



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Psychopathologie, Emotionsregulation und Lebensqualität:
Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, welche
Unterstützung beziehungsweise keine Unterstützung durch die
Kinder- und Jugendhilfe erfahren.“

Verfasserin

Sarah Wurmbäck, BSc.

gemeinsam mit

Tamara Slavik

Angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

ao. Univ.-Prof. PD Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Die vorliegende Masterarbeit wurde gemäß den APA-Richtlinien zur
Manuskriptgestaltung (American Psychological Association, 2010) verfasst.

Danksagung

Zuallererst möchte ich Frau Professorin Brigitte Lueger-Schuster meinen Dank dafür aussprechen, dass sie mir die Möglichkeit gegeben hat, dieses spannende Thema bearbeiten zu können und immer wertvolles Feedback geliefert hat. Auch Frau Magistra Dina Weindl möchte ich für ihre Hilfe in der Projektplanung sowie organisatorischen Aufgaben danken. Insbesondere die guten Kooperationen mit dem Landesjugendheim, den Schulen und ihren DirektorInnen, vor allem aber mit den Kinder und Jugendlichen, die sich dazu bereit erklärt haben, uns in unserer Arbeit zu unterstützen, seien hervorgehoben. Vielen Dank!

Doch auch Dir, Tamara, die Du mich durch die letzten zwei Jahre hindurch begleitet hast, will ich Danke sagen. Und zwar für die Zusammenarbeit und die schöne Zeit mit Dir, die bestimmt nicht immer leicht für uns war, in der wir aber trotzdem nie unseren Humor verloren haben.

Auch jene Studienkolleginnen und -kollegen, allen voran meine wundervolle Trauzeugin Alena, sowie Jonathan, Stefan und Selva, die mich von Anfang an begleitet, und dadurch einen großen Teil dazu beigetragen haben, meine – bislang – schönste Zeit im Leben so besonders und unvergesslich zu gestalten, möchte ich hier erwähnen. Ohne Euch wäre das alles nicht dasselbe gewesen!

Meine Dankbarkeit gilt natürlich auch meiner Familie, allen voran meinen Eltern, durch deren finanzielle und emotionale Unterstützung mein Studium erst ermöglicht wurde. Ich bin Euch unendlich dankbar für diese Chance!

Zum Schluss gilt mein besonderster Dank meinem wundervollen Verlobten Frédéric ohne den ich nie so weit gekommen wäre. Du hast mich immer in all meinen Entscheidungen unterstützt und mich durch so manche Krise getragen. Ohne dich wäre ich nicht was ich heute bin. Danke für alles – ich liebe Dich.

Abstract

Kinder und Jugendliche, welche von der Kinder und Jugendhilfe betreut werden, stellen eine Hochrisikopopulation im Hinblick auf die Ausbildung psychischer Störungen, einer niedrigen Lebensqualität und suboptimal entwickelten Emotionsregulationsfähigkeiten dar. Die Stichprobe bestand aus 16 stationär und 20 teilstationär betreuten Kindern und Jugendlichen eines niederösterreichischen Landesjugendheimes (VG) und einer hinsichtlich Einzugsgebiet, Alter, Geschlecht, Schultyp und Schulstufe parallelisierten Kontrollstichprobe (KG). Die Kinder und Jugendlichen waren zwischen 8 und 18 Jahre alt. 62% der untersuchten Kinder und Jugendlichen waren männlich. 33% der Kinder besuchten ein Sonderpädagogisches Zentrum. Untersucht wurden die Unterschiede der zwei Stichproben in einer vergleichenden Querschnittstudie hinsichtlich der Konstrukte Psychische Gesundheit, Lebensqualität und Emotionsregulation mit den Fragebögen YSR, ILK und FEEL. Die Gruppe der stationär betreuten Kinder zeigte signifikant weniger adaptive Emotionsregulationsstrategien als die KG ($p = .02$). Weiters konnte ein negativer Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychopathologischer Auffälligkeiten und Lebensqualität ($r = -.51$), sowie der Verwendung maladaptiver Emotionsregulation und Lebensqualität ($r = -.50$) gefunden werden. Ein signifikant positiver Zusammenhang zeigte sich bei der Verwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Auftreten psychopathologischer Auffälligkeiten ($r = .46$). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Verwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und Lebensqualität zeigte sich nur in der Versuchsgruppe ($r = .33$). Die Regressionsanalyse zeigte, dass durch die Prädiktoren adaptive und maladaptive Emotionsregulationsstrategien sowie durch die Psychische Gesundheit 46% der Varianz der Lebensqualität vorhergesagt werden können. Die Ergebnisse liefern Evidenz für ein komplexes Zusammenspiel der untersuchten Konstrukte. Zur Steigerung der Lebensqualität von stationär betreuten Kindern wäre das Erarbeiten von adaptiven Emotionsregulationsstrategien ein wichtiger Beitrag.

Schlüsselwörter: Emotionsregulation, Psychopathologie, Lebensqualität, Heimunterbringung, Heimbetreuung, Kinder- und Jugendhilfe

Abstract

Children and adolescents who are being looked after by the child and youth welfare are at high risk of developing mental disorders, a lower quality of life and subpar emotion regulation. The sample consisted of 16 residential care and 20 part-residential care children and adolescents in a children home in Lower Austria (test group) and a control group that was parallelized by commuting area, age, sex, kind of school and grade. The children and adolescents were between 8 and 18 years old. 62% of the studied children and adolescents were male. 33% of the children went to a special needs educational center. The differences of the groups regarding the constructs mental health, quality of life and emotion regulation were studied in a comparative cross-sectional study using the questionnaires YSR, ILK and FEEL. The residential care group showed significantly less adaptive emotion regulation than the control group ($p = .02$). Further, negative correlations between the incidence of psychopathological anomalies and quality of life ($r = -.51$), and between the use of maladaptive emotion regulation and quality of life ($r = -.50$) were found. Significant positive correlations between the use of adaptive emotion regulation and quality of life ($r = .24$), and between the use of maladaptive emotion regulation and the incidence of psychopathological anomalies ($r = .46$) were found. The regression analysis showed that 46% of the variance of quality of life could be attributed to the predictors adaptive and maladaptive emotion regulation, and mental health. The results give evidence for a complex interaction of the studied constructs. To increase the quality of life of children in residential care, the elaboration of adaptive emotion regulation should be considered.

Keywords: emotion regulation, psychopathology, quality of life, institutional care, child and youth welfare

Inhaltsverzeichnis

Einleitung (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	12
Fremdunterbringung in Österreich (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)...../14	
Zahlen zur Situation in Österreich (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	14
Rechtsgrundlage (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	14
Kindeswohlgefährdung und Gefährdungsabklärung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>). 16	
Hilfen zur Erziehung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	16
Erziehungshilfen aufgrund einer Vereinbarung vs. Erziehungshilfe aufgrund einer gerichtlichen Verfügung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	17
Unterstützung der Erziehung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	17
Volle Erziehung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	17
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich (<i>verfasst von Sarah Wurmbäck</i>)	18
Risikofaktoren für Psychische Gesundheit (<i>verfasst von Sarah Wurmbäck</i>).....	18
Einführung in die Epidemiologie von Kindern und Jugendlichen in Österreich (<i>verfasst von Sarah Wurmbäck</i>).....	20
Psychotherapeutische Versorgungssituation (<i>verfasst von Sarah Wurmbäck</i>)	21
Einführung in die Epidemiologie fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher (<i>verfasst von Sarah Wurmbäck</i>)	22
Einnahme von Psychopharmaka (<i>verfasst von Sarah Wurmbäck</i>).....	26
Lebensqualität (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	27
Definition Lebensqualität (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>).....	27
Situation in Österreich (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	30
Situation fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)....	30

Emotionsregulation (<i>verfasst von Sarah Wurmback</i>).....	31
Definition Emotionsregulation (<i>verfasst von Sarah Wurmback</i>)	31
Emotionsregulation bei fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher (<i>verfasst von Sarah Wurmback</i>)	33
Zusammenhang zwischen Lebensqualität, psychischer Gesundheit und	
Emotionsregulation. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>).....	36
Ziel der Studie(<i>verfasst von Tamara Slavik</i>).....	37
Fragestellungen und Hypothesen (<i>verfasst von Tamara Slavik und Sarah Wurmback</i>)	38
Fragestellung 1	39
Fragestellung 2	39
Fragestellung 3	39
Fragestellung 4	40
Fragestellung 5	40
Fragestellung 6	40
Fragestellung 7	41
Fragestellung 8	41
Fragestellung 9	41
Fragestellung 10	42
Fragestellung 11	42
Fragestellung 12	42
Fragestellung 13	42
Methode.....	42
Untersuchungsplanung und Durchführung	43
Studiendesign. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>).....	43
Durchführung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>).....	44
Datenerhebung. (<i>verfasst von Tamara Slavik</i>)	46

Stichprobenbeschreibung. (verfasst von Tamara Slavik).....	47
Erhebungsinstrumente. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	48
<i>Der Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL).</i> (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	
	49
Youth Self Report (YSR) (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	50
Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK). (verfasst von Sarah Wurmbäck)	52
Datenanalyse (verfasst von Tamara Slavik)	55
Ergebnisse ((Dateneingabe und Berechnungen durchgeführt von Sarah Wurmbäck und Tamara Slavik)	57
Soziodemographische Beschreibung der Stichproben (verfasst von Tamara Slavik, Abbildung erstellt von Sarah Wurmbäck)	57
Deskriptive Beschreibung der Stichproben und Ergebnisse zu den Vergleichen der Versuchs- und Kontrollgruppe (verfasst von Sarah Wurmbäck)	58
Ergebnisse des Youth Self Report. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	58
Gesamtwerte. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	59
Ergebnisse des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	63
Gesamtwerte. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	63
Subskalen. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	63
Ergebnisse des Fragebogens zur Erhebung der Emotionsregulation. (verfasst, Tabellen und Abbildung erstellt von Sarah Wurmbäck)	66
Gesamtwerte emotionsübergreifend. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	66
Gesamtwerte emotionsspezifisch. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	67

Strategien. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	69
Ergebnisse zu den Vergleichen zwischen teilstationärer und stationärer Gruppe (verfasst von Sarah Wurmbäck)	71
Ergebnisse des Youth Self Report. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	72
Gesamtwerte. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	72
Subskalen. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	72
Ergebnisse des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	74
Gesamtwerte. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	75
Ergebnisse des Fragebogens zu Erhebung der Emotionsregulation. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	76
Gesamtwerte emotionsübergreifend. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	76
Gesamtwerte emotionsspezifisch. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	76
Strategien. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	78
Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den Konstrukten (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	79
Ergebnisse zu den Zusammenhängen über alle Gruppen. (verfasst und Tabelle erstellt von Sarah Wurmbäck)	80
Ergebnisse zu Unterschieden in der Psychopharmakaeinnahme (verfasst von Sarah Wurmbäck)	81
Hypothesenprüfung (verfasst von Sarah Wurmbäck)	82
Fragestellung 1. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	82
Fragestellung 2. (verfasst von Sarah Wurmbäck)	82

Fragestellung 3 (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	83
Fragestellung 4. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	83
Fragestellung 5. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	84
Fragestellung 6. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	84
Fragestellung 7. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	85
Fragestellung 8. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	85
Fragestellung 9. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	85
Fragestellung 10. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	86
Fragestellung 11. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	86
Fragestellung 12. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	87
Fragestellung 13. (verfasst von Sarah Wurmbäck).....	87
Explorative Datenanalyse	87
Fragebogenüberprüfung. (verfasst von Tamara Slavik Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)	90
Exkurs: Ergebnisse Qualitative Interviews (verfasst von Tamara Slavik)	92
Diskussion und Schlussfolgerungen (verfasst von Tamara Slavik)	94
Interpretation der Ergebnisse und Schlussfolgerungen (verfasst von Tamara Slavik).....	94
Psychische Gesundheit. (verfasst von Tamara Slavik).....	95
Emotionsregulation. (verfasst von Tamara Slavik).....	96
Lebensqualität. (verfasst von Tamara Slavik)	96
Vergleich stationär und teilstationär betreuter Kinder und Jugendlichen. (verfasst von Tamara Slavik)	98

Zusammenhang zwischen den Konstrukten Psychische Gesundheit, Lebensqualität und Emotionsregulation. <i>(verfasst von Tamara Slavik)</i>	98
Implikationen für die Praxis. <i>(verfasst von Tamara Slavik)</i>	100
Kritik und Einschränkungen der Studie <i>(verfasst von Tamara Slavik)</i>	100
Implikationen für zukünftige Forschungen <i>(verfasst von Tamara Slavik)</i>	102
Literaturverzeichnis	104
Anhang A	114
Abbildungsverzeichnis	114
Tabellenverzeichnis	115
Anhang B	117
Elternbrief	117
Brief für volljährige SchülerInnen	120
Elternfragebogen	123
Fragebogen für volljährige SchülerInnen	124
Interviewleitfaden	125
Parallelisierungsliste	130

Psychopathologie, Emotionsregulation und Lebensqualität: Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, welche Unterstützung beziehungsweise keine Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren

Einleitung *(verfasst von Tamara Slavik)*

Widrige Lebenssituationen und -umstände (beispielsweise sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung oder gewalttätige Formen der Erziehung) von Kindern und Jugendlichen, welche einer positiven Entwicklung entgegenstehen, können ein Eingreifen von Seiten des Staates erfordern, um den Kindern und Jugendlichen zu ihrem Recht nach einer für sie förderlichen Erziehung zu verhelfen (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013, BGBl 69/2013). Die angebotene Unterstützung kann sich sowohl auf ambulante Unterstützung für die Familie beschränken, über das Angebot einer Tagesbetreuung, oder aber auch bis zur Herausnahme der Kinder aus der Familie führen, wenn sich die Problemstellung durch andere Hilfen nicht verbessern beziehungsweise auflösen kann.

Was bedeutet es für die Kinder und Jugendlichen, wenn sie solchen Belastungen ausgesetzt sind, dass es solch besonderer Hilfestellungen bedarf? Welche Auswirkungen haben die aversiven Erlebnisse in der Familie, aber auch die besonderen Lebensbedingungen des Aufwachsens mit staatlicher Unterstützung und das eventuell getrennte Wohnen von der eigenen Herkunftsfamilie, welches oftmals zusätzlich zu einer Stigmatisierung führt (Zikoll, 2002 zitiert nach Radler, Gahleitner, Gerlich, & Hinterwallner 2014)? Wie ist die psychische Gesundheit, die Emotionsregulation und die Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, die unter oben erläuterten Bedingungen aufwachsen, ausgeprägt? Wie beurteilen sie ihre eigene Situation?

Die Forschung zeigt, dass Kinder und Jugendliche, die unter diesen besonderen Bedingungen aufwachsen, mehr psychopathologische Auffälligkeiten (Dörr, 2009; Engel, Pätow, & Häßler, 2009; Fegert & Besier, 2009; Nützel, Schmid, Goldbeck, & Fegert, 2005;

Schmid, 2007) eine schlechtere Emotionsregulation (Beetz, 2013; Tottenham et al., 2010) und eine geringere Lebensqualität (Jud, Landolt, Tatalias, Lach, & Lips, 2013; Nelson et al., 2014) aufweisen. Des Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen oben erwähnten Konstrukten (Aschauer, 2014; Beetz, 2013; Braet et al., 2014; Cremerius, Neurohr, & Adam, 2012), wobei, aufgrund der Interaktionen zwischen den einzelnen Konstrukten, keine klare Ursache-Wirkungs-Richtung zu erkennen ist.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die psychische Gesundheit, die Emotionsregulation und die wahrgenommene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu erfassen, welche Unterstützung durch die österreichische Kinder- und Jugendhilfe erfahren. Dies wurde anhand einer parallelisierten Stichprobe mit einer Fragebogenbatterie sowie qualitativen Interviews (deren Durchführung und Ergebnisse im Rahmen dieser Arbeit aus Gründen der Kapazität nur stark verkürzt dargestellt können) untersucht. Im Detail wurde untersucht inwiefern sich Kinder und Jugendliche mit staatlicher Unterstützung bei der Erziehung anhand oben erwähnter Konstrukte von einer Kontrollgruppe unterscheiden, welche bei ihren Familien aufwuchs. Weiters wurden die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten untersucht. In der explorativen Analyse wurde erforscht welchen Erklärungswert das Alter, das Geschlecht und der besuchte Schultyp für psychopathologische Auffälligkeiten, Emotionsregulationsstrategien und die wahrgenommene Lebensqualität haben und welchen Erklärungswert die Psychische Gesundheit und die Emotionsregulationsstrategien der Kinder und Jugendlichen für deren Lebensqualität haben.

Durch die in diesem Zusammenhang erstmalige Parallelisierung der Untersuchungsgruppen soll mit dieser Studie eine systematische Erforschung der Konstrukte Psychische Gesundheit, Emotionsregulationsstrategien und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen welche staatliche Unterstützung der Erziehung erfahren, ermöglicht werden, wie etwa von Engel (2009) gefordert.

Es wurde versucht mit dieser Untersuchung zu einem besseren Verständnis der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, welche staatliche Unterstützung bei der Erziehung erfahren, beizutragen und so in weiterer Folge auch zu einer positiven Entwicklung der Gestaltung von staatlichen Unterstützungsmaßnahmen bei der Erziehung beizutragen.

Fremdunterbringung in Österreich

(verfasst von Tamara Slavik)

Zahlen zur Situation in Österreich *(verfasst von Tamara Slavik)*

Im Jahr 2014 erhielten 29,476 Kinder und Jugendliche Unterstützung der Erziehung durch die Kinder- und Jugendhilfe. Weiters wurden 10,810 Minderjährige im Rahmen der vollen Erziehung betreut. Davon lebten 6,159 in einem Kinder- und Jugendheim, einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft, einem Kinderdorf oder einer ähnlichen Einrichtung und 4,652 Kinder bei Pflegefamilien (Bundesministerium für Familien und Jugend, 2014).

Rechtsgrundlage *(verfasst von Tamara Slavik)*

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Untersuchung von Kindern und Jugendlichen handelt, welche Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren, soll im Folgenden beschrieben werden, was die gesetzliche Grundlage für eine solche Unterstützung ist, was mögliche Ursachen für eine solche Unterstützung sein können und welche Formen der Unterstützung es gibt. Dies ist im Besonderen von Bedeutung, da nicht alle untersuchten Kinder und Jugendlichen die gleiche Art von Unterstützung bekamen. So soll durch die folgenden Beschreibungen die Möglichkeit gegeben werden, die untersuchte Stichprobe in weiterer Folge zu verorten und so zu einem besseren Verständnis der möglichen Lebenssituationen und – bedingungen der Kinder und Jugendlichen beizutragen, aber auch um einen Überblick über die Arbeitsweise der Kinder- und Jugendhilfe sowie die Art der Unterstützung zu bekommen, welche die Kinder der untersuchten Stichprobe erfahren.

Im Folgenden soll hier auf das Österreichische Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 (B-KJHG 2013) im Bundesgesetzblatt (BGBl) I 69/2013 eingegangen werden, welches

bei allen Kindern und Jugendlichen, welche ihren Hauptwohnsitz beziehungsweise ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Aufenthalt in Österreich haben, zur Anwendung kommt (§ 5 Abs. 1 BGBl I 69/2013). Darüber hinaus gibt es jedoch noch neun Landesgesetze, in welchen die genaue Umsetzung des Bundesgesetzes geregelt ist, da die Länder auch die Träger der Kinder und Jugendhilfe sind (Kinder- und Jugendhilfeträger) (§ 10 Abs. 1 BGBl I 69/2013). Somit fällt auch die Erfüllung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe (siehe weiter unten) in die Zuständigkeitsbereiche der Länder (§ 10 Abs. 2 BGBl I 69/2013). Des Weiteren ist für die Leistungserbringung (siehe Kapitel *Hilfen zur Erziehung*) jenes Land zuständig, in welchem die Kinder- und Jugendlichen ihren Hauptwohnsitz haben (§ 5 Abs. 2 BGBl I 69/2013).

Auf Basis des in § 1 Abs. 1 des Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetzes 2013 (B-KJHG 2013) im BGBl I 69/2013 festgehaltenen Grundsatzes, dass „Kinder und Jugendliche [bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres] (...) ein Recht auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ haben, beruhen weitere gesetzliche Vorgaben, um dieses Recht zu gewährleisten. Im Folgenden soll besonders auf jene Artikel näher eingegangen werden, welche eine Maßnahme der „Unterstützung der Erziehung“ beziehungsweise eine Maßnahme der „vollen Erziehung“ und der damit verbundenen Fremdunterbringung rechtfertigen, wie es in der vorliegenden Studie von Relevanz ist.

Wie weiters im B-KJHG 2013 unter § 1 Abs. 2 erläutert, ist „die Pflege und Erziehung von Kindern und Jugendlichen (...) in erster Linie die Pflicht und das Recht ihrer Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betraute Personen“. Kann die Pflege und Erziehung von den mit der Erziehung betrauten Personen nicht gewährleistet werden, sind *Erziehungshilfen* zu gewähren, es darf dabei jedoch nur „insoweit eingegriffen werden, als dies zur Gewährleistung des Kindeswohls notwendig (...) ist“ (§ 1 Abs. 4 und 5 BGBl I 69/2013). Dies ergibt sich aus den Zielen der Kinder- und Jugendhilfe, zu denen unter anderem der

„Schutz von Kindern und Jugendlichen vor allen Formen von Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen (...) zählt“ (§ 2 Abs. 4 BGBI I 69/2013).

Besondere Bedeutung kommt im weiteren Zusammenhang Abs. 3 bis 5 der unter § 3 (BGBI I 69/2013) aufgeführten „Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe“ zu, in denen es unter anderem heißt, dass die Kinder- und Jugendhilfe die Aufgabe hat Familien bei Krisen und Problemen zu unterstützen, gegebenenfalls eine *Gefährdungsabklärung* und Hilfeplanung durchzuführen, sowie weiter im Falle einer vorliegenden *Kindeswohlgefährdung* (siehe Kapitel *Kindeswohlgefährdung und Gefährdungsabklärung*) Erziehungshilfe zu leisten.

Kindeswohlgefährdung und Gefährdungsabklärung. (verfasst von Tamara Slavik)

Besteht der Verdacht, „dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder ihr Wohl in anderer Weise erheblich gefährdet ist“, spricht man von einer Kindeswohlgefährdung (§37 Abs. 1 BGBI I 69/2013).

Bei Bekanntwerden eines solchen Verdachtes ist von behördlicher Seite eine *Gefährdungsabklärung* durchzuführen (§37 Abs. 1 BGBI I 69/2013). Diese besteht darin den Sachverhalt zu erheben und zu prüfen ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Hierbei werden vor allem Gespräche mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie mit Personen aus deren näherem Umfeld, als auch beispielsweise Berichte oder Gutachten von Fachleuten herangezogen (§37 Abs. 1 - 3 BGBI I 69/2013). Bestätigt sich der Verdacht der Kindeswohlgefährdung, sind weiterführende Schritte im Rahmen von *Erziehungshilfe* anzudenken.

Hilfen zur Erziehung. (verfasst von Tamara Slavik) Zur Gewährung von Erziehungshilfe wird ein Hilfeplan erstellt, welcher sich nach den individuellen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen (soziale, psychische, körperliche Entwicklung und Ausbildung) richten soll, dabei ist darauf zu achten, „dass in familiäre Verhältnisse möglichst wenig eingegriffen werden soll“ (§ 23 Abs. 2 BGBI I 69/2013). Dabei sind sowohl bei der Entscheidung über die konkreten Erziehungshilfe-Maßnahmen als auch über deren Umfang

Kinder, Jugendliche, Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betraute Personen miteinzubeziehen, sofern davon ausgegangen werden kann, dass es durch die Beteiligung zu keiner Einschränkung des Kindeswohles kommt (§24 Abs. 1-4 BGBI I 69/2013). In weiterer Folge ist der Hilfeplan hinsichtlich seiner weiteren Eignung in „angemessenen Zeitabständen zu überprüfen“ (§ 23 Abs. 2 BGBI I 69/2013).

Erziehungshilfen aufgrund einer Vereinbarung vs. Erziehungshilfe aufgrund einer gerichtlichen Verfügung. (verfasst von Tamara Slavik) „Die Gewährung von Erziehungshilfen, mit denen die Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betraute Personen einverstanden sind, erfolgt aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung zwischen diesen und dem Kinder- und Jugendhilfeträger“ (§ 27 Abs. 1 BGBI I 69/2013). In diesem Fall spricht man von „Erziehungshilfe aufgrund einer Vereinbarung“. Im Falle dessen, dass die Eltern oder die mit der Erziehung betraute Personen der „notwendigen Erziehungshilfe“ nicht zustimmen, hat der Kinder- und Jugendhilfeträger die nötigen gerichtlichen Verfügungen (Entziehung der Obsorge) zu beantragen (§ 28 Abs. 1 BGBI I 69/2013), was „Erziehungshilfe aufgrund einer gerichtlichen Verfügung“ entspricht.

Unterstützung der Erziehung. (verfasst von Tamara Slavik) Kann die Förderung des Kindes und die damit verbundene Pflege und Erziehung durch die mit der Erziehung beauftragten Personen nicht mehr gewährleistet werden, jedoch bei zusätzlicher Hilfestellung durch eine Einrichtung des Landes (beziehungsweise vom Land beauftragte) weiterhin die Möglichkeit des Verbleibs des Kindes in der Familie besteht, ohne dass von einer weiteren Beeinträchtigung des Kindeswohl auszugehen ist, spricht man von *Unterstützung der Erziehung* (§ 25 Abs. 1 BGBI I 69/2013). Dazu zählen vor allem „ambulanten Hilfen, regelmäßige Haus- oder Arztbesuche und die Einschränkungen des Kontakts mit Personen, die das Kindeswohl gefährden“ (§ 25 Abs. 2 BGBI I 69/2013)

Volle Erziehung. (verfasst von Tamara Slavik) Kann bei einem weiteren Verbleib des Kindes im Familienverband das Kindeswohl nach Einschätzung der zuständigen

Landesbehörde – trotz Maßnahmen der Unterstützung der Erziehung – nicht gewährleistet werden, so wird für das Kind ein Unterbringungsort außerhalb der Familie gesucht. Es kommt zur sogenannten *Fremdunterbringung* bzw. zur vollen Erziehung (§ 26 Abs.1 BGBl I 69/2013). Dazu zählen „insbesondere die Betreuung bei nahen Angehörigen, bei Pflegepersonen und in sozialpädagogischen Einrichtungen“ (§ 26 Abs. 2 BGBl I 69/2013).

Ein weiteres wichtiges Ziel der Kinder- und Jugendhilfe soll in diesem Zusammenhang auch erwähnt werden, nämlich die „Reintegration von Kindern und Jugendlichen in die Familie im Interesse des Kindeswohles, insbesondere im Zusammenhang mit Erziehungshilfen“ (§ 2 Abs. 5 BGBl I 69/2013). So dass das Ziel jeder Hilfe zur Erziehung nicht der fortwährende Verbleib des Kindes in einer außerfamiliären Betreuung ist, sondern, bei einer ausreichend positiven Veränderung der Ausgangssituation, die Rückführung in die Familie. Diese Veränderung kann und soll insbesondere dadurch hervorgerufen werden, dass wie unter § 2 des B-KJHG 2013 nicht nur die Unterstützung des Kindes selbst sondern auch die „Bildung eines allgemeinen Bewusstseins für Grundsätze und Methoden förderlicher Pflege und Erziehung“, sowie die „Stärkung der Erziehungskraft der Familien und Förderung des Bewusstseins der Eltern für ihre Aufgaben“ als Ziele der Kinder- und Jugendhilfe gesehen werden (§ 2 Abs. 1 und 2 BGBl I 69/2013).

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich

(verfasst von Sarah Wurmbäck)

Risikofaktoren für Psychische Gesundheit *(verfasst von Sarah Wurmbäck)*

Die World Health Organization (WHO) definierte 2014 Psychische Gesundheit als "...state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community." Übersetzt bedeutet das, dass ein Mensch dann psychisch gesund ist, wenn er oder sie die Möglichkeit hat, sein oder ihr Potential auszuschöpfen, mit belastenden

Alltagssituationen zurechtkommt, produktiv arbeiten und einen Beitrag in der Gesellschaft leisten kann. Weiteres heißt es, dass Psychische Gesundheit eine wesentliche Grundlage darstellt Gefühle ausdrücken, mit anderen Menschen interagieren und das Leben im Allgemeinen genießen zu können. Als Gefährdung für die Psychische Gesundheit werden unter anderem eine plötzliche Veränderung der Lebensumstände, soziale Ausgrenzung sowie Gewalterfahrungen genannt. Diese Definition und die weiteren Ausführungen sind im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit besonders interessant, da jene Kinder und Jugendlichen welche in Heimen untergebracht sind, aus Lebensumständen kommen welche es erschweren ihr Potential auszuschöpfen. Diese Kinder und Jugendlichen sind zahlreichen der oben genannten Risikofaktoren ausgesetzt, welche ihre Psychische Gesundheit gefährden.

Studien, welche in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden, zeigen, dass es Faktoren gibt welche die psychische Gesundheit eines Menschen gefährden können, beziehungsweise die Ausbildung psychischer Krankheiten begünstigen, also zu einer Erhöhung der Prävalenzraten von psychischen Störungen in der Bevölkerung beitragen.

So konnte gezeigt werden, dass sowohl physische Misshandlungen, aber auch sexuelle Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit, mit einem erhöhten Risiko einhergehen psychische Auffälligkeiten oder psychische Störungen zu entwickeln (Afifi, Brownridge, Cox, & Sareen, 2006; Cohen, Brown, & Smaile, 2001; Collishaw et al., 2007; Fegert & Besier, 2009). Doch nicht nur das Selbsterleben, sondern auch das Mitansehen von physischer und sexueller Gewalt haben negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Hanson et al., 2006). Weitere Risikofaktoren stellten Armut, mütterlicher Stress, eine psychische Erkrankung der Eltern, Suchtmittelgebrauch der Eltern, fehlende elterliche Wärme und harte körperliche Bestrafungen dar (Costello, Keeler, & Angold, 2001; Essex et al., 2006; Fegert & Besier, 2009; Hanson et al., 2006; Kopp & Beauchaine, 2007).

Auch konfliktreiche Wohn- und Familienverhältnisse, mangelnde erzieherische Kompetenz der Eltern, Trennungs- und Verlusterlebnisse sowie ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen waren Faktoren, welche die spätere psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussten (Engel et al., 2009; Fegert & Besier, 2009).

Einführung in die Epidemiologie von Kindern und Jugendlichen in Österreich (*verfasst von Sarah Wurmbäck*)

Fast alle diese Risikofaktoren können Gründe sein, warum Kinder und Jugendliche von der Kinder- und Jugendhilfe (siehe Kapitel *Rechtsgrundlage*) betreut werden. Daher können Heimkinder generell als Hochrisikopopulation (Engel et al., 2009; Nützel, Schmid, Goldbeck, & Fegert, 2005; Schmid, Goldbeck, Fegert, & Besier, 2006) für die Ausbildung psychischer Störungen angesehen werden.

In diesem Kapitel wird zunächst der momentane Wissensstand zu den Prävalenzraten von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter der Allgemeinbevölkerung beschrieben, um diese dann mit Studien zu vergleichen, welche an Stichproben mit heimuntergebrachten Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden.

In Studien des österreichischen Bundesministeriums (2012, 2013), ist Folgendes zu lesen:

Für Österreich liegen keine umfassenden Daten zur Prävalenz bzw. zum Spektrum der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor. Man kann in Übertragung der Daten aus Deutschland davon ausgehen, dass rund 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung eine psychische Auffälligkeit zeigen, rund 10 Prozent sind behandlungsbedürftig. (S. III)

So wie in den oben genannten Studien vom Bundesministerium (2012, 2013) wurde auch in der vorliegenden Studie auf Grund mangelnder Vergleichszahlen auf Daten aus Deutschland und der Schweiz zurückgegriffen um die Situation in Österreich zu beschreiben.

Eine große umfassende Studie zur psychischen Gesundheit deutscher Kinder und Jugendlicher stellt das vom Robert-Koch-Institut durchgeführte Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007) dar. Es zeigte sich, dass 15% der deutschen Kinder und Jugendlichen, welche mit dem Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) befragt wurden, psychische Auffälligkeiten beschrieben. Davon konnten 7% als grenzwertig auffällig und weitere 8% als auffällig eingestuft werden.

Auch die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007) stellt eine große epidemiologische Studie zur psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland dar. Wobei die Rate der Kinder und Jugendlichen welche psychische Auffälligkeiten zeigten hier mit 22% höher lagen. 15% der Kinder und Jugendlichen erfüllten sogar die Diagnosekriterien für mindestens eine psychische Erkrankung.

Eine Studie aus der Schweiz von Lacina et al. (2014) zeigte, dass die Rate der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen ähnlich der in Deutschland war und daher auch als Referenz für den deutschsprachigen Raum in dieser Studie herangezogen werden könne. Hier zeigten sich 16% der Kinder und Jugendlichen als grenzwertig auffällig und 10% als klinisch relevant auffällig.

Petermann (2005) konnte in seiner Studie, in welcher er internationale Ergebnisse zu Prävalenzraten zusammenfasste, eine Wahrscheinlichkeit von 10% - 20% für Kinder und Jugendliche an einer psychischen Störung zu erkranken, feststellen.

Psychotherapeutische Versorgungssituation *(verfasst von Sarah Wurmbäck)*

Fliedl und Krammer (2012) (zit. nach Bundesministerium, 2013) haben mehrere epidemiologische Studien zu psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersucht und ermittelten eine durchschnittliche Prävalenzrate von 18%. Hiervon hatten 10% der Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung welche als behandlungsbedürftig eingeschätzt werden konnte, wobei nur rund die Hälfte dieser Fälle auch tatsächlich behandelt

wurden. In Österreich nahmen je nach Bundesland zwischen 0.1% (Kärnten) und 0.47% (Niederösterreich) der 0-18 Jährigen krankenkassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch (Bundesministerium, 2013). Dies war zwar deutlich weniger als die Prävalenzrate der erkrankten Kinder und Jugendlichen, da es in Österreich jedoch die Möglichkeit privat bezahlter Psychotherapie gab, sind keine Aussagen über die sich tatsächlich in Behandlung befindlichen Kinder und Jugendlichen möglich.

Einführung in die Epidemiologie fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher

(verfasst von Sarah Wurmbäck)

Im Allgemeinen ist festzustellen, dass die Population der Heimkinder weit höhere Prävalenzraten für psychische Störungen aufweist, als Kinder und Jugendliche, welche bei ihren Eltern aufwachsen (Ajdukovi & Franz, 2005; Engel et al., 2009; Erol, Simsek, & Münir, 2010; Ford, Vostanis, Meltzer, & Goodman, 2007; Garland et al., 2001; Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman, & Ford, 2003; Schmid, Goldbeck, et al., 2006; Schmid, Goldbeck, Nützel, & Fegert, 2008; Schmid, Nützel, Fegert, & Goldbeck, 2006). Die häufigsten Störungsbilder sind hierbei Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen und Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (Engel et al., 2009).

Die in Studien gefundenen Prävalenzraten unterscheiden sich jedoch zum Teil sehr stark, dafür angegebene Gründe sind nicht einheitlich ausgewählte Untersuchungsinstrumente, unterschiedliche Stichprobeneffekte, variierende Diagnosekriterien und Forschungssettings (Engel et al., 2009; Nützel et al., 2005). Die niedrigste gefundene Rate an heimuntergebrachten psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen lag bei 33% (Rees, 2013) und die höchste bei 81% (Schmid, Nützel, Fegert, & Goldbeck, 2006). Was diese Studien dennoch alle gemein haben ist, dass Kinder und Jugendliche, welche von der Kinder- und Jugendhilfe betreut werden, immer signifikant höhere Werte erzielten und als auffälliger beschrieben wurden als es in der Normpopulation üblich ist.

So zeigten beispielsweise Ajdukovi und Franz (2005) in einer Studie an kroatischen Heimkindern, dass diese in allen Sub- und Globalskalen des *Youth Self Reports* (YSR) (Achenbach, 1991) höhere Werte, also mehr psychische Auffälligkeiten, zeigten als alle anderen Gruppen mit denen sie verglichen wurden. Die Kontrollgruppe bestand aus Adoptivkindern, Kindern und Jugendlichen welche in WGs untergebracht waren und solche, die in ihrer Herkunftsfamilie lebten. Es waren 45% der Kinder und Jugendlichen im auffälligen Bereich, das entsprach einer dreifach erhöhten Prävalenzrate im Vergleich zur Normpopulation. Auch in den USA konnten vergleichbare Ergebnisse gefunden werden. So fanden Burns et al. (2004), dass 48% der Heimkinder zwischen zwei und 14 Jahren klinisch relevante emotionale und Verhaltensprobleme zeigten. Auch zwei weitere Studien aus den USA, welche mit psychiatrisch standardisierten Diagnoseverfahren, im Gegensatz zu Screeningverfahren, durchgeführt wurden, konnten diese Ergebnisse stützen. McMillen et al. (2005) unterstrichen mit ihrem Ergebnis die Raten, welche in Studien gefunden wurden, welche keine standardisierten Diagnosen vergeben, sondern lediglich psychische Auffälligkeiten erhoben. Dabei fanden sie in ihrer Untersuchung, dass 61% der untersuchten Heimkinder Anzeichen für mindestens eine psychiatrische Störung laut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) aufwiesen. Auch in der zweiten Studie (Garland et al., 2001) wurden standardisierte Diagnosen vergeben, allerdings nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Neunundvierzig Prozent der Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien für mindestens eine psychiatrische Störung.

Auch in Europa wurden Studien mit standardisierten Verfahren durchgeführt. So zeigten Ford, Vostanis, Meltzer, und Goodman (2007) aus Großbritannien, dass Heimkinder signifikant mehr Auffälligkeiten in den Bereichen Psychopathologie, Schwierigkeiten in der Ausbildung und neurobiologischen Entwicklungsstörungen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen der Normpopulation hatten. 71% der Heimkinder wiesen mindestens eine

psychiatrische Störung nach *International Classification of Diseases, 10th Edition* (ICD-10) (WHO, 1993) auf. Ein ähnliches Ergebnis lieferte die Studie von Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman und Ford (2003), welche ebenfalls mit standardisierten Diagnosen arbeitete und eine Prävalenzrate von 72% feststellen konnte. Rees (2013) stellte die niedrigste Prävalenzrate fest, nur 33% seiner britischen Heimkinderstichprobe beurteilten sich selbst als psychisch auffällig.

Im Folgenden soll insbesondere auf Studien aus dem deutschsprachigen Raum eingegangen werden, da die Stichproben ebenjener eher mit jener der vorliegenden Arbeit vergleichbar sind.

In seinem Buch legte Schmid (2007) die in seiner Studie festgestellte Prävalenzrate für psychische Erkrankungen bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen von 60% als Referenzwert für die Prävalenzrate von deutschen Heimkindern fest. Auf Grund fehlender Daten aus Österreich, der kulturellen und geografischen Nähe wird diese Prävalenzrate in dieser Studie auch für österreichische von der Kinder- und Jugendhilfe betreute Kinder und Jugendliche angenommen. Diese Prävalenzrate entspricht einer vierfach höheren als sie für die Normpopulation angenommen wird (Schmid, 2007).

Dörr (2009) beschrieb ebenfalls, dass Kinder und Jugendliche welche ambulant, stationär oder teilstationär von der Kinder- und Jugendhilfe betreut wurden, psychisch belasteter waren und über weniger Ressourcen verfügten als Kinder und Jugendliche, deren Familien keine Unterstützung erfuhren. Auch Radler et al. (2014) zeigten, dass stationär betreute Kinder und Jugendliche oft hohe psychosoziale Belastungen aufweisen.

In der von Cremerius et al. (2012) durchgeführten Studie zeigte sich die Heimkinderstichprobe ebenfalls als signifikant stärker psychisch belastet als die Normierungsstichprobe. Es wurden bei 64% der Kinder auffällige Werte gefunden, 31% konnten sogar als hoch auffällig, also klinisch relevant auffällig, eingestuft werden. Ähnlich hohe Daten fanden auch Engel et al. (2009), welche stationär betreute Kinder und Jugendliche

untersuchten. Am häufigsten wurden dissoziale Verhaltensauffälligkeiten und ängstlich/depressive Störungen berichtet. Insgesamt zeigten 36% der Kinder und Jugendlichen Auffälligkeiten aus dem internalisierenden und 55% Auffälligkeiten aus dem externalisierenden Störungsbereich. Über alle Störungen hinweg betrachtet waren 57% der Kinder und Jugendlichen klinisch relevant auffällig.

Auch Schmid, Goldbeck, Fegert, und Besier (2006) bestätigten die erhöhten Prävalenzraten von stationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen und zeigten, dass sie mit einer Rate von 60% eine Hochrisikopopulation für die Ausbildung psychischer Krankheiten darstellten, jedoch eine gleichzeitige jugendpsychiatrische und psychotherapeutischer Unterversorgung stattfand. In einem Screeningverfahren Youth Self Report; Achenbach, 1991), welches auch in der vorliegenden Studie eingesetzt wird, erzielten 68% der Kinder und Jugendlichen auffällige Werte, 26% konnten sogar als klinisch relevant (T-Wert > 70) eingestuft werden.

Auch aus dem deutschsprachigen Raum gibt es Studien in welchen standardisierte psychiatrische Diagnosen erhoben wurden. So zum Beispiel die Studie von Nützel et al. (2005) in welcher 57% der untersuchten Heimkinder die Kriterien für mindestens eine F-Diagnose laut ICD-10 erfüllten. Am häufigsten waren externalisierende Störungsbilder, nämlich 83% aller Diagnosen. Nur 49% der Kinder und Jugendlichen mit einer psychiatrischen Diagnose wurden auch psychologisch oder psychotherapeutisch behandelt. Auch Schmid, Goldbeck, Nuetzel und Fegert (2008) fanden in ihrer Stichprobe 60% Kinder und Jugendliche welche mindestens eine ICD-10 Diagnose erfüllten. Am häufigsten fanden sich Verhaltensstörungen und Verhaltensstörungen kombiniert mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In einem vorher eingesetzten Screeningverfahren (Youth Self Report; Achenbach, 1991), welches auch in der vorliegenden Studie eingesetzt wird, erzielten 81% der untersuchten Heimkinder einen auffälligen

Globalwert, 30% sogar einen Wert welcher zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normpopulation lag und daher als hoch auffällig eingestuft werden konnte.

Auf Grund der sehr ähnlichen Ergebnisse der Studien im deutschsprachigen Raum wird in der vorliegenden Studie mit ähnlichen Prävalenzraten für psychische Auffälligkeiten gerechnet.

Schmid et al. (2006) zeigten in ihrer Studie, dass nicht nur Kinder und Jugendliche, welche stationär in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe untergebracht waren, sondern auch solche, welche eine teilstationäre Betreuung erfuhren, sich signifikant hinsichtlich ihrer psychischen Auffälligkeiten von der Normstichprobe unterschieden. Sie lagen etwa eineinhalb Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normpopulation. Sie zeigten sich aber in manchen Bereichen auch auffälliger als stationär untergebrachte Kinder und Jugendliche. So wurden die teilstationären Heimkinder aggressiver eingeschätzt und hatten mehr Aufmerksamkeits- und emotionale Probleme. Auch zeigte sich die teilstationäre Stichprobe insgesamt auffälliger. Bei den teilstationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen erzielten insgesamt 85% einen klinisch auffälligen Wert in einem Screeningverfahren, im Vergleich zu den stationären Kindern und Jugendlichen wo nur 72% als auffällig eingestuft wurden. 51% der teilstationären Kinder und Jugendlichen erzielten in der Studie hoch auffällige Werte, welche zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normpopulation lagen, in der stationären Heimstichprobe waren es mit 33% weniger.

Es gibt jedoch sehr wenig wissenschaftliche Literatur welche sich mit den Unterschieden zwischen stationär und teilstationär von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen befasst, daher haben die Forschungsfragen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit, zu diesem Thema, explorativen Charakter.

Einnahme von Psychopharmaka *(verfasst von Sarah Wurmbäck)*

Die Ursachenattribution bei psychischen Erkrankungen ist bei heimuntergebrachten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen welche bei ihren

Familien leben unterschiedlich. So fand Schmid (2007), dass Heimkinder bei psychischen Auffälligkeiten weit weniger häufig medikamentös behandelt wurden, da die betreuenden PädagogInnen bei jenen die Ursache der Auffälligkeit meist im sozialen Umfeld beziehungsweise suboptimalen Erziehungspraktiken der Eltern sahen. Daher wurde eher versucht, die Auffälligkeiten mit pädagogischen Maßnahmen zu reduzieren. Bei Kindern und Jugendlichen, welche zu Hause bei den Eltern lebten und aufwuchsen, wurde häufig eine biologische Ursache zugeschrieben und mit einer psychopharmakologischen Behandlung begonnen, wovon sich die Eltern in der Regel sehr entlastet fühlten.

Nützel et al. (2005) zeigten in ihrer Studie, dass rund 11% der Heimkinder psychopharmakologisch behandelt wurden. Am häufigsten wurde das Störungsbild der hyperkinetischen Störungen medikamentös behandelt.

Zur psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung von Heimkindern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist sehr wenig erforscht, weshalb die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zu diesem Thema explorativen Charakter besitzen.

Lebensqualität

(verfasst von Tamara Slavik)

Definition Lebensqualität *(verfasst von Tamara Slavik)*

Zu Beginn des Kapitels soll ein kurzer Überblick über den Begriff Lebensqualität gegeben werden, um in späterer Folge näher auf das für die vorliegende Studie relevante Konzept von Lebensqualität einzugehen, welches auch der Konzeption des in der Studie verwendeten Fragebogens *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität* (ILK) (Mattejat et al., 1998) zugrunde liegt.

Geschichtlich betrachtet soll nach Knecht (2010) der Begriff der Lebensqualität erstmals bei Arthur C. Pigou im Jahre 1924 Erwähnung gefunden haben. Pigou (1924) beschreibt in seinem Buch „The Economics of Welfare“ den Unterschied zwischen

ökonomischer Wohlfahrt, welche in monetärem Wert gemessen werden kann und Wohlfahrt generell. *Conscious life* wird von Pigou als ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenen Elementen, welche sich nicht nur aus der Befriedigung von elementaren Bedürfnissen zusammensetzt, sondern auch von “cognitions, emotion and desires” (Pigou, 1924, S. 67), welche diese begleiten, verstanden. Während er auf der einen Seite eher auf den ökonomischen Lebensstandard als Lebensqualität anspielt, so führt er weiter aus, dass *nicht-ökonomische Wohlfahrt* sich eher von den Arbeitsbedingungen selbst und den Kontakten, welche durch die Arbeit entstehen, ableitet. Lebensqualität kann also nach Pigou nicht nur erschöpfend mittels statistischer Kennzahlen, welche den Lebensstandard erheben, beschrieben werden, sondern hat auch einen in der Person selbst liegenden Anteil, in Form ihrer „Gedanken, Gefühle und Wünsche“ (Pigou, 1924, S. 67).

Nachdem in den Industrienationen die großen gesellschaftlichen Probleme durch das Wirtschaftswachstum gelöst schienen, trat das Konzept der Lebensqualität in den 60er Jahren wieder in den Vordergrund, da man dem immerwährendem Wachstum langsam mit Skepsis gegenübertrat, hatte es doch auch unter anderem zu Arbeitslosigkeit, Umweltverschmutzung, einem Fortbestehen der Geschlechterungleichheit und zu ersten Anzeichen von Ressourcenknappheit geführt (Knecht, 2010).

So war es der amerikanische Präsident Lynden B. Johnson, der den Begriff der Lebensqualität in einer seiner Reden aufnahm und verkündete, dass Ziele nicht an der Bankenbilanz, sondern nur an der Lebensqualität der Menschen zu messen seien (Knecht, 2010). „Das politische Klima war geprägt von dem Optimismus, dass soziale Prozesse analysiert und aktiv geformt werden können“ (Knecht, 2010, S. 18) und sollten dabei der Lebensqualitätssteigerung der Bevölkerung dienen (Knecht, 2010). So begann auch die Suche nach Indikatoren, mit welchen die Lebensqualität erfasst werden konnte.

Je nach spezifischem Interesse und dem zugrundeliegendem Konstrukt und der Definition von Lebensqualität wurden andere Indikatoren zur Erfassung derselben herangezogen.

Eine einheitliche Definition von Lebensqualität liegt nicht vor, es soll aber an dieser Stelle als erstes auf die Definition der World Health Organization (1995) verwiesen werden, welche wie folgt lautet: „Quality of life was defined, therefore, as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (S.1405). Weiters wird Lebensqualität als ein Konzept verstanden, in welchem sich physische und psychische Gesundheit, die sozialen Beziehungen einer Person, sowie ihre persönlichen Überzeugungen und Einstellungen gegenüber der Umwelt und ihrem Grad an Unabhängigkeit, zeigen (World Health Organization, 1995). Diese Definition verweist also schon darauf, dass Lebensqualität als komplexes Konstrukt verstanden wird, welches sich sowohl aus physischer und psychischer Gesundheit als auch aus den erlebten sozialen Beziehungen und vor allem der Zufriedenheit mit denselben, zusammensetzt. Ähnlich beschreibt es auch Bullinger (1997) welche sich mit *Gesundheitsbezogener Lebensqualität* beschäftigt: „Zusammenfassend definiert, bezeichnet Lebensqualität das Gesamte, der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von der Person selbst geäußert werden. Wichtig ist, dass die Person selbst gefragt wird“ (S.1). Obwohl es in dieser Arbeit nicht im Speziellen um Gesundheitsbezogene Lebensqualität geht, so scheinen die Definitionen dafür, dem dieser Arbeit zugrundeliegendem Konzept von Lebensqualität, am besten zu entsprechen. Besonders hervorgehoben soll in diesem Zusammenhang der letzte Satz werden, dass Lebensqualität etwas sei, bei dem zur Erhebung die Person selbst befragt werden müsse. Dopfer und Felder-Puig (2006) definieren Lebensqualität wie folgt: „Lebensqualität wird als ein Konzept verstanden, das gleichermaßen durch subjektives Erleben als auch durch objektivierbare Faktoren determiniert wird und im Wesentlichen

physische, psychische, soziale, mentale und funktionale Komponenten einschließt“ (S.1137).

Es wird hier darauf hingewiesen, dass es sich um etwas handelt, dass sich sowohl aus objektiven, als auch aus subjektiven Faktoren zusammensetzt. Auch die Definition von Glatzer (1992), der Lebensqualität als den „Zusammenhang von objektiven Lebensbedingungen, ihrer subjektiven Bewertung und dem damit verbundenen subjektiven Wohlbefinden ermöglicht eine angemessene Beurteilung von Lebensqualität“ (S. 49) schließt sich hier an, was auch mit dem Konstrukt, das dem in dieser Studie verwendeten Fragebogens zugrunde liegt, übereinstimmt. Zur genaueren Beschreibung des Fragebogens und dem zugrundeliegendem Konstrukt von Lebensqualität siehe Kapitel *Fragebogenbeschreibung – ILK*.

Situation in Österreich (*verfasst von Tamara Slavik*)

Laut dem 6. Bericht zur Lage der Jugend (Dreher, Sirsch, Strobl, & Muck, 2011) war die subjektive Gesundheit und die Lebensqualität von Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren auf einem mittleren bis hohem Niveau, wobei es ab dem 13. Lebensjahr zu einem Einbruch der Lebensqualität kam. Die Gründe dafür vermuteten Dreher et al. (2011) mit Anpassungsschwierigkeiten an die in diesem Alter neuen Lebensbedingungen des Erwachsenwerdens in Schule und Familie. Ab dem 15. Lebensjahr stieg die Lebensqualität wieder an. Auffällig war jedoch, dass Mädchen ihre Gesundheit ab 13 Jahren schlechter einschätzten als Jungen. (Dreher et al., 2011)

Situation fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher (*verfasst von Tamara Slavik*)

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, welche Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren, im Vergleich zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, welche bei ihren Herkunftsfamilien leben, ist kaum erforscht. So schrieben auch Hoffman et al. (2013): „(...) the HRQoL [Health related Quality of Life] of youth in residential care is unknown (...)“ (S. 2154). Grundsätzlich wird die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, deren Familien Unterstützung der Erziehung erhalten, aber als

signifikant schlechter eingestuft, als von Kindern und Jugendlichen, die bei ihren Familien leben. Zum einen wird dies über den Zusammenhang der Lebensqualität und der psychischen Gesundheit erklärt, welche bei Kindern, die Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe erfahren signifikant schlechter ist (siehe auch Kapitel *Psychische Gesundheit von fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen* oder *Zusammenhänge von Psychischer Gesundheit und Lebensqualität*). Zum anderen fanden aber auch Nelson et al. (2014) einen signifikant hohen Anteil an Jugendlichen, welche in Heimeinrichtungen lebten, die eine „suboptimale“ (S. 226) Lebensqualität aufwiesen. Weiters fanden Jud et al. (2013), dass Kinder, die misshandelt oder vernachlässigt worden waren auch nach Beendigung der Misshandlung eine eingeschränkte Lebensqualität aufwiesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Umstand auf fast alle Kinder und Jugendlichen, welche Unterstützung durch die Kinder und Jugendhilfe erfahren zutrifft (siehe auch Kapitel *Gesetzliche Grundlagen*), ausgenommen sind zum Beispiel Kinder, deren Eltern etwa verstorben sind und die dadurch nicht bei ihrer Familie leben können.

Emotionsregulation

(verfasst von Sarah Wurmbäck)

Definition Emotionsregulation *(verfasst von Sarah Wurmbäck)*

In den letzten Jahren wurde immer mehr zu dem Thema Emotionsregulation geforscht; eine einheitliche Definition des Begriffes gibt es trotzdem nicht. Daher werden im Folgenden nun einige der gängigsten Definitionen aufgeführt. So beschreiben zum Beispiel Kullik und Petermann (2012):

Bei der Emotionsregulation werden spezifische Strategien eingesetzt, um positive oder negative Emotionen und daraus resultierende Verhaltensweisen, soziale Kontakte und physiologische Zustände zu regulieren. Eine solche Regulation kann external und internal, willentlich oder automatisch stattfinden. Die Regulation erfolgt in Form von Initiierung, Beibehaltung, Hemmung oder Modulation einer Emotion und ihrer

Begleiterscheinungen und kann auf jeden emotionalen Zustand bezogen stattfinden.

Sie ist auf ein Ziel ausgerichtet und bezieht sich auf die Form, Intensität, den

Ausdruck oder die Dauer eines emotionalen Zustandes. (S.25)

Dazu ergänzend zitiert Beetz (2013) Thompson (1994) welcher hervorhebt, dass Emotionsregulation nicht nur die Fähigkeit ist, Qualität, Dauer, Intensität, Latenz und Modulation eigener Emotionen zu beeinflussen, sondern auch die anderer Personen verändern zu können.

Die vorliegende Arbeit hat sich jedoch ganz an der Definition von Grob und Smolenski (2005) orientiert, da diese auch die Grundlage des in der Studie verwendeten Testinstrumentes *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen* (FEEL-KJ) (Grob & Smolenski, 2005) darstellt. Sie sagen „Emotionsregulation besteht aus externalen und internalen Prozessen, die sowohl automatisiert als auch bewusst für die Modulierung, Beurteilung und Veränderung von emotionalen Reaktionen in Bezug auf deren Intensität und deren Aufrechterhaltung und Beendigung verantwortlich sind“ (S.14).

Zimmermann (1999) beschreibt in seiner Arbeit die Trennung in internalisierende und externalisierende Prozesse. Unter internalisierenden Prozessen versteht er die Lenkung der Aufmerksamkeit (entweder auf die Emotion selbst, oder aber weg von der Emotion also als Ablenkung auf andere Dinge), die (Neu-/Um-) Bewertung von emotional wichtigen Situationen sowie inneren Erregungen. Unter externalisierenden Prozessen beschreibt er den Versuch der Bewältigung einer Situation, aber auch die Suche nach Möglichkeiten der Bewältigung und einer Lebensumwelt die von der Person als kontrollierbar empfunden wird.

Weiters sagen Grob und Smolenski (2005), dass funktionale Emotionsregulationsstrategien wichtig sind um das subjektive Wohlbefinden aufrecht zu erhalten oder es zu verbessern. Die Anwendung von dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien kann Aufschluss auf möglicherweise vorliegende

psychopathologische Störungen geben. Daher unterteilen sie die von ihnen erfassten Emotionsregulationsstrategien in adaptive und maladaptive Strategien. Diese Unterscheidung lässt sich auch in den folgenden angeführten Studien wiederfinden.

Emotionsregulation bei fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher (*verfasst von Sarah Wurmbäck*)

Da das Forschungsgebiet der Emotionsregulation im Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe ein noch sehr junges ist, in welchem wenige Ergebnisse berichtet sind, werden hier zunächst einige allgemeine Studien zur Emotionsregulation und eventuellen Einflussfaktoren auf diese beschrieben. So beschreiben Kullik und Petermann (2012) die Entwicklung der Emotionsregulation bei Kindern als eine Zusammensetzung aus external und internal gelenkten Prozessen. Zunächst, wenn die Kinder noch sehr jung sind, findet vermehrt externale Regulierung mit Hilfe von Bezugspersonen, meist den Eltern, statt, in dem diese beispielsweise die Gefühle des Kindes benennen und so dem Kind ein besseres Emotionsverständnis beibringen. Je älter die Kinder werden umso weniger ist es auf externale Prozesse und Hilfen angewiesen um die eigenen Emotionen zu regulieren und es vertraut vermehrt auf internale, also selbstregulierende Strategien. Auch Yagmurlu und Ozge (2010) betonten in ihrer Studie die Wichtigkeit der Eltern bei der Ausbildung bestimmter Emotionsregulationsfähigkeiten. So zeigten sie in ihrer Studie an türkischen Vorschulkindern, dass Kinder deren Mütter feinfühlig und sensibel auf die Gefühle ihrer Kinder reagiert hatten, später weniger Probleme hatten ihre Emotionen zu regulieren. Dazu ergänzend sei die Studie von Lunkenheimer, Shields, und Cortina (2007) erwähnt, welche fand, dass Kinder, deren Eltern den Emotionen ihrer Kinder eher abweisend entgegengestanden waren, die Emotionen der Kinder kritisiert oder inadäquat darauf reagiert hatten, später schlechtere Emotionsregulationsfähigkeiten und mehr Verhaltensprobleme aufwiesen.

Da bei vielen Heimkindern auf Grund der Heimunterbringung das Vorbild der Eltern entweder komplett fehlt, ungünstige Strategien vorgelebt werden oder das Gefühlsleben der

Kinder durch Vernachlässigung und Misshandlung beeinträchtigt wird, wurde in der vorliegenden Studie erwartet, dass die Gruppe der heimuntergebrachten Kindern und Jugendlichen schlechtere, also mehr maladaptive Emotionsregulationsstrategien zeigen würde als die Versuchsgruppe.

Im Zusammenhang mit der Rolle der Eltern, sei auch der Einfluss des Bindungsstils und der Bindungsqualität auf die Emotionsregulationsfähigkeiten genannt (für ein vertiefendes Verständnis der Bindungsorganisation von Heimkindern siehe beispielsweise Schleiffer, 2007). So zeigten Lengning, Mackowiak, und Matheis (2010) in ihrer Studie, dass nicht sicher gebundene Kinder weniger adaptive Emotionsregulationsstrategien zeigten als Kinder mit einem sicheren Bindungsverhalten zu ihren Bezugspersonen. Beetz (2013) zeigte in ihrer Studie, in welcher ein Großteil der Stichprobe aus Heimkindern bestand, dass, je sicherer Kinder gebunden waren, umso häufiger adaptive Emotionsregulationsstrategien anwandten und sich bei Problemen häufiger soziale Unterstützung holten. Im Gegensatz dazu zeigten Kinder, welche eine unsichere Bindung zu ihren Bezugspersonen aufwiesen öfter maladaptive Strategien und neigten dazu, ihre Emotionen zu kontrollieren. Die Heimkinder in ihrer Stichprobe wiesen deutlich unsichereres Bindungsverhalten auf als die Kinder welche bei ihren Familien untergebracht waren. Dieses Ergebnis bestätigt auch die Studie von Zegers, Schuengel, Van IJzendoorn, und Janssens (2008) welche in ihrer Studie nur bei 10% der untersuchten Heimkinder einen sicheren Bindungsstil nachweisen konnten. Daher wurde auch in der vorliegenden Studie davon ausgegangen, dass die Stichprobe der heimuntergebrachten Kinder und Jugendlichen einen unsicheren Bindungsstil aufweisen und daher weniger adaptive und mehr maladaptive Emotionsregulationsstrategien beschreiben würden als die Kontrollgruppe.

Beetz (2013) forschte in ihrer Studie jedoch nicht nur zum Bindungsverhalten, sie fand auch, dass Heimkinder, zusammen mit kinder- und jugendpsychiatrisch betreuten Kindern und Jugendlichen, häufiger maladaptive Strategien einsetzten. Weiters zeigte sie,

dass unabhängig von der Stichprobe, internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten positiv mit maladaptiven Emotionsregulationsstrategien korrelierten. Dies erscheint nur logisch, wenn man bedenkt, dass es für den gesamten Alltag wichtig ist starke Emotionen regulieren zu können, da wenn dies nicht möglich ist, psychiatrische Störungen eine mögliche Folge darstellen können (Braet et al., 2014).

Auch bei Heimkindern konnten Cremerius et al. (2012) einen negativen Zusammenhang zwischen adaptiven Emotionsregulationsstrategien und externalisierenden Verhaltensweisen zeigen.

Mehrere Studien (Kashdan & Breen, 2008; Mullin & Hinshaw, 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008) zeigten, dass unterschiedliche psychopathologische Auffälligkeiten einen Einfluss auf die Art der Emotionsregulation von Kindern und Jugendlichen haben. Dies liegt zum Teil auch daran, dass vielen Auffälligkeiten eine Störung der Emotionsregulationsfähigkeiten zu Grunde liegt. Bei internalisierenden Störungen wie Depressionen oder Angststörungen liegt oft eine zu strenge Regulierung und ein dadurch nicht-Zulassen positiver Emotionen zu Grunde, die negativen Emotionen erfahren hingegen zu wenig Regulation. Das bewirkt, dass positive Gefühle von den Menschen kaum noch wahrgenommen werden, dadurch ist es ihnen nicht möglich positive Verstärkung zu erfahren und die negativen Gefühle überwiegen. Anders ist es bei den externalisierenden Störungsbildern wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, antisozialer Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankungen. Hier werden negative Emotionen wie Wut und Ärger zu wenig, also unterreguliert. Das bedeutet, dass diese Emotionen bei betroffenen Menschen gehäuft auftreten und so Probleme im sozialen Leben erzeugen.

So zeigten Lange und Tröster (2014), dass Kinder mit psychopathologischen Auffälligkeiten (sozialen Angststörungen) weniger adaptive und mehr maladaptive Emotionsregulationsstrategien einsetzten als Kinder ohne Auffälligkeiten. Auch Schmitt,

Gold, und Rauch (2012) fanden in ihrer Studie einen negativen Zusammenhang zwischen adaptiven Emotionsregulationsstrategien und psychopathologischen Auffälligkeiten (ADHS).

Da wie bereits im Kapitel über *Psychische Gesundheit* beschrieben wird, bei heimuntergebrachten Kindern und Jugendlichen mit erhöhten psychopathologischen Auffälligkeiten zu rechnen ist und diese ein Risikofaktor für suboptimale Emotionsregulationsfähigkeiten darstellen, wurde in dieser Studie eine geringere Verwendung von adaptiven und eine erhöhte Verwendung von maladaptiven Emotionsregulationsstrategien bei der Heimstichprobe erwartet.

Ein weiterer Risikofaktor für schlechte Emotionsregulationsfähigkeiten ist laut Tottenham et al. (2010) die Heimunterbringung selbst. Sie untersuchten Kinder welche über einen längeren Zeitraum in einem Kinderheim untergebracht waren und fanden, dass, je länger ein Kind in der stationären Einrichtung wohnte, umso schlechter auch seine Emotionsregulationsfähigkeit war. Auch wenn in der vorliegenden Studie keine Daten bezüglich der Länge der Unterbringung erhoben wurden, kann davon ausgegangen werden, dass Kinder, welche in einem Heim leben, eine schlechtere Emotionsregulation aufweisen, als Kinder, welche nie in einem Heim gelebt haben, deren Aufenthaltsdauer also null beträgt und daher in jedem Fall kürzer ist.

Zusammenhang zwischen Lebensqualität, psychischer Gesundheit und Emotionsregulation.

(verfasst von Tamara Slavik)

Einen signifikant negativen Einfluss auf die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, welche in einem Heim aufwachsen, haben psychische Gesundheitsprobleme (Damjanovic, Lakic, Stevanovic, & Jovanovic, 2011). Headey, Kelley und Wearing (1993) zeigten, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Depression und Lebensqualität besteht, was Funk, Huebner und Valois (2006) auch bei Kindern und Jugendlichen zeigen konnten. Proctor, Linley und Maltby (2009) weisen allerdings daraufhin, dass an dieser Stelle weitere

Forschung notwendig ist, da bis jetzt kaum erforscht ist, welche Faktoren einen weiteren Einfluss darauf haben. So gibt es kaum Forschung über die Zusammenhänge der Konstrukte bei Menschen mit einer hohen Lebensqualität bei einer niedrigen psychischen Gesundheit oder einer hohen psychischen Gesundheit und einer geringen Lebensqualität. Auch Schmid (2007) zeigte, dass „Jugendliche mit psychischen Störungen (...) in ihrer Lebensqualität und ihrem psychosozialen Funktionsniveau (...) stark beeinträchtigt [sind]“ (Schmid, 2007, S. 90).

Eine höhere Lebensqualität steht weiters im Zusammenhang mit adaptiven Emotionsregulationsstrategien (Haase, 2004). Haase (2004) beschreibt in seinem „Adolescent Resilience Model“ Emotionsregulation je nach Ausprägung als Risiko- oder Schutzfaktoren, welche die Lebensqualität beeinflussen. Auch nennt er die Familie und das soziale Umfeld als weitere Einflussgrößen, welche sich sowohl positiv als auch negativ auf die Lebensqualität eines Kindes auswirken können. (Es soll an dieser Stelle aber erwähnt werden, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um Kinder und Jugendliche mit einer Krebserkrankung handelt.) Von einem geringen signifikanten Zusammenhang ($r = .37$) zwischen adaptiven Emotionsregulationsstrategien und Lebensqualität berichten auch Cremerius et al. (2012).

Ziel der Studie

(verfasst von Tamara Slavik)

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die psychische Gesundheit, die Emotionsregulation und die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Es sollen Kinder und Jugendliche, welche Unterstützung durch die österreichische Kinder- und Jugendhilfe erfahren, mit Kindern einer parallelisierten Kontrollgruppe (parallelisiert anhand folgender Kriterien: Einzugsgebiet, Alter, Geschlecht, Schultyp und Schulstufe), welche im Familienverband aufwachsen hinsichtlich der oben erwähnten Konstrukte miteinander verglichen werden. Weiters soll untersucht werden, welche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten bestehen, sowie auch die Gültigkeit der Zusammenhänge in den beiden

Untersuchungsgruppen. Darüber hinaus wird untersucht welchen Erklärungswert die einzelnen Parallelisierungskriterien für psychopathologische Auffälligkeiten, Emotionsregulationsstrategien und die wahrgenommene Lebensqualität haben. Erhoben werden soll auch der Unterschied in der Häufigkeit der Einnahme von Psychopharmaka in Versuchs- und Kontrollgruppe.

Im Rahmen der qualitativen Interviews sollte erfasst werden, wie die Kinder- und Jugendlichen ihre Lebenssituation selbst wahrnehmen und was ihnen am Heim selbst besonders wichtig ist.

Fragestellungen und Hypothesen

(verfasst von Tamara Slavik und Sarah Wurmbäck)

Aufgrund des dargestellten theoretischen Hintergrundes ergeben sich folgende Fragestellungen:

Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, welche Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren (aus Gründen der leichteren Lesbarkeit in weiterer Folge als Versuchsgruppe (VG) bezeichnet – auch wenn es sich um kein Experiment handelt) und der Kontrollstichprobe (in weiterer Folge als Kontrollgruppe (KG) bezeichnet),

Unterschiede zwischen den Gruppen teilstationär betreute Kinder und Jugendliche (TSG), stationär betreuter Kinder und Jugendlicher (SG) und der Kontrollgruppe bezüglich Emotionsregulation, Lebensqualität und psychischer Gesundheit.

Zusammenhänge der oben erwähnten Konstrukte über die Gruppen hinweg, sowie getrennt für jede Gruppe um zu überprüfen, ob die Zusammenhänge in allen Gruppen gleichermaßen auftreten (Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wird nur die jeweilige Alternativhypothese formuliert):

Fragestellung 1

Unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Emotionsregulation signifikant voneinander?

H1: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe beschreiben signifikant weniger adaptive Emotionsregulationsstrategien, als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

H2: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe beschreiben signifikant mehr maladaptive Emotionsregulationsstrategien, als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Fragestellung 2

Unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich subjektiv wahrgenommener Lebensqualität signifikant voneinander?

H3: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe weisen eine signifikant niedrigere Lebensqualität auf als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Fragestellung 3

Unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten signifikant voneinander?

H4: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe beschreiben signifikant mehr psychopathologische Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

H5: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe beschreiben signifikant mehr internalisierende Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

H6: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe beschreiben signifikant mehr externalisierende Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Fragestellung 4

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche, die teilstationär betreut werden signifikant von Kindern und Jugendlichen, welche stationär betreut werden hinsichtlich Emotionsregulation voneinander?

H7: Kinder und Jugendliche in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien von Kindern welche stationär betreut werden.

H8: Kinder und Jugendliche in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien von Kindern welche stationär betreut werden.

Fragestellung 5

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche, die teilstationär betreut werden signifikant von Kindern und Jugendlichen, welche stationär betreut werden hinsichtlich subjektiv wahrgenommener Lebensqualität voneinander?

H9: Kinder und Jugendliche in teilstationärer Betreuung weisen eine signifikant niedrigere Lebensqualität auf als Kinder und Jugendliche in stationärer Betreuung.

Fragestellung 6

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche, die teilstationär betreut werden signifikant von Kindern und Jugendlichen, welche stationär betreut werden hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten voneinander?

H10: Kinder und Jugendliche in teilstationärer Betreuung weisen signifikant mehr psychopathologische Auffälligkeiten auf als Kinder und Jugendliche, welche stationär betreut werden.

H11: Kinder und Jugendliche in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung internalisierender Auffälligkeiten von Kinder und Jugendliche, welche stationär betreut werden.

H12: Kinder und Jugendliche in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung externalisierender Auffälligkeiten von Kinder und Jugendliche, welche stationär betreut werden.

Fragestellung 7

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Emotionsregulation über alle Gruppen hinweg?

H13: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität.

H14: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität.

Fragestellung 8

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Psychopathologie über alle Gruppen hinweg?

H15: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität.

Fragestellung 9

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Emotionsregulation und Psychopathologie über alle Gruppen hinweg?

H16: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten.

H17: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Ausmaß psychopathologischen Auffälligkeiten.

Fragestellung 10

Tritt der Zusammenhang der Konstrukte Lebensqualität und Emotionsregulation in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen auf?

H18: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Emotionsregulation unterscheidet sich in den untersuchten Gruppen signifikant voneinander.

Fragestellung 11

Tritt der Zusammenhang der Konstrukte Lebensqualität und Psychopathologie in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen auf?

H19: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Psychopathologie unterscheidet sich in den untersuchten Gruppen signifikant voneinander.

Fragestellung 12

Tritt der Zusammenhang der Konstrukte Psychopathologie und Emotionsregulation in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen auf?

H20: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Psychopathologie und Emotionsregulation unterscheidet sich in den untersuchten Gruppen signifikant voneinander.

Fragestellung 13

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe in der Häufigkeit der Einnahme von Psychopharmaka zur Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen der Kontrollgruppe?

H21: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, werden signifikant häufiger mit Psychopharmaka behandelt als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Methode

(verfasst von Tamara Slavik und Sarah Wurmbäck)

Untersuchungsplanung und Durchführung

Studiendesign. (*verfasst von Tamara Slavik*) Die vorliegende Untersuchung ist eine vergleichende Querschnittsstudie mit zwei Bedingungen (Versuchs- und Kontrollgruppe), anhand der mögliche Unterschiede in der Emotionsregulation, der psychischen Gesundheit und der Lebensqualität (abhängige Variablen) bei Kindern, deren Familien Unterstützung beziehungsweise keine Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erhalten (unabhängige Variable), analysiert werden sollen. Die Versuchs- und Kontrollgruppe wurden anhand folgender Kriterien parallelisiert: Einzugsgebiet, Alter, Geschlecht, besuchter Schultyp und Schulstufe, um diese als mögliche Einflussfaktoren konstant zu halten.

Dabei wurde das Einzugsgebiet bei der Parallelisierung als Kriterium gewählt um mögliche Unterschiede zwischen Stadt und Land zu berücksichtigen. Alle Schulen befanden sich im Umkreis von 12 Kilometern des Landesjugendheims, da auch die Kinder und Jugendlichen des Heimes die Schulen in der Region besuchten. Dadurch wurde versucht Kinder und Jugendliche für die Versuchsgruppe zu gewinnen, welche sowohl ein ähnliches schulisches Umfeld haben als auch in der gleichen Region aufwachsen. Das Alter wurde entsprechend dem Alter in Jahren zum Befragungszeitpunkt gewählt. Folgende Schultypen wurden von den Kindern und Jugendlichen besucht: Volksschule, Allgemeine Sonderschule bzw. Sonderpädagogisches Zentrum, Gymnasium, Polytechnische Schule, Neue Mittelschule bzw. Hauptschule und Berufsschule. Nach Möglichkeit wurde auch nach Schulstufe parallelisiert, um auch das mögliche Wiederholen einer Stufe miteinzubeziehen, was sich bei den Kindern und Jugendlichen, welche nach Allgemeinem Sonderschullehrplan unterrichtet wurden, jedoch als schwierig erwies, da in diesem Bereich die Zuordnung zu einer Schulstufe nicht eindeutig möglich ist. In solchen Fällen wurden die SchülerInnen nach Alter und Schulstufen-Einschätzung der DirektorInnen zugeordnet. Wenn in einer Schule mehrere Kinder beziehungsweise Jugendliche den Parallelisierungskriterien entsprachen, erfolgte der Einschluss in die Kontrollgruppe per Zufall durch Ziehung. Eine Tabelle, welche der besseren

Übersichtlichkeit der Übereinstimmungen beziehungsweise der Abweichungen der statistischen Zwillinge dienen soll, befindet sich im Anhang B.

Durchführung. (*verfasst von Tamara Slavik*) Im Rahmen eines EFQM-Projektes¹ eines niederösterreichischen Landesjugendheimes, wurden alle Kinder und Jugendlichen, die Unterstützung durch das Heim erfuhren zu einem halbstandardisierten qualitativen Einzel-Interview eingeladen. In der Befragung wurden die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation hinsichtlich familiärer Situation, Freizeitgestaltung und Sozialkontakten, Betreuungssituation und Wahrnehmung von Unterstützung durch das Landesjugendheim, eingesetzter Coping-Strategien, das Wissen über psychosoziale Angebote und deren Inanspruchnahme, sowie besondere Möglichkeiten, aber auch Einschränkungen, die ihnen das Landesjugendheim bietet und die damit verbundenen Verbesserungsvorschläge thematisiert. Ausgeschlossen wurden vorab all jene Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer intellektuellen Behinderung, sowie die Teilnehmerinnen des einjährigen Berufsvorbereitungskurses für Mädchen). Die Interviews wurden mittels eines digitalen Diktiergerätes aufgezeichnet und anschließend transkribiert und anonymisiert, worüber die Kinder und Jugendlichen auch informiert wurden. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und auch die Zustimmung zur Tonaufzeichnung wurde von jedem Kind eingeholt.

Bei einem weiteren Termin wurden den Kindern und Jugendlichen welche an der Befragung teilnahmen drei Fragebögen vorgegeben. Auch hier erfolgte die Teilnahme freiwillig. Die Kinder hatten in beiden Befragungssituationen die Möglichkeit jederzeit eine Pause zu machen (Karten spielen, zeichnen,...). Als Dankeschön bekamen alle Kinder und Jugendlichen im Anschluss an eine Befragungseinheit Süßigkeiten.

Nach Abschluss dieser ersten Phase der Datenerhebung wurde die Kontrollgruppe gesucht, der die gleichen Fragebögen vorgegeben wurden, wie der Versuchsgruppe. Es wurde kein qualitatives Interview mit dieser Gruppe geführt. Die Kontaktaufnahme zu den Kindern

¹ EFQM – European Foundation for Quality Management (Qualitätsmanagementsystem) (<http://www.efqm.org/>)

und Jugendlichen der Kontrollgruppe erfolgte über die Schulen. Es wurden Schulen kontaktiert, die den Schultypen der Kinder in der Versuchsgruppe entsprachen und so nah wie möglich in der Umgebung des Landesjugendheimes gelegen waren, um eine ähnliche Schulumwelt wie in der Versuchsgruppe vorzufinden. Kontaktiert wurden die Schulen in der Reihenfolge ihrer Nähe zum Landesjugendheim. Bei Absage der Teilnahme einer Schule, wurde die am nächsten gelegene Schule kontaktiert. Nach Zusage einer Schule wurde für jede Schule die Zustimmung für die Durchführung durch den Stadtschulrates eingeholt. Anschließend wurde ein weiteres Mal Kontakt mit den DirektorInnen aufgenommen um gemeinsam mit ihnen anhand der SchülerInnendaten geeignete Personen für die Kontrollgruppe zu finden. Diesen Kindern und Jugendlichen wurden eine Einverständniserklärung und ein kurzer Fragebogen (siehe Anhang B), welcher von den Eltern ausgefüllt und anschließend an die Schule retourniert werden musste, ausgehändigt. Stimmten die Eltern der Teilnahme ihrer Kinder zu, wurde ein Befragungstermin mit der Schule vereinbart. Auch hier war die Teilnahme freiwillig und die Bedingungen (Pause, Dankeschön) gleich wie in der Versuchsgruppe. Die Teilnahme war anonym, die Kinder und Jugendlichen wurden anhand von Nummern kodiert.

Insgesamt nahmen sieben Schulen an der Befragung teil, davon zwei Sonderpädagogische Zentren, da aufgrund der eher geringen SchülerInnenanzahl und der sehr heterogenen Zusammensetzung der SchülerInnen in einem Sonderpädagogischen Zentrum nicht genügend SchülerInnen für die Studie gefunden werden konnten.

Um ein abwehrendes Antwortverhalten zu vermeiden, wurden die Kinder und Jugendlichen in allen Befragungssituationen darüber informiert, dass es sich hierbei um keinerlei Überprüfung (vor allem bei den Fragebögen) handle, sie daher weder richtig noch falsch antworten könnten und ihnen aus ihren Antworten keinerlei negative Konsequenzen entstünden.

Datenerhebung. (*verfasst von Tamara Slavik*) Die Datenerhebung gliederte sich in drei Teile. In der ersten Phase wurden die Kinder und Jugendlichen des Landesjugendheimes mittels des halbstandardisierten qualitativen Interviews zwischen 26.5. und 17.6.2014 befragt. Die Interviews wurden von zwei Studentinnen der Psychologie von der Universität Wien sowie von den zwei am Landesjugendheim angestellten Klinischen- und Gesundheitspsychologinnen jeweils im Einzelsetting geführt. Es konnten dafür die Räumlichkeiten der Psychologinnen sowie im Heim vorhandene Büro- und Konferenzräume genutzt werden. Vorbereitet wurden auf einem Tisch süße Snacks und Saft, die die Jugendlichen während des Interviews konsumieren konnten. Diese Vorbereitung wurde auch für alle anderen unten beschriebenen Befragungssituationen getroffen. Die Interviews dauerten (ohne Unterbrechung – während Pausen wurde das Aufnahmegerät ausgeschaltet) zwischen 16 und 85 Minuten.

In der zweiten Phase wurden die Kinder und Jugendlichen des Landesjugendheimes zwischen 11.06.2014 und 18.06.2014 mittels Fragebogenbatterie befragt. Es konnten wieder die gleichen Räumlichkeiten genutzt werden. Die Kinder und Jugendlichen wurden je nach Alter und Bedarf, nach kurzer einleitender Instruktion, beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützt (Vorlesen der Instruktion und gemeinsame Besprechung, Vorlesen der Items, Beantwortung von Fragen, Erklärungen von Wortbedeutungen,...). Die Instruktion bestand darin, die Kinder und Jugendlichen darauf hinzuweisen, dass sie die Instruktionen auf den Fragebögen genau lesen und bei eventuellen Unklarheiten nachfragen sowie die Fragen ehrlich und konzentriert beantworten sollten, sie auch während des Ausfüllens jederzeit die Möglichkeit hätten eine Frage zu stellen, dass sie Fragen, die Ihnen unangenehm wären, nicht beantworten müssten, sie jederzeit pausieren könnten oder auch die Möglichkeit hätten die Befragung ganz abubrechen. Die Befragung fand entweder im Einzelsetting oder bei älteren Jugendlichen nach Möglichkeit in Kleingruppen von bis zu vier Personen statt. Bei Befragungen in Kleingruppen wurde darauf geachtet, dass sich die Jugendlichen nicht

gegenseitig störten oder bei anderen mitlesen konnten. Auch hier gab es für die Jugendlichen jederzeit die Möglichkeit, eine Frage an die Studienleiterinnen zu stellen. Vorgegeben wurden die Fragebögen von zwei Studentinnen der Psychologie der Universität Wien. Beide Befragungen fanden am Nachmittag in der Freizeit der Kinder und Jugendlichen statt. Durchschnittlich benötigten die Befragten zwischen 30 und 90 Minuten um die Fragebögen auszufüllen. Bei wenigen Kindern wurde die Befragung auf zwei Zeitpunkte aufgeteilt, da es – trotz Pausen – zu einer Überanstrengung der Kinder gekommen wäre und die Fragebögen nicht weiter konzentriert bearbeitet werden hätten können, was zu einer ungenauen Datenerhebung geführt hätte. Es wurde abgebrochen, wenn sich die Kinder nicht mehr konzentrieren beziehungsweise motivieren konnten. Die Befragung wurde dann einige Tage später fortgesetzt.

In der dritten Phase der Datenerhebung wurden die Kinder und Jugendlichen der Kontrollgruppe zwischen 09.04.2015 und 24.06.2015 an den von Ihnen besuchten Schulen befragt. Zur Befragung konnten leere Klassenräume genutzt werden. Die Bedingungen und der Ablauf waren gleich wie in der Kontrollgruppe. Den Kindern wurden die gleichen Instruktionen gegeben sowie die gleichen Möglichkeiten zur Unterstützung angeboten. Auch hier konnten die Befragungen zum Teil in Kleingruppen (Neue Mittelschule, Polytechnische Schule, Berufsschule) durchgeführt werden. Die Befragungen fanden während der Unterrichtszeit statt. Vorgegeben wurden die Fragebögen wieder von den beiden Studentinnen der Universität Wien. Die Befragten benötigten durchschnittlich zwischen 45 und 90 Minuten. Auch hier wurde bei wenigen TeilnehmerInnen die Befragung auf zwei Zeitpunkte aufgeteilt und einige Tage später fortgeführt. (Eine einzige Person war darunter, welche – mit Spiel-Pausen – etwa 3.5 Stunden benötigte. Offensichtlich hatte sie Freude an der Befragung und wollte diese nicht abbrechen oder zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen).

Stichprobenbeschreibung. (*verfasst von Tamara Slavik*) Die Stichprobe bestand aus einer Versuchsgruppe (VG) und einer Kontrollgruppe (KG). Zur Überprüfung der

quantitativen Fragestellungen wurden zuerst 39 Kinder und Jugendliche in einem niederösterreichischen Kinderheim mit der Fragebogenbatterie befragt. Der Besuch des Landesjugendheimes war eine Form der staatlichen *Hilfe zur Erziehung* (siehe Kapitel *Gesetzliche Grundlagen*). Eingeschlossen wurden ursprünglich 41 Kinder und Jugendliche. Das entsprach allen BewohnerInnen/BesucherInnen, welche aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten die Fragebögen (teilweise mit Unterstützung) beantworten konnten. Eine Person war im Testzeitraum verhindert und eine weitere wollte nicht teilnehmen, somit bestand die Stichprobe aus 39 Personen. Diese gliederte sich in stationär betreute (Volle Erziehung) Jugendliche ($n = 18$, 46%), welche dauerhaft im Heim leben und je nach individueller Vereinbarung mit dem Jugendamt in unterschiedlichem Ausmaß Kontakt zu ihren Herkunftsfamilien pflegen und teilstationär betreute (Unterstützung der Erziehung) Jugendliche ($n = 21$, 54%), welche das Heim nur nachmittags besuchen und bei Familienangehörigen leben. Die teilnehmenden Kinder waren zwischen 8 und 18 Jahren, davon waren 24 Kinder (62%) männlich und 15 (39%) weiblich. Die hier befragten Kindern und Jugendlichen stellen die Versuchsgruppe (VG) der vorliegenden Studie dar.

Danach wurde eine Kontrollgruppe (KG) gesucht, bestehend aus Kindern, die im Familienverband leben und keine Unterstützung durch die Kinder und Jugendhilfe erfahren, welche hinsichtlich Einzugsgebiet, Alter, Geschlecht, Schultyp und Schulstufe parallelisiert wurde. Da nicht zu jeder Person der Versuchsgruppe ein statistischer Zwilling gefunden werden konnte, ergaben sich 36 Paare beziehungsweise 72 Personen, welche zur Auswertung herangezogen werden konnten. Von den 36 Kindern und Jugendlichen der Versuchsgruppe wurden 16 (44 %) stationär und 20 (56%) teilstationär betreut.

Erhebungsinstrumente. (verfasst von Sarah Wurmback) Die drei Erhebungsinstrumente wurden passend zur Altersrange der Stichprobe ausgewählt. Auch der Zeitumfang der Vorgabe spielte eine entscheidende Rolle. Da es nur wenige Instrumente gibt, welche die untersuchten Themen mit einer so breiten Altersrange erheben, war die

Testauswahl sehr eingeschränkt. Neben den im Anschluss näher erläuterten Verfahren zur Gewinnung der Daten für die Überprüfung der Fragestellungen wurde vorab ein weiterer Fragebogen ausgegeben, dieser war jedoch nicht von den Kindern und Jugendlichen, sondern, gemeinsam mit der Einverständniserklärung, von den Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten auszufüllen.

Der Elternfragebogen enthielt zwei Fragen. Zum einen wurde gefragt ob das Kind beziehungsweise der Jugendliche Medikamente, insbesondere psychopharmakologische Medikamente einnahm und um welche es sich handelte. Zum anderen wurde der Therapiestatus der Kinder und Jugendlichen abgefragt. Also ob sich das Kind beziehungsweise der oder die Jugendliche schon einmal in Psychotherapie befunden hatte, oder sich zum Zeitpunkt der Befragung befand oder aber noch nie eine solche in Anspruch genommen hatte. Dieser Fragebogen ist in Anhang B beigelegt.

Der Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL). (verfasst von Sarah Wurmbäck) Der Fragebogen von Grob und Smolenski (2005) ist ein deutschsprachiges Papier-Bleistift-Verfahren welches für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 20 Jahren geeignet ist. Das Beantworten dieses Selbstbeurteilungsfragebogens nimmt laut AutorInnen 20-30 Minuten in Anspruch wobei aber kein Zeitlimit vorgegeben wird. Erfasst werden insgesamt 15 unterschiedliche Emotionsregulationsstrategien jeweils für die Gefühle Wut, Angst und Trauer.

Es werden je 30 Items, welche wie Aussagen formuliert sind und wiederholt gefragt werden, adaptiert für die derzeit erfragte Emotion, vorgegeben. Zum Beispiel: „Wenn ich wütend bin, behalte ich meine Gefühle für mich.“ oder „ Wenn ich traurig bin, behalte ich meine Gefühle für mich.“ Daraus ergeben sich für den gesamten Fragebogen 90 Items welche den 15 Emotionsregulationsstrategien zugeordnet werden. Jede Strategie wird mit sechs Items erfasst wobei immer zwei einer Emotion zugeordnet sind. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala von „fast nie“ bis „fast immer“ bewertet.

Die 15 Emotionsregulationsstrategien lassen sich dann in *adaptive* (also funktionale) und *maladaptive* (dysfunktionale) *Strategien* unterteilen. Die Zuteilung erfolgt über die Richtung des Zusammenhangs von subjektivem Wohlbefinden und dem Anwenden der jeweiligen Strategie.

Folgende sieben Emotionsregulationsstrategien weisen einen positiven Zusammenhang auf, erzeugen bei Anwendung also ein subjektives Wohlbefinden und werden daher der Sekundärskala *Adaptive Strategien* zugeordnet: *Problemorientiertes Handeln*, *Zerstreuung*, *Stimmung anheben*, *Akzeptieren*, *Vergessen*, *Kognitives Problemlösen* und *Umbewerten*. Fünf weitere Strategien zeigen einen negativen Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden und werden daher den *Maladaptiven Strategien* zugeordnet: *Aufgeben*, *Aggressives Verhalten*, *Rückzug*, *Selbstabwertung* und *Perseveration*. Die verbleibenden drei Strategien zeigen weder einen eindeutig positiven noch negativen Zusammenhang und werden daher unter *Weitere Strategien* angeführt: *Ausdruck*, *Soziale Unterstützung* und *Emotionskontrolle*.

Der Fragebogen wurde nach den Richtlinien der klassischen Testtheorie konstruiert. Die internen Konsistenzen liegen emotionsübergreifend zwischen $\alpha = .69$ und $\alpha = .91$ und werden von den AutorInnen als zufriedenstellend beschrieben. Die internen Konsistenzen für die Sekundärskalen *Adaptive Strategien* ($\alpha = .93$) und *Maladaptive Strategien* ($\alpha = .82$) werden ebenfalls als zufriedenstellend bewertet. Emotionsspezifisch liegen die α -Werte jedoch viel niedriger. Für Wut zwischen $\alpha = .18$ und $\alpha = .79$, sieben Emotionsregulationsstrategien erzielen $\alpha < .50$. Bei der Emotion Angst liegen die Werte zwischen $\alpha = .37$ und $\alpha = .86$ auch hier liegen sieben Emotionsregulationsstrategien unter $\alpha < .50$. Beim Gefühl Trauer liegen die Werte zwischen $\alpha = .42$ und $\alpha = .89$, hier liegen nur fünf Strategien unter einem Wert von $\alpha < .50$.

Youth Self Report (YSR). (verfasst von Sarah Wurmbäck) Der Fragebogen für Jugendliche ist die deutsche Form des Youth Self Reports (YSR) (Achenbach, 1991; dt.

Übersetzung Döpfner, Berner, & Lehmkuhl, 1994). Es handelt sich um ein Screeningverfahren für Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren welches mittels Selbsteinschätzung in einem ersten Teil die eigenen psychosozialen und schulischen Kompetenzen und Fähigkeiten erfasst und in einem zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme und körperliche Beschwerden. Der zweite Teil des YSR besteht aus 119 Items welche mit 0 = „nicht zutreffend“, 1 = „etwas oder manchmal zutreffend“ und 2 = „genau oder häufig zutreffend“ zu beantworten sind. Die Items werden mit unterschiedlicher Anzahl zu acht Syndromskalen zugeordnet wobei 20 Items keiner Skala zugeordnet sind, welche jedoch trotzdem in die Berechnung des Gesamtwerts miteinbezogen werden. 16 Items zielen auf sozial erwünschte Verhaltensweisen ab und dienen dazu den Kindern und Jugendlichen auch die Möglichkeit zu bieten positives Verhalten beschreiben zu können, diese Items werden in der Auswertung jedoch nicht berücksichtigt. Die acht Syndromskalen I. *Sozialer Rückzug*, II. *körperliche Beschwerden*, III. *Ängstlich/Depressiv*, IV. *Soziale Probleme*, V. *Schizoid/Zwanghaft*, VI. *Aufmerksamkeitsprobleme*, VII. *Dissoziales Verhalten* und VIII. *Aggressives Verhalten* können in drei Oberkategorien aufgeteilt werden. Hierbei bilden die Skalen I *Sozialer Rückzug*, II *Körperliche Beschwerden* und III *Ängstlich/Depressiv* die Gruppe der „*Internalisierenden Auffälligkeiten*“. Die Skalen VII *Dissoziales Verhalten* und VIII *Aggressives Verhalten* bilden die Gruppe der „*Externalisierenden Auffälligkeiten*“. Die Skalen IV *Soziale Probleme*, V *Schizoid/Zwanghaft* und VI *Aufmerksamkeitsprobleme* konnten keiner der beiden genannten Gruppen zugeordnet werden und bilden daher die Gruppe der *gemischten Auffälligkeiten*. Die aufsummierten Rohwerte der einzelnen Skalen lassen sich in geschlechts- und altersnormierte T-Werte umwandeln wodurch ein Vergleich mit der Normpopulation möglich wird. Auch der Gesamtscore, welcher sich aus allen acht Subskalen sowie den keiner Skala zugeordneten Items zusammensetzt, kann in T-Werte umgewandelt werden. Bei den Skalen *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und dem *Gesamtwert* gelten T-Werte

zwischen 60-63 als auffällig. Werte über 63 sogar als klinisch relevant auffällig. Diese Cut-off Werte werden auch in dieser Studie zur Bestimmung der psychischen Auffälligkeit der Kinder und Jugendlichen herangezogen. Die AutorInnen geben einen Wert von 16% auffälligen Kindern und Jugendlichen in der Normalpopulation an, dieser Wert wurde über die Normalverteilung bestimmt.

Wichtig zu bemerken ist, dass, da es sich um ein Screeningverfahren handelt, keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden können und daher keine Aussage über echte psychische Krankheiten getroffen werden können, sondern lediglich über psychische Auffälligkeiten. Die Ergebnisse sind als Hinweise auf solche zu verstehen und helfen somit, Probleme zu erfassen. Die Reliabilitäten für die deutsche Version des Verfahrens liegt mit Cronbach α Werten der Globalskalen zwischen $\alpha = .80$ und $\alpha = .92$ im zufriedenstellenden Bereich.

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK). (verfasst von Sarah Wurmbäck)

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen von Mattejat et al. (1998) ist ein Screeningverfahren welches ermöglicht das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensstil von Kindern Jugendlichen zu erfassen. Die Autoren unterscheiden zwei unterschiedliche Arten von Lebensqualität, nämlich die Lebensqualität im weiteren Sinn, also die Voraussetzungen und Bedingungen welche die Lebensqualität beeinflussen und welche auch die Lebensqualität im engeren Sinne mit einschließt. Unter der Lebensqualität im engeren Sinn verstehen die AutorInnen zum einen die Handlungs- und Funktionsfähigkeit einer Person und zum anderen das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit einer Person. Das ILK erfasst jedoch ausschließlich die Lebensqualität im engeren Sinn.

Der Fragebogen ist für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 18 Jahren geeignet. Es gibt unterschiedliche Normen für Kinder und Jugendliche mit und ohne psychische oder körperliche Erkrankungen. Mit nur sieben regulären Items und zwei

Zusatzfragen stellt es ein sehr kurzes Verfahren dar, bei welchem die Bearbeitungszeit etwa fünf Minuten beträgt. Da der Fragebogen bereits bei sehr jungen Kindern eingesetzt werden kann, haben die AutorInnen zwei unterschiedliche Versionen des Fragebogens entwickelt. Für Kinder von 6-11 Jahren wird der ILK-K empfohlen. Hier sind die Items kindgerecht formuliert und die Beantwortung erfolgt über eine Gesichterskala (Smileys) welche die Skalenwerte „sehr gut“, „eher gut“, „teils-teils“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“ grafisch veranschaulichen. Der Fragebogen wird mit den Kindern gemeinsam durchbesprochen und beantwortet. In der Version für Jugendliche ILK-J für Kinder ab 12 Jahren wird eine reguläre fünfstufige Likert-Skala verwendet, außerdem wird hier zusätzlich am Ende des Fragebogens noch eine Zeiteinschätzung der Jugendlichen für ihre unterschiedlichen Lebensbereiche erfragt. Zum Beispiel: „Wie viele Stunden verbringst du an einem normalen Schultag mit deiner Familie.“ „...mit Schlafen.“ etc..

Die sieben Items erfassen sechs verschiedene für Kinder und Jugendliche relevante Lebensbereiche: *Schule*, *Familie*, *Andere Kinder* (Freunde, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen), *Alleine* (Interessen, Freizeitgestaltung), *Gesundheit* (körperliche Gesundheit), *Nerven/Laune* (psychische Gesundheit). Das siebte Item fordert die Kinder und Jugendlichen auf, ihre gesamte Lebenszufriedenheit zu bewerten, also die Zusammenfassung der sechs oben genannten Bereiche. Weiters gibt es die Möglichkeit zwei Zusatzfragen zu stellen wobei sich die eine mit Problemen oder Krankheiten der Kinder oder Jugendlichen befasst und die andere nach der Belastung durch Untersuchungen und/oder Behandlungen fragt. Da es sich in dieser Studie jedoch nicht um eine klinische Stichprobe handelt wurden die Zusatzfragen weder gestellt noch in der Auswertung berücksichtigt.

Bei der Auswertung wird dichotomisierend in „problematische“ und „nicht problematische“ Einschätzungen aufgeteilt. Die Werte 1 = sehr gut und 2 = eher gut wurden als „nicht problematisch“ gewertet, die Werte 3 = teils-teils, 4 = eher schlecht und 5 = sehr schlecht wurden als „problematisch“ bewertet. Insgesamt lassen sich die Einzelwerte für die

jeweiligen Bereiche und zwei Globalwerte aus dem ILK bestimmen. Zum einen der *Lebensqualitätsscore* (LQ), dieser kann in Prozentränge umgewandelt werden und in die Bereiche „*unterdurchschnittlich*“, „*durchschnittlich*“ und „*überdurchschnittlich*“ unterschieden werden. Je höher die Werte der Prozentränge waren umso höher konnte auch die Lebensqualität eingeschätzt werden. Und zum anderen der *Problemscore* (PR) welcher angibt wie hoch die Kinder und Jugendlichen mit Problemen belastet sind, hier gilt, je höher der Wert der Prozentränge umso höher ist die Problembelastung des Kindes oder Jugendlichen.

Das ILK weist mit internen Konsistenzen zwischen $\alpha = .55$ und $\alpha = .63$ eher weniger zufriedenstellende Reliabilitätswerte auf.

Qualitative Interviews. (verfasst von Tamara Slavik) Zur Erhebung der qualitativen Daten, welche in weiterer Folge für das EFQM-Projektes des Kinderheimes ausgewertet wurden, wurde ein Leitfaden für ein teil-standardisiertes Interview erstellt. Diese Methode wurde gewählt, um einen möglichst offenen Zugang zur subjektiven Sicht der Kinder und Jugendlichen zu gewinnen. Der Interview-Leitfaden wurde gemeinsam mit den am Heim beschäftigten Klinischen- und Gesundheitspsychologinnen Mag.^a Dina Weindl und Mag.^a Melanie Shaked sowie den beiden Psychologie-Studentinnen Sarah Wurmback und Tamara Slavik unter der Leitung von Frau Ass. Prof. PD Dr. Brigitte Lueger-Schuster erstellt.

Daraus entstand ein Interview-Leitfaden, der folgende Aspekte des Heim(er)lebens mit den Kindern und Jugendlichen thematisieren sollte:

- Umsetzung des pädagogischen Konzepts
- Prioritäten, Vorlieben und Probleme im Heim aus der Perspektive der Kinder und Jugendlichen
- “Vorgeschichte” und Sicht auf den eigenen Aufenthalt im Landesjugendheim

- Einschätzung und Wahrnehmung der eigenen Situation – Wie wäre es weitergegangen, ohne die Unterstützung durch das Heim (bei älteren Jugendlichen ab etwa 13 Jahren)
- Copingstrategien/Wissen über psychosoziale Angebote und deren Nutzung
- Eltern-Kind-Interaktion
- Geschwister-Situation
- Sichtweise auf SozialpädagogInnen/ErzieherInnen beziehungsweise die Beziehung zu ihnen
- Freizeitgestaltung und (außerinstitutionelle) Sozialkontakte

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang B beigelegt.

Datenanalyse

(verfasst von Tamara Slavik)

Die Daten der Untersuchung wurden mittels des Statistikprogramms *IBM SPSS 23 Statistics* (englische Version für Windows) ausgewertet. Das Signifikanzniveau für die verwendeten Verfahren wurde auf $p < .05$ festgelegt, welches in der psychologischen Forschung als üblich erachtet wird (Bortz & Döring, 2006).

Statistische Auswertungsverfahren. *(verfasst von Tamara Slavik)* Zum Vergleich der Versuch- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation* wurden t-Tests für gepaarte Stichproben gerechnet. Auf Grund des zentralen Grenzwerttheorems (Bortz & Döring, 2006, S. 411) darf davon ausgegangen werden, dass die Mittelwertverteilung hinreichend normal ist, wenn die Stichprobe $n > 30$ ist und der t-test auch trotz nicht gegebener Normalverteilung ausreichend robust ist (Norman, 2010).

Um die Gruppe der teilstationär und stationär betreuten Kinder und Jugendlichen hinsichtlich der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation*

direkt miteinander zu vergleichen, wurden aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung und der kleinen Stichprobengröße U-Tests gerechnet.

Die Zusammenhänge der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation* und deren Ausmaß wurden aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung anhand der Spearman Korrelation berechnet.

Zur Überprüfung ob sich die Korrelationen in den verschiedenen Gruppen voneinander unterscheiden wurden *Fisher r-in-z Transformationen* vorgenommen, anhand welcher die z-Werte beurteilt wurden.

Die Zuverlässigkeit der Skalen des YSR, und des FEELs wurden mittels Reliabilitätsanalyse überprüft. Dabei wurde Cronbach's Alpha als Reliabilitätskoeffizient herangezogen.

Bei der explorativen Datenanalyse kamen folgende Verfahren zum Einsatz:

Zum Vergleich der Kinder und Jugendlichen, welche Teilstationär beziehungsweise Stationäre Betreuung durch das Landesjugendheim erhielten, hinsichtlich der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation* (jeweils gegen ihren statistischen Zwilling getestet), wurden aufgrund der Verletzung und der geringen Stichprobengröße Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests gerechnet.

Um den Erklärungswert der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation* hinsichtlich der Vorhersagbarkeit der Gruppenzugehörigkeit Versuch- beziehungsweise Kontrollgruppe zu berechnen wurde eine binäre logistische Regression gerechnet.

Um den Erklärungswert des Alters beziehungsweise des Geschlechts für die subjektive Lebensqualität zu berechnen wurde eine faktorielle Varianzanalyse gerechnet. Zur Durchführung der Varianzanalyse wurde der Faktor Alter zuvor in 3 Gruppen unterteilt (7-10 Jahre, 11-14 Jahre und 15-18 Jahre).

Um die subjektive Lebensqualität durch die Dimensionen *Adaptive Strategien*, *Maladaptive Strategien* und *Psychische Gesundheit* vorherzusagen wurden einfache beziehungsweise multiple Regressionen gerechnet.

Um die *Lebensqualität*, die *Psychische Gesundheit* und die *Emotionsregulationsstrategien* durch die Faktoren Alter, Geschlecht, besuchter Schultyp und Gruppenzugehörigkeit vorauszusagen wurden ebenfalls einfache und multiple Regressionen gerechnet.

Ergebnisse

(Dateneingabe und Berechnungen durchgeführt von Sarah Wurmbäck und Tamara Slavik)

Soziodemographische Beschreibung der Stichproben

(verfasst von Tamara Slavik, Abbildung von Sarah Wurmbäck)

Die Kinder waren zwischen 8 und 18 Jahren alt, wobei der Mittelwert in der Versuchsgruppe $MW = 12.69$ ($SD = 2.31$) und in der Kontrollgruppe $MW = 12.58$ ($SD = 2.35$) betrug ($t(70) = -.202$, $p = .840$)². In beiden Gruppen gab es 14 weibliche Teilnehmerinnen (39%) und 22 männliche Teilnehmer (61%). Zwölf (33%) Kinder und Jugendliche in beiden Gruppen besuchten ein Sonderpädagogisches Zentrum, während 24 (67%) eine Regelschule besuchten (zur Übersicht über den besuchten Schultyp siehe Abbildung 1).

² Die unterschiedlichen Mittelwerte kommen zustande, da eine exakte Parallelisierung nach Alter nicht immer möglich war. In diesem Fall wurde auf die Schulstufe zurückgegriffen. Die Unterschiede betragen jedoch nie mehr als ein Jahr (Alter) beziehungsweise eine Schulstufe (siehe Anhang B).

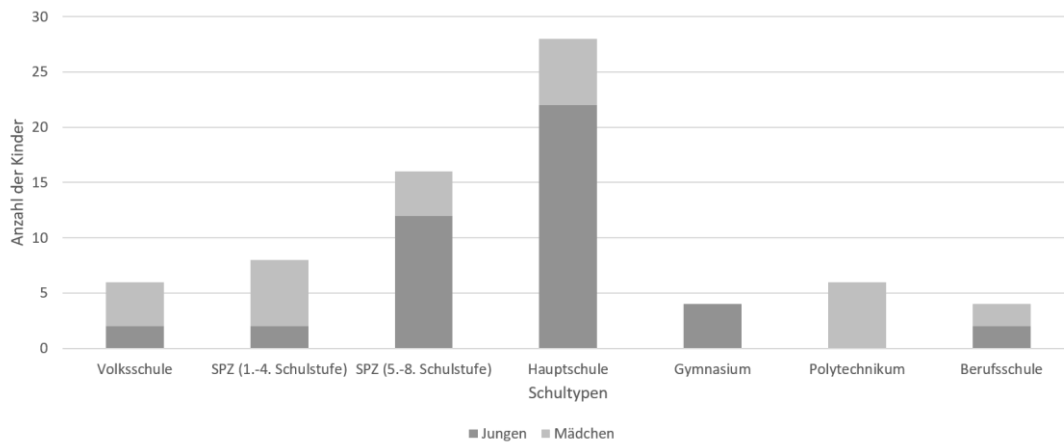


Abbildung 1. Anzahl der Kinder je Schultyp grafisch aufgeteilt nach Geschlecht

Deskriptive Beschreibung der Stichproben und Ergebnisse zu den Vergleichen der Versuchs- und Kontrollgruppe

(verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)

Nachfolgend wurden von den ursprünglich 39 nur jene 36 Datensätze herangezogen zu welchen auch ein parallelisierter Zwilling gefunden werden konnte um eine bessere Vergleichbarkeit der Gruppen zu gewährleisten. Die Unterschiede wurden mittels der Berechnung von t-Tests für abhängige Stichproben ermittelt. Auf Grund der im Vorfeld formulierten gerichteten Hypothesen wurden die t-Tests für die Gesamtwerte (YSR: *Gesamtwert für Problemverhalten, Internalisierendes Verhalten, Externalisierendes Verhalten*; ILK: *Lebensqualitätsscore*; FEEL: *adaptive Emotionsregulationsstrategien, maladaptive Emotionsregulationsstrategien*) mit einseitigem Signifikanzniveau getestet. Bei den Subskalen wurde mit zweiseitigem Signifikanzniveau getestet, da keine Erwartungen über die Richtung der Effekte vorlagen.

Ergebnisse des Youth Self Report. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck) Alle 72 Kinder und Jugendlichen waren in der Lage die Fragen des Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991; dt. Übersetzung Döpfner et al., 1994) zu verstehen und zu beantworten, daher lagen hier die Werte aller 36 Paare vor, deren Ergebnisse nun näher

beschrieben werden. Zur Berechnung der Ergebnisse wurden, wenn nicht anders angegeben, die Rohwerte der Skalen verwendet. Alle Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Gesamtwerte. (verfasst von Sarah Wurmbäck) Der Mittelwert des Gesamtwerts für *Problemverhalten* lag in der Versuchsgruppe bei $MW = 39.24$ ($SD = 23.91$) in der Kontrollgruppe bei $MW = 37.10$ ($SD = 23.00$). Dieser Unterschied war nicht signifikant $t(35) = 0.32$, $p = .38$, $d = .09$. Die Mittelwerte des Gesamtwertes für *Internalisierendes Verhalten* lagen bei $MW = 10.72$ ($SD = 8.73$) bei der VG und bei $MW = 10.30$ ($SD = 7.70$) bei der KG. Auch hier lag kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor $t(35) = 0.20$, $p = .43$, $d = .05$. Beim Mittelwert des Gesamtwertes der Skala für *Externalisierendes Verhalten* ließ sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen dem Mittelwert der Versuchsgruppe ($MW = 11.22$, $SD = 8.18$) und dem der Kontrollgruppe ($MW = 10.22$, $SD = 7.28$) zeigen $t(35) = 0.51$, $p = .31$, $d = .13$.

In der Versuchsgruppe lagen bei Betrachtung des Gesamtwertes 12 Kinder und Jugendliche im klinisch auffälligen Bereich von $T > 60$, das entspricht 33% wobei zwei (6%) davon als hoch auffällig identifiziert wurden, da sie ein $T > 70$ erreichten. In der Kontrollgruppe ergab sich das gleiche Bild mit 12 auffälligen (33%) und zwei (6%) hoch auffälligen Kindern und Jugendlichen. Bei der Skala für *Internalisierendes Verhalten* lagen in der Versuchsgruppe acht (22%) auffällige Kinder und Jugendliche mit einem Wert $T > 60$ vor, wovon vier (11%) einen T-Wert über 70 erzielten und damit als hoch auffällig eingestuft wurden. In der Kontrollgruppe gab es mit 13 (36%) mehr Kinder und Jugendliche welche in den klinisch auffälligen Bereich von $T > 60$ fielen, es scorten mit zwei (6%) Kindern und Jugendlichen jedoch weniger von ihnen in den hoch auffälligen Bereich ($T > 70$). In der Skala für *Externalisierendes Verhalten* befanden sich in der VG neun (25%) Kinder und Jugendliche mit einem klinisch auffälligen Wert und einem (3%) hoch auffälligen Kind oder Jugendlichen. In der KG gab es sechs (17%) Kinder und Jugendliche welche einen T-Wert größer 60 erreichten, wobei keines davon in den hoch auffälligen Bereich fiel.

Subskalen. (verfasst von Sarah Wurmbäck) Auch bei den Subskalen erzielten die Versuchs- und die Kontrollgruppe ähnliche Prozentwerte der Anzahl an Kindern mit psychischen Auffälligkeiten. So erzielten in der Versuchsgruppe 8% der Heimkinder erzielten einen auffälligen Wert, 6% sogar einen klinisch relevant auffälligen Wert. In der Kontrollgruppe lag die Rate mit 11% auffälligen Kindern und Jugendlichen höher, die Rate der klinisch relevant auffälligen Kindern und Jugendlichen war mit 6% jedoch gleich. Bei der Skala *Körperliche Beschwerden* erzielte die Versuchsgruppe mit insgesamt 19% auffälligen Kindern und Jugendlichen (11% klinisch relevant) höhere Werte als die Kontrollgruppe (14% auffällig, 3% klinisch relevant auffällig). In der dritten Subskala *Ängstlich/Depressiv* erzielten beide Gruppen die gleiche Rate an auffälligen Kindern und Jugendlichen, nämlich 14%, lediglich in der Zahl der klinisch relevanten Werte gab es einen Unterschied, die Versuchsgruppe lag bei 6% und die Kontrollgruppe bei 3%. Bei der Subskala *Soziale Probleme* hatte die Kontrollgruppe insgesamt am meisten Probleme (22% auffällig, 6% klinisch relevant auffällig). Bei der Versuchsgruppe erzielten weniger TeilnehmerInnen auffällige Werte (11% auffällig, 6% klinisch relevant auffällig). Auch in der Skala *Schizoid/Zwanghaft* gab es 22% Kinder und Jugendliche in der Kontrollgruppe die auffällige Werte berichteten, 11% von ihnen sogar klinisch relevante Auffälligkeiten. Auch hier hatte die Versuchsgruppe mit 19% weniger Kinder und Jugendliche mit auffälligen Werten, nur 6% waren klinisch relevant. Die am häufigsten berichteten Probleme hatte die Versuchsgruppe in der Skala *Aufmerksamkeitsprobleme*, es zeigten 22% auffällige Werte, 14% klinisch relevante Werte. In der Kontrollgruppe waren 19% der Kinder und Jugendlichen auffällig, 3% klinisch relevant. In der Subskala *Dissoziales Verhalten* erzielte die Versuchsgruppe beinahe dreimal mehr Auffälligkeiten (8% auffällig, 6% klinisch relevant auffällig) als die Kontrollgruppe (3% auffällig, 0% klinisch relevant auffällig). In der letzten Subskala *Aggressives Verhalten* erzielten in beiden Gruppen wieder gleich viele Kinder und Jugendliche klinisch auffällige

Werte (6%). In der Versuchsgruppe jedoch, waren alle 6% klinisch relevant auffällig, in der Kontrollgruppe nur 3%.

Tabelle 1

Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten

Variablen	VG		KG		<i>t(df)</i>	<i>p</i>	95% CI		Cohens <i>d</i>
	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>			LL	UL	
GESAMTWERTE									
Gesamtwert Problemverhalten	39.24	23.91	37.20	23.00	0.32 (35)	0.75	-10.97	15.04	0.09
Internalisierendes Verhalten	10.72	8.73	10.30	7.70	0.20 (35)	0.85	-3.95	4.79	0.05
Externalisierendes Verhalten	11.22	8.18	10.22	7.28	0.51 (35)	0.61	-2.97	4.96	0.13
SUBSKALEN									
Sozialer Rückzug	2.89	2.24	2.98	2.63	-0.14 (35)	0.89	-1.38	1.19	0.04
Körperliche Beschwerden	2.95	3.02	2.53	2.08	0.67 (35)	0.51	-0.84	1.68	0.16
Ängstlich/Depressiv	5.14	5.67	5.10	4.85	0.03 (35)	0.98	-2.72	2.79	0.01
Soziale Probleme	3.01	2.36	2.98	2.64	0.05 (35)	0.96	-1.36	1.42	0.01
Schizoid/Zwanghaft	1.28	1.99	1.73	2.12	-0.89 (35)	0.38	-1.50	0.58	0.22
Aufmerksamkeitsprobleme	5.29	3.94	4.52	3.49	0.81 (35)	0.42	-1.15	2.68	0.21
Dissoziales Verhalten	3.10	2.91	3.00	2.30	0.14 (35)	0.89	-1.29	1.48	0.04
Aggressives Verhalten	8.12	6.25	7.22	5.69	0.61 (35)	0.55	-2.12	3.91	0.15
Andere Probleme	7.48	3.61	7.14	4.52	0.32 (35)	0.75	-1.81	2.49	0.08

Anmerkungen: CI= confidence interval, LL= lower limit, UL= upper limit, **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

Ergebnisse des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität. (*verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck*) Auch das Verständnis der Fragen und die daraus resultierende Beantwortung der Fragen des Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat et al., 1998) konnte angenommen werden, daher wurden auch hier alle 36 Paare in die Berechnungen miteinbezogen. Alle berichteten Ergebnisse wurden, wenn nicht anders angegeben, anhand der Rohwerte berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Gesamtwerte. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) Der Lebensqualitätsscore der Kinder und Jugendlichen der Versuchsgruppe lag bei $MW = 21.60$ ($SD = 4.21$) der der Kontrollgruppe bei $MW = 22.11$ ($SD = 2.94$), es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden $t(35) = 0.54$, $p = .30$, $d = .14$. Jedoch zeigten sich in der Versuchsgruppe mit 14% fast fünfmal mehr unterdurchschnittliche Lebensqualitätsscores als in der Kontrollgruppe mit 3%.

Beim Problemscore lagen die Mittelwerte der Versuchsgruppe ($MW = 1.83$, $SD = 1.56$) und der Kontrollgruppe ($MW = 1.61$, $SD = 1.53$) nah beieinander und unterschieden sich nicht signifikant $t(35) = 0.64$, $p = .26$, $d = .13$. Auch gab es mit je 36% auffälligen Werten je Gruppe keinen Unterschied beim Problemscore.

Subskalen. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) In der Subskala *Schule* erzielte die Versuchsgruppe 42% auffällige Werten und die Kontrollgruppe 31% auffälligen Werte. In der Skala *Familie* lagen in der Versuchsgruppe 19% der Kinder und Jugendlichen im auffälligen Bereich, in der Kontrollgruppe erreichten 8% auffällige Werte. In der Skala *Andere Kinder* zeigten 17% der Kinder und Jugendlichen der Versuchsgruppe und 14% der Kontrollgruppe auffällige Werte. In der Subskala *Alleine* erzielten 39% der Kinder und Jugendlichen der Versuchsgruppe auffällige Werte, in der Kontrollgruppe lag die Rate mit 50% noch höher. Bei der Skala *Gesundheit* lagen die Raten auffälliger Werte bei 19% in der VG und bei 17% in der KG. In der Subskala *Nerven/Laune* erzielten 31% der Kinder und

Jugendlichen der Versuchsgruppe einen auffälligen Wert und 36% der Kontrollgruppe. In der Skala *Alles zusammen* hatten 17% der Versuchsgruppe auffällige Werte und 6% der Kontrollgruppe

Tabelle 2

Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich unterschiedlicher Bereiche von Lebensqualität

Variable	VG		KG		<i>t(df)</i>	<i>p</i>	95% CI		Cohens <i>d</i>
	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>			LL	UL	
GESAMTWERTE									
Lebensqualitätsscore	21.60	4.21	22.11	2.94	-0.54 (35)	0.60	-2.43	1.41	0.14
Problemscore	1.83	1.56	1.61	1.53	0.64 (35)	0.52	-0.48	0.92	0.13
SUBSKALEN									
Schule	2.08	1.11	2.00	0.93	0.38 (35)	0.71	-0.36	0.53	0.10
Familie	1.79	1.29	1.36	0.64	1.62 (35)	0.12	-0.11	0.96	0.43
Andere Kinder	1.64	1.05	1.72	0.78	-0.39 (35)	0.70	-0.52	0.36	0.09
Alleine	2.25	1.18	2.50	1.25	-0.81 (35)	0.43	-0.88	0.38	0.21
Gesundheit	1.78	0.90	1.58	0.77	0.93 (35)	0.36	-0.23	0.62	0.23
Nerven/Laune	2.22	1.20	2.19	0.86	0.10 (35)	0.92	-0.52	0.58	0.03
Alles zusammen	1.64	0.90	1.53	0.61	0.54 (35)	0.59	-0.31	0.53	0.15

Anmerkungen: CI= confidence interval, LL= lower limit, UL= upper limit, **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

Ergebnisse des Fragebogens zur Erhebung der Emotionsregulation. (*verfasst, Tabellen und Abbildung erstellt von Sarah Wurmbäck*) Beim Verstehen und Beantworten der Items des Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) (Grob & Smolenski, 2005) gab es bei einigen Kindern der Versuchsgruppe große Schwierigkeiten, daher wurden diese nicht in die Berechnungen miteinbezogen. Somit ergaben sich für die Auswertung des FEEL(Grob & Smolenski, 2005) $N = 31$ vollständig ausgefüllte Fragebögen für die Versuchsgruppe und für die Kontrollgruppe $N = 36$ verwertbare Bögen. Um die bessere Vergleichbarkeit der parallelisierten Gruppen wieder herzustellen, wurden für diesen Teil der Berechnungen auch die Kinder der Kontrollgruppe ausgeschlossen, welche dadurch keinen statistischen Zwilling mehr für den Vergleich hatten. Für die Berechnungen wurden, wenn nicht anders angegeben, die Rohwerte verwendet. Die Ergebnisse der t-Test sind in Tabelle 3 und Tabelle 4 zusammengefasst.

Gesamtwerte emotionsübergreifend. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) Der Mittelwert der Versuchsgruppe für die Verwendung von *adaptiven Strategien* lag bei $MW = 128.44$ ($SD = 28.40$), der der Kontrollgruppe bei $MW = 143.35$ ($SD = 23.35$). Dieser Unterschied erwies sich als signifikant $t(30) = -2.51$, $p = .01$, $d = 0.57$. Es erzielten 25% der Kinder und Jugendlichen der Versuchsgruppe einen auffällig niedrigen Wert für die Anwendung von adaptiven Strategien (T-Wert < 40), 6% sogar einen hochauffälligen Wert (T-Wert < 30), nur 56% zeigten unauffällige Werte (T-Wert > 40). In der Kontrollgruppe zeigten mit 81% deutlich mehr Kinder und Jugendliche unauffällige Werte in der Anwendung Adaptiver Strategien. 14% zeigten auffällige und 6% hochauffällige Werte.

Für die Verwendung von *maladaptiven Strategien* lag der Mittelwert der Versuchsgruppe bei $MW = 77.31$ ($SD = 17.91$) und bei der Kontrollgruppe bei $MW = 77.11$ ($SD = 20.82$). Dieser Unterschied war nicht signifikant $t(30) = 0.04$, $p = .48$, $d = 0.01$. In der Versuchsgruppe erzielten 14% der Kinder und Jugendlichen auffällige Werte in der Verwendung maladaptiver Strategien (T-Wert > 60), 3% erzielten hochauffällige Werte (T-

Wert > 70). In der Kontrollgruppe zeigten sich zwar nur 11% der Kinder und Jugendlichen auffällig, jedoch gab es hier mit 14% eine hohe Rate an hochauffälligen Kindern und Jugendlichen.

Gesamtwerte emotionsspezifisch. (verfasst von Sarah Wurmbäck) Bei der Emotion WUT ergaben sich für die *adaptiven Strategien* bei der Versuchsgruppe ein $MW = 41.87$ ($SD = 11.36$), bei der Kontrollgruppe ein $MW = 44.71$ ($SD = 10.01$), dieser Unterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant $t(30) = -1.26$, $p = .22$, $d = 0.27$. Der Unterschied bei den *maladaptiven Strategien* für die Emotion WUT (VG: $MW = 26.76$, $SD = 6.68$; KG: $MW = 27.06$, $SD = 7.32$) erwies sich ebenfalls als nicht signifikant $t(30) = -0.16$, $p = .87$, $d = 0.04$.

Bei der Emotion ANGST ergaben sich für die *adaptiven Strategien* bei der Versuchsgruppe ein $MW = 44.01$ ($SD = 9.58$), bei der Kontrollgruppe ein $MW = 48.39$ ($SD = 9.22$), dieser Unterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant $t(30) = -1.76$, $p = .09$, $d = 0.43$. Der Unterschied bei den *maladaptiven Strategien* für die Emotion ANGST (VG: $MW = 24.03$, $SD = 6.82$; KG: $MW = 24.11$, $SD = 7.43$) erwies sich ebenfalls als nicht signifikant $t(30) = -0.04$, $p = .97$, $d = 0.01$.

Bei der Emotion TRAUER ergaben sich für die *adaptiven Strategien* bei der Versuchsgruppe ein $MW = 42.56$ ($SD = 10.90$), bei der Kontrollgruppe ein $MW = 50.25$ ($SD = 8.82$), dieser Unterschied erwies sich als signifikant $t(30) = -3.36$, $p < .01$, $d = 0.77$. Der Unterschied bei den *maladaptiven Strategien* für die Emotion TRAUER (VG: $MW = 26.51$, $SD = 6.88$; KG: $MW = 25.93$, $SD = 7.99$) erwies sich jedoch als nicht signifikant $t(30) = 0.28$, $p = .78$, $d = 0.06$. (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3

Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien

Variable	VG		KG		<i>t(df)</i>	<i>p</i>	95% CI		Cohens <i>d</i>
	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>			LL	UL	
EMOTIONSÜBERGREIFEND									
Adaptive Emotionsregulationsstrategien	128.44	28.40	143.35	23.35	-2.51	0.02*	-27.05	-2.78	0.57
Maladaptive Emotionsregulationsstrategien	77.31	17.91	77.11	20.82	0.04	0.97	-10.77	11.16	0.01
EMOTIONSSPEZIFISCH									
WUT									
Adaptive Strategien	41.87	11.36	44.71	10.01	-1.26	0.22	-7.45	1.77	0.27
Maladaptive Strategien	26.76	6.68	27.06	7.32	-0.16	0.87	-4.09	3.49	0.04
ANGST									
Adaptive Strategien	44.01	9.58	48.39	9.22	-1.76	0.09	-9.48	0.71	0.43
Maladaptive Strategien	24.03	6.82	24.11	7.43	-0.04	0.97	-4.14	3.98	0.01
TRAUER									
Adaptive Strategien	42.56	10.90	50.25	8.82	-3.36	> .01**	-12.37	-3.01	0.77
Maladaptive Strategien	26.51	6.88	25.93	7.99	0.28	0.78	-3.66	4.80	0.06

Anmerkungen: CI= confidence interval, LL= lower limit, UL= upper limit, **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

Strategien. (verfasst von Sarah Wurmbäck) In den einzelnen Emotionsregulationsstrategien unterschieden sich die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe nur in zwei Strategien signifikant voneinander. Bei der Strategie *Problemorientiertes Handeln* erzielte die Kontrollgruppe ($MW = 20.33$, $SD = 4.61$) signifikant höhere Werte als die Versuchsgruppe ($MW = 17.50$, $SD = 5.49$) ($t(30) = -2.21$, $p < .05$, $d = 0.57$). Auch in der Strategie *Perseveration* erzielten die Kinder und Jugendlichen in der Kontrollgruppe ($MW = 19.23$, $SD = 4.94$) höhere Werte als jene der Versuchsgruppe ($MW = 16.00$, $SD = 5.40$) ($t(30) = -2.68$, $p < .05$, $d = 0.62$). In den anderen Kategorien (berichtet in Tabelle 4) unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander.

Die von der Versuchsgruppe und Kontrollgruppe am häufigsten angewandte adaptive Strategie war *Zerstreuung* (VG: $MW = 20.6$, $SD = 5.5$; KG: $MW = 23.1$, $SD = 5.0$). Die am häufigsten verwendete maladaptive Strategie der Versuchsgruppe war die *Selbstabwertung* ($MW = 17.6$, $SD = 6.1$), die der Kontrollgruppe die *Perseveration* ($MW = 19.2$, $SD = 4.9$)

Tabelle 4

Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich der Anwendung unterschiedlicher Emotionsregulationsstrategien

Variable	VG		KG		<i>t(df)</i>	<i>p</i>	95% CI		Cohens <i>d</i>
	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>			LL	UL	
ADAPTIVE STRATEGIEN									
Problemorientiertes Handeln	17.50	5.49	20.33	4.61	-2.21 (30)	0.04*	-5.43	-0.22	0.57
Zerstreuung	20.57	5.55	23.06	5.01	-1.82 (30)	0.08	-5.29	0.31	0.45
Stimmung anheben	19.80	5.83	22.03	5.52	-1.50 (30)	0.14	-5.25	0.80	0.37
Akzeptieren	17.51	4.80	19.45	3.85	-1.65 (30)	0.11	-4.36	0.47	0.39
Vergessen	17.97	5.27	20.06	4.84	-1.92 (30)	0.06	-4.32	0.13	0.41
Kognitives Problemlösen	19.43	5.80	20.87	4.75	-1.19 (30)	0.24	-3.91	1.03	0.27
Umbewertung	15.65	4.86	17.54	4.38	-1.76 (30)	0.09	-4.07	0.30	0.41
MALADAPTIVE STRATEGIEN									
Aufgeben	16.77	5.62	15.56	5.54	0.94 (30)	0.36	-1.42	3.83	0.22
Aggressives Verhalten	11.38	5.11	10.97	4.87	0.29 (30)	0.77	-2.48	3.31	0.06
Rückzug	15.55	5.21	15.61	6.38	-0.04 (30)	0.97	-3.40	3.27	0.01
Selbstabwertung	17.61	6.14	15.74	5.43	1.42 (30)	0.17	-0.83	4.57	0.32
Perseveration	16.00	5.40	19.23	4.94	-2.68 (30)	0.01*	-5.68	-0.77	0.62
SONSTIGE STRATEGIEN									
Soziale Unterstützung	17.42	7.29	18.48	7.99	-0.62 (30)	0.54	-4.58	2.46	0.14
Ausdruck	15.00	5.65	15.93	6.22	-0.61 (30)	0.55	-4.05	2.19	0.15
Emotionskontrolle	18.84	4.87	17.76	5.63	0.72 (30)	0.48	-1.96	4.11	0.16

Anmerkungen: CI= confidence interval, LL= lower limit, UL= upper limit, **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

Abbildung 2 zeigt die prozentuellen Auffälligkeiten pro Gruppe und den vier Hauptdimensionen.

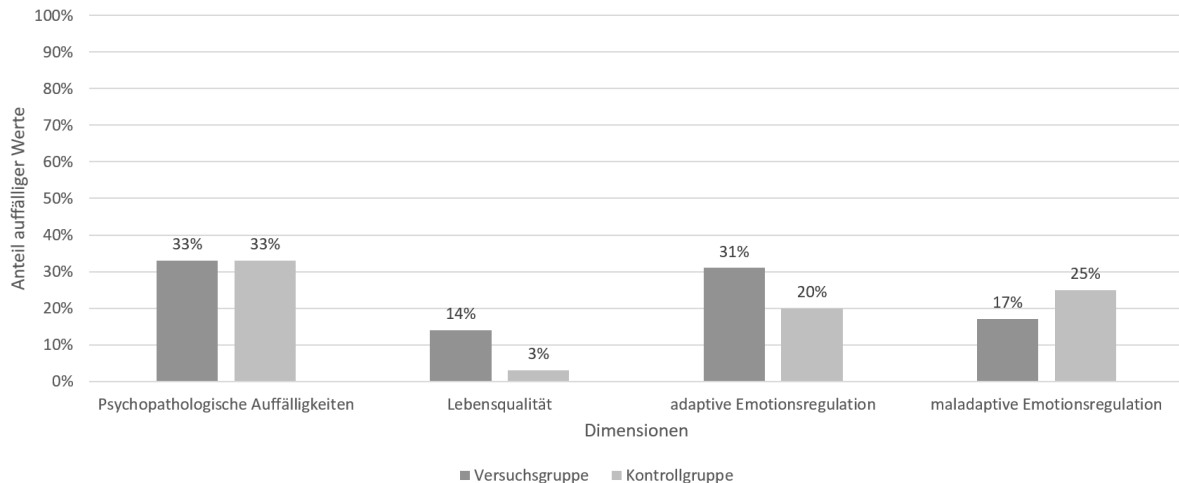


Abbildung 2. Prozentanteil der auffälligen Werte in den vier Hauptdimensionen je Gruppe

Ergebnisse zu den Vergleichen zwischen teilstationärer und stationärer Gruppe

(verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)

Für die nachfolgende Berechnung wurden die Kinder und Jugendlichen der Heimstichprobe hinsichtlich ihrer Unterbringungsform, also teilstationäre ($n = 20$) oder stationäre ($n = 16$) Unterbringung in zwei Gruppen geteilt. Die Stichprobe der stationär betreuten Kinder und Jugendlichen wird in weiterer Folge als *stationäre Gruppe* (SG) bezeichnet, die Stichprobe der teilstationär betreuten Kinder und Jugendlichen als *teilstationäre Gruppe* (TSG).

Die Unterschiede wurden mittels der Berechnung des Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben ermittelt. Bis auf den Unterschied im *Gesamtwert für Problemverhalten* des YSR, welcher auf Grund der im Vorfeld formulierten Hypothese über die Richtung des Unterschiedes einseitig getestet wurde, wurden alle anderen Unterschiede mit zweiseitigem Signifikanzniveau getestet. Alle Berechnungen wurden, wenn nicht anders angegeben, mit Rohdaten durchgeführt.

Ergebnisse des Youth Self Report. (*verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck*) Alle 36 Kinder und Jugendlichen waren in der Lage die Fragen des Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991; dt. Übersetzung Döpfner et al., 1994) zu verstehen und zu beantworten, daher lagen hier die Werte aller untersuchten Kinder und Jugendlichen vor, deren Ergebnisse nun näher beschrieben werden. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 5.

Gesamtwerte. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) Der Median des Gesamtwerts für *Problemverhalten* lag in der stationären Gruppe bei $Mdn = 58.7$ in der teilstationären Gruppe bei $Mdn = 16.80$. Dieser Unterschied war nicht signifikant $U(16,20) = 126.00, z = -1.08, n.s.$. Der Median des Gesamtwertes für *Internalisierendes Verhalten* lag bei $Mdn = 18.38$ bei der SG und bei $Mdn = 18.60$ bei der TSG. Auch hier lag kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor $U(16,20) = 158.00, z = -0.06, n.s.$. Beim Median des Gesamtwertes der Skala für *Externalisierendes Verhalten* zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem Median der stationären Gruppe ($Mdn = 22.84$) und dem der teilstationären Gruppe ($Mdn = 15.03$) $U(16,20) = 90.50, z = -2.21, p = 0.03, r = -.79$.

Subskalen. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) Bei den einzelnen Subskalen unterschieden sich die stationäre und die teilstationäre Gruppe lediglich in einer Skala voneinander. In der Subskala *Dissoziales Verhalten* erzielte die stationäre Stichprobe einen Median von $Mdn = 24.34$, die Kontrollgruppe $Mdn = 13.83$. Dieser Unterschied war signifikant $U(16,20) = 66.50, z = -3.01, p < .01, r = -.50$.

Signifikante Gruppenunterschiede konnten bei folgenden Items gefunden werden: „Ich leide unter Heuschnupfen oder Allergien“, „Ich gebe an, schneide auf, prahle gerne“, „Ich bin auf andere eifersüchtig“, „Ich probiere gerne etwas Neues aus“, „Ich bin lieber mit Älteren zusammen als mit Jugendlichen meines Alters“, „Ich habe anderswo gestohlen“, „Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter“ und „Ich denke zu viel an sexuelle Dinge“, in diesen Items erzielte die stationäre Gruppe höhere Werte als die teilstationäre Gruppe. In den Items

„Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule)“ und

„Ich bin lauter als andere Jugendliche“ erzielte die teilstationäre Gruppe höhere Werte.

Tabelle 5

Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten

Variablen	SG		TSG		z	p	r
	N	Mdn	N	Mdn			
GESAMTWERTE							
Gesamtwert Problemverhalten	16	20.63	20	16.80	-1.08	0.28	-0.18
Internalisierendes Verhalten	16	18.38	20	18.60	-0.06	0.95	-0.01
Externalisierendes Verhalten	16	22.84	20	15.03	-2.21	0.03*	-0.79
SUBSKALEN							
Sozialer Rückzug	16	20.41	20	16.98	-0.99	0.32	-0.33
Körperliche Beschwerden	16	16.53	20	20.08	-1.01	0.31	-0.17
Ängstlich/Depressiv	16	19.53	20	17.68	-0.53	0.60	-0.09
Soziale Probleme	16	18.66	20	18.38	-0.08	0.94	-0.01
Schizoid/Zwanghaft	16	17.69	20	19.15	-0.46	0.65	-0.08
Aufmerksamkeitsprobleme	16	19.69	20	17.55	-0.61	0.54	-0.10
Dissoziales Verhalten	16	24.34	20	13.83	-3.01	< 0.01**	-0.50
Aggressives Verhalten	16	21.47	20	16.13	-1.52	0.13	-0.25
Andere Probleme	16	17.75	20	19.10	-0.38	0.70	-0.06

Anmerkungen: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Ergebnisse des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität. (verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck) Auch das Verständnis der Fragen und die daraus resultierende Beantwortung der Fragen des Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat et al., 1998) konnte angenommen werden, daher wurden auch hier alle 36 Kinder und Jugendlichen in die Berechnungen miteinbezogen. Auch hier wurden für die Berechnung, wenn nicht anders angegeben die Rohwerte der Skalen verwendet. Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich in Tabelle 6.

Gesamtwerte. (verfasst von Sarah Wurmback) Der Median des Lebensqualitätsscores der Kinder und Jugendlichen der stationären Gruppe lag bei $Mdn = 17.53$ der der teilstationären Gruppe bei $Mdn = 19.28$, es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden $U(16,20) = 144.50$, $z = -0.49$, $n.s.$.

Auch beim Prozentrang des Problemscores lagen die Mediane der stationären Gruppe $Mdn = 20.16$ und der teilstationäre Gruppe $Mdn = 17.18$ nah beieinander und unterschieden sich nicht signifikant $U(16,20) = 133.50$, $z = -0.87$, $n.s.$. Auch in den Subskalen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. (siehe Tabelle 6)

Tabelle 6

Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich unterschiedlicher Bereiche von Lebensqualität

	SG		TSG				
Variable	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
GESAMTWERTE							
Lebensqualitätsscore	16	17.53	20	19.28	-0.49	0.62	-0.08
Problemscore	16	20.16	20	17.18	-0.87	0.34	-0.15
SUBSKALEN							
Schule	16	17.03	20	19.68	-0.80	0.43	-0.13
Familie	16	19.53	20	17.68	-0.60	0.55	-0.20
Andere Kinder	16	17.47	20	19.33	-0.61	0.54	-0.10
Alleine	16	20.25	20	17.10	-0.93	0.35	-0.16
Gesundheit	16	18.22	20	18.73	-0.15	0.88	-0.03
Nerven/Laune	16	19.63	20	17.60	-0.60	0.55	-0.20
Alles zusammen	16	19.91	20	17.38	-0.81	0.42	-0.14

Anmerkungen: $*p < .05$. $**p < .01$. $***p < .001$

Ergebnisse des Fragebogens zu Erhebung der Emotionsregulation. (*verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck*) Beim Verstehen und Beantworten der Items des Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) (Grob & Smolenski, 2005) gab es bei einigen Kindern und Jugendlichen große Schwierigkeiten, daher wurden diese nicht in die Berechnungen miteinbezogen. Somit ergaben sich für die Auswertung des FEEL (Grob & Smolenski, 2005) $n = 14$ vollständig ausgefüllte Fragebögen für die stationäre Gruppe und für die Kontrollgruppe $n = 17$ verwertbare Bögen. Für die Berechnungen wurden, wenn nicht anders angegeben, Rohwerte verwendet. Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich in Tabelle 7 und Tabelle 8.

Gesamtwerte emotionsübergreifend. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) Der Median der stationären Gruppe für die Verwendung von *adaptiven Strategien* lag bei $Mdn = 14.36$, der der teilstationären Gruppe bei $Mdn = 17.35$. Dieser Unterschied erwies sich als nicht signifikant $U(14,17) = 96.00, z = -0.91, n.s.$ Für die Verwendung von *maladaptiven Strategien* lag der Median der stationären Gruppe bei $Mdn = 17.14$ und bei der teilstationären Gruppe bei $Mdn = 15.06$. Dieser Unterschied war nicht signifikant $U(14,17) = 103.00, z = -0.64, n.s.$

Gesamtwerte emotionsspezifisch. (*verfasst von Sarah Wurmbäck*) Bei der Emotion WUT ergaben sich für die *adaptiven Strategien* bei der stationären Gruppe ein $Mdn = 15.89$, bei der teilstationären Gruppe ein $Mdn = 16.09$, dieser Unterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant $U(14,17) = 117.50, z = -0.72, n.s.$ Der Unterschied bei den *maladaptiven Strategien* für die Emotion WUT (SG: $Mdn = 17.29$; TSG: $Mdn = 14.94$) erwies sich ebenfalls als nicht signifikant $U(14,17) = 101.00, z = -0.72, n.s.$

Bei der Emotion ANGST ergaben sich für die *adaptiven Strategien* bei der stationären Gruppe ein $Mdn = 12.68$ und bei der teilstationäre Gruppe ein $Mdn = 18.74$, dieser Unterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant $U(14,17) = 72.50, z = -1.85, n.s.$ Der

Unterschied bei den *maladaptiven Strategien* für die Emotion *ANGST* (SG: $Mdn = 17.64$; TSG: $Mdn = 14.65$) erwies sich ebenfalls als nicht signifikant $U(14,17) = 96.00$, $z = -0.91$, *n.s.*

Bei der Emotion *TRAUER* ergaben sich für die *adaptiven Strategien* bei der stationären Gruppe ein $Mdn = 15.07$, bei der teilstationären Gruppe ein $Mdn = 16.76$, dieser Unterschied erwies sich als nicht signifikant $U(14,17) = 106.00$, $z = -0.52$, *n.s.* Der Unterschied bei den *maladaptiven Strategien* für die Emotion *TRAUER* (SG: $Mdn = 16.82$; TSG: $Mdn = 15.32$) erwies sich ebenfalls als nicht signifikant $U(14,17) = 107.50$, $z = -0.46$, *n.s.*

Tabelle 7

Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien

Variable	SG		TSG		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>N</i>	<i>Mdn</i>			
EMOTIONSÜBERGREIFEND							
Adaptive Emotionsregulationsstrategien	14	14.36	17	17.35	-0.91	0.36	-0.15
Maladaptive Emotionsregulationsstrategien	14	17.14	17	15.06	-0.64	0.53	-0.11
EMOTIONSSPEZIFISCH							
WUT							
Adaptive Strategien	14	15.89	17	16.09	-0.06	0.95	-0.01
Maladaptive Strategien	14	17.29	17	14.94	-0.72	0.47	-0.12
ANGST							
Adaptive Strategien	14	12.68	17	18.74	-1.85	0.06	-0.31
Maladaptive Strategien	14	17.64	17	14.65	-0.91	0.36	-0.15
TRAUER							
Adaptive Strategien	14	15.07	17	16.76	-0.52	0.61	-0.09
Maladaptive Strategien	14	16.82	17	15.32	-0.46	0.65	-0.08

Anmerkungen: $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

Strategien. (verfasst von Sarah Wurmbäck) Auch in den einzelnen

Emotionsregulationsstrategien zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der stationären und der teilstationären Gruppe (siehe Tabelle 8).

Die von der stationären Gruppe und teilstationären Gruppe am häufigsten angewandte adaptive Strategie war *Zerstreuung* (SG: $MW = 19.9$, $SD = 6.5$; TSG: $MW = 21.1$, $SD = 4.8$).

Die am häufigsten verwendete maladaptive Strategie der stationären Gruppe war die *Selbstabwertung* ($MW = 18.7$, $SD = 6.9$), die der teilstationären Gruppe *Aufgeben* ($MW = 17.2$, $SD = 5.6$).

Tabelle 8

Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (KG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Anwendung unterschiedlicher Emotionsregulationsstrategien

Variable	SG		TSG		z	p	r
	N	Mdn	N	Mdn			
ADAPTIVE STRATEGIEN							
Problemorientiertes Handeln	14	15.11	17	16.74	-0.50	0.62	-0.90
Zerstreuung	14	14.21	17	17.47	-1.00	0.32	-0.18
Stimmung anheben	14	13.43	17	18.12	-1.44	0.15	-0.26
Akzeptieren	14	15.75	17	16.21	-0.14	0.89	-0.03
Vergessen	14	15.29	17	16.59	-0.40	0.69	-0.07
Kognitives Problemlösen	14	13.14	17	18.35	-1.59	0.11	-0.29
Umbewertung	14	16.11	17	15.91	-0.06	0.95	-0.01
MALADAPTIVE STRATEGIEN							
Aufgeben	14	15.36	17	16.53	-0.36	0.72	-0.06
Aggressives Verhalten	14	18.61	17	13.85	-1.47	0.14	-0.26
Rückzug	14	18.82	17	13.68	-1.58	0.11	-0.28
Selbstabwertung	14	17.21	17	15.00	-0.68	0.50	-0.12
Perseveration	14	15.11	17	16.74	-0.50	0.62	-0.90
SONSTIGE STRATEGIEN							
Soziale Unterstützung	14	14.57	17	17.18	-0.80	0.43	-0.14
Ausdruck	14	18.68	17	13.79	-1.49	0.14	-0.27
Emotionskontrolle	14	18.96	17	13.56	-1.65	0.10	-0.30

Anmerkung: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den Konstrukten

(verfasst und Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragestellung über die Zusammenhänge zwischen den Hauptkonstrukten Psychische Gesundheit, Lebensqualität und Emotionsregulation gezeigt. Aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung wurden die Zusammenhänge mittels Spearman-Korrelation berechnet. Alle Hypothesen waren gerichtet formuliert, weshalb ausschließlich einseitig getestet wurde. Zur Berechnung wurden, wenn nicht anders angegeben, Rohwerte verwendet. Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich in Tabelle 9.

Es konnte ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Psychopathologie (*YSR_GES*) und Lebensqualität (*Lebensqualitätsscore*) gefunden werden $r_s(70) = -.51$, $p < .01$. Auch der positive Zusammenhang zwischen adaptiver Emotionsregulation (*AdaptStratGESAMT*) und Lebensqualität (*Lebensqualitätsscore*) erwies sich als signifikant $r_s(65) = .24$, $p = .02$. Nicht signifikant erwies sich der erwartete negative Zusammenhang zwischen adaptiven Emotionsregulationsstrategien (*AdaptStratGESAMT*) und Psychopathologie (*YSR_GES*) $r_s(65) = .00$, $p = .99$. Ebenfalls hoch signifikant erwies sich hingegen der positive Zusammenhang zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien (*MaladaptStratGESAMT*) und Psychopathologie (*YSR_GES*) mit $r_s(65) = .46$, $p < .01$. Auch signifikant war der negative Effekt zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien (*MaladaptStratGESAMT*) und Lebensqualität (*Lebensqualitätsscore*) $r_s(65) = -.50$, $p < .01$ (Tabelle 9).

Tabelle 9

Korrelationen der Konstrukte Lebensqualität (LQ), adaptiver und maladaptiver Emotionsregulation (+/- ER) und Psychopathologie (PP)

Variablen	LQ	+ ER	-ER	PP
Lebensqualität (LQ)	-	0.24*	-0.50**	-0.51**
Adaptive Emotionsregulation (+ER)		-	0.04	0.00
Maladaptive Emotionsregulation (-ER)			-	0.46**
Psychopathologische Auffälligkeiten (PP)				-
N	72	67	67	72

Anmerkung: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Ergebnisse zu den Zusammenhängen über alle Gruppen. (verfasst und Tabelle erstellt von Sarah Wurmbäck) Weiters wurde untersucht, ob die Zusammenhänge der Konstrukte Psychische Gesundheit, Lebensqualität und Emotionsregulation in allen drei Gruppen, also in der stationären und teilstationären sowie der Kontrollgruppe, gleichermaßen zu finden waren.

Es zeigte sich, dass die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten in allen Gruppen gleichermaßen zu finden waren. Lediglich bei dem Zusammenhang zwischen Lebensqualität und adaptiver Emotionsregulation unterschieden sich die Effekte der stationären und teilstationären Gruppe signifikant voneinander (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

Korrelationen der Konstrukte Lebensqualität (LQ), adaptiver und maladaptiver Emotionsregulation (+/- ER) und Psychopathologie (PP) über alle Gruppen hinweg

Variablen	S	TS	VG	KG
LQ_+ER	0.64 ⁺⁺	-0.01 ⁺	0.33 ⁺	0.12
LQ_-ER	-0.54 ⁺	-0.20	-0.35 ⁺	-0.64 ⁺⁺
LQ_PP	-0.64 ⁺⁺	-0.33	-0.50 ⁺⁺	-0.54 ⁺⁺
+ER_-ER	-0.40	0.53 [*]	0.02	0.10
+ER_PP	-0.27	0.23	-0.10	0.17
-ER_PP	0.55 ⁺	0.26	0.36 ⁺	0.54 ⁺⁺

Anmerkungen. ⁺p < .05 (einseitig), ⁺⁺p < .01 (einseitig), ⁺⁺⁺p < .001 (einseitig). S: stationäre Gruppe, TS: teilstationäre Gruppe, VG: Versuchsgruppe, KG: Kontrollgruppe

Ergebnisse zu Unterschieden in der Psychopharmakaeinnahme

(verfasst von Sarah Wurmbäck)

Zu der 13. Fragestellung, welche die Einnahme von Psychopharmaka thematisierte, können keine Ergebnisse berichtet werden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen gelang es nicht konkrete Daten, also eine Liste oder ähnliches, zur Psychopharmakaeinnahme der Versuchsgruppe zu bekommen. Laut Auskunft der Psychologin des Heimes nimmt keines der Kinder Medikamente zur Behandlung einer psychischen Erkrankung. Auch in der Kontrollgruppe war auf keinem einzigen Elternfragebogen angegeben, dass das Kind psychopharmakologische Medikamente einnimmt. An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass nicht alle Eltern den Fragebogen ausgefüllt retournierten. (28 von 36 Fragebögen wurden ausgefüllt retourniert). Es wurde vorab mitgeteilt, dass der Fragebogen diesbezüglich

freiwillig auszufüllen ist, um die Hemmschwelle zur Untersuchungsteilnahme herunterzusetzen

Auf Grund dieser lückenhaften Datenlage können keine Aussagen über den Vergleich der Versuchsgruppe und Kontrollgruppe bezüglich Unterschiede in der Einnahme von Psychopharmaka und dem Aufsuchen psychotherapeutischer Behandlung getroffen werden.

Hypothesenprüfung

(verfasst von Sarah Wurmbäck)

Im Anschluss an die Beschreibung der Ergebnisse, werden nun alle Hypothesen erneut präsentiert und gezeigt ob sich die vorausgesagten Effekte zeigen ließen.

Fragestellung 1. Unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich Emotionsregulation signifikant voneinander?

H1: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, beschreiben signifikant weniger adaptive Emotionsregulationsstrategien, als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wurde bestätigt, da sich der Unterschied signifikant erwies. Die Versuchsgruppe zeigte weniger adaptive Emotionsregulationsstrategien im Vergleich zur Kontrollgruppe.

H2: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, beschreiben signifikant mehr maladaptive Emotionsregulationsstrategien, als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterschieden sich nicht in der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien.

Fragestellung 2. Unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich subjektiv wahrgenommener Lebensqualität signifikant voneinander?

H3: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, weisen eine signifikant niedrigere Lebensqualität auf als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterschieden sich nicht in Bezug auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität.

Fragestellung 3. Unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten signifikant voneinander?

H4: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, beschreiben signifikant mehr psychopathologische Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe zeigten das gleiche Maß an psychopathologischen Auffälligkeiten.

H5: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, beschreiben signifikant mehr internalisierende Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe zeigten das gleiche Maß an internalisierenden Auffälligkeiten.

H6: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, beschreiben signifikant mehr externalisierende Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe zeigten das gleiche Maß an externalisierenden Auffälligkeiten.

Fragestellung 4. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche, die teilstationär betreut werden signifikant von Kindern und Jugendlichen, welche stationär betreut werden hinsichtlich Emotionsregulation voneinander?

H7: Kinder in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien von Kindern welche stationär betreut werden.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die stationäre Gruppe und die teilstationäre Gruppe wandten adaptive Emotionsregulationsstrategien im gleichen Ausmaß an.

H8: Kinder in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien von Kindern welche stationär betreut werden.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die stationäre Gruppe und die teilstationäre Gruppe wandten maladaptive Emotionsregulationsstrategien im gleichen Ausmaß an.

Fragestellung 5. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche, die teilstationär betreut werden signifikant von Kindern und Jugendlichen, welche stationär betreut werden hinsichtlich subjektiv wahrgenommener Lebensqualität voneinander?

H9: Kinder in teilstationärer Betreuung weisen eine signifikant niedrigere Lebensqualität auf als Kinder in stationärer Betreuung.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die stationäre Gruppe und die teilstationäre Gruppe unterschieden sich nicht in Bezug auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität.

Fragestellung 6. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche, die teilstationär betreut werden signifikant von Kindern und Jugendlichen, welche stationär betreut werden hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten voneinander?

H10 Kinder in teilstationärer Betreuung weisen signifikant mehr psychopathologische Auffälligkeiten auf als Kinder, welche stationär betreut werden.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die stationäre Gruppe und die teilstationäre Gruppe zeigten das gleiche Maß an psychopathologischen Auffälligkeiten.

H11: Kinder in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung internalisierender Auffälligkeiten von Kinder, welche stationär betreut werden.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die stationäre Gruppe und die teilstationäre Gruppe zeigten das gleiche Maß an internalisierenden Auffälligkeiten.

H12: Kinder in teilstationärer Betreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung externalisierender Auffälligkeiten von Kindern, welche stationär betreut werden.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Die stationäre Gruppe zeigte ein höheres Maß an externalisierenden Auffälligkeiten im Vergleich zur teilstationären Gruppe.

Fragestellung 7. Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Emotionsregulation?

H13: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität.

Diese Hypothese wurde bestätigt. Je mehr adaptive Emotionsregulationsstrategien angewendet wurden, umso höher war die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität.

H14: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität.

Diese Hypothese wurde bestätigt. Je häufiger maladaptive Emotionsregulationsstrategien angewendet wurden, umso geringer war die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität.

Fragestellung 8. Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Psychopathologie?

H15: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität.

Diese Hypothese wurde bestätigt. Je höher das Ausmaß an psychopathologischen Auffälligkeiten war, umso geringer war die subjektive wahrgenommene Lebensqualität.

Fragestellung 9. Besteht ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Emotionsregulation und Psychopathologie?

H16: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Es gab keinen Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten.

H17: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten.

Diese Hypothese wurde bestätigt. Je mehr maladaptive Emotionsregulationsstrategien angewendet wurden, umso mehr psychopathologische Auffälligkeiten wurden beschrieben.

Fragestellung 10. Tritt der Zusammenhang der Konstrukte Lebensqualität und Emotionsregulation in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen auf?

H18: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Emotionsregulation unterscheidet sich in den untersuchten Gruppen signifikant voneinander.

Diese Hypothese wurde bestätigt. Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und adaptiver Emotionsregulation unterschied sich hinsichtlich Höhe und Richtung in der stationären und teilstationären Gruppe signifikant.

Fragestellung 11. Tritt der Zusammenhang der Konstrukte Lebensqualität und Psychopathologie in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen auf?

H19: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Psychopathologie unterscheidet sich in den untersuchten Gruppen signifikant voneinander.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Lebensqualität und Psychopathologie unterschied sich in den untersuchten Gruppen nicht voneinander.

Fragestellung 12. Tritt der Zusammenhang der Konstrukte Psychopathologie und Emotionsregulation in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen auf?

H20: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Psychopathologie und Emotionsregulation unterscheidet sich in den untersuchten Gruppen signifikant voneinander.

Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten Psychopathologie und Emotionsregulation unterschied sich in den untersuchten Gruppen nicht voneinander.

Fragestellung 13. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe in der Häufigkeit der Einnahme von Psychopharmaka zur Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen der Kontrollgruppe?

H21: Kinder und Jugendliche der Versuchsgruppe, werden signifikant häufiger mit Psychopharmaka behandelt als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe.

Wie bereits in der Ergebnisdarstellung beschrieben, lagen zu wenige Daten vor, um diese Fragestellung zufriedenstellend zu beantworten. Die Hypothese konnte daher weder verworfen noch bestätigt werden.

Explorative Datenanalyse

(verfasst und berechnet von Tamara Slavik, Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)

Bei der Berechnung des Erklärungswertes der Faktoren Alter, Geschlecht, besuchter Schultyp und Gruppenzugehörigkeit für die *Lebensqualität*, die *Psychische Gesundheit* (zusätzlich *Externalisierende Verhaltensweisen*) und die *Emotionsregulation* ergaben sich bei zweiseitiger Testung keine signifikanten Ergebnisse.

Um den Erklärungswert der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation* hinsichtlich der Vorhersagbarkeit der Gruppenzugehörigkeit Versuchs- beziehungsweise Kontrollgruppe zu berechnen, wurde eine binäre logistische Regression gerechnet. Bei einer zweiseitigen Testung ergaben sich jedoch keinerlei signifikante Werte.

Um die Kinder und Jugendlichen der teilstationären beziehungsweise stationären Gruppe, hinsichtlich der Dimensionen *Lebensqualität*, *Psychische Gesundheit* und *Emotionsregulation* (jeweils gegen ihren statistischen Zwilling getestet) zu vergleichen, wurden aufgrund der fehlenden Normalverteilung und der geringen Stichprobengröße Wilcoxon-Tests gerechnet.

Bei der Analyse hinsichtlich der *Psychischen Gesundheit* und der *Lebensqualität*, unterschieden sich stationär und teilstationär betreute Kinder und Jugendliche bei zweiseitiger Testung auf keiner der Skalen voneinander.

Bei der Emotionsregulation unterschieden sich die Gruppe der teilstationär betreuten Kinder und Jugendliche und die der stationär betreuten Kinder und Jugendlichen insofern, dass sich die Gruppe der teilstationär betreuten Kinder (TSG) auf keiner der Skalen von ihren statistischen Zwillingen (KG_{TS}) unterschied. Die Gruppe der stationär betreuten Kinder und Jugendlichen (SG) unterschied sich allerdings signifikant von ihren statistischen Zwillingen (KG_S). Diese Ergebnisse werden in Tabelle 11 berichtet.

Tabelle 11

Mittelwertvergleiche zwischen der stationären Gruppe (SG) und den zugehörigen statistischen Zwillingen aus der Kontrollgruppe (KG_s)

Variable	SG		KG _s		z	p	r
	MW	SD	MW	SD			
Adaptive Emotionsregulationsstrategien	126.08	32.20	143.81	31.88	-2.35	0.02*	-0.63
Adaptive Strategien ANGST	41.30	9.81	48.25	11.87	-2.30	0.02*	-0.61
Adaptive Strategien TRAUER	42.36	12.15	50.19	11.82	-2.73	< 0.01**	-0.73
Problemorientiertes Handeln	17.43	6.54	21.06	5.85	-2.20	0.03*	-0.59
Zerstreuung	19.93	6.50	23.19	4.35	-2.10	0.04*	-0.56
Stimmung anheben	18.79	6.07	21.88	6.15	-2.17	0.03*	-0.58
Akzeptieren	17.57	4.94	19.81	4.82	-1.96	0.05*	-0.52
Vergessen	18.07	5.51	20.69	4.91	-2.17	0.03*	-0.58
Kognitives Problemlösen	17.64	5.84	20.81	6.07	-2.23	0.03*	-0.60
Selbstabwertung	18.71	6.85	15.00	5.16	-2.03	0.04*	-0.54

Anmerkung. * $p < .05$ (zweiseitig), ** $p < .01$ (zweiseitig), *** $p < .001$ (zweiseitig)

Die Kontrollgruppe wies in den adaptiven Strategien durchwegs signifikant höhere Werte auf, während sie auf der Skala Selbstabwertung einen niedrigeren Wert als stationär-betreute Jugendliche zeigte.

Um den Erklärungswert des Alters beziehungsweise des Geschlechts für die subjektive Lebensqualität zu berechnen, wurde eine faktorielle Varianzanalyse gerechnet, es fanden sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse.

Um das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität durch die Dimensionen Adaptive Emotionsregulationsstrategien, Maladaptive Emotionsregulationsstrategien und psychopathologische Auffälligkeiten vorauszusagen, wurde eine multiple Regression gerechnet. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigten, dass die drei Prädiktoren 45% der Varianz erklärten ($R^2 = .48$, $F(4,63) = 19.13$, $p < .001$). Es konnte gezeigt werden, dass maladaptive Emotionsregulationsstrategien ($\beta = -.31$, $p < .001$), adaptive Emotionsregulationsstrategien ($\beta = .35$, $p < .001$) und psychopathologische Auffälligkeiten ($\beta = -.35$, $p < .001$) das Ausmaß an subjektiv wahrgenommener Lebensqualität vorhersagen konnten.

Bei der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Lebensqualität fanden sich keine signifikanten Prädiktoren unter den Faktoren Alter, Geschlecht, besuchter Schultyp und Gruppenzugehörigkeit.

Fragebogenüberprüfung. *(verfasst und berechnet von Tamara Slavik, Tabellen erstellt von Sarah Wurmbäck)* Die berechneten Reliabilitätskoeffizienten für den FEEL (Grob & Smolenski, 2005) und den YSR (Achenbach, 1991) können nach Kline (2000) bei einem Wert von $> .70$ bei individuellen Testungen als ausreichend eingestuft werden. Dies traf auf die meisten der Skalen zu. In jedem Fall aber auf alle übergeordneten Dimensionen. Für die übergeordneten Dimensionen waren die Werte immer $> .80$, und somit stets über dem von Bortz und Döring (2006) vorgeschlagenen Grenzwert (siehe Tabelle 12 und 13)

Tabelle 12

Reliabilitätskoeffizient (α) der untersuchten Stichprobe im Fragebogen FEEL

Variablen	Cronbach's α
EMOTIONSÜBERGREIFEND	
Adaptive Emotionsregulationsstrategien	.94
Maladaptive Emotionsregulationsstrategien	.88
EMOTIONSSPEZIFISCH	
WUT	
Adaptive Strategien	.88
Maladaptive Strategien	.68
ANGST	
Adaptive Strategien	.82
Maladaptive Strategien	.73
TRAUER	
Adaptive Strategien	.87
Maladaptive Strategien	.72
SUBSKALEN	
Problemorientiertes Handeln	.77
Zerstreuung	.82
Stimmung anheben	.83
Akzeptieren	.63
Vergessen	.75
Kognitives Problemlösen	.83
Umbewertung	.68
MALADAPTIVE STRATEGIEN	
Aufgeben	.74
Aggressives Verhalten	.82
Rückzug	.81
Selbstabwertung	.80
Perseveration	.72
SONSTIGE	
Soziale Unterstützung	.91
Ausdruck	.81
Emotionskontrolle	.63

Tabelle 13

Reliabilitätskoeffizient (α) der untersuchten Stichprobe im Fragebogen YSR

Variablen	Cronbach's α
GESAMTWERTE	
Gesamtwert für Problemverhalten	.93
Internalisierende Verhaltensweisen	.86
Externalisierende Verhaltensweisen	.84
SUBSKALEN	
Sozialer Rückzug	.59
Körperliche Beschwerden	.66
Ängstlich/Depressiv	.85
Soziale Probleme	.61
Schizoid/Zwanghaft	.63
Aufmerksamkeitsprobleme	.79
Dissoziales Verhalten	.63
Aggressives Verhalten	.81

Exkurs: Ergebnisse Qualitative Interviews

Im Folgenden soll auf die von Frau Mag.^a Dina Weindl in einem unveröffentlichten Bericht anhand des Programms Atlas-ti ausgewerteten Interviews eingegangen werden. Auszugsweise soll dargestellt werden, wie die Kinder das Heim wahrnehmen und beschreiben. Beschrieben werden soll, was die Kinder auf die Fragen, was Ihnen besonders gut am Landesjugendheim gefällt, was Ihnen weniger gut gefällt und welche Veränderungen sie sich wünschen würden, besonders häufig geantwortet haben.

Wenn die Kinder an das Heim denken, fällt ihnen spontan ein, dass sie sich auf ihre Freunde freuen, wenn sie aus der Schule kommen, aber gleichzeitig wird der Weg zum Heim von vielen als sehr anstrengend empfunden, da das Heim etwas außerhalb der Stadt liegt.

Zu den gemeinsamen Aktivitäten im beziehungsweise mit dem Landesjugendheim an welche die Jugendlichen besonders gute Erinnerungen haben und wovon sie gerne mehr

machen würden zählen Rad fahren, der Besuch des nahegelegenen Erholungszentrum und Schwimmbades, Sport, Besuch des Indoor-Spielplatzes, gemeinsames Essen gehen außerhalb des Heimes, ein Urlaub und auch das Schwimmen im eigenen Pool des Landesjugendheimes.

Bei der Frage, was die Kinder im Heim gerne verändern würden und was ihnen weniger gut gefällt wurde ganz oft das Essen im Heim genannt. Kinder und Jugendliche, welche stationär im Heim betreut werden, wünschen sich weiters die Erlaubnis das Handy länger und nicht nur in der dafür vorgesehenen „Handy-Zeit“ nutzen zu können, mehr Ausgang, die Möglichkeit Freunde ins Heim einzuladen beziehungsweise eine Vereinfachung des Prozederes beim Einladen, mehr Privatsphäre, wie etwa die Möglichkeit einen Schrank zu verschließen, mehr Mitgesaltungsmöglichkeiten in den Zimmern und die Möglichkeit mit dem Rad in die Schule zu fahren. Sie wünschen sich mehr Freiheiten wie „normale Kinder“ (Zitat), oft erwähnt wird dabei, dass man das Heim spontan verlassen möchte um etwa Freunde zu treffen beziehungsweise nicht alle Aktivitäten vorher planen und mit Betreuungspersonen absprechen zu müssen. Auch das Verabreden mit Freunden stellt für viele Kinder und Jugendliche eine große Hürde dar, da zu diesem Zweck von Seiten des Heimes oft auch Kontakt zu den Eltern der Freunde aufgenommen wird um etwas zu vereinbaren, was vor allem von den Jugendlichen (ab ca. 12 Jahren) als unangenehm erlebt wird.

Alle Kinder, die Unterstützung durch das Heim erfahren, haben eineN sogenannten BezugsbetreuerIn, welcheR sich besonders um die Anliegen eines Kindes beziehungsweise auch speziell im Einzelkontakt um die Kinder und Jugendlichen kümmert. Dieses BezugsbetreuerInnensystem wurde von den Kindern vornehmlich positiv beschrieben. Die BezugsbetreuerInnen werden von den Kindern oftmals als „nett“ oder „lieb“ (Zitat) beschrieben. Die Kinder fühlen sich verstanden, haben mit ihren BetreuerInnen Spaß und können mit ihnen gut reden. Es wurde allerdings öfters darauf hingewiesen, dass die Kinder

gerne öfters etwas im Einzelkontakt mit ihren BezugsbetreuerInnen unternehmen würden und das vor allem auch außerhalb des Heimgeländes.

Auf die Frage, was den Kindern und Jugendlichen im Landesheim am Wichtigsten ist, wurde sehr oft geantwortet, dass es hier jemanden zum Reden gibt. Dabei wurden oft die BetreuerInnen genannt, von welchen sich die Kinder und Jugendlichen gut verstanden fühlen, als auch Freunde.

Diskussion und Schlussfolgerungen

(verfasst von Tamara Slavik)

Interpretation der Ergebnisse und Schlussfolgerungen *(verfasst von Tamara Slavik)*

In der vorliegenden Studie wurde gezeigt, dass Kinder und Jugendliche, welche Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren, sich hinsichtlich psychischer Gesundheit, externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten, maladaptiver Emotionsregulationsstrategien und Lebensqualität entgegen den theoriegeleiteten Erwartungen nicht signifikant von einer Kontrollgruppe ohne Heimunterstützung unterscheiden, während sie sich in der Anwendung von adaptiven Emotionsregulationsstrategien signifikant voneinander unterscheiden.

Kinder und Jugendliche in stationärer beziehungsweise teilstationärer Betreuung unterschieden sich hinsichtlich psychischer Gesundheit, der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien und der Lebensqualität im direkten Vergleich nicht signifikant voneinander.

Die Zusammenhänge zwischen subjektiv wahrgenommener Lebensqualität und adaptiven beziehungsweise maladaptiven Emotionsregulationsstrategien, erwiesen sich in den erwarteten Richtungen als signifikant. Die Zusammenhänge zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten und Lebensqualität, sowie zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien und psychopathologischen Auffälligkeiten wurden ebenfalls in

der erwarteten Richtung bestätigt. Der Zusammenhang zwischen der vermehrten Anwendung von adaptiven Emotionsregulationsstrategien und psychopathologischen Auffälligkeiten konnte nicht gezeigt werden.

Diese Zusammenhänge zeigten sich in allen untersuchten Gruppen gleichermaßen, bis auf den Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien und dem Ausmaß an wahrgenommener Lebensqualität. Dieser erwies sich nur in der Gruppe der Heimstichprobe als signifikant und unterschied sich bei weiterer Aufteilung der Stichprobe in Gruppen von stationär und teilstationär betreuten Kinder und Jugendliche stark. Während er in der Gruppe der teilstationär betreuten Kinder sehr klein war, war in der Gruppe der stationär betreuten Kinder und Jugendlichen ein großer Effekt zu finden.

Die Interpretation der Ergebnisse gestaltet sich nicht ganz einfach, da die Ergebnisse den erwarteten zum größten Teil widersprechen. Die erwarteten Unterschiede zwischen Versuch- und Kontrollgruppe sind nur teilweise aufgetreten. Es scheint, als würden sich Kinder, die Unterstützung durch das Heim erfahren, hinsichtlich Psychopathologie und Lebensqualität nicht von jenen, die bei ihren Familien aufwachsen, unterscheiden. Bei der Emotionsregulation kam es aber zu signifikanten Unterschieden. Da keine einzige andere Studie gefunden werden konnte, die ein ähnliches Studiendesign aufwies, kann an dieser Stelle kein weiterer Vergleich gezogen werden.

Psychische Gesundheit. *(verfasst von Tamara Slavik)* Es fiel auf, dass im Vergleich zur Normpopulation in beiden Gruppen vermehrt psychopathologische Auffälligkeiten berichtet wurden. Als eine mögliche Erklärung für hohe psychopathologische Auffälligkeit in beiden Gruppen kommt zum einen die besuchte Schulform in Frage. Die Stichprobe bestand aus überdurchschnittlich vielen Kindern und Jugendlichen, welche eine Form der Sonderbeschulung erfuhren, was wiederum die Wahrscheinlichkeit auf psychopathologische Auffälligkeiten erhöhen könnte. Vergleicht man die Gruppen allerdings im Hinblick auf den besuchten Schultyp, kann festgestellt werden, dass es keine Unterschiede hinsichtlich

Psychopathologie, Lebensqualität und Emotionsregulation, zwischen normal- und sonderbeschulten Kindern und Jugendlichen, gab.

Emotionsregulation. (*verfasst von Tamara Slavik*) Hinsichtlich Emotionsregulation kann gesagt werden, dass die Kinder und Jugendlichen der Versuchsgruppe signifikant weniger adaptive Bewältigungsstrategien einsetzten, was den Erwartungen entspricht. Der vermehrte Einsatz adaptiver Strategien bei Kindern, die bei ihren Familien lebten, kann etwa durch den sensiblen Umgang der Eltern mit den Gefühlen ihrer Kinder (Yagmurlu & Ozge, 2010) hervorgerufen werden, so wie aber auch ein ungünstiger Emotionsregulationsstil durch inadäquate Reaktionen der Eltern begünstigt werden kann (Lunkenheimer et al., 2007).

Bei Kindern und Jugendlichen, welche Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren, kann unterstellt werden, dass das positive Erleben im Umgang mit ihren Gefühlen, aufgrund der für die Unterstützung vorausgesetzten aversiven Erfahrungen innerhalb der Familie, stark eingeschränkt ist. In Bezug auf maladaptive Emotionsregulationsstrategien unterschieden sich die Kinder und Jugendlichen der Versuchs- und Kontrollgruppe allerdings nicht voneinander, was nicht in Übereinstimmung mit der Literatur ist (Beetz, 2013; Tottenham et al., 2010). Es kann vermutet werden, dass es etwa durch das Vorleben und den professionellen Umgang mit Emotionen durch die pädagogisch geschulten MitarbeiterInnen zu einem ähnlichen Ausmaß des Einsatzes von maladaptiven Strategien zur Emotionsregulation kommt. Es wäre eventuell anzunehmen, dass dieser Effekt bei einem länger andauerndem Heimaufenthalt stärker auftritt, als bei einem kürzlich begonnenem, was ebenfalls konträr zur vorhanden Literatur steht, da etwa Tottenham et al. (2010) zeigten, dass Kinder eine umso schlechtere Emotionsregulation aufwiesen, je länger der Aufenthalt in einem Heim andauert. Es scheint jedoch, dass sich die Wirkung der Erziehungsmaßnahmen im Heim zumindest nicht hinsichtlich der adaptiven Strategien zeigt.

Lebensqualität. (*verfasst von Tamara Slavik*) Auch hinsichtlich Lebensqualität ließen sich keine Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe erkennen. Besonders

auffällig war hierbei, dass sich auch hinsichtlich der Familiensituation keine unterschiedliche Zufriedenheit zeigte, obwohl Jugendliche gleichzeitig verbal große Schwierigkeiten mit ihrer Herkunftsfamilie äußerten. Eine mögliche Erklärung dafür ist vielleicht, dass die Jugendlichen als Referenzsystem für ihre Zufriedenheit ihr Umfeld heranziehen. Also im Vergleich mit anderen Kindern, die gemeinsam mit ihnen im Heim leben, sind sie mit ihrer familiären Situation gleich zufrieden wie Jugendliche, die keine Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe erfahren. Möglich wäre auch, dass sie ihre Situation im Rahmen dessen, was in ihrer speziellen Familienstruktur überhaupt möglich ist, bewerten und gar keinen Vergleich mit Kindern ziehen, die bei ihren Familien leben. Die Möglichkeit eines intakten Familienlebens wird also eventuell gar nicht in Betracht gezogen, was vielleicht auch für eine Akzeptanz der eigenen Lebenssituation gegenüber spricht.

Die allgemeine Übereinstimmung der Lebensqualität in beiden Gruppen liegt eventuell auch daran, dass sich die beiden Gruppen auch hinsichtlich Psychopathologie nicht und hinsichtlich Emotionsregulation nur teilweise unterscheiden. Auch weitere Studien berichten vom „Zufriedenheits- oder Wohlfühlparadox“, welches besagt, dass sich bei der Frage nach der Lebensqualität bei gruppenstatistischer Betrachtung objektiv widrige Lebensumstände kaum in der Bewertung des subjektiven Wohlbefindens zeigen (Diener & Diener, 1996; Herschbach, 2002; Staudinger, 2000 zitiert nach Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003)

Weiters fällt auf, dass sich auch bei dem Problemscore sowohl in der Versuch- als auch in der Kontrollgruppe auffällig viele auffällige Kinder und Jugendliche fanden. Eventuell wäre ein Teil der ursprünglich aufgestellten Hypothesen in der erwarteten Richtung bestätigt worden, wenn die Versuchsgruppe mit der Norm verglichen worden wäre. Diese Unterschiede könnten also nur im Vergleich mit der parallelisierten Kontrollgruppe nicht bestehen.

Vergleich stationär und teilstationär betreuter Kinder und Jugendlichen.

(verfasst von Tamara Slavik) Beim Vergleich der teilstationär und der stationär betreuten Kinder zeigten sich die erwarteten Unterschiede ebenfalls nicht, diese unterschieden sich in keiner der untersuchten Dimensionen voneinander. Zieht man aber die Daten der explorativen Analyse zur Interpretation heran, fällt auf, dass sich Kinder und Jugendliche in stationärer beziehungsweise teilstationärer Betreuung, wenn sie mit ihren statistischen Zwillingen verglichen werden, hinsichtlich der Emotionsregulationsstrategien unterscheiden. Während sich die Kinder und Jugendlichen in teilstationärer Betreuung nicht von der Kontrollgruppe unterschieden, unterschieden sich die Kinder und Jugendlichen in stationärer Betreuung signifikant von der Kontrollgruppe. Kinder und Jugendliche in stationärer Betreuung wandten signifikant weniger adaptive Emotionsregulationsstrategien und gleichzeitig öfter die maladaptive Strategie der Selbstabwertung an, als Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe. Auch der Unterschied der sich beim Vergleich von Versuchs- und Kontrollgruppe zeigte, könnte also nur aufgrund dieses Ungleichgewichts in der Art der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien zwischen stationär- und teilstationär-betreuten Kindern und Jugendlichen zu Stande kommen.

Hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten unterschieden sich die Kinder und Jugendlichen der beiden Gruppen entgegen den Erwartungen nicht voneinander. Auch bei den internalisierenden Verhaltensweisen zeigte sich kein Unterschied, hier wurde allerdings zuvor auch keine gerichtete Hypothese formuliert, bei den externalisierenden Verhaltensweisen zeigte sich entgegen den Erwartungen ein signifikanter Unterschied, der zeigt, dass Kinder und Jugendliche in stationärer Betreuung öfter beziehungsweise exzessiveres externalisierendes Verhalten zeigen.

Zusammenhang zwischen den Konstrukten Psychische Gesundheit, Lebensqualität und Emotionsregulation. *(verfasst von Tamara Slavik)* Die Zusammenhänge über die Gruppen hinweg haben sich in der erwarteten Richtung gezeigt.

Eine Ausnahme stellte der Zusammenhang zwischen Adaptiver Emotionsregulationsstrategien und Psychopathologischer Auffälligkeiten dar, welcher nicht signifikant wurde.

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge aufgeteilt in Versuchs- und Kontrollgruppe zeigte sich ein erster Unterschied. Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Emotionsregulation wurde nur bei der Versuchsgruppe signifikant. In der Kontrollgruppe zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Lebensqualität.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die signifikanten Korrelationen bei teilstationär-betreuten Kindern und Jugendlichen in dieser Dimension sehr gering waren $r_s(15) = .01, p < .05$, während sie bei der Gruppe der stationär-betreuten Kindern und Jugendlichen sehr hoch ausfiel (Cohen, 1992) $r_s(12) = .64, p < .01$. Hier stellt sich die Frage, warum die Bedeutung der Emotionsregulation für die Lebensqualität nur in der stationären Gruppe signifikant wird und das bei einer starken Korrelation. Eventuell stellt die Emotionsregulation eine Schlüsselqualifikation (zur Kompensation ihrer erschwerten Lebensbedingungen) für Kinder und Jugendliche in stationärer Betreuung dar, während diese für die anderen Gruppen weniger Relevanz hat. Auch der negative Zusammenhang zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien und ist nur in der Gruppe der stationär-betreuten Kinder signifikant $r_s(12) = .54, p < .05$, was obere Annahme eventuell bestätigen könnte.

Bei der explorativen Datenanalyse wurde auch untersucht, ob die Parallelisierungskriterien (Alter, Geschlecht, besuchte Schule – unterteilt in *Sonderbeschulung* vs. *Normalbeschulung*) einen Einfluss auf die interessierenden Dimensionen der *Lebensqualität*, der *Psychischen Gesundheit* und der *Lebensqualität* haben, es fanden sich darauf jedoch keine Hinweise, was auch mit der Literatur übereinstimmt (Gilman & Huebner, 2000).

Bei einer Regressionsanalyse zur Berechnung der Vorhersagbarkeit der *Lebensqualität* wurden adaptive Emotionsregulationsstrategien, maladaptive Emotionsregulationsstrategien

und psychopathologische Auffälligkeiten als signifikante Prädiktoren ausgemacht, was in Übereinstimmung mit der Literatur ist. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass dieser Zusammenhang nicht nur einseitig zu sein scheint, sondern auch die Lebensqualität selbst einen positiven Einfluss auf das Verhalten und die psychische Gesundheit hat, während eine niedrige Lebensqualität Depression und psychische Störungen voraussagen kann.

(Lyubomirsky, King, & Diener, 2005)

Implikationen für die Praxis. *(verfasst von Tamara Slavik)* Aufgrund des signifikanten Zusammenhangs zwischen adaptiven Emotionsregulationsstrategien und der Lebensqualität in der Versuchsgruppe (bei gleichzeitig signifikant schlechter ausgeprägten adaptiven Emotionsregulationsstrategien in der Gruppe der stationär-betreuten Kinder und Jugendlichen im Vergleich mit ihren statistischen Zwillingen), wäre es wichtig im Rahmen der Unterstützung, welche die Kinder erhalten, mit ihnen adaptiven Emotionsregulationsstrategien zu erarbeiten.

Kritik und Einschränkungen der Studie *(verfasst von Tamara Slavik)*

Zum einen muss darauf verwiesen werden, dass die Stichprobe für die Fragestellungen 1-6 klein ist. Das Programm *G*Power 3.1.9.2* schlägt etwa bei einem t-Test für gepaarte Stichproben bei einer mittleren Effektgröße von 0.3 und bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ eine Stichprobengröße von 71 Personen vor um eine Teststärke von .80 zu erreichen.

Da alle TeilnehmerInnen aus der Versuchsgruppe Unterstützung durch das gleiche Heim erfahren, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

In der Kontrollgruppe kann es durch die Einholung des Einverständnisses der Eltern durch die schriftliche Einverständniserklärung zu einem Selektionseffekt gekommen sein. Manche Eltern lehnten die Teilnahme ihrer Kinder auch ab, eventuell auch auf Wunsch der Kinder.

Es handelt sich bei den Ergebnissen des YSR bei der Erfragung der Psychischen Gesundheit um ein Screeningverfahren und nicht um Diagnosen, was die Aussagekraft limitiert und die Vergleichbarkeit mit manchen Studien einschränkt. Die Einteilung nach bestimmten Cut-off Werten für die Feststellung von psychischen Auffälligkeiten ist fraglich und kann je nach bestimmter Höhe der Cut-off Werte (je nach Annahme der Auffälligkeiten der T-Werte beziehungsweise Prozentränge über dem üblichen oder erweiterten Normbereich) variieren, somit kann es zu unterschiedlichen Prävalenzraten kommen.

Aufgrund der breiten Altersrange waren nicht alle Fragebögen für das Alter aller Kinder und Jugendlichen gedacht und in einzelnen Fällen zu junge Kinder, um Standardwerte zu berechnen, mit älteren Kindern verglichen werden mussten. Es zeigte sich aber, dass das Bewältigen und Verstehen der Fragebögen im unteren Altersbereich nicht an das tatsächliche Alter gebunden war. Während „zu junge“ Kinder zum Teil keine Schwierigkeiten hatten die Fragen zu beantworten, konnten ältere Kinder dies zum Teil nur schwer.

Die größten Unterschiede zeigten sich im Fragebogen FEEL (ab 10 Jahren). Das Differenzieren von Gefühlen und die damit verbundenen Handlungen konnten von einigen auch mit Unterstützung nur schwer nachvollzogen werden, was wie erwähnt aber nicht so stark an das tatsächliche Alter gebunden war. Auch sprachlich waren manche Items für die Kinder und Jugendlichen in diesem Fragebogen nicht einfach zu verstehen.

Beim YSR (ab 11 Jahren) hatte hingegen keineR der TeilnehmerInnen Schwierigkeiten beim Beantworten. Das Erinnern und Beschreiben von konkreten Sachverhalten war für die Kinder und Jugendlichen wesentlich einfacher, als das Beschreiben ihrer Gefühle. Es muss auch allerdings erwähnt werden, dass die Normen des YSR als veraltet gelten, da sie aus dem Jahr 1998 stammen.

Weiters berichten Cremerius et al. (2012), dass sich Jugendliche im Selbsturteil im Bereich von Ängsten und ADHS-Symptomen deutlich auffälliger einschätzen, als im Fremdurteil.

Implikationen für zukünftige Forschungen *(verfasst von Tamara Slavik)*

Auf Basis der vorliegenden Studie und der damit verbundenen Limitation ergeben sich neue Anstöße für zukünftige Forschungen, sowie auch eventuelle Ansätze für die Praxis.

In der vorliegenden Studie konnten die vorab angenommenen Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Psychischer Gesundheit über alle Gruppen hinweg bestätigt werden, die Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationsstrategien und Psychischer Gesundheit sowie der Lebensqualität erwiesen sich allerdings als nicht eindeutig. Um diese Zusammenhänge zu prüfen, wäre daher anzudenken, das vorliegende Studiendesign mit einer größeren Stichprobe zu wiederholen. Vor allem auch in Hinblick auf die unterschiedlichen Ergebnisse bei einer weiteren Unterteilung in stationär und teilstationär betreute Kinder und Jugendliche, wäre eine größere Stichprobe sinnvoll.

Die Wiederholung mit einer größeren Stichprobe wäre auch sinnvoll, um die Versuchsgruppe nochmals in stationär und teilstationär betreute Kinder und Jugendliche aufzuteilen, da es nicht ganz klar ist, ob diese Zusammenlegung der Gruppen sinnvoll ist, scheinen sie sich doch in manchen Punkten voneinander zu unterscheiden.

Um die positive Wirkung der Heimunterbringung auf die Emotionsregulation der Kinder und Jugendlichen zu erfassen, müsste auch die Dauer der Heimunterbringung sowie auch die spezifische Art der Unterstützung erfasst werden.

Zur tatsächlichen Erfassung der Prävalenz von Psychischen Störungen in einer Stichprobe wären zur Diagnosestellung strukturierte Interviews von Vorteil.

Auch das Ausbleiben des Zusammenhanges zwischen adaptiven Emotionsregulationsstrategien und der Lebensqualität sowie mit der Psychischen Gesundheit in Teilen der Stichprobe gilt es abzuklären.

Aufgrund der signifikant überdurchschnittlich hohen Werte auf mehreren Skalen sowohl in der Versuch- als auch in der Kontrollgruppe (auf den Dimensionen Problemscore, psychopathologische Auffälligkeit), wäre ein Teil der ursprünglich aufgestellten Hypothesen

in der erwarteten Richtung bestätigt worden, wenn die Versuchsgruppe mit der Norm verglichen worden wäre. Diese Unterschiede scheinen also nur im Vergleich mit der parallelisierten Kontrollgruppe zu bestehen, was weitere Untersuchungen in dieser Richtung (auch mit parallelisierten Kontrollgruppen) notwendig macht, auch um mögliche intervenierende Variablen zu identifizieren, welche bis jetzt möglicherweise nicht in Betracht gezogen wurden.

Das Zusammenbringen von qualitativen und quantitativen Daten, im Sinne einer „Mixed-Method-Research“ könnte weiters zu einem besseren Verständnis der Situation von Kindern, welche Unterstützung durch die Kinder und Jugendhilfe erfahren, beitragen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile*. Burlington VT.
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse and Neglect*, 30(10), 1093–1103. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.006
- Ajdukovi, M., & Franz, B. S. (2005). Behavioural and emotional problems of children by type of out-of-home care in Croatia. *International Journal of Social Welfare*, 14, 163–175.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Author.
- Aschauer, H. S. (2014). Emotionsregulation und Lebensqualität bei pädiatrischen GehirntumorpatientInnen – eine retrospektive Datenanalyse (Diplomarbeit). Aufgerufen unter: http://othes.univie.ac.at/34391/1/2014-10-02_0803163.pdf
- Beetz, A. (2013). Bindung und Emotionsregulationsstrategien bei Jugendlichen mit und ohne emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. *Empirische Sonderpädagogik*, 2(2), 144–159.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.

Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., Wante, L., ...

Goossens, L. (2014). Emotion Regulation in Children with Emotional Problems.

Cognitive Therapy and Research, 38 (5) 493–504. doi: 10.1007/s10608-014-9616-x

Bullinger, M. (1997). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der

Lebensqualität. In M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung –*

Anforderung – Akzeptanz (S. 1–6). Stuttgart: Schattauer.

Bundesministerium für Familien und Jugend. (2014). *Kinder- und Jugendhilfebericht 2014*.

Wien. Aufgerufen unter: [file:///C:/Users/tamara/Downloads/KJH%20Statistik%202014%20neu%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/tamara/Downloads/KJH%20Statistik%202014%20neu%20(3).pdf)

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Psychosoziale Planungs- und

Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche. Ergebnisbericht. Wien. Aufgerufen

unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/psychosoziale_planungs-_und_versorgungskonzepte_fuer_kinder_und_jugendliche_null_.pdf.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2013). Außerstationäre psychosoziale Versorgung von

Kindern und Jugendlichen. Ergebnisbericht. Wien. Aufgerufen unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/ausserstationaere_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen_null_.pdf.pdf

[ms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/ausserstationaere_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen_null_.pdf.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/ausserstationaere_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen_null_.pdf.pdf)

Bundes- Kinder- und Jugendhilfe Gesetz 2013 (B-KJHG). In BGBl. I 69/2013 in der geltenden

Fassung. Aufgerufen unter: <https://www.ris.bka.gv.at/>

Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., &

Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of the American Academy of*

Child and Adolescent Psychiatry, 43(8), 960–970. doi:

10.1097/01.chi.0000127590.95585.65

Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155

Cohen, P., Brown, J., & Smaile, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13(4), 981–999.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007).

Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 211–229. doi:

10.1016/j.chiabu.2007.02.004

Costello, E. J., Keeler, G. P., & Angold, A. (2001). Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: A study of rural children. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1494–1498. doi: 10.2105/AJPH.91.9.1494

Cremerius, D., Neurohr, S., & Adam, H. (2012). You ' ll never walk alone - Ergebnisse der Evaluation. In M. Hoffmann & H. Adam (Hrsg.), *You ' ll never walk alone: Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (S. 157–175). Berlin: Ruhiges Bewegen.

Dopfer, R., & Felder-Puig, R. (2006). Rehabilitation und Lebensqualität. In H. Gadener, G. Gaedicke, C. Niemeyer, & J. Ritter (Hrsg.), *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie* (S. 1132–1139). Heidelberg: Springer Medizin.

- Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (1994). *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Dörr, M. (2009). Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe : Heime als Orte für Salutogenese. In Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.), *Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung* (S.4-66). München: Editors
- Dreher, E., Sirsch, U., Strobl, S., & Muck, S. (2011). 6. *Bericht zur Lage der Jugend in Österreich*.
- EFQM. Retrieved September 28, 2015, from <http://www.efqm.org/>
- Engel, C., Pätow, C., & Häßler, F. (2009). Psychische Belastung und Geschlechtsunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(9), 702–715.
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, W. T., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., ... Kupfer, D. J. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of General Psychiatry*, 63(11), 1246–1256. doi: 10.1001/archpsyc.63.11.1246
- Fegert, J. M., & Besier, T. (2009). Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. In Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.), *Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung* (S.5-133). München: Editors

- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 190(4), 319–25. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025023
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409–418. doi: 10.1097/00004583-200104000-00009
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2000). Review of life satisfaction measures for adolescents. *Behaviour Change*, 17, 178–195. doi: 10.1375/beh.17.3.178
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität aus sozio- ökonomischer Sicht. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit - Modebegriff oder neues Denken?* (S. 47–59). Hamburg: Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Grob, A., & Smolenski, C. (2005). *FEEL-KJ Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen-Manual*. Bern: Hans Huber, Hogrefe.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. (2006). Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: The national survey of adolescents. *Addictive Behaviors*, 31(11), 1988–2001. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.01.012

Hoffman, S., Lambert, M. C., Nelson, T. D., Trout, A. L., Epstein, M. H., & Pick, R. (2013).

Confirmatory factor analysis of the PedsQL among youth in a residential treatment setting, 2151–2157. doi: 10.1007/s11136-012-0327-z

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten

bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und

Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -*

Gesundheitsschutz, 50(5-6), 784–793. doi: 10.1007/s00103-007-0241-7

Jud, A., Landolt, M. A., Tatalias, A., Lach, L. M., & Lips, U. (2013). Health-related quality of

life in the aftermath of child maltreatment: follow-up study of a hospital sample. *Quality of Life Research*, 22(6), 1361–1369. doi: 10.1007/s11136-012-0262-z

Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social Anxiety and Positive Emotions: A Prospective

Examination of a Self-Regulatory Model With Tendencies to Suppress or Express

Emotions as a Moderating Variable. *Behavior Therapy*, 39(1), 1–12. doi:

10.1016/j.beth.2007.02.003

Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing*. London: Routledge.

Knecht, A. (2010). *Lebensqualität produzieren. Ressourcentheorie und Machtanalyse des*

Wohlfahrtsstaats. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kopp, L. M., & Beauchaine, T. P. (2007). Patterns of psychopathology in the families of

children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions. *Journal of*

Abnormal Child Psychology, 35(2), 301–312. doi: 10.1007/s10802-006-9091-2

Kullik, A., & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe

Lacina, R. M., Staub-Ghielmini, S., Bircher, U., Bianchi, F., Schmeck, K., & Schmid, M.

(2014). Die Erfassung von Problemverhalten bei Jugendlichen und ihre psychische Belastung im Selbsturteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(1), 36–62.

Lange, S., & Tröster, H. (2014). Strategien der Emotionsregulation bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43(1), 35–42. doi: 10.1026/1616-3443/a000246

Lengning, A., Mackowiak, K., & Matheis, N. (2010). Bindung und Emotionsregulation bei klinischen Stichproben. *Heilpädagogik Online*, 2(02), 68–91. Retrieved from http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/2010/heilpaedagogik_online_0210.pdf

Lunkenheimer, E. S., Shields, A. M., & Cortina, K. S. (2007). Parental emotion coaching and dismissing in family interaction. *Social Development*, 16(2), 232–248. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00382.x

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803

Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., ... Remschmidt, H. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie*, 1–16.

McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T., & Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 88–95. doi: 10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2

Meltzer, H., Corbin, T., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. The report of a survey carried out in 2002 by Social Survey Division of the Office for National Statistics on behalf of the Department of Health. London:TSO

Mullin, B. C., & Hinshaw, S. P. (2007). Emotion Regulation and Externalizing Disorders in Children and Adolescents. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of Emotion Regulation* (S.523-541). New York: Guilford Press.

Nelson, T. D., Kidwell, K. M., Hoffman, S., Trout, A. L., Epstein, M. H., & Thompson, R. W. (2014). Health-related quality of life among adolescents in residential care: Description and correlates. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 226–233. doi: 10.1037/h0099812F

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632. doi:10.1007/s10459-010-9222-y

Nützel, J., Schmid, M., Goldbeck, L., & Fegert, J. (2005). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie*, 54 (8) 627-644.

Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48–57. doi: 10.1026/0942-5403.14.1.48

Pigou, A. C. (1924). *The Economics of Welfare*. London: Macmillan and Co.

Radler, H., Gahleitner, S. B., Gerlich, K., & Hinterwallner, H. (2014). *Together Against Violence. Österreichischer Teilbericht*. Wien: Mediendesign GmbH.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871–878. doi: 10.1007/s00103-007-0250-6

Rees, P. (2013). The mental health, emotional literacy, cognitive ability, literacy attainment and “resilience” of “looked after children”: A multidimensional, multiple-rater population based study. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 183–198. doi: 10.1111/bjc.12008

Schleiffer, R. (2007). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Weinheim: Juventa

Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa

Schmid, M., Goldbeck, L., Fegert, J., & Besier, T. (2006). *Abschlussbericht-Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte*. (Bericht der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm).
Ulm

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2. doi: 10.1186/1753-2000-2-2

Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2006). Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe ? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(7), 544–558.

Schmitt, K., Gold, A., & Rauch, W. A. (2012). Defizitäre adaptive Emotionsregulation bei Kindern mit ADHS. *Zeitschrift Fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(2), 95–103. doi: 10.1024/1422-4917/a000156

Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden - Eine Einführung. *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*, 1–18.

Tottenham, N., Hare, T. A., Quinn, B. T., McCarry, T. W., Nurse, M., Gilhooly, T., ... Casey, B. J. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental Science*, 13(1), 46–61. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00852.x

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2005) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. doi: 0277-9536(95)00112-3

World Health Organization. (2014). Mental health: strengthening our response. Fact sheet

N°220. Aufgerufen unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Yagmurlu, B., & Ozge, A. (2010). Maternal Socialization and Child Temperament as

Predictors of Emotion Regulation in Turkish Preschoolers. *Infant and Child*

Development, 19, 275–296. doi: 10.1002/icd

Zegers, M. A., Schuengel, C., Van IJzendoorn, M. H., & Janssens, J. M. A. M. (2008).

Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment.

Attachment & Human Development, 10(1), 91–103. doi; 10.1080/14616730701868621

Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment

and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 1(3), 291–

306. doi: 10.1080/14616739900134161

Anhang A

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Anzahl der Kinder je Schultyp grafisch aufgeteilt nach Geschlecht _____ 58

Abbildung 2. Prozentanteil der auffälligen Werte in den vier Hauptdimensionen je Gruppe 71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten	56
Tabelle 2 Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich unterschiedlicher Bereiche von Lebensqualität	59
Tabelle 3 Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien.....	62
Tabelle 4 Mittelwertvergleiche zwischen der Heimstichprobe (VG) und der Kontrollgruppe (KG) hinsichtlich der Anwendung unterschiedlicher Emotionsregulationsstrategien.....	64
Tabelle 5 Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreute Kinder und Jugendliche hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten	68
Tabelle 6 Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreute Kinder und Jugendliche hinsichtlich unterschiedlicher Bereiche von Lebensqualität	69
Tabelle 7 Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreute Kinder und Jugendliche hinsichtlich der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien.....	7Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 8 Mittelwertvergleiche zwischen stationär (SG) und teilstationär (TSG) von der Kinder- und Jugendhilfe betreute Kinder und Jugendliche hinsichtlich Anwendung unterschiedlicher Emotionsregulationsstrategien.....	72
Tabelle 9 Korrelationen der Konstrukte Lebensqualität (LQ), adaptiver und maladaptiver Emotionsregulation (+/- ER) und Psychopathologie (PP)	74
Tabelle 10 Korrelationen der Konstrukte Lebensqualität (LQ), adaptiver und maladaptiver Emotionsregulation (+/- ER) und Psychopathologie (PP) über alle Gruppen hinweg	75

Tabelle 11 Mittelwertvergleiche zwischen der stationären Gruppe (SG) und den zugehörigen statistischen Zwillingen aus der Kontrollgruppe (KGs) 83

Tabelle 12 Reliabilitätskoeffizient (α) der untersuchten Stichproben im Fragebogen FEEL 85

Tabelle 13 Reliabilitätskoeffizient (α) der untersuchten Stichprobe im Fragebogen YSR 86

Anhang B

Elternbrief



Sehr geehrte Eltern,

wir möchten heute mit einer besonderen Bitte an Sie herantreten:

Wir, Sarah Wurmbäck und Tamara Slavik, studieren Psychologie an der Universität Wien.

Um unser Studium abzuschließen, sind wir nun dabei unsere Diplomarbeit unter der Leitung von Frau Ass.-Prof. PD Dr. Brigitte Lueger-Schuster zu verfassen. In unserer Arbeit befassen

wir uns mit den **Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen, die nicht bei ihren**

Familien, sondern in Heimen leben. Es geht dabei darum Qualitätsstandards in staatlichen

Institutionen wie zum Beispiel Landesjugendheimen zu implementieren und so die

Bedingungen für die Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Im Rahmen dieser Arbeit haben

wir nun schon einige Befragungen mit Kindern, die in Heimen leben, durchgeführt. Die

Fragen bezogen sich auf die **Lebensqualität, die Gesundheit und den Umgang mit**

Gefühlen. Nun wollen wir im Vergleich dazu auch noch Kinder, die bei ihren Familien leben,

zu den gleichen Themen befragen.

An dieser Stelle möchten wir uns an Sie und ihr Kind wenden. Wir bitten Sie beide uns bei

diesem Projekt zu unterstützen. Ihr Kind, indem es an unserer Befragung teilnimmt und Sie,

in dem Sie dem zustimmen. Selbstverständlich kann ihr Kind die Befragung jederzeit ohne

Angabe von Gründen abbrechen, wenn es ihm keinen Spaß mehr machen sollte.

Bei der Befragung handelt es sich um die Beantwortung dreier Fragebögen, welche die oben genannten Bereiche Lebensqualität, Gesundheit und den Umgang mit Gefühlen erfassen.

Diese Antworten werden dann mit den Antworten der in Heimen lebenden Kinder verglichen

um die Unterschiede besser sichtbar zu machen. Ihre Kinder tragen dadurch dazu bei die

besondere Lebenssituation von Heimkindern besser zu verstehen. Mit Ihrem Einverständnis

geben Sie uns die Erlaubnis ihr Kind für längstens eine Unterrichtsstunde aus der Klasse zu nehmen und die Fragebögen gemeinsam mit ihrem Kind auszufüllen. Im Anschluss erhält ihr Kind ein kleines Dankeschön (Süßigkeit). Weiters erfolgt die Befragung anonym. Wir benötigen zur Teilnahme zwar Ihre Unterschrift, diese Daten werden anschließend jedoch separat von den Befragungsinhalten ihres Kindes verwahrt und nach Abschluss des Projektes vernichtet. Es werden somit keine weiteren Rückschlüsse auf die Personenidentitäten möglich sein.

Anbei gibt es einen kurzen Fragebogen, welcher von Ihnen auszufüllen ist. Bitte retournieren Sie diesen im verschlossenen Kuvert, damit diese Daten anonym bleiben. Die Einverständniserklärung geben Sie Ihrem Kind bitte ohne Kuvert separat davon mit. Sollten Sie Interesse an unserem Projekt haben, können wir Ihnen nach Fertigstellung unserer Arbeit (in einigen Monaten) auch gerne Informationen über die Ergebnisse unserer Studie zukommen lassen.

Mit der großen Bitte um ihre Unterstützung, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen,
Sarah Wurmbäck und Tamara Slavik

Für etwaige Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne unter folgenden Nummern zur Verfügung: Sarah Wurmbäck: 0680/23 24 585

Tamara Slavik: 0664/42 30 784

-----bitte hier abtrennen-----

Ich habe die Informationen über die der Befragung der beiden Psychologiestudentinnen (Sarah Wurmbäck und Tamara Slavik) im Rahmen ihres Diplomarbeitsprojektes zur *Verbesserung der Lebensbedingungen von heimuntergebrachten Kindern gelesen* und mein Kind _____ darf daran O teilnehmen.

O nicht teilnehmen.

O Ja, ich möchte über die Ergebnisse der Studie informiert werden.

O Nein, ich möchte nicht über die Ergebnisse der Studie informiert werden.

Datum, Ort, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Brief für volljährige SchülerInnen



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten heute mit einer besonderen Bitte an Sie herantreten:

Wir, Sarah Wurmbäck und Tamara Slavik, studieren Psychologie an der Universität Wien.

Um unser Studium abzuschließen, sind wir nun dabei unsere Diplomarbeit unter der Leitung von Frau Ass.-Prof. PD Dr. Brigitte Lueger-Schuster zu verfassen. In unserer Arbeit befassen wir uns mit den **Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen, die nicht bei ihren Familien, sondern in Heimen leben**. Es geht dabei darum Qualitätsstandards in staatlichen Institutionen wie zum Beispiel Landesjugendheimen zu implementieren und so die

Bedingungen für die Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Im Rahmen dieser Arbeit haben wir nun schon einige Befragungen mit Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen, die in Heimen leben, durchgeführt. Die Fragen bezogen sich auf die **Lebensqualität**, die **Gesundheit** und den **Umgang mit Gefühlen**. Nun wollen wir im Vergleich dazu auch noch Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene befragen, die bei ihren Familien leben, zu den gleichen Themen befragen.

An dieser Stelle möchten wir uns an Sie wenden. Wir bitten Sie uns bei diesem Projekt zu unterstützen, indem Sie an unserer Befragung teilnehmen. Selbstverständlich können Sie die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen, wenn es Ihnen keinen Spaß mehr machen sollte.

Bei der Befragung handelt es sich um die Beantwortung dreier Fragebögen, welche die oben genannten Bereiche Lebensqualität, Gesundheit und den Umgang mit Gefühlen erfassen.

Diese Antworten werden dann mit den Antworten der in Heimen lebenden Kinder verglichen um die Unterschiede besser sichtbar zu machen. Sie tragen dadurch dazu bei die besondere

Lebenssituation von Heimkindern besser zu verstehen. Mit Ihrem Einverständnis geben Sie uns die Erlaubnis Sie für längstens eine Unterrichtsstunde aus der Klasse zu nehmen um die Fragebögen auszufüllen. Im Anschluss erhalten Sie ein kleines Dankeschön (Süßigkeit).

Weiters erfolgt die Befragung anonym. Wir benötigen zur Teilnahme zwar Ihre Unterschrift, diese Daten werden anschließend jedoch separat von den Befragungsinhalten verwahrt und nach Abschluss des Projektes vernichtet. Es werden somit keine weiteren Rückschlüsse auf die Personenidentitäten möglich sein.

Anbei gibt es einen kurzen Fragebogen, welcher von Ihnen auszufüllen ist. Bitte retournieren Sie diesen im verschlossenen Kuvert, damit diese Daten anonym bleiben. Die Einverständniserklärung und das Kuvert nehmen Sie bitte mit und geben es dann in der Schule wieder ab.

Sollten Sie Interesse an unserem Projekt haben, können wir Ihnen nach Fertigstellung unserer Arbeit (in einigen Monaten) auch gerne Informationen über die Ergebnisse unserer Studie zukommen lassen.

Mit der großen Bitte um ihre Unterstützung, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen,
Sarah Wurbäck und Tamara Slavik

Für etwaige Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne unter folgenden Nummern zur

Verfügung: Sarah Wurbäck: 0680/23 24 585

Tamara Slavik: 0664/42 30 784

-----bitte hier abtrennen-----

Ich _____ habe die Informationen über Studie der beiden Psychologiestudentinnen (Sarah Wurbäck und Tamara Slavik) im Rahmen ihres

Diplomarbeitsprojektes zur *Verbesserung der Lebensbedingungen von heimuntergebrachten Kindern*, gelesen und möchte daran ☐ teilnehmen.

☐ nicht teilnehmen.

☐ Ja, ich möchte über die Ergebnisse der Studie informiert werden.

☐ Nein, ich möchte nicht über die Ergebnisse der Studie informiert werden.

Datum, Ort, Unterschrift

Elternfragebogen



universität
wien

Versuchspersonennummer: _____ (wird von Studienleiterinnen ausgefüllt)

Alter des Kindes: _____

Geschlecht des Kindes: ☐ männlich ☐ weiblich

Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente: ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, welche: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Mein Kind war noch nie in Psychotherapie.
- ☐ Mein Kind war einmal in Psychotherapie, besucht diese aber nicht mehr.
- ☐ Mein Kind besucht derzeit eine Psychotherapie.

Fragebogen für volljährige SchülerInnen



universität
wien

Versuchspersonennummer: _____ (wird von Studienleiterinnen ausgefüllt)

Alter: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Ich nehme regelmäßig Medikamente: ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, welche: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Ich war noch nie in Psychotherapie.
- ☐ Ich war einmal in Psychotherapie, besucht diese aber nicht mehr.
- ☐ Ich besuche derzeit eine Psychotherapie.

Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Kurze Vorstellung: ...“ Hallo, ich bin die (Ich) Wir machen gerade die Ausbildung zur Psychologin, weil wir auch einmal das arbeiten wollen, was die **** und die ***** machen und müssen jetzt eine große Abschlussarbeit schreiben, und deswegen kommen wir zu euch und fragen euch ein paar Sachen. Du weißt ja wahrscheinlich, dass es im Haus Projekte gibt und dabei ist es wichtig herauszufinden, wie es dir hier im Landesjugendheim gefällt und wie es dir hier so geht oder auch was dich stört.

Das, was ihr uns sagt, werden wir weder den SozialpädagogInnen noch deinen Eltern erzählen. Wir werden das, was du uns sagst auf ein Tonband aufnehmen, weil wir nicht so schnell schreiben können, wie du sprichst. Später werden wir dann alles vom Tonband abschreiben und das Tonband wieder löschen, damit man nicht mehr weiß, wer was gesagt hat. Wenn irgendeine Frage dabei ist, die dir unangenehm ist, oder über die du lieber nicht sprechen möchtest, dann musst du sie nicht beantworten! Du kannst uns das ruhig sagen, das ist besser, als wenn du stattdessen etwas erfindest, denn dann können wir nicht herausfinden, was für dich wirklich wichtig ist. Du kannst auch jederzeit eine Pause machen, wenn du willst.

Wie gehts dir heute? Wie war dein Tag bis jetzt?

Umsetzung pädagogisches Konzept?

Wie gefällt es dir im LJH ***?**

- Was gefällt dir besonders gut/gar nicht?
- Gibt es auch etwas, dass dir gut/gar nicht gefällt?
- Was gefällt dir gut/gar nicht?
- Was würdest du verbessern, wenn du einen Tag lang Chef sein könntest?

Sollte bei oberen Fragen nicht so viel kommen, nachfragen:

- Was darf sich auf gar keinen Fall ändern?
- Was ist dir besonders wichtig hier?
- Was glaubst du, ist den SozialpädagogInnen wichtig, dass du hier lernst?
 - Abgesehen davon, was hast du hier noch gelernt (neben den Dingen für die Schule und das Wohnen)?

- Wie fühlt es sich für dich an (nach der Schule) hierher zu kommen?
- Wie ist es für dich nach dem Wochenende wieder her zu kommen/ Ist es da anders?
- Gibt es etwas, auf das du dich freust, wenn du wieder hierherkommst?

Wie ist das so, wenn dir etwas wichtig ist? Sagst du das jemandem? Wem?

- Wie wird damit umgegangen wenn du etwas sagst, das dir wichtig ist?
- Wo darfst du mitentscheiden?
 - (Bei Älteren:) In welchen Bereichen wirst du in Entscheidungen die dich betreffen mit einbezogen?
- Gibt es Bereiche, für die du alleine zuständig bist?
 - Was passiert wenn du dich nicht darum kümmerst?

“Vorgeschichte” und Sicht auf den eigenen Aufenthalt im LJH

- Möchtest du mir erzählen warum du hier bist?
 - Nein → Weißt du warum du hier bist?
 - Wie lange bist du schon im LJH?
- Kannst du dich noch an deinen ersten Tag oder die erste Woche im LJH erinnern? Wie hast du deine Aufnahme damals erlebt? (bei Stationär: vorher Krisenzentrum?)
- Wie ist es jetzt für dich hier zu wohnen/hierher zu kommen?
- Was hat sich verändert seit du hier bist? (zu Hause, im Heim, mit Freunden)
 - Ist etwas besser oder auch schlechter geworden?
 - → Was?

ab 13 Jahren:

Du ziehst ja eventuell auch mal ins Betreute Wohnen.

- Was glaubst du machen die dort anders?

Nur für Jugendliche im betreuten Wohnen:

- Stell dir vor, du wärst nie hier her gekommen, was denkst du welche Probleme hättest du heute/wie wäre es sonst weitergegangen?
 - Gibt es Dinge die jetzt für dich möglich sind/die du jetzt machen kannst, welche früher nicht möglich waren? Wie wäre es gewesen, wenn du zu Hause geblieben wärst, wenn du also nicht ins LJH gekommen wärst?
- Du hast ja vorher im stationären Bereich gelebt, was hättest du dir damals anders gewünscht?

- Was hat sich in deinem Alltag geändert, seit du im betreuten Wohnbereich bist?

Copingstrategien/Wissen über psychosoziale Angebote und deren Nutzung

- Was machst du wenn es dir nicht gut geht (Traurigkeit, Wut, ...)?
 - Zu wem gehst du? Wer war da?
- Was hilft dir in so einer Situation?
 - Was hat dich zuletzt geärgert oder gekränkt?
 - Was hast du dann gemacht?
- Was ist dann passiert/Wie wurde darauf reagiert oder damit umgegangen? Wie ging der/die SozialpädagogIn damit um?
- Machst du hier Therapien?
 - Nein → Würdest du gerne eine machen?
 - Wie stellst du dir vor, dass das wäre?
 - Welche und was gefällt dir daran?
 - Was ist in der Zeit mit der Therapeutin/dem Therapeuten anders, als in der Zeit mit dem SP?
 - Hast du auch Kontakt zu den Psychologinnen? In welcher Situation sprichst du mit ihr?
- Weißt du wer der Kinder- und Jugendschutzbeauftragte ist?
 - Wofür ist der da?
 - Warst du schon einmal beim *****? (Achtung: Nachfragen bezüglich Gitarre und Sport)

Eltern-Kind-Interaktion

- Ich weiß ja nichts über dich, jetzt muss ich dich fragen, hast du eigentlich Kontakt zu jemandem aus deiner Familie?
 - Wie hast du denn Kontakt? (Treffen, Telefon, Frequenz)
 - Ist das für dich so in Ordnung? Wenn nein, wie wäre es dir lieber? (Art, Häufigkeit)
- Beschreib´ mir mal deine Eltern/Tante/Bruder..., wie sind die so?
 - Wie ist die Mama eigentlich so?
 - 3, Wörter, je ein Beispiel
- Oder:

- Wie sieht sie aus?
- Was macht sie gerne?
- Was macht ihr so am wenn ihr euch seht?
 - Beispiele: Erlebnisse
 - Wie ist das so mit deiner/m Papa/Mama/Tante zusammen zu sein?
- Streitet ihr auch manchmal?
 - Wie ist das so?

Geschwister

- Hast du auch Geschwister?
 - Hast du Kontakt zu Ihnen?
 - Wo leben die?
 - Wie ist das für dich dass du hier bist und sie nicht/ dass ihr gemeinsam hier seid?

SozialpädagogInnen/ErzieherIn

- (Hast du eine/n BezugsbetreuerIn?) → Wenn nein: Lerngruppe bzw. BetreuerIn, die du gerne hast
- Beschreibe mir deine BezugsbetreuerIn/BetreuerIn, bei der/dem du in der Lerngruppe bist?
 - Welche Dinge an ihm/ihr magst du, welche weniger?
 - Welche Dinge unternimmst du mit deinem/r BezugsbetreuerIn?
 - Was machst du mit deinem BezugsbetreuerIn anders, als mit anderen/was ist mit ihm/ihr anders?
 - Was gefällt dir besonders gut, wovon würdest du gerne mehr machen?
 - Streitet ihr euch auch manchmal?
 - Wie schaut das aus? Was passiert dann?
- Was machst du, wenn dich am LJH oder einem Betreuer etwas stört oder ärgert?
 - Wenn Kinder sich mit BezugsbetreuerIn nicht verstehen: Gibt es einen anderen BetreuerIn, mit dem du dich gut verstehst? → Was gefällt dir an ihm und was machst du gerne mit ihm?
- Was machst du mit anderen BetreuerInnen?

- Wie findest du das?

Freizeitgestaltung und (außerinstitutionelle) Sozialkontakte

Was machst du in deiner Freizeit? --> Wo? Mit wem?

- Hast du auch Freunde außerhalb der Einrichtung z. B. aus der Schule (oder “Fußballverein”, je nach Antwort bei vorhergehender Frage)?
- Triffst du dich mit deinen Freunden auch außerhalb der Einrichtung?
- Kommen dich Freunde besuchen, die nicht hier wohnen? Wenn ja, wie oft?
- Kannst du Freunde besuchen, die hier nicht wohnen? Wenn ja, wie oft besuchst du sie?
- Wie trägst du Streitereien oder Meinungsverschiedenheiten mit deinen FreundInnen aus?/Was machst du, wenn es mit deinen FreundInnen Streit oder Meinungsverschiedenheiten gibt?

Abschluss:

Jetzt habe ich dir so viele Fragen gestellt, das war sicher ganz schön anstrengend. Hast du an mich jetzt vielleicht irgendwelche Fragen? Gibt es noch irgendetwas, das du mir erzählen möchtest?

Was hast du denn noch so für Pläne diese Woche/am WE?

Parallelisierungsliste

Nr.	Unterbringungs- art	Schultyp	Geschlecht	Alter	Schulstufe	Nr.	Schultyp	Geschlecht	Alter	Schulstufe
1	TS	ASO-U	W	12	5	1a	ASO-U	W	12	6
2	TS	HS	W	14	7	2a	HS	W	14	7
3	TS	ASO-VS	W	8	2	3a	ASO-VS	W	8	2
4	TS	ASO-U	M	11	5	4a	ASO-U	M	11	6
5	S	HS	M	13	6	5a	HS	M	13	7
6	TS	GYM	M	12	6	6a	GYM	M	12	6
7	S	ASO-U	M	14	8	7a	ASO U	M	14	
8	S	HS	W	12	5	8a	HS	W	12	5
9	S	ASO-U	M	14	8	9a				
10	TS	Poly	W	16	9	10a	Poly	W	16	9
11	S	VS	W	11	4	11a	VS	W	11	4
12	TS	ASO-VS	W	8	1	12a	ASO-VS	W	7	1
13	S	HS	W	14	7	13a	HS	W	14	8
14	S	Poly	W	15	9	14a	Poly	W	15	9
15	TS	VS	W	9	2	15a	VS	W	9	2
16	S	ASO-U	W	13		16a	ASO-U	W	13	7
17	S	ASO-U	M	13	7	17a	ASO-U	M	12	7
18	S	HS	M	14	8	18a	HS	M	14	8
19	S	HS	M	12	6	19a	HS	M	12	6

20	TS	HS	M	11	5	20a	HS	M	11	5
21	TS	HS	M	13	6	21a	HS	M	13	6
22	TS	HS	M	12		22a				
23	TS	HS	M	12	5	23a	HS	M	12	5
24	TS	ASO-VS	W	10	4	24a	ASO_VS	W	10	3
25	TS	GYM	M	14	7	25a	GYM	M	13	7
26	S	VS	M	10	3	26a	VS	M	9	3
27	BW	BS	W	18	10+	27a	BS	W	18	10+
28	TS	ASO-U	M	12	5	28a	ASO-U	M	12	6
29	S	ASO-U	W	15	8	29a				
30	S	HS	M	14	8	30a	HS	M	14	8
31	TS	HS	M	14	7	31a	HS	M	14	7
32	BW	BS	M	17	10+	32a	BS	M	17	10+
33	TS	HS	M	14	8	33a	HS	M	14	8
34	TS	ASO-U	M	13	7	34a	ASO-U	M	12	
35	S	HS	M	14	7	35a	HS	M	14	7
37	TS	ASO-U	M	12	5	37a	ASO-U	M	12	6
38	S	ASO-VS	M	9	2	38a	ASO-VS	M	9	3
39	TS	Poly	W	16	9	39a	Poly	W	16	9
40	TS	HS	M	13	6	40a	HS	M	13	6