdem scheint aus Patientensicht in der Gesamtgruppe die Scham, und in geringerem Maße auch die Müdigkeit, Aggressivität und Angespanntheit im Laufe der stationären Behandlung zu steigen, was von den Betreuern und Therapeuten nicht bestätigt wird.

Bei manchen Krankheitsbildern wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung steht die emotionale Instabilität im Vordergrund des Krankheitsgeschehens. Studien dazu leiden meist daran, dass die Häufigkeit der Befragungen im Vergleich zur Frequenz dieser Schwankungen zu niedrig ist und demzufolge die Angaben der Patienten nicht zeitnah sind. In unserer Studie erfolgte deswegen die Befragung zweimal täglich. Zusätzlich ermöglichte die Frage 25 (“meine Stimmung hat heute stark geschwankt”) den

Jugendlichen eine Selbsteinschätzung der Stabilität ihrer Stimmung innerhalb kürzester Zeiträume. Insgesamt ergab diese Frage einen Mittelwert von 2,52 der wenig aussagekräftig ist. Betrachtet man jedoch die Patienten getrennt so stellt man zum Beispiel in der Gruppe der Patienten mit der Diagnose emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp sehr hohe Werte. Besonders eindrucksvoll kann man dies an der in Abbildung 4 aufgeführten Verlaufskurve der Patientin 630 erkennen, bei der durchgehend hohe Werte für dieses Item aufgezeigt werden.

Stimmungsschwankungen nehmen auch im Verlauf bei den Patienten der depressiven Gruppe zu. Eine mögliche Erklärung dafür wäre in diesem Fall das Auftreten neuer positiver Gefühle, welche sich mit der vorher durchgehend bestehenden depressiven Stimmungslage abwechseln.

Der von Koban, Schulte et al. (2005) nachgewiesene Zusammenhang zwischen einer positiven Stimmung und der Kooperation des Patienten einerseits und des Therapieerfolgs andererseits konnte nicht bestätigt werden: Frage 24 “es ist sinnvoll, dass ich weiterhin hier behandelt werde” korreliert mit keinem der Stimmungsitems signifikant. Aus Patientensicht scheinen eher Ängstlichkeit, Verletzlichkeit und Traurigkeit mit einer guten therapeutischen Beziehung in Zusammenhang zu stehen. Die Korrelationsanalyse legt nahe dass Patienten mit den genannten Gefühlen die Therapie als sinnvoller zu empfinden scheinen als solche denen es subjektiv gut geht. Interessanterweise konnte auch ein negativer Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und Ärger und Aggressivität aufgewiesen werden. So korreliert aus Betreuersicht die Motivation der Jugendlichen leicht negativ (-0,33) mit ihrer Verärgerung und Gereiztheit. Aus Therapeutensicht korreliert diese Verärgerung der Patienten auch in leichtem Maße negativ (-0,31) mit ihrer Bereitschaft Anregungen anzunehmen. Dazu muss angemerkt werden dass insgesamt die Zusammenhänge zwischen den Items jedoch relativ gering sind. Die Prädiktionsanalyse für das Item für Therapiemotivation zeigt ebenfalls dass die Abwesenheit von Verärgerung und Aggressivität bei den Patienten einen positiven Voraussagewert für eine hohe Motivation weiterhin behandelt zu werden darstellt.

Was die allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Tag auf Station angeht, konnte die Korrelationsanalyse einen starken Zusammenhang mit positiver Gestimmtheit und einen negativen Zusammenhang mit Depressivität aufweisen. Dies könnte entweder dadurch erklärt werden, dass ein Jugendlicher der positiv gestimmt ist folglich den gesamten Tag positiv einschätzt, oder umgekehrt dadurch, dass ein gelungener Tag den Jugendlichen positiv stimmt.

4.3 Therapeutische Beziehung und Behandlungszufriedenheit

In der Literatur belegten mehrere Studien die prognostische Bedeutung einer positiven therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg (Barber et al., 2000; Konzag et al., 2004; Lee, 1979; Marziali, 1984; Romano et al., 2004; Schulte et al., 2005; Karver et al., 2005; Karver et al., 2006).

Daher stellte die Analyse der therapeutischen Beziehung einen zentralen Punkt unserer Studie dar. Zu diesem Zweck wurden dem Fragebogen aus vorangegangenen Studien von Keller et al. verschiedene Items zu Behandlungszufriedenheit und therapeutischer Beziehung hinzugefügt.

Im Mittel ergab sich eine hohe Behandlungszufriedenheit der Jugendlichen, und eine steigende Tendenz der allgemeinen Zufriedenheit im Laufe der Aufenthaltes. Besonders gut bewertet wurde von den Patienten die Einzeltherapie sowie die Beziehung zu ihrem Einzeltherapeuten. Dieses Ergebnis ist angesichts der Ergebnisse von Barber et al. (2000) wie auch von Konzag et al. (2004) sehr positiv. Diese besagen, dass die Sichtweise des Patienten über die therapeutische Beziehung, vielmehr als diejenige des Therapeuten, für das Outcome der Therapie entscheidend ist.

Besonders Patienten mit Gefühlen wie Trauer, Angst und Verletzlichkeit scheinen großes Interesse an einer guten Beziehung zu ihren Betreuern und Therapeuten zu haben, während Patienten denen es “gut geht” weniger Zufriedenheit mit ihrer Therapie zeigen. Im Verlauf schätzen besonders die schizophrenen Patienten die Therapie immer sinnvoller ein. Durch die stark ausgeprägten Symptome bei Schizophrenie könnte es sein, dass diese Patienten auch am besten die positiven Effekte der Therapie erkennen.

Die Korrelation der Antworten auf Fragen nach Zufriedenheit mit der Einzeltherapie und mit der therapeutischen Beziehung suggeriert folgenden Zusammenhang: Je besser sich die Jugendlichen verstanden fühlen und sich dem Therapeuten gegenüber öffnen können, desto hilfreicher empfinden sie die Einzeltherapie. Auch aus Sicht der Therapeuten ergibt sich eine hohe Korrelation zwischen den Aussagen, dass sich der Patient ihnen gegenüber öffnen kann und sich verstanden fühlt, und derjenigen, dass er Anregungen annehmen kann und die Therapie als hilfreich empfindet. Diese Therapeutenangaben zeigen außerdem einen hohen Zusammenhang mit den Antworten der Jugendlichen, was über eine gute Fremdeinschätzung der Patienten zeugt. Es konnte in dieser Studie also der Aspekt bestätigt werden, der bereits von Ambuhl et

Grawe (1988), wie auch von Cooley et al. (1980) aufgezeigt wurde, nämlich dass Offenheit des Patienten und Akzeptanz des Therapeuten eine zentrale Rolle für das Outcome der Therapie darstellen. Ähnliches zeigen die Korrelationen der Antworten auf die Frage nach der Beziehung zu den Betreuern/innen: Je stärker sich die Jugendlichen den Betreuern anvertrauen können, desto größer empfinden sie deren Unterstützung. Auch die Betreuer sehen einen Zusammenhang zwischen der Offenheit und dem Vertrauen des Jugendlichen zu ihnen und seiner Fähigkeit, Vorschläge anzunehmen und Anforderungen gerecht zu werden. Auch in der Beziehung zu den Betreuern scheinen also Offenheit und Vertrauen eine Basis für gute Kooperation und dadurch für ein positives Outcome darzustellen.

Insgesamt sehen sowohl die Patienten sich selbst als auch deren Betreuer sie als motiviert an, weiterhin stationär behandelt zu werden, was aus der Frage 24 des Patientenfragebogens bzw. der Frage 12 des Betreuerfragebogens ersichtlich wird. Aus der Analyse der Prädiktion für die Motivation weiterhin behandelt zu werden wird deutlich, dass diese vor allem von der Beziehung zu Betreuern und Therapeuten bestimmt wird. Diese Ergebnisse entsprechen den Untersuchungen von Michalak und Schulte (2002), nach denen die Motivation des Patienten wie auch die Beurteilung der Therapie durch den Patienten die Grundlage für sein Basisverhalten, also sein Engagement in der Therapie darstellt. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie.

Frage 18 (“Ich konnte heute die Dinge mitbestimmen”) zeigt deutliche Korrelationen zu einer positiven Beziehung zu Therapeuten und Betreuern und zur Motivation weiter stationär behandelt zu werden. Diese Ergebnisse sind zweifach interpretierbar. Einerseits deuten sie darauf hin, dass die aktive Implikation des Patienten in den Therapieablauf Voraussetzung für eine gute therapeutische Beziehung und für ein positives Outcome der Therapie ist. Daraufhin deutet auch der positive Vorhersagewert des Summenscores für Beziehung für das Item 24 („Es ist sinnvoll, dass ich weiterhin hier behandelt werde“). Andererseits können auch, wie von Schulte et al. (2005) aufgewiesen, die positive Bewertung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten und seine Behandlungsmotivation ihn dazu animieren sich aktiv an der Gestaltung der Therapie zu beteiligen was wiederum eine positive Auswirkung auf deren Erfolg hat.

Unabhängig von der Zufriedenheit mit der Therapie und der therapeutischen Beziehung scheint jedoch die allgemeine Zufriedenheit der Jugendlichen mit ihrem Tag zu sein. Allein die Therapie reicht anscheinend für die Patienten nicht aus um den ganzen Tag als positiv zu betrachten, und um zufrieden mit sich selbst zu sein. Auch scheinen die Patienten sehr differenziert zu unterscheiden welcher Anteil ihrer Zufriedenheit der

Therapie zuzuschreiben ist und welcher Anteil von anderen Faktoren abhängt.

Was den Prozessaspekt betrifft, kamen Caskey et al. (1984) zum Ergebnis, dass es in einer therapeutischen Beziehung mit der Zeit zu immer weniger Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut kommt. Dieses Ergebnis konnte in unserer Studie nur teilweise aufgezeigt werden. Aus Patientensicht zeigt sich bei der Frage, ob sie sich von ihren Therapeuten verstanden fühlen eine große Diskrepanz zwischen einem Teil der Patienten, bei denen gegen Ende der Therapie die Mittelwerte der Antworten auf diese Frage sinken, und einer eben so großen Anzahl von Patienten, bei denen im Gegenteil diese Werte nochmals stark ansteigen. Aus Therapeutensicht zeigen die meisten Patienten zum Ende der Therapie hin mehr Offenheit als vorher. Betrachtet man die Verlaufsdaten der verschiedenen Diagnosegruppen, so fällt auf dass bei den meisten Patienten die Beziehungsitems eine positive Entwicklung aufweisen. Auch die Therapiemotivation nimmt mit der Zeit zu, wie z.B. bei der Gruppe der depressiven Patienten, welche mit zunehmender Genesung den Sinn der Therapie einsehen und aktiv daran teilhaben wollen. Auffällig ist dabei dass bei dieser Patientengruppe trotz der zunehmenden allgemeinen Unzufriedenheit der Summenscore für therapeutische Beziehung im Verlauf zunimmt, was über ein gutes Verhältnis und Vertrauen zu den Betreuern und Therapeuten zeugt. Bei der Gruppe der schizophrenen Patienten jedoch scheint sich die Beziehung zu Betreuern und Therapeuten mit der Zeit zu verschlechtern. Am stärksten ersichtlich ist dies aus dem Verlauf der Antworten der Therapeuten während der Behandlung.

Die therapeutische Beziehung scheint insgesamt aus Sicht der Therapeuten und eines Teils der Patienten im Verlauf des stationären Aufenthaltes eine positive Entwicklung zu erfahren. Um die Übereinstimmung zwischen Patienten und Therapeuten genauer zu bestimmen und so einen Vergleich mit den Ergebnissen von Caskey et al. zu ermöglichen, könnte man noch eine Differenzanalyse zwischen den Antworten der Patienten und der Therapeuten durchführen.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden dass aktuell kein direktes validiertes Messinstrument zur objektiven Erfassung von Symptomatik und Behandlungsbewertung vorliegt.

4.4 Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung

Hinsichtlich der Bedeutsamkeit des “cross-informant” zur vollständigen diagnostischen Beurteilung eines Patienten und dadurch zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung wurde in dieser Studie eine Fremdeinschätzung der Jugendlichen sowohl durch ihre Betreuer als auch durch die Einzeltherapeuten vorgenommen.

Was die Einschätzung der Emotionen der Jugendlichen durch die verschiedenen Teilnehmer anbelangt, ergeben sich je nach Item verschiedene Ergebnisse. Sowohl die Therapeuten als auch die Betreuer konnten bei den Patienten Trauer und “gute Laune” sehr gut erkennen. In ihren Antworten stimmten sie dabei auch untereinander häufig überein. Die Betreuergruppe nahm ausserdem bei den Jugendlichen oft eine Anspannung wahr, welche die Therapeutengruppe nicht angab. Manche Gefühle scheint man den Jugendlichen äußerlich jedoch weniger anzusehen. Am schlechtesten konnte die Aggressivität der Patienten eingeschätzt werden: Zwar waren sich Therapeuten und Betreuer oftmals einig, jedoch stimmten die Angaben meistens nicht mit der Meinung der Jugendlichen überein. Auch die Müdigkeit und Erschöpfung der Jugendlichen wurde von den Therapeuten oft nicht als solche erkannt und die Betreuer konnten sie nur bei einem Teil der Patienten gut einschätzen. Während manche Emotionen der Jugendlichen wie Trauer und gute Laune also relativ einfach zu erfassen sind, scheinen andere wie Aggressivität sehr schwierig festzustellen zu sein, oder auch von den Jugendlichen schwer auszudrücken zu sein. Manche Emotionen konnten die Betreuer besser einschätzen als die Therapeuten, was die Wichtigkeit der Fremdbeurteilung des Patienten durch mehrere Teilnehmer mit unterschiedlicher Sichtweise bekräftigt. In der Praxis wären demzufolge für eine optimale Therapie häufige Absprachen zwischen Therapeut und Betreuer über ihre Sicht der Emotionen des Patienten wünschenswert.

Auffällig ist die negative Korrelation zwischen den Antworten der Jugendlichen und der Therapeuten bei der Frage nach dem Stationsklima, möglicherweise dadurch entstehend dass die Therapeuten ausserhalb der Einzeltherapien wenig Kontakt zu den Patienten und deren Aktivitäten hatten. Andersherum könnte es jedoch auch sein, dass in manchen Fällen der Patient nicht genau weiss welches Stationsklima für ihn förderlich ist, oder seine Emotionen nicht richtig zuordnen kann.

Allerdings muss bei der Interpretation dieser Korrelationen an den zeitlichen

Abstand zwischen den Antworten der Therapeuten und der Jugendlichen erinnert werden, da Erstere die Fragebögen jeweils nach einer Therapiesitzung ausfüllten, Letztere mittags und abends, also meistens zeitlich versetzt zur Therapiesitzung. Die Betreuer hingegen gaben ihre Antworten zeitgleich mit den Jugendlichen ab. Auch sollte man erwägen ob die Therapeuten möglicherweise Emotionen bei den Patienten erfassen, welche diese sich selbst oder anderen nicht zugestehen wollen.

Die therapeutische Beziehung und Therapiemotivation betreffend sind die Ergebnisse ebenfalls unterschiedlich. Anders als bei den Studien von Kronmüller et al. und Bogwald et al. wurde in unserer Studie die therapeutische Beziehung unter den Aspekten der Kooperation, des Vertrauens und der Offenheit von den Therapeuten und den Patienten recht korrelierend eingeschätzt. Dies ist ein sehr wichtiges Element, da wie schon erwähnt das Outcome der Therapie eng mit einer guten therapeutischen Beziehung zusammenhängt. Die ebenfalls stark zum Therapieerfolg beitragende Motivation der Patienten konnte jedoch von den Therapeuten weniger gut erfasst werden. Die Antworten der Betreuer sowohl zur Beziehung Jugendliche-Betreuer als auch zur weiteren Behandlungsmotivation stimmten ebenfalls nur mäßig mit den Antworten der Patienten überein.

Nach der Studie von Meyer und Schulte (2002) wirkt sich jedoch eine Divergenz zwischen den Antworten von Therapeuten und Patienten zu therapeutischer Beziehung und Therapiemotivation nicht unbedingt negativ auf das Outcome der Therapie aus, da die Erfolgsprognose der Therapeuten unmittelbar nach einer Sitzung nicht in Zusammenhang mit dem tatsächlichen endgültigem Erfolg der Therapie steht.

Interessanterweise stimmen die Meinungen der Patienten und ihrer Betreuer zur Wirkung der Psychopharmaka besser überein als zwischen Patienten und Therapeuten. Man könnte daraus schliessen, dass die Betreuer durch längeren Kontakt zum Patienten die Wirkung der Medikamente besser erfassen können. Eine andere Hypothese wäre, dass Therapeuten vorallem den Langzeiteffekt eines Medikamentes bewerten, während für Patienten und Betreuer die aktuellen Nebenwirkungen relevanter sind. Besonders negativ bewertet wurde im Verlauf die Medikation von schizophrenen Patienten aus eigener Sicht, möglicherweise durch die abnehmende Notwendigkeit der Medikamente und dem parallel dazu zunehmenden Verspüren der Nebenwirkungen. Auffällig ist auch, dass mit der Zeit der Erfolg der Medikamente aus Therapeutensicht immer geringer wird. Man könnte erwägen dass die medikamentöse Therapie mit zunehmender Gesundheit der Patienten immer weniger notwendig ist, bzw. dass durch die weniger ausgeprägten Krankheitssymptome die Effekte der Medikamente immer weniger eindrücklich sind.

Die Korrelationsanalyse suggeriert, dass Patienten, welche von dem Therapeuten als zufrieden eingeschätzt werden, den Betreuern den Eindruck geben, diese Zufriedenheit sei auf die Psychopharmaka zurückzuführen. Diese Aspekte weisen wieder auf die unabdingbare Rolle der verschiedenen Teilnehmer bei der Therapie der Patienten und deren regelmäßige Kommunikation untereinander hin.

4.5 Grenzen der Studie (Limitations)

Trotz der zufriedenstellenden Ergebnisse dieser Studie sollen an dieser Stelle noch einige Einschränkungen aufgewiesen werden.

Zu Beginn sei auf die geringe Anzahl an Patienten in dieser Studie hingewiesen (27 Patienten). Dies liegt unter anderem an dem kurzen Befragungszeitraum. Die Bereitwilligkeit zur Beteiligung der Jugendlichen an der Studie war zwar hoch, jedoch entsprachen manche den Kriterien (Alter, sprachliche Voraussetzungen) nicht. Eine Patientin stieg nach längerem Zeitraum aus gesundheitlichen Gründen aus der Probandengruppe wieder aus. Durch die niedrige Zahl an Probanden ist möglicherweise der Einfluss einzelner Patienten auf die Ergebnisse sehr groß. So hat beispielsweise Patient Nr. 610 (Aufenthaltsdauer von 164 Tagen) die Daten wohl stärker geprägt als die Patienten Nr. 626 und Nr. 634 (Aufenthaltsdauer von jeweils 4 Tagen). Dasselbe gilt für die Compliance der Patienten, sprich für die Anzahl an Messzeitpunkten. Beispielsweise hat Patient Nr. 620 trotz einer Aufenthaltsdauer von 80 Tagen lediglich 3 Fragebögen abgegeben, während Patient Nr.626 mit einer Aufenthaltsdauer von 4 Tagen 8 Fragebögen ausfüllte. Der Mangel an Daten liegt natürlich teilweise an fehlender Motivation bei den Patienten, denen das tägliche Beantworten derselben Frage lästig wurde, teilweise aber auch an der Vielzahl von Aktivitäten, an denen sie an Wochentagen teilnahmen, und an den Wochenendbeurlaubungen, von denen ein großer Teil der Patienten betroffen war. Der Rücklauf an Fragebögen auf Betreuerseite war ebenfalls zeitweise suboptimal. Sie erklärten dies durch den hohen Zeitaufwand des täglichen Ausfüllens von zwei Fragebögen pro Patient. Die Fremdeinschätzung aus Therapeutensicht war leider zeitweise unzureichend. Es ergab sich auch ein großer Unterschied zwischen der Anzahl der ausgefüllten Fragebögen zwischen den zwei Therapeuten. Wünschenswert für zukünftige Studien wäre ein längerer Untersuchungszeitraum mit einer dementsprechend größeren

Anzahl an Studienteilnehmern, so dass solche Ungleichheiten nur eine schwache Auswirkung auf die Ergebnisse hätten.

Auf die Auswertung der Frage 27 nach Nebenwirkungen der Medikamente musste wegen der geringen Anzahl an Angaben verzichtet werden.

Es ist auch gerechtfertigt sich zu fragen, ob die Ergebnisse durch Patienten mancher Diagnosegruppen wie die Anorexia Nervosa stärker beeinflusst werden als durch andere wie die Psychosen oder Anpassungsstörungen. In der Tat tendieren anorektische PatientInnen oft dazu "überangepasst" zu sein, und daher den Aufgaben die ihnen gestellt werden (in diesem Fall das Ausfüllen von Fragebögen) gerecht zu werden, während andere Patienten aus Trotz oder Lustlosigkeit diese Aufgaben zeitweise verweigern.

Ein ähnlicher Bias könnte dadurch entstanden sein, dass Patienten zu Zeitpunkten, an denen sie gut gelaunt waren und eine hohe Motivation empfanden, die Fragebögen eher ausfüllten als wenn ihre Laune schlecht und Motivation niedrig war. Dies hätte dann dazu geführt, dass die Ergebnisse sozusagen fälschlicherweise in den positiven Bereich verschoben wären.

Eine Messung der Symptomatik im Verlauf wurde während dieser Studie nicht direkt durchgeführt, da der Verlauf jeweils die Gesamtgruppe bzw. eine Diagnosegruppe betrifft, nicht jedoch einzelne Patienten. Zu diesem Zwecke wurden einzelne Patientenverläufe beispielhaft aufgezeigt.

Eine regelmäßige Rückmeldung der Daten an Patienten und Betreuer bzw. Therapeuten war nicht geplant. Jedoch gab es die Möglichkeit für jeden Patienten am Ende seines stationären Aufenthaltes seinen eigenen Verlauf einzusehen. Diese wurde jedoch von den Jugendlichen nicht genutzt.

Allgemein muss an dieser Stelle nochmals daran erinnert werden dass aktuell kein direktes Messinstrument zur standardisierten Erfassung der Symptomatik und Behandlung vorliegt. Auch liegen keine Erhebungsinstrumente zur diagnosespezifischen Symptomatik vor.

Insgesamt erweist sich die tägliche Befragung mittels der neuen Version des Fragebogens für Jugendliche, Betreuer und Therapeuten von Keller et al. als durchführbar und für weitere Studien geeignet. Dennoch müsste für eine sinnvolle Anwendung dieser Fragebogen leicht modifiziert werden. Auch eine regelmäßige Auswertung der Ergebnisse mit Rückmeldung an alle Teilnehmer müsste erwogen werden, um den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen zu können.

4.6 Ausblick

Wenige Forschungsgruppen befassten sich bisher mit dem Thema des Feedbacks. Es wird davon ausgegangen, dass durch eine regelmäßige Rückmeldung der Daten an Patienten und Therapeuten die Therapiemotivation gesteigert, das therapeutische Angebot angepasst, sowie das Outcome der Therapie verbessert werden kann. Percevic et al. (2004) verfolgten mit einer computergestützten Studie mit Rückmeldung über das Ansprechen der Patienten auf die Therapie das Ziel, möglichst früh auf ausbleibende Therapiefortschritte reagieren zu können. Lambert et al. (2005) erarbeiteten sogar ein System zur systematischen Warnung des Therapeuten bei Abweichung des Patientenverlaufs von dem erwarteten Outcome durch kontinuierliches Monitoring. Nach Zusammenfassung von positiven Ergebnissen aus vier verschiedenen Studien ermutigen sie Therapeuten zum Einsatz einer solchen Methode im klinischen Alltag. Berking, Lutz et al. (2006) befassten sich ebenfalls mit einer solchen systematischen Rückmeldung. Sie interessierten sich vor allem für den stationären Bereich, da ein regelmäßiges Feedback dort aufgrund der strukturellen Voraussetzungen und therapeutischen Reaktionsmöglichkeiten gut durchzuführen ist. In einer Studie wurden 118 stationäre Patienten im wöchentlichen Abstand zu psychischer Beeinträchtigung und eingeschätztem Erreichen des Therapieziels befragt. Dabei erwies sich eine systematische Rückmeldung dieser Daten in der Tat als positiv in Bezug auf den Therapieerfolg. Durch Feedback an das gesamte Behandlungspersonal konnten durch erhöhte Aufmerksamkeit aller Teilnehmer im stationären Setting viele Aspekte des aktuellen Lebensumfeldes des Patienten beeinflusst werden. Berking et al. weisen darauf hin, dass durch das Feedback auch das therapeutische Engagement über die Induktion positiver Veränderungserwartung durch Rückmeldung von Erfolgen gesteigert wird. Insgesamt streben sie die Einführung einer systematischen Rückmeldung in der psychotherapeutischen Routineversorgung an.

Eine computergesteuerte randomisierte Längsschnittstudie von Puschner et al. (2009) zu “Ergebnismonitoring” und “Ergebnismanagement” (EMM) wurde 2006 anhand von 294 Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung in Günzburg durchgeführt. Patienten und Behandler der Interventionsgruppe erhielten wöchentliche Rückmeldungen über erhobene Daten zum Outcome der Therapie. Untersucht wurden das Behandlungsergebnis und die Behandlungszufriedenheit beider Gruppen. Zusätzliche Fragestellungen waren die Praktikabilität und die Kosten-Effektivität des EMMs. Die hohe

Akzeptanz zeigte die Durchführbarkeit eines solchen computerisierten Ergebnismanagements im Klinikalltag. Ein eindeutiger Nutzen hinsichtlich des Therapieoutcomes aus Patientensicht konnte jedoch nicht aufgewiesen werden. Eine mögliche Erklärung dafür war die mangelnde Einflussnahme des Feedbacks auf den weiteren Behandlungsablauf.

Eine Metaanalyse von Knaup et al. (2009) konnte anhand von 12 Studien nachweisen, dass Feedback an Patienten und Behandlern einen kleinen aber deutlich positiven Effekt auf das Outcome einer psychiatrischen Behandlung hat, ohne jedoch die Behandlungsdauer zu verkürzen.

Bei einer so häufigen Befragung wie in dieser Studie kommt für zukünftige Untersuchungen die Überlegung auf, ob durch eine computergestützte Befragung die Motivation der Jugendlichen an der Beantwortung der Fragen gesteigert werden kann. Auch bei den Betreuern könnte durch computergestützte Befragung möglicherweise Zeit gespart und dadurch die Compliance gesteigert werden. Ein zusätzlicher Vorteil der computerisierten Studien wäre die Möglichkeit der direkten Speicherung und Auswertung der eingegebenen Daten und damit ein geringerer Zeitaufwand und das Vermeiden einer möglichen Fehlerquelle beim Eingeben der Daten durch einen Untersucher. Angesichts der oben erwähnten Vorteile eines regelmäßigen Feedbacks wäre auch diese Möglichkeit für spätere Studien zu erwägen, und könnte ebenfalls durch computergestützte Verfahren erleichtert werden.

5 Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, ein besseres Verständnis für Prozessaspekte von Emotionen, therapeutischer Beziehung und Behandlungszufriedenheit bei Jugendlichen während einer stationär-psychiatrischen Behandlung zu erlangen. Besonderen Wert wurde dabei auf das “interinformant agreement”, also dem Vergleich von Selbsteinschätzung der Patienten mit Fremdeinschätzung durch ihre Betreuer und Therapeuten gelegt. Gleichzeitig sollte der bereits in früheren Studien eingesetzte und nun modifizierte Fragebogen der Forschungsgruppe Keller et al. validiert werden.

Die Studie wurde in der Kinder-und Jugendpsychiatrie in Ulm durchgeführt und umfasste eine Probandengruppe von 27 Jugendlichen, darunter 10 Jungen und 17 Mädchen, im Durchschnittsalter von 16,3 Jahren, welche in einem Zeitraum von durchschnittlich 164 Tagen dort stationär behandelt wurden. Die Befragung der Patienten, sowie der Betreuergruppe erfolgte mittags und abends, die der Therapeuten jeweils nach einer Therapiesitzung. Insgesamt liegen für die Patienten 580, für die Betreuer 806, für die Therapeuten 166 Befragungszeitpunkte vor.

Die Validierung des Erhebungsinstrumentes betreffend, konnte die Studie zufriedenstellende Ergebnisse liefern. Aus den Antworten aller Teilnehmer geht eine gute Ausnutzung der fünf Antwortkategorien und eine differenzierte Beantwortung der Fragen hervor. Die Korrelationsanalyse weist einen starken Zusammenhang zwischen den Antworten auf die Fragen nach Ängstlichkeit und Verletzlichkeit, sowie auf die Fragen nach Aggressivität und Verärgerung bzw. Gereiztheit auf, welche in zukünftigen Studien eventuell zusammengeführt werden könnten. Anhand der durchgeführten Faktorenanalyse wird eine Aufteilung der Fragen zu Emotion und Befindlichkeit in einen Faktor für Ärger und einen Faktor für Depressivität nahegelegt. Insgesamt erscheint das Erhebungsinstrument - in eventuell leicht modifizierter Form - für eine zukünftige Befragung im Klinikalltag geeignet.

Mittels der Fragen nach Emotionen konnten einige für verschiedene Krankheitsdiagnosen typische Störungen aufgewiesen werden. So zum Beispiel bei einer Patientin mit Depression, bei der mit zunehmender klinischer Besserung die Angaben von Trauer weitgehend zurückgingen. Ein anderes Beispiel ist das einer Patientin mit der Diagnose Borderline-Störung, bei der die Befragung durchgehend hohe Werte für emotionale Instabilität ergab. Trauer, Müdigkeit, Scham, Anspannung und Verärgerung

wurden im Mittel bei allen Patienten als relativ hoch eingestuft, was allgemein den wichtigen Beitrag der Emotionen zu psychischen Erkrankungen eindrücklich darstellt.

Im Bezug auf die therapeutische Beziehung und Behandlungsbewertung konnte die Studie eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit der Jugendlichen mit der Therapie und speziell mit der Beziehung zu ihrem Therapeuten aufweisen. Sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Therapeuten förderten Verständnis und Offenheit in der Beziehung die Zusammenarbeit und somit den Therapienutzen. Auch scheint sich die therapeutische Beziehung aus Sicht der Therapeuten und eines Teils der Patienten im Verlauf des stationären Aufenthaltes positiv zu entwickeln. Ähnliches ergab sich aus der Befragung der Betreuer, indem Offenheit und Vertrauen zu dem Betreuerteam in engem Zusammenhang mit der Kooperation des Jugendlichen standen. Durchschnittlich war auch die Behandlungsmotivation der Patienten aus eigener Sicht sowie aus Sicht der Betreuer hoch.

Der Vergleich der Fremdeinschätzung durch Betreuer und Therapeuten mit der Selbsteinschätzung der Patienten zeigte, dass manche Emotionen der Jugendlichen wie Trauer und “gute Laune” recht gut eingeschätzt werden konnten, andere wie Aggressivität hingegen schlecht. Interessanterweise nahmen die Betreuer manche Emotionen wie Anspannung bei den Patienten besser wahr als die Therapeuten. Letztere schätzten auch das Stationsklima und die Wirkung der Psychopharmaka oft ganz anders ein als die Patienten. Hinsichtlich dieser Ergebnisse scheint eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen in die Behandlung der Jugendlichen involvierten Teilnehmer unerlässlich. Häufige Rückmeldungen zwischen den Betreuern, welche die Jugendlichen im Stationsalltag beobachten, und den Therapeuten, die tiefer gehende Gespräche mit ihnen führen, sollten also weiterhin gefördert werden um zwei verschiedene Sichtweisen zusammenzubringen und so eine optimale Therapie zu ermöglichen.

Die Erhebung von Stimmung, Behandlungszufriedenheit und therapeutischer Beziehung bei Jugendlichen über einen längeren Zeitraum erwies sich in der aktuellen Studie als durchführbar. Die Fremdbeurteilung durch mehrere Teilnehmer konnte hilfreiche Informationen bringen. Es wäre vorstellbar, diese Befragung im Klinikalltag durchzuführen und durch regelmäßige Rückmeldungen die Therapie zu optimieren. Ob eine Rückmeldung an die Patienten ebenfalls sinnvoll wäre steht noch zur Diskussion. Angesichts des erheblichen Aufwands einer solchen Befragung wäre eine computergestützte Befragung in Zukunft sicherlich erleichternd. Zudem würde sie die Motivation der Probanden steigern, die Fehlerquelle minimieren, und eine eventuelle Rückmeldung der Daten erleichtern.

6 Literaturverzeichnis

(1)Ambuhl H, Grawe K: The effects of psychotherapy as a result of the relation of therapeutic availability and acceptance by the client. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 36: 308-327 (1988)

(2)Arolt V, Reimer C, Dilling H: Basiswissen Psychiatrie une Psychotherapie. 5.Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 39-41; 116-179 (2003)

(3)Axelson DA, Bertocci MA, Lewin DS, Trubnick LS, Birmaher B, Williamson DE, Ryan ND, Dahl RE: Measuring mood and complex behavior in natural environments: use of ecological momentary assessment in pediatric affective disorders. Child Adolesc Psychopharmacol 13: 253-266 (2003)

(4)Bachelor A, Salame R: Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. Psychother Pract Res 9: 39-53 (2000)

(5)Baillargeon RH, Boulerice B, Tremblay RE, Zoccolillo M, Vitaro F, Kohen DE: Modeling Interinformant Agreement in the Absence of a "Gold Standard". Journal of Child Psychology and Psychiatry 42: 463-473 (2001)

(6)Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L: Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. J Consult Clin Psychol 68: 1027-1032 (2000)

(7)Bauer M, Grof P, Gyulai L, Rasgon N, Glenn T, Whybrow PC: Using technology to improve longitudinal studies: self-reporting with Chrono Record in bipolar disorder. Bipolar Disord 6: 67-74 (2004)

(8)Bauer M, Grof P, Gyulai L, Rasgon N, Glenn T, Whybrow PC: Does the use of an automated tool for self-reporting mood by patients with bipolar disorder bias the collected data? Med Gen Med 5: 7-21(2005)

(9) Puschner B, Schöfer D, Knaup C, Becker T: Outcome management in in-patient psychiatric care. Acta Psychiatr Scand 120: 308-319 (2009)

(10) Berking M, Orth U, Lutz W: Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studien in einem stiationär-verhaltenstherapeutischen Setting. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35: 21-29 (2006)

(11) Bogwald KP: Do patients and their therapists agree on the content of treatments ? Nerv Ment Dis 189: 830-837 (2001)

(12) Brähler E, Holling H, Leutner D, Petermann F: Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Band 1, 3.Auflage, Hogrefe, Göttingen, Toronto, Seattle, S.631-633 (2002)
(13) Brähler E, Holling H, Leutner D, Petermann F: Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Band 2, 3.Auflage, Hogrefe, Göttingen, Toronto, Seattle, S.631-633 (2002)
(14) Caskey NH, Barker C, Elliott R: Dual perspectives: clients' and therapists' perceptions of therapist response. Clin Psychol 23: 281-290 (1984)
(15) Caspar F, Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: introduction. Clin Psychol 60: 221-238 (2004)
(16) Caspar F, Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: Summary and outlook. Clin Psychol 60: 347-349 (2004)
(17) Cooley EJ, Lajoy R: Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. Clin Psychol 36: 562-570 (1980)
(18) Cowdry RW, Gardner DL, O'Leary KM, Leibenluft E, Rubinow DR: Mood variability: a study of four groups. Am J Psychiatry 148: 1505-1511 (1991)
(19) DiGiuseppe R, Linscott J, Jilton R: Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. Applied and Preventive Psychology 5: 85-100 (1996)
(20) Döpfner M, Melchers P: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, deutsche Bearbeitung der Teachers Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-, und Familiendiagnostik (KJFD), Köln (1993)
(21) Döpfner M, Pflück J, Bölte S, Melchers P, Heim K: Fragebogen für Jugendliche, deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form (YSR) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-, und Familiendiagnostik (KJFD), Köln (1998)
(22) Döpfner M, Pflück J, Bölte S, Melchers P, Heim K: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2.Auflage, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-, und Familiendiagnostik (KJFD), Köln (1998).
(23) Ebner-Priemer UW, Badeck S, Beckmann C, Wagner A, Feige B, Weiss I, Lieb K, Bohus M: Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder; a startle response study. Psychiatr Res 39: 85-92 (2005)
(24) Eltz MJ, Shirk SR, Sarlin N: Alliance formation and treatment outcome among

maltreated adolescents. Child Abuse Negl 19: 419-431(1995)

(25) Fahrenberg J, Myrtek M: Progress in Ambulatory Assessment, Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle-Toronto-Bern-Göttingen (2001)

(26) Gardner DL, Leibenluft E, O'Leary KM, Cowdry RW: Self-ratings of anger and hostility in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis 179: 157-161 (1991)

(27) Garland AF, Lewczyk-Boxmeyer CM, Gabayan EN, Hawley KM: Multiple stakeholder agreement on desired outcomes for adolescents´ mental health services. Psychiatr Serv 55: 671-676 (2004)

(28) Grawe K: Psychologische Therapie. Hogrefe, 2. Auflage, S.127-141; 294-304; 618-621 (2000)

(29) Hawley KM, Weisz JR: Youth versus parent working alliance in usual clinical care: distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. J Clin Child Adolesc Psychol 34: 117-128 (2005)

(30) Hermann Ch, Bussund U, Snaith RP: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D). Fragebogen, Huber, Bern (1995)

(31) Janke W, Debus G: Eigenschaftswörterliste (EWL). Fragebogen, Hogrefe, Göttingen (1978)

(32) Janke W, Debus G: BSKE-EWL. Fragebogen, Institut für Psychologie I der Universität Würzburg (1994)

(33) Jung CG. Die Psychologie der Übertragung. Erläutert anhand einer alchemistischen Bilderserie. Dtv, 4. Auflage (2001)

(34) Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L: A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. Mental Health Services Research 7: 35-51 (2005)

(35) Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L: 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 26: 50-65 (2006)

(36) 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 73: 726-730 (2005)

(37) Käppler C, Brügner G, Fahrenberg J: Pocketcomputer-unterstütztes Assessment mit MONITOR: Befindlichkeit im Alltag, Methodenakzeptanz und die Replikation des

Retrospektionseffektes. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, Band 22, 249-266 (2001)

(38) Keller F, Naumann A, Konopka L: Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Asgard, Sankt Augustin, S.249-258 (2001)

(39) Keller F, Konopka L, Fegert JM, Naumann A: Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung. Nervenheilkunde 22: 40-46 (2003)

(40) Keller F, Schäfer S, Konopka L, Naumann A, Fegert JM: Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. Krankenhauspsychiatrie 15: 3-8 (2004)

(41) Keller F, Peter S, Fegert JM, Naumann A, Goldbeck L: Behandlungsbewertung von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung (2006)

(42) Keller F, Zander A, Fegert JM, Libal G: Selbst- und Fremdeinschätzung von Affekt und Spannungserleben bei depressiven Jugendlichen im Verlauf einer stationären Behandlung; 23. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2005)

(43) Kendall PC: Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 62: 100-110 (1994)

(44) Knaup C, Koesters M, Schoefer D, Becker T, Puschner B: Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 195: 15-22 (2009)

(45) Koban C, Willutzki U, Schulte D: Zur aktuellen Stimmung von Patienten: Wie relevant ist sie im Therapiegeschehen? Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 34: 39-46 (2005)

(46) Königsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, New AS, Goodman M, Silverman J, Serby M, Schopick F, Siever LJ: Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity ? J Personal Disord 15: 358-370 (2001)

(47) Königsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, Schmeidler J, New AS, Goodman M, Silverman J, Serby M, Schopick F, Siever LJ: Characterizing affective instability in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 160: 394-395 (2002)

(48) Konzag TA, Bandemer-Greulich U, Bahrke U, Fikentscher E: Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei der stationären Psychotherapie von

Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 50: 394-405 (2004)

(49) Kronmüller KT, Hartmann M, Reck C, Victor D, Horn H, Winkelmann K: Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: Evalutaion einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 32: 14-23 (2003)

(50) Lambert MJ, Harmon C, Slade K, Whipple JL, Hawkins EJ: Providing feedback to psychotherapists on their patients progress: clinical results and practice suggestions. Journal of clinical psychology 61: 165-174 (2005)

(51) Lazarus: Modelle des kognitiv-motivational-emotionalen Systems (1991)

(52) Lee HS: Patients' comments on psychiatric inpatient treatment experiences: patient-therapist relationships and their implications for treatment outcome. Psychiatr Q 51: 39-45 (1979)

(53) Marziali E: Three viewpoints on the therapeutic allicance. Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. J Nerv Ment Dis 172: 417-423 (1984)

(54) McLeod BD, Weisz JR: The therapy process observational coding system-alliance scale: measure charactieristics and prediction of outcome in usual clinical practice. J Consult Clin Psychol 73: 323-333 (2005)

(55) Meyer F, Schulte D: Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 31: 53-61 (2002)

(56) Michalak J, Schulte D: Zielkonflikte und Therapiemotivation. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 31: 213-219 (2002)

(57) Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M: Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in 2 forms of dynamically oriented psychotherapy. Can J Psychiatry 45: 452-458 (2000)

(58) Percevic R, Lambert M, Kordy H: Computer-supported monitoring of patient treatment response. Journal of Clinical Psychology 60: 285-299 (2004)

(59) Plück J, Döpfner M, Berner W, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G: The value of different sources of information in evaluating psychiatric disorders in adolescence – a comparision of parental judgment and self-assessment by adolescents. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 46: 566-582 (1997)

(60) Romano E, Baillargeon RH, Wu HX, Zoccolillo M, Vitaro F, Tremblay RE: A new look at inter-informant agreement on conduct disorder using a latent class approach. Psychiatry Res 30 129: 75-89 (2004)

(61) Rudolf G, Manz R: The prognostic significance of the therapeutic working alliance from the perspective of the patient and therapist. Psychother Psychosom Med Psychol 43: 193-199 (1993)

(62) Rudy JP, McLemore CW, Gorsuch RL: Interpersonal behavior and therapeutic progress: therapists and clients rate themselves and each other. Psychiatry 48: 264-281 (1985)

(63) Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K, Lehmkuhl U: Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. Eur Child Adolesc Psychiatry 18: 136-143 (2009)

(64) Schmeck K, Poutska F, Dopfner M, Pluck J, Berner W, Lehmkuhl G, Fegert JM, Lenz K, Huss M, Lehmkuhl U: Discriminant validity of the child behavior checklist CBCL-4/18 in German samples. Eur Child Adolesc Psychiatry 10: 240-247 (2001)

(65) Schmidt S, Strauss B: Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Psychotherapeut 41: 139-150 (1996)

(66) Schmitz N, Hartkamp N, Brinschwitz C, Michalek S, Tress W: Comparision of the standard and the computerized versions of the Symptom Check List (SCL-90-R): a randomized trial. Acta Psychiatr Scand 102: 147-152 (2000)

(67) Schulak EM, Daimon: Über die Motive philosophischen Denkens, Wiener Universitätsverlag, Wien (2001)

(68) Schulte D: Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34: 176-187 (2005)

(69) Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD: State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI). Fragebogen, Huber, Bern (1992)

(70) Schwenkmezger P, Hodapp V: A questionnaire for assessing anger and expression of anger. Klin Psychol Psychopathol Psychother 39: 63-68 (1991)

(71) Shirk SR, Saiz CC: Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. Special Issue: Developmental approaches to prevention and intervention. Development and Psychopathology 4: 713-728 (1992)

(72) Shirk SR, Karver M: Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology 71: 452-460 (2003)

(73) Smith EC, Grawe K: What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. Clinical psychology and psychotherapy 10: 275-285 (2003)

(74) Spring O, Keller F: Stimmung, Stimmungsschwankungen und Emotionen bei jugendlichen Patienten in stationär-psychiatrischer Behandlung in der Selbst- und Fremdeinschätzung: Entwicklung und Analyse von Fragebögen (2006)

(75) Steyer R, Schwenkmezger P, Notz P, Eid M: Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen (MDBF). Hogrefe, Göttingen (1997)

(76) Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M: Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer- based controlled field study. Acta Psychiatr Scand 111: 372-379 (2005)

(77) Tress W, Hartkamp N: Different perspectives on the process of inpatient psychotherapy. Psychosom Med Psychother 46:166-179 (2000)

(78) World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (2007)

(79) Zerssen D v., Koeller DM: Befindlichkeitsskalen (Bf-S und Bf-S´). Fragebogen, Beltz Test GmbH, Weinheim (1976)

(80) Zerssen D v., Koeller DM: Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSbS) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Beltz, Weinheim (1976).

Anhang

Fragebögen

1. Patientenfragebogen, mittags

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

Name Datum

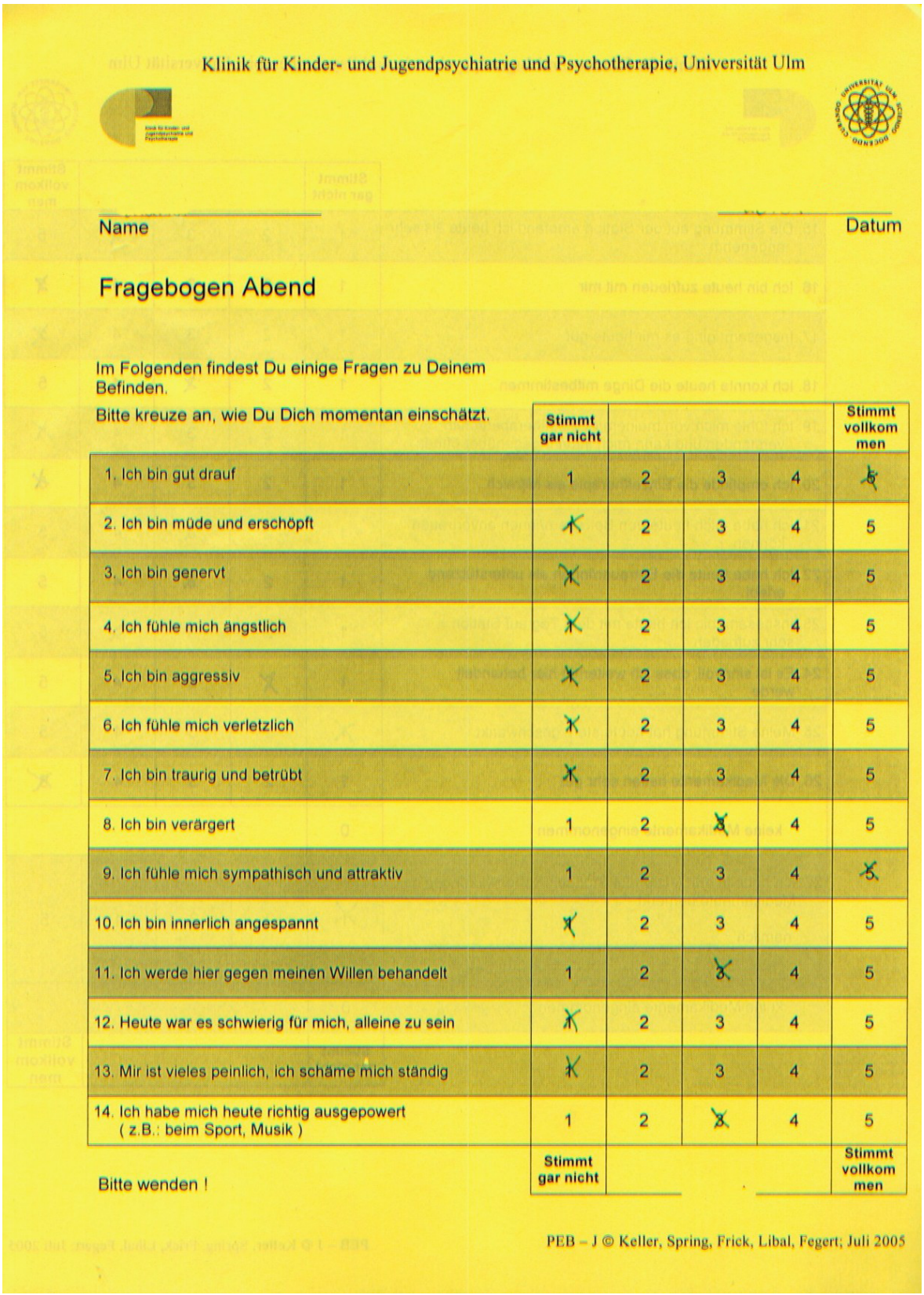
Fragebogen Mittag

Im Folgenden findest Du einige Fragen zu Deinem Befinden.
Bitte kreuze an, wie Du Dich momentan einschätzt.

	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen
1. Ich bin gut drauf	X	2	3	4	5
2. Ich bin müde und erschöpft	1	2	3	4	X
3. Ich bin genervt	1	2	3	X	5
4. Ich fühle mich ängstlich	1	2	X	4	5
5. Ich bin aggressiv	1	2	X	4	5
6. Ich fühle mich verletzlich	1	2	3	X	5
7. Ich bin traurig und betrübt	1	2	3	4	X
8. Ich bin verärgert	1	2	3	X	5
9. Ich fühle mich sympathisch und attraktiv	X	2	3	4	5
10. Ich bin innerlich angespannt	1	2	3	4	X
	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen

PEB – J © Keller, Spring, Frick, Libal, Fegert; Juli 2005

2. Patientenfragebogen, abends



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

Name _____ Datum _____

Fragebogen Abend

Im Folgenden findest Du einige Fragen zu Deinem Befinden.

Bitte kreuze an, wie Du Dich momentan einschätzt.

	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen
1. Ich bin gut drauf	1	2	3	4	5
2. Ich bin müde und erschöpft	1	2	3	4	5
3. Ich bin genervt	1	2	3	4	5
4. Ich fühle mich ängstlich	1	2	3	4	5
5. Ich bin aggressiv	1	2	3	4	5
6. Ich fühle mich verletzlich	1	2	3	4	5
7. Ich bin traurig und betrübt	1	2	3	4	5
8. Ich bin verärgert	1	2	3	4	5
9. Ich fühle mich sympathisch und attraktiv	1	2	3	4	5
10. Ich bin innerlich angespannt	1	2	3	4	5
11. Ich werde hier gegen meinen Willen behandelt	1	2	3	4	5
12. Heute war es schwierig für mich, alleine zu sein	1	2	3	4	5
13. Mir ist vieles peinlich, ich schäme mich ständig	1	2	3	4	5
14. Ich habe mich heute richtig ausgepowert (z.B.: beim Sport, Musik)	1	2	3	4	5
	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen

Bitte wenden !

PEB – J © Keller, Spring, Frick, Libal, Fegert; Juli 2005

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen
15. Die Stimmung auf der Station empfand ich heute als sehr angenehm	1	2	3	X	5
16. Ich bin heute zufrieden mit mir	1	2	3	4	X
17. Insgesamt ging es mir heute gut	1	2	3	4	X
18. Ich konnte heute die Dinge mitbestimmen	1	2	X	4	5
19. Ich fühle mich von meinem/r Einzeltherapeuten/in verstanden und kann mich ihm/ihr gegenüber öffnen	1	2	3	4	X
20. Ich empfinde die Einzeltherapie als hilfreich	1	2	3	4	X
21. Ich habe mich heute den Betreuern/innen anvertrauen können	1	2	X	4	5
22. Ich habe heute die Betreuer/innen als unterstützend erlebt	1	2	X	4	5
23. Insgesamt bin ich heute mit dem Tag auf Station sehr zufrieden	1	2	3	X	5
24. Es ist sinnvoll, dass ich weiterhin hier behandelt werde	1	X	3	4	5
25. Meine Stimmung hat heute stark geschwankt	X	2	3	4	5
26. Die Medikamente helfen sehr gut	1	2	3	4	X
keine Medikamente eingenommen	0				
27. Ich habe in den letzten 24 Stunden Nebenwirkungen der Medikamente bemerkt nämlich: _____ _____	X	2	3	4	5
keine Medikamente eingenommen	0				
	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen

PEB – J © Keller, Spring, Frick, Libal, Fegert; Juli 2005

3. Betreuerfragebogen, mittags und abends

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

Patientenname _____ Datum

mittags ☐ abends

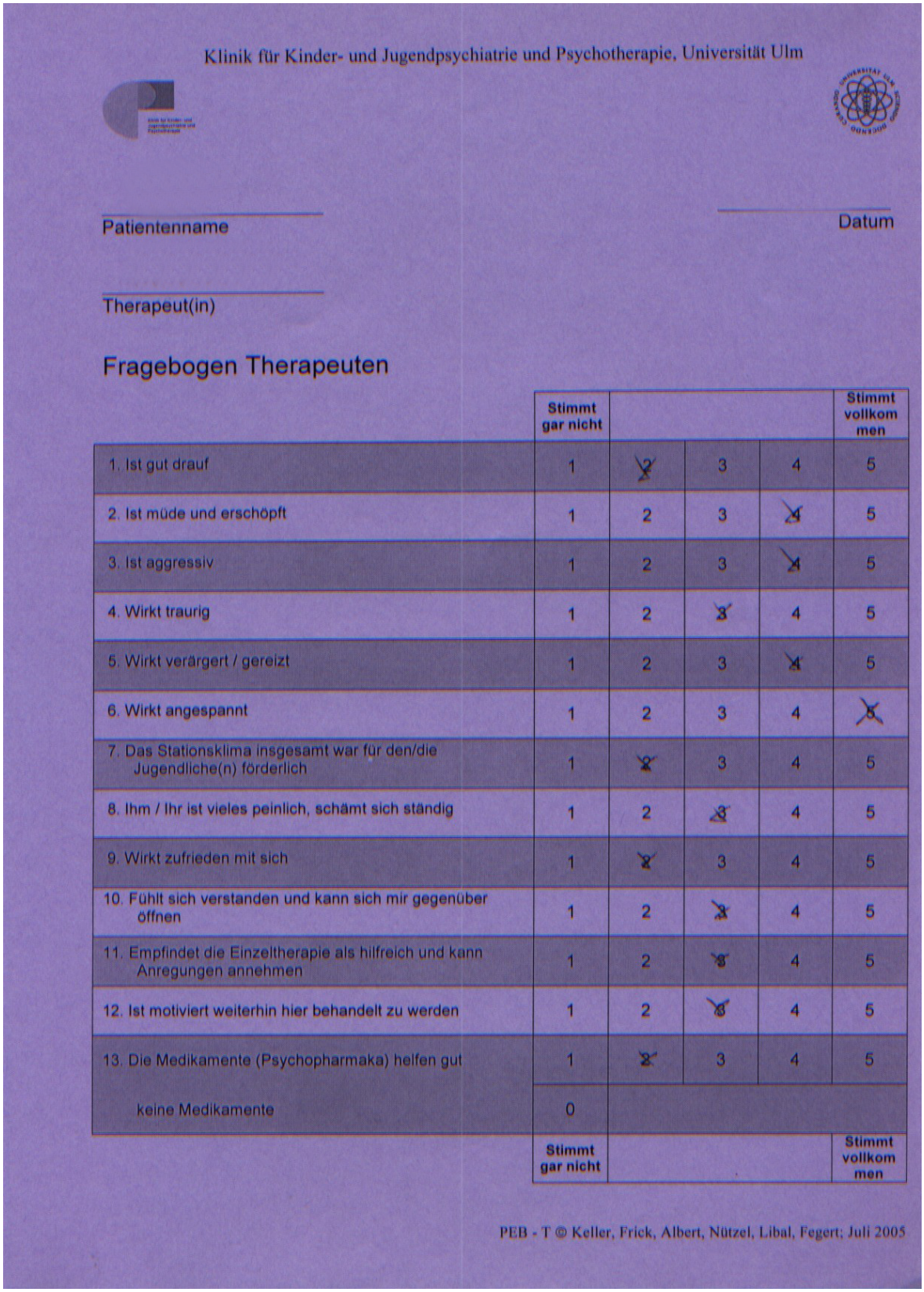
Betreuer(in) _____

Fragebogen Betreuerteam

	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen
1. Ist gut drauf	1	2	X 3	4	5
2. Ist müde und erschöpft	X 1	2	3	4	5
3. Ist aggressiv	1	X 2	3	4	5
4. Wirkt traurig	1	2	3	X 4	5
5. Wirkt verärgert / gereizt	1	2	X 3	4	5
6. Wirkt angespannt	1	2	X 3	4	5
7. Das Stationsklima insgesamt war für den/die Jugendliche(n) förderlich	1	2	X 3	4	5
8. Ihm / Ihr ist vieles peinlich, schämt sich ständig	1	X 2	3	4	5
9. Wirkt zufrieden mit sich	X 1	2	3	4	5
10. Hat sich uns heute anvertraut, war offen zu uns	1	X 2	3	4	5
11. War offen für unsere Vorschläge und Anforderungen (Kooperation)	1	2	X 3	4	5
12. Ist motiviert weiterhin hier behandelt zu werden	1	2	X 3	4	5
13. Die Medikamente (Psychopharmaka) helfen gut	1	2	3	4	5
keine Medikamente	X 0				
	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen

PEB - B © Keller, Spring, Frick, Libal, Fegert; Juli 2005

4. Therapeutenfragebogen, nach Therapiesitzung



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

Patientenname _____ Datum _____

Therapeut(in) _____

Fragebogen Therapeuten

	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen
1. Ist gut drauf	1	2	3	4	5
2. Ist müde und erschöpft	1	2	3	4	5
3. Ist aggressiv	1	2	3	4	5
4. Wirkt traurig	1	2	3	4	5
5. Wirkt verärgert / gereizt	1	2	3	4	5
6. Wirkt angespannt	1	2	3	4	5
7. Das Stationsklima insgesamt war für den/die Jugendliche(n) förderlich	1	2	3	4	5
8. Ihm / Ihr ist vieles peinlich, schämt sich ständig	1	2	3	4	5
9. Wirkt zufrieden mit sich	1	2	3	4	5
10. Fühlt sich verstanden und kann sich mir gegenüber öffnen	1	2	3	4	5
11. Empfindet die Einzeltherapie als hilfreich und kann Anregungen annehmen	1	2	3	4	5
12. Ist motiviert weiterhin hier behandelt zu werden	1	2	3	4	5
13. Die Medikamente (Psychopharmaka) helfen gut	1	2	3	4	5
keine Medikamente	0				
	Stimmt gar nicht				Stimmt vollkommen

PEB - T © Keller, Frick, Albert, Nützel, Libal, Fegert; Juli 2005

Vollständige Korrelationstabellen

Tabelle 17: Korrelationen zwischen den Antworten der Jugendlichen (abendliche Version des Fragebogens) und der Betreuer.

	1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	8b	9b	10b	11b	12b	13b
1	**0,40**	-0,08	-0,11	-0,46	-0,18	-0,31	0,03	-0,10	0,36	-0,02	0,08	-0,03	0,23
2	-0,10	**0,20**	0,01	0,09	0,07	0,09	-0,03	0,04	-0,07	-0,03	-0,03	0,05	-0,20
3	-0,09	0,05	0,01	0,19	0,04	0,03	-0,03	-0,03	-0,08	0,06	-0,01	0,05	-0,10
4	-0,33	0,09	0,29	0,42	0,25	0,37	-0,06	0,13	-0,40	0,13	0,11	0,00	-0,16
5	0,01	-0,04	**0,02**	0,08	0,02	-0,01	0,06	-0,02	-0,01	0,12	0,01	0,14	-0,08
6	-0,26	0,00	0,15	0,38	0,17	0,23	0,02	0,14	-0,32	0,17	0,12	0,12	-0,11
7	-0,37	0,06	0,23	**0,41**	0,22	0,30	-0,11	0,11	0,36	0,12	0,04	0,00	0,26
8	-0,06	0,01	0,13	0,13	**0,12**	0,05	-0,04	0,02	-0,05	0,07	0,01	0,03	-0,10
9	0,20	0,06	0,01	-0,32	-0,04	-0,12	-0,02	-0,08	0,20	-0,16	-0,09	-0,15	0,12
10	-0,33	0,06	0,18	0,42	0,25	**0,35**	-0,09	0,18	-0,38	0,12	0,01	0,11	-0,16
11	0,00	0,00	0,18	0,02	0,13	-0,05	-0,16	-0,09	-0,03	-0,13	-0,20	-0,36	-0,03
12	-0,21	0,01	0,28	0,24	0,25	0,19	-0,07	-0,11	-0,14	0,11	0,01	0,04	0,11
13	-0,25	0,16	0,07	0,20	0,07	0,27	-0,09	**0,12**	-0,28	-0,17	-0,07	-0,10	0,34
14	0,17	0,01	-0,03	-0,04	0,01	-0,13	0,05	0,00	0,15	0,33	0,22	0,45	0,19
15	0,28	0,09	-0,10	-0,31	-0,19	-0,13	**0,15**	0,00	0,22	0,07	0,21	0,11	0,06
16	0,37	0,14	-0,13	-0,51	-0,19	-0,27	-0,06	-0,01	**0,32**	-0,22	0,05	-0,17	0,15
17	0,42	0,17	-0,23	-0,43	-0,25	-0,30	0,02	-0,01	0,34	-0,07	0,11	0,09	0,19
18	0,15	0,02	-0,12	-0,04	-0,14	-0,04	0,10	-0,07	0,08	0,14	0,13	0,26	0,06
19	0,03	-0,10	0,02	0,07	0,02	-0,05	-0,07	0,05	0,03	0,28	0,14	0,27	0,16
20	0,01	-0,11	0,01	0,02	0,03	-0,02	0,07	0,12	-0,01	0,23	0,15	0,31	0,08
21	0,16	-0,05	0,11	-0,24	0,05	-0,20	0,00	0,03	0,02	**0,21**	0,18	0,20	0,04
22	0,11	-0,13	0,10	-0,13	0,05	-0,16	-0,01	-0,03	-0,02	0,30	**0,23**	0,23	0,00
23	0,39	-0,02	-0,19	-0,36	-0,26	-0,28	0,04	-0,03	0,31	0,09	0,15	0,25	0,17
24	-0,01	0,07	0,09	-0,03	0,06	0,12	0,09	0,08	-0,08	0,06	0,10	**0,29**	0,13
25	-0,17	-0,08	0,27	0,25	0,29	0,17	-0,14	0,03	-0,19	0,19	0,02	0,00	0,09
26	0,29	-0,03	0,00	-0,24	-0,05	-0,34	-0,13	-0,04	0,26	0,24	0,18	0,20	0,38
27	-0,12	0,25	0,02	0,20	0,00	0,25	0,02	-0,03	-0,10	-0,03	0,01	0,28	**0,16**

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 257 Fragebögen (abendliche Version) von 27 Patienten und 806 Fragebögen von Betreuern zu diesen 27 Patienten, welche während der Gesamtdauer der Studie erhoben wurden. Insgesamt gibt es 125 entsprechende Fragebogenpaare. Hervorgehoben sind Korrelationswerte zwischen den Antworten auf parallele Fragen.

b: Betreuer

Tabelle 18: Korrelationen zwischen den Antworten der Jugendlichen (abendliche Version des Fragebogens) und der Therapeuten.

	1t	2t	3t	4t	5t	6t	7t	8t	9t	10t	11t	12t	13t
1	**0,38**	-0,16	-0,16	-0,25	-0,20	-0,33	-0,02	-0,13	0,38	-0,12	-0,15	-0,19	-0,09
2	0,00	**0,01**	-0,29	-0,18	-0,28	-0,16	-0,19	-0,05	0,04	-0,07	-0,19	-0,11	0,03
3	-0,06	0,04	0,00	0,19	0,01	0,00	0,15	0,07	-0,15	0,19	0,18	0,21	0,29
4	-0,22	0,13	0,17	0,18	0,19	0,24	0,13	0,30	-0,21	0,16	0,18	0,08	0,04
5	-0,15	0,06	**0,03**	0,19	0,06	0,17	0,24	-0,01	-0,13	0,32	0,25	0,40	0,38
6	-0,20	0,02	-0,02	0,07	0,08	0,22	0,20	0,06	-0,11	0,47	0,28	0,26	0,10
7	-0,29	0,09	-0,01	**0,28**	0,15	0,20	0,24	0,06	-0,35	0,39	0,34	0,39	0,19
8	-0,16	0,02	0,06	0,18	**0,10**	0,21	0,14	0,03	-0,18	0,27	0,22	0,31	0,37
9	0,22	0,21	0,03	-0,03	-0,09	-0,20	-0,24	-0,12	0,05	-0,32	-0,34	-0,34	0,01
10	-0,18	-0,01	0,08	0,15	0,10	**0,16**	0,15	0,14	-0,10	0,33	0,37	0,34	0,18
11	0,00	-0,04	0,18	0,00	0,23	0,03	-0,12	0,00	0,02	-0,22	-0,10	-0,33	0,03
12	-0,11	0,07	0,24	0,14	0,21	0,15	-0,13	-0,03	0,00	0,14	0,05	0,22	0,09
13	0,06	0,19	-0,11	-0,13	-0,10	-0,03	-0,38	**0,14**	-0,05	-0,29	-0,45	-0,17	0,19
14	0,08	-0,09	-0,17	-0,15	-0,15	-0,13	0,22	-0,18	0,04	0,33	0,19	0,19	0,09
15	0,23	-0,03	-0,11	-0,13	-0,15	-0,26	**-0,03**	-0,06	0,17	-0,05	-0,10	-0,07	0,06
16	0,22	0,08	0,05	-0,05	-0,12	-0,28	-0,28	-0,03	**0,15**	-0,40	-0,45	-0,34	0,12
17	0,38	-0,11	-0,17	-0,29	-0,22	-0,39	-0,30	-0,08	0,32	-0,41	-0,43	-0,40	0,10
18	0,06	0,01	-0,19	-0,11	-0,20	-0,12	0,08	0,09	-0,03	0,24	0,24	0,13	0,20
19	0,01	-0,11	-0,04	0,15	0,01	0,04	0,42	-0,03	-0,03	**0,37**	0,37	0,35	0,40
20	0,07	0,00	-0,11	0,02	-0,06	0,08	0,41	0,01	-0,06	0,46	**0,35**	0,37	0,17
21	0,02	-0,05	-0,06	-0,04	-0,07	-0,24	0,15	-0,09	0,09	0,19	0,05	0,03	0,05
22	0,02	-0,25	0,02	0,03	0,01	-0,04	0,37	0,01	0,15	0,36	0,24	0,22	0,01
23	0,27	-0,10	-0,19	-0,19	-0,23	-0,37	-0,10	-0,08	0,20	-0,22	-0,28	-0,29	0,21
24	-0,22	0,22	0,00	0,14	-0,06	0,00	0,00	0,12	-0,08	0,06	-0,09	**0,23**	0,23
25	-0,13	0,06	0,30	0,29	0,26	0,33	0,15	0,30	-0,17	0,35	0,24	0,39	0,03
26	0,22	-0,19	-0,16	-0,13	-0,03	-0,24	0,25	-0,21	0,17	0,14	-0,04	-0,06	0,24
27	-0,20	0,18	0,05	-0,12	0,10	0,03	-0,34	0,05	-0,12	-0,03	-0,45	-0,09	**0,31**

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 257 Fragebögen von 27 Patienten (abendliche Version) sowie 166 Fragebögen von Therapeuten zu diesen 27 Patienten, welche während der Gesamtdauer der Studie erhoben wurden. Insgesamt liegen 63 Fragebogenpaare vor. Hervorgehoben sind Korrelationswerte zwischen den Antworten auf parallele Fragen.

t: Therapeuten

Tabelle 19: Korrelationen zwischen den Antworten der Therapeuten und Betreuer.

	1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	8b	9b	10b	11b	12b	13b
1t	**0,45**	-0,09	-0,15	-0,40	-0,26	-0,36	0,11	-0,09	0,45	-0,01	0,10	0,12	0,29
2t	-0,19	**0,11**	-0,05	0,08	-0,02	0,21	-0,14	-0,02	-0,26	-0,21	-0,08	-0,04	-0,39
3t	-0,27	0,14	**0,42**	0,07	0,34	0,17	0,03	-0,08	-0,05	-0,30	-0,28	-0,24	-0,11
4t	-0,25	-0,10	0,09	**0,22**	0,10	0,14	-0,08	0,11	-0,29	0,11	0,05	0,06	-0,13
5t	-0,21	0,00	0,29	0,05	**0,20**	0,20	-0,11	-0,08	-0,24	-0,25	-0,27	-0,22	-0,16
6t	-0,25	-0,14	0,12	0,08	0,05	**0,27**	0,00	0,14	-0,38	-0,17	-0,07	-0,11	-0,16
7t	0,08	-0,27	0,06	0,10	-0,05	-0,17	**0,26**	0,04	0,17	0,26	0,22	0,30	0,33
8t	-0,08	-0,02	-0,14	0,01	-0,11	0,04	-0,09	**0,05**	-0,18	-0,25	-0,14	-0,27	-0,18
9t	0,39	-0,14	0,16	-0,38	-0,01	-0,33	0,01	-0,24	**0,33**	0,12	0,03	0,18	0,47
10t	0,25	-0,21	0,09	0,04	-0,04	-0,21	0,28	-0,13	0,19	0,19	-0,03	0,13	0,32
11t	0,18	-0,24	-0,04	0,14	-0,10	-0,20	0,27	-0,15	0,12	0,41	0,29	0,27	0,35
12t	0,28	-0,30	-0,06	-0,02	-0,11	-0,11	0,01	-0,04	0,16	0,31	0,10	**0,29**	0,28
13t	0,29	-0,26	0,10	-0,03	-0,12	-0,11	-0,03	0,09	0,29	0,14	0,01	0,08	**0,35**

Anmerkung: Die Stichprobe umfasst 806 Fragebögen von Betreuern und 166 Fragebögen von Therapeuten zu 27 Patienten welche während der Gesamtdauer der Studie erhoben wurden. Die Antworten der Betreuer und Therapeuten auf Fragen des Fragebogens zu einem jeweiligen Patienten an einem selben Tag wurden korreliert. Insgesamt liegen 117 Fragebogenpaare vor. Hervorgehoben sind Korrelationswerte zwischen den Antworten auf parallele Fragen.

b: Betreuer; t: Therapeuten

Danksagung

Herzlichen Dank...

... den Patienten und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm für ihre Mitarbeit und Geduld beim Ausfüllen der vielen Fragebögen,

... meinem Doktorvater Herrn Dr. Keller, für die freundliche und hilfsbereite Betreuung,

... meiner Familie und ganz besonders meinen Eltern für ihre konstruktiven Vorschläge und die grenzenlose Unterstützung,

... meinen Freunden, insbesondere O.Spring, M.L.Decker und A.Passiouk für ihre wertvolle Kritik.

Lebenslauf

Personalien

Nachname:	Frick
Vorname:	Nikola
Geburtsdatum/-ort:	08.05.1983 in Düsseldorf
E-mail:	nikola.frick@gmail.com

Berufserfahrung

2011 – 2012:	Assistenzärztin Pädiatrie im CMCPP/Ouahigouya (Burkina Faso)
2010 - 2011:	Assistenzärztin Pädiatrie im Hôpital du Chablais/Aigle (CH)
2009 - 2010:	Assistenzärztin Pädiatrie im Hôpital du Jura/Delémont (CH)
2008 – 2009:	Assistenzärztin Pädiatrie im Ensemble hospitalier de la Côte/Morges (CH)
Juli – Okt. 2008:	Assistenzärztin Pädiatrie im CHUV/Lausanne (CH)

Ausbildung

2003-2004:	erstes klinisches Jahr an der Université Claude Bernard in Lyon (F)
2001-2008:	Medizinstudium an der Universität Ulm
1994-2001:	Collège et Lycée International Stendhal in Grenoble (F)
1992-1993:	Rosemont Elementary School in Gaithersburg/MD (USA)
1989-1994:	École Primaire des Varvoux in Bernin (F)

Diplome

2010: Pediatric Advanced Life Support (AHA-Diplom)
2008: Staatsexamen
2003: Physikum
2001: Baccalauréat Série S (französisches Abitur)