



universität  
wien

# Masterarbeit

Titel der Masterarbeit

„Implementierung handlungsorientierter Methoden  
anhand des Konzeptes der „Integrativen  
Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup>“ in der systemischen  
Familientherapie und Beratung am Beispiel zweier  
Gruppenangebote für Kinder- und Jugendliche“

Verfasser

Dipl.-Ing. Paul Hemmelmayr

angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Outdoortraining and Development

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 992 882

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Universitätslehrgang Training und Beratung/  
Integrative Outdoor-Aktivitäten (MSc)

Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Günter Amesberger

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.“

Dipl.-Ing. Paul Hemmelmayr

Traisen, im März 2013

Ich sage Dank

- meiner Frau Karin für ihre emotionale Unterstützung und ihr großes Herz
- meinen Kindern Ilse, Lenz und Felix für ihr Interesse an dieser Arbeit
- den Kindern und Jugendlichen, sowie ihren Eltern und Großeltern der beiden Untersuchungsgruppen für das mir entgegengebrachte Vertrauen und für ihr Engagement mitzumachen
- meinem Freund Martin Steiner für die tatkräftige und mutmachende Unterstützung in der Zeit der Untersuchung als Leiter der Männerberatung und als Co-Leiter der Gruppe St. Pölten
- an Marion Leitgeb, als Co-Leiterin der Gruppe St. Leonhard/Forst, für die produktiven Gespräche und Klarheit in der Entscheidungsfindung
- an Günter Amesberger, der mir das Gefühl gab verstanden zu werden, sowie für die präzisen Rückmeldungen
- an Bettina Libicky-Mayerhofer als Supervisorin, welche mir Sicherheit vermittelte, indem im Reflektieren klar wurde, dass es genug und wertvoll ist, was ich (wir) mache/n
- den beiden Rahmengebenden Organisationen für die Möglichkeit der Durchführung der Gruppen und der Untersuchungen, dem Ambulatorium St. Leonhard /Forst mit Marzena Moschinger und Evi Langthaler für ihr Wohlwollen und ihr Vertrauen das sie mir entgegenbrachten und Christiana Klimka als Leiterin zur Zeit der Untersuchung des Trägers der Männerberatung des Beratungszentrums Rat und Hilfe der Caritas der Erzdiözese St. Pölten, für ihr unkompliziertes mich/uns machen lassen
- den KollegInnen des Universitätslehrganges IV, sowie den LehrtrainerInnen für die Ermöglichung neuer Erfahrungen, die ich für die Arbeit mit Gruppen und mit mir selbst machen durfte

- meiner Mama für die Arbeit des Korrekturlesens und meinem Papa für die ausgesprochene Anerkennung für diese geistige Arbeit.

## **Vorwort**

### **Zusammenfassung:**

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Ergänzung systemischer Familientherapie durch erlebnisorientierte Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche nach dem Konzept der Integrativen Outdoor-Aktivitäten®. Der theoretische Bezug der beiden Ansätze wird über systemisch-konstruktivistische Basistheorien hergeleitet.

Gegenstand der Forschung ist die Frage, wie mit einer Veränderung der Zielkohärenz eine Veränderung der psychischen Symptomatik einhergeht. Wobei unter Zielkohärenz der persönliche (Kind), als auch der soziale Bezug (System Familie) des Therapiezieles zur Person verstanden wird. Es wurden zwei ambulante Gruppen mit je sechs Kindern/Jugendlichen untersucht und diese in einer Grundgesamtheit (N=12) in einem Prä-Post-Follow Up Test-Design ausgewertet. Verwendet wurde ein vom Autor entwickeltes analoges Messverfahren zur Zielkohärenz, Fragebogenverfahren zur Fremd- und Selbstbeurteilung des Verhaltens (CBCL 4-18 Jahre, YSR 11-18 Jahre), das Diagnostik System für psychische Störungen (DISYPS-KJ), sowie ein Fragebogen zur Persönlichkeit (PFK 9-14) und zur Emotionsregulation (Feel-KJ). Weiters wurden Erst- und Abschlußgespräche qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Es wurden signifikante Zusammenhänge zwischen Zielkohärenz und Symptomreduktion über multiple Regressionsanalysen gefundenen, welche aufgrund der kleinen Grundgesamtheit und den sich zeigenden Kipfeffekten vorsichtig zu gewichten sind.

Deutlichere Effekte zeigte die Behandlung in den Symptomreduktionen, welche anhand Einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwertwiederholung überprüft wurden.

Die Elternbeurteilungen des Verhaltens bzw. von psychischen Störungen fand mehr signifikante Unterschiede, als die Selbstbeurteilung der Kinder/Jugendlichen in Variablen zu Persönlichkeit und Emotionsregulation.

Die Effektstärken zwischen Beginn und Follow Up zeigen für die Skalen der Elternbeurteilungen kleine bis mittlere und für die Selbstbewertungen der Kinder sehr kleine Effekte.

Hohe Übereinstimmungen wiesen berichtete qualitative Verhaltens- bzw. Interaktionsmusteränderungen mit den erfassten quantitativen Verhaltensveränderungen in der deskriptiven Analyse auf.

**Abstract:**

The following research deals with the amendment of Family System Therapy with experiential group offerings for children and adolescent at the concept of Integrative Outdoor- Activities<sup>®</sup>, on the theoretical basis of „systemic-constructivism-theories“.

The main research question is, if and how the modification of the goal-coherence causes changes on the psychological symptomatology.

Two ambulant groups of each six children/adolescent were investigated and evaluated through a Pre-Post-Follow Up Test-Design in their given population (N=12).

For the evaluation an analog measurement procedure on the goal-coherence, questionnaires for the self-assessment and the assessment of the behavior by others (YSR 11-18 Jahre, CBCL 4-18 Jahre), the diagnostic system for mental disorders (DISYPS-KJ), as well as a questionnaire for personality (PFK 9-14) and emotion regulation (Feel-KJ) were used. Furthermore initial and final interviews were evaluated in a qualitative analysis.

Through multiple regression analysis, significant links between the goal-coherence and reduction of the symptoms were found.

The symptom reduction treatment showed more explicit effects, which were checked up on the basis of the univariate analysis of variance for repeated measurements.

The evaluation of the parents about behaviour respectively mental disorders showed more significant differences, than the self-evaluation of the children/adolescent about variables of personality and emotion regulation.

Effect sizes between the beginning and the follow-up show on the parent evaluation small to medium, and for the children's self-evaluation very small effects.

The qualitative changes of behaviour respectively the patterns of interactions feature a high analogy to the measured quantitative changes of behaviour.



<b>1</b>	<b>EINFÜHRUNG</b>	<b>9</b>
1.1	INTERESSEN DES AUTORS	9
1.2	ALLGEMEINES ZUR FRAGESTELLUNG	10
1.3	ZUGANGSWEISE, WIE WIRD DAS THEMA BEARBEITET?	11
<b>2</b>	<b>THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND BEGRIFFLICHKEITEN</b>	<b>13</b>
2.1	ERKENNTNISTHEORETISCHE POSITION	13
2.2	GRUNDLEGENDE BEGRIFFLICHKEITEN UND BASISTHEORIEN	13
2.2.1	<i>Psychotherapie</i>	13
2.2.2	<i>Handlungsorientierter Ansatz</i>	13
2.2.3	<i>System Familie</i>	13
2.2.4	<i>System Psyche</i>	14
2.2.5	<i>Gruppe</i>	15
2.2.6	<i>Systemische Familientherapie</i>	15
2.2.7	<i>Unterscheidung Beratung und Psychotherapie</i>	16
2.2.8	<i>Integrative Outdoor-Aktivitäten®</i>	16
2.2.9	<i>Psychotherapie und Integrative Outdoor-Aktivitäten®</i>	18
2.2.10	<i>Erlebnistherapie</i>	18
2.2.11	<i>Zusammenhang und Unterschiede zwischen der handlungsorientierten Methode der Erlebnistherapie und der systemischen Familientherapie</i>	19
2.2.12	<i>Theorie zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kinder- und Jugendlichen-Gruppen</i>	20
2.2.13	<i>Therapiesysteme</i>	22
2.2.14	<i>Funktion und Gestaltung der Gruppenleitung</i>	24
2.2.15	<i>Strukturierung der Gruppe</i>	24
2.2.16	<i>Diagnose und Symptomatik</i>	25
2.2.16.1	Ebene Individuum	25
2.2.16.2	Ebene System	26
2.2.16.3	Ebene Prozess	26
2.2.17	<i>Therapieziele:</i>	26
2.2.17.1	Vom Anliegen zum Auftrag	26
2.2.17.2	Eine zu erlernende Fähigkeit als Auftrag	27
2.2.17.3	Zielkohärenz	27
2.2.18	<i>Indikationen für die systemische Gruppenpsychotherapie mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten für Kinder und Jugendliche</i>	29
2.2.18.1	Kontext Gesundheitssystem:	29
2.2.18.1.1	Störungsbezogene Indikationen	29
2.2.18.1.2	Settingindikationen	31
2.2.18.2	Pädagogische Systeme	35
2.2.18.2.1	Familien und Schulen, die Jugendwohlfahrt	35
2.2.18.3	Justizsystem: Straftaten, Resozialisierung, Forensik, Gewalttäterarbeit	35
2.2.19	<i>Individuelle Faktoren</i>	36
2.2.20	<i>Ausschlusskriterien</i>	36
2.2.21	<i>Epidemiologie psychischer Störungen und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter</i>	38
<b>3</b>	<b>STAND DER FORSCHUNG:</b>	<b>39</b>
3.1	ALLGEMEINES	39
3.2	GRUPPENPSYCHOTHERAPIE	39
3.3	ERLEBNISTHERAPIE	41
3.3.1	<i>Allgemeines</i>	41
3.3.2	<i>Forschungsstand Erlebnistherapie</i>	42
3.4	METAANALYSEN	44
3.4.1	<i>Metaanalysen im Bereich systemischer Therapie/Familientherapie</i>	44
3.4.2	<i>Metaanalysen im Bereich Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie</i>	45
3.4.3	<i>Metaanalysen im Bereich Adventure Therapy, adventure programming, wilderness challenge programs, Outdoor Education</i>	45
3.4.4	<i>Gegenüberstellung Metaanalysen Erlebnistherapie und systemische Therapie/Familientherapie</i>	46
3.4.5	<i>Anmerkung zur Psychotherapieforschung über Randomized controlled trials (RCTs)</i>	46
3.5	STAND DER FORSCHUNG ZUR FORSCHUNGSFRAGE BEZÜGLICH ZIELERREICHUNG UND THERAPIEERFOLG	47

3.5.1	<i>Arbeiten, welche die beiden Dimensionen Zielerreichung und Symptomverbesserung im Kinder- und Jugendlichenalter getrennt erfassen</i> .....	47
3.5.2	<i>Forschungsarbeiten zum Zusammenhang Zielerreichung und Symptomverbesserung im Erwachsenenalter</i> .....	48
3.5.3	<i>Forschungsarbeiten zu Zielerreichung und Jugendwohlfahrt</i> .....	51
3.5.4	<i>Forschungsarbeiten zur Übereinstimmung der Ziele zwischen Kinder/ Jugendlichen, Eltern und Therapeuten</i> .....	51
3.5.5	<i>Forschungsarbeiten zur Übereinstimmung der fokussierten Probleme zwischen Kinder/Jugendlichen, Eltern und Therapeuten</i> .....	52
3.5.6	<i>Forschungsarbeiten zum Zusammenhang Ziele, Symptomatik und therapeutische Ausrichtung</i> .....	53
3.5.7	<i>Forschungsarbeiten zu Zieleigenschaften</i> .....	53
<b>4</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b> .....	<b>56</b>
4.1	<b>THEMATISCHE EINGRENZUNG</b> .....	56
4.2	<b>ZUSAMMENFASSEND STELLT SICH DER FORSCHUNGSZUGANG WIE FOLGT DAR</b> .....	56
4.3	<b>FORSCHUNGSFRAGEN</b> .....	56
4.4	<b>HYPOTHESEN</b> .....	57
4.5	<b>OPERATIONALISIERUNG</b> .....	57
4.5.1	<i>Zielkohärenz</i> .....	57
4.5.2	<i>Quantitative Operationalisierung der Symptomatik</i> .....	59
4.5.2.1	Konkretisierung der psychischen Auffälligkeiten .....	59
4.5.2.1.1	Vorbefunde .....	59
4.5.2.1.2	Fragebogenverfahren .....	59
4.5.2.2	Emotionsregulationsverhalten .....	59
4.5.2.3	Spezifische Persönlichkeitsmerkmale .....	59
4.5.3	<i>Qualitative Operationalisierung der Symptomatik</i> .....	59
4.5.4	<i>Beschreibung der verwendeten psychologisch-diagnostischen Verfahren („Tests“)</i> .....	60
4.5.4.1	Beschreibung der Test-Skalen .....	62
4.6	<b>STICHPROBE</b> .....	66
4.6.1	<i>Überweisungskontext</i> .....	74
4.7	<b>PROZESSSTEUERUNG UND STRUKTURIERUNG DER GRUPPENEINHEITEN</b> .....	74
4.7.1	<i>Ablauf, Strukturelementen und Beispiele für gruppendynamische Prozesse in der psychotherapeutischen Kindergruppe mit integrativen Outdoorelementen im Ambulatorium St. Leonhard</i> .....	74
4.7.2	<i>Ablauf, Strukturelemente und Beispiele für die Steuerung des gruppendynamischen Prozesses in der Burschengruppe mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten® der Männerberatung St. Pölten</i> .....	80
4.8	<b>DESIGN DER UNTERSUCHUNG</b> .....	84
4.8.1	<i>Zeitliche Struktur der Therapie bzw. Beratung</i> .....	84
4.8.2	<i>Forschungsansatz</i> .....	85
4.8.3	<i>Strukturierung der Untersuchung</i> .....	85
4.8.3.2	Hauptphase (Sept. 2010-Feb. 2011) .....	86
4.9.1	<i>Quantitativer Forschungsansatz</i> .....	88
4.9.2	<i>Qualitativer Forschungsansatz</i> .....	89
4.9.3	<i>Zusammenschau der Eingangsbefunde, der quantitativen und der qualitativen Daten</i> .....	89
4.10	<b>QUANTITATIVE ERGEBNISSE</b> .....	89
4.10.1	<i>Datenanalyse</i> .....	89
4.10.2	<i>Objektivität</i> .....	90
4.10.3	<i>Reliabilität:</i> .....	91
4.10.4	<i>Validität</i> .....	97
4.10.5	<i>Gruppenvergleiche St. Leonhard- St. Pölten</i> .....	97
4.10.6	<i>Prüfung der Datensätze auf Normalverteilung:</i> .....	97
4.10.7	<i>Zusammenhang Zielkohärenz und Symptomreduktion:</i> .....	98
4.10.7.1	Bivariate Korrelation nach Pearson zur Analyse der Zusammenhänge Zielkohärenz-Symptomskalen .....	98
4.10.7.2	Multiple lineare Regression: .....	114
4.10.7.3	Analyse der Mittelwerte im Prä-, Posttest und Follow up Test .....	117
4.10.7.4	Zusammenstellung der signifikanten Korrelationskoeffizienten und der signifikanten Mittelwertsunterschiede .....	130
4.11	<b>QUALITATIVE ERGEBNISSE</b> .....	131

4.11.1	<i>Veränderungsbeschreibungen der TeilnehmerInnen und ihrer Eltern</i> .....	131
4.11.2	<i>Hauptprobleme, Diagnosen und kategorisierte Fähigkeiten als Grundlage für Diagnose- und Entscheidungskriterien zum Angebot, zum Einsatz und zum Nutzen von psychotherapeutischen Kinder- und Jugendlichen Gruppen mit integrativen Outdoor-Aktivitäten®:</i> .....	138
4.11.2.1	Zusammenstellung Hauptprobleme, Diagnosen, Problemkontexte, zu lernende Fähigkeiten und Kategorisierung nach dem Berner Inventar für Therapieziele: .....	138
4.11.2.2	Zusammenhang Zielerreichung, Symptomatik und Diagnostik .....	143
4.12	<b>ZUSAMMENSCHAU DER EINGANGSBEFUNDE, DER QUANTITATIVEN UND DER QUALITATIVEN DATEN</b> .....	147
4.12.1	<i>Ausgewählte Einzelfalldarstellungen:</i> .....	147
4.12.2	<i>Deskriptive Zusammenschau Eingangsdaten, qualitative Veränderungen und ausgewählte Quantitative Veränderungen</i> .....	163
4.13	<b>INTERPRETATION UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE:</b> .....	168
4.13.1	<i>Hypothese 1: Eine Veränderung der Zielkohärenz korreliert mit einer Veränderung in der Symptomatik.</i> .....	168
4.13.1.1	Eine Ziel-Fokussierung ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen möglich. ....	168
4.13.1.2	Deskriptive Einzelfall-Beschreibung der Zusammenhänge Zielkohärenz- quantitative Symptomatik .....	169
4.13.1.3	Korrelationen Zielkohärenz Kinderselbstbewertung- Elternfremdbewertung .....	172
4.13.1.4	Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-CBCL .....	173
4.13.1.5	Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-DISYPS-KJ FBB .....	174
4.13.1.6	Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-PFK 9-14.....	175
4.13.1.7	Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-Feel KJ .....	175
4.13.1.8	Zusammenfassende Erkenntnisse zu den Korrelationsauswertungen .....	175
4.13.1.9	Zusammenhang Zielkohärenz Symptomveränderungen über multiple Regressionen .....	177
4.13.1.10	Zusammenhang Zielkohärenz-Symptomveränderungen über die Analyse der signifikanten Mittelwertsunterschiede .....	178
4.13.1.11	Zusammenhang von Kategorien individueller Therapieziele mit qualitativen Veränderungen unter Einbezug der Eingangsdiagnosen.....	180
4.13.2	<i>Hypothese 2: Die Symptomatik verändert sich beschreibbar (erzähltes Erleben und Verhalten) und messbar (psychometrische Messungen, Erleben und Verhalten)</i> .....	181
4.13.3	<i>Hypothese 3: Das erzählte Hauptproblem verändert sich bei den IndexklientInnen und im Familien-System.</i> .....	185
4.14	<b>VERWERTUNG UND AUSBLICK</b> .....	186
5	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	187
6	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS:</b> .....	198
7	<b>TABELLENVERZEICHNIS:</b> .....	199
8	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:</b> .....	200
9	<b>ANHANG:</b> .....	201
9.1	<b>AUFTRAGSKLÄRUNGSBOGEN (VERSION 22.8.10):</b> .....	202
9.2	<b>INFORMATIONSLBLATT GRUPPE ST. LEONHARD/FORST</b> .....	203
9.3	<b>INFORMATIONSLBLATT DER BURSCHENGRUPPE DER MÄNNERBERATUNG ST. PÖLTEN</b> .....	204
9.4	<b>ELTERNINFORMATION UNTERSUCHUNG</b> .....	207
9.5	<b>ÜBERSICHT FORSCHUNGSARBEITEN</b> .....	211
9.6	<b>TABELLEN GRUPPENVERGLEICHE ST. LEONHARD- ST. PÖLTEN</b> .....	219
9.7	<b>TABELLEN STATISTISCHE ANALYSE: ZUSAMMENHANGSHYPOTHESEN</b> .....	224
9.8	<b>TABELLEN STATISTISCHE ANALYSE: UNTERSCHIEDSHYPOTHESEN:</b> .....	228
9.9	<b>LEBENS LAUF PAUL HEMMELMAYR</b> .....	235

# **1 Einführung**

## **1.1 Interessen des Autors**

Das Thema dieser Arbeit befasst sich mit der Implementierung handlungsorientierter Methoden anhand des Konzeptes der „Integrativen Outdoor-Aktivitäten®“ in der systemischen Familientherapie und Beratung am Beispiel zweier Gruppenangebote für Kinder- und Jugendliche.

Die Psychotherapieausbildung zum systemischen Familientherapeuten, welche ich zwischen 1994 und 2002 absolvierte, vermittelte Kompetenzen für die Arbeit mit Einzelklienten (Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen), Paaren, Familien und deren umgebenden Kontexten. Die Arbeit mit Gruppen wurde theoretisch nur sehr knapp abgehandelt.

Eine Möglichkeit des Lernens von Gruppenarbeit stellte das systematische Probieren im Feld dar. Meine Erfahrungen in Schulworkshops zur Gewaltpräventionsarbeit mit Burschen- und gemischten Gruppen erinnert mich rückwirkend an ein Torkeln auf einem wackeligen Floss in einem Strom von Eindrücken, Wahrnehmungen und überraschenden Dynamiken der begleitenden Gruppen in ihren jeweiligen Kontexten.

Begrenzungen an Interventionsmöglichkeiten in der freien psychotherapeutischen Praxis wurden weiters sichtbar im Zusammenhang mit Anliegen, welche soziale Schwierigkeiten im Schulkontext oder in den Bezugsgruppen (Klasse, Freunde) von Kindern und Jugendlichen zum Thema haben. Im ambulanten Familien- oder Einzelsetting kann ja nur indirekt am Einfluss im problematisierten sozialen Kontext gearbeitet werden.

Um aus dieser Einengung herauszukommen, wurde mit dem Einsatz von Gruppen, insbesondere bei problematischem Sozialverhalten experimentiert und es zeigte sich, dass hier das soziale Lernen zufriedenstellender gefördert werden konnte.

Allerdings entwickelte sich erst nach dem Kennenlernen des Ansatzes der Integrativen Outdoor-Aktivitäten® 2008 im Rahmen von Seminaren der Jugendcoachausbildung der Naturfreunde und der Absolvierung des Universitätslehrganges mit dem Gruppenpädagogischen/-psychologischen Schwerpunkt Konzepte und Kompetenzen, welche ein planvolles theorie- und hypothesengeleitetes Arbeiten im Gruppenprozess möglich machten.

Die Arbeit draußen in der Natur mit den Gruppen passt auch deswegen gut, weil es interessant und daher motivierend für die Kinder und Jugendlichen ist. Durch das

Rausgehen konnten auch dominierende Disziplinproblematiken in Innenräumen verlassen werden. Dieser Effekt wurde anfänglich am Faktor Natur festgemacht. Mittlerweile setzt sich der Gedanke durch, dass es die zunehmende Leitungskompetenz war, welche sich im Laufe der Ausbildung entwickelte.

## **1.2 Allgemeines zur Fragestellung**

Es soll gezeigt werden, dass die strukturelle Koppelung von Familien- und Outdoor-Gruppenkontext zur Behandlung psychischer Störungen im Kinder- und Jugendlichenbereich sinnvoll eingesetzt werden kann und auf individueller Symptomebene brauchbare Veränderungen erzielbar sind.

Ziel der Arbeit ist es daher auch zu zeigen, dass die theoretische und praktische Konzeption in unterschiedlichen ambulanten Kontexten, mit unterschiedlicher Leiterzusammensetzung und mit unterschiedlichem Alter der GruppenteilnehmerInnen funktioniert und brauchbare Ergebnisse liefert.

Ziel der Arbeit war es auch, die im regionalen psychologischen Feld gebräuchlichen standardisierten Untersuchungsinstrumente für Kinder- und Jugendliche zu verwenden.

Eine Intention der Untersuchung ist sicher auch, für potentielle Kostenträger des Programms die theoretische Fundierung sowie Nachweise zur Wirksamkeit der Outdoor-Gruppenbehandlung darzustellen. Insofern, da die Nachfrage nach dem Angebot eine stetig steigende ist- und die Finanzierung eine anhaltende Problematik aufweist.

Auch ist mir wichtig, den Ansatz der Koppelung der beiden Ansätze, die Grundlagen und theoretischen Überlegungen offen zu machen und im psychotherapeutischen sowie wissenschaftlichen Feld zur Diskussion zu stellen und auch über diesen Weg eine Weiterentwicklung in meiner Arbeit, aber auch im Feld anzuregen.

Die Forschungsfrage dieser Arbeit ist die Herausarbeitung des Zusammenhangs, dass im Laufe eines psychotherapeutisch/beraterischen Prozesses eine Veränderung in der Zielkohärenz mit einer Veränderung in der psychischen Symptomatik einhergeht. Das bedeutet, dass eine zunehmende Verinnerlichung des angestrebten Lernziels mit einer auf der individuellen Symptomebene quantitativ signifikanten und auf der Ebene der familiären Problemwahrnehmung qualitativen Veränderung assoziiert ist.

### **1.3 Zugangsweise, wie wird das Thema bearbeitet?**

Im ersten Schritt wurde relevante Literatur zum Thema recherchiert und im Theorie- und Forschungsteil dargelegt. Wesentliches Augenmerk wird dabei auf die Integration der unterschiedlichen Konzeptionen, systemische Familientherapie und Integrative Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup> gelegt, welche aber beide auf systemtheoretischen Füßen stehen.

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden zeitgleich zwei ambulante Gruppen in unterschiedlichen Kontexten untersucht, nämlich der durch das Familienministerium geförderten Männerberatung St. Pölten und dem durch das Land Niederösterreich und den Krankenkassen finanzierten Ambulatorium für ganzheitliche Förderung und Therapie St. Leonhard/Forst.

Das Angebot für die Burschengruppe der Männerberatung St. Pölten besteht seit Jänner 2008 und der 6. Durchgang mit 6 Burschen im Alter von 11 bis 15 Jahren war Gegenstand der Untersuchung. Geleitet werden sie von DI Paul Hemmelmayr –systemischer Familientherapeut- und Martin Steiner- diplomierter Ehe-Familien und Lebensberater und Supervisor.

Die psychotherapeutische Kinder- und Jugendlichengruppe mit integrativen Outdoor Elementen im Ambulatorium St. Leonhard/Forst unter der Leitung von DI Paul Hemmelmayr und Marion Leitgeb (diplomierte Sozialarbeiterin) wurde im Juli 2009 erstmals gestartet und hier war der 4. Durchgang mit 1 Mädchen und 5 Burschen im Alter von 9 bis 12 Jahren Gegenstand der Untersuchung.

Erhoben an quantitativen Daten wurden die Zielkohärenz in einem analogen vom Autor entwickelten Messverfahren und mittels standardisierter Fragebogenverfahren psychische Auffälligkeiten, Emotionsregulationsverhalten (Umgang mit „negativen“ Gefühlen) und spezifische Persönlichkeitsmerkmale zu den drei Zeitpunkten Untersuchungsbeginn, -ende und einem 3 Monats Follow Up.

Die psychischen Auffälligkeiten wurden konkretisiert über Beschreibungen aus medizinischen und psychologischen Vorbefunden, sowie über die Fragebogenverfahren des Breitbandverfahrens der Child Behavior Checklist in Form der Fremdbeurteilung durch die Eltern CBCL 4-18 Jahre von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998), sowie die Selbstbeurteilung durch den Fragebogen für Jugendliche YSR 11-18 Jahre von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998), und dem störungsspezifischen

Verfahren DISYPS KJ nach Döpfner und Lehmkuhl (2000) basierend auf ICD-10 Diagnosekriterien.

Das Emotionsregulationsverhalten wird operationalisiert über das Fragebogenverfahren Feel-KJ von Grob und Smolenski (2005) und spezifischen Persönlichkeitsmerkmale werden über den Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren PFK 9-14 von Seitz und Rausche (2004) erhoben.

Qualitativ wird die erzählte Veränderung des Verhaltens in Bezug auf Fähigkeit/Ziel/Hauptproblem zu den zwei Zeitpunkten Untersuchungsbeginn und –ende anhand der Videoaufnahmen der Erst- und Abschlußgespräche ausgewertet.

## **2 Theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten**

### **2.1 Erkenntnistheoretische Position**

Diese Arbeit bezieht sich erkenntnistheoretisch auf die konstruktivistische Position, welche u.a. von Maturana und Varela (1994, S. 32) vertreten wird. Sie postulieren die Zirkularität bzw. den Zusammenhang von Handlung und Erfahrung, welcher prägnant im Aphorismus „Jedes Tun ist Erkennen, und jedes Erkennen ist Tun“ mündet. Diese Konstruktion von Realität wird in der systemischen Familientherapie u.a. von Retzer (2004, S. 95) in Konzeptionen der Zirkularität von Handeln und Erleben, der Zirkularität von Verhaltensweisen bzw. Interaktionen der Klienten und der intrapsychischen Zirkularität des Erlebens durch Verknüpfung von Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen weiterentwickelt.

### **2.2 Grundlegende Begrifflichkeiten und Basistheorien**

#### **2.2.1 Psychotherapie**

Die Psychotherapie, verstanden als Bereitstellung einer sprachlichen Umwelt zur Anregung von Veränderungen, arbeitet im Phänomenbereich der Kommunikation zwischen Menschen, welche aus Klienten- und Therapeutesicht das erlebte Leben in erzähltes Leben transformiert. Erzählung kann im wörtlichen Sinne aber auch als verbales, nonverbales und paraverbales Verhalten verstanden werden, also alles, was von einem Beobachter als Zeichen beschrieben und mit Bedeutung versehen werden kann (Retzer, 2002, S. 17). In diesem Sinne können auch wiederkehrende beobachtbare Interaktions-Kommunikations- und Verhaltensmuster als Verhalten verstanden werden.

#### **2.2.2 Handlungsorientierter Ansatz**

Wesentliche theoretische Säulen des handlungsorientierten Ansatzes der Integrativen Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup>, welcher grundsätzlich theorieoffen konzipiert ist, stellen neben anderen Theorien die systemisch-konstruktivistischen Basistheorien, sowie Handlungstheorien (Nitsch, 1986) dar.

#### **2.2.3 System Familie**

Familie wird als soziales System definiert, dessen Einheit nicht der Mensch, sondern Kommunikation ist (Luhmann, 1984) und welches Retzer (2002) in sein Modell des „erzählten Lebens“ übersetzt. Das psychische System (Retzer: „erlebtes Leben“) und der Organismus (Retzer: „gelebtes Leben“) stellen im sozialen System Umwelten dar. Die

Konzeptualisierung von Psychotherapie als soziales System knüpft an diese Definition an, in dem Kommunikation an Kommunikation anschließt, das eine Umwelt für das psychische System des Klienten bildet, das aber keine gezielte Beeinflussung des psychischen Systems durch Interventionen vorsieht (Wagner E. 2010, S. 6 -7).

#### **2.2.4 System Psyche**

In der praktischen psychotherapeutischen Arbeit dieser Untersuchung zur Konzeption und Leitung der Gruppen und Familiengespräche genügt die obige Leitidee. Um aber Anschluß an eine wissenschaftliche Überprüfbarkeit der Auswirkungen des Treatments herzustellen, ist es notwendig den Bereich Psyche bzw. das psychische System zu konzeptualisieren, wobei unter dem Selbst die Sicht verstanden wird, die das Individuum auf die eigene Person hat.

Anschluß zu Konstrukten von Persönlichkeit- bzw. Selbstkonzept wird in dieser Arbeit bei Tom Levoid (1999) gefunden, welcher u.a. Daniel Sterns Theorie der Selbstentwicklung (Stern D., 1992, zit. n. Levoid 1999, S. 174) verwendet, um das Selbst als individuell zuordenbar, aber nur in der konkreten Interaktion (mit Anderen bzw. mit sich selbst) aktualisierbar zu verstehen. Diese dynamische Organisation gewährleistet die relative Kohärenz, Hierarchie und Konstanz der organisierten Kognitionen und Affekte. Levoid zitiert Rusch, wonach ein Selbst-Konzept sozusagen den organisationellen Kern oder den Set von Konstruktionsprinzipien und –axiomen darstellt, auf dessen Grundlage eine Person Verhalten als ihr Verhalten synthetisiert, beobachtet, identifiziert und bewertet (Rusch 1987, S. 135, zit. n. Levoid 1999, S. 174). Selbstkonstruktionen können damit verstanden werden als intrapsychische Repräsentationen von Erfahrungen, als dynamische Ballance verschiedener Interaktionschemata auf sensomotorischer, affektiver und sprachlicher Ebene, als spezifische „schemas-of-being-with“ (Stern 1995 zit. n. Levoid 1997, S. 125). Wobei der Begriff „Schema“ ursprünglich von Piaget zur Beschreibung kognitiver Strukturen eingeführt wurde (Wagner 2010, S. 13). Ciompi betont in seiner Theorie der Affektlogik die hohe Bedeutung des Wechselspiels von affektiven und kognitiven Prozessen für den Aufbau und die Stabilisierung individueller Konstrukte (Ciompi 1998 zit. n. Levoid 1997, S. 125).

### **2.2.5 Gruppe**

König (2010, S 294-295) definiert in Anlehnung an Neidhart (1983, S. 14) den Begriff Gruppe als kleine soziale Gebilde für Systeme persönlicher Beziehungen, die von Unmittelbarkeit (Face-to-Face), Diffusität und einer gewissen Dauer gekennzeichnet sind. Er schlägt vor, sie als „hybride“ Gebilde zu betrachten, welche zwischen zwei Sozialformen eingerahmt sind, Familie einerseits und Organisationen andererseits (Neidhart (1983, S. 27). In Anlehnung an diese Unterscheidung formuliert Brunner (2002, S. 239), dass es sich in Familien um Beziehungen zwischen Personen und bei Organisationen um Beziehungen zwischen Rollenträgern handelt. Die Unterscheidung Person und Rolle kann sinngemäß auch auf Gruppen übertragen werden.

Systemtheoretisch spricht man von der Gruppe wie bei der Familie von selbstorganisierten, operational geschlossenen sozialen Systemen, welche zu ihrer Umwelt hin offen sind. Beiden gemeinsam ist die Mitbestimmung des Individuums von seinem Kontext bzw. den Gruppen, denen es sich zugehörig fühlt. Dieser Gedankengang findet sich in der systemischen Familientherapie im Begriff des Intexpatienten wieder, insofern ein individueller Patient nur adäquat verstanden werden kann, wenn man ihn im Kontext der relevanten Personen seiner Familien sieht und Veränderung eines Einzelnen nur möglich ist, wenn die Auswirkungen auf das ganze System mitbedacht werden (König 2010, S. 295).

### **2.2.6 Systemische Familientherapie**

Die systemische Familientherapie ist eine von 22 in Österreich vom Bundesministerium für Gesundheit gem. §7 Psychotherapiegesetz BGBl. I Nr. 98/2001 anerkannten Psychotherapiemethoden. Sie bezieht ihre Grundlagen einerseits aus der Systemtheorie, andererseits aus dem sozialen Konstruktivismus und aus der Beziehung der beiden zueinander (Scholze, de Waal, 1995, S. 1). Im deutschen Sprachraum wird sie auch „Systemische Therapie/Familientherapie“ bzw. im angloamerikanischen Sprachraum auch „Family Systems Therapy“ (Sydow K., Beher S., Retzlaff R., Schweitzer J., 2007, S. 14) bezeichnet.

Kern des psychotherapeutischen Ansatzes ist die Orientierung von Krankheit und Gesundheit des Menschen an relevanten Beziehungen, die Berücksichtigung der Vernetzung im intrapsychisch-interpersonalen Beziehungsfeld von Einzelnen, Familien

oder einer anderen sozialen Gruppe in Wechselbeziehung zu ihren relevanten Umwelten (Scholze, de Waal, 1995, S. 1).

### **2.2.7 Unterscheidung Beratung und Psychotherapie**

Als Beratung wird die, auf einer bewussten und geplanten Beziehung aufbauenden, professionell ausgeübten, auf einer gesetzlichen Basis stehenden Tätigkeit verstanden, in der BeraterInnen mit anderen Menschen (KlientInnen) an komplexen Themen und Problemen arbeiten, mit dem Ziel, schwierige und krisenhafte Lebenssituationen möglichst konstruktiv zu bewältigen.

In dieser Arbeit ist der Begriff im Kontext der Männerberatung von Rat und Hilfe der Caritas der Diözese St. Pölten angesiedelt, einer auf männer- und burschenspezifischen Themen spezialisierten Familienberatungsstelle gemäß Familienberatungsförderungsgesetz 1997.

Ohne sich näher in die komplexe Fragestellung der Unterscheidung von Psychotherapie und Beratung einzulassen, welche vor allem berufspolitisch und organisatorisch bezogen auf die Beratungsstellen kontroversiell diskutiert wird, zitiere ich Pöcksteiner: „Das dritte Modell der „Überlappung“ wo Beratung und Psychotherapie als einander überlappende Kreise vorgestellt werden, hat sich in den Familienberatungsstellen aus methodenspezifischen, berufsständischen und aus Gründen der Teamorientierung als praktikabel - bei geringer Zufriedenheit der beteiligten Berater – herausgebildet“ (BMSG 1997c, zit. n. Pöcksteiner, 2006, S. 35).

In der gegenständlichen Arbeit wird der Hauptunterschied durch die offizielle klinisch-psychologische Diagnosevergabe in der Psychotherapie markiert. Diese Unterscheidung wird am Beispiel des medizinischen Kontextes im Ambulatorium St. Leonhard (=therapeutisches Setting) bzw. der nur intern vergebenen Untersuchungsdiagnose im Beratungskontext Männerberatung (=beraterisches Setting) sichtbar.

### **2.2.8 Integrative Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup>**

Unter der Bezeichnung „Integrative Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup>“ wird auf allgemeinsten Ebene ein Ansatz handlungsorientierten Lernens verstanden. Ausgangspunkt ist daher stets das Handeln (bewegungsbezogene Aktivitäten und Aufgabenstellungen) von Personen und Gruppen in Bezug auf bestimmte Ziele und Rahmenbedingungen. Diese Handlungen

werden unter vorher verhandelten und vereinbarten Zielen, sowie in einem vereinbarten Rahmen (Setting und Auftrag) aufbereitet und ausgewertet (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009a, S.6).

Unter Handeln wird das ziele- und wertbasierte Verhalten, das der Reflexion zugänglich ist und das, obwohl die Person selbst handelt, sich dabei auch „zusehen“ kann, verstanden (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009c, S. 20).

Grundsätzlich führen Handlungen zu Erlebnissen, die zu impliziter (nicht bewusster) und expliziter (reflektierter und bewusster) Erfahrung führen. Diese Erfahrungen führen in der Regel zur Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten und zur subjektiv besseren Planung von Handlungsmöglichkeiten zu Aufgaben und Zielen von Personen oder Teams (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009a, S. 8).

Unter Erlebnissen werden „besonders emotional besetzte Sequenzen bezeichnet, die auch mit unbewussten Anteilen imprägniert sein können, die einer kognitiven und auch sozialen Bearbeitung bedürfen. Sie regen an zum Wiederdurchleben, Erzählen und Nachdenken. (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009a, S. 9).

Handlungsorientierung zielt darauf ab, Settings zur Verfügung zu stellen, die Erlebnisse ermöglichen, und deren weitere Verarbeitung zu begleiten und diese in kommunikativ gemeinsame, in ihrer Erlebniswirkung aber getrennte Wirklichkeiten zu führen. Diese führt zu einem grundlegenden Wechsel der Lernperspektive: Nicht die Erlebnisse per se sind das Ziel, sondern der Umgang mit diesen Erlebnissen und den darin enthaltenen Qualitäten. Nicht die Fiktion pädagogischer/psychologischer Wirkungen, sondern die Auseinandersetzung mit kommunizierbaren Wirklichkeitsbeschreibungen rücken in den Mittelpunkt des (Beg-) Leitungsinteresses. Darauf bauen stets die neuen Interventionen auf, die zu neuen Erwartungen für die Wirkung von Erlebniswelten führen können. Damit wird deutlich, dass die entscheidende Frage nicht die ist, ob Erlebnisse erziehen/entwickeln/fordern, sondern vielmehr: Wie können Erlebnisinhalte und Erlebnisqualitäten erzieherisch/ entwickelnd/ fordernd genutzt werden (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009a, S. 11)?

Das psychologische Phänomen Erlebnis unterscheidet sich vom soziologischen Erlebnisbegriff im Sinne der Erlebnisgesellschaft mit ihren Etiketten wie Konsum- und Verkaufsorientierung (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009a, S. 10).

### **2.2.9 Psychotherapie und Integrative Outdoor-Aktivitäten®**

Bezogen auf den Anwendungsbereich der Psychotherapie formuliert das Konzept der Integrativen Outdoor-Aktivitäten®:

„Die Nutzung handlungsorientierten Lernens im psychotherapeutischen Kontext führt KlientInnen aus dem „relativ geschützten Raum“ des Therapiezimmers in konkrete Kommunikations-, Entscheidungs-, Handlungs- und Durchhaltesituationen. Die unmittelbare Auseinandersetzung bringt neue therapeutische Chancen, verlangt auch ein hohes Reflexionsniveau therapeutischer Tätigkeit von den LeiterInnen“ (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009a, S. 7).

Es lassen sich in der Konzeption der Integrativen Outdoor-Aktivitäten, ausgehend von einem „strengen“ und engen Therapiebegriff (i.S.d. Psychotherapiegesetzes), wo psychische und psychosoziale Krankheitssyndrome vorhanden sind, in handlungsorientierten Therapiezugängen zwei Grundformen unterscheiden:

- 1) Erlebnistherapie als in sich therapeutischer Prozess, der in der Regel auch in andere therapeutische Maßnahmen eingebettet ist bzw.
- 2) Erlebnispädagogik als Erweiterungs- und Ergänzungsmaßnahme zu therapeutischen Maßnahmen. Dies bedeutet, dass im Rahmen der erlebnispädagogischen Maßnahmen keine therapeutischen „Interventionen“ oder therapeutischen Vertiefungen des Prozesses vorgenommen werden. Im Rahmen der laufenden Therapie werden aber die gemachten Erlebnisse und Erfahrungen therapeutisch genutzt und bearbeitet (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009b, S. 38).

Gilsdorf (2004) unterteilt Erlebnistherapie (im angloamerikanischen Sprachraum Adventure bzw. Wilderness Therapy) angelehnt an Gass (1993) und Davis-Berman & Berman (1994) in die drei möglichen Positionen eines eigenständigen Ansatzes, eines therapeutischen Ergänzungsverfahrens und einer Synthese therapeutischer Perspektiven. Er ortet eine gewisse Dominanz des Verständnisses von Erlebnistherapie als therapeutisches Ergänzungsverfahren (Gilsdorf, 2004, S. 35).

### **2.2.10 Erlebnistherapie**

In der gegenständlichen Arbeit wird unter Erlebnistherapie im Sinne des obigen Punktes 1 ein eigenständiger therapeutischer Prozess verstanden, welcher eingebettet und strukturell angekoppelt an den familientherapeutisch/beraterischen Rahmenkontext ist. In Anlehnung

an Gilsdorf (2004) wird Erlebnistherapie im psychotherapeutischen Kontext als Ergänzungsverfahren zur systemischen Familientherapie verstanden.

Diese Klassifikation wird auch durch die gesetzliche Lage in Österreich unterstrichen, welche die methodenspezifischen Ausrichtungen von Psychotherapie regelt (Psychotherapiegesetz BGBl. I Nr. 98/2001, 1990, § 7) und bei isolierter Verwendung des Verfahrens Erlebnistherapie nicht von Krankenbehandlung gesprochen werden dürfte.

Die Arbeit unterstreicht auch die Unterscheidung, welche Jakel in ihrer Diplomarbeit traf (2008, S. 134), wonach der Begriff der Erlebnistherapie nicht in der reformpädagogischen Konzeption von Kurt Hahn, sondern im Sinne einer klinisch-therapeutischen Konzeption, die auf der Basis abenteuer- und erfahrungsorientierten Lernens entwickelt wurde, verstanden wird.

### **2.2.11 Zusammenhang und Unterschiede zwischen der handlungsorientierten Methode der Erlebnistherapie und der systemischen Familientherapie**

Nach Ansicht des Autors besteht der wesentliche Teil der psychotherapeutischen Arbeit des Therapeuten, also des Beobachters, welcher die Erzählung des Klienten erlebt, in der Entwicklung von Hypothesen, welche wiederum über die Kommunikation in den dialogischen Prozess mit den Klienten rückerinfließen und Veränderungen anregen sollen (siehe auch Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Ceccin G., Prata G., 1980).

In der psychotherapeutischen Arbeit im Bereich des „geschlossenen Raumes“ ist das Handeln der Klienten über seine Erzählung des Alltagslebens und seines Verhaltens im Hier und Jetzt des Dialoges verstehbar. Diese Erzählungen erzeugen Handlungsimplicationen, die zu vollzogenen oder unterlassenen Handlungen führen können (Retzer, 2002, S. 16).

Im handlungsorientierten Arbeiten steht das Beobachten des Handelns der Klienten (Personen und Gruppen) in den bewegungsbezogenen Aktivitäten und Aufgabenstellungen, in Bezug auf die vorher verhandelten und vereinbarten Ziele und Rahmenbedingungen (Setting und Auftrag) zur Entwicklung von Hypothesen im Mittelpunkt. Diese führen einerseits im laufenden Prozess zur Entwicklung neuer geeigneter Aufgabenstellungen bzw. andererseits, durch die reflektierende Aufbereitung und Auswertung der Selbst-, Fremd- und Therapeutenbeobachtungen, zur Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten bzw. der Anregung von Veränderung.

Die wesentliche Unterscheidung der beiden Ansätze liegt im Fokus des Therapeuten:

In der Familientherapie richtet der Therapeut seine Aufmerksamkeit primär auf die Kommunikation, auf die Erzählung und interveniert hypothesengeleitet auf dieser Ebene. Das Handeln liegt außerhalb des Settings und ist nicht direkt beobachtbar und wird primär über die Erzählung mitbearbeitet.

Im handlungsorientierten Arbeiten richtet der Therapeut alternierend seine Aufmerksamkeit auf das direkte Beobachten der Handlungen und dem nachfolgenden kommunikativen Prozesse der Reflexion darüber. Interveniert wird hypothesengeleitet auf der Ebene des Handelns über die Auswahl passender nächster Aufgaben bzw. auf der Ebene der Kommunikation in der Reflexion des Erlebten.

### **2.2.12 Theorie zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kinder- und Jugendlichen-Gruppen**

Das Konzept der Integrativen Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup> ist ein Gruppenansatz (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009d, S. 2).

Nach Fürstenau (1992; zit. n. Wedekind und Georg, 2010, S. 303), wird unter einer Therapiegruppe „eine Projektgruppe zur Förderung der Fähigkeit zu befriedigenderer und erfolgreicherer persönlicher Lebensmeisterung“ verstanden, welche sich auf die Grenze zwischen Gruppensystem und relevanter Umwelt der Patienten konzentriert. Der Gruppe und der Gruppenbildung wird damit ein funktionaler Nutzen vorgegeben, der sich für den einzelnen Teilnehmer in seinem konkreten Lebenskontext außerhalb der Gruppe realisieren soll und damit auch ein Prüf- und Orientierungskriterium für die Zieldienlichkeit der Arbeit mit der Gruppe einführt. Die Ausrichtung der Gruppenarbeit basiert darauf, Probleme in relevanten Umweltbereichen zu bearbeiten (Wedekind und Georg (2010, S. 304).

Theoretisch wird in dieser Arbeit Gruppe bzw. Gruppentherapie analog zu Familie und Familientherapie systemtheoretisch konzeptualisiert.

In diesem Zusammenhang erscheint es nützlich zwischen einer spezifischen systemischen Methodik etwa im Sinne von Fragetechniken, Aufstellungen etc. und einer systemischen Sichtweise zu unterscheiden. Letztere erlaubt mithilfe der Mehrperspektivität, Reflexivität und Lösungsorientierung andere methodische Zugangsweisen zB. aus der Verhaltenstherapie in die systemische Arbeit mit Gruppen zu integrieren (Wittmund,

Schötz, Wilms, 2001, S. 4). Nach Auffassung des Autors dieser Arbeit – und in konsequenter Weiterverfolgung der theorieoffenen Grundprämisse des Ansatzes der Integrativen Outdoor-Aktivitäten® - können nicht nur andere methodische, sondern auch andere theoretische Positionen integriert werden, insofern sie als Erweiterung möglicher Perspektiven in die den therapeutischen Prozess steuernde Entwicklung von Hypothesen einfließen. Die in der Literatur bekannten und bewährten tiefenpsychologischen Ansätze zur Beschreibung und Erklärung von Gruppenprozessen sind jedenfalls über die Hypothesenbildung als Steuerungselement geeignet.

Als hilfreiche Unterscheidung diene in der laufenden Arbeit die vorwiegend systemtheoretische orientierte Gestaltung der Kontextbedingungen, König (2010, S. 298) schreibt auch von Kontextsteuerung, d.h. der Konstruktion von Lernsettings im Unterschied zur Prozesssteuerung, als ziel- und situationsadäquates Leiterverhalten zur Gestaltung des laufenden Gruppen-Prozesses, welche auch Perspektiven aus der Tiefenpsychologie integrieren kann. Im Konzept der Integrativen Outdoor-Aktivitäten® ist diese Trennung der Ebenen auch im Kreismodell in der Unterscheidung von Rahmen und Auftragsbedingungen und situativen Bedingungen erörtert (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009c, S. 5).

In der verwendeten Gruppenkonzeption finden sich wesentliche Parallelen zum Konzept der Auftragsfokussierenden Gruppenkurztherapie mit Kindern und Jugendlichen, wie diese Hirschberg beschreibt (Hirschberg 2010, Hirschberg & Meyer 2010). Dieses Metakonzept enthält als wesentliche Bausteine das Therapeutendoppel, das Auftragsklärungsgespräch, keine störungsspezifischen Gruppen, die Beschränkung der Anzahl der Gruppentreffen, die Elterngespräche, die Familiengespräche, keine parallelen Einzelgespräche. Im praktischen Tun wurde diese Konzeption von TherapeutInnen unterschiedlicher methodischer Ausrichtungen genutzt, wie u.a. therapeutischem Zaubern, gestalt- und kunsttherapeutische Methoden und Interaktionsspiele. Hirschberg bezieht sich stark auf den Ansatz der Lösungsorientierten Kurztherapie (Berg 1992, DeJong & Berg 2003, de Shazer 1989 a,b, 1992).

Yalom (2010, S. 325) beschreibt als neue Entwicklung die Kurzzeitgruppentherapie, welche Orientierung an Zielen, der Gegenwart, der zeitlichen Einschränkung, der Konzentration mehr auf interpersonale als auf intrapersonale Belange, auf dem Vermitteln von Fertigkeiten und dem Lernen von der Gruppe für die Welt außerhalb fokussiert. Yalom beschreibt, im Gegensatz zu Hirschberg und dem vorliegenden Ansatz, eine

Gruppenzusammensetzung, welche sich oft homogen auf ein Problem, ein symptomatisches Syndrom oder eine Lebenserfahrung ausrichtet.

### **2.2.13 Therapiesysteme**

Das Therapiesystem konstruiert sich in Form unterschiedlicher Subsysteme: Dem Leitersystem, der Gruppe als System der Teilnehmer, dem Elternsystem, dem Familiensystem und den sich in den jeweiligen Settings bildenden übergeordneten Therapiesystemen Gruppe, Familie und Eltern (siehe Abb. 1).

Jedes Subsystem für sich wird als im Sinne des Konzeptes der Autopoiese als operational geschlossen und selbstorganisiert gedacht. Wesentlich ist die Luhmannsche Sichtweise, dass jeweils spezifische Kommunikationen und Handlungen die sozialen Systeme aufrechterhalten (zB. reflektiert das Leitersystem ihre Beobachtungen und grenzt sich dadurch von der Gruppe ab).

Die Anregungen eines Systems auf ein anderes System können als Interventionen im Sinne der strukturellen Koppelung als Perturbationen oder als Störungen verstanden werden, um die inneren Operationen oder sogar die innere Struktur zu verändern (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009d, S. 6).

Setting ist eine Orientierung des Therapiesystems gegenüber den zusammenwirkenden Personen, den Problemen und den möglichen Lösungen und etabliert bestimmte Beziehungen zu diesen. Mit Settingdesign werden die Interventionen der TherapeutInnen, mittels deren die Zusammenkünfte personell, räumlich und zeitlich gestaltet werden, gemeint (Schmitt, Weckenmann 2009 S. 83).

Der Wechsel zwischen verschiedenen Konstellationen wird als systemische Intervention gesehen (Ahlers 1996 S. 250). Multi-systemische Settings dienen als Interventionen zur Vermehrung der Perspektiven entlang des Ziel (Fähigkeits-) fokusses, im Fall dieser Arbeit unter Einbezug der Perspektiven Familien – Gruppe- Eltern.

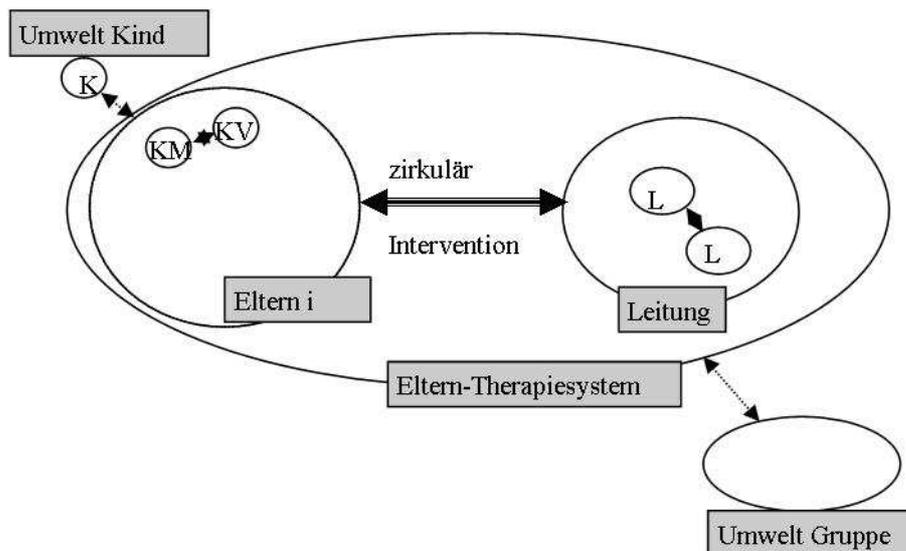
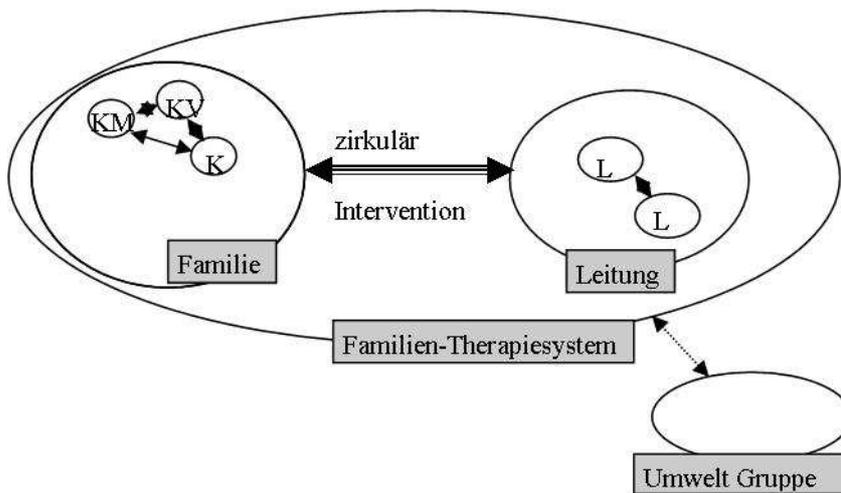
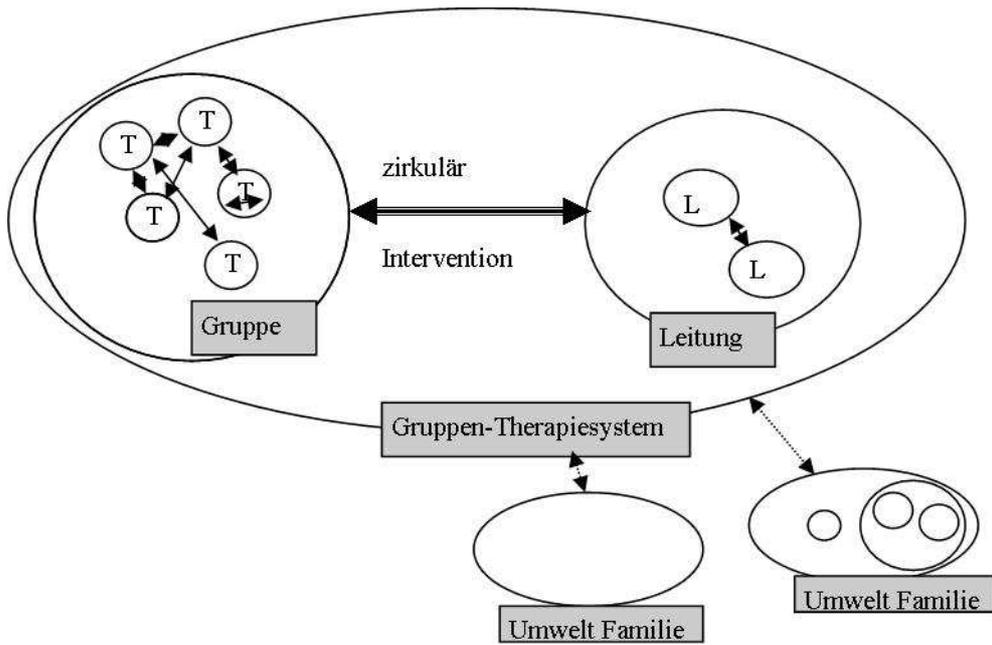


Abbildung 1, Therapiesysteme Gruppe, Familie, Eltern

#### **2.2.14 Funktion und Gestaltung der Gruppenleitung**

Der vorliegende Ansatz verfolgte eine aktive Gestaltung der Leitungsrolle und grenzt sich hier zur reinen gruppensystemischen bzw. tiefenpsychologischen Tradition der abstinenter Haltung in der Leiterrolle ab.

Weiters erfolgte eine Trennung in den Leitungsfunktionen im Rahmen der Co-Leitung durch die Aufteilung der Letzt-Verantwortungen in die inhaltliche Arbeit mit der Gruppe und in die Verantwortlichkeit für die Sicherheit. Diese Aufteilung ist für die Gruppe sichtbar, durch den Leiter, welcher in der Gruppe arbeitet und den Leiter, welcher außerhalb der Gruppe beobachtet. Zu beobachten für die Gruppe ist, dass sich die beiden Leiter immer wieder absprechen. Diese absichtsvolle Gestaltung der Leiter-Kommunikation grenzt einerseits das Leitersystem ab und fließt andererseits über die Intervention des Öffentlichmachens dieser Kommunikation wieder als Anregung zurück ins Gruppensystem und bildet so erst über diese strukturelle Kopplung das Therapiesystem. Die Abgrenzung und der Rückfluß kann auch öffentlich im Sinne der Konzeption des reflektierenden Teams (Anderson, 1996) initiiert werden.

#### **2.2.15 Strukturierung der Gruppe**

Die Konzeption der integrativen Outdoor-Aktivitäten verfolgt eine hohe Strukturierung der Gruppe durch die absichtsvolle und rückgekoppelte Gestaltung des Prozesses durch die Leitung mit der Gruppe, im Sinne der Gestaltungsmetapher des „Bogens“ als Interventionsstrategie (Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009c, S. 55).

Hier können theoretische Ähnlichkeiten zur lösungsorientierten Gruppentherapie (Wagner 2011, S. 8), der auftragsfokussierenden Gruppenkurztherapie bei Kindern und Jugendlichen (Hirschberg 2010, S. 55, Hirschberg & Meyer 2010, S. 90f.) bzw. Kurzzeitgruppentherapie (Yalom 2010, S. 323f.) hergestellt werden.

Eine höhere Strukturierung findet sich nach Meinung des Autors in kognitiv-behavioralen Trainingsprogrammen (für Ängste, Depressionen, Aggressivität, Gewalt, Arbeitsverhalten,...), welche Module, Ziele, Methoden, Manuale aufgrund vorangehender störungsbezogener Theoriebildung festlegen (Petermann et al., 2000, Nikowski et al., 2009, Melfsen et al., 2003).

Als Gegensatz zur hohen Strukturierung werden die tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten Methoden wie Gruppenpsychoanalyse und die Gruppensystemik, sowie

interaktionsorientierte Langzeitgruppen wie sie Yalom (2010) als Idealtypus beschreibt, gesehen, bei welchem die Selbststeuerung durch die Gruppe im Vordergrund steht.

## **2.2.16 Diagnose und Symptomatik**

### **2.2.16.1 Ebene Individuum**

Klientensysteme erzählen ihre Problemwahrnehmungen, Auffälligkeiten, Symptome, Beschwerden, Beeinträchtigungen in der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit, Leiden oder auch subjektive Krankheitszeichen, kurz die Symptomatik. Diese Erzählungen stellen Beobachtungen über sich selbst bzw. von wichtigen anderen im System (Eltern, Lehrer, Psychologin, Arzt,...) in Form von Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen dar und können unter dem Begriff des Anliegens gefasst werden.

Die Symptomatik zeigt sich unterschiedlich in unterschiedlichen sozialen Kontexten und auf den verschiedenen individuellen Erlebens- und Beobachtungsebenen wie der kognitiven, affektiven und der Verhaltensebene.

Über allgemeine Diagnosekriterien der Psychiatrie, welche auf kulturellen und gesellschaftlichen Normen fußen, lässt sich die individuelle Störung festschreiben und klassifizieren.

In dieser Arbeit beziehen sich die psychischen Diagnosen der Achse I auf den Standard der Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F) in Form der Klinisch-diagnostischen Leitlinien (Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H., 2000) bzw. den Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis (Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H., Schulte-Markwort, 2008).

Im Kinder und Jugendbereich findet weiters das Multiaxiale Klassifikationsschema MAS mit den Erweiterungen Entwicklungsstörungen, Intelligenzdiagnostik, somatische Erkrankungen, abnorme psycho-soziale Bedingungen und der Globalbeurteilung der psycho-sozialen Anpassung (Achsen II-VI) Anwendung.

Erweiternd zur defizitorientierten klinischen Diagnostik findet wesentlich auch die Exploration von Zielen, Fähigkeiten und Ressourcen statt.

### **2.2.16.2 Ebene System**

Im System-diagnostischen Prozeß erfolgt die Vernetzung der Dynamik des Einzelnen mit den subjektiv relevanten sozialen Kontexten anhand von Diagnosekriterien wie Interaktionsmuster, Denk- Fühl-Handlungsmuster, Modelle, Regeln, Subsysteme und Koalitionen, Grenzen, Umwelten (Scholze, de Waal, 1995, S. 11).

### **2.2.16.3 Ebene Prozess**

Die oben erwähnten Diagnosekriterien stellen Hypothesen dar, welche sich der Therapeut aufgrund seiner Beobachtungen und seiner Bewertung der Beobachtungen bildet, mit dem Wissen, dass er Teil des beobachteten Feldes ist. Er wird diese Hypothesen im Dialog und mittels Interventionen die er anbietet, überprüfen und eventuell als Ansatzpunkt für Veränderung annehmen (Scholze, de Waal, 1995, S. 11) bzw. auf der Ebene des Handelns über die Auswahl passender nächster Aufgaben bzw. auf der Ebene der Kommunikation in der Reflexion des Erlebten intervenieren.

Die 3 Ebenen dienen für die laufende Kontext- und Prozesssteuerung des Therapiesystems vom Beginn bis zum Abschluss der Therapie/Beratung.

### **2.2.17 Therapieziele:**

Wendisch (1999, S. 293) definiert Psychotherapie als zielbezogenen Lernprozess und zieloffenen Entwicklungsprozess, der sich durch zeitliche Begrenztheit der Zielsetzung auszeichnet und Autonomie und Selbstverantwortung des Klienten als Meta-Ziel hat.

Er grenzt inhaltliche von methodischen Zielen ab. Letztere dienen der theoriegeleiteten Reflexion des therapeutischen Prozesses durch den Therapeuten und können die Ausformulierung inhaltlicher Therapieziele, die durch den Patienten und in seiner Sprache erarbeitet werden sollen, nicht ersetzen.

#### **2.2.17.1 Vom Anliegen zum Auftrag**

Diese Unterscheidung hat nach Ludewig in der systemischen Therapie einen zentralen Stellenwert. Sie hilft dem Therapeuten, sich an die Wünsche und Möglichkeiten seiner Klienten zu halten und seine Expertise behutsam einzubringen. Denn ein im Hinblick auf das Anliegen der Hilfesuchenden ausgehandelter und vereinbarter Auftrag steckt den

Rahmen ab, in dem der Therapeut ermächtigt ist, sich einzumischen, sprich: zu intervenieren (Ludewig 2001, S. 174).

Oder Rotthaus schreibt im gleichen Grundlagenwerk, „im Hinblick auf Psychotherapie bedeutet das, dass die Klärung des Anliegens und die gemeinsame Erarbeitung eines Auftrages mit klar definiertem Ziel und erkennbaren Merkmalen der Zielerreichung Grundlage jeder Therapie sein müssen“ (Rotthaus 2001, S. 14).

Hirschberg formuliert, dass das Auftragsklärungsgespräch eigentlich nur ein Ziel hat: Es soll einen Konsens zwischen den Wünschen des Kindes, dem Anliegen der Eltern und den Möglichkeiten und Grenzen des therapeutisch Machbaren hergestellt werden (Hirschberg, Peiser, 2006, S. 10).

Zentrale These von ihm ist, dass ein präsenter Auftrag bei Kindern und Eltern eine maßgebliche Grundlage für den Therapieerfolg bildet (Hirschberg 2010, S. 58).

#### **2.2.17.2 Eine zu erlernende Fähigkeit als Auftrag**

Im Unterschied zu Hirschberg wurde in der vorliegenden Arbeit nicht der Begriff der Veränderung oder des Ziels in der Auftragsformulierung verwendet („was soll sich nach den Gruppentreffen verändert haben, was willst du erreichen oder welche Ziele willst du erreichen?“), sondern es wurde die Idee Ben Furmanns aus dem Programm „Ich schaffs“ benützt, Probleme in noch zu erlernende Fähigkeiten zu verwandeln. "Ich schaffs" basiert auf dem Gedanken, dass Kinder eigentlich keine Probleme haben. Der Schritt des Wegbewegens von der Problemwahrnehmung hin zu einem Bewusstsein der Fähigkeit, die erforderlich ist, nennt Furmann "verfähigen". Was ist also zu lernen, damit das Problem verschwindet? (Furmann, 2007, S. 15).

#### **2.2.17.3 Zielkohärenz**

Die lösungsorientierte Kurztherapie von de Shazer (1989b, S. 24) verfolgt das Ziel, Klienten zu einem möglichst klaren Bild einer möglichen Lösung in Form konkreter und spezifischer Beschreibungen von Verhaltensweisen jenseits ihrer Probleme zu verhelfen. Burr entwickelt diese Ideen in der Anwendung seiner Konzeption systemischer Kindertherapie weiter, indem theoretische Ideen aus der Synergetik Hakens (1990) zur

Veränderung Nichtlinearer Systeme implementiert werden. Er benennt zwei deutlich unterscheidbare Schritte, die Zielkonstruktion und die Zielverfolgung.

Wesentlicher Teil der Zielkonstruktion ist bei Burr die Generierung einer Zielprojektion oder Vision von einem Leben ohne die geklagte Beschwerde in möglichst konkreten inneren Bildern (Burr, 2001, S. 87).

Ziele argumentiert Hargens (2004, S. 181) „spielen sich im interaktionalen Bereich ab, sie sind immer eingebunden in Beziehungen zu sich oder zu anderen, sie liegen in der Zukunft und sollen etwas „Wünschenswerteres“ hervorbringen („zum Ziel haben“), so dass sich eine Spezifizierung des Unterschieds im konkreten Verhalten und den Reaktionen darauf beschreiben lassen“- und sich damit ein Unterschied zur Beschreibung der Problematik langsam beginnen kann sich zu etablieren.

In der vorliegenden Arbeit wird der Bezug des Zieles zur eigenen Person (zu sich selbst) über den Begriff der Zielkohärenz hergestellt.

Als Zielkohärenz wird das Maß bzw. die Bewertung des Zusammenhangs, die Stimmigkeit, die Passung der Beziehung zwischen dem Ziel bzw. den inneren Ziel-Bildern und der Person selbst verstanden.

Neben dem inhaltlichen Aspekt des Zieles wird zusätzlich der Beziehungsaspekt beschrieben. In diesem Sinne sind auch die Begriffe internalisierte bzw. externalisierte Zielrepräsentation als Beziehungsdefinitionen zu verstehen. Veränderung in Richtung Internalisierung bzw. Verinnerlichung der Zielrepräsentation kann metaphorisch als ein sich annähern oder als vertrautwerden gedacht werden, Externalisierung als sein Gegenteil.

Watzlawik, Beavin und Jackson (1990, S. 53) finden in jeder Mitteilung einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Der Inhaltsaspekt vermittelt die Daten, der Beziehungsaspekt liefert im Sinne der logischen Typenlehre Information über die Information, gehört also einem höheren logischen Typus an als die Daten, weist also an, wie diese Daten aufzufassen sind, stellt eine Kommunikation über eine Kommunikation dar und ist daher mit dem Begriff der Metakommunikation identisch.

Ein weiterer Aspekt der Zielkohärenz betrifft die Beziehung des Kindes bzw. Jugendlichen zu seinen Eltern, d.h. die Zielvorstellung stellt einen Ausschnitt der Kommunikation des sozialen Systems Familie dar, da ja der Indexklient kontextuell eingebunden ist.

Eine Veränderung in der Zielkohärenz drückt damit auch eine Veränderung der familiären Kommunikation aus.

Die Kommunikation über das Ziel, die Fähigkeit gehört im „Retzerschen Sinne“ zum sozialen System des „erzählten Lebens“. Die Frage an den Klienten, sich mit seinem Ziel in Beziehung zu setzen, setzt im besten Fall eine Störung der Kohärenz von Beschreibungen, Erklärungen und Bewertung in Gang (Retzer 2004, S. 99), eben das was Retzer als „erlebtes Leben“, oder Bewusstsein oder Psyche definiert.

Die personenbezogene und die soziale Bewertung der Zielkohärenz kann gedacht werden als strukturelle Kopplung des Systems Psyche des Indexklienten mit der Operationsweise Erleben als Gedanken und Emotionen und des sozialen Systems Familie mit der Operationsweise Kommunikation.

## **2.2.18 Indikationen für die systemische Gruppenpsychotherapie mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten für Kinder und Jugendliche**

Als Indikationsstellung sind Regeln darüber zu verstehen, welche Verfahren (zur Diagnostik/Therapie) bei welchen Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden können, sowie Annahmen darüber, wie wahrscheinlich sich Erfolge einstellen (Petermann & Petermann, 2000, S. 27), wobei grundsätzlich Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten besteht (Pschyrembel 1994 S. 716).

Indikationen orientieren sich am Kontext, in welchem ein Symptom wahrgenommen und beschrieben wird und in welchem sich ein Problemsystem rund um das Symptom aktualisiert (in Anlehnung an Ludewig 1991).

Relevante Kontexte: Gesundheitssystem, Pädagogische Systeme Familie und Erziehung, Justiz, individuelle Faktoren

### **2.2.18.1 Kontext Gesundheitssystem:**

#### **2.2.18.1.1 Störungsbezogene Indikationen**

Für geeignete Verfahren müssen in der Literatur Hinweise zu empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen zu diesen Störungen bzw. falls keine Untersuchungen vorhanden sind, Literatur zur klinischen Erfahrung vorhanden sein.

In der wissenschaftlichen Literatur werden für das Verfahren psychotherapeutische Kinder- und Jugendlichengruppen folgende Störungsbereiche behandelt:

Als der der vorliegenden Untersuchung ähnlichsten Therapieform wird aus der Forschung die ambulante systemische Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie gewertet. Mit diesem Verfahren wurden nach Hirschberg und Peiser (2006) folgende Diagnosebereiche behandelt:

Verhaltens- und emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10, F9x), umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10, F8x), neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10, F4x), depressive Störungen (ICD-10, F3x), tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84).

Auch wenn die Evaluation von Hirschberg et al. (2010) nicht den Kriterien strenger Forschung bezüglich Wirksamkeit genügt (keine Kontrollgruppe bzw. Randomisierung), so sind die empirischen Nachweise (2006, 2010) sowie die praktische kontinuierliche Erfahrung seit 2001 Belege dafür, dass eine erfolgreiche Behandlung obiger Störungsgruppen möglich war.

Ang und Hughes (2002, zitiert n. Petermann et al. 2007, S. 145) belegen die Wirksamkeit eines Trainings sozialer Fertigkeiten von Individual- und Gruppentherapien mit gemischter Zusammensetzung (aggressiv-dissoziale Kindern und solche mit prosozialem Verhalten).

Im Bereich der kognitiv-behavioralen Psychotherapie liegen empirische Arbeiten für Gruppenpsychotherapien für soziale Ängstlichkeit (Melfsen et al., 2003), Sozialphobie (Joormann et al., 2002), Essstörungen (Michler et al., 2007), majorer Depression (Johnson, 2009) und aggressiven Kinder (Nitkowski et al., 2009) vor, im Bereich der systemischen Gruppenpsychotherapie eine qualitative Arbeit zu primärem Kopfschmerz (Miksch u.a. 2004).

Aus dem Verfahrens-Bereich der Erlebnistherapie liegen für Jugendliche Wirksamkeiten aufgrund empirischer Arbeiten zu Übergewicht (Jelalian, 2006) und aus dem Bereich der wilderness Therapie die Indikation Familientherapie aufgrund psychischer Auffälligkeiten (SED) mit ernsthaften Auswirkungen in Familie, Schule oder Gemeinwesen (McLendon et al., 2009), Depression gem. DSM-IV (Norton 2008), Richardson (1999) fand für Depressionen keine signifikante Abnahme der Störung (allerdings nur 1 tägige Intervention), Boeger et al. (2006) für eine nicht-klinische Schülergruppe signifikanten Abnahmen bei Aggression, Angst/Depression und soziale Probleme, sowie Zunahme bei

Selbstwert., Romi et al. (2004) für „dropout adolescents“ signifikante Unterschiede bei Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung, Gillis und Gass (2010) für jugendliche Sexualstraftäter.

Aus dem Bereich der stationären Erwachsenenpsychotherapie zeigt die Arbeit von Wolf und Mehl (2011) die stärkste Aussage bezüglich vergleichbarer Wirksamkeit bei Depressivität, psychischer Beeinträchtigung, Zustandsangst, Externalität zur stationären Standardbehandlung, aber erhöhte Wirksamkeit von Hochseilexpositionen bei Trait-Angst und Selbstwirksamkeit.

Anmerkung aufgrund der Therapieerfahrung des Autors: Auch finden sich häufig komorbide Begleit-Störungen, wie ADHS mit einer Störung des Sozialverhaltens oder eine Störung des Sozialverhaltens mit Depression.

#### **2.2.18.1.2 Settingindikationen**

##### **Störungshomogene Gruppen – Gruppen mit Störungen gemischter Zusammensetzung**

Hirschberg und Meyer (2010) belegen die Wirksamkeit störungsheterogener Gruppen (siehe störungsbezogene Indikationen 2.2.18.1.1).

Ang und Hughes (2002, zitiert n. Petermann et al. 2007, S. 145) belegen die Wirksamkeit von Gruppentherapien mit gemischter Zusammensetzung (aggressiv-dissozialen Kindern und solche mit prosozialem Verhalten) gegenüber Gruppentherapien mit ausschließlich aggressiv-dissozialen Kindern und belegen Letztere als ungünstige Therapieform.

Störungshomogene Gruppen verlangen eine andere Konzeption, welche u.a. in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie zu einer hohen Strukturierung und Manualisierung (siehe störungsbezogene Indikationen 2.2.18.1.1, Strukturierung der Gruppe 2.2.15) führt.

Anmerkung des Autors:

In Anlehnung an Hirschberg und Meyer (2010) wird für die beschriebene Konzeption dieser Untersuchung eine Gruppenzusammensetzung unabhängig von der Diagnose verfolgt.

## **Einbindung des Eltern-Bezugssystems**

In Familien in denen Elternberatung neben der Gruppentherapie stattfand, wurde die Gruppentherapie durchgehend positiver bewertet, als Familien die keine Elternberatung in Anspruch genommen haben (Hirschberg und Peiser, 2006).

Die Ergebnisse der Forschung lassen störungsübergreifend wenig Spielraum: Systematischer und regelmäßiger Einbezug der Eltern und aller am Problem- und Lösungssystem Beteiligten in die Therapie des Indexkunden Kind ist indiziert und Methode der Wahl (Schmitt, Weckenmann 2009 S. 85). Nützliche Kindertherapie ist öfters ohne Kinder, mit den Eltern allein, aber nur selten und in wohlbegründeten Einzelfällen ohne Eltern möglich; Therapie allein mit den Kindern ist wenig effizient (Schmitt, Weckenmann 2009, S. 82).

Für aggressiv-dissoziales Verhalten belegen die Befunde von Kazdin, Siegel und Bass (1992, zit. n. Petermann et al. 2007, S. 144), dass eine Kombination von Kinder- und Elterntraining diese Verhaltensweisen deutlicher reduziert, als die Komponenten jeweils allein.

Norton (2008) beschreibt für den Bereich wilderness therapy, dass zur Intervention bei Jugendlichen mit depressiven Störungen auch Interventionen in der Familie enthalten sein müssen.

Bandoroff und Scherer (1994) wiesen Verbesserungen durch direkten Familieneinbezug in wilderness Settings in Familiären- und Verhaltens- und Selbstkonzeptvariablen nach, allerdings nicht im signifikanten Bereich.

McLendon et al. (2009) beschreibt für ein Familien-wilderness Camping Programm, in welchem Familientherapie als Hauptintervention stattfand, signifikante Veränderungen in der familiären Kohäsion, keine markante Veränderung in der familiären Anpassungsfähigkeit, sowie signifikante Verbesserungen in der Elternbeurteilung der CBCL Skalen Gesamtauffälligkeit, Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen.

Anmerkung aufgrund der Therapieerfahrung des Autors: Halt und Sicherheit muß durch das Elternsystem gegeben sein. Sollten Kinder und Jugendliche in stationären Kontexten leben, so muß das dortige Bezugssystem der Erzieher/Betreuer einbezogen werden.

## **Warum Gruppentherapie und nicht Einzeltherapie?**

Hirschberg und Peiser (2006) vertreten die These, dass Gruppentherapie eine gute Prognose hat, wenn Kinder kontraktfähig und kontraktbereit sind. Ist die Kontraktfähigkeit oder Bereitschaft nicht gegeben, ist zunächst an eine Einzelanbindung zu denken.

Lehmkuhl (2001, S. 306 zit. n. Hirschberg und Peiser, 2006, S. 25) schreibt zum Indikationskriterium Gruppe: „[...] wenn es einem Kind/Jugendlichen nicht gelingt, in der Einzelpsychotherapie eine positive Übertragung herzustellen oder die verbale Kommunikation so stark blockiert, kann nur das Ausleben und der Kontakt zu Gleichaltrigen der Weg zu einer erfolgreichen Behandlung sein.

Die Autoren meinen, dass Kinder durch Ängste und Unsicherheiten in den ersten Gruppenstunden vermehrt durch demonstratives Agieren und Imponiergehabe zu kompensieren versuchen. Die Autoren beobachteten, dass nach klarer Kontraktarbeit die Kinder schon in der ersten Stunde ihre Anliegen wiederholen können und so ein Rahmen von Vertrautheit geschaffen wird, der Agieren drastisch herabsetzt.

Für Möller (2007, S. 589) äußert sich die Problematik jugendlicher Patienten, welche im stationären oder ambulanten Rahmen Hilfe suchen häufig primär im zwischenmenschlichen, interaktionellen Bereich. Die Schwierigkeiten im interpersonellen Verhalten werden im Rahmen eines stationären Settings oder einer ambulanten Gruppe relativ schnell deutlich. Damit ist das problematische Verhalten nicht mehr nur erzählte Lebensgeschichte, sondern in der aktuellen Beziehung erlebbar und damit veränderbar. Die Gruppe entspricht einem sozialen Mikrokosmos, in welchem im Hier und Jetzt Verhalten erlebt, verstanden und verändert werden kann. Möller bezieht sich auf eine psychoanalytische-interaktionelle Theoriebildung.

Yalom sieht das ähnlich, indem er schreibt, dass Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie den Vorteil hat, dass soziales Lernen und der Aufbau sozialer Unterstützung möglich ist und soziale Netzwerke verbessert (Yalom 2010 S. 264).

Hirschberg benennt als ein wesentliches Kriterium für Veränderung, die Wahrnehmung von Veränderung durch andere (Hirschberg 2010, S. 59).

Nach Meinung des Autors sollte die Therapie in jenem Interaktions-Kontext stattfinden, in dem das Problem auftritt. Also nicht Einzeltherapie oder Familientherapie bei Problemen in der sozialen Umwelt Gleichaltriger, oder bei Störungen des sozialen Verhaltens oder sozial ängstlichem Verhalten in der Gleichaltrigen Gruppe zB. in der Schule, oder keine

Freundschaften in der Wohnumgebung. Begründung erfährt dieser Ansatz durch das Konzept der Isomorphie bzw. des metaphorischen Transfers. Aus handlungsorientierter Perspektive können die „Erlebniszonen der Gruppe möglichst isomorph zu denen des Alltags gestaltet werden, um den Transfer zu erleichtern“ (Fürst, Teske, 2005, S. 39), bzw. steigt durch die Strukturähnlichkeiten (=Isomorphie) zwischen den Lernumwelten Therapiegruppe - Alltagsgruppe die Wahrscheinlichkeit metaphorischer Transferleistung, wobei „unter dem metaphorischen Transfer die Übertragung allgemeiner Muster einer Lernerfahrung in die Lebenssituation zu verstehen ist“ (Gass, 1985, zit. n. Initiative Outdoor-Aktivitäten, 2009c, S. 47).

Yalom benennt Gruppenindikationen für den Erwachsenenbereich, welche aber in ihren wesentlichen Grundzügen nach Meinung des Autors auch für Kinder und Jugendliche sichtbar sind: offenkundige Probleme im interpersonalen Bereich, beispielsweise Einsamkeit, Schüchternheit, und soziales Rückzugsverhalten, Unfähigkeit zu Nähe oder Liebe, übertriebenes Konkurrenzverhalten, Aggressivität, aufreizendes Verhalten, Streitsucht, Misstrauen, Autoritätsprobleme, Narzissmus, die Unfähigkeit zu teilen, sich einzufühlen oder Kritik zu akzeptieren, ein ständiges Bedürfnis nach Bewunderung, das Gefühl, nicht liebenswert zu sein, Angst, sich durchzusetzen, Unterwürfigkeit, Abhängigkeit, Impulsivität. Außerdem müssen Klienten bereit sein, eine gewisse Verantwortung für diese Eigenschaften zu übernehmen oder sie mindestens anzuerkennen; sie müssen auch den Wunsch nach Veränderung haben (Yalom (2010 S. 282).

Yalom sieht als primäre Aufgabe sich an einer dynamischen, interaktionsorientierten Therapiegruppe beteiligen zu können, in der Bereitschaft und der Fähigkeit der Klienten, das eigene interpersonale Verhalten zu untersuchen, sich der Gruppe zu offenbaren und Feedback zu geben und anzunehmen (Yalom 2010 S. 266).

Weiters muss eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen möglich sein (Yalom 2010 S. 268).

Anmerkungen des Autors: Der Faktor Motivation ist auch als Indikation zu sehen: Eine Idee ist, dass die Art der Therapie (Outdoor) bzw. das Setting der Therapie, d.h. Gruppe, interessant für Kinder und Jugendliche sein kann.

Indikation ist auch die vermutete Wirkung des Klienten auf andere Gruppenmitglieder: Im Fall der Untersuchungsgruppen sollte das Entwicklungsalter nicht zu sehr vom Gruppenschnitt abweichen und wurde auch als Aufnahmekriterium gewertet.

## **Gruppengröße**

Folgende Autoren nennen Zahlen:

4 bzw. 6 sozial ängstliche Kinder im Alter von 9-12 Jahren (Mehlfesen, Osterlow, Beyer und Florin 2003)

Durchschnittlich 8 Kinder je Gruppe heterogener Diagnose (Hirschberg und Meyer, 2010); 6-8 jährige Kinder Therapeutenschlüssel 1:3; über 8 Jahre 1:4 (Hirschberg 2010)

2-3 aggressive, im Mittel 10 jährigen Kinder (Nitkowski, Petermann, Büttner, Krause-Leipold, Petermann, 2009)

6-8 Teilnehmer, strafunmündigen Kinder und Jugendliche mit gewalttätigem Verhalten Bliesner (2010)

## **2.2.18.2 Pädagogische Systeme**

### **2.2.18.2.1 Familien und Schulen, die Jugendwohlfahrt**

Indikationen liegen aufgrund sozialer Auffälligkeiten meist im Bereich nicht erfüllter normativer Anpassungsvorstellungen der Eltern/Erziehenden/gesellschaftlicher Institutionen vor.

Im Jugendwohlfahrtsbereich formulierte die Jugendwohlfahrt des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung eine Richtlinie zur Indikationsstellung von Erlebnispädagogik (Amt der OÖ Landesregierung, 2004).

### **2.2.18.3 Justizsystem: Straftaten, Resozialisierung, Forensik, Gewalttäterarbeit**

Die Arbeit mit Jugendlichen nach Verurteilungen im Kontext der Bewährungshilfe braucht für eine spezifische Resozialisierung spezielle Notwendigkeiten und Ressourcen (Amesberger 1992, Gillis und Gass, 2010).

Nach Meinung des Autors stellt das Konzept der systemischen Gruppenpsychotherapie mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten<sup>®</sup> für Kinder und Jugendliche klar kein Anti-Aggressions und auch klar kein Anti-Gewalttraining dar (Bliesner, 2010, S. 149), obwohl es Teilelemente dieser Programme verwendet und auch mit den Themen Aggression und Gewalt, aber nicht im Sinne einer Spezialisierung, arbeitet.

Spezialisierung würde Vernetzung mit dem Justizsystem, entsprechende Qualitätssicherung (psychologische Testbegleitung zur Gefährlichkeitseinschätzung, Supervision) und vor allem Ausbildung in Gewalttäterarbeit voraussetzen.

Das Konzept der systemischen Gruppenpsychotherapie mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten® für Kinder und Jugendliche stellt eine primär-präventive Maßnahme gegen Gewalt dar, welche aggressives und gewalttätiges Verhalten als Problem (zB. in der Schule) im Blick hat. Es stellt auch eine sekundär-präventive Maßnahme im Bereich Gewalt, als Angebote für dissozial auffällige und gewaltbereite Kinder und Jugendliche im Sinne von Bliesner (2010, S. 149) dar. Dieses Angebot wird auch als solches von ambulanten Diensten und Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, oder auch von stationären Einrichtungen öffentlicher oder freier Träger der Jugendwohlfahrt wahrgenommen.

### **2.2.19 Individuelle Faktoren**

Freiwilligkeit: Das Aufnahmekriterium ist die Fähigkeit und die Bereitschaft vom Kind und seinen relevanten Bezugspersonen einen Auftrag zu formulieren (Hirschberg und Meyer, 2010). Yalom (2010 S. 282) formuliert Aufnahmekriterien für die Gruppentherapie, dessen wichtigstes die Motivation ist. Es reiche nicht geschickt worden zu sein.

Je positiver die Erwartungshaltung vom Nutzen der Therapie ist – Gruppe wie Einzel- desto besser wirkt sie (Yalom 2010, S. 285). Diese beiden Aufnahmekriterien Yaloms unterstreichen die Erfahrung des Autors der Arbeit und unterstreichen die Wichtigkeit der Kriterien der Freiwilligkeit, der Einwilligung und der Zustimmung in die Behandlung, welche eigentlich Grundvoraussetzung jeder Psychotherapie sein sollten.

Nach Meinung des Autors muß die Gruppenzusammensetzung weiters das individuelle Entwicklungsalter und das Intelligenzniveau berücksichtigen.

### **2.2.20 Ausschlusskriterien**

Die Teilnahme an heterogenen, ambulanten Therapiegruppen eignet sich sehr schlecht für hirnverletzte, paranoide, hypochondrische, drogen- oder alkoholsüchtige, akut psychotische oder soziopathische Menschen (Yalom 2010 S. 267).

Nach Erfahrung des Autors dieser Arbeit ist die Gruppen-Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen, welche durch Kinder oder Jugendliche sexuell missbraucht wurden oder

Opfer von Gewalt durch Kinder/Jugendliche/Erwachsene sind/waren, heikel und es muss sehr genau Nutzen und Risiko (Retraumatisierung) vor Beginn der Gruppenarbeit abgewogen werden. Die Forschung zum Thema Erlebnistherapie zeigte ja auch, dass der Einsatz von erlebnistherapeutischen Methoden Begleitsymptomatiken, aber nicht die Kernsymptomatik beeinflusst (Heyer, Boyd, Scurfield, Smith und Burke, 1996 und Ragsdale, Cox, Finn und Eisler, 1996).

Ausschlussgründe finden sich auch bei zu großen Trennungsängstlichkeiten von den Bezugspersonen, bzw. wenn alleine die Vorstellung Gruppe Angst macht. Daher ist ein Mindestmaß an Autonomie des Kindes notwendig.

Nach Erfahrung des Autors ist eine Arbeit mit Kindern, welche unter Bindungsstörungen leiden, welche Sicherheit über Agieren herstellen, aufgrund der Sicherheitsanforderungen im Outdoorbereich nur mit einem sehr reduzierten Betreuerschlüssel oder minimaler Gruppengröße möglich und sinnvoll.

In Bezug zur eigenen Forschung stellt sich die Frage, ab welcher Intensität der Störung eine ambulante psychotherapeutische Gruppe mit integrativen Outdoor-Aktivitäten an ihre Grenzen stößt. Die unten angeführten Überlegungen zeigen, dass Grenzen u.a. dann erreicht sind, wenn eine Ausweitung des ambulanten Behandlungsrahmens auf stationäre Kontexte notwendig ist, insbesondere, wenn familiäre Ressourcen nicht mehr ausreichend mobilisierbar sind. Es zeigt sich allerdings ein erhöhter Abstimmungsaufwand. Die bisherige Erfahrung zeigte, dass der Aufwand der Abstimmung der wesentliche begrenzende Faktor ist. Telefonate allein, oder alleiniger Transfer durch die Eltern reicht für eine sinnvolle Gruppenarbeit nicht aus. Klinischer Konsens besteht bezüglich Klienten mitten in einer akuten Krisensituation, oder auch schwer depressive und selbstmordgefährdete Klienten. Diese machen einen Einbezug einer stationären Behandlung notwendig.

Weitere Grenzen werden nach Erfahrungen des Autors erreicht bei

- akute Krisen von Jugendlichen, welche familiäre Krisen nach sich ziehen und welche stationäre Jugendwohlfahrtsmaßnahmen notwendig machen (zB. Einbezug einer Einrichtung für Krisenunterbringung).
- Jugendliche, welche aufgrund anhaltender Verhaltensauffälligkeiten im Kontext Schule nicht mehr haltbar sind (im Unterschied zu vorübergehenden Schulsuspendierungen) bzw. die Schule nicht mehr besuchen können (zB. Schulangst) bzw. wo bei diesen Jugendlichen

aufgrund ihrer Thematik auch in der Gruppensituation ein Davonlaufen und dadurch Infragestellen eines sicheren Rahmens nicht mehr möglich ist. Sicherheitsvereinbarungen mit Eltern/Erzieherbezugssystemen und Notfallpläne können teilweise Abhilfe schaffen.

### **2.2.21 Epidemiologie psychischer Störungen und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter**

Bezugnehmend auf die Indikationen erfolgt eine kurze Darstellung von Prävalenzraten (Störungshäufigkeitsdaten stellen Jahresprävalenzen dar). Eine Metastudie von Eschmann (2007) nennt für die Prävalenz von psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters 16-22% (hohe, niedrige psychosoziale Funktionstüchtigkeit) aufgrund der Auswertung von 22 Studien zwischen 1987 bis 2004. Barkmann (2004) wertete 29 Studien zum Thema aus und nennt für die gleiche Alterspopulation Deutschlands die Prävalenz emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten mit 17,2 +/- 5,07% (M+/- SD).

Remschmidt und Mattejat (2003, S. 219) nennt 5% der Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren dringend behandlungsbedürftig. Bei weiteren 10-13% sind aufgrund von auffälligem Verhalten diagnostische Maßnahmen und Beratungsangebote angezeigt. Prävalenzraten und Inanspruchnahmedaten zeigen regelmäßige Differenzen. In einer Studie in drei hessischen Landkreisen betrug die mittlere Inanspruchnahmerate nur 3,3% während die Auffälligkeitsrate 12,7% betrug (Remschmidt, Walter, 1990).

Störungsspezifische Ausprägungen werden genannt: Angststörungen 10,4% (Ihle, Esser, 2002), Depressionen 3% Kinder, Jugendliche 0,4-6% (Steinhausen, 1996, zit. in Seiffge-Krenke 2007, S. 193), Störungen des Sozialverhaltens 7,5% (Ihle, Esser, 2002), 8,6% Petermann (2000), aggressiv-dissoziales Verhalten nach Hölling et al. (2007) Jungen 17,6%, Mädchen 11,9%, ADHS 2% (Schmitt, Weckenmann 2009, S. 83). Jungen weisen deutlich mehr externalisierte und Mädchen mehr internalisierte Störungen auf.

Lehrer beschreiben die Prävalenzrate, dass rund 20% (26% Junge, 12% Mädchen) aller Schüler so auffällig sind, dass Beratungsbedarf besteht (Berg, Tisdale 2003).

Gewalterfahrungen: 19,6% Jungen und 9,9% Mädchen waren Täter. 5% Jungen und 3,9% Mädchen Opfer, 7,6% Jungen und 3,6% Mädchen sowohl Täter wie Opfer von Gewalthandlungen. 67,2% Jungen und 82,5% Mädchen nie an einer Gewalthandlung beteiligt (Schlack, Kurth, Hölling, 2008, S. 253).

### **3 Stand der Forschung:**

#### **3.1 Allgemeines**

Die aufgefundenen empirischen Arbeiten und Studien konnten für die Thematik der vorliegenden Arbeit jeweils nur in Teilbereichen Bezüge herstellen, da keine Arbeiten aufgefunden werden konnten, welche die Behandlungs-Methode systemische Familientherapie für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche im ambulanten Setting/Anwendungsbereich Gruppe, mit der methodischen Erweiterung Erlebnistherapie und die Variablen der Forschungsfrage Zielkohärenz und Therapieerfolg direkt beschreiben.

Gefunden wurden Annäherungen aus dem Umfeld: Forschungsarbeiten zum Gegenstand ambulante systemische Gruppenpsychotherapie für Kinder- und Jugendliche und für Erwachsene; Weiters Studien aus anderen fachlichen Richtungen zur Gruppenpsychotherapie für Kinder- und Jugendliche; Metaanalysen zum Bereich systemische Therapie/Familientherapie und zum Bereich Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie; Erlebnistherapie sowie Erlebnistherapie als Ergänzungsverfahren für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche und für Erwachsene; Forschungsarbeiten, in welchen Familientherapie im Wilderness Setting durchgeführt und in welchem wilderness Therapie durch Familientherapie ergänzt wurde; Forschungsarbeiten zur Wilderness Therapie Jugendlicher, sowie Metaanalysen zur Erlebnistherapie; Schließlich der Kern der Arbeit Studien zur Forschungsfrage, zum Zusammenhang Zielerreichung und Symptomverbesserung.

Zur besseren Lesbarkeit werden im Text nur die direkten Bezüge der Forschung zur vorliegenden Arbeit angeführt. Im Anhang findet sich eine Tabelle der erhobenen Arbeiten zu Autor, Zielgruppen, Anzahl, Alter, Interventionsdauer, Kontext, Setting, Methode, Forschungsdesign, Messinstrumente und Ergebnis.

#### **3.2 Gruppenpsychotherapie**

Die systemische Psychotherapie wurde ursprünglich nicht als Gruppenpsychotherapie konzeptualisiert. Wittmund, Musikowski und Schötz (2004, S. 58) meinen, dass die Praxis systemischer Gruppentherapiekonzepte der veröffentlichten, evaluierten und theoretischen Reflexion dieser Konzepte derzeit noch voraus zu eilen scheint. Diesen Umstand unterstreicht von Sydow (2007, S. 16), welche in einer umfassende Metastudie zum Stand der Systemischen Therapie/Familientherapie Literaturhinweise zu Konzepten und

Erfahrungen zur systemischen Gruppenpsychotherapie anführt, jedoch keine empirischen Studien nennt.

In der durchgeführten Literaturrecherche konnten empirische quantitative Studien im Bereich der ambulanten systemischen Kinder- und Jugendlichen Gruppenpsychotherapie bei Hirschberg und Meyer (2010) bzw. Hirschberg und Peiser (2006), sowie eine qualitative Studie bei Miksch, Ochs, Franck, Seemann, Vernes und Schweitzer (2004) gefunden werden. Für Erwachsene legten Lau und Kristensen (2007) eine kontrollierte-randomisierte Studie mit Wartekontrollgruppe vor (Frauen mit intrafamiliären Missbrauchserfahrungen). Qualitativ evaluierten Wittmund et al. (2004) ein ambulantes systemisches Gruppenprojekt.

Die eigene Untersuchung zeigt viele Parallelen zur Arbeit von Hirschberg und Meyer (2010) bzw. Hirschberg und Peiser (2006), vor allem konzeptionell in der Rahmengestaltung (2-Leiter Prinzip, Elterneinbezug, Kurzzeitkonzept, störungsoffen, ressourcen- und lösungsorientiert). Die Studie von Miksch et al. (2004) betont die Förderung der Selbstständigkeit der Kinder und Jugendlichen im Umgang mit dem Symptom Kopfschmerz.

Empirische Studien zur Gruppenpsychotherapie anderer Therapierichtungen im Kinder- und Jugendlichenalter wurden vor allem aus dem Bereich der kognitiv-behavioralen Psychotherapie publiziert. Johnson (2009) gibt einen Überblick zur Wirksamkeit ambulanter und stationärer Gruppenbehandlung bei majorer Depression, Michler, Wolter-Flanz und Linder (2007) berichten über ein ambulantes verhaltenstherapeutisches Konzept für Mädchen mit Essstörungen, Mehlfen, Osterlow, Beyer und Florin (2003) evaluierten ein Training für sozial ängstliche Kinder, Jormann und Unnewehr (2002) behandelten Kinder mit sozialer Phobie, Nitkowski, Petermann, Büttner, Krause-Leipold, Petermann (2009) evaluierten ein Verhaltensmodifikationsprogramm für aggressive Kinder, Petermann, Petermann, Besier, Goldbeck, Büttner, Krause-Leipold und Nitkowski (2008) weisen die Effektivität eines Trainings für aggressive Kinder in Psychiatrie und Jugendhilfe nach.

Ähnlich zu systemischen Gruppen stellen die angeführten Studien kurzzeittherapeutische Verfahren dar. Unterschiedlich zu systemischen Gruppen ist, dass kognitiv-behaviorale Therapieansätze störungshomogene Gruppen forcieren, sowie manualisiert arbeiten.

### **3.3 Erlebnistherapie**

#### **3.3.1 Allgemeines**

Erfahrungsorientiertes Lernen bzw. Erlebnistherapie wurde unter den Begriffen „outdoor education, outdoor adventure education, wilderness challenge programmes, wilderness therapy, adventure therapy“ gesucht, und dabei Studien im Bereich der ambulanten und stationären Psychotherapie, Psychiatrie, Pädiatrie, Rehabilitation, Sozialarbeit und Justiz identifiziert.

Die Recherche einschlägiger wissenschaftlicher Artikel erfolgte über die wissenschaftlichen Datenbanken „Scopus“ und „Psyndex“ der Universität Wien.

In Anlehnung an die im Theorieteil getroffene Präzisierung, wonach in dieser Arbeit unter Erlebnistherapie ein therapeutisches Ergänzungsverfahren verstanden wird, wurden in der Recherche Untersuchungen zu unterschiedlichen therapeutischen Settings aufgefunden. Dabei war es wichtig, zwischen den Settings „wilderness therapy“ und „adventure-based-therapy“ zu unterscheiden.

Der erste Begriff greift ausgiebig auf die Wirkung der Natur als Lernfeld zurück, setzt auf einen intensiven Gruppenprozess in bewusstem Kontrast zu den Alltagsgewohnheiten. KlientInnen und Therapeuten begeben sich gewöhnlich zusammen über einen längeren Zeitraum auf eine Expedition, wo sie rund um die Uhr zusammenleben.

Im Gegensatz dazu betont die „adventure-based-therapy“ künstlich geschaffene Abenteuersituationen. Die Therapie kann sowohl stationär über Tage oder Wochen, als auch ambulant über Intervalle von einigen Stunden stattfinden (Gilsdorf 2004, S. 126).

In der recherchierten Literatur im Bereich erfahrungsorientiertes Lernen in der Psychotherapie konnten keine Studien zum Thema Zielerreichung bzw. Zusammenhang Zielerreichung und Symptomverbesserung aufgefunden werden.

Der Überhang der recherchierten quantitativen und qualitativen Studien war im Themenbereich „wilderness Therapy“ zu finden und betraf gefährdete bzw. straffällige Jugendliche als Zielgruppe. Es fanden sich aber auch Untersuchungen im klinischen Bereich zu psychischen Störungen wie Depressionen, Emotionalen- Verhaltens- oder Drogenproblemen sowie Krebserfahrungen.

### 3.3.2 Forschungsstand Erlebnistherapie

Im Bereich Schule forschten Boeger, Dörfler und Schut-Ansteeg (2006) in ihrer Studie zum Einfluss erlebnispädagogischer Interventionen. Selbstwertgefühl und psychosoziale Befindlichkeit (Aggression, Depression/Angst, soziale Probleme) verbesserten sich signifikant. Vergleicht man diese YSR-Rohwerte (Boeger, 2006, S. 191) mit der deutschen Normierung (Döpfner et al., 1998, S. 42), so wird deutlich, dass die untersuchte Population klar im nicht-klinischen Bereich liegt. Interessant ist der Unterschied zu Hirschberg und Meyer (2010), welche für die nicht-klinische Population auf den sehr ähnlichen Eltern Skalen der CBCL, allerdings für den Gesamtwert, keine signifikanten Mittelwertsunterschiede beschrieben.

Erlebnistherapie als Ergänzungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Gruppenbehandlung von Kindern und Jugendlichen findet sich nur in einer pädiatrischen Studie zum Thema Übergewicht bei Jelalian, Mehlenbeck, Lloyd-Richardson, Birmaher und Wing, 2006. Die Autoren zeigen, dass kognitiv-behaviorale Gruppenbehandlung durch relativ kurze 1/2 stündige Adventure-Based-Therapy-Einheiten in Bezug zur Vergleichsgruppe keine signifikanten Unterschiede zeigt, dass sich allerdings für ältere Jugendliche in der Kombinationsbehandlung signifikante Interaktionseffekte gegenüber reinen sportlichen Aktivitäten wie Aerobic Einheiten ergaben.

Erlebnistherapie bei Erwachsenen als Ergänzung zu stationärer psychotherapeutischer, psychiatrischer und Rehabilitationsbehandlung ist auch für die Behandlung schwerer psychischer Störungen (Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen) geeignet (Eikenaes, Gude und Hoffart, 2006, Voruganti L.P., Whatham J., Bard E., Parker G., Babbey C., Ryan J., Lee S., MacCrimmon D.J., 2006, Kelley, Coursey und Selby, 1997), sowie bei KlientInnen mit mildem Schädel-Hirn Trauma (Lemmon, LaTourette und Hauver, 1996).

Neu und innovativ ist die langfristige Verbesserung in der Trait-Angst und Selbstwirksamkeit (24 Monats follow up) durch die Hochseilexposition im Rahmen einer stationären Psychotherapie in den Arbeiten von Wolf und Mehl (2011, 2008).

Die Untersuchungen an Kriegsveteranen zeigten, dass Outdoor-Aktivitäten ergänzend eingesetzt wurden. Die eigentliche Arbeit am Trauma, sowie an der PTBS-Symptomatik braucht spezielle psychotherapeutische Methoden. Der Einsatz von erlebnistherapeutischen Methoden beeinflusst Begleitsymptomatiken, aber nicht die Kernsymptomatik (Heyer, Boyd, Scurfield, Smith und Burke, 1996 und Ragsdale, Cox, Finn und Eisler, 1996).

Die Erfahrung des Autors dieser Arbeit zeigte, dass durch Outdoor-Aktivitäten und Gruppengeschehen traumatische Erlebnisse reaktiviert werden können.

Erlebnistherapie als eigenständiges Verfahren braucht eine Mindestdauer an Zeit. Die Arbeiten von Luvaas (2010) und Richardson (1999) zeigen für Jugendliche und junge Erwachsene, dass die Therapiedosis im Fall 1 tägiger Interventionen als zu gering anzusehen ist. Signifikante Effekte zeigen sich im Erwachsenenbereich nach 3 täglichen Interventionen (Bennett, Cardone und Jarczyk, 1998).

Bei Erlebnistherapie als Ergänzungsverfahren für Kinder- und Jugendliche hingegen zeigen regelmäßige Interventionen kurzer Dauer (1/2 stündige Adventure-Based-Therapy-Einheiten) zur Gruppentherapie mit reinem Sportangebot vergleichbare Wirkungen (Jelalian et al., 2006).

Der Einbezug von Familien wurde einerseits in der systemischen, aber auch in der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen empirisch untersucht (Hirschbergs und Meyer, 2010, Hirschberg und Peiser 2006, Miksch et al. 2004, Petermann et al. 2007).

Im Erlebnistherapeutischen Setting finden sich Anmerkungen über die Notwendigkeit bei Norton (2008). Die Studie zeigte auch, dass effektive wilderness therapy zur Intervention bei Jugendlichen mit depressiven Störungen auch Interventionen mit der Familie enthalten muß. Positive Beziehung zu den Eltern, sowie das Kreieren von Möglichkeiten positiver Kommunikation und Kohäsion im Familiensystem werden als Schlüsselfaktoren zur anhaltenden Verbesserung depressiver Störungen Jugendlicher genannt. Die Studie zeigt auch die Notwendigkeit der Weiterführung der Behandlung nach Ende des Programms eingebettet in die verschiedenen Bezugssysteme der Familie, der Schule und der Gleichaltrigen. Die konzeptionelle Ankopplung von Familientherapie an Wilderness Programme zeigte Bandoroff und Scherer (1994). Die Autoren wiesen Verbesserungen in familiären- und Verhaltens- und Selbstkonzeptvariablen nach, allerdings nicht im signifikanten Bereich.

McLendon et al. (2009) beschreibt ein 3 tägliches Familien-Wilderness Camping Programm, in welchem Familientherapie als Hauptintervention stattfand. Die Studie fand signifikante Veränderungen in der familiären Kohäsion, keine markante Veränderung in der familiären Anpassungsfähigkeit, sowie signifikante Verbesserungen in der Elternbeurteilung der

CBCL Skalen Gesamtauffälligkeit, Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen.

Wilderness Therapy behandelt nach Meinung des Autors Jugendliche, welche stationärer Behandlung bedürfen, oder in der stationären Jugendwohlfahrt leben bzw. auch dort an ihre Grenzen stossen (Richtlinie Amt OÖ Landesregierung, 2004, Kreszmeier, 1994). Russel (2003) zeigt, dass die Symptomstärken ähnlich zu stationären Populationen sind.

„Wilderness Programme“ weisen aufgrund ihres Expeditionscharakters lange Interventionsdauern auf. Norton (2008) nennt 28 Tage, Harper und Russel (2008) zwischen 3 und 9 Wochen, Russel (2005) 50 Tage, Romi und Kohan (2004) 6 Tage. Diese Programme gleichen daher mehr einer stationären Behandlung, mit dem Hauptunterschied, dass Betreuer und Therapeuten meist durchgehend anwesend sind und nicht, wie im Klinischen Kontext im Schichtwechselfeld arbeiten. Daher ergibt sich neben anderen Wirkfaktoren auch ein höherer persönlicher Bezug zwischen Behandlern und Klienten, und das Modell-Lernen über positive Rollenvorbilder und wurde zB. in der Arbeit von Ambrozaitis (2010) qualitativ untersucht.

Die behandelten Störungsbilder in „Wilderness Programmen“ zeigen Kinder und Jugendliche mit ernsten Emotionalen-, Verhaltens- oder Drogenproblemen (Harper und Russel 2008), Schulbesuchsproblemen, delinquenten Verhaltensweisen (Bandoroff und Scherer, 1994), „dropout adolescents“ (Romi und Kohan, 2004), Störungen des Sozialverhaltens (Russel, 2002), depressiven Störungen nach DSM IV (Norton 2008), Jugendliche mit Krebs-Erfahrungen (Stevens, Kagan, Yamanda, Epstein, Beamer, Bilodeau und Baruchel, 2004).

Im Bereich der Justiz bzw. Forensik zeigen Studien auch die Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern (Gillis und Gass, 2010).

### **3.4 Metaanalysen**

#### **3.4.1 Metaanalysen im Bereich systemischer Therapie/Familientherapie**

Fasst man Sydow et al. (2007, S. 116) und Retzlaff et al. (2009, S. 287-290) zusammen, so wurden von den Autoren 71 kontrollierte, randomisierte (oder parallelisierte) Studien zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie/Familientherapie bei psychischen Störungen kindlicher und jugendlicher Inpatienten bis zum Zeitpunkt Ende 2008 identifiziert. Für

erwachsene Inpatienten konnten hingegen 48 RCT Studien gefunden werden (Sydow et al., 2007, S. 94, Retzlaff et al., 2009, S. 285-287).

Ein Überhang der Forschung ist in den USA bzw. Kanada zu bemerken (rd 2/3 der 71 Primärstudien). Rund 15 Studien konnten Europa zugeordnet werden, wobei das United Kingdom und die skandinavischen Länder rd. 80% ausmachen. Für den deutschsprachigen Raum weist Sydow et al. (2007) eine Primärstudie zur Wirksamkeit systemischer Therapie/Familientherapie bzw. Beelmann und Schneider (2003), welche den Bereich Familientherapie weiter fassten, wiesen 3 kontrollierte Studien aus. Interessant ist, dass Sydow et al. (2007) inzwischen auch den chinesischen Sprachraum mit einer Suchmaschine miterfassen konnten.

### **3.4.2 Metaanalysen im Bereich Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie**

Sydow et al. (2007, S.76) zitieren 3 Studien zur globalen Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes und Jugendalter, welche 19 Primärstudien zur Familientherapie (und 37 Studien aus anderen Richtungen) aufweisen.

Beelmann und Schneider (2003) recherchierten in ihrer Arbeit für den deutschsprachigen Raum 77 kontrollierte Studien, in welchem 3 zur Familientherapie (s.o.) zu zählen sind. Die überwiegende Mehrzahl ist verhaltenstherapeutisch orientiert (66 von 116). Für die nicht-direktive Spieltherapie, stationäre/teilstationäre Konzepte mit umfangreichen Behandlungskonzepten, Elterntrainings (verschiedener Richtungen), tiefenpsychologisch fundierte Behandlungskonzepte und Entspannungsverfahren konnten die Autoren 39 kontrollierte Studien finden.

### **3.4.3 Metaanalysen im Bereich Adventure Therapy, adventure programming, wilderness challenge programs, Outdoor Education**

Wolf und Mehl (2011) zitieren, dass Metaanalysen reliable Ergebnisse zeigen, welche Effektgrößen im kleinen bis mittleren Bereich aufweisen (0,3- 0,4). Zitiert werden Cason und Gillis (1994), Gillis und Speelman (2008), Hans (2000) und Hattie, Marsh, Neill, Richards (1997), sowie Wilson & Lipsey (2000).

Neill J. (2011a und 2011b) führt in zwei Artikeln noch weitere Studien an, deren aktuellste jene von Gillis und Speelman (2008) ist.

Vertieft man sich in die Originale dieser Arbeiten zB. Hans (2000) so fällt auf, dass die Kriterien zur Aufnahme ihrer 24 Primärstudien sich auf eine Prä-post Testung (quasi-experimentelle Untersuchung), dem Vorhandensein von „Experiential adventure/wilderness components“ sowie standardisierten psychometrischen Messungen, wie bei ihr „Locus of Control (LOC, Kontrollüberzeugung) beschränkten. Aus der sekundären Quelle erschließt sich, dass die Studien außer bei Hattie et al. 1997 (zit. n. Neill, 2011a, S. 6) keine follow up Untersuchung, sowie außer Gillis und Speelman, 2008 (zit. n. Neill 2011b, S.3) keine Kontrollgruppe aufwiesen.

#### **3.4.4 Gegenüberstellung Metaanalysen Erlebnistherapie und systemische Therapie/Familientherapie**

Die wissenschaftlichen Studien aus dem Bereich outdoor education, wilderness challenge programmes, wilderness therapy, adventure therapy sind in ihrer Designgestaltung im Vergleich zu Studien aus dem Bereich der systemischen Psychotherapie weniger aufwendig gestaltet.

Vergleicht man dazu die aktuelle Wirksamkeitsuntersuchung zur systemischen Therapie/Familientherapie (Sydow, Beher, Retzlaff und Schweitzer, 2007), so ist ein ungleich höheres Maß an wissenschaftlichem Anspruch an das Design der Primärstudien durch die Bedingungen von Interventions- und Kontrollgruppe, sowie Zufallsverteilung der Patienten auf verschiedene Behandlungen (Sydow et al., 2007, S. 12), sowie mindestens 6 Monats-Katamnese (Sydow et al., 2007, S. 70) festzustellen.

Weiters ist die Anzahl von Studien bzw. Meta-Analysen aus dem klinischen Kontext der systemischen Psychotherapie eine ungleich höhere.

#### **3.4.5 Anmerkung zur Psychotherapieforschung über Randomized controlled trials (RCTs)**

Der Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie über Randomized controlled trials“, RCT, auch „Efficacy-Studien genannt, ruft natürlich auch in der Psychotherapieforschung kontroversielle Debatten hervor. Im o.a. Werk wird geschrieben, dass zwar die interne Gültigkeit hoch ist, ihre externe Gültigkeit (Übertragbarkeit auf Alltagsbedingungen) fragwürdiger (Sydow et al., 2007, S. 12).

Tschuschke, Cramer, Koemeda, Schulthess, von Wyl und Weber (2009) kritisieren an den RCT's die Bereiche Patientenausschluss (reine Störungen bevorzugt, kein Platz für komorbide Störungen), die ethische Bedenklichkeit der Patienten-Randomisierung (Zufallszuteilung), die Kontrolle der Bedingungen als unrealistisch (einzig die therapeutische Behandlung soll als unabhängige Variable unterscheiden), den manualisierten Behandlungsansatz sowie die geringe Varianzaufklärung durch therapeutische Technik.

Tschuschke et al. (2009) plädieren für eine naturalistische Therapieforschung, für eine aufwändige Prozess Ergebnisforschung, wie sie derzeit am Beispiel „Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz“ (PAP-S-Studie) durchgeführt wird. (Tschuschke et al., 2009, S. 162-165).

Anzumerken ist, dass die PAP-S-Studie ohne Beitrag der systemischen Therapie/Familientherapie stattfindet.

### **3.5 Stand der Forschung zur Forschungsfrage bezüglich Zielerreichung und Therapieerfolg**

Die Recherche zum Stand der Forschung im Bereich Zielerreichung und Therapieerfolg umfasste die Suche in den Literaturlieferantenbanken von Skopus, Medline, Psychologie, PsycINFO, PSYNDEX, PSYCLINE und PubMed.

In der Recherche konnten keine Forschungsarbeiten zum Zusammenhang Zielerreichung und Symptomverbesserung im Kinder- und Jugendlichenalter identifiziert werden.

#### **3.5.1 Arbeiten, welche die beiden Dimensionen Zielerreichung und Symptomverbesserung im Kinder- und Jugendlichenalter getrennt erfassen**

Nestler und Goldbeck (2011) führten eine Studie für ein soziales Kompetenztraining für lernbehinderte Jugendliche mit Emotionalen- bzw. Verhaltensproblemen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie an der Universität Ulm durch. 77 Jugendliche wurden auf eine Interventions- und eine Vergleichsgruppe aufgeteilt und nach dem kognitiv-behavioralen Gruppentraining bzw. 6 Monate danach untersucht. Es zeigten sich zeitlich stabile Verbesserungen in ihrer sozialen Kompetenz und in der persönlichen

Erreichung von Verhaltenszielen, in der Selbstbeschreibung als auch in der Fremdbeschreibung durch Bezugspersonen.

Der Bezug zur eigenen Forschung findet sich darin, dass auch mit kognitiv eingeschränkten Minderjährigen Zielvereinbarungen und Gruppensettings durchgeführt werden können.

Goldbeck und Schmid (2003) untersuchten ein autogenes Gruppen-Training mit 50 Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 15 Jahren in einem Wartekontrollgruppendesign. Verhaltensprobleme, psychosomatische Beschwerden und Stressgrad wurden vor und nach Abschluss mit der Child Behavior Checklist und mit dem Giessener Beschwerdebogen untersucht. Die individuelle Zielerreichung wurde unmittelbar nach Behandlung sowie 3 Monate später evaluiert.

Es zeigten sich klinisch signifikante Effekte zwischen den Gruppen, sowie in der Zielerreichung unmittelbar nach Abschluss mit mehr als 50% teilweiser Zielerreichung bei Kindern wie Eltern, sowie mit einem Zuwachs der Zielerreichung in der Nachuntersuchung 3 Monate später.

### **3.5.2 Forschungsarbeiten zum Zusammenhang Zielerreichung und Symptomverbesserung im Erwachsenenalter**

In einer klinischen Studie im Bereich der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten stationären psychosomatischen Rehabilitation brachte Berking (2004) die frei formulierten Therapieziele von über 3000 Patienten, welche mit dem „Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielen“ kategorisiert wurden, in Zusammenhang mit Therapieerfolgsmaßen (VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: Selbsteinschätzung, CGI Clinical Global Impression: Therapeuteinschätzung, BSS Beeinträchtigungs-Schwere-Score: Therapeutenrating). Die Patienten definierten 5 Hauptziele, welche sie am Ende der Behandlung auf Zielerreichung jedes der 5 Ziele auf einer 5 stufigen Skala bewerteten.

Berking konnte signifikante Korrelationen zwischen dem Erreichen der 5 Hauptziele und einem allgemeinen Therapieerfolgskfaktor auf 3 unterschiedlichen Abstraktionsebenen nachweisen. Über alle Ziele und dem allgemeinen Therapieerfolgskfaktor errechnete er einen Korrelationskoeffizienten von 0,57\*\*\* (S. 113).

Berking (2004, Abstrakt) konnte Unterschiede zwischen verschiedenen Kategorien von Therapiezielen in Bezug auf die durchschnittliche Zielerreichung am Ende der Behandlung, sowie Unterschiede zwischen den verschiedenen Kategorien von Therapiezielen in Bezug auf den Zusammenhang Zielerreichung und Therapieerfolgsmasse herausarbeiten.

Greer (1980, zit. n. Berking 2004, S. 54) berichtet über eine Studie im Rahmen einer ambulanten unspezifischen Kurzzeittherapie für 19 Patienten 63 Therapieziele untersuchte. Der Grad der Erreichung der Therapieziele wurde auf einer 9 stufigen Skala von -4 bis +4 von Patienten, wie von Therapeuten eingeschätzt. Als Outcome Masse wurden psychometrische Skalen zum allgemeinen Wohlbefinden, der Angst-Reduktion, des sozialen Status und des generellen Therapieerfolges erhoben. Greer kommt zum Schluß, dass sich die Zusammenhänge zwischen Zielerreichung und unterschiedlichen Therapieerfolgsmaßen nicht in bedeutender Weise unterscheiden (Korrelationskoeffizienten Zielerreichung-Erfolgsmaß zwischen .51 und .91).

Schöttke, Sembill, Eversmann, Waldorf und Lange (2011) verwenden in ihrer Studie das Berner Inventar zur prospektiven Erfassung von Therapiezielen (BIT-T), sowie die Messung der Therapieeffektivität mit dem Fragebogen zur Evaluation von Therapieverläufen (FEP Selbsteinschätzung). Erfasst wurden Daten von 475 Patienten in ambulant kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Einzeltherapien, welche von 103 in Ausbildung befindlichen Therapeuten behandelt wurden. Die frei formulierten Therapieziele der Therapeuten und Patienten wurden anhand des BIT-T zu 5 Oberkategorien zugeordnet.

Für die Auswertung wird die Anzahl der Ziele je Oberkategorie für Therapeuten und Patienten getrennt herangezogen.

Die Anzahl der Ziele hat nur in der Oberkategorie problem- und symptombezogene Therapeutenziele einen signifikanten Zusammenhang mit dem Erfolg der Therapie. Hingegen zeigt die Anzahl der problem- und symptombezogenen Patientenziele statistisch in die gegenteilige Richtung. Weiters zeigte sich, dass keine bedeutsame Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenzielen besteht.

Bei Schöttke et al. (2011) erfolgte die Zielformulierung in der Eingangsdiagnostik auf Aufforderung ohne therapeutischen Beziehungskontext (die Ziele wurden schriftlich an den Therapeuten übermittelt), bei Berking (2004) wurden die Ziele zwischen

Bezugstherapeut und Patient ausgehandelt, also im Beziehungskontext. Als Konsequenz für die eigene Forschung lässt sich ableiten, dass es wohl den therapeutischen Schritt der gemeinsamen Aufbereitung braucht: Vom Anliegen zum gemeinsamen Therapieziel innerhalb der therapeutischen Beziehung, dass ein Zusammenhang Ziele-Therapieerfolg entstehen kann. Ziele brauchen daher nicht nur einen Inhalts- sondern auch einen Beziehungsbezug!

Ein weiterer Aspekt zur „Beziehungszieldimension“ findet sich bei Grötzbach (2010), dessen Artikel sich augenscheinlich auf den medizinischen Kontext bezieht. Die Zielsetzung kann paternalistisch von den Fachkräften erfolgen oder durch partizipative Zielvereinbarung. Er beschreibt, wie sich Schwierigkeiten zwischen Fachkräften und Patienten durch ein einheitliches Zielsetzungskonzept lösen lassen, das einer Bestimmung der Zeit, der konzeptuellen Ebene und des Grades der Spezifität besteht. Bei der Definition exakter Ziele hilft die SMART-Regel (spezifisch, messbar, erreichbar, relevant, timed) und das Goal-attainment-scaling (GAS).

Die Umsetzung im klinischen Alltag zeigt qualitativ verbesserte Teambesprechungen sowie erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit.

Sack, Lempa, Lamprecht und Schmid-Ott (2003) berichten über die stationäre Behandlung von 51 psychosomatischen PatientInnen und über die Frage, ob die während einer konflikt- und lösungsorientierten stationären psychoanalytischen Therapie erreichte Beschwerdeminderung mit der subjektiv eingeschätzten Erreichung von gemeinsam von Patienten und Therapeuten vereinbarten Therapiezielen korreliert. Gemessen wurde vor, bei Beendigung und durchschnittlich 15 Monate nach Ende mit der „Symptom-Check-Liste SCL-90 Selbstbeurteilung“ (SCL-90-R) und dem „Giessener Beschwerdebogen Selbstbeurteilung“. Ausserdem wurde die subjektiv eingeschätzte Zielerreichung einmal pro Woche und (global) am Ende der Behandlung erfasst. Die sehr guten Behandlungsergebnisse erwiesen sich in der Katamnese als stabil. Allerdings fand sich keine signifikante Beziehung zwischen dem Grad der Zielerreichung und der Beschwerdebesserung. Die Messung der Zielerreichung spricht daher weniger für die Evaluation des Behandlungserfolges, als dass sie vielmehr zur Steuerung der Prozessqualität geeignet ist.

Brockmann, Schlüter und Eckert (2003) untersuchten ambulante psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Langzeittherapien mit Patienten mit einer Angst- oder

depressiven Störung. Therapieziele und Zielerreichung wurden zu 4 Zeitpunkten erhoben. Die Symptomatik wurde mit der „Symptom-Check-Liste SCL-90 Selbstbeurteilung“ SCL-90-R und die interpersonale Problematik mit dem IIP-D erfasst. Es zeigt sich für beide Behandlungsgruppen, dass 1/3 der Therapieziele nach einem Jahr neu definiert wird, die Anzahl der Ziele im Bereich „zwischenmenschlicher Konflikte“ steigt nach 2,5 Jahren deutlich an, im Ausmaß der Zielerreichung (GAS) findet sich eine signifikante Veränderung über die Zeit. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass Patienten in einer Langzeittherapie eher eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus als eine Symptomreduktion anstreben.

Diese Erkenntnis unterstreicht im kurzzeittherapeutischen Ansatz das Therapie-Erfolgmaß Symptomreduktion.

### **3.5.3 Forschungsarbeiten zu Zielerreichung und Jugendwohlfahrt**

An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie an der Universität Ulm entwickelten Lutz, Kleinrahm, Kölch, Fegert und Keller (2008) im Rahmen des Projektes „PädZi“ ein psychometrisches Instrument zur Erhebung pädagogischer Effekte und zur Unterstützung im Zielerreichungsprozess im pädagogischen Setting der Jugendhilfe. Dazu wurden Instrumente für die Zielerreichung von sozialer Kompetenz und individueller Ziele, sowie zur Überprüfung der Lebensqualität und psychiatrischer Symptome entwickelt und in 11 Institutionen implementiert und an 920 Jugendlichen angewendet. Die Validität wurde mittels Korrelation mit CBCL/YABCL und YSR/YASR untersucht. In der 6 Monats Katamnese fanden sich signifikante Effekte in den Zielerreichungsskalen als auch in den standardisierten Instrumenten.

In Hinsicht auf die Arbeit des Verfassers ist das oben zitierte Projekt interessant, da auch Jugendliche und deren Familien, welche durch die Jugendwohlfahrt NÖ betreut werden, in der Untersuchungspopulation enthalten sind.

### **3.5.4 Forschungsarbeiten zur Übereinstimmung der Ziele zwischen Kinder/ Jugendlichen, Eltern und Therapeuten**

Kösters (2011) und Winter, Wiegard, Welke und Lehmkuhl (2005) untersuchten die individuelle Therapiezielerfassung und überprüften die Zielerreichung als Outcome-Maß im Rahmen des Qualitätssicherungsinstruments „Psy-BaDo-KJ“ in der stationären und

teilstationären Kinder- und Jugendpsychotherapie bzw. -psychiatrie in Deutschland. Kösters untersuchte 48 Kinder und Jugendliche (Alter 8-17) und Winter et al. 35 Patienten > 14 Jahre, wobei Kösters einen Teil der Population der Untersuchung Winters (21 Patienten) in seine Studie einbezog. In beide Studien wurden die Ziele von Patienten, Eltern und Therapeuten getrennt erfasst und einem Kategoriensystem zugeordnet und auf Zielübereinstimmung untersucht. Kösters berichtet von gemeinsamen Gesprächen der Patienten, Eltern, Therapeuten und Bezugspfleger bei der Zielfestlegung. Die Zielübereinstimmung von erstgenannten Zielen der Patienten mit ihren Eltern beträgt bei Kösters 64% und wirkt damit recht hoch. 39.6% der Patienten schätzten die Ziele als erreicht ein (Eltern 37.5% Therapeuten 52.1%).

Interessant in der Arbeit Kösters ist der Umstand, dass die Zielübereinstimmung der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern einen geringeren Einfluß auf die Vorhersage der Patienten-Zielerreichung hatte, als wenn die Eltern mit den Zielen ihrer Kinder/Jugendlichen übereinstimmten. Hier ergab sich eine schwache Korrelation.

### **3.5.5 Forschungsarbeiten zur Übereinstimmung der fokussierten Probleme zwischen Kinder/Jugendlichen, Eltern und Therapeuten**

Yeh und Weisz (2001) zeigten in ihrer Untersuchung an 381 Kindern und ihren Eltern im Rahmen einer ambulanten klinischen Behandlung, dass sich eine hohe Abweichung von bei Behandlungsbeginn formulierten Problemen, welche unabhängig voneinander erfragt wurden, zwischen Kindern und Eltern finden ließen. Zur Klassifizierung der Beschreibungen wurde die CBCL bzw. YSR Items verwendet. Auf Itemebene zeigt sich, dass nur 37% der Kind-Eltern Paare zumindest ein aufeinander abgestimmtes Problem nannten, auf einer 15 teiligen Kategorienebene zeigte sich immerhin bei zumindest einer Übereinstimmung eine Rate von 66.1%.

Hawley und Weisz (2003) führten die Methode von Yeh und Weisz (2001) fort und befragten 315 Kinder, Eltern und ihre Therapeuten. Die Übereinstimmung auf Itemebene über zumindest ein aufeinander abgestimmtes Problem zwischen Kindern, Eltern und Therapeuten bei Behandlungsbeginn beträgt 23.2%, auf Kategorienebene fand sich eine Übereinstimmung dieser Triade von 44.4%. Auf der Ebene Therapeut-Kind bzw. Therapeut-Eltern findet sich auf Itemebene eine Übereinstimmung von 52.7% bzw. 76.2% und auf Kategorienebene eine Übereinstimmung von 77.8% bzw. 94.3%.

Diese Untersuchungen zeigen, wie variant die Sichtweisen und wie gering die Übereinstimmungen der fokussierenden Problematiken sind. Auch wird die Tendenz deutlich, dass die Therapeuten mehr mit den Eltern übereinstimmen.

### **3.5.6 Forschungsarbeiten zum Zusammenhang Ziele, Symptomatik und therapeutische Ausrichtung**

Die Inhalte der primären Zielstellungen hingen bei Berking (2004) deutlich mit der Hauptsymptomatik zusammen.

Dirmaier, Harfst, Koch und Schulz (2006) wiesen den Zusammenhang von Therapiezielen, mit Diagnosegruppen und der therapeutischen Ausrichtungen nach. Sie untersuchten dazu 1192 Abschlußberichte stationärer Psychotherapien in Deutschland.

Schöttke (2011, S. 258) zitiert Dirmaier et al. (2006), dass kognitive Verhaltenstherapeuten eine etwas breitere Zielstruktur als psychodynamische Therapeuten verfolgen.

Brockmann J., Schlüter T. und Eckert J. (2003) schreiben bezugnehmend auf ein allgemeines Modell von Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1986 und Orlinsky, 1994) von einer Wechselwirkung bezüglich therapeutischem Angebot und „Aufnahmebereitschaft“ bzw. „Ansprechbarkeit“ eines Patienten, welche die Wirksamkeit einer Psychotherapie beeinflusst. Therapeutisches Angebot wie Therapieverfahren und Aufnahmebereitschaft/Ansprechbarkeit wie soziale Auffälligkeiten, Krankheitsmerkmale bilden eine Passung, in der sich Therapieverfahren voneinander unterscheiden. Diese Passung bestimmt unter naturalistischen Bedingungen die Entscheidung für ein bestimmtes therapeutisches Verfahren.

### **3.5.7 Forschungsarbeiten zu Zieleigenschaften**

Für Berking (2004, S. 144) scheint das Erreichen bestimmter Ziele, welche mit dem Erwerb aktiver Bewältigungskompetenzen einhergehen, eher mit dem Therapieerfolg zusammenzuhängen. Besonders gut werden Ziele erreicht, die sich auf konkrete und spezifische und damit nicht weiter klassifizierbare Probleme der Patienten beziehen (S. 147). Eine geringe Assoziation zum Therapieerfolg wird bei interpersonalen Zielen sichtbar, wobei er für den Kontext der beschriebenen Behandlung eine ausgeprägte Transferproblematik zum Alltag ortet (S. 145).

Auf die Arbeit des Verfassers bezogen, unterstreicht die Idee der kompetenzbezogenen Ziele den verwendeten Ansatz, Ziele als Fähigkeiten, als zu entwickelnde Kompetenzen zu denken, bzw. dass bei interpersonalen Zielen besonders der Transfer zum Alltag bzw. den Bezugspersonen und Bezugsgruppen eine wichtige Rolle spielt.

Wollburg und Braukhaus (2010) untersuchten 657 stationäre depressive Patienten in einer psychosomatischen Klinik in Deutschland mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm. Behandlungsziele wurden als Annäherungsziele oder als Vermeidungsziele klassifiziert und die Stichprobe dementsprechend Annäherungsgruppen bzw. Vermeidungsgruppen zugeteilt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vermeidungsgruppe weniger Symptomverbesserung zeigte. Die Zielerreichung wurde allerdings nicht beeinflusst.

Poelmann (2001) empfiehlt Therapieziele als persönliche Ziele zu konzipieren, als mittlere Ebene des hierarchisch organisierten Zielsystems zwischen Alltag und langfristigen Lebenszielen. Die Verwendung von in der Zielforschung entwickelten Verfahren kann wesentlich differenziertere Informationen darüber liefern, was Klienten anstreben und wie sie dies tun, als traditionelle Methoden der Therapiezielerfassung. Anhand des Vergleichs mittel- und langfristiger Ziele von 3 Stichproben, 600 seelisch Gesunde, 72 Psychosomatik-Patienten und 50 Schmerz-Patienten wird gezeigt, dass Zielsysteme der Klienten weniger gut organisiert sind und ihre Selbstregulationsprozesse während der Zielverfolgung weniger effektiv sind.

Poelmann (1999) untersuchte auch die Therapieziele von 55 Psychosomatik-PatientInnen. Diese werden inhaltlich und in Dimensionen, die Prozesse der Zielkonstruktion und Zielverfolgung abbilden, mit den wichtigsten persönlichen Zielen einer psychisch gesunden Vergleichsstichprobe von 335 Personen verglichen.

Therapieziele unterscheiden sich inhaltlich als auch in ihren kognitiven, affektiven und konativen Komponenten, von Zielen die psychisch Gesunde verfolgen.

Es kommen häufiger Persönlichkeitsentwicklungsanliegen und Gesundheitsziele vor. Therapieziele sind weiter entfernt und schwieriger zu realisieren. Die KlientInnen haben eine niedrigere Selbstwirksamkeitsüberzeugung dieses Ziel erreichen zu können, wissen nicht, was sie tun können, um es zu verwirklichen und planen ihr zielgerichtetes Verhalten weniger. Ihr Ziel löst in ihnen mehr negative und weniger positive Gefühle aus und sie kritisieren sich auf dem Weg zu ihrem Ziel häufiger und belohnen sich weniger als seelisch

Gesunde. Verfahren aus der Zielforschung ermöglicht Beschreibung und Kategorisierung von Zielinhalten, und bildet ab, wie Menschen ihre Ziele konstruieren und verfolgen.

## **4 Empirischer Teil**

### **4.1 Thematische Eingrenzung**

Im vorhergehenden Abschnitt zur Theorie wurde der theoretische Rahmen für die psychotherapeutische Intervention abgesteckt, sowie das Konstrukt der Zielkohärenz definiert.

### **4.2 Zusammenfassend stellt sich der Forschungszugang wie folgt dar**

Klientensysteme definieren ihr Anliegen über Problemwahrnehmungen. Probleme können gedacht werden, als noch nicht erlernte Fähigkeiten (Furmann, 2007). Ausgehend von den Problemwahrnehmungen werden zu erlernende Fähigkeiten bzw. Ziele gemeinsam vereinbart und durch einen Auftrag abgesteckt. Die Fokussierung auf den Auftrag und letztlich die Fokussierung auf eine zu erlernende Fähigkeit, ein Ziel, ist ein zentrales Wirkelement in der beraterisch/psychotherapeutischen Arbeit. Die Fokusverschiebung des Klienten von der Problemwahrnehmung zu einer zu erlernenden Fähigkeit, einem zu erreichenden Ziel, wird operationalisiert über das Konstrukt der Zielkohärenz. Es wird behauptet, dass angestoßen durch den beraterisch/therapeutischen Prozess, sich die Repräsentation des Zieles von einer gegenüber der Person außenliegenden (externalisierten) Position in eine mehr innenliegende (internalisierte) Position verändert.

Durch die strukturelle Kopplung von Familie, sozialer Umwelt (Schule,..) und medizinisch-psychotherapeutischer Fachwelt wird das Anliegen und die Problemwahrnehmung des Klientensystems in die fachlich theoriebasierenden Konstrukte von Symptomen, Auffälligkeiten und Störungen transformiert.

Es wird weiters behauptet, dass der therapeutische Prozess, in welchem der Auftrag ein wesentliches Element darstellt (und den Prozess rahmt, ausrichtet, fokussiert) auf die Veränderung der Symptomatik wirkt.

### **4.3 Forschungsfragen**

1. Ist eine Ziel-Fokussierung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen möglich?
2. Verändert sich im Laufe des beraterisch-psychotherapeutischen Prozesses die Zielkohärenz von einer mehr externalisierten in eine mehr internalisierte Zielrepräsentation in der Gruppenarbeit mit integrativen Outdoor-Aktivitäten mit Kindern und Jugendlichen?

3. Welcher Zusammenhang besteht in der Veränderung der Zielkohärenz und der Veränderung der Symptomatik und der Problemwahrnehmung?

#### **4.4 Hypothesen**

**Hypothese 1:** Eine Veränderung der Zielkohärenz korreliert mit einer Veränderung in der Symptomatik.

**Hypothese 2:** Die Symptomatik verändert sich beschreibbar (erzähltes Erleben und Verhalten) und messbar (psychometrische Messungen Erleben und Verhalten).

**Hypothese 3:** Das erzählte Hauptproblem verändert sich bei den IndexklientInnen und im Problem-System.

#### **4.5 Operationalisierung**

Die Beobachtungsebene der Messungen ist jene des Individuums, welche über die Variable der Zielkohärenz und die Variablen der Symptomatik wie psychische Auffälligkeiten, Emotionsregulationsverhalten und spezifische Persönlichkeitsmerkmale anhand psychologisch-diagnostischer Verfahren („psychometrische Tests“) zu drei Zeitpunkten beschrieben (T1: Beginn, T2: Ende, T3: 3 Monatskatamnese) werden.

Die Beobachtungsebene der Erzählung ist auf das Familiensystem ausgerichtet, in welchem der Indexklient Teil ist. Die qualitative Variable beschreibt die Veränderung von Erleben und Verhalten in Bezug auf die Fähigkeit, das Ziel, die Ressourcen und das Hauptproblem, anhand der Auswertung der Videoaufnahmen der Erst- und Abschlussgespräche.

##### **4.5.1 Zielkohärenz**

Die Operationalisierung der Zielkohärenz erfolgt über die Konzeption der Skalierung, welche ihre Wurzeln u.a. im lösungsorientierten Ansatz von Berg & de Shazer hat (Berg 1992, DeJong & Berg 2003, de Shazer 1989 a,b, 1992).

Skalierungsfragen führen zu Bewertungen von zusammenhängenden unterschiedlichen Markierungspunkten. Sie operationalisieren das Prinzip der Selbstrückbezüglichkeit durch Selbstbewertung (Vogt-Hillmann, Dreesen, Eberling 1998, S. 21).

Die Methode der Skalierung betont die Dimension der Bewertung von Beobachtungen und Beschreibungen. Die Skalierung formiert und informiert zugleich über den Zusammenhang

zwischen Tief- und Höhepunkten, in dem sie die Bewegungen auf dem Weg zum Ziel ordnet. Skalieren heißt: Unterschiede, die einen Unterschied machen, zu identifizieren, zu versprachlichen, zu verdinglichen, zu analogisieren, erfahrbar und für zukünftige Ereignisse verfügbar zu machen (Vogt-Hillmann, Dreesen, Eberling 1998, S. 22).

Die Zielkohärenz wird in einem analogen, vom Autor entwickelten Messverfahren, zu den 3 Messzeitpunkten überprüft. Auf einem quadratischen Holzbrett (45\*45cm), ähnlich dem Familienbrett, werden zwei nur durch Farben unterscheidbare neutrale Symbolgegenstände, im Fall der Arbeit runde, rd. 1.5cm Durchmesser aufweisende, Glassteine für die Person selbst und für die zu übende Fähigkeit so in Position gebracht, dass ihr Abstand die Nähe oder Distanz der Person zur Fähigkeit, ausdrückt.

Als Anleitung etablierte sich folgender Text: „Such dir einen Stein für dich selbst aus- und anschließend einen Stein, der die zu übende Fähigkeit darstellt. Dann such dir auf diesem Brett, das deine Welt darstellt (ich umkreise das Brett mit meinen Fingern) einen guten Platz für dich aus. Und jetzt stell den Stein der Fähigkeit so nahe oder so weit weg auf, wie du glaubst, dass du die Fähigkeit schon kannst. Je näher desto besser kannst du es schon, je weiter weg umso mehr ist noch zu lernen.“

Diesen Vorgang führt das Kind/der Jugendliche aus und die anwesenden Eltern arrangieren anschließend die Distanz der Beziehung der Fähigkeit zu ihrer Tochter bzw. ihrem Sohn aus ihrer Sicht.

Die Distanz wird mit einem Maßstab von der Mitte der Symbolgegenstände aus jeweils vermessen.

Die Variable Zielkohärenz kann „dynamisch“ in der Dimension eines Unterschiedes (bzw. einer Differenz) für die Zeitintervalle T1-T2, T1-T3 und T2-T3 (für die Zusammenhangsanalysen) in Form einer prozentuellen Umrechnung, bezogen auf die Distanz zum Zeitpunkt Beginn, abgebildet werden:  $ZKH_{i, i+1} [\%] = [(D_i - D_{i+1}) / D_1] * 100$ .

Die Variable Zielkohärenz kann aber auch „statisch“ in der Dimension Distanz (cm) für Unterschiedsanalysen (zB. Varianzanalysen) als Unterschied der Distanzmaße ( $D_{i, i=1-3}$ ) zu den 3 Zeitpunkten Beginn (T1), Ende (T2) und 3 Monats follow up (T3) konzipiert werden.

## **4.5.2 Quantitative Operationalisierung der Symptomatik**

Die Veränderung der Symptomatik wird quantitativ operationalisiert als der Unterschied zwischen den Zeitpunkten Beginn(T1), Ende(T2) und 3 Monatskatamnese(T3) durch die Variablen:

- Psychische Auffälligkeiten
- Emotionsregulationsverhalten (Umgang mit „negativen“ Gefühlen)
- Spezifische Persönlichkeitsmerkmale

### **4.5.2.1 Konkretisierung der psychischen Auffälligkeiten**

#### **4.5.2.1.1 Vorbefunde**

Beschreibungen aus medizinischen und psychologischen Vorbefunden, kategorisiert anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Renschmidt et al., 2006).

#### **4.5.2.1.2 Fragebogenverfahren**

1. Breitbandverfahren der Child Behavior Checklist, Fremdbeurteilung durch die Eltern CBCL 4-18 Jahre (Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim, 1998)
2. Selbsturteil YSR 11-18 Jahre (Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim, 1998)
3. Störungsspezifische Verfahren: DISYPS-KJ basierend auf den ICD-10 Diagnosekriterien (Döpfner und Lehmkuhl, 2000) in Form der Elternbeurteilung (FBB) und der Selbstbeurteilung (SBB).

#### **4.5.2.2 Emotionsregulationsverhalten**

Das Emotionsregulationsverhalten (steht in Beziehung zum Wohlbefinden einer Person) wird konkretisiert über das Fragebogenverfahren Feel-KJ (Grob und Smolenski, 2005).

#### **4.5.2.3 Spezifische Persönlichkeitsmerkmale**

Die spezifischen Persönlichkeitsmerkmale werden konkretisiert über den Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren, PFK 9-14 (Seitz und Rausche, 2004).

## **4.5.3 Qualitative Operationalisierung der Symptomatik**

Die Veränderung der Symptomatik wird qualitativ operationalisiert als der Unterschied zwischen den Zeitpunkten Beginn und Ende der qualitativen Variablen „erzählte Veränderung des Verhaltens in Bezug auf die Fähigkeit, das Ziel, die Ressourcen und das

Hauptproblem“, anhand der Auswertung der Gesprächsprotokolle. Sollten hier Unklarheiten auftreten, so wird auf die Videoaufnahmen der Erst- und Abschlussgespräche zurückgegriffen. Da der qualitative Forschungsteil der Untermauerung der Plausibilität der quantitativen Ergebnisse dient, wird auf eine vollständige Transkription der 12 Abschlussgespräche, auch aufgrund der begrenzten Forschungszeitressourcen, im Einvernehmen mit Prof. Amesberger verzichtet. Es wurden dafür die Gesprächsprotokolle ausgewertet.

Es werden die Kategorien konkrete und allgemeine Veränderungen des Verhaltens, sowie familiäre Musterveränderungen in der Interaktion und in den Einstellungen gebildet.

#### **4.5.4 Beschreibung der verwendeten psychologisch-diagnostischen Verfahren („Tests“)**

Das Breitbandverfahren der Child Behavior Checklist in der Fassung für Kinder und Jugendliche im Alter von 4-18 Jahren (Döpfner, 1998) erfasst die Einschätzungen von Eltern hinsichtlich der Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder mit einer 3-fach gestuften Ratingskala. In der vorliegenden Arbeit wurden allerdings nur die reliablen Problemskalen berücksichtigt.

Die Auswertung dieses Fragebogens umfasst 8 beurteilungsübergreifende Syndrome. Aus den 8 Syndromskalen werden 3 übergeordnete Skalen zu Internalisierenden und Externalisierenden Auffälligkeiten, sowie ein Gesamtwert für die Gesamtauffälligkeit gebildet.

Der Fragebogen für Jugendliche, YSR (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, Döpfner 1998) ist die deutsche Fassung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden, verwendet eine 3-fach gestufte Ratingskala und ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut (s.o.).

Wie beim Elternfragebogen werden die Items des ersten Teils zu drei Kompetenzskalen zusammengefasst (in der Arbeit nicht berücksichtigt) und aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht mit dem Elternfragebogen weitgehend identische Problemskalen, sowie die 3 übergeordneten Skalen zu Internalisierenden und Externalisierenden Auffälligkeiten, sowie die Gesamtauffälligkeit gebildet.

Das Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ Döpfner und Lehmkuhl, 2000) ist ein Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß ICD-10 und DSM-IV. Die Items sind 4-fach gestuft. Das DISYPS-KJ umfasst die Störungsbereiche Angststörungen, depressive Störungen, hyperkinetische Störung, Störungen des Sozialverhaltens und tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Nicht verwendet wurden die Blätter für Tic-Störungen, sowie Störungen sozialer Funktionen (Bindungsstörungen und Mutismus).

In der vorliegenden Arbeit wurden die Beurteilungsebenen Eltern und Kinder/Jugendliche eingesetzt. Da nicht primär eine klinische Diagnostik-Ziel der Arbeit war, wurde die ebenfalls mögliche Ebene der Therapeutenbeurteilung (Diagnose-Checklisten DCL) nicht verwendet.

Der Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen FEEL-KJ (Grob und Smolenski, 2005) erfasst mit einer 5-stufigen Ratingskala mehrdimensional und emotionsspezifisch Emotionsregulationsstrategien für die Emotionen Angst, Trauer und Wut. Es werden sowohl adaptive Strategien (Problemorientiertes Handeln, Zerstreuung, Stimmung anheben, Akzeptieren, Vergessen, Umbewerten und Kognitives Problemlösen) als auch maladaptive Strategien (Aufgeben, Aggressives Verhalten, Rückzug, Selbstabwertung und Perseveration) erfasst. Zusätzlich werden Strategien erhoben, die keiner der zwei Sekundärskalen zugeordnet werden: Ausdruck, soziale Unterstützung und Emotionskontrolle. Die mit dem FEEL-KJ erfassten Kennwerte geben Hinweise auf das Risiko für die Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten. Der FEEL-KJ ist nicht auf Störungsbilder beschränkt, sondern berücksichtigt auch die psychosozialen Kompetenzen. Er kann deshalb auch zur Erstellung eines Ressourcenprofils eingesetzt werden.

Der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14 (PFK 9-14) zielt auf eine möglichst breite und gleichzeitig differenzierte Erfassung der kindlichen Persönlichkeit. Anzahl, Inhalt und Struktur der durch den PFK 9-14 erfassten Persönlichkeitsdimensionen stützen sich einerseits auf theoretische Überlegungen, andererseits auf empirische Befunde. Es werden drei Äußerungsbereiche der Persönlichkeit unterschieden: Verhaltensstile (VS), Motive (MO) und Selbstbild-Aspekte (SB), die über insgesamt 15 Skalen erfragt werden. Jede dieser Dimensionen besteht aus 12 Items, die meistens dichotom («stimmt - stimmt nicht») zu beantworten sind. Auf der Grundlage dieser 15 Primär-Dimensionen lassen sich 4

übergeordnete Sekundärfaktoren bestimmen: derb-draufgängerische Ich-Durchsetzung, Emotionalität (Angst), selbstgenügsame soziale Isolierung und aktives Engagement.

#### 4.5.4.1 Beschreibung der Test-Skalen

Tabelle 1: Testskalen

<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Child Behavior Checklist, CBCL, Döpfner, 1998</b>	<b>Alter von 4-18 Jahren, Elternbeurteilung</b>		
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math>, Retest-Reliabilität</b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
Elternbeurteilung	Internalisierende Auffälligkeiten	$\alpha=.86$	Döpfner 1994, S. 24, Klinische Stichprobe	31
Elternbeurteilung	Sozialer Rückzug	$\alpha=.72$		9
Elternbeurteilung	Körperliche Beschwerden	$\alpha=.72$		9
Elternbeurteilung	Angst/Depressivität	$\alpha=.81$		14
Elternbeurteilung	Externalisierende Auffälligkeiten	$\alpha=.93$		33
Elternbeurteilung	Delinquentes Verhalten	$\alpha=.80$		13
Elternbeurteilung	Aggressives Verhalten	$\alpha=.92$		20
Elternbeurteilung	Gemischte Störungen			
Elternbeurteilung	Soziale Probleme	$\alpha=.73$		8
Elternbeurteilung	Schizoid/Zwanghaft	$\alpha=.61$		7
Elternbeurteilung	Aufmerksamkeitsprobleme	$\alpha=.76$		11
Elternbeurteilung	Gesamtauffälligkeit	$\alpha=.94$ $r_{tt}=.81$	Döpfner 1994, S. 24, Klinische Stichprobe, S. 19	118
<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Fragebogen für Jugendliche, YSR, Döpfner 1998</b>	<b>Alter von 11 bis 18 Jahren, Selbstbeschreibung</b>		
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math>, Retest-Reliabilität 3 Monate</b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
Selbstbeurteilung	Internalisierende Auffälligkeiten	$\alpha=.86$ $r_{tt}=.85-.77$	Döpfner, 1995, S. 229, S. 225	31
Selbstbeurteilung	Sozialer Rückzug	$\alpha=.59$	Döpfner, 1995, S. 229	7
Selbstbeurteilung	Körperliche Beschwerden	$\alpha=.77$	Döpfner, 1995, S. 229	9
Selbstbeurteilung	Angst/Depressivität	$\alpha=.82$	Döpfner, 1995, S. 229	16
Selbstbeurteilung	Externalisierende Auffälligkeiten	$\alpha=.87$ $r_{tt}=.65-.81$	Döpfner, 1995, S. 229, S. 225	30
Selbstbeurteilung	Delinquentes Verhalten	$\alpha=.70$	Döpfner, 1995, S. 229	11
Selbstbeurteilung	Aggressives Verhalten	$\alpha=.84$	Döpfner, 1995, S. 229	19

<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Fragebogen für Jugendliche, YSR, Döpfner 1998</b>	<b>Alter von 11 bis 18 Jahren, Selbstbeschreibung</b>		
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math>, Retest-Reliabilität 3 Monate</b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
	Gemischte Störungen			
Selbstbeurteilung	Soziale Probleme	$\alpha=.66$	Döpfner, 1995, S. 229	8
Selbstbeurteilung	Schizoid/Zwanghaft	$\alpha=.57$	Döpfner, 1995, S. 229	7
Selbstbeurteilung	Aufmerksamkeitsprobleme	$\alpha=.77$	Döpfner, 1995, S. 229	9
Selbstbeurteilung	Gesamtauffälligkeit	$\alpha=.92$ $r_{tt}=.84-.78$	Döpfner, 1995, S. 229, S. 225	101
<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-KJ</b>	<b>Elternbeurteilungsbogen, Alter 6-18 Jahre</b>	<b>Döpfner und Lehmkuhl, 2000</b>	
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math></b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
Elternbeurteilungsbogen	hyperkinetische Störung (FBB-HKS)	$\alpha=.91$	Döpfner, Lehmkuhl, 2000, S. 42	20
Elternbeurteilungsbogen	Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)	$\alpha=.89$	Döpfner, Lehmkuhl, 2000, S. 42	25
Elternbeurteilungsbogen	Angststörungen (FBB-ANG)			31
Elternbeurteilungsbogen	depressive Störungen (FBB-DES)			26
Elternbeurteilungsbogen	tiefgreifende Entwicklungsstörungen (FBB-TES)			14
Selbstbeurteilungsbogen	hyperkinetische Störung (SBB-HKS)	$\alpha=.87$	Görtz, 2002, S. 85	20
Selbstbeurteilungsbogen	Störungen des Sozialverhaltens (SBB-SSV)			25
Selbstbeurteilungsbogen	Angststörungen (SBB-ANG)			31
Selbstbeurteilungsbogen	depressive Störungen (SBB-DES)			26

<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen FEEL-KJ, Grob &amp; Smolenski, 2005</b>	<b>Alter von 10-19 Jahren Selbstbeurteilung</b>		
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math>, Retest-Reliabilität 6 Wochen</b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
	Adaptive Strategien Gesamt	$\alpha=.93$ $r_{tt}=.73$	Grob und Smolenski, 2005, S. 26	42
Selbstbeurteilung	Adaptive Strategien Wut	$\alpha=.83$ $r_{tt}=.65$		14
Selbstbeurteilung	Adaptive Strategien Angst	$\alpha=.83$ $r_{tt}=.63$		14
Selbstbeurteilung	Adaptive Strategien Trauer	$\alpha=.88$ $r_{tt}=.66$		14
Selbstbeurteilung	Problemorientiertes Handeln	$\alpha=.73$ $r_{tt}=.69$		6
Selbstbeurteilung	Zerstreuung	$\alpha=.85$ $r_{tt}=.69$		6
Selbstbeurteilung	Stimmung anheben	$\alpha=.88$ $r_{tt}=.67$		6
Selbstbeurteilung	Akzeptieren	$\alpha=.71$ $r_{tt}=.66$		6
Selbstbeurteilung	Vergessen	$\alpha=.69$ $r_{tt}=.69$		6
Selbstbeurteilung	Umbewerten	$\alpha=.82$ $r_{tt}=.62$		6
Selbstbeurteilung	Kognitives Problemlösen	$\alpha=.79$ $r_{tt}=.69$		6
Selbstbeurteilung	Maldaptive Strategien Gesamt	$\alpha=.82$ $r_{tt}=.81$		30
Selbstbeurteilung	Maldaptive Strategien Wut	$\alpha=.58$ $r_{tt}=.69$		10
Selbstbeurteilung	Maldaptive Strategien Angst	$\alpha=.59$ $r_{tt}=.67$		10
Selbstbeurteilung	Maldaptive Strategien Trauer	$\alpha=.66$ $r_{tt}=.73$		10
Selbstbeurteilung	Aufgeben	$\alpha=.69$ $r_{tt}=.73$		6
Selbstbeurteilung	Aggressives Verhalten	$\alpha=.78$ $r_{tt}=.76$		6
Selbstbeurteilung	Rückzug	$\alpha=.80$ $r_{tt}=.79$		6
Selbstbeurteilung	Selbstabwertung	$\alpha=.72$ $r_{tt}=.65$		6
Selbstbeurteilung	Perservation	$\alpha=.69$ $r_{tt}=.63$		6
Selbstbeurteilung	Weitere Strategien:			
Selbstbeurteilung	Ausdruck	$\alpha=.79$ $r_{tt}=.72$		6
Selbstbeurteilung	Soziale Unterstützung	$\alpha=.91$ $r_{tt}=.81$		6
Selbstbeurteilung	Emotinskontrolle	$\alpha=.70$ $r_{tt}=.78$		6
<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14 (PFK 9-14), Seitz und Rausche, 2004</b>	<b>Alter von 9-14 Jahren Selbstbeurteilung</b>		
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math></b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
	Verhaltensstile (VS)			
Selbstbeurteilung	emotionale Erregbarkeit (VS 1)	$\alpha=.751$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	fehlende Willenskontrolle (VS 2)	$\alpha=.719$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	extravertierte Aktivität (VS 3)	$\alpha=.654$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt (VS 4)	$\alpha=.668$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
	Motive (MO)		Seitz et al., 2004, S. 58	
Selbstbeurteilung	Bedürfnis nach Ich-Durchsetzung, Aggression und Opposition (MO 1)	$\alpha=.751$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit (MO 2)	$\alpha=.725$	Seitz et al., 2004, S. 58	12

<b>Psychologisch-diagnostisches Verfahren</b>	<b>Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14 (PFK 9-14), Seitz und Rausche, 2004</b>	<b>Alter von 9-14 Jahren Selbstbeurteilung</b>		
<b>Beurteilungsebene</b>	<b>Skalen</b>	<b>Cronbach-<math>\alpha</math></b>	<b>Quelle</b>	<b>Anzahl der Items</b>
Selbstbeurteilung	Schulischer Ehrgeiz (Wertschätzung für und Bemühung um Erfolg und Anerkennung in der Schule) (MO 3)	$\alpha=.754$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Bereitschaft zu sozialem Engagement (MO 4)	$\alpha=.731$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Neigung zu Gehorsam und Abhängigkeit gegenüber Erwachsenen (MO 5)	$\alpha=.738$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Maskulinität der Einstellung (MO 6)	$\alpha=.762$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
	Selbstbild-Aspekte (SB)		Seitz et al., 2004, S. 58	
Selbstbeurteilung	Selbsterleben von allgemeiner (existenzieller) Angst (SB 1)	$\alpha=.778$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Selbstüberzeugung (hinsichtlich Erfolg und Richtigkeit eigener Meinungen, Entscheidungen, Planungen und Vorhaben) (SB 2)	$\alpha=.650$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Selbsterleben von Impulsivität (SB 3)	$\alpha=.664$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Egozentrische Selbstgefälligkeit (SB 4)	$\alpha=.627$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
Selbstbeurteilung	Selbsterleben von Unterlegenheit gegenüber anderen (SB 5)	$\alpha=.795$	Seitz et al., 2004, S. 58	12
	übergeordnete Sekundärfaktoren			
	derb-draufgängerische Ich-Durchsetzung (F-IIO-1)	$\alpha=.907$	Seitz et al., 2004, S. 68	72
	Emotionalität (Angst) (F-IIO-2)	$\alpha=.909$	Seitz et al., 2004, S. 68	60
	aktives Engagement (F-IIO-3)	$\alpha=.917$	Seitz et al., 2004, S. 68	60
	selbstgenügsame soziale Isolierung (F-IIO-4)	$\alpha=.798$	Seitz et al., 2004, S. 68	48

Als Kennwert für die interne Konsistenz wird die Test-Retest-Reliabilität verwendet. Sollte dieser Wert in der Literatur nicht auffindbar sein, so wird Cronbach's Alpha benutzt. Nach den Reliabilitätsnormen von Lienert (Lienert, 1969, S. 309, zit. n. Döpfner 1994, S. 19) ist für die Beurteilung der Gruppendifferenz  $r_{tt} \geq .50$  und für die Beurteilung von individuellen Differenzen  $r_{tt} \geq .70$  zu fordern.

#### **4.6 Stichprobe**

Es wurden zeitgleich zwei ambulante Gruppen in unterschiedlichen Kontexten untersucht: Dem der durch das Familienministerium geförderten Männerberatung St. Pölten und dem durch das Land Niederösterreich und den Krankenkassen finanzierten Ambulatorium für ganzheitliche Förderung und Therapie St. Leonhard/Forst.

Das Angebot für die Burschengruppe der Männerberatung St. Pölten besteht seit Jänner 2008 und der 6. Durchgang mit 6 Burschen im Alter von 11 bis 15 Jahren (Mittelwert 13.2 Jahre) war Gegenstand der Untersuchung. Geleitet werden sie von DI Paul Hemmelmayr (systemischer Familientherapeut) und Martin Steiner (diplomierter Ehe-Familien und Lebensberater und Supervisor). Es wurden mit 8 Burschen Vorgespräche geführt, wovon zwei Burschen von einer Teilnahme nach dem Vorgespräch wieder Abstand nahmen. Einem Burschen wurde die Teilnahme sehr vom Jugendamt wegen oppositionellem und gewalttätigem Verhalten ans Herz gelegt- und er entschied gegen den Willen seines Vaters- seine Schwierigkeiten selbst lösen zu wollen. Der andere Bub kam auf Empfehlung einer Beratungslehrerin aufgrund Mobbing Erfahrungen und konnte sich für eine Teilnahme nicht entscheiden.

Die psychotherapeutische Kinder- und Jugendlichengruppe mit integrativen Outdoor Elementen im Ambulatorium St. Leonhard/Forst der Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie unter der Leitung von DI Paul Hemmelmayr und Marion Leitgeb (diplomierter Sozialarbeiterin) wurde im Juli 2009 erstmals gestartet und hier war der 4. Durchgang mit 1 Mädchen und 5 Burschen im Alter von 9 bis 12 Jahren (Mittelwert 10.5 Jahre) Gegenstand der Untersuchung. Auch hier wurden mit 8 Kindern Vorgespräche geführt. Mit einem Kind wurde eine Fortführung der familientherapeutischen Arbeit entschieden. Das andere Kind konnte sich nicht für die Gruppe entscheiden und wollte lieber in psychotherapeutischer Einzeltherapie bleiben. Zwei Familien erschienen nicht zum Vorgespräch.

Obwohl die Gruppen in unterschiedlichen Umwelten eingebettet waren, erfolgte in der Untersuchung, in der Gruppenarbeit, in den konzeptuellen Zugängen und in den Interventionen selbst keine Unterscheidung zwischen Beratung und systemischer Familientherapie. Diese pragmatische Abgrenzung wird auch durch die im Frühjahr 2011 in St. Pölten anschließende Gruppe unterstrichen, welche aufgrund der Loslösung der beiden Leiter von der Männerberatung in der freien psychotherapeutischen Praxis angeboten wurde.

Die nachfolgenden Tabellen stellen die diagnostischen Daten der Kinder- und Jugendlichen der beiden Gruppen dar. Wobei nur solche Informationen aufgenommen wurden, welche sicher belegt werden konnten (zB. durch Befunde oder Interaktions-Beobachtung). Vermutungen bzw. Wissen aus anderen Kontexten (der Autor arbeitet zB. auch in der Sozialpädagogischen Familienhilfe) wurde nicht aufgenommen (zB. vermutete psychische Krankheit einer Mutter). Die Achsen I bis VI beziehen sich auf das Multiaxiale Klassifikationsschema psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt et al. 2006).

Die Personen werden durch einen Code anonymisiert dargestellt.

**Tabelle 2: Stichprobe St. Pölten**

Gruppe St. Pölten			Achse I		Achse II		Achse III		Achse IV		Achse V	Achse VI				
Person	Alter	Geschlecht	psychische Störung gem ICD-10	Quelle Jahr	Verzögerung Entwicklung gem. ICD-10	Quelle Jahr	Intelligenz	Quelle Jahr	somatische Erkrankungen	Quelle Jahr	abnorme psychosoziale Umstände	Globalbeurteilung d psychosozialen Anpassungen	Therapeut. Behandlungen	Familienform, Geschwisteranzahl, Geschw. Reihe	Berufstätigkeit Eltern, aktuelle Beschulung	Überweisungskontext
Person 1	14.2	m	F70,1	3,2010			5	3,2010			1.1 1.2b 3a,c 5.3b	2	SFH 2009-2010	1,6, B-S-B-IK-B-S	KV,KM ASO	Empfehlung Jugendamt u. klin.Psychologin
Person 2	10.9	m	F43.2	4,2010							1.1 3a,c 4.3C 5.1 c 6.0 b	1		2 keine G.	Pensionist,KM neue MS	Empfehlung Jugendamt
Person 3	11.4	m	F90.0	2,2009	F81.0 F82	3,2009 1,2008	3	3,2009			1.1 2.1 D 3a,c 4.0Ah 4.0Bh 8.0b	3	Ppha akt. G,2009	1 keine G.	KV,KM HS	Empfehlung Ambulatorium
Person 4	13.0	m	F43.2	3,2009			2	3,2010			1.1 3 a,c	2	Psth 2008-2009	1, 2 B-IK	KV,KM AHS	Empfehlung klin.Psychologin
Person 5	13.9	m	F92.8	4,2010					Q78.8	2, 2009	5.1c	3	Ppham akt.  P, MS	2, 3  S-S-IK	KM, KV HS Integrationskind	Empfehlung  Ambulatorium
Person 6	15.5	m	F84.5	3,2010			4	3,2010			3c	4	Ppha, 2010  E,L 1998-2001 Psth 2009-2010	1, 2  B-IK	KV,KM  Klärung Beruf	Selbstmelder

**Tabelle 3: Stichprobe St. Leonhard**

Gruppe St. Leonhard			Achse I		Achse II		Achse III		Achse IV		Achse V	Achse VI				
Person	Alter	Geschlecht	psychische Störung gem ICD-10	Quelle Jahr	Verzögerung Entwicklung gem ICD-10	Quelle Jahr	Intelligenz	Quelle Jahr	somatische Erkrankungen	Quelle Jahr	abnorme psychosoziale Umstände	Globalbeurteilung d psychosozialen Anpassung	Therapeut. Behandlungen	Familienform Geschwisteranzahl, Geschw. Reihe	Berufstätigkeit Eltern, aktuelle Beschulung	Überweisungskontext
Kind 1	10.2	m	F93.8	4, 2010	F83	2, 2010	3 4 3	3, 2006 3, 2007 3, 2009				2	P,E,SHP 2006-2010	1, 3, S-S-IK	KV, KM VS mit SPF	Team Amb.
Kind 2	10.4	m	F43.2	2, 2010	F81	5, 2010					2.1 E	2	E, L, FT, G, SHP 2006-2010	1, 3, IK-B-B	KV VS mit SPF	Team Amb.
Kind 3	10.2	m	F90.0  F91.2	1, 2005  2, 2011	F81.0  F81.0	1, 2007  3, 2008	3	3, 2008			1.1  3 a,c 4.1.B b,e 8.0 e	3	E,P,FT,SHP, G  2006-2010	1, 2, IK-S	KV, KM ASO Verhalten mit Regellehrplan	Team Amb.
Kind 4	9.4	m	F90.0  F95.1 F42.1	2, 2010  3, 2010 3, 2010	F83  F81.3	2, 2010  3, 2010	3	3, 2010			2.0b  5.1 l 6.0 c	3	Psth:2007- 2010  Ppham 2009-2010	3, IK-HB	KV  ASO	Team Amb.
Kind 5	12.1	w			F80.1  F82	3, 2004  3, 2004	4  4	3, 2004  3, 2005					P, E, L, G  2006-2010	1, 2, IK-B	KV, KM HS mit Stützlehrkraft	Team Amb.
Kind 6	10.7	m	F90.0  F93.2	3, 2003  2, 2010	F81.3	2, 2010	4	3, 2009			3c 4.0A c,f,g, B:b 6.0 d 6.3 Aa 8.0 e	3	L,E,SHP,G  2004-2010	1, 2, S-IK	KV, KM  VS mit SPF	Team Amb.

### **Legende zu den Tabellen 1 und 2:**

**Alter:** das Alter wird auf den Stichtag 1.9.2010 bezogen angegeben.

**Geschlecht:** m= männlich, w= weiblich

**Achse I:** Diagnosen zu psychischen Störungen gemäß ICD-10:

F42.1	Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen
F43.2	Anpassungsstörung
F70.1	leichte Intelligenzminderung
F84.5	Asperger Syndrom
F90.0	einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F92.8	sonstige kombinierte Störung d Sozialverhaltens u d Emotionen
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindes
F93.8	sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
F95.1	chronische, motorische und vokale Ticstörung

**Quelle, Jahr:** Die angegebene Ziffer bezieht sich auf folgende Quellen, das Jahr auf das Ausstellungsdatum des Schriftstücks bzw. die ermittelte Information

- 1, Klinik Befund
- 2, Kinderarzt Befund
- 3, Klinisch-psychologischer Befund
- 4, psychotherapeutische Diagnose
- 5, Bericht Eltern

**Achse II:** Diagnosen zu Verzögerungen der Entwicklung gem. ICD-10 (Quelle, Jahr wie oben):

F81	umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
F81.0	umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, Lese- und Rechtschreibstörung
F81.3	kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten
F82	umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
F83	kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

**Achse III:** Intelligenz (Quelle, Jahr wie oben):

- 1, sehr hohe Intelligenz (IQ>129)
- 2, hohe Intelligenz (IQ 115-129)
- 3, durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)
- 4, niedrige Intelligenz (IQ 70-84)
- 5, F71, Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69)

**Achse IV:** somatische Erkrankungen (Quelle, Jahr wie oben):

Q78.8, Q87.0      Acrodysostose

**Achse V:** abnorme psychosoziale Umstände

- 1.1 Disharmonie zw. Erwachsenen
- 1.2b Generelle Tendenz, dem Kind negative Merkmale zuzuschreiben
- 2.1 D chronische. Erkrankung eines Elternteils
- 2.1 E lebensbedrohliche Erkrankung eines Eltern-Teils
- 2b Psychische Erkrankung eines Elternteils
- 3a inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation., widersprüchliche Botschaften
- 3c inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation., fruchtlose Auseinandersetzungen
- 4.0 A c Elterl. Überfürsorge; Entmutigung, auswärts zu übernachten
- 4.0 A f Elterl. Überfürsorge; Verbot unabhängiger Entscheidungen d Kindes
- 4.0 A g Elterl. Überfürsorge; Abnahme altersadäquate Verantwortung d. Kindes
- 4.0 A h Elterl. Überfürsorge; Verhinderung v Freizeitaktivitäten ohne direkte Kontrolle u Aufsicht
- 4.0 B b Elterl. Überfürsorge; regelmäßiges Schlafengehen m.d.Kind
- 4.0 B h Elterl. Überfürsorge; Kind von altersgem. Herausforderung abgehalten  
Unwirksame elterliche Steuerung; Anerkennung/Ermutigung d Eit nach Stimmung u Laune
- 4.1.B b Unwirksame elterliche Steuerung; inkonsequente erzieherische Maßnahmen
- 4.1.B e dauerndes Drängen durch Elternteile, bestimmte Aktivitäten wahrzunehmen, entgegen Bedürfnissen d Kindes
- 4.3 C Erziehung d alleinstehenden Eltern-Teil
- 5.1 c Abweichende Elternsituation: Vater und Großeltern
- 5.1 l Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung: Mangel an Einkommen u dadurch bedingter Mangel an Aktivitäten
- 5.3 b Trennung vom Elternteil d Scheidung
- 6.0 b Trennung vom Elternteil d. Krankheit
- 6.0 d Tod eines Geschwisters
- 6.3 A a Schulereignisse setzen Selbstachtung herab
- 7.0 d öffentliche Stigmatisierung und Demütigung
- 8.0 b wiederholtes Bedrohtwerden
- 8.0 e Abnorme Streitbeziehungen mit Mitschülern
- 8.0 f wiederholt demütigende Erlebnisse

**Achse VI:** Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, des psychosozialen Funktionsniveaus (Psychotherapeutische Fremdbewertung):

- 2, Leichte soziale Beeinträchtigung
- 3, mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4, ernsthafte soziale Beeinträchtigung
- 5, Ernsthafte u. durchgängige soziale Beeinträchtigung

### **Therapeutische Behandlungen:**

E, Ergotherapie

P, Physiotherapie

L, Logopädie

FT, Familientherapie

SHP, Sonder-u.Heilpädagogik

G, Gruppe

Psth, Psychotherapie

Ppham, Psychopharmaka

MS, Musiktherapie

SFH, Sozialpädagogische Familienhilfe im Rahmen Jugendamt (stellt im engeren Sinn keine Therapie, sondern eine Begleitungsmaßnahme, im Sinne der Unterstützung der Erziehung dar)

Die darunter angeführte Zeitdauer weist den Zeitraum aus, in welchem die genannten Therapieformen erfolgten. Es wird nicht die genaue Differenzierung der Zeit und Therapiearten dargestellt. Insbesondere, da in der Gruppe St. Pölten diese Informationen über die Eltern nur sehr unvollständig verfügbar waren.

### **Familienform:**

1, Stammfamilie

2, Alleinerzieherin

3, zusammengesetzte Familie

4, Pflegefamilie

5, Adoptivfamilie

**Geschwisteranzahl:** Ziffer zeigt die Gesamtanzahl der Kinder in der Familie

### **Geschwister Reihe:**

B: Bub

S: Schwester

HB: Halbbruder

IK: Indexklient

Beispiel:

B-S-IK

Der Indexklient ist das jüngste Kind der Familie. Er hat einen älteren Bruder, gefolgt von einer Schwester.

**Berufstätigkeit Eltern:** Die Nennung des Elternteils zeigt, dass dieser einer Erwerbsarbeit nachgeht.

**aktuelle Beschulung:**

VS	Volksschule
SPF	Sonderpädagogischer Förderbedarf
ASO	Allg. Sonderschule
HS	Hauptschule
MS	Neue Mittelschule

**Altersschnitt:**

**Tabelle 4: Alter Kinder/Jugendliche (Stichtag 1.9.2010)**

Ort	Mittelwert [Jahre]	N	Standardabweichung
SLF	10,5000	6	,89443
SP	13,1500	6	1,75129
Insgesamt	11,8250	12	1,91650

**Gesamtauffälligkeit und psychosoziales Funktionsniveau:**

Die Gesamtauffälligkeit zum Testzeitpunkt T1 in der Child Behavior Checklist CBCL 4-18 Jahre von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998), Fremdbeurteilung durch die Eltern, wird gegenübergestellt dem psychosozialen Funktionsniveau nach Achse 6 (Multiaxiale Klassifikationsschema psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Remschmidt et al. 2006):

**Tabelle 5: CBCL Gesamtauffälligkeit (Elternbewertung) und psychosoziales Funktionsniveau (Therapeutenbewertung) , Gesamtstichprobe**

Psychosoziales Funktionsniveau	CBCL Gesamtauffälligkeit [T-Wert]		N
	Mittelwert	Standardabweichung	
1	46,00		1
2	65,10	7,13	5
3	67,60	3,78	2
4	72,00		1
Gesamt	65,13	8,00	12

Klinisch auffällig T > 63; klinisch unauffällig ≤ 60

## Selbstbeurteilung Auffälligkeit:

Selbstbeurteilung durch den Fragebogen für Jugendliche YSR 11-18 Jahre von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998) zum Testzeitpunkt T1, Stichprobe St. Pölten

**Tabelle 6: YSR Gesamtauffälligkeiten, Selbstbewertung, Stichprobe St. Pölten**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- abweichung [T-Wert]	N
St.Pölten	1	55,5	8,5499	6
	2	50,17	6,242	6
	3	49	4,359	3

klinisch unauffällig  $\leq 60$

### 4.6.1 Überweisungskontext

Im Ambulatorium St. Leonhard ist dieser Umstand beim ersten Kontakt mit der Institution wichtig. Die Kinder, welche an der Gruppe teilnahmen waren großteils schon jahrelang in Behandlung, daher stellt das interdisziplinäre Team der Therapeutinnen und Ärztinnen sowie seine Besprechungen den wesentlichen Überweisungskontext dar.

In der Männerberatung St. Pölten stellen die Zuweisungsempfehlungen wesentliche Schnittstellen in der Behandlung dar. Beratungslehrerinnen, Klinische Psychologinnen, das sozialpädiatrische Zentrum Ambulatorium Sonnenschein, sowie diverse Jugendämter treten als Überweiser auf.

### 4.7 Prozesssteuerung und Strukturierung der Gruppeneinheiten

Auf eine vollständige Beschreibung des Prozesses wird aus Platzgründen und aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Eingang finden allgem

#### 4.7.1 Ablauf, Strukturelementen und Beispiele für gruppendynamische Prozesse in der psychotherapeutischen Kindergruppe mit integrativen Outdoorelementen im Ambulatorium St. Leonhard

Es entwickelten sich entlang der 6 Termine neben der individuellen Auseinandersetzung mit den Zielen und Beziehungsdynamiken der Kinder folgende zusammenfassende Gruppenthematiken:

**Tabelle 7: Gruppenthemen St. Leonhard**

Datum: jeweils 15.00 – 18.00 Uhr	Thema
2.11.2010	Kennenlernen Teilnehmer, Umgebung
16.11.2010	Monster können Angst in der Nacht vertreiben
30.11.2010	Zusammenhalt in der Gruppe durch gemeinsame Aufgabe erhöhen; verlieren einer Taschenlampe
14.12.2010	Durchs Dickicht kämpfen und Kerzen anzünden, Gemeinsames Wiederfinden der Taschenlampe
18.1.2010	Ballancieren und Sichern
1.2.11	Abschluß, Bilanz

**Es wurden folgende wiederkehrende Aufgabenelemente verwendet:**

Nach dem Treffen im Ambulatorium, bildete die Gruppe einen Kreis zur Begrüßung. Anschließend wurde gemeinsam in einer „Kette“ weggegangen.

Die Gruppenthemen entwickelten sich prozesshaft in der Nachreflexion und der Planung des jeweils nächsten Termines entlang der Leitlinie der individuellen Aufträge. Strukturelemente waren einerseits gemeinsam vereinbarte Gruppenregeln (Stop, Sichtkontakt, Abmelden, zuhören wer spricht), sowie zeitlich wiederkehrende Elemente wie die gemeinsame Jause in der Mitte der Zeit) oder 10 Minuten freies Spielen in Wald oder Wiese. Zentrales Element war die Witterung und die immer wiederkehrende Suche in der Kälte und eisigem Wind nach weniger ausgesetzten Plätzen zum Rasten oder Jausnen. Als ein Element, welches sich im Prozess der Gruppenarbeit etablierte, war das Weitergehen, wenn die Unruhe in der Gruppe oder Einzelner zu groß wurde.

Weiters wurden thematische Einzelgespräche während des Gehens der Gruppe geführt.

Je nach Thema wurden Einzel- oder Gruppenaufgaben angeboten, welche anschließend in unterschiedlichen Settings reflektiert wurden.

**Einzelaufgaben:**

Allein gehen oder alleine gehen in Kette (Abstand rund 50m) und nachdenken zu Thema  
Suchen und Sammeln von Gegenständen aus der Natur, welche Marion auf einem Blatt Papier aufgezeichnet hat: Müll, Blatt, Zapfen, Astgabel, Stein, Pilz, Feder, Rindenstück, Schneckenhaus, Moos...

Mit diesen Gegenständen ein Bild von sich bauen; Einzelreflexion: was hat das mit dir und deiner zu übende Fähigkeit zu tun?

Bauen eines Monsters

Durch finsternen Hohlweg alleine oder mit Hilfe gehen

Seinen Namen in den Neu-Schnee schreiben

**Paaraufgaben:**

Paare gehen und besprechen eine Thematik

**Gruppenaufgaben:**

Themen im Kreis besprechen (Fähigkeiten, Problematiken, Veränderungen, Grenzen, Sicherheit, Reflexion des Erlebten)

Ein Satz (ein Satz zum Problem, zur Fähigkeit, zum heutigen Termin, ...)

Kann ein Kreppland allein oder in der Gruppe höher an einem Baum befestigt werden?

Mit der Hand vor den Augen bzw. mit verbundenen Augen sich durch Geräusche (keine Worte!) der räumlich entlang des vorher angesehenen Wegabschnittes fix aufgeteilten Gruppenteilnehmerinnen führen lassen,

Sich aufs dünne Eis wie weit hinauswagen können

Balancieren auf einer Slack Line, 30-50cm hoch, 10m Länge, 2 Sicherungspersonen halten ein quergespanntes Seil. Beobachter wie wird gesichert?

Erweiterung: Ballancieren mit verbundenen Augen

Ritualisierte Rückmeldungsrunde

Einen Bach queren

Fotos mit zum Kind und seinem Thema passenden Spruch als Abschied mitgeben

Wesentliches Steuerungs- und damit Strukturelement stellen die Nachbesprechungen der Leiter zur Reflexion des Gruppenprozesses dar. Es werden zirkuläre Hypothesen zum Gruppenprozess bzw. zu Gruppe und Familie, Hypothesen zum Verstehen von Verhalten in der Gruppe und darauf aufbauend Haltungen, Interventionsideen sowie Aufgabenstellungen für die nächsten Termine gebildet. Basis sind die konkreten Beobachtungen sowie die wahrgenommenen Übertragungs-Gefühle.

## **Beispiele für auftauchende Themen in der Gruppe am Beispiel des ersten Termines:**

Fad sein von Kind 3 (Transkript Nachbesprechung):

M: Kaum ist es dunkel geworden, wollte Kind3 heim. Er fürchtet sich (sagte das aber nicht, sondern sagte ihm ist fad!)

M: Frustration geht bei K3 gar nicht. Da wird sein Thema dranbleiben schwierig, wenn nichts warten kann.

P: Das ist ja das Oberthema, wenn es fad ist, will ich nicht kommen, das gehört zum Lernprozess dazu und wenn es Mama nicht schafft ihn herzubringen, arbeitet sie nicht mit. Das ergibt einen Sinn.

M: alles was mir unangenehm ist, dem stell ich mir nicht mehr.

P: Was ich spürte in mir, wie er so sagte, fad ist es, da spürte ich Paul, sorg dafür, dass sich was rührt, kümmer dich um ihn. Wie ich das hörte dachte ich mir, sollen wir jetzt zaubern oder was, ist ja ein irrer Machtanspruch, soll ich mich drum kümmern, dass ihm nicht fad ist, geht nicht, ich spürte es so als Forderung und denke seine Erwachsenen Papa und Mama steigen drauf ein, die hat er damit am Bandl und erfährt dadurch wieder was Lustvolles.

M: Aber das kann ja nicht die Aufgabe der anderen sein, sondern das ist seine Aufgabe

P: Die anderen sollen verantwortlich sein, dass mir nicht fad ist, das ist ja paradox, das geht ja gar nicht. Ich glaub es war durchgängig fad. Er nimmt es auch nicht an. Er will in seiner Welt bleiben. Was hat er davon? Er wirkt frustriert

M: Wenn er andere zum Hüpfen und zum Springen bringt, weil er in seiner langweiligen Welt ist, dann hat er das davon, dass sich alles um ihn dreht, dass er alle ihm wie so einen König, wo der Hofnarr kommen muss.

M: In der Gruppe dabei sein ist nichts besonderes, da ist er Teil der Gruppe, und wenn er nicht mittut, lässt er seine Untertanen arbeiten, und er muss ja nicht, sondern die haben ihn zu unterhalten.

P: Die Herausforderung wird wieder sein, dass er eine eigene Kugel schiebt und ich glaub nicht, dass wir uns verführen lassen sollten, ihn immer um jeden Preis zu integrieren, weil dann geben wir ganz viel Energie dort rein, wo er eh die Aufmerksamkeit kriegt, die er braucht oder will, da kommt er eh nicht weiter, dass er initiativ wird. Im Grunde hat er sich ein bisschen wie ein Hunderl auf das Kind1 geschmissen, darf ich mit dir gehen, und seine Selbstständigkeit so aufgegeben,

Wobei in K1 sein Thema ist, sich gegen die Ansprüche anderer, seiner Schwestern zu wehren, in dem er sagt, nein ich mach die Aufgabe allein, oder ich bring dir kein Glas Wasser. Im Grund war es eine Lernaufgabe für Kind1 sich gegen Kind3 zu wehren, was er immer ein bisschen gemacht hat. Ein bisschen mit ihm und dann wieder musste er sich lösen, so dass er zu seinem kommt

M: Zum Schluss fällt mir ein, auf der Straße zurück zum Ambulatorium, da war ja die angesäimte Böschung, und da sind Kind3 und Kind4 rauf und dann hast du gesagt, sie sollen runter gehen und Kind4 „verhaschpelte“ sich beim Runtergehen und Kind3 lachte ihn aus und Kind1 machte mit und doch dann drehte sich Kind1 zu Kind4 um und sagte, ist mir auch schon einmal passiert. So ein Impuls, ich mag da nicht mitmachen, dass wir dich auslachen, steil, intelligent dieser Bursche.

M: Marion, P: Paul

## **Ausstossen oder integrieren vom spuckenden Kind 4, Fad sein von Kind 3**

### **(Transkript Nachbesprechung):**

M: Es war keiner da, der sagte Kind4 darf nicht mehr kommen. Jeder wollte ihn bei der Stange halten, auch wenn sie ihn schimpften, aber keiner sagte, tun wir den weg, der soll heimgehen.

P: Das Spucken blieb und ist nicht mehr geworden. Das Spucken wirkt wie die verlängerte Form von Klopfen- das ist den Kindern furchtbar auf den Keks gegangen. Er setzte es ja auch aggressiv ein. Spuckte auf Rucksäcke. Was mich sehr überraschte war, dass er den Schlitz wegwischte,

M: Kind6 reichte das Wegwischen; vor einem Jahr hätte der durchgedreht.

P: Am Anfang war bei mir das Gefühl, ich schaff es heute nicht, die sind mir zu steil, mit Kind4 war ich lange Zeit völlig überfordert.

M: Mir ist es so gegangen, müssen wir die Grenzen enger setzen, aber wie?

P: Auf was ich Wert legte, ist, dass ich die Schlagerei gleich benenne, dass ich die nicht zufällig sein lasse, denn bei Kind4 hab ich den Eindruck, der tut es einfach, auch wenn er gar nicht hauen will, und dann geht es in ein Hauen über, Kind6 weiss ich nicht, wenn es ihm zuviel wird, ob er sich noch in der Hand hat, Kind3 ist subtil auch immer wieder dabei. Wer es ganz klar nicht war, war Kind5, und Kind2. Kind1 ginge es mit Kind3 an.

P: Glaubst du sie hatten Angst voreinander längere Zeit? So Kontaktangst? So ich weiß nicht, ob ich dich mögen kann, ich mag gar nicht zu viel in deiner Nähe sein, das drückte Kind 1 vor K4 aus, macht ihnen k4 Angst, durch Spucken, berührt Ekel, was Grausliches, dass einem vor k4 ekelt, graust,

M: Ich möchte nicht angespuckt werden von ihm, das kann ich nachvollziehen, ich möchte auch nicht dass Sachen von ihm angespuckt werden

P: In dieser einen Phase, wo ich mich gegenüber stellte, bei der Birke, wo ich dieses was da jetzt läuft thematisierte, da hat wer über k4 geschimpft, K4 erzählte das kurz vorher, K6 sagte zu ihm ich bring dich um. Wie ich das zur Sprache brachte, was ein Stück vor dem Spiel war, jetzt macht jeden einen Blödsinn und die anderen machen es nach, das hat K5 vorgeschlagen, als Co Leiterin,

M: Was das Spucken ist, wäre interessant

P der musste es alle Minuten machen, mehrmals

P: Wir haben formuliert bei k4, wenn er draussen ist, hat er das Klopfen nicht, er hat dafür was anderes, das Spucken, drinnen klopft er, draussen spuckt er, ich hatte die Befürchtung, wir sehen ja nichts von der Symptomatik, sie ist eh da, ganz gewaltig. Papa wollte was hören dann am Parkplatz, ich sagte nichts.

M: Hat Papa wollen dass wir sagen, er war eh brav?

P: Papa schaute so, hat aber nichts gesagt, und ich dachte, wenn ich nix höre, sage ich auch nichts, was soll ich sagen, dass er brav war, dass ich leicht zurechtgekommen bin mit ihm, nein.

Für uns und für die Gruppe ist die Herausforderung, dass die Gruppe, dass wir uns nicht vom Spucken aus dem Konzept bringen lassen, uns völlig irritieren lassen.

M: Das er Sachen und Leute anspuckt hat erst dann angefangen wie es Thema geworden ist, wo das klar geworden ist von den anderen, sie wollen das nicht

P ist das geblieben?

M: Aber ich weiß nicht ob er gezielt den Rucksack von K6 angespuckt hat oder zufällig gerade in die Richtung schaute, weil ich glaub nicht, dass er absichtlich wen anspucken wollte, das hat er nicht gezeigt, das Zielgerichtete

P: Es war in Ansätzen manchmal ein bisschen für mich da, wo er nähergekommen ist und gespuckt hat, weil ..traust dich eh nicht, weil in dieser Richtung die Auseinandersetzung gelaufen ist.

Für mich war erst Thema stoßen wir dich aus, oder können wir dich aushalten, so wie du dich benimmst, einschließlich bei mir selber, kann ich dich überhaupt aushalten?

Ich hab ihn dann aushalten können, so im persönlichen Kontakt, das kann er zu Erwachsenen, da ist er nicht unangenehm finde ich, aber manchmal leuchtet er dir mit der Lampe so tief ins Aug, oder unterbricht dich, und er sagte er hat eh aufgezeigt, aber so, dass er mir fast am Kopf greift so ungestüm. M: da hat er kein Gefühl

P: und am Schluss hat er sich von allen verabschiedet; er war sehr im Anschluss, wie wenn er ein hohes Bedürfnis nach Zugehörigkeit hätte. Aber am Anfang dachte ich mir, Kreuz noch mal halt ich dich aus und andere Kinder dachten ähnlich und K3 drückte es am deutlichsten aus: Du Trottel, ich halte dich nicht aus und umgekehrt er (K4) ist hochfroh dabei zu sein, weil das andere wird er kennen.

M: Meine Mama würde sagen er hat ein Gefühl wie ein stoßender Stier, er möchte halt, aber weiß nicht wie er es angehen sollte.

P: Übergriffig, Übertrittig, auch jetzt beim Verabschieden, keinen Raum dafür dass er sich nähert, er ist gleich drüber. Und dann wieder isoliert, so zuviel oder zuwenig.

M: dann rennt er allein im Wald herum, das wunderte mich, da haben ihn die anderen in Ruhe im Wald gelassen, es hätte ja sein können, dass ihn die anderen ausspotten

M: Der kleine K2 sagte, der reißt im Wald Bäume um...

P: Große wird er nicht umreißen haben können, sondern nur kleine.

P: Kann man das? Das Spucken..., kann man sich nicht nur irritieren lassen von ihm? Die Reaktion ist nicht ungewöhnlich, dass man sehr irritiert ist von ihm, einschließlich mir selber

M was K4 nicht bei mir auslöste, ist so ein Zorn auf ihn, so jetzt reiß dich einmal zusammen, das schafft k3 gut. Das kommt bei K4 gar nicht.

P: ich war ein bisschen wütend wie ich schrie, er soll kommen, wie er in den Wald ist, da hab ich ihn gehalten und das war ihm unangenehm und ich sagte zu ihm, jetzt muss ich dich halten, wie ein kleines Kind, da bin ich ärgerlich geworden, und einmal hab ich ihn ja von hinten genommen, das war so eine Reaktion, wo ich mir dachte, jetzt genügt es, jetzt hol ich dich runter, da begann er zu rennen. Es gibt so eine Unruhe, die ich ausgehalten habe und eine Unruhe, die mir zuviel geworden ist, wenn er dann andere zum Nachrennen angestoßen hat, wenn es noch chaotischer geworden ist, in der Sequenz hab ich ihn dann gehalten, und ich fragte ihn, K4 können wir vereinbaren, dass du jetzt nachlasst und ich hol dich oder nimm dich wieder, wenn es wieder so weit ist. Ja gehört hat er es und es ist nicht mehr so schlimm geworden dann.

M: Die ersten Regeln, die wir vereinbart haben da ist es so darum gegangen, was ist wenn ich mich nicht daran halte, er hat es nicht mit diesen Worten gesagt, aber dem Sinn nach, dann fragte er ein paar mal, gibt es da eine Strafe

P: mir ist dann schon klar geworden, warum er das fragt, ich hörte es nicht, aber ich weiß der Papa straft. K4 fragte, sagst du es eh nicht dem Papa. Damit könnte man ihn natürlich strafen. Papa ist streng sagt k4 und Papa von sich. K4 hat Angst vor Papa,.. weiß ich nicht, was er tut mit ihm.

P: Heißt das im Umgekehrten, wenn wir nicht streng sind, kann er sich aufführen?

M: Möglich oder er wollte wissen, wann wir streng werden.

P: sind wir ein bisschen streng geworden: einmal nahm ich ihn an der Hand, das zweite Mal nahm ich ihn hinten,

M: ein paar Mal machte er das, was wir sagten, er soll es nicht tun: schreien. er soll leise sein, oder er soll eine Ruhe geben, just das, was gesagt, jetzt das nicht...wie ausprobieren, was er sich da erwartet hat, dass er sein Weltbild zurechtrückt

P: im Dunkeln hab ich auch gesagt, nicht so schreien, weil wir kommen zu den Häusern zurück, dann nahm er sich ein bisschen zurück, und ein anderes Kind der K3, dann er ihn wieder zurechtgewiesen.

P: Wenn er es bei wem anderen merkte, wieder streng sein zu wem anderen, wie ein Polizist, auch wieder unpassend. Er hätte erwartet, dass wir streng sind, das kennt er, das können wir tun, wenn es notwendig ist, ich möchte mir das vorbehalten, vielleicht hat es Sinn.

M: ich möchte nicht so sein, wie eh alle sind, weil die Oma auch scheinbar wenn er klopft, schreit sie ihn an.

P: Ich dachte, wenn ich ihn von hinten so nehme, kann er mir nicht aus, ich tue ihm nicht weh damit, ich blockiere ihn in seinen Impulsen, das kann ich wieder machen, da hab ich mir die Erlaubnis von ihm geholt.

M: und es hat ja auch funktioniert, das ist gescheiter

P da vernichte ich ihn nicht, er kann weiter reden mit den anderen, wenn er zuviel macht, hol ich ihn runter, das geht von der Kraft noch leicht

M: Marion, P: Paul

#### **4.7.2 Ablauf, Strukturelemente und Beispiele für die Steuerung des gruppendynamischen Prozesses in der Burschengruppe mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten® der Männerberatung St. Pölten**

Es entwickelten sich entlang der 7 Termine neben der individuellen Auseinandersetzung mit den Zielen und Beziehungsdynamiken der Burschen folgende zusammenfassende Gruppenthematiken:

**Tabelle 8: Gruppenthemen St. Pölten**

Datum: jeweils 17.00 – 19.00 Uhr	Thema
21.10.2010	Kennenlernen Teilnehmer, Umgebung
6.11.2010	Anliegen, d.h. Ziel und Problem konkretisieren
18.11.2010	Spielen und Grenze
2.12.2010	Gefühle und Grenzen
16.12.2010	Sicherheit und Grenzen

13.1.11	Wiederanschluss, Kontakt, und wo steht wer gerade
27.1.11	Abschluss und Bilanz

**Es wurden folgende wiederkehrende Aufgabenelemente verwendet:**

Nach dem Treffen in Männerberatung, bildete die Gruppe einen Kreis zur Begrüßung. Anschließend bildeten sich Paare um die Vorkommnisse der letzten 14 Tage zu besprechen.

Diese Paare gingen rd. 5 Minuten zum ersten bekannten Treffpunkt in den Kaiserwald. Dort wurden Bioenergetische Körperübungen zur Zentrierung gekoppelt mit Fragen zur Befindlichkeit bzw. einem ersten Richten der Aufmerksamkeit auf die Gruppenthemen. Die Gruppenthemen entwickelten sich prozesshaft in der Nachreflexion und der Planung des jeweils nächsten Termines entlang der Leitlinie der individuellen Aufträge. Strukturelemente waren einerseits gemeinsam vereinbarte Gruppenregeln (Stop, Treffpunkt Torbogen, Sichtkontakt, Abmelden, zuhören wer spricht), sowie zeitlich wiederkehrende Elemente wie die gemeinsame Jause in der Mitte der Zeit, für welche jeweils ein Teilnehmer sorgen musste oder 10 Minuten freies Spielen am Spielplatz.

Je nach Thema wurden Einzel- oder Gruppenaufgaben angeboten, welche anschließend in unterschiedlichen Settings reflektiert wurden.

**Einzelaufgaben:**

Allein gehen oder alleine gehen in Kette (Abstand rund 50m) und nachdenken zu Thema

Alleine Symbol für sich und seine zu übende Fähigkeit suchen

**Paaraufgaben:**

Paare gehen und besprechen eine Thematik

**Gruppenaufgaben:**

Themen im Kreis besprechen (Fähigkeiten, Problematiken, Veränderungen, Grenzen, Sicherheit, Reflexion des Erlebten)

Gegenseitige Phantasien über einander ohne sich näher zu kennen

Ein Satz (ein Satz zum Problem, zur Fähigkeit, zum heutigen Termin, ...)

Bauen eines gemeinsamen Symboles

Stop Übung: einer steht in der Mitte, die anderen stehen im Abstand von rd. 5m kreisförmig um ihn herum und gehen auf ein Zeichen des in der Mitte stehenden auf ihn

zu. Bei überschreiten der individuellen Grenze deutet dieser nonverbal oder verbal „Stop“ (Erweiterung mit verschiedenen Grundgefühlen wie Angst, Wut, Traurigkeit oder Sicherheit).

Säuresee

Balancieren auf waagrechtem Rundholz, 30-50cm hoch, verschneit; 10m Länge, 2 Sicherungspersonen halten ein quergespanntes Seil. Beobachter wie wird gesichert?

Erweiterung: Balancieren mit verbundenen Augen

Zwei Teilgruppen gehen mit jeweils einem Leiter im Regen. Kein Material

In der Gruppe auf ein gemeinsames Erlebnis der letzten 6 Treffen einigen

Regisseur aussuchen

Rollen bestimmen

Spielen dieser Szene

Fotos mit zum Burschen und seinem Thema passenden Spruch als Abschied mitgeben

Strukturelement Teilung der Leiterverantwortung: Innen der Therapie- und Gruppenprozesshauptverantwortliche für den jeweiligen Termin. Außen der Hauptverantwortliche für Sicherheit.

Wesentliches Steuerungs- und damit Strukturelement stellen die Nachbesprechungen der Leiter zur Reflexion des Gruppenprozesses dar. Es werden zirkuläre Hypothesen zum Gruppenprozess bzw. zu Gruppe und Familie, Hypothesen zum Verstehen von Verhalten in der Gruppe und darauf aufbauend Haltungen, Interventionsideen sowie Aufgabenstellungen für die nächsten Termine gebildet. Basis sind die konkreten Beobachtungen sowie die wahrgenommenen Übertragungs-Gefühle.

### **Beispiel einer Nachbesprechungssequenz vom 2-12-2012:**

M: P3 hat was ganz existentielles für ihn gesagt, wenn ich wirklich traurig bin, lasse ich keinen Schritt gehen. Ich hab es für mich nicht klar, würde eher für Angst passen.

P: Wie ich ihn eingewiesen habe, sagte P3 ich kann nur so ganz viel oder gar nicht, ganz drinnen; so Bedenken von P3, wird es mir eh nicht zuviel. Aber offenbar konnte er es gut dosieren. Interessante Muster bemerkbar, wie er es beschreibt.

M: Schwarz-Weiß dazwischen gibt es wenig. Er kommt mit seinen Gefühlen in Kontakt. Die Übung ist ganz gut es spüren zu können. Mit dieser Übung könntest du eine Stunde arbeiten.

M: Bei P4 keine Ernsthaftigkeit da. Er sucht immer gleich nach Ausreden. Muster ich muss alles erklären, er nimmt alles als Kritik auf.

P: Einmal hab ich ihn zusammengepiffen, wie er so als Kasperl „zuwagegangen“ ist. Ich hab Gefühl Person wird nicht greifbar.

M: ich hab es angesprochen, hinter was versteckt ihr euch?

P ich glaub nicht bewusst, dass er es macht. Im Kern, auf der intellektuellen Ebene ist Sicherheit da, emotional ist wenig Sicherheit da, jetzt lässt er sich nicht wegführen von dieser intellektuellen Ebene auf eine emotionale Ebene, eine Kontaktebene. Es ist auch schwierig mit ihm in Kontakt zu kommen.

M: Außer man spricht ihn direkt an und lässt ihm keinen Spielraum. Wenn ich es direkt mache und sehr bestimmt mache, komm ich sehr wohl in Kontakt mit ihm, weil ich lasse ihn nicht aus. Ich lass nicht zu, dass er wohin switcht, das mag er nicht, das spür ich auch, ist ihm unangenehm. Da gibt es für mich kein wenn und aber, da hört er zu, da tut er sich irrsinnig schwer.

P: Was bewirkst du damit, was spürst du in deiner Übertragung, in deiner Emotion? Was spürst du da von ihm, wenn du ihn so festnagelst?

M: Es wird eng, ich kann nicht raus, aber doch noch so viel Luft, dass ich respektiert werde, ich werte ihn ja nicht ab, oder geringschätze ihn, ich hol ihn da zurück, was ausgemacht ist, dazu hat er ja auch ja gesagt. Auf diesen Punkt hol ich ihn zurück. Da gibt es dann keine Ausrede. Da wird es für ihn eng. Das Versprochene fordere ich ein.

P: Du konfrontierst ihn ganz schön.

M ja mit seinen Versprechen

P: Welchen Versprechen?

M: Dass er respektiert, dass er wertschätzend umgeht, dass er zuhört, dass er ausreden lässt, nicht mehr. Da hol ich ihn zurück. Ich konfrontiere ihn damit, da gibt es nicht viel Spielraum

P: Ich denke du lässt noch weniger Spielraum wie ich. In meiner Wahrnehmung hat er in meinen Gesprächen viel weniger Spielraum gehabt als letztes Mal, da hat er damals um 200% mehr gehabt.

M: du hast auch mehr aufgepasst

P: er hat dann angefangen, die Aufmerksamkeit von der Person die spricht, wegzuziehen.

M: da ist er Spezialist

P: dass er kommentiert, dass er Pfeile schießt, dass er Aufmerksamkeit abzieht.

P: Wo ich mir nach wie vor schwer tue, wo ich merke, ich komme an eine Wertungsgrenze, dass ich mir schwertue, dass ich P1 nicht abwerte. Insofern, wenn ich nicht schnalle was er sagt. Ich hab das Gefühl ich sag was und es kommt nicht an bzw. er sagt was und ich verstehe es nicht. Es hat keinen Bezug zu dem was wir tun, nach wie vor, das ist dieses Ziellose auch.

M: Spielt da dein Hintergrund mit

P: ich glaub nicht. Es ist mehr das, was ich wahrnehme von ihm. Ich merk, ich will mich nicht beschäftigen damit. Wieviel Platz geb' ich ihm in der Gruppe, wenn ich es nicht verstehe? Heute hab ich nicht gerudert, dass ich ihn erreiche oder so.

M: Also der eine Kreis, wo ich P1 und P4 ziemlich scharf angegangen bin, zu dem zurückgeholt habe, was wir ausgemacht haben, da hat P1 auch so Ausweichmanöver mit nichts sagen gemacht, das hält er auch nicht aus, wenn man dranbleibt, das hab ich auch gespürt. Hält es schwer aus, wenn man einfordert. Sein Muster des nichts sagens, oder blöde Antwort zu geben, auf dieses Spiel bin ich nicht eingegangen, das irritiert ihn, wenn er merkt, er kommt bei mir mit diesem Spiel nicht durch, und ich brich es dann auf eine ganz einfache Ebene runter, willst du das auch haben, dass man mit dir so umgeht, und da erwische ich ihn im positiven Sinn. Es ein klares Nein gekommen und da hat er mich sogar angeschaut. Und dann hab ich gesagt, ich auch nicht. Da bin ich in der ICH form geblieben, da hab ich ihm überhaupt keinen Spielraum gelassen, wie dem P4, und da versuche ich immer mehr runterzubrechen.

P: Spannendes Thema diese Grenzen. Einerseits zu begrenzen, andererseits einen Raum zu geben, dass sich was öffnen kann. Wo P3 und P5 beginnen es zu nutzen, großartig in seiner Angst wie weit es weg war, sehr prägnant, wie P4 es noch nicht nutzen kann, der braucht diese Begrenzung, und P1 braucht diese Grenze um eine Ernsthaftigkeit entwickeln zu können.

M: Das Lachen ist ihm vergangen.

P: Da kann man nicht mehr blöd tun. Das ist ja der Auftrag der Mama, nicht mehr so blöd zu tun.

M: ich lasse es nicht mehr zu und das irritiert ihn, dass da einer weiterbohrt und nicht lockerlässt weil er jetzt lacht.

P: Was ist mit P6 der war heute nicht da. Der hat so ein Zittern heute gehabt

M: Es war saukalt. Ich hab ihm meine Handschuhe gegeben. Seine waren zu kalt. Ich fragte ihn dann, ist die Kälte an deiner Grenze und P6 sagte nein es geht und bibberte.....

P: ich hab ihn gar nicht wahrgenommen

M: er ist zu mir gekommen, dann soll er die Nähe haben.

P beim Runtergehen ist er mit P5 gegangen, die zwei haben ein bisschen eine Ähnlichkeit

M: Ich denke P6 nimmt das leise mit, was sich tut, er wird nie ein extrovertierter Typ werden, dazu ist seine Mutter zu dominant,

P: Tiefgreifend, verzögertes Kommunikationsdefizit, dass er eine Idee aufnimmt auf...Woher Idee: ...nehmen könnte heißen, dass man was merken würde...

M: Das werden wir in der Gruppe nicht sehen. Phantasie im Alltag verwenden was er da mitkriegt, die Veränderungen im Alltag sehen, die sehr lang dauern werden und nur die Eltern bemerkt werden.

P: Das wird ein Punkt im Elterngespräch werden, was sie bemerkt haben, er kommt, er macht mit.

M: Wie wir beieinander standen sagte er, es ist lässig im Schnee. P3 wie wir runtergegangen sind, mind. 10mal gesagt, es ist so lässig gewesen, Er spürte sich. In Schnee schmeißen.

P: Schnee ist was zauberhaftes,

M: ich glaub nicht, dass Jugendliche viel draußen sind

P: am meisten wird P1 draußen sein P4 hat mir am Schluß Jausenbrot angeboten,

M: Was mir immer wieder auffällt, dass du fragst, ob sie herkommen wollen.

P: Therapiehöflichkeitsform

M: bin ich gemein, wenn ich es sehr bestimmend einfordere.. wir gehen ich halte es ganz schwer aus, wenn wieder wer glaubt, da muß wer Sondergeschichten fahren. Der böse Teil der einfordert.

P: du übernimmst es ein bisschen. Ich bin der Gute du bist der Böse

M: ich kann eh gut damit umgehen. Grundsätzlich ist es nichts Verkehrtes. P3 hält sich sehr dran was ich sage

P: Seine Mutter beißt auch, das kennt er, das ist ihm vertraut. Böse heißt auch nett und liebevoll sein können.

P: In der Gruppe waren heute die Buben für mich nicht so spürbar. Wie wenn das Rundherum, der Schnee heute mehr ihre Aufmerksamkeit gefangen hätte, sie waren anfangs nicht so im lebhaften, sondern mehr im ruhigen, bezauberten, so wie sich P3 am Boden legte dachte ich mir, ich lass die anderen auch, dachte aber dann an Hundelulu...so ein bisschen entrückt, verzaubert, Schnee verzaubert,...ich dachte anfangs bei den Körperübungen wie hole ich das Thema rein ohne dass ich ins Fragen komme, P3 hat dann zum Sprudeln begonnen, die anderen sagten nichts,

P: Grundsätzlich merke ich, dass ich mich in der Gruppe sehr sicher fühle, Stress war durch aufbauen da, aber zu tief halt. Es ist Blödsinn, keine Hochaufbauten mehr in 2 Stunden Zeit. Es geht ja auch um Sicherheit und ich entschied mich, den Gurt anzulegen, das kostet Zeit und trotzdem war es zu tief, ich probierte es halt, ich dachte Erfolg ist wusch, sie haben keine Idee wie man zieht,

M ich hab mit P5 gezogen, ich war mitten drinnen

P ich wollte dass du das Seil zur Sicherheit in der Hand hast

M: Diese Übung braucht viel Zeit, ein immer wieder abzurechnen und überlegen können.

P: Es braucht mehr Leute, mindestens 10. 3 und 3 ziehen, 2 Koordinieren, 1 schwebt. P5 hat keine Kraft. Das hab ich völlig verkehrt eingeschätzt. Man könnte natürlich wen auf einen Baum raufziehen. Ohne Säurefluß.

P: Idee für nächstes Mal Mohak geht schneller und mit Querseinl, ein zweiter ev. ein dritter, 10 m Seil, jeder Wackler ist heikel für den, der sich anhält. Der Aufwand ist gering, da es nicht hinauf geht. Eine Steigerung ist mit verbundenen Augen.

M: Was gar nicht passiert ist, sie sollten über Grenzen reden, da ist gar nichts gekommen. Das sind nur Floskeln. P4 fordert über außen ein, über uns, P3 kriegt es, P4 kriegt es noch gar nicht mit.

P: Unsere Hypothese ist: dass wir ihn begrenzen müssen, dass er klarer kommunizieren lernt als Person, dass es ein Ich gibt, was immer das genau ist. Ich sehe hauptsächlich etwas Intellektuelles, Kasperlhaftes und keine Kontaktperson. Ich täte gern den Vater kennenlernen, vielleicht ist es uns dann klar, wenn man 6000 Stunden arbeitet,

M: Wir bleiben an der Grenzthematik dran. Wenn du es einforderst spüren sie ihre Grenzen, wenn wenig bis gar keinen Spielraum lassen spüren sie es. Für die drei die Zügel noch fester spannen, P1, P3, P4. Diese Handlungshypothese macht Sinn.

P: Paul, M: Martin

## **4.8 Design der Untersuchung**

### **4.8.1 Zeitliche Struktur der Therapie bzw. Beratung**

Die der Untersuchung zugrunde liegende integrative Konzeption von systemischer Familientherapie und Erlebnistherapie liegt eine klare Abfolge zugrunde:

Das familientherapeutische Arbeiten mit den Erzählungen der KlientInnen und ihren Familien im Vorgespräch, im Abschlussgespräch und in der Halbzeit im Elterngespräch dient zur Auftrags- Rahmensetzungs- und Veränderungsorientierung. Zwischen diesen

Terminen erfolgt das erlebnistherapeutische Arbeiten mit den Handlungen und Kommunikationen der Kinder und Jugendlichen im Mikrokosmos der Gruppe.

#### **4.8.2 Forschungsansatz**

Einsatz quantitativer psychologisch-diagnostischer Verfahren zu Beginn (T1), direkt nach Abschluss (T2) und 3 Monate nach dem Ende der Gruppenphase (T3).

Es wurde auf ein Wartekontrollgruppendesign verzichtet, da der Ressourcenaufwand für die Masterthese zu hoch geworden wäre.

Qualitative Auswertung der schriftlichen Notizen, der Video- sowie Audioaufzeichnungen.

Zusammenschau der Eingangsbefunde, der quantitativen und der qualitativen Daten.

#### **4.8.3 Strukturierung der Untersuchung**

Vorbereitungsphase (März-Sept 2010)

Hauptphase (Sept 2010-Feb 2011)

Nachbereitungsphase (> Feb 2011)

##### **4.8.3.1 Vorbereitungsphase (März-Sept. 2010)**

- Klärung der Forschungsfrage mit Prof. Amesberger
- Organisatorische Verankerung in den beiden Institutionen: Gespräche mit Leitungen, beteiligten Teams, PartnerInnen in der Gruppen-Leitung
- Designerstellung und Rückkopplung mit Prof. Amesberger und den PartnerInnen in der Gruppen-Leitung
- Elterninformation erstellen und mit organisatorischen Leitungen rückkoppeln
- Kontrollgruppenentscheidung treffen
- Auftrags-/Zielkonzeption: Erstgesprächsleitfaden erstellen und mit PartnerInnen in der Gruppen-Leitung rückkoppeln
- Inhaltliches Konzept der Gruppen mit PartnerInnen in der Gruppen-Leitung besprechen
- Testauswahl und Testvorbereitung, Testprobeläufe
- Auswahl und Testung der Audio- und Videodokumentation
- EDV-mäßige Verarbeitung der Tests vorbereiten

- Supervision planen

#### 4.8.3.2 Hauptphase (Sept. 2010-Feb. 2011)

- Teilnehmersuche (Ambulatorium intern, Männerberatung extern)
- Elterninformation und Zustimmungserklärung zur Untersuchung mit Unterschrift einholen (im Anhang angeführt)
- Vorgespräche gemeinsam mit Kindern/Jugendlichen und deren Familie durchführen.

Wesentliche Bestandteile der Vorgespräche waren:

Auftragsklärung, Überprüfung der Freiwilligkeit, Testung der Zielkohärenz, Videodokumentation.

Insgesamt wurden 16 Vorgespräche geführt (8 in St. Pölten, 8 in St. Leonhard)

- Endgültige Gruppenzusammenstellung nach Diskussion der GruppenleiterInnen und der Rückkopplung mit der Organisation.
- Testdurchführung:

**Tabelle 9: Testdurchführung**

	St. Leonhard	St. Pölten
	9.4 – 12.1 Jahre	10.9 – 15.5 Jahre
Kinder/Jugendliche	Zielkohärenz PFK (9-14 Jahre) Feel KJ (10-19 Jahre)	Zielkohärenz PFK (9-14 Jahre) Feel KJ (10-19 Jahre) YSR (11-18 Jahre) DISYPS SBB (11-18 Jahre)
Eltern	Zielkohärenz CBCL (4-18 Jahre) DISYPS FBB	Zielkohärenz CBCL (4-18 Jahre) DISYPS FBB

Da in St. Leonhard 5 von 6 TeilnehmerInnen unter 11 Jahre alt war, musste die Testbatterie der Selbstbeschreibungen von vier auf zwei (siehe Tabelle 4) reduziert werden.

Aufgrund des Umfangs der Tests wurden jeweils zwei 2-stündige Termine für die Kinder- und Jugendlichengruppen anberaumt. Den Eltern wurden die Tests mit nach Hause mitgegeben, mit der Bitte, Sie nicht gemeinsam auszufüllen. Die Abschlusstests in St. Pölten wurden zwischen Gruppenende und Abschlussgesprächen, in St. Leonhard wurden die Abschlusstests nach den Abschlussgesprächen durchgeführt.

- Sammlung und Studium der psychologischen und medizinischen Vorbefunde

**Tabelle 10: Durchgeführte psychologisch-diagnostische Messungen**

	ZKH			CBCL			DISYPS FBB			YSR			DISPYPS SBB			Feel KJ			PFK			
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	
Kind1																						
K1KM																						
K1KV																						
Kind 2																						
K2KM																						
K2KV																						
Kind 3																						
K3KM																						
K3KV																						
Kind 4																						
K4GM																						
K4KV																						
Kind 5																						
K5KM																						
Kind 6																						
K6KM																						
K6KV																						
Person 1																						
P1KM																						
P1KV																						
Person 2																						
P2KM																						
P2Erz																						
Person 3																						
P3KM																						
P3KV																						
Person 4																						
P4KM																						
P4KV																						
Person 5																						
P5KM																						
Person 6																						
P6KM																						
P6KV																						

 Daten verfügbar (T1, T2, T3... Zeitpunkte)

**Gruppentermine:**

Ambulatorium St. Leonhard:

6 Termine a 3h (4 Termine in 14 tägigem Abstand, Dienstags 15-18.00 Uhr, 4 Wochen  
Weihnachtspause, dann noch 2 Termine in 14 tägigem Abstand)

Die Elterngespräche wurden nach dem 3. Termin und vor dem 6. Termin durchgeführt. Es konnten alle Elterngespräche vollständig durchgeführt werden.

St. Pölten:

7 Termine à 2h (5 Termine in 14 tägigem Abstand, Donnerstags 14-19.00 Uhr, 4 Wochen Weihnachtspause, dann noch 2 Termine in 14 tägigem Abstand)

Elterngespräche nach dem 3. Termin; (Mutter von Kind 2 kommt nicht).

### **Ablauf der Gruppentermine:**

Vorbereitung: der erste Termin wurde separat vorbereitet; die folgenden Gruppentermine wurden in der Nachbesprechung, im Anschluss an die Reflexion, konzipiert.

Durchführung des Gruppentermins.

Nachbesprechung und Reflexion (meist 1-1,5h) mit begleitender Dokumentation

**Abschlussgespräche** mit den Familien nach dem letzten Gruppentermin (alle bis auf Familie von Kind 2 kommen).

**Supervision** (Dez. 10/ Jän.11)

### **4.8.3.3 Nachbereitungsphase**

- Testauswertung, Speicherung, deskriptive und statistische Aufbereitung
- Auswertung der Aufzeichnungen und des Video- und Audiomaterials
- Verschriftlichung der Ergebnisse
- Präsentation der Ergebnisse

## **4.9 Auswertungsstrategie**

### **4.9.1 Quantitativer Forschungsansatz**

- Prüfung von Objektivität, Reliabilität, Validität der psychologisch diagnostischen Verfahren
- Deskriptive Darstellung der Veränderungen der Selbst- und Fremdbeschreibungen der Teilnehmer im zeitlichen Verlauf; Prüfung bedeutsamer individueller Veränderungen zwischen den Testzeitpunkten anhand des kritischen Intervalls
- Zusammenhang der Selbst- und Fremdbeschreibungen

- Gruppenvergleich zweier zeitlich paralleler Gruppen gleicher Konzeption, unterschiedlichen Alters, in unterschiedlichen Kontexten anhand Vergleichen der Mittelwerte und Standardabweichungen, sowie einfaktorieller Varianzanalyse zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Gruppen.
- Prüfung der Datensätze auf Normalverteilung
- Gemeinsame Auswertung der zwei Gruppen zur Klärung des Einflusses des Treatments auf die Unterschiede in Zielkohärenz und Symptomreduktion, zur Erhöhung der statistischen Aussagekraft entlang der drei Messzeitpunkte mit einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwertwiederholung.
- Gemeinsame Auswertung der zwei Gruppen zur Klärung des Einflusses des Treatments auf den Zusammenhang Zielkohärenz und Symptomreduktion mittels multipler linearer Regression.

Die Rohdatenaufbereitung erfolgte mit MS Excel, die deskriptiven und statistischen Auswertungen mit dem Statistik Paket IBM SPSS Statistics 19.

#### **4.9.2 Qualitativer Forschungsansatz**

- Veränderungsbeschreibungen der TeilnehmerInnen und deren Eltern
- Gegenüberstellung kategorisierte Fähigkeiten und Diagnosen, um anhand der qualitativen Veränderungen Aussagen über Indikationskriterien erstellen zu können

#### **4.9.3 Zusammenschau der Eingangsbefunde, der quantitativen und der qualitativen Daten**

- ausgewählte Fallbeschreibungen
- psychotherapeutische Indikationen zum Angebot, zum Einsatz und zum Nutzen von Kinder- und Jugendlichen Gruppen
- Die Ebene Gruppen- bzw. individueller Prozess findet deskriptiv-beschreibend Eingang in die Untersuchung.

### **4.10 Quantitative Ergebnisse**

#### **4.10.1 Datenanalyse**

In den Fragebogen traten in geringfügigem Umfang Doppelnennungen und fehlende Items auf. Diese wurden durch Nachbefragung bzw. wo auch da noch Auslassungen übersehen wurden, durch Schätzungen anhand des Kategorienmittelwertes bereinigt.

#### **4.10.2 Objektivität**

Trotz Gruppenverfahren in der Testung musste aufgrund der zT. sehr schwachen Lesefähigkeit einigen Kinder vorgelesen werden (Kind 2, Kind 4, tw. Kind 5). Dadurch entstand natürlich in der Gruppe ein ungleiches Maß an Interaktion und die Testleiterunabhängigkeit war nicht in vollem Umfang gegeben.

Weiters wurde durch das Vorlesen vor allem in der Gruppe St. Leonhard klar, dass viele Begriffe schwer verstanden wurden (Kind 2, Kind 4, Kind 5, Kind 6, Person 1 Feel KJ, PFK), und damit die Zuordenbarkeit der Items einer hohen Variabilität unterlag.

Die Elternbeurteilungen wurden mit nach Hause mitgegeben. Sie waren daher unabhängig von Interaktionseffekten mit dem Versuchsleiter. Auch war dieses Vorgehen Standard in der psychologischen Begutachtung in St. Leonhard.

Die statistischen Auswertungen werden daher einerseits mit diesen Kindern und zum Vergleich ohne diese Kinder dargestellt.

#### **Eingeschränkte Aussagekraft des Feel KJ bei folgenden Kindern**

Kind 2 wies stark eingeschränkte Lesefähigkeit und Verstehen auf, welches auch durch das stark gegensätzliche Antwortverhalten zwischen Prä- und Postzeitpunkt deutlich wurde.

Kind 3 wiederholte in der Testsituation sein Grundproblem des verstärkten oppositionellen Verweigerungsverhaltens und kreuzte sehr rasch und durchgängig „nicht auf mich zutreffend“ an.

Person 1 wies ein sehr eingeschränktes Leseverständnis auf, dadurch war ein sehr dichotomes Antwortverhalten zwischen dem Prä- und Postzeitpunkt gegeben. Das wurde unterstrichen durch die große Verbesserung maldaptiver Strategien von mehr als 3 Standardabweichungen, bzw. durch die große Verbesserung maldaptiver Strategien von mehr als 2-4 Standardabweichungen.

#### **Eingeschränkte Aussagekraft des PFK bei folgenden Kindern:**

Kind 3 zeigte oppositionelles Verweigerungsverhalten (zB. alle Items zu Selbstbild durchgängig mit „stimmt nicht“ angekreuzt).

Person 1 zeigte eingeschränktes Leseverständnis, dadurch sehr dichotomes Antwortverhalten zwischen dem Prä und Postzeitpunkt.

#### **4.10.3 Reliabilität:**

Es wurden standardisierte Tests mit geprüften Reliabilitäten verwendet. Einzig für das Diagnostik-System für psychische Störungen von Döpfner et al. (2000) DISYPS liegen nur für 3 von 9 der Gesamtwertskalen Literaturwerte für die Reliabilitäten vor. Da dieses Instrument die Diagnose-Kriterien des ICD-10 zur Voraussetzung hat, scheint eine Itemanpassung der Skalen aber nicht sinnvoll.

In der vorliegenden Arbeit erfolgte eine eigene Überprüfung der Güte der Fragebögen auf ihre innere Konsistenz mit dem Cronbach-Alpha. Als Referenznorm für die eigenen empirischen Konsistenzdaten werden die Reliabilitätsnormen von Lienert (1969, S. 309 zit. n. Döpfner 1994, S. 19) herangezogen. Dieser Autor fordert für die Beurteilung der Gruppendifferenzen  $r_{tt} \geq .50$  und für die Beurteilung von individuellen Differenzen  $r_{tt} \geq .70$ . In Anlehnung an Lienert (s.o.) wird in der vorliegenden Arbeit daher von einem vertretbaren Bereich für Cronbach-Alpha von  $>.50$  als Voraussetzung für die Verwendung von Skalen in der statistischen Analyse ausgegangen. Auf Abweichungen davon wird hingewiesen.

Auf eine Faktorenanalyse und eine Berechnung der Trennschärfe wird aufgrund der Standardisierung und Gebräuchlichkeit der verwendeten Instrumente verzichtet. Für eine fachlich korrekte Faktorenanalyse sollte weiters ja die Testteilnehmeranzahl das 2-3 fache der Itemzahl betragen. Für den Fall der vorliegenden Arbeit wären daher mehrere 100 Teilnehmer notwendig gewesen (CBCL 118 Items, YSR 101 Items, DISYPS 114, PFK 180, Feel KJ 90 Items). Die vorhandenen 12 TeilnehmerInnen rechtfertigen jedenfalls keine statistisch haltbare Faktorenanalyse.

In der nachfolgenden Tabelle sind auch die Retest-Reliabilitäten angeführt. Für die gesamte Stichprobe gilt allerdings, dass Interventionen zwischen Prä und Postzeitpunkt stattgefunden haben, also ungleiche Voraussetzungen für diesen korrelativen Vergleich vorliegen. Für den vergleichbareren Wert Post und Follow Up begrenzt der Umstand der Untersuchungsabbrecher die Aussagekraft. Weiters wurden alle erhaltenen psychometrischen Tests für die Analyse der inneren Konsistenz verwendet, auch wenn in den nachfolgenden Zusammenhangs bzw. Unterschiedsanalysen eng auf die Teilnehmerzahl 12 eingegrenzt wurde und dort einige Elterntests ausgeschieden werden mussten (siehe 4.9.7.1 und 4.9.7.3)

**Child Behavior Checklist, CBCL 4-18 Jahre von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998):**

**Tabelle 11: Reliabilität CBCL**

Skala	Anzahl Items	Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
		Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
Gesamtwert Auffälligkeiten	118	0,911	0,903	0,933	0,719	0,748	0,747
Internalisierende Auffälligkeiten	31	0,838	0,850	0,873	0,642	0,742	0,790
Externalisierende Auffälligkeiten	33	0,864	0,752	0,881	0,678	0,494	0,344
Sozialer Rückzug I	9	0,861	0,876	0,948	0,792	0,913	0,834
Körperliche Beschwerden II	9	0,514	-0,011	-0,305	0,078	-0,190	0,456
Ängstlich Depressiv III	14	0,815	0,806	0,728	0,583	0,596	0,692
Soziale Probleme IV	8	0,809	0,740	0,780	0,856	0,823	0,971
Schizoid Zwanghaft V	7	0,474	0,321	0,391	0,697	0,671	0,781
Aufmerksamkeitsprobleme VI	11	0,621	0,684	0,726	0,746	0,687	0,871
Dissoziales Verhalten VII	13	0,551	0,069	0,295	0,159	0,374	0,278
Aggressives Verhalten VIII	20	0,852	0,749	0,885	0,768	0,594	0,387
ausgewertete Tests N=		21	19	17	21	19	17

3 Skalen genügen den Reliabilitätsanforderungen nicht: Körperliche Beschwerden, Schizoid-Zwanghaftes Verhalten, Dissoziales Verhalten.

Die 3 übergeordneten Skalen zeigen Cronbach-Alpha Werte >0,750.

**Fragebogen für Jugendlichen YSR 11-18 Jahre von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998):**

**Tabelle 12: Reliabilität YSR**

Skala	Anzahl Items	Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
		Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
Gesamtwert Auffälligkeiten	101	0,825	0,816	0,779	0,293	-0,189	-0,115
Internalisierende Auffälligkeiten	31	0,647	0,661	0,646	-0,311	-0,636	0,971
Externalisierende Auffälligkeiten	30	0,848	0,726	-11,379	0,609	-0,500	0,5
Sozialer Rückzug I	7	0,508	0,276	0,841	0,34	0,148	0,61
Körperliche Beschwerden II	9	0,891	0,000	0,000	-0,102	0,000	0
Ängstlich Depressiv III	16	0,798	0,738	0,474	0,069	-0,500	-0,5
Soziale Probleme IV	8	0,681	0,522	0,163	0,559	-0,327	0,655
Schizoid Zwanghaft V	7	0,700	0,228	-0,333	0,941	0,756	0,945
Aufmerksamkeitsprobleme VI	9	0,254	0,667	0,321	0,404	0,655	0,786
Dissoziales Verhalten VII	11	0,522	0,100	-6,600	0,362	-0,500	0,866
Aggressives Verhalten VIII	19	0,829	0,704	-0,704	0,605	-0,397	0,5
ausgewertete Tests N=		6	6	3	6	6	3

An dieser Tabelle wird ersichtlich, dass keine der primären Syndromskalen den Reliabilitätsanforderungen genügt. Auch die übergeordnete Skala Externalisierte

Auffälligkeiten zeigt zum Follow Up Termin aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs einen irritierend niedrigen Wert.

Aufgrund des Mindestalters 11 Jahre für die Normierungsstichprobe, wurde dieser Test ja nur an der Stichprobe St. Pölten angewandt. Daher lag der Stichprobenumfang nur bei 6 Personen bzw. 3 in der Nachuntersuchung. Werden die 3 Ausfälle im Sinne des Intention-to-trait-Prinzips (ITT) durch die Itemwerte zum Prä-Zeitpunkt ergänzt, so ergeben sich für die übergeordneten Skalen geringfügig bessere Voraussetzungen.

**Tabelle 13: Reliabilität YSR, Ergänzung Ausfälle durch ITT**

Skala	Cronbach-Alpha		
	Prätest	Posttest	Follow Up
Gesamtwert Auffälligkeiten	0,825	0,816	0,892
Internalisierte Auffälligkeiten	0,647	0,661	0,475
Externalisierte Auffälligkeiten	0,848	0,726	0,883

**Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter von Döpfner und Lehmkuhl (2000) in Form der Elterbeurteilung (DISYPS-KJ, FBB) :**

**Tabelle 14: Reliabilität DISYPS KJ, FBB**

Skala	Anzahl Items	Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
		Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
Trennungsangst	10	0,684	0,886	0,619	0,712	0,825	0,602
generalisierte Angst	7	0,584	0,659	0,798	0,647	0,529	0,649
soziale Angst	7	0,780	0,796	0,947	0,887	0,747	0,863
spezifische Phobie	7	0,312	0,209	0,279	0,682	0,827	0,856
Gesamtskala Angststörung	31	0,768	0,784	0,890	0,737	0,642	0,707
depressive Symptome	18	0,683	0,693	0,854	0,439	0,122	0,492
somatisches Syndrom	9	0,672	0,472	0,619	0,569	0,517	0,704
Dysthymia	14	0,742	0,749	0,845	0,624	0,490	0,664
Gesamtskala depressive Störung	26	0,791	0,786	0,896	0,501	0,340	0,578
Aufmerksamkeitsstörung	9	0,863	0,772	0,864	0,390	0,163	0,767
Hyperaktivität	7	0,792	0,900	0,929	0,912	0,760	0,878
Impulsivität	4	0,869	0,729	0,939	0,872	0,746	0,823
Gesamtskala hyperkinetische Störung	20	0,896	0,835	0,927	0,609	0,360	0,633
oppositionell-aggressives Verhalten	9	0,963	0,936	0,959	0,785	0,627	0,920
dissozial-aggressives Verhalten	16	0,652	0,564	0,775	0,794	0,436	0,782
Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens	25	0,911	0,906	0,936	0,803	0,598	0,907

DISYPS FBB		Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
Skala	Anzahl Items	Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
qual.Beeinträchtigung d sozialen Interaktion	6	0,654	0,860	0,943	0,794	0,796	0,851
qualitative Beeinträchtigung d Kommunikation	4	0,496	0,855	0,797	0,734	0,595	0,890
stereotype Verhaltensmuster	4	0,597	0,764	0,599	0,623	0,555	0,892
Gesamtskala Autistische Störung	14	0,796	0,932	0,947	0,820	0,782	0,909
ausgewertete Tests N=		21	19	17	21	19	17

Die Skalen spezifische Phobie und qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation genügen den Reliabilitätsanforderungen nicht.

### Selbstbeurteilung (DISYPS-KJ, SBB):

Aufgrund des Mindestalters 11 Jahre, wurde dieser Test nur an der Stichprobe St. Pölten angewandt. Daher lag der Stichprobenumfang nur bei 6 Personen bzw. 3 in der Nachuntersuchung.

**Tabelle 15: Reliabilität DISYPS-KJ, SBB**

DISYPS-SBB		Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
Skala	Anzahl Items	Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
Trennungsangst	10	0,324	0,494	0,896	-0,068	-0,339	0,156
generalisierte Angst	7	0,663	0,820	0,444	-0,025	0,000	0,327
soziale Angst	7	0,832	0,692	0,778	0,672	-0,866	0,866
spezifische Phobie	7	0,375	0,036	0,292	0,604	-0,945	0
Gesamtskala Angststörung	31	0,834	0,845	0,885	0,285	-1,000	0,222
depressive Symptome	18	0,774	0,896	0,830	-0,114	0,882	0,569
somatisches Syndrom	9	0,787	0,808	0,000	-0,063	1,000	-0,5
Dysthymia	14	0,197	0,828	0,704	0,311	0,891	0,771
Gesamtskala depressive Störung	26	0,801	0,915	0,853	0,127	1,000	0,689
Aufmerksamkeitsstörung	9	0,476	0,630	0,508	-0,198	-0,913	0,906
Hyperaktivität	7	0,767	0,206	0,389	0,708	0,000	0
Impulsivität	4	-0,328	0,875	0,000	0,244	a	a
Gesamtskala hyperkinetische Störung	20	0,663	0,750	0,668	0,352	-0,419	0,763
oppositionell-aggressives Verhalten	9	0,702	0,362	0,589	0,309	0,997	0,998
dissozial-aggressives Verhalten	16	0,129	-0,525	0,533	0,023	0,000	0,866
Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens	25	0,692	0,316	0,424	0,029	0,682	0,866
ausgewertete Tests N=		N=6	N=6	N=3	N=6	N=6	N=3

Von den 4 übergeordneten Gesamtskalen genügen 3 den Reliabilitätsanforderungen. Die Störung des Sozialverhaltens weist zu geringe Werte auf. Von den 12 untergeordneten Skalen genügen 10 nicht.

### Emotionsregulationsverhalten Feel-KJ von Grob und Smolenski (2005):

Tabelle 16: Reliabilität Feel-KJ

Feel-KJ		Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
Skala	Anzahl Items	Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
Adaptive Strategien Gesamt	42	0,964	0,982	0,985	0,726	0,463	0,889
Adaptive Strategien Angst	14	0,936	0,965	0,979	0,756	0,521	0,772
Adaptive Strategien Trauer	14	0,908	0,950	0,970	0,832	0,578	0,870
Adaptive Strategien Wut	14	0,838	0,954	0,916	0,369	0,164	0,943
Problemorientiertes Handeln	6	0,796	0,942	0,920	0,625	0,277	0,798
Zerstreuung	6	0,875	0,918	0,895	0,655	0,521	0,901
Stimmung anheben	6	0,902	0,921	0,923	0,720	0,578	0,788
Akzeptieren	6	0,719	0,889	0,935	0,675	0,735	0,756
Vergessen	6	0,881	0,883	0,895	0,452	0,388	0,776
Kognitives Problemlösen	6	0,856	0,939	0,951	0,797	0,493	0,793
Umbewertung	6	0,854	0,757	0,922	0,462	-0,008	0,692
Maldaptive Strategien Gesamt	30	0,930	0,881	0,902	0,361	0,114	0,735
Maldaptive Strategien Angst	10	0,926	0,696	0,546	0,269	0,163	0,536
Maldaptive Strategien Trauer	10	0,840	0,616	0,839	0,282	0,186	0,693
Maldaptive Strategien Wut	10	0,735	0,725	0,802	0,174	-0,129	0,683
Aufgeben	6	0,675	0,546	0,700	0,382	-0,072	0,586
Aggressives Verhalten	6	0,804	0,758	0,694	0,403	0,386	0,652
Rückzug	6	0,734	0,851	0,802	0,176	-0,043	0,932
Selbstabwertung	6	0,764	0,915	0,844	0,071	0,185	0,773
Perservation	6	0,735	0,677	0,730	0,499	0,169	0,367
Soziale Unterstützung	6	0,823	0,755	0,838	0,664	0,557	0,877
Ausdruck	6	0,861	0,695	0,957	0,394	0,224	0,160
Emotionskontrolle	6	0,830	0,813	0,790	0,456	0,086	0,475
ausgewertete Tests N=		N=12	N=12	N=9	N=12	N=12	N=9

Es genügen alle 23 Skalen den Reliabilitätsanforderungen.

**Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren PFK 9-14 von Seitz und Rausche (2004):**

**Tabelle 17: Reliabilität PFK 9-14**

PFK 9-14		Cronbach-Alpha			Retest-Reliabilität		
Skala	Anzahl Items	Prätest	Posttest	Follow Up	Prä-Post	Prä-Follow up	Post-Follow Up
MO1	12	0,561	0,795	0,696	-0,035	-0,073	0,697
MO2	12	0,573	0,785	0,809	0,606	0,312	0,814
MO3	12	0,669	0,840	0,750	0,675	0,542	0,403
MO4	12	0,786	0,927	0,924	0,695	0,811	0,641
MO5	12	0,536	0,708	0,803	0,648	0,776	0,788
MO6	12	0,800	0,220	0,529	0,027	0,579	0,648
SB1	12	0,482	0,596	0,604	-0,028	0,319	0,862
SB2	12	0,740	0,909	0,775	0,455	0,599	0,691
SB3	12	0,238	0,775	0,854	0,399	0,628	0,628
SB4	12	0,779	0,770	-0,242	0,112	-0,283	0,268
SB5	12	0,385	0,829	0,864	0,401	0,710	0,897
VS1	12	0,686	0,533	0,862	0,602	0,623	0,858
VS2	12	0,657	0,694	0,736	-0,192	-0,440	0,575
VS3	12	0,841	0,848	0,798	0,547	0,513	0,522
VS4	12	0,252	0,360	0,871	-0,040	0,720	0,614
FII-1	72	0,858	0,880	0,614	-0,248	-0,583	0,704
FII-2	60	0,785	0,879	0,949	0,374	0,701	0,940
FII-3	60	0,903	0,965	0,949	0,691	0,884	0,725
FII-4	48	0,797	0,847	0,825	0,287	0,245	0,679
ausgewertete Tests N=		n=12	n=12	n=9	n=12	n=12	n=9

Die Skalen der 4 Sekundärfaktoren genügen den Reliabilitätsanforderungen. Von den 15 Primärfaktoren genügen 6 den Anforderungen nicht.

**Zusammenfassende Bewertung der Reliabilitäten:**

Für statistische Auswertungen der CBCL, des DISYPS-KJ FBB, des Feel KJ und des PFK 9-14 genügen alle Sekundärskalen dem Kriterium Cronbach  $\alpha > 0,50$ .

Auf Primärskalenebene genügen bei der CBCL 3 Skalen (von 8), dem DISYPS-KJ FBB 2 Skalen (von 15) und beim PFK 9-14 6 Skalen (von 15) nicht dem Kriterium Cronbach  $\alpha > 0,50$ .

Für den YSR und das DISYPS-KJ SBB kann eine deskriptive Darstellung erfolgen. Eine weitere statistische Auswertung ist aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der schlechten Reliabilitäten nicht sinnvoll.

#### **4.10.4 Validität**

Konstruktvalidität: Auf eine Faktorenanalyse und eine Berechnung der Trennschärfe wird aufgrund der Standardisierung, der Normierung und der praktischen Gebräuchlichkeit im Feld der verwendeten Instrumente sowie der statistisch kleinen Teilnehmerzahl im Verhältnis zur Itemanzahl verzichtet.

#### **4.10.5 Gruppenvergleiche St. Leonhard- St. Pölten**

Es werden die zwei zeitlich parallelen Gruppen mit vergleichbarer Behandlungskonzeption, aber Kinder/Jugendliche unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Kontexten anhand von Mittelwert- und Standardabweichung deskriptiv dargestellt (siehe Anhang Tabellen Gruppenvergleiche St. Leonhard- St. Pölten) und mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse auf überzufällige Unterschiedlichkeit der Gruppen überprüft:

Ziel dieses Auswertungsschrittes ist die Untermauerung der Entscheidung, dass beide Gruppen zusammen für die Zusammenhangs- und Unterschiedsanalyse ausgewertet werden.

Zusammenfassend wird deutlich, dass nur zum Zeitpunkt 1 bei der Elternbeurteilung DISYPS-KJ FBB in der Gesamtskala hyperkinetische Störung ein signifikanter Unterschied der Gruppen auftritt. Dieser ist allerdings zu den Zeitpunkten 2 und 3 nicht mehr vorhanden.

Weiters wird ein Gruppenunterschied in der Zielkohärenz Kinder im Zeitintervall Prä-Follow Up (T13) deutlich, welcher aber in den anderen 2 Zeitintervallen (T12 und T23) nicht sichtbar ist.

Alle anderen Skalen, einschließlich der Zielkohärenz Eltern, zeigen diesen Unterschied nicht. Eine gemeinsame Auswertung ist damit vertretbar.

#### **4.10.6 Prüfung der Datensätze auf Normalverteilung:**

Eine Überprüfung der Skalen auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Tests) erbrachte für den Datensatz der Zusammenhanganalyse für die CBCL Skala Schizoid-Zwanghaft für das Intervall T23  $p=0,019$  eine Ablehnung der Nullhypothese.

Im Datensatz zur Prüfung der Unterschiedshypothesen, in welchem ja die Untersuchungsabbrecher mit dem Intention-to-trait-Prinzip vervollständigt wurden, ist für das Messinstrument DISYPS-KJ FBB eine Abweichung der Skala Soziale Angst im

Intervall T23  $p= 0,042$  von der Nullhypothese festzustellen. Für die Skalen YSR und DISYPS-KJ SBB kann an den Nullhypothesen festgehalten werden, ebenso bei den Skalen des Feel-KJ und des PFK 9-14.

#### **4.10.7 Zusammenhang Zielkohärenz und Symptomreduktion:**

Der Zusammenhang wird statistisch auf 3 Ebenen analysiert:

1. Bivariate Korrelation nach Pearson zur Analyse der Zusammenhänge Zielkohärenz-Symptomskalen
2. Multiple lineare Regression zur Darstellung der Zusammenhänge Zielkohärenz-Symptomskalen
3. Analyse der Mittelwertsunterschiede entlang der Beobachtungszeitpunkte der Treatmentstufen. Ziel ist zu zeigen, dass signifikante Unterschiede bei der Zielkohärenz als auch bei den Symptomskalen auftreten.

##### **4.10.7.1 Bivariate Korrelation nach Pearson zur Analyse der Zusammenhänge Zielkohärenz-Symptomskalen**

Es werden die Skalen der Elternbeurteilungen der Child Behavior Checklist (CBCL), der Gesamtskalen des DISYPS-KJ FBB, sowie die Sekundärskalen der Selbstbeurteilungen des Feel-KJ und des PFK 9-14 als Prädiktorvariablen zur Untersuchung des Zusammenhangs mit der Kriteriumsvariablen der Zielkohärenz herangezogen.

Die Elternbeurteilung wurde auf je ein Kind bezogen und nur bei vollständigen Datensätzen über alle 3 Testzeitpunkte gemittelt (nur für das Elternpaar Kind1 gegeben). Ansonsten wurde jener Elternteil ausgewählt, von dem sowohl die Zielkohärenz als auch die Elternbeurteilungen vollständig über alle Zeitpunkte vorhanden waren. Eine anfängliche Mittelbildung führte zu schlechteren Ergebnissen.

**Tabelle 18: Zielkohärenzen Kinder/Eltern Distanzmaße, Verhältnismaße, Mittelwerte**

Name	D1K [cm]	D2K [cm]	D3K [cm]	ZKH 12K [%]	ZKH 13K [%]	ZKH 23K [%]	Mittel ZKH [%]	Eltern	D1E [cm]	D2E [cm]	D3E [cm]	ZKH 12E [%]	ZKH 13E [%]	ZKH 23E [%]	Mittel ZKH [%]
K1	9,6	7,9	3,4	17,7	64,6	46,9	43,1	K1KE MW	11,5	6,5	4,2	43,7	63,3	19,7	42,2
K2	15,2	7,2	12	52,6	24,3	-28,3	16,2	K2KM	30,6	9,4	6,4	69,3	79,1	9,8	52,7
K3	34,2	3,7	4,9	89,2	85,7	-3,5	57,1	K3KM	29,6	3,7	8,4	87,5	71,6	-15,9	47,7
K4	20	19,2	14	4,0	29,5	25,5	19,7	K4KV	13,5	18,9	18,4	-40,4	-36,3	4,1	-24,2
K5	12	5,6	2,4	53,3	80,0	26,7	53,3	K5KM	12	2,4	0	80,0	100,0	20,0	66,7
K6	17,5	2,4	4,5	86,3	74,3	-12,0	49,5	K6KM	17,5	7,4	4,5	57,7	74,3	16,6	49,5
P1	2,4	12,5	1,9	-420,8	20,8	441,7	13,9	P1KM	9,5	2,4	2,9	74,7	69,5	-5,3	46,3
P2	23,1							P2KM	28						
P3	14,2	5,7		59,9			59,9	P3KV	21	5,7		72,9			72,9
P4	7,6	8,5	11	-11,8	-38,2	-26,3	-25,4	P4KM	23,6	10,8	5,4	54,2	77,1	22,9	51,4
P5	31,7	10,1		68,3			68,3	P5KM	37,3	5,6		85,0			85,0
P6	8,7	18,4	26	-111,5	200,0	-88,5	-133,3	P6KM	23	35,5	35,9	-54,3	-56,1	-1,7	-37,4

DiK...Distanzmaß

ZKH12K...Zielkohärenz Kinder, Intervall Prä-Post (T12)

**Tabelle 19: Häufigkeiten Zielkohärenz-Kinder in Gesamtstichprobe Intervall T12**

**ZKH12K (klassiert)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig <= ,00	3	25,0	27,3	27,3
,01 - 25,00	2	16,7	18,2	45,5
50,01 - 75,00	4	33,3	36,4	81,8
75,01+	2	16,7	18,2	100,0
Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend System	1	8,3		
Gesamt	12	100,0		

**Tabelle 20: Häufigkeiten Zielkohärenz-Kinder in Gesamtstichprobe Intervall T13**

**ZKH13K (klassiert)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig <= ,00	2	16,7	22,2	22,2
,01 - 25,00	2	16,7	22,2	44,4
25,01 - 50,00	1	8,3	11,1	55,6
50,01 - 75,00	2	16,7	22,2	77,8
75,01+	2	16,7	22,2	100,0
Gesamt	9	75,0	100,0	
Fehlend System	3	25,0		
Gesamt	12	100,0		

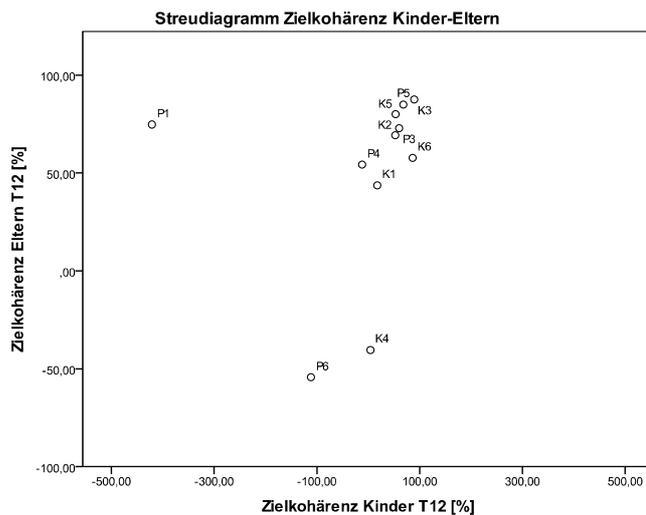
**Tabelle 21: Häufigkeiten Zielkohärenz-Eltern in Gesamtstichprobe Intervall T12  
ZKH12E (klassiert)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig <= ,00	2	16,7	16,7	16,7
25,01 - 50,00	1	8,3	8,3	25,0
50,01 - 75,00	5	41,7	41,7	66,7
75,01+	4	33,3	33,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

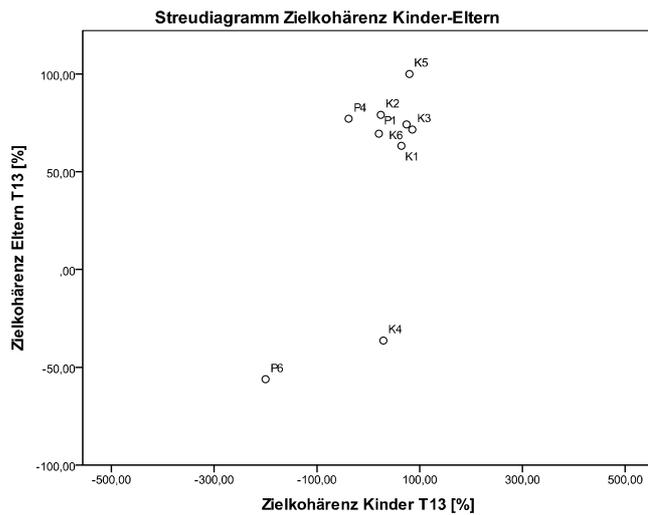
**Tabelle 22: Häufigkeiten Zielkohärenz-Eltern in Gesamtstichprobe Intervall T13  
ZKH13E (klassiert)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig <= ,00	2	16,7	22,2	22,2
50,01 - 75,00	4	33,3	44,4	66,7
75,01+	3	25,0	33,3	100,0
Gesamt	9	75,0	100,0	
Fehlend System	3	25,0		
Gesamt	12	100,0		

Streudiagramme Zielkohärenz Kinder-Eltern:

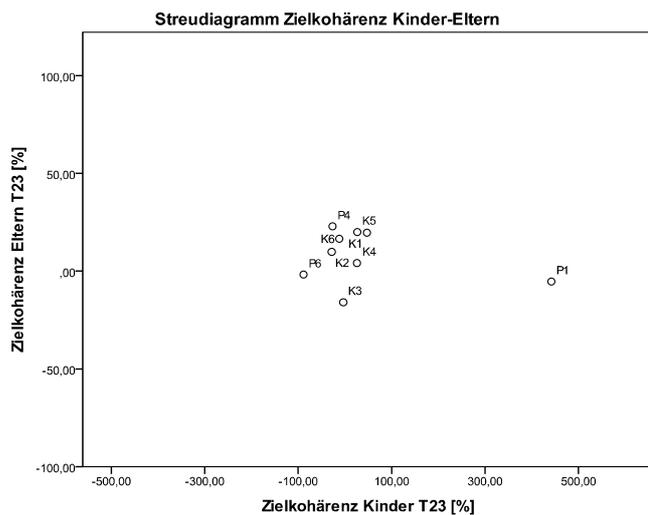


**Abbildung 2: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder/Eltern im Zeitintervall T12**  
Anmerkung: Person 1 ganz weit im Minusbereich.



**Abbildung 3: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder/Eltern im Zeitintervall T13**

Streudiagramm Zielkohärenz Kinder-Eltern Intervall Post-Follow Up:



**Abbildung 4: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder/Eltern im Zeitintervall T23**

Anmerkung: Person 1 ganz weit im Plusbereich.

**Einschränkungen in der Auswertung:**

1. An den Streudiagrammen Zielkohärenz Eltern – Zielkohärenz Kinder über die Zeitintervalle Prä-Post und Post-Follow Up ist das isolierte Verhalten von Person 1 zu sehen. Im Vorgespräch war mit ihr kein Ziel festlegbar. Für die Berechnungen der Ebene Zielkohärenz Kinder wird diese Person ausgeschlossen. Für die Ebene Zielkohärenz Eltern spielt der Ausreißer keine Rolle.

2. Aufgrund Einschränkungen im Bereich der Objektivität werden die Korrelationen beim PFK 9-14 unter Ausschluss von Kind 3 und Person 1, sowie beim Feel KJ unter Ausschluss Kind 2, Kind 3 und Person 1 dargestellt.

3. Aufgrund Einschränkungen aus den Reliabilitätsanforderungen sind die Ergebnisse bei der CBCL der Skalen Körperliche Beschwerden, Schizoid-Zwanghaft sowie Dissoziales Verhalten kritisch anzusehen.

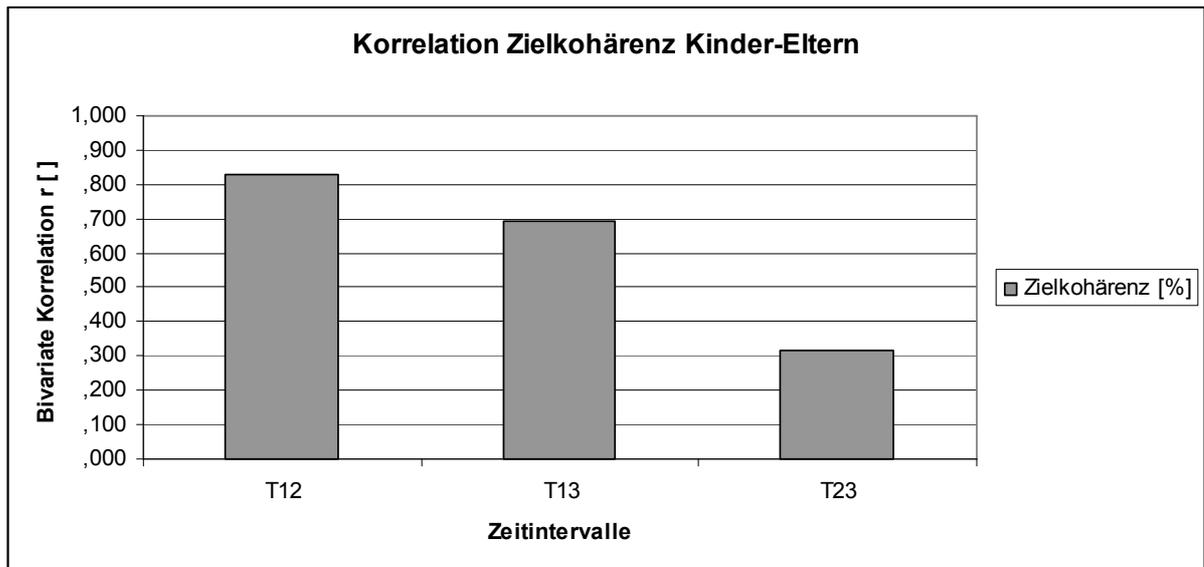
Da bei DISYPS-KJ, PFK 9-14 und Feel-KJ nur die übergeordneten Skalen bei Zusammenhangs- und Unterschiedsanalyse Verwendung finden, ergeben sich aufgrund vorhandener Reliabilitätsverletzungen auf Primärskalenebene keine weiteren Einschränkungen.

**Tabelle 23: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung**

	Zielkohärenz Eltern [%]		
	Intervall		
	T12	T13	T23
Zielkohärenz Kinder [%]	0,150	0,690*	-0,278
Signifikanz	0,660	0,040	0,469
N	11	9	9
Signifikante Ergebnisse	0	1	0

**Tabelle 24: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung, Tabelle unter Ausschluss von Person 1**

	Zielkohärenz Eltern [%]		
	Intervall		
	T12	T13	T23
Zielkohärenz Kinder [%]	0,827**	0,694	0,316
Signifikanz	0,003	0,056	0,445
N	10	8	8
Stärke Zusammenhang	hoch	mittelmäßig	gering
Signifikante Ergebnisse	1	0	0



**Abbildung 5: Bivariate Korrelationen Zielkohärenz Kinder-Eltern**

Zur Bewertung der Größe des Korrelationskoeffizienten als Stärke des Zusammenhangs wird nach Rasch, Kubinger (2006, S. 249) wie folgt klassifiziert:

**Tabelle 25: Klassifizierung der Größe der Korrelationskoeffizienten**

Korrelationskoeffizient r	
< 0,2	Sehr geringer Zusammenhang
0,2- 0,5	Geringer Zusammenhang
0,5-0,7	Mittelmäßiger Zusammenhang
0,7-0,9	Hoher Zusammenhang

Bivariate Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang der Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung und CBCL Skalen:

**Tabelle 26: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst-, Elternfremdbeurteilung mit CBCL Skalen**

	Zielkohärenz Kinder [%] (Ausschluss Person 1)			Zielkohärenz Eltern [%]		
	Intervall			Intervall		
CBCL [T-Werte]	T12	T13	T23	T12	T13	T23
N	10	8	8	11	9	9
Gesamtauffälligkeit	0,067	0,494	0,427	0,500	0,851**	-0,522
Signifikanz	0,853	0,213	0,291	0,117	0,004	0,149
Internalisierte Auffälligkeiten	-0,035	0,223	0,483	0,421	0,850**	-0,289
Signifikanz	0,923	0,595	0,226	0,197	0,004	0,451
Externalisierte Auffälligkeiten	0,100	0,350	0,346	0,158	0,272	-0,704*
Signifikanz	0,783	0,395	0,402	0,643	0,480	0,034
Sozialer Rückzug	-0,063	0,437	0,410	0,350	0,798**	-0,539
Signifikanz	0,863	0,279	0,313	0,292	0,010	0,134
Körperliche Beschwerden 3)	0,034	0,167	0,184	0,432	0,683*	0,304
Signifikanz	0,925	0,692	0,662	0,185	0,043	0,427
Ängstliche Depressiv	-0,190	-0,156	0,704	0,046	0,388	0,807**
Signifikanz	0,600	0,713	0,052	0,893	0,302	0,009
Soziale Probleme	0,035	0,085	0,472	0,375	0,609	-0,619
Signifikanz	0,925	0,842	0,238	0,256	0,082	0,076
Schizoid Zwanghaft 3)	-0,074	-0,188	-0,314	0,105	0,365	0,104
Signifikanz	0,839	0,656	0,449	0,759	0,334	0,790
Aufmerksamkeitsprobleme	-0,096	0,075	0,251	0,292	0,569	-0,799**
Signifikanz	0,792	0,860	0,548	0,384	0,110	0,010
Dissoziales Verhalten 3)	0,263	0,538	0,722*	0,403	0,511	0,054
Signifikanz	0,463	0,169	0,043	0,219	0,159	0,889
Aggressives Verhalten	0,071	0,128	0,066	0,035	0,104	-0,744*
Signifikanz	0,846	0,763	0,877	0,918	0,790	0,021
Klassierung r, Häufigkeit	T12	T13	T23	T12	T13	T23
sehr gering ( $r < 0,2$ )	10	6	2	4	1	2
gering ( $0,2 < r < 0,5$ )	1	4	6	6	2	2
mittel ( $0,5 < r < 0,7$ )	-	1	1	1	5	3
hoch ( $0,7 < r < 0,9$ )	-	-	2	-	3	4
Signifikante Ergebnisse	0	0	1	0	4	4

3) siehe Einschränkungen Punkt 3.

Bivariate  
Korrelation  
r [ ]

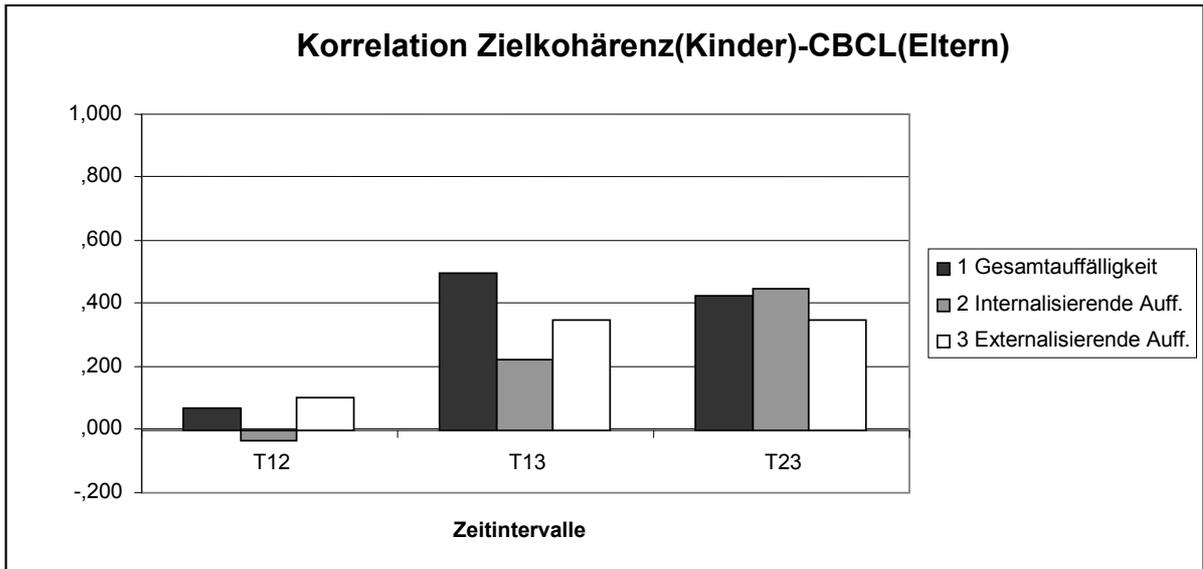


Abbildung 6: Korrelation Zielkohärenz(Kinder)- CBCL(Eltern)

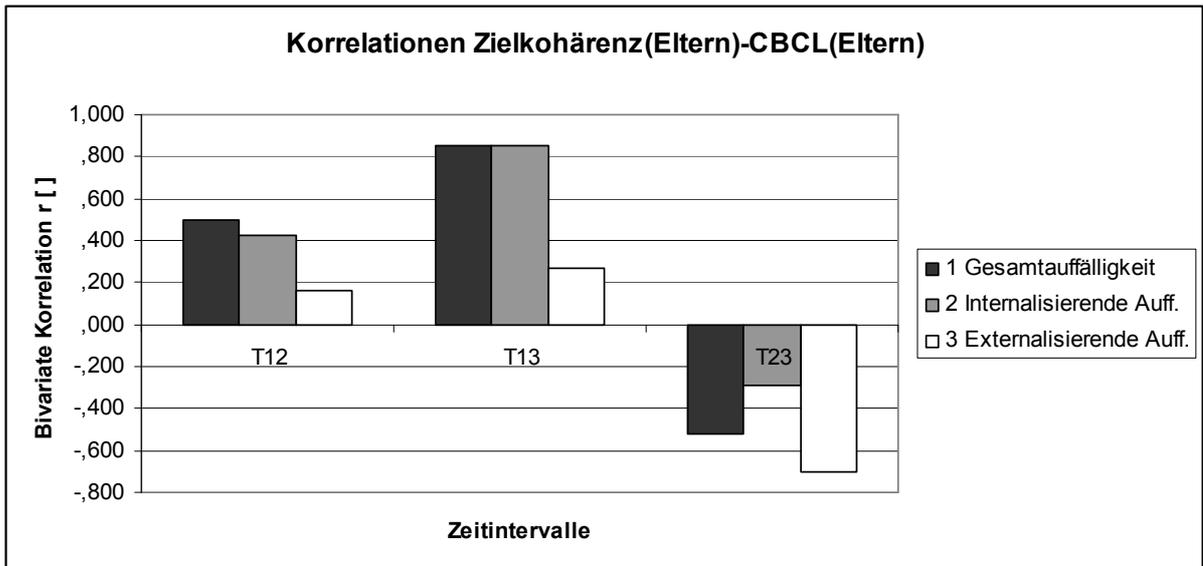
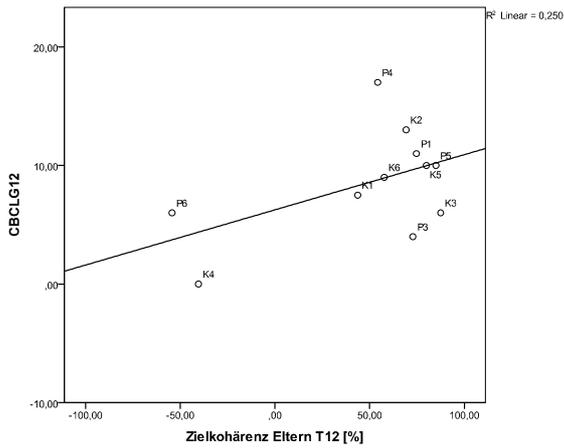
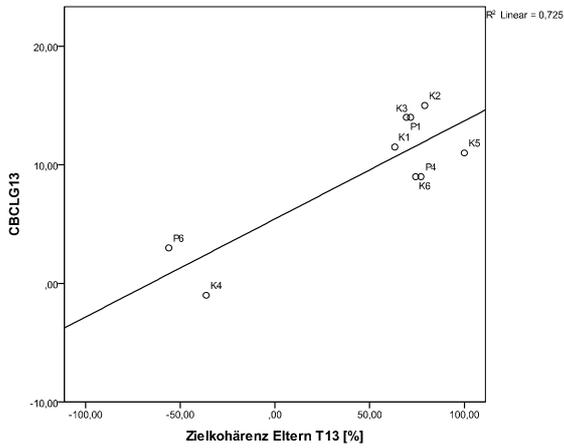


Abbildung 7: Korrelation Zielkohärenz(Eltern) - CBCL(Eltern)

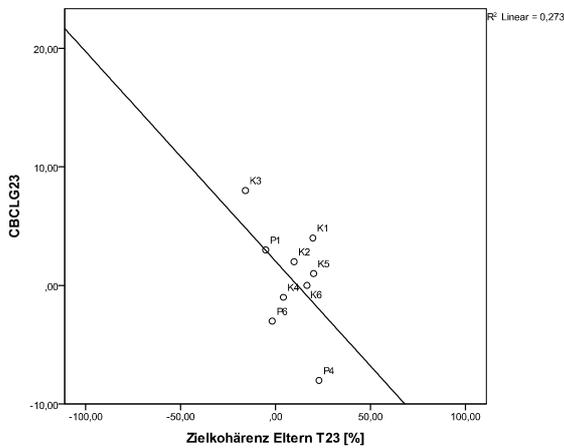
Abbildung: Zielkohärenz Eltern-CBCL Gesamtauffälligkeit T12



**Abbildung 8: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern-CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T12**  
 Elternbeurteilung K4 und P6 negative Zielkohärenz, K4 CBCL Stagnation, P6 schwache  
 CBCL Abnahme.



**Abbildung 9: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern-CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T13**  
 K4 und P6 negative Zielkohärenz, K4 Zunahme CBCL, P6 geringe Abnahme CBCL



**Abbildung 10: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T23**

KMK3 links und KMP4 rechte Ausreißer, Stagnation der Veränderung Einpendeln um 0 bei Zielkohärenz, K3 noch große Verbesserung CBCL trotz leicht rückläufiger Zielkohärenz und P4 Zunahme Zielkohärenz bei glz. Symptomverschlechterung zu T2.

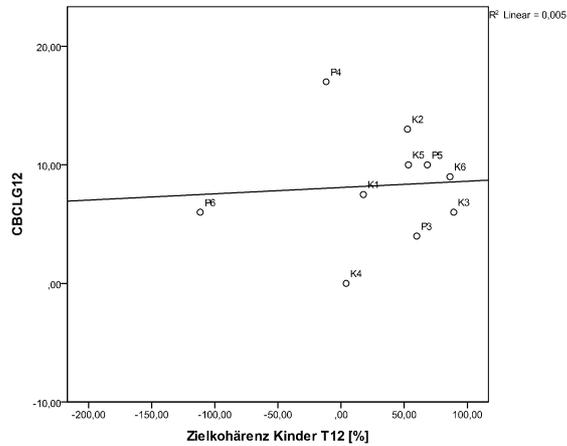


Abbildung 11: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T12

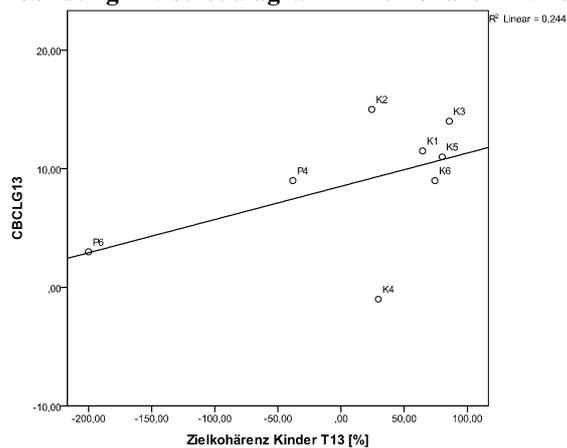


Abbildung 12: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T13

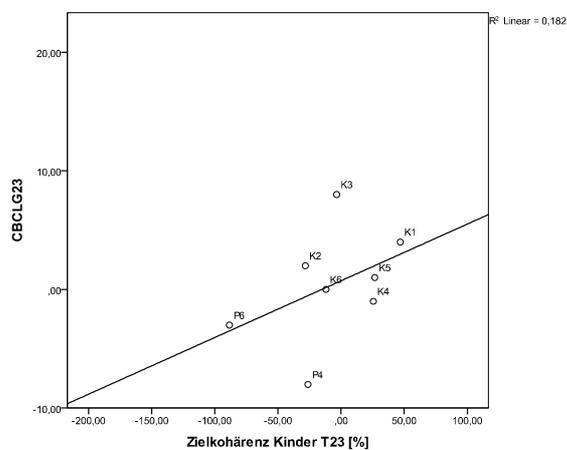


Abbildung 13: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T23

**Tabelle 27: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung mit DISYPS-KJ FBB, Gesamtskalen Angststörung, depressive Störung, hyperkinetische Störung, Störung des Sozialverhaltens, autistische Störung**

	Zielkohärenz Kinder [%] (Ausschluss Person 1)			Zielkohärenz Eltern [%]		
	Intervall			Intervall		
DISYPS FBB [Rohwert]	T12	T13	T23	T12	T13	T23
N	10	8	8	11	9	9
Gesamtskala Angststörung	-0,208	-0,097	0,413	-0,291	0,137	-0,574
Signifikanz	0,565	0,819	0,309	0,385	0,725	0,106
Gesamtskala depressive Störung	-0,635*	0,278	0,318	-0,573	0,626	-0,215
Signifikanz	0,049	0,505	0,442	0,065	0,071	0,578
Gesamtskala hyperkinetische Störung	0,122	0,446	0,077	-0,149	0,379	-0,168
Signifikanz	0,738	0,268	0,856	0,662	0,314	0,665
Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens	-0,109	0,164	0,042	-0,160	0,056	-0,367
Signifikanz	0,764	0,699	0,921	0,638	0,887	0,332
Gesamtskala autistische Störung	-0,303	0,532	0,492	-0,300	0,485	0,243
Signifikanz	0,395	0,175	0,215	0,370	0,186	0,529
Klassierung r, Häufigkeit	T12	T13	T23	T12	T13	T23
sehr gering ( $r < 0,2$ )	2	2	2	2	1	1
gering ( $0,2 < r < 0,5$ )	2	2	3	2	3	3
mittel ( $0,5 < r < 0,7$ )	1	1	-	1	1	1
hoch ( $0,7 < r < 0,9$ )	-	-	-	-	-	-
Signifikante Ergebnisse	1	0	0	0	0	0

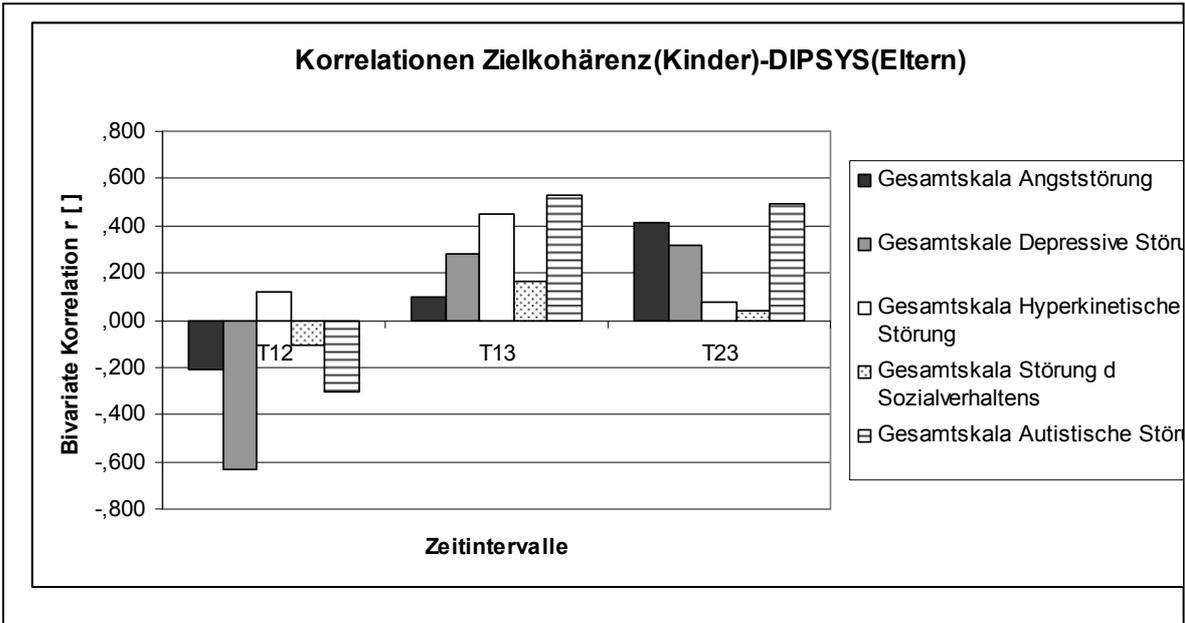


Abbildung 14: Korrelationen Zielkohärenz(Kinder)- DISYPS-KJ FBB

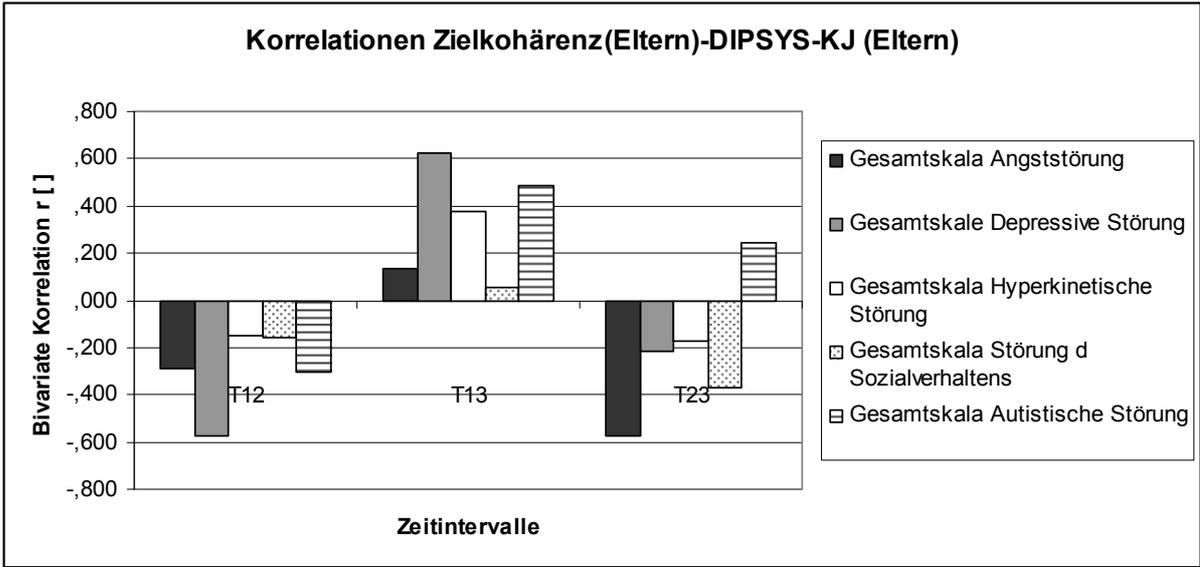
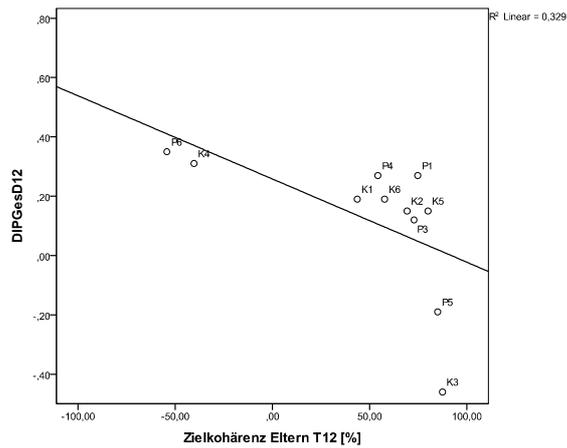
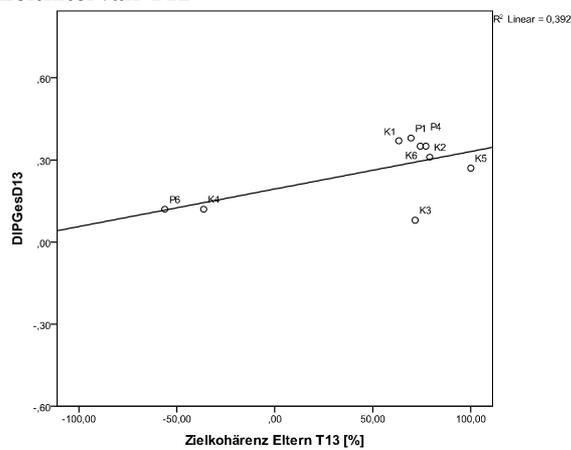


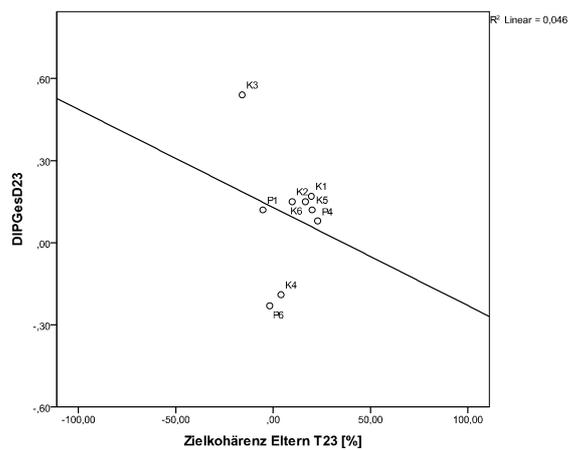
Abbildung 15: Korrelationen Zielkohärenz(Eltern)- DISYPS-KJ FBB FBB



**Abbildung 16: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS-KJ FBB depressive Störung, Zeitintervall T12**

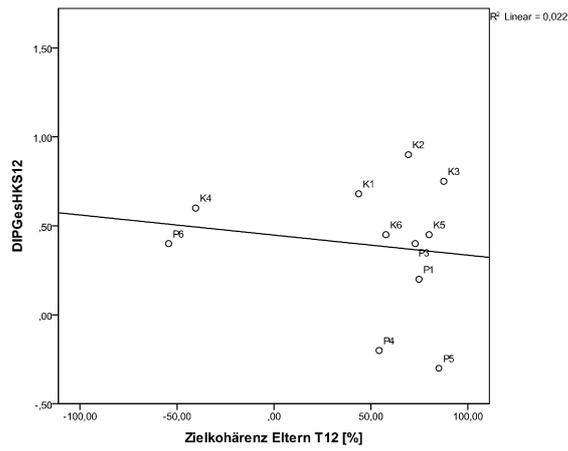


**Abbildung 17: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS-KJ FBB depressive Störung, Zeitintervall T13**

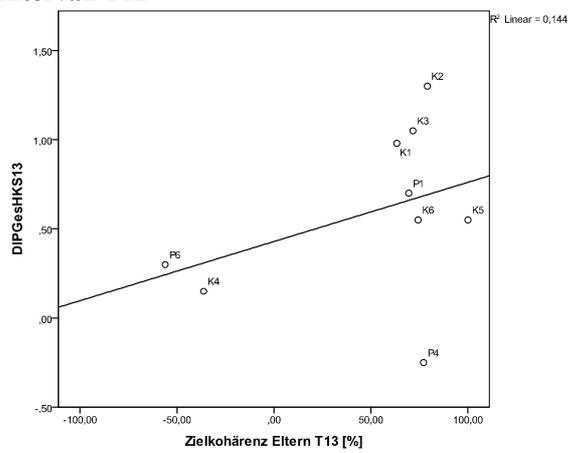


**Abbildung 18: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS-KJ FBB depressive Störung, Zeitintervall T23**

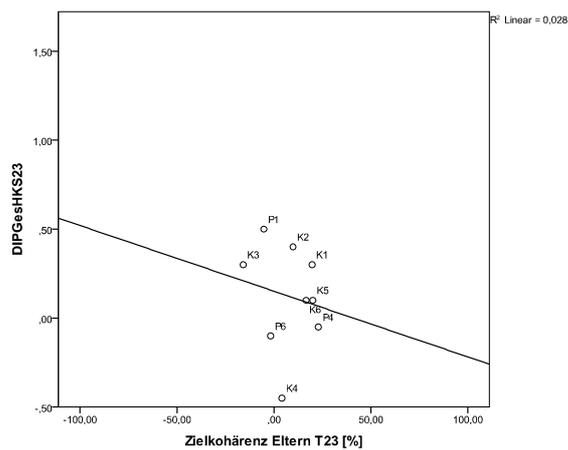
Graphik HKS:



**Abbildung 19: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS-KJ FBB hyperkinetische Störung, Intervall T12**



**Abbildung 20: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS-KJ FBB hyperkinetische Störung, Intervall T13**



**Abbildung 21: Streudiagramm Zielkohärenz DISYPS-KJ FBB hyperkinetische Störung, Intervall T23**

**Tabelle 28: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung mit PFK9-14 Sekundärfaktoren**

	Zielkohärenz Kinder [%] (Ausschluss Person 1)			Zielkohärenz Eltern [%]		
	Intervall			Intervall		
PFK [Rohwert]	T12	T13	T23	T12	T13	T23
N	10	8	8	11	9	9
FII-1	0,137	-0,183	-0,203	0,368	0,256	0,458
Signifikanz	0,707	0,664	0,630	0,266	0,505	0,216
FII-2	0,344	-0,220	-0,625	0,528	0,303	-0,512
Signifikanz	0,330	0,600	0,097	0,095	0,428	0,159
FII-3	-0,261	-0,467	-0,645	-0,109	-0,529	0,340
Signifikanz	0,467	0,244	0,084	0,750	0,143	0,370
FII-4	0,254	-0,317	-0,486	0,509	0,315	0,048
Signifikanz	0,479	0,444	0,222	0,110	0,408	0,903
2) Ohne P1 und K3						
N	9	7	7			
FII-1	0,083	-0,193	-0,205			
Signifikanz	0,833	0,678	0,659			
FII-2	0,479	-0,302	-0,808*			
Signifikanz	0,192	0,511	0,028			
FII-3	-0,749*	-0,833*	-0,660			
Signifikanz	0,020	0,020	0,107			
FII-4	0,317	-0,281	-0,505			
Signifikanz	0,405	0,526	0,248			
Klassierung r, Häufigkeit	T12	T13	T23	T12	T13	T23
sehr gering ( $r < 0,2$ )	1	1	-	1	-	1
gering ( $0,2 < r < 0,5$ )	2	1	1	1	3	2
mittel ( $0,5 < r < 0,7$ )	-	1	2	2	1	1
hoch ( $0,7 < r < 0,9$ )	1	1	1	-	-	-
Signifikante Ergebnisse	1	1	1	0	0	0

2) siehe Einschränkungen Punkt 2.

FII-1: (derb draufgängerische) ICH-Durchsetzung versus (sensible) Selbstbeherrschung

FII-2: Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit

FII-3: Aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug

FII-4: (Selbstgenügsame) soziale Isolierung versus gesellige Zuwendung

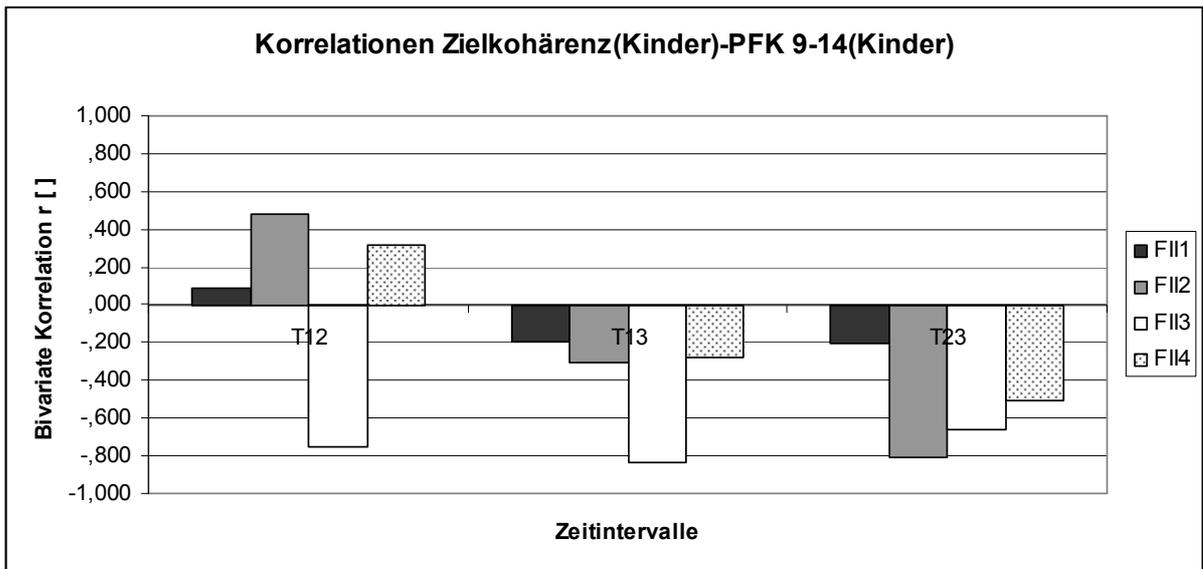


Abbildung 22: Korrelation(Kinder)- PFK 9-14 Sekundärfaktoren

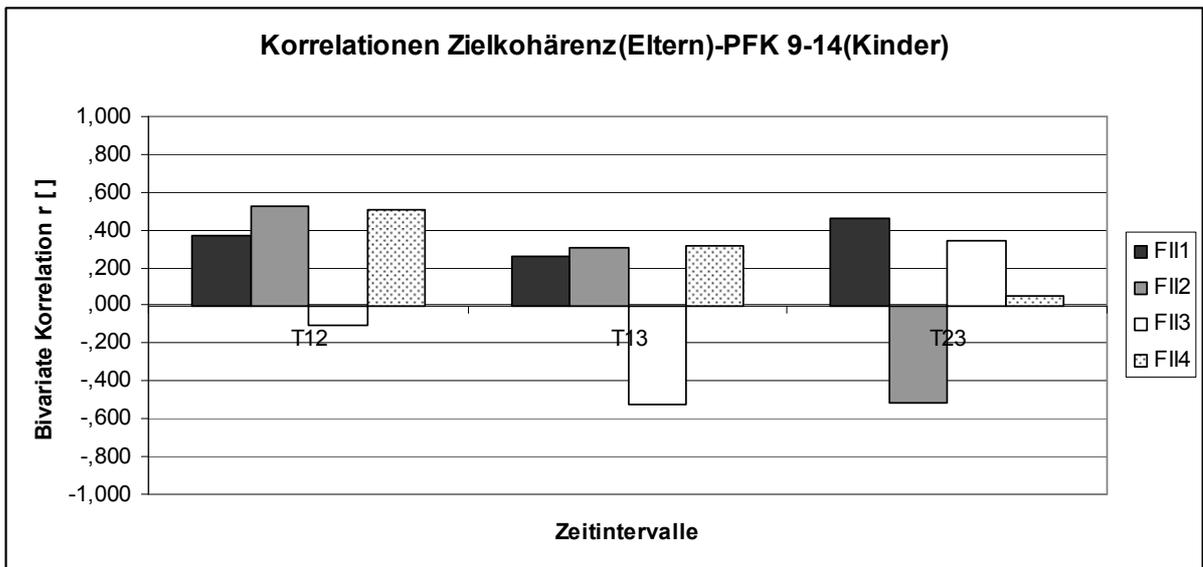


Abbildung 23: Korrelationen Zielkohärenz(Eltern)- PFK 9-14 Sekundärfaktoren

**Tabelle 29: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung mit Feel-KJ Sekundärskalen**

	Zielkohärenz Kinder [%] (Ausschluss Person 1)			Zielkohärenz Eltern [%]		
	Intervall			Intervall		
Feel KJ [T-Wert]	T12	T13	T23	T12	T13	T23
N	10	8	8	11	9	9
Adaptive Strategien Gesamt	0,118	0,045	0,154	-0,139	0,032	0,187
Signifikanz	0,746	0,916	0,715	0,683	0,935	0,630
Maldaptive Strategien Gesamt	-0,004	0,319	0,173	-0,024	0,341	0,163
Signifikanz	0,990	0,441	0,683	0,944	0,369	0,675
2) Ohne K2, K3, P1						
N	8	6	6			
Adaptive Strategien Gesamt	-0,476	-0,046	0,273			
Signifikanz	0,234	0,932	0,601			
Maldaptive Strategien Gesamt	-0,338	0,377	0,279			
Signifikanz	0,412	0,461	0,592			
Klassierung r, Häufigkeit	T12	T13	T23	T12	T13	T23
sehr gering ( $r < 0,2$ )	-	1	-	2	1	2
gering ( $0,2 < r < 0,5$ )	2	1	2	-	1	-
mittel ( $0,5 < r < 0,7$ )	-	-	-	-	-	-
hoch ( $0,7 < r < 0,9$ )	-	-	-	-	-	-
Signifikante Ergebnisse	0	0	0	0	0	0

#### 4.10.7.2 Multiple lineare Regression:

Arbeitet man die Variablen SPSS-Modellautomatisiert ab, so nähert sich bei Ausschöpfung aller Variablen die Varianzaufklärung annähernd 100%, bei wechselhafter statistischer Absicherung des Modells.

Die pragmatisch besten Ergebnisse zur Darstellung der Linearkombinationen wurden über jene Prädiktorvariablen erhalten, welche über die 3 Zeitintervalle die stabilsten Korrelationskoeffizienten aufwiesen (s.o.).

Da die Forschungsfrage dem Zusammenhang Zielkohärenz und Symptomreduktion nachgeht, wurden die jeweils komplementäre Variable Zielkohärenz Eltern/Kinder nicht berücksichtigt, obwohl sie wesentlich zur Varianzaufklärung beigetragen hätte.

Die folgenden multiplen Regressionsauswertungen verfolgen die Idee, jene Variablen herauszufiltern, welche die beste Passung bezüglich Korrelationskoeffizienten und statistischer Modellabsicherung „gleichmäßig“ für alle drei Zeitintervalle (T12, T13, T23) bringen.

Aufgrund Einschränkungen in der Aussagekraft aufgrund mangelnder Objektivität in der Testdurchführung bei einzelnen Kindern (siehe 4.10.2), erfolgen gemeinsame Darstellungen der Ergebnisse für alle Kinder bzw. des Ergebnisses unter Ausschluss von Kindern. Werden Variablen des PFK 9-14 in die Regressionsgleichung aufgenommen, so sind Kind 3 und Person 1 auszuschließen. Bei Variablen des Feel- KJ wären in den Auswertungen Kind 2, Kind 3 und Person 1 auszuschließen. Aufgrund der hohen Streuung der Zielkohärenz-Kinder wurde Person 1 in jedem Fall ausgeschlossen (siehe 4.10.7.1).

Methodisch erfolgte zuerst eine schrittweise Selektion aller Variablen je Zeitintervall (Kriterien Wahrscheinlichkeit F-Wert für Aufnahme  $p \leq 0,050$  und Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluss  $p \geq 0,100$ ). Für die Kriteriumsvariable Zielkohärenz-Kinder konnten dabei die Prädiktorvariablen PFK FII-3 für das Zeitintervall T12 ( $R = 0,749^* p = 0,020$ ) und T13 ( $R = 0,833^* p = 0,020$ ) gefunden werden (kein Wunder, da auch in bivariater Korrelation schon signifikant).

Für das Intervall T23 wurden über schrittweise Selektion die Kombination der 3 Prädiktorvariablen „CBCL Ängstlich-Depressiv“, „CBCL Soziale Probleme“ und „PFK FII-2“ gefunden ( $R = 1,000^* p = 0,000$ ).

Im nächsten Schritt wurde aus diesen Informationen über systematisches Probieren für „PFK FII-3“ und „CBCL Ängstlich-Depressiv“ eine Lösung gefunden, in welcher das Ergebnis der Varianzanalyse für alle 3 Zeitintervalle signifikant war.

**Tabelle 30: Multiple Regression Zielkohärenz-Kinder mit CBCL Ängstlich-Depressiv, PFK 9-14 FII-3 (Klammerwerte zeigen Ergebnisse unter Ausschluss von Person 1 und Kind 3)**

<b>Kriteriumsvariable</b>	<b>Zielkohärenz Kinder</b> ... unter Ausschluss Person 1		
<b>Prädiktorvariablen</b>	<b>CBCL Ängstlich-Depressiv, , PFK FII-3: Aktives Engagement versus selbstzweifelischer Rückzug</b>		
	Zeitintervall 12	Zeitintervall 13	Zeitintervall 23
Multipler Korrelationskoeffizient	0,280 (0,796)	0,503 (0,916)	0,871 (0,899)
R-Quadrat (=Varianzaufklärung durch die 3 Prädiktoren)	-0,185 (0,511)	-0,046 (0,759)	0,663 (0,713)
Ergebnis Varianzanalyse	F(3,9)=0,298 p=0,751 (F(3,8)=5,187 p=0,049)	F(3,7)=0,845 p=0,483 (F(3,6)= 10,432 p=0,026)	F(3,7)=7,881 p=0,028 (F(3,6)= 8,456 p=0,037)
Konstante	43,569 (50,405)	56,301 (68,905)	-6,371 (-7,978)
CBCL Ängstlich-Depressiv	-0,890 (-2,250)	-2,812 (-5,628)	5,123 (6,444)
PFK FII-3	-1,579 (-6,724)	-5,119 (-11,485)	-6,690 (-5,319)
Beta			
CBCL Ängstlich-Depressiv	-0,110 (-0,272)	-0,187 (-0,388)	0,598 (0,663)
PFK FII-3	-0,221 (-0,712)	-0,479 (-0,908)	-0,525 (-0,402)
Signifikanz			
Konstante	0,232 (0,057)	0,387 (0,080)	0,526 (0,466)
CBCL Ängstlich-Depressiv	0,786 (0,317)	0,650 (0,131)	0,044 (0,049)
PFK FII-3	0,588 (0,029)	0,271 (0,011)	0,066 (0,166)

Für die Kriteriumsvariable Zielkohärenz-Eltern konnten im ersten Schritt für das Zeitintervall T12 die Prädiktorvariablen über schrittweise Aufnahme (F-Wert  $p \leq 0,050$ ) und Ausschluss (F-Wert  $p \geq 0,100$ ) „DISYPS Gesamtskala Depressive Störung“, „CBCL Aufmerksamkeitsprobleme“ und „PFK FII-2“ ( $R = 0,888^* p = 0,009$ ) gefunden werden.

Für das Zeitintervall T13 wurden die Variablen „CBCL Gesamtauffälligkeit“ und „PFK FII-3“ ( $R = 0,941^* p = 0,002$ ) und für das Zeitintervall T23 „CBCL Ängstlich-Depressiv“, „CBCL Aufmerksamkeitsprobleme“ und „DISYPS Gesamtskala Angststörung“ mit  $R = 0,990^*$  und  $p = 0,009$  eruiert.

Für die Kriteriumsvariable „Zielkohärenz-Eltern“ wurde im nachfolgenden Schritt jene Kombination, welche über alle 3 Zeiträume signifikante Ergebnisse in der Varianzanalyse (ANOVA) liefert, durch gezieltes Probieren der signifikanten 2-er und 3-er Kombinationen der Prädiktorvariablen eruiert. Es zeigte sich, dass eine Lösung mit 4 Variablen die Unterschiede ausreichend genau abbilden kann und es sind dies: „CBCL Aufmerksamkeitsprobleme“, „CBCL Sozialer Rückzug“, „DISYPS Gesamtskala Depressive Störung“, „PFK FII-2“.

**Tabelle 31: Multiple Regression Zielkohärenz Eltern mit CBCL Aufmerksamkeitsprobleme, CBCL Sozialer Rückzug, DISYPS-KJ Gesamtskala depressive Störung und PFK FII-2**

<b>Kriteriumsvariable</b>	<b>Zielkohärenz Eltern</b>		
<b>Prädiktorvariablen</b>	<b>CBCL Aufmerksamkeitsprobleme, CBCL Sozialer Rückzug, DISYPS-KJ Gesamtskala Depressive Störung, PFK FII-2: Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit</b>		
	Zeitintervall 12	Zeitintervall 13	Zeitintervall 23
Multipler Korrelationskoeffizient	0,894	0,939	0,944
R-Quadrat (=Varianzaufklärung durch die 2 Prädiktoren)	0,665	0,764	0,783
Ergebnis Varianzanalyse	F(2,10)=5,962 p=0,028	F(2,8)=7,483 p=0,038	F(2,8)=8,206 p=0,033
Konstante	24,353	-31,601	6,953
CBCL Soz. Rückz.	0,747	10,095	-0,285
CBCL Aufmerksamkeitspr.	3,215	2,570	-2,300
DISYPS Gessk.depr.St.	-153,778	49,435	9,836
PFK FII-2	2,042	-3,437	-1,419
Beta			
CBCL Soz. Rückz.	0,134	1,062	-0,184
CBCL Aufmerksamkeitspr.	0,438	0,262	-0,704
DISYPS Gessk.depr.St.	-0,752	0,108	0,164
PFK FII-2	0,366	-0,603	-0,518
Signifikanz			
Konstante	0,149	0,248	0,048
CBCL Soz. Rückz.	0,604	0,334	0,462
CBCL Aufmerksamkeitspr.	0,091	0,670	0,027
DISYPS Gessk.depr.St.	0,009	0,020	0,442
PFK FII-2	0,144	0,093	0,093

#### **4.10.7.3 Analyse der Mittelwerte im Prä-, Posttest und Follow up Test**

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs (N=12) erfolgte eine gemeinsame Auswertung aller Kinder/Jugendlichen (siehe auch Kapitel Gruppenvergleiche) mit einer „Einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung“. Es wird die Null-Hypothese überprüft, dass sich die Mittelwerte der drei Messzeitpunkte nicht unterscheiden ( $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ ). Alternativhypothese  $H_1$  behauptet, dass mindestens zwei Mittelwerte verschieden sind.

Auch wenn keine randomisierte Gruppenzuteilung vorliegt, so werden Untersuchungsabbrecher mit ihren Ausgangswerten bei T1 gemäß dem Intention-to-Treat-

Prinzip (ITT), weitergeführt (Kleist, 2009). Wenn bei Abbruch zu T2 Verschlechterungen gegenüber den Ausgangswerten vorlagen, wurden diese schlechteren Werte verwendet. Unter der Annahme, dass das Treatment positive Einflüsse zeigt, würde diese Auswertungsstrategie tendenziell schlechtere Ergebnisse bringen, damit aber auf der sicheren Seite liegen.

Die Darstellung der Mittelwerte wird darum zu jenen im Kapitel Gruppenvergleiche abweichen, da Abbrecher durch Werte T1 (bzw. T2) ergänzt wurden.

Die Elternbeurteilung wurde auf je ein Kind/Jugendlichen bezogen und die Beurteilungen von Elternpaaren wurden je Testzeitpunkte gemittelt (7 Elternpaare vollständig, 2 unvollständig). Von den 3 Alleinbeurteilungen durch Kindesmütter gaben zwei als Grund Leseschwierigkeiten der Väter an bzw. wohnt ein Vater im Ausland.

Bei den Tests Feel-KJ und PFK 9-14 erfolgte aufgrund Objektivitäts-Bedenken (s.o.) bei jeweils 3 Kindern/Jugendlichen eine zweite Berechnung mit Ausschluss dieser Probanden und einer Vergleichsdarstellung der Ausschlussergebnisse.

### Effektstärke

Für die beiden Therapieerfolgsmasse „Zielkohärenz“ und „Symptomreduktion“ wird die Effektstärke für die Gruppenunterschiede aufgrund des Faktors Zeit ermittelt. Für die in der Varianzanalyse signifikanten F-Werte wird der Unterschied der Mittelwerte zwischen Beginn und Follow up bezogen auf den Mittelwert der Standardabweichungen berechnet:

$$d = \frac{M1 - M3}{\sqrt{\frac{SD1 + SD3}{2}}}$$

**Tabelle 32: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwertwiederholung samt Effektstärkenberechnung, Signifikanzniveau  $\alpha = 0,05$**

<b>Variable Zielkohärenz für Kinder/Jugendliche in Form Distanz „Fähigkeit-Person“</b>			
<b>T1: 12 Probanden T2: 11 Probanden T3: 9 Probanden</b>	<b>Mittelwerte Dimension [cm] M (SD)</b>	<b>Testergebnis</b>	<b>Anmerkungen</b>
Variable Zielkohärenz für Elternurteil ihrer Kinder/Jugendlichen in Form Distanz „Fähigkeit-Person“	D1K= 16,35 (9,61) D2K= 10,35 (6,62) D3K= 12,36 (9,98)	F(2,22)=2,022; p=0,156 d <sub>13</sub> = 0,41	Ausschluss P1: F(2,20)=2,910; p= 0,078 d= 0,46
T1: 15 Eltern/Erzieher = 12 Probandenmeßwerte T2: 16 Eltern/Erzieher = 11 Probandenmeßwerte T3: 10 Eltern/Erzieher = 9 Probandenmeßwerte	D1E= 21,43 (8,85) D2E=11,36 (10,64) D3E= 14,37 (13,33)	F(2,22)=4,866; p=0,018* d <sub>13</sub> = 0,64 Paarweiser Vergleich: Mittlere Differenz(1-2)=10,062; p= 0,056 Mittlere Differenz (1-3)= 7,058; p= 0,152 Mittlere Differenz(2-3)= -3,004; p=1,000	

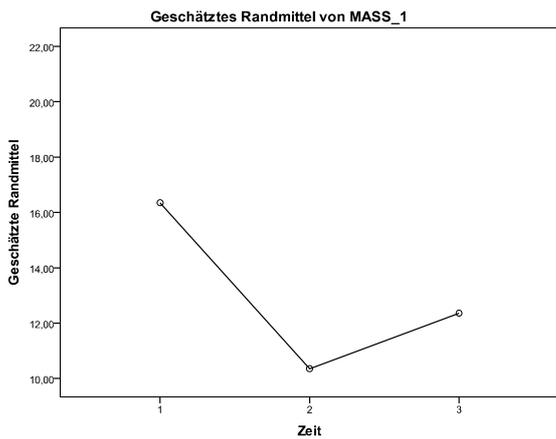


Abbildung 24: Profildiagramm Zielkohärenz Kinder/Jugendliche

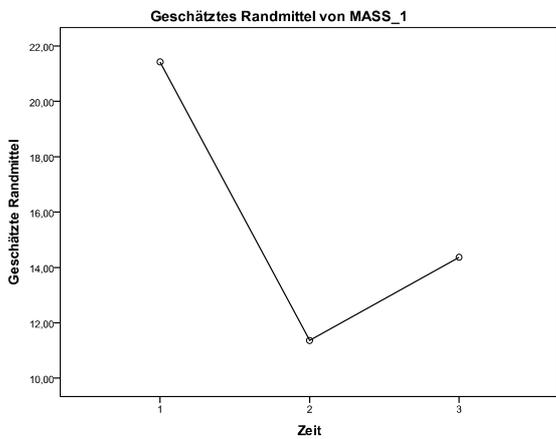


Abbildung 25: Profildiagramm Zielkohärenz Eltern

<b>CBCL</b>			
<b>T1: 21 Eltern/Erzieher = 12 Probandenmesswerte</b> <b>T2: 19 Eltern/Erzieher = 11 Probandenmesswerte</b> <b>T3: 17 Eltern/Erzieher = 10 Probandenmesswerte</b>	<b>Dimension [T-Werte] M (SD)</b>	<b>Testergebnis</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Gesamtauffälligkeit</b>	G1= 65,12 (7,07) G2= 58,25 (7,05) G3= 58,66 (10,46)	F(2,22)=10,638; p=0,001* d <sub>13</sub> = 0,74 Paarweiser Vergleich: Mittlere Differenz(1-2)=6,875*; p=0,01 Mittlere Differenz(1-3)=6,458*; p=0,019 Mittlere Differenz(2-3)=-0,417; p=1,00	
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>	I1= 63,08 (6,70) I2= 54,20 (8,69) I3= 56,66 (9,84)	F(2,22)=10,448*; p=0,001* d <sub>13</sub> = 0,78 Mittlere Differenz(1-2)=8,875*; p=0,005 Mittlere Differenz(1-3)=6,417*; p=0,022 Mittlere Differenz(2-3)=-2,458; p=0,681	

CBCL	Dimension [T-Werte] M (SD)	Testergebnis	Anmerkungen
Externalisierende Auffälligkeiten	E1= 58,95 (8,49) E2= 54,25 (7,28) E3= 54,58 (9,24)	F(2,22)=3,845; p=0,037 * d <sub>13</sub> = 0,48 Mittlere Differenz(1-2)=4,708*; p=0,006 Mittlere Differenz(1-3)=4,375; p=0,165 Mittlere Differenz(2-3)=-0,333; p=1,000	

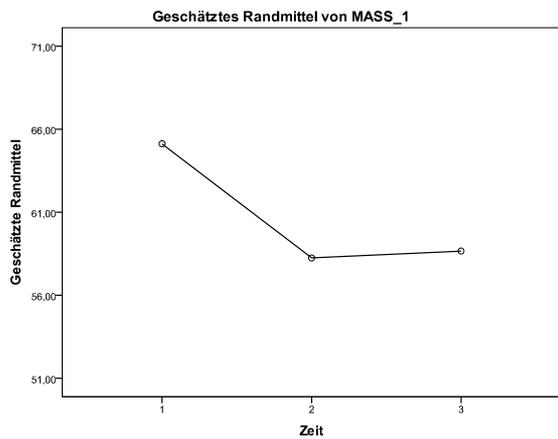


Abbildung 26: Profildiagramm CBCL Gesamtauffälligkeit

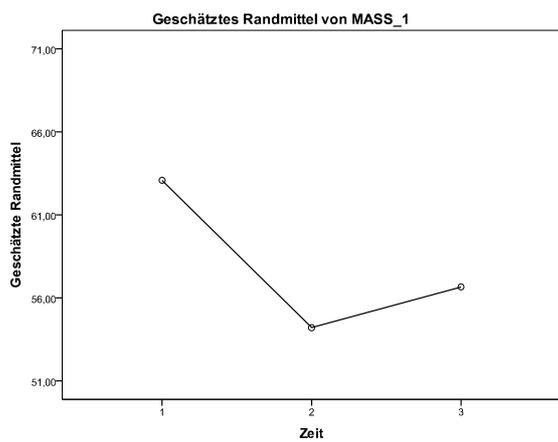


Abbildung 27: Profildiagramm CBCL Internalisierende Auffälligkeiten

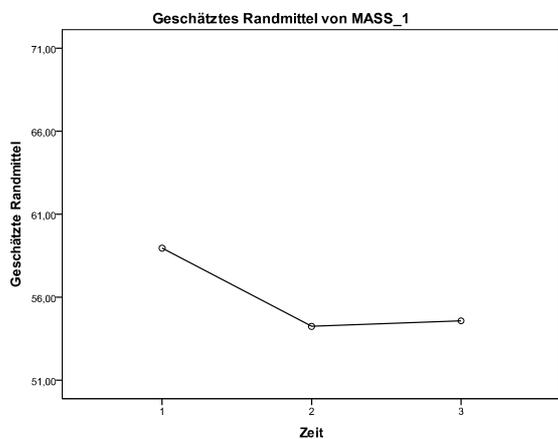
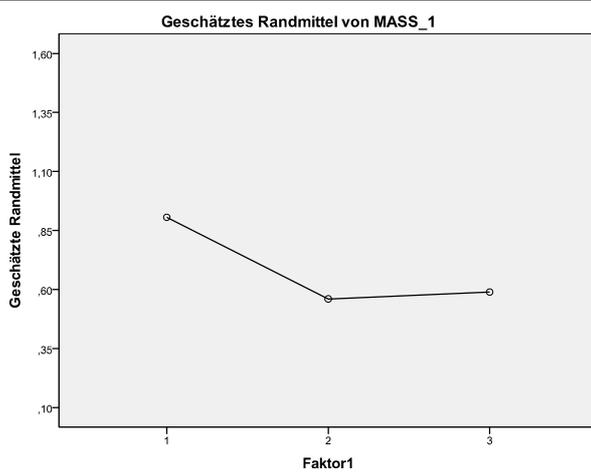


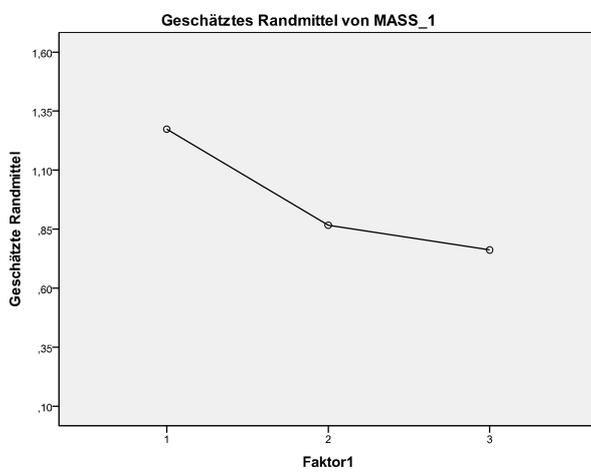
Abbildung 28: Profildiagramm CBCL Externalisierende Auffälligkeiten

CBCL	Dimension [T-Werte] M (SD)	Testergebnis	Anmerkungen
Sozialer Rückzug	SR1= 63,33 (10,44) SR2= 57,12(10,28) SR3= 58,91(12,30)	F(2,22)=5,466; p=0,012 * d <sub>13</sub> = 0,39 Mittlere Differenz(1-2)=6,208*; p=0,017 Mittlere Differenz(1-3)=4,417; p=0,058 Mittlere Differenz(2-3)=-1,792; p=1,000	
Körperliche Beschwerden	KB1= 58,91(7,13) KB2= 53,41(4,15) KB3= 53,62(4,24)	F(1,193,13,121)=4,221;p=0,055	
Ängstlich Depressiv	AD1= 61,50(7,65) AD2= 55,33(5,71) AD3= 57,83(8,37)	F(2,22)=9,414; p=0,001 * d <sub>13</sub> = 0,46 Mittlere Differenz(1-2)=6,167*; p=0,003 Mittlere Differenz(1-3)=3,667*; p=0,039 Mittlere Differenz(2-3)=-2,500; p=0,451	
Soziale Probleme	SP1= 70,79(11,58) SP2= 67,00(9,70) SP3= 66,95(12,21)	F(2,22)=3,285; p=0,056	
Schizoid Zwanghaft	SZ1= 61,63(10,03) SZ2= 52,92(5,30) SZ3= 56,79(9,34)	F(2,22)=8,655; p=0,002 * d <sub>13</sub> = 0,50 Mittlere Differenz(1-2)=8,708*; p=0,013 Mittlere Differenz(1-3)=4,833; p=0,085 Mittlere Differenz(2-3)=-3,875; p=0,194	
Aufmerksamkeitsprobleme	AP1= 69,79 (7,52) AP2= 64,50 (7,37) AP3= 65,25 (11,07)	F(2,22)=4,971; p=0,017 * d <sub>13</sub> = 0,49 Mittlere Differenz(1-2)=5,292*; p=0,017 Mittlere Differenz(1-3)=4,542; p=0,157 Mittlere Differenz(2-3)=-0,750; p=1,000	
Dissoziales Verhalten	DV1= 56,17(5,86) DV2= 51,46(1,81) DV3= 53,33(4,13)	F(2,22)=4,874; p=0,018 * d <sub>13</sub> = 0,57 Mittlere Differenz(1-2)=4,708; p=0,052 Mittlere Differenz(1-3)=2,833; p=0,302 Mittlere Differenz(2-3)=-1,875; p=0,493	
Aggressives Verhalten	AV1= 61,54 (7,77) AV2= 57,67 (5,38) AV3= 58,25 (9,61)	F(2,22)=2,145; p=0,141	

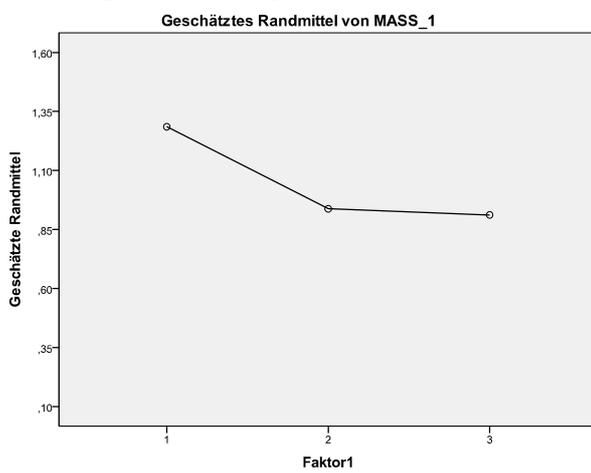
<b>DISYPS-KJ FBB</b>			
T1: 21 Eltern/Erzieher = 12 Probandenmeßwerte T2: 19 Eltern/Erzieher = 11 Probandenmeßwerte T3: 17 Eltern/Erzieher = 10 Probandenmeßwerte	<b>Dimension [Rohwerte]</b>	<b>Testergebnis</b>	<b>Anmerkungen</b>
Trennungsangst	TA1= 0,43(0,45) TA2= 0,33(0,33) TA3= 0,26(0,29)	F(2,22)=2,819; p=0,081	
Generalisierte Angst	GA1= 0,85 (0,41) GA2= 0,67( 0,36) GA3= 0,72 (0,63)	F(2,22)=0,955; p=0,400	
Soziale Angst	SA1= 0,88 (0,61) SA2= 0,64 (0,50) SA3= 0,57 (0,80)	F(1,189,13,080)=3,194; p=0,092	
Sepzifische Phobie	SP1= 0,38 (0,35) SP2= 0,29(0,25) SP3= 0,35(0,29)	F(2,22)=1,556; p=0,233	
Gesamtskala Angststörung	GA1= 0,61(0,31) GA2= 0,46(0,23) GA3= 0,45(0,39)	F(1,365,15,020)=2,746; p=0,110	
Depressive Symptome	DSy1= 0,50(0,19) DSy2= 0,47(0,23) DSy3= 0,43(0,42)	F(1,269,13,962)=0,243; p=0,686	
Somatisches Syndrom	SS1= 0,31(0,23) SS2= 0,33(0,23) SS3= 0,31(0,34)	F(1,270,13,970)=0,060; p=0,865	
Dysthymia	Dy1= 0,45(0,26) Dy2= 0,37(0,25) Dy3= 0,38(0,44)	F(1,347,14,818)=0,408; p=0,593	
Gesamtskala depressive Störung	GDSt1= 0,45(0,21) GDSt2= 0,41(0,23) GDSt3= 0,39(0,40)	F(1,300,14,296)=0,246; p=0,689	
Aufmerksamkeitsstörung	ASt1= 1,58(0,55) ASt2= 1,26(0,48) ASt3= 1,23(0,70)	F(1,326,14,583)=3,378; p=0,078	
Hyperaktivität	Hy1= 0,91(0,66) Hy2= 0,56(0,53) Hy3= 0,59(0,64)	F(1,260,13,864)=5,926; p=0,023* d <sub>13</sub> = 0,49 Mittlere Differenz(1- 2)=0,346*; p=0,003 Mittlere Differenz(1-3)=0,317; p=0,165 Mittlere Differenz(2-3)=- 0,029; p=1,000	
Impulsivität	Imp1= 1,273(0,83) Imp2= 0,87(0,63) Imp3= 0,76(0,79)	F(2,22)= 7,381; p=0,004* d <sub>13</sub> = 0,63 Mittlere Differenz(1- 2)=0,407*; p=0,004 Mittlere Differenz(1-3)=0,512; p=0,042 Mittlere Differenz(2-3)=0,105; p=0,140	
Gesamtskala hyperkinetische Störung	GHKS1= 1,29(0,47) GHKS2= 0,94(0,36) GHKS3= 0,91(0,59)	F(1,162,12,781)=5,998; p=0,026* d <sub>13</sub> = 0,71 Mittlere Differenz(1- 2)=0,348*; p=0,006 Mittlere Differenz(1-3)=0,373 p=0,130 Mittlere Differenz(2-3)=0,026; p=1,000	



**Abbildung 29: Profildiagramm DISYPS-KJ FBB Hyperaktivität**

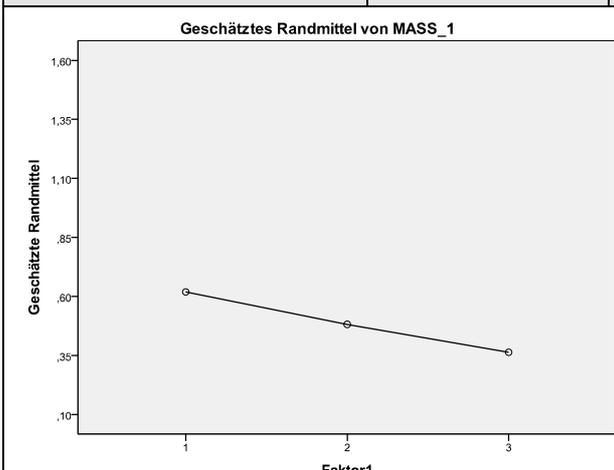


**Abbildung 30: Profildiagramm DISYPS-KJ, FBB Impulsivität**



**Abbildung 31: Profildiagramm DISYPS-KJ, FBB, Gesamtskala hyperkinetische Störung**

<b>DISYPS-KJ FBB</b>			
	<b>Dimension [Rohwerte]</b>	<b>Testergebnis</b>	<b>Anmerkungen</b>
T1: 21 Eltern/Erzieher = 12 Probandenmesswerte T2: 19 Eltern/Erzieher = 11 Probandenmesswerte T3: 17 Eltern/Erzieher = 10 Probandenmesswerte			
Oppositionell-aggressives Verhalten	OAV1= 0,95(0,78) OAV2= 0,86(0,75) QAV3= 0,83(0,88)	F(1,216,13,377)=0,324; p=0,622	
Dissozial-aggressives Verhalten	DAV1= 0,15(0,16) DAV2= 0,13(0,13) DAV3= 0,15(0,21)	F(1,127,12,396)=0,318; p=0,610	
Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens	GStSV1= 0,44(0,37) GStSV2= 0,38(0,35) GStSV3= 0,39(0,44)	F(1,159,12,752)=0,247; p=0,663	
Qual.Beeinträchtigung d sozialen Interaktion	QBSI1= 0,60(0,48) QBSI2= 0,50(0,56) QBSI3= 0,40(0,64)	F(2,22)=2,353; p=0,119	
Qualitative Beeinträchtigung d Kommunikation	QBK1= 0,72(0,61) QBK2= 0,54(0,67) QBK3= 0,37(0,49)	F(2,22)=4,702; p=0,020* d <sub>13</sub> = 0,64 Mittlere Differenz(1-2)=0,177; p=0,428 Mittlere Differenz(1-3)=0,355 p=0,092 Mittlere Differenz(2-3)=0,178; p=0,175	
Stereotype Verhaltensmuster	StVHM1= 0,54(0,44) StVHM2= 0,40(0,46) StVHM3= 0,31(0,40)	F(1,345,14,797)=2,979; p=0,097	
Gesamtskala autistische Störung	GAS1= 0,62(0,44) GAS2= 0,48(0,52) GAS3= 0,36(0,51)	F(1,277,14,050)=5,019; p=0,035* d <sub>13</sub> = 0,54 Mittlere Differenz(1-2)=0,138; p=0,247 Mittlere Differenz(1-3)=0,256 p=0,104 Mittlere Differenz(2-3)=0,118; p=0,173	



**Abbildung 32: Profildiagramm DISYPS-KJ FBB, Gesamtskala autistische Störung**

<b>YSR</b>			
<b>T1: 6 Probanden T2: 6 Probanden T3: 3 Probanden</b>	<b>Dimension [T- Werte]</b>		
Gesamtauffälligkeit	G1= 55,5000 G2= 50,1667 G3= 56,0000	F(1,099,5,493)=2,115; p=0,202	
Internalisierte Auffälligkeiten	I1= 51,00 I2= 47,50 I3= 54,83	F(2,10)=1,301;p=305	
Externalisierte Auffälligkeiten	E1= 53,00 E2= 49,16 E3= 51,50	F(2,10)=0,840; p=0,460	
Sozialer Rückzug	SR1= 55,00 SR2= 55,50 SR3= 55,16	F(2,10)=0,210; p=0,980	
Körperliche Beschwerden	KB1= 55,50 KB2= 50,50 KB3= 56,00	F(1,015,5,075)=1,121; p=0,364	
Ängstlich Depressiv	AD1= 52,83 AD2= 51,00 AD3= 55,16	F(2,10)=1,264; p=0,324	
Soziale Probleme	SP1= 58,66 SP2= 56,33 SP3= 61,00	F(2,10)=1,317; p=0,311	
Schizoid Zwanghaft	SZ1= 54,83 SZ2= 54,66 SZ3= 58,50	F(2,10)=2,449; p=0,136	
Aufmerksamkeits-probleme	AP1= 60,50 AP2= 54,33 AP3= 59,66	F(2,10)=2,368; p=0,144	
Dissoziales Verhalten	DV1= 53,66 DV2= 52,00 DV3= 53,16	F(2,10)=0,578; p=0,579	
Aggressives Verhalten	AV1= 55,50 AV2= 52,66 AV3= 55,50	F(2,10)=1,827; p=0,211	
<b>DISYPS-KJ SSB</b>			
<b>T1: 6 Probanden T2: 6 Probanden T3: 3 Probanden</b>	<b>Dimension [Rohwerte]</b>		
Trennungsangst	TA1= 0,28 TA2= 0,35 TA3= 0,40	F(2,10)=0,359; p=0,707	
Generalisierte Angst	GA1= 0,60 GA2= 0,38 GA3= 0,74	F(2,10)=0,989; p=0,406	
Soziale Angst	SA1= 0,64 SA2= 0,31 SA3= 0,62	F(2,10)=1,743; p=0,224	
Sepzifische Phobie	SP1= 0,31 SP2= 0,38 SP3= 0,45	F(2,10)=0,591; p=0,572	
Gesamtskala Angststörung	GA1= 0,44 GA2= 0,36 GA3= 0,53	F(2,10)=0,85; p=0,453	
Depressive Symptome	DSy1= 0,48 DSy2= 0,28 DSy3= 0,52	F(1,043,5,214)=1,066; p=0,351	

<b>DISYPS-KJ SSB</b>			
<b>T1: 6 Probanden T2: 6 Probanden T3: 3 Probanden</b>	<b>Dimension [Rohwerte]</b>		
Somatisches Syndrom	SS1= 0,39 SS2= 0,19 SS3= 0,35	F(1,062,5,309)=1,076; p=0,350	
Dysthymia	Dy1= 0,31 Dy2= 0,24 Dy3= 0,42	F(2,10)=1,496; p=0,270	
Gesamtskala depressive Störung	GDSt1= 0,44 GDSt2= 0,27 GDSt3= 0,48	F(1,060,5,302)=1,123; p=0,363	
Aufmerksamkeitsstörung	AS1= 0,63 AS2= 0,45 AS3= 0,52	F(2,10)=0,395; p=0,683	
Hyperaktivität	Hy1= 0,38 Hy2= 0,19 Hy3= 0,28	F(2,10)=0,813; p=0,471	
Impulsivität	Imp1= 0,54 Imp2= 0,38 Imp3= 0,50	F(2,10)=0,320; p=0,733	
Gesamtskala hyperkinetische Störung	GHKS1= 0,53 GHKS2= 0,34 GHKS3= 0,42	F(2,10)=0,984; p=0,407	
Oppositionell-aggressives Verhalten	OAV1= 0,98 OAV2= 0,48 OAV3= 0,80	F(2,10)=2,231; p=0,158	
Dissozial-aggressives Verhalten	DAV1= 0,17 DAV2= 0,14 DAV3= 0,16	F(2,10)=0,175; p=0,842	
Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens	GStSV1= 0,46 GStSV2= 0,26 GStSV3= 0,39	F(2,10)=1,532; p=0,263	
<b>Feel-KJ</b>			
<b>T1: 12 Probanden T2: 12 Probanden T3: 9 Probanden</b>	<b>Dimension [T-Werte]</b>		<b>Einschränkung Ohne K2, K3, P1</b>
Adaptive Strategien Gesamt	A1=43,17 A2=43,14 A3=41,58	F(2,22)=0,105; p=0,901	
Adaptive Strategien Wut	AW1= 46,83 AW2= 41,67 AW3= 44,08	F(1,233,13,451)=0,654; p=0,530	
Adaptive Strategien Angst	AA1= 40,92 AA2= 43,42 AA3= 38,92	F(2,22)=0,468; p=0,632	
Adaptive Strategien Trauer	AT1= 45,67 AT2= 45,25 AT3= 42,83	F(2,22)=0,383; p=0,686	
Problemorientiertes Handeln	PH1= 45,00 PH2= 41,33 PH3= 39,50	F(2,22)=0,721; p=0,498	
Zerstreuung	Z1= 47,67 Z2= 46,75 Z3= 43,08	F(1,373,15,103)=1,136; p=0,325	
Stimmung anheben	SA1= 46,41 SA2= 44,50 SA3= 40,50	F(1,306,14,361)=2,371; p=0,141	

<b>Feel-KJ</b>			
<b>T1: 12 Probanden T2: 12 Probanden T3: 9 Probanden</b>	<b>Dimension [T- Werte]</b>		<b>Einschränkung Ohne K2, K3, P1</b>
Akzeptieren	AK1= 46,50 AK2= 46,33 AK3= 44,33	F(2,22)=0,211; p=0,811	
Vergessen	VG1= 41,75 VG2= 44,83 VG3= 41,00	F(2,22)=0,326; p=0,725	
kognitives Problemlösen	KP1= 40,58 KP2= 40,50 KP3= 41,58	F(2,22)=0,046; p=0,955	
Umbewertung	U1= 46,08 U2= 46,58 U3= 45,00	F(2,22)=0,046; p=0,938	
Maldaptive Strategien Gesamt	M1= 49,42 M2= 43,17 M3= 45,33	F(2,22)=1,171; p=0,329	
Maldaptive Strategien Wut	MW1= 57,08(14,29) MW2= 42,92(14,45) MW3= 50,67(18,29)	F(2,22)=4,012; p=0,033* d <sub>13</sub> = 0,40	F(2,16)= 2,124 P= 0,156
Maldaptive Strategien Angst	MA1= 45,75 MA2= 47,08 MA3= 46,50	F(2,22)=0,033; p=0,968	
Maldaptive Strategien Trauer	MT1= 46,50 MT2= 42,33 MT3= 44,25	F(2,22)=0,462; p=0,636	
Aufgeben	AU1= 52,50 AU2=44,58 AU3= 45,33	F(2,22)=2,374 p=0,117	
Aggressives Verhalten	AV1= 59,41(14,07) AV2= 45,67(9,61) AV3= 51,17(12,85)	F(2,22)=6,724 p=0,005* d <sub>13</sub> = 0,61	F(2,16)= 5,561 p= 0,015* Mittlere Differenz(1-2) = 14,444*; p=0,045 Mittlere Differenz(1-3) = 6,000; p=0,654 Mittlere Differenz(2-3)= - 8,444; p=0,177
Rückzug	RZ1= 51,33 RZ2= 50,33 RZ3= 52,50	F(1,084,11,927)=0,134 p=0,741	
Selbstabwertung	SW1= 46,17 SW2= 46,08 SW3= 48,67	F(1,318,14,496)=0,139 p=0,783	
Perseveration	PV1= 43,25 PV2= 40,50 PV3= 41,58	F(2,22)=0,230 p=0,796	
<b>Nicht übergeordneten Faktoren zurechenbare Strategien:</b>			
Soziale Unterstützung	SU1= 46,00 SU2= 48,33 SU3= 43,67	F(2,22)=2,059 p=0,151	F(2,16)=3,100 p=0,073
Ausdruck	AD1= 45,50 AD2= 38,17 AD3= 40,17	F(2,22)=1,417 p=0,264	
Emotionskontrolle	EK1= 54,33 EK2= 47,75 EK3= 48,58	F(2,22)=1,134 p=0,340	

<b>PFK 9-14</b>			
<b>T1: 12 Probanden T2: 12 Probanden T3: 9 Probanden</b>	<b>Dimension [Rohwerte]</b>		<b>Einschränkung Ohne K3, P1</b>
<b>übergeordnete Sekundärfaktoren</b>			
derb-draufgängerische Ich- Durchsetzung(F-IIO-1)	F-IIO-11:32,67 F-IIO-12:27,42 F-IIO-13:29,08	F(2,22)=1,2010, p= 0,320	
Emotionalität (Angst) (F-IIO- 2)	FII21=24,58(6,17) FII212=15,41(8,12) FII213=18,83(11,32)	F(2,22)=7,004, p= 0,004* d <sub>13</sub> = 0,66	F(2,18)=5,498 p=0,014* Mittlere Differenz(1-2) = 8,000*; p=0,026 Mittlere Differenz(1-3) = 3,600; p=0,506 Mittlere Differenz(2-3)= - 4,400; p=0,315
aktives Engagement (F-IIO- 3)	FII31=37,75 FII32=32,42 FII33=35,25	F(2,22)=1,590, p= 0,227	
selbstgenügsame soziale Isolierung (F-IIO-4)	FII41=20,08 FII42=15,75 FII43=17,67	F(2,22)=2,858, p= 0,079	F(2,18)=2,010 p= 0,163
<b>Verhaltensstile (VS)</b>			
emotionale Erregbarkeit (VS 1)	VS11=6,75(2,89) VS12=4,67(2,35) VS13=5,00(3,86)	F(2,22)=4,963, p= 0,017* d <sub>13</sub> = 0,52	F(2,18)=6,435, p= 0,008* Mittlere Differenz(1-2) = 1,900*; p=0,025 Mittlere Differenz(1-3) = 0,900; p=0,203 Mittlere Differenz(2-3)= - 1,000; p=0,352
fehlende Willenskontrolle (VS 2)	VS 21=4,75 VS 22=3,33 VS 23=3,83	F(2,22)=0,949, p= 0,402	
extravertierte Aktivität (VS 3)	VS 31=7,17 VS 32=6,08 VS 33=5,92	F(2,22)=1,137, p= 0,339	
Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt (VS 4)	VS 41=5,50 VS 42=3,58 VS 43=4,58	F(2,22)=2,319, p= 0,122	F(2,18)=2,533 p=0,107
<b>Motive (MO)</b>			
Bedürfnis nach Ich- Durchsetzung, Aggression und Opposition (MO 1)	MO 11=5,33 MO 12=4,42 MO 13=5,25	F(2,22)=0,629, p= 0,542	
Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit (MO 2)	MO 21=5,00 MO 22=4,25 MO 23=5,17	F(2,22)=0,959, p= 0,399	
Schulischer Ehrgeiz (Wertschätzung für und Bemühung um Erfolg und Anerkennung in der Schule) (MO 3)	MO 31=6,25 MO 32=5,75 MO 33=5,67	F(2,22)=0,317, p= 0,732	
Bereitschaft zu sozialem Engagement (MO 4)	MO 41=8,67 MO 42=8,17 MO 43=9,00	F(2,22)=0,541, p= 0,589	
Neigung zu Gehorsam und Abhängigkeit gegenüber Erwachsenen (MO 5)	MO 51=7,75 MO 52=6,42 MO 53=7,42	F(2,22)=3,250, p= 0,058	F(2,18)= 1,651 p=0,220

T1: 12 Probanden T2: 12 Probanden T3: 9 Probanden	Dimension [Rohwerte]		Einschränkung Ohne K3, P1
Maskulinität der Einstellung (MO 6)	MO 61=6,58 MO 62=6,33 MO 63=6,08	F(1,200,13,195)= 0,200; p=0,706	
<b>Selbstbild-Aspekte (SB)</b>			
selbsterleben von allgemeiner (existenzieller) Angst (SB 1)	SB 11=3,42 SB 12=2,25 SB 13=2,08	F(1,205,13,250)= 2,580; p=0,128	
Selbstüberzeugung (hinsichtlich Erfolg und Richtigkeit eigener Meinungen, Entscheidungen, Planungen und Vorhaben) (SB 2)	SB 21=7,92 SB 22=6,00 SB 23=7,50	F(2,22)=2,294, p= 0,124	
selbsterleben von Impulsivität (SB 3)	SB 31=5,50 SB 32=3,67 SB 33=4,83	F(2,22)=2,842, p= 0,080	F(2,18)=1,121 p=0,348
egozentrische Selbstgefälligkeit (SB 4)	SB 41=6,25 SB 42=4,08 SB 43=4,50	F(2,22)=2,950, p= 0,073	F(2,18)=1,232 p=0,315
selbsterleben von Unterlegenheit gegenüber anderen (SB 5)	SB 51=5,42(2,02) SB 52=2,67(2,99) SB 53=3,50(3,26)	F(2,22)=6,882, p= 0,005* d <sub>13</sub> = 0,73	F(2,18)=4,401, p= 0,028* Mittlere Differenz(1-2) = 2,600*; p=0,075 Mittlere Differenz(1-3) = 1,800; p=0,143 Mittlere Differenz(2-3)= - 0,800; p=1,000

### Zusammenstellung der Effektstärken im Zeitintervall T1-T3 (Intention to Trait Datenpool):

**Tabelle 33: Effektstärken der eingesetzten Messinstrumente**

Variable	$d = M1 - M3 / [(SD1 + SD3) / 2]$
Zielkohärenz Kinder	0,46 (ohne Ausschluss P1: 0,41)
Zielkohärenz Eltern	0,64
CBCL Gesamtaufälligkeit	0,74
CBCL Internalisierende Auffälligkeiten	0,78
CBCL Externalisierende Auffälligkeiten	0,48
CBCL Mittelwert Primärskalen	0,50
DISYPS-KJ FBB Gesamtskalen Mittel A,D,HKS, StSV, Aut	0,41
DISYPS-KJ FBB Primärskalen	0,34
Feel KJ Übergeordnete Skalen	0,08 (mit Ausschluss P1, K2, K3)
Feel KJ Primärskalen	0,04 (mit Ausschluss P1, K2, K3)
PFK 9-14 Übergeordnete Skalen	0,23 (mit Ausschluss P1, K3)
PFK 9-14 Primärskalen	0,14 (mit Ausschluss P1, K3)

#### 4.10.7.4 Zusammenstellung der signifikanten Korrelationskoeffizienten und der signifikanten Mittelwertsunterschiede

Tabelle 34: Zusammenstellung signifikanter Korrelationskoeffizienten und signifikanter Mittelwertunterschiede

Korrelation und Regressionen signifikant bzw. $r > 0,500$							signifikante Mittelwertsunterschiede (p)					
ZKH Kinder			ZKH Eltern			Variable	Kinder			Eltern		
T12 $r_{12}$	T13 $r_{13}$	T23 $r_{23}$	T12 $r_{12}$	T13 $r_{13}$	T23 $r_{23}$		T12 p	T13 p	T23 p	T12 p	T13 p	T23 p
<b>0,827**</b>	0,694	0,316				ZKHEltern				0,056	0,152	1,000
			0,500	<b>0,851*</b>	-0,522	CBCL GWA				<b>0,010</b>	<b>0,019</b>	1,000
			0,421	<b>0,850**</b>	-0,580	CBCL IA				<b>0,005</b>	<b>0,022</b>	0,681
			0,158	0,272	<b>-0,704*</b>	CBCL EA				<b>0,006</b>	0,165	1,000
			0,350	<b>0,798**</b>	-0,539	CBCL SozRz				<b>0,017</b>	0,058	1,000
			0,432	<b>0,683*</b>	0,304	CBCL KB						
		0,704	0,046	0,388	<b>0,807**</b>	CBCL AD				<b>0,003</b>	<b>0,039</b>	0,451
			0,375	0,609	-0,619	CBCL SozP						
			0,292	0,569	<b>-0,799**</b>	CBCL AufP				<b>0,013</b>	0,085	0,194
0,263	0,538	<b>0,722*</b>	0,403	0,511	0,054	CBCL DisVH				0,052	0,302	0,493
			0,035	0,104	<b>-0,744*</b>	CBCL AggVH						
<b>-0,635*</b>	0,278	0,318	0,291	0,137	-0,574	DIP GASt						
			-0,573	0,626	-0,215	DIP GDepSt				<b>0,003</b>	0,165	1,000
						DIP Hyp				<b>0,004</b>	<b>0,042</b>	0,140
						DIP Imp				<b>0,006</b>	0,130	1,000
						DIP GHKS				0,428	0,092	0,375
-0,303	0,532	0,492	0,300	0,485	0,492	DIP QBK				0,247	0,104	0,173
						DIP GAutSt						
0,479	-0,302	<b>-0,808*</b>	0,528	0,303	-0,512	PFK F2	<b>0,026</b>	0,506	0,315			
<b>-0,749*</b>	<b>0,833*</b>	0,660	-0,109	-0,529	0,340	PFK F3						
0,317	-0,281	-0,505	0,509	0,315	0,048	PFK F4						
						PFK VS1	<b>0,025</b>	0,203	0,352			
						PFK SB5	0,075	0,143	1,000			
						Feel AggVH	<b>0,045</b>	0,654	0,177			
						Regression CBCL AD PFK F3						
<b>0,899*</b>	<b>0,796*</b>	<b>0,916*</b>				CBCL AufP CBCLSozRZ DIP GDepSt. PFK FII-2						
			<b>0,894*</b>	<b>0,939*</b>	<b>0,944*</b>							

## **4.11 Qualitative Ergebnisse**

### **4.11.1 Veränderungsbeschreibungen der TeilnehmerInnen und ihrer Eltern**

Die Abschlussgespräche werden auf Beschreibungen konkreter Verhaltensveränderungen, auf Beschreibungen allgemeiner Verhaltensveränderungen, auf familiäre Musterveränderungen in der Interaktion und auf Musterveränderungen in der Einstellung hin untersucht. Weiters werden Ressourcenerinnerungen aus dem Gruppengeschehen unsystematisch gesammelt.

Basis der qualitativen Auswertung sind die Gesprächsnotizen. Da der qualitative Forschungsteil der Untermauerung der Plausibilität der quantitativen Ergebnisse dient, wird auf eine vollständige Transkription der 12 Abschlussgespräche, auch aufgrund der begrenzten Forschungszeitressourcen, im Einvernehmen mit Prof. Amesberger verzichtet.

Das Vorhaben, das Beschreiben der Veränderungen des Erlebens wurde aufgrund des Umfangs der Arbeit nicht mehr fortgeführt.

**Tabelle 35: Qualitative Beschreibungen d. Stichprobe**

<b>Name</b>	<b>Dzt. Hauptproblem</b>	<b>Kontext</b>	<b>Fähigkeit</b>	<b>Hypothesen</b>	<b>Berichtete Veränderungen</b>
Kind 1	Sich leicht ablenken und herumkommandieren lassen zu hause durch seine Schwestern	Familie	Kind 1 will mutiger werden, um sich behaupten zu können und zu sagen „ich will das nicht“.	Hohe Abhängigkeit von den Schwestern und von Mama (Nesthäkchen). Emotionale Loslösung und Abgrenzung, sowie vermehrte Orientierung Richtung Papa, um selbstständiger werden zu können.	<p><b>Verhaltensveränderungen (konkret):</b>            KV: berichtet von selbstständigem HÜ machen.            KM: Kind sagt zu Schwestern, ich will das nicht.            Ruft selbstständig Freunde an (die eher etwas jünger sind).            Kind 1: Nein sagen zu befreundetem Buben, welcher auch Auszucker hat, das ist schwerer.</p> <p><b>Muster Veränderungen (Interaktion):</b>            KM: Jetzt wieder vermehrtes Spielen und weniger Streiten mit seinen Schwestern.            KM: Mit Papa jetzt mehr Gaudiraufen und allein mit ihm etwas unternehmen.            KV: Papa kann jetzt in seinem Grant mehr Geduld zeigen und Kind 1 nicht nur angelehnt lassen, wenn Kind 1 nicht will. Papa kann ihn jetzt dabei unterstützen, dass Kind 1 weniger im Muster des Rückzugs bleibt.            KV: Kommunikation zwischen Papa und Kind1 war in den letzten Jahren auseinandergegangen und etwas auf Eis gelegt und ist jetzt besser geworden.</p> <p><b>Allgemeine familiäre Veränderungen:</b>            KV: In der Familie ist der Druck im Vergleich zu den letzten Jahre gesunken (Sorge um Gesundheit, Arbeitsplatz).</p>
Kind 2	Auszucker zuhause, Schüchternheit, Angst in der Nacht	Familie	Mich trauen und mutig sein	Mutter sehr krank gewesen, jetzt dadurch sehr eingeschränkt. Kind2 mußte große Angst um sie gehabt haben. Auszucker eine Form d. Überforderung in sicherer Umgebung (zuhause) sich auszudrücken, bemerkbar zu halten. Fähigkeit spielt auf Stärkung Autonomie an- sich etwas wünschen zu dürfen. Fähigkeit spiegelt auch Grundthema der KM: Auch sie wünscht sich mehr Selbstver-trauen.	<p><b>Verhaltensveränderungen (konkret):</b>            KM: Braucht in der Nacht kein Licht mehr.</p> <p><b>Verhaltensveränderungen (allgemein):</b>            KV: Zornig sein kürzer (2Min).            KM Selbstständiger beim Einkaufen geworden.            KM: Bruder sagte auch, du bist mutiger geworden.</p> <p><b>Muster Veränderungen (Interaktion):</b>            KM: Kind 2 suchte nie so wirklich Nähe, jetzt tut er es. Sehr anhänglich geworden, holt sich mehr Körperkontakt. Kann mehr Nähe auch zu Papa suchen.            KM: In Gruppe herüberfahren war ein Kampf. Ich blieb aber konsequent dran, behauptete mich.</p>

Name	Dzt. Hauptproblem	Kontext	Fähigkeit	Hypothesen	Berichtete Veränderungen
Kind 3	KM: Sein schlechtes Konzentrieren bei der Hausübung, dadurch lange brauchen Kind 3: Mathe selber ist nicht das Problem, sondern ich selber mit den Ablenkungen	Familie	Lernen dabeizubleiben	Sebastian wird zurückgewiesen und weist selbst zurück; er weicht Überforderung aus; Aggression sehr negativ besetzt durch Schule und Mama. Wie kann er seines nicht verlieren, wenn er Anforderungen von außen macht? Sein Autonomie-bestreben anerkennen- und ihn mit Grenzen und Regeln der Gruppe konfrontieren („dabeibleiben“ bei sich und bei Gruppe). Sein Lösungsversuch, dem Überfordernden durch das Übermüssen zu entkommen- und Recht auf Unbeschwertheit zu verteidigen, wird halt auf Erwachsenen-Ebene als Störung im Sozialverhalten bewertet.	<b>Verhaltensveränderungen (konkret):</b> KM: Kind 3 macht in seinem Zimmer Hausübung, kommt fragen, wenn er sich nicht auskennt; kann es auch bei Opa jetzt machen Insgesamt Entwicklungsschub: endlich Playmobil weg und jetzt Lego spielen. Er begann zu bauen und zu konstruieren, lernte zu suchen und zu bauen Im Finsternen Licht selber abdrehen. Mutter: lernte Auszeit für sich zu nehmen. <b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> KM: Mehr Ausdauer; Schule gibt Rückmeldung konzentriert arbeiten <b>Muster Veränderungen (Interaktion):</b> Weniger Hausübung mit Mama; für Mama ist riesiger Fels weg. Sie lernte sich mehr zurückzuhalten, ihm Chance zu geben. Mit Papa ab und zu Konfrontation. Kind 3 provoziert Papa mehr. Papa übernimmt mehr Verantwortung. KM kann sich mehr auf Papa verlassen. <b>Ressourcenerinnerungen:</b> Kind 3: Alleine beim letzten Mal durch Wald gegangen
Kind 4	Sein klopfen mit den Händen und ununterbrochen reden, bis es Oma und Papa nervt. Wenn er spielt oder draussen ist, klopft er weniger. Er fürchte sich im Kinderzimmer, darum schläft er bei Opa und Oma.	Familie	sich ruhig mit mir oder anderen beschäftigen	Als Kleinkind wahrscheinlich vernachlässigt. Sein klopfen könnte die Aufmerksamkeit der Erwachsenen für ihn präsent halten helfen und seine Basis-bedürfnisse nach Sicherheit und Aufmerksamkeit zu sichern. Enge Bindung an Großmutter, weniger Bindung an Vater. Ihn in seinem ungesteuerten nervigen Verhalten aushalten, auf sich selber und die eigene Sicherheit schauen und so einen sicheren Rahmen in Gruppe aufbauen probieren.	<b>Verhaltensveränderung (konkret):</b> GM: Das Klopfen sei seltener geworden, er spucke weniger aus, das ununterbrochen Reden ist nicht verändert. KV: Er redet mehr zurück, wird frecher. <b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> GM: Kind 4 sagt es jetzt, wenn er fortgeht (da nicht zu F) GM: Selber beschäftigen ist besser geworden. KV: Mit dem Lernen wird es besser, er lese lieber, als er schreibt. <b>Allgemeine familiäre Dynamik:</b> Oma beklagt, er sei so laut. War in Krankenhaus, wirkt geschwächt. <b>Ressourcenerinnerung:</b> Kind4 gefiel das allein durch den Wald gehen

Name	Dzt. Hauptproblem	Kontext	Fähigkeit	Hypothesen	Berichtete Veränderungen
Kind 5	KM: Wenig Selbstwertgefühl, wenig Zutrauen Kind 5: einfügen in Gruppe, Chef sein wollen, mich zurückziehen, wenn mich wer ablehnt	Gleich- altrigen- gruppe	Dranbleiben, auch wenn es schwierig ist oder andere anderer Meinung sind	Ihr unbedingter Wille, ihre sichere Basis zur Mama sind sehr auffallend. Auch wenn sie motorische Entwicklungsdefizite hat, welche Basis ihrer Ängstlichkeit sein werden, ihr Erfahrungen und ausprobieren ermöglichen.	<b>Verhaltensveränderung (konkret):</b> Kind 5: In Wald zählte ich 1,2,3. das überlegte ich mir selber. Dadurch traute ich mir durch den (finsteren) Wald zu gehen. Und auch bei Schularbeiten zählte ich, dass ich nicht so nervös bin. Ich traue mir nachdenken, auch wenn ich es nicht gleich weiss. Und dann fällt mir wieder etwas ein. Das machte ich vorher nicht. Ich traue mir jetzt an Hund vorbeigehen, wo ich mich in Volksschule immer fürchtete KM: Schwamm jetzt schon mit einem Flügel. <b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> Kind 5: Mehr Freundinnen in der Schule. <b>Muster Veränderung (Einstellung):</b> KM: Sie weiß sie kann es schaffen, sie muss öfter probieren. Schifahren will sie auch probieren. Sie weiß, man kann Angst haben, aber es trotzdem schaffen. Riesenschritt nach vorne, er geht leichter und schneller beim Lernen, leichter Eselsbrücken zu bauen. Ich unterschätze sie. Ich versuche sie jetzt weniger zurückzuhalten. <b>Ressourcenerinnerungen:</b> Kind 5: Das Zusammenhelfen in der Gruppe fiel mir nicht immer leicht. Sie akzeptierten mich wie ich bin. Die beiden (Leiter) ließen mich viel ausprobieren.

Name	Dzt. Hauptproblem	Kontext	Fähigkeit	Hypothesen	Berichtete Veränderungen
Kind 6	<p>KM: mangelnde Selbstständigkeit, nicht Allein bleiben können, wenig Selbstbewusstsein, dass er sich mehr zutraut. Es kommt eine große Veränderung auf ihn zu (Hauptschule).</p> <p>Kind 6: Einsamkeit, dass mich niemand in der Klasse mag; es ist schwer Freunde zu finden.</p>	Familie Schule	Dass ich mich mit anderen besser verstehen tue.	Da älterer Bruder als kleines Kind an Krankheit verstorben ist, verstärkte Sorge der Mutter für Kind 6, dadurch hoher Bedarf an Sicherheit. Das fördert seine Unselbstständigkeit und sein kleben an Mama. Angst in Familie. Ich muss mir das wenige, was mir bleibt, aggressiv verteidigen. Die berichteten Aggressionen können als Versuch der Autonomieentwicklung und zur Angstabwehr verstanden werden, Vergrößern aber auch die Angst, aus der Klasse ausgestoßen zu werden. Aber bei Freunden geht das nicht: Neue Idee einbauen: Nicht wenn er sich durchsetzt kriegt er Freunde, sondern wenn er zuhört.	<p><b>Verhaltensveränderung (konkret):</b> KM: Geht allein rein in die Schule, macht Aufgabe allein und schickt Mama weg, bleibt jetzt 1 Stunde allein zuhause. Seit Herbst leichteres Schlafengehen, Nachtängstlichkeit gebessert. Geht jetzt ministrieren. Kind6: Ich bin in der Schule viel weniger einsam, ich rede jetzt mit anderen. Im Herbst Mögen 2 Punkte, jetzt 7-8 Punkte (von 10).</p> <p><b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> KM: Kind 6 redet mehr mit anderen Kindern und sucht Gespräche. Er traut sich selber mehr zu. KM: versteht sich mit Schwester besser</p> <p><b>Ressourcenerinnung:</b> Kind 6: Als mir Person4 zeigte er mag mich, als er mir über den Acker gehen half.</p>
Person 1	<p>KM: Person 1 ahmt die behinderten Kinder seiner Klasse nach und stellt sich dadurch dumm. Und wenn er sich so dumm stellt, sagen andere, er ist behindert. Aber er ist nicht behindert, er stellt sich nur so, er ist nicht dumm.</p>	Familie Schule Ort	Andere Kinder kennenlernen, mit ihnen Spass haben und „quatschen“	Druck Jugendamt; Angst der KM vor Abnahme und nicht zu entsprechen. Dumm dastehen, behindertes Auftreten macht KM Angst; sichert aber auch Aufmerksamkeit. Er möchte aber auch entsprechen. Vorsichtige Verweigerungshaltung, um nicht zuviel umgestülpt zu bekommen. Verweigerung sichert Eigenes. Autonomie und Funktionierendes aller Stärken.	<p><b>Verhaltensveränderung (konkret):</b> Person 1 kann keine Beispiele nennen. Er kann sich auch an das Ziel nicht erinnern. KV benennt, dass er weniger Wutanfälle bemerke und mit den kleinen Geschwistern ruhiger umgeht.</p> <p><b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> KM: Er hat sich gebessert im Umgang mit anderen, das Behinderte ist weniger geworden. An manchen Tagen reißt er sich zusammen. An manchen Tagen, da denke ich mir, dreh dich um, sonst prack ich dir eine. Da macht er diesen Blick. Da provoziert er. Person 1 weiß von sich aus, keine Veränderungen zu benennen.</p> <p><b>Ressourcenerinnerungen:</b> Person1 erinnert sich an das Zusammenkommen, das Plaudern, das Rausgehen, das miteinander Spielen, das miteinander Essen in der Gruppe.</p>

Name	Dzt. Hauptproblem	Kontext	Fähigkeit	Hypothesen	Berichtete Veränderungen
Person 2	Papa und Mama streiten sehr. Person 2 will seinen Vater nicht sehen. Freunde wissen nicht, dass ich traurig bin	Familie	Sich trauen zu sagen, wenn ich traurig bin.	Eltern im Sorgerechtsstreit. Bub zwischen Eltern zerrissen. Bub zeigt nicht, dass er traurig ist, auch wenn es ihn zerreisst. Traurigkeit umleiten zu Freunden; Eltern würden sie wieder ausnützen.	Es fand kein Abschlussgespräch statt; daher keine berichteten Veränderungen in der Familie.
Person 3	KM: In der Schule eskalierte es. Er ist sehr verwöhnt und ein bisschen realitätsfremd und wir haben immer alles abgeschotet vor ihm und die Kinder sekkieren ihn in der Schule und das haltet er nicht aus und irgendwann wird es ihm zuviel und er rastet quasie aus. KV: er hat ein Aggressionsproblem. Er muss sie rauslassen. Er explodiert einfach. Person 3: Mir fehlt Zurückhaltung.	Schule	Fähigkeit zur Ärger- oder Aggressionswewiche	Eltern streiten oft aggressiv und laut. Bub mischt sich ein und nimmt Rolle eines Erwachsenen ein. Ganze Kleinfamilie hat Schwierigkeiten in der Abgrenzung gegenüber Großfamilie. Autonomie Elternsystem fördern; Umleitung über Bub reduzieren. Selbstständige Lösungen und Autonomie von Person 5 suchen und stützen.	<b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> Person 3 lernte Schimpfwörter von Hänkeln zu unterscheiden, lernte weghören, andere ignorieren, übte Zurückhaltung. Person 5 lernte in der Gruppe durch Aussprechen seiner Probleme und sich etwas Vornehmen. Ein Ausprobieren dieser Dinge war in Gruppe nicht möglich, weil er nicht gehänselt, nicht beschimpft wurde.
Person 4	Zurückweisend, Stottern vor der Klasse, nur brav, nur Rücksicht auf andere, will sich für seine Wünsche nicht einsetzen, sagt es hat keinen Sinn, ist egal. Sorgen wegen Sozialkontakten,	Familie Schule	Spass mit anderen Kindern zu haben	Mutter sehr besorgt und wenig begrenzend. Bub weist sie mehrmals zurecht. Hirarchie zT. komplementär. Person 4 wirkt in intellektueller Welt vertraut und zuhause und abgekoppelt und beziehungslos in sozialen Bezügen. Geistiges Handeln und soziales Handeln unterscheiden und durch klares Hirarchieangebot fördern.	<b>Verhaltensveränderung (konkret):</b> Person4: Ich suche Freunde, die sich für meine Sachen interessieren. KV: Person 4 war öfter bei anderen Kindern, er ist auch öfter eingeladen worden. <b>Muster Veränderungen (Interaktion):</b> KM: Er hat für sich mehr Raum eingenommen, weiß besser, was er mag und nicht mag. Person 5 ist stärker geworden, Bruder P. kann ihn seither besser akzeptieren.

Name	Dzt. Hauptproblem	Kontext	Fähigkeit	Hypothesen	Berichtete Veränderungen
Person 5	KM: Er wird in der Schulklasse sehr von anderen gehänselt und versucht sich so in den Vordergrund zu rücken, dass wiederum von den anderen nicht positiv aufgenommen wird. Er versucht sich in Gruppen zu behaupten und rastet schnell aus Person 6: ich will das andere mir nicht mehr auflauern, ich werde böse, die anderen werden für ihre Schimpfwörter nicht bestraft- ich will dass die anderen für ihre Schimpfwörter bestraft werden	Schul- klasse, Bus	Überlebensfähigkeiten in der Klasse, im Bus entwickeln	Person 5 kämpft in Klasse, hat aber nicht aufgegeben überleben zu wollen. Er wirkt in einer eigenen Welt lebend. Großes Thema ist die Ungerechtigkeit und das zu Kurzkommen.	<b>Verhaltensveränderung (konkret):</b> KM: Fingernägelkauen weniger geworden, Zwangshandlungen weniger, interessierter, aufgeweckter, lustiger. KM empfindet Buben zuhause extrem aggressiv, wehrt sich gegen alles. Leiter: Deutlichere Sprache in der Gruppe <b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> Person 5: Ich höre nicht hin, sehe nicht hin. KM In der Schule hat er es geschafft sich besser mit der Situation zurechtzufinden und kann ruhiger bleiben. Die Schule gibt auch kein negatives Feedback. KM: Er hat sich schnell in der Gruppe integriert, übernimmt Verantwortung für Jause. <b>Muster Veränderungen (Interaktion):</b> Leiter: Person 5 orientiert sich nicht mehr ausschließlich an uns Leitern, sondern ist vermehrt in der Gruppe.
Person 6	Er bleibt bei Sachen nicht dabei, man findet nicht raus, warum er nicht mehr hingehen mag. Mit anderen reden bei Erwachsenen leichter, bei Gleichaltrigen schwerer. Außer Tennis keine Außenkontakte	Arbeitsplatz Gleichaltrige	Mit Gleichaltrigen reden, mit anderen in Kontakt treten	Mutter spricht für ihn. Fragen bekommen von ihm keine Antwort. Man ist geneigt für ihn zu arbeiten. Man ist geneigt für ihn zu arbeiten. Diese andere Selbstverständlichkeit (Autismus), dieses Nicht-Kommunizieren, diese Uneindeutigkeit des Schweigens nicht als eigenes Versagen denken, sondern als Besonderheit v P6. Kontakt mit ihm halten, aber nicht für ihn machen, sondern Rahmen für ihn bereitstellen, dass er in Gruppe sprechen kann, aber es nicht für ihn machen.	<b>Verhaltensveränderung (allgemein):</b> Person6 und seine KM berichten über keine konkreten Veränderungen. Person 6: die anderen erzählten mehr. Ich konnte gut zuhören KM: Es ist schwer Veränderung zuhause zu bemerken. Aber Person 6 geht eher auf Gespräche ein, kommt mehr aus sich heraus. <b>Ressourcenerinnerungen:</b> Auf Fragen antwortet er, dass ihm Gruppe getaugt habe. Er würde wieder kommen und mitmachen. Leiter M. berichtet vom Regenspaziergang, wo Person 6 viel erzählte, was er vorhat. Leiter P. berichtet von seinen nonverbalen Vorschlägen für Körperübungen.

#### 4.11.2 Hauptprobleme, Diagnosen und kategorisierte Fähigkeiten als Grundlage für Diagnose- und Entscheidungskriterien zum Angebot, zum Einsatz und zum Nutzen von psychotherapeutischen Kinder- und Jugendlichen Gruppen mit integrativen Outdoor-Aktivitäten®:

##### 4.11.2.1 Zusammenstellung Hauptprobleme, Diagnosen, Problemkontexte, zu lernende Fähigkeiten und Kategorisierung nach dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T 4.0, Grosse Holforth, Grawe, 2002):

**Tabelle 36: Kategorisierung Hauptprobleme, Diagnosen** (Achse I: psychische Störung gem. ICD 10, Achse II: Verzögerung d. Entwicklung gem. ICD 10, Achse VI: Global-beurteilung der psycho-sozialen Anpassung) , **Problemkontexte, Fähigkeiten nach Berner Inventar für Therapieziele**

Name	Dzt. Hauptproblem	Diagnose	Problem Kontext	Fähigkeit	Kategorisierung nach BIT-T (4.0)
					<b>Selbstentwicklung:</b>
					<b>Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen</b>
Kind 2	Auszucker zuhause, Schüchternheit, Angst in der Nacht	Achse I: F43.2, Achse II: F81 Achse VI: 2	Familie	Mich trauen und mutig sein	s1.1 Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl steigern (intrapyschisch)
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): + Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): + Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): +,+ Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): +,+ Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%),(T12, T13): +,+ Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%),(T12, T13): +,0				
					<b>Selbstverwirklichung</b>
Kind 5	KM: Wenig Selbstwertgefühl, wenig Zutrauen Kind 5: einfügen in Gruppe, Chef sein wollen, mich zurückziehen, wenn mich wer ablehnt	Achse II: F80.1, F82 Achse VI:3	Gleichaltrigen-gruppe	Dranbleiben, auch wenn es schwierig ist oder andere anderer Meinung sind	s2.2 Verwirklichung eigener Pläne und Wünsche
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): + Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): 0 Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): +,+ Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): 0,0 Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%),(T12, T13): +,+ Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%),(T12, T13): +,+				

Name	Dzt. Hauptproblem	Diagnose	Problem Kontext	Fähigkeit	Kategorisierung nach BIT-T (4.0)
					<b>Selbstkontrolle</b>
Kind 3	KM: Sein schlechtes Konzentrieren bei der Hausübung, dadurch lange brauchen Kind 3: Mathe selber ist nicht das Problem, sondern ich selber mit den Ablenkungen	Achse I: F90.0, F91.2 Achse VI: 3	Familie	Lernen dabei-zu-bleiben	s3.1 Verantwortung und Kontrolle übernehmen; Entscheidungen treffen
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): + Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): + Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): <b>0,+</b> Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): <b>0,+</b> Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): +,+ Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): +,+				
Person 3	KM: In der Schule eskalierte es. Er ist sehr verwöhnt und ein bisschen realitätsfremd und wir haben immer alles abgeschotet vor ihm und die Kinder sekkieren ihn in der Schule und das haltet er nicht aus und irgendwann wird es ihm zuviel und er rastet quasie aus. KV: er hat ein Aggressionsproblem. Er muss sie rauslassen. Er explodiert einfach. Person 3: Mir fehlt Zurückhaltung.	Achse I: F90.0, Achse II: F81.0, F82 Achse VI: 3	Schule	Fähigkeit zur Ärger- oder Aggressionsweiche	s3.1 Verantwortung und Kontrolle übernehmen; Entscheidungen treffen
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): <b>0</b> Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): <b>0</b> Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): <b>+,nb</b> Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): <b>0,nb</b> Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): <b>+,nb</b> Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): <b>+,nb</b> Nb...nicht beurteilt				

Name	Dzt. Hauptproblem	Diagnose	Problem Kontext	Fähigkeit	Kategorisierung nach BIT-T (4.0)
					<b>Gefühlsregulation</b>
Person 2	Papa und Mama streiten sehr. Person 2 will seinen Vater nicht sehen. Freunde wissen nicht, dass ich traurig bin	Achse I: F43.2 Achse VI: 1	Familie	Sich trauen zu sagen, wenn ich traurig bin.	s4.0 Umgang mit Gefühlsregungen
	Veränderung aufgrund nichterscheinen Abschlussgespräche und Abschlusstestungen nicht beurteilbar.				
					<b>Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung</b>
Kind 4	Sein klopfen mit den Händen und ununterbrochen reden, bis es Oma und Papa nervt. Wenn er spielt oder draussen ist, klopft er weniger. Er fürchte sich im Kinderzimmer, darum schläft er bei Opa und Oma.	Achse I: F90.0, F95.1, F42.1, Achse II: F83, F81.3 Achse VI: 3	Familie	sich ruhig mit mir oder anderen beschäftigen	s99 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): <b>0</b> Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): <b>0</b> Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): <b>0,0</b> Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): <b>0,0</b> Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50%),(-:< 0%), (T12, T13): -, - Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50%),(-:< 0%), (T12, T13): <b>0,0</b>				

Name	Dzt. Hauptproblem	Diagnose	Problem Kontext	Fähigkeit	Kategorisierung nach BIT-T (4.0)
					<b>Interpersonale Ziele:</b>
					<b>Selbstbehauptung und Abgrenzung</b>
Kind 1	Sich leicht ablenken und herumkommandieren lassen zu hause durch seine Schwestern	Achse I: F93.8, Achse II: F83 Achse VI: 2	Familie	Kind 1 will mutiger werden, um sich behaupten zu können und zu sagen „ich will das nicht“.	i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (interpersonal)
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): + Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): + Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): <b>+,+</b> Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): <b>+,+</b> Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): <b>0,+</b> Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): <b>0,+</b>				
Person 5	KM: Er wird in der Schulklasse sehr von anderen gehänselt und versucht sich so in den Vordergrund zu rücken, dass wiederum von den anderen nicht positiv aufgenommen wird. Er versucht sich in Gruppen zu behaupten und rastet schnell aus Person 6: ich will das mir andere nicht mehr auflauern, ich werde böse, die anderen werden für ihre Schimpfwörter nicht bestraft- ich will dass die anderen für ihre Schimpfwörter bestraft werden	Achse I: 92.8, Achse IV: Q78.8, Q87.0 Achse VI: 3	Schul- klasse, Bus	Überlebensfähigkeiten in der Klasse, im Bus entwickeln	i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (interpersonal)
					<b>Kontakt, Nähe, Austausch</b>
Person 1	KM: Person 1 ahmt die behinderten Kinder seiner Klasse nach und stellt sich dadurch dumm. Und wenn er sich so dumm stellt, sagen andere, er ist behindert. Aber er ist nicht behindert, er stellt sich nur so, er ist nicht dumm.	Achse I: F70.1 Achse VI: 2	Familie Schule Ort	Andere Kinder kennenlernen, mit ihnen Spass haben und Quatschen	i7.1 Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (intrapersonal)
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): <b>0</b> Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): + Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): <b>+,0</b> Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): <b>0,-</b> Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): <b>+,nb</b> Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): <b>+,nb</b> <b>Nb...nicht beurteilt</b>				

Name	Dzt. Hauptproblem	Diagnose	Problem Kontext	Fähigkeit	Kategorisierung nach BIT-T (4.0)
Person 4	Zurückweisend, Stottern vor der Klasse, nur brav, nur Rücksicht auf andere, will sich für seine Wünsche nicht einsetzen, sagt es hat keinen Sinn, ist egal. Sorgen wegen Sozialkontakten,	Achse I: F43.2 Achse VI: 2	Familie Schule	Spaß mit anderen Kindern zu haben	i7.1 Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (intrapersonal)
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): + Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): + Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): +,+ Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): 0,0 Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): +,+ Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): -,-				
Person 6	Er bleibt bei Sachen nicht dabei, man findet nicht raus, warum er nicht mehr hingehen mag. Mit anderen reden bei Erwachsenen leichter, bei Gleichaltrigen schwerer. Außer Tennis keine Außenkontakte	Achse I: F84.5 Achse VI: 4	Arbeitsplatz Gleichaltrige	Mit Gleichaltrigen reden, mit anderen in Kontakt treten	i7.1 Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (intrapersonal)
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): 0 Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): 0 Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): 0,0 Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): 0,0 Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): -,- Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): -,-				
Kind 6	KM: mangelnde Selbstständigkeit, nicht allein bleiben können, wenig Selbstbewusstsein. Dass er sich mehr zutraut. Es kommt eine große Veränderung auf ihn zu (Hauptschule). Kind 6: Einsamkeit, dass mich niemand in der Klasse mag; es ist schwer Freunde zu finden.	Achse I: F90.0, F93.2, Achse II: F81.3 Achse VI: 3	Familie Schule	Dass ich mich mit anderen besser verstehen tue.	i7.2 Nähe zulassen; für Beziehungen öffnen (intrapersonal)
	Konkrete Verhaltensveränderungen Kd (T12): + Veränderung konkr. fam. Interaktionsmuster (T12): 0 Ver. CBCL Gesamtauf. > kritisches Intervall, (+:>KI), (0: <+/-KI), (T12,T13): +,+ Veränderung DISYPS Gesamtskala (+:> 0,75),(0:<+/-0,75),(-:>-0,75),(T12,T13): 0,0 Zielkohärenz Eltern (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): +,+ Zielkohärenz Kinder (+:> 50%),(0:0-50),(-:< 0%), (T12, T13): +,+				

#### 4.11.2.2 Zusammenhang Zielerreichung, Symptomatik und Diagnostik

Aufbauend auf der Zuordnung der Kinder/Jugendlichen mit ihren Hauptproblemen, Diagnosen, zu entwickelnden Fähigkeiten zu Zielkategorien nach dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T 4.0, Grosse Holforth, Grawe, 2002), erfolgt eine Verallgemeinerung mit dem Fokus günstige Entwicklungen, Verbesserungen in Therapie und nach Abschluss krisenhafte Entwicklung, sowie geringe Veränderungen:

#### Stabile-günstige Veränderungen nach dem psychotherapeutischem Gruppenprozess:

**Tabelle 37: Generalisierung BIT, Diagnosen und Hauptprobleme, günstige Entwicklungen**

<b>Kategorisierung nach BIT-T (4.0) (Grosse Holforth, Grawe, 2002) und Fähigkeiten:</b>	<b>Diagnosen und Hauptprobleme</b>
<b>Selbstentwicklung:</b>	
<b>Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen</b>	Achse I: F43.2, Achse II: F81; Achse VI:2
s1.1 Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl steigern (intrapsychisch) Fähigkeiten: Mich trauen und mutig sein	Symptomatiken: Auszucker, Schüchternheit, Nachtangst,
	Kind 2
<b>Selbstverwirklichung</b>	Achse II: F80.1, F82; Achse VI: 2
s2.2 Verwirklichung eigener Pläne und Wünsche Fähigkeiten: Dranbleiben auch wenn es schwierig wird oder andere anderer Meinung sind.	Symptomatiken: Geringer Selbstwert, wenig Zutrauen, Einfügen in Gruppe schwierig, Chef sein wollen, Rückzug bei Ablehnung
	Kind 5
<b>Selbstkontrolle</b>	Achse I: F90.0, F91.2; Achse II: F81.0 F82; Achse VI: 3
s3.1 Verantwortung und Kontrolle übernehmen; Entscheidungen treffen	
Fähigkeiten: Lernen dabei zu bleiben  Fähigkeit einer Ärger- oder Aggressionsweiche	Symptomatiken: schlechtes Konzentrieren bei Hausübungen, lange Zeitdauer dafür, ich lenke mich selber ab,  Eskalieren in der Schule, Kinder sekkieren mich in der Schule, es wird mir zuviel, ich raste aus, ein Aggressionsproblem haben, fehlen von Zurückhaltung
	Kind3, Person 3
<b>Gefühlsregulation</b>	Achse I: F43.2; Achse VI: 1
s4.0 Umgang mit Gefühlsregungen Fähigkeiten: Mich trauen zu sagen, wenn ich traurig bin	Symptomatiken: Streiten der Eltern, Papa nicht sehen wollen, Freunde wissen nicht, dass ich traurig bin
	Person 2

<b>Kategorisierung nach BIT-T (4.0) (Grosse Holforth, Grawe, 2002) und Fähigkeiten:</b>	<b>Diagnosen und Hauptprobleme</b>
<b>Interpersonale Ziele:</b>	
<b>Selbstbehauptung und Abgrenzung</b>	Achse I: F93.8; Achse II: F83; Achse VI: 2
i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (interpersonal) Fähigkeiten: Mutiger werden um mich zu behaupten und sagen zu können, ich will das nicht.	Symptomatiken: Sich ablenken und von anderen herumkommandieren lassen
	Kind 1
<b>Kontakt, Nähe, Austausch</b>	Achse I: F70.1, F43.2; Achse IV: 2
i7.1 Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (intrapersonal)  Fähigkeit: Mit anderen quatschen und Spass haben	Symptomatiken: Behinderte Kinder nachahmen und sich dadurch dumm stellen  Soziale Isolierung, zurückweisende Verhaltensweisen, Stottern vor der Klasse, sich für seine Wünsche durch zuviel Rücksicht für andere nicht einsetzen wollen, Mag nicht mehr in die Schule, an den Arbeitsplatz gehen
	Person 1
i7.2 Nähe zulassen; für Beziehungen öffnen (intrapsychisch)	Achse I: F90.0, F93.2; Achse II: F81.3; Achse VI: 3
Fähigkeiten: Dass ich mich mit anderen besser verstehe	Symptomatiken: Mangelnde Selbstständigkeit, nicht allein bleiben können, wenig Selbstbewusstsein, wenig Zutrauen, Angst vor Veränderungen; Einsamkeit in der Klasse, mich mag niemand, es ist schwer Freunde zu finden
	Kind 6

**günstige Veränderungen während des psychotherapeutischen Gruppenprozesses, krisenhafte Entwicklung in den nachfolgenden 3 Monaten:**

**Tabelle 38: Generalisierung BIT, Diagnose und Hauptprobleme, Verbesserung gefolgt von krisenhafter Entwicklung**

<b>Kategorisierung nach BIT-T (4.0) (Grosse Holforth, Grawe, 2002) und Fähigkeiten:</b>	<b>Diagnosen und Hauptprobleme</b>
<b>Interpersonale Ziele:</b>	
<b>Selbstbehauptung und Abgrenzung</b>	Achse I: F92.8; Achse IV: , Q78.8, Q87.0; Achse VI: 3
i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (interpersonal) Fähigkeiten: Überlebensfähigkeiten in Schulklasse oder –bus entwickeln	Symptomatiken: Gehänselt und gedemütigt werden, versuchen sich behaupten und auszurasen, keine Freunde haben, auch andere sollen bestraft werden, nicht nur ich
	Person 5

## Stagnierende/geringe Veränderungen im psychotherapeutischen Gruppenprozess:

**Tabelle 39: Generalisierung BIT, Diagnosen und Hauptprobleme, stagnierende Entwicklungen**

<b>Kategorisierung nach BIT-T (4.0) (Grosse Holforth, Grawe, 2002) und Fähigkeiten:</b>	<b>Diagnosen und Hauptprobleme</b>
<b>Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung</b>	Achse I: F90.0, F95.1, F42.1; Achse II: F83, F81.3; Achse VI: 3
s99 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung Fähigkeit: Mich ruhig mit mir oder anderen beschäftigen	Symptomatiken: Chronisches motorisches Klopfen, ununterbrochenes Reden Mich allein beim Schlafen fürchten und bei Bezugspersonen schlafen müssen
	Kind 4
i7.1 Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (intrapersonal)	Achse I: F84.5; Achse VI: 4
Fähigkeiten: Mit Gleichaltrigen reden, in Kontakt treten	Symptomatiken: Mag nicht mehr in die Schule, an den Arbeitsplatz gehen; er bleibt nicht dabei und man findet nicht heraus, warum er nicht mehr hingehen mag. Mit Gleichaltrigen reden ist schwerer, mit Erwachsenen ist es leichter.
	Person 6

### Interpretation:

Kinder welche Entwicklungsverzögerungen aufweisen (Kind 1, Kind 2, Kind 3, Kind 5, Kind 6, Person 3) profitieren kategorisiert nach dem Berner Inventar für Therapieziele BIT-T, 4.0 (Grosse Holforth, Grawe, 2002) in Oberkategorien der Selbstentwicklung speziell in Unterkategorien von Selbstbewusstsein, Selbstwert und Selbstverwirklichung und Selbstkontrolle, sowie bei interpersonalen Zielen in Unterkategorien von Selbstbehauptung und Abgrenzung sowie auch bei Nähe, Kontakt und Austausch.

Kinder mit hyperkinetischen Störungen (Kind 3, Person 3), sowie Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (Kind 3), profitierten bei Zielkategorien von Verantwortung und Kontrolle übernehmen.

Kinder mit Anpassungsstörungen (Kind 2, Person 2, Person 4) profitieren in Unterkategorien von Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen, Gefühlsregulation, sowie bei interpersonalen Zielen in Unterkategorien Kontakt, Nähe und Austausch.

Kinder mit sonstigen emotionalen Störungen (Kind 1) profitierten bei interpersonalen Zielen in der Unterkategorie Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten.

Sozial ängstliche Kinder (Kind 2, Kind 6) profitieren in Oberkategorien der Selbstentwicklung in Unterkategorien Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl sowie in der Oberkategorie interpersonaler Ziele in Unterkategorien von Nähe zulassen bzw. sich für Beziehungen öffnen.

Sozial isolierte Kinder (Person 4) bzw. Jugendliche, welche aufgrund kognitiver Einschränkungen soziale Anpassungsschwierigkeiten aufweisen (Person 6), profitierten bei interpersonalen Zielen in Unterkategorien von Kontakt aufnehmen und Austausch verbessern.

Aufgrund der Diagnosen wird deutlich, dass Störungen aus dem Bereich tiefgreifender Entwicklungsstörungen (in unserem Fall Person 6, Aspergersyndrom) in der Oberkategorien interpersonale Ziele, in der Unterkategorien Kontakt aufnehmen, zwischenmenschlichen Austausch verbessern, sowie Kinder mit mehreren komorbiden Störungen (in unserem Fall Kind 4 mit ADHS, einer Tickstörung und einer Angststörung mit Zwangshandlungen), in der Oberkategorien Selbstentwicklung weniger vom psychotherapeutischen Gruppenprozess im Vergleich zu anderen Kindern/Jugendlichen profitierten.

Am Beispiel Person 5 wird deutlich, dass körperliche Einschränkungen deutliche psychische und soziale Auswirkungen zeigen (sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen). Der Verbesserung der Symptomatik im Schulkontext, sowie in der Selbstentwicklung, standen ja schon während der Gruppe deutliche Veränderungen der innerfamiliären Konfliktdynamik gegenüber. Diese vermehrten Konflikte mit der Mutter passen durchaus zum angepeilten Ziel (Kategorie: Selbstbehauptung und Abgrenzung), sind natürlich aber belastend für die Familie. In der Zeit nach der Behandlung scheint diese Dynamik noch zugenommen zu haben. Diese Krise führte ja auch zum Nichterscheinen in der Abschlusstestung.

Anzumerken ist, dass bei diesen 3 Kindern auch deutliche Einschränkungen in mehreren Funktionsbereichen (Schule/Arbeit/Freundschaften/innerfamiliäre Beziehungen) vorliegen.

Zu Person 2 mit seinem Ziel in der Kategorie Umgang mit Gefühlsregungen konnte aufgrund der Gruppenerfahrungen mit dem Jugendlichen eine vorsichtig positive Entwicklung beobachtet werden. Aber aufgrund des Nichtkommens der Familie zum Eltern- wie zum Abschlussgespräch, ist keine verallgemeinerte Aussage möglich.

## 4.12 Zusammenschau der Eingangsbefunde, der quantitativen und der qualitativen Daten

### 4.12.1 Ausgewählte Einzelfalldarstellungen:

Um signifikante Unterschiede in den Messskalen zu bestimmen, wird das kritische Intervall (oder die kritische Differenz) berechnet. Zur Berechnung werden die Retest-Reliabilitäten des kürzesten angegebenen Intervalls, oder wenn nicht vorhanden, die in der Literatur publizierten Cronbach-Alpha Werte verwendet. Für die Skalen des Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ) von Döpfner und Lehmkuhl (2000) gibt es keine Normierung (Kritischer Wert für Störung = 1,5).

Kritisches Intervall zwischen zwei Testwerten:  $(x_1 - x_2)_{KRIT} = z_\alpha * s_x * \sqrt{2(1 - r_{tt})}$

Für die verwendeten Normierungen (T-Werte) beträgt für eine überzufällige Unterscheidung auf 5%-Niveau die Standardabweichung  $s_x = 10$  und  $z_\alpha = 1,96$  (z-Wertetabelle der Normalverteilung, Bortz, Schuster, 2010, S. 587).

In der unten dargestellten Einzelfallbeurteilung wird einerseits auf hohe Skalenwerte, andererseits auf große Unterschiede zwischen den Testzeitpunkten Bezug genommen.

Da in der Masterthese eine Fokussierung auf die Forschungsfrage notwendig ist, wird die individuelle Zusammenschau beispielhaft an jeweils 2 Kindern der Gruppe St. Leonhard und 2 Jugendlichen der Gruppe St. Pölten dargestellt.

Auf eine Beschreibung der individuellen Gruppenprozessbeobachtungen (welche sehr spannend wäre!) wird aus oben genannten Gründen ebenfalls verzichtet.

Eine generelle Beschreibung ist dem Kapitel zu Ablauf, Strukturelementen und Beispielen für den gruppendynamischen Prozess zu entnehmen.

#### **Kind 1:**

Der 10,2 jährige Bub ist seit 2006 im Ambulatorium wegen einer kombiniert umschriebenen Entwicklungsstörung in Behandlung. In Psychotherapie wurde er von der Kinderärztin zur Steigerung des Selbstwertes, zur Verbesserung seiner Frustrationstoleranz, sowie einer Gruppe zur Erhöhung seiner sozio-emotionalen Kompetenz empfohlen. Angeraten wird eine Psychotherapie mit familiendynamischem Schwerpunkt unter Einbezug des Vaters. Kind 1 stand schon 2009 auf der Warteliste zur Psychotherapie. Damals waren große Ängste beim Besuch fremder Toiletten, sowie Angst

vor Blut durch Schiel- bzw. Zahnbehandlungen, sowie ein verminderter Selbstwert Indikationen.

Der durchschnittlich intelligente Bub hat zwei knapp ältere Schwestern. Beide Eltern sind erwerbstätig. Es konnten außer behandelten gesundheitlichen Problemen des Vaters (vor zwei Jahren zwei operierte Hüften) keine derzeit belastenden psychosozialen Umstände eruiert werden.

Im Erstgespräch wird deutlich, dass Kind 1 die damaligen Ängste auch ohne Psychotherapie selber bewältigen lernte, sowie Schwierigkeiten Anschluss an Gruppen zu bekommen mit Unterstützung der Klassenlehrerin bewältigte.

Als derzeitiges Hauptproblem wird sein „sich leicht Ablenken und sich Herumkommandieren lassen“ zu Hause durch seine Schwestern beschrieben.

Als im nächsten halben Jahr zu übende Fähigkeit wird herausgearbeitet: Kind 1 will mutiger werden, um sich behaupten zu können und zu sagen „ich will das nicht“.

Kategorisiert nach dem Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielen (BIT-T, 4.0, Grosse Holtforth, Grawe, 2002): Oberkategorie: Interpersonale Ziele

Kategorie: Selbstbehauptung und Abgrenzung

Unterkategorie i6.1: Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (interpersonal)

### **Abschlussgespräch:**

#### **Verhaltensveränderungen (konkret):**

KV: berichtet von selbstständigem HÜ machen.

KM: Kind sagt zu Schwestern, ich will das nicht.

Ruft selbstständig Freunde an (die eher etwas jünger sind).

Kind 1: Nein sagen zu befreundetem Buben, welcher auch Auszucker hat, das ist schwerer.

#### **Muster Veränderungen (Interaktion):**

KM: Jetzt wieder vermehrtes Spielen und weniger Streiten mit seinen Schwestern.

KM: Mit Papa jetzt mehr Gaudirufen und allein mit ihm etwas unternehmen.

KV: Papa kann jetzt in seinem Grant mehr Geduld zeigen und Kind 1 nicht nur angelehnt lassen, wenn Kind 1 nicht will. Papa kann ihn jetzt dabei unterstützen, dass Kind 1 weniger im Muster des Rückzugs bleibt.

KV: Kommunikation zwischen Papa und Kind1 war in den letzten Jahren auseinandergegangen und etwas auf Eis gelegt und ist jetzt besser geworden.

**Allgemeine familiäre Veränderungen:**

KV: In der Familie ist der Druck im Vergleich zu den letzten Jahre gesunken (Sorge um Gesundheit, Arbeitsplatz).

**Testergebnisse:**

**Tabelle 40: Zielkohärenz Eltern Kind 1**

Name/Skala	ZKH12	ZKH13	ZKH23
K1KM	49,7	68,8	19,1
K1KV	30,6	51,4	20,8

Die Zielkohärenz zeigt bei beiden Eltern für das Intervall prä-post-follow up eine positive Ausprägung zwischen 50 und 70%.

**Tabelle 41: CBCL T-Werte Kind 1**

CBCL	KI	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Skala		KM1	KM2	KM3	KV1	KV2	KV3
Körperliche Beschwerden II	14,7	<b>67</b>	62	<b>50</b>	<b>67</b>	50	<b>50</b>
Aufmerksamkeitsprobleme VI	13,6	64	51	51	58	51	51
Gesamt T-Wert	6,8	<b>58</b>	<b>47</b>	<b>45</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>41</b>
Int. Auffälligkeiten	10,4	59	56	49	54	45	45
Ext. Auffälligkeiten	7,3	<b>56</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	46	49	44

KI...kritisches Intervall

Diese Veränderung spiegelt sich in den Beurteilungen beider Eltern auf der CBCL wieder, in welcher signifikante Unterschiede für die Skalen körperliche Beschwerden (Kopfschmerzen und Augenprobleme), der Gesamtauffälligkeit, sowie der Externalisierenden Auffälligkeiten sich abbildeten.

**Tabelle 42: DISYPS-KJ FBB Kind 1**

DISYPS-KJ FBB SLF MB	KM1	KM2	KM3	KV1	KV2	KV3
Generalisierte Angst	<b>0,71</b>	<b>0,29</b>	<b>0,00</b>	0,43	0,14	0,00
Soziale Angst	0,71	0,71	0,14	0,14	0,00	0,00
Depressive Symptome	0,72	0,17	0,00	0,11	0,28	0,00
Dysthymia	0,64	0,21	0,00	0,14	0,14	0,00
<b>Gesamtskala depressive Störung</b>	0,65	0,15	0,00	0,08	0,19	0,00
Aufmerksamkeitsstörung	<b>2,67</b>	<b>0,78</b>	<b>0,11</b>	0,67	1,00	0,67
Hyperaktivität	<b>0,86</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,29	0,00	0,00
Impulsivität	<b>1,50</b>	<b>0,25</b>	<b>0,00</b>	0,50	0,50	0,00
<b>Gesamtskala hyperkinetische Störung</b>	<b>1,80</b>	<b>0,40</b>	<b>0,05</b>	0,50	0,55	0,30
oppositionell-aggressives Verhalten	<b>0,78</b>	<b>0,22</b>	<b>0,00</b>	0,00	0,11	0,00
Stereotype Verhaltensmuster	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00

Im DIPSYPS-KJ zeigten sich deutliche Veränderungen (>1) nur in der Bewertung der KM in der Gesamtskala der hyperkinetischen Störung, sowie eine leichte Veränderung (>0,5) bei Angst, Depression und oppositionell-aggressivem Verhalten. Bei den Bewertungen des Vaters finden sich geringfügige Veränderungen in den Skalen <0,5.

Die im Ambulatorium geführten Diagnosen liegen auf der Achse 2. Es wurden keine Diagnosen auf der Achse 1 geführt. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in den nicht-klinischen Werten auf der CBCL (Syndromskalen<70, Sekundärskalen <63) wieder. Im DIPSYPS-KJFBB bewertet die KM für T1 eine störungswertige Ausprägungen der ICD-10 Symptomkriterien (ab einem Mittelwert von 1,5) für die hyperkinetische Störung. Die Einschätzung spiegelt sich auch im erhöhten Wert (T=64) in der Skala Aufmerksamkeitsprobleme der CBCL wieder. Als Störung kann diese Einschätzung nicht gewertet werden, da die Kriterien zeitüberdauernd (> 6 Monate), sowie Kontextübergreifend (Schule nicht erhoben, Vater sieht es nicht) nicht erfüllt sind.

**Tabelle 43: Zielkohärenzen Kind 1**

Name/Skala	ZKH12	ZKH13	ZKH23
K1	17,7	64,6	46,9

Die Selbstbeurteilung der Zielkohärenz von Kind1 zeigt eine positive stabile Ausprägung für das Intervall prä-post-follow up von 65%.

**Tabelle 44: Feel-KJ, T-Werte Kind 1**

Adaptive Strategien T-Werte	KI			
		K11	K12	K13
Problemorientiertes Handeln	15,43	<b>32</b>	39	<b>51</b>
Vergessen	15,43	<b>41</b>	<b>66</b>	<b>48</b>
Kognitives Problemlösen	17,09	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>63</b>
Umbewertung	15,43	<b>41</b>	52	<b>63</b>
Adaptive Strategien Gesamt	14,4	<b>33</b>	<b>49</b>	<b>51</b>
Adaptive Strategien Trauer	16,16	<b>35</b>	<b>54</b>	<b>53</b>
<b>Maldaptive Strategien</b>				
Aufgeben	14,4	<b>46</b>	55	<b>67</b>
Aggressives Verhalten	13,58	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>70</b>
Perservation	16,86	<b>33</b>	<b>59</b>	41
Maldaptive Strategien Gesamt	12,08	<b>45</b>	59	<b>65</b>
Maldaptive Strategien Wut	15,43	<b>49</b>	51	<b>70</b>
Maldaptive Strategien Angst	15,92	<b>45</b>	<b>62</b>	50
Maldaptive Strategien Trauer	14,4	<b>44</b>	60	<b>67</b>
<b>weitere Strategien</b>				
Emotionskontrolle	13	<b>35</b>	<b>50</b>	<b>56</b>

Die Veränderung in der Zielkohärenz spiegelt sich in der Selbstbeurteilung von Kind 1 wieder, insofern für die Skalen des Feel-KJ die übergeordneten adaptiven Emotionsregulationsstrategien für den Gesamtwert, sowie für den Gesamtwert-Trauer funktional signifikant, sowie die übergeordneten maldaptiven Strategien für Wut und Trauer dysfunktional signifikant zunehmen.

Jene von Wut lässt sich mit der erhöhten Selbstbehauptungsfähigkeit über an sich selbst erlebter offenerer Aggression erklären. Die positive adaptive und die negative maldaptive Zunahme bei Trauer scheint auf eine derzeit ambivalente Entwicklung hinzudeuten.

**Tabelle 45: PFK 9-14, T-Werte, Kind 1**

PFK	KI	K11	K12	K13
<b>Übergeordnete Skalen:</b>				
(derb draufgängerische) ICH-Durchsetzung versus (sensible) Selbstbeherrschung	8,453	39	50	54
(Selbstgenügsame) soziale Isolierung versus gesellige Zuwendung	12,46	52	62	65
<b>Verhaltensstile</b>				
fehlende Willenskontrolle	14,69	43	49	58
<b>Motive</b>				
PFK	KI	K11	K12	K13
Bedürfnis nach Ichdurchsetzung; Aggression und Opposition	13,83	36	26	40
Bereitschaft zu sozialem Engagement	14,38	48	48	65
Maskulinität der Einstellung	13,52	44	58	47
<b>Selbstbild</b>				
Selbsterleben von allgemeiner (existentieller) Angst	13,06	47	63	58
Selbsterleben von Impulsivität	16,07	57	57	75
egozentrische Selbstgefälligkeit	16,93	42	65	61

Auf den Skalen des PFK bildet sich die Ich Durchsetzung signifikant ab, auch ein Mehr an Isolierung, welches beides für die erhöhte Selbstbehauptung und klareren Rückzug vor den Schwestern spricht. Kind 1 beschreibt auch mehr soziales Engagement, was wiederum zur Beobachtung der Mutter passt, dass ein vermehrtes Wieder-Spielen mit den Schwestern, aber auch ein selbstständigeres Freunde-Aufsuchen beobachtbar ist.

Im Selbstbild beschreibt Kind 1 ein erhöhtes Erleben von Impulsivität, was zur aggressiven Abgrenzung, aber auch zu den höheren Werten bei Fremdbewertung Impulsivität passt. Die egozentrische Selbstgefälligkeit erhöht sich, was auf seine Autonomieentwicklung und sein Abgrenzen wollen hindeutet.

#### **Kind 4:**

Der 9,4 jährige Bub ist Seit 2007 in ambulanter Einzelpsychotherapie bei einer Psychotherapeutin in freier Praxis und seit 2009 auch im Ambulatorium in Behandlung. In der kinderärztlichen und klinisch-psychologischen Diagnostik wird eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, eine chronische motorische und vokale Ticstörung, sowie eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen formuliert. Achse 2 weist eine kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung, sowie eine kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten aus. An belastenden psychosozialen Umständen wurde erhoben, dass Kind 4 die ersten Jahre bei seiner Mutter lebte und aufgrund ihrer psychischen Erkrankung im Alter von 4 Jahren zu seinem Vater wechselte, wo er bei ihm, dessen Lebensgefährtin und seinem Halbbruder und dessen Großeltern wohnt. Kind 4 wird viel von der Großmutter betreut. Sie ist es auch, die mit dem Vater zu den Gesprächen und Tests erscheint. Der Großvater holt ihn manchmal ab. Kind 4 wird medikamentös bezüglich seiner ADHS behandelt. Das durchschnittlich intelligente Kind 4 besucht eine Kleinklasse mit sonderpädagogischem Förderbedarf.

Erstgespräch: Hauptproblem sei sein Klopfen mit den Händen und ununterbrochen Reden, bis es Oma und Papa nervt. Wenn er spielt oder draussen ist, klopft er weniger. Er fürchte sich im Kinderzimmer, darum schläft er bei Opa und Oma.

In der Kleinklasse kommt er gut zurecht. Er begann vor kurzem mit Lego zu spielen

Fähigkeit: „sich ruhig mit mir oder anderen beschäftigen“

Kategorisiert nach dem Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielen (BIT-T, 4.0, Grosse Holforth, Grawe, 2002): Oberkategorie: Selbstentwicklung

Kategorie: Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung

Unterkategorie: s99 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung: Sicherheit in Beziehungen wahrnehmen können (Nachholen von Bindungsbedürfnissen) als Basis für Selbstständigkeits-entwicklung

Elterngespräch: Kind 4 ist gern im Wald. Papa: Er ist geschafft und redet nicht so viel beim Heimfahren; er ist ruhiger.

Brettspiele.

Oma: er wird frecher. Er schlafe im eigenen Bett ein und komme dann zu Oma. Als Oma im Spital war, schläft er bei Papa.

Abschlußgespräch:

**Verhaltensveränderung (konkret):**

GM: Das Klopfen sei seltener geworden, er spucke weniger aus.

GM: Das ununterbrochene Reden ist nicht verändert.

**Verhaltensveränderung (allgemein):**

GM: Sich selber beschäftigen ist besser geworden.

KV: Mit dem Lernen wird es besser, er lese lieber, als er schreibt.

GM: Kind 4 sagt es jetzt, wenn er fortgeht.

KV: Er redet mehr zurück, wird frecher.

**Allgemeine familiäre Dynamik:**

Oma beklagt, er sei so laut. War in Krankenhaus, wirkt geschwächt.

**Ressourcenerinnerung:** Kind4 gefiel das allein durch den Wald gehen

**Testergebnisse:**

**Tabelle 46: CBCL, T-Werte, Kind 4**

Skala		rtt	KI	GM1	GM2	GM3	KV1	KV2	KV3
				T1	T2	T3	T1	T2	T3
Soziale Probleme IV	T-Wert	0,73	14,4	<b>78</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	62	73	68
Schizoid Zwanghaft V	T-Wert	0,61	17,31	<b>73</b>	59	68	68	59	<b>75</b>
Aufmerksamkeitsprobleme VI	T-Wert	0,76	13,58	<b>79</b>	<b>72</b>	<b>76</b>	68	<b>76</b>	<b>73</b>
Aggressives Verhalten VIII	T-Wert	0,92	7,84	63	65	65	63	61	60
Gesamt T-Wert	T-Wert	0,94	6,79	<b>64</b>	<b>65</b>	<b>66</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>63</b>
Ext. Auffälligkeiten	T-Wert	0,93	7,334	<b>60</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	59	57

Die im Ambulatorium geführten Diagnosen spiegeln sich in den klinischen Werten für die CBCL in den Skalen für Soziale Probleme, Schizoid-Zwanghafte Auffälligkeiten und Aufmerksamkeitsprobleme (über dem klinischen Cut-Off Wert von 70), sowie für die Gesamtauffälligkeit (T-Wert>63) wieder.

**Tabelle 47: DISYPS-KJ FBB, Kind 4**

	TGMV	TGMV	TGMV	TKV	TKV	TKV
<b>DISYPS-KJ FBB SLF MB</b>	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Trennungsangst	1,10	<b>1,60</b>	0,60	1,20	0,50	0,80
Generalisierte Angst	1,29	1,43	0,57	<b>1,71</b>	1,29	1,29
<b>Gesamtskala Angststörung</b>	0,74	0,97	0,39	1,00	0,68	0,65
Aufmerksamkeitsstörung	<b>1,78</b>	1,33	1,33	<b>1,89</b>	1,44	<b>1,89</b>
Hyperaktivität	<b>2,29</b>	1,43	<b>1,71</b>	<b>2,29</b>	<b>1,86</b>	<b>2,14</b>

	TGMV	TGMV	TGMV	TKV	TKV	TKV
<b>DISYPS-KJ FBB SLF MB</b>	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Impulsivität	2,25	2,00	2,00	3,00	1,75	2,50
<b>Gesamtskala hyperkinetische Störung</b>	<b>2,05</b>	<b>1,50</b>	<b>1,60</b>	<b>2,25</b>	<b>1,65</b>	<b>2,10</b>
oppositionell-aggressives Verhalten	1,00	1,11	0,67	0,56	0,11	0,11
<b>Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens</b>	0,48	0,48	0,28	0,28	0,12	0,08
qual.Beeinträchtigung d sozialen Interaktion	0,83	0,33	0,50	1,17	1,00	1,00
qualitative Beeinträchtigung d Kommunikation	1,25	0,75	0,00	1,00	0,50	0,75
Stereotype Verhaltensmuster	0,75	1,75	0,75	1,75	1,00	0,75
<b>Gesamtskala Autistische Störung</b>	0,93	0,86	0,43	1,29	0,86	0,86

Bei DISYPS-KJ FBB zeigen sich störungswertige Ausprägungen der ICD-10 Symptomkriterien (ab einem Mittelwert von 1,5) von GM und KV für die hyperkinetische Störung.

**Tabelle 48: Zielkohärenzen Vater, Großmutter von Kind 4**

	ZKH12	ZKH13	ZKH23
K4GM	25,7		
K4KV	-40,4	-36,3	4,1

Die Zielkohärenz zeigt bei KV für das Intervall prä-post-follow up eine negative Ausprägung. Diese spiegelt sich in der CBCL wieder. Im DISYPS-KJ zeigt sich in der Hauptausprägung der hyperkinetischen Störung eine annähernd konstante Bewertung. Leichte Abnahmen bei den Angst und autistischer Störung im Bereich kleiner als 0,5.

Bei der GM ist das vergleichbare Intervall prä-post (den 3. Termin konnte die GM nicht wahrnehmen) eine vorsichtige Zielerreichung von 25% mit konstant bleibenden Werten (Veränderungen innerhalb kritischem Intervall) auf der CBCL, sowie bei DISYPS-KJ in einer leichten Abnahme bei der hyperkinetischen Störung, sowie bei der Trennungsangst, der generalisierten Angst und dem Bewerten der Kriterien der autistischen Störung assoziiert (Differenzen  $\leq 0,5$ ).

**Tabelle 49: Zielkohärenz Kind 4**

	ZKH12	ZKH13	ZKH23
K4	4,0	29,5	25,5

In der Selbstbeurteilung zeigt Kind 4 eine Annäherung in der Zielkohärenz im Intervall prä-follow up von 30%.

**Tabelle 50: Feel-KJ, T-Werte, Kind 4**

Feel KJ						
<b>Adaptive Strategien T-Werte</b>	rtt	KI	K4T1	T 2	T 3	
Problemorientiertes Handeln	0,69	15,4	44	20	23	
Umbewertung	0,69	15,4	37	45	28	
<b>Maldaptive Strategien</b>						
Aggressives Verhalten	0,76	13,6	77	44	57	
Rückzug	0,79	12,7	41	45	57	
Maldaptive Strategien Wut	0,69	15,4	72	32	49	
Ausdruck	0,81	12,1	44	36	76	

Im Feel KJ ist eine signifikante Abnahme bei den maldaptiver Strategien Wut erkennbar.

**Tabelle 51: PFK 9-14, T-Werte, Kind 4**

<b>Übergeordnete Skalen:</b>	PFK	rtt	KI	T1	T2	T3
(derb draufgängerische) ICH-Durchsetzung versus (sensibler) Selbstbeherrschung	F-IIIO-1	0,907	8,5	51	60	60
<b>Verhaltensstile</b>						
fehlende Willenskontrolle	VS2	0,719	14,7	46	52	62
Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt	VS4	0,668	16,0	56	62	62
<b>Motive</b>						
Bedürfnis nach Ichdurchsetzung; Aggression und Opposition	MO1	0,751	13,8	46	62	58
Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit	MO2	0,725	14,5	56	69	69
Maskulinität der Einstellung	MO6	0,762	13,5	40	55	52
<b>Übergeordnete Skalen:</b>	PFK	rtt	KI	T1	T2	T3
<b>Selbstbild</b>						
Selbsterleben von allgemeiner (existentieller) Angst	SB1	0,778	13,1	61	47	50
Selbsterleben von Impulsivität	SB3	0,664	16,1	67	67	67
Selbsterleben von Unterlegenheit gegenüber anderen	SB5	0,795	12,6	63	60	66

Signifikante Zunahmen beim PFK sind bei der Sekundärskala derb draufgängerische Ich-Durchsetzung, sowie im Verhaltensstil fehlende Willenskontrolle ablesbar.

Im Persönlichkeitsprofil sind hohe Ausprägungen (T-Werte  $\geq 60$ ) bei den Skalen ICH-Durchsetzung, Emotionalität (Angst), selbstgenügsame soziale Isolierung, fehlende Willenskontrolle, Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt, Bedürfnis nach Ichdurchsetzung, Aggression und Opposition, Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit und von Selbsterleben von allgemeiner (existentieller) Angst, Selbsterleben von Impulsivität und Selbsterleben von Unterlegenheit anderen gegenüber bemerkbar.

### **Person 1:**

Der 14,2 Jahre alte Bursch kommt auf Empfehlung des Jugendamtes nach klinisch-psychologischer Abklärung mit der Diagnose einer leichten Intelligenzminderung. Zur Stärkung seiner Sozialkompetenz wird die Teilnahme an der Burschengruppe angeraten. An belastenden psycho-sozialen Umständen sind Konflikte zwischen den Eltern, eine Tendenz Person 1 abzuwerten, inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation in Form widersprüchlicher Botschaften und fruchtlosen Auseinandersetzungen, Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (Mangel an Einkommen und dadurch bedingter Mangel an Aktivitäten) anzuführen. Die Familie berichtet von einer sozialpädagogischen Unterstützung das letzte Jahr, der Androhung des Jugendamtes, dass die Kinder abgenommen werden könnten. Person 1 hat 3 ältere und 2 jüngere Geschwister. Beide Eltern sind erwerbstätig.

#### Erstgespräch:

Das Hauptproblem das die Mutter sieht, dass ihr Sohn die behinderten Kinder seiner Klasse nachahmt, und sich dadurch dumm stellt. Und wenn er sich so dumm stellt, sagen andere, er ist behindert. Aber er ist nicht behindert, er stellt sich nur so, er ist nicht dumm.

Fähigkeit: „Andere Kinder kennenlernen, mit ihnen Spass haben und Quatschen“.

Kategorisiert nach dem Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielen (BIT-T, 4.0, Grosse Holforth, Grawe, 2002): Oberkategorie: Interpersonale Ziele:

Kategorie: Kontakt, Nähe, Austausch

Unterkategorie: i7.1 Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (intrapersonal)

#### Abschlurrgespräch:

#### **Verhaltensveränderung (konkret):**

Person 1 kann keine Beispiele nennen. Er kann sich auch nicht an das Ziel erinnern.

KV benennt, dass er weniger Wutanfälle bemerke und mit den kleinen Geschwistern ruhiger umgeht.

### **Verhaltensveränderung (allgemein):**

KM: Er hat sich gebessert im Umgang mit anderen, das Behinderte ist weniger geworden. An manchen Tagen reißt er sich zusammen. An manchen Tagen, da denke ich mir, dreh dich um, sonst prack ich dir eine. Da macht er diesen Blick. Da provoziert er.

### **Ressourcenerinnerungen:**

Person1 erinnert sich an das Zusammenkommen, das Plaudern, das Rausgehen, das miteinander Spielen, das miteinander Essen in der Gruppe.

Testergebnisse:

**Tabelle 52: Zielkohärenzen Person 1, Mutter**

	ZKH12	ZKH13	ZKH23
P1	-420,8	20,8	441,7
KMP1	74,7	69,5	-5,3

Die Zielkohärenz bei Person 1 schwankt zwischen negativen und positiven Werten in großem Ausmaß.

Er formulierte in den Gruppen jeweils unterschiedliche Ziele.

Gruppe 1: Wenn mich wer schimpfen tut, dass ich nicht zurückschlage oder dass ich wem was nachwerfe, Gruppe 2: Weiss keine Fähigkeit mehr; er wusste auch im Abschlussgespräch nicht mehr, warum er gekommen war; dort wurde ihm die Fähigkeit zur Bewertung wieder vorgelesen.

Die Mutter bewertet eine Zielkohärenz für das Intervall prä-follow up von 70%. Im CBCL drückt sich das an signifikanten Unterschieden bei Körperlichen Beschwerden, Sozialen Problemen, dem Gesamtauffälligkeitswert, sowie internalisierenden Auffälligkeiten aus. Im DISYPS-KJ ist eine leichte Verminderung ( $0,5 < x < 1$ ) bei der Gesamtskala hyperkinetisches Verhalten, bei oppositionell-aggressivem Verhalten, sowie in der Gesamtskala für autistische Störung bewertet.

**Tabelle 53: CBCL, T-Werte, Person 1**

CBCL							
	Skala	Skala	rtt	KI	T1	T2	T3
Körperliche Beschwerden II	KB		0,72	14,7	67	50	50
Soziale Probleme IV	SP		0,73	14,4	76	64	61
Gesamt T-Wert	GW		0,94	6,79	62	51	48
Int. Auffälligkeiten	IA		0,86	10,4	61	44	48
Ext. Auffälligkeiten	EA		0,93	7,33	56	53	45

Im YSR benennt Person 1 keine Unterschiede, außer bei den internalisierenden Auffälligkeiten, wo eine signifikante Vergrößerung der Störung aufscheint.

**Tabelle 54: YSR, T-Werte, Person 1**

YSR						
Skala	Skala	rtt	KI	P11	P12	P13
Int. Auffälligkeiten	IA	0,86	10,37	34	48	54

Dazu passt aber, die Steigerung in DISYPS-KJ bei Trennungsangst. Auch sind die Abnahmen der hyperkinetischen Störung parallel zur Bewertung der KM.

**Tabelle 55: DISYPS-KJ FBB (Mutter), Person 1**

<b>DISYPS-KJ FBB SLF MB</b>	T1	T2	T3
Aufmerksamkeitsstörung	1,00	0,89	0,00
Impulsivität	0,50	0,25	0,00
<b>Gesamtskala hyperkinetische Störung</b>	0,70	0,50	0,00
oppositionell-aggressives Verhalten	0,89	0,22	0,00
<b>DISYPS-KJ FBB SLF MB</b>	T1	T2	T3
qual.Beeinträchtigung d sozialen Interaktion	1,00	0,50	0,00
qualitative Beeinträchtigung d Kommunikation	0,75	0,25	0,00
Stereotype Verhaltensmuster	0,75	0,25	0,00
<b>Gesamtskala autistische Störung</b>	0,86	0,36	0,00

**Tabelle 56: DISYPS-KJ SBB Selbstbewertung Person 1**

<b>DISYPS SBB MB</b>	T1	T2	T3
Trennungsangst	0,10	0,30	0,60
Generalisierte Angst	0,00	0,00	0,71
Soziale Angst	0,29	0,14	0,57
depressive Symptome	0,61	0,00	0,56
<b>DISYPS SBB MB</b>	T1	T2	T3
Aufmerksamkeitsstörung	0,67	0,78	0,56
Hyperaktivität	1,14	0,29	0,14
Impulsivität	1,00	0,00	0,00
<b>Gesamtskala hyperkinetische Störung</b>	0,90	0,45	0,30
oppositionell-aggressives Verhalten	0,89	0,67	0,44

Im Feel-KJ sinken die maldaptiven Emotionsregulationsstrategien signifikant (3 Standardabweichungen scheinen aber nicht plausibel!). Im PFK verändern sich die Skalen Ich-Durchsetzung, Emotionalität (Angst), Soziale Isolierung, emotionale Erregbarkeit, fehlende Willenskontrolle, extravertierte Aktivität, Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt, Bedürfnis nach Ich-Durchsetzung, Maskulinität der Einstellung, sowie egozentrische Selbstgefälligkeit ebenfalls um 2-4 Standardabweichungen, was wiederum nicht plausibel ist und darauf hindeutet, dass kein stabiles Verstehen der Items möglich war.

### **Person 5:**

Der 13,9 jährige Bub erhält in der internen Diagnose auf Achse 1 eine „sonstige kombinierte Störung d Sozialverhaltens und der Emotionen“, auf Achse IV benennt die Mutter eine Acrodysostose. Er lebt mit seiner alleinerziehenden Mutter und zwei ältere Schwestern. Der Vater lebt im Ausland. Person 5 leidet massiv unter „Hänseleien“, öffentlichen Stigmatisierungen und Demütigungen (im Schulbus, in der Klasse). Er hat keine gleichaltrigen Freundschaften. Aktuell ist er wegen seiner Affektkontrollstörung in psychopharmakologischer Behandlung. Er kommt auf Empfehlung des Ambulatoriums für Sozialpädiatrie und besucht die Hauptschule als Integrationskind.

Hauptproblem: Er wird in der Schulklasse sehr von anderen gehänselt und versucht sich so in den Vordergrund zu rücken, das wiederum von den anderen nicht positiv aufgenommen wird. Er versucht sich in Gruppen zu behaupten und rastet schnell aus

Fähigkeit: „Überlebensfähigkeiten in der Klasse, im Bus entwickeln“.

Kategorisiert nach dem Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielen (BIT-T 4.0, Grosse Holforth, Grawe, 2002): Oberkategorie: Interpersonale Ziele

Kategorie: Selbstbehauptung und Abgrenzung

Unterkategorie: i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (intrapersonal)

Abschlussgespräch:

#### **Verhaltensveränderung (konkret):**

KM: Fingernägelkauen weniger geworden, Zwangshandlungen weniger, interessierter, aufgeweckter, lustiger.

Gruppenleiter: Deutlichere Sprache in der Gruppe

KM empfindet Buben zuhause extrem aggressiv, wehrt sich gegen alles.

#### **Verhaltensveränderung (allgemein):**

Person 5: Ich höre nicht hin, sehe nicht hin.

KM: In der Schule hat er es geschafft, sich besser mit der Situation zurechtzufinden und kann ruhiger bleiben. Die Schule gibt auch kein negatives Feedback.

KM: Er hat sich schnell in der Gruppe integriert, übernimmt Verantwortung für Jause.

### Muster Veränderungen (Interaktion):

Gruppenleiter: Person 5 orientiert sich nicht mehr ausschließlich an uns Leitern, sondern ist vermehrt in der Gruppe.

Testergebnisse:

**Tabelle 57: Zielkohärenzen Person 5 und Mutter**

	ZKH12
P5	68,3
P5KM	84,9

Die Zielkohärenz im Intervall Prä-Post verändert sich bei Person 5 um 68%, bei der Mutter um 85%. Der follow up Testzeitpunkt kann aufgrund Verweigerung und offensichtlicher Krise von Person 5 nicht wahrgenommen werden.

**Tabelle 58: CBCL, T-Werte, Person 5**

CBCL	rtt	KI	P5KM	P5KM	P5KM
Skala			T1	T2	T3
Sozialer Rückzug I	0,72	14,7	64	50	69
Ängstlich Depressiv III	0,81	12,1	<b>69</b>	<b>56</b>	70
Soziale Probleme IV	0,73	14,4	66	73	76
Schizoid Zwanghaft V	0,61	17,3	<b>75</b>	<b>50</b>	67
Aufmerksamkeitsprobleme VI	0,76	13,6	67	70	80
Aggressives Verhalten VIII	0,92	7,84	<b>70</b>	<b>56</b>	80
Gesamt T-Wert	0,94	6,79	<b>69</b>	<b>59</b>	73
Int. Auffälligkeiten	0,86	10,4	<b>67</b>	<b>52</b>	70
Ext. Auffälligkeiten	0,93	7,33	<b>65</b>	<b>55</b>	73

In den Skalen der CBCL zeigen die Skalen Ängstlich-Depressiv, Schizoid-Zwanghaft, Aggressives Verhalten, sowie die Sekundärskalen Gesamtwert der Auffälligkeiten, Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten zum Postzeitpunkt signifikante Unterschiede.

Zum Zeitpunkt T3 ist allerdings an den stark erhöhten Skalenwerten zu Erkennen, dass Person 5 zum Follow Up Zeitpunkt in einer starken Krise stecken muss.

**Tabelle 59: YSR, T-Werte, Person 5**

YSR	rtt	KI		
Skala			P51	P52
Körperliche Beschwerden II	0,77	13,29	<b>80</b>	<b>50</b>
Soziale Probleme IV	0,66	16,16	67	58
Aggressives Verhalten VIII	0,84	11,09	60	50
Gesamt T-Wert	0,92	7,84	<b>61</b>	<b>41</b>
Int. Auffälligkeiten	0,86	10,37	<b>60</b>	<b>40</b>
Ext. Auffälligkeiten	0,87	9,994	<b>57</b>	<b>40</b>

In der Selbstbewertung des YSR zeigen die Skalen für Körperliche Beschwerden, sowie der Gesamtwert und Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten signifikante Unterschiede.

Die Veränderungen im DISYPS-KJ FBB zeigen in allen Gesamtskalen große Unterschiede von Post- und Follow Up Zeitpunkt im Vergleich zu T1.

**Tabelle 60: DISYPS-KJ FBB, Fremdbewertung Mutter Person 5**

	KM	KM	KM
<b>DISYPS FBB</b>	T1	T2	T3
generalisierte Angst	0,86	1,00	<b>2,43</b>
soziale Angst	1,00	1,00	<b>2,14</b>
<b>Gesamtskala Angststörung</b>	0,55	0,61	1,32
depressive Symptome	0,22	0,39	1,44
somatisches Syndrom	0,11	0,33	1,00
Dysthymia	0,29	0,43	1,43
<b>Gesamtskala depressive Störung</b>	0,19	0,38	1,31
Aufmerksamkeitsstörung	1,00	1,44	<b>2,33</b>
	KM	KM	KM
<b>DISYPS FBB</b>	T1	T2	T3
Hyperaktivität	0,43	0,57	1,43
Impulsivität	0,50	0,75	1,00
<b>Gesamtskala hyperkinetische Störung</b>	0,70	1,00	<b>1,75</b>
oppositionell-aggressives Verhalten	1,00	<b>2,33</b>	<b>2,89</b>
dissozial-aggressives Verhalten	0,19	0,38	0,75
<b>Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens</b>	0,48	1,08	<b>1,52</b>

In der Selbstbeurteilung DISYPS-KJ SBB zeigen sich deutliche Reduktionen bei generalisierter und sozialer Angst, bei der Gesamtskala depressive Störung, sowie bei oppositionell-aggressivem Verhalten (gegenläufig zur KM) (>1). Geringe Veränderungen bei Gesamtskala Angststörung und Störung Sozialverhalten, sowie Impulsivität (0,75-0,80).

**Tabelle 61: DISYPS-KJ SBB, Selbstbewertung Person 5**

<b>DISYPS SBB</b>	T1	T2
Trennungsangst	0,70	0,60
generalisierte Angst	1,29	0,29
soziale Angst	<b>2,14</b>	0,86
<b>Gesamtskala Angststörung</b>	1,10	0,55
depressive Symptome	1,17	0,06
somatisches Syndrom	1,00	0,00
Dysthymia	0,64	0,07
<b>Gesamtskala depressive Störung</b>	1,04	0,08
Impulsivität	0,75	0,00
oppositionell-aggressives Verhalten	<b>2,00</b>	0,33
<b>Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens</b>	0,96	0,16

Beim Feel-KJ zeigen sich signifikante Veränderungen in den adaptiven Strategien Vergessen, sowie funktionale Veränderung der maldaptiven Strategien Wut, dysfunktionale Veränderung der maldaptive Strategie Angst, sowie eine Verminderung der Strategie Emotionskontrolle.

**Tabelle 62: Feel-KJ, T-Werte, Person 5**

<b>Adaptive Strategien T-Werte</b>			P51	P52
Vergessen	0,69	15,4	<b>20</b>	<b>50</b>
<b>Maldaptive Strategien</b>				
Maldaptive Strategien Wut	0,69	15,4	<b>66</b>	<b>34</b>
Maldaptive Strategien Angst	0,67	15,9	<b>23</b>	<b>64</b>
<b>weitere Strategien</b>				
Emotionskontrolle	0,78	13,0	<b>67</b>	<b>39</b>

Im PFK 9-14 zeigt sich eine signifikante Verminderung der Skalen Ich-Durchsetzung, Emotionalität (Angst), soziale Isolierung, eine Minderung des Bedürfnisses nach Ich-Durchsetzung. Auch eine Minderung der Selbstüberzeugung der Richtigkeit der eigenen Meinung, dem Selbsterleben von Impulsivität sowie dem Selbsterleben von Unterlegenheit.

**Tabelle 63: PFK 9-14, T-Werte, Person 5**

PFK	rtt	KI	L1	L2
<b>Übergeordnete Skalen</b>				
(derb draufgängerische) ICH-Durchsetzung versus (sensible) Selbstbeherrschung	0,907	8,5	<b>55</b>	<b>42</b>
Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit	0,909	8,4	<b>55</b>	<b>33</b>
(selbstgenügsame) soziale Isolierung versus gesellige Zuwendung	0,798	12,5	<b>63</b>	<b>48</b>
<b>Verhaltensstile</b>				
PFK	rtt	KI	L1	L2
<b>Motive</b>				
Bedürfnis nach Ichdursetzung; Aggression und Opposition	0,751	13,8	<b>55</b>	<b>40</b>
<b>Selbstbild</b>				
Selbstüberzeugung (hinsichtliche Erfolg und Richtigkeit eigener Meinungen, Entscheidungen, Planungen und Vorhaben)	0,65	16,4	<b>49</b>	<b>29</b>
Selbsterleben von Impulsivität	0,664	16,1	<b>60</b>	<b>37</b>
Selbsterleben von Unterlegeneheit gegenüber anderen	0,795	12,6	<b>60</b>	<b>33</b>

#### 4.12.2 Deskriptive Zusammenschau Eingangsdaten, qualitative Veränderungen und ausgewählte Quantitative Veränderungen

Tabelle 64: Eingangsdaten, qualitative Veränderungen, ausgewählte quantitative Veränderungen

	Kind						Person					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<b>Ausgangswerte bei T1 Elternmessungen</b>												
<b>CBCL Gesamtauffälligkeit</b> T-Werte: N<60; 60<Ü<63; A>63	N	A	A	Ü	A	A	Ü	N	A	A	A	A
<b>DISYPS-KJ FBB Gesamtskala Störung</b> Wert>1,5, A,D,H,S,Au	H	H,S	H	H		H			H			Au
Globalbeurteilung der psycho-sozialen Anpassung (Achse VI)	2	2	3	3	2	3	2	1	3	2	3	4
<b>Kindermessungen</b>												
*Ausschluß siehe Objektivitätsverletzungen			*				*					
PFK 9-14; T1 T-Wert>60 Dimension A versus Dimension B T-Wert<40												
(derb draufgängerische) ICH-Durchsetzung versus (sensible) <b>Selbstbeherrschung</b>	<b>S</b>						<b>I</b>					
<b>Emotionalität</b> (Angst) versus emotionale <b>Ausgeglichenheit</b>												
<b>Aktives Engagement</b> versus selbstzweifelischer <b>Rückzug</b>		<b>A</b>	<b>R</b>		<b>A</b>	<b>A</b>		<b>R</b>	<b>A</b>		<b>R</b>	
(selbstgenügsame) soziale <b>Isolierung</b> versus gesellige <b>Zuwendung</b>			<b>I</b>				<b>I</b>		<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>
<b>Qualitative Veränderungsbeschreibungen</b>												
konkrete Verhaltensveränderungen Kind/Jug.	+	+	+	0	+	+	0	nb	0	+	0	0
allgemeine Verhaltensveränderungen Kd/Jg.					+	+	+	nb	+		+	0
Veränderungen konkreter fam. Interaktionsmuster	+	+	+	0	0	0	0	nb	0	+	+	0
<b>Quantitative Veränderungsmessung Eltern</b>												
<b>Intervall Prä-Post</b>												
Veränderung T12 CBCL Gesamtauff. > Krit.Intervall ?, (+:>KI), 0: <+/-KI)	+	+	0	0	+	+	+	nb	+	+	+	0
DISYPS FBB: eine Gesamtskala verbessert sich (+:>0,75), (0:-0,75..0,75), (-:>-0,75)	+	+	+	0	0	0	0	nb	0	0	0	0
(+:Zielkohärenz-Eltern > 50%), (0:0-50%), (-:negative Zielkohärenz-Eltern)	0	+	+	-	+	+	+	nb	+	+	+	-
<b>Intervall Prä-Follow Up</b>												
Veränderung T13 CBCL Gesamtauff. > Krit.Intervall? (+:>KI), 0: <+/-KI)	+	+	+	0	+	+	+	nb	nb	+	0	0
DISYPS FBB: eine Gesamtskala verbessert sich (+:>0,75), (0:-0,75..0,75), (-:>-0,75)	+	+	+	0	0	0	+	nb	nb	0	-	0
(+:Zielkohärenz-Eltern > 50%), (0:0-50%), (-:negative Zielkohärenz-Eltern)	+	+	+	-	+	+	+	nb	nb	+	nb	-

	Kind						Person					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<b>Quantitative Veränderungsmessung Kinder/Jugendliche PFK 9-14, Intervall Prä-Post</b>												
FII0-1: (derb draufgängerische) <b>ICH</b> -Durchsetzung versus (sensible) <b>Selbstbeherrschung</b> )	I+			I+			S+	nb				S+
FII0-2: <b>Emotionalität</b> (Angst) versus emotionale <b>Ausgeglichenheit</b>		A+			A+		A+		A+	A+	A+	
FII0-3: <b>Aktives Engagement</b> versus selbstzweiflerischer <b>Rückzug</b>			R+		A+		R+					R+
FII0-4: (selbstgenügsame) soziale <b>Isolierung</b> versus gesellige <b>Zuwendung</b>		Z+					Z+		Z+	Z+	Z+	
p...passende Entwicklung der Dimension zur Fähigkeit np....nicht passende Entwicklung	p	p		np	p				p	p	p	np
(+:Zielkohärenz-Kinder > 50%), (0:0-50%), (-:negative Zielkohärenz-Kinder)	0	+	+	0	+	+	-	nb	+	-	+	-
<b>PFK 9-14, Intervall Prä-Follow Up</b>												
FII0-1: (derb draufgängerische) <b>ICH</b> -Durchsetzung versus (sensible) <b>Selbstbeherrschung</b> )	I+	S+		I+		S+	S+	nb	nb			nb
FII0-2: <b>Emotionalität</b> (Angst) versus emotionale <b>Ausgeglichenheit</b>		A+	A+				A+			A+		
FII0-3: <b>Aktives Engagement</b> versus selbstzweiflerischer <b>Rückzug</b>			R+		A+							R+
FII0-4: (selbstgenügsame) soziale <b>Isolierung</b> versus gesellige <b>Zuwendung</b>	I+	Z+					Z+			Z+		
p...passende Entwicklung der Dimension zur Fähigkeit np....nicht passende Entwicklung	p	p		np	p	p				p		np
(+:Zielkohärenz-Kinder > 50%), (0:0-50%), (-:negative Zielkohärenz-Kinder)	+	0	+	0	+	+	0	nb	nb	-	nb	-

Zu Zeitpunkt T1 außerhalb der Altersnorm, nb...nicht bewertet

### Deskriptive Interpretation der Einzelfall Veränderungen in den Testintervallen Prä-Post (T12) und Prä-Follow Up (T13):

8 von 12 Kindern werden in der CBCL-Gesamtauffälligkeit als klinisch auffällig eingestuft. Auf der DISYPS-KJ Gesamtskala weisen 7 von 12 Kindern zumindest eine weitgehende Störung auf.

In der Selbstbeurteilung der Persönlichkeit im PFK 9-14 stufen sich in der extravertierten, nach außen gerichteten Haltung (FII0-3) 4 Kinder als aktiv ein, d.h. über der Norm der

Altersgruppe ( $T > 60$ ), während sich 3 im selbstzweiflerischen Rückzug wähnen, also unter der Norm der Altersgruppe ( $T < 40$ ).

Bezüglich FIII0-4 beschreiben sich 4 Jugendliche (Kind 3 und Person 1 nicht bewertet) im zwischenmenschlichen Bereich als sozial isoliert gegenüber dem Normbereich der Altersgruppe.

Auffallend ist, dass sich Kind 4, trotz seiner hohen Auffälligkeiten, nicht außerhalb des Normbereichs bewertet.

Person 1 sieht sich in der Ich-Durchsetzung und in der sozialen Isolierung über dem Durchschnitt. Kind 3 wiederum sieht sich im Rückzug und in der sozialen Isolierung.

Betrachtet man den positiven personenweisen Zusammenhang der Zielkohärenz mit der zugehörigen Symptomskala CBCL-Gesamtauffälligkeit, so lassen sich für das Prä-Posttestintervall genau 7 Passungen von 11 möglichen Zusammenhängen identifizieren, in welcher die Zielkohärenz-Eltern  $> 50\%$  und die Veränderung der CBCL-Gesamtauffälligkeit größer dem kritischem Intervall ist. Diese Rate erhöht sich im Zeitintervall Prätest-Follow Up-Test auf 7 Passungen von 9 möglichen.

Analysiert man die negativen Veränderungen, so finden sich für beide Intervalle T12 und T13 für 2 negative Zielkohärenzen-Eltern zwei Veränderungen des CBCL-Gesamtwertes unter dem kritischen Intervall.

Dieser Zusammenhang bildet sich auf den Gesamtskalen der DISYPS-KJ FBB varianter, aber in der Tendenz ähnlich ab.

Es finden sich im positiven Zusammenhangsbereich zwei Paare mit der Zielkohärenz-Eltern  $> 50\%$  und eine Zielkohärenz ( $0 < x < 50\%$ ) mit zumindest einer Veränderung einer Gesamtskala  $> 0,75$  Einheiten. Weiters ließen sich 6 Paare mit einer Zielkohärenz-Eltern  $> 50\%$  und zwei Paare mit negativer Zielkohärenz finden, welche einer Veränderung einer Gesamtskala zwischen 0 und 0,75 Einheiten gegenüberstehen.

Diese Rate bleibt im Zeitraum Prätest-Follow Up-Test annähernd gleich: 7 positive Zielkohärenzen-Eltern  $> 50\%$  stehen 4 Änderungen  $> 0,75$  Einheiten, sowie 3 Veränderung einer Gesamtskala zwischen 0 und 0,75 Einheiten gegenüber. Die 2 negativen Zielkohärenzen assoziieren mit Veränderungen zwischen 0 bis 0,75 Einheiten.

Für das Instrument PFK 9-14 werden Kind 3 und Person 1 zwar dargestellt, aber in der Analyse wiederum ausgenommen. Es finden sich, auch wenn die Personenbewertungen

etwas für beide Zeitintervalle (T12 wie T13) wechseln, für 4 positive Zielkohärenzen-Kinder >50% 4 zur Fähigkeit funktionale Veränderungen über dem kritischen Intervall in zumindest einer der 4 Sekundärskalen. Weiters lassen sich für 2 positive ( $0 < x < 50\%$ ) und 2 negative Zielkohärenzen-Kinder 2 Veränderungen über dem kritischen Intervall finden, welche in Bezug auf die inhaltliche Dimension der Fähigkeit passend wirken und 2 Veränderungen, welche nicht passende Entwicklungen widerspiegeln.

Interpretiert man die Veränderungen über dem kritischen Intervall in Bezug auf die inhaltliche Dimension der Fähigkeit (passende oder unpassende Entwicklung), so stehen im Zeitintervall Prätest-Posttest 6 zur Fähigkeit passende Entwicklungen 4 Zielkohärenzen >50%, einer positiven Zielkohärenz <50% und einer negativen Zielkohärenz gegenüber. Die beiden zur gewünschten Fähigkeit nicht passenden Entwicklungen stehen einer positiven Zielkohärenz <50% und einer negativen Zielkohärenz gegenüber.

Diese Rate verändert sich im Intervall T13 aufgrund der Ausfälle etwas: 5 passende Entwicklungen stehen 3 Zielkohärenzen >50%, eine positive <50% und eine negative Zielkohärenz gegenüber. Die Zuschreibungen der nicht passenden Entwicklungen verändern sich im Zeitintervall T13 nicht.

Für das Zeitintervall Prätest-Posttest lässt sich deskriptiv auch der Zusammenhang qualitativer Veränderungen mit der Zielkohärenz bzw. mit der Veränderung der CBCL Gesamtauffälligkeit beschreiben:

Alle 8 positiven Zielkohärenzen-Eltern >50% (T12) finden sich in einer konkret beschriebenen Verhaltens- oder familiärer Interaktionsmusteränderung wieder.

2 negative Zielkohärenzen-Eltern zu T12 treffen auf keine konkreten Ausnahmen in Verhalten oder Familienmuster.

Weniger scharf ist der Zusammenhang auf der Ebene der Bewertung durch die Kinder:

5 Zielkohärenzen-Kinder >50% finden auch ihre Entsprechung in einer konkret beschriebenen Verhaltens- oder familiären Interaktionsmusteränderung, zwei Zielkohärenzen-Kinder ( $0 < x < 50\%$ ) assoziieren mit nur einer konkreten Ausnahme und zwei negative Zielkohärenzen treffen ebenfalls auf keine konkreten Ausnahmen.

Stellt man den konkret beschriebenen Verhaltens- oder familiären Musteränderungen die Veränderungen der CBCL-Gesamtauffälligkeit über dem kritischen Intervall

gegenüber, so finden sich für 7 konkrete Verhaltens- oder Muster Veränderungen 6 Veränderungen der CBCL-Gesamtauffälligkeit über dem kritischen Intervall. Wo keine konkreten Ausnahmen berichtet wurden (4 Fälle) finden sich je zwei Veränderungen über und zwei unter dem kritischen CBCL-Intervall.

### **4.13 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse:**

Es werden die Ergebnisse bezugnehmend auf die Hypothesen diskutiert.

#### **4.13.1 Hypothese 1: Eine Veränderung der Zielkohärenz korreliert mit einer Veränderung in der Symptomatik.**

##### **4.13.1.1 Eine Ziel-Fokussierung ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen möglich.**

Mit allen 12 Kindern/Jugendlichen konnten Ziele vereinbart werden. Einschränkungen ergaben sich bei einem Jugendlichen mit Intelligenzminderung (Person 1) und einem mit überdurchschnittlicher Intelligenz (Person 4). In intensiven Erstgesprächen war beim ersten kein Bezug zur von der Mutter dargelegten Problematik herstellbar und beim zweiten spiegelte sich sein Grundthema in der Familie, wie in der Gruppe wieder: „sich nicht festzulegen“. Insofern nannten beide im Laufe der Gruppentreffen immer wieder unterschiedliche Ziele.

Der erste Bursch kam im Kontext des Jugendamtes und der Familie wurde ein Besuch von dieser staatlichen Organisation dringend nahegelegt. Insofern kann von einem Außenziel, d.h. einem pädagogischen Auftrag zur Sozialkompetenzentwicklung gesprochen werden. Neben der kognitiven Einschränkung war die Schwierigkeit des Burschen, einen Bezug des außen vorgegebenen Zieles zu sich selbst herzustellen. Indem die Familie auf dem Standpunkt war, dass die vom Jugendamt behaupteten Schwierigkeiten ohnehin nicht mehr bestünden, konnte Person 1 auch keine augenscheinlichen Probleme und damit einen Bedarf nach zu entwickelnden Fähigkeiten mehr haben.

Die Umsetzung der Idee, Ziele als zu entwickelnde Fähigkeiten zu konzipieren, erwies sich in 10 von 12 Fällen als sehr praktikabel. Die Erfahrung der Vergangenheit zeigte, dass die Begriffe Ziel oder Lernziel in Erstgesprächen schwerer verstehbar für die Kinder/Jugendlichen waren.

Werden die Fähigkeiten nach dem Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielen (BIT-T Version 4, Grosse Holtforth, Grawe, 2002) kategorisiert, so liegt die Grundgesamtheit gleichverteilt einerseits bei Zielen zur Selbstentwicklung und andererseits bei interpersonalen Zielen. D.h. der Fokus lag auf nur 2 der 5 möglichen Oberkategorien. Da das Berner Inventar für Therapieziele für den Erwachsenen Bereich entwickelt wurde,

wirkt diese Einengung nach Meinung des Autors für den der Kinder/Jugendlichen Bereich passend.

Die Unterkategorien des BIT-T (Grosse Holtforth, Grawe, 2002) sind auch zur Indikationsstellung Gruppe geeignet. Die Kinder/Jugendlichen steuerten Ziele an, welche die Themen Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen, Selbstverwirklichung, Selbstkontrolle, Gefühlsregulation, andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung, Selbstbehauptung und Abgrenzung sowie Kontakt, Nähe und Austausch betrafen.

#### **4.13.1.2 Deskriptive Einzelfall-Beschreibung der Zusammenhänge Zielkohärenz-quantitative Symptomatik**

Die Messung der Zielkohärenz konnte bis auf Person 1 von allen Kindern/Jugendlichen problemlos durchgeführt werden. Person 1 zeigte eine Variabilität der Veränderungen von +/- 400% bezogen auf die Erstdistanz, sodass das Zielkonstrukt nicht internalisiert worden sein konnte. Person 4 konnte trotz Widerstand gegen „die Festlegung auf eine Fähigkeit“, über die Zeitdauer stabile Bewertungen der Zielkohärenz abgeben. Diese fielen schwach negativ aus, passend zum Widerstand.

Eine positive Entwicklung der Zielkohärenz, dass der Theorie zufolge einem Zunehmen der internalisierten Zielrepräsentation entspricht, war bei gleichlautend 78% in der Kinder Selbstbewertung und in der Eltern Fremdbewertung über die Gesamtdauer der Untersuchung (entspricht dem Zeitintervall Prä-Follow Up) zu verzeichnen.

Eine negative Bewertung der Zielkohärenz erfolgte von 3 Kindern und 2 Eltern für das Zeitintervall Prä-Post, sowie von 2 Kindern und 2 Eltern für das Zeitintervall Prä- Follow Up. Das entspricht Häufigkeiten von rd. 20% (17-25%).

Vergleicht man die Häufigkeit einer positiven Zielkohärenz >50% in der Kinder Selbstbewertung und der Eltern Fremdbewertung, so ist bei den Kindern der Prä-Post Wert mit 55% etwas höher als der Prä-Follow Up Wert mit 44%. Mit entgegengesetzter Tendenz stellt sich die Zielkohärenz der Eltern dar: 75% zu 78%. D.h. die Häufigkeit guter Bewertungen einer positiven Zielkohärenz >50% zwischen Behandlungsende und 3 Monatskatamnese nahm bei den Kindern ab und bei ihren Eltern zu. Auch ist die Einschätzung einer positiven Zielerreichung >50% bei den Eltern um rund 20% -33% höher als bei den Kindern.

Analysiert man den Zusammenhang der Veränderung der Zielkohärenz mit der Veränderung der Symptomatik, so ist vorweg klarzustellen, dass die Symptomatikmessinstrumente aus Sicht der Kinder mit Hilfe der Emotionsregulationsstrategien (Feel-KJ) und des Persönlichkeitsfragebogens für Kinder (PFK 9-14) grundsätzlich andere Dimensionen erheben, als die Instrumente für die Bewertung der Elternsicht (CBCL, DISYPS-KJ FBB). Der geplante Einsatz der zu den Eltern symmetrischen Instrumente YSR und DISYPS-KJ SBB musste ja aufgrund des geringen Alters der Gruppe St. Leonhard entfallen. Diese beiden Instrumente wurden nur in St. Pölten eingesetzt. Aufgrund der geringen Personen Anzahl (N=6) wurden aber nur die statistischen Unterschiede, nicht aber die Korrelationen berechnet.

Der PFK 9-14 wurde statistisch nicht in der normierten T-Werte Dimension ausgewertet, sondern es wurde mit den Rohwerten gerechnet, da Person 6 zum Stichtag 1.9.10 15,5 Jahre alt war.

Am elegantesten ist die CBCL mit der Zielkohärenz in Zusammenhang zu bringen, da sie auf einen Gesamtauffälligkeitwert komprimiert. DISYPS-KJ FBB zielt auf 5 Gesamtwerte für Störungen ab, der Feel KJ lässt sich auf 2 Sekundärskalen und der PFK 9-14 auf 4 Sekundärskalen einengen.

In der deskriptiven Zusammenschau der Ergebnisse der Einzelfälle liegt die Zielkohärenz der Eltern im Intervall Prä-Post im Mittel bei 48% und verändert sich auch im Katamneseintervall zwischen T2 und T3 noch schwach positiv weiter (+ 8%).

Anhand der Normstichprobe für die CBCL-Gesamtauffälligkeit sind 8 von 12 Kindern der Untersuchungsstichprobe als klinisch auffällig, 2 im Übergangsbereich und 2 im Normbereich einzustufen. Im störungsspezifischen Instrument DISYPS KJ FBB weisen 7 von 12 Kindern der Stichprobe zumindest in einer der 5 Gesamtskalen eine weitgehende Störung auf.

Die CBCL-Gesamtauffälligkeit sinkt um 8,5 T-Werte und bleibt auf diesem Wert im Intervall T23 nahezu konstant (T= -0,2). Auch die anderen CBCL-Skalen der Internalisierenden Auffälligkeiten, des Sozialen Rückzuges, Angst und Depression, Schizoid Zwanghafte Auffälligkeiten zeigen Reduktionen um 8-9 T-Werte, bei Wiedererhöhungen von 1-4 T-Werten im Intervall T23. Externalisierende Auffälligkeiten, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Dissoziales und

Aggressives Verhalten sinken um 4-6 T-Werte bei Veränderungen im Katamneseintervall von -4 bis +2 T-Werte.

In der deskriptiven Einzelfallanalyse zeigt sich, dass in 7 von 11 Fällen für den Zeitraum T12 (bzw. 7 von 9 Fällen für den Zeitraum T13) eine Veränderung der Zielkohärenz >50% mit einer Veränderung der CBCL-Gesamtauffälligkeit größer dem kritischen Intervall zusammenspielt.

Dieser Zusammenhang bildet sich auf den Gesamtskalen der DISYPS-KJ varianter, aber in der Tendenz ähnlich ab, wobei hier aufgrund fehlender publizierter Reliabilitäten nicht auf das kritische Intervall Bezug genommen werden kann. Die 5 Gesamtstörungsskalen sinken um durchschnittlich 0,1 - 0,4 Einheiten und bleiben auch im Katamneseintervall auf <0,1 Einheiten konstant. Die größte Reduktion ergibt sich in der Gesamtskala hyperkinetische Störung von 1,3 auf 0,9 Einheiten, welche zu T3 konstant bleibt.

Die Zielkohärenz der Kinder (unter Ausschluss von P1) liegt im Zeitraum Prätest-Posttest im Mittel bei 31%. Sie sinkt im Katamneseintervall um 7%.

Zur besseren Vergleichbarkeit wurde im PFK 9-14 Person 6 trotz Altersüberschreitung von 1,5 Jahren in der Gesamtstichprobe als mit 14 Jahren gewertet und in die deskriptive Beschreibung einbezogen (statistische Berechnungen ja mit Rohwerten!). Der Sekundärfaktor 2 „Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit“ sinkt um 10 T-Werte und reduziert sich auch im Katamnesezeitraum um 3 T-Werte auf nahezu T=14. Faktor 4 „selbstgenügsame- soziale Isolierung versus gesellige Zuwendung“ steigt im Intervall Prä-Post um 7 T-Werte und bleibt auch im Intervall T23 nahezu konstant. Faktor 3 „Aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug“ sinkt erst im Katamnesezeitraum um 4 T-Werte. Faktor 1 „derb draufgängerische ICH-Durchsetzung versus (sensible) Selbstbeherrschung“ stieg um 4 T-Werte im Intervall 12 und fiel um 1 T-Wert im Intervall T23.

Diese Zahlen beziehen sich auf jene Daten, welche für die Zusammenhangsberechnung die durch Untersuchungsabbrüche fehlenden Werte nicht ersetzen. Die Mittelwerte beziehen sich dann natürlich auf die von N=12 auf N=9 Teilnehmer reduzierte Anzahl.

Für beide Zeiträume ließen sich 4 von 11 für T12 (bzw. 4 von 9 für T13) positive Zielkohärenzen >50% mit zur Fähigkeit passenden funktionalen Veränderungen über dem kritischen Intervall in zumindest einer der 4 Sekundärskalen des PFK 9-14 finden. Weiters wurden für 2 positive ( $0 < x < 50\%$ ) und 2 negative Zielkohärenzen zwei Veränderungen

über dem kritischen Intervall, welche inhaltlich passend wirken und zwei Veränderungen welche nicht passende Entwicklungen widerspiegeln, ermittelt.

#### **4.13.1.3 Korrelationen Zielkohärenz Kinderselbstbewertung- Elternfremdbewertung**

Betrachtet man die Veränderung der Zielkohärenz und die Veränderung der Symptomatik, so ist bei der Ausprägung der Klassifizierung der Korrelationen (sehr gering, gering, mittel, hoch) eine schwache Tendenz zu erkennen, dass die Zielkohärenz-Kinder stärker mit den Symptominstrumenten der Kinder korreliert (PFK, Feel) als deren Eltern und umgekehrt, dass die Zielkohärenz-Eltern stärker bei den Symptominstrumenten der Eltern korreliert als deren Kinder (CBCL, DISYPS-KJ FBB).

Diesen Zusammenhang zeigt auch die Zahl der signifikanten Korrelationen der Zielkohärenz: Bewerten Eltern CBCL und ZKH so waren 8 signifikante Werte gegenüber einem von Kind und CBCL. DISYPS-KJ zeigt eine etwas andere Charakteristik: In der Elternbewertung keine Signifikanz und in der Kinderbewertung eine.

Im PFK 9-14 finden sich bei der Kinderbewertung 3 und bei den Eltern keine signifikante Korrelation.

Der Zusammenhang der Bewertungen der Zielkohärenzen zwischen Kindern und Eltern, untersucht über die bivariaten Korrelationen, zeigt entlang der drei Zeitintervalle eine Abnahme: Im Intervall Prä-Post hoher Zusammenhang ( $r = 0,827^{**}$ ), im Intervall Prä-Follow Up mittelmäßiger ( $r = 0,694$ ) und zwischen Post und Follow Up ein geringer Zusammenhang ( $r = 0,316$ ).

Anzumerken ist, dass die Ziele/Fähigkeiten im gemeinsamen (Familien-)Setting entwickelt und die Messung der Zielkohärenz auch in diesem Setting (zuerst Kind, dann Eltern) überprüft wurde. Das gilt für die Messungen zum Zeitpunkt T1 und T2. Nicht mehr gilt es für Zeitpunkt T3, wo ja keine Familiengespräche mehr stattfanden und die Messungen im Rahmen der Testung mit den Kindern meistens unabhängig von ihren Eltern durchgeführt wurden. Diese zunehmend geringere Abhängigkeit der Messungen kann sich im abnehmenden Korrelationskoeffizienten spiegeln. Weiters sind die 3 Untersuchungsabbrecher und die damit um 25% schrumpfende Grundgesamtheit mitzubedenken.

#### 4.13.1.4 Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-CBCL

Die Stärke des Zusammenhangs der Zielkohärenz der Kinder mit der CBCL Gesamtauffälligkeit bewegt sich zwischen sehr gering bis mittel (0,067-0,494), jene der Eltern zwischen mittelmäßig und hoch (0,500-0,851\*).

Interessant ist die Vorzeichenumkehr bei den Eltern im Intervall T23. Erklärbar wird dieser Kippeffekt erst anhand der graphischen Auswertung. In den Zeitintervallen T12 und T13 bilden sich zwei stabile Cluster, ein Paar, nämlich Vater-Kind 4 und Mutter-Person 6 stehen im Bereich negativer Zielkohärenz -50% und Symptomverbesserungen von 0 bis 5 T-Werten, im Bild gegenüber der Cluster der restlichen Eltern, welcher im Bereich Zielkohärenz >50% liegt, mit einem Mittelpunkt des Clusters der CBCL um 10 T-Werte. Auffallend anders der Zeitraum T23 (Post-Follow Up): Hier pendelt sich die Zielkohärenz rund um den Wert 8% ein, sowie einem Mittelpunkt des Clusters um 0 T-Werten.

Dieses Kipp-Muster wiederholt sich in ähnlicher Form, aber mit umgekehrten Vorzeichen beim DISYPS-KJ FBB der 2 Cluster mit entgegengesetzter Zielkohärenz in den Intervallen T12 und T13, sowie dem Zusammenkommen der Cluster bei T23 bei einem schwach positiven Wert.

Bei der Zielkohärenz Kinder gibt es in den Zeitintervallen T12 und T13 ein Paar P4, P6 mit negativen Werten und einen Cluster positiver Werte der anderen Kinder. Dieses Muster verändert sich im Zeitintervall T23 weniger stark als bei den Eltern. Die beiden Cluster rücken zwar zusammen, unterscheiden sich aber weiterhin, wodurch die positive Steigung der Korrelationsgeraden bestehen bleibt.

Aufgrund der Analyse der Graphiken ist es nicht sinnvoll, eine Mittelbildung der Korrelationskoeffizienten über alle 3 Zeiträume vorzunehmen.

Fokussiert man auf den längsten Betrachtungszeitraum T13 (Prätest-Follow Uptest), so zeigen die Assoziationen der Elternbewertung Zielkohärenz-CBCL für die Gesamtauffälligkeit  $r=0,851^{**}$ , gefolgt von Internalisierenden Auffälligkeiten  $r=0,850^{**}$ , Sozialem Rückzug  $r=0,798^{**}$ , Körperlichen Beschwerden  $r=0,683^*$ , Sozialen Problemen  $r=0,609$ , Aufmerksamkeitsproblemen  $r=0,569$  und Dissozialem Verhalten  $r=0,511$ . Die anderen 4 Skalen liegen unter  $r<0,5$  (im Bereich 0,104 und 0,388).

Die Korrelationskoeffizienten der Kinderbewertungen Zielkohärenz-CBCL zeigen Werte für den Zusammenhang mit der Gesamtauffälligkeit  $r=0,494$ , Internalisierende  $r=0,223$  und

Externalisierende Auffälligkeiten  $r=0,350$ , Dissozialem Verhalten  $r=0,538$ , Sozialer Rückzug  $r=0,437$ . Alle anderen 6 Skalen liefern Berechnungen für  $-0,188 < r < 0,167$ .

Nimmt man den Zeitraum T12 (Prätest-Posttest) in den Blick, so zeigt sich für die Elternbewertung des Zusammenhangs Zielkohärenz-CBCL für die Gesamtauffälligkeit  $r=0,500$ . Alle anderen 10 Skalen liegen zwischen  $0,046 < r < 0,432$ .

Die Kinderbewertung zeigt für die Gesamtauffälligkeit  $r=0,067$  und für Dissoziales Verhalten  $r=0,263$ . Die anderen 9 Werte liegen zwischen  $-0,190 < r < 0,100$ .

Aufgrund der Reliabilitätsuntersuchung genügten allerdings die Skalen Körperliche Beschwerden und Dissoziales Verhalten nicht den Anforderungen, und müssen im Fall signifikanter Korrelationen mit der Zielkohärenz mit großer Vorsicht gesehen werden.

#### **4.13.1.5 Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-DISYPS-KJ FBB**

Für den Betrachtungszeitraum T13 zeigt die Elternbeurteilung für die Gesamtskalen den höchsten Wert für die depressive Störung  $r=0,626$ , gefolgt von autistischer Störung  $r=0,485$  und hyperkinetischer Störung  $r=0,379$ . Die beiden anderen Skalen liegen zwischen  $0,056 - 0,137$ .

Die Kinderbeurteilungen der Zielkohärenz zeigen für den Zusammenhang mit den Gesamtskalen den höchsten Wert für die autistische Störung  $r=0,532$  gefolgt von der hyperkinetischen Störung  $r=0,446$ . Die anderen Werte liegen zwischen  $-0,097$  bis  $0,278$ .

Im Betrachtungszeitraum T12 zeigt die Elternbeurteilung den höchsten Wert für die Gesamtskala depressive Störung mit  $r= -0,573^*$  und der autistischen Störung mit  $r= -0,300$ . Die anderen Werte liegen zwischen  $-0,291$  bis  $-0,160$ .

Die Kinderbeurteilung T12 zeigt für Gesamtskala depressive Störung  $r= -0,635^*$ , autistischer Störung  $r= -0,303$ . Die anderen Werte liegen zwischen  $-0,208$  bis  $0,122$ .

Für alle Korrelationskoeffizienten der Elternbewertung und 4 von 5 der Kinderbewertungen kehrte sich bei Ausdehnung des Zeitintervalls die Vorzeichenrichtung um.

#### **4.13.1.6 Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-PFK 9-14**

Für das Zeitintervall T13 liegt die Elternbeurteilung für FII-3 „Aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug“ bei  $r = -0,529$ . Die anderen 3 bewegen sich zwischen 0,256 bis 0,315).

Die Kinderbeurteilung liefert Werte der Korrelationen für FII-3 „Aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug“  $r = -0,833^*$  und FII-2 „Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit“  $r = -0,302$ . Die anderen beiden liegen bei -0,193 bzw. -0,281.

Für das Zeitintervall T12 liegt die Elternbeurteilung für FII-2 bei  $r = 0,528$  und für FII-4 „selbstgenügsame- soziale Isolierung versus gesellige Zuwendung“ bei  $r = 0,509$ . Die anderen beiden Werte liegen bei -0,109 und 0,368.

Die Kinderbeurteilung liefert für FII-3  $r = -0,749^*$  und für FII-2  $r = 0,479$ . Die anderen beiden Werte kommen bei 0,083 bzw. 0,317 zu liegen.

Die Korrelationsgerade wechselte bei Ausdehnung des Zeitintervalls für 3 von 4 Skalen in der Kinderbewertung ihre Steigungsrichtung. In der Elternbewertung fand keine Vorzeichenumkehr statt.

#### **4.13.1.7 Zusammenhang Korrelationen Zielkohärenz-Feel KJ**

Für der Bereich der Adaptiven Emotionsregulationsstrategien zeigen sich bei Eltern sehr geringe Zusammenhänge im Bereich  $r = -0,139$  (T12) und  $r = 0,032$  (T13). Für die Kinderbewertung liegt im Zeitintervall T12  $r = -0,476$  und für T13  $r = -0,046$ .

Die Maldaptiven Emotionsregulationsstrategien liegen bei den Eltern für T12 bei  $r = -0,024$  und für T13  $r = 0,369$ . Die Kinderbeurteilung liefert Werte für T12  $r = -0,338$  und T12  $r = 0,377$ .

Auch bei diesen Skalen kehren sich die Vorzeichenrichtungen bei Ausdehnung des Zeitintervalls um.

#### **4.13.1.8 Zusammenfassende Erkenntnisse zu den Korrelationsauswertungen**

Die besten Ergebnisse für den Zusammenhang Zielkohärenz-Symptomveränderung zeigen die jeweils zusammengehörenden Bewertungsebenen Eltern bzw. Kinder. Zielkohärenz-Eltern mit dem Symptombewertungsinstrument-Eltern-CBCL und Zielkohärenz-Kinder

mit dem Symptombewertungsinstrument-Kinder-PFK 9-14. Für erstere wurden 8 und für zweitere 3 signifikante Korrelationen gefunden.

Für „Überkreuz-Bezüge“ zwischen den Bewertungen Zielkohärenz-Kinder und Symptome-Eltern konnten 2 signifikante Korrelationen identifiziert werden (CBCL Dissoziales Verhalten, T23 und DISYPS Gesamtskala depressive Störung, T12). Für „Überkreuz-Bezüge“ zwischen den Bewertungen Zielkohärenz-Eltern und Symptombewertungen-Kinder konnten keine signifikanten Korrelationen gefunden werden.

Für das Instrument Feel-KJ (Emotionsregulationsstrategien-Kinder) konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Für die Elternbewertung des Verhaltens ihrer Kinder konnten mit der CBCL überzufällige Zusammenhänge mit der Bewertung der Zielkohärenz-Eltern für die übergeordneten Skalen der Gesamtauffälligkeit und der Internalisierenden Auffälligkeiten, sowie für die Primärskalen des Soziales Rückzugs und den Körperlichen Beschwerden (Einschränkung aufgrund Reliabilität!) für das große Zeitintervall Prätest-Follow Up (3 Monate nach Abschluß Gruppe, 7 Monate nach erster Testung), sowie im Katamnese-Zeitintervall zwischen Posttest und Follow Up (3 Monate) für die übergeordnete Skala der Externalisierenden Auffälligkeiten und die Primärskalen Ängstlich-Depressiv, Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten gefunden werden. Für den Zeitraum Prä-Posttest wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden.

Die Bewertung der Zielkohärenz Kinder und die Skalen des Persönlichkeitsfragebogens Kinder (PFK 9-14) zeigen für den Sekundärfaktor 3 „aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug“ für den Zeitraum Prätest-Posttest, sowie im Intervall Prätest-Follow up und für den Sekundärfaktor 2 „Emotionalität, Angst versus emotionale Ausgeglichenheit“ im Intervall Posttest-Follow Up signifikante Korrelationen. Seitz und Rausche (2004, S 332) beschreiben Faktor 3 als eine Teilkomponente des in der faktoranalytischen Persönlichkeitsforschung- speziell auch in den Forschungen zu den sog. „big-five“ – empirisch gesicherten übergeordneten Faktors der Extraversion. Bei aktivem Engagement handelt es sich um Extraversion im Sinne einer nach außen gerichteten, offen-optimistischen Haltung, die sich nicht auf zwischenmenschliche soziale Kontakte beschränkt, sondern auch in anderen Verhaltens- und Erlebnisbereichen (zB Schule, Hobby, Freizeit) zum Tragen kommt.

Für Faktor 2 führen Seitz und Rausche (2004, S 326) an, dass dieser völlig dem von Eysenck als „Neurotizismus“ und von Cattell als „Angst versus Anpassung“ in den Forschungen zu den „big five“ als grundlegender Persönlichkeitsfaktor identifiziert wurde.

Die in allen 3 betrachteten Zeitintervallen höchsten Korrelationen zeigen sich für die Zielkohärenz-Eltern und CBCL Gesamtauffälligkeit, sowie für die Zielkohärenz-Kinder und PFK 9-14 Faktor 3 „aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug“. D.h. diese Symptom-Skalen assoziieren über den Zeitverlauf am gleichmäßigsten mit den Zielausprägungen.

Deutlich zu sehen ist, dass im Beobachtungszeitraum nach der Behandlung (T23) bei beiden Fällen (Kinder PFK 9-14, wie Eltern CBCL), die Korrelationsgeraden eine andere Steigung (und damit Vorzeichenrichtung) aufweisen, als im Vergleich zu den anderen beiden Intervallen (T12, T13). Dieser Kipfeffekt wird u.a. auf den geringen Stichprobenumfang zurückgeführt.

#### **4.13.1.9 Zusammenhang Zielkohärenz Symptomveränderungen über multiple Regressionen**

Geht man einen Schritt weiter und versucht mithilfe einer multiplen Regression jene Linearkombinationen zu identifizieren, welche die Zielkohärenzen beschreiben können, so ergeben sich folgende Zusammenhänge:

Würden alle verwendeten Symptom-Variablen Eingang in die Regressionsgleichungen finden, so nähert sich die Varianzaufklärung (ausgedrückt in R-Quadrat) 100%. Da die Forschungsfrage dem Zusammenhang Zielkohärenz-Symptomreduktion nachging, wurde die komplementäre Variable Zielkohärenz Eltern/Kinder nicht berücksichtigt.

Es konnten Regressionsgleichungen identifiziert werden, welche für die Zielkohärenz-Kinder die Werte der Elternbeurteilung „CBCL Ängstlich-Depressiv“ und von den Kinderbeurteilungen vom PFK 9-14 den Sekundärfaktor FII-3 „aktives Engagement versus selbstzweiflerischer Rückzug“ berücksichtigten. Diese Variablenkombination zeigte in den Varianzanalysen signifikante Ergebnisse über alle 3 Zeitintervalle.

Die Zielkohärenz-Eltern konnte über die CBCL Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“, sowie die „DISYPS-KJ FBB Gesamtskala depressive

Störung“ sowie die Kinderbeurteilung „PFK 9-14 Sekundärfaktor FII-2 „Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit“ signifikante Ergebnisse in der Regressionsgleichung über alle 3 Zeiträume finden.

Deutlich an der Variablenkombination wird, dass die Zielkohärenz-Kinder mit der Elternbeurteilung von Angst- und Depressionsverhalten bzw. in der Kinderselbstbeurteilung mit dem Konstrukt „Engagement versus Rückzug“ am stärksten assoziiert ist.

In der Elternbeurteilung der Zielkohärenz ist der stärkste Bezug über die Symptomebenen der Verhaltenswahrnehmungen der Eltern durch Sozialen Rückzug, Depressive- und Aufmerksamkeitsbezogenen Verhaltensweisen bzw. auf der Eigenwahrnehmung der Kinder mit Emotionalität/Angst versus Ausgeglichenheit gegeben.

Interessant an Kinder- wie Elternzusammenhangsbewertungen ist das Fehlen Externalisierender, aggressiver oder dissozialer Symptomebenen mit der Zielkohärenz.

Dieses Ergebnis muss natürlich vor dem Hintergrund der kleinen Stichprobe gesehen werden und kann als solche nur typisch für diese gewertet werden.

Aus der statistischen Analyse der Korrelationen, lässt sich Zusammenfassend sagen, dass sich quantitativ fassbare signifikante Zusammenhänge zwischen der Zielkohärenz und Symptomveränderungen zeigten. Die Zusammenhänge basieren allerdings auf einer kleinen und durch Abbrecher noch erniedrigten Grundgesamtheit (T1: N=12; T3: N=9). Aus diesem Grund zeigten sich auch Kippeffekte (sichtbar im Vorzeichenwechsel der Korrelationskoeffizienten) in den verschiedenen Zeitintervallen, welche eine vorsichtige Gewichtung der signifikanten Ergebnisse nahelegen.

#### **4.13.1.10 Zusammenhang Zielkohärenz-Symptomveränderungen über die Analyse der signifikanten Mittelwertsunterschiede**

Stellt man Überlegungen zum Zusammenhang der Variablen Zielkohärenz und Symptomveränderung an, so sind auch über die Analyse signifikanter Mittelwertsunterschiede der verschiedenen Skalen die Veränderungszusammenhänge absicherbar. Dargestellt wird die Zusammenschau der signifikanten Mittelwertsunterschiede der drei

Messzeitpunkte als Gesamtergebnis des F-Tests der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwertwiederholung.

Zur Berechnung der Unterschiede wurden nicht die Intervalle zwischen den Zeitpunkten, sondern die Testwerte zu den Zeitpunkten betrachtet. Die Variablen der Zielkohärenz bilden sich dann als Distanzen ab.

Auf der Test-Bewertungsebene Kinder erhält man für die Zielkohärenz-Kinder mit einer „einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung“ und dem Faktor Zeit auch bei Ausschluss von Person 1 bei einem Signifikanzniveau  $\alpha = 0,05$  knapp keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Zeitpunkten:  $F(2,20) = 2,910$ ;  $p = 0,078$ .

Zugeordnet finden sich ebenso beim Feel-KJ nur auf einer von 15 Primär-Skalen (Aggressives Verhalten) bzw. keiner übergeordneten Skala, sowie für den PFK 9-14 für 1 von 4 Sekundärfaktoren (Faktor 2, Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit) und für 2 von 15 Primärskalen (emotionale Erregbarkeit-VS1, selbsterleben von Unterlegenheit gegenüber anderen-SB5) überzufällige Unterschiede.

Auf der Test-Bewertungsebene Eltern zeigt die Variable Zielkohärenz-Eltern signifikante Mittelwertsunterschiede  $F(2,22) = 4,866$ ;  $p = 0,018^*$ . Die korrespondierenden Skalen der CBCL zeigen im Gesamtergebnis der F-Tests signifikante Mittelwertsunterschiede auf allen 3 übergeordneten Skalen (Gesamtauffälligkeit, die Internalisierenden und Externalisierenden Auffälligkeiten) und 8 von 11 der Primärskalen (Sozialer Rückzug, Ängstlich-Depressiv, Schizoid-Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme und Dissoziales Verhalten (Einschränkungen aufgrund Reliabilität); knapp keine signifikanten Ergebnisse für die Skalen Soziale Probleme und körperliche Beschwerden  $p = 0,056$  bzw.  $p = 0,055$ ).

Für den zugeordneten DISYPS-KJ FBB ließen sich für den Gesamt F –Wert signifikante Unterschiede auf 2 von 5 Gesamtskalen (Gesamtskala hyperkinetische Störung, Gesamtskala autistische Störung) und 3 von 15 Primärskalen (Hyperaktivität, Impulsivität, qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation (Einschränkungen aufgrund Reliabilität!)) finden.

Der Zusammenhang der Variablen Zielkohärenz und Symptomveränderung lässt sich auch am Maß der Effektstärke darstellen. Diese Unterschiedsbildung zwischen Präzeitpunkt und Follow Up Zeitpunkt ist definiert als die Differenz der Mittelwerte bezogen auf die mittlere Standardabweichung.

Auf der Test-Bewertungsebene der Kinder zeigt die Zielkohärenz Kinder eine Effektstärke von  $d=0,46$ . Die beiden zugeordneten Instrumente Feel KJ und PFK 9-14 weisen für die Sekundärskalen Mittelwerte von  $d_{\text{Feel}}=0,08$  und  $d_{\text{PFK}}=0,23$  auf. Die beiden signifikanten PFK 9-14 Skalen FII-2 „Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit“, sowie „emotionale Erregbarkeit (VS 1)“ zeigen  $d=0,66$  bzw.  $d=0,52$ .

Auf der Test-Bewertungsebene der Eltern zeigt die Zielkohärenz eine Effektstärke von  $d=0,64$  und das korrespondierende Instrument der CBCL weist am Beispiel der Gesamtaufälligkeit eine Effektstärke von  $d=0,74$  bzw. für die Primärskalen im Mittel mit  $d=0,50$  auf. Das DISYPS-KJ FBB weist als Mittelwert aller 5 Gesamtskalen  $d=0,41$  auf.

Gut zu sehen ist auch hier, dass die Bewertungsebene der Kinder schwächere Effektstärken aufweist, als jene der Erwachsenenenebene.

Zum Vergleich wird in die Literatur für die Effektstärke (ES: effect size) nach Cohen (1988, zit. n. Shadish und Baldwin, 2003, zit. n. Sydow et al., 2007, S. 56) folgende Einteilung publiziert: „kleine“ (0,20), „mittlere“ (0,50) und „große“ Effekte (0,80).

Hirschberg und Meyer (2010) mit ihrer Konzeption der Auftragsfokussierenden Gruppenkurztherapie, welche als der eigenen Untersuchung ähnlichstes Projekt identifiziert wurde, liegt in deren Effektstärke für die gesamte Stichprobe von 82 Kindern, welche auch mit dem CBCL evaluiert wurde, bei einer Effektstärke von  $d=0,55$  für den Gesamtaufälligkeitswert.

#### **4.13.1.11 Zusammenhang von Kategorien individueller Therapieziele mit qualitativen Veränderungen unter Einbezug der Eingangsdiagnosen**

Kategorisiert man die individuellen Therapieziele nach dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T, 4.0, Grosse Holforth, Grawe, 2002), so wird deutlich, dass Selbstentwicklungs- sowie interpersonale Ziele für Kinder/Jugendliche mit Entwicklungsverzögerungen, mit Hyperkinetischen Störungen, mit Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, mit Anpassungs- oder emotionalen Störungen, mit sozialen Ängsten von der Gruppenbehandlung profitierten. Weniger Nutzen wurde für einen Jugendlichen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, sowie Kinder/Jugendlichen mit mehreren komorbiden Störungen sichtbar.

Der in der quantitativen Analyse gefundene höhere Zusammenhang Zielkohärenz-Eltern mit der Symptomreduktion gegenüber der Zielkohärenz-Kinder/Symptomreduktion findet seine Entsprechung auch über die qualitative Auswertung. 8 positive Zielkohärenzen-Eltern > 50% für das Zeitintervall T12 assoziieren mit konkret berichteten Verhaltens- oder familiären Interaktionsmusteränderungen, im Gegensatz dazu zeigt sich der Zusammenhang Zielkohärenzen-Kinder > 50% mit konkreten Veränderungen als in nur 5 Fällen gegeben.

Ebenfalls wird deutlich, dass 7 von 11 kategorisierten qualitativen Veränderungen mit 6 von 11 Veränderungen der CBCL-Gesamtauffälligkeit über dem kritischen Intervall zusammenspielen.

Das Konzept der Ausnahmen von de Shazer (1992), bzw. die Konzeption der Unterschiede, welche Unterschiede machen (Beatson G., 1988) zeigt sich in obigen Zusammenhängen zwischen qualitativen und quantitativen Daten.

#### **4.13.2 Hypothese 2: Die Symptomatik verändert sich beschreibbar (erzähltes Erleben und Verhalten) und messbar (psychometrische Messungen, Erleben und Verhalten)**

In den Abschlußgesprächen zu T2 konnten bei den Kindern 1, 2, 3, 5 und 6, sowie bei Person 4 konkrete Beispiele für Ausnahmen von Verhaltensweisen zu den im Erstgespräch berichteten Problemerkählungen gefunden werden.

Bei Kind 4 und Person 5 wurden Veränderungen in der Symptombeschreibung bzw. bei Person 3 und Person 5 konnten Verhinderungen des Problemauftretens im Problemkontext (es wurden keine weiteren Klagen seitens der Schule) beschrieben werden.

Person 1 und Person 6 konnte über keine Veränderungen, bzw. allenfalls wie Person 3, über allgemeine Veränderungen berichten.

Die Kategorie allgemeine Veränderungen wurde benützt, wenn Kinder/Jugendliche/Eltern über Veränderungen jenseits konkreter Beispiele berichteten. Wurden nur allgemeine Unterschiede berichtet (Person 3) ist die Wahrscheinlichkeit, dass solche Beschreibungen dauerhafte Veränderungen darstellen, nach Erfahrung des Autors gering.

Veränderungen in familiären Interaktionsmustern konnten in Familie von Kind 1, 2, 3, Person 4 und 5 konkret herausgearbeitet werden.

Anzumerken ist, dass in den Familiengesprächen auf jene sprachlichen Veränderungsbeschreibungen fokussiert wurde, welche in Resonanz zu den KlientInnen zu erhalten waren. Die Kategorien-Sichtweise (konkrete, allgemeine Verhaltensveränderungen, Interaktionsmusteränderungen) wurde erst in der Abfassung der Arbeit darübergerlegt.

Deutliche Symptomreduktionen für das Verhalten ergaben sich über die CBCL Gesamtauffälligkeit für Kind 1, 2, 5, 6 sowie Person 1, 4, 5 im Zeitraum T12, verglichen mit dem kritischen Intervall, sowie für Kind 1, 2, 3, 5, 6 und Person 1 und Person 4 für das Intervall T13.

Bei Kind 4 und Person 6 stagnierte die Symptomreduktion über beide Zeitintervalle.

Im YSR beschrieben nur P3 und P5 zu T2 signifikante Unterschiede. Für P1, P4 und P6 ließen sich keine Veränderungen über dem kritischen Intervall in beiden Intervallen erschließen.

Betrachtet man die mittleren Ausprägungen der Auffälligkeiten (CBCL/YSR), so zeigt die Stichprobe für den Zeitpunkt T1 in der CBCL für die übergeordneten Skalen Gesamtauffälligkeit und internalisierende Störungen ( $T > 63$ ) Mittelwerte der TeilnehmerInnen im klinischen Bereich bzw. liegen die externalisierenden Auffälligkeiten im Übergangsbereich ( $60 < T < 63$ ). Für die primäre Syndromskala Soziale Probleme ( $T > 70$ ) befinden sich die Mittelwerte im klinischen Bereich, und jene der Aufmerksamkeitsprobleme im Übergangsbereich ( $67 < T < 70$ ).

Betrachtet man die Einzelausprägungen, so wurden 8 von 12 Kindern in der CBCL-Gesamtauffälligkeit von ihren Eltern als im klinischen Bereich liegend eingestuft. Auf der DISYPS-KJ FBB Gesamtskala werden 7 von 12 Kindern mit zumindest 1 weitgehenden Störung eingestuft.

Zum Vergleich bewertete sich im YSR zum Zeitpunkt T1 nur ein Jugendlicher (von 6) im klinischen Bereich (Person 3) bzw. einer im Übergangsbereich (Person 5) als auffällig. Die Skalen der anderen Burschen zeigten Werte im Normbereich.

Die Ausprägungen der Störungen im DISYPS-KJ FBB zeigt für den Mittelwert der Probanden zum Zeitpunkt T1 der Gesamtskalen Angststörung, hyperkinetische und autistische Störung eine mittlere Ausprägung (Werte 0,5-1,5), für die depressive Störung und die Störung des Sozialverhaltens eine geringe Ausprägung (Werte  $< 0,5$ ).

Für die Gesamtskala hyperkinetische Störung liegen 5 Kinder über dem Grenzwert von 1,5, für die „Autistische Störung“ ein Jugendlicher (Person 6).

Mittlere Ausprägungen (Werte 0,5 -1,5) weisen die Primärskalen generalisierte Angst, soziale Angst, Hyperaktivität, Impulsivität, oppositionell-aggressives Verhalten, die qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, die qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation, sowie stereotype Verhaltensmuster“ auf. Eine weitgehende Erfüllung der Diagnosekriterien (Wert>1,5) ist nur für die Skala Aufmerksamkeitsstörung gegeben.

Die Selbstbewertung DISYPS-KJ SBB zeigt für den Mittelwert bei T1 nur in der Gesamtskala hyperaktive Störung, sowie für die Subskalen generalisierte Angst, soziale Angst, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und oppositionell-aggressives Verhalten mittlere Ausprägung (Wert 0,5-1,5).

Die Übereinstimmung der Mittelwerte zwischen Eltern und Kindern beträgt in St. Pölten bei den symmetrischen Messinstrumenten YSR/CBCL beim Gesamtauffälligkeitswert 85% (55/64,7) und beim DISYPS SBB/FBB Mittelwert über alle 16 gemeinsamen Skalen 84% (0,47/0,56). Für die klinische Grenzwertüberschreitung am Beispiel des Gesamtauffälligkeitswertes CBCL/YSR zeigt sich aber das gegenteilige Bild: Die Burschen bewerteten sich im YSR wesentlich weniger auffällig (2 von 6) als die Eltern ihre Kinder in der CBCL (5 von 6).

Zum Verhältnis Auffälligkeit (im Sinne CBCL und YSR) zu Störung (DISYPS nach ICD-10) wirkt es so, dass die Daten mehr psychische Auffälligkeiten im Verhältnis zu psychischen Störungen zeigen. Betrachtet man nur die 8 Syndromskalen im CBCL und nur die 15 Primärskalen im DISYPS-KJ FBB, so sind im Ersteren 1 von 8 und im Zweiteren 1 von 15 über dem klinischen ( $T > 70$ ) bzw. Störungsgrenzwert (Wert>1,5). Als Schluss kann daraus gezogen werden, dass verallgemeinernde Auffälligkeiten mehr Unterschiede erzeugen, als verengende Störungen. Am nächsten „verwandt“ zeigen sich die Skalen Aufmerksamkeitsprobleme (CBCL) zu Aufmerksamkeitsstörung (DISYPS). Die Mittelwerte von 67,8/1,58 sind knapp unter bzw. knapp über den Grenzwerten (70/1,5).

Um die Unterschiede der Mittelwerte aus den Varianzanalysen zwischen den 3 Zeitpunkten vergleichen zu können, wurden paarweise Post Hoc Vergleiche (mit Bonferroni Anpassung des Konfidenzintervalls) der 3 Mittelwertsdifferenzen berechnet.

Würden T-Tests für gepaarte Stichproben ermittelt, so zeigen sich in den Berechnungen knapp bessere Ergebnisse. Allerdings bedingt diese mehrfache Testung nach der

statistischen Theorie eine Inflation des  $\alpha$ -Fehlers. Das bedeutet, dass bei mehrfachem Testen in der gleichen Grundgesamtheit die Wahrscheinlichkeit einen Fehler 1. Art zu begehen mit der Anzahl der Testdurchführungen steigt.

Das Treatment bewirkt signifikante Symptomreduktionen, welche sich zeitstabil auch im 3 Monats Katamnesezeitraum abbilden. Konkret zeigten die Mittelwerte statistisch signifikante Reduktionen über das Zeitintervall Prä-Post hinaus hin zum Follow Up Zeitpunkt, für die Skalen der CBCL Gesamtauffälligkeit (T1= 67 zu T3=59  $p_{12}=0,01$ ,  $p_{13}=0,019$ ), der internalisierenden Auffälligkeiten (T1= 63 zu T3= 57  $p_{12}=0,005$ ,  $p_{13}=0,022$ ) und in der Skala Ängstlich-Depressive Auffälligkeiten (T1= 62, T3= 58  $p_{12}=0,033$ ,  $p_{13}=0,039$ ), sowie in der Skala des DISYPS-KJ FBB für Impulsivität (T1=1,3 T3 =0,8  $p_{12}=0,004$ ,  $p_{13}=0,042$ ).

Signifikante Mittelwertsreduktionen für das Zeitintervall Prätest-Posttest zeigten sich für die CBCL Skalen Sozialer Rückzug (T1= 63, T3= 59,  $p_{12}=0,017$ ,  $p_{13}=0,058$ ), Aufmerksamkeitsprobleme (T1=70 T3= 65,  $p_{12}=0,017$   $p_{13}=0,157$ ) und die Skala Schizoid-Zwanghaft (T1= 62, T3=57,  $p_{12}=0,013$   $p_{13}= 0,085$ ; aber hier Einschränkungen aufgrund Reliabilität!).

Für die Skalen des DISYPS-KJ FBB zeigten sich im Intervall T12 auf der Gesamtskala hyperkinetische Störung (T1=1,3 T3= 0,9,  $p_{12}= 0,006$ ,  $p_{13}= 0,130$ ) und der Primärskala Hyperaktivität (T1= 0,9 T3= 0,6,  $p_{12}= 0,003$ ,  $p_{13}= 0,165$ ) signifikante Unterschiede der Mittelwerte, welche sich aber im Zeitintervall T13 statistisch in der Post-Hoc Analyse nicht mehr auf das 5% Niveau absichern ließen.

Die CBCL-Skala Soziale Probleme zeigte zwar einen Rückgang, aber keine signifikante Reduktion (T1=71 T3= 67,  $p_{12}= 0,195$ ,  $p_{13}= 0,222$ ).

Aufgrund der Bonferroni-Signifikanzniveaueinstellung zeigten auch die DISYPS- KJ Skalen für die autistischen Störungen keine bedeutsamen Mittelwertsdifferenzen mehr auf.

Der YSR und DISYPS-KJ SBB zeigten erwartungsgemäß (geringe Störungsausprägung in der Selbstbewertung, sowie geringe Stichprobenanzahl) keine bedeutsamen Unterschiede.

Im Feel-KJ wurden signifikante Differenzen für die Sekundärskala Maldaptive Strategien Wut, sowie für die Primärskala Aggressives Verhalten gefunden. Reduziert man aufgrund Objektivitätsverletzungen den Stichprobenumfang um Kind 2, Kind 3 und Person 1, so bleibt der signifikante Unterschied in der Skala Aggressives Verhalten im Prä-Post Zeitintervall erhalten.

Beim PFK 9-14 konnten im Intervall Prä-Posttest überzufällige Unterschiede für den Sekundärfaktor FII-2 „Emotionalität (Angst) versus emotionale Ausgeglichenheit“ ( $p_{12}=0,026$ ,  $p_{13}=0,506$ ), sowie für den Verhaltensstil „Emotionale Erregbarkeit (VS 1)“ ( $p_{12}=0,025$ ,  $p_{13}=0,203$ ), sowie nahezu signifikante Unterschiede für den Selbstbild-Aspekt „Selbsterleben von Unterlegenheit gegenüber anderen (SB 5)“ nachgewiesen werden ( $p_{12}=0,075$ ,  $p_{13}=0,143$ ).

#### **4.13.3 Hypothese 3: Das erzählte Hauptproblem verändert sich bei den IndexklientInnen und im Familien-System.**

Die Problemerkählung von Kind 1 bis Kind 4 ist auf den Kontext Familie, jene von Kind 5, Kind 6, sowie Person 1, Person 3 bis Person 6 neben der Familie vor allem auf Gleichaltrige bzw. den Schulkontext bezogen.

Die Systeme von Kind 2 bis Kind 4 sowie die Personen 1, 3, 5 kleideten das berichtete derzeitige Haupt-Problem in ein „zu-Viel“ und berichteten von Veränderungen vor allem durch ein „Nicht- bzw. weniger Auftreten“ von Verhalten im Problemkontext.

Für Kind 2, 3 konnten konkrete Veränderungen des „zu-Viel“ für Kind 4, Person 1 und 3 nur teilweise bzw. allgemeine Verhaltensveränderungen beschrieben werden.

Für Kind 1, 2, 3, 4, 5, 6 und Person 4, 5, 6 wurde das Hauptproblem in ein „zu-Wenig“ gekleidet und die Veränderung liegt in einem erwünschten Auftreten von mehr alternativen Verhaltensweisen. Für Kind 1, 2, 3, 5, 6 und Person 4 und Person 5 wurden solche beschrieben, für Person 6 nicht.

Mehr familiäre Musterveränderungen in der Interaktion konnten in jenen Familien beschrieben werden, in welchem die Lösungsidee in einem „Mehr-von“ bestand (Familie Kind 1, 2, 3 und Person 4). Im Gegensatz dazu konnten weniger Interaktionsmusteränderungen beschrieben werden bei Familien mit der Lösung „Weniger-von“ (Familie Person 5).

Zusammenfassend ist die Chance Veränderungen für Problematiken aus dem Bereich „zu-Wenig“ über ein „Mehr-von“ größer, als für externalisierende Problematiken aus dem Bereich „zu-Viel“. Für den ersteren Bereich wurden mehr konkrete Verhaltensveränderungen und auch mehr Musterveränderungen der familiären Interaktion beschrieben.

Dieser Aspekt findet sich auch in der Forschung bei Wollburg und Braukhaus (2010), in der Untersuchung von stationären depressiven Patienten mit der erhöhten Symptomverbesserung bei Annäherungszielen gegenüber Vermeidungszielen, bzw. bei Berking (2004, S. 144), für dem das Erreichen bestimmter Ziele, welche mit dem Erwerb aktiver Bewältigungskompetenzen einhergehen, eher mit dem Therapieerfolg zusammenhängt.

#### **4.14 Verwertung und Ausblick**

Nach Abschluß der Gruppen im Mai 2011 wurden bis Juni 2013 weitere 5 Durchgänge in der freien psychotherapeutischen Praxis, sowie eine Sommergruppe in St. Leonhard durchgeführt. Dabei wurden reduzierte psychometrische Messungen beibehalten. Insbesondere konnte für den CBCL ein Prä-Post-Design für eine Grundgesamtheit von N=28 und für den YSR auf N=24 aufgestockt werden. Die 3 Monats Follow Up Ergebnisse konnten auf N= 17 beim CBCL bzw. N=10 beim YSR erweitert werden. Im CBCL zeichnet sich eine Bestätigung bzw. Ausweitung der signifikanten Ergebnisse ab. Die YSR-Skalen weisen ebenfalls, aber nicht im gleichen Ausmaß, auf signifikante Ergebnisse hin.

Die Werte der bivariaten Korrelation nach Perarson für Zielkohärenzen-Eltern bzw. Kindern mit den Symptomskalen des CBCL und des YSR weisen ebenfalls auf eine Absicherung der Ergebnisse hin.

Mit dem Co-Leiter der Untersuchung in St. Pölten, Martin Steiner konnte die berufliche Partnerschaft erhalten werden. Auch wurde inzwischen eine eigene psychotherapeutische Praxis aufgebaut, in welcher die „psychotherapeutische Burschengruppe mit Integrativen Outdoor-Aktivitäten®“ fixer Teil des Angebotes ist. Insofern ist die fachliche und räumliche Grundlage für weitere Gruppen gegeben.

## 5 Literaturverzeichnis

- Ahlers C. (1996) Setting als Intervention in der systemischen Einzel-, Paar- und Familientherapie: Erfahrungen aus dem klinischen Alltag. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 14, 250-262.
- Ambrozaitis Ch. I. (2010). Conceptualizing Success in Therapeutic Wilderness Experiences: The Creation and Maintenance of Instruktor-Participant Relationships. Honors Thesis. Department of Human Development and Family Studies. College of Liberal Arts and Sciences. University of Connecticut.
- Amesberger G. (1992). Persönlichkeitsentwicklung durch Outdoor-Aktivitäten? Untersuchung zur Persönlichkeitsentwicklung und Realitätsbewältigung bei sozial Benachteiligten. Frankfurt am Main: Afra.
- Amesberger G. (1995). Zur Veränderung der Emotionalität durch Outdoor-Aktivitäten bei sozial Benachteiligten. In Nitsch J.R. und Allmer H. (Hrsg.). *Emotionen im Sport: Zwischen Körperkult und Gewalt*. Köln: bps-Verlag.
- Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Jugendwohlfahrt (2004). Positionierung der Erlebnispädagogik in Oberösterreich. Richtlinie. Altstadt 30, 4021 Linz.
- Anderson T. (1996). *Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Bandoroff S., Scherer D.G. (1994). Wilderness family therapy: An innovative treatment approach for problem youth. *Journal of Child and Family Studies*, 3, 175-191.
- Barkmann C., Schulte.Markwort M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31, 278-287.
- Beatson G. (1988). *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische und epistemologische Perspektiven*. Frankfurt am Main: Surkamp.
- Beelmann A., Schneider N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 129-143.
- Bennett L.W., Cardone S., Jarczyk J. (1998). Effects of a Therapeutic Camping Program on Addiction Recovery: the Alonquin Haymarket Relapse Prevention Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 469-474.
- Berg D., Tisdale T. (2003). *Verhaltensauffälligkeiten bei Grundschulkindern. Eine elektronische Publikation einer epidemiologischen Studie*. Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Berg I.K. (1992). *Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch*. Dortmund: modernes lernen.
- Berking M. (2004). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. Dissertation. Mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultät. Universität Göttingen.
- Beutler L.E., Engle D., Mohr D., Daldrup R.J., Bergan J., Meredith K., Merry W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Beutler L.E., Machado P.P., Engle D., Mohr D. (1993). Differential patient by treatment maintenance cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 15-31.

- Bliesner T. (2010). Gewalttätige Jugendliche-Evaluation von Maßnahmen der Jugendstrafrechtspflege: Soziale Trainingskurse, Anti-Aggressions- bzw. Anti-Gewalt-Trainings. Landeskommision Berlin gegen Gewalt. Veröffentlichungen, Berliner Forum Gewaltprävention (BFG), 41, 149-157.
- Bloomquist M.L., Schnell S.V. (2002). Helping children with aggression and conduct problems. Best practices for intervention. New York: Guildford.
- Boeger A., Dörfler T., Schut-Ansteeg T. (2006). Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55, 181-197.
- Bortz J., Schuster Ch. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (7. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Brockmann J., Schlüter T. und Eckert J. (2003). Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. Eine vergleichende Untersuchung aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53, 163-170.
- Brunner E. J. (2002). Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Familientherapie und der Systemischen Organisationsberatung. Systema, 16, 239-248.
- Bundesgesetz vom 7. Juli 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) BGBl. I Nr. 98/2001
- BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE [BMFJF] (Hrsg.)(1997a). Forschungsprojekt – Endbericht. Beratung – Psychotherapie. Ein Projekt zur Bestandsaufnahme und Orientierung. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- Burg J.E. (2001). Emerging issues in therapeutic adventure with families. The Journal of Experiential Education, 24, 118-123.
- Burr W. (2001). Wozu brauchen wir eine systemische Kindertherapie. In Rotthaus W. (Hrsg.), Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Cason D., Gillis H.L. (1994). A meta-analysis of outdoor adventure programming with adolescents. Journal of Experiential Education, 17, 40-47.
- Clark G., Hops H., Lewinson P.M., Andrews J., Seeley J.R., Williams J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression. Prediction of outcome. Behavior Therapy, 23, 341-354.
- Crisp S., O'Donnel M. (1998). Wilderness Adventure Therapy in Adolescent Psychiatry. In C. Itin (Hrsg.). Exploring the boundaries of adventure therapy. Boulder: AEE.
- Cross D.R. (1999). The effects of an outdoor adventure program on perceptions of alienation and feelings of personal control among at-risk adolescents. Dissertation.
- Davis-Berman J., Berman D. (1994). Wilderness therapy. Foundations, theory & research Vol. 3. Dubuque: Kedall/Hunt.
- De Jong P., Berg I.K. (2003). Lösungen erfinden. Dortmund: modernes lernen.
- de Shazer S. (1989a). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- de Shazer S. (1989b). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- de Shazer S. (1992). Das Spiel mit Unterschieden. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

- Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. (2000). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttinge, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. (2008). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern, Göttinge, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Dirmaier J., Harfst T., Koch U., Schulz H. (2006). Therapy goals inpatient psychotherapy: Differences between diagnostic groups and psychotherapeutic orientations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 34-46.
- Döpfner M., Berner W., Lehmkuhl G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41, 221-244.
- Döpfner M., Lehmkuhl G. (2000). DISYPS-KJ. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. Verlag Hans-Huber.
- Döpfner M., Plück J., Bölte S., Lenz K., Melchers P. und Heim K. (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior-Checklist (CBCL / 4-18). 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Döpfner M., Plück J., Bölte S., Lenz K., Melchers P. und Heim K. (1998). Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Döpfner M., Schmeck K., Berner W. (1994). Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Eikenaes I., Gude T., Hoffart A. (2006). Integrated wilderness therapy for avoidant personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 275-281.
- Eschmann S., Häner Y.W., Steinhausen H.C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale. Übersicht und Forschungsnotwendigkeiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 270-279.
- FAMILIENBERATUNGSFÖRDERUNGSGESETZ [FBFG] (1997). Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die Förderung der Familienberatung BGBl. Nr. 80/1974, in der geltenden Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 734/1988 und BGBl. Nr. 130/1997.
- Furmann B. (2007). Ich schaffs!. Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden- Das 15-Schritte Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Fürst W., Teske W. (2005). Gruppe als Erfahrungsfeld für Kinder und Jugendliche. Festschrift anlässlich des 50 jährigen Jubiläums des Psychotherapeutischen Beratungsdienstes. Würzburg: Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
- Gass M. (1993). Adventure therapy. Therapeutic applications of adventure programming. Dubuque: Kedall/Hunt.
- Gillis H.L., Gass M.A. (2010). Treating Juvelines in a Sex Offender Program Using Adventure-Based Programming: A Matched Group Design. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 20-34.

- Gillis H.L., Speelman E. (2008). Are challenge (ropes) courses an effective tool? A meta-analysis. *Journal of Experiential Education*, 31, 111-135.
- Gilsdorf R. (2004). Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie (EHP).
- Goldbeck L. and Schmid K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (9), 1046-1054.
- Görtz A., Döpfner M., Nowak A., Bonus B. und Lehmkuhl G. (2002). Ist das Selbsturteil bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen hilfreich? *Kindheit und Entwicklung*, 11, 82-89.
- Grob A., Smolenski C. (2009). Fragenbogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. 2. aktualisierte Auflage. Bern : Verlag Hans Huber. Hogrefe AG.
- Groetzbacher H. (2010). Therapieziele definieren. Paternalistisch oder partizipativ? *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, 18(2), 119-126.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT), Part 1: Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12, 79-99.
- Grötzbach H. (2010). Therapieziele definieren. Paternalistisch oder partizipativ? *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, 18 (2), 119-126.
- Haken H. (1990). Erfolgsgeheimnis der Natur. Synergetik. Die Lehre vom Zusammenwirken. Berlin: Ulstein.
- Hans T. (2000). A meta-analysis of the effects of adventure programming on locus of control. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 33-60.
- Hargens J. (2004). Ziele und was so alles noch dazu kommt. Einige Anmerkungen und Gedanken zum Prozess des Ziele (er-)Findes. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 22, 179-183.
- Harper N.K., Russel K.C. (2008). Family involvement and outcome in adolescent wilderness treatment: A mixed-methods evaluation. *International Journal of Child & Family Welfare*, 1, 19-36.
- Hattie J., Marsh H.W., Neill J.T., Richards G.E. (1997). Adventure education and Outward Bound: Out-of-class-experiences that make a lasting difference. *Review of Educational Research*, 67, 43-87.
- Hawley K. and Weisz J. (2003). Child, Parent, and Therapist (Dis)Agreement on Target Problems in Outpatient Therapy. The Therapist's Dilemma and Its Implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 62-70.
- Herbert J.T. (1998). Therapeutic Effects of participating in an adventure therapy program. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41, 201-214.
- Hirschberg R. (2010). Auftragsfokussierte Gruppenkurztherapie mit Kindern und Jugendlichen. In Vogt M., Caby F. (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Dortmund: borgmann.
- Hirschberg R., Meyer B. (2010). Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie - Ergebnisse einer Evaluation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 89-100.
- Hirschberg R., Peiser A. (2006). Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1, 8-28.

- Hirschberg W. (1999). Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens. Ergebnisse und Katamnesen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48, 247-259.
- Hyer L., Boyd S., Scurfield R., Smith D., Burke J. (1996). Effects of Outward Bound experience as an adjunct to inpatient PTSD treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 263-278.
- Ihle W., Esser G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Initiative Outdoor Aktivitäten, Universität Wien, Universitätslehrgang, Integrative Outdoor-Aktivitäten®. (2009a). Arbeitsunterlagen zum Basisseminar.
- Initiative Outdoor Aktivitäten, Universität Wien, Universitätslehrgang, Integrative Outdoor-Aktivitäten®. (2009a). Arbeitsunterlagen zum Basisseminar.
- Initiative Outdoor Aktivitäten, Universität Wien, Universitätslehrgang, Integrative Outdoor-Aktivitäten®. (2009b). Handlungsorientierte Ansätze in der Persönlichkeitsentwicklung.
- Initiative Outdoor Aktivitäten, Universität Wien, Universitätslehrgang, Integrative Outdoor-Aktivitäten®. (2009c). Arbeitsunterlagen zum: Konzept Integrative Outdoor-Aktivitäten®
- Initiative Outdoor Aktivitäten, Universität Wien, Universitätslehrgang, Integrative Outdoor-Aktivitäten®. (2009d). Arbeitsunterlagen zum Seminar Gruppenprozesse erleben und erfahren
- Jakel S. (2008). Möglichkeiten und Grenzen von Outdoor Education für den therapeutischen Prozess verwaarloster Jugendlicher. Diplomarbeit. Zentrum für Sportwissenschaften und Universitätssport. Universität Wien.
- Jelalian E., Mehlenbeck R., Lloyd-Richardson EE., Birmaher V. and Wing RR. (2006). Pediatric Highlight. "Adventure therapy" combined with cognitive-behavioral treatment for overweight adolescents. *International Journal of Obesity*, 30, 31-39.
- Johnson J.J. (2009). Wirksamkeit von Gruppenbehandlungen bei Majorer Depression. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 45(3), 181-207
- Joormann J., Unnewehr S. (2002). Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (4), 284-290.
- Kazdin A.E., Siegel T.C., Bass D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management-training in the treatment of antisocial-behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 30, 733-747.
- Kelley M.P., Coursey R.D., Selby P.M. (1997). Therapeutic adventures outdoor: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric-Rehabilitation-Journal*, 20, 61-73.
- Kimball R.O., Bacon S.B. (1993). The wilderness challenge modell. In Gass M.A. (Hrsg.). *Adventure Therapy: Therapeutic applications of adventure programming*. S11-41. Dubuque, IA: Kendall-Hunt.
- Kienzl J., Ruthner-Mrkos R. (2009). Asperger & ADHS – die Möglichkeiten in der Gruppe interdisziplinär zu fördern. Fachtagung. Interdisziplinäre Therapiekonzepte bei Kindern und Jugendlichen. 3. Oktober 2009. St. Pölten.

- Kleist P. (2009). Das Intention-to-Treat-Prinzip. Schweizerisches Medizin-Forum, 9, 450-454.
- König O. (2010). Familiendynamik und Gruppendynamik. Gegenstand und Verfahren-Konvergenzen und Konkurrenzen. Familiendynamik, 35, 292-300.
- Kösters M. (2011). Der Einfluss der Übereinstimmung von Therapiezielen zwischen Patienten, Eltern und Therapeuten auf die Ergebnisqualität & der Einsatz der PsychoBaDo-KJ zur Therapieevaluation. Dissertation. Medizinische Fakultät Charité. Universitätsmedizin Berlin.
- Kreszmeier A.H. (1994). Das Schiff Noah. Dokumente einer therapeutischen Reise. Weitra: publication PN°1.
- Kupfer M., Rußmann A., Leithner T., Bleichner F., Beutel M. E. (2007). Vorsicht! Junge Männer oder: Eine vergessene und vernachlässigte Generation. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 43, 69-89.
- Kyriakopoulos A. (2011). How individuals with self-reported anxiety and depressions experienced a combination of individual counseling with an adventurous outdoor experience: A qualitative evaluation. Counselling and Psychotherapy Research, 11, 120-128.
- Lau M., Kristensen E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intramilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 116, 96-104.
- Lemmon J., LaTourette D., Hauver S. (1996). One year outcome study of outward bound experience on the psychosocial functioning of women with mild traumatic brain injury. Journal-of-Cognitive-Rehabilitation, 14, 18-23.
- Levold T. (1997). Affekt und System. Plädoyer für eine Perspektivenerweiterung. System Familie, 10, 120-127.
- Levold T. (1999). Systemische Selbsterfahrung. System Familie, 12, 170-179.
- Lipsey M.W., Landenberger N.A. (2006). Cognitive behavioral interventions. In Welsh B.C. and Farrington D.P. (Eds.). Preventing crime: What works for children, offenders, victims, and places (pp 57-70). Dodrecht: Springer.
- Ludewig K. (1991). Das Problemsystem. Eine Alternative zu den Konzepten medizinischer Psychopathologie und sozialwissenschaftlicher Devianz. Standpunkt:sozial, 1, 23-28.
- Ludewig K. (2001). Junge Menschen lügen nicht, Erwachsene dagegen sehr. Über den Umgang mit Selbstverständlichkeiten und Besonderheiten in der Therapie mit Jugendlichen. In Rotthaus W. (Hrsg), Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Luhmann N. (1984). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lutz K., Kleinrahm R., Kölch M., Fegert J.M. and Keller F. (2008). Development and psychometric evaluation of goal attainment scales designed to measure quality and change in pedagogical settings. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57 (4), 282-300.
- Luvaas E.L. (2010). Resilience and Youth-at-Risk: Challenge Courses as Interventions. Thesis. Faculty of California State University, Chico.
- Maturana H. R., Varela F. J. (1987). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Bern-München: Scherz.

- McLendon T., McLendon D., Petr C.G., Kapp S.A. and Mooradian J. (2009). Family-Directed Structural Therapy in a Therapeutic Wilderness Family Camp: An Outcome Study. *Social Work in Mental Health*, 7, 508-527.
- Mehl K., Wolf M. (2008). Erfahrungsorientiertes Lernen in der Psychotherapie. Evaluation psychophysischer Expositionen auf dem Hochseil im Rahmen eines multimethodalen stationären Behandlungskonzeptes. *Psychotherapeut* 53, 35-42.
- Melfsen S., Osterlow J., Beyer J., Florin I. (2003). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Trainings für sozial ängstliche Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (3), 191-199.
- Michler P., Wolter-Flanz A., Linder M. (2007). trEATit-Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (1), 19-39.
- Miksch A., Ochs M., Franck G., Seemann H., Vernes R. und Schweitzer J. (2004). Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53(4), 277-288.
- Minuchin S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Möller C. (2007). Gruppentherapie im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 589-603.
- Neidhardt F. (1983). Themen und Thesen zur Gruppensoziologie. In ders. (Hrsg.), *Gruppensoziologie. Perspektiven und Materialien*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 25, 12-34.
- Neill J. (2011a). Reviewing & Benchmarking Adventure Therapy Outcomes: Applications of Meta-analysis. Zugriff 7.7.2011 unter <http://wilderdom.com/adventuretherapie/AdventureTherapyBenchmarkingOutcomes.html>
- Neill J. (2011b). Outdoor Education Meta-analyses. Zugriff 7.7.2011 unter <http://wilderdom.com/research/ResearchReviewsMetaanalysis.html>
- Nestler J. and Goldbeck L. (2011). A pilot study of sozial competence group training for adolescents with borderline intellectual functioning and emotional and behavioral problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (2), 231-241.
- Nitkowski D., Petermann F., Büttner P., Krause-Leopoldt C., Petermann U. (2009). Behavior Modification of Aggressive Children in Child Welfare. Evaluation of a Combined Intervention Program. *Behavior Modification*, 33, 474-492.
- Nitsch J. R. (1986). Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. In: Gabler, H.; Nitsch J.R.; Singer, R.: *Einführung in die Sportpsychologie*. Schorndorf: Hofmann.
- Norton Ch. (2008). Understanding the Impact of Wilderness Therapy on Adolescent Depression and Psychosocial Development. *Illinois Child Welfare*, 4, 166-178.
- Orlinsky D.E. (1994). Learning from many masters. *Psychotherapeut*, 32, 2-9.
- Orlinsky D.E. and Howard K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In Bergin A.E. and Garfield S.L. (Hrsg.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3rd Edition, S. 311-381. New York: Wiley.
- Petermann F., Petermann U. (2000). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

- Petermann U., Nitkowski D., Polchow D., Pätel J., Roos S., Kanz F.-J., Petermann F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung* 16, 143-151.
- Pöcksteiner L. (2006). Möglichkeiten und Grenzen multifunktionaler Beratungszentren. Ein Beitrag zur Weiterentwicklung von geförderten Familienberatungsstellen zu multifunktionalen Familienkompetenzzentren. Masterthese. Zentrum für psychosoziale Medizin an der Donauuniversität Krems
- Poelmann K. (1999). Persönliche Ziele. Ein neuer Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 12, 14-20.
- Poehlmann K., Joraschky P., Petrowski K., Arnold B. und Rausch T. (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapeuten. Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 205-224.
- Pommier J.H., Witt P.A. (1995). Evaluation of an outward bound school plus family training program for the juvenile status offender. *Therapeutic Recreation Journal*, 29, 86-103.
- Pschyrembel W. (1994). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Ragsdale K.G., Cox R.D., Finn P., Eisler R.M. (1996). Effectiveness of Short-Term Specialized Inpatient Treatment for War-Related Posttraumatic Stress Disorder. A Role for Adventure-Based Counseling and Psychodrama. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 269-283.
- Rasch D., Kubinger K.D. (2006): *Statistik für das Psychologiestudium*. München: Elsevier Spektrum Akademischer Verlag.
- Remschmidt H., Mattejat R. (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, PP, 5, 219-225.
- Remschmidt H., Schmidt M., Poustka F. (2006). Weltgesundheitsorganisation. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. Bern: Hans Huber.
- Remschmidt H., Walter R. (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 18, 121-132.
- Retzer A. (2002). *PASSAGEN-Systemische Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzer A. (2004). *Systemische Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff R., Behr S., Rotthaus W., Schweitzer J. und von Sydow K. (2009). Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. *Familiendynamik*, 34, 284-295.
- Rhode P., Jorgensen J.S., Seeley J.R., Mace D.A. (2004). Pilot evaluation of the Coping Course. A cognitive-behavioral intervention to enhance coping skills in incarcerated youth. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 669-676.
- Rhode P., Seely J.R., Kaufmann N.K., Clarke G.N., Stice E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 80-88.
- Richardson DeHardt E. (1999). *Adventure-Based Therapy and Self-Efficacy Theory: Test of a Treatment Model for Late Adolescents with Depressive Symptomatology*. Dissertation. Virginia Polytechnic Institute and State University.

- Romi S., Kohan E. (2004). Wilderness Programs: Principles, Possibilities and Opportunities for Intervention with dropout Adolescents. *Child & Youth Care Forum*, 33, 115-136.
- Rotthaus W. (2001). Zur Einführung: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie- eine Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz. In Rotthaus W. (Hrsg), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Ruff W., Werner H. (1987). Das Therapieziel als Kriterium für die Prognose in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33 (3), 238-251.
- Russel K.C. (2002). Longitudinal Assessment of Treatment Outcomes in Outdoor Behavioral Healthcare. Idaho Forest, Wildlife and Range Experiment Station, College of Natural Resources, University of Idaho, Moscow. Technical Report 28.
- Russel K.C. (2003). An Assessment of Outcomes in Outdoor Behavioral Healthcare Treatment. *Child & Youth Care Forum*, 32, 355-381.
- Russel K.C. (2005). Two Years Later: A Qualitative Assessment of Youth Well-Being and the Role of Aftercare in Outdoor Behavioral Healthcare Treatment. *Child & Youth Care Forum*, 34, 209-239.
- Sack M., Lempa W., Lamprecht F. und Schmid-Ott G. (2003). Therapieziele und Behandlungserfolg. Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 63-73.
- Sack M., Schmid-Ott G., Lempa W. und Lamprecht F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele. Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45 (2), 113-127.
- Saleeby D. (2002). *The strengths perspective in social work practice* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Schlack R., Hölling H., Kurth B.M., Huss M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 817-835.
- Schlack R., Kurth B.M., Hölling H. (2008). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland-Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmedizin in Forschung und Praxis*, 13, 245-260.
- Schmitt A., Weckenmann M. F. (2009). Settingdesign in der (systemischen) Therapie mit Kindern. Teil I: Indikationen. *Familiendynamik*, 34, 74-91.
- Schneewind K. A. (1987). Familienentwicklung. In Oerter R., Montada L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 971-1014). Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Scholze M., de Waal H. (1995). *Systemische Familientherapie. Grundannahmen, Sichtweisen, Verfahren. Ihre Ausformung an der Lehranstalt für systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien für Berufstätige*. *Dialog Spezial* 1,95. *Dialog. Information Ehe und Familie*. Wien: Institut für Ehe und Familie

- Schöttke H., Sembill A., Eversmann J., Waldorf M. und Lange J. (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie-notwendig oder irrelevant? *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (4), 257-266.
- Seiffge-Krenke I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 185-205.
- Seitz W., Rausche A. (2004). Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren- PFK 9-14. Göttingen : Hogrefe-Verlag.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Ceccin G., Prata G. (1980). Hypothesisieren-Zirkularität-Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. *Familiendynamik*, 6, 123-139.
- Steinhausen H.C. (1996). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 3. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stevens B., Kagan S., Yamada J., Epstein I., Beamer M., Bilodeau M. and Baruchel S. (2004). Brief Report. Adventure Therapy for Adolescents With Cancer. *Pediatr Blood and Cancer*, 43, 278-284.
- Sundell K., Löfholm C.A., Gustle L-H., Hansson K., Olsson T., Kadesjö C. (2008). The Transportability of Multisystemic Therapy to Sweden. Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disorder Youths. *Journal of Family Psychology*, 22, 550-560.
- Sydow K., Behr S., Retzlaff R., Schweitzer J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Tschuschke V., Cramer A., Koemeda M., Schulthess P., von Wyl A., Weber R. (2009). Psychotherapieforschung - Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum*, 17, 160-176. Wien New York: Springer.
- Vogt-Hillmann M., Dreesen H., Eberling W. (1998). Zwischen Tiefpunkt und Höhepunkt: Skalieren von Unterschieden, die Unterschiede machen. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 16, 20-30.
- Voruganti L.P., Whatham J., Bard E., Parker G., Babbey C., Ryan J., Lee S., MacCrimmon D.J. (2006). Going beyond: An adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 575-580.
- Wagner E. (2011). Systemisches Arbeiten mit Gruppen. *Systemische Notizen*, 03/11, 6-14.
- Wagner E. (2010). Welche Theorie braucht die systemische Therapie? *Systemische Notizen*, 02/10, 4-16.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D.D. (1990). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Wedeking E., Georg G. (2010). Systemische Orientierungsmöglichkeiten in der Gruppenarbeit. *Familiendynamik*, 35, 302-309.
- Wendisch M. (1999). Therapieziele. Unterschiede im stationären und ambulanten Setting. In Ambuehl H. und Strauss B. (Hrsg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 293-317.
- Wilson S.J., Lipsey M.W. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: a meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23, 1-12.

- Winter S., Wiegard A., Welke M. and Lehmkuhl U. (2005). Evaluation with den "Psychotherapie Basisdokumentation" for children and adolescents: Psy-BaDo-KJ. A questionnaire for quality assurance and evaluation of psychotherapy for children and adolescents. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), 113-122.
- Wittmund B., Musikowski M., Schötz D. (2004). Veränderungsprozesse und systemische Gruppentherapie- die Sichtweise der Patienten. *Systema*, 18, 58-69.
- Wittmund B., Schötz D., Wilms U. (2001). Gruppentherapie mit reflektierendem Team im teilstationären und ambulaten Setting einer psychiatrischen Klinik. *Zeitschrift systemische Therapie*, 19, 4-10.
- Wolf M., Mehl K. (2011). Experiential Learning in Psychotherapy: Ropes Course Exposures as an Adjunct to Inpatient Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 60-74.
- Wollburg E. and Braukhaus C. (2010). Goal setting in psychotherapy. The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 488-494.
- Yalom I. D. (2010). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yalom I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy.* New York: Basic Books.
- Yeh M. and Weisz J. (2001). Why Are We \_Here at the Clinic? Parent-Child (Dis)Agreement on Referral Problems at Outpatient Treatment Entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 1018-1025.

## 6 Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1, Therapiesysteme Gruppe, Familie, Eltern.....	23
Abbildung 2: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder/Eltern im Zeitintervall T12.....	100
Abbildung 3: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder/Eltern im Zeitintervall T13.....	101
Abbildung 4: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder/Eltern im Zeitintervall T23.....	101
Abbildung 5: Bivariate Korrelationen Zielkohärenz Kinder-Eltern.....	103
Abbildung 6: Korrelation Zielkohärenz(Kinder)- CBCL(Eltern) .....	105
Abbildung 7: Korrelation Zielkohärenz(Eltern) - CBCL(Eltern).....	105
Abbildung 8: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern-CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T12.....	106
Abbildung 9: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern-CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T13.....	106
Abbildung 10: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T23.....	106
Abbildung 11: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T12.....	107
Abbildung 12: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T13.....	107
Abbildung 13: Streudiagramm Zielkohärenz Kinder- CBCL Gesamtauffälligkeit, Intervall T23.....	107
Abbildung 14: Korrelationen Zielkohärenz(Kinder)- DISYPS FBB .....	109
Abbildung 15: Korrelationen Zielkohärenz(Eltern)- DISYPS KJ FBB FBB .....	109
Abbildung 16: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS FBB Depressive Störung, Zeitintervall T12 .....	110
Abbildung 17: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS FBB Depressive Störung, Zeitintervall T13 .....	110
Abbildung 18: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS FBB Depressive Störung, Zeitintervall T23 .....	110
Abbildung 19: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS FBB Hyperkinetische Störung, Intervall T12 .....	111
Abbildung 20: Streudiagramm Zielkohärenz Eltern- DISYPS FBB Hyperkinetische Störung, Intervall T13 .....	111
Abbildung 21: Streudiagramm Zielkohärenz DISYPS FBB Hyperkinetische Störung, Intervall T23 .....	111
Abbildung 22: Korrelation(Kinder)- PFK 9-14 Sekundärfaktoren .....	113
Abbildung 23: Korrelationen Zielkohärenz(Eltern)- PFK 9-14 Sekundärfaktoren.....	113
Abbildung 24: Profildiagramm Zielkohärenz Kinder/Jugendliche .....	119
Abbildung 25: Profildiagramm Zielkohärenz Eltern.....	119
Abbildung 26: Profildiagramm CBCL Gesamtauffälligkeit .....	120
Abbildung 27: Profildiagramm CBCL Internalisierende Auffälligkeiten.....	120
Abbildung 28: Profildiagramm CBCL Externalisierende Auffälligkeiten.....	120
Abbildung 29: Profildiagramm DISYPS KJ FBB Hyperaktivität.....	123
Abbildung 30: Profildiagramm DISYPS KJ, FBB Impulsivität .....	123
Abbildung 31: Profildiagramm DISYPS KJ, FBB, Gesamtskala hyperkinetische Störung ..	123
Abbildung 32: Profildiagramm DISYPS KJ FBB, Gesamtskala autistische Störung.....	124

## 7 Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Testskalen .....	62
Tabelle 2: Stichprobe St. Pölten .....	68
Tabelle 3: Stichprobe St. Leonhard .....	69
Tabelle 4: Alter Kinder/Jugendliche (Stichtag 1.9.2010).....	73
Tabelle 5: CBCL Gesamtauffälligkeit (Elternbewertung) und psychosoziales Funktionsniveau (Therapeutenbewertung) , Gesamtstichprobe .....	73
Tabelle 6: YSR Gesamtauffälligkeiten, Selbstbewertung, Stichprobe St. Pölten .....	74
Tabelle 7: Gruppenthemen St. Leonhard.....	75
Tabelle 8: Gruppenthemen St. Pölten.....	80
Tabelle 9: Testdurchführung .....	86
Tabelle 10: Durchgeführte psychologisch-diagnostische Messungen.....	87
Tabelle 11: Reliabilität CBCL.....	92
Tabelle 12: Reliabilität YSR.....	92
Tabelle 13: Reliabilität YSR, Ergänzung Ausfälle durch ITT .....	93
Tabelle 14: Reliabilität DISYPS KJ, FBB .....	93
Tabelle 15: Reliabilität DISYPS KJ, SBB .....	94
Tabelle 16: Reliabilität Feel-KJ.....	95
Tabelle 17: Reliabilität PFK 9-14.....	96
Tabelle 18: Zielkohärenzen Kinder/Eltern Distanzmasse, Verhältnismasse, Mittelwerte .....	99
Tabelle 19: Häufigkeiten Zielkohärenz-Kinder in Gesamtstichprobe Intervall T12.....	99
Tabelle 20: Häufigkeiten Zielkohärenz-Kinder in Gesamtstichprobe Intervall T13.....	99
Tabelle 21: Häufigkeiten Zielkohärenz-Eltern in Gesamtstichprobe Intervall T12.....	100
Tabelle 22: Häufigkeiten Zielkohärenz-Eltern in Gesamtstichprobe Intervall T13 .....	100
Tabelle 23: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung .....	102
Tabelle 24: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung, Tabelle unter Ausschluß von Person 1 .....	102
Tabelle 25: Klassifizierung der Größe der Korrelationskoeffizienten .....	103
Tabelle 26: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst-, Elternfremdbeurteilung mit CBCL Skalen .....	104
Tabelle 27: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung mit DISYPS KJ FBB, Gesamtskalen Angststörung, depressive Störung, hyperkinetische Störung, Störung des Sozialverhaltens, autistische Störung.....	108
Tabelle 28: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung mit PFK9-14 Sekundärfaktoren.....	112
Tabelle 29: Bivariate Korrelation n. Pearson für Zusammenhang Zielkohärenz Kinderselbst- und Elternfremdbeurteilung mit Feel-KJ Sekundärskalen.....	114
Tabelle 30: Multiple Regression Zielkohärenz-Kinder mit CBCL Ängstlich-Depressiv, PFK 9-14 FII-3 (Klammerwerte zeigen Ergebnisse unter Ausschluss von Person 1 und Kind 3).....	116
Tabelle 31: Multiple Regression Zielkohärenz Eltern mit CBCL Aufmerksamkeitsprobleme, CBCL Sozialer Rückzug, DISYPS Gesamtskala Depressive Störung und PFK FII-2 .....	117
Tabelle 32: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwertwiederholung samt Effektstärkenberechnung, Signifikanzniveau $\alpha=0,05$ .....	118
Tabelle 33: Effektstärken der eingesetzten Messinstrumente .....	129
Tabelle 34: Zusammenstellung signifikanter Korrelationskoeffizienten und signifikanter Mittelwertunterschiede .....	130

Tabelle 35: Qualitative Beschreibungen d. Stichprobe .....	132
Tabelle 36: Kategorisierung Hauptprobleme, Diagnosen (Achse I: psychische Störung gem. ICD 10, Achse II: Verzögerung d. Entwicklung gem. ICD 10, Achse VI: Globalbeurteilung der psycho-sozialen Anpassung), Problemkontexte, Fähigkeiten nach Berner Inventar für Therapieziele .....	138
Tabelle 37: Generalisierung BIT, Diagnosen und Hauptprobleme, günstige Entwicklungen	143
Tabelle 38: Generalisierung BIT, Diagnose und Hauptprobleme, Verbesserung gefolgt von krisenhafter Entwicklung.....	144
Tabelle 39: Generalisierung BIT, Diagnosen und Hauptprobleme, stagnierende Entwicklungen.....	145
Tabelle 40: Zielkohärenz Eltern Kind 1 .....	149
Tabelle 41: CBCL T-Werte Kind 1 .....	149
Tabelle 42: DISYPS KJ FBB Kind 1 .....	149
Tabelle 43: Zielkohärenzen Kind 1 .....	150
Tabelle 44: Feel-KJ, T-Werte Kind 1 .....	150
Tabelle 45: PFK 9-14, T-Werte, Kind 1 .....	151
Tabelle 46: CBCL, T-Werte, Kind 4 .....	153
Tabelle 47: DISYPS KJ FBB, Kind 4 .....	153
Tabelle 48: Zielkohärenzen Vater, Großmutter von Kind 4.....	154
Tabelle 49: Zielkohärenz Kind 4 .....	154
Tabelle 50: Feel-KJ, T-Werte, Kind 4 .....	155
Tabelle 51: PFK 9-14, T-Werte, Kind 4.....	155
Tabelle 52: Zielkohärenzen Person 1, Mutter .....	157
Tabelle 53: CBCL, T-Werte, Person 1 .....	157
Tabelle 54: YSR, T-Werte, Person 1 .....	158
Tabelle 55: DISYPS FBB (Mutter), Person 1 .....	158
Tabelle 56: DISYPS SBB Selbstbewertung Person 1 .....	158
Tabelle 57: Zielkohärenzen Person 5 und Mutter .....	160
Tabelle 58: CBCL, T-Werte, Person 5 .....	160
Tabelle 59: YSR, T-Werte, Person 5 .....	160
Tabelle 60: DISYPS KJ FBB, Fremdbewertung Mutter Person 5 .....	161
Tabelle 61: DISYPS KJ SBB, Selbstbewertung Person 5.....	161
Tabelle 62: Feel-KJ, T-Werte, Person 5 .....	162
Tabelle 63: PFK 9-14, T-Werte, Person 5 .....	162
Tabelle 64: Eingangsdaten, qualitative Veränderungen, ausgewählte quantitative Veränderungen.....	163

## 8 Abkürzungsverzeichnis:

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BGBL	Bundesgesetzblatt
BIT-T (4.0)	Berner Inventar für Therapieziele
CBCL	Child Behavior Checklist
DISYPS-KJ FBB	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV Fremdbeurteilungsbogen

DISYPS-KJ SBB	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV Selbstbeurteilungsbogen
D	Distanz
D1K, D1E	Distanz zu T1-Kinder, Distanz zu T1-Eltern
FII0-4, FII	Faktor 2. Ordnung (in PFK 9-14)
Feel-KJ	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulierung bei Kindern und Jugendlichen
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ITT	Intention-to-Trait
KM, KV, GM	Kindesmutter, Kindsvater, Großmutter
KI	Kritisches Intervall
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
M, SD	Mittelwert, Standardabweichung
MO	Motive (in PFK 9-14)
N	Anzahl
NÖ, OÖ	Niederösterreich, Oberösterreich
P5KM, K4GM, P1...P6, K1...K6	Person 5 Kindesmutter, Kind 4 Großmutter, Person 1...Person 6, Kind 1...Kind 6
p	Wahrscheinlichkeit
PFK 9-14	Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14
R	Multipler Korrelationskoeffizient
Rtt	Test-Retest-Reliabilität
SB	Selbstbild-Aspekte (in PFK 9-14)
SLF, SP, MB	St. Leonhard/Forst, St. Pölten, Männerberatung
T1, T2, T3	Zeitpunkt Beginn, Ende, Follow Up
T12, T13, T23	Zeintintervall Prä-Posttest, Prä-Follow Up Test, Post-Follow Up Test
VS	Verhaltensstile (in PFK 9-14)
YSR	Youth-Self-Report
ZKH-E	Zielkohärenz-Eltern
ZKH-K	Zielkohärenz-Kinder

## 9 ANHANG:

Auftragsklärungsbogen

Informationsblatt Gruppe St. Leonhard/Forst

Informationsblatt der Burschengruppe der Männerberatung St. Pölten

Elterinformation Untersuchung

Übersicht Forschungsarbeiten

Tabellen Gruppenvergleiche st.Pölten-St. Leonhard

Tabellen Statistische Analyse: Zusammenhangshypothesen

Tabellen Statistische Analyse: Unterschiedshypothesen

Lebenslauf Paul Hemmelmayr

### 9.1 Auftragsklärungsbogen (Version 22.8.10):

<b>K</b>	<b>1</b>	Ich heiße..
<b>K</b>	<b>2</b>	Ich bin..
<b>E</b>	<b>3</b>	Das Problem meines Kindes ist. Mutter: Vater:
<b>E</b>	<b>4</b>	Welche Fähigkeiten sollte mein Kind/Jugendlicher erlernen, um das Problem zu überwinden (Elternmeinung)? Mutter: Vater:
<b>K</b>	<b>5</b>	Mein Problem ist..
<b>K</b>	<b>6</b>	Welche Fähigkeit möchte ich nach 7 Gruppentreffen zuerst erlernt haben, um das Problem zu überwinden? (Auswahl und Einigung Eltern-Kind/Jgdl)
<b>K</b>	<b>7</b>	Welchen Nutzen, welchen Vorteil hat die Fähigkeit für mich?
<b>K</b>	<b>8</b>	Welchen Nachteil kann es haben, wenn ich die Fähigkeit erlerne?
<b>K</b>	<b>9</b>	Was für einen Namen würde ich der Fähigkeit geben?
<b>K</b>	<b>10</b>	Beschreibe es bitte und zeige es uns, wie du dich verhalten wirst, wenn du die Fähigkeit erlernt hast?
<b>K</b>	<b>11</b>	Welche Menschen könntest du bitten, deine Helfer zu werden?
<b>K</b>	<b>12</b>	Woran merken die Menschen deiner Umgebung, dass du die Fähigkeit gerade lernst? Woran merken die Menschen deiner Umgebung, dass du die Fähigkeit erlernt hast?
<b>K</b>	<b>13</b>	Was wünsche ich mir von der Gruppe? Was möchte ich bekommen?
<b>K</b>	<b>14</b>	Was wünsche ich mir nicht in der Gruppe?
<b>K</b>	<b>15</b>	Was bin ich bereit, den anderen in der Gruppe zu geben?
<b>K</b>	<b>16</b>	Wieviel Kraft will ich einsetzen, dass ich die Fähigkeit erlerne? (1= gar keine, 10= sehr, sehr viel)

## **Psychotherapeutische Kindergruppe mit integrativen Outdoor Elementen**

### **Ziele:**

- soziales Lernen in der Gruppe
- Eigenverantwortung üben
- Entscheidungen in herausfordernden Situationen erleben und üben
- Selbstbewusstsein stärken

### **Methode:**

Die Psychotherapie mit integrativen Outdoor Elementen nutzt Gruppen- und Einzelerfahrungen in der Natur, um die Persönlichkeit und soziale Kompetenzen zu entwickeln und zu stärken. Es müssen einzeln aber auch gemeinsam diverse Aufgaben und Herausforderungen bewältigt werden, die danach mittels verschiedener Reflexionsmethoden in den Alltag transferiert werden sollen.

### **Voraussetzung der Teilnahme:**

Die Kinder müssen 3 Stunden in Bewegung sein und längere Wegstrecken zu Fuß zurücklegen können – wir fahren nicht mit dem Auto!

### **Auswahl der Teilnehmer:**

Wir behalten uns vor, die Gruppe nach Alter und Bedürfnislage der Teilnehmer entsprechend zusammenzustellen.

Dazu ist ein Vorgespräch notwendig, welches am Mo 27. 09. 2010 und Mo 11.10.2010 stattfindet und pro Teilnehmer (und seiner Eltern) rd. eine Stunde dauern wird. Der konkrete Zeitpunkt wird dazu mit jeder Familie einzeln im Zeitraum von 15:00 – 19:00 Uhr vereinbart.

### **Typischer Ablauf eines Gruppentermins:**

Treffpunkt im Ambulatorium: pünktlich um 15:00 Uhr und anschließendes gemeinsames Gehen zum Zielort.

Aktivitäten an den Zielorten: freies Spiel, 1 bis 2 erlebnispädagogische Aktivitäten/Angebote in der Natur, Jausenpause, Nachreflexion des Erlebten

Rückkunft: 18:00 Uhr → Abholen der Kinder durch die Eltern vom Ambulatorium

### **Der Herbsdurchgang der Kindergruppe wird diesmal untersucht.**

Informationen dazu finden sie im mitgesendeten Elterninformationsblatt. Die Untersuchung braucht natürlich ihre Zustimmung und ist freiwillig.

### **Leitung:**

DI Paul Hemmelmayr, Psychotherapeut  
DSA Marion Leitgeb, Sozialarbeiterin

### **9.3 INFORMATIONSBLATT DER BURSCHENGRUPPE DER MÄNNERBERATUNG ST. PÖLTEN**

#### **Männerberatung:**

Träger der Männerberatung ist Rat und Hilfe, eine Einrichtung der Caritas der Diözese St. Pölten

#### **Rahmen und Auftragsbedingungen:**

##### **Zielgruppe:**

Burschen zwischen 10 und 18 Jahren

Burschen, welche freiwillig kommen wollen, mit ihren Themen, Mustern, Zielen, mit unterschiedlichen Lernbedürfnissen (zB. sozialen Schwierigkeiten), in unterschiedlicher körperlicher, emotionaler, kognitiver und sozialer Entwicklung, Burschen in ihrer sich entwickelnden Männlichkeit mit unterschiedlichen Bedürfnissen nach Sicherheit, Aufmerksamkeit, Respekt, Sinn, Integrität, mit unterschiedlichen körperlichen, emotionalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen, welche sich mit der Gruppe der Gleichaltrigen und uns Begleitern in Bezug setzen wollen.

Aufgrund der Informationen des Aufnahmegesprächs stellen wir passende Gruppen zusammen. Wir behalten uns vor, aufgrund eines hohen Grades an Verhaltensauffälligkeiten, psychiatrischen Auffälligkeiten, geringer Reflektionsfähigkeit kein Gruppenangebot zu stellen.

##### **Teilnehmerkompetenz:**

Mindestmaß an Reflektionsfähigkeit, Freiwilligkeit (wir arbeiten nicht mit Burschen, welche unter Zwangsandrohungen kommen müssen).

##### **Auftrag, Ziele:**

Erstgespräch gemeinsam mit Eltern/Erziehungsberechtigte und Burschen

Entwicklung individueller Lernziele in der Gruppe

Bereitstellen eines von uns zwei Männern begleiteten Entwicklungsraumes, welcher zu Beginn und am Ende eng mit den Eltern kooperiert (bzw. Burschen gemeinsam mit Eltern auch Rückmeldungen gibt), in der Arbeitsphase aber primär die Gruppe der Burschen unser Bezugssystem darstellt.

Wir behalten uns aber vor, bei speziellen Indikationen (Gewalt, große Schwierigkeiten im Bezugssystem,...) auch zu Familiengesprächen einzuladen.

##### **Familien/Erziehungsberechtigte als Kooperationspartner:**

Da mit der Familie ein Vertragsverhältnis entsteht, verstehen wir uns als gleichwertige und autonome Partner.

Wir können Sanktionen für Fehlverhalten nicht ersetzen (= Verantwortung der Familie/Erziehungsberechtigte, Schule).

Die Männerberatung kann strukturelle Mängel in Familien und Schulen sowie fehlende Väter und männliche Lehrer nicht ersetzen.

##### **Verschwiegenheit:**

Grundsätzlich keine Verschwiegenheit d.h. Transparenz zwischen Burschen- und Elternsystem; aber Verschwiegenheit von Männerberatern, Burschen und Eltern nach außen verpflichtend !!

##### **Ort, Umgebung:**

Passend zu den Themen der Einzelnen und der Gruppe suchen wir als Leitung passende Räume oder nutzen den Freiraum in der Natur. Wir treffen uns immer in der Männerberatung und gehen dann meist

in den Kaiserwald oder arbeiten zB. auch gemeinsam im Hallenbad. Weiters können gemeinsame Erlebnistage (zB Hochseilgarten, Zeltplatz,...) vereinbart werden.

#### **Sicherheit:**

Aktivitäten werden von uns sichernd angeleitet und begleitet.

Wir behalten uns vor, bei Grenzverletzungen jeder Art oder bei Gefahr psychischer Verletzungen einzugreifen

#### **Transfer:**

Erstgespräch gemeinsam mit Eltern/Erziehungsberechtigten und Buben, Erarbeitung der Lernziele, Elterngespräch, Abschlussabend gemeinsam mit Elterngruppe und Burschengruppe, abschließendes Familiengespräch.

Die Männerberatung bietet den Eltern/Erziehungsberechtigten eine männliche Außensicht, wir verstehen uns als Ideengeber und Beobachter und geben Rückmeldungen. Wir maßen uns aufgrund der Autonomie der Familien nicht an, Rezepte zu geben.

Die Familie ist verantwortlich für die Fortführung und Umsetzung unserer Ideen.

Wir unterstützen die Besprechung schwieriger Themen.

Die Männerberatung erstellt grundsätzlich keine schriftlichen Berichte, Diagnosen oder Gutachten über die Gruppenarbeit.

#### **Funktionsverständnis:**

##### Funktion Männerberater:

Verantwortlich für Erstellen von Vereinbarungen (Zeiten, Orte, Organisation, Regeln, Sicherheit)

Einhaltung von Vereinbarungen bzw. Thematisierung von Veränderung

Aufgrund von Elternanliegen und Burschenanliegen geben wir Unterstützung bei Erarbeitung der Lernziele

Erarbeitung von Individual – und Gruppenhypothesen

Verantwortlich für zielorientierte (aufgrund Lernzielen und Hypothesen) Angebote, die den Burschen Lernen ermöglichen soll

Auseinandersetzung mit Rückmeldungen von Burschen und Eltern bezüglich Passung der Angebote

Anbieten einer professionell reflektierten Beziehung

Wahrung der Verschwiegenheit nach außen unter Wahrung der gesetzlichen Meldepflichten (akute Kindeswohlgefährdung)

##### Funktion Burschen:

Nutzung und Verantwortung übernehmen für eigenes Lernen

Erarbeitung von Lernzielen und Übernahme von Verantwortung dafür

Verantwortung für inhaltliche Füllung der Lern-Aufgaben

Einhaltung von Vereinbarungen bzw. Thematisierung von Veränderung

Rückmeldung an Männerberater, wenn Angebote keine persönlichen Lernmöglichkeiten bieten

Verschwiegenheit außerhalb der Familie wahren

##### Funktion Eltern/Erziehungsberechtigte:

Zustimmung zur Begleitung der Burschen durch die Männerberatung

Einhaltung von Vereinbarungen bzw. Thematisierung von Veränderung (Zeit, Ort, Kostenbeitrag,...)

Rückmeldung an Männerberater, von in Bezug auf das Lernziel bedeutsamen

Geschehnissen/Entwicklungen

Formulieren eines Veränderungsanliegens, Beobachtungen und Wahrnehmungen von Veränderungen der Burschen außerhalb der Treffen, Unterstützung für die Entwicklung hin zu den Lernzielen geben

Zustimmung zu den Lernzielen

Sich mit Rückmeldungen der Männerberater auseinandersetzen  
 Verschwiegenheit außerhalb der Familie wahren  
 Grundsätzliche Bereitschaft, die eigene Elternrolle zu reflektieren

**Grundannahmen:**

**Menschenbild (unsere Grundhaltungen):**

- Unbedingte positive Beachtung
- Wertschätzung und Empathie
- Respekt, Neugier, Neutralität
- Kontaktbereitschaft (verbal, non-verbal, körperlich)
- Offenheit für das Hier und Jetzt
- Offenheit für kommunikative Angebote
- Ermutigung zu eigener Meinung
- Die eigenen Anteile zeigen (Verletztheit, Betroffenheit,..)
- Unsere Wahrnehmungen mitzuteilen
- Unser wertschätzender, respektvoller, vertrauter Umgang als Männer
- Gefühle ansprechen
- Rahmen gemeinsam abstecken, Regeln einfordern, Grenzen setzen
- Verschwiegenheit
- Auf unsere eigene Befindlichkeit und die des Partners achten (Freiraum, Grenzen)

**Gesellschaftspolitische Orientierung:**

Die Burschengruppe ist ein Ort, an dem Burschen unterschiedlicher sozialer Schichten und unterschiedlicher Ausbildungsniveaus miteinander lernen können.

**Begleiter der Burschengruppe:**

Telefon: 0676/838 44 7376, 02742 35 35 10 35, e-mail: maennerberatung@ratundhilfe.net

<b>Name:</b>	<b>STEINER Martin</b>
Ausbildungen:	Dipl. Lebensberater Supervisor
Beratungsschwerpunkte:	Kinder- und Jugendliche ab 12 Jahren Kinder- Jugendliche und deren Familien
Berufserfahrungen:	Leitung Männerberatung SFH (Sozialpädagogische Familienhilfe) Arbeit in Schulen mit SchülernInnen und LehrerInnen Arbeit mit Burschengruppen Betreuer in einer Jugend-WG Trainer in diversen AMS-Kursen (Jugendliche, Ältere Menschen) Mitarbeit in der KJA (Kinder-u.Jugendanwaltschaft)
Privat:	Verheiratet, Vater von zwei Kindern

<b>Name:</b>	<b>DI HEMMELMAYR Paul</b>
Ausbildungen:	Psychotherapeut systemische Familientherapie Universitätslehrgang integrative Outdooraktivitäten Wasserwirtschaftler
Beratungsschwerpunkte:	Arbeiten mit allen psychischen Störungsbildern

		Arbeit mit Kinder- Jugendliche und deren Familien
Berufserfahrungen:		SFH (Sozialpädagogische Familienhilfe)
		Psychotherapeutische Arbeit mit entwicklungsverzögerten, verhaltensauffälligen Kindern in freier Praxis St. Pölten, Lilienfeld und im Ambulatorium St. Leonhard/Forst
		Koordinator - Burschenfachteam
		Arbeit in Schulen mit SchülernInnen und LehrerInnen
		Arbeit mit Burschengruppen
Privat:		Verheiratet, Vater von drei Kindern

## 9.4 Elterninformation Untersuchung

### Elterninformationsblatt

#### für die Untersuchung

zum Einsatz von handlungsorientierter Methoden (anhand des Konzeptes der „Integrativen Outdoor Aktivitäten“) in der Systemischen Familientherapie und Beratung am Beispiel der Burschengruppe der Männerberatung St. Pölten

#### **Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte!**

Die geplante Untersuchung ist Teil einer Masterarbeit im Rahmen des Universitätslehrganges Integrative Outdoor-Aktivitäten® (MSc) an der Universität Wien unter der Lehrgangsbegleitung von Univ.-Prof. Dr. Günter Amesberger und wird von DI Paul Hemmelmayr durchgeführt.

Er wird dabei maßgeblich von Martin Steiner unterstützt. Die Untersuchung wird im Rahmen der Männerberatung von Rat und Hilfe der Caritas der Diözese St. Pölten durchgeführt.

#### **Allgemeine Informationen und Ziele der Untersuchung:**

Die Burschengruppe der Männerberatung St. Pölten unter der Leitung von DI Paul Hemmelmayr und Martin Steiner wurde im Jänner 2008 erstmals gestartet und wird im Herbst 2010 ihren 6. Durchgang erleben.

Der bisher angewendete handlungsorientierte Zugang in der Gruppenarbeit soll nun im Herbst wissenschaftlich untersucht werden.

Ziel ist die Erarbeitung von psychotherapeutischen Diagnose- und Entscheidungskriterien zum Angebot, zum Einsatz und zum Nutzen bei beraterischen bzw. psychotherapeutischen Kinder- und Jugendlichengruppen.

Im besonderen soll die Veränderung der Verinnerlichung des angestrebten Lernziels im Laufe des beraterischen Prozesses der Kinder und Jugendlichen untersucht werden.

#### **Durchführung und Ablauf der Untersuchung:**

- Vorgespräch, an welchem Familie und Kind/Jugendlicher teilnimmt, wobei der Auftrag und das angestrebte Lernziel erarbeitet werden.
- Diagnostische Phase zu Beginn und am Ende der Gruppenarbeit (insgesamt 3 Termine), wo standardisierte psychometrische Tests durchgeführt werden.
- Erhebung der Einschätzung der Eltern über das Verhalten ihrer Kinder und Jugendlichen am Beginn und am Ende mittels Fragebogen

- Durchführung einer externen, von der Gruppenleitung unabhängigen klinisch-psychologische Diagnostik, um so eine außenstehende Sichtweise einfließen lassen zu können.
- Elterngespräch etwa in der Hälfte der Gruppen-Arbeitsphase.
- Die Gruppe selbst wird 7 Termine in 14 tägigem Abstand im Herbst/Winter 2010/11 beanspruchen, wobei der letzte Outdoor-Termin gemeinsam mit den Eltern stattfinden wird.
- Abschließendes gemeinsames Familiengespräch, wo die Erreichung des Lernziels überprüft wird.

### **Welche Daten werden erfasst und was passiert damit?**

Zur Erfassung der Informationen der Vor-, der Eltern- und der Familiengespräche ist eine Videodokumentation vorgesehen.

Zur Erfassung der Informationen der Gruppenarbeit ist neben der schriftlichen Aufzeichnung der Beobachtungen und Hypothesen der Leiter, auch eine Tonaufnahme der Gruppenreflexionen vorgesehen.

Verwendung des Befundes der klinisch-psychologischen Untersuchung.

### **Verwendete psychologische Tests und Einschätzungen:**

- **Child Behavior Checklist (CBCL)** für Kinder und Jugendliche im Alter von 4--18 Jahren erfasst die Einschätzungen von Eltern hinsichtlich der Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder.
- **YSR** (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b). Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden und ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut.
- Das **DISYPS-KJ** Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV ist ein Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen gemäss ICD-10 und DSM-IV und wird in der Form von Eltern- und Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen verwendet werden.
- **Feel KJ, Diagnostik der Emotionsregulation:**  
Der Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) erfasst mehrdimensional und emotionsspezifisch Emotionsregulationsstrategien für die Emotionen Angst, Trauer und Wut.
- **Psychometrische Erfassung der familiären Umgebung:**  
**GARF-Skala** (Global Assessment of Relational Functioning Scale), **Instrument zur** Erfassung des Funktionsniveaus des Beziehungsumfeldes in dem das Kind, der Jugendliche lebt und in dem Probleme auftreten.

### **Wird meine Teilnahme vertraulich behandelt?**

Die aus der Untersuchung gewonnenen Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht gem. Familienberatungsförderungsgesetz §2 Z 8 bzw. Psychotherapiegesetz § 14,15 BGBl.Nr. 361/1990. Überdies haben nur die Gruppenleiter Zugang zu den Daten, in denen der Name aufscheint

Die schriftlichen psychologischen Tests werden elektronisch erfasst und die Daten dabei anonymisiert. In der Masterarbeit werden die untersuchten Kinder/Jugendlichen/Eltern/ Erziehungsberechtigten namentlich nicht genannt, sowie örtliche Bezüge verfremdet, sodaß eine Wiedererkennung vermieden wird. Das gleiche gilt für den Fall einer wissenschaftlichen Publikation.

Sollten Sie nach erfolgter Untersuchung aus irgendeinem Grund die Zustimmung zur Verwendung der Daten widerrufen wollen, können Sie das innerhalb eines Monats nach Abschluß der Untersuchung durch ein formloses Schreiben an den Verfasser der Untersuchung machen. Die Unterlagen werden dann vernichtet.

### **Was geschieht mit meinem Kind, wenn wir daran teilnehmen?**

Die Arbeit in der Gruppe erfolgt gemäß dem Konzept der Burschengruppe der Männerberatung St. Pölten. Dieses Konzept wurde seit 2008 ständig weiterentwickelt und wird Ihnen im Zuge der schriftlichen Einladung zur Gruppe nach dem Vorgespräch zugesandt.

### **Nebeneffekte der Untersuchung?**

Zusätzliche zeitliche Belastung durch die Testung; die Kosten erhöhen sich durch die Untersuchung nicht, da sie sich auf die auch bisher übliche Gruppen- und Elternarbeit beziehen.

### **Nachteile oder Risiken der Teilnahme? Was geschieht, wenn etwas schlecht verläuft?**

Abzuschätzende Risiken und Nebenwirkungen der Gruppenarbeit werden aufgrund der sich darstellenden Problematik im Erstgespräch diskutiert und stellen eine wichtige Grundlage für Ihre Einwilligung in die Beratung dar.

Es ist wichtig, dass Sie bei Problemen mit der Untersuchung, Irritationen oder Dingen die Sie nicht verstehen, den Leiter der Untersuchung kontaktieren und gemeinsam die Sache klären.

### **Vorteile der Teilnahme?**

Die Untersuchung verwendet durch die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Dokumentation (Tests, Video- und Tonbandaufzeichnungen, klinisch-psychologische Diagnostik) ein Mehr an Aufmerksamkeit für die Analyse Ihres Kindes/Jugendlichen. Dieses Mehr an zeitlicher Aufmerksamkeit, müsste sich in passgenaueren Lernangeboten bei der Gruppen-, Eltern- und Familienarbeit widerspiegeln.

### **Was geschieht, wenn die Untersuchung beendet ist?**

Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert abgelegt.

### **Freiwilligkeit der Teilnahme:**

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Wir möchten Sie mit diesem Schreiben noch einmal darauf hinweisen, dass der/die UntersuchungsteilnehmerIn Ihr Kind/Jugendlicher ist. Wir möchten Sie daher bitten, nur im Einverständnis und Interesse Ihres Kindes/Jugendlichen einer Teilnahme zuzustimmen. Die erhobenen Daten werden vertraulich und anonym behandelt. Sie und Ihr Kind/Jugendlicher haben jederzeit das Recht auch ohne Angaben von Gründen und auch nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung aus der Untersuchung auszusteigen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Nach Abschluss der Untersuchung werden wir Ihnen gerne ausführlich über die Ergebnisse Auskunft erteilen.

### **Was geschieht mit den gewonnenen Resultaten dieser Untersuchung?**

Die Resultate werden

- a) zur Erstellung der Masterarbeit verwendet
- b) dienen der Weiterentwicklung der Burschenarbeit der Männerberatung St. Pölten
- c) dienen der Auseinandersetzung und damit Weiterentwicklung in der interessierten bzw. wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit aus den Bereichen Burschenarbeit, der systemischen Psychotherapie und handlungsorientierter Lernmethoden.

**Schriftliche Einverständniserklärung der Eltern des Kindes/Jugendlichen zur Teilnahme an der empirischen Untersuchung** zum Einsatz von handlungsorientierter Methoden (anhand des Konzeptes der „Integrativen Outdoor Aktivitäten“) in der Systemischen Familientherapie und Beratung am Beispiel des Gruppenangebotes für Kinder und Jugendliche

**Bitte geben Sie die ausgefüllte und unterschriebene Seite 4 der Elterninformation ihrem Kind/Jugendlichen wieder mit! Sie erhalten das Blatt 4 als Kopie zurück !**

**Einverständniserklärung:**

Ich habe die Elterninformation gelesen und bin mit der Teilnahme meines Kindes/Jugendlichen an dieser Untersuchung einverstanden. Ich gebe hiermit freiwillig meine Zustimmung.

Wohnort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Person, der die Obsorge über das minderjährige Kind/Jugendlichen zusteht: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Person, der die Obsorge über das minderjährige Kind/Jugendlichen zusteht:

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Namen des für die Untersuchung Verantwortlichen:**

DI Paul Hemmelmayr, Psychotherapeut, Hollausplatz 2, 3160 Traisen, 0699 11 39 32 51

Unterschrift des für die Untersuchung Verantwortlichen

\_\_\_\_\_

## 9.5 Übersicht Forschungsarbeiten

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
Hirschberg und Meyer (2010)	82 Kinder und Jugendliche Durchschnitt 10,7 Jahre, Dominanz F9x, Diagnostisch heterogene Gruppen	1 Auftragsklärungsgespräch 10 Gruppen-treffen a 75 Min 2 Eltern-gespräche	kinder- und jugend-psychiatrischer Praxis in Hildesheim, Deutschland	ambulante systemisch orientierte Kinder- und Jugendlichen Gruppenpsychotherapie in Co-Leitung	Testung zu Beginn und 3 Monate nach Abschluss, keine Kontrollgruppe, keine Randomisierung	Child Behavior Checklist (CBCL 4-18)	Signifikante Mittelwertunterschiede Gesamtskala, externalisierende und internalisierende Störungen (T-Test für verbundene Stichproben $\alpha$ -Niveau 0,05) für die Gruppe auffälliger Kinder (CBCL t-Werte zwischen 64-70) und sehr auffälliger Kinder (CBCL t-Werte zwischen 71 und 80). Keine signifikanten Unterschiede wurden für die Gruppe der unauffälligen Kinder (CBCL t-Werte bis 63) erhalten.
Hirschberg und Peiser (2006)	127 Kinder, Altersdurchschnitt 11 Jahre, ICD-10: Dominanz F9x, F8x, F4x, F3x, F84 Diagnostisch heterogene Gruppen	3 Elternberatungstermine vor Gruppenbeginn 10 Gruppen-treffen 2 Eltern-gespräche	kinder- und jugend-psychiatrischer Praxis in Hildesheim, Deutschland	ambulante systemisch orientierte Kinder- und Jugendlichen Gruppenpsychotherapie in Co-Leitung	Nachbefragung von 65 Kindern 60 Müttern und 31 Vätern	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlungsqualität (FBB von Mattejat und Remschmitt 1998)	Wichtiges Ergebnis ist, dass Familien in denen Elternberatung neben der Gruppentherapie stattfand, die Gruppentherapie durchgehend positiver bewerteten, als Familien die keine Elternberatung in Anspruch genommen haben. In der Untersuchung wird der Zusammenhang des Urteiles der Eltern und der Kinder auf Itemebene in signifikanter Korrelation sichtbar
Miksch, Ochs, Franck, Seemann, Vernes und Schweitzer (2004)	Kinder mit primären Kopfschmerzen			ressourcen- und lösungsorientiertes ambulantes Gruppen- und Familienbehandlungsprogramm	Familieninterviews von 39 Familien	Qualitative Auswertung (induktive Kategorienbildung)	Die Studie beschäftigte sich mit der Frage, welche Ressourcen im Umgang mit Kopfschmerzen Kinder und Jugendliche und ihre Familien neu entdecken und weiterentwickeln konnten und welche Bewältigungsstrategien sie als besonders hilfreich erfahren haben. Selbstständigkeit im Umgang mit Kopfschmerzen spielt dabei sowohl für Kinder als auch für Eltern eine entscheidende Rolle.
Lau und Kristensen (2007)	Diagnostisch homogene Gruppe erwachsener Frauen, welche in ihrer Kindheit (vor dem 16. Lebensjahr) intrafamiliär sexuell missbraucht wurden. Von 155 Frauen beendeten 82 die Therapie.	analytische Behandlung für eine 8 köpfige Gruppe über ein Jahr einmal wöchentlich je 2,25h. Systemische Gruppe 6 Frauen einmal wöchentlich je 5h über 5 Monate geführt. in Dänemark	Stolpegaard Psychotherapie Centre, Kopenhagen	Wirksamkeit von ambulanter systemischer und analytischer Gruppenpsychotherapie in Co-Leitung	kontrolliert-randomisierten Studie (analytisch vs. Systemisch) mit Wartekontrollgruppe, prä-post Design	Ein klinisches Interview, standardisierte Fragebögen mit Selbstbeschreibungen	Ambulante analytische und systemische Gruppenpsychotherapie erweisen sich als passende Behandlung für Frauen mit einer Geschichte lang anhaltenden intrafamiliären sexuellen Missbrauchs und mildern signifikant die Leiden der Spätfolgen, während die Wartezeit keine positiven oder negativen Effekte zeigte. Die systemische Gruppenbehandlung zeigte sich in den meisten Meßskalen der analytischen Behandlung überlegen.
Yalom (2010, S. 328)							generellen Wirksamkeit der Gruppenkurzzeittherapie durch Studien belegt, allerdings findet er keine Beweise dafür, dass sie längerfristigen Therapien überlegen sind.

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
Wittmund et al. (2004)	Zielgruppe Erwachsene mit verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern-überwiegend depressive Symptome (ICD-10: F32, F33.0-3) und Persönlichkeitsstörungen (F60.0).	ambulantes systemisches Gruppenprojekt an der,	Universitätsklinik Leipzig Deutschland		Qualitative Interviews	9 narrativen Interviews zum Thema Veränderungsprozesse nach Abschluß der Therapie	Subjektive positive Veränderungen wie Symptomreduktion, Aufbau sozialer Kontakte und Kompetenzen, Verbesserung von Alltags- und Problembewältigung, Entdecken eigener Verhaltensmuster sowie störungsaufrechterhaltende Faktoren, Persönlichkeitsentwicklung, berufliche und private Neuorientierung bzw. subjektive negative Veränderungen wie auch die Zunahme der Symptomatik. Wahrgenommen wird Gruppe für persönliche Weiterentwicklung der Teilnehmer als hilfreiches bzw. entwicklungsförderndes Kontextelement, als Übungs- und Erfahrungsraum; Weiters Gemeinschaftsempfinden, positiv unterstützendes Gruppenklima (Kohäsion), Mehrperspektivität, Vermitteln von Wissen, Lösungs- und Bewältigungsstrategien (Anleitung), reflektierendes Team (Meinungsvielfalt, Offenheit) und Anregen von Selbstreflexion.
Johnson (2009)	<b>5 Studien für die Behandlung</b> Jugendlicher (majore Depression oder Dysthymia), 2 Studien für Jugendliche mit rezidivierenden Störungen (majore Depression und Störung des Sozialverhaltens) mit Teilnehmerzahlen zwischen 59 und 123 Jugendlichen.			Ambulante und stationäre kognitiv-behaviorale-basierte Gruppen	schließt nur kontrollierte Studien mit Interviewdiagnostizierter majoren Depression ein		Dauer 12-16 Sitzungen mit einer überwiegenden Dauer von 8 Wochen auf. Ergebnisse zeigten ua. das kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei rezidivierender Depression besser als eine Placebokontrollgruppe wirkt (Johnson 2009, S. 199 zitiert Rohde 2006). Bei Jugendlichen wurden Ergebnisse der Einzeltherapie bestätigt: Jugendliche mit leichter Depression waren in Katamnese-Untersuchungen nicht mehr depressiv, aber diejenigen, die zur Baseline-Untersuchung schwerer depressiv waren, zeigten auch stärkere Verbesserungen (Johnson 2009 S. 199, zitiert Clarke 1992). Eine weitere Studie zeigt, dass psychiatrische Komorbidität keine Kontraindikation für eine strukturierte kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapie für Jugendliche sein muß, obwohl komorbide Störungen (Substanzmißbrauch, störendes Sozialverhalten) ein langsames Ansprechen auf die Behandlung oder höhere Rückfallraten nach der Behandlung vorhersagen (Johnson 2009, zitiert Rohde 2006). Zwei Studien des CWD-Programms für Jugendliche („Adolescent Coping With Depression course) zeigten, dass bei Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens und komorbider Depression CWD-A wirksamer ist als eine Placebokontrollgruppe, aber nicht für die Störung des Sozialverhaltens (Johnson 2009, S. 193 zitiert Rohde 2004, 2006). In einer Studie (Johnson 2009, S. 199, 200 zitiert Beutler 1991, 1993) wurde gefunden, dass Teilnehmer mit einem hohen Maß an Defensivität bessere Ergebnisse bei einer selbstgesteuerten Gruppentherapie hatten, als Teilnehmer, die stark externalisierendes Verhalten zeigten. Letztere profitierten stärker von einer strukturierten kognitiven Gruppentherapie. Patienten weisen bessere Therapieerfolge auf, wenn ihre Stärken genutzt werden. Jugendliche mit guten Bewältigungsfähigkeiten zeigen bessere Therapieverläufe in einem Fertigkeitstraining für majore Depression als in einer

							Placebokontrollgruppe (Johnson 2009, S. 200, zitiert Rohde 2006). Die Bedeutung der Gruppenkohäsion und der therapeutischen Allianz für das Ergebnis kognitiv-behavioraler Gruppentherapie ist nicht eindeutig. Eine Studie belegt es, zwei andere widerlegen diese als Wirkfaktor und stellen die Behandlungstechniken in den Vordergrund (Johnson 2009, S. 200).
<b>Autoren</b>	<b>Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter</b>	<b>Interventions-Dauer</b>	<b>Kontext</b>	<b>Setting-Methode</b>	<b>Forschungsdesign</b>	<b>Messinstrumente</b>	<b>Ergebnis/Outcome</b>
Michler, Wolter-Flanz und Linder (2007)	51 Mädchen mit Essstörungen	Die Gruppe findet zweimal wöchentlich und an einem Samstag im Monat statt, bei einer Dauer von 4 Monaten bis zu einem Jahr. Die Jugendlichen verbleiben in ihrer sozialen Umgebung	Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg	trEATit-Konzept vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert	von 36 Patientinnen liegen ausgewertete Befunde vor und werden deskriptiv dargestellt		Das Gruppensetting kommt dem Autonomiebestreben der Mädchen sehr entgegen und bietet die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, die in der Einzeltherapie nicht gegeben ist. Das Gruppenkonzept entspricht den Bedürfnissen des Jugendalters und fördert die Selbstfindung und Selbstbestimmung, die Maßgeblich zur Aufgabe der Essstörungssymptomatik beiträgt.
Mehlfßen, Osterlow, Beyer und Florin (2003)	20 sozial ängstliche Kinder im Alter von 9-12 Jahren	zwei Gruppen zu 4 bzw. 6 Kindern,	Klinik u Poliklinik f Kinder- u Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Universität Würzburg	Kognitiv-behaviorales manulisiertes Training 10 Sitzungen a 90 Minuten. begleitende Elterngesprächen und Familiensitzungen	Diagnostik DIPS-K SPAIK, CQ-C, MVL, IFK, PFK-SB5, Marburger Verhaltensliste	Wartekontrollgruppensdesign, prä-post Untersuchung beider Gruppen, sowie 3 Monats follow up der Trainingsgruppe	Keine signifikante Reduktion Sozialer Angst; Mütter bewerten Reduktion stärker als Kinder
Joormann und Unnewehr (2002)	8 sozial ängstliche Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren	16 Doppelstunden bei einer Frequenz von 2 Einheiten pro Woche	Ruhr-Universität Bochum	Kognitiv-behaviorale Gruppenherapie	Soziale Angst gem. DSM-IV n Kinder DIPS SPAIK, SASC-R-D (FNE), CASI, CAFK, DTK, FSSC-II, ADS-K	6 Kinder und Jugendliche in Wartekontrollgruppe; prä-post-beide Gruppen, follow up für Testgruppe	Signifikante Unterschiede der sozialen Ängstlichkeit. In Wartekontrollgruppe geringe Besserung bei allg. Ängstlichkeit u Depressivität, nicht jedoch bei Sozialer Ängstlichkeit
Hirschberg (1999)	76 Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens	Länger als 8 Wochen Aufenthaltsdauern	Sozialtherapeutische Station Pfalzinstitut	Stationäre Sozialtherapie	HSPQ, FKK, OAS, Entlassungsbogen,	Prä-post und Zwischentests; sowie Katamnese Befragung 1 Jahr nach Entlassung	Änderungen von dissozialen zu prosozialen Einstellungen, es besserte sich das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die internale Kontrollüberzeugung nahm zu, die externe Kontrollüberzeugung nahm ab. Hingegen kam es nicht zu einer ausgeprägten Abnahme aggressiven Verhaltens. Eine Zunahme der Über-Ich Stärke und eine Besserung des Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten während der Therapie waren mit Stabilität im Sozialverhalten nach der Entlassung assoziiert. Hingegen war eine Abnahme aggressiver Verhaltensweisen während der Therapie mit Instabilität im Sozialverhalten nach der Therapie assoziiert

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
Nikowski, Petermann, Büttner, Krause-Leipold, Petermann (2009)	12 im Mittel 10 jährigen Kinder mit Störung oppositionellem Trotzverhalten bzw. Störung d Sozialverhaltens	Einzel (8-13 Sitzungen)- und Gruppentherapie (6-12 Sitzungen mit 2-3 Kindern), sowie einem Elternberatungsprogramm	5 monatiges manualisiertes Verhaltensmodifikationsprogramm in Jugendwohlfahrtseinrichtungen		DIPS gemäß DSM IV CBCL, EAS, SDQ	Warte-Kontrollgruppendesign mit prä-post, sowie follow up Messung	Training mit Jugendwohlfahrtsunterstützung zeigt bessere Ergebnisse als isolierte Jugendwohlfahrtsmaßnahme
Luvaas (2010)	Jugendliche „at-risk“ (ökonomisch benachteiligt, Bandenmitglieder, Erfahrungen mit häuslicher Gewalt und/oder Missbrauch, niedriger Schulbildung, aufgewachsen in einem Milieu mit hoher Kriminalitätsrate und/oder Drogenkonsum, 10 männlich, 8 weiblich).	1 tägigen „challenge-“ oder „ropes courses“ (high and low ropes elements)			„Resilience scale (RS).	Testung Prä-post-follow up 10 Wochen	Signifikante Veränderungen konnten nur zwischen prä- und post-Testung ermittelt werden. Für die follow up Messung erhielt man aufgrund des geringen Rücklaufs (n=7) keine signifikanten Mittelwertsunterschiede
Richardson (1999)	41 Spät-Adoleszenten Jugendlichen (18 Jahre alt) leichte bis schwere depressive Symptomatik	1 tägige Intervention	Virginia Polytechnic Institute	„adventure-based therapy (ABT)“ (zB. ein tägiger low ropes courses) oder Placebo Kontrollbedingungen (zB. ausgedehntes Wandern in der Gruppe)	PSE, BDI, POMS, STAI, RSE, BSI	Zuteilung randomisiert mit Vergleichsgruppe, Testung prä-post-follow up 2 Wochen und 2 Monate	Multivariate Varianzanalysen zeigen für state und trait abhängigen Messungen keine signifikanten Interaktionen, daher zeigten auch die Resultate, dass ABT keine signifikanten Verminderungen der depressiven und ängstlichen Symptomatik gegenüber der Vergleichsgruppe bewirkte. Weitere Auswertungen zeigten, dass ABT erhöhte Wirksamkeit für die Bewältigung angstbesetzter neuer Situationen zeigt und wirksam für die Arbeit und die Problemlösung in Gruppen ist. Weiters zeigten sich Abnahmen bei Angst und Dystress. Depressive Symptomaten reduzierten sich bei Einzelnen sowohl in der ABT als auch der Placebo Gruppe.
Boeger, Dörfler und Schut-Ansteeg (2006)	122 Jugendlichen im Durchschnitt 14 Jahre	21 Termine a 2h in der Turnhalle, 2 Projektstage	Schule Deutschland	Einfluss erlebnispädagogischer Interventionen auf Selbstwertgefühl und psycho-soziale-Befindlichkeit	YSR, Frankfurter Selbstkonzeptskalen	Testung vor, nach, 6 Monats follow up	Nach der Intervention zeigte die Untersuchungsstichprobe höhere Werte auf einigen Dimensionen der Selbstwertskala. Bezüglich psycho-sozialer Dimensionen wie Aggression, Depression/Angst und soziale Probleme ergaben sich niedrigere Werte als bei der Kontrollstichprobe. Langzeiteffekte konnten festgestellt werden. Geschlechtsunterschiede zeigten sich in Form verminderten Selbstwertgefühls bei weiblichen Jugendlichen bei besserem Werten auf der Skala „Kontaktfähigkeit“.

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
Jelalian, Mehlenbeck, Lloyd-Richardson, Birmaher und Wing (2006)	76 Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren mit 20-80% Übergewicht	16 wöchentliche Gruppentermine, Eltern und Jugendliche getrennt, mit anschließender physischer Aktivität	Pädiatrie	kognitiv-behaviorale Gruppenbehandlung mit „adventure therapy“ kombiniert, andererseits mit Aerobic Einheiten	Gewicht und Größe, SPPA, CPSPP, SSSCA, PEQ	Tests zu Beginn, nach der Behandlung sowie 10 Monate danach	Der durchschnittliche Gewichtsverlust zwischen den Gruppen am Ende der Behandlung unterschied sich nicht signifikant. Allerdings zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt für ältere Jugendliche in der Kombinationsbehandlung mit der „adventure therapy“ gegenüber dem Aerobic Programm.
Wolf und Mehl (2011, 2008)	155 erwachsene Patienten	(im Mittel rd. 50d Standardbehandlung, durchschnittlich 2,4 Expositionen je 2-3h Dauer, mit anschließender 1/2h Reflexion	stationär psychotherapeutisch behandelte Patienten der Klinik Wollmarshöhe	zusätzlich zur Standardbehandlung) psychopysische Expositionen im klinikeigenen Hochseilgarten	BDI, KPD-38, STAI-Trait, FKK-SKI, STAI-State, FKK-PC	Vergleichsgruppe, Testung prä-post, 24 Monatsfollow up	Im prä-post Vergleich der Gruppen wiesen die Hochseilteilnehmer bessere Therapieergebnisse hinsichtlich Depressivität (BDI), allgemeiner psychischer Beeinträchtigung (KPD-38), Trait-Angst (STAI-Trait) und Selbstwirksamkeit (FKK-SKI) auf. Bezüglich Zustandsangst (STAI-State) zeigten sich geringe Unterschiede (Mehl und Wolf, 2008, S. 41) bei Externalität (FKK-PC) keine Unterschiede. Im 24 Monats Follow-Up zeigte sich für die Gesamtbeeinträchtigung (KPD-38), die Depressivität (BDI), die Zustandsangst (STAI-State) sowie die Externalität (FKK-PC) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Für die Trait-Angst (STAI-Trait) und die Selbstwirksamkeit (FKK-SKI) konnten dagegen signifikante Gruppenunterschiede erhalten werden
Eikenaes, Gude und Hoffart (2006)	16 Patienten mit vermeidender Persönlichkeitsstörung (avoidant personality disorder, APD) nach DSM IV.	11,5 Wochen	Forschungsinstitut Vikersund Norwegen	Integration von „Wilderness Therapy“ in ein 11,5 Wochen dauerndes stationäres Gruppentherapieprogramm		16 Pat. In Interventionsgruppe, 37 Patienten in Kontrollgruppe Untersucht vor der Behandlung, zu Beginn, nach Ende und 1 Jahr	Beide Gruppen verbesserten sich signifikant, allerdings ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.
Voruganti L.P., Whatham J., Bard E., Parker G., Babbey C., Ryan J., Lee S., MacCrimmon D.J. (2006)	23 klinisch stabile schizophrene Patienten	8 Monate	Rehabilitation	Abenteuer- und Entspannungsbasierte Gruppenintervention	Schwere der Symptomatik, Selbstwertgefühl, Selbstwertungen der kognitiven Leistungsfähigkeit Funktionsniveau.	Interventionsgruppe verglichen mit 31 Patienten aus Wartekontrollgruppe, standardisierte Bewertungsskalen, Beginn, am Ende, 12 Monate später	Keine Abbrüche, marginale Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, aber eine deutliche Verbesserung des Selbstwertgefühls und des globalen Funktionsniveaus ( $P < 0,05$ ), sowie Gewichtsreduktion über 12 Pfund (5,4 kg). Die Verbesserungen waren über 12 Monate stabil und es entwickelten sich weitere berufliche und soziale Ziele.
Bennett, Cardone und Jarczyk (1998)	13 köpfige gemischt geschlechtliche Gruppe mit einer 18 köpfigen Vergleichsgruppe in einem n in Chicago	3 Tage	Drogentherapieprogramm	adventure therapy, therapeutic camping und Rückfallprävention		Die Vergleichsgruppe erhielt die Standardbehandlung	Keine Unterschiede zeigten sich in der Trink-bezogenen-Kontrollüberzeugung, Stress oder Problemlösung, aber signifikante Verbesserungen zeigten sich in der autonomen Erregung, der Frequenz negativer Gedanken und dem Verlangen nach Alkohol. Im 10 Monats follow up betrug die Rückfallrate 31% für die Experimentalgruppe und 58% für die Kontrollgruppe.

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
Kelley, Coursey und Selby (1997)	57 Personen mit chronischen psychiatrischen Störungen	9 Wochen Dauer jeweils einen Tag pro Woche	ambulante psychosoziales Rehabilitationsprogramm	outdoor adventure Programm	Self Efficacy scale, 2 Subscales of Physical Self Efficacy Scale, Generalized Self-Efficacy Scale, Rosenberg Self Esteem Inventory, Brief Symptom Inventory (BSI)	Experimental- und Vergleichsgruppensign	Signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Vergleichsgruppe zeigten sich in der Selbstwirksamkeitserwartung und im Selbstwert im Rosenberg Self-Esteem Inventory. Weiters signifikante Reduktion von Werten für Ängstlichkeit und Depressivität im BSI Brief Symptom Inventory (BSI). Patienten mit affektiven oder schizoaffektiven Störungen zeigten eine Zunahme in den Werten für Vertrauen und Kooperation und Abnahmen bei Feindseligkeit und Interpersonaler Empfindlichkeit.
Lemmon, LaTourette und Hauver (1996)	12 Frauen zwischen 31-55 Jahren mit mildem Schädel Hirn Trauma	3 tägigen Outward Bound Kurs			Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus	Selbsteinschätzung vor und nach dem Kurs, sowie 6 Monate bzw. 1 Jahr nach Abschluß Befragung zu Auswirkungen des Kurses auf ihr Leben bzw. den sich aufgrund des Kurses veränderten spezifischen Bereichen des Lebens	Die 4 erhobenen Variablen welche sich dauerhaft veränderten, waren die Fähigkeit sich auf andere verlassen zu können, das Selbstwertgefühl, die Fähigkeit zur Problemlösung, und das Verstehen von Stärken und Grenzen.
Heyer, Boyd, Scurfield, Smith und Burke (1996)	posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bei Kriegsveteranen	Outward Bound Erfahrungen (OBE) als Ergänzung zur stationären Therapie	stationären Therapie				Die OBE Gruppe beurteilte die Ermöglichung physischer Aktivität sowie die vermehrte Kontrolle ihres Verhaltens und ihrer Depressionen positiv.
Ragsdale, Cox, Finn und Eisler (1996)	24 Patienten mit kriegsbedingter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) in einer mit	Die ersten 2 Tage „adventure-bases-activities“	26 Tage dauernden stationären Behandlung			Wartekontrollgruppen-Untersuchung	Signifikanten Gruppenunterschiede ergaben sich im prä-post Vergleich für Hoffnungslosigkeit, Internalisierte Scham, Einsamkeit und Expressed Emotions. Keine signifikante Abnahme zeigte sich in der PTBS-Symptomatik, Zustands-Ärger und Zustands- Angst.
Amesberger (1992)	33 sozial Benachteiligten, 17Studenten	Outdoor-Aktivitäten		Probanden der Bewährungshilfe Wien (Nachbetreuung von Strafgefangenen)	Untersuchung zur Persönlichkeitsentwicklung und Realitätsbewältigung	Qualitative Befragungs- und Beobachtungsdaten	
Amesberger (1995)	sozial Verwahrlosten bzw. verhaltensauffälligen behinderten Menschen			Jugend am Werk, Wien		qualitative Evaluation	

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
McLendon, McLendon, Petr, Kapp und Mooradian (2009)	25 Familien (41 Erwachsene, 52 Kinder mit diagnostizierten psychischen Störung eines Kindes (Seriously Emotionally Disturbed SED), mit ernsthaften Auswirkungen in Familie, Schule oder Gemeinwesen oder Beziehungsproblemen auf der Erwachsenenenebene		3 tägigen Wilderness Camp zusätzlich zur Standardbehandlung	Rahmen der staatlichen Gesundheitsversorgung durch ein Community Mental Health Centre (CMHC)	„Family Adaptability and Cohesion Scale II (FACES II), „Child Behavior Check List Parent Version, (CBCL)	Verglichen wurde mit einer Gruppe von 15 Familien (26 Erwachsene, 31 Kinder) mit Standardbehandlung.	3 Tage Familientherapie in einem Outdoor-Rahmen verbesserte die familiäre Kohäsion in der FDST Gruppe statistisch signifikant, die familiäre Anpassungsfähigkeit wuchs nicht signifikant. Die Elternbeurteilung der Kinder verbesserte sich in den Kompetenzskalen, sowie statistisch signifikant in den Skalen CBCL Gesamtauffälligkeit, Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeit. In der Vergleichsgruppe blieben Kohäsion und Anpassungsfähigkeit und die Kompetenzbewertungen annähernd gleich, wohingegen Gesamtauffälligkeit, Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten sich verschlechterten.
Bandoroff und Scherer (1994)	Jugendliche mit Substanzabhängigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Schulbesuchsproblemen, delinquenten Verhaltensweisen		4 Tage Wilderness Familientherapie in integriert in wilderness Therapy	„The Family Wheel“		Verglichen wurden nichtrandomisierte 27 Familien der Interventionsgruppe mit 39 Familien der Vergleichsgruppe Standard „wilderness program“	Da im Artikel keine Signifikanzprüfungen dargestellt sind, weiters die Darstellungen der Werte für familiäre Funktionalität, Delinquenz, Verhaltensbewertungen und Selbstkonzept zwischen den Gruppen sich sehr ähnlich veränderten, darf vermutet werden, dass keine signifikanten Gruppenunterschiede erhoben werden konnten.
Kreszmeier (1994)	6 Jugendliche zwischen 13 und 19 Jahren	Schiff	9 Monate	Das Schiff Noah			
Norton (2008)	21 Jugendliche 13-17 Jahre alt, depressive Störungen gem DSM-IV	Wilderness therapy	28 Tage		Reynolds Adolescent Scale-2 RADS-2, psychosoziale Entwicklung mit Measures of Psychosocial Development MPD	prä-post Design ohne Kontrollgruppe	Die Depressions-RADS-2 Werte sanken und die psychosozialen Entwicklungs-MPD Werte stiegen signifikant.
Harper und Russel (2008)	Kinder und Jugendliche mit ersten Emotional-, Verhaltens- oder Drogenproblemen	wilderness treatment programme	Dauer zwischen 3 und 9 Wochen		familiäre Funktionsniveau mit Brief Family Assesment Measure (BFAM)	qualitative (Interviews von n=14 Familien vor, nach und 2 Monate später) und quantitative Evaluation (51 Kinder, 35 Eltern	Nur eine von vier Skalen zeigte signifikante Unterschiede.

Autoren	Zielgruppe, TN-Anzahl, Alter	Interventions-Dauer	Kontext	Setting-Methode	Forschungsdesign	Messinstrumente	Ergebnis/Outcome
Russel (2005)	Stichprobe von 88 Eltern und 47 Jugendlichen gewinnen. Weiters wurden	wilderness expedition	durchschnittlich 50 Tage	Outdoor Behavioral Healthcare Treatments (OBH)	Youth Outcome Questionnaire Y-OQ	vor, nach und 12 Monate nach Abschluß, 24 Monate nach Abschluß telefonische Interviews mit Eltern und Jugendlichen	80% der Eltern und 95% der befragten Jugendlichen nahmen OBH Treatment als effektiv wahr, die Mehrzahl der Klienten machten sich gut in der Schule und die familiäre Kommunikation hatte sich verbessert. 85% der Jugendlichen wurden weiter ambulant oder stationär Nachbetreut, was als wichtige Komponente in der Unterstützung des Transfers OBH zurück in Familie, Peergruppe und Schulischer Umgebung. Die Resultate zeigen auch, dass viele weiterhin mit Alkohol, Drogen, Kriminalität und mit Gleichaltrigen in unterschiedlichen Graden Probleme haben. Die quantitative Mittelwertanalyse zeigte wohl Verbesserungen, aber keine signifikanten Unterscheidungen.
Stevens, Kagan, Yamanda, Epstein, Beamer, Bilodeau und Baruchel (2004)	über 11 Jugendliche mit Krebs-Erfahrungen,	adventure Therapy expedition in Kanada zum Polarkreis		10 Tage		qualitative Studie	
Romi und Kohan (2004)	„dropout adolescents“ in Israel	36 wilderness program 25 alternativ Gruppe (stationäres Programm zur Entwicklung persönlicher Stärken), 33 Kontrastgruppe (Standardbetreuung durch Jugend-Sozialarbeiter)		6 Tage	Self Esteem Questionnaire (Harries 1969) Locus of Control (Rothman 1974)	Vor-nach Intervention, Vergleichsgruppen	Die Experimental und die alternative Gruppe zeigten signifikante Unterschiede beim Selbstwert und in der Kontrollüberzeugung im Vergleich zur Kontrastgruppe, allerdings zeigte die Experimental Gruppe keine signifikanten Unterschiede zur Alternativgruppe. Auch bei der Variablen der Kontrollüberzeugung kam es zu einer teilweisen Bestätigung der erwarteten Unterschiede in der Zeit bzw. zwischen den Gruppen.
Russel (2003)	523 Jugendliche, 372 Eltern	7 „outdoor behavioral healthcare (OBH)“ Programme	Durchschnittliche Dauer 45 Tagen		Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ)		Klienten und Eltern zeigten, dass die gezeigten Symptomstärken ähnlich denen zu stationären Populationen sind, sowie dass die Mittelwerte bei Abschluß der Behandlung signifikant reduziert waren. Die follow-up Messung an einer randomisiert ausgewählten Stichprobe zeigte, dass die Mittelwerte stabil waren.
Gillis und Gass (2010)	jugendliche Sexualstraftäter		1 Jahr	Programm „LEGACY“ in den USA			Die Effektivität wird über Rückfallraten im Vergleich mit anderen Programmen anhand der follow up Daten zwei bzw. drei Jahre später dokumentiert.

## 9.6 Tabellen Gruppenvergleiche St. Leonhard- St. Pölten

**Tabelle: Zielkohärenz anhand Unterschiedsmasse in den Zeitintervallen**

Ort	Zeitintervall	N	Kinder		Eltern	
			Mittelwert [%]	Standard- abweichung [%]	Mittelwert [%]	Standard- abweichung [%]
St.Leonhard	12	6	50,52	34,73	49,63	46,78
	13	6	59,73	26,42	58,67	48,12
	23	6	9,22	28,32	9,04	13,68
St.Pölten	12	5	-83,18	202,05	55,41	49,20
	13	3	-72,47	114,32	30,17	55,22
	23	3	108,97	289,83	5,29	13,39
Gesamt	12	11	-10,25	147,68	52,52	49,21
	13	9	15,67	89,84	49,17	55,22
	23	9	42,47	154,88	7,79	13,39

**Tabelle: Signifikante Gruppenunterschiede ANOVA Zielkohärenz(%)\*Ort**

Kinder	Eltern
F12(1,10)=2,591, p= 0,142	F12(1,11)=0,038, p= 0,850
F13(1,8)=8,258, p= 0,024	F13(1,8)=0,500, p= 0,503
F23(1,8)=0,810, p= 0,398	F23(1,8)=0,140, p= 0,720

**Tabelle: Zielkohärenz Abstandsmaße zu Testzeitpunkten**

Ort	Zeitpunkt	N	Kinder		Eltern	
			Mittelwert [cm]	Standard- abweichung [cm]	Mittelwert [cm]	Standard- abweichung [cm]
St.Leonhard	1	6	18,08	8,73	19,12	8,77
	2	6	7,67	6,02	8,06	5,90
	3	6	6,8	4,80	6,99	6,25
St.Pölten	1	6	14,6	10,94	23,73	9,09
	2	5	11,03	4,80	12,00	13,48
	3	3	12,83	12,27	14,73	18,37
Gesamt	1	12	16,35	9,61	21,43	8,85
	2	11	9,20	5,51	9,85	9,71
	3	9	8,81	7,82	9,57	11,13

**Tabelle: Signifikante Gruppenunterschiede ANOVA Zielkohärenz(cm)\*Ort**

Kinder	Eltern
F1(1,11)=0,367, p= 0,558	F1(1,11)=0,802, p= 0,392
F2(1,10)=1,016, p= 0,340	F2(1,10)=0,423, p= 0,532
F3(1,8)=1,224, p= 0,305	F3(1,8)=0,966, p= 0,358

**Tabelle: CBCL Gesamtauffälligkeiten\*Ort**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert [T-Wert]	Standard- abweichung [T-Wert]	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	65,58	6,54	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,036, p= 0,853 F2(1,8)=0,035, p= 0,856 F3(1,8)=1,147, p= 0,315
	2	58,00	5,90	6	
	3	55,67	7,61	6	
St.Pölten	1	64,67	9,87	6	
	2	58,80	8,29	5	
	3	62,00	11,28	4	
Gesamt	1	65,13	8,00	12	
	2	58,36	6,71	11	
	3	58,20	9,23	10	

klin auffällig  $\geq 63$ ; Übergangsbereich 60-63; klinisch unauffällig  $\leq 60$

**Tabelle: DISYPS KJ Bewertungssystem (Döpfner, Lehmkuhl, 2000)**

Bewertung:	
0,0-0,5	gar nicht
0,5-1,5	ein wenig
1,5-2,5	ziemlich/weitgehend
2,5-3,0	sehr/besonders

**Tabelle: DISYPS KJ, FBB, Gesamtskala Angststörung**

DISYPS FBB Gesamtskala Angststörung:					
Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	0,63	0,34	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,018, p= 0,896 F2(1,10)=0,046, p= 0,835 F3(1,9)=1,988, p= 0,196
	2	0,44	0,24	6	
	3	0,30	0,23	6	
St.Pölten	1	0,60	0,30	6	
	2	0,47	0,25	5	
	3	0,67	0,59	4	
Gesamt	1	0,61	0,31	12	
	2	0,45	0,23	11	
	3	0,44	0,43	10	

**Tabelle: DISYPS KJ, FBB, Gesamtskala depressive Störung**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	0,42	0,15	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,302, p= 0,594 F2(1,10)=0,103, p= 0,756 F3(1,9)=1,664, p= 0,233
	2	0,38	0,24	6	
	3	0,23	0,19	6	
St.Pölten	1	0,49	0,26	6	
	2	0,43	0,26	5	
	3	0,58	0,64	4	
Gesamt	1	0,45	0,21	12	
	2	0,41	0,24	11	
	3	0,37	0,44	10	

**Tabelle: DISYPS KJ, FBB Gesamtskala hyperkinetische Störung**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	1,54	0,45	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=5,027, p= 0,049 F2(1,10)=0,125, p= 0,732 F3(1,9)=0,006, p= 0,942
	2	0,98	0,45	6	
	3	0,84	0,61	6	
St.Pölten	1	1,03	0,34	6	
	2	0,90	0,32	5	
	3	0,87	0,72	4	
Gesamt	1	1,29	0,47	12	
	2	0,94	0,38	11	
	3	0,85	0,62	10	

**Tabelle: DISYPS KJ, FBB, Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens**

DISYPS FBB Gesamtskala Störung des Sozialverhaltens:

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	0,50	0,47	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,361, p= 0,561 F2(1,10)=0,018, p= 0,897 F3(1,9)=0,631, p= 0,450
	2	0,39	0,33	6	
	3	0,29	0,27	6	
St.Pölten	1	0,37	0,26	6	
	2	0,42	0,42	5	
	3	0,54	0,70	4	
Gesamt	1	0,44	0,37	12	
	2	0,40	0,35	11	
	3	0,39	0,47	10	

**Tabelle: DISYPS KJ, FBB, Gesamtskala autistische Störung**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	0,61	0,45	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,007, p= 0,936 F2(1,10)=0,087, p= 0,775 F3(1,9)=0,756, p= 0,410
	2	0,43	0,36	6	
	3	0,23	0,25	6	
St.Pölten	1	0,63	0,46	6	
	2	0,54	0,77	5	
	3	0,55	0,87	4	
Gesamt	1	0,62	0,44	12	
	2	0,48	0,55	11	
	3	0,35	0,56	10	

**Tabelle: PFK 9-14, Sekundärskala FII-1, Rohwerte**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	28,17	6,91	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=2,397, p= 0,153 F2(1,11)=0,964, p= 0,349 F3(1,8)=0,026, p= 0,877
	2	29,83	9,13	6	
	3	28,33	9,93	6	
St.Pölten	1	37,17	12,44	6	
	2	25,00	7,87	6	
	3	27,33	5,13	3	
Gesamt	1	32,67	10,69	12	
	2	27,42	8,51	12	
	3	28,00	8,28	9	

**Tabelle: PFK 9-14, Sekundärskala FII-2, Rohwerte**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	23,00	6,78	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,774, p= 0,400 F2(1,11)=0,344, p= 0,571 F3(1,8)=0,569, p= 0,475
	2	16,83	10,55	6	
	3	18,50	14,32	6	
St.Pölten	1	26,17	5,64	6	
	2	14,00	5,37	6	
	3	12,00	2,65	3	
Gesamt	1	24,58	6,17	12	
	2	15,42	8,12	12	
	3	16,33	11,85	9	

**Tabelle: PFK 9-14, Sekundärskala FII-3, Rohwerte**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	40,50	8,69	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,743, p= 0,409 F2(1,11)=0,689, p= 0,426 F3(1,8)=0,071, p= 0,798
	2	36,50	16,68	6	
	3	37,83	15,47	6	
St.Pölten	1	35,00	12,99	6	
	2	28,33	17,38	6	
	3	35,00	13,89	3	
Gesamt	1	37,75	10,92	12	
	2	32,42	16,80	12	
	3	36,89	14,14	9	

**Tabelle: PFK 9-14, Sekundärskala FII-4, Rohwerte**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	17,83	3,43	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=2,785, p= 0,126 F2(1,11)=0,243, p= 0,633 F3(1,8)=0,488, p= 0,508
	2	16,50	6,44	6	
	3	18,33	7,79	6	
St.Pölten	1	22,33	5,65	6	
	2	15,00	3,74	6	
	3	14,67	6,43	3	
Gesamt	1	20,08	5,04	12	
	2	15,75	5,08	12	
	3	17,11	7,18	9	

**Tabelle: Feel-KJ, Sekundärskala Adaptive Strategien Gesamt**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert [T-Wert]	Standard-abweichung [T-Wert]	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	43,50	22,86	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=0,004, p= 0,951 F2(1,11)=0,008, p= 0,929 F3(1,8)=0,147, p= 0,713
	2	44,00	20,92	6	
	3	39,00	22,25	6	
St.Pölten	1	42,83	12,51	6	
	2	42,83	23,07	6	
	3	45,33	26,03	3	
Gesamt	1	43,17	17,57	12	
	2	43,42	21,00	12	
	3	41,11	22,11	9	

**Tabelle: Feel-KJ, Sekundärskala Maldaptive Strategien Gesamt**

Ort	Zeitpunkt	Mittelwert [T-Wert]	Standard- abweichung [T-Wert]	N	Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant?
St.Leonhard	1	53,50	16,26	6	ANOVA: Zielkohärenz * Ort F1(1,11)=1,018, p= 0,337 F2(1,11)=0,374, p= 0,555 F3(1,8)=0,048, p= 0,833
	2	45,83	15,01	6	
	3	45,50	17,38	6	
St.Pölten	1	45,33	11,40	6	
	2	40,50	15,22	6	
	3	42,67	20,40	3	
Gesamt	1	49,42	14,05	12	
	2	43,17	14,68	12	
	3	44,56	17,17	9	

### 9.7 Tabellen Statistische Analyse: Zusammenhangshypothesen

Name	Elternteil	Alter	D1K	D2K	D3K	D1E	D2E	D3E	Z12K	Z13K	Z23K	Z12E	Z13E	Z23E	CBCLG12	CBCLG13	CBCLG23
K1	K1KEMW	10,2	9,6	7,9	3,4	11,5	6,5	4,2	17,7	64,6	46,9	43,7	63,3	19,7	7,5	11,5	4,0
K2	K2KM	10,4	15,2	7,2	11,5	30,6	9,4	6,4	52,6	24,3	-28,3	69,3	79,1	9,8	13,0	15,0	2,0
K3	K3KM	10,2	34,2	3,7	4,9	29,6	3,7	8,4	89,2	85,7	-3,5	87,5	71,6	-15,9	6,0	14,0	8,0
K4	K4KV	9,4	20,0	19,2	14,1	13,5	19,0	18,4	4,0	29,5	25,5	-40,4	-36,3	4,1	0,0	-1,0	-1,0
K5	K5KM	12,1	12,0	5,6	2,4	12,0	2,4	0,0	53,3	80,0	26,7	80,0	100,0	20,0	10,0	11,0	1,0
K6	K6KM	10,7	17,5	2,4	4,5	17,5	7,4	4,5	86,3	74,3	-12,0	57,7	74,3	16,6	9,0	9,0	0,0
P1	P1KM	14,2	2,4	12,5	1,9	9,5	2,4	2,9	420,8	20,8	441,7	74,7	69,5	-5,3	11,0	14,0	3,0
P2	P2KM	10,9	23,1			28,0											
P3	P3KV	11,4	14,2	5,7		21,0	5,7		59,9			72,9			4,0		
P4	P4KM	13,0	7,6	8,5	10,5	23,6	10,8	5,4	-11,8	-38,2	-26,3	54,2	77,1	22,9	17,0	9,0	-8,0
P5	P5KM	13,9	31,7	10,1		37,3	5,6		68,3			85,0			10,0		
P6	P6KM	15,5	8,7	18,4	26,1	23,0	35,5	35,9	111,5	200,0	-88,5	-54,4	-56,1	-1,7	6,0	3,0	-3,0

Name	Elternteil	CBInt12	CBInt13	CBInt23	CBExt12	CBExt13	CBExt23	CBSoz12	CBSoz13	CBSoz23	CBKB12	CBKB13	CBKB23	CBAD12	CBAD13	CBAD23
K1	K1KEMW	6,0	9,5	3,5	4,5	8,5	4,0	3,0	2,5	-0,5	11,0	17,0	6,0	-1,5	2,0	3,5
K2	K2KM	12,0	15,0	3,0	14,0	15,0	1,0	13,0	17,0	4,0	0,0	0,0	0,0	7,0	7,0	0,0
K3	K3KM	7,0	11,0	4,0	4,0	18,0	14,0	-4,0	10,0	14,0	5,0	5,0	0,0	17,0	10,0	-7,0
K4	K4KV	-7,0	-5,0	2,0	1,0	3,0	2,0	-6,0	0,0	6,0	-7,0	-12,0	-5,0	0,0	-2,0	-2,0
K5	K5KM	10,0	13,0	3,0	3,0	0,0	-3,0	6,0	11,0	5,0	15,0	15,0	0,0	3,0	9,0	6,0
K6	K6KM	11,0	9,0	-2,0	7,0	6,0	-1,0	10,0	9,0	-1,0	7,0	7,0	0,0	9,0	8,0	-1,0
P1	P1KM	17,0	13,0	-4,0	3,0	11,0	8,0	12,0	12,0	0,0	17,0	17,0	0,0	3,0	0,0	-3,0
P2	P2KM															
P3	P3KV	5,0			2,0			9,0			-5,0			5,0		
P4	P4KM	36,0	18,0	-18,0	3,0	0,0	-3,0	26,0	9,0	-17,0	22,0	22,0	0,0	20,0	20,0	0,0
P5	P5KM	15,0	-3,0	-18,0	10,0	-8,0	-18,0	14,0	-5,0	-19,0	5,0	0,0	-5,0	13,0	-1,0	-14,0
P6	P6KM	7,0	3,0	-4,0	7,0	3,0	-4,0	6,0	0,0	-6,0	0,0	0,0	0,0	16,0	7,0	-9,0

Na me	Eltern teil	CBSoz P12	CBSoz P13	CBSoz P23	CBSZ1 2	CBSZ1 3	CBSZ2 3	CBAufP 12	CBAufP 13	CBAufP 23	CBDiSv 12	CBDiSv 13	CBDiSv 23	CBAgV 12	CBAgV 13	CBAgV 23
	K1KE															
K1	MW	1,5	4,5	3,0	4,5	4,5	0,0	10,0	10,0	0,0	6,5	5,5	-1,0	1,5	1,5	0,0
K2	K2KM	6,0	6,0	0,0	9,0	9,0	0,0	8,0	8,0	0,0	13,0	13,0	0,0	15,0	17,0	2,0
K3	K3KM	3,0	9,0	6,0	0,0	0,0	0,0	-2,0	3,0	5,0	12,0	14,0	2,0	2,0	17,0	15,0
K4	K4KV	-11,0	-6,0	5,0	9,0	-7,0	-16,0	-8,0	-5,0	3,0	-2,0	0,0	2,0	2,0	3,0	1,0
K5	K5KM	9,0	9,0	0,0	23,0	23,0	0,0	14,0	12,0	-2,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	-3,0
K6	K6KM	8,0	9,0	1,0	0,0	0,0	0,0	5,0	2,0	-3,0	2,0	2,0	0,0	7,0	7,0	0,0
P1	P1KM	12,0	15,0	3,0	9,0	9,0	0,0	5,0	13,0	8,0	9,0	9,0	0,0	1,0	5,0	4,0
P2	P2KM															
P3	P3KV	11,0			9,0			10,0			2,0			0,0		
P4	P4KM	7,0	7,0	0,0	9,0	9,0	0,0	10,0	5,0	-5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
P5	P5KM	-7,0	-10,0	-3,0	25,0	8,0	-17,0	-3,0	-13,0	-10,0	9,0	-4,0	-13,0	14,0	-10,0	-24,0
P6	P6KM	6,0	6,0	0,0	11,0	11,0	0,0	6,0	5,0	-1,0	5,0	-4,0	-9,0	8,0	6,0	-2,0

Na me	Eltern teil	DIPGes A12	DIPGes A13	DIPGes A23	DIPGes D12	DIPGes D13	DIPGes D23	DIPGes HKS 12	DIPGes HKS 13	DIPGes HKS 23	DIPGes SSV 12	DIPGes SSV 13	DIPGes SSV 23	DIPGes A12	DIPGes A13	DIPGes A23
	K1KE															
K1	MW	0,11	0,23	0,11	0,19	0,37	0,17	0,68	0,98	0,30	0,10	0,16	0,06	0,11	0,23	0,11
K2	K2KM	0,48	0,58	0,10	0,15	0,31	0,15	0,90	1,30	0,40	0,36	0,64	0,28	0,48	0,58	0,10
K3	K3KM	-0,03	0,26	0,29	-0,46	0,08	0,54	0,75	1,05	0,30	0,12	0,40	0,28	-0,03	0,26	0,29
K4	K4KV	0,32	0,35	0,03	0,31	0,12	-0,19	0,60	0,15	-0,45	0,16	0,20	0,04	0,32	0,35	0,03
K5	K5KM	0,06	0,19	0,13	0,15	0,27	0,12	0,45	0,55	0,10	-0,04	-0,16	-0,12	0,06	0,19	0,13
K6	K6KM	0,58	0,61	0,03	0,19	0,35	0,15	0,45	0,55	0,10	0,08	0,16	0,08	0,58	0,61	0,03
P1	P1KM	0,03	0,19	0,16	0,27	0,38	0,12	0,20	0,70	0,50	0,24	0,24	0,00	0,03	0,19	0,16
P2	P2KM															
P3	P3KV	0,29			0,12			0,40			0,52			0,29		
P4	P4KM	0,55	0,42	-0,13	0,27	0,35	0,08	-0,20	-0,25	-0,05	0,00	0,00	0,00	0,55	0,42	-0,13
P5	P5KM	-0,06	-0,77	-0,71	-0,19	-1,12	-0,92	-0,30	-1,05	-0,75	-0,60	-1,04	-0,44	-0,06	-0,77	-0,71
P6	P6KM	0,29	0,26	-0,03	0,35	0,12	-0,23	0,40	0,30	-0,10	0,16	0,08	-0,08	0,29	0,26	-0,03

Na me	Elternt eil	DIPGes D12	DIPGes D13	DIPGes D23	DIPGes HKS 12	DIPGes HKS 13	DIPGes HKS 23	DIPGes SSV 12	DIPGes SSV 13	DIPGes SSV 23	DIPGes Aut12	DIPGes Aut13	DIPGes Aut23	GesD IP1	GesD IP2	GesD IP3
	K1KE															
K1	MW	0,19	0,37	0,17	0,68	0,98	0,30	0,10	0,16	0,06	0,18	0,18	0,00	2,18	0,92	0,27
K2	K2KM	0,15	0,31	0,15	0,90	1,30	0,40	0,36	0,64	0,28	0,14	0,43	0,29	5,22	3,18	1,96
K3	K3KM	-0,46	0,08	0,54	0,75	1,05	0,30	0,12	0,40	0,28	0,00	0,00	0,00	3,54	3,17	1,76
K4	K4KV	0,31	0,12	-0,19	0,60	0,15	-0,45	0,16	0,20	0,04	0,43	0,43	0,00	5,32	3,50	4,07
K5	K5KM	0,15	0,27	0,12	0,45	0,55	0,10	-0,04	-0,16	-0,12	0,14	0,43	0,29	2,37	1,59	1,08
K6	K6KM	0,19	0,35	0,15	0,45	0,55	0,10	0,08	0,16	0,08	0,43	0,79	0,36	5,33	3,60	2,88
P1	P1KM	0,27	0,38	0,12	0,20	0,70	0,50	0,24	0,24	0,00	0,50	0,86	0,36	2,46	1,21	0,08
P2	P2KM													0,88		
P3	P3KV	0,12			0,40			0,52			0,21			4,03	2,49	0,00
P4	P4KM	0,27	0,35	0,08	-0,20	-0,25	-0,05	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,00	2,48	1,36	1,46
P5	P5KM	-0,19	-1,12	-0,92	-0,30	-1,05	-0,75	-0,60	-1,04	-0,44	0,00	-0,14	-0,14	2,13	3,29	6,26
P6	P6KM	0,35	0,12	-0,23	0,40	0,30	-0,10	0,16	0,08	-0,08	0,21	-0,21	-0,43	5,01	3,60	4,48

Na me	Elternt eil	GesDIP 12	GesDIP 13	GesDIP 23	FII1_12	FII2_12	FII3_12	FII4_12	FII1_13	FII2_13	FII3_13	FII4_13	FII1_23	FII2_23	FII3_23	FII4_23
	K1KE															
K1	MW	1,26	1,26	0,65	-13	-2	2	-7	-17	-8	-2	-10	-4	-6	-4	-3
K2	K2KM	2,04	2,04	1,22	7	15	-1	8	11	18	5	9	4	3	6	1
K3	K3KM	0,38	0,38	1,41	6	3	20	2	1	10	17	-1	-5	7	-3	-3
K4	K4KV	1,82	1,82	-0,57	-11	0	5	-4	-10	-3	3	-6	1	-3	-2	-2
K5	K5KM	0,77	0,77	0,51	5	14	-6	4	3	8	-8	3	-2	-6	-2	-1
K6	K6KM	1,73	1,73	0,72	-4	7	4	5	11	2	1	2	15	-5	-3	-3
P1	P1KM	1,24	1,24	1,13	44	27	35	13	36	23	-1	17	-8	-4	-36	4
P2	P2KM															
P3	P3KV	1,54			3	14	-1	11								
P4	P4KM	1,12	1,12	-0,10	1	8	-2	8	3	11	-2	12	2	3	0	4
P5	P5KM	-1,16			16	20	-5	11								
P6	P6KM	1,41	1,41	-0,87	6	5	15	3	5	8	17	3	-1	3	2	0

Name	Elternteil	AG12	AG13	AG23	AGMW	MG12	MG13	MG23
K1	K1KEMW	-16,0	-18,0	-2,0	-12,0	-14,0	-20,0	-6,0
K2	K2KM	33,0	47,0	14,0	31,3	33,0	42,0	9,0
K3	K3KM	1,0	1,0	0,0	0,7	10,0	15,0	5,0
K4	K4KV	0,0	0,0	0,0	0,0	12,0	3,0	-9,0
K5	K5KM	-16,0	-21,0	-5,0	-14,0	6,0	-5,0	-11,0
K6	K6KM	-5,0	18,0	23,0	12,0	-1,0	13,0	14,0
P1	P1KM	13,0	13,0	0,0	8,7	32,0	27,0	-5,0
P2	P2KM							
P3	P3KV	-12,0			-12,0	-3,0		
P4	P4KM	-18,0	-22,0	-4,0	-14,7	-9,0	-5,0	4,0
P5	P5KM	2,0			2,0	-4,0		
P6	P6KM	13,0	-1,0	-14,0	-0,7	10,0	-14,0	-24,0

### 9.8 Tabellen Statistische Analyse: Unterschiedshypothesen:

Name	D1K	D2K	D3K	Elternteil_ZK_H	D1E	D2E	D3E	Elternteil_CBCL	CBCL_G1	CBCL_G2	CBCL_G3	CBCL_I1	CBCL_I2	CBCL_I3	CBCL_Ex_1	CBCLEx_x_2	CBCLEx_x_3
K1	9,6	7,9	3,4	K1KEMW	11,5	6,5	4,2	K1MW	54,5	47	43	56,5	50,5	47	51	46,5	42,5
K2	15,2	7,2	11,5	K2KM	30,6	9,4	6,4	K2MW	69	56	54	62,5	50,5	49	71,5	58	56,5
K3	34,2	3,7	4,9	K3KM	29,6	3,7	8,4	K3MW	61,5	58,5	48,5	59,5	56	49,5	63	61,5	47,5
K4	20	19,2	14,1	K4KV	13,5	18,95	18,4	K4MW	63	63,5	64,5	52,5	54	55	60	61	60
K5	12	5,6	2,4	K5KM	12	2,4	0	K5KM	73	63	62	71	61	58	60	57	60
K6	17,5	2,4	4,5	K6KM	17,5	7,4	4,5	K6MW	67,5	60,5	60	61	52	54	61,5	56,5	57
P1	2,4	12,5	1,9	P1KM	9,5	2,4	2,9	P1KM	62	51	48	61	44	48	56	53	45
P2	23,1	23,1	23,1	P2KM	28	28	28	P2MW	54	54	54	57,5	57,5	57,5	44,5	44,5	44,5
P3	14,2	5,7	14,2	P3KV	21	5,7	21	P3MW	75,5	67,5	75,5	73	65	73	68,5	62	68,5
P4	7,6	8,5	10,5	P4KM	23,6	10,8	5,4	P4MW	60	49,5	52	62	38	47	45	39	45
P5	31,72	10,05	31,72	P5KM	37,3	5,6	37,3	P5KM	69	59	73	67	52	70	65	55	73
P6	8,7	18,4	26,1	P6KV	23	35,5	35,9	P6MW	72,5	69,5	69,5	73,5	70	72	61,5	57	55,5

Elternteil_CBCL	CBCLS_oR_1	CBCLS_oR_2	CBCLS_oR_3	CBCLK_B_1	CBCLK_B_2	CBCLK_B_3	CBCLA_D_1	CBCLA_D_2	CBCL_AD_3	CBCL_SPr_1	CBCL_SPr_2	CBCL_SPr_3	CBCL_SZw_1	CBCL_SZw_2	CBCL_SZw_3	CBCLA_uP_1	CBCLA_uP_2
K1MW	53	50	50,5	67	56	50	52	53,5	50	56	54,5	51,5	54,5	50	50	61	51
K2MW	70	58	56	50	50	50	57	50	50	60,5	53	53	54,5	50	50	70	62,5
K3MW	55	62	50	59,5	53,5	57	62	50	53,5	60,5	59	53	50	50	50	66	65
K4MW	55	53,5	50,5	50	57	62	54	52	55	70	77	74,5	70,5	59	71,5	73,5	74
K5KM	64	58	53	69	54	54	69	66	60	86	77	77	73	50	50	75	61
K6MW	55,5	50	51	57	50	50	64	56	57	84	76	75	50	50	50	75	69
P1KM	62	50	50	67	50	50	53	50	53	76	64	61	59	50	50	63	58
P2MW	57,5	57,5	57,5	58,5	58,5	58,5	55	55	55	57,5	57,5	57,5	54,5	54,5	54,5	61,5	61,5
P3MW	70	60	70	57	62	57	76	64,5	76	86,5	74,5	86,5	68,5	54,5	68,5	84	71
P4MW	63	50	58,5	67	50	50	60	50	50	64,5	61	59,5	54,5	50	50	62,5	56,5
P5KM	64	50	69	55	50	55	69	56	70	66	73	76	75	50	67	67	70
P6MW	91	86,5	91	50	50	50	67	61	64,5	82	77,5	79	75,5	67	70	79	74,5

## DISYPS KJ FBB

Elternteil I_CBCL	CBCLA	CBCLD	CBCLD	CBCLD	CBCLA	CBCLA	CBCLA	DiTA			DiGe	DiGe	DiGen	DiSoz	DiSoz	DiSozA
	uP_3	V_1	V_2	V_3	V_1	V_2	V_3	DiTA1	2	DiTA3	nA1	nA2	A3	A1	A2	3
K1MW	51	56,5	50	51	51,5	50	50	0,15	0,1	0	0,57	0,21	0	0,43	0,36	0,07
K2MW	64	70	53,5	57	72	59,5	55,5	0,3	0,1	0,05	1,29	0,71	0,64	1,29	0,71	0,14
K3MW	56	60,5	52	50	63	63,5	50	0,2	0,05	0	0,64	0,93	0,5	0,79	0,57	0,29
K4MW	74,5	50	54,5	53,5	63	63	62,5	1,15	1,05	0,7	1,5	1,36	0,93	0,5	0,36	0,21
K5KM	63	52	52	52	62	59	62	0	0,1	0	0,29	0,43	0,29	1	0,43	0,14
K6MW	70	51	50	50	64,5	59,5	59	1,25	0,7	0,6	1,43	0,71	1	0,86	0,64	0,43
P1KM	50	59	50	50	55	54	50	0	0,3	0	0,43	0	0	0,43	0,29	0
P2MW	61,5	51	51	51	52,5	52,5	52,5	0,7	0,7	0,7	0,57	0,57	0,57	0,36	0,36	0,36
P3MW	84	58	50	58	72	67	72	0,1	0,1	0,1	0,93	0,86	0,93	0,21	0,29	0,29
P4MW	56,5	50	50	50	50	50	50	0,9	0,45	0,3	0,57	0,57	0,57	1,21	0,57	0,36
P5KM	80	59	50	63	70	56	80	0,1	0,2	0,5	0,86	1	2,43	1	1	2,14
P6MW	72,5	57	54,5	54,5	63	58	55,5	0,25	0,1	0,2	1,14	0,64	0,79	2,43	2,07	2,36

Elternteil I_CBCL	DiSpez	DiSpez	DiSpez	DiGAN	DiGAN	DiGAN	DiDep	DiDepS	DiDe	DiSo	DiSo	DiSo	DiDyst	DiDyst	DiDyst
	Pho1	Pho2	Pho3	GST1	GST2	GST3	Sy1	y2	pSy3	mSy1	mSy2	mSy3	1	2	3
K1MW	0,21	0,21	0,36	0,32	0,21	0,1	0,42	0,22	0	0,22	0,06	0	0,39	0,18	0
K2MW	0	0	0	0,68	0,35	0,19	0,56	0,47	0,22	0,11	0	0	0,43	0,39	0,29
K3MW	0,21	0,21	0,14	0,44	0,4	0,21	0,47	0,92	0,53	0,11	0,39	0,28	0,21	0,61	0,29
K4MW	0,21	0,43	0,14	0,87	0,82	0,52	0,42	0,44	0,56	0,56	0,5	0,5	0,32	0,18	0,21
K5KM	0	0	0	0,29	0,23	0,1	0,33	0,17	0	0,22	0,11	0	0,14	0	0
K6MW	1,07	0,43	0,57	1,16	0,63	0,65	0,92	0,72	0,56	0,67	0,56	0,44	0,43	0,36	0,21
P1KM	0	0	0	0,19	0,16	0	0,44	0,17	0	0,11	0,22	0	0,5	0,07	0
P2MW	0,57	0,57	0,57	0,56	0,56	0,56	0,47	0,47	0,47	0,39	0,39	0,39	0,54	0,54	0,54
P3MW	0,64	0,14	0,64	0,44	0,32	0,44	0,53	0,67	0,67	0,33	0,33	0,33	0,39	0,36	0,39
P4MW	0,43	0,21	0,29	0,79	0,45	0,37	0,47	0,39	0,06	0,11	0,22	0	0,57	0,39	0,14
P5KM	0,43	0,43	0,57	0,55	0,61	1,32	0,22	0,39	1,44	0,11	0,33	1	0,29	0,43	1,43
P6MW	0,86	0,79	0,86	1,08	0,82	0,97	0,81	0,64	0,67	0,72	0,83	0,83	1,18	0,93	1,04

Elternteil I_CBCL	DiGDE	DiGDE	DiGDE	DiAufSt	DiAufSt	DiAufSt	DiHyp1	DiHyp2	DiHy	Dilmp	Dilmp	Dilmp	DiGH	DiGH	DiGH	DiOpp	DiOpp
	PST1	PST2	PST3	1	2	3			p3	1	2	3	KS1	KS2	KS3	1	2
K1MW	0,37	0,17	0	1,67	0,89	0,39	0,57	0	0	1	0,38	0	1,15	0,48	0,18	0,39	0,17
K2MW	0,44	0,37	0,19	2,61	1,44	1,44	0,79	0,36	0	1,38	0,75	0	1,73	0,93	0,65	2,89	2,17
K3MW	0,35	0,77	0,37	1,83	1,44	1,11	1,43	1	0,57	1,38	0,75	0,5	1,6	1,15	0,8	0,78	0,83
K4MW	0,38	0,33	0,42	1,83	1,39	1,61	2,29	1,64	1,93	2,63	1,88	2,25	2,15	1,58	1,85	0,78	0,61
K5KM	0,27	0,12	0	0,89	0,22	0,44	0,14	0	0	2,25	1,75	0,75	0,9	0,45	0,35	0,22	0,33
K6MW	0,71	0,54	0,38	1,39	1,22	1,22	2	1,29	1,14	2	1,5	1,25	1,73	1,3	1,2	1,22	1
P1KM	0,38	0,12	0	1	0,89	0	0,43	0,14	0	0,5	0,25	0	0,7	0,5	0	0,89	0,22
P2MW	0,5	0,5	0,5	0,94	0,94	0,94	0,79	0,79	0,79	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,28	0,28
P3MW	0,44	0,5	0,5	2	1,94	2	0,64	0,57	0,64	2,13	1,38	2,13	1,55	1,35	1,55	1,61	1
P4MW	0,44	0,33	0,08	2,22	1,94	1,83	0,5	0,07	0,07	0,63	0,13	0,38	1,3	0,93	0,93	0	0,11
P5KM	0,19	0,38	1,31	1	1,44	2,33	0,43	0,57	1,43	0,5	0,75	1	0,7	1	1,75	1	2,33
P6MW	0,98	0,83	0,92	1,61	1,33	1,39	0,86	0,29	0,5	0	0	0	1,03	0,7	0,8	1,39	1,22

Elternteil I_CBCL	DiOpp	DiDiss	DiDiss	DiDiss	DiGST	DiGST	DiGST	DiQBSI	DiQB	DiQB	DiQB	DiQB	DiQB	DiQB	DiStV	DiStV	DiStVH
	AggVH	AggVH	AggVH	AggVH	SozVH	SozVH	SozVH		SI2	SI3	K1	K2	K3	HM1	HM2	M3	
K1MW	0	0,03	0	0	0,16	0,06	0	0	0	0	0,13	0	0	0,5	0	0	
K2MW	1,67	0,59	0,34	0,28	1,42	1	0,78	0,17	0,5	0	1,25	0,88	0,25	0,13	0	0	
K3MW	0,33	0,22	0,13	0,03	0,42	0,38	0,14	0	0	0	0	0	0	0,13	0	0	
K4MW	0,39	0,16	0,13	0,06	0,38	0,3	0,18	1	0,67	0,75	1,13	0,63	0,38	1,25	1,38	0,75	
K5KM	0,67	0,06	0,06	0,06	0,12	0,16	0,28	0,67	0,67	0,17	1,5	0,75	0,5	0,25	0,5	0,5	
K6MW	0,89	0,13	0,13	0,06	0,52	0,44	0,36	0,83	0,67	0,33	1,25	0,75	0,25	1,25	0,5	0,25	
P1KM	0	0	0	0,13	0,32	0,08	0,08	1	0,5	0	0,75	0,25	0	0,75	0,25	0	
P2MW	0,28	0,06	0,06	0,06	0,14	0,14	0,14	0,33	0,33	0,33	0,63	0,63	0,63	0,63	0,63	0,63	
P3MW	1,61	0,13	0,03	0,13	0,66	0,38	0,66	0,58	0,33	0,58	0,13	0	0,13	0,13	0,13	0,13	
P4MW	0	0	0	0	0	0,04	0	0,67	0,08	0	0	0	0	0,5	0	0	
P5KM	2,89	0,19	0,38	0,75	0,48	1,08	1,52	0,33	0,17	0,33	0,25	0,25	0,5	0	0,25	0,25	
P6MW	1,17	0,19	0,13	0,19	0,62	0,52	0,54	1,67	2,08	2,25	1,63	2,38	1,75	1	1,13	1,25	

Elternteil I_CBCL	DiGAU TST1	DiGAU TST2	DiGAU TST3
K1MW	0,18	0	0
K2MW	0,46	0,46	0,07
K3MW	0,04	0	0
K4MW	1,11	0,86	0,64
K5KM	0,79	0,64	0,36
K6MW	1,07	0,64	0,29
P1KM	0,86	0,36	0
P2MW	0,5	0,5	0,5
P3MW	0,32	0,18	0,32
P4MW	0,43	0,04	0
P5KM	0,21	0,21	0,36
P6MW	1,46	1,89	1,82

	Feel KJ														
Name	AStrGes1	AstrGes2	AstrGes3	AW1	AW2	AW3	AA1	AA2	AA3	AT1	AT2	AT3	MStrGes1	MStrGes2	MStrGes3
K1	33	49	51	36	45	51	34	46	47	35	54	53	45	59	65
K2	78	45	31	75	23	30	75	53	28	75	61	42	80	47	38
K3	21	20	20	38	24	21	22	22	22	26	20	20	35	25	20
K4	20	20	20	34	21	28	22	22	22	22	22	20	42	30	39
K5	57	73	78	55	76	74	55	70	75	58	63	75	60	54	65
K6	52	57	34	57	57	53	49	57	23	50	54	32	59	60	46
P1	33	20	20	45	21	32	26	22	22	34	20	20	52	20	25
P2	28	26	28	28	32	28	29	29	29	36	25	25	31	28	31
P3	63	75	63	63	74	63	50	70	50	71	71	71	60	63	63
P4	50	68	72	48	56	64	51	75	72	50	67	69	33	42	38
P5	40	38	38	39	39	39	35	33	33	47	44	44	45	49	49
P6	43	30	44	44	32	46	43	22	44	44	42	43	51	41	65

Name	MW1	MW2	MW3	MA1	MA2	MA3	MT1	MT2	MT3	ProH1	ProH2	ProH3	Zerst1	Zerst2	Zerst3
K1	49	51	70	45	62	50	44	60	67	32	39	51	38	53	46
K2	81	45	38	80	54	43	79	42	39	72	41	25	68	46	44
K3	53	27	23	23	31	23	35	30	23	20	20	20	34	29	31
K4	72	32	49	31	31	46	28	35	28	44	20	23	23	29	31
K5	55	64	64	62	54	62	58	42	63	62	72	72	46	68	68
K6	58	64	62	60	62	35	54	51	42	48	51	27	57	60	40
P1	58	23	40	46	23	23	49	23	23	44	20	20	47	31	29
P2	25	27	27	50	35	50	27	32	32	23	25	23	38	29	29
P3	66	57	66	52	62	62	56	63	63	60	72	60	60	68	60
P4	45	42	30	27	46	52	34	42	37	48	67	67	68	68	68
P5	66	34	66	23	64	64	48	49	49	48	44	40	53	46	46
P6	57	49	73	50	41	48	46	39	65	39	25	46	40	34	25

Na me	StimA1	StimA 2	StimA 3	Akz1	Akz2	Akz3	Verg1	Verg2	Verg3	KognPI 1	KognPI 2	KognPI 3	Umbe w1	Umbe w2	Umbe w3
K1	41	50	47	38	54	38	41	66	48	31	29	63	41	52	63
K2	67	45	36	68	54	38	73	41	39	69	52	41	80	48	28
K3	36	31	26	36	24	24	22	20	20	22	22	20	37	33	28
K4	26	26	26	29	24	29	20	20	20	20	20	20	37	45	28
K5	55	67	67	75	75	75	45	55	73	50	69	69	54	63	71
K6	57	52	36	38	56	36	50	57	34	52	52	43	56	45	50
P1	34	29	31	29	24	24	32	20	22	37	20	24	37	28	33
P2	28	33	28	45	47	45	57	36	36	20	20	20	35	37	35
P3	57	67	57	56	47	47	64	73	64	58	69	58	61	80	61
P4	52	54	52	52	75	75	36	64	66	48	69	69	28	50	50
P5	54	40	40	36	40	36	20	50	20	43	31	31	37	37	37
P6	50	40	40	56	36	65	41	36	50	37	33	41	50	41	56

Na me	Aufg1	Aufg2	Aufg3	AggrV H1	AggrV H2	AggrV H3	RZ1	RZ2	RZ3	Selbsta b1	Selbsta b2	Selbsta b3	Perser v1	Perser v2	Perser v3
K1	46	55	67	54	52	70	59	57	60	43	54	59	33	59	41
K2	81	50	32	80	57	52	80	47	47	80	33	47	74	52	35
K3	48	34	30	39	47	37	53	39	35	33	26	24	28	28	24
K4	39	43	48	77	44	57	41	45	57	33	24	24	39	30	30
K5	48	48	39	67	37	37	62	64	72	54	61	80	48	48	65
K6	62	64	48	57	47	44	45	60	59	59	54	43	57	54	41
P1	57	30	37	57	37	42	49	35	37	54	24	31	39	24	26
P2	43	46	46	44	37	44	39	39	39	33	36	36	30	24	30
P3	53	39	53	70	37	70	53	80	80	56	80	80	50	48	50
P4	34	30	30	37	37	37	51	37	35	33	80	61	39	43	52
P5	57	50	57	67	67	67	41	39	41	33	45	45	39	48	48
P6	62	46	57	64	49	57	43	62	68	43	36	54	43	28	57

PFK

Na me	SozU1	SozU2	SozU3	Ausdr 1	Ausdr 2	Ausdr 3	EmKon tr1	EmKon tr2	EmKon tr3	F2O11	F2O12	F2O13	F2O21	F2O22	F2O23	F2O 31	F2O 32
K1	46	51	52	50	50	60	35	50	56	18	31	35	23	25	31	38	36
K2	63	52	44	76	48	40	75	48	39	32	25	21	20	5	2	49	50
K3	34	35	32	34	32	28	39	29	27	35	29	34	12	9	2	27	7
K4	38	51	45	44	36	76	35	41	44	32	43	42	31	31	34	35	30
K5	53	70	66	52	28	28	58	44	78	21	16	18	23	9	15	46	52
K6	52	54	40	52	50	32	48	52	39	31	35	20	29	22	27	48	44
P1	45	35	35	30	30	32	48	27	31	59	15	23	34	7	11	41	6
P2	34	35	34	30	28	28	63	52	52	22	19	22	20	21	20	13	15
P3	62	57	57	46	28	28	67	78	67	38	35	38	30	16	30	50	51
P4	32	47	35	28	48	32	78	63	50	29	28	26	21	13	10	42	44
P5	45	45	45	46	42	42	67	39	39	37	21	37	29	9	29	28	33
P6	48	48	39	58	38	56	39	50	61	38	32	33	23	18	15	36	21

PFK

Na me	F2O33	F2O41	F2O42	F2O43	VS11	VS12	VS13	VS21	VS22	VS23	VS31	VS32	VS33	VS41	VS42	VS4 3
K1	40	15	22	25	6	6	5	3	5	8	5	7	5	5	5	8
K2	44	15	7	6	2	2	1	6	1	1	10	10	5	7	1	0
K3	10	24	22	25	3	4	0	5	8	3	6	5	0	3	5	1
K4	32	18	22	24	8	7	8	4	6	9	6	2	5	5	7	7
K5	54	16	12	13	7	3	4	3	2	3	7	8	10	7	4	5
K6	47	19	14	17	10	8	11	6	5	3	9	8	10	7	4	10
P1	42	29	16	12	10	3	1	12	0	1	12	3	7	6	1	1
P2	13	12	14	12	6	7	6	3	1	3	0	2	0	3	4	3
P3	50	23	12	23	12	8	12	6	4	6	12	11	12	7	1	7
P4	44	22	14	10	6	3	4	2	3	2	10	10	10	3	4	1
P5	28	23	12	23	6	3	6	2	1	2	4	7	4	6	2	4
P6	19	25	22	22	5	2	2	5	4	5	5	0	3	7	5	8

Na me	MO11	MO12	MO13	MO21	MO22	MO23	MO31	MO32	MO33	MO41	MO42	MO43	MO51	MO52	MO53
K1	2	1	3	5	6	10	5	5	6	9	9	12	10	9	10
K2	5	7	7	1	1	1	9	9	8	12	11	11	9	9	11
K3	6	4	8	5	5	7	5	0	2	3	0	0	8	2	3
K4	5	10	9	4	9	9	8	7	7	9	10	7	6	5	6
K5	5	3	3	3	1	3	11	11	11	11	11	12	10	11	11
K6	4	6	2	4	4	4	5	7	4	12	12	12	11	8	11
P1	10	0	2	7	3	4	5	0	9	8	1	10	7	2	7
P2	2	1	2	3	2	3	1	2	1	6	4	6	5	4	5
P3	7	7	7	6	2	6	8	9	8	12	12	12	9	9	9
P4	5	4	5	5	2	1	7	6	6	5	10	9	8	7	7
P5	8	3	8	7	6	7	3	7	3	7	10	10	5	6	5
P6	5	7	7	10	10	7	8	6	3	10	8	7	5	5	4

Na me	MO61	MO62	MO63	SB11	SB12	SB13	SB21	SB22	SB23	SB31	SB32	SB33	SB41	SB42	SB43	SB5 1	SB5 2	SB 53
K1	3	8	4	2	8	6	9	6	7	6	6	11	2	8	7	6	8	7
K2	6	8	7	3	1	0	9	11	9	5	2	1	7	4	4	6	0	0
K3	10	7	9	1	1	0	5	0	5	3	0	0	7	0	5	2	0	1
K4	2	7	6	7	2	3	6	6	7	9	9	9	6	4	3	9	8	10
K5	2	2	1	6	3	4	7	11	10	4	2	5	5	6	5	5	0	1
K6	6	7	7	6	2	3	11	9	10	6	7	4	8	6	3	6	3	2
P1	12	4	5	3	1	1	9	0	9	8	0	5	12	1	5	7	2	3
P2	6	6	6	2	2	2	1	3	1	4	3	4	0	0	0	5	5	5
P3	6	6	6	2	0	2	9	10	9	6	6	6	10	9	10	3	1	3
P4	8	7	6	5	2	1	12	11	12	3	3	3	7	6	5	4	1	1
P5	8	8	8	2	3	2	9	3	9	7	1	7	5	2	5	8	0	8
P6	10	6	8	2	2	1	8	2	2	5	5	3	6	3	2	4	4	1

## 9.9 Lebenslauf Paul Hemmelmayr

### Persönliche Angaben:

Name/Adresse	Dipl.-Ing Paul Hemmelmayr, 3160 Traisen, Hollausplatz 2
Geburtsdaten	24.Oktober 1964 in Haslach an der Mühl (O.Ö)
Eltern	Peter Hemmelmayr (geb. 1934), Tischlermeister und Berufsschullehrer, seit 1996 in Pension, Annemarie Hemmelmayr (geb. 1943), Hausfrau, Wohnort Rohrbach O.Ö.
Geschwister	Peter (geb. 1965): Berufsschullehrer Linz Barbara (geb. 1969): Musikschullehrerin in Rohrbach Clemens (geb. 1981): Student, tödlich verunglückt 21.5.2003
Familienstand	Verheiratet, Ehefrau Karin (geb. 1966) von Beruf Musikschullehrerin für Tanz, Hausfrau Kinder: Tochter Ilse (geb. 1989), Studium Sportwissenschaften, Wien Sohn Lenz (geb.1991), Studium Sport und Biologie, Wien Sohn Felix (geb. 1994), Lehre als Koch und Kellner

### Ausbildung:

1971-1978	Volksschule und Sporthauptschule in Linz
1978-1979	vierte Klasse Hauptschule in Rohrbach (Wohnsitzänderung)
1979-1984	HTBLA für Elektrotechnik in Linz
1984-1993	Studium der Kulturtechnik und Wasserwirtschaft an der Universität für Bodenkultur in Wien
1994-1997	Psychotherapeutisches Propädeutikum an Lehranstalt der Erzdiözese Wien für Berufstätige
1998-2002	Psychotherapeutisches Fachspezifikum an der Lehranstalt für systemische Familientherapie in Wien
März 2002	offizielle Eintragung in die Liste der Psychotherapeuten des BMSG
2009-2013	Masterstudium Integrierte Outdoor-Aktivitäten® Universität Wien
2012	Zertifizierte Koordinator für Familienräte, Fachhochschule St. Pölten

### Berufliche Tätigkeiten:

1993	8 Monate Zivildienst auf der Bettenstation im Pensionistenheim Gustav Klimt in Wien
1994-2003	Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Wasserwirtschaft
1999- 2011	Beratungstätigkeit im Beratungszentrum für Partner-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung in St. Pölten und Lilienfeld
2002	Eröffnung der eigenen Praxis im Sozialzentrum Lilienfeld
2003- 2011	Männerberatung St. Pölten, ab 2006 Leitung Burschfachteam und Entwicklung von Schulworkshop und Gruppenkonzepten
2003 - laufend	Rettet das Kind, Sozialpädagogische Familienhilfe
2004- 2011	Familientherapie im Ambulatorium für ganzheitliche Förderung und Entwicklungsdiagnostik in St. Leonhart/Forst
2011	Praxisgemeinschaft mit Martin Steiner, St. Pölten
2011-laufend	Psychotherapie im Landesjugendheim Pottenstein

### Ehrenamtliche Tätigkeiten:

2004-laufend	Sachwalterschaft für einen Klienten der Emmausgemeinschaft Lilienfeld
1997-laufend	Geräteturnen mit Buben und Mädchen, seit 2005 auch gemeinschaftliche Leitung ASKÖ Traisen