universität wien

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Dyadisches Coping zwischen Eltern und Kindern sowie Jugendlichen als Prädiktor für psychische Gesundheit nach stationär-psychiatrischer Behandlung

verfasst von | submitted by

Madlene Radosavljevic BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 840
Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Psychologie
Betreut von | Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp
Mitbetreut von | Co-Supervisor:	Dr. Magdalena Siegel BSc MSc

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 3

Kindliche psychische Probleme im familiären Kontext ... 4

Elterlicher Umgang mit kindlichem Distress ... 5

Interpersonelle Bewältigung in Form dyadischen Copings ... 7

Dyadisches Coping in der Eltern-Kind-Dyade ... 10

Differenzielle Zusammenhänge von EKDC nach Symptomatik ... 13

EKDC im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung ... 16

Zielsetzung der Studie ... 18

Fragestellungen und Hypothesen ... 19

Fragestellung 1 ... 19

Fragestellung 2 ... 19

Fragestellung 3 ... 19

Fragestellung 4 ... 20

Methodik ... 20

Stichprobe ... 20

Studiendesign ... 21

Untersuchungsdurchführung ... 22

Erhebungsinstrumente ... 22

Soziodemografische Informationen ... 23

Dyadisches Coping in der Eltern-Kind-Dyade ... 23

Kindliche externalisierende und internalisierende Symptome ... 24

Eltern-Kind-Beziehung ... 24

Statistische Auswertung ... 25

Deskriptivstatistik ... 25

Fragestellung 1 ... 26

Fragestellung 2 ... 27

Fragestellung 3 27
Fragestellung 4 28
Ergebnisse 28
Deskriptivstatistik 28
Hypothesenprüfung 30
Fragestellung 1 30
Fragestellung 2 32
Fragestellung 3 34
Fragestellung 4 34
Diskussion 36
Praktische Implikationen 45
Limitationen 48
Konklusion 50
Literaturverzeichnis 51
Anhang 65
Anhang A: Abstracts 65
Anhang A1: Abstract (Deutsch) 65
Anhang A2: Abstract (Englisch) 66
Anhang B: Ergänzende Tabelle 67
Tabellenverzeichnis 68

Einleitung

Die Prävalenz psychischer Störungen nimmt bei Heranwachsenden weltweit mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu (Kieling et al., 2024). Je älter Kinder und Jugendliche also sind, desto höher ist die Prävalenz psychischer Störungen, wobei ein besonderer Anstieg im Alter von 10 bis 14 Jahren zu verzeichnen ist (Kieling et al., 2024). Global ist etwa jedes zehnte Kind bzw. jede*r zehnte Jugendliche von einer psychischen Erkrankung betroffen (Kieling et al., 2024), während in Österreich mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen vor dem Erwachsenenalter mindestens eine psychische Störung aufweist (Wagner et al., 2017). Bei akuten und schweren Krisen stellt ein stationär-psychiatrischer Aufenthalt dabei die intensivste Form der Behandlung dar (Edgcomb et al., 2020). Dieser bleibt allerdings oft nicht einmalig, da es bei durchschnittlich 13.2% der Kinder und Jugendlichen zu stationären Wiederaufnahmen kommt (Edgcomb et al., 2020). Damit wird ein hoher Bedarf an Maßnahmen deutlich, die der Chronifizierung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter vorbeugen und bestenfalls nachhaltig außerhalb des stationär-psychiatrischen Settings erfolgen (Simmons et al., 2023). In diesem Licht rückt die Familie als poststationäres Umfeld in den Fokus (Friedrich et al., 2026). Da die meisten Kinder und Jugendlichen nach Entlassung aus der psychiatrischen Behandlung in familiäre Betreuung zurückkehren, stellt die Familie den primären Lebensmittelpunkt dar, in welchem sich Gesundheitsverläufe von Kindern und Jugendlichen entscheiden. Es ist weitreichend gestützt, dass familiäre Aspekte als Schutz- bzw. Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wirken (Cardamone-Breen et al., 2017) und familiäre Beziehungen einen positiven Einfluss auf die kindliche psychische Gesundheit haben (Chen et al., 2017). Forschung dazu, wie das Familienumfeld nach Entlassung aus psychiatrischen Aufenthalten zur nachhaltigen Besserung kindlicher Gesundheitsverläufe beitragen kann, ist bisher allerdings kaum vorhanden (Friedrich & Zemp, 2025). Insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung ist eine der zentralsten Unterstützungsquellen für Kinder mit psychischem Stress (Fingerman et al., 2012). Unter anderem zeigt sich diese Unterstützung in Form elterlicher Ko-Regulation während Belastungssituationen (D. W. Murray et al., 2019). Diesbezüglich entwickelt sich aktuell ein Forschungszweig zur gemeinsamen Stressbewältigung innerhalb der Eltern-Kind-Dyade (Lippold et al., 2024), welcher auf dyadischem Coping, der gemeinsamen Stressbewältigung in nahen Beziehungen, basiert (Bodenmann, 1995). Forschung zu dyadischem Coping im Eltern-Kind-Kontext weist auf bedeutende Vorteile für die kindliche Gesundheit hin (Lippold et al., 2024). Bei Vorliegen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter könnte dyadisches Coping von besonders hoher Relevanz sein, da psychische

Störungen neben alltäglichen Stressoren eine zusätzliche Belastung für Kinder und Jugendliche darstellen (Hölling et al., 2014), die meist erhöhte interpersonelle Unterstützung erfordern (Morris et al., 2017). Zudem birgt dyadisches Coping im poststationären Kontext die Chance, Kinder und Jugendliche bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld zu entlasten.

Das Familienumfeld kann also einen wesentlichen Einfluss auf die kindliche Gesundheit haben, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit bereits bestehenden psychischen Störungen. Speziell nach der Rückkehr aus einem stationären Aufenthalt ist es entscheidend, wie Eltern im Folgenden mit ihren Kindern umgehen. Um nachvollziehen zu können, wie Familien solche Belastungssituationen bewältigen, ist ein Verständnis für Familie als System notwendig. Im Folgenden werden daher zuerst kindliche psychische Probleme im familiären Kontext sowie der elterliche Umgang mit kindlichem Distress aufgezeigt. Darauf aufbauend wird Forschung zu dyadischem Coping vorgestellt und dessen Relevanz in der Eltern-Kind-Dyade anknüpfend an mögliche Unterschiede hinsichtlich kindlicher Symptomatik sowie des allgemeinen Beziehungskontextes aufgegriffen.

Kindliche psychische Probleme im familiären Kontext

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entwickelt sich nicht isoliert vom familiären Umfeld. Vielmehr kann Familie als ein System verstanden werden, in welchem Stressoren eines Familienmitglieds auch die anderen Familienmitglieder betreffen und die einzelnen Beteiligten in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen (Cox & Paley, 2003). Diese systemische Betrachtung ist für die Entstehung kindlicher psychischer Störungen relevant, da familiäre Aspekte maßgeblich als präventive Schutz- und/oder Risikofaktoren agieren. Zu elterlichen Schutzfaktoren zählen beispielsweise elterliche Wärme (Skinner et al., 2022), Verbundenheit in der Familie (Van Voorhees et al., 2008) oder Autonomiegewährung (Pinquart, 2017). Auch dyadisches Coping zwischen Eltern hat positiven Einfluss auf die kindliche psychische Gesundheit (Ranieri et al., 2024; Zemp et al., 2016). Unterstützende, funktional agierende Familien stehen ebenfalls mit besseren kindlichen Gesundheitsverläufen in Zusammenhang (Fontanella, 2008), während Stressoren einzelner Familienmitglieder durch andere enge familiäre Beziehungen abgefangen werden können (Chen et al., 2017). Familiäre Risikofaktoren können andererseits auch zur Entwicklung kindlicher psychischer Störungen beitragen. Als familiäre Risikofaktoren für kindliche psychische Störungen gelten zum Beispiel elterlicher Konflikt, übermäßige Involviertheit (Yap et al., 2014), autoritäre Erziehung, elterliche Kontrolle (Pinquart, 2017) und Kritik (Berla et al., 2022).

Bestehen bereits psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, erweitert sich der Fokus auf die Bewältigung der Belastungssituation, und es wird bedeutsam, wie Familien mit

dieser Herausforderung umgehen (Walsh, 2016). Das Vorliegen psychischer Störungen geht nicht nur mit erhöhter kindlicher Belastung einher (Hölling et al., 2014), sondern kann gemäß dem systemischen Ansatz (Cox & Paley, 2003) ebenso als familiärer Stressor wirken (Hayes & Watson, 2013). Als Reaktion auf Stressoren und im Sinne familiärer Resilienz streben Familien grundsätzlich nach Aufrechterhaltung grundlegender familiärer Funktionen und reagieren adaptiv auf Stressoren sowie Herausforderungen (Walsh, 2016). Dies gewinnt im Rahmen kindlicher psychischer Störungen an Bedeutung, um einer Verschlechterung der Symptomatik durch familiäre Belastung entgegenzuwirken und bestenfalls eine Besserung kindlicher Gesundheitsverläufe zu erzielen.

Familie spielt im Kontext kindlicher psychischer Störungen auch deshalb eine bedeutende Rolle, da Belastungssituationen wie psychische Störungen eine erhöhte interpersonelle Regulation durch die Eltern erfordern (Morris et al., 2017). Unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Störung wenden Kinder und Jugendliche sich zur Unterstützung bei Stresserfahrungen häufig verbal oder nicht-verbal an ihre Eltern, wodurch der kindliche Stress auch die Eltern betrifft (Lippold et al., 2024). Die elterliche Ko-Regulation ist entwicklungsangemessen und -unterstützend, da Kinder so zunehmend eigene Strategien zur Selbstregulation erlernen (D. W. Murray et al., 2019). Neben dem grundlegenden Bedarf an elterlicher Ko-Regulation kommt hinzu, dass psychische Störungen oft mit eingeschränkten Fähigkeiten zur Emotionsregulation einhergehen (Fernandez et al., 2016), was einen verstärkten Bedarf an emotionaler Unterstützung verdeutlicht. Demnach wird es für den kindlichen Störungsverlauf bedeutend, wie sich Eltern gegenüber den kindlichen Stressäußerungen verhalten, da unterschiedliches elterliches Verhalten verschiedene Auswirkungen bei Kindern und Jugendlichen erwarten lässt.

Elterlicher Umgang mit kindlichem Distress

Der elterliche Umgang mit kindlichen Stressäußerungen und dessen Auswirkungen wird im Rahmen von Forschung unter anderem im Konzept des *Emotionssozialisierungsverhaltens* gefasst (engl. Emotion Socialization Behaviors, ESBs; Breaux et al., 2022; Eisenberg et al., 1998). Emotionssozialisierungsverhalten beschreibt elterliche Reaktionen auf kindliche emotionale Äußerungen sowie emotionalen Distress und beinhaltet alltägliche Reaktionen auf kindliche Emotionen, elterliche Emotionsexpression wie auch Gespräche über Emotionen. Es umfasst emotionsspezifische Unterstützung von Kindern. Dabei wird zwischen unterstützenden und nicht-unterstützenden Verhaltensweisen unterschieden. Zu den unterstützenden Verhaltensweisen zählen beispielsweise das Validieren von Emotionen, Trösten, das Beibringen von Bewältigungsstrategien oder das Einordnen und Benennen von Emotionen. Als nicht-

unterstützende Verhaltensweisen gelten hingegen das Ignorieren sowie Abwerten kindlicher Emotionen, bestrafende oder invalidierende Reaktionen sowie reaktive, auf sich selbst fokussierende negative Emotionen der Eltern. Erfahren Kinder unterstützendes Emotionssozialisierungsverhalten durch ihre Eltern, lernen sie, ihre eigenen Emotionen besser zu regulieren, zu verstehen, auszudrücken sowie zu reflektieren. Wenden Eltern hingegen nicht-unterstützendes Emotionssozialisierungsverhalten an, lernen Kinder, Emotionen eher zu unterdrücken, entwickeln eine geringere soziale wie auch emotionale Kompetenz und sind anfälliger dafür, von starken Emotionen überwältigt zu werden (Breaux et al., 2022; Eisenberg et al., 1998).

Hinsichtlich der Wirkung von Emotionssozialisierungsverhalten zeigte sich, dass elterliche Sozialisation positiver Emotionen einen bedeutenden Schutzfaktor für die psychische Gesundheit von Jugendlichen darstellt (Breaux et al., 2022). Unterstützendes Emotionssozialisierungsverhalten ging dabei mit besserem kindlichem Emotionsverständnis einher (Fabes et al., 2002) und stand negativ mit aktuellen sowie zukünftigen externalisierenden Verhaltensproblemen von Kindern in Zusammenhang (A. M. Johnson et al., 2017). Unterstützende elterliche Emotionssozialisation war außerdem negativ mit kindlicher Ängstlichkeit und Depression assoziiert (Brumariu et al., 2025). Nicht-unterstützendes Emotionssozialisierungsverhalten hingegen ist eng mit psychopathologischen Entwicklungen verknüpft. So ging nicht-unterstützendes Emotionssozialisierungsverhalten, wie zum Beispiel elterlicher Stress als Reaktion auf negative kindliche Emotionen, mit einem geringeren kindlichen Emotionsverständnis einher (Fabes et al., 2002). Außerdem korrelierte mütterliches nicht-unterstützendes Verhalten als Reaktion auf negative kindliche Emotionen mit geringerer kindlicher Emotionsregulation (Shaffer et al., 2012) und mit kindlichem chronisch-antisozialem Verhalten (Pasalich et al., 2014). Ähnlich dazu sagte elterliches nicht-unterstützendes Emotionssozialisierungsverhalten externalisierende Verhaltensprobleme bei Kindern vorher (A. M. Johnson et al., 2017). Auch bei internalisierender Symptomatik, wie Ängstlichkeit oder Depression, lag ein moderater Zusammenhang mit nicht-unterstützender elterlicher Emotionssozialisation vor (Brumariu et al., 2025).

Somit kann festgehalten werden, dass unterstützende emotionsbezogene elterliche Verhaltensweisen in einem nicht-klinischen, entwicklungsbezogenen Kontext positive Auswirkungen auf kindliche Emotionsregulation und Gesundheit haben können. Nicht-unterstützende emotionsbezogene elterliche Verhaltensweisen zeigen dagegen negative Konsequenzen für Kinder hinsichtlich Emotionsregulation und Gesundheit, was mit einem höheren Risiko für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen einhergeht.

Für alltägliche Familieninteraktionen kann dies bedeuten, dass Kinder, die unterstützende emotionsbezogene elterliche Verhaltensweisen erfahren haben, auch in schwierigen familiären Situationen ihre Emotionen wahrnehmen, einordnen, gezielt regulieren und äußern können. Dadurch können Bezugspersonen adäquat auf das Kind reagieren. Haben Kinder allerdings nicht-unterstützende emotionsbezogene elterliche Verhaltensweisen erfahren, können diese ihre Emotionen in schwierigen familiären Situationen womöglich nicht entsprechend wahrnehmen oder einordnen und unterdrücken sie. Dies führt unter Umständen zu späteren Gefühlsausbrüchen oder Rückzug, kindlicher Dysregulation und potenziell erneuten nicht-unterstützenden elterlichen Reaktionen. Solche nicht-unterstützenden elterlichen Reaktionen resultieren möglicherweise aus Defiziten in den elterlichen Kompetenzen zur Emotionsregulation (Bariola et al., 2011), wodurch der beschriebene zyklische Prozess aufrechterhalten wird.

Bei Kindern mit bereits bestehenden psychischen Störungen schildern Eltern häufig Verhalten, das zwar als unterstützend intendiert ist, aber in der Vermeidung von kindlichem Distress resultiert, was für den kindlichen Gesundheitsverlauf langfristig kontraproduktiv ist (Kagan et al., 2018; Lebowitz et al., 2013). Beispielsweise berichteten Eltern von Jugendlichen mit Depressionen von übermäßiger Fürsorge und Betreuung, dem Meiden von Auseinandersetzungen, extremer Vorsicht im Umgang sowie Nachsichtigkeit hinsichtlich der Einhaltung von Regeln (Stapley et al., 2016). Bei Eltern von Kindern mit Angststörungen war eine elterliche bzw. familiäre Akkommodation an die kindliche Symptomatik zu beobachten (Lebowitz et al., 2013). Akkommodation beschreibt das Phänomen, dass Eltern ihren Alltag aufgrund der kindlichen Symptomatik anpassen, was zwar kurzfristig entlastet, aber die Symptomatik langfristig verstärken kann (Kagan et al., 2018). Besonders nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung erscheint es problematisch, wenn Unterstützung in der aktiven Stressbewältigung ausbleibt und sich die Symptome verfestigen. Demzufolge bedarf es zur Bewältigung von kindlichem Distress in poststationärem Kontext aktiver, interpersoneller Strategien, die über das Konzept des Emotionssozialisierungsverhaltens hinausgehen, um dem systemischen Aspekt kindlicher psychischer Störungen (Cox & Paley, 2003) Rechnung zu tragen.

Interpersonelle Bewältigung in Form dyadischen Copings

Eine Form, wie gemeinsame Stressbewältigung sowie Reaktionen auf Stressäußerungen des Gegenübers konzeptualisiert werden können, nennt sich *dyadisches Coping* (Bodenmann, 1995). Entstanden aus der Forschung zu Stressbewältigung, legt dyadisches Coping den Fokus auf interpersonelle statt auf individuelle Bewältigung (Bodenmann et al., 2019). Konkret

umfasst dyadisches Coping das Einschätzen sowie Kommunizieren von Anforderungen, gemeinsames Planen von Stressbewältigung wie auch unterstützendes und gemeinsames Bewältigen von Stressoren (Bodenmann et al., 2019). Dyadisches Coping geht über den emotionalen Aspekt hinaus und beschreibt Unterstützung allgemein. Aufbauend auf der Auffassung von Familie als System greift das systemisch-transaktionale Modell (STM) diese Perspektive auf und ordnet dyadisches Coping darin ein (Bodenmann, 1995). Unter anderem nimmt das Modell an, dass innerhalb einer Dyade eine wechselseitige Abhängigkeit besteht. Dementsprechend betrifft der Stress der einen Person auch das Gegenüber, wobei von einem Spillover (Überschwappen) des Stresses gesprochen werden kann (Randall & Bodenmann, 2009). Es handelt sich dabei also um einen interaktionalen Prozess, in welchem das Bewältigungsverhalten der einen Person das Bewältigungsverhalten der anderen Person beeinflusst (Nap-van der Vlist et al., 2021).

Äußern Partner*innen Stress verbal oder nicht-verbal, kann das Gegenüber auf positive oder negative Weise darauf reagieren (Bodenmann et al., 2016). Konkret wird dabei zwischen *positivem dyadischem Coping* und *negativem dyadischem Coping* unterschieden, was ähnlich dem Emotionssozialisierungsverhalten als unterstützendes oder nicht-unterstützendes Verhalten interpretiert werden kann. Die positiven Formen des dyadischen Copings umfassen *supportives*, *delegiertes* und *gemeinsames* dyadisches Coping. Dabei meint die erste Form die gezielte Unterstützung der gestressten Person, welche emotions- oder problembezogen erfolgen kann. Die zweite Form beschreibt das Übernehmen von Aufgaben der gestressten Person und die letztgenannte Form die gemeinsame Stressbewältigung beider Partner*innen. Zu den negativen Formen zählen hingegen *feindseliges*, *ambivalentes* wie auch *oberflächliches* dyadisches Coping. Erstere Form des negativen dyadischen Copings umfasst eine kritisierende, nicht ernst nehmende und abwertende Reaktion auf unterstützungssuchende Partner*innen, während die zweitere zwar unterstützendes Verhalten meint, aber auf zögerliche sowie unmotivierte Weise. Schließlich bezieht sich letztere Form auf unmotivierte, unauthentische, nicht empathische Hilfestellungen als Antwort auf Stressäußerungen von Partner*innen. Während positives dyadisches Coping darauf abzielt, Stresssituationen konstruktiv und adaptiv zu bewältigen, ist negatives dyadisches Coping durch den Ausdruck von Negativität als Bewältigungsstrategie gekennzeichnet. Negatives dyadisches Coping tritt zunehmend dann auf, wenn unterstützende Partner*innen selbst gestresst sind, wenig motiviert und nicht in der Lage zur Unterstützung sind. Gründe dafür können eine verminderte Beziehungsbindung, eingeschränkte emotionale Ressourcen, negative Zuschreibungen gegenüber Partner*innen, schwierige Persönlichkeitsmerkmale oder eine schlechte Grundstimmung sein. Wenn

Unterstützung weniger auf Freiwilligkeit und mehr auf Pflichtgefühl oder Zwang erfolgt, zeigt sich ebenfalls zunehmend negatives dyadisches Coping. Der Einsatz negativen dyadischen Copings kann oftmals als Zeichen der Erschöpfung des unterstützenden Parts interpretiert werden, aufgrund eines nicht ausgewogenen Verhältnisses von Geben und Nehmen zwischen Partner*innen (Bodenmann et al., 2016). Während negatives dyadisches Coping den Stress des Gegenübers steigern kann, kann positives dyadisches Coping die negativen Folgen von Stress abschwächen (Falconier & Kuhn, 2019). Wird auf die Stressäußerung von Partner*innen beispielsweise mit emotionaler Unterstützung (supportives dyadisches Coping) reagiert, kann dies eine Stresssituation in ein anderes Licht rücken und den Stress mindern. Folgt auf eine Stressäußerung jedoch Kritik, kann dies zusätzlichen Stress bedeuten und das Stresserleben der hilfesuchenden Person anheben.

In bisheriger Forschung zeigen sich Vorteile positiven dyadischen Copings für Paare (Bodenmann et al., 2019). Im Besonderen trifft dies auf Partner*innen mit psychischer oder körperlicher Erkrankung zu (Bodenmann et al., 2019; Falconier & Kuhn, 2019). Unter den genannten Vorteilen finden sich einerseits eine erhöhte Beziehungszufriedenheit (Falconier et al., 2015) wie auch eine gesteigerte Funktionalität in der Beziehung (z. B. gegenseitiges Unterstützen, gemeinsame Stressbewältigung; Traa et al., 2015). Andererseits steht dyadisches Coping mit besserem Wohlbefinden beider Partner*innen (Falconier & Kuhn, 2019) sowie besserer mentaler Gesundheit bei Personen mit psychischer Erkrankung in Zusammenhang (Landolt et al., 2023). Außerdem wird von einer schnelleren Erholung nach Stressphasen (Meuwly et al., 2012) wie auch besserer körperlicher Gesundheit berichtet (M. D. Johnson et al., 2013). Negatives dyadisches Coping hingegen korreliert mit nachteiligen Resultaten für Paare. Beispielsweise stand negatives dyadisches Coping in Zusammenhang mit geringerem Funktionsniveau auf partnerschaftlicher sowie individueller Ebene (Falconier & Kuhn, 2019). Dazu gehören geringere Lebensqualität (M. D. Johnson et al., 2013), verminderte Beziehungszufriedenheit (Falconier et al., 2015) und gesteigerte depressive Symptomatik (Rottmann et al., 2015).

Dyadisches Coping als Konzept der interpersonellen Bewältigung spielt neben romantischen Partnerschaften auch in anderen Beziehungskonstellationen eine wichtige Rolle. Hierzu zählt die Eltern-Kind-Dyade, in der ebenfalls Stressoren auftreten, die eine bestenfalls gemeinsame Bewältigung erfordern (Nap-van der Vlist et al., 2021), nicht zuletzt psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Hölling et al., 2014). Da Kinder grundlegend auf die Unterstützung ihrer Bezugspersonen angewiesen sind (Bowlby, 1969), nimmt die interpersonelle Bewältigung im Eltern-Kind-Kontext eine bedeutende Rolle ein.

Dyadisches Coping in der Eltern-Kind-Dyade

Analog zum dyadischen Coping zwischen Paaren beschreibt *Eltern-Kind-dyadisches Coping* (EKDC), wie interpersonelle Stressbewältigung zwischen Eltern und Kindern geschieht (Lippold et al., 2024; Nap-van der Vlist et al., 2021). Dabei können beide Parteien die Unterstützung oder die Bewältigungsressourcen der jeweils anderen Person besonders dann gut nutzen, wenn sie selbst nur über eingeschränkte Ressourcen verfügen (Lippold et al., 2024). Meistens wenden sich allerdings Kinder an ihre Eltern, um Stress zu bewältigen, insbesondere bei eingeschränkten Bewältigungsressourcen (Nap-van der Vlist et al., 2021). Der von Kindern erlebte Stress kann infolgedessen, wie beschrieben, auf die Eltern überschwappen, wodurch eine adaptive, gemeinsame Stressbewältigung bedeutsam wird (Nap-van der Vlist et al., 2021).

In Anlehnung an positives und negatives dyadisches Coping in der partnerschaftlichen Dyade (Bodenmann et al., 2016) lassen sich die verschiedenen Formen des dyadischen Copings auch in der Eltern-Kind-Dyade beschreiben (Lippold et al., 2024). Supportives dyadisches Coping zeigt sich hierbei etwa in elterlicher Empathie oder in der elterlichen Unterstützung beim Aufbau kindlicher Kompetenzen zur Stressbewältigung, während delegiertes dyadisches Coping die Übernahme konkreter Aufgaben durch die Eltern umfasst. Wird ein Stressor als Familienproblem betrachtet und die Eltern bewältigen diesen zusammen mit dem Kind, zählt dies zu gemeinsamem dyadischem Coping. Demgegenüber äußert sich negatives dyadisches Coping durch das Minimieren, Bagatellisieren oder Ignorieren kindlicher Stressäußerungen (Lippold et al., 2024).

EKDC ist erst seit Kurzem in den Fokus der Forschung gerückt, weswegen bis dato nur wenige Studien dazu verfügbar sind (siehe z. B. Lippold et al., 2024; Nap-van der Vlist et al., 2021; van der Wal et al., 2024). Es wurden jedoch bereits Messinstrumente zur Erhebung von EKDC entwickelt, darunter das Parent-Youth Dyadic Coping Inventory (PY-DCI; Bodenmann, 2008). Der Fragebogen stellt eine auf den Eltern-Kind-Kontext adaptierte Kurzform des Messinstruments für dyadisches Coping in Partnerschaften dar (Dyadic Coping Inventory; Bodenmann, 2008). Das PY-DCI wurde entwickelt und eingesetzt, um zu erheben, in welchem Ausmaß Eltern ihre Kinder in Form von dyadischem Coping bei der Stressbewältigung unterstützen (Lippold et al., 2024). Allerdings stehen eine Validierung des PY-DCI sowie die Erforschung der Bedeutung von EKDC in einer klinischen Population zum aktuellen Zeitpunkt noch aus. Aufgrund der bisher spärlichen Literatur zu EKDC stellt sich die Frage, inwiefern die untersuchten Konstrukte (positives und negatives EKDC) im PY-DCI abgebildet werden und ob für EKDC ähnliche Zusammenhänge wie für dyadisches Coping in partnerschaftlichen

Beziehungen gezeigt werden können, zum Beispiel im Hinblick auf Wohlbefinden (Falconier & Kuhn, 2019) oder mentale Gesundheit (Landolt et al., 2023).

Erste nicht-klinische Studien zu EKDC stützen die Relevanz einer solchen Konzeption von Bewältigung in der Eltern-Kind-Dyade und lassen vermuten, dass EKDC ähnliche Auswirkungen hat wie dyadisches Coping in partnerschaftlichen Beziehungen (Lippold et al., 2024). So berichteten junge Erwachsene über weniger Angst- und depressive Symptome sowie ein höheres psychisches Wohlbefinden, wenn ihre Eltern problem- oder emotionsfokussiertes supportives dyadisches Coping anwendeten (Lippold et al., 2024). Generell standen auch die Strategien des gemeinsamen sowie delegierten EKDC in Zusammenhang mit besserer Gesundheit der jungen Erwachsenen, wobei sich für supportives EKDC die stärksten Effekte zeigten. Gleichzeitig stellte sich der gegenteilige Effekt bei negativem elterlichem dyadischem Coping heraus. Bei Kindern mit chronischer körperlicher Erkrankung ging emotionsfokussiertes EKDC mit gesteigerter Lebensqualität und negatives EKDC mit verringerter Lebensqualität einher (Nap-van der Vlist et al., 2021). Ebenfalls konnte eine Assoziation zwischen mehr Stresskommunikation der erkrankten Kinder gegenüber ihren Eltern und gesünderem Bewältigungsverhalten sowohl der Kinder als auch ihrer Eltern gezeigt werden (van der Wal et al., 2024). Dabei schilderten Kinder mehr Stressäußerungen als ihre Eltern und nahmen mehr supportives EKDC sowie weniger negatives EKDC ihrer Eltern wahr als umgekehrt. Kommunizierten Eltern hingegen mehr Stress, nahmen diese verstärkt negatives EKDC bei ihren Kindern wahr. Letzteres lässt vermuten, dass EKDC einseitiger zu verstehen ist als dyadisches Coping in einer romantischen Partnerschaft und Kinder eher von Unterstützung ihrer Eltern profitieren als umgekehrt.

Wie bereits aus diesen Ergebnissen erkennbar ist, lässt sich nicht unmittelbar aus der Paarforschung ableiten, wie dyadisches Coping im Eltern-Kind-Kontext funktioniert, da sich Beziehungsformen in grundlegenden Merkmalen voneinander unterscheiden (Hartup, 1989). Zunächst liegt der Eltern-Kind-Beziehung inhärent eine hierarchische Struktur zugrunde (Fish, 2000; Lippold et al., 2024). Das kommt in einem höheren Maß an Autorität sowie Verantwortung der Eltern zum Ausdruck (Nap-van der Vlist et al., 2021). Die Eltern-Kind-Beziehung beruht also weniger auf Gleichwertigkeit (Nap-van der Vlist et al., 2021) als in romantischen Partnerschaften, wo Gleichstellung als Grundlage für eine gesunde Gestaltung der Beziehung gilt und Machtgefälle ungünstige Auswirkungen nach sich ziehen können (Galliher et al., 1999). Zudem unterscheiden sich die genannten Beziehungsformen hinsichtlich aufkommender relevanter Themen, wie beispielsweise Pubertät (Rogol et al., 2002), zunehmenden Autonomiestrebens von Jugendlichen (Van Petegem et al., 2013), Sexualität oder

finanzieller Selbstständigkeit (Meyer & Sledge, 2022). An Eltern werden außerdem andere Erwartungen gestellt, zum Beispiel hinsichtlich Erziehung und Fürsorge (Larsson et al., 2015), als an Partner*innen. Konkret besteht eine gesellschaftliche Erwartung an Eltern, auf kindliche Stressäußerungen adäquat zu reagieren und eine unterstützende Rolle einzunehmen, was umgekehrt für Kinder nicht gilt (van der Wal et al., 2024). Diesbezüglich zeigte sich sogar, dass zu viele Stressäußerungen der Eltern gegenüber ihren Kindern eine Parentifizierung (Kinder übernehmen emotionale und instrumentelle, den Eltern zugeschriebene Rollen) der Kinder zur Folge haben können und die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig belasten (Hooper et al., 2011). Vielmehr ist es die Aufgabe von Eltern, die Autonomie und Kompetenz ihrer Kinder zu fördern, eine stabile Bindungsperson darzustellen und Sicherheit zu bieten (Nap-van der Vlist et al., 2021). Diese Einseitigkeit des EKDC wird ebenfalls durch die Konstruktionsweise des PY-DCI gestützt, welches sich in seiner aktuellen Fassung ausschließlich an Eltern und deren Einsatz von dyadischen Coping-Strategien gegenüber dem Kind richtet (Lippold et al., 2024).

Diese elterliche Verantwortung und somit EKDC gewinnen vor dem Hintergrund psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter an Bedeutsamkeit. Ein vermindertes kindliches Funktionsniveau (z. B. Dickson et al., 2024; Finsaas et al., 2020) wie auch Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (Fernandez et al., 2016) deuten auf einen erhöhten Bedarf an allgemeiner und emotionaler elterlicher Unterstützung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen hin. In diesem Zusammenhang stellt die Zeit nach einer Behandlung im stationär-psychiatrischen Setting eine besondere Herausforderung dar. Ein Klinikaufenthalt ist meist von therapeutischen Fortschritten und klarer Struktur geprägt, wodurch Beteiligte die Transition in den familiären Alltag häufig als Belastung erleben (Swart et al., 2023). Infolgedessen gilt es, die erzielten Fortschritte aufrechtzuerhalten und alltägliche Stressoren zu bewältigen. Wie vulnerabel diese Population ist, zeigen auch die hohe Wiederaufnahmerate von 13.2% (Edgcomb et al., 2020) sowie ein erhöhtes Suizidrisiko nach der Entlassung (Chung et al., 2017). Besonders im poststationären Kontext erscheint es also essenziell, betroffene Kinder und Jugendliche in der Entwicklung eigener Bewältigungskompetenzen und emotionaler sowie alltäglicher Problemlösung zu unterstützen. Insgesamt können Eltern mithilfe von EKDC potenziell den Übergang in das häusliche Umfeld erleichtern und dabei helfen, die im stationär-psychiatrischen Setting erlernten Strukturen aufrechtzuerhalten, wodurch Rückfällen vorgebeugt werden kann.

Konkludierend kann EKDC als neueres Konstrukt betrachtet werden, welches im Unterschied zu elterlichem Emotionssozialisierungsverhalten Unterstützung allgemein als Reaktion auf Distress statt emotionsspezifisch untersucht. Vergleichbar zwischen EKDC und

Emotionssozialisierungsverhalten ist die Unterteilung in unterstützendes und nicht-unterstützendes Verhalten. Auf Basis dieser Konzeptualisierung kann angenommen werden, dass elterliches positives dyadisches Coping Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in ihrer Stressbewältigung unterstützt und sie entlastet, was eine Besserung der Symptomatik sowie einen erleichterten Übergang vom klinischen in das häusliche Umfeld vermuten lässt. Diese Annahmen werden durch Befunde bestärkt, die nahelegen, dass dyadische Bewältigungsstrategien die Lösungsfindung, erlebte Bewältigbarkeit und Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien unterstützen können (Power, 2004). Infolgedessen haben belastende Ereignisse weniger Einfluss auf die psychische Gesundheit (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2016). Demgegenüber lässt sich für elterliches negatives dyadisches Coping erwarten, dass Kinder weniger Unterstützung in der Stressbewältigung erfahren, sich eher alleingelassen fühlen und sich hinsichtlich Problemlösung oder Bewältigungsstrategien weniger entwickeln. In der Folge bleibt eine Besserung der Symptomatik aus und der Übergang in das häusliche Umfeld erfolgt erschwert. Besonders im Umgang mit fortbestehenden Schwierigkeiten, wie psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, trägt EKDC womöglich dazu bei, ob und wie sich kindliche Gesundheit stabilisiert. Speziell nach einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt, einer Phase gekennzeichnet durch Herausforderungen, wirkt EKDC hinsichtlich einer langfristigen Besserung vielversprechend.

Differenzielle Zusammenhänge von EKDC nach Symptomatik

Unterstützende oder nicht-unterstützende elterliche Verhaltensweisen sowie EKDC treten als Reaktion auf kindliche Äußerungen auf, sind also unter anderem von diesen abhängig. Damit manifestieren sie sich potenziell je nach Art des kindlichen Distressverhaltens unterschiedlich. Im Kontext psychischer Störungen können emotionale, soziale und Verhaltensprobleme in externalisierende und internalisierende Probleme unterteilt werden (Achenbach et al., 2016). *Externalisierende Symptome* kennzeichnen sich dadurch, dass betroffene Individuen problematische Verhaltensweisen nach außen tragen, was Nichtbeachtung von Regeln, Straffälligkeit, Aggressivität, Hyperaktivität, Dissozialität oder Impulsivität umfassen kann (Schön & Daseking, 2024). *Internalisierende Symptome* hingegen sind von außen oft weniger erkennbar, richten sich nach innen und beinhalten beispielsweise Antriebslosigkeit, sozialen Rückzug, Gefühle von Trauer oder Angst und körperliche Beschwerden wie Müdigkeit oder Schmerzen (Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation, o. D.). Beispiele für vordergründig externalisierende Störungen sind Impulskontrollstörungen, Verhaltensstörungen oder Substanzkonsumstörungen, während

Angststörungen, Depressionen oder somatische Störungen beispielsweise primär internalisierende Störungen darstellen (American Psychiatric Association, 2013).

Eltern-Kind-Interaktion zeigt sich sowohl für externalisierende als auch für internalisierende Verhaltensweisen als bedeutsam. Bisherige Forschung zu externalisierender Symptomatik verdeutlicht, dass Kleinkinder mit Risiko für spätere Verhaltensprobleme von ihren Eltern als schwer zu kontrollieren sowie schwierig im Verhalten wahrgenommen wurden (Olson et al., 2000). Die Beziehungen der Kinder zu ihren Eltern waren von wenig Wärme oder emotionaler Freude geprägt, und die Eltern nahmen wenig emotionale Reaktionen ihrer Kinder wahr. Letzteres konnte spätere externalisierende Verhaltensweisen vorhersagen. Des Weiteren zeigte sich, dass Defizite im frühkindlichen elterlichen Umfeld einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung von Verhaltensproblemen bei Kindern hatten (Shaw et al., 2001) und eine geringere Qualität der Eltern-Kind-Interaktion kindliche externalisierende Probleme vorhersagte (Dubois-Comtois et al., 2013). In ähnlicher Weise ging nicht-unterstützendes mütterliches Emotionssozialisierungsverhalten mit chronisch-antisozialem Verhalten bei Kindern einher (Pasalich et al., 2014) und höhere Werte in mütterlicher Wärme sagten weniger externalisierende Symptome bei Jugendlichen vorher (Skinner et al., 2022). Elterliches Emotionssozialisierungsverhalten stand insgesamt in engem Zusammenhang mit kindlichen externalisierenden Verhaltensproblemen (A. M. Johnson et al., 2017). Bezüglich internalisierender Symptome zeigten sich Assoziationen mit strikter Kontrolle und autoritärer sowie vernachlässigender Erziehung (Pinquart, 2017). Außerdem stand elterliche Kontrolle stark mit kindlicher Ängstlichkeit in Verbindung (McLeod, Wood et al., 2007), während elterliche Ablehnung wie auch elterliche Feindseligkeit stark mit kindlicher depressiver Symptomatik in Verbindung standen (McLeod, Weisz et al., 2007). Geringe negative Zusammenhänge mit internalisierenden Symptomen zeigten sich bei elterlicher Wärme, Verhaltenskontrolle, Autonomiegewährung und autoritativer Erziehung (Pinquart, 2017). Bei direktem Vergleich von internalisierender und externalisierender Symptomatik wurden Zusammenhänge mit elterlicher Wärme und Unterstützung insbesondere mit externalisierenden Symptomen gefunden (Schütte et al., 2023). Spezifisch sagten nur externalisierende Symptome weniger elterliche Wärme und Unterstützung vorher, während umgekehrt mehr elterliche Wärme und Unterstützung sowohl weniger externalisierende als auch weniger internalisierende Symptome vorhersagten.

Weitere Befunde legen einen stärkeren Zusammenhang elterlichen Verhaltens mit externalisierenden im Vergleich zu internalisierenden kindlichen Symptomen nahe. Beispielsweise konnte eine weniger akzeptierende Haltung der Eltern gegenüber Emotionen

von Kindern mit externalisierendem Verhalten gefunden werden (Pasalich et al., 2014). Diese Beobachtung konnte insbesondere bei Müttern gemacht werden, bei denen geringere Akzeptanz mit einer stärkeren Abwertung des kindlichen Erlebens und Emotionsausdrucks auftrat (Pasalich et al., 2014). Zusätzlich wird besonders bei Kindern mit chronischem antisozialem Verhalten, also einer Form externalisierender Verhaltensprobleme, eine Gleichgültigkeit gegenüber den Emotionen anderer und vermindertes emotionales Arousal (Aktivierung) vermutet (Pasalich et al., 2014). Diese emotionale Insensitivität könnte wiederum elterliche Reaktionen auf das Kind negativ beeinflussen. Da internalisierende Symptome hingegen auf das Innere der belasteten Person gerichtet und von außen meist nicht erkennbar sind (Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation, o. D.), ist anzunehmen, dass Eltern den erlebten Stress ihrer Kinder oft weniger wahrnehmen, sofern Kinder diesen nicht explizit mitteilen. Diesbezüglich berichteten Eltern von Jugendlichen mit Depressionen Schwierigkeiten, zu verstehen, was ihre Kinder fühlen bzw. erfahren (Stapley et al., 2016). Folglich tritt möglicherweise weniger Unterstützung in der Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierender Symptomatik auf.

Die Ausführungen zu externalisierenden Symptomen sprechen für einen reziproken Verstärkungsprozess insbesondere zwischen elterlichem Verhalten und kindlicher externalisierender Symptomatik. Einen zentralen Erklärungsansatz für solche dysfunktionalen familiären Interaktionen liefert die Koerzionstheorie (Patterson, 1984; Patterson et al., 1989). Diese postuliert einen wechselseitigen, sich selbst verstärkenden Prozess zwischen kindlichen oppositionellen Verhaltensweisen und negativen elterlichen Reaktionen, wie etwa Bestrafung. Durch negative Verstärkung kommt es zu einem Hochschaukeln der Dynamik zwischen Kindern und Eltern (Patterson, 1984; Patterson et al., 1989). Unter der Annahme, dass ein solcher sich selbst verstärkender Prozess besonders bei kindlicher externalisierender Symptomatik vorliegt, weniger aber bei kindlicher internalisierender Symptomatik, kann daraus abgeleitet werden, dass EKDC besonders mit externalisierender Symptomatik in Zusammenhang steht. Besonders nach einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt, einer kritischen Phase (Swart et al., 2023), erscheint es maßgeblich, die differenzielle Wirkung elterlichen Verhaltens zu verstehen, um die Reintegration in das alltägliche Leben zu erleichtern und Rückfällen vorbeugen zu können. Ein solches Verständnis setzt die Berücksichtigung des erweiterten Rahmens voraus, da Verhalten unter anderem vom Beziehungskontext abhängig ist, in dem es auftritt.

EKDC im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung

Die *Eltern-Kind-Beziehung* stellt eine elementare Variable für jegliche Eltern-Kind-Interaktion sowie einen bedeutenden Faktor für die Entstehung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen dar (Dubois-Comtois et al., 2013; Mathijssen et al., 1998; Olson et al., 2000; Xu & Ren, 2025). Bereits mit Begründung der Bindungstheorie wurde darauf aufgebaut, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung in frühen Jahren einen nachhaltigen Effekt auf die kindliche psychische Gesundheit und kindliches Anpassungsverhalten hat (Bowlby, 1969). Ebenso ist eine durch Wärme und Responsivität geprägte Eltern-Kind-Beziehung Grundlage einer erfolgreichen Ko-Regulation im Kindesalter (D. W. Murray et al., 2019). Auch darüber hinaus ist eine hohe Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ein Prädiktor für höheres Wohlbefinden bis ins Erwachsenenalter (Rothwell & Davoodi, 2024). Daneben hat die Eltern-Kind-Beziehung einen maßgeblichen Einfluss darauf, wie elterliche Verhaltensweisen auf Kinder wirken können (siehe z. B. Cyr et al., 2014; Sun et al., 2024; C. Zhang et al., 2025; Zhu et al., 2023). Die Auswirkungen elterlicher Verhaltensweisen sind also unter anderem von der Beziehungsqualität zum Kind abhängig. Beispielsweise war bei unsicher gebundenen Kindern ein höheres Maß an mütterlicher Kritik stärker mit kindlicher Aggression verbunden als bei sicher gebundenen Kindern (Cyr et al., 2014). In vergleichbarer Weise dämpften positive Eltern-Kind-Interaktionen die negativen Auswirkungen körperlicher Vernachlässigung auf das psychische Wohlbefinden von Kindern, sofern die Vernachlässigung nicht häufig auftrat (C. Zhang et al., 2025). Analog dazu wirkte väterliche Verhaltenskontrolle bei Jugendlichen stärker, wenn eine positive Vater-Kind-Beziehung vorlag, als bei mäßiger oder schlechter Vater-Kind-Beziehung (Zhu et al., 2023). Zusätzlich hatte mütterliche psychische Kontrolle bei energiegeladenen, impulsiven Kindern nur dann ein höheres kindliches Ausmaß an Aggression zur Folge, wenn eine geringe Eltern-Kind-Beziehungsqualität vorlag (Sun et al., 2024). Somit können sichere Bindung und eine positive Eltern-Kind-Beziehung als Puffer und protektiver Faktor interpretiert werden, um negative elterliche Verhaltensweisen zu mildern, während deren Wirkung in belasteten Beziehungen verstärkt ist (Cyr et al., 2014; Sun et al., 2024).

Ein ähnlicher Puffereffekt der Beziehungsqualität lässt sich auch für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen vermuten. So stand bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa eine unsichere Eltern-Kind-Beziehung in Zusammenhang mit einer verstärkten Wahrnehmung elterlicher Kritik sowie Feindseligkeit (Nalbant et al., 2020). Dies legt nahe, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung die Wahrnehmung elterlicher kritischer Verhaltensweisen moderiert. Gestützt wird diese Annahme durch den Befund, dass Kinder in sicheren Eltern-Kind-Beziehungen dazu neigen, elterliches Verhalten positiv einzustufen,

während Kinder in unsicheren Eltern-Kind-Beziehungen zu einer negativeren Bewertung elterlichen Verhaltens tendieren (Dykas & Cassidy, 2011). Dieser Unterschied in der Interpretation elterlichen Verhaltens lässt sich womöglich durch die Mentalisierungsfähigkeit erklären, also das Vermögen, Gefühle, Intentionen oder Wünsche bei sich wie auch anderen adäquat interpretieren und reflektieren zu können (Forbes et al., 2021). Da diese Fähigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen oftmals vermindert ist (z. B. Forbes et al., 2021; Sharp et al., 2011), sind sie potenziell vulnerabler für Missinterpretationen. Folglich könnte die Deutung elterlichen Verhaltens eine Ursache für den moderierenden Effekt der Eltern-Kind-Beziehung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen darstellen.

Neben kognitiven Prozessen gehen unterschiedliche Eltern-Kind-Beziehungen auch mit verschiedenen Merkmalen in der Eltern-Kind-Interaktion einher. Beispielsweise variiert das Ausmaß an emotionaler Verfügbarkeit je nach Eltern-Kind-Beziehung, wodurch sich zwischen Eltern und Kindern unterschiedliche Interaktionsmuster bilden (Biringen, 2000). Ebenso hängt der Grad des kindlichen Vertrauens in die Eltern eng mit der Beziehungsqualität zusammen (Corriveau et al., 2009). Gestützt wird dies durch die Annahme, dass eine positive Eltern-Kind-Beziehung den optimalen Rahmen für kindliches Vertrauen sowie gute Kommunikation bietet und infolgedessen positive elterliche Verhaltensweisen verstärkt (K. W. Murray et al., 2014). Somit könnten diese Unterschiede in elterlicher emotionaler Verfügbarkeit, kindlichem Vertrauen sowie Kommunikation weitere Ursachen darstellen, warum die Beziehungsqualität Einfluss auf die Wirkungsweise elterlichen Verhaltens auf das Kind hat.

EKDC ist als elterliches Verhalten innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung zu verstehen, welches je nach Beziehungsqualität stärkere oder schwächere Zusammenhänge mit kindlichen Problemen haben kann. Konkret ist zu erwarten, dass positives EKDC bei einer positiven Eltern-Kind-Beziehung im Vergleich zu einer negativen Eltern-Kind-Beziehung stärker wirkt und negatives EKDC abgemildert wird. Bei einer guten Eltern-Kind-Beziehung und somit hohem Vertrauen in die Eltern (Corriveau et al., 2009; K. W. Murray et al., 2014) können sich Kinder womöglich bei positivem EKDC mehr auf ihre Eltern sowie beispielsweise deren Lösungsversuche einlassen, während sie bei negativem EKDC weniger belastet sind, da grundsätzlich eine warme, liebevolle Beziehung vorliegt. Aufgrund der adaptiven kindlichen Attributionen von elterlichen Absichten bei positiver Eltern-Kind-Beziehung (Dykas & Cassidy, 2011) deuten Kinder positives EKDC vermutlich als grundsätzlich wohlwollend, während sie negatives EKDC eher situativ attribuieren und nicht auf die eigene Person beziehen. Liegt hingegen eine negative Eltern-Kind-Beziehung vor, fehlt fundamentales

Vertrauen (Corriveau et al., 2009; K. W. Murray et al., 2014). Folglich verlassen sich Kinder bei positivem EKDC möglicherweise weniger auf die Unterstützung ihrer Eltern oder deuten Lösungsversuche als unauthentisch bzw. übertrieben. Negatives EKDC wird aufgrund der fehlenden Beziehungsbasis wahrscheinlich nicht abgefangen, sondern internal attribuiert und auf die eigene Person bezogen. Wie sich die Rolle von EKDC je nach Eltern-Kind-Beziehung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen letztendlich gestaltet, ist allerdings noch offen.

Zielsetzung der Studie

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen kehren nach einer stationären Behandlung größtenteils in ihr familiäres Umfeld zurück (Simmons et al., 2023), wodurch sich die Frage stellt, wie sich familiäre Interaktionen in diesem Genesungskontext auf längere Sicht auswirken. Kindliche Gesundheit ist unter anderem davon abhängig, welche unterstützenden oder nicht-unterstützenden Verhaltensweisen Eltern einsetzen (z. B. Breaux et al., 2022; A. M. Johnson et al., 2017; Shaffer et al., 2012). Deren Relevanz wird insbesondere im Umgang mit fortbestehenden kindlichen psychischen Problemen nach einer stationären Behandlung bedeutsam. Diesbezüglich ist EKDC ein vielversprechendes Konstrukt, bislang aber nur wenig und kaum klinisch beforscht. Insbesondere die Untersuchung von EKDC in längsschnittlichem Studiendesign ist noch offen, was Schlüsse auf die Wirkrichtung von EKDC zuließe (Lippold et al., 2024). Diese Arbeit widmet sich daher dem Konstrukt des EKDC und seiner Bedeutung für kindliche psychische Gesundheitsverläufe nach stationär-psychiatrischem Aufenthalt in einem längsschnittlichen Studiendesign.

Die Untersuchung von EKDC fußt auf einem bisher nicht validierten Messinstrument, das im Rahmen dieser Arbeit dahingehend geprüft werden soll, ob es die zugrundeliegenden Konstrukte positives EKDC und negatives EKDC adäquat abbildet. Die bestehende Literatur zu EKDC zeigt, dass eine höhere Lebensqualität, weniger internalisierende Symptome, ein höheres psychisches Wohlbefinden sowie gesünderes Bewältigungsverhalten der Kinder in Zusammenhang mit positivem EKDC stehen (Lippold et al., 2024; Nap-van der Vlist et al., 2021; van der Wal et al., 2024). Dyadisches Coping in romantischen Partnerschaften geht ebenso mit positiven Resultaten für die gestresste Person einher (Falconier et al., 2015; Falconier & Kuhn, 2019; Landolt et al., 2023; Traa et al., 2015). Hinsichtlich kindlicher Symptomatik gibt es Hinweise, dass elterliche Verhaltensweisen besonders stark mit externalisierenden kindlichen Symptomen zusammenhängen (Olson et al., 2000; Schütte et al., 2023). Ob EKDC anders je nach kindlicher Symptomatik wirkt, ist jedoch noch unklar. Deshalb soll ein direkter Vergleich angestellt werden, inwiefern EKDC kindliche externalisierende und

internalisierende Symptome unterschiedlich vorhersagt. Zuletzt zeigt der aktuelle Forschungsstand, dass die Eltern-Kind-Beziehung eine moderierende Rolle darin spielt, wie elterliche Verhaltensweisen auf Kinder wirken können (z. B. Cyr et al., 2014; C. Zhang et al., 2025; Zhu et al., 2023). Ein solcher Moderationseffekt wurde im Rahmen von EKDC bislang nicht untersucht, lässt sich allerdings vermuten.

Die aus den genannten Forschungslücken und Erkenntnisinteressen resultierenden Fragestellungen werden im folgenden Abschnitt inklusive dazugehöriger Hypothesen dargestellt.

Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellung 1

Lässt sich die konzeptuelle Struktur des Parent-Youth Dyadic Coping Inventory (PY-DCI) empirisch abbilden?

H1: Die Kurzversion des PY-DCI weist eine zweidimensionale Faktorstruktur auf, die durch die Faktoren positives EKDC und negatives EKDC beschrieben wird.

Fragestellung 2

Hängt EKDC mit kindlicher psychischer Gesundheit zusammen?

H2.1: Positives EKDC sagt weniger externalisierende Symptome zum nächsten Zeitpunkt vorher.

H2.2: Negatives EKDC sagt mehr externalisierende Symptome zum nächsten Zeitpunkt vorher.

H2.3: Positives EKDC sagt weniger internalisierende Symptome zum nächsten Zeitpunkt vorher.

H2.4: Negatives EKDC sagt mehr internalisierende Symptome zum nächsten Zeitpunkt vorher.

Fragestellung 3

Wie ist der relative Beitrag von positivem vs. negativem EKDC zur kindlichen psychischen Gesundheit?

H3.1: Es besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen positivem EKDC und externalisierenden Symptomen als zwischen positivem EKDC und internalisierenden Symptomen.

H3.2: Es besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen negativem EKDC und externalisierenden Symptomen als zwischen negativem EKDC und internalisierenden Symptomen.

Fragestellung 4

Welche Rolle spielt die Eltern-Kind-Beziehung für EKDC?

H4.1: Der Zusammenhang zwischen EKDC und externalisierenden Symptomen unterscheidet sich bei einer positiven Eltern-Kind-Beziehung von dem bei einer negativen Eltern-Kind-Beziehung.

H4.2: Der Zusammenhang zwischen EKDC und internalisierenden Symptomen unterscheidet sich bei einer positiven Eltern-Kind-Beziehung von dem bei einer negativen Eltern-Kind-Beziehung.

Methodik

Die Datenerhebung zu dieser Untersuchung fand im Rahmen der ReCoVer-Studie statt, welche seit Juni 2025 am Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie der Universität Wien durchgeführt wird (Friedrich & Zemp, 2025). Die Ethikkommission der Universität Wien hat die Studie geprüft und im Februar 2025 bewilligt (Bearbeitungsnummer 01291). Die Daten werden anonymisiert und passwortgesichert auf verschlüsselten Servern der Universität Wien gespeichert, zu denen nur autorisierte Personen Zugang haben.

Stichprobe

In der ReCoVer-Studie wurde eine Gesamtstichprobengröße von $N = 70$ Studienteilnehmer*innen angestrebt (Friedrich & Zemp, 2025). Die Zielpopulation dieser Studie waren primäre Bezugspersonen, also Eltern oder Erziehungsberechtigte, von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 21 Jahren. Die Kinder und Jugendlichen sollten innerhalb des letzten Monats eine stationär-psychiatrische Behandlung von mindestens 24 Stunden in Österreich, Deutschland oder der Schweiz erhalten haben. Eingeschlossen wurden Bezugspersonen ab einem Alter von 18 Jahren, die nach der Entlassung mit dem Kind in einem gemeinsamen Haushalt lebten. Ausgeschlossen wurden Personen, die wegen unzureichender Deutschkenntnisse oder intellektueller Beeinträchtigung Fragen nicht adäquat beantworten konnten, oder bei denen eine andere Bezugsperson desselben Kindes bereits teilgenommen hatte. Ein- und Ausschlusskriterien wurden zu Beginn per Selbstbericht geprüft.

Bis zum 7. April 2026 nahmen insgesamt 35 Personen an der Studie teil, von denen eine Person für die vorliegende Arbeit aufgrund fehlender Daten zum PY-DCI ausgeschlossen werden musste. Somit resultierte eine elterliche Gesamtstichprobe von $N = 34$ Teilnehmer*innen. Die Altersspanne der Eltern lag dabei zwischen 27 und 62 Jahren ($M = 41.50$; $SD = 7.53$) und es befanden sich fünf männliche (14.7%) sowie 29 weibliche (85.3%) Teilnehmende in der Elternstichprobe. Kein Elternteil identifizierte sich hinsichtlich des Geschlechts als divers. Die Mehrheit der Proband*innen lebte in Deutschland ($n = 26$;

76.5%), gefolgt von Österreich (n = 6; 17.6%) und der Schweiz (n = 2; 5.9%). Als höchsten Schulabschluss nannten 15 Teilnehmer*innen (44.1%) eine höhere Schule mit Matura oder eine Universität bzw. Fachhochschule. Alle gaben an, mindestens einen Schulabschluss zu haben. Bezüglich finanzieller Belastung berichtete die Hälfte der Befragten (n = 17; 50%), für sie sei es etwas oder sehr schwierig, die monatlichen laufenden Kosten zu decken.

Hinsichtlich der Kinderzahl lag die Spanne bei ein bis fünf Kindern (M = 2.21; SD = 0.95). Die Indexkinder dieser Stichprobe, also die kürzlich stationär behandelten Kinder, waren im Alter von 7 bis 20 Jahren (M = 12.79; SD = 3.28). Laut elterlicher Angabe fühlten sich 16 Kinder dem männlichen (47.1%) und 18 Kinder dem weiblichen (52.9%) Geschlecht zugehörig. Keines der Kinder wurde als divers angegeben. Das Verhältnis zum Kind wurde von allen Teilnehmer*innen als biologische Elternschaft beschrieben. Dabei berichteten die meisten Elternteile (n =28; 82.4%), ihr Kind gemeinsam mit dem*der aktuellen Partner*in zu betreuen. Bezogen auf stationär-psychiatrische Informationen zum Kind lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Kinder bei 41.82 Tagen (SD = 49.81), und 11 Kinder (32.4%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung mehr als einen Klinikaufenthalt hinter sich. Zudem befanden sich zur Zeit der Befragung 21 Kinder (61.8%) in psychotherapeutischer Behandlung, und sieben Familien (20.6%) nahmen Familientherapie in Anspruch.

Vor der geplanten Untersuchung wurde eine Fallzahlplanung mittels G*Power (Version 3.1.9.7; Faul et al., 2009) vorgenommen. Unter Festlegung des Signifikanzniveaus von $\alpha = .05$ und einer angestrebten Power von .80 wurde die benötigte Stichprobengröße berechnet, um einen mittleren Effekt von Cohens $f^2 = 0.15$ (siehe Cohen, 1988) zu ermitteln. Dies folgt der Annahme, dass ein mittlerer Effekt klinisch jedenfalls relevant ist (Ferguson, 2009). Da eine Berechnung der Fallzahl für die geplanten Multilevel-Modelle komplexere Methoden oder zusätzliche unbekannte Parameter voraussetzt, wurde eine konservative Schätzung unter Annahme einer multiplen linearen Regression durchgeführt. Für die geplanten Modelle ergab sich eine Stichprobengröße von $N = 43$. Dabei ist anzumerken, dass dieser Wert als oberes Limit gesehen werden kann, da das wiederholte Design eine höhere Power erwarten lässt.

Studiendesign

Die zugrundeliegende Studie befragte teilnehmende Bezugspersonen in einem längsschnittlichen Panel-Design (Friedrich & Zemp, 2025) und gliederte sich in drei Erhebungszeitpunkte. Die Befragung erfolgte online über Selbstauskunft, wobei die Onlinebefragung mittels SoSci Survey (Leiner, 2025) durchgeführt wurde. Die Baseline-Erhebung fand innerhalb eines Monats nach der Entlassung des Kindes statt, während der zweite Erhebungszeitpunkt drei Monate und der dritte Erhebungszeitpunkt sechs Monate nach

der Baseline-Erhebung stattfand. Bis zum 7. April 2026 nahmen 35 Teilnehmer*innen an der Baseline-Erhebung, 23 Teilnehmer*innen auch am zweiten Erhebungszeitpunkt und 16 Teilnehmer*innen auch am dritten Erhebungszeitpunkt teil. Davon musste jeweils eine Person pro Erhebungszeitpunkt ausgeschlossen werden, da sie den PY-DCI nicht ausgefüllt hatten, der die Grundlage für alle Analysen war. Somit liegen gegenwärtig insgesamt 71 gültige Erhebungspunkte vor. Die Items und Fragebögen bezogen sich auf soziodemografische Aspekte, klinische Informationen sowie Behandlungscharakteristika, Erfahrungen mit der Rückkehr des Kindes in die häusliche Betreuung, kindliche Gesundheit, Befinden der Bezugsperson und familiäre Prozesse. Mit Ausnahme von soziodemografischen Aspekten, die lediglich einmalig erfragt wurden, wurden Fragen zu den erhobenen Konstrukten zu jedem Messzeitpunkt wiederholt.

Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung der Proband*innen erfolgte zum einen offen anhand von Flyern, Postern oder über Social-Media-Kanäle wie Instagram und Facebook, zum anderen auch über kooperierende Kliniken (Friedrich & Zemp, 2025). Hier wurden Familien im Rahmen der Entlassungsplanung oder bei Nachsorgeterminen auf die Studie aufmerksam gemacht. Als Anreiz für die Teilnahme an allen drei Erhebungszeitpunkten konnten Befragte eine Teilnahmeentschädigung von bis zu 40 € erhalten, die am Ende der Teilnahme ausbezahlt wurde.

Zu Beginn erhielten interessierte Teilnehmer*innen einen Link zur Registrierung über ein Online-Formular, über welches ein Screening der Ein- und Ausschlusskriterien, eine Einverständniserklärung sowie die Angabe einer E-Mail-Adresse erfolgte (Friedrich & Zemp, 2025). Erfüllten potenzielle Proband*innen alle Einschlusskriterien, erhielten sie direkt den ersten Fragebogen per E-Mail. Befanden sich die Kinder oder Jugendlichen allerdings noch in stationär-psychiatrischer Behandlung, erfolgte die Aussendung des Fragebogens eine Woche nach dem angegebenen Entlassungsdatum. Die Fragebögen für den zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt wurden automatisch drei bzw. sechs Monate nach Beginn der Baseline-Erhebung per E-Mail ausgesendet.

Erhebungsinstrumente

In der ReCoVer-Studie erhobene und für diese Forschungsarbeit relevante Angaben bzw. Konstrukte (Friedrich & Zemp, 2025) waren soziodemografische Informationen, das Parent-Youth Dyadic Coping Inventory (PY-DCI; Bodenmann, 2008) zur Erhebung von EKDC, die Pediatric Symptom Checklist in der Kurzform für Erwachsene (PSC-17; Jellinek et al., 1988) zur Erfassung von kindlicher externalisierender sowie internalisierender Symptomatik

und der Multiperspektivische Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung (MEK; Müller & Achtergarde, 2018).

Soziodemografische Informationen

Folgende soziodemografische Informationen wurden im Rahmen der ReCoVer-Studie erhoben und sind für die vorliegende Arbeit von Bedeutung (Friedrich & Zemp, 2025): Geschlecht der Bezugsperson und des Kindes, Alter der Bezugsperson und des Kindes, Wohnsitz, Bildung der Bezugsperson (*kein Abschluss, Pflichtschule, Lehrabschluss, berufsbildende mittlere Schule ohne Matura, allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura, Universität/Fachhochschule, Sonstiges*), finanzielle Belastung (1 = *überhaupt nicht schwierig* bis 5 = *extrem schwierig*), Kinderzahl, Verhältnis zum Kind (*biologische Elternschaft, rechtliche Elternschaft, soziale Elternschaft, andere Elternschaft*), Betreuung/Erziehung des Kindes (*gemeinsam mit aktuellem*aktueller Partner*in, gemeinsam mit früherem*früherer Partner*in, allein*), aktuelle Inanspruchnahme einer Psychotherapie des Kindes, aktuelle Inanspruchnahme einer Familientherapie, Aufenthaltsdauer des Kindes während des letzten stationär-psychiatrischen Aufenthalts und Vorliegen früherer stationär-psychiatrischer Aufenthalte.

Dyadisches Coping in der Eltern-Kind-Dyade

Zur Erfassung von EKDC kam das Parent-Youth Dyadic Coping Inventory (PY-DCI) zum Einsatz. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 13 Items, deren Zustimmung auf einer fünfstufigen Antwortskala erfolgt (Bodenmann, 2008). Dabei reichen die Antwortoptionen von 1 (*sehr selten*) bis 5 (*sehr oft*). Bislang handelt es sich beim PY-DCI um eine deutsche, unveröffentlichte, nicht validierte, auf den Eltern-Kind-Kontext adaptierte Kurzversion des Dyadischen Coping Inventars (Bodenmann, 2008), weswegen die konzeptuelle Struktur dieser Skala noch geprüft werden musste. Erwartet wurden die Subskalen *positives EKDC* mit acht Items und *negatives EKDC* mit fünf Items, aus welchen ein Gesamtwert gebildet werden kann. Ein Beispielitem für positives EKDC lautet: „Wenn mein Kind Stress äußert, gebe ich ihm das Gefühl, dass ich es verstehe“, während ein Beispiel für negatives EKDC folgendermaßen lautet: „Wenn mein Kind Stress äußert, ziehe ich mich zurück“. Hohe Werte in den Subskalen sind als hohe Ausprägungen in positivem bzw. negativem EKDC zu interpretieren, während hohe Werte im Gesamtwert als hohe Ausprägungen in positivem EKDC und niedrige Ausprägungen in negativem EKDC zu interpretieren sind. Für das PY-DCI von Lippold und Kolleg*innen (2024) wurde eine akzeptable bis sehr gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .74$ bis .97 für den Gesamtwert berichtet. Die vorliegenden Daten ergaben für den Gesamtwert eine gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .88$ (95% CI [.83, .94]).

Kindliche externalisierende und internalisierende Symptome

Zur Erfassung von externalisierender und internalisierender Symptomatik wurde die Pediatric Symptom Checklist in der Kurzform für Erwachsene verwendet (PSC-17; Jellinek et al., 1988). Hierbei sollten Eltern bzw. Bezugspersonen auf einer dreistufigen Antwortskala angeben, wie oft Symptome von 1 (*nie*) bis 3 (*oft*) im letzten Monat bei ihren Kindern aufgetreten sind. In der ReCoVer-Studie wurden insgesamt nur 12 der 17 Items des PSC-17 eingesetzt, da die Subskala *Aufmerksamkeit* nicht miterfasst wurde. Die 12 Items bilden die Subskalen *externalisierende Symptome* mit sieben Items und *internalisierende Symptome* mit fünf Items ab. Ein Item für externalisierende Symptome lautet beispielsweise „Hat Raufereien mit anderen Kindern“ und ein Item für internalisierende Symptome „Macht sich viele Sorgen“. Anhand der Subskalen kann ein Gesamtwert gebildet werden, der die gesamte Symptombelastung abbildet. Höhere Gesamtwerte oder Skalen-Scores können als stärker ausgeprägte Symptomatik gedeutet werden. Zum derzeitigen Zeitpunkt liegen noch keine aktuellen Werte zur Validität der deutschen Version des PSC-17 vor, da diese gerade geprüft wird (Asbrand et al., 2022; Dippel et al., 2025). Die interne Konsistenz anhand der vorliegenden Daten lag für den Gesamtwert bei Cronbachs $\alpha = .81$ (95% CI [.70, .92]) und somit im guten Bereich.

Eltern-Kind-Beziehung

Der Multiperspektivische Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung (MEK) besteht aus 14 Items und beinhaltet Aussagen hinsichtlich verschiedener Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung (Müller & Achtergarde, 2018). Anhand einer fünfstufigen Antwortskala sollten Eltern bzw. Bezugspersonen markieren, welche Aussagen von 1 (*stimme gar nicht zu*) bis 5 (*stimme voll zu*) am ehesten zutrafen. Die damit abgedeckten Subskalen lauten *Emotionales Band* sowie *Funktional-Konflikt* und bestehen aus je sieben Items, aus welchen ein Gesamtwert gebildet werden kann. Das Item „Mein Kind und ich gehen harmonisch miteinander um“ ist ein Beispiel für die Subskala Emotionales Band und „Mein Kind und ich haben häufig Konflikte“ ein Beispiel für die Subskala Funktional-Konflikt. Hohe Werte im Gesamtwert oder der Subskalen kennzeichnen eine bessere Eltern-Kind-Beziehung. Müller und Achtergarde (2018) gaben eine gute interne Konsistenz für die Subskala Emotionales Band mit einem Cronbachs $\alpha = .80$ und eine sehr gute interne Konsistenz für die Subskala Funktional-Konflikt mit einem Cronbachs $\alpha = .91$ an. Dabei sind die Werte auf Angaben von Müttern bei Behandlungsende ihrer Kinder bezogen. Die vorliegenden Daten ergaben für den Gesamtwert der eingesetzten Subskalen eine sehr gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .93$ (95% CI [.90, .97]).

Statistische Auswertung

Für die Datenaufbereitung, die Analyse der dritten Fragestellung sowie die Berechnung der Effektstärken und 95% Konfidenzintervalle der zweiten wie auch vierten Fragestellung wurde RStudio (Version 4.5.3; Posit Team, 2026) verwendet. Für die weitere Analyse der Daten sowie Untersuchung der restlichen Hypothesen wurde das Statistikprogramm JASP (Version 0.96.0.0; JASP Team, 2025) eingesetzt. Dabei wurde für alle statistischen Analysen mit der resultierenden Stichprobe $N = 34$ gerechnet und eine Falschpositivrate von 5% als hinreichend erachtet.

Nach Bereinigung der Daten erfolgte die Berechnung der Scores für die Skalen PY-DCI, PSC-17 und MEK mit RStudio, wobei Ergebnisse zur Skalenstruktur aus der ersten Forschungsfrage berücksichtigt wurden. In allen Modellen wurde für Alter und Geschlecht des Kindes kontrolliert. Das Alter des Kindes stellt deshalb eine wichtige Kovariate für die vorliegende Untersuchung dar, da sich elterliches Verhalten je nach Alter des Kindes unterschiedlich stark beim Kind auswirken kann (z. B. Michael et al., 2024). Zusätzlich kann auch das biologische Geschlecht des Kindes einen moderierenden Effekt darauf haben, welchen Einfluss elterliches Verhalten auf das Kind hat (Tung et al., 2012). Aufgrund eines erhöhten Bedürfnisses nach Autonomie in der Adoleszenz kann von Jugendlichen im Vergleich zu Kindern außerdem mehr negatives dyadisches Coping ihren Eltern gegenüber erwartet werden (Nap-van der Vlist et al., 2021). Nicht zuletzt können sich Eltern je nach biologischem Geschlecht ihres Kindes und vorherrschenden Geschlechterstereotypen auf verschiedene Weise gegenüber ihren Kindern verhalten (Fivush et al., 2000).

Deskriptivstatistik

Zunächst wurde die Stichprobe deskriptiv bezüglich soziodemografischer Merkmale untersucht. Das umfasst das Geschlecht der Bezugsperson und des Kindes, das Alter der Bezugsperson und des Kindes, den Wohnsitz, die Bildung der Bezugsperson, finanzielle Belastung, die Kinderzahl, das Verhältnis zum Kind, die Betreuung/Erziehung des Kindes, eine aktuelle Inanspruchnahme einer Psychotherapie des Kindes, eine aktuelle Inanspruchnahme einer Familientherapie, die Aufenthaltsdauer des Kindes während des letzten stationär-psychiatrischen Aufenthalts und das Vorliegen früherer stationär-psychiatrischer Aufenthalte.

Ferner wurden deskriptive Statistiken (Mittelwerte, Standardabweichungen) und Korrelationskoeffizienten der Studienvariablen positives EKDC, negatives EKDC, EKDC als Gesamtwert, internalisierende Symptome, externalisierende Symptome, Emotionales Band, Funktional-Konflikt sowie Eltern-Kind-Beziehung als Gesamtwert berechnet. Dafür wurden die Daten der Baseline-Erhebung verwendet. Da der Shapiro-Wilk-Test für die Variablen

internalisierende Symptome und Emotionales Band signifikant ausfiel, die Variablen also nicht ausreichend normalverteilt waren, wurden die Korrelationskoeffizienten anhand der Spearman-Rangkorrelation berechnet.

Fragestellung 1

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage, ob sich die konzeptuelle Struktur des PY-DCI empirisch abbilden lässt, war anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse geplant, konnte schlussendlich jedoch nicht umgesetzt werden. Da für zuverlässige Ergebnisse von Faktorenanalysen in der Literatur eine Mindeststichprobengröße von $N = 300$ empfohlen wird (Bortz & Schuster, 2011) und für diese Studie höchstens mit einem $N = 70$ zu rechnen war, sollte diese Analyse lediglich als Plausibilitätscheck für die angenommene Faktorstruktur dienen. Mit der für diese Arbeit resultierenden Stichprobe ($N = 34$) fiel die statistische Power der angestrebten konfirmatorischen Faktorenanalyse allerdings bedeutend geringer aus. Somit musste nach Versuch der Durchführung der konfirmatorischen Faktorenanalyse auf weniger schätzintensive Methoden zur Überprüfung der Plausibilität des PY-DCI zurückgegriffen werden.

Vor der Durchführung der geplanten konfirmatorischen Faktorenanalyse wurden die Modellvoraussetzungen (multivariate Normalverteilung, keine Multikollinearität $r > .90$ der Variablen) mittels Streudiagramm, Quantil-Quantil-Diagramm und Pearsons Korrelation geprüft. Bei Prüfung der multivariaten Normalverteilung zeigte sich, dass sowohl positives als auch negatives EKDC nicht vollständig normalverteilt waren. Während positives EKDC leicht linksschief verteilt war, war negatives EKDC leicht rechtsschief verteilt. Zur Korrektur der nicht gegebenen multivariaten Normalverteilung wurde Bootstrapping zur Schätzung der Standardfehler eingesetzt. Da die vorliegende Stichprobe eine Größe von $N = 34$ aufwies, kommt allerdings das zentrale Grenzwerttheorem zum Tragen. Das zentrale Grenzwerttheorem besagt, dass Variablen bei zufälligen Stichproben ab einer Größe von etwa $N = 30$ annähernd normalverteilt sind (Bortz & Schuster, 2011). Deswegen ist die leichte Abweichung in dieser Stichprobe vernachlässigbar.

Anschließend wurden die latenten Variablen, also die zwei erwarteten Subskalen positives EKDC und negatives EKDC anhand ihrer zugehörigen Items festgelegt. Als Schätzmethode wurde ULS (Unweighted Least Squares) eingesetzt, da diese für kleinere Stichproben empfohlen wird (Rogers, 2024). Nach Berechnung des Modells wurden Goodness-of-Fit-Indikatoren (CFI, TLI), Badness-of-Fit-Indikatoren (RMSEA, SRMR) sowie der χ^2-Wert examiniert. Bei kleineren Stichproben ($N \leq 250$) wird jedoch davon abgeraten, die Indizes TLI und RMSEA heranzuziehen und sich stattdessen an CFI in Kombination mit SRMR zu halten

(Hu & Bentler, 1999). Als guter Modellfit gelten Werte CFI = .970 – 1.000, $\chi^2 \leq 2df$ (Moosbrugger et al., 2012) und SRMR = .080 – .000 (Hu & Bentler, 1999). Ein insgesamt akzeptabler Modell-Fit kann nur dann angenommen werden, wenn alle Fit-Indizes mindestens einen akzeptablen Fit aufweisen (Little, 2013).

Fragestellung 2

Zur Analyse der zweiten Fragestellung, ob EKDC mit kindlicher psychischer Gesundheit zusammenhängt, wurde ein Multilevel-Modell berechnet. Das Multilevel-Modell war nötig, da jeweils drei Erhebungszeitpunkte innerhalb der einzelnen Studienteilnehmer*innen genestet waren und es sich somit um abhängige Daten handelte. Vor Auswertung der Daten wurden zunächst die folgenden statistischen Voraussetzungen für Multilevel-Modelle mittels Streudiagramm, Quantil-Quantil-Diagramm und Boxplot-Diagramm überprüft: Unabhängigkeit der Level-2-Intercepts und Koeffizienten von Level-1-Residuen sowie Normalverteilung und Varianzhomogenität der Level-1-Residuen (Finch et al., 2024). Allgemein sind Verletzungen der Verteilungsvoraussetzungen bezüglich zufälliger Effekte und Residuen aufgrund ihres geringen Einflusses auf das restliche Modell und der Robustheit dieses Verfahrens jedoch vernachlässigbar (Schielzeth et al., 2020). Unabhängigkeit der Level-2-Residuen (Finch et al., 2024) stellt eine weitere Voraussetzung für Multilevel-Modelle dar, die allerdings schon aufgrund der Unabhängigkeit der Studienteilnehmer*innen durch das Design der Studie sichergestellt war.

Anschließend wurde ein Modell mit Random Intercepts erstellt. Dafür wurde die PSC-17 zur Schätzung kindlicher externalisierender oder internalisierender Symptome (abhängige Variable) verwendet und das PY-DCI als Indikator für positives EKDC oder negatives EKDC (Fixed Effects). Dieses Modell wurde für externalisierende vs. internalisierende Symptomatik separat berechnet, wobei jeweils positives und negatives EKDC gemeinsam in ein Modell aufgenommen wurden. Zusätzlich wurde semi-partielles R^2 (R^2_{part}; Stoffel et al., 2026) als Effektstärke des positiven und negativen EKDC berechnet.

Fragestellung 3

Die Untersuchung der dritten Forschungsfrage, wie der relative Beitrag von positivem vs. negativem EKDC zur kindlichen psychischen Gesundheit ist, erfolgte schwellwertbasiert. Dafür wurden die für die zweite Fragestellung berechneten Multilevel-Modelle herangezogen und die Varianzaufklärungsanteile der einzelnen Hypothesen miteinander verglichen. Da Multilevel-Modelle keine direkte Berechnung eines Varianzaufklärungsmaßes ermöglichen, wurden zwei Pseudo-R^2-Maße berechnet, spezifisch semi-partielles R^2 (R^2_{part}) und inklusives R^2_{part} (R^2_{incl}; Stoffel et al., 2026). R^2_{part} meint die spezifische Varianzaufklärung für einzelne

Prädiktoren und R^2_{incl} die spezifische Varianzaufklärung für einzelne Prädiktoren unabhängig von Kovarianzen mit anderen Prädiktoren (Stoffel et al., 2026). Da in dieser Arbeit nicht der isolierte Effekt einzelner Prädiktoren ausschlaggebend ist, sondern positives EKDC und negatives EKDC als zwei Aspekte eines Gesamtkonstrukts betrachtet werden, wurde R^2_{incl} als das bevorzugte Maß zur Beantwortung dieser Fragestellung gewählt. Laut Ferguson (2009) stellt dabei R^2 = .04 die minimale Effektstärke dar, um in den Sozialwissenschaften von praktischer Relevanz sprechen zu können. Daran angelehnt wurde ein Unterschied von R^2_{incl} = .04 als Schwellwert für substanzielle Mehraufklärung definiert.

Fragestellung 4

Schließlich wurde die Analyse der vierten Forschungsfrage, zur Rolle der Eltern-Kind-Beziehung für EKDC, mithilfe einer mittelwertzentrierten Multilevel-Moderation durchgeführt. Eine Mittelwertzentrierung verhindert eine zu starke Multikollinearität zwischen Prädiktoren in Moderationsmodellen (Iacobucci et al., 2016) und erfolgte, indem für alle Prädiktoren der Mittelwert der Variable vom entsprechenden Skalen-Score abgezogen wurde.

Konkret wurden für die Multilevel-Moderation die Skalen-Scores des PY-DCI als Messwert für EKDC (Fixed Effect) sowie die Skalen-Scores des MEK zur Schätzung der Eltern-Kind-Beziehung (Moderator) eingesetzt. Zusätzlich wurden der Interaktionsterm von MEK und PY-DCI sowie die Werte des PSC-17 als Indikator für kindliche externalisierende bzw. internalisierende Symptome (abhängige Variable) ins Modell aufgenommen. Ausschließlich die Individuen wurden als Random Effects festgelegt. Dieses Modell wurde für beide Hypothesen dieser Fragestellung separat berechnet. Zusätzlich wurde semi-partielles R^2 (R^2_{part}; Stoffel et al., 2026) als Effektstärke für EKDC, Eltern-Kind-Beziehung sowie die Interaktion von EKDC und Eltern-Kind-Beziehung berechnet.

Ergebnisse

Deskriptivstatistik

Die Häufigkeiten der familienbezogenen und klinischen soziodemografischen Variablen der Stichprobe sind zusammenfassend in Tabelle 1 dargestellt. Dies umfasst Kinderzahl der Bezugsperson, Verhältnis der Bezugsperson zum Kind, Betreuung/Erziehung des Kindes, aktuelle Inanspruchnahme von Psychotherapie durch das Kind oder Familientherapie sowie frühere stationär-psychiatrische Aufenthalte des Kindes.

Tabelle 1

Familienbezogene und klinische soziodemografische Informationen der Stichprobe

Variable	Kategorie	Häufigkeit	%
Kinderzahl [a]	Ein Kind	7	20.6
	Zwei Kinder	17	50
	Drei Kinder	7	20.6
	Vier Kinder	2	5.9
	Fünf Kinder	1	2.9
Verhältnis zum Kind [a]	Biologische Elternschaft	34	100
	Rechtliche Elternschaft	0	0
	Soziale Elternschaft	0	0
Betreuung/Erziehung [a]	Mit aktuellem*aktueller Partner*in	28	82.4
	Mit früherem*früherer Partner*in	1	2.9
	Allein	5	14.7
Aktuelle Psychotherapie [b]	Ja	21	61.8
	Nein	13	38.2
Aktuelle Familientherapie	Ja	7	20.6
	Nein	27	79.4
Frühere Aufenthalte [b]	Ja	11	32.4
	Nein	23	67.6

Anmerkung. $N = 34$.

[a] = bezogen auf Bezugsperson. [b] = bezogen auf Kind.

Die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Korrelationskoeffizienten (Spearmans rho) der relevanten Variablen dieser Untersuchung (positives EKDC, negatives EKDC, EKDC als Gesamtwert, internalisierende Symptome, externalisierende Symptome, Emotionales Band, Funktional-Konflikt und Eltern-Kind-Beziehung als Gesamtwert) sind Tabelle 2 zu entnehmen. Die Korrelationen fielen über alle Studienvariablen hinweg, mit Ausnahme der internalisierenden Symptome, statistisch signifikant aus.

Tabelle 2

Mittelwerte, Standardabweichungen und Spearmans rho der Studienvariablen

Variable	*M*	*SD*	1	2	3	4	5	6	7
1. Pos. EKDC [a]	3.88	0.64							
2. Neg. EKDC [a]	2.20	0.75	-.68**						
3. EKDC [a]	3.85	0.63	.94**	-.85**					
4. Ext. Symptome [b]	1.80	0.49	-.40*	.58**	-.48**				
5. Int. Symptome [b]	2.33	0.49	-.13	.06	-.15	.25			
6. Emotionales Band [c]	3.62	0.82	.61**	-.71**	.70**	-.44*	-.27		
7. Funktional-Konflikt [c]	3.68	0.81	.72**	-.78**	.80**	-.46**	-.26	.84**	
8. Eltern-Kind-Beziehung [c]	3.65	0.78	.70**	-.79**	.79**	-.49**	-.26	.94**	.97**

Anmerkung. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung. *N* = 34.

[a] PY-DCI reichte von 1 bis 5. [b] PSC-17 reichte von 1 bis 3. [c] MEK reichte von 1 bis 5.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Hypothesenprüfung

Fragestellung 1

Die Analyse der Faktorenstruktur des PY-DCI mithilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse ergab für das angenommene Modell mit den Faktoren positives EKDC und negatives EKDC ambivalente Ergebnisse ($\chi^2(64) = 73.57$, $p = .193$; SRMR = .111; CFI = .257) und somit einen mangelhaften Fit. Zudem lagen Hinweise auf Heywood-Fälle vor, also negative Varianzschätzer (z. B. $R^2_{Item12} = -.03$; Kolenikov & Bollen, 2012).

Die Ergebnisse und Fit-Indizes der konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigen an, dass die wenigen verfügbaren Daten keine stabile Schätzung ermöglichen. Dies wurde durch Hinweise auf vorliegende Heywood-Fälle gestützt. Darüber hinaus ist die Stichprobengröße von $N = 34$ für die Komplexität des angelegten Modells ($df = 64$) zu klein, was gängigen Empfehlungen für Strukturgleichungsmodelle widerspricht (Kline, 2005). Diese mangelhafte Modellpassung stellt ein unvorhergesehenes Problem dar, da ursprünglich mit einer finalen Stichprobe von $N = 70$ gerechnet wurde. Somit musste die konzeptuelle Struktur des PY-DCI anhand anderer, weniger schätzintensiver statistischer Methoden überprüft werden.

Tabelle 3

Korrigierte Item-Skala-Korrelationen mit 95% Konfidenzintervallen und verändertes Cronbachs α bei Ausschluss des jeweiligen Items

Item	*r*	95% CI	α
Positives EKDC			
EKDC_01	.74	[.53, .86]	.87
EKDC_02	.66	[.41, .82]	.87
EKDC_04	.56	[.28, .76]	.88
EKDC_05	.70	[.48, .84]	.87
EKDC_06	.65	[.40, .81]	.87
EKDC_10	.30	[-.04, .58]	.89
EKDC_11	.63	[.38, .80]	.87
EKDC_12	.60	[.33, .78]	.87
Negatives EKDC			
EKDC_03	.51	[.20, .72]	.88
EKDC_07	.59	[.32, .78]	.87
EKDC_08	.71	[.48, .84]	.87
EKDC_09	.41	[.08, .65]	.88
EKDC_13	.43	[.10, .67]	.88

Anmerkung. *r* = Korrelationen der jeweiligen Items mit den restlichen Items der Skala; 95% CI = 95% Konfidenzintervalle; α = verändertes Cronbachs α bei Entfallen des jeweiligen Items. $N = 34$.

Zur alternativen Überprüfung der Plausibilität der Faktorenstruktur des PY-DCI wurden die internen Konsistenzen der Subskalen, die Korrelationen der Subskalen untereinander und die Korrelationen der einzelnen Items mit den restlichen Items der Skala als Approximation von Faktorladungen berechnet. Diese Analysen wurden ausschließlich mit Baseline-Daten durchgeführt. Für positives EKDC ergab sich eine gute interne Konsistenz von Cronbachs α = .86 (95% CI [.77, .91]), während für negatives EKDC eine akzeptable interne Konsistenz von Cronbachs α = .74 (95% CI [.57, .92]) vorlag. Positives und negatives EKDC waren signifikant negativ korreliert (rho = -.68; $p < .001$). Die Korrelationen aller Items einzeln mit der restlichen Skala fielen durchweg moderat bis stark aus (siehe Tabelle 3). Die veränderten

internen Konsistenzen bei Entfallen des jeweiligen Items variierten wenig und schwankten zwischen Cronbachs α = .87-.89 (siehe Tabelle 3).

Insgesamt konnte die Faktorenstruktur des PY-DCI für diese Arbeit als ausreichend belegt betrachtet werden. Verglichen mit allen anderen Items, erschien allerdings Item 10 auffällig, welches die geringste Korrelation (r = .30) mit den restlichen Items zeigte und bei Entfallen als einziges Item die interne Konsistenz auf Cronbachs α = .89 erhöht hätte. Auch auf inhaltlicher Ebene weicht Item 10 von den anderen Items ab, da es instrumentelle Entlastung durch das Übernehmen von Aufgaben abbildet, während die restlichen Aufgaben eher emotionale Komponenten von EKDC fokussieren. Vor diesem Hintergrund wurden die Auswertungen zur Fragestellung 2 im Sinne einer Sensitivitätsanalyse einerseits mit der Originalversion des PY-DCI und andererseits mit einer adaptierten Version des PY-DCI ohne Item 10 durchgeführt.

Fragestellung 2

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen mit der Originalversion des PY-DCI berichtet. Ergebnisse unter Ausschluss von Item 10 sind im Anhang zu finden.

Die Ergebnisse der Multilevel-Modelle für kindliche externalisierende und internalisierende Symptome sind in Tabelle 4 abgebildet. In der Vorhersage externalisierender Symptome zeigte sich für positives EKDC ein kleiner negativer Zusammenhang (b = -0.33, 95% CI [-0.69, 0.03], SE = 0.18, t = -1.86, p = .071, R^2_{part} = .09), der jedoch nicht signifikant war. Für negatives EKDC zeigte sich kein Zusammenhang (b = 0.01, 95% CI [-0.20, 0.24], SE = 0.11, t = 0.11, p = .916, R^2_{part} < .01). Sowohl für die Kontrollvariable Alter des Kindes (b < 0.01, 95% CI [-0.04, 0.04], SE = 0.02, t = 0.09, p = .931, R^2_{part} = .05) als auch für die Kontrollvariable Geschlecht des Kindes (b = 0.14, 95% CI [-0.19, 0.46], SE = 0.16, t = 0.88, p = .391, R^2_{part} = .02) zeigten sich kleine positive Effekte, die jedoch nicht signifikant ausfielen.

In der Vorhersage internalisierender Symptome zeigte sich ein kleiner negativer Effekt für positives EKDC (b = -0.38, 95% CI [-0.74, -0.01], SE = 0.18, t = -2.11, p = .042, R^2_{part} = .06), der signifikant war. Elterliches positives EKDC sagte also geringere Werte in internalisierenden Symptomen zum nächsten Messzeitpunkt vorher. Für negatives EKDC zeigte sich kein Effekt (b = -0.10, 95% CI [-0.31, 0.12], SE = 0.11, t = -0.94, p = .353, R^2_{part} = .01). Für die Kontrollvariable Alter des Kindes zeigte sich ein großer positiver Effekt (b = 0.09, 95% CI [0.05, 0.14], SE = 0.02, t = 4.60, p < .001, R^2_{part} = .33), der signifikant war. Für die Kontrollvariable Geschlecht des Kindes zeigte sich ein kleiner negativer Effekt (b = -0.28, 95% CI [-0.59, 0.05], SE = 0.15, t = -1.83, p = .082, R^2_{part} = .05), der allerdings nicht signifikant war.

Tabelle 4

Effektschätzer mit 95% Konfidenzintervallen, Standardfehlern und p-*Werten der Multilevel-Modelle zur Vorhersage kindlicher Symptomatik*

Variable	*b*	95% CI	*SE*	*p*
Externalisierende Symptome				
Intercept	2.85	[1.22, 4.47]	0.80	.001
Pos. EKDC	-0.33	[-0.69, 0.03]	0.18	.071
Neg. EKDC	0.01	[-0.20, 0.24]	0.11	.916
Alter des Kindes	< 0.01	[-0.04, 0.04]	0.02	.931
Geschlecht des Kindes [a]	0.14	[-0.19, 0.46]	0.16	.391
Internalisierende Symptome				
Intercept	2.80	[1.16, 4.43]	0.80	.001
Pos. EKDC	-0.38	[-0.74, -0.01]	0.18	.042
Neg. EKDC	-0.10	[-0.31, 0.12]	0.11	.353
Alter des Kindes	0.09	[0.05, 0.14]	0.02	< .001
Geschlecht des Kindes [a]	-0.28	[-0.59, 0.05]	0.15	.082

Anmerkung. *b* = unstandardisierter Beta-Koeffizient als Effektschätzer; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; *SE* = Standardfehler des unstandardisierten Beta-Koeffizienten. *N* = 34.
[a] 0 = weiblich, 1 = männlich.

Die Ergebnisse der Multilevel-Modelle für kindliche externalisierende und internalisierende Symptome, berechnet mit der adaptierten Version des PY-DCI ohne Item 10, sind in Tabelle B1 dargestellt (siehe Anhang). Für die in Fragestellung 2 relevanten Zusammenhänge zeigte sich bei Verwendung der adaptierten Version des PY-DCI eine Abschwächung der Effekte im Vergleich zur Originalversion. Auch der *BIC*-Wert deutete bei Nutzung der Originalversion des PY-DCI auf eine bessere Modellpassung hin. Mit vollständigem PY-DCI lag der Wert bei *BIC* = 58.39 zur Vorhersage externalisierender Symptome und bei *BIC* = 58.21 zur Vorhersage internalisierender Symptome. Bei Entfernung von Item 10 aus dem PY-DCI lag der Wert bei *BIC* = 59.01 zur Vorhersage externalisierender Symptome und bei *BIC* = 60.49 zur Vorhersage internalisierender Symptome.

Ohne Item 10 im PY-DCI zeigte sich in der Vorhersage externalisierender Symptome ein kleiner negativer Effekt für positives EKDC (*b* = -0.27, 95% CI [-0.59, 0.05], *SE* = 0.16,

t = -1.67, p = .103, R^2_{part} = .08), der jedoch nicht signifikant war. Für negatives EKDC zeigte sich kein Effekt (b = 0.02, 95% CI [-0.19, 0.25], SE = 0.11, t = 0.22, p = .826, R^2_{part} < .01). In der Vorhersage internalisierender Symptome zeigte sich für positives EKDC ein kleiner negativer Effekt (b = -0.22, 95% CI [-0.55, 0.10], SE = 0.16, t = -1.37, p = .179, R^2_{part} = .02), der wiederum nicht signifikant war. Für negatives EKDC zeigte sich kein Effekt (b = -0.05, 95% CI [-0.28, 0.17], SE = 0.11, t = -0.48, p = .636, R^2_{part} < .01).

Fragestellung 3

Die Ergebnisse aus Fragestellung 2 legten nahe, dass negatives EKDC bei Berücksichtigung von positivem EKDC nur wenig Varianz in internalisierenden und externalisierenden Symptomen erklärt. Somit wurde H3.2, die Annahme eines stärkeren Zusammenhangs zwischen negativem EKDC und externalisierenden Symptomen als zwischen negativem EKDC und internalisierenden Symptomen, verworfen und lediglich H3.1 untersucht.

Hinsichtlich des Anteils an Varianzaufklärung externalisierender Symptome durch positives EKDC ergab die Analyse ein R^2_{part} = .09 und ein R^2_{incl} = .13. In diesem Modell konnten also 9% der Varianz in externalisierenden Symptomen durch positives EKDC zum Messzeitpunkt davor erklärt werden. Ohne Berücksichtigung von Kovarianzen mit anderen Prädiktoren konnten 13% der Varianz in externalisierenden Symptomen durch positives EKDC zum Messzeitpunkt davor erklärt werden. Zur Vorhersage internalisierender Symptome durch positives EKDC ergab die Analyse ein R^2_{part} = .06 und ein R^2_{incl} = .01. In diesem Modell konnten also 6% der Varianz in internalisierenden Symptomen durch positives EKDC zum Messzeitpunkt davor erklärt werden. Ohne Berücksichtigung von Kovarianzen mit anderen Prädiktoren konnte 1% der Varianz in internalisierenden Symptomen durch positives EKDC zum Messzeitpunkt davor erklärt werden. Somit konnte positives EKDC bei Nichtbeachtung von Kovarianzen mit anderen Prädiktoren 12% mehr an Varianz in externalisierenden Symptomen als in internalisierenden Symptomen erklären. Damit wurde der für diese Untersuchung festgelegte Schwellwert für einen relevanten Unterschied von R^2_{incl} = .04 erreicht.

Fragestellung 4

Die Ergebnisse der Multilevel-Moderation für kindliche externalisierende und internalisierende Symptome sind Tabelle 5 zu entnehmen. Zur Vorhersage externalisierender Symptome zeigte sich die Eltern-Kind-Beziehung weder für den direkten Effekt (b = 0.18, 95% CI [-0.15, 0.49], SE = 0.14, t = 1.29, p = .206, R^2_{part} = .01) noch für den Moderationseffekt (b = 0.11, 95% CI [-0.14, 0.36], SE = 0.12, t = 0.92, p = .362, R^2_{part} = .01) bedeutsam. Lediglich

für EKDC zeigte sich ein kleiner negativer Effekt (b = -0.43, 95% CI [-0.83, -0.02], SE = 0.20, t = -2.13, p = .041, R^2_{part} = .07), der signifikant war. Elterliches EKDC war also mit verringerten externalisierenden Symptomen zum nächsten Messzeitpunkt assoziiert. Die bereits bekannten Prädiktoren Alter des Kindes (b < 0.01, 95% CI [-0.04, 0.05], SE = 0.02, t = 0.10, p = .922, R^2_{part} = .05) und Geschlecht des Kindes (b = 0.04, 95% CI [-0.34, 0.39], SE = 0.17, t = 0.24, p = .814, R^2_{part} < .01) waren ähnlich assoziiert wie in den Hauptanalysen.

Tabelle 5

Effektschätzer mit 95% Konfidenzintervallen, Standardfehlern und p*-Werten der Multilevel-Moderationen zur Vorhersage kindlicher Symptomatik*

Variable	*b*	95% CI	*SE*	*p*
Externalisierende Symptome				
Intercept	1.58	[0.96, 2.19]	0.30	< .001
Interaktion EKDC*Eltern-Kind-Beziehung	0.11	[-0.14, 0.36]	0.12	.362
EKDC	-0.43	[-0.83, -0.02]	0.20	.041
Eltern-Kind-Beziehung	0.18	[-0.15, 0.49]	0.14	.206
Alter des Kindes	< 0.01	[-0.04, 0.05]	0.02	.922
Geschlecht des Kindes [a]	0.04	[-0.34, 0.39]	0.17	.814
Internalisierende Symptome				
Intercept	1.26	[0.67, 1.84]	0.28	< .001
Interaktion EKDC*Eltern-Kind-Beziehung	-0.01	[-0.25, 0.24]	0.12	.952
EKDC	-0.23	[-0.66, 0.20]	0.21	.290
Eltern-Kind-Beziehung	0.06	[-0.24, 0.35]	0.14	.705
Alter des Kindes	0.09	[0.04, 0.13]	0.02	< .001
Geschlecht des Kindes [a]	-0.35	[-0.67, -0.01]	0.16	.044

Anmerkung. b = unstandardisierter Beta-Koeffizient als Effektschätzer; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; SE = Standardfehler des unstandardisierten Beta-Koeffizienten. N = 34.
[a] 0 = weiblich, 1 = männlich.

Zur Vorhersage internalisierender Symptome zeigte sich die Eltern-Kind-Beziehung weder für den direkten Effekt (b = 0.06, 95% CI [-0.24, 0.35], SE = 0.14, t = 0.38, p = .705, R^2_{part} < .01) noch für den Moderationseffekt (b = -0.01, 95% CI [-0.25, 0.24], SE = 0.12, t = -0.06, p = .952, R^2_{part} < .01) bedeutsam. Lediglich für EKDC zeigte sich ein kleiner negativer Effekt (b = -0.23, 95% CI [-0.66, 0.20], SE = 0.21, t = -1.08, p = .290, R^2_{part} = .02), der jedoch nicht signifikant war. Die bereits bekannten Prädiktoren Alter des Kindes (b = 0.09, 95% CI [0.04, 0.13], SE = 0.02, t = 4.15, p < .001, R^2_{part} = .30) und Geschlecht des Kindes (b = -0.35, 95% CI [-0.67, -0.01], SE = 0.16, t = -2.14, p = .044, R^2_{part} = .07) waren ähnlich assoziiert wie in den Hauptanalysen, wobei Geschlecht des Kindes in diesem Modell signifikant ausfiel.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte Eltern-Kind-dyadisches Coping (EKDC) als bislang wenig beforschtes Konstrukt hinsichtlich dessen Rolle in der Vorhersage psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, insbesondere nach der Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung. Dazu wurde zunächst das in vorigen Arbeiten entwickelte Parent-Youth Dyadic Coping Inventory (PY-DCI; Bodenmann, 2008) hinsichtlich seiner Abbildung von positivem und negativem EKDC überprüft. Darauf aufbauend wurden prospektive Zusammenhänge mit kindlichen externalisierenden und internalisierenden Symptomen sowie deren Abhängigkeit von der Eltern-Kind-Beziehung untersucht. Die vorliegende Untersuchung konnte die Faktorenstruktur des PY-DCI teilweise bestätigen. Hinsichtlich der Vorhersage kindlicher Symptome zeigte sich EKDC als bedeutsam, besonders positives EKDC und für externalisierende Symptome. Die Wirkung von EKDC erwies sich als unabhängig vom Beziehungskontext. Im Folgenden werden diese zentralen Befunde im Kontext bestehender Literatur diskutiert.

Das PY-DCI (Bodenmann, 2008), welches speziell für die Anwendung in der Eltern-Kind-Beziehung modifiziert wurde, kam bereits in früherer Forschung zum Einsatz (Lippold et al., 2024). Eine Überprüfung der trennscharfen Erfassung von positivem und negativem EKDC des PY-DCI sowie die Erforschung der Bedeutung von EKDC in einer klinischen Population standen allerdings noch aus. Angelehnt an das Dyadische Coping Inventar für romantische Partnerschaften (Bodenmann, 2008), wurde in H1 der vorliegenden Arbeit eine zweidimensionale Faktorstruktur angenommen, die ebenfalls durch die Faktoren positives EKDC und negatives EKDC beschrieben wird.

Eine Überprüfung der theoretischen Faktorenstruktur anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse erwies sich mit der kleinen Stichprobe als zu schätzintensiv. Somit ist es weiterhin notwendig, die Faktorenstruktur sowie die psychometrische Validität des PY-DCI an

einer größeren, repräsentativen Stichprobe ($N \geq 300$; Bortz & Schuster, 2011) zu überprüfen. Die alternative psychometrische Überprüfung anhand von Skalenreliabilitäten, Korrelationen der Subskalen sowie Item-Interkorrelationen unterstützt allerdings die zugrundeliegende Annahme von positivem und negativem EKDC als verbundene, aber distinkte Aspekte. Gleichzeitig zeigte sich eine auffällige Abweichung in der Skalenstruktur in Bezug auf ein Item. Eine Sensitivitätsanalyse zeigte eine Abschwächung der zentralen Zusammenhänge bei Entfernung des Items, weswegen das Item im Modell belassen wurde.

Insgesamt liefern die gute interne Konsistenz des PY-DCI und der Subskalen, die moderaten bis starken Itemkorrelationen untereinander sowie die Sensitivitätsanalyse des PY-DCI ohne das abweichende Item erste Hinweise für die Plausibilität einer zweidimensionalen Faktorenstruktur. Für die Untersuchungen im Rahmen dieser Arbeit konnte die Trennschärfe zwischen positivem und negativem EKDC somit trotz Einschränkungen als ausreichend erachtet werden. Neben der Notwendigkeit einer Validierung des PY-DCI anhand einer größeren, repräsentativen Stichprobe bleiben allerdings relevante Aspekte hinsichtlich der Konzeptualisierung von EKDC bzw. der Konstruktion des Fragebogens offen.

Zunächst indiziert das abweichende Item, dass es einen relevanten zusätzlichen Aspekt von positivem EKDC erfasst, der in den restlichen Items nicht abgebildet wird. Inhaltlich ist das Item als delegiertes dyadisches Coping einzuordnen, da es Entlastungen durch das Übernehmen von Aufgaben beschreibt. Das steht im Gegensatz zu den restlichen Items, die vorwiegend emotionale Aspekte von EKDC darstellen. Die Sonderstellung des Items deutet darauf hin, dass die Konstruktion der Subskalen des PY-DCI mehrere distinkte Aspekte subsummiert. Dies ist konzeptuell insofern naheliegend, als dyadisches Coping innerhalb von positivem und negativem dyadischem Coping spezifische Formen unterscheidet (supportives, delegiertes und gemeinsames dyadisches Coping bzw. feindseliges, ambivalentes und oberflächliches dyadisches Coping; Bodenmann et al., 2016). Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Frage, ob die unterschiedlichen EKDC-Formen (siehe Lippold et al., 2024) auch im PY-DCI explizit zu differenzieren sind. Eine solche Differenzierung des PY-DCI würde die Messgenauigkeit erhöhen und feinere Abstufungen hinsichtlich der Vorhersagekraft der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien zulassen. Würde sich beispielsweise herausstellen, dass bestimmte Bewältigungsstrategien besser wirken als andere, könnte der Fokus gezielt auf jene gelegt werden. Darauf basierend sollte zukünftige Forschung zum PY-DCI prüfen, inwiefern eine ausbalanciertere Abbildung aller EKDC-Formen, analog zum originalen Dyadischen Coping Inventar (Bodenmann, 2008), einen theoretischen und klinischen Mehrwert bietet. Daran anknüpfend gilt es zu klären, ob die unterschiedlichen EKDC-Formen

differenzielle Effekte auf die kindliche Symptomatik zeigen. Zur Klärung der aufgeführten Punkte böte sich eine groß angelegte Tagebuchstudie (Ecological Momentary Assessment) an, in welcher Eltern und Kinder täglich erfassen, welche Stressoren sie erlebt haben und wie ihre Interaktionspartner auf Stressäußerungen reagiert haben. Die Stärken eines solchen Studiendesigns lägen in einem geringeren Risiko für Erinnerungsverzerrungen, der detaillierten Abbildung alltäglicher Interaktionsdynamiken (Mehl & Connor, 2012) sowie der Möglichkeit, zeitliche Verläufe nachzuvollziehen. Ein Vergleich zwischen Kindern mit und ohne psychische Störungen könnte zudem Aufschluss über mögliche Unterschiede im Bedarf an EKDC geben.

Im Kontrast zu dyadischem Coping im partnerschaftlichen Kontext (Bodenmann, 1995) wurde EKDC bislang nur wenig und in nicht-klinischem, querschnittlichem Kontext beforscht (siehe z. B. Lippold et al., 2024; Nap-van der Vlist et al., 2021; van der Wal et al., 2024). Basierend auf den bestehenden Ergebnissen zu EKDC wurde angenommen, dass positives EKDC eine Abnahme in externalisierenden (H2.1) sowie internalisierenden Symptomen (H2.3) zum nächsten Messzeitpunkt vorhersagt und negatives EKDC eine Zunahme beider Symptomgruppen (H2.2, H2.4) erwarten lässt. Die vorliegenden Ergebnisse konnten diese Hypothesen nur teilweise stützen. Positives EKDC sagte internalisierende Symptome zum nächsten Messzeitpunkt, aber nicht externalisierende Symptome, signifikant vorher. Allerdings zeigten sich für beide Symptomgruppen substanzielle Effekte und für externalisierende Symptome näherte sich der *p*-Wert der Signifikanzgrenze an. Vor dem Hintergrund bestehender Einschränkungen der Stichprobe und somit einer zu geringen statistischen Power besteht zumindest ein Hinweis auf einen potenziell relevanten Zusammenhang auch für externalisierende Symptome. Demzufolge muss dieser Zusammenhang anhand einer adäquaten Stichprobengröße überprüft werden. Negatives EKDC konnte weder externalisierende noch internalisierende Symptome zum nächsten Messzeitpunkt über positives EKDC hinaus vorhersagen. Somit wurde anhand dieser Ergebnisse nur H2.3 angenommen.

Demzufolge zeigen die vorliegenden Befunde zu positivem EKDC, dass der elterliche Umgang eine besondere Relevanz im poststationären Kontext kindlicher psychischer Störungen hat. Nach einem Klinikaufenthalt scheint EKDC über Monate hinweg eine Besserung der kindlichen psychischen Störungen zu erzielen und eine Ressource darzustellen. Diese positiven Eigenschaften von EKDC entsprechen vorangegangener Forschung zu EKDC (Lippold et al., 2024; Nap-van der Vlist et al., 2021; van der Wal et al., 2024). Durch positives EKDC, also durch empathisches Zuhören, Validieren kindlicher Gefühle, Unterstützen in der Problemlösung sowie gemeinsames Erledigen von Aufgaben, helfen Eltern ihren Kindern, poststationäre Herausforderungen zu bewältigen. Infolgedessen können Kinder womöglich

eigene Bewältigungsstrategien entwickeln, erzielte Fortschritte aufrechterhalten und den Übergang vom strukturierten Klinikalltag zurück in das familiäre Umfeld unterstützt bewältigen. Dadurch erfahren Kinder einerseits eine psychische Entlastung und andererseits eine positive emotionale Involviertheit der Eltern, was der Verschlechterung der Symptomatik potenziell entgegenwirkt.

Neben der generellen Wirksamkeit von positivem EKDC machen die Ergebnisse Details hinsichtlich der spezifischen Form elterlicher Unterstützung sichtbar. Wie die Sensitivitätsanalyse unter Ein- und Ausschluss des abweichenden Items verdeutlichte, fallen die protektiven Effekte des EKDC unter Einbezug der delegierenden bzw. instrumentellen Facette stärker aus. Analog dazu fand eine Studie einen Zusammenhang zwischen elterlicher instrumenteller Unterstützung und allgemeiner kindlicher Gesundheit (Turney, 2013). Die Wichtigkeit dieses Aspekts könnte auf die Merkmale der klinischen Stichprobe zurückzuführen sein. Kinder mit psychischen Störungen weisen häufig ein vermindertes Funktionsniveau auf (z. B. Dickson et al., 2024; Finsaas et al., 2020), wodurch sie auf externe instrumentelle Unterstützung, beispielsweise durch ihre Eltern, angewiesen sind. Diese Form der Unterstützung scheint besonders bedeutsam für die Bewältigung poststationärer struktureller Herausforderungen zu sein, etwa bei der Koordination und Inanspruchnahme von Therapieangeboten (Reardon et al., 2017) sowie bei der schulischen Reintegration (Tougas et al., 2019).

Ein möglicher Erklärungsansatz für das Abweichen des Items trotz seiner Bedeutsamkeit liegt im zunehmenden Autonomiestreben während des Jugendalters (Van Petegem et al., 2013). Das Übernehmen von Aufgaben könnte von Jugendlichen nicht nur als unterstützend, sondern auch als überbehütend und einschränkend in der Eigenständigkeit wahrgenommen werden. Forschung zu EKDC stützt diese Annahme. Delegiertes dyadisches Coping bei jungen Erwachsenen ging mit gemischten Ergebnissen einher und wirkte anders als bei romantischen Partner*innen (Lippold et al., 2024). Dennoch scheint der Nutzen elterlicher instrumenteller Unterstützung in dieser Stichprobe zu überwiegen. Dieser Mehrwert ist womöglich auf die breite Altersspanne (7 bis 21 Jahre) sowie die erhöhte psychische Belastung (Hölling et al., 2014) der Kinder und Jugendlichen dieser Stichprobe im Vergleich zu reinen nicht-klinischen Jugendstichproben zurückzuführen. Insgesamt unterstreicht dies die Relevanz einer differenzierten Betrachtung der verschiedenen EKDC-Formen in unterschiedlichen Alterskohorten im Rahmen zukünftiger Forschungsvorhaben.

Während sich positives EKDC als bedeutende Ressource erwies, trug negatives EKDC nicht zusätzlich zur Vorhersage kindlicher Symptome bei. Diese Abweichung von den

ursprünglichen Hypothesen hinsichtlich des negativen EKDC lässt sich möglicherweise auf die Charakteristika der untersuchten Stichprobe zurückführen. An freiwilligen Erhebungen nehmen vermehrt Personen mit hoher Motivation teil, was aufgrund der Eigenschaften dieser Personen zu systematischen Unterschieden in den Ergebnissen führen kann (Jordan et al., 2013). Vergleichbare Analysen zeigen außerdem, dass Eltern, welche die Studienteilnahme ihrer Kinder erlauben, durchschnittlich eine höhere Investitionsbereitschaft sowie einen höheren sozioökonomischen Status aufweisen und funktionaler agieren als Eltern, welche die Studienteilnahme ihrer Kinder nicht erlauben (Vermaire et al., 2011). Es ist somit plausibel, dass auch an der vorliegenden, zeitintensiven Untersuchung Personen teilnahmen, die stark am Wohlergehen ihrer Kinder interessiert, aktiv in deren Therapieprozess involviert und motiviert zur Unterstützung waren. Die Teilnehmer*innen verfügten vermutlich über ausreichende Ressourcen und zeichneten sich durch ein wohlwollendes, supportives elterliches Selbstbild aus. Somit handelte es sich bei der vorliegenden Stichprobe wahrscheinlich um keine repräsentative Stichprobe der angestrebten Zielpopulation, sondern um eine Stichprobe mit homogenen Persönlichkeitscharakteristika. Diese Annahme einer verzerrten Stichprobe spiegelt sich in den Daten wider. Eltern berichteten vermehrt positives EKDC, weniger negatives EKDC und überwiegend gute Eltern-Kind-Beziehungen. Damit können die abweichenden Ergebnisse bei negativem EKDC insofern erklärt werden, als die Daten vermutlich eine zu geringe Streuung aufweisen, um einen bedeutenden Beitrag von negativem EKDC statistisch nachweisen zu können (Bortz & Schuster, 2011). Eltern mit hohen Werten in negativem EKDC fehlten in dieser Stichprobe. Neben einer statistisch eingeschränkten Varianz wäre auch eine inhaltliche Erklärung für das Ausbleiben eines Effekts bezüglich negativen EKDC denkbar. Basierend auf den Daten wäre es zudem möglich, dass positives EKDC als Schutzfaktor wirkt, der nachteilige Effekte des negativen EKDC abmildert. Offen bleibt also, wie sich stark ausgeprägtes negatives EKDC auf die kindliche Symptomatik auswirkt und wie es im Detail mit positivem EKDC interagiert.

Neben den Haupteffekten lagen auch Effekte für Alter und Geschlecht des Kindes insbesondere in den Analysen zu internalisierenden Symptomen vor, die deren Einbezug als Kontrollvariablen bestätigen. Internalisierende Symptome waren bei älteren Kindern stärker ausgeprägt, was sich mit der Forschungslage deckt (Davis et al., 2015). Wie eingangs erwähnt, treten mit zunehmendem Alter allgemein mehr psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen auf (Kieling et al., 2024). Hinsichtlich des Geschlechts zeigten sich kleine Effekte. Internalisierende Symptome waren bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen, was darauf verweist, dass weibliche Personen typischerweise vulnerabler für die Entwicklung

internalisierender Störungen sind (Boyd et al., 2015). Kindliches Alter und Geschlecht tragen neben elterlichem Verhalten also zur Erklärung der kindlichen Symptomatik bei.

Aus Überlegungen zur Hauptanalyse lässt sich schließlich ableiten, dass zukünftige längsschnittliche Studien die Zusammenhänge zwischen EKDC und kindlicher Symptomatik anhand einer größeren, repräsentativen Stichprobe untersuchen sollten, in welcher das gesamte Spektrum von positivem wie auch negativem EKDC abgebildet wird. Damit könnte die Rolle von negativem EKDC sowie dessen Interaktion mit positivem EKDC genauer beleuchtet werden. Um zusätzlich mehr Klarheit hinsichtlich EKDC zu erlangen, müssen Forschungsdesigns gewählt werden, die die Perspektiven sowohl der Eltern als auch der Kinder bzw. Jugendlichen integrieren (A. L. Murray et al., 2022). Darüber hinaus bleibt ungeklärt, ob EKDC bereits im Vorfeld eines stationär-psychiatrischen Aufenthalts vergleichbare Effekte bei Kindern mit psychischen Störungen erzielt und inwiefern sich diese Befunde auf das dyadische Coping mit anderen engen Bezugspersonen übertragen lassen. Die letztgenannten Punkte machen darauf aufmerksam, dass EKDC zukünftig in verschiedenen Kontexten untersucht werden muss.

Elterliche Reaktionen auf kindliche Äußerungen werden als besonders bedeutsam für externalisierende Symptome angenommen (z. B. Olson et al., 2000; Patterson, 1984; Schütte et al., 2023). Dementsprechend wurde ein stärkerer Zusammenhang zwischen positivem EKDC und externalisierenden Symptomen als zwischen positivem EKDC und internalisierenden Symptomen (H3.1) vermutet. Dasselbe wurde auch für negatives EKDC angenommen (H3.2), aber bereits zu einem früheren Zeitpunkt verworfen, da sich negatives EKDC in dieser Studie nicht als bedeutsam für kindliche Symptomatik herausstellte. Die vorliegenden Ergebnisse zur Varianzaufklärung unterstützten die Annahme, dass positives EKDC externalisierende Symptome zu einem späteren Messzeitpunkt stärker vorhersagt als internalisierende Symptome, wodurch H3.1 angenommen wurde. Dies wird auf deskriptiver Ebene bekräftigt, da sich eine große negative Korrelation für EKDC und externalisierende Symptome zeigte, während zwischen EKDC und internalisierenden Symptomen eine Korrelation nahe Null bestand. Infolgedessen lässt sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen positivem EKDC und kindlichen psychischen Störungen mit vorwiegend externalisierenden Symptomen, wie etwa Verhaltensstörungen, Substanzkonsumstörungen oder Impulskontrollstörungen (American Psychiatric Association, 2013), ableiten. Demgegenüber besteht ein schwächerer Zusammenhang zwischen positivem EKDC und psychischen Störungen mit vorwiegend internalisierenden Symptomen, wie etwa Depressionen, Angststörungen oder somatischen Störungen (American Psychiatric Association, 2013).

Der stärkere Effekt von positivem EKDC bei Kindern mit externalisierenden Symptomen scheint direkt durch die Natur der Symptomgruppen erklärbar zu sein. Externalisierende Symptome richten sich eher nach außen (Schön & Daseking, 2024), während sich internalisierende Symptome eher auf das Innere der betroffenen Person richten (Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation, o. D.). Nach außen gerichtete Symptome führen dazu, dass Eltern bei Kindern mit externalisierenden Symptomen direkt nachvollziehen können, was ihre Kinder belastet und genau dort mit positivem EKDC ansetzen können. Demgegenüber ist der Leidensdruck bei Kindern mit internalisierenden Symptomen von außen deutlich schwerer ersichtlich. In diesem Zusammenhang schilderten Eltern von Jugendlichen mit Depressionen etwa Schwierigkeiten in der Kommunikation mit ihren Kindern, da Letztere ihre Gefühle wenig mitteilten (Stapley et al., 2016). Somit fehlen Eltern von Kindern mit internalisierenden Störungen Ansatzpunkte für positives EKDC, wodurch Kinder aktiver auf ihre Eltern mit Stressäußerungen zugehen müssen, damit Eltern mit EKDC reagieren können. Ob Kinder mit internalisierenden Symptomen von EKDC gleichermaßen profitieren können, wenn sich Eltern expliziter nach deren Befinden erkundigen, muss künftig noch beforscht werden.

Darüber hinaus unterscheiden sich externalisierende von internalisierenden Symptomgruppen durch die Rolle, die dem sozialen Umfeld im Störungsbild zukommt. Kindliche externalisierende Symptome führen meist zu psychosozialen Belastungen des engen sozialen Umfelds sowie negativen Reaktionen des Umfelds auf die betroffenen Kinder (Heinrichs & Lohaus, 2020). Ein besonders markantes Beispiel dafür sind Störungen des Sozialverhaltens, die geprägt sind von Auseinandersetzungen mit Erwachsenen und dissozialem, aggressivem, ungehorsamem oder oppositionellem Verhalten gegenüber Autoritätspersonen (Heinrichs & Lohaus, 2020). Infolgedessen kann es zu einem reziproken, sich selbst verstärkenden Prozess zwischen kindlichem externalisierendem Verhalten und negativen elterlichen Reaktionen (z. B. Bestrafung), also einem Hochschaukeln der Dynamik, kommen (Patterson, 1984; Patterson et al., 1989). Bei hyperkinetischen oder Aufmerksamkeitsstörungen stehen im Fokus der Störungsbilder zwar keine interaktiven Prozesse, negative Reaktionen des Umfelds können allerdings durch die Kardinalsymptome der genannten Störungsbilder hervorgerufen werden. Diese Kardinalsymptome umfassen beispielsweise mangelnde exekutive Funktionen und Impulsivität (Heinrichs & Lohaus, 2020), was im Alltag zu Spannungen führen kann. Demgegenüber ist bei internalisierenden Symptomen dieser interaktionale Charakter mit dem sozialen Umfeld nicht im selben Ausmaß gegeben. Im Gegenteil gehen internalisierende Symptome oft mit sozialem Rückzug

betroffener Kinder einher (Fontaine et al., 2009). Depression kennzeichnet sich zum Beispiel durch Freudlosigkeit, Antriebsmangel, depressive Stimmung und damit einhergehende Symptome wie geringeres Selbstwertgefühl, unbegründete Schuldgefühle oder Schlafstörungen (Heinrichs & Lohaus, 2020). Auch bei Essstörungen ist von außen häufig kein direkter Leidensdruck sichtbar, dieser wird hauptsächlich internalisiert (Heinrichs & Lohaus, 2020).

Insgesamt beruhen externalisierende Störungsbilder zumindest teilweise auf Interaktionen, während bei internalisierenden Symptomen eher soziale Distanzierung überwiegt. Ebenfalls auf Interaktionen beruhendes interpersonelles Unterstützungsverhalten wie EKDC kann also besonders bei Kindern mit externalisierender Symptomatik an der Wurzel des Problems greifen. Indem Eltern dem kindlichen externalisierenden Verhalten mit Empathie, Validierung und Unterstützung begegnen, kann der dysfunktionale, sich selbst verstärkende Prozess durchbrochen werden. EKDC mildert einerseits die negativen Eltern-Kind-Interaktionen und bildet andererseits die Grundlage für weitere positive Eltern-Kind-Interaktionen. Zusätzlich kann EKDC mithilfe elterlicher Ko-Regulation (D. W. Murray et al., 2019) den externalisierenden Symptomen direkt entgegenwirken. Langfristig lässt sich durch positives EKDC eine Verbesserung der kindlichen Selbstregulation erwarten (X. Zhang et al., 2020), was dann potenziell in einer Besserung der externalisierenden Symptomatik resultiert. Zusammenfassend verbessert positives EKDC bei Kindern mit externalisierenden Symptomen sowohl Eltern-Kind-Interaktionen als auch die Symptomatik der Kinder. Elterliches Verhalten wird dadurch besonders im Kontext kindlicher externalisierender Symptome aussagekräftig. Zukünftiger Forschung bleibt zu prüfen, ob sich die Wirkung von EKDC nicht nur hinsichtlich übergeordneter Symptomgruppen, sondern auch in Bezug auf spezifische Störungsbilder unterscheidet.

Wie elterliche Verhaltensweisen auf Kinder wirken, ist häufig von der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung abhängig (siehe z. B. Cyr et al., 2014; Sun et al., 2024; C. Zhang et al., 2025; Zhu et al., 2023). Entgegen der Annahme dieser Untersuchung konnte ein solcher Moderationseffekt im Kontext von EKDC und kindlicher Symptomatik mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Deshalb wurden H4.1 und H4.2 verworfen. Sowohl die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung als eigenständiger Prädiktor als auch deren Interaktion mit EKDC zeigten neben EKDC keinen zusätzlichen Beitrag zur Erklärung der nachfolgenden kindlichen Symptomschwere. EKDC zeigte auch als Gesamtkonstrukt ähnliche prospektive Zusammenhänge mit externalisierenden und internalisierenden Symptomen wie in den Hauptanalysen. Wie Eltern mit Schwierigkeiten von psychisch belasteten Kindern umgehen, scheint somit bedeutender zu sein als das Ausmaß an emotionaler Verbundenheit oder

Konflikthaftigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung, besonders bei Kindern mit externalisierenden Symptomen. Unmittelbares elterliches Verhalten ist für Verläufe psychischer Symptome also relevanter als die erlebte Beziehung.

Eine gute Eltern-Kind-Beziehung bietet möglicherweise den Rahmen für EKDC, während die stabile Vorhersagekraft von EKDC in bestimmtem stressreduzierendem Verhalten liegt, das Eltern gegenüber ihren Kindern anwenden. Diese Annahme könnte erklären, warum der Zusammenhang zwischen EKDC und kindlicher externalisierender oder internalisierender Symptomatik nicht durch die Eltern-Kind-Beziehung moderiert wurde. EKDC ging in den vorliegenden Daten überwiegend mit einer guten Eltern-Kind-Beziehung einher. Es gab nur wenige Fälle, in welchen eine gute Eltern-Kind-Beziehung mit hohem negativen EKDC oder wenig positivem EKDC assoziiert war. Anhand dieser Korrelation können zwar keine kausalen Schlüsse gezogen werden, es ist jedoch plausibel, dass eine gute Eltern-Kind-Beziehung die Voraussetzung für EKDC ist. Umgekehrt scheint es unwahrscheinlich, dass sich Kinder in Belastungssituationen an ihre Eltern wenden, wenn eine qualitativ schwache Eltern-Kind-Beziehung vorliegt. Diese Vermutungen werden gestützt durch ein Modell von D. W. Murray und Kolleg*innen (2019), welches postuliert, dass warme und responsive Beziehungen von fürsorglichen Eltern als Grundlage für die Ko-Regulation, in diesem Fall also EKDC, von Kindern dienen. Eltern-Kind-Beziehung als Grundlage von EKDC ist auch insofern naheliegend, als eine gute Beziehung als sichere Basis für kindliches Verhalten fungiert (Bowlby, 1969), also zum Beispiel kindliche Stressäußerungen.

Eine positive Eltern-Kind-Beziehung, also eine gute Basis für EKDC, ist dann gegeben, wenn sich die Beziehung durch Fürsorge, Responsivität und Wärme auszeichnet (D. W. Murray et al., 2019) sowie die Eltern emotional verfügbar sind (Biringen, 2000). Dieser Rahmen schafft wiederum grundsätzliches Vertrauen der Kinder in ihre Eltern (Corriveau et al., 2009; K. W. Murray et al., 2014). Ist dieses Vertrauen in die Eltern gegeben, verlassen sich die Kinder womöglich mehr auf ihre Eltern, kommunizieren besser (K. W. Murray et al., 2014) und äußern ihre Stressempfindungen (Nap-van der Vlist et al., 2021). In gleicher Weise schwappt kindlicher Stress möglicherweise eher bei guter Eltern-Kind-Beziehung auf Eltern über und macht eine gemeinsame Stressbewältigung für Eltern relevant (Nap-van der Vlist et al., 2021). Kindliche Stressäußerungen sowie elterliche Involviertheit dienen mutmaßlich als Initiator und Motivator für EKDC, wodurch Eltern mit spezifischem Verhalten zur konkreten Unterstützung ihrer belasteten Kinder reagieren. Besonders im poststationären Kontext, wenn Kinder aus einem strukturierten Klinikalltag entlassen werden und Schwierigkeiten im Übergang zum normalen Alltag erleben (Swart et al., 2023), kann eine stabile Basis in Form der Eltern-Kind-Beziehung

die Kinder bestmöglich auffangen. Im Licht der Eltern-Kind-Beziehung als Voraussetzung für EKDC ist es somit trotz der vorliegenden Ergebnisse denkbar, dass die Eltern-Kind-Beziehung für EKDC von Bedeutung ist. Um diese Annahme künftig genauer elaborieren zu können, bedarf es längsschnittlicher Untersuchungen an Familien mit höherer Konflikthaftigkeit und negativerer Eltern-Kind-Beziehung.

Eine zusätzliche Erklärung, warum in dieser Stichprobe keine Interaktion zwischen EKDC und Eltern-Kind-Beziehung vorlag, könnte auf methodischen Aspekten beruhen. Die hohe Korrelation zwischen EKDC und Eltern-Kind-Beziehung in dieser Stichprobe deutet auf Multikollinearität und inhaltliche Nähe dieser Konzepte hin. Auf messtheoretischer Ebene könnte das bedeuten, dass sich die latenten Konstrukte EKDC und Eltern-Kind-Beziehung auf ähnliche Weise manifestieren oder eine zu geringe diskriminante Validität zwischen den Erhebungsinstrumenten PY-DCI und MEK vorliegt. Demnach besteht die Notwendigkeit, die diskriminante Validität von PY-DCI und MEK zukünftig zu überprüfen, eventuelle konzeptuelle Überschneidungen zu identifizieren und gegebenenfalls trennschärfere Erhebungsinstrumente zu entwickeln.

Wie schon für die zweite Fragestellung diskutiert, könnte zudem auch hier der Umstand bedeutsam sein, dass sich die Eltern freiwillig für die Studienteilnahme entschieden haben. Motivation und sozial erwünschtes Antworten, also die Tendenz, sich selbst in einem guten Licht zu präsentieren (Morsbach & Prinz, 2006), waren eventuell ausschlaggebend dafür, dass kaum niedrige Beziehungsqualität berichtet wurde. Ohne ausreichende Varianz kann ein potenzieller Moderationseffekt nicht gefunden werden (McClelland & Judd, 1993). Dies unterstreicht ebenfalls die Notwendigkeit, eine heterogenere und repräsentativere Stichprobe für die Untersuchung einer möglichen Interaktion zwischen EKDC und Eltern-Kind-Beziehung heranzuziehen. Da echte Zufallsstichproben in einer klinischen Grundgesamtheit nicht ethisch haltbar sind, sollte in Zukunft für Faktoren wie elterliche Motivation bzw. Involviertheit kontrolliert werden. Sogenannte Kontrollskalen könnten zudem zur Identifikation von sozial erwünschten Antworten eingesetzt werden, da dies nicht gänzlich unterbunden werden kann (Schmidt-Atzert et al., 2021). Die genannten methodischen Vorkehrungen wären essenziell, um zukünftig aussagekräftigere Ergebnisse hinsichtlich der Interaktion von EKDC und Eltern-Kind-Beziehung zu erzielen.

Praktische Implikationen

Aus den diskutierten Ergebnissen dieser Arbeit können bedeutende Implikationen für die klinische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen abgeleitet werden. Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist, dass EKDC zur Vorhersage externalisierender und internalisierender

Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen nach stationär-psychiatrischem Aufenthalt bedeutsamer zu sein scheint als eine qualitativ gute Eltern-Kind-Beziehung allgemein. Daher gilt es, den Fokus im Rahmen psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen auf konkretes elterliches Verhalten zu legen. Innerhalb von Interventionen bzw. Elterntrainings sollten Eltern deshalb die Strategien des positiven EKDC erlernen und verstehen, wie sie ihre Kinder bei der Stressbewältigung unterstützen können (Lippold et al., 2024). Besonders in dysfunktionalen familiären Verhältnissen können EKDC-Trainings an der Modifikation elterlichen Verhaltens ansetzen.

Ein solches Training zum Aufbau elterlicher EKDC-Kompetenzen könnte angelehnt an das bereits bestehende Training zur Verbesserung der Bewältigungsstrategien bei Paaren (Couples Coping Enhancement Training; Bodenmann & Shantinath, 2004) gestaltet werden. So könnte innerhalb von Elterngruppen eine Sitzung zur Psychoedukation stattfinden, in welcher Wissen über Stress, spezifisch bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, sowie über Bewältigung in Form von EKDC vermittelt wird. Darüber hinaus sollte auf die spezifischen Unterschiede von Störungen mit vordergründig externalisierenden und internalisierenden Symptomen eingegangen werden. Ebenfalls in einer Gruppensitzung könnte die Fähigkeit zur adäquaten individuellen Stressbewältigung sowie Problemlösung gestärkt werden. Darauf aufbauend wäre eine spezifische Trainingseinheit zur Verbesserung der EKDC-Kompetenzen zu empfehlen, welche sowohl die Förderung von positivem EKDC als auch das Reflektieren und Unterbinden von negativem EKDC umfasst. Maßgeblich wären außerdem Einzelsitzungen mit Eltern und Kind, in welchen spezifische Übungen zur Förderung der Eltern-Kind-Kommunikation erfolgen (van der Wal et al., 2024). Schließlich könnten die EKDC-Kompetenzen zuerst in Rollenspielen mit anderen Eltern und auf dieser Grundlage in Einzelsitzungen mit dem Kind geübt werden. Insgesamt sollten Eltern gezielt lernen, ihren Kindern aktiv zuzuhören, ihre Gefühle zu validieren, sie aufzumuntern, detaillierte Nachfragen zu stellen, gemeinsam Probleme zu lösen und konkrete Unterstützung bzw. Entlastung zu bieten. Negatives EKDC wie Vorwürfe, demotivierte Reaktionen oder Invalidierung sollten sie dagegen unterlassen.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung liefern für klinisch arbeitende Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen darüber hinaus bedeutende Implikationen für den gesamten klinisch-psychologischen Prozess. So kann bereits in der diagnostischen Phase das Ausmaß von EKDC anhand des PY-DCI oder eines anderen EKDC-Fragebogens erhoben werden. Speziell bei niedrigen Ausprägungen in positivem EKDC sind Elterntrainings zum adäquaten Einsatz von EKDC indiziert. Auch in ambulanten Behandlungsphasen, vor einem

stationären Klinikaufenthalt, sollten Eltern angeleitet werden, aktiv positives EKDC einzusetzen, um einer Symptomverschlechterung bestmöglich entgegenzuwirken. Besonders wenn lange Wartezeiten für psychiatrisch-stationäre Behandlungsplätze bestehen, scheint EKDC eine gewinnbringende Methode zur Stabilisierung der kindlichen Symptomatik zu sein. Für den stationären Behandlungskontext lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass ein aktiv unterstützender Umgang des therapeutischen Personals analog zum elterlichen EKDC ebenfalls effektiv sein könnte. Speziell vor der Entlassung des Kindes erscheinen strukturierte Transitionsprogramme zentral, sofern die Eltern bis dahin noch kein EKDC-Training absolviert haben. Solche Programme könnten eine gezielte Einführung in EKDC bieten und einen nahtlosen Übergang zurück in das familiäre Umfeld unterstützen. Mithilfe von EKDC im gesamten klinisch-psychologischen Prozess können betroffene Kinder entlastet werden und familiäre Unterstützung erhalten, die ihnen Sicherheit im Alltag gibt, sowie die Bewältigung wichtiger Alltagsanforderungen fördert.

Hinsichtlich der unterschiedlichen kindlichen Symptomgruppen lassen sich ebenfalls praktische Implikationen ableiten. Besonders für Kinder mit externalisierenden Symptomen zeigte sich positives EKDC als entscheidend. Für den therapeutischen Rahmen bedeutet das, dass EKDC besonders bei externalisierenden Störungsgruppen als gezielte Maßnahme herangezogen werden kann, um Symptome zu verringern und eventuelle negative sich selbst verstärkende Prozesse (Patterson, 1984) zwischen Kindern und Eltern zu überwinden. Reagieren Eltern auf Kinder mit externalisierender Symptomatik mit unterstützendem emotionsbezogenem Verhalten, kann die kindliche Selbstregulation gefördert werden (X. Zhang et al., 2020). Die verbesserte Selbstregulation lässt folglich einen besseren Umgang mit eigenen Emotionen sowie Problemen und längerfristig eine Symptomreduktion erwarten.

Da bei Kindern mit internalisierenden Symptomen die Stressoren nach außen dagegen oft wenig ersichtlich sind (Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation, o. D.), fehlt Eltern vermutlich der Anlass zu EKDC. Damit einhergehend stimmen Eltern und Kinder hinsichtlich der Einschätzung kindlicher internalisierender Symptomatik häufig nicht überein (z. B. Comer & Kendall, 2004). Daher ist es essenziell, Eltern insbesondere hinsichtlich internalisierender Symptome zu sensibilisieren. Lernen Eltern, sozialen Rückzug oder unterschwellige Stressäußerungen als Signal für Unterstützungsbedarf zu erkennen, können sie kindlichen Stress bewusster wahrnehmen und spezifischer darauf eingehen. Vor diesem Hintergrund kommt einem Training, in welchem Kinder lernen, ihren Stress zu kommunizieren (van der Wal et al., 2024), besondere Bedeutung zu. Gelingt es Kindern, ihr Stressempfinden besser mitzuteilen und sind Eltern darin geschult, auch unterschwellige Signale richtig zu

interpretieren, kann positives EKDC bei vordergründig internalisierenden Störungsbildern gezielter ansetzen.

Limitationen

Bei der Interpretation dieser Studienergebnisse sind Limitationen zu berücksichtigen, die zugleich Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsmöglichkeiten bieten. Zunächst ist die kleine Stichprobe als limitierender Faktor zu nennen. Die konservative Fallzahlplanung dieser Studie unter Annahme einer multiplen linearen Regression ergab ein angestrebtes $N = 43$, welches mit dem vorliegenden finalen Datensatz nicht erreicht wurde. Das wiederholte Studiendesign dieser Untersuchung trägt zwar zur statistischen Power bei, dennoch fiel diese aufgrund fehlender Erhebungspunkte vermutlich zu gering aus. Die deutlich eingeschränkte Präzision wird auch in den breiten Konfidenzintervallen der Multilevel-Modelle ersichtlich. Somit erreichte die vorliegende Untersuchung wahrscheinlich eine zu geringe Power, um die angenommenen Effekte anhand dieser Daten aufzeigen zu können. Die kleine Stichprobengröße limitierte außerdem die methodischen Möglichkeiten zur Überprüfung der Plausibilität des PY-DCI, wodurch die Faktorenstruktur des PY-DCI nicht anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse geprüft werden konnte. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind somit als vorläufig zu betrachten. Auch für die weiteren Analysen mussten aufgrund der kleinen Stichprobe methodische Kompromisse eingegangen werden. So konnte für die Multilevel-Modelle lediglich ein Minimalmodell angewandt werden, welches keine Modellierung von Veränderungen innerhalb der Personen und keine Modellierung der zeitlichen Verläufe zuließ. Da die eingesetzten Modelle vorangegangene Symptome nicht berücksichtigten, kommt erschwerend hinzu, dass kausale Rückschlüsse auf EKDC trotz des längsschnittlichen Designs schwierig sind. Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge wären nur im Rahmen von experimentellen Studien belegbar. Längsschnittstudien an großen Stichproben, die den kindlichen Entwicklungsverlauf von der Geburt bis ins Jugendalter abbilden, könnten zumindest mehr Aufschluss darüber geben, inwieweit eine kausale Beziehung zwischen EKDC und kindlicher psychischer Gesundheit plausibel wäre. Solche groß angelegten Studien ließen zudem eine ausreichende statistische Power erwarten und ermöglichten eine adäquatere statistische Modellierung der Realität.

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt betrifft die Art der Datenerhebung. Da die Studienergebnisse ausschließlich auf der Sicht der Eltern beruhen, konnten die Perspektiven der betroffenen Kinder und Jugendlichen hinsichtlich der Einschätzung ihrer Symptome, des EKDC und der Beziehungsqualität nicht berücksichtigt werden. Dies stellt besonders im Jugendalter eine Einschränkung dar, da Jugendliche im Zuge der Autonomieentwicklung

oftmals nicht alle Gedanken mit ihren Eltern teilen und Geheimnisse vor ihren Eltern haben (Finkenauer et al., 2002). Wie bereits diskutiert, besteht zudem nur begrenzte Einsicht in das kindliche Befinden, wenn Kinder primär internalisierende Symptome aufweisen (z. B. Comer & Kendall, 2004). Generell stimmen Symptomeinschätzungen verschiedener Informant*innen häufig nicht überein, weswegen es sinnvoll ist, Einschätzungen hinsichtlich Symptomausprägungen von unterschiedlichen Personen heranzuziehen (A. L. Murray et al., 2022), was in zukünftigen Studien zu EKDC berücksichtigt werden sollte.

Weitere Einschränkungen dieser Untersuchung ergeben sich aus der Operationalisierung der Studienvariablen. Die kindlichen Symptome wurden lediglich in breit gefasste Symptomcluster unterteilt, also externalisierende sowie internalisierende Symptome, welche diagnoseunspezifisch sind und die Aussagekraft hinsichtlich konkreter Störungsbilder begrenzen. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse erscheint es für künftige Forschungsarbeiten relevant, den Einfluss von EKDC differenziert auf spezifische Störungsbilder zu untersuchen. Dies sollte insbesondere Störungen mit vordergründig externalisierenden Symptomen umfassen, wie etwa AD(H)S, Störungen des Sozialverhaltens (Heinrichs & Lohaus, 2020) oder Impulskontrollstörungen (American Psychiatric Association, 2013).

Schließlich resultiert ein limitierender Faktor dieser Arbeit daraus, dass bedeutende Aspekte unberücksichtigt blieben, welche die Zusammenhänge zwischen EKDC und kindlicher Symptomatik neben den aufgenommenen Prädiktoren ebenfalls beeinflussen könnten. Für den kindlichen Gesundheitsverlauf sind beispielsweise elterliche Involviertheit während der Behandlung (Dowell & Ogles, 2010; Friedrich et al., 2026), der sozioökonomische Status (Reiss, 2013), das familiäre Umfeld (Repetti et al., 2002) oder länderspezifische Unterschiede in der Behandlung (Kieling et al., 2011) relevant und sollten zukünftig in Form von Kontrollvariablen berücksichtigt werden. Darüber hinaus stellt die breite Altersspanne der kindlichen Stichprobe von 7 bis 20 Jahren eine Einschränkung dar. Zwar wurde für Alter des Kindes statistisch kontrolliert, allerdings wird dieses Vorgehen der entwicklungspsychologischen Realität nicht vollends gerecht. Beispielsweise manifestieren sich psychische Störungen abhängig vom Kindesalter unterschiedlich (Cicchetti & Cohen, 2006) und die Beziehung zu den Eltern verändert sich über das kindliche Alter hinweg (De Goede et al., 2009). Weitere Forschung zu EKDC sollte den Fokus deshalb auf engere Alterskohorten legen.

Konklusion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Bedeutung von dyadischem Coping im Eltern-Kind-Kontext (EKDC) bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im Anschluss an eine stationär-psychiatrische Behandlung zu untersuchen. Nach Plausibilitätsprüfung des Messinstruments zur Erhebung von EKDC (PY-DCI) stand die Frage im Zentrum dieser längsschnittlichen Untersuchung, inwiefern positives und negatives EKDC den Verlauf externalisierender und internalisierender Symptome in einer klinischen Stichprobe vorhersagen. Die Befunde unterstreichen die Relevanz von positivem EKDC als Ressource für Kinder mit psychischen Störungen, mit relevanten Unterschieden nach Symptomatik. Positives EKDC sagte Reduktionen internalisierender Symptome und bedingt auch externalisierender Symptome drei Monate später vorher. Negatives EKDC erwies sich nicht als prädiktiv für Symptomverläufe. Durch den interaktionalen Charakter externalisierender Symptome kann EKDC mithilfe elterlichen Verhaltens an der Wurzel dysfunktionaler Dynamiken ansetzen und kindliche Selbstregulation fördern. Bei internalisierenden Symptomen, die sich vordergründig nach innen richten und für Eltern schwerer zu erkennen sind, fielen die Effekte weniger stark aus, was die Notwendigkeit elterlicher Psychoedukation hinsichtlich kindlicher Stresssignale hervorhebt. Entgegen der ursprünglichen Annahme moderierte die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung die Wirkung von EKDC nicht. Die inhaltliche Ähnlichkeit dieser zwei Konstrukte sowie die Analyseergebnisse deuten darauf hin, dass eine gute Eltern-Kind-Beziehung die Basis für EKDC darstellt. Elterliches Handeln scheint für die Besserung kindlicher Symptomatik zentral zu sein. Zukünftige Forschung sollte die Validierung des PY-DCI sowie die Replikation der vorliegenden Arbeit an einer größeren, repräsentativen Stichprobe vornehmen und die Sicht der Kinder und Jugendlichen miteinbeziehen.

Zusammenfassend legt diese Arbeit nahe, dass elterliches Verhalten eine entscheidende Rolle im Umgang mit kindlichen psychischen Störungen einnimmt. EKDC erweist sich als vielversprechender Ansatzpunkt, um kindliche externalisierende und internalisierende Symptome im Anschluss an eine initiale Behandlung nachhaltig zu verbessern.

Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*(8), 647–656. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Asbrand, J., Christiansen, H., Dippel, N., Hirsch, O., & Zemp, M. (2022). *Upside down– Children and adolescents report about ups and downs in everyday life.* [Preregistration]. AsPredicted. https://aspredicted.org/tw7v4.pdf

Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(2), 198–212. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0092-5

Berla, N., Peisch, V., Thacher, A., Pearlstein, J., Dowdle, C., Geraghty, S., & Cosgrove, V. (2022). All in the family: How parental criticism impacts depressive symptoms in youth. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *50*(1), 27–35. https://doi.org/10.1007/s10802-021-00809-w

Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, *70*(1), 104–114. https://doi.org/10.1037/h0087711

Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology, 54*(1), 34–49.

Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar: Test manual.* Huber.

Bodenmann, G., Falconier, M. K., & Randall, A. K. (2019). *Dyadic coping: A collection of recent studies.* Frontiers Media SA. https://doi.org/10.3389/978-2-88963-031-8

Bodenmann, G., Randall, A. K., & Falconier, M. K. (2016). Coping in couples: The Systemic Transactional Model (STM). In M. K. Falconier, A. K. Randall & G. Bodenmann (Hrsg.), *Couples coping with stress: A cross-cultural perspective* (S. 5–22). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315644394-2

Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, *53*(5), 477–484. https://doi.org/10.1111/j.0197-6664.2004.00056.x

Bortz, J., & Schuster, C. (2011). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe* (7. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss.* Hogarth Press.

Boyd, A., Van De Velde, S., Vilagut, G., De Graaf, R., O′Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., & Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 245–254. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002

Breaux, R., Lewis, J., Cash, A. R., Shroff, D. M., Burkhouse, K. L., & Kujawa, A. (2022). Parent emotion socialization and positive emotions in child and adolescent clinical samples: A systematic review and call to action. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *25*(1), 204–221. https://doi.org/10.1007/s10567-022-00388-2

Brumariu, L. E., Nair, T. K., Waslin, S. M., Rodrigues, G. A., Moore, M. T., & Kerns, K. A. (2025). Parental emotion socialization and internalizing problems in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Development and Psychopathology*, *37*(5), 2806–2826. https://doi.org/10.1017/S095457942510059X

Cardamone-Breen, M. C., Jorm, A. F., Lawrence, K. A., Mackinnon, A. J., & Yap, M. B. H. (2017). The Parenting to Reduce Adolescent Depression and Anxiety Scale: Assessing parental concordance with parenting guidelines for the prevention of adolescent depression and anxiety disorders. *PeerJ*, *5*, Artikel e3825. https://doi.org/10.7717/peerj.3825

Chen, E., Brody, G. H., & Miller, G. E. (2017). Childhood close family relationships and health. *American Psychologist*, *72*(6), 555–566. https://doi.org/10.1037/amp0000067

Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(7), 694. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology. Volume three: Risk, disorder, and adaptation*. Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470939406

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Routledge.

Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent–child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(7), 878–886. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000125092.35109.c5

Corriveau, K. H., Harris, P. L., Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Elliott, L., Liddle, B., Hearn, A., Vittorini, L., & De Rosnay, M. (2009). Young children's trust in their mother's claims: Longitudinal links with attachment security in infancy. *Child Development*, *80*(3), 750–761. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01295.x

Cox, M. J., & Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(5), 193–196. https://doi.org/10.1111/1467-8721.01259

Cyr, M., Pasalich, D. S., McMahon, R. J., & Spieker, S. J. (2014). The longitudinal link between parenting and child aggression: The moderating effect of attachment security. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*(5), 555–564. https://doi.org/10.1007/s10578-013-0424-4

Davis, S., Votruba-Drzal, E., & Silk, J. S. (2015). Trajectories of internalizing symptoms from early childhood to adolescence: Associations with temperament and parenting. *Social Development*, *24*(3), 501–520. https://doi.org/10.1111/sode.12105

De Goede, I. H. A., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(1), 75–88. https://doi.org/10.1007/s10964-008-9286-7

Dickson, S. J., Oar, E. L., Kangas, M., Johnco, C. J., Lavell, C. H., Seaton, A. H., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2024). A systematic review and meta-analysis of impairment and quality of life in children and adolescents with anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *27*(2), 342–356. https://doi.org/10.1007/s10567-024-00484-5

Dippel, N., Christiansen, H., Zemp, M., Baumann, A., Fabsits, S., Hirsch, O., Otto, K., Pranjic, C., Reiners, J., & Asbrand, J. (2025). *Validation of a screening questionnaire for psychopathology in children and adolescents: The German Pediatric Symptom Checklist (PSC-D)* [Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht].

Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*(2), 151–162. https://doi.org/10.1080/15374410903532585

Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(8), 1311–1324. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9764-6

Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, *137*(1), 19–46. https://doi.org/10.1037/a0021367

Edgcomb, J. B., Sorter, M., Lorberg, B., & Zima, B. T. (2020). Psychiatric readmission of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*, *71*(3), 269–279. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900234

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, *9*(4), 241–273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1

Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage & Family Review*, *34*(3–4), 285–310. https://doi.org/10.1300/J002v34n03_05

Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *42*, 28–46. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002

Falconier, M. K., & Kuhn, R. (2019). Dyadic coping in couples: A conceptual integration and a review of the empirical literature. *Frontiers in Psychology*, *10*, Artikel 571. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00571

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(5), 532–538. https://doi.org/10.1037/a0015808

Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J. J. (2016). Emotion regulation: A transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy and Research*, *40*(3), 426–440. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9772-2

Finch, W. H., Bolin, J. E., & Kelley, K. (2024). *Multilevel modeling using R* (3. Aufl.). Chapman and Hall/CRC. https://doi.org/10.1201/b23166

Fingerman, K. L., Cheng, Y. P., Tighe, L., Birditt, K. S., & Zarit, S. (2012). Relationships between young adults and their parents. In A. Booth, S. Brown, N. Landale, W. Manning & S. McHale (Hrsg.), *Early adulthood in a family context* (S. 59–85). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1436-0_5

Finkenauer, C., Engels, R. C. M. E., & Meeus, W. (2002). Keeping secrets from parents: Advantages and disadvantages of secrecy in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *31*(2), 123–136. https://doi.org/10.1023/A:1014069926507

Finsaas, M. C., Kessel, E. M., Dougherty, L. R., Bufferd, S. J., Danzig, A. P., Davila, J., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2020). Early childhood psychopathology prospectively predicts social functioning in early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *49*(3), 353–364. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1504298

Fish, L. S. (2000). Hierarchical relationships development: Parents and children. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*(4), 501–510. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00319.x

Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent–child emotion narratives. *Sex Roles*, *42*(3–4), 233–253. https://doi.org/10.1023/A:1007091207068

Fontaine, R. G., Yang, C., Burks, V. S., Dodge, K. A., Price, J. M., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2009). Loneliness as a partial mediator of the relation between low social preference in childhood and anxious/depressed symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*, *21*(2), 479–491. https://doi.org/10.1017/S0954579409000261

Fontanella, C. A. (2008). The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(2), 187–198. https://doi.org/10.1037/a0012557

Forbes, D. O., Lee, M., & Lakeman, R. (2021). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*, *58*(1), 50–67. https://doi.org/10.1037/pst0000341

Friedrich, A.-S. E., Siegel, M., Busch, J., Radosavljevic, M., Bodenmann, G., & Zemp, M. (2026). The role of the family in youth psychiatric readmission: A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00787-026-03062-y

Friedrich, A.-S. E., & Zemp, M. (2025). *Youth mental health recovery in the family after inpatient stay – Study protocol for the longitudinal mixed-methods ReCoVer study* [Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht].

Galliher, R. V., Rostosky, S. S., Welsh, D. P., & Kawaguchi, M. C. (1999). Power and psychological well-being in late adolescent romantic relationships. *Sex Roles*, *40*(9–10), 689–710. https://doi.org/10.1023/A:1018804617443

Hartup, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, *44*(2), 120–126.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(3), 629–642. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y

Heinrichs, N., & Lohaus, A. (2020). *Klinische Entwicklungspsychologie kompakt: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl.). Beltz.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *57*(7), 807–819. https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3

Hooper, L. M., DeCoster, J., White, N., & Voltz, M. L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(10), 1028–1043. https://doi.org/10.1002/jclp.20807

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Iacobucci, D., Schneider, M. J., Popovich, D. L., & Bakamitsos, G. A. (2016). Mean centering helps alleviate "micro" but not "macro" multicollinearity. *Behavior Research Methods*, *48*(4), 1308–1317. https://doi.org/10.3758/s13428-015-0624-x

JASP Team. (2025). *JASP* (Version 0.95.3) [Computer software]. https://jasp-stats.org

Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S., & Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics, 112*(2), 201–209. https://doi.org/10.1016/s0022-3476(88)80056-8

Johnson, A. M., Hawes, D. J., Eisenberg, N., Kohlhoff, J., & Dudeney, J. (2017). Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *54*, 65–80. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.001

Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L., & Robbins, D. C. (2013). Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy. *Journal of Family Psychology*, *27*(5), 722–730. https://doi.org/10.1037/a0034006

Jordan, S., Watkins, A., Storey, M., Allen, S. J., Brooks, C. J., Garaiova, I., Heaven, M. L., Jones, R., Plummer, S. F., Russell, I. T., Thornton, C. A., & Morgan, G. (2013). Volunteer bias in recruitment, retention, and blood sample donation in a randomised controlled trial involving mothers and their children at six months and two years: A longitudinal analysis. *PLoS ONE*, *8*(7), Artikel e67912. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067912

Kagan, E. R., Frank, H. E., & Kendall, P. C. (2018). Accommodation in youths' mental health: Evidence and issues. *Current Directions in Psychological Science*, *27*(4), 227–231. https://doi.org/10.1177/0963721417745889

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, *378*(9801), 1515–1525. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1

Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., Cost, K. T., Courtney, D. B., Georgiades, K., Merikangas, K. R., Henderson, J. L., Polanczyk, G. V., Rohde, L. A., Salum, G. A., & Szatmari, P. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: Evidence from the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*, *81*(4), 347-356. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2. Aufl.). The Guilford Press.

Kolenikov, S., & Bollen, K. A. (2012). Testing negative error variances: Is a Heywood case a symptom of misspecification? *Sociological Methods & Research*, *41*(1), 124–167. https://doi.org/10.1177/0049124112442138

Landolt, S. A., Weitkamp, K., Roth, M., Sisson, N. M., & Bodenmann, G. (2023). Dyadic coping and mental health in couples: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *106*, Artikel 102344. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102344

Larsson, M., Sundler, A. J., Ekebergh, M., & Björk, M. (2015). Altering the parenting role: Parents' experience of supporting the health and well-being of their adolescent girls.

Child & Youth Care Forum, 44(3), 419–432. https://doi.org/10.1007/s10566-014-9287-5

Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., Scahill, L., Chakir, A. R., Shechner, T., Hermes, H., Vitulano, L. A., King, R. A., & Leckman, J. F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *30*(1), 47–54. https://doi.org/10.1002/da.21998

Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. (o. D.). *Was sind "internalisierende" Probleme?* InSel. Abgerufen am 4. April 2026, von https://www.projekt-insel.de/de/informationen-fuer-eltern/informationen-zu-internalisierenden-problemen

Leiner, D. J. (2025). *SoSci Survey* (Version 3.7.06) [Software]. SoSci Survey GmbH. https://www.soscisurvey.de

Lippold, M. A., Jensen, M., Chase, G. E., Wyman, K., Jenkins, M. R., Mohanty, S., & Bodenmann, G. (2024). Parent strategies to help emerging adults manage stress are associated with their mental health: A dyadic coping perspective. *Family Process*, *63*(4), 1964–1981. https://doi.org/10.1111/famp.12991

Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling.* The Guilford Press.

Mathijssen, J. J. J. P., Koot, H. M., Verhulst, F. C., De Bruyn, E. E. J., & Oud, J. H. L. (1998). The relationship between mutual family relations and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(4), 477–487. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00344

McClelland, G. H., & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, *114*(2), 376–390. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.376

McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 986–1003. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.03.001

McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 155–172. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002

Mehl, M. R., & Conner, T. S. (2012). *Handbook of research methods for studying daily life*. Guilford Press.

Meuwly, N., Bodenmann, G., Germann, J., Bradbury, T. N., Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2012). Dyadic coping, insecure attachment, and cortisol stress recovery following

experimentally induced stress. *Journal of Family Psychology*, *26*(6), 937–947. https://doi.org/10.1037/a0030356

Meyer, D., & Sledge, R. (2022). The relationship between conflict topics and romantic relationship dynamics. *Journal of Family Issues*, *43*(2), 306–323. https://doi.org/10.1177/0192513X21993856

Michael, C., Gard, A. M., Tillem, S., Hardi, F. A., Dunn, E. C., Smith, A. D. A. C., McLoyd, V. C., Brooks-Gunn, J., Mitchell, C., Monk, C. S., & Hyde, L. W. (2024). Developmental timing of associations among parenting, brain architecture, and mental health. *JAMA Pediatrics, 178*(12), 1326–1336. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4376

Moosbrugger, H., Schermelleh-Engel, K., & Kelava, A. (2012). Exploratorische (EFA) und Konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA). In H. Moosbrugger & A. Kelava *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 325–343). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-20072-4_13

Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houltberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, *11*(4), 233–238. https://doi.org/10.1111/cdep.12238

Morsbach, S. K., & Prinz, R. J. (2006). Understanding and improving the validity of self-report of parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *9*(1), 1–21. https://doi.org/10.1007/s10567-006-0001-5

Müller, J. M., & Achtergarde, S. (2018). Der Multiperspektivische Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung (MEK). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *67*(5), 481–498. https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.5.481

Murray, A. L., Nivette, A., Obsuth, I., Hafetz Mirman, J., Mirman, D., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2022). Gender differences in cross-informant discrepancies in aggressive and prosocial behavior: A latent difference score analysis. *Psychological Assessment*, *34*(5), 409–418. https://doi.org/10.1037/pas0001091

Murray, D. W., Rosanbalm, K., Christopoulos, C., & Meyer, A. L. (2019). An applied contextual model for promoting self-regulation enactment across development: Implications for prevention, public health and future research. *The Journal of Primary Prevention*, *40*(4), 367–403. https://doi.org/10.1007/s10935-019-00556-1

Murray, K. W., Dwyer, K. M., Rubin, K. H., Knighton-Wisor, S., & Booth-LaForce, C. (2014). Parent–child relationships, parental psychological control, and aggression:

Maternal and paternal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*(8), 1361–1373. https://doi.org/10.1007/s10964-013-0019-1

Nalbant, K., Kalayci, B. M., & Akdemir, D. (2020). Attachment security and perceived expressed emotion in adolescents with anorexia nervosa. *Turkish Journal of Psychiatry, 31*(1), 22-30. https://doi.org/10.5080/u23602

Nap-van der Vlist, M. M., van der Wal, R. C., Grosfeld, E., van de Putte, E. M., Dalmeijer, G. W., Grootenhuis, M. A., van der Ent, C. K., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Swart, J. F., Bodenmann, G., Finkenauer, C., & Nijhof, S. L. (2021). Parent-child dyadic coping and quality of life in chronically diseased children. *Frontiers in Psychology*, *12*, Artikel 701540. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701540

Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(2), 119–133. https://doi.org/10.1023/A:1005166629744

Pasalich, D. S., Waschbusch, D. A., Dadds, M. R., & Hawes, D. J. (2014). Emotion socialization style in parents of children with callous–unemotional traits. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*(2), 229–242. https://doi.org/10.1007/s10578-013-0395-5

Patterson, G. R. (1984). A social learning approach, vol. 3: Coercive family process. *Behavior Therapy, 15*(1), 121–127. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80046-5

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*(2), 329–335. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.329

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, *53*(7), 613–640. https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761

Posit Team. (2026). *RStudio: Integrated development environment for R* [Computer software]. https://.posit.co

Power, T. G. (2004). Stress and coping in childhood: The parents' role. *Parenting*, *4*(4), 271–317. https://doi.org/10.1207/s15327922par0404_1

Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review, 29*(2), 105–115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.004

Ranieri, S., Ferrari, L., Parise, M., Pagani, A. F., Donato, S., Regalia, C., Lanz, M., Iafrate, R., & Rosnati, R. (2024). Parents' dyadic coping, parent–child relationship quality, and

children's emotional difficulties during the COVID-19 pandemic. *Child & Family Social Work*, *29*(4), 939–947. https://doi.org/10.1111/cfs.13145

Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(6), 623–647. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0930-6

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, *90*, 24–31. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026

Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, *128*(2), 330–366. https://doi.org/10.1037/00332909.128.2.330

Rogers, P. (2024). Best practices for your confirmatory factor analysis: A JASP and lavaan tutorial. *Behavior Research Methods*, *56*(7), 6634–6654. https://doi.org/10.3758/s13428-024-02375-7

Rogol, A. D., Roemmich, J. N., & Clark, P. A. (2002). Growth at puberty. *Journal of Adolescent Health, 31*(6), 192–200. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00485-8

Rothwell, J. T., & Davoodi, T. (2024). Parent-child relationship quality predicts higher subjective well-being in adulthood across a diverse group of countries. *Communications Psychology, 2*(1), 110–116. https://doi.org/10.1038/s44271-024-00161-x

Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology*, *34*(5), 486–495. https://doi.org/10.1037/hea0000218

Schielzeth, H., Dingemanse, N. J., Nakagawa, S., Westneat, D. F., Allegue, H., Teplitsky, C., Réale, D., Dochtermann, N. A., Garamszegi, L. Z., & Araya-Ajoy, Y. G. (2020). Robustness of linear mixed-effects models to violations of distributional assumptions. *Methods in Ecology and Evolution*, *11*(9), 1141–1152. https://doi.org/10.1111/2041-210X.13434

Schmidt-Atzert, L., Krumm, S., & Amelang, M. (2021). *Psychologische Diagnostik* (6. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61643-7

Schön, S.-M., & Daseking, M. (2024). Externalisierendes Problemverhalten mit Freund:innen im Jugendalter: Welche Rolle spielen Faktoren der emotionalen Unbeteiligtheit? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *67*(4), 392–399. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03850-4

Schütte, S., Lohaus, A., Symanzik, T., Heinrichs, N., Konrad, K., & Reindl, V. (2023). Longitudinal associations between parenting and child behaviour problems and the moderating effect of child callous unemotional traits in foster and biological families. *Child Psychiatry & Human Development*, *54*(5), 1274–1286. https://doi.org/10.1007/s10578-022-01324-9

Shaffer, A., Suveg, C., Thomassin, K., & Bradbury, L. L. (2012). Emotion socialization in the context of family risks: Links to child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(6), 917–924. https://doi.org/10.1007/s10826-011-9551-3

Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(6), 563–573.e1. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017

Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(1), 36–43. https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00014

Skinner, A. T., Gurdal, S., Chang, L., Oburu, P., & Tapanya, S. (2022). Dyadic coping, parental warmth, and adolescent externalizing behavior in four countries. *Journal of Family Issues*, *43*(1), 237–258. https://doi.org/10.1177/0192513X21993851

Simmons, S., Noble, C., Arquette, K., & Thompson, A. D. (2023). Bridging the gap: Impact of dedicated post-discharge services on readmission rates and emergency department visits for psychiatrically hospitalized youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *28*(4), 1257–1265. https://doi.org/10.1177/13591045221125634

Stapley, E., Midgley, N., & Target, M. (2016). The experience of being the parent of an adolescent with a diagnosis of depression. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(2), 618–630. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0237-0

Stoffel, M. A., Nakagawa, S., & Schielzeth, H. (2026). *Using partR2.* The Comprehensive R Archive Network. https://cran.r-project.org/web/packages/partR2/vignettes/Using_partR2.html

Sun, Y., Cheah, C. S. L., & Hart, C. H. (2024). Parent-child relationship buffers the impact of maternal psychological control on aggression in temperamentally surgent children. *Social Development*, *33*(2), Artikel e12722. https://doi.org/10.1111/sode.12722

Swart, T. T., Davids, E. L., & De Vries, P. J. (2023). "A turn in the road, but still a rough journey" - Parent and child perspectives of outcomes after pre-adolescent inpatient psychiatric admission. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *17*(1), Artikel 103. https://doi.org/10.1186/s13034-023-00649-0

Tougas, A.-M., Rassy, J., Frenette-Bergeron, É., & Marcil, K. (2019). "Lost in transition": A systematic mixed studies review of problems and needs associated with school reintegration after psychiatric hospitalization. *School Mental Health*, *11*(4), 629–649. https://doi.org/10.1007/s12310-019-09323-3

Traa, M. J., de Vries, J., Bodenmann, G., & den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, *20*(1), 85–114. https://doi.org/10.1111/bjhp.12094

Tung, I., Li, J. J., & Lee, S. S. (2012). Child sex moderates the association between negative parenting and childhood conduct problems. *Aggressive Behavior*, *38*(3), 239–251. https://doi.org/10.1002/ab.21423

Turney, K. (2013). Perceived instrumental support and children's health across the early life course: Social determinants of child health. *Social Science & Medicine*, *95*, 34–42. https://.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.017

van der Wal, R. C., Nijhof, S. L., Leisten, L. M., van de Putte, E. M., van der Ent, C. K., Hindriks-Keegstra, A. W., Bodenmann, G., Finkenauer, C., & Nap-van der Vlist, M. M. (2024). A dyadic perspective on parent-child dyadic coping in children with a chronic condition. *Journal of Psychosomatic Research*, *181*, 111668. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111668

Van Petegem, S., Vansteenkiste, M., & Beyers, W. (2013). The jingle-jangle fallacy in adolescent autonomy in the family: In search of an underlying structure. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*(7), 994–1014. https://doi.org/10.1007/s10964-012-9847-7

Van Voorhees, B. W., Paunesku, D., Kuwabara, S. A., Basu, A., Gollan, J., Hankin, B. L., Melkonian, S., & Reinecke, M. (2008). Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *42*(6), 605–616. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.135

Vermaire, J. H., Van Loveren, C., Poorterman, J. H. G., & Hoogstraten, J. (2011). Non-participation in a randomized controlled trial: The effect on clinical and non-clinical variables. *Caries Research*, *45*(3), 269–274. https://doi.org/10.1159/000325742

Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L., & Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: A nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(12), 1483–1499. https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6

Walsh, F. (2016). A family developmental framework: Challenges and resilience across the life cycle. In T. L. Sexton & J. Lebow (Hrsg.) *Handbook of family therapy* (S. 30–47). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203123584-3

Xu, T., & Ren, J. (2025). Parent–child relationships, parental control, and adolescent mental health: An empirical study based on CEPS 2013–2014 survey data. *Behavioral Sciences*, *15*(1), Artikel 52. https://doi.org/10.3390/bs15010052

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *156*, 8–23. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007

Zhang, C., Huang, C., Zhang, C., Wu, W., Huang, Z., Xia, X., Liu, S., Wang, C., Luo, Q., & Fan, L. (2025). The moderating role of parent–child interaction in the relationship between maltreatment and psychological well-being among preschool children. *Frontiers in Psychology*, *15*, Artikel 1471723. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1471723

Zhang, X., Gatzke-Kopp, L. M., Fosco, G. M., & Bierman, K. L. (2020). Parental support of self-regulation among children at risk for externalizing symptoms: Developmental trajectories of physiological regulation and behavioral adjustment. *Developmental Psychology*, *56*(3), 528–540. https://doi.org/10.1037/dev0000794

Zhu, X., Deng, C., & Bai, W. (2023). Parental control and adolescent internet addiction: The moderating effect of parent-child relationships. *Frontiers in Public Health*, *11*, Artikel 1190534. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1190534

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. In D. Cicchetti (Hrsg.), *Developmental psychopathology* (S. 1–61). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy410

Anhang

Anhang A: Abstracts

Anhang A1: Abstract (Deutsch)

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sind starken Belastungen ausgesetzt. Eine bislang wenig beforschte Form der Stressbewältigung stellt dyadisches Coping im Eltern-Kind-Kontext (EKDC) dar. Diese Untersuchung überprüfte einen Fragebogen zur Erfassung von EKDC (PY-DCI) und dessen Vorhersagekraft hinsichtlich kindlicher externalisierender und internalisierender Symptomatik im Anschluss an eine stationär-psychiatrische Behandlung. Insgesamt nahmen N = 34 Elternteile an der online erhobenen Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten über sechs Monate teil. Die Ergebnisse unterstützen die Skalenstruktur des PY-DCI mit den Subskalen positives EKDC und negatives EKDC. Positives EKDC konnte internalisierende Symptome und bedingt externalisierende Symptome zum nächsten Messzeitpunkt vorhersagen. Negatives EKDC konnte kindliche Symptomatik nicht darüber hinaus vorhersagen. Die Vorhersagekraft von positivem EKDC fiel bei externalisierenden Symptomen stärker aus als bei internalisierenden Symptomen. Entgegen den Annahmen moderierte die Eltern-Kind-Beziehung den Zusammenhang zwischen EKDC und kindlicher Symptomatik nicht. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz von positivem EKDC für Verläufe kindlicher psychischer Gesundheit. Verschieden starke Zusammenhänge zeigen möglicherweise Unterschiede in der Eltern-Kind-Interaktion bei internalisierenden und externalisierenden Problemen auf. Zukünftige Studien sollten die Ergebnisse anhand einer größeren, repräsentativen Stichprobe unter Einbezug der kindlichen Perspektive replizieren und das PY-DCI validieren.

Schlüsselwörter: Eltern-Kind-dyadisches Coping, PY-DCI, externalisierende Symptome, internalisierende Symptome, Eltern-Kind-Beziehung

Anhang A2: Abstract (Englisch)

Children and adolescents with mental health disorders are exposed to extreme stress. Dyadic coping in the parent-child context (EKDC) is an under-researched form of stress management. This study investigated the validity of the EKDC questionnaire (PY-DCI) and the predictive power of EKDC regarding children's externalizing and internalizing symptoms. A differentiated EKDC analysis compared effect sizes for externalizing versus internalizing symptoms, alongside the parent-child relationship. A total of N = 34 parents of children and adolescents following an inpatient psychiatric stay took part in the online longitudinal study involving three data collection points. The results confirm the factor structure of the PY-DCI with the subscales positive EKDC and negative EKDC. Positive EKDC was able to predict internalizing symptoms and, to a limited extent, externalizing symptoms at the next measurement point. Negative EKDC was unable to predict child symptoms. The predictive power of positive EKDC was stronger for externalizing than for internalizing symptoms. Contrary to expectations, the parent-child relationship did not moderate the association between EKDC and child symptoms. The results highlight the relevance of positive EKDC for long-term child mental health. The fact that externalizing disorders are often rooted in interactions is suggested as a possible explanation for a stronger effect. Future studies should replicate the findings using a larger, representative sample that incorporates the child's perspective and validates the PY-DCI.

Keywords: parent-child dyadic coping, PY-DCI, externalizing symptoms, internalizing symptoms, parent-child relationship

Anhang B: Ergänzende Tabelle

Tabelle B1

Effektschätzer mit 95% Konfidenzintervallen, Standardfehlern und p-*Werten der Multilevel-Modelle zur Vorhersage kindlicher Symptomatik (PY-DCI ohne Item 10)*

Variable	*b*	95% CI	*SE*	*p*
Externalisierende Symptome				
Intercept	2.64	[1.08, 4.20]	0.77	.002
Pos. EKDC	-0.27	[-0.59, 0.05]	0.16	.103
Neg. EKDC	0.02	[-0.19, 0.25]	0.11	.826
Alter des Kindes	< -0.01	[-0.05, 0.04]	0.02	.889
Geschlecht des Kindes [a]	0.13	[-0.20, 0.45]	0.16	.424
Internalisierende Symptome				
Intercept	2.22	[0.63, 3.81]	0.79	.008
Pos. EKDC	-0.22	[-0.55, 0.10]	0.16	.179
Neg. EKDC	-0.05	[-0.28, 0.17]	0.11	.636
Alter des Kindes	0.09	[0.05, 0.13]	0.02	< .001
Geschlecht des Kindes [a]	-0.31	[-0.62, 0.02]	0.15	.059

Anmerkung. *b* = unstandardisierter Beta-Koeffizient als Effektschätzer; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; *SE* = Standardfehler des unstandardisierten Beta-Koeffizienten. *N* = 34.

[a] 0 = weiblich, 1 = männlich.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 29

Tabelle 2 30

Tabelle 3 31

Tabelle 4 33

Tabelle 5 35

Tabelle B1 67