

„Halt' mal still, damit ich dich umarmen kann“ - Bindungsverhalten und  
das Aufmerksamkeits-(Hyperaktivitäts-)Defizit-Syndrom

## Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Philosophie  
am Fachbereich 1  
der Universität Koblenz-Landau  
vorgelegt am 20.07.2016  
von Regina Fuhrmann

Erstgutachterin: PD Dr. Martina Endepohls-Ulpe

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Claudia Quaiser-Pohl

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
Einleitung.....	6
<b>I Theoretischer Teil.....</b>	<b>6</b>
1. Bindung.....	6
1.1 Bindungs-Begriff.....	6
1.2 Bindungstheorie und Bindungsforschung.....	6
1.3 Ursprung und Weiterentwicklung der Bindungstheorie.....	7
1.3.1 Bindungsforschung und das Lakatos-Modell.....	12
1.3.2 Das Bronfenbrenner Modell.....	13
1.3.3 Weitere Bindungspersonen im Leben des Kindes.....	16
1.3.4 Eltern-Kind Bindung.....	19
1.3.5 Weitere wichtige Beziehungen innerhalb der Familie.....	24
1.3.6 Wichtige Beziehungen zu Gleichaltrigen.....	28
1.4 Grundlegende Annahmen und Konzepte der Bindungstheorie.....	29
1.4.1 Bindungsentwicklung in Phasen.....	30
1.4.2 Transgenerationalität von Bindung.....	33
1.5 Bindungsqualitäten.....	34
1.5.1 Bindungssicheres Verhalten.....	37
1.5.2 Bindungsunsicher-vermeidendes Verhalten.....	38
1.5.3 Bindungsunsicheres-ambivalentes Verhalten.....	39
1.5.4 Desorganisation der Bindungsmuster.....	40
1.5.5 Verteilung der Bindungsmuster.....	41
1.5.6 Bindungsstärke versus Bindungsqualität.....	42
1.6 Bindung und Deprivation.....	42
1.7 Bindung und psychische Störungen.....	44
1.8 Bindungsstörung als klinische Diagnose.....	45
1.9 Bindung und Psychopathologie der Eltern.....	46
2. ADHS.....	48
2.1 Symptomatik.....	48
2.1.1 F90 Hyperkinetische Störungen.....	50
2.1.2 F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung.....	51
2.1.3 F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.....	51
2.2 Mit HKS durchs Leben.....	52
2.3 Ursachen.....	54
2.3.1 Genetische Einflüsse.....	54
2.3.2 Risikofaktoren.....	56
2.3.3 Erziehungseinflüsse.....	58
2.3.4 Traumatische Erlebnisse.....	60
2.4 Häufigkeit.....	61
2.5 Komorbidität.....	62
2.6 ADHS und Bindung.....	63
3 Therapiekonzepte.....	67
3.1 Medikamentöse Therapie.....	68
3.2 Psychoanalytische Ansätze.....	70
3.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze.....	70

3.4 Psychotherapieforschung bei ADHS.....	71
II Empirischer Teil.....	73
4. Ziele und Fragestellungen.....	73
4.1 Ziele der Studie.....	73
4.2 Fragestellungen .....	74
4.2.1 Fragestellungen zur Auswirkung der Behandlung auf a) die Konzentrationsfähigkeit b) hyperkinetische Symptomatik und c) allgemeine Symptomatik .....	74
4.2.2 Fragestellungen zur Auswirkung der Behandlung auf die Bindungssicherheit.....	76
5. Methode.....	78
5.1 Untersuchungsdesign.....	78
5.2 Stichprobengewinnung und Durchführung.....	80
5.3 Stichprobenbeschreibung.....	81
5.4 Erhebungsinstrumente und Durchführung.....	81
5.4.1 Child Behavior Checklist.....	81
5.4.2 Youth Self-Report.....	82
5.4.3 d'2.....	83
5.4.4 DISYPS-II (ADHS).....	83
5.4.5 Basisdokumentation (BADO).....	84
5.4.6 Bochumer Bindungs-Test.....	85
5.5 Durchführung.....	87
5.5 Bochumer-Bindungs-Test.....	87
5.5.1 Youth Self Report.....	88
5.5.2 DISYPS-II-(ADHS)-S.....	90
5.5.3 Child-Behavior-Checklist.....	90
5.5.4 DISYPS-II-(ADHS)-F.....	92
5.6 Statistische Bearbeitung der Fragestellungen.....	93
6. Ergebnisse.....	93
6.1 Ergebnisse zu den Fragestellungen 1 bis 5.....	93
6.2 Ergebnisse zu den Fragestellungen 6 bis 11.....	132
7. Zusammenfassung und Diskussion.....	145
7.1 Zusammenfassung .....	145
7.1.1 Kritische Anmerkungen zu den Erhebungsmethoden und der Untersuchungsdurchführung..	146
7.1.2 Kritische Anmerkungen zur Untersuchungsdurchführung.....	148
7.2 Zusammenfassung und Kurzdiskussionen über die Befunde zu den einzelnen Fragestellungen .....	149
7.2.1 Der Faktor 'Zeit'.....	149
7.2.2 Diskussion der Ergebnisse zur Veränderung der Konzentration, der hyperkinetischen und der allgemeinen Symptomatik.....	150
7.2.3 Diskussion der Ergebnisse zur Bindungssicherheit.....	157
7.3 Gesamtdiskussion.....	160
7.3.1 Ausblick.....	161
8. Literaturverzeichnis .....	163
9. Anhang .....	215
9.1 Fragebögen.....	215

9.1.1 D'2.....	215
9.1.2 YSR.....	217
9.1.3 CBCL.....	219
9.1.4 DISYPS-II-(ADHS)-Selbstbeobachtung.....	221
9.1.5 DISYPS-II-(ADHS)-Fremdbeobachtung.....	222
9.1.6 Psychopathologischer Befundahmebefund nicht untersucht .....	223
9.1.7 Bindungs-Test.....	224
9.2 Abbildungen.....	248
9.3 Tabellenverzeichnis.....	265
9.4 Abbildungsverzeichnis.....	268
Lebenslauf .....	272
Eidesstattliche Erklärung .....	274

## **Zusammenfassung**

In der vorliegenden Studie wurden Kinder im Alter zwischen 7 und 14 Jahren erfasst, die aufgrund eines AD(H)S in tagesklinischer Behandlung waren. Es wurde untersucht, ob die Symptomatik der Kinder sich im Zeitraum der Behandlung verbesserte, zusätzlich wurde der Einfluss mehrerer Faktoren überprüft. Aufgrund organisatorischer Gründe in der Klinik war es nicht möglich eine Kontrollgruppe zu bilden. Es ist somit nicht möglich, die gefundenen Verbesserungen auf die Behandlung zurückzuführen. In dieser Arbeit sollte beleuchtet werden, welche Faktoren einen Beitrag zum Therapieerfolg leisten und ob eine Linderung der hyperkinetischen Symptomatik auch zu einer Stabilisierung des Bindungsverhaltens führte. Das Geschlecht der Kinder, ihr Alter, ihre Intelligenz, psychische Erkrankungen der Kindseltern sowie der Bildungsgrad der Kindseltern wurden näher betrachtet. Untersucht wurden die Konzentrationsfähigkeit, die hyperkinetische Symptomatik und Gesamtsymptomatik, sowie die Bindungssicherheit der Kinder. Zusätzlich wurde überprüft, ob eine Veränderung der Bindungsmuster in Zusammenhang mit der Verbesserung der übrigen Symptomatik steht.

Den Kindern, ihren engsten Bezugspersonen und den Behandlern in der Tagesklinik wurden jeweils in der ersten und letzten Behandlungswoche eine Reihe von Verfahren vorgelegt, um die zu überprüfenden Bereiche zu erfassen. Die Kinder absolvierten einen Konzentrationstest und füllten drei Fragebögen aus, einen zur Erfassung der hyperkinetischen Symptomatik, einen zur Erfassung der Gesamtsymptomatik und einen zur Erhebung der Bindungsqualität. Die Kindseltern beantworteten Fragebögen zur hyperkinetischen und allgemeinen Symptomatik, während die Behandler eine Einschätzung der Gesamtsymptomatik abgaben.

Es zeigte sich bei allen Patientengruppen eine Verbesserung der Symptomatik in allen Bereichen zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt. Mädchen und Jungen unterschieden sich nicht in ihrer Symptomatik oder ihrem Bindungsverhalten. Die Intelligenz hatte keinen Einfluss auf die Bindungsmuster, die hyperkinetische Symptomatik oder die Gesamtsymptomatik. Die psychische Gesundheit und der Bildungsgrad der Kindseltern hatten keinen Einfluss auf die Symptomatik und das Bindungsverhalten der Kinder. Jedoch zeigte sich, dass jüngere Kinder beim zweiten Messzeitpunkt signifikant häufiger ein sichereres Bindungsverhalten zeigten als ältere. Auch bezüglich der Konzentrationsfähigkeit, der Hyperkinetik und der Gesamtsymptomatik zeigten jüngere Kinder eine deutlichere Verbesserung als ältere.

# **Einleitung**

## **I Theoretischer Teil**

### **1. Bindung**

#### **1.1 Bindungs-Begriff**

Das Konzept der Bindung wird sehr vielfältig verwendet. Nicht nur in den Geisteswissenschaften existieren verschiedene Konzepte, die den Begriff erklären. Auch sprechen Chemiker von Bindung, wenn sich zwei Stoffe zu einem neuen vereinigen. Menschen jedoch gehen Bindungen oft bewusster und weniger intensiv als einzelne Atome ein. Von einem „emotionalen Band“ spricht einer der Begründer des Fachgebiets, John Bowlby (1958). Besonders zwischen Müttern und ihrem Nachwuchs hat dieses Band viel Forschungsinteresse erfahren.

#### **1.2 Bindungstheorie und Bindungsforschung**

Basierend auf psychoanalytischen Ansätzen hat sich die Bindungsforschung über lange Jahre und auf mehreren Kontinenten bis heute bewährt. Vor allem die Arbeiten von John Bowlby (1958) und seiner Kollegin Mary Ainsworth (1964) sind für die Entwicklung der Bindungstheorie unabdingbar. Diese ethologische Bindungstheorie, die psychoanalytische Erkenntnisse und solche der vergleichenden Verhaltensforschung integriert, besagt, dass eine frühkindliche feste Bindung an eine konstante und verlässliche Bezugsperson unablässig ist für eine erfolgreiche und gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Der angemessene Ausdruck von Emotionen wird in den ersten Entwicklungsjahren ebenso durch zwischenmenschliche Interaktionen erlernt wie Mitgefühl und Vertrauen. Die Erfahrungen, welche Kleinkinder machen, beeinflussen ihren Umgang mit negativen und positiven Gefühlen sowie ihre Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen, für den Rest ihres Lebens. Unvorhergesehene Ereignisse führen bei den meisten Menschen jeden Alters zu Anspannung, Erregung Angst oder Trauer. Wie auf diese Emotionen reagiert wird und reagiert werden kann, steht in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen Bindungsmuster eines Kindes (Grossmann, 2000).

Einerseits steht für die Bindungstheorie der Einfluss der Umwelt im Vordergrund, andererseits lässt sie genetische und biologische Einflüsse nicht unberücksichtigt (Grossmann & Grossmann, 1998).

Neben der Verhaltensbeobachtungen gibt es zahlreiche weitere Methoden, um

Bindungsqualität über alle Altersstufen hinweg zu bewerten; dazu zählen Fragebögen und strukturierte Interviews. In der Bindungsforschung, ebenso wie auf zahlreichen anderen Gebieten der Psychologie, werden meist nicht objektive Tatsachen, sondern die subjektiven Erlebnisse, in diesem Fall Bindungsrepräsentationen und -erfahrungen, bewertet (Gloger-Tippelt, 2000). Das „internal working model of attachment“ ist ein bedeutsamer Begriff der Theorie.

Aktuell gibt es in der Bindungsforschung drei teilweise ineinander verzahnte und doch distinkt definierbare Gebiete:

- Entwicklung und Bindung im Rahmen der Psychopathologie
- Auswirkungen früher Bindungserfahrungen auf späteres Bindungsverhalten und Bindungsmuster bei Volljährigen
- die Repräsentationsebene der Mutter-Kind und der Vater-Kind Beziehung (Bretherton, 1999).

### **1.3 Ursprung und Weiterentwicklung der Bindungstheorie**

Bereits Jahrzehnte, bevor der Begriff der Bindung geprägt wurde, beschäftigten sich Geisteswissenschaftler mit den wichtigen Auswirkungen der mütterlichen Fürsorge auf das weitere Leben (Richardson, 1926).

John Bowlby gilt als Begründer der modernen Bindungsforschung. Geboren wurde Bowlby am 26. Februar 1907 in London, England, als viertes von sechs Kindern. Bindungstheoretisch relevant in seiner eigenen Entwicklung ist wohl, dass er vom Säuglingsalter an ein eigenes Kindermädchen hatte, welches nach drei Jahren den Dienst quittierte. Der Junge besuchte ab seinem achten Lebensjahr ein Internat. Durch seine Studien und Ausbildungen wurde er zu einem anerkannten Kinderarzt, Psychoanalytiker und Kinderpsychiater (Holmes, 2002). Eines seiner frühen Werke zum Thema Bindungstheorie erschien bereits 1952 im Auftrag der World Health Organization (Bowlby, 1952). Die fachlich bedeutsame Studie untersucht die Korrelation von mütterlichem Pflegeverhalten und seelischem Wohlbefinden. Viele von Bowlbys Hypothesen entstammen seiner Arbeit mit hyperaktiven, verhaltensauffälligen und delinquenten Kindern, Jugendlichen sowie deren Müttern (Bowlby, 1965; Bowlby, 1972; Bowlby, 1982). Schon in den fünfziger Jahren formulierte er die Theorie, dass sowohl Bindungsverhalten als auch die Mutter-Kind-Interaktion biologischen Komponenten unterliegt (Bowlby, 1958). Seine Schlüsse wurden von den Studien Konrad Lorenz' beeinflusst, welcher sich umfassend mit dem Bindungsverhalten frischgeschlüpfter Gänseküken an ihr vermeintliches Muttertier beschäftigte (Burkhardt, 2005). Auch die

Forschung mit jungen Affen, denen zwei Puppen als Mutterersatz zur Verfügung gestellt wurden, eine aus Draht, die Nahrung spendete, und eine ohne Nahrung, aber mit weichem Fell, beeinflusste die Entwicklung der Bindungstheorie. Die Affenkinder bevorzugten die warme Mutterattrappe vor der nahrungsspendenden Attrappe (Harlow, 1969). Erste strukturierte Beobachtungen von Müttern und ihren Neugeborenen deuteten auf eine affektive Bindung, die weder eindeutig psychoanalytisch noch lerntheoretisch zu begründen ist, hin (Hinde, 1974).

In ihrer Anfangszeit befasste sich die Bindungsforschung vorrangig mit Kindern und Jugendlichen, welche in den ersten drei Lebensjahren mehrere Monate von ihren primären Bezugspersonen getrennt waren und keine andere stabile Bezugsperson zur Verfügung hatten. Fast ausnahmslos regredierten diese Kinder in ihrem Verhalten und ihren Fähigkeiten. Eine hohe Anzahl der Kinder zog sich sozial zurück oder zeigte aggressives Verhalten. Später wurden die Kinder oft als affektflach oder klammernd bezeichnet (Bowlby, 1965). In seinen Veröffentlichungen bezieht sich Bowlby auf viele internationale Studien, welche alle zu ähnlichen Ergebnissen kamen (Goldfarb, 1943). Zeitgleich führte auch Spitz (1945) Langzeitstudien mit Minderjährigen in staatlichen Einrichtung durch. Die betroffenen Kinder zeigten auch hier vielfach ängstlich oder legten ein distanzgemindertes Verhalten an den Tag. Mit dem Werk „Frühe Bindung und kindliche Entwicklung“ (Bowlby et al., 1953) gingen Bowlby und seine Co-Autoren in die Liste der 100 Meisterwerke der Psychotherapie ein.

Die Entwicklung eines Bindungsmusters gilt als allumschließendes Erklärungsmodell der psychischen und emotionalen Entwicklung eines Individuums, welches zur Basis seiner Existenz in einem sozialen und kulturellen Kontext wird (Grossmann et al., 1989). Die Bindungstheorie kann auch einen Erklärungsrahmen für viele psychopathologische Störungen im Kindes- und Jugendalter bieten (Grossmann et al., 1997).

Nach Bowlby kann man Bindung auf vier unterschiedlichen Ebenen betrachten. Zum einen gibt es die psychologische Ebene, welche der Selbstverwirklichung des Menschen verschrieben ist. Um dieses Ziel zu erreichen, sind tragfähige Beziehungen und vielfältiger Kontakt mit der Umwelt unabdingbar. Die evolutionsbiologische ist eine weitere Betrachtungsebene. Diese setzt eine angeborene Notwendigkeit für Bindung voraus. Komplementär zu dieser Ebene gibt es die historische Ebene, welche kulturübergreifend die Existenz von Bindung betrachtet. Die Konsequenzen von gelungener oder auch nicht gelungener Bindung werden auf der psychoanalytischen Ebene berücksichtigt. All diese Ansätze flossen in Bowlbys Überlegungen bei der Entwicklung seiner Theorie ein (Bowlby, 1969/1982). Bei der Entwicklung der Bindungstheorie fand Bowlby unter anderem Inspiration bei dem Österreicher Sigmund Freud. Der Psychoanalytiker sieht die frühen Entwicklungsphasen als ausschlaggebend für die weitere Entwicklung eines

Menschen, unter anderem auch in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen. Die kindlichen Entwicklungsphasen können durch äußere Einflüsse beeinträchtigt werden und haben Auswirkungen auf die weitere Biographie (Keller, 1989).

Der deutsch-amerikanische Wissenschaftler Erik Erikson postulierte neben den kritischen Lebensphasen auch das Konzept des Ur-Vertrauens. Dieses wird ihm zufolge in den ersten 12 Monaten gebildet, wenn das Kind entweder lernt, seiner Umgebung zu vertrauen oder ihr zu misstrauen (Erikson, 1957). Er teilt den menschlichen Lebenslauf in mehrere Krisen ein, welche nacheinander bewältigt werden müssen. Die erste Lebenskrise wird „Vertrauen vs. Misstrauen“ genannt. Ein Kind, das sich darauf verlassen kann, bei Bedarf Nahrung, Trost und Wärme zu erhalten, lernt zu vertrauen, während ein vernachlässigter Säugling, einer der nicht immer eine Befriedigung seiner Grundbedürfnisse erfährt, misstrauisch wird (Erikson, 1959).

Ab etwa dem vierten Lebensjahr beschreibt Bowlby bei seinen kleinen Probanden eine sogenannte ziel-korrigierende Partnerschaft. Ab etwa diesem Alter sind Kinder in der Lage den aktuellen Zustand einer Beziehung zu bewerten und diesen mit dem von ihnen erwünschten Zustand zu vergleichen. Nachdem diese Diskrepanz reflektiert wurde ist, ist das Kind fähig, die Interaktion zielführend zu steuern (Bowlby, 1969/1982).

Mary Ainsworth ist wohl die einflussreichste Schülerin Bowlbys. Geboren wurde sie als älteste von drei Schwestern in den Vereinigten Staaten. Ihren Titel als promovierte klinische Psychologin erhielt sie an der Universität Toronto, die sie bereits mit 16 Jahren besuchte (Salter, 1940). Erst 1950 kam sie in Begleitung ihres Mannes Leonhard nach London, wo sie eine Stelle in Bowlbys Forschungsgruppe fand. Dort entwickelte sie die sogenannte „Fremde Situation“ mit der Absicht, das Bindungsverhalten von Kleinkindern strukturiert beobachten und analysieren zu können (Ainsworth & Wittig, 1969). Im Anschluss führte Ainsworth eine Vielzahl an Feldstudien in Uganda durch, in denen sie sich ausführlich mit der Mutter-Kind-Beziehung beschäftigte. Ihre Forschungen gelten nicht nur als Meilenstein der Entwicklungsforschung, sie waren auch der Beginn der wissenschaftlichen Empirie des Gebietes. Vor allem die zahlreichen Studien, welche die Beobachtungssituation „Fremde Situation“ nutzen, sind hier zu nennen (Main, 1999). Im Rahmen dieser benannte Ainsworth zwei Verhaltensweisen, in welche das Verhalten der Kleinkinder eingeteilt werden konnte. Kleinkinder zeigen sowohl Bindungsverhalten als auch Explorationsverhalten. Im letzteren erkunden Kinder frei den Raum und beschäftigen sich mit dem Spielzeug. Somit ist das Explorationsverhalten immer dann aktiviert, wenn das Kind Interesse an seiner Umgebung zeigt und diese neugierig untersucht. Das Bindungsverhalten wird nur aktiviert, wenn der Verbleib bei der Bezugsperson als gefährdet eingeschätzt wird. Kinder versuchen dann die Gegenwart der Bindungsperson durch Klammern und Weinen zu erhalten (Ainsworth, 1969).

Ainsworth prägte den Begriff der mütterlichen Feinfühligkeit. Um diese zu bewerten, führten sie und ihre Kollegen Verhaltensbeobachtungen durch und bewerteten die Reaktionen der Mütter auf ihre Kleinkinder auf vier Skalen. Diese Skalen waren: Annahme (acceptance vs. rejection), Feinfühligkeit (sensitivity vs. insensitivity), Zusammenspiel (cooperation vs. interference) und Zugänglichkeit (accessibility vs. Rejection). Mit Hilfe der Skala kann bewertet werden, wie die Mutter auf die Signale ihres Säuglings reagiert (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). In späteren Arbeiten erweiterte die Forscherin die Skalen um Maße für angemessene Interaktion und körperlichen Kontakt. Hauptbestandteil der Mutter-Kind-Interaktion ist die Bereitschaft der Mutter, auf ihr Kind einzugehen; beurteilt wird diese auch durch Fähigkeiten des Nachwuchses, mit seiner Umwelt Kontakt aufzunehmen (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971).

Die Mutter wird in ihrem Umgang mit dem Kind von ihren eigenen Bindungserfahrungen in früher Kindheit beeinflusst (Grossmann, 2003). Wie stark die Mutter ihre eigenen Kindheitserfahrungen in der Interaktion mit ihrem Kind bewusst oder unbewusst reinszeniert, hängt davon ab, wie stark sie sich mit ihren eigenen Erfahrungen auseinandergesetzt hat. In manchen Fällen kann es dazu kommen, dass Eltern Missbrauchserfahrungen an ihren Nachwuchs weitergeben (Fraiberg et al, 1980; Lieberman & Pawl, 1993). Solche dramatischen Wiederholungen von Bindungserfahrungen sind glücklicherweise selten. Für die meisten Mütter und Väter ist Feinfühligkeit gegenüber ihrem Nachwuchs eine natürliche Reaktion. Für Ainsworth (1970) gehören eine Reihe von Verhaltensmustern zu diesen Reaktionen. Zunächst muss das Verhalten des Kindes wahrgenommen und richtig interpretiert werden. Bei der Interpretation ist es relevant, zwischen Bedürfnissen des Kindes und der Mutter zu unterscheiden, diese können voneinander abweichen. Nachdem das Verlangen des Säuglings erkannt worden ist, muss die Mutter richtig und unverzüglich darauf reagieren, damit das Kind sich verstanden fühlt. Wenn dieser Prozess immer wieder abläuft, kann der Säugling eine eigene Identität entwickeln und lernen, Beziehungen zu entwickeln, die auf sicherer Bindung basieren und von einem gegenseitigen Geben und Nehmen geprägt sind.

Studien zu Folge zeigen Mütter von Zweijährigen unterschiedliche Formen von Feinfühligkeit, abhängig vom Geschlecht ihres Kindes (Aber & Baker, 1990). Unter anderem reagierten die Mütter unterschiedlich auf Trotzanfälle ihrer Kinder, bestrafte diese oder zeigten Verständnis für die Emotionen ihrer Kinder. Das mütterliche Einfühlungsvermögen kann auf zwei Weisen stark gestört sein. Einerseits ist es möglich, dass die Bindungsperson nicht auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagiert, weil sie abwesend ist. Andererseits kann es sein, dass sie psychisch nicht in der Lage ist, für ihr Kind zu sorgen. In diesen Situationen werden die Bedürfnisse des Kindes nicht gestillt, es mangelt ihm an Wärme und Stimulation. Ein Kleinkind,

dessen Bezugsperson mal feinfühlig und mal psychisch oder physisch unerreichbar ist, kann diese nicht einschätzen. Dies führt zu Irritierungen seitens des Kindes und fördert ein Abhängigkeitsverhältnis, das oft von unterschwelliger, permanenter Angst und einem dauerhaft aktivierten Bindungsverhalten geprägt ist. Folglich mangelt es Kindern, deren Bezugspersonen sich auf irgendeine Weise unverfügbar machen, an Möglichkeiten zur Exploration (Grossmann, 1990).

Um die Bindungsqualität von Kleinkindern bewerten zu können, hat Mary Ainsworth die oben erwähnte strukturierte Beobachtungssituation entwickelt. Die „Fremde Situation“ besteht aus einer Sequenz von acht maximal dreiminütigen Episoden, in welchen das Kleinkind mit einer fremden Umgebung, einer neuen Person und der Trennung von der Mutter umgehen muss (Grossmann & Grossmann, 2004). Untersuchungsort ist ein Zimmer, das Mutter und Kind unbekannt ist und mit buntem Spielzeug bestückt ist. So soll das Kleinkind zum Explorieren aufgefordert werden. Die Bezugsperson wird dazu instruiert, das Kind ohne Beeinflussung in den Raum zu bringen und es dort frei explorieren zu lassen. Zu Anfang der einzelnen Phasen überlässt die Mutter ihr Kind dann jeweils der unbekannt Person, lässt das Kind alleine im Zimmer oder geht wieder auf das Kind zu. Wird der Stress des jungen Probanden zu irgendeinem Zeitpunkt zu groß, so wird die entsprechende Phase frühzeitig beendet (Grossmann & Grossmann, 2004). Basierend auf ihren Erkenntnissen in dieser Methode sowie ihren Explorationen im häuslichen Umfeld unterschied Mary Ainsworth drei strukturierte Bindungstypen. Bei diesen handelt es sich um: *sicher, unsicher ambivalent und unsicher vermeidend* (Oerter & Hagen, 1999).

Später wurde zu diesen Bindungstypen von Mary Main, einer Schülerin Mary Ainsworth' an der John Hopkins Universität, noch ein weiterer Typ hinzugefügt. Dieser vierte, unstrukturierte Bindungstyp, wird als Desorganisation bezeichnet (Hesse & Main, 2002). Ein Kind mit diesem Bindungsstil zeigt Verhaltensweisen aus allen anderen Bindungstypen, dies jedoch ohne Struktur und unvorhersehbar. Die Reaktion eines Kindes auf seine Bezugsperson oder fremde Personen sind somit nicht berechenbar.

In der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts befasste sich die Bindungsforschung zunächst vorrangig mit den spezifischen bindungstypischen Reaktionen eines Kindes auf seine jeweiligen Bezugspersonen. Außerdem wurden parallel die Verhaltensweisen der Erwachsenen notiert und ebenfalls analysiert (Gloger-Tippelt, 2000).

Im Erwachsenenalter macht sich Bindung nicht mehr wie zuvor durch Klammern oder Erkunden bemerkbar, sondern beruht auf Wechselseitigkeit zwischen zwei, meist gleichberechtigten Parteien. Dieser Austausch geschieht auf drei Ebenen (Schmidt & Strauß, 1996). Eine dieser Ebenen basiert auf der Art der Beziehung der Person, es macht einen Unterschied, ob es sich um eine Freundschaft, eine Ehe oder eine Therapiebeziehung handelt. Eine weitere Ebene ist

beständiger und umfasst Eigenschaften und Charaktertendenzen der Beteiligten. Diese Ebene kann aber auch von dem Individuum manipuliert und verändert werden, um sich aktuellen Gegebenheiten anzupassen. Meist geschieht dieser Prozess unbewusst. Auf der dritten Ebene findet die Interaktion, die verbale und nonverbale Kommunikation der beiden an der Bindungsbeziehung beteiligten Menschen statt. Anders als Säuglinge sind Erwachsene meist nicht mehr bedingungslos auf ihre Bezugspersonen angewiesen, um ihr Überleben zu sichern. Trotzdem basieren die Bindungsmuster Erwachsener auf Erfahrungen, die sie in früher Kindheit gemacht haben. Durch einschneidende und bedeutsame Erfahrungen, auch nach dem 5. Lebensjahr, können diese Bindungsrepräsentationen allerdings verändert werden. Der Bindungswille einer Person und deren Frustrationstoleranz haben ebenso Auswirkung auf eine Bindung im Erwachsenenalter wie Ärger und Bedürftigkeit.

Mary Main entwickelte das Adult Attachment Interview (AAI) im Jahre 1985, um die Bindungsqualität von erwachsenen Probanden zu messen. Noch heute leistet es einen wichtigen Beitrag zur Bindungsforschung an Erwachsenen. Es besteht aus 18 Fragen, welche den Interviewten dazu auffordern, sich an spezielle bindungsrelevante Erlebnisse aus der Kindheit zu erinnern und darüber zu berichten (Main, 2002). In einer Vielzahl von Studien konnten signifikante Korrelationen zwischen den Bindungsmustern der Kinder und dem Bindungsverhalten ihrer Eltern nachgewiesen werden (Main, 2002; Grossmann & Grossmann, 2004).

### **1.3.1 Bindungsforschung und das Lakatos-Modell**

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts fanden die ersten qualitativen Forschungen zum Thema Bindung statt, wenn auch unter anderem Namen. In der Zeitschrift „Magazin zur Erfahrungsseelenkunde – Lesebuch für Gelehrte“ versuchte der Herausgeber Karl Phillip Moritz durch Reflektionen die Problematiken seiner eigenen Biographie zu bewältigen. Rund hundert Jahre später, nachdem zwei Weltkriege den europäischen Kontinent verwüstet hatten entwickelte sich eine Kontroverse um die Bindungsforschung. Kritiker bezweifelten, dass frühe Kindheitserfahrungen die zukünftigen Beziehungen einer Person bestimmen. Hier konnte das Modell des ungarischen Wissenschaftlers Imre Lakatos (1922-1974) hilfreich herangezogen werden. Der Physiker, Mathematiker und Wissenschaftstheoretiker entwickelte das Modell, welches nach ihm benannt wurde. Dieses Modell beschreibt eine vierstufige Herangehensweise, welche die Wissenschaftswicklung verdeutlichen soll (Lakatos, 1977). Dieses Modell kann auf die Bindungstheorie angewandt werden.

Zunächst muss ein Konzept entwickelt und umschrieben werden. Dies dient der Herauskristallisierung von Kernbegriffen. Im Falle der Bindungsforschung sind dies 'Vertrauen',

'Bindung' und 'Verlässlichkeit'. Im zweiten Schritt beginnt die theoriegeleitete Forschung. Es werden nicht mehr nur die Hauptbegriffe der Theorie beforscht, sondern das Gebiet wird auch erweitert. So wick die Bindungsforschung von pathologischen Entwicklungen mit schädlichen Folgen ab und beschäftigte sich auch mit normgerechten Entwicklungsverläufen. Eine erhöhte empirische Beweiskraft ist im dritten Schritt des Lakatos-Modells essentiell. Forschungsergebnisse welche in Schritt zwei generiert wurden, müssen sich nun bewähren, indem sie in neuen Studien bestätigt werden. In der Bindungstheorie konnten hier Erkenntnisse, die durch Tierbeobachtungen gewonnen wurden (Harlow, 1961; Harlow, 1969) auch bei Menschen festgestellt werden (Ainsworth, 1967).

Im vierten und letzten Schritt des Lakatos-Modells wird die erforschte Theorie in Fachkreisen kritisch diskutiert. Im Falle der Bindungstheorie wurden hier Zweifel an der Vorbestimmung späterer Beziehungen durch frühere Erfahrungen geäußert. Das Modell des Ungarn hat dazu beigetragen, dass in der Bindungsforschung Kleinkinder nicht mehr als passive Objekte, sondern als aktive Mitgestalter ihres Umfeldes betrachtet werden. Auch der soziale Kontext eines Individuums hat an Wichtigkeit gewonnen. Die Bedeutung des Lakatos-Modells für die Bindungsforschung wurde in den 90er Jahren durch die Erkenntnis bekräftigt, dass bei der Entstehung von Bindung eher von überdauernder Vulnerabilität und Resilienz denn von festgelegten Phasen gesprochen werden kann (Perrig-Chiello, 1997). Es existieren Faktoren, die eine sichere Bindung begünstigen oder erschweren. Ebenso kann sich das Bindungsmuster schützend oder gefährdend auf den weiteren Lebenslauf auswirken (Thomson, 1999; Brisch, 1999).

### **1.3.2 Das Bronfenbrenner Modell**

Der Amerikaner Urie Bronfenbrenner veröffentlichte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts seine Theorien bezüglich menschlicher Interaktion. Diese betrachtete er aus verschiedenen Perspektiven und in Bezug auf unterschiedliche Systeme. Er betrachtet die Umwelt als mehrere verschachtelte Konstrukte. Dies ist ein System auf drei unterschiedlichen Ebenen, es gibt Ebenen für Interaktion und Kommunikation sowie eine kulturelle Ebene. Die letztere Ebene nimmt nur indirekt durch die Gesellschaft als abstraktes Konstrukt Einfluss auf den einzelnen Menschen. Bezüglich der Umwelt hat Bronfenbrenner vier unterschiedliche Ebenen festgelegt. Hier existieren das Mikrosystem, die Mesoebene, die Makroebene und das Exosystem. Die erste Ebene fokussiert den individuellen Menschen, seine Handlungen und Beziehungen. Zwar ist jeder Mensch von Geburt an automatisch Teil eines solchen Mikrosystems, doch er muss sich auch aktiv,

emotional und physisch daran beteiligen, kann es verändern und erweitern. Jeder Haushalt stellt ein Mikrosystem dar. So leben Kinder schon sehr früh auf mehreren Mikroebenen, in der Wohnung der Eltern oder der Tagesmutter, bei Verwandten und Freunden der Eltern. Auch Geschäfte, Tagesstätten und Horte stellen ein eigenes Mikrosystem dar. Oft interagieren diese Systeme miteinander, Menschen, die in den verschiedenen Wohnungen leben, sprechen miteinander und besuchen sich gegenseitig. Die Eltern suchen mit ihrem Säugling Geschäfte auf oder lassen ihn fremd betreuen. Der Austausch dieser Mikroebenen bildet die Mesoebene. Diesen Ebenen übergeordnet findet sich das Makrosystem. Hiermit sind alle Mikrosysteme eingeschlossen, die das betreffende Individuum nur indirekt durch ihre Interaktion mit anderen Mikrosystemen beeinflussen. Hierzu zählen etwa die Arbeitsplätze der Eltern, die Schule des Kindermädchens oder der Nähkreis der Großmutter. Im Exosystem werden alle Mikrosysteme und deren Interaktionen zusammengefasst; somit bildet es die Kultur der Gesellschaft, in der das Individuum aufwächst (Bronfenbrenner, 1976; Bronfenbrenner, 1982). Im Laufe seiner Entwicklung bewegt das Kind sich von seinem ursprünglichen Mikrosystem in immer mehr solcher Systeme und lernt so, sich in das Makrosystem einzufügen und daran anzupassen. Dies ist eine der zentralen Entwicklungsaufgaben eines Kindes (Bronfenbrenner, 1982). Bis es vollständig in das System, in dem es lebt, integriert ist, durchläuft das Kind einen Prozess, in dem es Eigenaktivität und -initiative an den Tag legen muss, bis es sozialisiert ist. Es benötigt Zeit und eine Vielfalt an Interaktionsmöglichkeiten, um sich verantwortungsvoll und zuversichtlich in seiner Umwelt bewegen zu können. Hier wird die Wichtigkeit einer sicheren Basis in einem der ersten Mikrosysteme deutlich, die es dem Kind ermöglicht, seine Umgebung zu erkunden und sich sicher durch die Mikro- und Mesosysteme seines Lebens zu bewegen. Deshalb ist die Bindungstheorie in der Mikroebene des Modells von Bronfenbrenner verwurzelt (Belsky, 1997). Faktoren des Makro- und Mesosystems haben demnach nur indirekte, distale Wirkung auf die Entwicklung des Kindes (Belsky, 1997). Im Gegensatz zu distalen Wirkfaktoren stehen proximale Faktoren, eben solche Faktoren, die sich unmittelbar und direkt auf das Individuum auswirken (Grossmann & Grossmann, 1986). Jedes Kind wird mit einem bestimmten Temperament geboren, welches Einfluss auf alle zukünftige Entwicklung und Interaktion ausübt (Belsky, 1997). Das Temperament eines Menschen ist erkennbar an Empfindlichkeit und Reaktivität im Umgang mit dem Umfeld sowie an seinen Möglichkeiten zur Selbstregulation (Rothbart & Derryberry, 1981). Der Gefühlsprozess eines Säuglings wird allerdings stark von externen Einflüssen geprägt und beeinflusst (Goldsmith & Campos, 1982). Forscher sind sich demnach nicht völlig einig, ob das Temperament eine angeborene und stabile Variable ist oder ob es durch Einflüsse der Umwelt geprägt und verändert wird. Die Vermutung, dass Temperament eine wichtige Rolle in der Entwicklung eines Bindungsmusters spielt, steht

ebenfalls im Raum (Kagan, 1982). So ist es gut denkbar, dass ein leicht zu beruhigendes Baby, das wenig weint, eher liebevolle Zuneigung von einer Bezugsperson erfährt, als ein anstrengender Säugling, der häufig weint und nur schwer zu beruhigen ist. Wenn ein Kind nur selten weint, ist die Mutter meist weniger gestresst und kann sich so geduldiger um ihr Kind kümmern. Einerseits erregt ein Säugling der oft weint, Frustration und Verzweiflung in seiner Mutter; dies mindert die Qualität der Pflege, die sie ihm geben kann. Andererseits erhält ein irritierbarer und quängelnder Säugling häufig mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung als ein verträgliches und unkompliziertes Baby.

Andere Forscher postulieren, dass individuelle Temperamente nur eine nebensächliche Rolle spielen, da sie während der kritischen Phase für die Entwicklung eines Bindungsmuster nur rudimentär entwickelt seien (Sroufe, 1985). So wird ein Säugling, dessen Bedürfnisse erst nach langem, lauten Weinen gestillt werden, öfter weinen und seine Schreie werden auch schnell eskalieren. Andererseits bleibt ein Kleinkind, welches seiner Umwelt vertraut und daran gewöhnt ist, seine Bedürfnisse erfüllt zu bekommen, auch in schwierigen Situationen eher ruhig. Heute wird allgemein von einer Wechselwirkung zwischen Temperament und Bindungsentwicklung ausgegangen (Vaughn & Bost, 1999; Spangler, 1995).

Doch auch distale und indirekte Faktoren, die dem größeren Kontext des menschlichen Lebens angehören, beeinflussen die Entwicklung des Säuglings (Belsky, 1997). Einer dieser Faktoren ist die psychische und körperliche Gesundheit der Eltern. Sind sie angeschlagen oder belastet, so wirkt sich das auf ihre Kinder aus (Spangler, 1995). Eine Mutter, die sich in ihrer Rolle wohl fühlt, die Belastung der Säuglingsversorgung als ertragbar und angenehm empfindet und selbst Unterstützung in einem sozialen Netz findet, hat mehr Ressourcen, um sich angemessen um ihr Kind zu kümmern. Somit besteht ein positiver Zusammenhang zwischen psychisch gesunden Müttern und sicher gebundenem Nachwuchs (Belsky, 1999). Ebenso gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen mütterlicher Ängstlichkeit und sicherer Bindung der Kinder (Del Carmen et al., 1993). Depressivität der Mutter hat ebenfalls einen ungünstigen Einfluss auf das kindliche Bindungsverhalten (Belsky, 1999). Besonders in Anbetracht der Tatsache, dass einige Frauen vor allem in den ersten Monaten nach der Entbindung an postpartalen Depressionen leiden, ist dieses Ergebnis beachtenswert. Allerdings muss erwähnt werden, dass nicht alle Studien diesen Einfluss eindeutig bestätigen konnten. Die Tendenz aber, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der Mutter, auch pathologische, die Entwicklung des Bindungsverhaltens ihrer Kinder beeinflussen, ist weitestgehend unumstritten.

Die gesundheitliche Verfassung der Mutter ist ein weiterer distaler Faktor in der kindlichen Entwicklung, auch die interpersonelle Beziehung der beiden Kindseltern nimmt hier Einfluss. Es ist unumstritten, dass die Qualität der Paarbeziehung die Stimmung und Gefühlswelt der Mutter

beeinflusst, welche sich dann wiederum auf ihre Pflege des Kindes überträgt. Auch bestimmt die Harmonie zwischen den Erwachsenen meist die Atmosphäre des Haushalts, in dem der Säugling lebt und aufwächst. Eine Mutter, die sich gerade einen heftigen Streit mit ihrem Mann geliefert hat, wird sich anders auf die Bedürfnisse ihres weinenden Kindes einlassen können als eine Mutter, die gerade ein liebevolles Gespräch mit ihrem Partner geführt hat. Positive Erlebnisse, Verständnis und Zuwendung fördern das Wohlbefinden einer Mutter, all dies kann eine gute Partnerschaft bieten. Andererseits haben Auseinandersetzungen, Vorwürfe und Traurigkeit negative Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden der Mutter. Schon vor der Geburt kann eine unterstützende, fürsorgliche Paarbeziehung positive Auswirkungen auf den Säugling haben (Belsky, 1997). Zusätzlich haben Eltern, welche in ihrer Ehe unzufrieden sind, häufiger Kinder mit einem schwierigen Temperament (Sheeber & Johnson, 1992). Es ist natürlich auch denkbar, dass Menschen mit schwierigem Temperament sowohl diese Disposition an ihre Kinder weitergeben als auch dazu tendieren, unglücklichere Ehen zu führen (Wright, Hengeler & Craig, 1986). Das Zitat des amerikanischen Geistlichen „Das Wichtigste, was ein Vater für seine Kinder tun kann, ist, ihre Mutter zu lieben“ mag nicht in seiner Absolutheit zutreffen, formuliert in seinem Kern aber eine wichtige Feststellung (Beecher, 1858).

Auch die Unterstützung, welche die Nuklearfamilie von außen erhält, spielt eine wichtige Rolle in der kindlichen Entwicklung. Wenn eine Familie auf Hilfe und Unterstützung von Freunden oder der Verwandtschaft bauen kann, ist dies eine Entlastung, die sich positiv auf ihre Fähigkeit auswirkt, kindliche Bedürfnisse angemessen zu erfüllen (Belsky, 1990). Unterstützende Gespräche, tatkräftige Hilfe im Haushalt oder wohlgemeinte Ratschläge können Eltern ebenso entlasten wie Ablenkung durch gemeinsame Unternehmungen oder die Ermutigung, einem Hobby nachzugehen. Ausgeglichenere Eltern können der Pflege ihres Kindes meist mit mehr Geduld und Feinfühligkeit nachgehen als gestresste und frustrierte Eltern.

### **1.3.3 Weitere Bindungspersonen im Leben des Kindes**

*„Die Frau Becker geht immer mit mir in die Kirche, die hab ich auch lieb.“ - Rahel<sup>1</sup> – (3*

---

<sup>1</sup>

*Jahre)*

Beziehungen erfüllen viele wichtige Aufgaben im Leben eines Menschen, sie beruhen auf gegenseitigem Vertrauen und verschaffen Vorteile (Hartup, 1985). Positive Verbindungen mit anderen Menschen bieten nicht nur emotionale Stabilisierung, sondern können auch als Informationsquelle dienen. In belastenden Situationen kann eine enge Beziehung einen Ausgleich schaffen und so der Psychohygiene zuträglich sein. Sechs unterschiedliche Formen von Beziehungen konnten identifiziert werden. Eine davon ist die Bindungsbeziehung (Weiß, 1973). Diese ist die erste Beziehung, welche die meisten Menschen eingehen, es ist die Beziehung zwischen einer Mutter und ihrem Kind. Sie zielt darauf ab, ein Gefühl von Sicherheit herzustellen. Als zweite wichtige Beziehungsform wird das soziale Netzwerk angeführt. Hauptsächlich die Erfahrungen, die man mit seinen Mitmenschen macht, stehen hier im Vordergrund. Diese Beziehungen werden durch gemeinsame Aktivitäten, durch gemeinsames Handeln und Erleben aufgebaut und aufrecht erhalten. Freundschaftsbeziehungen stellen oft diese Form der Verbindung dar. Als weitere Beziehungsform zählt das Gefühl, gebraucht zu werden. Hier handelt es sich um eine Beziehung voller Fürsorge und Pflege. In der Mutter-Kind-Dyade übernimmt die Mutter in der Regel die Rolle der Pflegenden und Fürsorglichen. In einer vierten Form der Beziehung zielt das Individuum darauf ab, anerkannt zu werden. In einer solchen Verbindung sind die Kompetenzen und die Wertschätzung der einzelnen Personen von enormer Wichtigkeit. Idealerweise werden solche Beziehungen am Arbeitsplatz aufgebaut. Als fünfte Klasse der Beziehungen gelten Verbindungen zu Verwandten, hier handelt es sich um beständige, dauerhafte und verlässliche Verhältnisse zu einer bestimmten Gruppe Menschen. Im Gegensatz zu diesen Beziehungen gibt es noch solche, die nur für einen gewissen belastenden Zeitraum benötigt werden. Diese Verbindungen enden meist mit dem Ende der Belastungssituation. Therapeutische Beziehungen fallen oft in diese Kategorie (Weiß, 1973). Da Beziehungen, ebenso wie die an ihnen beteiligten Menschen facettenreich sind, ist es möglich, dass mehrere Formen von Beziehungen in einer Dyade bestehen.

Die unterschiedlichen Therapieschulen haben variierende Erklärungen für die Entstehung von Beziehungsklassen gefunden. Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass ein Kind durch die Pflege und Fürsorge auf seine Bindungsperson konditioniert wird. Nach dieser Theorie schwächen

---

lange Trennungen die Bindung, während kurze Trennungen sie stärken können (Kriz, 2007). Allerdings kann die Bindungstheorie mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen nur bedingt in Einklang gebracht werden.

Um Bindungsmuster zu erklären, greift die Psychoanalyse auf Freuds Hypothese der symbiotischen Bindung zwischen Mutter und Kind zurück. Hier stellt die Mutter den Mittelpunkt der kindlichen Bindung dar. Dem Prinzip der Monotropie zufolge ist es dem Kind nur möglich, sich an eine einzige Person zu binden. Am stärksten ist diese Beziehung, wenn das Kind das Konzept der Objektpermanenz kognitiv begreifen kann (Revensberg, 1993). In dieser Therapieschule wurde dem Vater des Kindes erst im späten 20. Jahrhundert eine wichtige Rolle in dessen emotionaler Entwicklung zugestanden.

Im ethologischen Ansatz von Bowlby (1958) andererseits wird von einer Reihe von Verhaltenssystemen ausgegangen, die Erfahrungen widerspiegeln. Auch Gefühle und die Gedankenwelt sowie kognitive Fähigkeiten des Individuums finden in diesem Ansatz Berücksichtigung. Diese Konzepte schließen Bindungsmuster mit ein (Kriz, 2007).

Doch die Bindungstheorie kann als eigenständiger Ansatz gesehen werden, als ein Konzept, das Ideen und Erklärungsansätze der eben beschriebenen Konstrukte berücksichtigt, verbindet und erweitert. Auch eine genetische Komponente für Bindungsverhalten wird in Bowlbys (1958) Theorie angenommen. Darüber hinaus glaubt Bowlby, anders als die Psychoanalyse, nicht an die Monotropie, sondern hält tragfähige Bindungen an mehrere Personen für ideal. Hauptsächlich bezieht er sich hier auf die Bindung zu beiden versorgenden Eltern, sekundär bezieht er auch Geschwister und Großeltern in die Entwicklung des Bindungsverhaltens mit ein (Bowlby, 1958).

Ainsworth weicht diesbezüglich etwas von den Lehren ihres Kollegen ab. Sie nimmt an, dass ein Kind nur eine Hand voll Bindungen zu ausgewählten Bezugspersonen aufbaut. Außerhalb des engsten vertrauten Kreises bilden sich Verbindungen, deren Intensität nicht an die der festen Bindungen heranreicht (Keller, 1989). Sie postuliert, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind niemals vollständig durch Bindungen zu anderen Personen ersetzt werden kann (Ainsworth, 1985).

In einem regulären Lebenslauf verbringt das Kind zunächst die meiste Zeit mit seiner engsten Familie. Erst nach und nach werden diesem engen System weitere Bezugspersonen hinzugefügt. So wird das Kind aus seiner Familie heraus sozialisiert. Die ersten Erfahrungen mit Vertrauen und Verlässlichkeit macht der Säugling in den Armen der Eltern, die ersten Erfahrungen mit Unabhängigkeit und Selbstständigkeit macht das Kind, sobald es mobil ist. Doch mit den ersten Krabbelversuchen ist es dem Kleinkind auch möglich, aktiv die Nähe seiner Bindungsperson zu suchen. Liebe, Trost und Zuwendung kann es sich nun viel entschiedener einfordern. Zu etwa

demselben Zeitpunkt lernt das Kind auch immer besser, mit seiner Umwelt verbal zu kommunizieren. Somit kann es immer kompetenter in sozialen Situationen interagieren.

Im Weiteren wird auf einige der wichtigsten frühkindlichen Beziehungen genauer eingegangen. Diese Beziehungen können lediglich umschrieben werden, da eine Vielzahl von Faktoren jeden Menschen und jede Verbindung, die er eingehen kann, beeinflussen. Normen, Werte und Gesellschaftsstruktur nehmen Einfluss auf die Interaktionen zwischen einem Säugling und seinen Bezugspersonen.

### **1.3.4 Eltern-Kind Bindung**

*„Heute haben Mama und Papa mich aus dem Kindergarten abgeholt, da hab' ich mich gefreut.“ - Cassandra<sup>2</sup> (3 Jahre)*

In der Mutter-Kind-Dyade ist Vertrauen und Verlässlichkeit notwendig, um eine sichere, tragfähige Bindung auszubauen. In allen Kulturen lässt sich die innige Verbindung zwischen einem Säugling und der Frau, die ihm Leben geschenkt hat beobachten. Beide Partner der engen Beziehung erlernen im gemeinsamen Miteinander neue Fähigkeiten. Die Frau erlernt, den Umgang mit ihrem Neugeborenen und seine emotionalen und körperlichen Bedürfnisse zu erfüllen. Das Kind seinerseits erlernt hier eine Grundstruktur an Kommunikation, soziale Interaktion und Zwischenmenschlichkeit. Eine kritische Phase für diese Entwicklung ist der dritte bis siebte Lebensmonat (Schleidt, 1989). Jeder Säugling wird mit einem Verhaltensrepertoire geboren, das er anwendet, um Beziehungen aufzubauen; hierzu gehören die Fähigkeit, vertraute Stimmen zu erkennen, Blickkontakt zu halten und den Finger eines Erwachsenen zu umklammern. Für das Kind spielt es in diesem Zusammenhang keine Rolle, ob eine genetische Verbindung zur Hauptbindungsperson besteht, solange diese sich dauerhaft und zuverlässig um seine Bedürfnisse kümmert. So ist es auch einer Adoptiv- oder Pflegemutter möglich, ein sicheres Bindungsmuster in dem Kind heranwachsen zu lassen. Die sichere Bindung von Adoptiv- und Pflegekindern ist dann gefährdet, wenn in den ersten Lebensmonaten ein häufiger Wechsel zwischen Bezugspersonen stattfindet und der Säugling den Verlust von Bindungspersonen ertragen muss.

Die Bindung zwischen einer Mutter und ihrem Kind ist umweltstabil. Für eine Mutter ist es im Normalfall das Natürlichste der Welt, sich liebevoll und aufopfernd der Pflege ihres Kindes zu widmen (Bowlby, 1969). Die Bindungsqualität, welche das Kind entwickelt, hängt auch von

---

<sup>2</sup> Name geändert.

Faktoren seiner sozialen Umwelt ab. Die Verlässlichkeit, Verfügbarkeit und Zuwendung der Bezugsperson sind für die Entstehung einer stabilen Bindung notwendig. Hier ist es meist die Mutter, welche dem Säugling Nahrung, Schutz, Wärme und Geborgenheit anbietet (Bowlby, 1973). In gewisser Weise ist die Beziehung zwischen Mutter und Kind nicht mit anderen Bindungen gleichzustellen, da diese Bindung als Sicherheitsquelle dient, welche Einfluss auf das gesamte weitere Leben des Kindes nimmt (Klaus & Kenell, 1982; Heckhausen & Heckhausen, 2006). Eine Trennung von der Mutter kann bei dem Kind starke Trauer hervorrufen, welche sich sowohl emotional als auch physisch bemerkbar macht (Klaus, Kenell & Klaus, 1995; Ahnert & Rickert, 2000). Ein Kleinkind, das länger von seiner Mutter getrennt wird, kann körperliche Symptome wie Bauchschmerzen, Müdigkeit oder sogar Ausschlag entwickeln. In längeren Trennungssituationen ziehen viele Kinder sich sozial zurück, verlieren das Interesse am Spielen und explorieren. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass Neugeborene heute in modernen Krankenhäusern im Zimmer ihrer Mutter nächtigen, um eine sichere Bindungsentwicklung von Beginn an zu unterstützen (Klaus & Kenell, 1982; Nolan & Lawrence, 2009). Die Bindung zwischen Mutter und Kind ist deshalb so signifikant, weil sie ein biologisches Bedürfnis erfüllt. Die Nahrung, welche das Kind durch seine Mutter erhält, enthält wichtige Nährstoffe, die eine Schutzfunktion erfüllen. Mit der Muttermilch saugt das Kind Abwehrstoffe gegen Krankheiten auf und kann sein Immunsystem aufbauen, gleichzeitig bietet der Akt des Stillens Wärme, Nähe und Geborgenheit. Andere wichtige Bedürfnisse im Leben des Kindes können auch vom Vater befriedigt werden, hier ist zum Beispiel das Wickeln und Baden zu nennen.

In den letzten Jahrzehnten kehrte die Forschung dem Fokus auf die Mutter-Kind-Dyade immer mehr den Rücken zu und wendete sich hin zu einer Beforschung von multiplen Bindungen in einer Mutter-Vater-Kind-Triade (Clarke-Stewart, 1980; Titelman, 2008). Für eine positive Entwicklung mit einem sicheren Bindungsmuster ist eine gute Beziehung sowohl zur Mutter als auch zum Vater förderlich (Dunitz et al., 1997; Lamb, 2004). Viele Forscher plädieren deswegen dafür, dass der Vater eine ebenso wichtige Rolle in Studien zur frühkindlichen Entwicklung spielen sollte wie die Kindesmutter (Fthenakis, 1989; Lamb, 2004). Anders als die Mutter jedoch geht der Vater nicht hauptsächlich pflegend in den Kontakt mit seinem Nachwuchs, sondern stimulierend, vorrangig im Spiel (Belsky, 1980; Walter, 2002). In den 80er Jahren stand die Rolle des männlichen Elternteils im Fokus. Hier wird betont, dass ein anwesender und aktiver Vater drei bedeutsame Entwicklungsbereiche des Kindes beeinflusst. Diese sind die moralische und psychosoziale Entwicklung sowie die Entwicklung der Geschlechtsrolle (Fthenakis, 1988). Ähnlich wie die leibliche Mutter in ihrer Aufgabe, eine sichere Basis zu gestalten, durch eine andere zuverlässige Pflegeperson ersetzt werden kann, so kann auch die Rolle des Vaters ersetzt werden. Allerdings ist

es hier wichtig, dass die Bezugsperson ebenfalls männlich ist. Andererseits kann auch, nachdem schon eine sichere Bindung mit dem Vater aufgebaut worden ist, ein andere Mann eine Vielzahl seiner Aufgaben in der kindlichen Entwicklung übernehmen (Lessing, Zagorin & Nelson, 1970; White & Gilbreth, 2001). Wie effektiv ein Ersatzvater den leiblichen Vater ersetzen kann, hängt allerdings von vielen Umständen ab, dazu zählen u.a. das Alter der Kinder und die Anzahl der Geschwister (Sutton-Smith, Rosenberg & Landy, 1968; Solomon et al., 1972; Pryor & Rodgers, 2001).

In der Forschung hat die Vaterrolle oft wenig Beachtung gefunden. Für die Erfüllung der Grundbedürfnisse eines Kindes wurde er oft als zweitrangig angesehen. Die Intensität, mit der er sich um den Säugling kümmert, ist meist abhängig von Kultur und Zeitepoche. In unsere Gesellschaft gewinnt der Vater zunehmend an Bedeutung, dies spiegelt sich auch in der Gesetzeslage wieder. Die Rechte von getrennt lebenden Vätern werden gestärkt, und berufstätigen Vätern wird das Recht auf eine Elternzeit eingeräumt (BEEG- Absatz 1-27). Heute besteht die Aufgabe des Vaters nicht mehr hauptsächlich in der finanziellen Versorgung der Familie, auch an der täglichen Versorgung der Kinder beteiligt er sich immer mehr. Wenn ein Vater ein erhöhtes Engagement in der Kindererziehung zeigt, so verbringt er damit nicht nur quantitativ mehr Zeit mit seiner Familie, sondern steigert auch die Qualität dieser Zeit (Lamb, 1985; Walter, 2002).

Neben den formellen gesetzlichen Faktoren, welche die Entscheidung von Vätern beeinflussen, wie sehr sie sich in den Familienalltag einbringen, spielen auch informelle Faktoren eine Rolle. Hierzu zählen ihre eigene Motivation, ihre Selbstsicherheit und Fähigkeiten sowie die soziale Unterstützung und die allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen. Auch institutionelle Bedingungen spielen eine Rolle (Pleck, 1997; Walter 2002). Es wird davon ausgegangen, dass die Beziehung des Vaters zum Kind nicht ganz so essentiell und tiefgreifend ist wie die der Mutter, dies schließt aber nicht aus, dass der Vater als eine primäre Bindungsperson für den Säugling fungiert (Parke & Sawin, 1976; Day & Lamb, 2004). Ein Kleinkind mit sicherer Bindung zum Vater weist die gleichen Merkmale auf wie ein Kind mit sicherer Bindung zur Mutter, es sucht die Nähe der Bezugsperson nach einer Trennung und erkundet den Raum in Anwesenheit der Bindungsperson. Damit der Vater eine primäre Bindungsperson für sein Kind sein kann, muss er nicht permanent verfügbar sein, auch eine Beteiligung an der Pflege des Kindes ist nicht unbedingt notwendig (Cohn & Campos, 1974; Day & Lamb, 2004). Ein Kind benötigt einen Vater, der es mit Stimulation versorgt, seine Bedürfnisse richtig deutet und auf diese eingeht, wenn er anwesend ist (Ross et al., 1975; Grossmann & Grossmann, 2004).

Der gesteigerte Einsatz, den der Vater in seiner Familie zeigt, hat nicht nur Einfluss auf die direkten Familienmitglieder, sondern beeinflusst indirekt auch die Gesellschaft als Ganzes. Der

früheren Funktion des Vaters als ökonomischer Versorger fügen heutige Väter meist auch eine soziale und instrumentelle Funktion zu. Sie bringen nicht mehr nur das Geld nach Hause, mit dem Babybrei gekauft wird, sondern verfüttern diesen auch selbst. Moderne Väter stellen nicht mehr nur das Geld zur Verfügung, um den Ballettunterricht ihrer Töchter zu bezahlen, sondern bringen diese auch dorthin und sind Zuschauer der Aufführungen. Dieses neue Engagement hat Auswirkung auf die Geschlechtsrollenentwicklung der Kinder und auf die Einstellung der Mutter zu ihrer eigenen Rolle in der Familie (Fthenakis & Minsel, 2001).

Als der Zweite Weltkrieg eine hohe Anzahl von Halbwaisen produzierte und darüber hinaus viele Väter über Jahre durch Kriegseinsätze und Kriegsgefangenschaft der Erziehung ihrer Kinder fernblieben, gab es erste Untersuchungen zur Auswirkung von Vaterdeprivation (Price-Bonham & Balswick, 1980). In Deutschland fand die Vaterrolle erst in den siebziger Jahren Beachtung durch Wissenschaftler und Forscher. Der Vater hat Einfluss auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind, die eheliche Beziehung, die psychische Befindlichkeit der Mutter und dadurch auch auf die Charakterentwicklung des Kindes (Cumming & O'Reilly, 1997; Grossmann & Grossmann, 2004), wobei aufgrund der steigenden Scheidungszahlen die Familien alleinerziehender Mütter immer mehr beachtet wurden (Sander, 1999).

Zunächst ist es eine enorme Belastung für die Mutter, alleinerziehend dazustehen, vor allem, wenn dies nicht ihr Wunsch oder Teil ihrer Lebensplanung war. Sie muss sich nun alleine um die finanzielle Versorgung der Familie kümmern, handwerkliche Arbeiten selbst erledigen und rund um die Uhr für ihr Kind da sein. Zusätzlich fehlt ihr emotionale Unterstützung und Entlastung durch den Partner. Es ist die Mutter, die den Verlust des Vaters durch Wärme und einen geeigneten Erziehungsstil kompensieren muss, sodass ein Kind auch in Abwesenheit des Vaters einen sicheren Bindungsstil entwickeln kann. Wie das Kind mit dem Verlust des Vaters umgeht, hängt in erster Linie vom Alter des Kindes und der Dauer des väterlichen Absentismus ab. Je plötzlicher und umso länger der Vater aus dem Leben seines Kindes verschwindet, desto mehr leidet dieses unter der Trennung (Fthenakis, 1988; Fthenakis et al., 2008). Die Trauerreaktionen des Kindes variieren. Für Söhne ist der Verlust meist schwieriger zu verkraften. Sie brauchen den Vater, um ihre Geschlechtsidentität zu entwickeln. Außerdem benötigen sie, mehr als Mädchen, die gemeinsamen Aktivitäten mit ihren Vätern, um verlässliche Bindungen zu diesen aufzubauen (Biller & Borstelmann, 1967; Wilson, 2002). Mädchen orientieren ihre Geschlechtsidentität zwar an den Müttern, benötigen aber eine Vaterfigur, um den Umgang mit dem anderen Geschlecht zu erlernen (Hetherington & Kelly, 2003). Im Idealfall ist es der Vater, der seiner Tochter zeigt, welche Behandlung sie vom anderen Geschlecht zu erwarten hat. Ein Vater, der seiner Tochter mit Liebe und Respekt begegnet, erweckt in ihr hohe Ansprüche an einen zukünftigen Partner, während ein

Vater, der seine Tochter vernachlässigt oder sogar misshandelt, in ihr niedrige Erwartungen an eine zukünftige Partnerschaft weckt. Der Grund des Verlusts des Vaters spielt eine signifikante Rolle in der Art und Weise der Coping-Strategien, die ein Mädchen entwickelt. Töchter aus Scheidungsfamilien zeigen sich Männern gegenüber oft aggressiv und distanzgemindert, während weibliche Halbwaisen dem anderen Geschlecht gegenüber eher schüchtern auftreten (Hetherington & Parke, 1979). Einigen Studien zufolge sind Kinder, deren Väter nicht präsent sind, moralisch unreifer als ihre Altersgenossen, die mit einem Vater aufwachsen (Hoffmann, 1971; Holstein, 1972). Außerdem kann die Abwesenheit des Vaters zu einer depressiven Verstimmung (Dinse, 1994; Day & Lamb, 2004), innerer Unruhe und Mangel an sozialen Kompetenzen führen (Fthenakis, 1988).

Steht der leibliche Vater nicht zur Verfügung, so kann ein Ersatzvater, je nach Alter des Kindes, einige der Mängel kompensieren. Viele zerbrochene Familien schließen sich zu Stieffamilien zusammen. Auch wenn der leibliche Vater noch Kontakt zu seinem Kind pflegt, ist der Stiefvater dann ein wichtiger Bestandteil im Leben des Kindes, der dessen Entwicklung und Bindungsstruktur mit beeinflusst. Hat das Kind eine positive Beziehung zu seinem leiblichen Vater, so fällt es ihm leichter den neuen Mann an der Seite der Mutter zu akzeptieren und sich auf die neuen Lebensumstände einzulassen (Hetherington & Henderson, 1997; White & Gilbreth, 2001). Auch hier erweist sich das Engagement des leiblichen Vater als einflussreich; hat er weiterhin Kontakt zu seinem Kind und enttäuscht sein Vertrauen damit nicht vollkommen, so fällt es dem Kind leichter eine positive Beziehung zu seinem Stiefvater aufzubauen (Camara & Resnick, 1988; White & Gilbreth, 2001).

Auf die Familiendynamik hat der Stiefvater meist eine positive Auswirkung da er die Mutter entlastet und auch zur finanziellen Versorgung beiträgt. Seine sonstige Rolle in der Familie ist gesellschaftlich nicht definiert und wird in jeder Familienkonstruktion neu gefunden (Fthenakis, 1988). Statistisch gesehen zeigen Kinder, die nur von ihrer Mutter großgezogen werden risikoreichere Entwicklungen als Kinder, zu deren Familie ein Stiefvater gehört (Hetherington & Henderson, 1997).

Ähnlich wie die Mutter-Kind-Bindung begleitet auch die Beziehung zum Vater einen Menschen für den Großteil seines Lebens, unabhängig von räumlichen und formellen Bedingungen. Je älter das Kind ist, wenn es seinen Vater verliert, umso mehr Ressourcen hat es in der Regel, um mit diesem Verlust umzugehen. Die negativen Auswirkungen des Beziehungsabbruchs vermindern sich deshalb (Blanchard & Biller, 1971; Schmidt-Denter & Beelmann, 1997). Besonders vor dem 5. Lebensjahr hat der Verlust des Vaters durch Trennung oder Tod oft verheerende Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. In diesem Punkt sind sich die meisten Forscher einig (Hillenbrand, 1970; Wallerstein & Kelly, 1975/1976/1980; Hetherington, Cox & Cox, 1982; Schmidt-Denter &

Beelmann, 1997).

Lebt ein Vater nicht bei seinen Kindern, spielt die Rechtslage eine wichtige Rolle, ob und wie oft er seine Kinder sehen darf und welchen Pflichten er nachkommen muss. Aber auch die Vermittlerrolle der Mutter darf nicht außer Acht gelassen werden, sie nimmt großen Einfluss auf die Kontakthäufigkeit eines Vaters zu seinem Kind. Auch das Alter des Kindes, die Intensität, mit der vor der Trennung gemeinsame Zeit verbracht wurde, und die Qualität des gemeinsamen Miteinanders zwischen Vater und Nachwuchs wirken sich auf den späteren Kontakt aus (Fthenakis, 1988; Pett et al., 1999). Die meisten Kinder, die getrennt von ihren Vätern leben, wünschen sich einen Kontakt mit ihnen. In manchen Fällen trauen sich die Kinder aufgrund von Loyalitätskonflikten nicht, dies auszusprechen und in manch anderen Fällen wird der Wunsch der Kinder nicht gehört (Blesken, 1998).

Alleinerziehende Väter, eine deutlich kleinere Gruppe als die alleinerziehender Mütter, müssen eine Reihe neuer Aufgaben bewältigen. Um ihren Kindern ausreichend Zeit und Aufmerksamkeit widmen zu können, müssen sie Haushaltsführung, Erwerbstätigkeit und ihr eigenes soziales Netzwerk koordinieren (Schlesinger, 1982; Hagen & Kurth, 2007). Es ist aber auch durchaus möglich, dass das Leben in einem Ein-Eltern-Haushalt, ob es sich nun um eine Mutter-Kind- oder eine Vater-Kind-Familie handelt, keine negativen Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes hat, sofern es beiden Elternteilen gelingt, ein positives Miteinander für das Kind zu gestalten (Hetherington & Stanley-Hagan, 1997; Blesken, 1998; Lehmkuhl, 2004; Werner, 2005).

Etwa bei der Hälfte der Kinder unterscheidet sich das Bindungsverhalten, welches sie ihrer Mutter zeigen, von dem, mit dem sie ihrem Vater gegenüber treten (Main & Weston, 1981; Grossmann et al., 1981; Suess et al., 1992; Grossmann et al., 2003). Nicht zuletzt deswegen ist es wichtig für Kinder, eine Beziehung zu mehreren Erwachsenen, und in der Regel sind dies die Eltern, zu haben, um unterschiedliche Strategien zu entwickeln, um in ihren sozialen Umfeldern zu agieren.

### **1.3.5 Weitere wichtige Beziehungen innerhalb der Familie**

*„Wenn meine kleine Schwester weint, weil Mama und Papa nicht da sind, dann kuschel ich mit ihr und les' ihr etwas vor, damit sie nicht traurig ist.“ - Carl<sup>3</sup> (8 Jahre)*

Die Geschwister spielen eine wichtige Rolle im Leben eines Menschen, schon alleine, weil

---

<sup>3</sup> Name geändert.

sie über einen Teil derselben DNA verfügen. Es ist ein beständiges Verhältnis, das nicht der freien Wahl unterliegt und trotzdem individuell zwischen zwei Menschen gestaltet wird. Es beruht meist auf gegenseitiger Hilfsbereitschaft und kann sehr intim gestaltet sein, ist aber meist auch von ambivalenten Gefühlen mitbestimmt (Kasten, 1993/2004). An Geschwistern können Kinder auch ihre sozialen Fähigkeiten testen und einen angemessenen Umgang mit Gleichaltrigen erlernen (Winnicott, 1951). Brüder und Schwestern stehen sich jederzeit gegenseitig als Spiel- und Gesprächspartner zur Verfügung (Dunn, 1983). Sie dienen einander auch als Modell, sie durchschreiten Entwicklungsstufen meist kurz nacheinander und können sich so gut ineinander hineinversetzen (Dunn & Plomin, 1990). Brüder und Schwestern teilen eine enorme Vertrautheit miteinander, sie teilen Gefühle, interagieren spielerisch und ihre Beziehung ähnelt in ihrer Intensität der Mutter-Kind-Dyade (Stewart, 1983). Die Zahl der Geschwister, die ein Mensch hat, nimmt seit der Industriellen Revolution und den Fortschritten auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung immer weiter ab. Heute sind Einzelkinder keine Seltenheit mehr, und auch große Altersunterschiede zwischen aufeinanderfolgenden Geschwistern sind nicht ungewöhnlich. Gleichzeitig erweiterte sich auch die Lebenserwartung der Menschen, weshalb die Rolle der Geschwister sowie die Geburtenreihenfolge in den Fokus der Forscher rückten. Auch der Altersabstand und das Geschlecht der Geschwister findet nun Berücksichtigung.

Die Geschwisterbeziehung existiert nicht in einem Vakuum, sondern wird von den Erziehungsmethoden, Präferenzen und Werten der Eltern beeinflusst, ebenso wie von anderen Gleichaltrigen und deren sozialem Gefüge. Geschwister können einander verteidigen oder ausliefern, Angriffe von außen können Brüche in der Geschwisterbeziehung hervorrufen oder sie zusammenschweißen. Vor allem die Art und Weise, wie Eltern ein Neugeborenes in die bestehende Familie einführen und die älteren Geschwister an den Zuwachs gewöhnen, beeinflusst die Grundeinstellung der Geschwister zueinander. Auch Alter, Gesundheitszustand und Geschlecht der beteiligten Kinder haben einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Brüdern und Schwestern (Brody, 2004). Das Verhältnis von Geschwistern ist flexibel und unterliegt, unter anderem mit dem zunehmenden Alter der Beteiligten, einem Wandel (Buhrmester, 1992). Es existieren demnach äußere Umstände, zum Beispiel demographisch, Merkmale und innere Umstände, wie Charaktereigenschaften der beteiligten Kinder, welche die Bindung zwischen Geschwistern nachhaltig beeinflussen (Bank & Kahn, 1989).

Früher war die Erziehung der jüngeren Geschwister eine wichtige Aufgabe der älteren. Diese Funktion wird heute meist nicht mehr so intensiv ausgeschöpft, und gelegentliche Kinderbetreuung und Hausaufgabenhilfe sind eher die Ausnahme als die Regel (Konner, 1976). Eine Ausnahmesituation stellt die Trennung der Eltern dar. Begrenzte finanzielle und personelle

Ressourcen führen häufig dazu, dass sich Eltern an ihre Erstgeborenen wenden, damit diese Aufgaben erfüllen, für die der zweite Elternteil nicht mehr zur Verfügung steht (Weisner & Gallimore, 1977). Auch diese Situation, in der ein Geschwisterkind für ein anderes Verantwortung übernimmt, kann die Beziehung der beiden festigen oder schwächen, je nachdem wie die Kinder und auch ihre Eltern mit der Situation umgehen. Während der frühen und mittleren Kindheit herrscht meist Rivalität zwischen den Geschwistern, diese wandelt sich mit Beginn der Adoleszenz in der Regel in eine gleichberechtigte Partnerschaft, da der Altersunterschied nun meist geringere Auswirkungen hat. Mit zunehmendem Alter nimmt die Mitgestaltung der Eltern an der Geschwisterbeziehung ab. Jugendliche sind meist besser in der Lage, ihre Konflikte selbst zu lösen (Byrant & Crockenberg, 1980). Die zunehmende Anzahl an Kontakten außerhalb der Familie wirkt sich ebenfalls positiv auf das Verhältnis der Schwestern und Brüder aus. Kinder bilden ab diesem Alter ihre eigene Identität immer stärker aus und sind verstärkt dazu bereit, kooperativ mit ihren Geschwistern zu interagieren (Kasten, 1994).

Anders als bei der Bindung zwischen Mutter und Kind gibt es keine nachweisbaren Korrelationen zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und kognitiven Fähigkeiten (Kasten, 1993). Die Position eines Kindes in der Familie hat, einigen Forschungen zufolge, Auswirkungen auf den Charakter eines Menschen. So sind, laut Alfred Adler, die Erstgeborenen meist verantwortungsbewusst und konservativ. Die zuletzt geborenen Geschwister dagegen sind eher durchsetzungsfähig und verstehen es, sich selbst zu behaupten (Adler, 1924).

Bindungstheoretisch gelten Geschwister als sekundäre Bezugspersonen (Waters, 1987). Durch die familiäre Verbindung und die Länge der geteilten Lebenszeit sind Geschwisterbeziehungen die beständigsten und dauerhaftesten Beziehungen, die ein Kind eingehen kann. Sie beruhen auf gemeinsamen Erinnerungen und annähernder Egalität. Hauptsächlich während einer räumlichen oder emotionalen Abwesenheit der primären Bezugspersonen gewinnen Brüder und Schwestern an Bedeutung (Bank & Kahn, 1989). Geschwisterkindern fällt die Scheidungsanpassung oft leichter als Einzelkindern (Beelmann & Schmidt-Denter, 1991). So kann alleine die Tatsache, Geschwister zu haben, einen positiven Einfluss auf die Entwicklung eines Kindes in Krisensituationen haben.

Sowohl bei positiven als auch bei negativen Emotionen intensiviert sich die Verbindung von Geschwistern während innerfamiliären Schwierigkeiten (Schmidt-Denter & Beelmann, 1995). Gekennzeichnet wird die auf Gegenseitigkeit beruhende Beziehung zwischen Brüdern und Schwestern meist durch Zuneigung und Unterstützung. Im Normalfall werden Geschwister bei einer Scheidung nicht auseinander gerissen und sie besuchen den getrennt lebenden Elternteil gemeinsam. Durch zusammen überstandene Belastungen und unterstützende Gespräche kreieren die Geschwister Nähe, Stabilität und Verlässlichkeit in ihrer Beziehung. Schwestern und Brüder haben

zusätzlich die Gelegenheit, sich gegen ihre zerstrittenen Eltern zu verbünden oder Loyalitätskonflikte gemeinsam zu navigieren. Normalisiert sich der Alltag im neuen Einfamilienhaushalt, ist ein erneuter Anstieg in der Geschwisterrivalität zu beobachten. Die Kinder stehen in Konkurrenz um Zuwendung, Aufmerksamkeit und zeitliche Ressourcen der beiden allein erziehenden Elternteile (Wallerstein, 1980). Allerdings haben diese aufgrund der multiplen Belastungen insgesamt weniger Energie und Kraft für die Familie.

Doch auch Mitglieder der älteren Generation können wichtige, unterstützende Faktoren im Leben der Kinder sein. Nicht nur wenn Eltern unter starker Belastung stehen, sind Großeltern oft ein wichtiger Stützpfiler der Familie. In der modernen westlichen Gesellschaft leben meist nicht mehr als zwei Generationen unter einem Dach. Aus diesem Grund übernehmen die Großeltern häufig nicht mehr die Rolle des Familienoberhauptes und spielen auch keine entscheidende Rolle in der Erziehung ihrer Enkel. Trotzdem ist ihre Teilhabe am Leben der Kinder, ihre genetische Verbindung und ihre Zuneigung ein wichtiger Faktor in der psychischen und emotionalen Entwicklung des Nachwuchses (Apostel, 1989). In den letzten Jahrzehnten wandelt sich die Rolle der Großeltern erneut hin zu einer aktiveren, eine Antwort auf zunehmende volle Berufstätigkeit beider Eltern.

Die Forschung hat sich bisher nur wenig mit der Rolle und dem Einfluss der Großeltern befasst. Dies liegt unter anderem an dem komplexen Beziehungsgefüge, welches sich aus der Verbindung der Kindseltern zu ihren eigenen Eltern und ihren Schwiegereltern sowie der großen Differenz in Besuchshäufigkeit, Distanz zum Wohnort des Kindes und Gesundheitszustand der Großeltern ergibt. Die beiden letzteren Faktoren erschweren Studien auch, da persönliche Befragungen oft schwierig zu gestalten sind.

Die Pluralität der heutigen individuellen und familiären Lebensplanungen hat zu vier unterschiedlichen Typen von Großelternrollen geführt (Hoffmann, 1979). Es wird unterschieden zwischen der Großmutter und dem Großvater sowohl mütterlicher- als auch väterlicherseits. Meist ist es die Mutter der Kindsmutter, welche sich am meisten an der Kindererziehung beteiligt. Ihr Ehemann ist in der Regel am zweit häufigsten involviert, gefolgt von der Mutter und dem Vater des Kindsvaters. Letzterer zeigt statistisch gesehen am wenigsten Engagement in der Versorgung der Enkelkinder. Allerdings nehmen die Erwartungen der Gesellschaft, mögliche Geschwister der Kindseltern und das Alter der Großeltern ebenfalls Einfluss auf deren Beteiligung an der Betreuung der Enkelkinder.

Großeltern nehmen meist keine klassischen Erziehungsaufgaben im Sinne von Strafen und Belohnen wahr, sondern sehen ihre Aufgabe vielmehr in der emotionalen Unterstützung und der positiven Interaktion mit den Kindeskindern. Die Beteiligung der Großeltern am Leben der Enkel

gibt auch der älteren Generation Kraft und Hoffnung, dass sie nach ihrem Ableben weiter präsent sein werden. Außerdem bereichern sie so ihr Alter. Die Enkel haben somit die Gelegenheit, von ihren Großeltern zu lernen und wertvolle Lebensweisheiten weiter zu tragen (Neugarten & Weinstein, 1964). So werden sie häufig zum Vorbild ihrer Enkel und dienen als Modelle für den sozialen Lernprozess. Allerdings stehen die meisten Großeltern auch für die Betreuung ihrer Enkelkinder bereit (Tinsley & Parke, 1984). Dieser Einsatz kann vom gelegentlichen Babysitten bis zum täglichen Versorgen variieren.

Ähnlich wie bei anderen sekundären Bindungspersonen ist auch die Beziehung zu den Großeltern flexibel. Sie variiert mit fixen Faktoren wie dem Geschlecht des Kindes und variablen Faktoren wie dem Alter des Kindes, der Lebensumwelt der Familie und dem sozialökonomischen Status.

### **1.3.6 Wichtige Beziehungen zu Gleichaltrigen**

*„Die Lucy ist meine allerbeste Freundin, der kann ich alles sagen und die spielt auch immer mit.“ - Eva<sup>4</sup> (8 Jahre)*

Kinder bezeichnen sie als 'Kumpel', 'BFF' oder 'Schwesti', dahinter steckt das Konzept eines besten Freundes, der bindungstheoretisch als sichere Basis dienen kann, welche bei Bedarf verfügbar ist. Die Definition von Freundschaft ist abhängig vom Geschlecht und Alter des Kindes. Außerdem unterscheiden die meisten Kinder zwischen einem oder zwei besten Freunden, zu denen stabile, vertrauensvolle Beziehungen existieren und einer Gruppe von loseren Freundschaften. Bis zur mittleren Kindheit liegt die Hauptfunktion von Freundschaften im gemeinsamen Spiel (Youniss, 1980). Schon ab dem neunten Lebensjahr bringen Kinder ein wechselseitiges Geben und Nehmen mit dem Konzept der Freundschaft in Verbindung. Ab der Teenagerzeit berücksichtigen Jugendliche ihre eigenen Bedürfnisse und achten darauf, dass diese in freundschaftlichen Beziehungen befriedigt werden. Ab etwa diesem Zeitpunkt ist es den Jungen und Mädchen auch wichtig, ihren Freunden vertrauen zu können (Youniss, 1980).

Im Kontakt mit Freunden und anderen Gleichaltrigen trainieren Kinder ihre sozialen Fähigkeiten, lernen auf andere einzugehen und kooperativ zu agieren. In den Peer-Groups finden die Jugendlichen unter anderem auch ein Stück ihrer Identität. Durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und Rückmeldungen von anderen lernen die Kinder sich selber besser kennen und verstehen. Neben Vertrauen und gemeinsamem Lernen machen die Jugendlichen häufig auch

---

<sup>4</sup> Name geändert.

negative Erfahrungen in der Interaktion mit Gleichaltrigen, etwa in der Form von Ausgrenzung, Mobbing oder gebrochenen Versprechen. Gruppendruck kann die Findung der eigenen Identität hemmen oder verlangsamen. Eine Bindung zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts aufzubauen, gehört zu den wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Heranwachsenden. Kindern, die sicher an ihre Mutter oder ihren Vater gebunden sind, können sich leichter auf neue Beziehungen einlassen, sie bewegen sich zuversichtlicher durch das soziale Gefüge und verlassen sich unbedenklicher auf ihre Freunde.

## **1.4 Grundlegende Annahmen und Konzepte der Bindungstheorie**

Das Konzept der Bindung wird häufig als ein "affektives, gefühlstragendes Band" bezeichnet (Bowlby, 1982). Diese unsichtbare Verbindung soll unauflöslich zwischen zwei Menschen existieren und sowohl Zeit als auch Raum überdauern. Das Band zwischen zwei Individuen ist in ihrem Gefühlsleben reflektiert, kann aber auch im Verhalten beobachtet werden (Gloger-Tippelt & Hofmann, 1997). Bindung ist ein angeborenes und universelles Bedürfnis fast aller Menschen. Sie beschreibt eine besondere Beziehung zwischen zwei Personen, welche durch intensive Gefühle geprägt ist (Slade, 1998). Basierend auf Verhaltensbeobachtungen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern wird angenommen, dass Bindung ein Lernprozess ist, welcher bereits vor der Geburt beginnt. So erkennen schon wenige Tage alte Säuglinge den Geruch ihrer Mutter und die Stimmen ihrer Eltern. Aber erst im Alter von einigen Monaten lassen sie deutliche Vorlieben in Bezug auf ihre Pfleger und Versorger erkennen (Miller, 2010). Erst jetzt beginnt das Baby, unterschiedliche Reaktionen auf die Versorgung durch Vertraute und Fremde zu zeigen. In den frühen Jahren der Bindungsforschung wurde stets die Mutter als Hauptbindungsperson angenommen. Körperlich ist sie der erste Kontakt des Kindes zur Außenwelt und oft ebenfalls seine erste Nahrungsquelle (Bowlby, 1965). Traditionell tragen Mütter den Großteil der Grundversorgung und Betreuung eines Neugeborenen.

Auch Jahrzehnte nach Bowlbys (1958) ersten Veröffentlichungen bestehen drei unumstößliche Pfeiler der Bindungstheorie. Diese sind das Konzept der sicheren Basis, die Formulierung des inneren Arbeitsmodells und die Verhaltensorganisation des Kindes in seinem sozialen Umfeld. Eine zuverlässige Bindungsperson bietet eine Basis für das Kleinkind, von der aus es seine eigene Identität und seine Umwelt erkunden kann. Aus der Interaktion zwischen Mutter und Kind entwickelt sich ein inneres Arbeitsmodell, an dem das Kind seine zukünftigen Beziehungen und sein Selbstbild orientieren wird (Greenberg et al., 1990).

Aus bindungstheoretischer Sicht liegt die Hauptaufgabe einer Mutter darin, ihrem Nachwuchs

die Sicherheit ihrer Verlässlichkeit und Verfügbarkeit zu vermitteln (Zach, 1999). Die Bindungsforschung ignoriert Aspekte wie Förderung oder Regelaufstellung. Hier zählt ausschließlich Beständigkeit und Schutz, welche absolut notwendig für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung sind (Gloger-Tippelt, 2000). Neurologisch betrachtet gehen die Bindungsentwicklung und die dabei entstehenden festen Bindungsmuster auf den im Zentralnervensystem lokalisierten kybernetischen Regelkreis zurück. Dieser zieht Vergleiche zwischen dem Selbstbild/der Selbstrepräsentation und der Repräsentation der Hauptbindungsperson eines Individuums (Remmel et al., 2006). Im Allgemeinen wird ein kybernetisches System dazu genutzt, Ursache und Wirkung zu erkennen und sie in Relation zueinander zu setzen. Diese Hirnregion ist ein flexibles System, dessen Bestandteile zusammenhängen. Zusammen reagiert der Komplex auf Einflüsse von außen und Umweltvariationen (Brockhaus, 2010; Pickering, 2010; Fuchs-Kittowski, 2004). John Bowlby (1995) empfiehlt, Entwicklung eher in kontinuierlicher Linienform als in Phasen darzustellen.

### **1.4.1 Bindungsentwicklung in Phasen**

Im Mittelpunkt der frühen Bindungstheorie stand immer die Beziehung einer Mutter zu ihrem Kind (Bowlby, 1969/1982). Eine enge, wichtige und universelle Bindung, die sich so tief in das kollektive Bewusstsein eingepägt hat, dass in jeder katholischen Kirche eine Statue zu finden ist, die diese tiefe Bindung symbolisiert. Mütter nennen das überwältigende Gefühl, wenn sie ihr Baby zum aller ersten Mal sehen, unbeschreiblich. Doch laut Bowlby sind zwei Umstände unabdingbar, um als Kind eine sichere Bindung entwickeln zu können. Die Kommunikation zwischen Mutter und Kind ist hier ausschlaggebend. Der Säugling sendet Signale aus und seine Bindungsperson reagiert zügig und angemessen darauf (Ainsworth, 1964). Diese Annahme wurde bei der Entwicklung der vier Ablaufphasen der Mutter-Kind-Dyade zu Grunde gelegt (Schmidt-Denter, 1994). Die Übergänge zwischen den Phasen sind fließend und sie folgen auch keiner bestimmten Reihenfolge. Nicht alle Kinder durchlaufen in ihrer Entwicklung alle Phasen.

Entwicklungspsychologen und die Katholische Kirche sind sich einig, dass das Leben bei der Empfängnis beginnt. Die kognitive und emotionale Entwicklung eines Menschen beginnt schon im Mutterleib. Ist die Mutter während der Schwangerschaft Stress, lauten Geräuschen oder Angst ausgesetzt, so beeinflusst dies ihren Hormonhaushalt und die Entwicklung des ungeborenen Kindes. Durch eine ungünstige Blutversorgung und hormonelle Beeinflussung der Mutter kann ein Kind für eine unsichere Bindung prädisponiert werden. Haben Säuglinge schon vor der Geburt

Einflussfaktoren erfahren, die ihr Wohlbefinden beeinträchtigen, waren sie dadurch Stress ausgesetzt, tendieren sie nach der Geburt dazu, unruhiger und ängstlicher zu sein, viel zu weinen und sich durch ein schwieriges Temperament bemerkbar zu machen. Kinder, die vor der Geburt diesen Stressoren nicht ausgesetzt waren, begegnen der Welt nicht vor dem Hintergrund negativer, belastender Erfahrungen, weinen weniger und sind auch leichter zu beruhigen (Hüther, 2001).

Viele Forscher gehen davon aus, dass das angeborene Temperament eines Säuglings seine Bindungsfähigkeit beeinflusst (Fox, 1992; Van den Boom, 1994; Steele et al., 1996). Ein schwieriges Temperament zeichnet sich durch einen starken Ausdruck von negativen Emotionen und häufiges, andauerndes Weinen aus. Bei diesen Kindern lässt sich in der Fremdsituation nach Mary Main signifikant häufig ein ähnliches Verhalten und die gleiche Bindungsunsicherheit zu beiden Elternteilen beobachten (Fox et al., 1991).

In den ersten Lebenswochen zeigen Neugeborene dieselbe Reaktion auf alle Pflegepersonen. Zwar erkennen sie schon die Stimmen und Gerüche ihrer Eltern, sind diese bekannten Sinnesstimulationen abwesend, zeigt ein Baby aber keine negativen Emotionen. Solange Nahrung, Wärme, Sauberkeit und Schmerzfreiheit gewährleistet sind, fühlt der Säugling sich wohl und ist zufrieden. In dieser Zeit zeigt er auch kaum Reaktionen auf seine Umwelt, erwidert kein Lächeln und ist unfähig, die Arme nach jemandem auszustrecken.

Etwa zwei Monate nach der Geburt ist das Neugeborene in der Lage, Menschen visuell zu unterscheiden. Ab dieser Zeit bevorzugt es den Hauptversorger vor jedem anderen Menschen. In Momenten von Hunger, Angst, Schmerz oder Schreck kann oft nur diese Person das Leid des Kindes mildern. Noch immer ist das Baby jedoch passiver Empfänger jeglicher Aufmerksamkeit.

Erst mit ungefähr einem halben Jahr ist es reifungsbedingt in der Lage, selbst Kontakt mit seiner Bezugsperson oder anderen Menschen in seinem Umfeld zu initiieren. Dem Kind stehen in dieser Entwicklungsphase bereits mehrere Optionen zur Verfügung, um mit seinen Mitmenschen zu kommunizieren. Der Säugling kann sich verbal, motorisch sowie mit Gesten und Mimik bemerkbar machen. Es ist auch in dieser Phase, dass die Mutter zum unumstrittenen Mittelpunkt der kindlichen Welt wird. Vor Fremden fürchtet das Kleinkind sich jetzt oft und weigert sich auch häufig, in Kontakt mit ihm nicht bekannten Personen zu treten, während es auf die Nähe und Interaktion mit der Mutter besteht.

Mit etwa einem dreiviertel Jahr sind die kognitiven Fähigkeiten des Kindes soweit entwickelt, dass es bereits erlebte Begegnungen nutzen kann, um neue Situationen zu bewerten und zu beeinflussen. Es kann durch seine Handlungen und Worte das Verhalten einer Bezugsperson bewusst beeinflussen und somit seine Umgebung manipulieren. Ab etwa diesem Zeitpunkt kann eine Form von wechselseitiger Partnerschaft zwischen der Mutter und ihrem Kind entstehen.

Zu einer zielgerichteten Partnerschaft kann es aufgrund der kognitiven Einschränkungen der frühen Lebensjahre erst ab etwa dem dritten Lebensjahr kommen. Erst ab dem Kindergartenalter können Kinder die Motivation für das Verhalten ihrer Mitmenschen beurteilen und mit diesem Wissen reagieren (Bowlby, 1969). Frühestens ab diesem Alter ist entwicklungsbedingt eine Perspektivenübernahme möglich (Piaget, 1937). In den Ansätzen des französischen Forschers Jean Piaget findet auch die Bindungstheorie einige ihrer Wurzeln. Allerdings wurden diese ursprünglichen Theorien von Bowlby (1965), basierend auf seinen eigenen Beobachtungen, modifiziert. Im Kindergartenalter hat das Kind bereits ein mentales Repräsentationsmodell zu seiner Beziehung mit der Hauptbindungsperson und seinem eigenen Selbstkonzept gebildet. Je älter das Kind wird desto eher ist es in der Lage, auf die Gefühle, Bedürfnisse und Erwartungen seines Gegenübers einzugehen. Dieser Prozess wird auch „attunement“ (Abstimmung) genannt (Stern, 1992).

Zunächst ging John Bowlby davon aus, dass die Phase der Gegenseitigkeit vor dem ersten Geburtstag beginnt. In Zusammenarbeit mit seiner Schülerin, Mary Ainsworth, revidierte er seine Meinung. Später ging er davon aus, dass gegenseitige Rücksichtnahme in engen sozialen Beziehungen erst ab etwa dem 3. Lebensjahr einsetzt, da erst dann die kognitiven Fähigkeiten ausreichen, um zielkorrigierend zu planen und Verständnis für die Gefühle und Bedürfnisse anderer aufzubringen (Ainsworth, 1985). Hier wird berücksichtigt, dass in den ersten beiden Lebensjahren zunächst zwei vorrangige Aufgaben bewältigt werden müssen. Das Kleinkind muss den physischen Umgang mit seiner Umgebung in einem rapide wachsenden Körper erlernen und gleichzeitig Kommunikationsfähigkeiten entwickeln, um mit anderen Menschen in Kontakt treten zu können (Main, 1973/1983).

Ebenso wie andere Persönlichkeitsmerkmale ist das Bindungsverhalten meist stabil. Änderungen unterliegt es allerdings, wenn eine tiefe Krise die Sicherheit und Festigkeit des Individuums erschüttert. Unabhängig davon kann auch eine intensive, zum Beispiel therapeutische Arbeit, Persönlichkeitsstrukturen wie das Bindungsverhalten verändern. Nachdem eine Bindungsstrategie über Jahre erlernt und aufrecht erhalten wurde, ändert sich diese meist nur unter extremen Bedingungen oder durch intensive Psychotherapie (Grossmann & Grossmann, 2003). Vor allem die Bindungsqualität zur Mutter bleibt bei unverändertem Pflegeverhalten konstant (Main et al., 1985). Je älter ein Mensch wird, desto stabiler wird sein Bindungsmuster und ändert sich, wenn überhaupt, meist nur durch eine Vielfalt von neuen Bindungserfahrungen (Ainsworth, 1985). Diese Aussagen basieren auf Studien, welche Bindungsverhalten bei der Einschulung mittels Ergebnissen aus der Fremden-Situation bei normal entwickelten Kindern voraussagen konnten (Sroufe, 1985).

Einige Studien konnten nachweisen, dass Bindungsmuster während bestimmter Lebenskrisen,

wie zum Beispiel die Trennung der Eltern, gewissen Änderungen unterliegen, aber nach Durchlaufen dieser Phase wieder zu ihrer ursprünglichen Qualität zurückkehren (Cassidy, 1988, Rothbard und Shaver, 1994 ).

Es gibt unterschiedliche Modelle, um die Beständigkeit von Bindungsmustern zu erklären. Eines davon beruft sich auf defensive Mechanismen, welche gewisse, schwer einzuordnende Bindungserfahrungen in Vergessenheit geraten lassen. Somit ist für jede Veränderung im inneren Arbeitsmodell der Bindung ein längerer Prozess notwendig, der zunächst unbewusst durch Ablehnung und Verdrängung beantwortet wird. Hierdurch schützt das Individuum sich selbst und sorgt unbewusst für die Aufrechterhaltung einer sich selbst-erfüllenden Prophezeiung (Sroufe & Fleeson, 1986; Zeanah & Anders, 1987). Unter selbst-erfüllender Prophezeiung wird verstanden, dass die Annahme, mit der ein Mensch in eine Situation geht, sich bestätigt, schon allein deshalb, weil die Person davon ausgeht, dass sie bestätigt wird. Dies ist ein plausibles Erklärungsmodell für die Stabilität von Bindung (Schmidt & Strauß, 1996). Ist ein unsicher gebundenes Kind mit einer Freundin verabredet, die kurz vorher absagt, so ist es eher geneigt, dies als Ablehnung zu interpretieren und persönlich zu nehmen als ein sicher gebundenes Kind, welches externe Erklärungen in Betracht zieht oder das Fehlverhalten bei der Freundin anstatt bei sich selber sucht. Sowohl die Persönlichkeit als auch die Bindungsmuster einer Person können durch aktuelle Ereignisse beeinflusst werden (Bowlby, 1980). Neueren Studien zufolge ist es allerdings möglich, unter gewissen Voraussetzungen unsichere oder sogar desorganisierte Bindungsmuster in sichere umzustrukturieren (Hazan & Shaver, 1994).

### **1.4.2 Transgenerationalität von Bindung**

Das Verhalten der Mutter hat ausschlaggebenden Einfluss auf die Bindungssicherheit ihres Kindes. Da das Verhalten der Mutter durch ihre eigenen Erfahrungen und Bindungsstrukturen beeinflusst ist, liegt es nahe anzunehmen, dass Mütter und Kinder ähnliche Bindungsstrategien entwickeln (Bowlby, 1980; Grossmann, 2003). Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft das Adult Attachment Interview absolvierten, hatten zu 81% dieselbe Bindungsstrategie wie die Kindesmütter (Benoit & Parker, 1994).

Bereits während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt beeinflusst die mütterliche Fürsorge den Säugling. Während der Schwangerschaft ist es noch vorrangig die mütterliche Fürsorge für sich selbst und die Anpassungen ihres Lebensstils, welche sie für das ungeborene Leben in ihrem Leib tätigt. Schon Minuten nachdem das Kind das Licht der Welt

erblickt hat, beginnt die Beziehungsaufnahme zwischen Mutter und Kind. Wie fähig und einfühlsam die Mutter hier mit ihrem Kind umgeht, wird durch ihre eigenen Erfahrungen beeinflusst. Zu Beginn ist sie es, welche die Dynamik der Beziehung vorgibt (Munz, 2002).

Eine Untersuchung in einer Risikostichprobe dokumentierte eine mangelnde Feinfühligkeit bei Müttern von irritierbaren Säuglingen. Hier lässt sich nicht eindeutig sagen, ob das Temperament des Kindes durch das Verhalten der Mütter bedingt ist oder ob sich das Temperament der Kinder aversiv auf ihre Bezugspersonen auswirkt (Munz, 2002). Mit einem Teil dieser Mütter wurde eine Intervention in Form eines Elterntrainings zur Stärkung ihrer erzieherischen Kompetenzen durchgeführt. Etwa ein Jahr später hatte sich in einer Großzahl der Säuglinge, deren Mütter nicht an der Intervention teilnahmen, eine unsichere Bindung manifestiert. Die Kombination zwischen dem eventuell genetisch bedingten Temperament und der unzureichenden Wärme und Zuverlässigkeit dieser Mütter erschwerte es den Kindern, Vertrauen in eine sichere Bindungsperson aufzubauen. Kinder, deren Mütter an der Intervention teilgenommen hatten und sich ihren Kindern feinfühlicher widmen konnten, waren deutlich häufiger sicher gebunden. Hieraus lässt sich schließen, dass das Verhalten der Mütter, insbesondere bei vulnerablen Kindern, einen entscheidenden, positiven Einfluss auf die Entwicklung der Kinder haben kann (Van den Boom, 1994). Auch dieses Ergebnis spricht für die Veränderbarkeit der Bindungsqualität und beinhaltet die Hoffnung, unsicher gebundenen Kindern Sicherheit vermitteln zu können.

## **1.5 Bindungsqualitäten**

Laut Bowlby (1952) entwickeln Säuglinge sichere Bindungsmuster, wenn sich eine feste Bezugsperson zuverlässig, regelmäßig und mit Hingabe sowohl um ihre körperlichen als auch um ihre emotionalen und psychischen Bedürfnisse kümmert. Die verschiedenen Formen der Bindungsmuster variieren nicht nur in ihrer Qualität, sondern auch in den unterschiedlichen Coping-Strategien, welche Kinder in Stresssituationen einsetzen (Spangler & Zimmermann, 1999). Die in jungen Jahren erlernten Umgangsweisen mit schwierigen Situationen formen sozusagen ein Repertoire von Reaktionen, welche noch im Erwachsenenalter zum Einsatz kommen, um in persönlichen Beziehungen zu handeln (Karen, 1998). Die verschiedenen Reaktionen in bindungsrelevanten Situationen können in vier distinkte Kategorien eingeteilt werden (Main, 1999). Diese Kategorien sind kulturübergreifend und lassen sich auf alle Altersstufen anwenden (Ainsworth, 1967). Ausschlaggebend für die Entwicklung der unterschiedlichen Bindungsmuster sind die Reaktionen der Hauptbezugsperson auf den Wunsch des Kleinkindes nach Nähe, Schutz

und Geborgenheit. Kann der Versorger diesem Verlangen stets oder zumindest meistens entsprechen, so entwickelt das Kind ein sicheres Bindungsmuster. Reagiert die Bezugsperson allerdings regelmäßig ablehnend, erniedrigend oder strafend auf den Versuch des Kindes, Nähe herzustellen, so entsteht ein unsicher-vermeidendes Arbeitsmodell von Bindung. Eine unsicher-ambivalente Bindung wird entwickelt, wenn die Reaktionen der Mutter variieren und nicht absehbar sind. Die vierte von Mary Main (1986) ergänzte Bindungskategorie entwickeln Kindern, deren Mütter ebenfalls mit bindungsrelevanten Problemen zu kämpfen haben und den Wünschen ihrer Kinder nur schwer entsprechen können. Dieses unstrukturierte Bindungsverhalten wird unsicher-desorganisiert genannt, während die ersten drei Bindungsmuster als organisiert gewertet werden können (Cassidy & Shaver, 1999).

Ergänzend zu den drei Hauptkategorien der Bindungsmuster hat Mary Ainsworth noch Unterkategorien ausgearbeitet. Das sichere Bindungsmuster bezeichnete sie auch als Typ B, von dem englischen Wort 'balanced', ausgeglichen. Die beiden unsicheren Bindungsverhalten erhalten jeweils ein C für das englische Wort 'crying'- (unsicher)-ambivalent und für das angelsächsische Wort 'avoidant' ein A, welches das unsicher-vermeidende Bindungsmuster kennzeichnet. Außerdem werden Kinder mit einer desorganisierten Bindung unter dem Typ D klassifiziert; dieses steht für den englischen Ausdruck 'disorganized' (Grossmann & Grossmann, 2004). Die beiden unsicheren Bindungsmuster repräsentieren hier gegenteilige Verhaltensweisen.

Kinder des Bindungstyps A zeigen kein (A1) oder nur ein geringes (A2) Bindungsverhalten. Diese Kinder konzentrieren sich auf das Explorieren oder reagieren mit Rückzug. Jedoch machen sie nur wenige Anstalten, mit ihrer Bezugsperson Kontakt aufzunehmen (Klein, 2010). Die unsicher-vermeidende Bindung hängt signifikant mit einer ablehnenden Haltung der Mutter zusammen, deshalb ist davon auszugehen, dass diese Töchter und Söhne ihr Verhalten an vorhergehenden Zurückweisungen orientieren (Main, 2002).

Das Verhalten der Kinder mit Typ C Bindung ist dem entgegen kaum auf Exploration ausgelegt. Ein sehr starkes Bindungsverhalten (C1) drückt sich durch Klammern, Schreien oder Wutanfälle aus. Kinder des Types C, welche etwas sicherer, jedoch noch immer unsicher gebunden sind (C2), zeigen diese Verhaltensweisen in weniger starker Ausprägung (Grossmann & Grossmann, 2004). Ainsworth (1971) konnte in einer Studie nachweisen, dass Mütter, deren Nachwuchs ein unsicher-ambivalentes Verhalten aufweisen, unterschiedlich und nicht vorhersehbar reagierten. Die Säuglinge und Kleinkinder scheinen so nicht fähig zu sein vorauszusagen, ob die Bezugsperson auf ihre Bedürfnisse eingehen würde (Main, 2002).

Das Bindungsmuster D kann mit jedem der oben genannten Bindungstypen kombiniert werden (D/A, D/B, D/C). Er wird immer dann angeführt, wenn Kinder zusätzlich zu ihrem

gewohnten Bindungsverhalten abweichende und/oder bizarre Handlungen zeigen. In stressreichen Situationen kann dies durch für das Kind neue oder unerklärliche Reaktionen der Bezugsperson verursacht werden. Der Nachwuchs weiß nicht, wie er reagieren soll, wenn die Hauptbindungsperson ihm mit ambivalentem Verhalten entgegentritt. Durch sich wiederholende soziale Situationen erlernen Kinder Interaktionsstrategien. Sind die Abläufe dieser sozialen Situationen nicht vorhersehbar, so kann das Kind keine festen Reaktionsstrategien entwickeln (Grossmann & Grossmann, 2004).

Sicher gebundene Kinder (B) verhalten sich in jeder Situation angemessen und angepasst. Solange ihre Mutter bei ihnen ist, erkunden sie ihre Umgebung. Verlässt die Sicherheit gebende Bezugsperson das Zimmer und ist somit vorübergehend nicht verfügbar, so reagiert das Kleinkind mit Protest. Bei der Wiedervereinigung lassen sich sicher gebundene Kinder umgehend beruhigen. Jedoch scheitern die Versuche einer fremden Person, Trost zu spenden. Auch in dieser Gruppe gibt es kaum Kinder, die absolut keine Beeinträchtigung in ihren Bindungsfähigkeiten aufweisen (B3). Manche Kinder zeigen Züge von Ambivalenz (B4) oder Vermeidung (B1; B2) in ihren bindungsrelevanten Verhaltensweisen (Grossmann & Grossmann, 2004). Es ist auffällig, dass sicher gebundene Kinder alle Gefühle, sowohl positive als auch negative, ohne zu zögern, äußern können (Klein, 2010).

Bindungsmuster können als eine Repräsentation der Copingstrategien eines Menschen mit Stress und belastenden Situationen angesehen werden (Gloger-Tippelt, 2002). Je nach den Lebensumständen des Kindes stellen die Bindungsmuster der Typen A, B oder C eine Anpassung an die Umwelt dar, die angemessen oder unangemessen sein kann. In diesem Zusammenhang wird das jeweilige Bindungsmuster als 'best fit' bezeichnet. Demzufolge gibt es nicht eine ideale Strategie, sondern verschiedene Strategien, welche in unterschiedlich schwierigen Situationen eine zufriedenstellende Auflösung herbeiführen können. Es ist vorteilhaft, wenn Kinder und später auch Erwachsene über viele alternative Verhaltensstrategien verfügen, aus denen sie je nach aktueller Situation auswählen können (Hinde, 1982). Handelt eine Bindungsperson normalerweise zurückweisend und ablehnend, so kann ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten als Schutzmechanismus angesehen werden, da so emotionaler Schmerz durch nicht gewährte Zuwendung vermieden werden kann (Gloger-Tippelt, 2000). Außerdem ist nicht allen Eltern und Gesellschaften vorrangig daran gelegen, sicher gebundene Kinder zu erziehen. Häufig widerspricht ein selbständiges Kind, welches nicht hauptsächlich auf eine Bezugsperson angewiesen ist, dem Ziel der privaten und institutionellen Ideale (Hinde, 1982). In der Mutter-Kind-Beziehung ist Flexibilität vonnöten, damit das Kind sich in verschiedenen Situationen entsprechend angemessen verhalten kann. Um diese Flexibilität zu gewährleisten, ist Urvertrauen von enormer Wichtigkeit, da

die Kinder nur auf diese Weise unterschiedliche Verhaltensweisen, explorationsorientiert oder bindungsorientiert, ausprobieren und auf ihre Mitmenschen eingehen können (Köhler, 1999).

Andere Forscher verweisen darauf, dass Kinder Bindungsverhalten erproben, welches von ihrem eigentlichen Bindungsstil abweicht. Hier probieren die Kinder die Reaktionen ihrer Umgebung auf neue Handlungsweisen aus, z.B. Trotzanzfälle oder andere Schritte in die Unabhängigkeit. Die verschiedenen Strategien können den Kindern in unterschiedlichen Belastungssituationen und mit variierenden Menschen von Nutzen sein (Rauh, 1997).

### **1.5.1 Bindungssicheres Verhalten**

*„Meine Oma ist immer für mich da, mit der kann ich immer am besten reden.“ - Ruth (11 Jahre)<sup>5</sup>*

Wenn Neugeborene einfühlsame Reaktionen auf ihre Bedürfnisse erleben, so erlernen sie in den meisten Fällen ein sicheres Bindungsverhalten. Mütter, Väter oder andere konstante Bezugspersonen von sicher gebundenen Säuglingen reagieren angemessen auf deren Bedürfnisse. Hunger wird mit Füttern beantwortet, bei Trauer wird getröstet und Schmerzen werden gelindert. Das Kleinkind kann sich rundum geborgen fühlen und erfährt, dass es sich seiner Umgebung und anderen Menschen zuverlässig anvertrauen kann (Crittenden, 1996).

Die Bindung zu einer festen Bezugsperson ist in dieser Phase von großer Bedeutung. Diesen Menschen erlebt das sicher gebundene Kleinkind als Basis, von der aus es Erfahrungen mit der anderen Personen in einer beschützten Umgebung machen kann, zu dem es aber auch immer zurückkehren kann, um Trost und Schutz zu finden. Durch die einfühlsame und angebrachte Reaktion auf sein Verlangen fühlt sich das Kind bestätigt und ein positives Selbstbild kann entstehen. Basierend auf erlebter Sicherheit und Konstanz, entwickelt das Kind ausreichend Selbstvertrauen, um offen und interessiert auf sein Umfeld zuzugehen. Die sichere Basis hilft ihm außerdem, mit schwierigen oder Angst einflößenden Erlebnissen souverän umzugehen und sie mit erlernten Copingstrategien zufriedenstellend aufzulösen. All dies geschieht mit der festen Überzeugung, dass die Vertrauensperson jeder Zeit zur Verfügung ist (Bretherton, 2002).

Sicher gebundene Kinder können ihre Emotionen offen zeigen und Belastung sowie Betroffenheit erkennen lassen (Spangler & Zimmermann, 1999). Ab dem Grundschulalter nehmen sicher gebundene Jungen und Mädchen leicht Kontakt zu Vertrauenspersonen auf. Sie interagieren hauptsächlich verbal und haben nur wenige Schwierigkeiten, eine Konversation aufrecht zu erhalten. Im Jugendalter können sicher gebundene Personen von ihren Bindungserfahrungen

---

<sup>5</sup> Name geändert.

zusammenhängend berichten und diese objektiv bewerten. Die bedeutenden Erfahrungen und Verhaltensmuster, die so entstehen, werden auch von den betroffenen Menschen als relevant erachtet (Spangler & Zimmermann, 1999).

Eine harmonische Beziehung mit der Kindsmutter ist bezeichnend für eine sichere Bindung (Troy & Sroufe, 1987; Weinfield et al., 1999) Sicher gebundene Kinder können aktiver explorieren als unsicher gebundene und weisen dementsprechend besser entwickelte kognitive Fähigkeiten auf. Ihrer altersentsprechenden Entwicklung sind sie häufig voraus und ihre Sprachentwicklung ist weiter fortgeschritten. Auch auf den Intelligenzquotienten hat eine sichere Bindung eine positive Auswirkung (Ainsworth et al., 1978).

### **1.5.2 Bindungsunsicher-vermeidendes Verhalten**

*„Ich habe Angst dem Papa zu sagen, wenn es mir schlecht geht, weil ich Angst habe, dass er dann schimpft.“ - Matilda, 13 Jahre<sup>6</sup>*

Kinder mit diesem Bindungsverhalten ziehen sich zurück, nachdem sie wiederholt Zurückweisung erlebt haben. Schon wenige Stunden alte Säuglinge sehnen sich nach Nähe, Kontakt und Aufmerksamkeit. Werden diese Wünsche nicht erfüllt, so können sie kein sicheres Bindungsmuster entwickeln. Die Vertrauenspersonen dieser Babys sind oft sehr streng und wenig emphatisch. Ihre zurückweisende Handlungsweise lässt die Kleinkinder sehr unabhängig wirken. Diese frühe, deutlich ausgeprägte Unabhängigkeit hat allerdings den Preis des unterdrückten Bindungsverhaltens und einer reduzierten Beziehungsfähigkeit (Spangler & Schieche, 1999).

Wahrscheinlich um weitere Zurückweisungen zu umgehen, wenden sich solche Menschen in belastenden Situationen gezielt von ihren Bezugspersonen ab und probieren, nicht Kontakt mit ihnen aufzunehmen. Stattdessen versuchen sie schon sehr früh, mit negativen Gefühlen eigenständig fertig zu werden. Hier ziehen sich die Kleinkinder zurück und scheinen in sich gekehrt zu sein (Köhler, 1999). Eltern von vermeidend gebundenen Kindern werden als eher ablehnend, weniger zärtlich beschrieben. Die Atmosphäre in der Familie tendiert dazu, gefühlsneutral zu sein (Lyons-Ruth et al., 2004).

Kinder mit diesem Bindungsmuster können ihre Emotionen nur begrenzt ausdrücken. Wie bereits in der Bezeichnung angedeutet, meiden sie Kontakt zu Bindungspartnern und gehen diesen eher aus dem Weg, während sie hauptsächlich ihr Umfeld explorieren (Spangler & Zimmermann,

---

<sup>6</sup> Name geändert.

1999).

Auch im Grundschulalter sind diese Jungen und Mädchen zurückhaltender und gehen nur wenig auf andere zu. Wenn Vertrauenspersonen auf sie zukommen, so ignorieren sie dies meist und reagieren nicht. Rückblickend auf die Bindungserfahrungen in ihrer Kindheit, erzählen sie im AAI eher inkohärent. Dies wird besonders deutlich durch Idealisieren der Eltern und Reduzierung der Bedeutung der Eltern-Kind-Bindung. Sie können ihre Bindungserfahrungen nicht ausreichend integrieren oder ihnen mangelt es an wesentlichen Erinnerungen (Spangler & Zimmermann, 1999).

### **1.5.3 Bindungsunsicheres-ambivalentes Verhalten**

*„Wenn ich nach Hause komme, weiß ich nie ob die Mama mit mir spielen will oder mich wegschickt.“ - Judith (12 Jahre)<sup>7</sup>*

Das Verhalten dieser Vertrauensperson ist mal liebevoll zugewandt, mal ablehnend zurückweisend. Deshalb können sich die Babys nie auf die Reaktion der Bezugsperson einstellen und dementsprechend zuverlässige Verhaltensstrategien entwickeln. Da die Erwachsenen teilweise gar nicht auf das Kleinkind eingehen, tendiert dieses zu extremen Gefühlsausbrüchen, um die Möglichkeit eines verlässlichen Handelns der Bezugsperson zu erhöhen. Mütter dieser Kinder sind durchaus in der Lage, feinfühlig auf ihren Nachwuchs einzugehen, sie tun dies aber nicht durchgängig, dadurch lösen sie Verwirrung und Unsicherheit bei ihren Kindern aus (Cassidy & Berlin, 1994). Während dieser Nachwuchs vermehrt die Nähe ihrer Vertrauenspersonen sucht, zeigen sie dieser auch oft Ablehnung oder Verärgerung. Schon die kleinsten Anzeichen eines Weggangs der Bindungsperson lösen in dem Kleinkind ein starkes Angstgefühl aus (Köhler, 1999).

Kinder mit diesem Bindungsmuster demonstrieren ein Übermaß an Gefühlsausdruck in belastenden Situationen. Während sie durchaus Nähe suchen, bringen sie zur selben Zeit Unwillen und Widerstand bezüglich der Kontaktaufnahme zum Ausdruck. Explorationsverhalten existiert fast überhaupt nicht, im Gegenteil, die Kleinkinder agieren passiv und sind häufig kaum zu beruhigen (Spangler & Zimmermann, 1999).

In Situationen direkt vor und unmittelbar nach einer Trennung von einer Bindungsperson ist das Bindungsverhalten eines Kindes besonders aktiv. Dies zielt darauf ab, Nähe zu einer Bezugsperson herzustellen und aufrecht zu erhalten. Das Explorationsverhalten wird durch die Aktivierung des Bindungsverhaltens außer Kraft gesetzt. Konzentriert sich ein Kleinkind dauerhaft

---

<sup>7</sup> Name geändert.

nur auf den Kontakterhalt zu einer Vertrauensperson, so kann es sein Umfeld nicht erkunden. Dies ist bei unsicher-ambivalent gebundenen Kindern der Fall. Langfristig mangelt es ihnen so an wichtigen Erfahrungen. In kognitiven und sozialen Bereichen kann die Entwicklung des Jungen oder Mädchens so gehemmt werden (Hopf, 2005).

Auch zu Schulzeiten erleben diese Kinder weiterhin oft starke Gefühlsausbrüche. Sie lehnen ihre Bindungsperson ab, wenn diese mit ihnen Kontakt aufnehmen möchte. Des Weiteren fallen sie durch passives oder unreifes Verhalten auf. Ähnlich wie in der zuvor beschriebenen Gruppe weisen auch diese Menschen im Erwachsenenalter ein hohes Maß an Inkohärenz im AAI auf, wenn sie über die Entstehung ihrer Bindungsmodelle berichten. Hier zeichnen sie sich hauptsächlich durch das Erzählen irrelevanter Details und widersprüchliche Bewertungen der Bindungsgeschichte aus. Zusätzlich bringen sie Ärger auf die Bindungsperson zum Ausdruck, verhalten sich aber eher passiv (Spangler & Zimmermann, 1999).

#### **1.5.4 Desorganisation der Bindungsmuster**

*„Ich habe mich damit abgefunden, dass, wenn ich mit meiner Mutter reden will, ich anrufen muss. Der ist es ja sowieso egal, wie es mir geht, weil sie selber so viele Probleme hat“ - Chloe (17 Jahre)<sup>8</sup>*

Kinder, deren Verhalten zu dieser Kategorie gehört, benehmen sich häufig 'schräg'; zum Teil erstarrt ihre Mimik. In bindungsrelevanten Situationen wechseln sie kurzfristig zwischen Copingstrategien (Spangler & Zimmermann, 1999).

Etwa ab der Einschulung probieren diese Kinder, Kontrolle zu erlangen; dies bezieht sich vor allem auf Vertrauenspersonen. So handelt das Kind bemutternd oder befehlend. Andere Verhaltensweisen sind häufig nicht klassifizierbar. Ähnlich wie in den beiden unsicheren Bindungsgruppen spiegelt sich auch in den Beschreibungen der Bindungserfahrung dieser Personen Inkohärenz wieder. Grundschüler mit diesem Bindungstyp probieren ihre Bindungskonflikte unter Kontrolle zu halten, indem sie streng oder über-besorgt handeln (Köhler, 1999). Vorwiegend beim Berichten von traumatisierenden Erlebnissen sind sprachliche Auffälligkeiten erkennbar (Spangler & Zimmermann, 1999).

Es ist anzunehmen, dass Mütter oder andere Bezugspersonen dieser Kinder selbst ebenfalls uneindeutige Bindungsstrategien aufweisen und in ihrer eigenen Kindheit kein sicheres

---

<sup>8</sup> Name geändert.

Bindungsverhalten lernen konnten. Die Reaktionen dieser Kinder auf ihre Bindungsperson sind von Angst und Verwirrung geprägt (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Da dies im Gegensatz zu einer sicheren Basis steht, welche das Kleinkind dringend benötigt, führen diese Emotionen zu Verwirrung und Unsicherheit. Oft benehmen sich die Bindungspersonen dieser Kinder ebenfalls hilflos, was vermutlich zu den kontrollierenden Handlungsweisen der betroffenen Kleinkinder führt. Wenn die Handlungen der Bezugsperson so stark variieren, ist es den Minderjährigen kaum möglich, verlässliche und adäquate Verhaltensmuster zu entwickeln (Main & Hesse, 1992). Häufig wird die Entstehung des desorganisierten Bindungsmusters auf erlebte Traumata, Misshandlung oder psychische Erkrankungen der Bezugsperson zurückgeführt. Neurologische Dysfunktionen und unvorteilhafte Verhaltensorganisationen im Neugeborenenstadium sind aber ebenfalls mögliche Erklärungsmodelle (Spangler et al., 2000). Hirnorganische Forschungen haben ergeben, dass Kinder mit einem desorganisierten Bindungsstil häufig einen höheren Level des Stresshormons Cortisol aufweisen als Kinder mit einem strukturierten Bindungsmuster (Zeanah et al., 1999; Teti, 2000). Neurobiologisch könnte diese Erhöhung sich auf neuronale Verbindungen im Hirn auswirken, die wiederum einen Einfluss auf die Emotionsregulation haben (vgl. Carlson et al., 1989; O'Connor et al., 1999).

In einer weiteren Studie konnte bei Kindern mit desorganisiertem Bindungsstil eine polymorphe Kodierung für das Dopamin-D4-Rezeptor-Gen festgestellt werden. Die Kinder haben also eine genetische Vulnerabilität, welche ihre Interaktionsfähigkeiten belasten könnte. Schon während der Schwangerschaft ist von diesen Kindern mehr Bewegung zu spüren und nach der Geburt weinen sie häufiger als unbelastete Kinder (Lakatos et al., 2000). Dieses schwierige Temperament der Säuglinge und Kleinkinder erschwert es besonders Müttern, die selbst durch ihre Gene oder negative Erfahrungen vorbelastet sind, sich zuverlässig und einfühlsam um ihr Kind zu kümmern. Dies ist ein weiterer Einflussfaktor, der mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass irritierbare Säuglinge später häufig unsicher gebunden sind (Steele et al., 1996).

### **1.5.5 Verteilung der Bindungsmuster**

Bis zu 60 % aller Kinder weisen Studien zufolge sichere Bindungsmuster auf. Etwa ein Viertel der Kinder in Kindergärten und Schulen sind unsicher-vermeidend gebunden. Außerdem verfügen zwischen 10 und 15 % der Jungen und Mädchen über unsicher-ambivalente Bindungsstrategien. Die übrigen Minderjährigen verfügen über das, von Maine benannte, unstrukturierte und unsichere Bindungsmuster (Goldberg, 1995). Daraus folgt, dass weltweit

zwischen 10 und 25% aller Kinder desorganisiert gebunden sind.

In einer Metaanalyse von über 30 Studien, welche Bindungsmuster mit Hilfe der Fremden-Situation untersuchten, ergaben sich durchschnittlich 65% sicher gebundene Kinder, 21 % wurden als unsicher-vermeidend identifiziert und nur 14% verfügten über eine unsicher-ambivalente Bindung. (Ijzendoorn & Kroonenberg, 1988).

In Israel und Japan ist die unsichere-ambivalente Bindung weiter verbreitet als in westlichen Kulturen. In den Vereinigten Staaten von Amerika wird das unsicher-vermeidende Bindungsmuster häufiger gefunden (Goldberg, 1995).

### **1.5.6 Bindungsstärke versus Bindungsqualität**

Häufig wird das Anklammern eines Kindes an seine Mutter oder seinen Vater als Bindungsstärke fehl interpretiert. Diese Bindungsstrategien sagen jedoch nichts über die Bindungsqualität des Kindes zu seiner Vertrauensperson aus (Schwabe-Höllein & August-Frenzel, 1999). Häufigkeit und Intensität des auftretenden Bindungsverhalten wie Weinen oder Klammern sind nicht direkt mit der sicheren Bindung korreliert. Vielmehr sind es sicher gebundene Kinder, welche weniger Anklammern aufweisen. Sie können sich der Verfügbarkeit ihrer Vertrauensperson sicher sein und haben Zurückweisung und Verlassenwerden noch nie oder nur selten erleben müssen. Vermehrtes Weinen oder Klammern in bekannten Situationen ist daher ein Ausdruck von gesteigerter Furcht (Grossmann, 2004).

Beispielsweise befürchtet ein Kind, das unbekümmert über den Spielplatz läuft und die Geräte ausprobiert, nicht, dass seine Bindungsperson verschwunden ist, wenn es zu ihr zurückkehren will. Ein Kind allerdings, das auf dem Schoß seiner Bezugsperson sitzen bleibt und auf ihre Versuche, es auf den Spielplatz zu schicken, damit reagiert, dass es sie fest umklammert, befürchtet den Verlust der Vertrauensperson. Das Weinen eines Kindes in einer alltäglichen Situation weist ebenfalls auf die Erwartung des Verlusts einer Bindungsperson hin. Gesteigertes Bindungsverhalten in vertrauten Situationen weist also auf eine unsichere Bindung hin.

### **1.6 Bindung und Deprivation**

*„Ich will nicht spielen! Ich will zu meiner MAMA!“ - Anastasia<sup>9</sup> (3 Jahre)*

---

<sup>9</sup> Name geändert.

Wie bereits erwähnt, spielen Deprivationserfahrungen, vor allem in jungen Jahren, eine wichtige Rolle in der Bindungsforschung und der Entstehung von Bindungsmustern (Hunt, 1979). Erlebt ein Kind eine Deprivation, so mangelt es ihm nach allgemeinem Verständnis an Stimulation, sensorischer und motorischer Art, konstanten Beziehungen und verlässlichen, liebevollen Bezugspersonen (Rutter, 1972).

Heute sind solche Deprivationsphänomene vor allem durch Schreckensbilder von Waisenkindern in Heimeinrichtungen in der Dritten Weltländern bekannt. Die Kinder verbringen den Großteil ihres Tages in ihren Gitterbetten, häufig angebunden, um selbstverletzendes Verhalten zu unterbinden. Das wenige Personal wechselt häufig und hat weder Zeit noch Motivation, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen. Doch auch in modernen Einrichtungen kann es durch mangelndes Personal, begrenzten Besuchszeiten oder lange Behandlungsdauer in weit entfernten Spezialkliniken zu Deprivation kommen. Eine länger andauernde Deprivation ohne positive Intervention kann zu emotionalem Hospitalismus führen. Dieser Zustand ist erkennbar durch apathisches Verhalten, vermehrte Anfälligkeiten für Krankheiten, Ängste, stereotype Bewegungen sowie ein Verlangsamten oder Erstarren der körperlichen und seelischen Entwicklung (Spitz, 1978).

Einer der ersten Fälle von Deprivation ist als Legende überliefert. Ein deutscher Kaiser soll mit dem Bestreben, die Ursprache der Menschheit zu finden, die Anweisung gegeben haben, Säuglinge völlig ohne menschliche Zuwendung aufwachsen zu lassen. Die Kinder überlebten das Experiment nicht. Im frühen 20. Jahrhundert starben ca. 70% der erfassten Findelkinder an Deprivations-Erscheinungen (Spitz, 1978).

Experimente auf diesem Gebiet mit menschlichen Neugeborenen durchzuführen, wird heutzutage zu Recht als unethisch betrachtet. Um zumindest Tendenzen erkennen und Parallelen ziehen zu können, wurden Versuche mit Tieren durchgeführt. Wissenschaftler haben sowohl Hühnerküken als auch neugeborene Ratten von ihren Müttern getrennt und die Entwicklung ihrer Nervenzellen mit denen von Jungtieren verglichen, welche bei ihrer Mutter aufwachsen. Den getrennten Jungtieren wurde die Gelegenheit genommen, eine Bindung zu einem erwachsenen Tier aufzubauen, ihnen fehlte in den ersten Lebenswochen Zuwendung und Fürsorge. Tiere, die bei ihren Müttern aufwachsen, zeigten deutlich mehr Aktivität im limbischen System. Synapsenveränderungen ließen sich vor allem in den Regionen feststellen, die für Suchtverhalten, Aggressionen, Erregung, Angst und Informationsaufnahme verantwortlich sind. Eine Veränderung der Neurotransmitter Dopamin und Serotonin konnte ebenfalls nachgewiesen werden; dies hat Auswirkungen auf die kognitive Emotionsverarbeitung. Diese strukturellen Veränderungen im Hirn haben langfristige Auswirkungen, beeinflussen die intellektuelle und sozio-emotionale Entwicklung und können eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Auffälligkeiten verursachen. Die isoliert

aufgewachsenen Tiere zeigten außerdem einen erhöhten Antriebs, reagierten weniger auf Rufe der Mutter und verhielten sich aggressiver. Da vor allem zwischen den Hirnen von Ratten und Menschen viele Parallelen bestehen, lässt sich erschließen, dass Deprivation im menschlichen Gehirn ähnliche Auswirkungen hat. Die Forscher interpretieren Elemente des Tierverhaltens als Symptome sowohl einer Bindungsstörung als auch einer hyperkinetischen Störung. Die Vermutung liegt nahe, dass Deprivationen ähnliche Auswirkungen auf die weitere Entwicklung von menschlichen Säuglingen haben (Braun et al., 2002; Braun & Bock, 2003).

Ein amerikanischer Forscher kam nach vielfältigen und ausgiebigen Studien in einem jüdischen Kinderhilfswerk zu dem Schluss, dass Institutionalisierung in jungen Jahren zu Immundefiziten, Ängsten, Aggressionen und verminderter Intelligenz führen kann (Goldfarb, 1940). Der Wissenschaftler argumentiert, dass die ersten sechs Monate im Leben eines Menschen eine kritische Phase darstellen. Wenn in dieser Phase Stimulation, Nähe und Wärme fehlen, so kann dies zu einem Charakter mit ausgeprägter Passivität führen (Schmidt & Strauß, 1996). Nach heutigem wissenschaftlichem Stand entspricht Goldfarbs Studie mit einer kleinen Stichprobe und nicht gegebener Randomisierung nicht mehr dem Standard, weswegen einige seiner Theorien nicht mehr haltbar sind.

Spitz kam in den 40er Jahren zu ähnlichen Ergebnissen. Er postulierte, dass ein kompletter Mutterentzug zu den besorgniserregenden Symptomen des Hospitalismus führt und dass diese Konsequenz irreversibel ist. Auch bei Säuglingen, die für mehr als drei bis fünf Monate von ihren Müttern getrennt und danach wieder mit ihnen vereint wurden, traten dieselben unumkehrbaren Anzeichen des Hospitalismus auf (Spitz, 1945).

Auch Bowlby stellte fest, dass die Mehrheit der delinquenten Jugendlichen, die er untersuchte, in den ersten fünf Lebensjahren eine lange Trennung von ihrer Mutter durchlebt hatten (Bowlby, 1969). Weiter postuliert er, dass das Ausmaß der Deprivation ausschlaggebend für das Risiko ist, im weiteren Lebensverlauf pathologische Auffälligkeiten wie Hypochondrie, Angststörungen, Depression oder Suizidalität zu entwickeln (Schmidt & Strauß, 1996). Das Bindungsmuster beeinflusst die Entwicklung des Selbstwertgefühls und des Selbst, da eine stabile Bindung dabei hilft, Emotionen und Erfahrungen richtig einzuordnen (Bowlby, 1973).

Besonderes Interesse kam der Bindungstheorie nach dem Zweiten Weltkrieg zu. Die Kämpfe und Bombardierungen hinterließen viele Waisen und Halbwaisen, Kinder, die den plötzlichen Verlust einer Bezugsperson verkraften mussten, und Kinder, die über Monate und Jahre von ihren Eltern und Verwandten getrennt waren.

## 1.7 Bindung und psychische Störungen

Eine sichere Bindung ist kein Garant für ein Leben ohne psychische Probleme, sie ist aber ein Schutzfaktor gegenüber einer psychopathologischen Entwicklung (Werner & Smith, 2001; Grossmann & Grossmann, 2003). Schon im Kindergartenalter fallen sicher gebundene Kinder durch anpassungsfähige, kooperative und fröhliche Charakterzüge auf. Unsicher gebundene Kinder tendieren zu unsozialen Handlungen, emotionaler Isolierung und einer abweisenden Haltung (La Freniere & Sroufe, 1985). Mädchen und Jungen, die ein vermeidendes Bindungsmuster aufweisen, agieren ihren Erziehern gegenüber aggressiv und passiv (Renken et al., 1989) Kinder mit sicherer Bindung verfügen außerdem über eine höhere Resilienz, um mit emotional belastenden Situationen konstruktiv umzugehen (Suess, Grossmann & Sroufe, 1992). Dies verringert ihre Vulnerabilität, an einer psychischen Störung zu erkranken. Generell sehen sicher gebundene Kinder neuen Herausforderungen mit mehr Zuversicht und Selbstvertrauen entgegen als Kinder mit einer unsicheren Bindung (Lütkenhaus, Grossmann & Grossmann, 1985). Letztere Jungen und Mädchen hingegen haben eine erhöhte Vulnerabilität und somit ein größeres Risiko, unter psychischen Belastungen langfristig zu leiden, da ihnen die Ressourcen fehlen, um mit schwierigen Situationen kompetent umzugehen. Dies spiegelt sich auch in ihrer Wahrnehmung von alltäglichen Situationen. So interpretieren sie das Verhalten ihrer Spielkameraden öfter aggressiv (Kindler, 1995; Rothbaum, Schneider-Rosen, Pott & Beatty, 1995). Diese verzerrte Wahrnehmung der Umwelt wirkt sich negativ auf ihr Selbstwertgefühl und ihre allgemeine Stimmung aus.

Unsicher gebundene Kinder leiden häufiger an Depressionen als sicher gebundene Kinder (Ainsworth, 2002). Sicher gebundene Säuglinge weisen als Kleinkinder oft eine gute Orientierungsfähigkeit auf (Grossmann et al., 1985). Das Verhaltensrepertoire ambivalent-unsicher gebundener Kinder ist dagegen häufig eingeschränkt.

Als Teenager haben unsicher gebundene Kinder weniger Freundschaften, ein kleineres soziales Netzwerk und schätzen Beziehungen auch als weniger wichtig ein. Somit mangelt es ihnen an wertvollen Ressourcen und sozialen Verbindungen, die psychische Krisen abfangen und negative Emotionen ausgleichen können. Eine sichere Bindung wirkt sich positiv auf das allgemeine psychische und physische Wohlbefinden aus (Hazan & Shaver, 1990). Ähnliche positive Korrelationen bestehen zwischen einem sicheren Bindungsmuster und dem Selbstwertgefühl sowie Konfliktmanagementfähigkeiten, Arbeitseinstellung und Sozialverhalten (Freeney & Noller, 1990; Mikulincer & Nachshon, 1992; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992; Hardy & Barkham, 1994).

Kinder, die in Verbindung mit einer desorganisierten Bindung einen erhöhten Level von Cortisol in ihrem neurobiologischen Gefüge haben, sind meist auch vulnerabler, sollten sie weitere Traumata erleben. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer dissoziativen Störung im weiteren Lebensverlauf (Green & Goldwyn, 2002; Zeanah et al., 2003).

## **1.8 Bindungsstörung als klinische Diagnose**

Im Nachschlagewerk der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, dem ICD-10, veröffentlicht von der World Health Organization (WHO), erhält die Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters einen eigenen Diagnose-Code, die F94.1 (ICD-10, 1995). Ausschlaggebend für die Diagnose einer Reaktiven Bindungsstörung ist, dass pathologisches Verhalten und die damit verbundenen Problematiken vor dem fünften Lebensjahr auffällig werden. Es handelt sich also um eine Störung, bei der frühkindlichen Erfahrungen eine äußerst tragende Rolle zukommt. Häufig können Vernachlässigung, Deprivation oder Misshandlung in den ersten Lebensmonaten mit dem Auftreten des Störungsbildes in Verbindung gebracht werden (Ainsworth, 1985). Allerdings sind auch organische oder neurologische Ursachen denkbar. Diese gravierende Form des unsicheren Bindungsmusters wirkt sich auf die meisten Lebensbereiche der Betroffenen aus. Gegenüber Betreuungs- oder Bezugspersonen verhalten sich Kinder mit dieser Störung stark ambivalent. Ihre Interaktionsfähigkeit mit Gleichaltrigen ist begrenzt, eine Kontaktaufnahme ist für die Betroffenen meistens schwer. Oft verhalten sich die Kinder auch aggressiv gegenüber sich selbst oder anderen. Häufig mangelt es den Kindern an emotionaler Ansprechbarkeit und an Reaktionsvermögen. Ihr Gefühlsleben ist geprägt durch Traurigkeit, Apathie und Furchtsamkeit. Diese gestörten Emotionsausdrücke sind nicht auf die Interaktion mit einer Person reduziert, sondern können in unterschiedlichen sozialen Situationen beobachtet werden (Perrez, 2005).

In einer anderen Ausprägung der Reaktiven Bindungsstörung benehmen sich Kinder Erwachsenen gegenüber nicht vorsichtig und zurückhaltend, sondern gehen distanzlos selbst auch auf Fremde zu. Körperliche Grenzen werden von den Kindern ebenfalls häufig und rasch überschritten. Sie unterscheiden nicht zwischen vertrauten und unbekanntem Menschen (Brisch, 1999). Diese Kategorie des auffälligen Bindungsverhaltens wird im ICD-10 als Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung klassifiziert und als F94.2 kodiert (ICD-10, 1995). Studien haben zeigen können, dass ein auffälliges Bindungsverhalten bei den betroffenen Kindern auch viele Jahre nach Einleben in neue Umgebungen, zum Beispiel eine Fremdunterbringung, erhalten bleibt (O'Connor et al., 2003). Eine Reaktive Bindungsstörung hat

also langfristige und breitgefächerte Auswirkungen auf das Leben der Kinder und ihrer Bezugspersonen. Die Prävalenz der Reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters wird in der Gesamtbevölkerung auf maximal 1% geschätzt (Skovgaard et al., 2007). Die Prävalenz in Risikogruppen wie Heimkinder, Kinder in Pflegefamilien, psychopathologisch auffällige Kinder oder misshandelte Kleinkinder ist jedoch deutlich höher und liegt zwischen 10 und 40 Prozent (vgl. Boris et al., 1998; Fegert 1998; Zeanah et al., 2004).

## **1.9 Bindung und Psychopathologie der Eltern**

*„Ich will jetzt erst mal keinen Kontakt zu meiner Tochter, weil ich mich um mich selbst kümmern muss, aber danach hat die Jana<sup>10</sup> bei mir schon wieder Verlässlichkeit.“ - Barbara, 41<sup>11</sup> Mutter einer depressiven und hyperaktiven Patientin*

Sind Eltern psychisch krank, so wirkt sich dies meist negativ auf ihre Erziehungsfähigkeit aus. Ihr Nachwuchs wird dann oft parentifiziert, also in die Rolle eines verantwortlichen Erwachsenen hineingedrängt. Den meisten Eltern fällt es schwer, ihre eigenen psychischen Probleme im Kontext der Schwierigkeiten ihres Nachwuchses, zuzugeben, was zu einer Tabuisierung des Themas führen kann. Wie bereits erwähnt, wirken sich psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern auf ihre Fähigkeit aus, Bindungen einzugehen. Dies führt zu Unsicherheiten in ihren Kindern und häufig zu einer Isolierung der Familie, was einen Mangel an sozialer Unterstützung zur Folge hat. Bei schwer erkrankten Eltern ist es oft die Betreuung ihrer Kinder, welche vernachlässigt wird, in einigen Fällen kommt es auch zu Kindeswohlgefährdung, Missbrauch und Misshandlungen (Trautmann-Villalba & Hornstein, 2007).

Kinder deren Eltern an einer psychischen Krankheit leiden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst psychisch zu erkranken (Beardslee, 2002; Mattejat, 2005). Experten gehen davon aus, dass aktuell in Deutschland 3 Million Kinder psychisch erkrankte Eltern haben (Mattejat & Renschmidt, 2008). Etwa die Hälfte der jungen Patienten in unseren Kinder- und Jugendpsychiatrien leben mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil zusammen. Dies wirkt sich auch negativ auf die Prognose des Therapieerfolgs aus. Etwa 20% der Eltern deren Kinder in eine Psychiatrie eingewiesen werden, leiden unter einer Suchterkrankung, ein Anteil der den in der Normalbevölkerung deutlich überschreitet (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007).

---

<sup>10</sup> Name geändert.

<sup>11</sup> Name geändert.

Bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens ist die Erkrankungsrate der Eltern deutlich am höchsten (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass die Interaktion zwischen psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern erheblich beeinträchtigt ist (Mattejat, 2002). Im Säuglingsalter ist die emotionale Verfügbarkeit und Feinfühligkeit der Mutter eingeschränkt. Auf der Handlungsebene lächeln diese Mütter weniger, sprechen weniger mit ihren Kindern und imitieren deren Gesten seltener. Wenn die Kinder das Grundschulalter erreichen, nehmen deren Mütter sie häufig als besonders schwierig wahr und sind in ihrer Erziehung oft unsicher. Sie schwanken zwischen Überängstlichkeit und reduzierter Grenzsetzung. Ab dem Jugendalter wird den Kindern zunehmend unangemessene Verantwortung übertragen, und sie werden in elterliche Konflikte involviert. Außerdem ist es diesen Kindern erschwert, ihre Eltern als Vorbilder wahrzunehmen. Durch das oft bizarre, unangemessene und vor allem unberechenbare Verhalten ihrer Eltern sind diese Kinder häufig verwirrt und verängstigt. Sie können die Handlungen ihrer Eltern nicht einordnen oder nachvollziehen. In vielen Fällen geben sich die Kinder auch selbst die Schuld und machen ihr eigenes vermeintliches Fehlverhalten für die Schwierigkeiten ihrer Eltern verantwortlich (Mattejat, 2005). Die Interaktionen und damit die Beziehung zwischen dem erkrankten Elternteil und seinem Kind können über die komplette Entwicklung hinweg beeinträchtigt sein (Papousek, 2002). Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Kinder ebenfalls psychisch erkranken (Beardslee, 2003).

In Verbindung mit psychisch erkrankten Eltern treten auch andere Risikofaktoren vermehrt auf; dazu gehören ein niedriger sozio-ökonomischer Status, geringer Bildungsstatus der Eltern, Verlust einer wichtigen Bezugsperson und kulturelle Diskriminierung (Ihle et al., 2001). Studien zufolge sind es besonders Kinder, welche erblich vorbelastet sind, also Kinder, in deren Familien psychiatrische Erkrankungen vermehrt auftreten, bei denen sich Umweltfaktoren besonders prägnant auswirken. Dies gilt sowohl für positive als auch für negative Einflüsse (Laucht et al., 2007).

## **2. ADHS**

### **2.1 Symptomatik**

Viele Laien halten das ADHS für eine überstrapazierte, neumodische Diagnose, welche als Entschuldigung für Erziehungsfehler, ärztliche Ratlosigkeit oder institutionelle Überforderung verwendet wird. In der Realität gibt es die Erkrankung, welche wir als ADHS kennen, allerdings schon seit geraumer Zeit, und ihre Ursachen sind sowohl genetisch als auch durch Umweltfaktoren

bedingt. Bereits Mitte des neunzehnten Jahrhunderts beschrieb ein Frankfurter Arzt das Zappel-Philipp-Syndrom in einem Kinderbuch (Hoffmann, 1994).

Im letzten Jahrhundert wurde dieses Symptom als Hirnorganisches Psychosyndrom, als Minimale Cerebrale Dysfunktion und als Hyperkinetisches Syndrom bezeichnet; später wurde dann differenziert zwischen dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität. Inzwischen haben sich im Volksmund die Bezeichnungen ADS und ADHS durchgesetzt (Wender, 2002; Rothenberger & Neumärker, 2005). Im Folgenden werde ich mich auf die Definitionen und Klassifikationskriterien für die Störung im ICD-10berufen (WHO, Dilling et al., 2000). Dieses Verzeichnis gilt als Diagnose-Standard in der deutschen Gesundheitsversorgung (Mattejat, 2010). Krankenkassen, über die Psychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ihre Leistungen abrechnen, beziehen sich auf eben diese Bezeichnungen, um entstandene Kosten abzurechnen. Auch die Ausstellung bestimmter Rezepte, welche dem Betäubungsmittel-Schutzgesetz unterliegen, bedarf einer solchen Diagnose.

Das Werk der Weltgesundheitsorganisation unterscheidet drei Kategorien hyperkinetischer Störungen, Auf die „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ und die „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ wird im Weiteren näher eingegangen. Die dritte Diagnose, die „Sonstige Hyperkinetische Störung“ ist eine selten verwendete Auffangkategorie und wird in dieser Arbeit nicht weiter besprochen (Dilling et al., 2000).

Bevor ein seriöser Therapeut oder Arzt eine solche Diagnose vergibt, muss ausgeschlossen werden, dass die berichtete Symptomatik andere Auslöser hat. So werden Seh- und Hörtests empfohlen, ein Intelligenztest wird durchgeführt, um eine Über- oder Unterforderung auszuschließen, außerdem müssen andere psychische Störungen ausgeschlossen werden (Döpfner & Lehmkuhl, 2004; Döpfner et al., 2006).

Um das Vorliegen einer Hyperkinetischen Störung einwandfrei bestätigen zu können, müssen die folgenden Symptome über einen längeren Zeitraum in unterschiedlichen Situationen aufgetreten sein. Auch sollten die Verhaltensweisen unangemessen gegenüber dem Alter, kognitiven Fähigkeiten und Entwicklungsstand des Kindes sein. Des Weiteren sollten die Symptome einen Leidensdruck bei dem Kind, seinen Eltern oder seiner sonstigen Umgebung auslösen, um als pathologisch gewertet zu werden (Remschmidt, 2011). Impulsivität, beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität sind Kernsymptome der Störung.

Um das Kriterium der Unaufmerksamkeit zu erfüllen, müssen mindestens sechs der folgenden Verhaltensweisen für mindestens ein halbes Jahr zu beobachten sein:

- Vergesslichkeit

- leichte Ablenkbarkeit
- häufiges Verlieren von Dingen
- Vermeiden von Aufgaben, die kognitive Ausdauer erfordern
- Unorganisiertheit
- Schwierigkeiten, Instruktionen oder Erklärungen zu verstehen
- oftmaliges scheinbares Ignorieren von Dingen, die ihnen gesagt werden
- Unfähigkeit, Aufmerksamkeit langfristig aufrecht zu erhalten
- Unaufmerksamkeit, viele Flüchtigkeitsfehler, mangelnde Sorgfalt (Remschmidt, 2011).

Zur Erfüllung der Überaktivität müssen drei der folgenden Symptome in einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten auftreten:

- grob- und feinmotorische Unruhe
- aufstehen, wenn Sitzenbleiben verlangt und erwartet wird
- übermäßige Lautstärke und Schwierigkeiten, sich leise zu beschäftigen
- gesteigertes Herumlaufen und Klettern in Situationen, in denen dies nicht angemessen ist (Remschmidt, 2011).

Um das pathologische Kriterium der Impulsivität zu erfüllen, muss mindestens eine der folgenden Verhaltensweisen über einen Zeitraum von einem halben Jahr beständig beobachtbar sein:

- exzessives, unangemessenes Sprechen
- häufige Unterbrechungen und Störungen anderer
- Unfähigkeit abzuwarten
- herausplatzen mit Antworten, ohne gefragt zu werden (Remschmidt, 2011).

### **2.1.1 F90 Hyperkinetische Störungen**

Bezeichnend für die hyperkinetischen Störungen ist ihr Beginn in der frühen Kindheit. Um eine solche Diagnose stellen zu können, müssen erste Symptome bereits vor dem 5. Lebensjahr auftreten und über einen längeren Zeitraum zu beobachten sein (Remschmidt, 2011). Damit fallen die ersten Auffälligkeiten des HKS (Hyperkinetischen Störung) in eine bindungskritische Zeit. Betroffene Kinder fallen vor allem dadurch auf, dass sie sprunghaft von einer Beschäftigung zur anderen wechseln und sich bei kognitiv anstrengenden Aufgaben nur bedingt konzentrieren können. Außerdem sind sie übermäßig aktiv, können sich nur schwer regulieren und sind unorganisiert. Diese Mädchen und vor allem Jungen gelten als impulsiv und tapsig, sie geraten öfter in Bestrafungssituationen, da es ihnen an Vorsicht mangelt und es ihnen nicht gelingt, sich angemessen

zurückzuhalten (Remschmidt, 2011). Dies kann Frustration und Abweisung in Erwachsenen, die eng mit dem Kind zusammen arbeiten und leben, erzeugen. Das Verhalten dieser Kinder stößt auch bei ihren Altersgenossen oft auf Ablehnung, es fällt ihnen deswegen oft schwer, Freundschaften zu schließen oder sich in Gruppen einzufügen.

Die Auffälligkeiten dürfen allerdings nicht nur in einem Umfeld auftreten, sondern sollten gerade nicht situationsspezifisch sein. Ein Kind, welches zuhause nicht ruhig sitzen kann und schnell in Streit gerät, sollte sich auch in der Schule durch Unaufmerksamkeit und Unruhe auszeichnen, um diese Diagnose stellen zu können.

Kinder, die unter mangelnder Aufmerksamkeit leiden, schaffen es häufig nicht, Aufgaben fertig zu stellen, und sie lassen sich leicht durch neue Stimuli ablenken. Die Symptomatik sollte allerdings immer in Beziehung zu Alter und Intelligenzniveau der Kinder gesetzt werden. Unruhige Kinder fallen besonders dann auf, wenn Stillsitzen und Leisesein erwartet werden, hierzu zählen Unterrichtssituationen, Prüfungen und Theateraufführungen. Je nach Alter und Situation äußert sich die Hyperaktivität des Kindes durch Zappeln, Herumlaufen, Springen oder exzessives Mitden Beinenwackeln. Auch verstärkter, lauter Redefluss sind nicht selten. Impulsivität macht sich besonders dann bemerkbar, wenn es Kindern nicht gelingt abzuwarten, sie überstürzt reagieren oder sie auf soziale Einschränkungen nicht reagieren (Remschmidt, 2011).

### **2.1.2 F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung**

Um diese Diagnose stellen zu können, muss zuallererst eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1) ausgeschlossen werden. Ansonsten müssen alle Kriterien der Hyperkinetischen Störung erfüllt sein. Allerdings liegt bei etwa der Hälfte der Kinder mit dieser Diagnose ebenfalls eine soziale Verhaltensstörung vor, dies wird nach ICD-10 gemeinsam unter dem Code F90.1 verschlüsselt (Jensen et al., 1997).

### **2.1.3 F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**

Um diese Diagnose zu vergeben, müssen sowohl die Kriterien für eine Hyperkinetische Störung (ICD-10: F90.0) als auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1) erfüllt sein (Remschmidt, 2011). Diese wiederum zeichnen sich aus durch mehrfach auftretendes, länger anhaltendes Verhalten, welches als dissozial, aufsässig oder aggressiv

klassifiziert werden kann. Die hiermit verbundenen Handlungen sind gravierend und gehen über das Fehlverhalten hinaus, welches in den entsprechenden Altersstufen zu erwarten ist. Häufig werden Störungen des Sozialverhaltens in Verbindung mit stark belastenden psychosozialen Umständen diagnostiziert. Zu solchen risikoreichen Situationen zählen Schulversagen und mangelhafte familiäre Beziehungen. Mehr Jungen als Mädchen erfüllen das Kriterium für diese Diagnose (Remschmidt, 2011).

Bei der Vergabe dieser Diagnose muss Alter und Entwicklungsniveau des Kindes berücksichtigt werden. Alters-entsprechendes Fehlverhalten sollte nicht zu einer Diagnose führen, während das Ausbleiben von Symptomen, welches das Kind rein logisch kaum erfüllen kann, die Diagnose nicht ausschließen sollte. Die Auffälligkeiten sollten mindestens ein halbes Jahr andauern und nicht etwa ein einmaliger Ausrutscher oder eine vorübergehende schwierige Phase darstellen. Zu den diagnostischen Kriterien zählen anhaltende Verhaltensmuster, welche soziale Normen überschreiten, Beispiele für diese sind, laut ICD-10:

- häufig Streit mit Erwachsenen
- Wutausbrüche mit extremer Intensität und Häufigkeit
- absichtliches Ärgern anderer
- oppositionelles Verhalten gegenüber Erwachsenen
- übermäßige Empfindlichkeit gegenüber dem Verhalten anderer
- ungerechtfertigte Schuldzuweisungen gegenüber anderen
- Gehässigkeit
- häufiger Ärger
- Anzetteln von physischen Konflikten
- Lügen zum Zweck der Erzielung materieller Vorteile
- Überschreiten der Ausgangszeit/ Fernbleiben von zuhause bei Nacht
- Umgang mit gefährlichen Gegenständen, wie Waffen
- Quälen von Tieren
- absichtliche Körperverletzung
- Destruktivität
- Diebstahl oder Einbruch
- Brandstiften
- Schulabsentismus, mit Beginn vor dem 12. Geburtstag
- Entweichen aus dem Elternhaus über Nacht
- Sexuelle Nötigung

- anhaltendes und intensives Tyrannisieren anderer
- krimineller Angriff auf andere

Diese Symptome müssen in Verbindung mit den notwendigen Kriterien für eine Hyperkinetische Störung auftreten, um die Diagnose F 90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens vergeben zu können.

## 2.2 Mit HKS durchs Leben

Mehr als die Hälfte der Kinder, welche im Grundschulalter mit einem ADHS diagnostiziert werden, sind bereits im Säuglingsalter übermäßig unruhig, weinen viel und gelten als schwierige Babys (Heiduk & Trott, 1997; Steinhausen, 2002). Auch Schlafstörungen und ein auffälliges Essverhalten in den Kleinkindjahren sind nicht selten Vorzeichen einer Hyperkinetischen Störung (Spallek, 2001; Simchen, 2003). Oftmals werden diese Kinder auch als 'Schrei-Babys' bezeichnet, da sie deutlich mehr weinen als andere Kinder und nur schwer zu beruhigen sind (Wolke et al., 2002).

Schon im Kindergartenalter fallen Kinder mit einer Hyperkinetischen Störung durch ausufernde Wutanfälle, mangelnde Impulskontrolle und fehlende soziale Integration auf (Warnke & Remschmidt, 1990; Steinhausen, 2002). Das Verhalten ist konstant zu beobachten, 50% dieser Kinder weisen bei der Einschulung, also mit 6 Jahren immer noch diese Symptomatik auf (Döpfner et al., 2002). Bei männlichen Kindern, die im Kindergarten vor allem durch Konzentrationschwierigkeiten und Unruhe auffielen, lag die Prävalenzrate des HKS mit 8 Jahren bei 80% in einer Studie (Warnke & Remschmidt, 1990). Jungen mit dieser Diagnose sind in den prägenden Lebensjahren zwischen 8 und 12 oft in allen Bereichen ihres Alltages, also in der Schule, der Familie, im Freundeskreis und in der Freizeit durch ihre Symptomatik beeinträchtigt (Hampel & Desman, 2006).

Während die Impulsivität und Aufmerksamkeitsschwäche dauerhaft anhält und immer wieder zu Schwierigkeiten im sozialen und beruflichen Leben der Betroffenen führt, verringert sich die Hyperaktivität in vielen Fällen mit Eintritt der Pubertät (Döpfner et al., 2002, Steinhausen, 2002). Die Kinder erreichen meist einen niedrigeren beruflichen und sozialen Status als ihre Brüder und Väter (Borland & Heckman, 1976). Mädchen mit einer Hyperkinetischen Störung haben ein erhöhtes Risiko, ungewollt schwanger zu werden (Stollhoff et al., 2003; Trott 2006).

Patienten mit ADHS wechseln häufiger den Arbeitsplatz als ihre nicht-betroffenen Altersgenossen. Außerdem sind sie häufiger arbeitslos. Hiermit gehen finanzielle Schwierigkeiten und ein niedriger sozi-ökonomischer Status einher. Von Partnerschaftsproblemen berichten ADHS-

Patienten ebenfalls häufiger, auch die Scheidungsrate ist in dieser Gruppe deutlich erhöht (Murphy, 2002).

Auch das Risiko, an anderen psychiatrischen Störungsbildern zu erkranken, ist bei Jungen und Mädchen mit einem ADS oder ADHS deutlich erhöht gegenüber ihren nicht erkrankten Altersgenossen. Über 40% der HKS-Patienten entwickeln im Erwachsenenalter eine dissoziale psychische Störung (Döpfner et al., 2002; Steinhausen, 2002). Weiterhin an einer hyperkinetischen Symptomatik leidet rund ein Drittel, der im Kindes- und Jugendalter diagnostizierten Patienten (Döpfner & Metternich, 2010).

Das Risiko, eine soziale Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, ist ebenso erhöht wie das Risiko, eine Abhängigkeit von einer legalen oder illegalen Substanz zu entwickeln (Lehmkuhl et al., 1998; Simchen 2003). Die Impulsivität der Kinder- und Jugendlichen ist ein wichtiger Faktor in ihrer Vulnerabilität diesbezüglich. Sie sind stets auf der Suche nach neuen Reizen und Adrenalinkicks. Ihr oft geringes Selbstwertgefühl und ihre fehlenden sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Experimentierens mit abhängig-machenden Substanzen zusätzlich. Vor allem Patienten, die nicht nur an einer Einfachen Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung, sondern zusätzlich an einer Störung des Sozialverhaltens erkrankt sind, verfallen schneller dem Konsum von Drogen, Alkohol oder Zigaretten (Lynskey & Fergusson, 1995).

Entgegen der vielfach vertretenen öffentlichen Meinung und der Befürchtung vieler Eltern verringern Psychopharmaka wie Methylanphinidat und Amphetamin das Risiko einer Suchtproblematik.

Die Gefährdung, welche das ADHS und das ADS für die Entwicklung darstellen, wird in ihrer Dauerhaftigkeit deutlich. Die Symptome zeigen sich meist, bevor der Betroffene anfängt zu laufen und zu sprechen, und ziehen sich in den meisten Fällen bis ins Erwachsenen-, ins berufsfähige Alter hinein. Auch gehen oft andere Störungen mit dieser einher, und somit weist die Hyperkinetische Störung häufig einen ungünstigen Verlauf auf (Lauth & Schlottke, 2002). Gerade aufgrund dieser Faktoren sind eine frühe Erkennung, ein angemessener Umgang und eine qualifizierte psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung erstrebenswert, um den betroffenen Kindern einen möglichst glatten und erfolgreichen Lebensweg zu ermöglichen.

## **2.3 Ursachen**

### **2.3.1 Genetische Einflüsse**

*„Der ist genauso unruhig wie sein Vater, der muss auch immer mit den Beinen wackeln“-Aurelia M<sup>12</sup>. Mutter eines ADHS-Patienten*

Neuste Studien belegen, dass die genetische Komponente bei dem ADHS/ADS eine größere Rolle spielt als lange Zeit angenommen wurde (Döpfner & Lehmkuhl, 2005). So liegen der Hyperkinetischen Störung u.a. biochemische Ursachen zu Grunde. Komplexe Vorgänge im Gehirn der Kinder und Jugendlichen arbeiten anders als bei gesunden Menschen. Mit Hilfe von bildgebenden Verfahren wie etwa einer MRT (Magnetresonanztomographie) oder einer CT (Computertomographie) konnten strukturelle Anomalie und Inbalancen von Neurotransmittern in unterschiedlichen Hirnregionen nachgewiesen werden. Diese beziehen sich bei den Patienten sowohl auf Kortexe als auch auf Subkortexe. Hier konnten Unterfunktion des dopaminergen Systems nachgewiesen werden (Steinhausen, 2002). Mit den modernen Verfahren ist es möglich, Momentaufnahmen oder Prozessaufnahmen des menschlichen Gehirns herzustellen. Molekulargenetische Studien zeigten eine Korrelation zwischen dem Dopamin-Rezeptor-Gen (DRD4) bzw. dem Dopamin-Transporter-Gen (DAT 1) und der hyperkinetischen Störung. Ein Dopaminmangel wird in einigen Theorien als ursächlich für das Störungsbild angesehen (Mattejat, 2010).

Allerdings sind Hirnstrukturen nicht ausschließlich predeterminiert. Neuronale Verbindungen im Hirn und Gehirnaktivität ändern sich durch Erfahrungen, die Menschen machen. Lernt ein Individuum Neues, so bilden sich neue neuronale Verknüpfungen; wird auf dieses emotionale oder kognitive Wissen wiederholt zurückgegriffen, so verfestigen sich diese Bahnen. Somit beeinflussen soziale sowie psychische Erfahrungen die hirninternen Systeme und können so indirekt abgebildet werden. Prägende Erfahrungen in der frühen Kindheit, vor allem wiederholt negative oder gar traumatische Erlebnisse, können nachhaltige Veränderungen im menschlichen Gehirn bewirken (Glover & O'Connor, 2002). Eine genaue Kausalitätsaussage kann somit in Bezug auf Hirnareale und HKS laut neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen, nicht getroffen werden (Perry et al., 1998; Schore, 2002; Hüther, 2002/2006). So sind Folgen und Ursachen der Hyperkinetischen Störung in Verbindung mit den Abnormalitäten des dopaminergen System noch ungeklärt. Es ist noch nicht eindeutig geklärt, welche hirnstrukturellen Veränderungen ADHS oder ADS auslösen und welche aus der Erkrankung resultieren (Hüther, 2002/2005).

Untersuchungen haben gezeigt, dass sich die betroffenen Hirnregionen durch dauerhafte und erfolgreiche Therapie verändern können. Verschiedene Therapieformen wie Verhaltenstherapie oder

---

<sup>12</sup> Name geändert.

medikamentöse Therapie sowie eine Kombination unterschiedlicher Verfahren können diese Abänderungen im Gehirn bewirken. Die eben genannten bildgebenden Verfahren können dies einwandfrei belegen (Paquette et al., 2003).

In Anamnese-Gesprächen mit betroffenen Familien lässt sich schnell erkennen, dass die hyperaktive Problematik, die Unaufmerksamkeit und Impulsivität in vielen Fällen gehäuft unter Verwandten auftreten (Biederman et al., 1995; Kaplan et al., 1998; Scahill et al., 1999). Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass bis zu 50% der Kinder, deren Eltern ein ADHS haben, ebenfalls eine Hyperkinetische Störung haben. Ist ein Geschwisterkind an der Störung erkrankt, so ist das Erkrankungsrisiko für seine Geschwister um das 5- bis 7-fache erhöht (Barkley, 1999).

In Zwillingsstudien lag die Rate der eineiigen Pärchen, bei dem beide an einer Hyperkinetischen Störung erkrankt waren, bei 79%. Bei zweieiigen Zwillingen waren nur in 32% der Fälle beide Kinder betroffen (Gillis et al., 1992). In einer weiteren Studie, welche sich mit Zwillingspärchen befasste, welche getrennt von einander aufwuchsen, waren bei 81% der monozygoten Zwillinge beide Kinder betroffen. Wuchsen dizygote Zwillinge getrennt auf, so reduzierte sich die Anzahl der Pärchen, in denen beide Kinder betroffen waren, auf 29% (Edelbrock et al., 1995). In einigen Zwillingsstudien zeigte sich eine Heritabilität zwischen 56% und 86% (Mattejat, 2010).

Adoptionsstudien bestätigen die genetische Komponente der Hyperkinetischen Störung ebenfalls. Die Prävalenz des ADHS/ADS ist bei biologischen Eltern, deren Kinder an einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung leiden, deutlich höher als bei Adoptiveltern. Auch sind die Inzidenzraten unter leiblichen Geschwistern, welche getrennt voneinander leben, höher als bei Halbgeschwistern, die gemeinsam aufwachsen (Döpfner et al., 2000; Steinhausen 2002).

Doch wie bei den meisten psychischen Erkrankungen ist die Hyperkinetische Störung nicht ausschließlich genetisch bedingt, sondern unterliegt in ihrer Entwicklung und Ausprägung auch sozialen und psychischen Einflüssen (Leuzinger-Bohleber, 2006; Van den Bergh, 2004).

Für eine genetische Komponente spricht auch, dass viele Kinder mit einer hyperkinetischen Störung schon im Säuglingsalter durch eine hohe Irritierbarkeit, übermäßiges Weinen und geringe Frustrationstoleranz auffielen (Fox, 1992; Van den Boom, 1994; Steele et al., 1996). Dies geht aus der Genese der meisten therapeutisch behandelten Kinder mit einer F90.0 oder F90.1 Diagnose hervor. Während die genetische Komponente eine plausible Erklärung für den frühen Beginn der Symptomatik ist, so ist es auch gut möglich, dass Faktoren schon vor der Geburt den Weg für spätere Auffälligkeiten bahnen.

Es konnte allerdings gezeigt werden, dass Kinder mit einer genetischen Vorbelastung für die

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung eine ungünstigere Entwicklung einschlagen, wenn sie in einer belasteten Familie aufwachsen, als wenn sie in vorteilhafteren Verhältnissen groß werden (Laucht et al., 2007).

### 2.3.2 Risikofaktoren

*„In der Schwangerschaft habe ich nur drei Zigaretten am Tag geraucht und der Arzt hat auch gesagt, das wär' in Ordnung.“ - Margarete C.<sup>13</sup> - Mutter eines ADHS-Patienten*

Faktoren, die nicht genetisch bedingt sind, jedoch schon pränatal Einfluss auf das Kind nehmen, sind Umweltbedingungen, die während der Schwangerschaft auf die Mutter einwirken. Wenn eine Frau Nikotin oder Alkohol konsumiert, während sie einen Fötus in sich trägt, so erhöht sie die Chancen, dass ihr ungeborenes Kind einmal an ADS oder ADHS leiden wird.

Ein Problem, welches in Deutschland selten, in den USA aber besonders in der Unterschicht häufig auftritt, ist der Kontakt mit Blei. In den Vereinigten Staaten ist Blei ein wichtiger Bestandteil in Farben, die vor allem Mitte des letzten Jahrhunderts für Wänden oder auf Spielplätzen verwendet wurden. Kommt ein Kind durch Inhalation oder über die Schleimhäute in Kontakt mit Blei, so kann dies verheerende Auswirkungen auf die weitere kognitive und physische Entwicklung haben (Byers, 1943; Needleman et al., 1979; Lanphere et al., 2000). Dies ist auch ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Hyperkinetischen Störung (Steinhausen 2002; Stollhoff et al., 2003). Schon ein Glas Alkohol kann, wenn es zu einem bestimmten, nicht weiter definierbaren Zeitpunkt in der Schwangerschaft konsumiert wird, negative Folgen für das Baby haben. Die Mutter muss eine Zigarette auch nicht selber rauchen, wenn sie passiv Rauch ausgesetzt ist, kann dies der Entwicklung ihres Kindes ebenfalls schaden.

Ein weiterer Faktor, der zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung und Ausprägung einer Hyperkinetischen Störung führt, ist die emotionale Belastung der Mutter während der Schwangerschaft. Steht eine Frau unter enormem Druck, trauert oder lebt in Angst, so ist dies auch eine Belastung für ihr ungeborenes Kind (Van den Bergh, 2005). Ähnlich wie bei einer Bindungsstörung, wird auch hier eine gesteigerte Menge des Stresshormons Cortisol ausgeschüttet, welche das ungeborene Kind durch die Plazenta erreicht und sich auf die Entwicklung von wichtigen Hirnregionen auswirkt (Glover & O'Connor, 2002).

In einer Studie konnten starker Stress und Belastung der Mutter zwischen der 15. und 17.

---

<sup>13</sup> Name geändert.

Schwangerschaftswoche mit Irritierbarkeit des Kindes im Alter von 3 Monaten und eingeschränkte Fähigkeiten der Selbstregulation, Aufmerksamkeit und Orientierung im ersten Lebensjahr in Verbindung gebracht werden (Huizink et al., 2002/2003). In einer weiteren Studie konnte eine starke negative Korrelation zwischen hohem mütterlichen Stress in der 32. Schwangerschaftswoche und der Aufmerksamkeitsleistung der Kinder mit 3 Wochen und 12 Monaten festgestellt werden. Die kognitiven Leistungen im Alter von 2 Jahren waren ebenfalls beeinträchtigt, wenn die Mutter zum entscheidenden Messzeitpunkt starkem Stress ausgesetzt war (Brouwers et al., 2001). Leidet die Mutter in der 18. Schwangerschaftswoche unter starken Angstzuständen, etwa durch bedrohliche Umweltfaktoren oder eine psychische Erkrankung, so verdoppeln sich die Verhaltensprobleme ihrer Töchter im Alter von 47 und 81 Monaten. Hatte die Mütter diese Ängste in der 32. Schwangerschaftswoche, so wirkte sich dies, unabhängig vom Geschlecht, auf das Verhalten der Kinder mit 47 Monaten (etwa 4 Jahren) und 81 Monaten (etwa 7 Jahren) aus (O'Connor et al., 2002/2003). Eine starke Korrelation zwischen Angstzuständen in der 12. bis 22. Schwangerschaftswoche und ADHS-Symptomatik konnte ebenfalls nachgewiesen werden. Bei den Kindern konnten außerdem vermehrte externalisierende Probleme und Ängstlichkeit beobachtet werden (Van den Bergh, 2001; Van den Bergh & Marcoen, 2004).

In weiteren Studien konnte gezeigt werden, dass Stress in der Schwangerschaft noch 3 Jahre nach der Geburt eine negative Auswirkung auf Temperament, Irritierbarkeit und innere Unruhe des Kindes hat (Wadhwa et al., 2002). Ängstlichkeit in der Schwangerschaft führte zu vermehrtem Weinen, Unruhe, unregelmäßigem Ess- und Schlafverhalten sowie einem schwierigen Temperament in den ersten sieben Lebensmonaten (Van den Bergh et al., 1989).

Eine Infektion des Zentralen Nervensystems wie zum Beispiel Borreliose, Meningitis oder Enzephalitis in der Schwangerschaft erhöht ebenfalls das Risiko des ungeborenen Kindes, an einer Hyperkinetischen Störung zu erkranken. Auch andere Verletzungen, bestimmte Komplikationen oder ein Schädel-Hirn-Trauma können ähnliche schwerwiegende Folgen haben (Esser & Schmidt, 1987).

Frühgeborene Kinder, haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko, an einer Hyperkinetischen Störung zu erkranken. Eine Hirnverletzung, vor allem im frontalen Stirnlappen, erhöht ebenfalls die Chance, dass ein Kind an einer Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung leiden wird (Barkley, 1999).

Einigen Medienberichten zufolge können die Symptome von ADHS durch eine strenge Diät, den Verzicht auf bestimmte, allergieauslösende Lebensmittel gelindert werden. Diese Theorie konnte allerdings in vielen wissenschaftlichen, kontrollierten und unabhängigen Studien widerlegt werden (Steinhausen, 2002; Trott, 2000b, Stollhoff et al., 2003). Die Wahrscheinlichkeit einer allergischen Verursachung der Hyperkinetischen Störung kann allenfalls noch als „gering“

eingestuft werden (Mattejat, 2010).

Auf die Entwicklung, die Persistenz und den Schweregrad des Störungsbildes haben die genannten Faktoren einen Einfluss. In aller Regel wird davon ausgegangen, dass diese Risikofaktoren eine Krankheit, für die eine genetische Disposition besteht, auffällig werden lassen oder verschlimmern. Auch die Prognose nach der Diagnose und für die Behandlung wird von den bestehenden familiären und psychosozialen Risikofaktoren beeinflusst (Schlack, 2004).

### **2.3.3 Erziehungseinflüsse**

*„Manchmal, und das tut mir auch immer direkt leid, rutscht mir auch die Hand aus, wenn der wieder nicht hört.“ - Joseph D.<sup>14</sup> - Vater eines ADHS-Patienten*

Studien, welche sich auf die Korrelation von Erziehungsstil und ADHS/ADS beziehen, sind mit Vorsicht zu behandeln, da man hier nicht, wie bei genetischen oder Umwelteinflüssen ohne weiteres auf Kausalität schließen kann. So können negative erzieherische Ansätze das Bestehen einer Störung verfestigen oder die Symptomatik verschlimmern. Andererseits rufen Kinder, die häufig Probleme machen, durch Stören und Unruhe auffallen, bei vielen Erwachsenen negative Reaktionen hervor (Saile et al., 1999). So wenden Mütter, deren Kinder eine Hyperkinetische Störung haben, häufiger als andere Eltern Strafen und disziplinarische Maßnahmen an (Saile et al., 1999; Magai, 1999; Trautmann-Villalba et al., 2001).

Mütter von Kindern mit einer Hyperkinetischen Störung zeigen oft weniger Sensibilität, üben mehr Kontrolle aus und sind rigider als Mütter von gesunden Kindern. Sie loben ihre Kinder seltener und zeigen ihnen weniger Unterstützung, stattdessen lehnen sie das Verhalten ihrer Kinder öfter ab und strafen sie bewusst oder unbewusst mit Missbilligung (Cunningham & Barkley, 1979; Mash & Johnston, 1982; Barkley, 1990; Saile et al., 1999). Kinder, deren Eltern selbst unter einer psychischen Störung leiden, die Eheprobleme haben oder dem Nachwuchs gegenüber gar feindselig eingestellt sind, haben ein erhöhtes Risiko, an einer Hyperkinetischen Störung zu erkranken (Döpfner & Metternich, 2010).

Neuesten Erkenntnissen zufolge wirken sich Umweltfaktoren vor allem auf die Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens aus. Trotzverhalten, Verweigerung und Aggressivität finden sich vermehrt in sozial-schwachen Familien und im Kontext mit anderen psychosozialen Belastungen (Döpfner & Metternich, 2010).

---

<sup>14</sup> Name geändert.

Auffallend ist vor allem, dass eine Studie in den 80ern nachweisen konnte, dass sich der elterliche Erziehungsstil ändert, wenn hyperkinetische Kinder unter medikamentöser Behandlung weniger Problemverhalten zeigen und eine Reduktion der Symptomatik bemerkbar ist (Barkley et al., 1985). Einen umgekehrten Effekt konnte eine Studie in den 90ern nachweisen, als sie belegte, dass Elterntraining mit einem Fokus auf positiver Erziehung die kindliche Aufmerksamkeit verbessern kann (Danforth et al., 1991). Verhielten sich die Eltern weniger negativ und ablehnend gegenüber ihrem Kind, so reduzierte sich auch das impulsive und unruhige Verhalten des Nachwuchses (Trautmann-Villalba et al., 2001). Erziehungsverhalten kann nicht als Ursache der Hyperkinetischen Störung betrachtet werden, gilt aber als aufrechterhaltende Bedingung. Auch kann sich das elterliche Verhalten auf den Schweregrad der Erkrankung auswirken.

Für Erziehungseinflüsse auf das kindliche Verhalten sprechen auch Ergebnisse aus der Bindungsforschung, die belegen, dass Kinder sich ihrem Vater und ihrer Mutter gegenüber unterschiedlich verhalten (Main & Weston, 1981; Grossmann et al., 1981; Suess et al., 1992; Grossmann et al., 2003). Einige Studien konnten auch zeigen, dass die Stabilität der Hyperkinetischen Symptomatik im Vorschulalter in engem Zusammenhang steht mit einer vorrangig negativen Kommunikation zwischen Eltern und Kind (Campbell, 1990).

So können psychosoziale Bedingungen nicht als ursächlich für die hyperkinetische Störung angesehen werden, allerdings haben diese Faktoren einen starken Einfluss auf eine mögliche Chronifizierung und den Schweregrad der Störung (Döpfner & Metternich, 2010).

### **2.3.4 Traumatische Erlebnisse**

*„Als die Zwillinge noch Babies waren, hatte ich so oft Streit mit ihrem Vater, ich glaube, daher haben die noch immer diese innere Unruhe.“ - Dana D.<sup>15</sup> Mutter eines ADHS-Patienten*

Erleidet ein Kind in den ersten Lebensmonaten oder -jahren ein Trauma, etwa in Form von Vernachlässigung oder Misshandlung, so kann dies langfristig Auswirkungen auf seine neuronalen Verbindungen und ganze Hirnareale haben (Perry et al., 1998). Anhänger der Psychoanalyse sowie tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten interpretieren die Hyperkinetische Störung oftmals als eine Art Selbstschutzmechanismus, der als Abwehr gegenüber traumatischen Erlebnissen in den frühen Kindheitsjahren dient (Pozzi, 2002). So sollen die motorische Unruhe und die anhaltende Suche nach neuen Reizen und Stimulation kompensatorisch für die innere Leere und depressive Grundstimmung der Betroffenen dienen (Bovensiepen, 2002).

---

<sup>15</sup> Name geändert.

Es ist unumstritten, dass eine Hyperkinetische Störung überdurchschnittlich oft in Familien mit schwierigen Dynamiken und Konfliktpotential auftritt. Manche Theoretiker behaupten, dass die Kinder diese Strukturen nicht als dysfunktional erkennen und auch keinen Ausweg aus ihnen hinaus finden. In solchen Konstellationen sind die betroffenen Kinder oft nur Symptomträger für die Probleme, die das ganze Familiensystem definieren. Die Kinder übersetzen die unausgesprochenen Schwierigkeiten der Familie in fein- und grobmotorische Unruhe, da es ihnen nicht möglich ist, die Konflikte zu benennen (Storck, 1993). Das Zappeln, Herumlaufen und Dazwischenreden sind sozusagen Überlebensstrategien, um der diffizilen Situation zu entkommen ohne tatsächlich wegzulaufen (Schaff & Bittner, 1996). Einigen Theorien zufolge ist dies eine Flucht aus dem inneren Tumult an Depressivität und Angst durch eine manische Abwehrhaltung, welche eine neue äußere Realität herbeiführt (Winnicott, 1935; Berger, 1993). Es sind wohl häufig frühe Traumata, welche eine solche manische Abwehr verursachen (Damasch, 2006).

## **2.4 Häufigkeit**

Hyperkinetische Störungen zählen zu den am häufigsten diagnostizierten Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (Döpfner et al., 2002/2000). In den letzten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts lebten epidemiologischen Studien zufolge zwischen 2 und 9.5% aller Kinder und Jugendlichen mit dieser Erkrankung (Barkley, 1999; Steinhausen, 2002). Da die Diagnose einerseits in den Medien an Popularität gewonnen hat und andererseits nicht immer problemlos eindeutig zu diagnostizieren ist, wird die Häufigkeit der Diagnosenvergabe unter Experten kontrovers diskutiert. Einige postulieren, dass die Diagnose nicht oft genug vergeben wird (Wolff et al., 2000; Rothenberger & Neumärker, 2005). Andere Kritiker gehen davon aus, dass die Diagnose zu leichtfertig und damit zu oft vergeben wird (Häußler & Hopf, 2001; Pozzi, 2002; Heinz, 2002; Heinemann, 2003). In einer Zeitspanne von weniger als 20 Jahren veröffentlichten US-Forscher sowohl Studien, die von einer Prävalenzrate von 4% ausgingen, als auch Studien, die postulierten, dass ein Viertel der amerikanischen Kinder betroffen seien (Huss, 2004). Einheitlich wird mittlerweile von einer tatsächlichen Prävalenzrate von ca. 5% ausgegangen, dies konnte auf Konsensuskonferenzen ermittelt werden.

Da in dem amerikanischen Diagnosewerk DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Ausgabe) weniger strenge Kriterien für die Diagnose einer Hyperkinetischen Störung gelten, sind die im US-amerikanischen Raum ermittelten Prävalenzraten nicht unbedingt mit der deutschen Realität gleichzusetzen (Döpfner et al., 2000). Für die Bundesrepublik liegen

aktuell keine repräsentativen Zahlen vor (Huss, 2004). Eine Studie, welche Prävalenzraten nach DSM IV und ICD-10 verglich, fand, dass nach dem ersteren Werk 6% der sechs- bis zehnjährigen Kinder in Deutschland die HKS als Diagnose erhalten. Richtet man sich nach den Leitlinien des ICD-10, so sind es in derselben Gruppe nur 2,4% der Kinder (Brühl et al., 2000). Andere Forscher orientierten sich ausschließlich an den Kriterien des DSM IV und ermittelten eine Inzidenzrate von 17,4% unter deutschen Grundschulern (Baumgärtel et al., 1995).

Eine Hyperkinetische Störung tritt bei männlichen Kindern drei bis neun Mal öfter auf als bei weiblichen (Warnke, 2000; Renschmidt, 2011). Verantwortlich hierfür kann eine Reihe von Faktoren sein. Ein Grund könnte ein Bias der Erwachsenen sein, eventuell tolerieren Eltern und Lehrer das Fehlverhalten von Mädchen eher, oder Forscher konzentrieren sich mehr auf Jungen, da diese auch im Fokus der elterlichen Beschwerden stehen. Andererseits könnten Jungen auch genetisch bedingte Dispositionen zu externalisierenden Verhaltensproblemen haben (Lauth & Schlotke, 2002). Es ist auch möglich, dass Mädchen, welche von einer hyperkinetischen Störung betroffen sind, eher unter weniger auffälligen Symptomen leiden. Bei ihnen, so Forscher, besteht dann vornehmlich eine Aufmerksamkeitsstörung ohne übermäßige Hyperaktivität (Baumgärtel et al., 1995). Diese Mädchen machen nicht durch lautes und störendes Verhalten auf sich aufmerksam und bleiben so häufig undiagnostiziert und damit unbehandelt (Altherr, 2000; Neuhaus, 2000). Untersucht man die Häufigkeit der Störung im Erwachsenenalter, so sind Männer ebenso häufig betroffen wie Frauen (Neuhaus, 2000b). Entgegen früheren Annahmen wird heute davon ausgegangen, dass eine Hyperkinetische Störung bis ins Erwachsenenalter fortbesteht und sich in der Regel nicht auswächst. In einer amerikanischen Studie, qualifizierten sich über 60% der Befragten, die als Kinder eine Hyperkinetische Störung hatten, auch noch im Erwachsenenalter für diese Diagnose (Barkley, 1999; Wender, 2000/2002).

Etwa 4- 6% aller Erwachsenen leiden an einer Hyperkinetischen Störung (Wender et al., 2001; Biedermann & Faraone, 2005; Kessler, 2006).

## **2.5 Komorbidität**

Nicht nur in klinischen Studien, sondern auch in epidemiologischen Studien findet sich in Verbindung mit der Hyperkinetischen Störung eine sehr hohe Komorbiditätsrate zu einer Vielzahl anderer psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters (Döpfner et al., 2000). Also nicht nur Kinder, die aus therapeutischen oder ärztlichen Praxen rekrutiert wurden, leiden an einer

zusätzlichen Störung, sondern auch Kinder, welche den Forschern in Schulen oder Kindergärten begegnet sind. Bei lediglich 20% der Kinder und Jugendlicher mit einer Hyperkinetischen Störung wird keine weitere Diagnose gestellt (Jensen et al., 1997). Die Komorbiditätsrate ist also sehr hoch.

Komorbid mit einer hyperkinetischen Störung finden sich häufig kognitive Beeinträchtigungen, motorische Entwicklungsstörungen und sprachliche Verzögerungen. Auch eine Lese-Rechtschreib-Schwäche oder eine Dyskalkulie sind nicht selten. Zu weiteren Komplikationen in Verbindung mit HKS, welche im Extremfall für eine eigenständige Diagnose ausreichen, zählen ein geringer Selbstwert und dissoziales Verhalten. Eine Störung des Sozialverhaltens kann sich insbesondere dann entwickeln, wenn es dem Individuum an sozialen Bindungen mangelt (Remschmidt, 2011). Zwischen 30 und 50% der HKS-Patienten werden zusätzlich mit einer Verhaltensstörung diagnostiziert (Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003; Lehmkuhl, 2006). Bis zu einem Viertel der Kinder leidet zusätzlich an einer Teilleistungsstörung (Döpfner et al., 2000/2002; Lehmkuhl, 2006). Viele Kliniken testen deshalb routinemäßig nicht nur die kognitive Begabung sondern prüfen auch das Vorliegen einer Legasthenie oder Dyskalkulie. Bis zu einem Drittel der Kinder weist auch Symptome einer Angst oder Phobie auf (Skrodzki, 2000; Lauth & Schlottke, 2002; Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003). Emotionale Auffälligkeiten finden sich bei bis zu 85% der Patienten mit einer Hyperkinetischen Störung (Skrodzki, 2000).

Eine Komplikation in der Behandlung einer Hyperkinetischen Störung stellen Tic-Störungen mit einer Prävalenz von 30 bis 50% unter betroffenen Patienten dar. Diese Symptomatik kann sich unter der Gabe von Stimulanzien wie Methylanphinidat oder Amphetaminen verschlechtern (Poustka, 2000; Döpfner et al., 2000; Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003).

Häufig wird eine Tiefgreifende Entwicklungsstörung (ICD-10: F84) zusätzlich zur HKS diagnostiziert. Auch eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F92) muss differentialdiagnostisch unterschieden werden (Remschmidt, 2011).

Nicht selten leiden Kinder mit einer HKS auch unter Enkopresis oder Enuresis, das heißt, sie nassen oder koten tags oder nachts ein (Spallek, 2001). Etwa 15% der ADHS/ADS-Patienten sind Bettnässer (Reuner & Oberle, 2000). Dies schränkt die Jungen und Mädchen in ihren sozialen Kontakten ein, da es für sie oft schwierig und belastend ist, bei Freunden zu übernachten oder auf Klassenfahrt zu fahren. Viele Kinder schämen sich für das Einnässen, somit leidet auch ihr Selbstwertgefühl weiter.

Nach einer dänischen Studie leiden 52% der 14825 Patienten mit ADHS an einer weiteren psychischen Störung, 26,6% hatten sogar zwei oder mehr weitere Diagnosen. 15,4% davon leiden an einer Entwicklungsverzögerung der Sprache, Motorik oder des Lernens (Jensen & Steinhausen,

2014).

Tritt die Hyperkinetische Störung in Verbindung mit irgendeiner anderen Erkrankung auf, so ist das Verhalten der Kinder deutlich auffälliger und die Prognose um einiges schlechter. Kinder und Jugendliche mit einer komorbiden Störung konsumieren häufiger Drogen oder werden straffällig (Skrodzki, 2000).

## 2.6 ADHS und Bindung

*„Manchmal ist es schwer den Chris<sup>16</sup> noch lieb zu haben, weil der ja nur Ärger macht und man nur Negatives erzählt bekommt.“ - Anna B.<sup>17</sup> (Mutter eines ADHS-Patienten)*

Es ist bereits erläutert worden, dass sowohl ADHS als auch Bindungsschwierigkeiten ihre Basis in frühen traumatischen oder enttäuschenden Erfahrungen haben können (Du Bois, 2007; Bürgin & Steck, 2007). Es ist nicht überraschend, dass sowohl Patienten mit einer Hyperkinetischen Störung als auch Patienten mit einer unsicheren Bindung überdurchschnittlich häufig getrennt lebende Eltern haben, einen schlechten Kontakt zu ihren Vätern pflegen und von alleinerziehenden Müttern großgezogen werden (Berger, 1993; Tischler, 2001; Bovensiepen, 2002; Häußler, 2002; Heinemann & Hopf, 2004). Einige Autoren gehen sogar soweit anzunehmen, dass eine desorganisierte Bindung ursächlich für einen Großteil der Symptomatik der Hyperkinetischen Störung, wie etwa der inneren und motorischen Unruhe, der Konzentrationsschwäche und der gesteigerten Aktivität ist (Taylor, 1994; Pozzi, 2002). Desorganisiert gebundene Kinder werden in Kindergarten und Schule oft als übermäßig aggressiv und kontrollierend beschrieben. Diese Verhaltensmuster sind nicht unähnlich den bei hyperaktiven Kindern beschriebenen Schwierigkeiten (Lyons-Ruth et al., 2002). Diese Symptome gehören auch zu den häufigsten Problemen von Kindern, die in ihren ersten Lebensjahren in einer Einrichtung aufwuchsen (Goldfarb, 1945; Tizard & Hodges, 1978; Fisher et al., 1997; Roy et al., 2000, 2004).

Es ist möglich, dass Kinder die vernachlässigt oder missbraucht werden, nach und nach gewisse unangemessene und destruktive Coping-Strategien entwickeln. Zu diesen zählen Impulsivität, Schlafstörungen, Hyperspannung und Tachykardien. So äußern sich fehlende sichere Bindungsstrukturen in Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen (Perry et al., 1998; Tischler, 2001). Die anhaltende und pathologische Hyperaktivität kann auch als ein fehlgeleiteter Versuch, mit den Eltern in Kontakt zu treten, gedeutet werden (Von Lüpke, 2006).

---

<sup>16</sup> Name geändert.

<sup>17</sup> Name geändert.

Da das Erscheinungsbild der beiden Störungen sich ähnelt und ätiologisch ebenfalls Parallelen gezogen werden können, ist eine Verbindung zwischen der Hyperkinetischen Störung und einer desorganisierten Bindung; bzw. Bindungsstörung plausibel (Brisch, 2002).

Es wurde bereits erläutert, dass Kinder mit unsicheren Bindungsmustern häufig Mütter haben, denen es an Feinfühligkeit mangelt. Gleichfalls wird fehlende Feinfühligkeit bei der Mutter mit einer Hyperaktivitätsstörung in Verbindung gebracht (Hüther, 2001). Einer Theorie zufolge ist es auch die mangelnde Feinfühligkeit der Mutter, welche sie dazu führt in der Schwangerschaft zu rauchen, sodass nicht der Nikotingebrauch selbst, sondern vielmehr die daraus ableitbare Haltung der Mutter, begünstigend für das ADS oder ADHS sein könnte (Hédervári, 2001).

Bei der Behandlung von einigen hyperkinetischen Kindern und ihren Eltern in Australien konnten zunächst desorganisierte und ambivalente Bindungsmuster beobachtet werden. Im Laufe der Therapie änderte sich das Verhalten der Kinder allerdings hin zu einem sicheren und günstigeren Bindungsstil (Stiefel, 1997). Eine andere Forscherin beobachtete, dass Säuglinge mit unsicherer Bindung im weiteren Leben häufig eine motorische Unruhe zeigten (Tischler, 2001). Allerdings beruhen diese Erkenntnisse auf Einzelfallbeobachtungen, nicht aber auf wissenschaftlichen Studien.

Eine australische Studie konnte an einer kleinen Stichprobe von therapeutisch behandelten Kindern mit einer Hyperkinetischen Störung nachweisen, dass die Patienten mehrheitlich desorganisiert oder unsicher-ambivalent gebunden waren. Die Autoren sehen in der Symptomatik der Kinder Versuche, Aufmerksamkeit von einer unberechenbaren und nicht konstant verfügbaren Bezugsperson zu erlangen. Beide Patientengruppen haben außerdem Schwierigkeiten mit sozialer Interaktion, allerdings stehen unterschiedliche ätiologische Begründungen dahinter (Clarke et al., 2002).

Ebenso wie unsicher gebundenen Kindern fällt es Kindern mit einem ADHS oder ADS oft schwer, sich selbst zu regulieren. Eine geringe Selbstregulationsfähigkeit führt zu häufigeren und länger anhaltenden Weinkrämpfen, einer geringen Frustrationstoleranz sowie zu Impulsivität (Cassidy, 1994). Eine Langzeitstudie fand Mitte der 90er Jahre Korrelationen zwischen hyperkinetischen Symptomen im Grundschulalter und einer belasteten Beziehung zwischen Eltern und Kind in der frühen Kindheit (Carlson et al., 1995). Andere, spätere Studien jedoch konnten eine solche Korrelation nicht feststellen, sondern beobachteten an klinisch behandelten Kindern mit einer Hyperkinetischen Störung Bindungsmuster, welche der nicht-klinischen Normalbevölkerung ähnelten (Magai, 1999).

In einer Untersuchung an Adoptivkindern wiederum konnte eine starke Korrelation zwischen unsicheren oder desorganisierten Bindungen und der hyperkinetischen Störung nachgewiesen

werden. Erforscht wurden hier rumänische Waisenkinder, welche später in westlichen Ländern adoptiert wurden. In ihren ersten Lebensmonaten und -jahren erlitten diese Kinder schwerste Deprivationen und Vernachlässigungen. Sie hatten keine konstanten Bezugspersonen und erhielten nur selten Aufmerksamkeit und Zuwendung, auch Nahrung und Bewegungsfreiheit waren meist begrenzt. Je länger die Kinder in den Heimen gelebt hatten, desto ausgeprägter war nicht nur ihre unorganisierte und unsichere Bindung, sondern vor allem auch eine diagnostizierbare Bindungsstörung. Eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung war nur bei Jungen diagnostizierbar, ebenfalls desto stärker ausgeprägt, je länger sie depriviert und vernachlässigt gelebt hatten. Das auffällige Verhalten der Kinder in Bezug auf dieses Störungsbild blieb auch nach der Adoption in eine stabile Familie bestehen (O'Connor & Rutter, 2000). Verhaltensstörungen und geminderte intellektuelle Fähigkeiten sind hier vorrangig auf die emotionale Mangelversorgung zurückzuführen und nur zweitrangig auf die fehlende Stimulierung und Förderung der kognitiven Fähigkeiten (Skeels, 1966; Braun et al., 2002). Zwischen einer diagnostizierten Reaktiven Bindungsstörung und der Hyperkinetischen Störung besteht ebenfalls eine hohe Komorbidität (Minnis et al., 2009).

Auch das Temperament, mit dem ein Kind zur Welt kommt, hat einen Einfluss auf seine Umgebung und seine weitere Entwicklung. Gewisse schwierige Temperamente bergen ein erhöhtes Risiko sowohl für eine Bindungsstörung als auch für ein ADHS oder ADS (Van den Boo & Hoeksma, 1994). Eine Studie diesbezüglich stellte fest, dass Säuglinge mit einem sehr irritierbaren Temperament, also Babys, die oft und lange weinten und nur schwer zu beruhigen waren, überdurchschnittlich häufig Mütter mit nur wenig Feingefühl hatten. Oft konnte bei diesen Säuglingen später eine unsichere Bindung festgestellt werden (Van den Boom, 1994). Ein solches Verhalten ist ebenfalls häufig in der Anamnese von ADHS/ADS-Patienten eruierbar.

Allerdings existieren auch Meta-Analysen, die postulieren, dass das Temperament eines Säuglings keine oder kaum Voraussagekraft für eine später Hyperkinetische Störung oder ein unsicheres Bindungsmuster hat (Van Ijzendoorn et al., 1999).

Eine Vielzahl anderer Studien wiederum geht davon aus, dass sich die Feinfühligkeit der Mutter sowohl auf die Bindungsfähigkeit als auch auf das Temperament ihres Kleinkindes auswirkt. Die Feinfühligkeit der Mutter kann sich durchaus schon während der Schwangerschaft auf das Baby auswirken, dies würde erklären, warum schon Neugeborene unterschiedliche Temperamentsausprägung besonders in Bezug auf die Fähigkeit zur Selbstregulation erkennen lassen. Diese Forschungsergebnisse postulieren, dass sowohl die Bindungsstrategie als auch das Temperament in Abhängigkeit von der Interaktion des Säuglings mit seiner engsten Bezugsperson geformt werden. Gelingt es der Mutter nicht, feinfühlig, einfühlsam und verständnisvoll auf ihren

Nachwuchs einzugehen, so erlernt das Kind nicht, sich selbst ausreichend zu regulieren. Eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstregulation ist besonders bezeichnend für die Hyperkinetische Störung, während fehlende Feinfühligkeit der Mutter als ursächlich für eine unsicher oder desorganisierte Bindung gesehen wird ( Fox et al., 1991; Vaughn et al., 1992; Seifer et al., 1996; Pauli-Pott & Bade, 2002).

Eine dänische Metastudie berichtete, dass unsicheres Bindungsverhalten bei erwachsenen Patienten mit ADHS deutlich häufiger vorkommt als in der allgemeinen Bevölkerung (Storebo et al., 2013).

Eine Studie mit 641 Adoptivkindern in fünf verschiedenen Ländern zeigte eine verstärkte ADHS-Symptomatik je länger die Kinder frühkindlicher Deprivation und mangelnden Bindungsangeboten ausgesetzt waren (Roskam et al., 2014).

In einer ambulanten dänischen Studie, in der 47 Kinder und Jugendliche mit ADHS an einem Sozialen-Kompetenz-Training teilnahmen und ihre Eltern ein Elterntraining erhielten, veränderten 34% der teilnehmenden Kinder ihr Bindungsverhalten von unsicheren zu sicheren Mustern (Storebo et. al., 2014).

2014 wurde eine Metaanalyse über 18 größtenteils unveröffentlichten Studien vorgestellt, in der eine moderate Beziehung zwischen unsicherer Bindung und ADHS errechnet wurde. So haben ADHS-Patienten ein um etwa fünf-fach erhöhtes Risiko einen unsicheren Bindungsstil aufzuweisen. Patienten, die nicht nur eine Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sondern eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens aufwiesen, zeigten zusätzlich erhöhte Raten unsicherer Bindungsmuster (Cheung & Theule, 2014).

Während viele der vorliegenden Indizien darauf hinweisen, dass durchaus ein Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und der Hyperkinetischen Störung besteht, ist dies noch nicht zweifelsfrei belegt. Für die Praxis, die Therapieplanung und die perspektivische Entwicklung einer Störung ist die Frage nach der sozialen Unterstützung, welche ein Patient zur Verfügung hat und nutzen kann, eine durchaus relevante. Besonders bei Kindern spielt die Beziehung zu den Eltern und die Fähigkeit der Eltern, Erziehungshilfen einfühlsam und zuverlässig umzusetzen, eine wichtige Rolle für den weiteren Verlauf der Störung und Auffälligkeiten des Kindes. Zu der weiteren Aufklärung über die Korrelationen zwischen ADHS/ADS und Bindungsmustern soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

### **3 Therapiekonzepte**

*„Wir können nicht mehr. Zu hause kommen wir nicht zur Ruhe und aus der Schule hören wir nur Beschwerden. Da wissen wir einfach nicht mehr weiter, bitte helfen sie uns, damit der Nikolas<sup>18</sup> nicht dauernd nur Ärger macht.“ - Susanne K<sup>19</sup>. (Mutter eines ADHS-Patienten)*

Die Therapiepalette, um eine Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens zu behandeln, ist groß und variiert vermutlich in ihrer Zusammensetzung von Klinik zu Klinik und von Praxis zu Praxis etwas. Zu den Therapieansätzen zählen häufig eine ausführliche Diagnostik, pharmakologische Behandlung, Einzeltherapie, Gruppentherapie, Entspannungsübungen, Elterntraining, Psychoedukation und Konzentrationstraining.

### **3.1 Medikamentöse Therapie**

Charles Barkley, ein amerikanischer Psychiater, der auf Kinder und Jugendliche spezialisiert war, erkannte 1937 zum ersten Mal die Wirksamkeit von Stimulanzien bei Patienten mit einer Hyperkinetischen Störung (Hocke, 1993; Trott, 2006). Im Jahre 1944 synthetisierte der Schweizer Chemiker Leonardo Panizzon den Wirkstoff Methylphenidat zum ersten Mal, er arbeitete für einen Pharmazie Hersteller, welcher heute noch unter dem Namen 'Novartis' erfolgreich ist. Das Medikament, welches der Entdecker nach seiner Ehefrau Marguerit (Rita) benannte, ist heute eines der bekanntesten in der Therapie von ADS und ADHS. Auch in Verbindung mit anderen Hilfsstoffen ist der Wirkstoff in Praxen und Kliniken oft Mittel der ersten Wahl. Nach jahrzehntelangen Forschungen wurde Methylphenidat 1968 von den Amerikanern Leo Kanners und Leon Eisenberg zum ersten Mal bei Kindern und Jugendlichen angewandt.

Eine Zeitlang wurden auch trizyklische Antidepressiva in der Behandlung der hyperkinetischen Störung eingesetzt. Diese zeigten zwar ebenfalls eine Wirkung, diese war aber nicht annähernd so signifikant wie eine Behandlung mit Psychostimulanzien. Auch in der Behandlung von affektiven Störungen haben trizyklische Antidepressiva ihre Bedeutung verloren und nehmen heute einen zweiten Platz hinter den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern ein.

Die Wirkstoffe D-Amphetamin und Methylphenidat sind unter Handelsnamen wie Ritalin LA©, Concerta© und Medikinet Retard© in Apotheken erhältlich. Ein weiteres Medikament, welches sich in der ADHS/ADS Behandlung als wirkungsvoll erwiesen hat, unterliegt nicht dem

---

<sup>18</sup> Name geändert.

<sup>19</sup> Name geändert.

Betäubungsmittelschutzgesetz, hat aber den Nachteil, dass seine Wirkung erst mehrere Wochen nach Beginn der Einnahme einsetzt. Mit dem Wirkstoff Atomoxetin wird dieses Medikament in Tablettenform mit unterschiedlichen Stärken unter dem Namen Stratera© verkauft.

Bei Kindern sowie Jugendlichen mit einer Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsminderung zeigen Medikamente großen Erfolg (Trott, 2000/2006). Die Wirkung wird auch von einer Vielzahl an Studien eindeutig bestätigt, 70 bis 90% der Betroffenen profitierten hier deutlich von einer Behandlung mit Ritalin (Trott, 2000; Döpfner, 2002; Steinhausen, 2002; Warnke & Wewetzer, 2003). Gegner dieser Medikation beziehen sich unter anderem auf Studien, die bei etwa 30% der Kinder einen Placeboeffekt feststellten (Amft, 2006).

Heute gilt eine Behandlung mit Psychopharmaka bei einer Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung unter den meisten Experten als unumgänglich und gehört als fester Bestandteil zu fast jeder Psychotherapie und psychiatrischen Behandlung (Steinhausen, 2002). Hier ist darauf zu achten, dass die Dosis, der Wirkstoff und die Wirkungsdauer auf den individuellen Patienten zugeschnitten sind und eng ärztlich und medizinisch begleitet wird. Regelmäßige Kontrolle von Gewicht, Körpergröße, EKG und Blutbild sind zwingend erforderlich, um ungewollte, dauerhafte Nebenwirkungen zu vermeiden und diesen entgegenzuwirken.

Nebenwirkungen sind oft abschreckend und halten viele Eltern davon ab, ihre Kinder von einer Stimulanzientherapie profitieren zu lassen. In Verbindung mit der Gabe von Methylamphinidat und ähnlichen Wirkstoffen kann es zu Appetitverlust, Schlafstörungen und Wachstumsverzögerungen kommen. In einigen Fällen können als unerwünschte Nebenwirkung auch Reizbarkeit, depressive Verstimmung sowie Stimmungsschwankungen auftreten (Tischler, 2001). Unter enger Kontrolle kann Nebenwirkungen gut entgegengewirkt werden. Im Vergleich zu der behandelten Symptomatik sind eventuelle Nebenwirkungen meist ein akzeptables Übel (Brown, 2000; Trott, 2000b; Stollhoff et al., 2003).

In Tierexperimenten konnten selten diskutierte Spätfolgen der Medikation beobachtet werden, hierzu zählt eine unzulängliche Reifung eben der Hirnregionen, welche die Impulskontrolle steuern. Mit einem nicht vollkommen ausgereiften doperminergen System könnte ein höheres Risiko, an Parkinson zu erkranken, verbunden sein (Hüther, 2002/2006). Diesen Vermutungen entgegen stehen amerikanische Rentner, die in ihrer Kindheit Methylphenidat erhalten hatten und keine höhere Erkrankungsrate an Parkinson aufweisen als nicht behandelte Zeitgenossen (Rothenberger, 2002; Gerlach, 2003; Trott, 2006). Generell wurden aus den Vereinigten Staaten noch nicht über Langzeitfolgen von Stimulanzienbehandlung berichtet. Dort wird das Medikament schon einige Jahre länger und bei einer größeren Patientenzahl angewandt (Hüther, 2005/2006).

Entgegen der Befürchtung vieler ist mit der Einnahme von Ritalin oder Medikinet allerdings

kein erhöhtes Risiko einer Suchterkrankung verbunden. Im Gegenteil, HKS-Patienten, die medikamentös behandelt werden, geraten bis zu 85% weniger häufig als unbehandelte an illegale Substanzen mit Suchtpotential (Biedermann et al., 1999). Dieser Zusammenhang wird häufig auf die verminderte Impulsivität und Suche nach einem Adrenalinschub zurückgeführt, welche durch das Methylphenidat bedingt sind (Huss et al., 2000).

Im Kontext deutschsprachiger Studien und Behandlungskonzepte sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass deutsche Ärzte europaweit am häufigsten Ritalin oder ähnliche Medikamente verschreiben (Hédervári-Heller, 2001). In der Bundesrepublik gilt Methylphenidat als Betäubungsmittel und unterliegt einem strengen Regelwerk. So dürfen Ärzte nur auf Antrag BTM (Betäubungsmittel) Rezeptblöcke bestellen, diese sind fortlaufend nummeriert und werden meist in einem verschlossenen Safe aufbewahrt. Einmal ausgestellt, sind diese Rezepte nur 7 Tage gültig und dürfen nicht an Minderjährige ausgehändigt werden. Trotzdem ist der Umsatz von Ritalin innerhalb von 4 Jahren, zwischen 1995 und 1999 um das Vierzigfache angestiegen. Es wird davon ausgegangen, dass aktuell etwa 400 000 Kinder in diesem Land mit Unterstützung von Stimulanzien lernen, Freundschaften knüpfen und am Familienleben teilhaben (Leuzinger-Bohleber, 2006). Richtliniengetreu darf der Wirkstoff in Deutschland erst Kindern ab 6 Jahren verschrieben werden. In den Vereinigten Staaten hingegen erhalten schon ca. 200 000 Kindergartenkinder zwischen 2 und 4 Jahren Methylphenidat (Hüther & Bonney, 2005).

Die hohe Verschreibungsrate ist allerdings kein Hinweis auf fehlerhafte Verschreibungen sondern spiegelt eher die hohen Prävalenzraten wieder (Döpfner & Lehmkuhl, 2001). Auch vermuten viele Experten, dass nur etwa ein Drittel der an ADHS oder ADS erkrankten Jugendlichen überhaupt mit Pharmazeutika behandelt werden (Trott, 2006).

### **3.2 Psychoanalytische Ansätze**

Therapeuten, die sich der Psychoanalyse verschrieben haben, betrachten die Welt des Kindes und dessen individuellen Erlebnisse und Geschichte, um einzelne Symptome der Hyperkinetischen Störung zu interpretieren (Hopf, 2000). Sie glauben an eine tiefere Bedeutung hinter den Handlungen, den Unartigkeiten und den oft nervigen Angewohnheiten der kleinen Patienten mit ADS und ADHS (Molitor, 2002).

Die unangemessenen Verhaltensweisen der Kinder werden hier oft als Reinszenierung eigener Erfahrungen gesehen, als Versuch, die Auswirkung negativer Erfahrungen zu beschränken, oder als Abwehrmechanismus gegen Erinnerungen oder erwartete Feindseligkeiten (Häußler, 2002).

### 3.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Dieser Ansatz ist aktuell einer der populärsten unter den heutigen Therapieschulen. Die Verhaltenstherapie ist eine der wenigen empirisch belegten Therapieformen. Mehrere Institute und Universitäten in Deutschland bilden Diplom-Pädagogen und Diplom-Psychologen zu Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einem Schwerpunkt auf diese Therapierichtung, aus um eine qualitativ und, soweit möglich, standardisierte Behandlung zu ermöglichen. Bei der Hyperkinetischen Störung zählen Selbstmanagementmethoden, Selbstinstruktionstraining, Belohnungspläne, Elterntrainings, Konzentrationstrainings und Psychoedukation zu den am weitesten verbreiteten Therapiemethoden (Lauth & Schlottke, 2002; Steinhausen, 2002; Döpfner, 2002).

Bei den unterschiedlichen Methoden der Verhaltenstherapie stehen unterschiedliche Personen im Fokus der Intervention. Zum einen kann dies der Patient selbst sein, seine direkten Bezugspersonen oder sein weiteres psychosoziales Umfeld (Döpfner, 2000; Petermann et al., 2001). Die meisten verhaltenstherapeutisch orientierten Behandler beginnen die therapeutische Beziehung mit einer allgemeinen Beratung und einer Psychoedukation. Hier werden den Betroffenen und ihren Familien die Symptome und Therapiemöglichkeiten bei einer hyperkinetischen Störung erläutert. Einige Ansätze fokussieren auf die Familien-Dynamik. Die Kommunikation zwischen den Eltern und ihrem Kind soll hier verbessert werden, indem allen Parteien schrittweise und anhand von Beispielen ein positiveres Kommunikationsmuster nahegebracht wird. Einige Interventionen legen ihr Hauptaugenmerk auf den schulischen Kontext. Dies ist besonders dann vorteilhaft, wenn die Konzentrationsschwäche und leichte Ablenkbarkeit vornehmlich in der Unterrichtssituation auftreten. Einige Medikamente sind speziell darauf ausgerichtet, ihre Wirkung über einige Schulstunden zu entfalten. Hilfestellungen wie klare Arbeitsanweisungen, ein Platz in der ersten Reihe und ein ordentlicher Arbeitsplatz können ebenfalls zu Verbesserungen des Leistungsvermögens führen. Doch fast kein therapeutischer Ansatz kommt ohne direktes Arbeiten mit dem kleinen Patienten aus. In einigen Trainings soll Ausdauer und Konzentration ausgebaut werden. In Patientengruppen kann die soziale Kompetenz der Kinder, denen es oft an Freunden und sozialen Kontakten mangelt, gestärkt werden. Zu den erfolgreichen Methoden der kognitiven Umstrukturierung zählen Selbstinstruktionen, welche die Selbstreflektionsfähigkeiten stärken sollen. Jugendliche oder ältere Kinder können auch in einer selbstständigen Verhaltensveränderung unterstützt werden (Döpfner & Metternich, 2010). Bei Kindern, welche die Grundschule bereits

abgeschlossen haben, muss ein erster Schritt der Behandlung meist ein Motivationsaufbau sein. Durch das Klären der Ziele des jugendlichen Patienten kann häufig eine Motivation für die therapeutische Behandlung entwickelt werden. Vor allem bei expansiven Verhaltensstörungen ist jedoch ein Arbeiten mit dem sozialen Umfeld des betroffenen Patienten unabdingbar. Kindergarten, Schule und Familie müssen beraten und geschult werden, um die Symptomatik mit pädagogischen Mitteln zu verringern. Mit dem Alter des Kindes gewinnt dessen Einbindung in eine Therapie an Bedeutung (Mattejat, 2010).

### **3.4 Psychotherapieforschung bei ADHS**

Besonders wirksam hat sich eine medikamentöse Behandlung der hyperkinetischen Störung gezeigt, wenn sie mit einer oder mehreren Interventionen der Verhaltenstherapie kombiniert wurde. In Kombination sind diese Ansätze, wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge, der effektivste und effizienteste Weg, um einen Patienten mit ADHS oder ADS zu behandeln (Döpfner, et al., 2000; Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Es hat sich als effektiv erwiesen verschiedene Therapiemethoden schrittweise einzusetzen und nach einer Wirksamkeitsabschätzung weitere passende oder notwendige Therapieformen zu ergänzen (Döpfner et al., 2004).

Einer Studie zufolge konnte eine Verbesserung der Symptomatik schon durch die Psychoedukation und unspezifische Beratung, welche zu Beginn fast jeder Therapie durchgeführt werden, erzielt werden (Döpfner et al., 2004).

Elterntrainings für die Mütter und Väter von Kindern mit einer Sozialverhaltensstörung, die besonders durch Aggressionen und Verweigerungen auffielen, haben ihre Wirkung schon vielfach gezeigt (Burke et al., 2002).

## **II Empirischer Teil**

### **4. Ziele und Fragestellungen**

#### **4.1 Ziele der Studie**

Im Theorie-Teil dieser Arbeit wurden die Zusammenhänge von Bindung und Aufmerksamkeitsstörung erläutert. Eine unsichere Bindung zeigt sich häufig auch durch hyperaktive Symptome. Die Behandlung, welche die Kinder in der Tagesklinik erfahren, die vorwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet ist, zielt auf eine Verbesserung der externalisierenden und internalisierenden Symptomatik ab. In dieser Arbeit soll beleuchtet werden, welche Faktoren einen Beitrag zum Therapieerfolg leisten und ob eine Linderung der hyperkinetischen Symptomatik auch zu einer Stabilisierung des Bindungsverhaltens führt. Bisher wurden die beiden Bereiche, Bindungsverhalten und Hyperkinetik, noch nicht gemeinsam in einem tagesklinischen Setting erforscht. Frühere Studien waren unter anderem an Adoptivkindern durchgeführt worden, jedoch nicht an einer klinischen Stichprobe mit mannigfaltigen familiären Hintergründen. Ergebnisse für tagesklinische Patienten mit co-morbiden Störungen fehlen bisher in der deutschen Literatur. In einer früheren Arbeit (Pollitt, 2009) konnte ein Therapieerfolg des auch der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden tagesklinischen Settings für die hyperkinetische Symptomatik nachgewiesen werden. Da es aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, eine Kontrollgruppe zu bilden und eine ursächliche Beziehung zwischen Behandlung und Therapieerfolg daher nicht überprüft werden konnte, konzentrierte sich die vorliegende Arbeit auf folgende Ziele:

1. Es sollte überprüft werden, ob Persönlichkeitsvariablen der Kinder (Geschlecht, Alter, Intelligenz) und Eltern (psychische Gesundheit, Bildungsstand) einen Einfluss auf den Behandlungserfolg im Sinne einer Verbesserung der Symptomatik der ADHS und der Bindungsqualität haben
2. Ob eine Verbesserung in Hinblick auf die Bindungssicherheit mit einer Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik in Beziehung steht.

Daten wurden sowohl von Eltern als auch von Kindern und Behandlern erhoben, um eine Symptomveränderung aus mehreren Sichtweisen zu erfassen. Zusätzlich wurden mehrere Verfahren eingesetzt um allgemeine Symptomatik, hyperkinetische Symptomatik, Konzentrationsfähigkeit und das Bindungsverhalten zu erfassen.

## **4.2 Fragestellungen**

### **4.2.1 Fragestellungen zur Auswirkung der Behandlung auf a) die Konzentrationsfähigkeit b) hyperkinetische Symptomatik und c) allgemeine Symptomatik**

#### **Fragestellung 1**

Unterscheiden sich die beiden Geschlechter bezüglich der Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der allgemeinen Symptomatik im Laufe der Behandlung?

In der bisherigen Psychotherapieforschung erzielte die Verhaltenstherapie bei Mädchen größere Effektstärken als bei Jungen (Weisz et. al., 1995). Jedoch gibt es keine konkreten Studien zu allen oben genannten Bereichen. Eine weitere Metaanalyse ergab, dass Studien, an denen hauptsächlich Jungen beteiligt waren, schlechtere Ergebnisse aufwiesen als Studien, an denen überwiegend Mädchen beteiligt waren (Casey & Berman, 1985). Eine andere Studie fand keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Weisz et al., 1987).

#### **Fragestellung 2**

Unterscheiden sich ältere Patienten von jüngeren bezüglich der Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der allgemeinen Symptomatik im Laufe der Behandlung?

Eine Metaanalyse über mehrere Studien zur Effizienz von Verhaltenstherapie hat gezeigt, dass ältere Kinder besser auf die Behandlung ansprechen als jüngere (Weisz et al., 1995). Mehrere Studien haben gezeigt, dass jüngere Kinder weniger gut auf kognitive Verhaltenstherapien ansprechen als ältere ( Dush et al., 1989; Durlak et al., 1991). Die vorliegende Studie bezieht sich jedoch nicht nur auf eine isolierte kognitive Verhaltenstherapie, sondern auf ein multimodales Therapiekonzept. Die Studienlage zum Alter der Kinder in der psychotherapeutischen Behandlung variiert. Kein Einfluss des Alters wurde in einer Studie festgestellt (Casey & Berman, 1985). Eine deutlichere Verbesserung der jüngeren Kinder wurde in einer anderen Studie festgestellt (Weisz et al., 1987).

#### **Fragestellung 3**

Beeinflusst die Intelligenz der Patienten die Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung?

Patienten mit einem geringeren IQ erlebten eine geringere Symptomreduktion im Laufe einer eklektischen psychotherapeutischen Behandlung als Kinder mit einem höheren IQ (Mathiassen, 2012). In einer Studie zeigten Kinder mit einem niedrigeren IQ eine höhere Symptomausprägung (Samara et al., 2008). Es ist auch möglich, dass Geschlecht und Intelligenzniveau bzw. Geschlecht und Alter hier in Interaktion stehen. Es gibt jedoch keine konkreten Studien zu allen oben genannten Bereichen. Des Weiteren wurden in vielen Studien Kinder mit einem IQ unter 90 ausgeschlossen, sodass diese Studien kein vollständiges Bild über die tatsächliche Spannbreite der IQ-Werte der klinischen Bevölkerung geben können (Muratori et al., 2003).

#### **Fragestellung 4**

Beeinflusst der psychische Gesundheitszustand der Kindseltern die Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit und b) der hyperkinetischen Symptomatik oder c) der Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung?

Jugendliche und Kinder mit psychisch kranken Eltern sprachen in Studien tendenziell schlechter auf eine Behandlung mit kognitiver Basis an als Patienten, deren Eltern nicht psychisch eingeschränkt sind (Kazdin, 1995; Kazdin & Crowley, 1997). Dieser Unterschied traf jedoch in zumindest einer der Studien nur auf die Beurteilung der Kindseltern, nicht aber auf die Einschätzung der Lehrer zu (Kazdin, 1995). Kinder, deren Eltern psychisch krank sind, haben allgemein ein erhöhtes Risiko eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Bureau et al., 2009; Bagner et al., 2010).

#### **Fragestellung 5**

Beeinflusst der Bildungsstatus der Hauptbezugsperson eine Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit und b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung?

Während Studien zu somatischen Erkrankungen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad der Mütter und den Genesungschancen der Patienten aufzeigen konnten (Keenan et al., 2003), zeigen sich in einigen Studien zur Hyperkinetischen Störung keine Effekte bezüglich des Bildungsgrades der Mütter oder Väter (Loe et al., 2011; Lee & Hinshaw, 2006). Loe et al.

(2011) verwandten zur Erhebung der Daten ebenfalls die Child Behavior Checklist, welche auch in der vorliegenden Studie Anwendung fand. Jedoch bezogen sich Loe et al. (2011) auf frühgeborene Kinder. In einer Studie zeigten Kinder, deren Eltern einen niedrigen Bildungsgrad haben, deutlich mehr Verhaltensprobleme (Scahill et al., 1999). In einer aktuelleren Studie zeigte sich kein Einfluss des elterlichen Bildungsgrades auf eine psychiatrische oder psychologische Symptomatik (Conrad et al., 2010).

Des Weiteren wirkt sich der Schulabschluss der Eltern auf die finanzielle Situation der Familie aus. In einer früheren Studie konnte gezeigt werden, dass Kinder, deren Eltern über einen niedrigen sozio-ökonomischen Status verfügten oder von staatlicher Unterstützung lebten, weniger von kognitiver Verhaltenstherapie profitierten als Kinder, deren Eltern finanziell besser gestellt sind (Kazdin & Crowley, 1997). Weitere Studien belegen einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und sozial-ökonomischem Status der Familie (McMahon, Forehand, Griest, & Wells, 1981; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1990; Frankel & Simmons, 1992; Kazdin, Mazurick, & Bass, 1993; Kazdin & Mazurick, 1994; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997). Die Ergebnisse in der Literatur bezüglich des Schulabschlusses und des ökonomischen Status sind hier widersprüchlich.

#### **4.2.2 Fragestellungen zur Auswirkung der Behandlung auf die Bindungssicherheit**

##### **Fragestellung 6**

Wird die Änderung des Bindungsverhaltens im Behandlungsverlauf durch das Geschlecht beeinflusst?

Die Effektivität von Psychotherapie bei Kindern ist in vielen Studien von größerem Erfolge bei Mädchen als bei Jungen (Weisz et al., 1995). Eine weitere Metaanalyse ergab, dass Studien, an denen hauptsächlich Jungen beteiligt waren, schlechtere Ergebnisse aufwiesen als Studien, an denen überwiegend Mädchen beteiligt waren (Casey & Berman, 1985). Eine andere Studie fand keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Weisz et al., 1987). Es hat noch keine derartigen Studien mit spezifischem Bezug auf das Bindungsverhalten gegeben.

##### **Fragestellung 7**

Wird die Änderung des Bindungsverhaltens im Behandlungsverlauf durch das Alter der Probanden beeinflusst?

Die beobachtete Veränderung durch Psychotherapie ist größer bei älteren Kindern und Jugendlichen als bei jüngeren Kindern (Weisz et al., 1995). Mehrere Studien haben gezeigt, dass jüngere Kinder weniger gut auf kognitive Verhaltenstherapien ansprechen als ältere (Dush et al., 1989; Durlak et al., 1991). Die Studienlage zum Alter der Kinder in der psychotherapeutischen Behandlung variiert. Kein Einfluss des Alters wurde in einer Studie festgestellt (Casey & Berman, 1985). Eine deutlichere Verbesserung der jüngeren Kinder wurde in einer anderen Studie festgestellt (Weisz et al., 1987). Es gibt keine Studien, die sich speziell auf die Bindungsmuster der kleinen Patienten beziehen.

### **Fragestellung 8**

Wird die Veränderung der Bindungssicherheit im Laufe der Behandlung durch die Intelligenz der Kinder beeinflusst?

Patienten, die einen hohen Level an kognitiven Fähigkeiten mit in den therapeutischen Prozess einbringen können, zeigten ein größeres Maß an Verbesserung (Mathiassen et al., 2012). Des Weiteren wurden in vielen Studien Kinder mit einem IQ unter 90 ausgeschlossen, sodass diese Studien kein vollständiges Bild über die tatsächliche Spannbreite der IQ-Werte der klinischen Bevölkerung geben können (Muratori et al., 2003). Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Intelligenz nur bei Mädchen, nicht aber bei Jungen eine Rolle spielt (Kazdin & Cowley, 1997).

### **Fragestellung 9**

Wird die Änderung des Bindungsverhaltens im Behandlungsverlauf durch die psychische Gesundheit der Kindseltern beeinflusst?

Psychisch erkrankte Eltern beeinträchtigten den Behandlungserfolg bei ihren Kindern (Kazdin, 1995; Kazdin & Crowley, 1997). Kinder, deren Eltern psychisch krank sind, haben ein erhöhtes Risiko, eine unsichere Bindung zu entwickeln (Bureau et al., 2009; Bagner et al., 2010). Aktuell liegen jedoch keine Studien vor, die sich konkret mit diesem Einfluss auf das Bindungsmuster beziehen.

### **Fragestellung 10**

Wird ein Wechsel von unsicherer zu sicherer Bindung im Behandlungsverlauf vom Bildungsgrad

der Kindseltern beeinflusst?

In einer früheren Studie konnte gezeigt werden, dass Kinder, deren Eltern über einen niedrigen sozio-ökonomischen Status verfügten oder von staatlicher Unterstützung lebten, weniger von kognitiver Verhaltenstherapie profitierten als Kinder, deren Eltern finanziell besser gestellt sind (Kazdin & Crowley, 1997). Weitere Studien belegen einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und sozial-ökonomischem Status der Familie (McMahon, Forehand, Griest, & Wells, 1981, Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1990; Frankel & Simmons, 1992; Kazdin, Mazurick, & Bass, 1993; Kazdin & Mazurick, 1994; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997). In einer Studie zeigten Kinder, deren Eltern einen niedrigen Bildungsgrad hatten, deutlich mehr Verhaltensprobleme (Scahill et al., 1999). In einer aktuelleren Studie zeigte sich kein Einfluss des elterlichen Bildungsgrades auf eine psychiatrische oder psychologische Symptomatik (Conrad et al., 2010). Es gibt keine Studien, die sich direkt auf das Bindungsverhalten beziehen.

### **Fragestellung 11**

Verbessern Probanden, die am Ende der tagesklinischen Behandlung ein sichereres Bindungsverhalten aufweisen, sich auch bezüglich ihrer a)Konzentration b) ihrer hyperkinetischen Symptomatik und c) ihrer Gesamtsymptomatik eher als Probanden ohne eine Besserung im Bindungsverhalten?

Es existieren bis dato keine Studien, die sich gezielt mit hyperkinetischer Symptomatik und Bindung befassen.

## **5. Methode**

### **5.1 Untersuchungsdesign**

Probanden der Untersuchung sind Patienten der teilstationären Abteilung des Johanniter-Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neuwied, Rheinland-Pfalz, Deutschland. Die Tagesklinik mit humanistischem Leitbild verfügt über 30 Plätze für Kinder im Alter zwischen 6 und 18 Jahren, sie sind auf vier alters-homogene Gruppen verteilt. Jede Gruppe hat ein bis zwei Behandler, welche die Therapien durchführen und fallleitend handeln. Außerdem sind bei jeder Gruppe zwei bis drei hauptamtliche Pädagogen tätig. Die disziplinübergreifende Zusammenarbeit fördert einen transparenten und vom Geist der Nächstenliebe und Wertschätzung geprägten Umgang mit den Patienten sowie einen kontinuierlichen Informationsfluss bei allen Beteiligten. Ebenso ist

ein stets klarer und offener Umgang mit den Patienten und allen an ihrer Pflege und Erziehung Beteiligten ein grundlegender Bestandteil des Klinikkonzepts.

Die Durchschnittsverweildauer in der Tagesklinik liegt zwischen 4 und 6 Monaten. Die Kinder besuchen die Einrichtung von Montag bis Donnerstag von 8 bis 16:15 Uhr und freitags von 8 bis 13:30 Uhr. Die Behandlung basiert auf einem Multi-modalen Behandlungsmodell, welches sich an den Qualitätsstandards des Fachgebietes orientiert. Neben wöchentlich einer Einzeltherapiestunde und einer Gruppentherapie erhalten die Patienten ein oder zwei Fachtherapien. Bei den Fachtherapien kann es sich um Musiktherapie, Kunsttherapie, Mototherapie, Ergotherapie oder Werktherapie handeln, das Angebot wird auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten. Neben dem umfassenden pädagogischen Programm und lebenspraktischen Trainings erhalten alle Patienten pro Woche 10 bis 12 Stunden Unterricht in einer Kleingruppe.

Die Therapeuten und Ärzte des Zentrums arbeiten vorrangig mit Methoden und Erkenntnissen der kognitiven Verhaltenstherapie. In der Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms wendet das interdisziplinäre Team der Tagesklinik eine Kombination aus medikamentöser Behandlung, Einzeltherapie, Elternberatung und pädagogischer Verhaltensmodifikation an. Dieser ganzheitliche Ansatz geht mit den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen konform.

Die Aufnahme der Patienten in die Tagesklinik erfolgt nach Anmeldung durch einen klinikinternen oder -externen ambulanten Vorbehandler sowie über eine Warteliste, von der aus Patienten, basierend auf Dringlichkeit und Wartezeit, von der psychologischen und ärztlichen Leitung des Zentrums ausgewählt und einbestellt werden.

In die geplante Studie sollen alle Patienten im Alter von 8 bis 14 Jahren eingeschlossen werden, welche entweder die Aufnahmediagnose „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (ICD-10: F 90.0) oder „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F901) erhalten haben. Die Sorgeberechtigten werden bei Aufnahme schriftlich über die laufende Studie informiert und geben durch ihre Unterschrift ihr Einverständnis. Die Patienten werden unter Berücksichtigung ihres Alters, ihrer kognitiven Fähigkeiten und ihres Störungsbildes ebenfalls über die Studie informiert. Die Teilnahme ist absolut freiwillig. Eine Nichtteilnahme ist mit keinerlei Nachteilen für die Patienten verbunden. Der reguläre therapeutische Ablauf der Klinik wird durch die Studie nur in einem geringfügigen Maße beeinträchtigt, und zwar insofern, als dass die Kinder zum Ausfüllen der Fragebögen für insgesamt ca. 2 bis 3 Stunde die Gruppe verlassen, eine Situation, welche nicht ungewöhnlich ist und deshalb keine Belastung für die Probanden darstellen dürfte.

Während der ersten Woche ihrer tagesklinischen Behandlung bearbeiten die Patienten zum

Zweck der vorliegenden Studie den Bochumer Bindungstest, den YSR (Fragebogen für Jugendliche), den DISYPS-II (ADHS) und den Konzentrationstest d'2. Alle Kinder werden die Fragebögen im Eins-zu-eins-Kontakt mit einem Psychologen ausfüllen, ihnen wird die jeweilige Vorgehensweise erläutert, und sie können Fragen stellen. Sollte es notwendig sein, können den Kindern auch einzelne Fragen vorgelesen werden. Die engsten Bezugspersonen der Kinder, in der Regel die Eltern, werden gebeten, den CBCL/4-18 (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen) und den DISYPS-II-(ADHS) auszufüllen. Die gleichen Verfahren werden den Probanden in der letzten Woche ihres Aufenthaltes erneut vorgelegt. Durch das Ausfüllen der Fragebögen werden keinerlei negative Folgen, Risiken oder Belastungen für die Probanden erwartet.

Zusätzlich füllen die behandelnden Therapeuten oder Ärzte den psychopathologischen Befund bei Aufnahme und Entlassung aus, basierend auf den Eindrücken des gesamten Klinikpersonals, welches mit dem Patienten Kontakt hatte. So können Prä- und Postdaten zur teilstationären Behandlung erhoben werden. Demographische Daten werden den Patientenakten entnommen und basieren auf Aussagen der Kindseltern. Der Intelligenzquotient der Probanden wird, sofern nicht bekannt, mittels des HAWIK IV ermittelt. Dieses Vorgehen ist ebenfalls Standard für alle Patienten der Klinik. Die Datenanalyse erfolgt mittels des statistischen Programms SPSS. Die Klinik, und auf Wunsch auch die Sorgeberechtigten, werden über die Ergebnisse der Studie informiert.

## **5.2 Stichprobengewinnung und Durchführung**

Die Patienten der Tagesklinik eines kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrums werden von den ambulanten Behandlern desselben Zentrums bei bestehender Indikation für eine tagesklinische Behandlung angemeldet, die Aufnahme erfolgt bei Freiwerden eines Platzes, abhängig von Dringlichkeit und Wartezeit. Alle Patienten, deren Diagnose und Alter in die Studie passten, wurden eingeladen, an dieser teilzunehmen.

Zu Beginn der tagesklinischen Behandlung eines jeden Patienten erhielten die Kindseltern einen Anruf in dem sie über die laufende Studie informiert wurden. Ihnen wurden die Intention und das Procedere der Studie erläutert, ihre Kinder wurden zur Teilnahme eingeladen. Nur drei der gefragten Eltern lehnten eine Teilnahme aus unterschiedlichen Gründen ab. Über die Krankentransporte erhielten die Kindseltern eine Einverständniserklärung sowie die

Elternfragebögen. Nach Eingang der schriftlichen Einverständniserklärung beider Sorgeberechtigten wurden die Patienten über die Studie informiert und ihre Bereitschaft zu einer Teilnahme abgeklärt. Keines der Kinder lehnte ab. Die Daten wurden in einem Behandlerbüro in der Klinik im 1-zu-1-Kontakt oder in Kleingruppen vormittags während der regulären tagesklinischen Behandlungszeit erhoben. Es wurde darauf geachtet, dass die Kinder nur in Ausnahmefällen Schulunterricht oder Gruppenangebote versäumten.

### **5.3 Stichprobenbeschreibung**

An der Studie nahmen insgesamt 61 Patienten einer Tagesklinik teil, hierbei handelte es sich um 45 (73,8%) Jungen und 16 (26,2%) Mädchen. 45 (73,8%) der Patienten litten an einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1), 16 (26,2%) an einer Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Neben diesen Diagnosen, welche als Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie galten, hatten alle Patienten eine oder mehrere co-morbide Erkrankungen. Unter anderem litten 18 (29,5%) zusätzlich an einer depressiven Störung, ansonsten wurden häufig Teilleistungsstörungen sowie Regulationsstörungen in Form von Enkopresis oder Enuresis diagnostiziert. 29 (47,5%) Patienten hatten mindestens einen psychisch-kranken Elternteil; diese Angaben basieren auf Aussagen der Kindseltern. 33 (54,1%) Patienteltern waren getrennt oder geschieden, während 28 (45,9%) noch verheiratet waren bzw. in einer festen Beziehung miteinander lebten. Die Hauptbezugspersonen von 6 (9,8%) Patienten hatten keinen Schulabschluss, 25 (41%) hatten einen Hauptschulabschluss erreicht, 21 (34,4%) einen Realschulabschluss und 9 (14,7%) hatten das Abitur. 8 (13,1%) Probanden waren Einzelkinder. 44 (72,1%) Kinder lebten bei mindestens einem berufstätigen Elternteil. Die Patienten waren zwischen 7,1 Jahren und 14, 11 Jahren alt, ihr Durchschnittsalter betrug 11,0 Jahre mit einer Standardabweichung von 2,2. Der Intelligenzquotient der Kinder, welcher mittels eines HAWIK-IV (Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder) ermittelt wurde, lag zwischen 72 und 125 IQ-Punkten, mit einem Mittelwert von 97,74 und einer SD von 13,44. Dies liegt dem Durchschnitts-IQ der Gesamtbevölkerung mit einem Mittelwert von 100 und einer STD von 15 sehr nah. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 3 ½ Monate, die kürzeste Verweildauer waren 3 Wochen, die längste 8 ½ Monate.

### **5.4 Erhebungsinstrumente und Durchführung**

#### **5.4.1 Child Behavior Checklist**

Diese Verfahren, kurz CBCL 4-18 (siehe Anhang) genannt, erfasst Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, aus Sicht der Eltern (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991a/1991b). Weltweit verwendet, ist die Child Behavior Checklist eines der anerkanntesten Verfahren zur Erhebung der Gesamtsymptomatik. Für Kinder zwischen 4 und 18 Jahren erhebt der Fragebogen die Elternsicht über Kompetenzen, emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme. Die Fragebögen können von beiden Eltern getrennt ausgefüllt werden, auch eine parallele Version für Jugendliche ab dem 11. Lebensjahr existiert. Die Einschätzungen variieren hier häufig deutlich (Achenbach et al., 1987; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998; Ende & Verhulst, 2005). Die deutsche Version wurde von einer speziell zusammengestellten Arbeitsgruppe erarbeitet und veröffentlicht (Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1998).

Die 113 Items können in acht Problembereiche unterteilt werden, zwei davon werden zu einer externalisierenden und drei weitere zu einer internalisierenden Skala zusammengefasst, aus allen Skalen wird zusätzlich der Gesamtwert gebildet. Für die Auswertung liegen geschlechtsspezifische und altersspezifische Normen vor (Renschmidt & Walter, 1990; Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1998; Döpfner et al., 1998). Zur Normierung wurden 2368 Kinder aus der deutschen Allgemeinbevölkerung herangezogen, eine zufriedenstellende interne Konsistenz konnte ermittelt werden. Anhand verschiedener Kriterien konnte die Validität belegt werden, weitgehend bestätigt ist auch die faktorielle Validität des Verfahrens (Döpfner et al., 1997B; Hartmann et al., 1999).

#### **5.4.2 Youth Self-Report**

Der Youth Self-Report, kurz YSR (siehe Anhang) ist ein Verfahren, welches entwickelt wurde, um parallel zur Child Behavior Checklist die Einschätzung der Jugendlichen zu ihren Schwierigkeiten und Kompetenzen zu erfassen. Der Fragebogen für Jugendliche YSR( 11-18) besteht aus 112 Fragen, die auf einer dreistufigen Skala (*'nicht zutreffend'*, *'etwas oder manchmal zutreffend'* und *'genau oder häufig zutreffend'*) bewertet werden. Das Verfahren erhebt eine Selbsteinschätzung über einzelne Problembereiche im Verlauf der letzten 6 Monate. Der Auswertungsbogen ähnelt dem der CBCL, die Items werden auf denselben Skalen (*'Sozialer Rückzug'*, *'Körperliche Beschwerden'*, *'Ängstlich/depressiv'*, *'Soziale Probleme'*, *'Schizoid/Zwanghaft'*, *'Aufmerksamkeitsprobleme'*, *'Dissoziales Verhalten'* und *'Aggressives Verhalten'*) zusammengefasst. Auch hier können die übergeordneten Skalen *'internalisierend'* und *'externalisierend'* sowie ein Gesamtwert gebildet werden (Achenber, 1991a/1991c). Die Validität

des Instruments und seiner deutschen Übersetzung ist in mehreren Studien belegt (Essau, Muris, & Ederer, 2002). Der Fragebogen ist für Kinder ab 11 Jahren genormt. In dieser Studie wurde er auch jüngeren Kindern vorgelegt und mit ihnen gemeinsam bearbeitet, zum Teil wurde er vorgelesen. Für die Berechnungen wurden stets Rohwerte verwendet.

### **5.4.3 d'2**

Bei dem Verfahren d'2 (siehe Anhang) handelt es sich um einen ökonomischen Aufmerksamkeitsbelastungs-Test (Brickenkamp, 2005). Er überprüft die visuelle Aufmerksamkeit anhand eines Durchstreich-Verfahrens. Der Test besteht aus den Buchstaben 'd' und 'p', denen eine variierenden Anzahl kleiner Striche folgte. Die Aufgabe bestand darin, in einer vorgegeben Zeitspanne möglichst oft das Symbol „d“ durchzustreichen und keine der anderen Kombinationen. Der Test beruht auf einer Definition von Aufmerksamkeit, die auf Selektivwahrnehmung basiert (Rützel, 1977). Der Test misst die tagesaktuelle Leistung unabhängig von der intellektuellen Leistungsfähigkeit. Die Auswertung des Verfahrens unterteilt sich in vier Subskalen. Zu diesen gehören die Gesamtzeichen, diese dienen als Maß für die Arbeitsgeschwindigkeit. Als Indikator der Arbeitsgenauigkeit dient die Anzahl der Fehler. Diese beiden Subtests werden ausgewertet, indem die Anzahl der Fehler von der Gesamtzahl abgezogen wird. Auf der vierten Skala wird die Konzentrationsschwankung in Form der Schwankungsbreite berechnet. Die Re-Test-Korrelation nach 12 bis 24 Monaten liegt zwischen .71 und .92 (Brickenkamp, 1994). Für das Verfahren liegen Normwerte für Probanden zwischen 9;0 und 60;0 Jahren vor. In der vorliegenden Studie wurde er auch etwas jüngeren Kindern vorgelegt. In den Berechnungen wurden stets Rohwerte verwendet.

### **5.4.4 DISYPS-II (ADHS)**

Dieser Fragebogen ist ein individuell verwendbarer Teil der Testbatterie: Diagnostic System for Mental Disorders in Childhood and Adolescence (siehe Anhang). Er besteht aus 26 Fragen, von denen sich 20 mit dem Problemverhalten befassen und 6 die Kompetenzen des Kindes erheben. Er basiert auf dem DSM IV, repräsentiert aber die Diagnosekriterien dieses Werkes und des ICD-10. Außerdem werden der Beginn und die Dauer der Symptome und die funktionale Einschränkung erfasst. Das Verfahren existiert in zwei Versionen, als Fremdbeurteilungsbogen (FBB) und als Selbstbeurteilungsbogen (SBB). Der Schweregrad der genannten Symptome wird auf einer vierstufigen Skala ('gar nicht', 'ein wenig', 'weitestgehend' und 'besonders') bewertet (Döpfner & Lehmkuhl, 1997).

Das Erhebungsinstrument erlaubt sowohl eine dimensionale als auch eine kategoriale Auswertung. Die kategoriale Auswertung basiert auf Entscheidungsbäumen. Für die vorliegende Arbeit wird die dimensionale Auswertungsform gewählt, da diese eine quantitative Einschätzung der Symptome erlaubt. Auch im klinischen Alltag ist diese Vorgehensweise verbreiteter. Hierzu werden die drei Subskalen '*Aufmerksamkeitsstörung*', '*Hyperaktivität*' und '*Impulsivität*' gebildet, diese entsprechen den drei Kriterien-Gruppen des ICD-10. Aus ihnen wird zusätzlich der Gesamtscore gebildet, indem die jeweiligen Items addiert und durch ihre Anzahl geteilt werden, um einen Mittelwert zu ermitteln. Der Wert für die zusätzliche Skala '*Kompetenzen*' wird auf die gleiche Weise gebildet (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Die Fragebögen sind für Kinder im Alter zwischen 11 und 18 Jahren normiert. Für die vorliegende Arbeit wurden die Bögen auch mit jüngeren Kindern durchgearbeitet und diesen teilweise vorgelesen. In den Berechnungen wurden stets Rohwerte verwendet.

#### **5.4.5 Basisdokumentation (BADO)**

Diese Methode zur Erfassung des psychopathologischen Befundes (siehe Anhang) und anderer relevanter Daten zu Patienten und Behandlung wurde im Auftrag dreier Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von der Kommission „Qualitätssicherung“ entwickelt (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006). In 12 Abschnitten werden 107 obligatorische und 13 fakultative Fragen gestellt. Ein wichtiger Bestandteil ist die Erfassung des Multiaxialen Klassifikationsschemas, welches auf dem ICD-10 der World Health Organisation basiert. Auf diesen Achsen werden körperliche, psychische und psychiatrische Diagnosen erfasst, das Intelligenzniveau wird eingestuft, Angaben zu den familiären Lebensumständen werden benannt und eine Einschätzung der sozialen Beeinträchtigung wird getroffen (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006).

Das standardisierte Verfahren der Basisdokumentation, kurz BADO, stellt eine einheitliche Methode der Symptomerfassung dar, welche deutschlandweit in Kinder- und Jugendpsychiatrien zum Einsatz kommt. Krankheitsverläufe und Diagnosestellungen können so einfacher nachvollzogen und rekonstruiert werden (Döpfner et al., 1993). 17 Symptombereiche werden auf einer vierstufigen Ratingskala (unauffällig, leicht auffällig, stark auffällig und nicht beurteilbar) diagnostiziert. Die Beurteilung erfolgt durch den Fall führenden Behandler. Für das Verfahren liegen keine Normwerte vor, es ist für alle Altersklassen anwendbar. In den Berechnungen wurden

auch hier stets Rohwerte verwandt.

#### 5.4.6 Bochumer Bindungs-Test

Der Bochumer Bindungs-Test (siehe Anhang) wurde an der Ruhr-Universität in der Fakultät für Psychologie mit finanzieller Unterstützung des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit von Clemens Trudewind, Ute Höner und Rita Steckel entwickelt. Für Jungen und Mädchen gibt es unterschiedliche Fragebögen. Mit diesem Verfahren können unterschiedliche Bindungsmuster klassifiziert werden. Der Fragebogen berücksichtigt mehrere Situationen aus dem Alltag, welche bindungsrelevant für Kinder zwischen 8 und 14 Jahren sind. Mehrere Dimensionen können hier erfasst werden: *'Konfliktsituationen mit Eltern'*, *'Peer- und Freundschaftsbeziehungen'*, *'Situationen, in denen das Kind Angst, Kummer oder Schmerz empfindet'*, *'Trennungssituationen'*, und *'Alltägliche Interaktionssituationen des Kindes mit Vater oder Mutter oder beiden.'* Die beiden Versionen des Verfahrens sind auf das jeweilige Geschlecht des Probanden zugeschnitten. Dazu wird in den Abbildungen entweder ein Mädchen oder ein Junge dargestellt. Die Formulierungen der einzelnen Items wurden ebenfalls geschlechtsspezifisch angepasst. Zu jeder der elf Zeichnungen gehören zwei bis vier Items, diese bestehen aus je drei Sätzen. Aus ihnen sollen die Jungen und Mädchen dasjenige auswählen, das ihrer Meinung nach am besten zu der Darstellung passt. So werden verschiedene Facetten der inneren Arbeitsmodelle thematisiert. Hier sind zu nennen: *'Bindungsrepräsentation'*, *'Beziehungsstrategien'*, *'Umgang mit Gefühlen'*, *'Selbstkonzept'* und *'Einstellung zu Körperkontakt'*. Der Fragebogen ist in der Datenerfassung und Auswertung äußerst ökonomisch. Der Bochumer Bindungsbogen gilt allgemein als reliabel und zuverlässig (Trudewind & Steckel, 2009).

Frühere Bindungserfahrungen werden im inneren Arbeitsmodell in den Bindungsrepräsentationen abstrahiert und generalisiert. Hier wird die Erwartungshaltung der Kinder bezüglich Unterstützung oder Zurückweisung durch die jeweiligen Interaktionspartner deutlich.

Die Beziehungsstrategien wirken sich sowohl auf das Erleben von positiven Emotionen als auch auf den Umgang mit negativen Gefühlen aus. Des Weiteren machen diese Strategien es dem Kind möglich, unerwünschte Beziehungserfahrungen gegebenenfalls zu vermeiden. Die Wahl der Verhaltensarten in jeder Situation gibt wichtige Hinweise auf die Bindungsstrategie des Kindes.

Durch die Einstellung der Interaktionspartner zu dem Kind und gemeinsames Erfahren von

Leid und Freud wird das Selbstkonzept mitbestimmt. Dieses hilft dem Kind, soziale Kontakte und Gegebenheiten richtig zu deuten und zu meistern.

Negative Emotionen können von den Kindern durch einen kompetenten Umgang mit Gefühlen bewältigt werden. Die Interaktionsmuster mit der Hauptbezugsperson in der frühen Kindheit beeinflussen die Ausprägung dieser Fähigkeiten.

Die Intention, Nähe zu anderen Personen herzustellen, bringt Bindungsverhalten zum Ausdruck, dies wird durch die Haltung des Kindes zu Körperkontakt in seinem inneren Arbeitsmodell repräsentiert. Hauptsächlich der Wunsch nach oder das Vermeiden von Umarmungen und ähnlichen Berührungen mit den Eltern lassen Rückschlüsse auf das Bindungsmuster zu (Trudewind et al., 1998).

Die vom Kind gewählten Statements im Bochumer-Bindungs-Test erlauben es dem Auswerter drei Bindungstypen zu unterscheiden: '*sicher*', '*unsicher-vermeidend*' und '*unsicher-ambivalent*'. Es ist möglich, die beiden unsicheren Bindungstypen zu Analyse-Zwecken bei kleineren Stichproben zusammenzufassen.

Kinder werden im Bochumer Bindungs-Test als sicher kategorisiert, wenn ihre B-Kennung (sichere Bindung) über dem 35. Prozentrang liegt, während die A-Kennung (unsicher-vermeidende Bindung) nicht mehr als maximal den 80. Prozentrang erreicht und der C-Wert (unsicher-ambivalente Bindung) unterhalb des 85. Prozentrangs liegt.

Eine unsicher-ambivalente Bindung wird dann vergeben, wenn die C-Kennung über dem 85. Prozentrangs liegt und der A-Wert unter der 80-Prozentmarke liegt, während gleichzeitig die B-Kennung unter dem 35. Prozentrang liegt.

Kinder, die eine unsicher-vermeidende Bindungsstrategie haben, erreichen eine A-Kennung über dem 80. Prozentrang, während ihre B-Kennung gleichzeitig unter der 35-Prozentmarke liegt und ihre C-Kennung unter dem 85. Prozentrang liegt (Trudewind et al., 1998).

Beispiel Item: Bild III

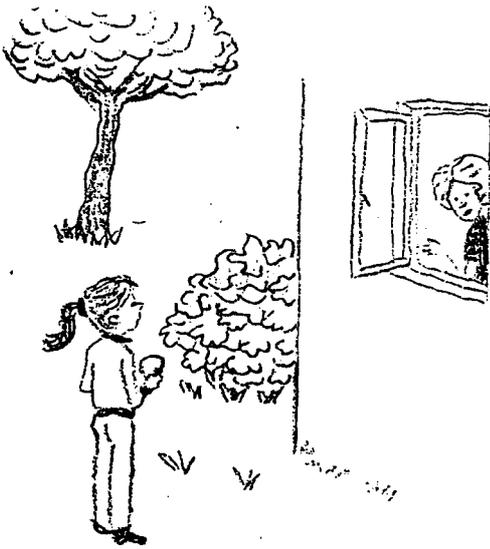


Abbildung 1: Bochumer-Bindungs-Test; Bild III

Abbildung 1 zeigt ein Mädchen, welches außerhalb eines Hauses steht und einer Frau zugewandt ist, die aus dem Fenster schaut und zu dem Mädchen blickt.

Die drei Aussagen, zwischen denen die Mädchen wählen können, lauten:

- a) Die Mutter freut sich, dass ihre Tochter im Garten spielt.
- b) Die Mutter freut sich, dass ihre Tochter im Garten spielt. Sie sagt:  
„Aber sei bitte nicht so laut!“
- c) Die Mutter sagt: „Ich möchte jetzt nicht gestört werden!“

Das Ausfüllen des Fragebogens fällt manchen Kindern schwer, gelegentlich müssen Anweisungen wiederholt werden oder die einzelnen Sätze vorgelesen werden, um ein Verständnis sicherzustellen.

## 5.5 Durchführung

### 5.5 Bochumer-Bindungs-Test

Die interne Reliabilität der Dimensionsskalen in der vorliegenden Stichprobe wurde mit Hilfe von Cronbach's Alpha (N=61) berechnet. In Tabelle 1 sind die internen Reliabilitäten der Skalen, die jeweils 35 Items umfassen, für die Prä- und Postmessung dargestellt.

Tabelle 1: Cronbach's Alpha des Bochumer Bindungs-Tests

	Messzeitpunkt 1 (N=61)	Messzeitpunkt 2 (N=61)
--	------------------------	------------------------

Skala A (avoidant)	.707	.819
<b>Skala B (bonded)</b>	<b>.832</b>	<b>.868</b>
Skala C (crying)	.612	.684
<b>Skala A + C</b>	<b>.737</b>	<b>.798</b>

Die Bindungstypen werden dann nach folgendem Schema berechnet:

Typ A (unsicher-vermeidend) : Skala A > 6 & Skala B < 18 & Skala C < 15

Typ B (sicher): Skala B > 16 & Skala A < 8 & Skala C < 15

Typ C (unsicher-ambivalent): Skala C > 13 & Skala B < 18 & Skala A < 8

Um einen zu großen Datenverlust aufgrund von wenigen Missing Values zu vermeiden, wurden alle nicht angekreuzten Items als '0' gewertet und berechnet. So konnten zum ersten Messzeitpunkt 54 und zum zweiten Messzeitpunkt 58 der 61 Probanden als sicher oder unsicher klassifiziert werden. Da zum Aufnahmezeitpunkt nur 5 und zum Entlassungszeitpunkt nur 4 Kinder der vorliegenden Stichprobe als unsicher-ambivalent (Typ C) klassifiziert werden konnten, wurden die beiden unsicheren Bindungsmuster zu Analyse Zwecken kombiniert.

Die Reliabilitäten der Items für die Skala der sicher gebundenen Kinder ist sowohl in der Prä- als auch in der Postmessung als gut zu bezeichnen, gleiches gilt für die kombinierte Skala der unsicher gebundenen Kinder. Cronbachs Alpha für beide Skalen liegt zwischen .700 und .900 und ist damit als gut zu bewerten (Tabachnick & Fidell, 2001). Cronbach's Alpha gibt an, ob die Items einer Skala oder eines Messinstrumentes alle dasselbe messen und somit homogen sind (Mummendey, 1995).

### 5.5.1 Youth Self Report

Die interne Reliabilität der Skalen in der vorliegenden Stichprobe wurde mit Hilfe von Cronbach's Alpha (N=61) berechnet. In Tabelle 2 sind die Reliabilitäten der einzelnen Skalen bei Prä- und Messzeitpunkt 2 dargestellt.

Die Skalen stellen sich wie folgt zusammen:

Skala I „Sozialer Rückzug“ wird gebildet durch Addition der Items 42, 65, 69, 75, 102, 103 und 111.

Skala II „Körperliche Beschwerden“ wird durch die Addition der Items 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d,

56e, 56f und 56g gebildet.

Skala III „Ängstlich/depressiv“ wird gebildet aus den Items 12, 14, 18, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 52, 71, 89, 91, 103 und 112.

Skala IV „Soziale Probleme“ setzt sich zusammen aus den Items 1, 11, 25, 38, 48, 62, 64 und 111.

Skala V „Schizoid/Zwanghaft“ wird gebildet aus den Items 9, 40, 66, 70, 82, 84 und 85.

Skala VI „Aufmerksamkeitsprobleme“ besteht aus den Items 1, 8, 10, 15, 17, 41, 45, 61 und 62.

Skala VII „Dissoziales Verhalten“ wird aus den Items 26, 38, 43, 53, 67, 72, 81, 82, 90, 101 und 105 zusammengesetzt.

Skala VIII „Aggressives Verhalten“ wird aus den Items 3, 7, 15, 19, 20, 21, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 85, 87, 83, 94, 95, 97 und 104 gebildet.

*Tabelle 2: Cronbach's Alpha des YSR Fragebogen für Jugendliche*

	Messzeitpunkt 1 (N=61)	Messzeitpunkt 2 (N=61)
I) Sozialer Rückzug (7 Items)	.676	.672
II) Körperliche Beschwerden (9 Items)	.808	.693
III) Ängstlich depressiv (16 Items)	.896	.888
IV) Soziale Probleme (8 Items)	.647	.612
V) Schizoid/Zwanghaft (7 Items)	.808	.703
VI) Aufmerksamkeitsprobleme (9 Items)	.772	.751
VII) Dissoziales Verhalten (11 Items)	.775	.741
VIII) Aggressives Verhalten (19 Items)	.882	.812
Internalisierendes Verhalten (I+II+III)	.772	.755
Externalisierendes Verhalten (VII + VIII)	.783	.718
Gesamtwert	.808	.777

In dem vorliegenden Fragebogen ist Cronbach's Alpha für die Reliabilität der Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Soziale Probleme“ am geringsten ausgeprägt. Hier sind die Reliabilitäten lediglich akzeptabel. Bei allen anderen Skalen sind die Reliabilitäten gut (Tabachnick & Fidell, 2001).

In fast allen Fällen fällt Cronbach's Alpha im Messzeitpunkt 2 etwas geringer aus als im Messzeitpunkt 1. Möglicherweise kann dies darauf zurückgeführt werden, dass Probanden, wenn

sie einen Fragebogen zum zweiten Mal ausfüllen, weniger motiviert sind und daher ungenauere Antworten geben. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn die Testungen aufgrund einer geringen Behandlungsdauer kurz hintereinander stattfinden. Das bereits bewährte und vielfältig im klinischen Alltag verwendete Verfahren erweist sich also auch in der vorliegenden Studie als reliabel (Ebesutani et al., 2011).

### 5.5.2 DISYPS-II-(ADHS)-S

Die interne Reliabilität der Skalen in der vorliegenden Stichprobe wurde mit Hilfe von Cronbach's Alpha (N=61) berechnet. In Tabelle 3 sind die Reliabilitäten der einzelnen Skalen bei Prä- und Messzeitpunkt 2 dargestellt.

*Tabelle 3: Cronbach's Alpha des DISYPS-II-(ADHS)-S*

	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Aufmerksamkeitsprobleme (9 Items)	.833	.771
Hyperaktivität (7 Items)	.801	.676
Impulsivität (4 Items)	.720	.726
Gesamtwert	.902	.858

Die Skalen setzen sich jeweils aus den aufeinanderfolgenden Items zusammen. So wird die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ aus den Items 1-9 gebildet, die Skala „Hyperaktivität“ aus den Items 10 -16 und die Skala „Impulsivität“ aus den Items 17-20.

Cronbach's Alpha gibt für die meisten Skalen eine gute Reliabilität an, lediglich die Reliabilität der Skala „Hyperaktivität“ ist nur noch akzeptabel. Da Reliabilität über die Zeit stabil ist und im Messzeitpunkt 1 gut war, kann die Skala dennoch verwendet werden. Die Reliabilität des Gesamtwertes ist im Messzeitpunkt 1 sogar exzellent (Tabachnick & Fidell, 2001). Das Verfahren wird international in vielen Kliniken und Forschungssettings verwendet und zeigt auch hier eine gute Reliabilität (Göoz-Dorten & Döpfner, 2014).

### 5.5.3 Child-Behavior-Checklist

Die interne Reliabilität der Skalen in der vorliegenden Stichprobe wurde mit Hilfe von

Cronbach's Alpha (N=61) berechnet. In Tabelle 4 sind die Reliabilitäten der einzelnen Skalen bei Prä- und Messzeitpunkt 2 dargestellt.

*Tabelle 4: Cronbach's Alpha des CBCL/4-18 Elternfragebogen*

	Messzeitpunkt 1 (N=61)	Messzeitpunkt 2 (N=61)
I) Sozialer Rückzug (9 Items)	.738	.744
II) Körperliche Beschwerden (9 Items)	.763	.664
III) Ängstlich depressiv (14 Items)	.747	.861
IV) Soziale Probleme (8 Items)	.613	.722
V) Schizoid/Zwanghaft (7 Items)	.529	.511
VI) Aufmerksamkeitsprobleme (11 Items)	.680	.733
VII) Dissoziales Verhalten (13 Items)	.720	.761
VIII) Aggressives Verhalten (20 Items)	.878	.881
Internalisierendes Verhalten (I+II+III)	.778	.722
Externalisierendes Verhalten (VII + VIII)	.888	.906
Gesamtwert	.799	.849

Die Skalen des CBCL74-18 Elternfragebogens setzen sich wie folgt zusammen:

Skala I Sozialer Rückzug besteht aus den Items 42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 102, 111.

Skala II Körperliche Beschwerden wird gebildet aus den Items 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f und 56g.

Skala III Ängstlich/depressiv setzt sich zusammen aus den Items 12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 52, 71, 89, 103 und 112.

Skala IV Soziale Probleme wird gebildet aus dem Items 1, 11, 25, 36, 48, 55, 62 und 64.

Skala V Schizoid/Zwanghaft besteht aus den Items 9, 40, 66, 70, 80, 84 und 95.

Skala VI Aufmerksamkeitsprobleme entsteht durch Addition der Items 1, 8, 10, 13, 17, 41, 45, 46, 61, 62 und 80.

Skala VII Dissoziales Verhalten besteht aus den Items 26, 29, 43, 63 67, 72, 81, 82, 90, 96, 101, 105 und 108.

Skala VII Aggressives Verhalten setzt sich zusammen durch Addition der Items 3, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 86, 87, 93, 94, 95, 97 und 104.

Cronbach's Alpha für fast alle Skalen ist gut, damit ist die Reliabilität gegeben. Lediglich die Reliabilität für die Skala „Schizoid/Zwanghaft“ ist schlecht, diese Skala findet allerdings keine individuelle Relevanz in der vorliegenden Studie (Tabachnick & Fidell, 2001). Sie wird nicht einzeln betrachtet und hat keine Bedeutung für die vorliegende Arbeit.

So hat sich die Reliabilität dieses bewährten Verfahrens auch in dieser Stichprobe bestätigt (Schmeck et al., 2001).

#### 5.5.4 DISYPS-II-(ADHS)-F

Die interne Reliabilität der Skalen in der vorliegenden Stichprobe wurde mit Hilfe von Cronbach's Alpha (N=61) berechnet. In Tabelle 5 sind die Reliabilitäten der einzelnen Skalen bei Prä- und Messzeitpunkt 2 dargestellt.

*Tabelle 5: Cronbach's Alpha des Fragebogens DISYPS-II-(ADHS)-F*

	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Aufmerksamkeitsprobleme (9 Items)	.900	.909
Hyperaktivität (7 Items)	.878	.851
Impulsivität (4 Items)	.848	.844
Gesamtwert	.927	.912

Die Skalen setzen sich jeweils aus den aufeinanderfolgenden Items zusammen. So wird die Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ aus den Items 1-9 gebildet, die Skala „Hyperaktivität“ aus den Items 10 -16 und die Skala „Impulsivität“ aus den Items 17-20.

Cronbach's Alpha für alle Skalen dieses Fragebogens ist gut bis exzellent, somit liegt eine sehr gute Reliabilität vor (Tabachnick & Fidell, 2001). Der vielfach verwendete Fragebogen zeigt auch in dieser Studie eine ausgezeichnete Reliabilität (Erhart et al., 2008).

Es war leider nicht möglich, eine Wartegruppe (Kontrollgruppe) zu gewinnen. Es kann also mit dieser Studie nicht überprüft werden, ob die untersuchte Gruppe im Vergleich zu einer nicht

behandelten Gruppe eine signifikante Verbesserung der Symptomatik erreicht. Es liegt allerdings eine Studie von B. Pollitt (2009), in der dies nachgewiesen werden konnte, vor.

## **5.6 Statistische Bearbeitung der Fragestellungen**

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programm SPSS/PASW für Windows, Version 21. Zunächst wurde die Reliabilität der eingesetzten Messinstrumente überprüft. Im Anschluss daran erfolgte eine Berechnung mit Varianzanalysen im Repeated Measure Design. Die statistischen Verfahren sind bei der jeweiligen Ergebnisdarstellung genauer beschrieben. Die Wahl der statistischen Verfahren richtete sich nach Skalenniveau, Anzahl der berücksichtigten Daten und Anzahl der erhobenen Fälle. Waren alle Voraussetzungen gegeben (Normalverteilung, Intervallskala sowie Homogenität der Varianzen), so kamen parametrische Verfahren zum Einsatz. Das verwendete Programm Statistical Package for Social Sciences bietet in mehreren Anwendungen Überprüfungsmöglichkeiten für diese Annahmen.

## **6. Ergebnisse**

### **6.1 Ergebnisse zu den Fragestellungen 1 bis 5**

#### **Fragestellung 1**

Unterscheiden sich die beiden Geschlechter bezüglich der Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit, b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der allgemeinen Symptomatik im Laufe der Behandlung?

Ad a) Um die Frage zu beantworten, ob das Geschlecht eine Veränderung der Konzentrationsfähigkeit über die Zeit beeinflusst, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung (Faktor 1 Geschlecht (m/w), Faktor 2 Messzeitpunkt (1,2)) gerechnet. Mit Hilfe dieser Analyse kann die Auswirkung des Zwischensubjektfaktors bestimmt werden. In diesem Fall wird die Auswirkung des Geschlechts auf die Veränderung der Werte der abhängigen Variable zwischen Prä- und Postmessung bestimmt (Rudolf & Müller, 2012). Als abhängige Variable sind hier die Ergebnisse des Konzentrationstests  $d^2$  zu beiden Messzeitpunkten zu benennen, das Geschlecht und der Messzeitpunkt sind die unabhängigen Variablen. An der Studie nahmen 16 Mädchen und 45 Jungen teil. Es zeigt sich zu beiden Messzeitpunkten tendenziell ein Unterschied mit mittlerer Effektstärke zwischen den beiden Geschlechtern. Mädchen zeigen eine tendenziell

höhere Konzentration als Jungen ( $F_{(1,59)}= 3.852$ ;  $p=<.1$ ;  $\eta^2=.061$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 6%. Der Unterschied im Zeitverlauf ist ebenfalls signifikant ( $F_{(1,59)}=69.913$ ;  $p=<.05$ ;  $\eta^2=.542$ ). Beide Geschlechter sind im Posttest signifikant besser als im Prätest. Die Varianzaufklärung beträgt hier 54% und stellt somit einen großen Effekt dar. Die Interaktion zwischen Zeit und Geschlecht ist jedoch nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.014$ ;  $p=.91$ ;  $\eta^2=.000$ ). Dies bedeutet, dass der Einfluss des Geschlechts auf die Konzentrationsleistung im Zeitverlauf nicht signifikant ist. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 6 dargestellt.

*Tabelle 6: Mittelwerte und Streuung bei Mädchen und Jungen in der Konzentration im Prä- und Posttest*

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	327.00	106.342	16
	männlich	279.67	79.242	45
	Gesamt	292.08	88.728	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	390.38	117.543	16
	männlich	341.29	77.594	45
	Gesamt	354.16	91.342	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 2) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Konzentrationstests im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

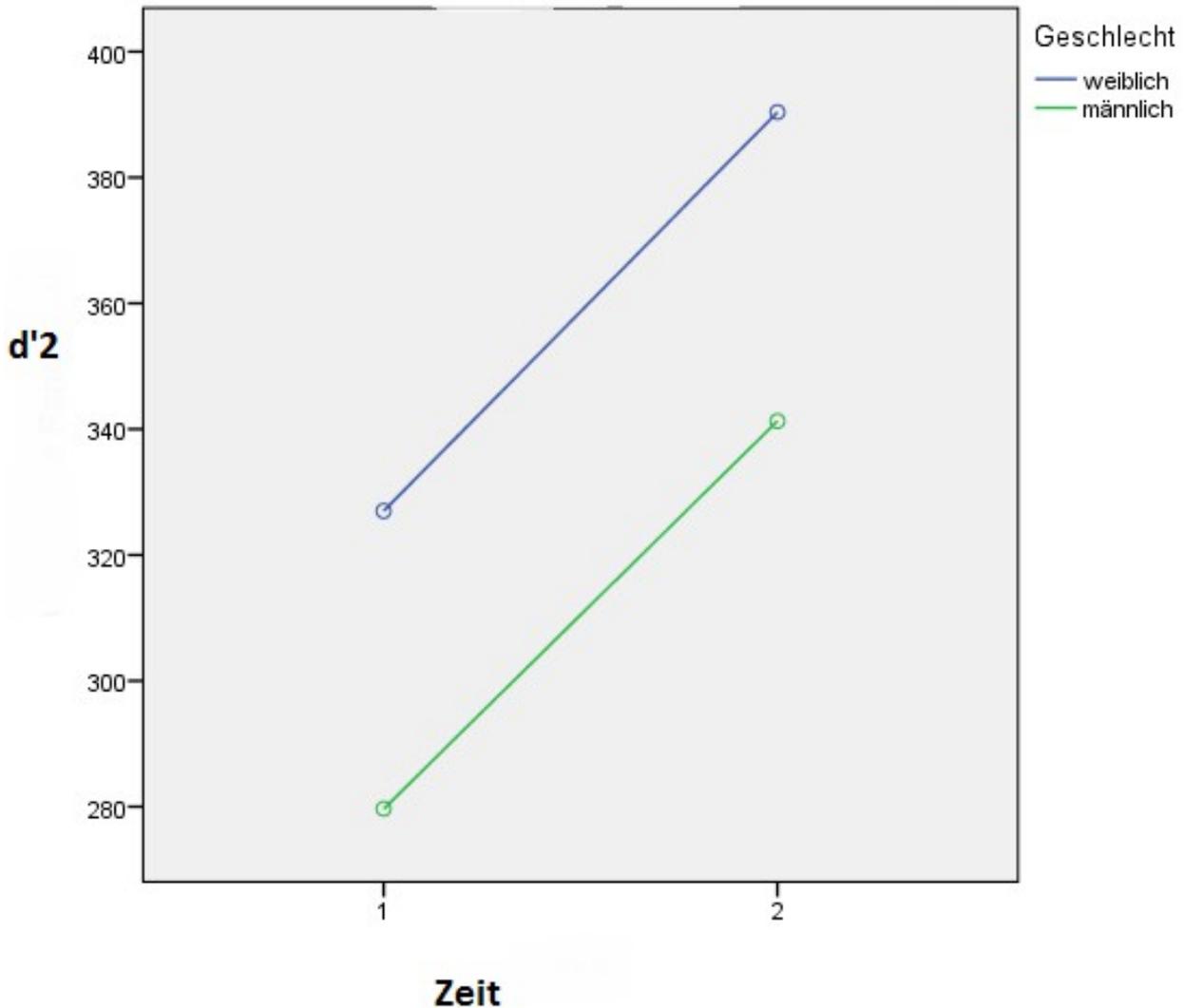


Abbildung 2: Mittelwerte der Konzentrationsfähigkeit von Mädchen und Jungen

Ad b) Um die oben genannte Fragestellung in Hinblick auf die allgemeine hyperkinetische Symptomatik zu beantworten, wird diese mit dem DISYPS-II-(ADHS) sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung erfasst. Zunächst betrachten wir die Einschätzung der Kinder selbst. Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit Geschlecht und Messzeitpunkt als unabhängige Variablen und DISYPS als abhängige Variable ergibt keinen signifikanten Unterschied ( $F_{(1,59)}=.037$ ;  $p=.85$ ;  $\eta^2=.001$ ) zwischen den Geschlechtern.

Die Unterschiede im Zeitverlauf sind aber signifikant ( $F_{(1,59)}=27.575$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.302$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 30%. Beide Geschlechter zeigen einen Symptomabfall vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Hohe Werte stehen in diesem Fall für eine höhere

Symptomausprägung.

Das Geschlecht beeinflusst die Symptomatik im Zeitverlauf nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.147$ ;  $p=.70$ ;  $\eta^2=.002$ ). Es ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	.9469	.56109	16
	männlich	.9544	.63567	45
	Gesamt	.9525	.61240	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	.5594	.42199	16
	männlich	.5033	.39072	45
	Gesamt	.5180	.39634	61

In Abbildung 3 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Geschlechter zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Die Einschätzung der Patienteltern in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik wird mittels des DISYPS-II-(ADHS) in der Fremdbeurteilung sowohl im Prä- als auch im Posttest erhoben. Hier wird ebenfalls eine Varianzanalyse mit Messwiederholung und der unabhängigen Variable „Geschlecht“ sowie der abhängigen Variablen „DISYPS-Fremdbeurteilung“ zu den Messzeitpunkten 1 und 2 berechnet. Die Einschätzung der engsten Bezugspersonen der Probanden unterscheidet die beiden Geschlechter nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.767$ ;  $p=.39$ ;  $\eta^2=.013$ ) bezüglich ihrer hyperkinetischen Symptomatik. Der Unterschied zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 ist jedoch signifikant ( $F_{(1,59)}=47.078$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.444$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 44%. Beide Geschlechter zeigen im Posttest bessere Werte als im Prätest. Die Wechselwirkung von Messzeitpunkt und Geschlecht ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.326$ ;  $p=.57$ ;  $\eta^2=.006$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	1.3750	.58878	16

	männlich	1.5511	.64759	45
	Gesamt	1.5049	.63270	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	.8531	.44101	16
	männlich	.9344	.54594	45
	Gesamt	.9131	.51816	61

Die Mittelwertsentwicklung beider Geschlechter von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 ist graphisch in Abbildung 4 (siehe Anhang) dargestellt.

Ad c) Des Weiteren wird die Gesamtsymptomatik, also auch Symptome, die über die Hyperkinetische Störung hinausgehen, durch die Probanden im YSR-Fragebogen für Jugendliche zu Beginn und am Ende der Behandlung von den Probanden selbst bewertet. Durch eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird ermittelt, ob das Geschlecht als unabhängige Variable der Probanden einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Messwerte (Faktor 2 „Messzeitpunkt“) im YSR als abhängige Variable hat. Die Geschlechter unterscheiden sich im YSR nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.338$ ;  $p=.25$ ;  $\eta^2=.022$ ) voneinander. Die Symptomatik verändert sich von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 jedoch signifikant ( $F_{(1,59)}=37.516$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.389$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 39%. Bei beiden Geschlechtern ist ein Abfall der Symptomatik zu erkennen. Das Geschlecht hat keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=.413$ ;  $p=.52$ ;  $\eta^2=.007$ ) Einfluss auf die Veränderung der allgemeinen Symptomatik aus Sicht der Probanden. Die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Messzeitpunkt ist nicht signifikant. Die deskriptive Statistik, welche in Tabelle 9 dargestellt wird, zeigt, dass beide Geschlechter ihre Symptome verringern. Jedoch haben Jungen zu beiden Zeitpunkten eine niedrigere Symptomausprägung als die weiblichen Probanden. Wie erwähnt, ist dieser Unterschied nicht signifikant.

*Tabelle 9: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	52.00	24.484	16
	männlich	42.69	29.774	45
	Gesamt	45.13	28.583	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	26.19	24.566	16
	männlich	21.78	16.657	45
	Gesamt	22.93	18.925	61

In Abbildung 5 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Geschlechter zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Zusätzlich wird untersucht, ob sich die Beurteilung der Eltern bezüglich der allgemeinen Symptomatik der Probanden in Bezug auf das Geschlecht signifikant verändert hat. Hierzu werden die Prä- und Postmessungen des CBCL/4-18 „Child Behavior Check List“ Elternfragebogen herangezogen. Das Geschlecht und die Zeit werden als unabhängige Variablen und die Verbesserung der Gesamtsymptomatik der Patienten als abhängige Variable verwendet. Mädchen und Jungen unterscheiden sich in den Elternbeurteilungen nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.680$ ;  $p=.43$ ;  $\eta^2=.011$ ) voneinander. Zu beiden Messzeitpunkten weisen Jungen nicht signifikant höhere Werte der Symptomatik auf als Mädchen. Von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 verändert sich die Symptomatik signifikant ( $F_{(1,59)}=91.903$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.603$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 60%. In beiden Gruppen sind die Prätest-Werte höher als die Werte im Posttest. Das Geschlecht hat keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=.344$ ;  $p=.56$ ;  $\eta^2=.006$ ) Einfluss auf die Verbesserung der allgemeinen Symptomatik, laut Beurteilung der Kindseltern. Die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Zeit ist nicht signifikant. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 10 ersichtlich.

*Tabelle 10: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	55.1250	17.33926	16
	männlich	60.9333	21.98078	45
	Gesamt	59.4098	20.88331	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	27.5625	19.00515	16
	männlich	29.7778	18.37846	45
	Gesamt	29.1967	18.41088	61

Eine graphische Darstellung der Mittelwerte von Jungen und Mädchen in der Prä- und Posttestung ist in Abbildung 6 (siehe Anhang) abgebildet.

Zusätzlich wird überprüft ob das Geschlecht einen Einfluss auf die Einschätzung der Symptomveränderung durch die Behandler hat. Hierzu werden die Daten der Basis-Dokumentation zu beiden Messzeitpunkten herangezogen und als abhängige Variable eingesetzt, während Geschlecht und Messzeitpunkt wieder die unabhängigen Variablen darstellen.

Es zeigt sich kein signifikanter ( $F_{(1,59)}=.065$ ;  $p=.80$ ;  $\eta^2=.001$ ) Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der Unterschied im Zeitverlauf ist signifikant ( $F_{(1,59)}=75.132$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.560$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 56%. Aus Sicht der Behandler können beide Geschlechter Verbesserungen verzeichnen. Auf die Veränderung der Symptomatik im Zeitverlauf ergibt sich kein signifikanter ( $F_{(1,59)}=.517$ ;  $p=.48$ ;  $\eta^2=.009$ ) Einfluss des Geschlechts. Die Wechselwirkung ist nicht signifikant. Tabelle 11 gibt Mittelwerte und Standardabweichungen wieder. Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Geschlechter zu den beiden Messzeitpunkten sind in Tabelle 11 wiedergegeben.

*Tabelle 11: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Mädchen und Jungen nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest*

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	7.88	2.156	16
	männlich	7.76	2.542	45
	Gesamt	7.79	2.430	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	4.44	2.128	16
	männlich	4.84	2.184	45
	Gesamt	4.74	2.159	61

In Abbildung 7 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Geschlechter zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Ein Chi-Quadrat-Test wird gerechnet, um sicherzustellen, dass die IQ-Werte über die Geschlechter gleichmäßig verteilt sind, siehe Tabelle 12.

*Tabelle 12: Chi-Quadrat-Test; Geschlecht, und IQ*

	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
IQ > 99	9	26	35
IQ < 100	7	19	26
Gesamt	16	45	61

Die Verteilung der intellektuellen Begabung ist bei beiden Geschlechtern ähnlich ( $\chi^2_{(1,59)}=.11$ ;  $p=.915$ ).

## **Zusammenfassung:**

- Die Konzentrationsleistung verbessert sich vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt bei beiden Geschlechtern signifikant. Mädchen zeigen zu beiden Messzeitpunkten eine tendenziell höhere Konzentrationsleistung als Jungen. Die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Zeitverlauf ist nicht signifikant.
- In allen Tests zur Erfassung der hyperkinetischen Symptomatik verringert sich diese bei beiden Geschlechtern nach Beurteilung sowohl der Eltern als auch der Kinder im Zeitverlauf. Der Unterschied ist signifikant mit einer hohen Effektstärke. Sowohl aus Sicht der Eltern als auch der Patienten zeigen Mädchen zum ersten Messzeitpunkt eine leicht geringere Symptomausprägung, zum zweiten Messzeitpunkt trifft dies nur noch aus Sicht der Kindseltern zu. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Es zeigt sich keine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Zeit in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik.
- Es gibt keinen signifikanten Einfluss des Geschlechts auf die Allgemeine Symptomatik. Jungen zeigten in allen Tests eine höhere Symptomausprägung, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Symptomatik beider Geschlechter verringerte sich während der Behandlung signifikant. Die Bewertungen aller Beurteiler stimmen hier überein. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung bezüglich der Zeit und dem Geschlecht auf die Gesamtsymptomatik.

## **Fragestellung 2**

Unterscheiden sich ältere Patienten von jüngeren bezüglich der Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit, b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der allgemeinen Symptomatik im Laufe der Behandlung?

Um die beiden Gruppen vergleichen zu können, wurden die Probanden in zwei Altersklassen am Median unterteilt, die jüngeren 7 bis 11,05-jährigen (n=30) und die älteren 11,06 bis 14-jährigen (n=31). Auch hier wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung, Faktor 1 Alter (jüngere/ältere), Faktor 2 Messzeitpunkt (1,2) gerechnet.

Ad a) Als abhängige Variable sind hier die Ergebnisse des Konzentrationstests d'2 zu beiden Messzeitpunkten zu benennen, das Alter und der Messzeitpunkt sind die unabhängigen Variablen.

Ältere und jüngere Kinder unterscheiden sich hier signifikant ( $F_{(1,59)}=24.117$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.290$ ) voneinander mit einer hohen Effektstärke. Die aufgeklärte Varianz beträgt 29%. Ältere Kinder weisen zu beiden Messzeitpunkten eine signifikant höhere Konzentrationsfähigkeit auf. Die Unterschiede im Zeitverlauf sind ebenfalls signifikant ( $F_{(1,59)}=89.279$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.602$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 60%. Bei beiden Gruppen zeigen sich in der Posttestung signifikant höhere Werte als in der Prätestung. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Alter ist jedoch nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.227$ ;  $p=.64$ ;  $\eta^2=.004$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 13 dargestellt.

*Tabelle 13: Mittelwerte und Streuung bei älteren und jüngeren Kindern in der Konzentration im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	246.77	67.284	30
	älter	335.94	85.606	31
	Gesamt	292.08	88.728	61
Messzeitpunkt 2	jünger	305.67	67.907	30
	älter	401.10	87.184	31
	Gesamt	354.16	91.342	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 8) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Konzentrationstests im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

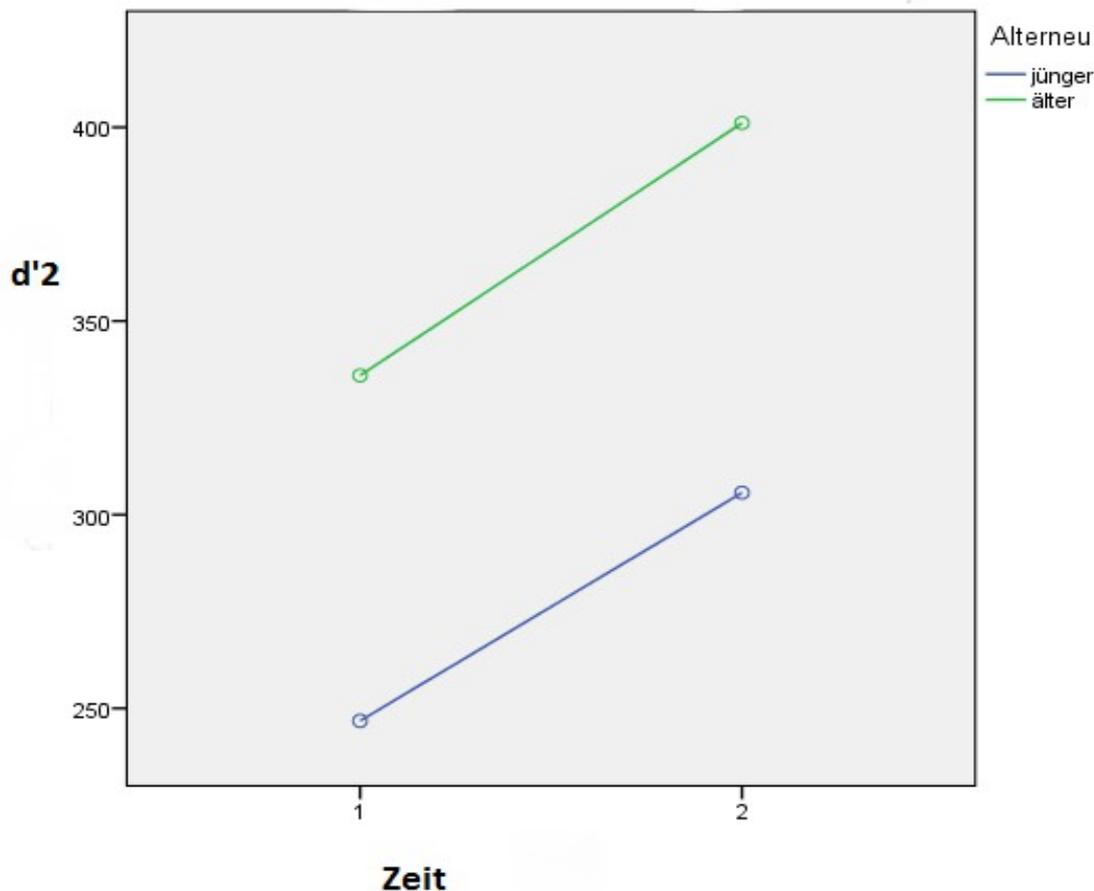


Abbildung 8: Mittelwerte älterer und jüngerer Kinder in der Konzentration im Prä- und Posttest

Ad b) Um die oben genannte Fragestellung in Hinblick auf die allgemeine hyperkinetische Symptomatik zu beantworten, wird diese mit dem DISYPS-II-(ADHS) sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung erfasst. Zunächst betrachten wir die Einschätzung der Kinder selbst. Eine Varianzanalyse im Repeated Measure Design mit Alter und Messzeitpunkt als unabhängige Variablen und DISYPS als abhängige Variable ergibt keinen signifikanten Unterschied ( $F_{(1,59)}=1.715$ ;  $p=.20$ ;  $\eta^2=.028$ ) zwischen den Altersgruppen. Es zeigt sich, dass jüngere Kinder zu beiden Messzeitpunkten eine stärkere Symptomatik aufweisen. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Unterschiede im Zeitverlauf sind allerdings signifikant ( $F_{(1,59)}=35.719$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.377$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 38%. Beide Gruppen weisen in der Posttestung signifikant niedrigere Werte auf als im Prätest. Die Wechselwirkung zwischen Alter und Zeit wird wiederum nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.379$ ;  $p=.54$ ;  $\eta^2=.006$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 14 einzusehen.

*Tabelle 14: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei älteren und jüngeren Kindern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	1.0483	.65172	30
	älter	.8597	.56692	31
	Gesamt	.9525	.61240	61
Messzeitpunkt 2	jünger	.5683	.42048	30
	älter	.4694	.37186	31
	Gesamt	.5180	.39634	61

Mittelwerte beider Gruppen in der Prä- und Postmessung sind in Abbildung 9 graphisch (siehe Anhang) dargestellt.

Zusätzlich wird die Einschätzung der Kindseltern im DISYPS-II-Fremdbeobachtungsbogen analysiert. Hier zeigen sich tendenzielle Unterschiede zwischen den Altersgruppen ( $F_{(1,59)}=3.597$ ;  $p<.1$ ;  $\eta^2=.057$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 6%. Auch hier haben jüngere Kinder zu beiden Messzeitpunkten tendenziell eine stärkere Symptomatik mit einer mittleren Effektstärke. Beide Gruppen zeigen signifikant geringere Werte im Posttest als im Prätest ( $F_{(1,59)}=71.006$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.546$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 55%. Es gibt eine signifikante Wechselwirkung zwischen Messzeitpunkt und Alter ( $F_{(1,59)}=4.568$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.072$ ) mit einer mittleren Effektstärke. Die Varianzaufklärung beträgt 7%. Jüngere Kinder zeigen einen höheren Abfall der Symptomatik als ältere. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 15 zu sehen.

*Tabelle 15: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei älteren und jüngeren Kindern, laut Fremdbeurteilung im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	48.67	31.357	30
	älter	41.71	25.670	31
	Gesamt	45.13	28.583	61
Messzeitpunkt 2	jünger	19.40	14.536	30
	älter	26.35	22.079	31

	Gesamt	22.93	18.925	61
--	--------	-------	--------	----

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 10) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Fragebogens zur hyperkinetischen Symptomatik nach Beurteilung der Patientenelementer, im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

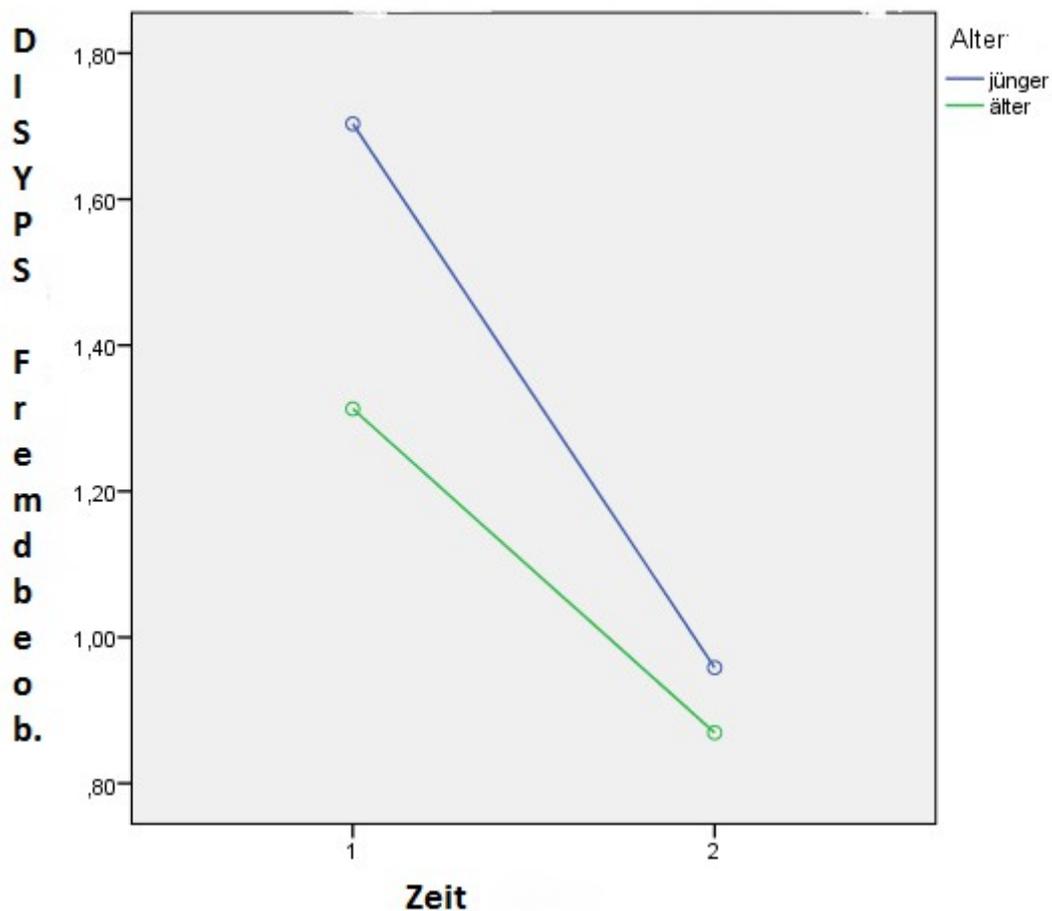


Abbildung 10: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik älterer und jüngerer Kinder laut Fremdbeurteilung im Prä- und Posttest

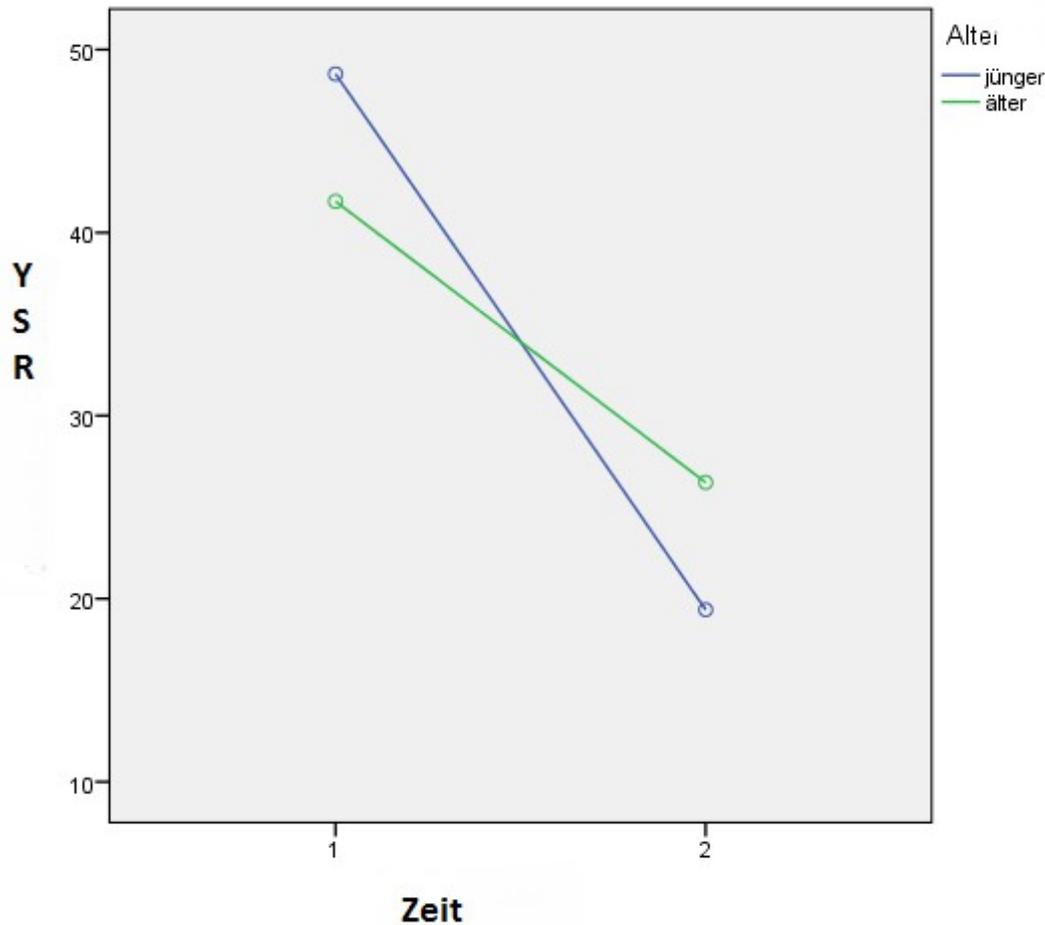
Ad c) Des Weiteren wird die Gesamtsymptomatik, also auch Symptome, die über die Hyperkinetische Störung hinausgehen, durch die Probanden im YSR-Fragebogen für Jugendliche zu Beginn und Ende der Behandlung bewertet. Durch eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird ermittelt, ob das „Alter der Probanden“ und der „Zeitverlauf“ als unabhängige Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Messwerte im YSR als abhängige

Variable haben. Das Alter beeinflusst die Selbsteinschätzung der Gesamtsymptomatik nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.000$ ;  $p=1.00$ ;  $\eta^2=.000$ ). Jüngere Kinder geben im Prätest eine höhere Symptomatik an als ältere. Der Unterschied ist aber nicht signifikant. Der Zeitverlauf hat einen signifikanten Einfluss ( $F_{(1,59)}=47.309$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.445$ ) auf die Verbesserung der Gesamtsymptomatik. Die Varianzaufklärung beträgt 45%. Die Symptomatik verringert sich im Zuge der Behandlung nach Einschätzung beider Altersgruppen. Die Wechselwirkung zwischen Alter und Zeit ist ebenfalls signifikant ( $F_{(1,59)}=4.459$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.072$ ) mit einer kleinen Effektstärke. Die Varianzaufklärung beträgt 7%. Jüngere Patienten reduzieren ihre Gesamtsymptomatik aus ihrer Sicht deutlicher als ältere. Zum 1. Messzeitpunkt geben jüngere Patienten noch eine stärkere Symptomausprägung an als ältere, zum 2. Messzeitpunkt ist dies umgekehrt. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 16 dargestellt. Dieses Ergebnis stimmt mit der Elternsicht in Hinblick auf die hyperkinetische Symptomatik überein.

*Tabelle 16: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik bei jüngeren und älteren Kindern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	48.67	31.357	30
	älter	41.71	25.670	31
	Gesamt	45.13	28.583	61
Messzeitpunkt 2	jünger	19.40	14.536	30
	älter	26.35	22.079	31
	Gesamt	22.93	18.925	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 11) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Fragebogens zur Gesamtsymptomatik nach Beurteilung der Probanden, im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.



*Abbildung 11: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik jüngerer und älterer Kinder in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

Zusätzlich wird untersucht, ob sich die Beurteilung der Eltern bezüglich der allgemeinen Symptomatik der Probanden in Abhängigkeit vom Alter der Kinder signifikant verändert hat. Hierzu werden die Prä- und Postmessungen des CBCL/4-18 „Child Behavior Check List“, Elternfragebogen herangezogen. Die Faktoren „Alter“ und „Messzeitpunkt“ werden als unabhängige Variable und die Gesamtsymptomatik der Patienten als abhängige Variable verwendet. Das Alter beeinflusst die Gesamtsymptomatik nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.902$ ;  $p=.35$ ;  $\eta^2=.015$ ). Jüngere Kinder zeigen zum ersten Messzeitpunkt eine höhere Ausprägung der Symptomatik als ältere, zum zweiten Messzeitpunkt ist das umgekehrt. Allerdings ist der Unterschied nicht signifikant nach Ansicht der Kindseltern. Der Zeitverlauf beeinflusst die Gesamtsymptomatik aus Elternsicht signifikant. ( $F_{(1,59)}=134.471$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.695$ ). Beide Gruppen zeigen zum zweiten Messzeitpunkt eine signifikant geringere Ausprägung der allgemeinen Symptomatik. Die Varianzaufklärung beträgt 70%. Die Wechselwirkung zwischen Alter und Zeitverlauf ist ebenfalls

signifikant und zeigt eine mittlere Effektstärke. Die Varianzaufklärung beträgt 7% ( $F_{(1,59)}=4,114$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.065$ ). Jüngere Kinder können ihre Werte hier signifikant deutlicher verbessern. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 17 dargestellt. Die Elternsicht stimmt mit der Kindersicht überein.

*Tabelle 17: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik bei jüngeren und älteren Kinder in der Fremdbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	64.1667	19.53085	30
	älter	54.8065	21.42338	31
	Gesamt	59.4098	20.88331	61
Messzeitpunkt 2	jünger	28.5667	15.35934	30
	älter	29.8065	21.19185	31
	Gesamt	29.1967	18.41088	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 12) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Fragebogens zur Gesamtsymptomatik nach Beurteilung der Probandeneltern im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

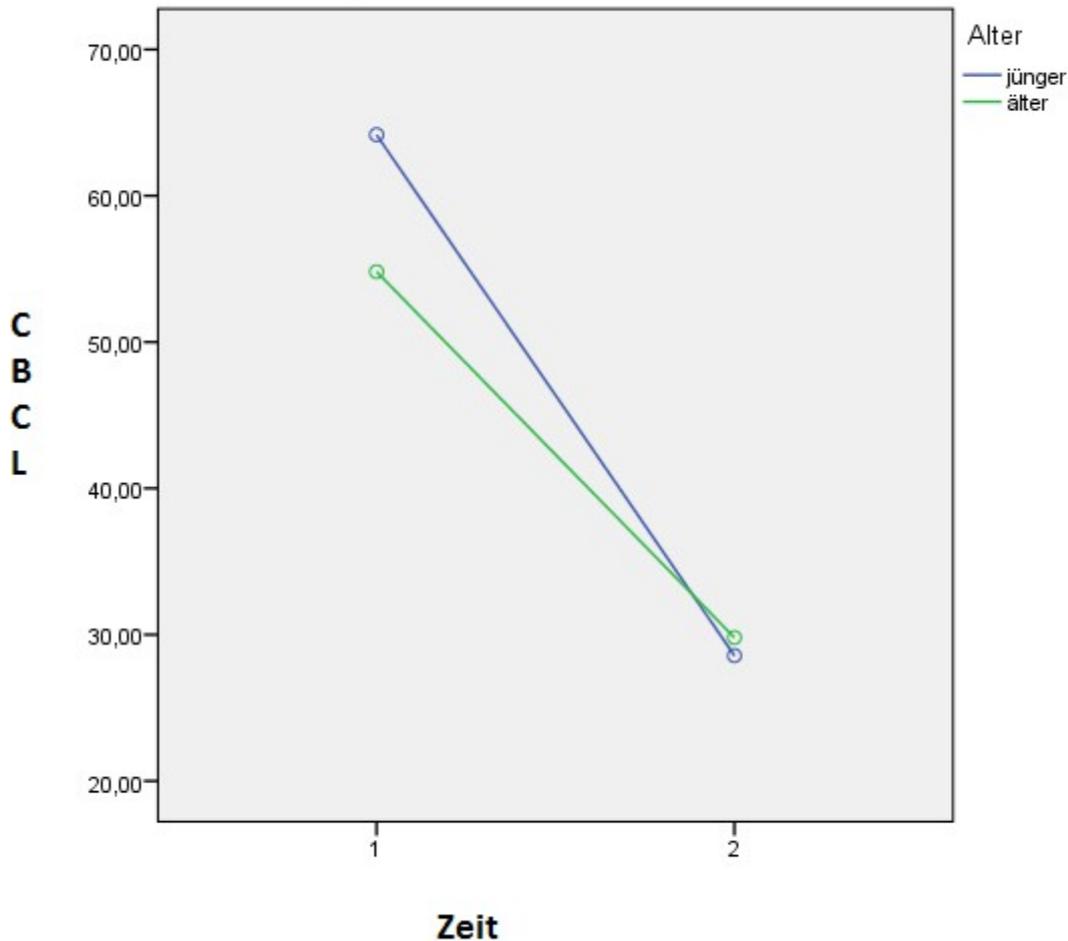


Abbildung 12: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik jüngerer und älterer Kinder in der Fremdbeobachtung im Prä- und Posttest

Zusätzlich wird der Einfluss des Alters auf die allgemeine Symptomatik aus Sicht der Behandler überprüft. Hier wird der Zeitverlauf und das Alter als unabhängige Variablen überprüft und die Ergebnisse der Basis Dokumentation als abhängige Variable. Nach Einschätzung der Behandler beeinflusst das Alter die Gesamtsymptomatik tendenziell ( $F_{(1,59)}=3.541$ ;  $p<.1$ ;  $\eta^2=.057$ ). Es zeigt sich eine mittlere Effektstärke. Die Varianzaufklärung beträgt 6%. Ältere Kinder zeigen hier zu beiden Messzeitpunkten eine tendenziell höhere Symptomausprägung als jüngere Kinder. Der Zeitverlauf hat eine signifikante Auswirkung auf die Symptomausprägung nach Einschätzung der Behandler ( $F_{(1,59)}=89.062$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.602$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 60%. Aus Sicht der Behandler zeigen beide Gruppen eine signifikante Abschwächung der Symptomatik. Die Wechselwirkung zwischen Zeitverlauf und Alter ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.309$ ;  $p=.58$ ;  $\eta^2=.005$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 18 dargestellt. Die Sicht der Behandler weicht demnach von der Kinder- und Elternsicht ab.

*Tabelle 18: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik bei jüngeren und älteren Kinder nach Beurteilung der Behandler, im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	7.23	2.063	30
	älter	8.32	2.663	31
	Gesamt	7.79	2.430	61
Messzeitpunkt 2	jünger	4.37	1.956	30
	älter	5.10	2.315	31
	Gesamt	4.74	2.159	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 13) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Fragebogens zur Gesamtsymptomatik nach Beurteilung der Behandler im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

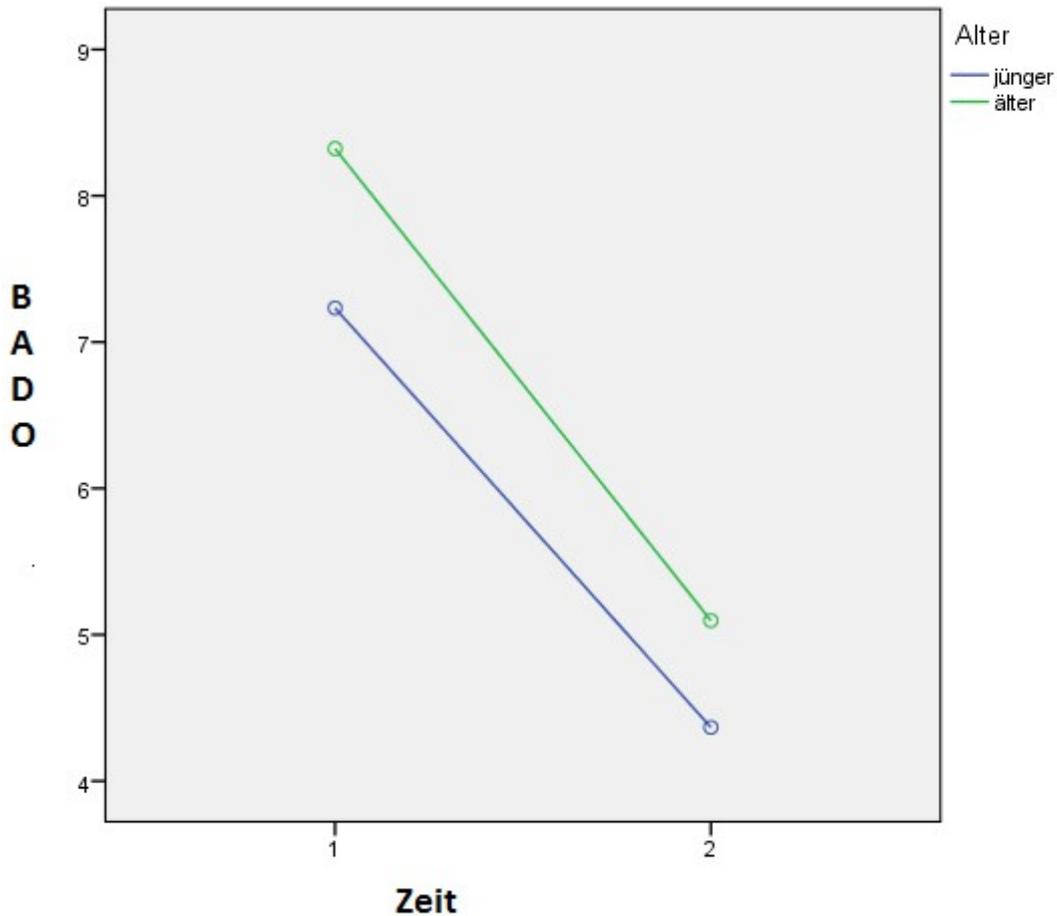


Abbildung 13: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik jüngerer und älterer Kinder nach Beurteilung der Behandler, im Prä- und Posttest

Ein Chi-Quadrat-Test wird gerechnet, um sicherzustellen, dass die IQ-Werte über die Altersklassen gleichmäßig verteilt sind, siehe Tabelle 19.

Tabelle 19: Chi-Quadrat-Test; Alter und IQ

		Alter		Gesamt
		jünger	älter	
IQ	IQ>99	17	18	35
	IQ<100	13	13	26
Gesamt		30	31	61

Die Gruppen ähneln sich bezüglich Alter und Intelligenz stark ( $\text{Chi}^2_{(1,59)}=.12$ ;  $p=.912$ ).

## **Zusammenfassung:**

- In Bezug auf die Konzentration unterscheiden die Altersgruppen sich zwar zu beiden Zeitpunkten signifikant voneinander, jedoch wird die Veränderung über die Zeit nicht vom Alter beeinflusst. Die Wechselwirkung zwischen Alter und Konzentrationsfähigkeit ist nicht signifikant. Jüngere Kinder zeigen jedoch zu beiden Messzeitpunkten eine signifikant geringere Konzentrationsleistung.
- Jüngere Kinder sehen eine stärkere hyperkinetische Symptombelastung in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik bei sich selbst als ältere; der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Beide Gruppen nehmen signifikant eine Abnahme der Symptombelastung im Verlauf der Behandlung wahr. Es wird kein signifikanter Einfluss des Alters auf die Veränderung der Symptombelastung wahrgenommen.
- Die Eltern sehen tendenziell eine stärkere Symptomausprägung in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik bei den jüngeren Kindern. Sie nehmen signifikant eine Abschwächung dieser Symptomatik bei beiden Altersgruppen wahr. Aus ihrer Sicht verbessern sich ältere Kinder signifikant weniger als jüngere Kinder. Die Wechselwirkung ist signifikant.
- In Bezug auf die Gesamtsymptomatik sehen Kinder und Eltern diese bei den jüngeren nicht signifikant stärker ausgeprägt als bei den älteren. Beide Gruppen reduzieren ihre Symptomatik signifikant während des Behandlungszeitraums. Aus Sicht der Eltern und Kinder verbessern jüngere Kinder ihre Gesamtsymptomatik stärker als ältere. Diese wahrgenommene Wechselwirkung ist signifikant.
- Anders als Kinder und Eltern sehen die Behandler eine stärker ausgeprägte Gesamtsymptomatik bei den älteren Kindern, sie nehmen wie die anderen Befragten eine signifikante Verbesserung der Symptomatik über die Zeit wahr, aber keine signifikante Wechselwirkung zwischen Alter und Zeit.

## **Fragestellung 3**

Beeinflusst die Intelligenz der Patienten die Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit, b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung?

Der IQ-Wert 100 stellt in diesem Sample den Median dar, somit werden die Gruppen in Kinder mit einem IQ unter 100 und Kinder mit einem IQ über 100 aufgeteilt.

Ad a) Auch um diese Fragestellung zu beantworten, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung mit Faktor 1 IQ (>99, <100) und Faktor 2 Messzeitpunkt (1,2), gerechnet.

Ad a) Eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird gerechnet, um die beiden Gruppen in der Prä- und Postmessung zu vergleichen. Intelligenz und Zeitverlauf sind hier die unabhängigen Variablen, während die Ergebnisse im Konzentrationstest d'2 die abhängige Variable bilden. Intelligenter Kinder haben zwar eine höhere Konzentrationsfähigkeit als weniger intelligente, der Unterschied ist aber nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.968$ ;  $p=.17$ ;  $\eta^2=.032$ ). Der Zeitverlauf hat einen signifikanten Einfluss auf die Konzentration ( $F_{(1,59)}=95.890$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.619$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 62%. Im Laufe der Behandlung verbessern beide Gruppen ihre Konzentrationsleistung signifikant. Es besteht aber keine signifikante Wechselwirkung zwischen Intelligenz und Zeitverlauf ( $F_{(1,59)}=2.719$ ;  $p=.10$ ;  $\eta^2=.044$ ). Kinder mit einer niedrigeren Intelligenz zeigen zwar eine stärkere Verbesserung ihrer Konzentrationsfähigkeit im Laufe der Behandlung als intelligentere Kinder, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 20 dargestellt.

*Tabelle 20: Mittelwerte und Streuungen beider IQ-Gruppen in der Konzentration, im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	309.91	98.516	35
	IQ<100	268.08	68.196	26
	Gesamt	292.08	88.728	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	362.86	102.253	35
	IQ<100	342.46	74.539	26
	Gesamt	354.16	91.342	61

In Abbildung 14 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen graphisch dargestellt.

Ad b) Die hyperkinetische Symptomatik wird mit dem DISYPS-II-(ADHS) sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung erfasst. Zunächst betrachten wir die Einschätzung der Kinder selbst. Eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design und Intelligenz sowie den Messzeitpunkten als unabhängige Variablen und den Ergebnissen des Fragebogens als abhängige Variable wird gerechnet. Der IQ beeinflusst die hyperkinetische Symptomatik nicht signifikant

( $F_{(1,59)}=.790$ ;  $p=.38$ ;  $\eta^2=.013$ ), laut Einschätzung der Probanden. Zu beiden Messzeitpunkten zeigen Kinder mit einem niedrigeren IQ eine höhere Symptomausprägung. Der Unterschied ist aber nicht signifikant. Die Zeit beeinflusst die Veränderung der hyperkinetischen Symptomatik signifikant ( $F_{(1,59)}=37.897$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.391$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 39%. Beide Gruppen können ihre hyperkinetische Symptomatik im Laufe der Behandlung reduzieren. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Intelligenz hat keinen signifikanten Einfluss auf die Messergebnisse ( $F_{(1,59)}=1.667$ ;  $p=.20$ ;  $\eta^2=.027$ ). Standardabweichungen und Mittelwerte für beiden Gruppen sind in Tabelle 21 wiedergegeben.

*Tabelle 21: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	.8700	.58777	35
	IQ<100	1.0635	.63868	26
	Gesamt	.9525	.61240	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	.5157	.38132	35
	IQ<100	.5212	.42336	26
	Gesamt	.5180	.39634	61

In Abbildung 15 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Auch die Einschätzung der Patienteltern in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik wird mittels des DISYPS-II-(ADHS) in der Fremdbeurteilung sowohl im Prä- als auch im Posttest erhoben. Hier wird ebenfalls eine Varianzanalyse mit Messwiederholung und den unabhängigen Variablen „Intelligenz“ und „Zeit“ sowie der abhängigen Variable der Ergebnisse des Fragebogens berechnet. Der IQ beeinflusst die hyperkinetische Symptomatik aus Sicht der Eltern nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.903$ ;  $p=.17$ ;  $\eta^2=.031$ ). Es zeigt sich, dass Probanden mit einem niedrigeren IQ eine höhere Symptomausprägung aufweisen. Unter Berücksichtigung der Einschätzung der engsten Bezugspersonen der Probanden gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Symptomatik zwischen den beiden Gruppen. Allerdings gibt es einen signifikanten Einfluss durch den Zeitverlauf ( $F_{(1,59)}=64.560$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.522$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 52%. Beide Gruppen zeigen in der Postmessung eine signifikant geringere hyperkinetische Symptomatik als in der Prämessung. Es

zeigt sich keine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeitverlauf und Intelligenz in Bezug auf die Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik ( $F_{(1,59)}=.054$ ;  $p=.82$ ;  $\eta^2=.001$ ). Eine deskriptive Statistik ist in Tabelle 22 dargestellt.

*Tabelle 22: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	1.4214	.63862	35
	IQ<100	1.6173	.61902	26
	Gesamt	1.5049	.63270	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	.8443	.51845	35
	IQ<100	1.0058	.51309	26
	Gesamt	.9131	.51816	61

In Abbildung 16 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zu Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 graphisch dargestellt.

Ad c) Des Weiteren wird die Gesamtsymptomatik, also auch Symptome, die über die Hyperkinetische Störung hinausgehen, durch die Probanden im YSR-Fragebogen für Jugendliche zu Beginn und Ende der Behandlung bewertet. Durch eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird ermittelt, ob die intellektuelle Begabung der Probanden und/oder die Zeit einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Messwerte im YSR haben. „Intelligenz“ und „Zeit“ gelten hier als unabhängige Variablen, während die allgemeine Symptomatik die abhängige Variable bildet. Die Intelligenz wirkt sich nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=2.778$ ;  $p=.10$ ;  $\eta^2=.045$ ) auf die allgemeine Symptomatik aus nach Beurteilung der Kinder. Probanden mit einem niedrigeren IQ weisen aus ihrer Sicht eine höhere Symptomausprägung auf, Kinder mit einem höheren IQ zeigen eher eine niedrigere Symptomausprägung. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Es zeigt sich jedoch ein signifikanter ( $F_{(1,59)}=41.809$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.415$ ) Einfluss der Zeit auf eine Verbesserung der Gesamtsymptomatik laut Einschätzung der Patienten selbst. Die Varianzaufklärung beträgt 42%. Beide Gruppen reduzieren ihre Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Intelligenz ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.189$ ;  $p=.67$ ;  $\eta^2=.003$ ). Mittelwerte und Standardabweichungen für beide Gruppen zu Messzeitpunkt 1

und 2 bezüglich der allgemeinen Symptomatik sind in Tabelle 23 dargestellt.

*Tabelle 23: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	42.06	26.275	35
	IQ<100	49.27	31.479	26
	Gesamt	45.13	28.583	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	18.60	14.084	35
	IQ<100	28.77	22.981	26
	Gesamt	22.93	18.925	61

Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 17 graphisch dargestellt.

Zusätzlich wird untersucht, ob laut Beurteilung der Eltern die allgemeine Symptomatik der Probanden in Bezug auf Intelligenz und Zeitverlauf signifikant beeinflusst wird. Hierzu werden die Prä- und Postmessungen des CBCL4-18 „Child Behavior Check List“, Elternfragebogen herangezogen. Unabhängige Variablen sind hier die Intelligenz und der Zeitverlauf, während die Ergebnisse des Elternfragebogens die abhängige Variable darstellen. Die Intelligenz hat keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=.001$ ;  $p=.92$ ;  $\eta^2=.000$ ) Einfluss auf die Veränderung der Gesamtsymptomatik nach Elternbeurteilung. Die Zeit beeinflusst die Messergebnisse signifikant ( $F_{(1,59)}=121.014$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.672$ ). Beide Gruppen weisen zum 2. Messzeitpunkt eine signifikant niedrigere Gesamtsymptomatik auf als zum ersten. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Intelligenz ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.654$ ;  $p=.42$ ;  $\eta^2=.011$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 24 zu finden.

*Tabelle 24: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	60.5429	21.43299	35

	IQ<100	57.8846	20.43786	26
	Gesamt	59.4098	20.88331	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	28.4571	17.11955	35
	IQ<100	30.1923	20.32539	26
	Gesamt	29.1967	18.41088	61

In Abbildung 18 (siehe Anhang) sind Mittelwerte für beide Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch verdeutlicht.

Auch die Bewertung der Behandler wird berücksichtigt. Hierzu wird der psychopathologische Befund herangezogen, welcher die Gesamtsymptomatik erfasst, und auch hier wird eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design und den unabhängigen Variablen „Zeit“ und „IQ“, sowie der „Gesamtsymptomatik“ als abhängige Variable gerechnet. Der IQ wirkt sich nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.803$ ;  $p=.35$ ;  $\eta^2=.013$ ) auf die Veränderung der Gesamtsymptomatik aus. Kinder mit einem höheren IQ zeigen zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant geringere Werte. Laut Einschätzung der Behandler beeinflusst die Zeit eine Veränderung der Gesamtsymptomatik signifikant ( $F_{(1,59)}=85.597$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.592$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 59%. Alle untersuchten Kinder reduzieren während der Behandlung signifikant ihre Gesamtsymptomatik. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und IQ ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.130$ ;  $p=.29$ ;  $\eta^2=.019$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 25 dargestellt.

*Tabelle 25: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik beider IQ Gruppen, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	7.74	2.133	35
	IQ<100	7.85	2.824	26
	Gesamt	7.79	2.430	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	4.40	1.752	35
	IQ<100	5.19	2.577	26
	Gesamt	4.74	2.159	61

Abbildung 19 (siehe Anhang) stellt die Mittelwerte beider Gruppen in der Prä- und Postmessung graphisch dar.

### **Zusammenfassung:**

- Im Laufe der Behandlung verbessern beide Gruppen signifikant ihre Konzentrationsleistung. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeitverlauf und Intelligenz. Kinder mit einer niedrigeren Intelligenz zeigen eine stärkere Verbesserung ihrer Konzentrationsfähigkeit im Laufe der Behandlung als intelligentere Kinder. Der Unterschied ist nicht signifikant.
- Zu beiden Messzeitpunkten haben Kinder mit einem niedrigeren IQ eine höhere hyperkinetische Symptomatik. Beide Gruppen können ihre hyperkinetische Symptomatik im Laufe der Behandlung signifikant reduzieren. Dies trifft sowohl auf die Beurteilung der Kinder als auch auf die der Kindseltern zu. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung.
- Kinder mit einem niedrigeren IQ bewerten ihre Gesamtsymptomatik schwerwiegender als Kinder mit einem hohen IQ. Der Unterschied wird jedoch nicht signifikant. Die anderen Beurteiler sehen diesen Unterschied ebenfalls, jedoch auch nicht signifikant. Beide Gruppen reduzieren ihre Gesamtsymptomatik signifikant im Laufe der Behandlung. Die Bewertungen aller Beurteiler stimmen hier überein. Es gibt keine signifikanten Wechselwirkungen in Bezug auf hyperkinetische Symptomatik und Allgemeine Symptomatik.

### **Fragestellung 4**

Beeinflusst der psychische Gesundheitszustand der Kindseltern die Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit und b) der hyperkinetischen Symptomatik oder c) der Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung?

Um diese Frage zu beantworten, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung mit Faktor 1 „Kindseltern psychisch erkrankt“ (ja/nein) und Faktor 2 „Messzeitpunkt“ (1,2) gerechnet. 29 Probanden haben psychisch kranke Eltern, während bei 32 Probanden keine psychischen Erkrankungen der Kindseltern benannt werden. Mit Hilfe dieser Analyse kann die Auswirkung des Zwischensubjektfaktors auf die Veränderung der Werte zwischen Prä- und Postmessung bestimmt werden (Acton & Miller, 2009).

Ad a) Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Kindern mit psychisch kranken und gesunden Eltern in der Konzentrationsleistung ( $F_{(1,59)}=.254$ ;  $p=.62$ ;  $\eta^2=.004$ ). Kinder, deren

Eltern psychisch erkrankt sind, weisen zu beiden Messzeitpunkten höhere Werte im Konzentrationstest auf. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Zeit beeinflusst eine Veränderung der Konzentrationsfähigkeit signifikant ( $F_{(1,59)}=88.788$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.601$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 60%. Beide Gruppen zeigen eine signifikante Verbesserung ihrer Konzentration während der Behandlung. Die Wechselwirkung von Zeitverlauf und dem psychischen Gesundheitszustand der Kindseltern ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.022$ ;  $p=.88$ ;  $\eta^2=.000$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 26 dargestellt.

*Tabelle 26: Mittelwerte und Streuung der Konzentrationsfähigkeit von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern im Prä- und Posttest*

	Eltern psychisch krank	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	ja	298.48	89.539	29
	nein	286.28	89.012	32
	Gesamt	292.08	88.728	61
Messzeitpunkt 2	ja	359.55	86.920	29
	nein	349.28	96.295	32
	Gesamt	354.16	91.342	61

In Abbildung 20 (siehe Anhang) werden die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Ad b) Die allgemeine hyperkinetische Symptomatik wird mit dem DISYPS-II-(ADHS) sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung erfasst. Zunächst wird die Einschätzung der Kinder selbst betrachtet. Eine Varianzanalyse im Repeated Measure Design mit „psychischer Gesundheit der Kindseltern“ sowie dem „Zeitverlauf“ als unabhängige Variablen und der „hyperkinetischen Symptomatik“ als abhängiger Variable wird gerechnet. Zunächst wird die Einschätzung der Probanden selbst beurteilt. Der Unterschied zwischen Kindern psychisch kranker und gesunder Eltern ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.042$ ;  $p=.84$ ;  $\eta^2=.001$ ). Kinder mit psychisch kranken Eltern zeigen eine niedrigere Symptomausprägung, jedoch wird dieser Unterschied nicht signifikant. Die Zeit hat einen signifikanten ( $F_{(1,59)}=35.283$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.374$ ) Einfluss auf die hyperkinetische Symptomatik. Die Varianzaufklärung beträgt 37%. Beide Gruppen zeigen in der Prätestung eine signifikant höhere hyperkinetische Symptomatik als in der Posttestung. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und psychischem Gesundheitszustand der Kindseltern ist nicht

signifikant ( $F_{(1,59)}=.000$ ;  $p=.98$ ;  $\eta^2=.000$ ). Standardabweichungen und Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Tabelle 27 dargestellt.

*Tabelle 27: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Kindseltern psychisch erkrankt	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	ja	.9397	.49251	29
	nein	.9641	.71168	32
	Gesamt	.9525	.61240	61
Messzeitpunkt 2	ja	.5069	.36320	29
	nein	.5281	.42973	32
	Gesamt	.5180	.39634	61

Die Mittelwerte beider Gruppen im Prä- und Posttest werden in Abbildung 21 (siehe Anhang) graphisch verdeutlicht.

Auch die Einschätzung der Patienteltern in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik wird mittels des DISYPS-II-(ADHS) in der Fremdbeurteilung sowohl im Prä- als auch im Posttest erhoben. Hier wird ebenfalls eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung und den unabhängigen Variablen „psychische Erkrankung der Kindseltern“ und „Zeitverlauf“, sowie der hyperkinetischen Symptomatik als abhängige Variable gerechnet. Der psychische Gesundheitszustand der Kindseltern bewirkt keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=.025$ ;  $p=.88$ ;  $\eta^2=.000$ ) Unterschied. Kinder mit psychisch kranken Eltern weisen zu beiden Zeitpunkten eine stärkere Symptomatik auf, jedoch wird der Unterschied nicht signifikant. Der Zeitverlauf beeinflusst die hyperkinetische Symptomatik signifikant ( $F_{(1,59)}=65.260$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.525$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 53%. Beide Gruppen reduzieren ihre hyperkinetische Symptomatik signifikant im Laufe der Behandlung, nach Einschätzung der Kindseltern. Die Wechselwirkung von Zeit und psychischer Erkrankung der Eltern ist jedoch nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.596$ ;  $p=.44$ ;  $\eta^2=.010$ ). Die deskriptive Statistik beider Gruppen ist in Tabelle 28 dargestellt.

*Tabelle 28: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Kindseltern psychisch erkrankt	Mittelwert	Standardabweichung	N
--	--------------------------------	------------	--------------------	---

Messzeitpunkt 1	ja	1.4862	.62819	29
	nein	1.5219	.64632	32
	Gesamt	1.5049	.63270	61
Messzeitpunkt 2	ja	.9534	.46501	29
	nein	.8766	.56696	32
	Gesamt	.9131	.51816	61

Die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 22 (siehe Anhang) graphisch dargestellt.

Ad c) Des Weiteren wird die Gesamtsymptomatik, also auch Symptome, die über die Hyperkinetische Störung hinausgehen, im YSR Fragebogen für Jugendliche zu Beginn und Ende der Behandlung von den Probanden selbst bewertet. Durch eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird ermittelt, ob die psychische Gesundheit der Kindseltern einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Messwerte im YSR hat. Die psychische Gesundheit der Kindseltern und der Zeitverlauf sind hier unabhängige Variablen, während die Ergebnisse des YSR die abhängige Variable bilden. Die psychische Gesundheit der Kindseltern beeinflusst die Gesamtsymptomatik nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.001$ ;  $p=.98$ ;  $\eta^2=.000$ ). Kinder, deren Eltern psychisch gesund sind, zeigen eine leicht erhöhte Gesamtsymptomatik aus ihrer Sicht. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Der Zeitverlauf wirkt sich signifikant ( $F_{(1,59)}=43.343$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.424$ ) auf die Veränderung der Gesamtsymptomatik aus. Die Varianzaufklärung beträgt 42%. Beide Gruppen reduzieren ihre Gesamtsymptomatik signifikant während der Behandlung. Die Wechselwirkung der beiden unabhängigen Variablen ist nicht signifikant ( $F=.000$ ;  $p=1.00$ ;  $\eta^2=.000$ ). Es ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 29 dargestellt.

*Tabelle 29: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Kindseltern psychisch erkrankt	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	ja	45.03	25.957	29
	nein	45.22	31.189	32

	Gesamt	45.13	28.583	61
Messzeitpunkt 2	ja	22.86	22.311	29
	nein	23.00	15.608	32
	Gesamt	22.93	18.925	61

In Abbildung 23 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen im Prä- und Posttest dargestellt.

Zusätzlich wird untersucht, ob sich die Beurteilung der Eltern bezüglich der allgemeinen Symptomatik der Probanden in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kindseltern signifikant verändert hat. Hierzu werden die Prä- und Postmessungen des CBCL/4-18 „Child Behavior Check List“, Elternfragebogen herangezogen. Diese stellen die abhängige Variable dar, der Zeitverlauf und die psychische Gesundheit der Kindseltern sind die unabhängigen Variablen. Die Gesamtsymptomatik wird nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.030$ ;  $p=.86$ ;  $\eta^2=.001$ ) von einer psychischen Erkrankung der Eltern beeinflusst. Im Zeitverlauf ergibt sich ein signifikanter ( $F_{(1,59)}=126.827$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.683$ ) Unterschied. Die Varianzaufklärung beträgt 68%. Beide Gruppen zeigen im Posttest eine signifikant geringere Gesamtsymptomatik als im Prätest. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und psychischer Gesundheit der Kindseltern ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.679$ ;  $p=.20$ ;  $\eta^2=.028$ ). Kinder, deren Eltern psychisch gesund sind, verbessern ihre Symptomatik deutlicher, jedoch ohne dass der Unterschied signifikant wird. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 30 dargestellt.

*Tabelle 30: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Kinseltern psychisch erkrankt	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	ja	57.2069	21.24917	29
	nein	61.4063	20.67858	32
	Gesamt	59.4098	20.88331	61
Messzeitpunkt 2	ja	30.6207	19.60943	29
	nein	27.9063	17.46768	32
	Gesamt	29.1967	18.41088	61

In Abbildung 24 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte der beiden Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Auch die Bewertung der Behandler wird weiter analysiert. Hierzu wird der psychopathologische Befund herangezogen, welcher die Gesamtsymptomatik erfasst, und auch hier wird eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design gerechnet, wobei als unabhängige Variablen der Gesundheitsstatus der Eltern und der Messzeitpunkt in die Gleichung eingehen. Als abhängige Variable wird das Ergebnis der BADO eingesetzt. Nach Einschätzung der Behandler beeinflusst der psychische Gesundheitsstatus der Kindseltern die Gesamtsymptomatik nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.045$ ;  $p=.83$ ;  $\eta^2=.001$ ). Der Zeitverlauf wirkt sich signifikant ( $F_{(1,59)}=89.587$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.603$ ) auf die Gesamtsymptomatik aus. Die Varianzaufklärung beträgt 60%. Beide Gruppen reduzieren ihre Gesamtsymptomatik signifikant während der Behandlung. Die Wechselwirkung zwischen psychischer Gesundheit der Eltern und Zeit ( $F_{(1,59)}=.321$ ;  $p=.57$ ;  $\eta^2=.001$ ) ist nicht signifikant. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 31 abgebildet.

*Tabelle 31: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest*

	Kindseltern psychisch erkrankt	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	ja	7.83	2.578	29
	nein	7.75	2.328	32
	Gesamt	7.79	2.430	61
Messzeitpunkt 2	ja	4.59	2.244	29
	nein	4.88	2.106	32
	Gesamt	4.74	2.159	61

Die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 25 (siehe Anhang) graphisch dargestellt.

**Zusammenfassung:**

- Eine psychische Erkrankung der Kindseltern hat keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der Konzentration. Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind, weisen zu beiden Messzeitpunkten höhere Werte im Konzentrationstest auf. Der Unterschied ist jedoch

nicht signifikant. Beide Gruppen zeigen eine signifikante Verbesserung ihrer Konzentration während der Behandlung.

- Beide Gruppen zeigen in der Prätestung eine signifikant stärkere hyperkinetische Symptomatik als in der Posttestung. Kinder mit psychisch kranken Eltern schätzen ihre eigene Symptomatik als niedriger ein, während die psychisch kranken Eltern die Symptomatik ihrer Kinder als stärker bewerten. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Die Wechselwirkung ist nicht signifikant.
- Beide Gruppen reduzieren ihre Gesamtsymptomatik laut Beurteilung aller signifikant während der Behandlung. Kinder mit psychisch kranken Eltern schätzen ihre eigene Symptomatik als stärker ein. Psychisch gesunde Eltern sehen eine deutlichere Symptomverbesserung ihrer Kinder. Kinder, deren Eltern psychisch gesund sind, reduzieren ihre Gesamtsymptomatik laut Beurteilung der Kindseltern deutlicher. Die Unterschiede werden jedoch nicht signifikant. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung.

### **Fragestellung 5**

Beeinflusst der Bildungsabschluss der Hauptbezugsperson eine Veränderung a) der Konzentrationsfähigkeit, b) der hyperkinetischen Symptomatik und c) der Gesamtsymptomatik im Laufe der Behandlung?

Um diese Frage zu beantworten, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung, mit Bildungsgrad (Hauptschule oder niedriger/Realschule oder höher) und Messzeitpunkt (1,2) als unabhängige Variable und den Ergebnissen der Testung/Fragebögenverfahren als abhängige Variable gerechnet.

Um ausgewogene Samples unterscheiden zu können, werden die Eltern in zwei Gruppen unterteilt. Eltern mit einem Haupt- (25) oder Förderschulabschluss (6) haben einen niedriger Bildungsgrad; zu dieser Gruppe zählen 31 Familien. Als ein hohe Bildungsabschlüsse die Mittlere Reife (21), Abitur (8) und ein Universitätsabschluss (1); zu dieser Gruppe zählen 30 Familien.

Ad a) Eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird gerechnet, um Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsabschluss haben, mit solchen mit niedrigerem Bildungsabschluss in der Prä- und Postmessung des Konzentrationstests  $d^2$  zu vergleichen. Der Bildungsgrad der Kindseltern beeinflusst die Konzentrationsfähigkeit nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.234$ ;  $p=.63$ ;  $\eta^2=.004$ ). Kinder, deren Eltern einen höheren Schulabschluss haben, zeigen zu beiden

Messzeitpunkten eine bessere Konzentrationsleistung. Jedoch ist der Unterschied nicht signifikant. Der Zeitverlauf beeinflusst die Verbesserung der Konzentration signifikant ( $F_{(1,59)}=89.230$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.602$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 60%. Alle erhobenen Probanden verbessern ihre Konzentrationsfähigkeit. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Bildungsabschluss der Kindseltern ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.262$ ;  $p=.61$ ;  $\eta^2=.004$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 32 dargestellt.

*Tabelle 32: Mittelwerte und Streuung der Konzentrationsfähigkeit von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	285.13	65.453	31
	Realschule oder höher	299.27	108.404	30
	Gesamt	292.08	88.728	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	350.52	77.801	31
	Realschule oder höher	357.93	104.745	30
	Gesamt	354.16	91.342	61

In Abbildung 26 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt dargestellt.

Ad b) Die allgemeine hyperkinetische Symptomatik wird mit dem DISYPS-II-(ADHS) sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung erfasst. Zunächst betrachten wir die Einschätzung der Kinder selbst. Eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design und „elterlichen Bildungsgrad“ sowie „Zeitverlauf“ als unabhängige Variable und der hyperkinetischen Symptomatik als abhängige Variable wird gerechnet. Die Bildung hat keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=2.016$ ;  $p=.14$ ;  $\eta^2=.036$ ) Einfluss auf die Ergebnisse des DISYPS-Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest. Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben, zeigen zu beiden Messzeitpunkten eine höhere Symptomausprägung. Jedoch ist der Unterschied nicht signifikant. Es ergibt sich ein signifikanter ( $F_{(1,59)}=35.809$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.378$ ) Einfluss der Zeit auf die hyperkinetische Symptomatik. Die Varianzaufklärung beträgt 38%. Beide Gruppen reduzieren ihre Symptomatik während der Behandlung signifikant. Die Wechselwirkung zwischen elterlichem Bildungsgrad und Zeitverlauf ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.070$ ;  $p=.31$ ;  $\eta^2=.018$ ). Die deskriptive

Statistik ist in Tabelle 33 dargestellt.

*Tabelle 33: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	1.0694	.59311	31
	Realschule oder höher	.8317	.61832	30
	Gesamt	.9525	.61240	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	.5613	.42928	31
	Realschule oder höher	.4733	.36097	30
	Gesamt	.5180	.39634	61

In Abbildung 27 (siehe Anhang) werden die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Auch die Einschätzung der Patienteltern in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik wird mittels des DISYPS-II-(ADHS) in der Fremdbeurteilung sowohl im Prä- als auch im Posttest erhoben. Hier wird ebenfalls eine Varianzanalyse mit Messwiederholung und den unabhängigen Variablen „Bildungsgrad der Eltern“ und „Zeitverlauf“ sowie der hyperkinetischen Symptomatik als abhängige Variable berechnet. Nach Einschätzung der engsten Bezugspersonen der Probanden hat der elterliche Bildungsabschluss einen signifikanten Einfluss ( $F_{(1,59)}=4.236$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.067$ ) mit einer mittleren Effektstärke auf die hyperkinetische Symptomatik. Die Varianzaufklärung beträgt 7%. Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, weisen zu beiden Zeitpunkten eine signifikant stärkere hyperkinetische Symptomatik auf. Der Zeitverlauf ( $F_{(1,59)}=65.432$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.526$ ) wirkt sich ebenfalls signifikant auf die hyperkinetische Symptomatik aus. Die Varianzaufklärung beträgt 53%. Beide Gruppen reduzieren ihre hyperkinetische Symptomatik während der Behandlung. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Bildungsgrad ( $F_{(1,59)}=.165$ ;  $p=.69$ ;  $\eta^2=.003$ ) ist jedoch nicht signifikant. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 34 dargestellt.

*Tabelle 34: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik, von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Beurteilung der Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	1.6468	.71098	31
	Realschule oder höher	1.3583	.51144	30
	Gesamt	1.5049	.63270	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	1.0258	.56537	31
	Realschule oder höher	.7967	.44411	30
	Gesamt	.9131	.51816	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 28) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Fragebogens zur hyperkinetischen Symptomatik nach Beurteilung der Kindseltern im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

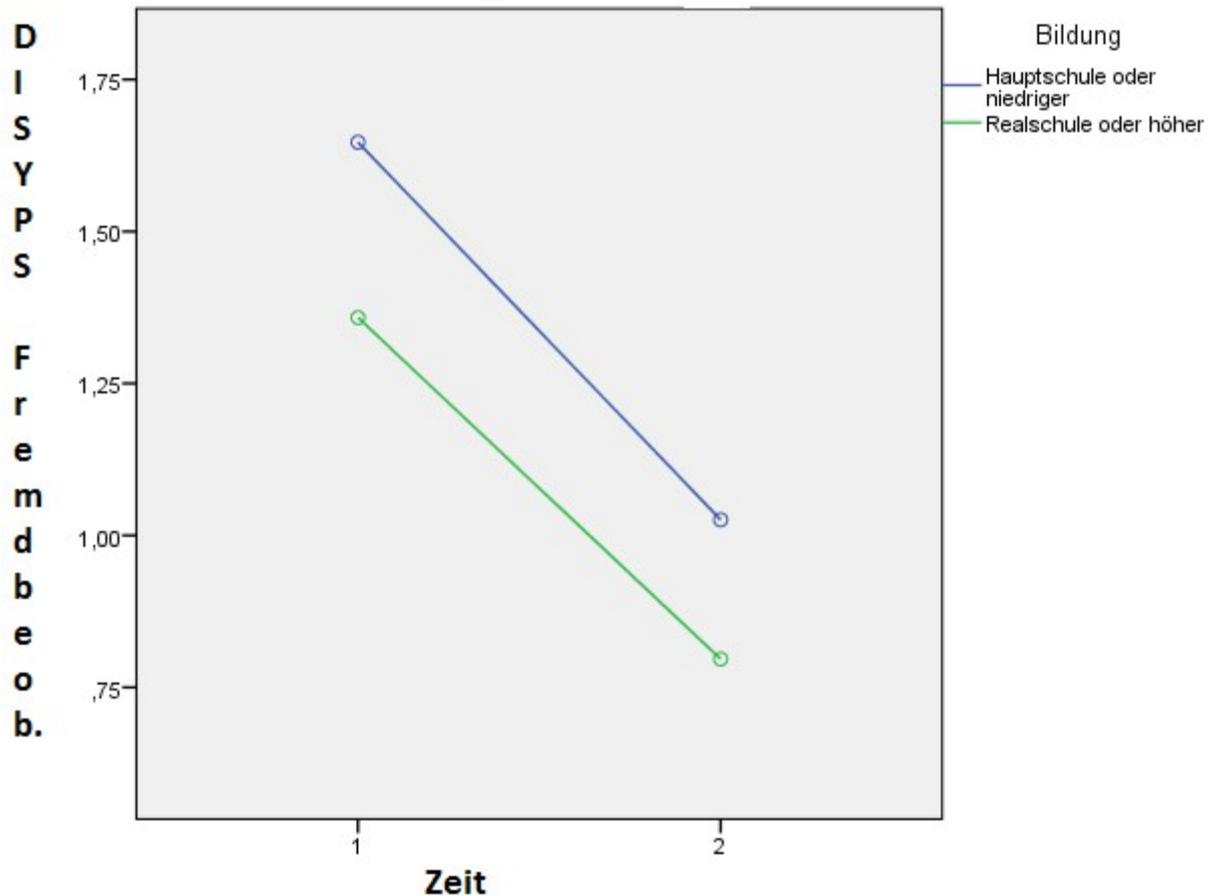


Abbildung 28: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben laut Beurteilung der Kindseltern im Prä- und Posttest

Ad c) Des Weiteren wird die Gesamtsymptomatik, also auch Symptome, die über die Hyperkinetische Störung hinausgehen, durch die Probanden im YSR Fragebogen für Jugendliche zu Beginn und Ende der Behandlung von den Probanden selbst bewertet. Durch eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird ermittelt, ob ein höherer Schulabschluss der Eltern einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Messwerte im YSR hat. Es zeigt sich, dass sich Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsabschluss haben, signifikant ( $F_{(1,59)}=7.413$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.112$ ) von Kindern, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, unterscheiden mit einer mittleren Effektstärke. Die Varianzaufklärung beträgt 11%. Kinder, deren Eltern einen niedrigen Bildungsabschluss haben, berichten eine signifikant höher ausgeprägte Gesamtsymptomatik. Der Zeitverlauf wirkt sich ebenfalls signifikant ( $F_{(1,59)}=44.605$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.431$ ) auf die Gesamtsymptomatik laut Patienteneinschätzung aus. Die Varianzaufklärung beträgt 43%. Beide Gruppen weisen im Posttest eine geringere Gesamtsymptomatik auf als im Prätest. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Bildungsgrad ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=2.002$ ;

$p=.16$ ;  $\eta^2=.033$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 35 wiedergegeben.

*Tabelle 35: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	54.10	30.107	31
	Realschule oder höher	35.87	24.041	30
	Gesamt	45.13	28.583	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	27.29	21.369	31
	Realschule oder höher	18.43	15.081	30
	Gesamt	22.93	18.925	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 29) graphisch dargestellt. Auf der x-Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Ergebnisse des Fragebogens zur Gesamtsymptomatik nach Beurteilung der Probanden, im Prä- und Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

Zusätzlich wird untersucht, ob sich die Beurteilung der Eltern, abhängig von ihrem Bildungsgrad, bezüglich der allgemeinen Symptomatik der Probanden signifikant unterscheidet. Hierzu werden die Prä- und Postmessungen des CBCL/4-18 „Child Behavior Check List“, Elternfragebogen herangezogen. Hier werden „Zeit“ und „Bildungsgrad der Kindseltern“ als

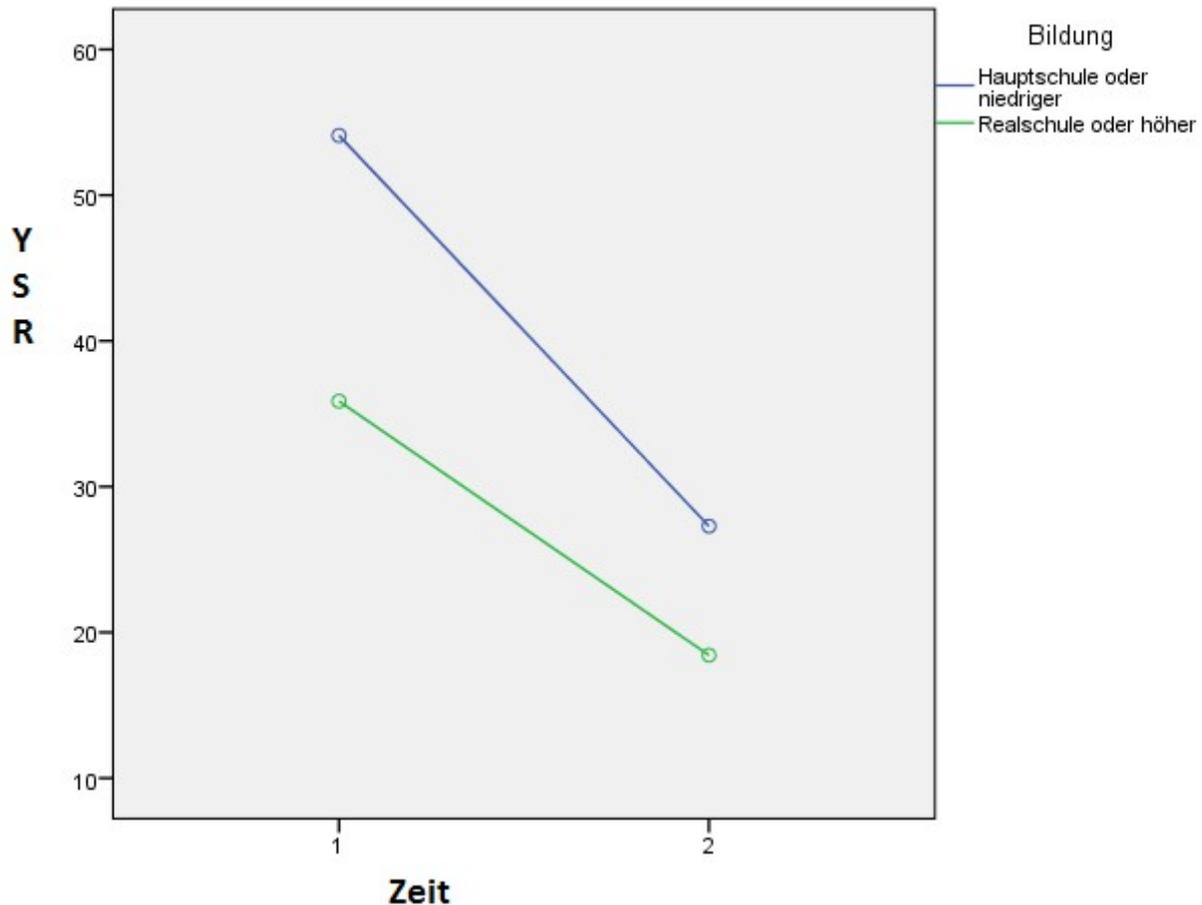


Abbildung 29: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

unabhängige Variablen und die Gesamtsymptomatik als abhängige Variable verwendet. Der Bildungsgrad der Kindseltern beeinflusst die Wahrnehmung der Gesamtsymptomatik nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.112$ ;  $p=.30$ ;  $\eta^2=.019$ ). Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, weisen eine höher ausgeprägte Gesamtsymptomatik auf, ohne dass der Unterschied jedoch signifikant ist. Der Zeitverlauf wirkt sich signifikant ( $F_{(1,59)}=126.533$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.682$ ) auf die Gesamtsymptomatik aus. Die Varianzaufklärung beträgt 68%. Beide Gruppen zeigen in der Prätestung eine signifikant stärkere Symptomausprägung als in der Posttestung. Die Wechselwirkung zwischen Bildung und Zeitverlauf ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.895$ ;  $p=.35$ ;  $\eta^2=.015$ ). Die deskriptive Statistik wird in Tabelle 36 dargestellt.

*Tabelle 36: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	62.8710	21.76502	31
	Realschule oder höher	55.8333	19.65229	30
	Gesamt	59.4098	20.88331	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	30.1613	20.20247	31
	Realschule oder höher	28.2000	16.64518	30
	Gesamt	29.1967	18.41088	61

Die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 30 (siehe Anhang) dargestellt.

Auch die Bewertung der Behandler wird weiter analysiert. Hierzu wird der psychopathologische Befund herangezogen, welcher die Gesamtsymptomatik erfasst, und auch hier wird eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design und den unabhängigen Variablen „Zeitverlauf“ und „Bildungsabschluss der Kindseltern“ und der abhängigen Variable „Gesamtsymptomatik“, gerechnet. Der Bildungsgrad wirkt sich nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.897$ ;  $p=.35$ ;  $\eta^2=.015$ ) auf die Gesamtsymptomatik aus. Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, weisen zum ersten Messzeitpunkt eine geringere Symptomausprägung auf, beim zweiten Messzeitpunkt haben beide Gruppen fast identische Werte. Der Unterschied ist nicht signifikant. Es zeigt sich ein signifikanter ( $F_{(1,59)}=92.625$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.611$ ) Einfluss der Zeit auf die Gesamtsymptomatik laut Behandler einschätzung. Die Varianzaufklärung beträgt 61%. Beide Gruppen erzielen in der Prätestung geringere Werte als in der Posttestung. Es gibt keine signifikante ( $F_{(1,59)}=2.249$ ;  $p=.14$ ;  $\eta^2=.037$ ) Wechselwirkung der beiden unabhängigen Variablen auf die Gesamtsymptomatik nach Beurteilung der Behandler. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 37 dargestellt.

*Tabelle 37: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
--	---------	------------	--------------------	---

Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	7.32	2.548	31
	Realschule oder höher	8.27	2.243	30
	Gesamt	7.79	2.430	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	4.74	2.206	31
	Realschule oder höher	4.73	2.149	30
	Gesamt	4.74	2.159	61

In Abbildung 31 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

### **Zusammenfassung:**

- Bezüglich der Konzentrationsfähigkeit zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Beide Gruppen erhöhen ihre Konzentrationsfähigkeit während der Behandlung signifikant. Kinder, deren Eltern einen höheren Schulabschluss haben, weisen zu beiden Zeitpunkten bessere Werte auf. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung.
- Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben, schätzen ihre hyperkinetische Symptomatik zu beiden Zeitpunkten höher ein. Der Unterschied ist nicht signifikant. Beide Gruppen verbessern ihre Symptomatik signifikant nach eigener Einschätzung. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung.
- Laut Beurteilung der Kindseltern zeigen Patienten, deren Eltern einen höheren Schulabschluss haben, zu beiden Messzeitpunkten signifikant geringere hyperkinetische Symptome. Beide Gruppen zeigen zu Messzeitpunkt 2 signifikant weniger hyperkinetische Symptome als zu Messzeitpunkt 1. Es gibt jedoch keine signifikante Wechselwirkung.
- In der Selbsteinschätzung der Probanden und der Kindseltern weisen Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsabschluss haben zu beiden Zeitpunkten eine signifikant niedrigere Gesamtsymptomatik auf. Die Behandler sehen diesen Unterschied ebenfalls. Eltern mit einem niedrigeren Bildungsgrad bewerten die Symptomatik ihrer Kinder als stärker als Eltern mit einem hohen Bildungsabschluss. Laut Behandler-Einschätzung zeigen Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben zum ersten Messzeitpunkt eine geringere Symptomausprägung auf, beim zweiten Messzeitpunkt haben beide Gruppen fast

identische Werte. Der Unterschied ist nicht signifikant. Beide Gruppen reduzieren ihre Gesamtsymptomatik signifikant im Laufe der Behandlung laut Einschätzung aller Beurteiler. Es zeigen sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Bildungsstand und Zeit. Die Einschätzungen der Kinder, Eltern und Behandler decken sich hier.

## 6.2 Ergebnisse zu den Fragestellungen 6 bis 11

### Fragestellung 6

Wird die Änderung des Bindungsverhaltens im Behandlungsverlauf durch das Geschlecht beeinflusst?

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung mit den unabhängigen Variablen „Geschlecht“ (männlich/weiblich) und „Messzeitpunkt“ (1,2) sowie der abhängigen Variable „Bindungsqualität“ gerechnet. An der Studie nahmen 16 Mädchen und 45 Jungen teil. Ein geringer Wert symbolisiert eine unsichere Bindung, während ein höherer Wert eine sichere Bindung repräsentiert. Es gibt keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=.004$ ;  $p=.95$ ;  $\eta^2=.000$ ) Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Bindungssicherheit. Der Zeitverlauf hat hingegen einen signifikanten ( $F_{(1,59)}=9.389$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.137$ ) Einfluss auf das Bindungsverhalten. Die Varianzaufklärung beträgt 14%. Beide Gruppen zeigen im Posttest eine signifikant sicherere Bindung als im Prätest. Es zeigt sich keine signifikante ( $F_{(1,59)}=.010$ ;  $p=.92$ ;  $\eta^2=.000$ ) Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Veränderung im Zeitverlauf. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 38 wiedergegeben.

*Tabelle 38: Mittelwerte und Streuung der Bindung bei Mädchen und Jungen im Prä- und Posttest*

	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	weiblich	.44	.512	16
	männlich	.42	.499	45
	Gesamt	.43	.499	61
Messzeitpunkt 2	weiblich	.69	.479	16
	männlich	.69	.468	45
	Gesamt	.69	.467	61

Die Mittelwerte für beide Geschlechter in der Prä- und Postmessung sind in Abbildung 32

(siehe Anhang) dargestellt.

**Zusammenfassung:**

Es zeigt sich kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Beide Geschlechter zeigen eine Verbesserung ihrer Bindungsfähigkeit. Bei Jungen ist diese Verbesserung etwas deutlicher. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Im Zeitverlauf verbessern beide Geschlechter signifikant ihre Bindungssicherheit. Es zeigt sich keine Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Zeit.

**Fragestellung 7**

Wird die Änderung des Bindungsverhaltens im Behandlungsverlauf durch das Alter der Probanden beeinflusst?

Es wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung und „Zeit“ und „Alter“ als unabhängige Variablen sowie dem „Bindungsverhalten“ als abhängige Variable gerechnet. Das Alter beeinflusst die Bindungssicherheit nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.645$ ;  $p=.43$ ;  $\eta^2=.011$ ). Die Zeit wirkt sich signifikant ( $F_{(1,59)}=13.984$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.192$ ) auf die Qualität des Bindungsverhaltens aus. Beide Gruppen können ihr Bindungsverhalten signifikant verbessern. Die Wechselwirkung von Alter und Zeitverlauf ist ebenfalls signifikant ( $F_{(1,59)}=5.637$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.087$ ) mit einer mittleren Effektstärke. Die Varianzaufklärung beträgt 9%. Jüngere Kinder zeigen einen signifikant stärkeren Wechsel von einer unsicheren hin zu einer sicheren Bindung. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 39 dargestellt.

*Tabelle 39: Mittelwerte und Streuungen der Bindung bei älteren und jüngeren Kindern im Prä- und Posttest*

	Alter	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	jünger	.30	.466	30
	älter	.55	.506	31
	Gesamt	.43	.499	61
Messzeitpunkt 2	jünger	.73	.450	30
	älter	.65	.486	31
	Gesamt	.69	.467	61

Diese Mittelwerte sind im Profildiagramm (siehe Abbildung 33) graphisch dargestellt. Auf der x-

Achse sind die Messzeitpunkte dargestellt, auf der y-Achse die Bindungssicherheit im Prä- und

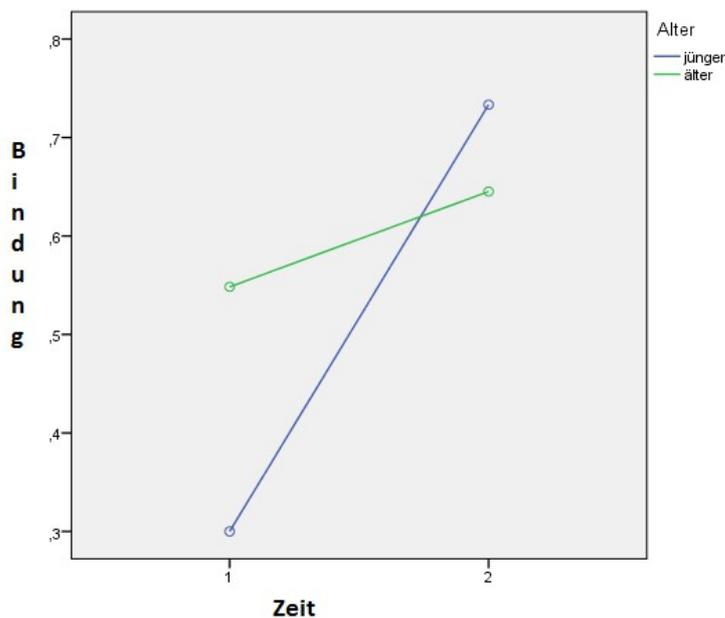


Abbildung 33: Mittelwerte der Bindung älterer und jüngere Kinder im Prä- und Posttest

Posttest. Es ist zu beachten, dass die y-Achse nicht am 0-Punkt beginnt und somit vorhandene Unterschiede größer aussehen können.

### Zusammenfassung:

Es zeigt sich eine signifikante Auswirkung des Alters auf die Veränderung der Bindungssicherheit. Jüngere Kinder wechseln im Laufe der Behandlung signifikant häufiger von einem unsicheren zu einem sicheren Bindungsmuster als ältere. Beide Gruppen können ihre Bindungssicherheit signifikant verbessern.

### Fragestellung 8

Wird die Veränderung der Bindungssicherheit im Laufe der Behandlung durch die Intelligenz der Kinder beeinflusst?

Auch um diese Frage zu beantworten, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung mit den unabhängigen Variablen „Intelligenz“ ( $>99$ ;  $<100$ ) und „Messzeitpunkt“ (1,2) sowie der abhängigen Variable Bindungssicherheit gerechnet. Es ergeben sich keine signifikanten ( $F_{(1,59)}=.106$ ;  $p=.75$ ;  $\eta^2=.002$ ) Einflüsse der Intelligenz auf das

Bindungsverhalten. Kinder mit einem hohen IQ verbessern ihr Bindungsmuster eher. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Der Zeitverlauf beeinflusst die Bindungsqualität signifikant ( $F_{(1,59)}=11.883$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.168$ ). Beide Gruppen zeigen am Ende der Behandlung ein signifikant sichereres Bindungsmuster. Die Wechselwirkung von Intelligenz und Zeit ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.134$ ;  $p=.72$ ;  $\eta^2=.002$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 40 wiedergegeben.

*Tabelle 40: Mittelwerte und Streuung der Bindung für beide IQ-Gruppen im Prä- und Posttest*

	IQ	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	IQ>99	.43	.502	35
	IQ<100	.42	.504	26
	Gesamt	.43	.499	61
Messzeitpunkt 2	IQ>99	.71	.458	35
	IQ<100	.65	.485	26
	Gesamt	.69	.467	61

In Abbildung 34 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

### **Zusammenfassung:**

Es zeigt sich keine Auswirkung der Intelligenz auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Kinder mit einem höheren IQ zeigen zu beiden Zeitpunkten ein sichereres Bindungsverhalten. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Beide Gruppen verbessern ihre Bindungssicherheit signifikant im Laufe der Behandlung.

### **Fragestellung 9**

Wird die Änderung des Bindungsverhaltens im Behandlungsverlauf durch die psychische Gesundheit der Kindseltern beeinflusst?

Um diese Frage zu beantworten, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung mit den unabhängigen Variablen „psychische Gesundheit der Kindseltern“ (ja/nein) und

„Messzeitpunkt“ (1,2) sowie der abhängigen Variable „Bindungssicherheit“ gerechnet. Die psychische Gesundheit der Kindseltern wirkt sich nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.012$ ;  $p=.92$ ;  $\eta^2=.000$ ) auf das Bindungsmuster aus. Sind die Eltern psychisch krank, so verbessern ihre Kinder ihre Bindungssicherheit eher, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Der Zeitverlauf beeinflusst das Bindungsverhalten signifikant ( $F_{(1,59)}=12.450$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.175$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 18%. Beide Gruppen zeigen in der Postmessung **signifikant** ein sichereres Bindungsverhalten als in der Prämessung. Die Wechselwirkung der beiden Faktoren ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.030$ ;  $p=.86$ ;  $\eta^2=.001$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 41 dargestellt.

*Tabelle 41: Mittelwerte und Streuung der Bindung von Kindern mit psychisch-gesunden und psychisch-kranken Eltern im Prä- und Posttest*

	Kindseltern psychisch krank	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	ja	.41	.501	29
	nein	.44	.504	32
	Gesamt	.43	.499	61
Messzeitpunkt 2	ja	.69	.471	29
	nein	.69	.471	32
	Gesamt	.69	.467	61

Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 35 (siehe Anhang) dargestellt.

### **Zusammenfassung:**

Es zeigt sich keine signifikante Auswirkung der psychischen Gesundheit der Kindseltern auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Beide Gruppen zeigen zum 2. Messzeitpunkt ein signifikant sichereres Bindungsverhalten als beim ersten. Sind die Eltern psychisch krank, so ist diese Verbesserung etwas größer, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

### **Fragestellung 10**

Wird ein Wechsel von unsicherer zu sicherer Bindung im Behandlungsverlauf vom Bildungsgrad

der Kindseltern beeinflusst?

Um diese Frage zu beantworten, wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit wiederholter Messung mit den unabhängigen Variablen „Bildungsgrad der Bezugsperson“ (Hauptschule oder niedriger/Realschule oder höher) und „Messzeitpunkt“ (1,2) sowie der abhängigen Variable „Bindungsmuster“ gerechnet. Der Bildungsabschluss der Kindseltern wirkt sich nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.033$ ;  $p=.86$ ;  $\eta^2=.001$ ) auf das Bindungsmuster aus. Bei Kindern, deren Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben, ist dieser Unterschied größer, wird jedoch nicht signifikant. Die Zeit wirkt sich signifikant ( $F_{(1,59)}=12.550$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.175$ ) auf das Bindungsmuster aus. Die Varianzaufklärung beträgt 18%. Beide Gruppen zeigen in der Postmessung eine signifikant sicherere Bindung. Die Wechselwirkung aus beiden Faktoren ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.691$ ;  $p=.41$ ;  $\eta^2=.012$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 41 wiedergegeben.

*Tabelle 42: Mittelwerte und Streuung der Bindung bei Kindern, deren Eltern einen niedrigen oder hohen Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest*

	Bildung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	Hauptschule oder niedriger	.39	.495	31
	Realschule oder höher	.47	.507	30
	Gesamt	.43	.499	61
Messzeitpunkt 2	Hauptschule oder niedriger	.71	.461	31
	Realschule oder höher	.67	.479	30
	Gesamt	.69	.467	61

In Abbildung 36 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zu Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 graphisch dargestellt.

### **Zusammenfassung:**

Es zeigen sich keine signifikanten Auswirkungen des elterlichen Bildungsgrads auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Beide Gruppen zeigen zum zweiten Messzeitpunkt ein signifikant sichereres Bindungsverhalten als zum ersten. Bei Kindern, deren Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben ist dieser Unterschied größer, wird jedoch nicht signifikant.

## Fragestellung 11

Verbessern Probanden, die am Ende der tagesklinischen Behandlung ein sichereres Bindungsverhalten aufweisen, sich auch bezüglich ihrer a) Konzentration, b) ihrer hyperkinetischen Symptomatik und c) ihrer Gesamtsymptomatik eher als Probanden ohne eine Besserung im Bindungsverhalten?

Um diese Frage zu beantworten, wird zunächst die Variable „Änderung im Bindungsverhalten“ dichotomisiert. Zunächst wurden drei Gruppen gebildet, eine, bestehend aus Probanden, deren Bindungsverhalten unverändert bleibt (N=37), eine, bestehend aus Probanden, deren Bindungsverhalten von einem unsicheren zu einem sicheren wechselt (N=20), und eine, bestehend aus Probanden, deren Bindungsverhalten während der Behandlung von einem sicheren zu einem unsicheren wechselt (N=4). Da sich in der Gruppe der sich verschlechternden Bindungsqualität nur 4 Patienten befinden, werden diese in einer Gruppe mit dem unveränderten Bindungsverhalten zusammengefasst. Es ergeben sich 20 Probanden, bei denen sich das Bindungsverhalten verbessert hat, und 41, bei denen das Bindungsverhalten unverändert blieb oder sich gar verschlechterte. Zu Beginn der Behandlung sind 35 unsicher und 26 Kinder sicher gebunden. Am Ende der Behandlung sind 42 sicher und 19 Kinder unsicher gebunden. Um die vorliegende Fragestellung zu bearbeiten, wurden nur die Kinder berücksichtigt, die zu Beginn der Behandlung unsicher gebunden (N=35) waren.

Weiter wurde, um die Frage zu beantworten, eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variable „Symptomatik“ und den unabhängigen Variablen „Änderung im Bindungsverhalten“ und „Zeitverlauf“ gerechnet.

Ad a) Zunächst wird überprüft, ob ein verbessertes Bindungsverhalten im Zusammenhang steht mit einer Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit. Es zeigt sich, dass der Faktor „Bindungsänderung“ keine signifikante ( $F_{(1,59)}=.008$ ;  $p=.93$ ;  $\eta^2=.000$ ) Auswirkung auf eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit hat. Der Zeitverlauf wirkt sich signifikant ( $F_{(1,59)}=77.575$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.702$ ) auf die Konzentrationsfähigkeit aus. Die Varianzaufklärung beträgt 70%. Beide Gruppen können ihre Konzentrationsfähigkeit von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 signifikant verbessern. Es gibt keine signifikante ( $F_{(1,59)}=.001$ ;  $p=.97$ ;  $\eta^2=.000$ ) Wechselwirkung zwischen Zeit und Änderung im Bindungsverhalten in Bezug auf die Konzentrationsfähigkeit. Kinder, die von einem unsicheren zu einem sicheren Bindungsstil wechselten, konnten ihre Konzentrationsfähigkeit deutlicher steigern als Kinder mit einem

unveränderten Bindungsmuster. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. In Tabelle 43 ist die deskriptive Statistik wiedergegeben.

*Tabelle 43: Mittelwerte und Streuung von Probanden mit verbessertem und unsicher gebliebenen Bindungsverhalten in der Konzentration im Prä- und Posttest*

	Bindungsänderung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	unverändert	271,47	67,019	15
	verbessert	268,85	83,972	20
	Gesamt	269,97	76,103	35
Messzeitpunkt 2	unverändert	329,00	75,306	15
	verbessert	326,85	82,973	20
	Gesamt	327,77	78,635	35

Die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 37 (siehe Anhang) dargestellt.

Ad b) Um die oben genannte Frage in Hinblick auf die allgemeine hyperkinetische Symptomatik zu beantworten, wird diese mit dem DISYPS-II-(ADHS) sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung erfasst. Zunächst betrachten wir die Einschätzung der Kinder selbst. Eine Varianzanalyse im Repeated Measure Design mit „Änderung des Bindungsmusters“ und „Messzeitpunkt“ als unabhängige Variablen und „DISYPS“ als abhängige Variable ergibt keinen signifikanten ( $F_{(1,59)}=.247$ ;  $p=.62$ ;  $\eta^2=.007$ ) Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Kinder, deren Bindungsverhalten unsicher bleibt, zeigen zu beiden Zeitpunkten eine stärkere Symptomatik als Kinder, die ihr Bindungsverhalten verbessern können. Der Unterschied wird jedoch nicht signifikant. Es gibt eine signifikante ( $F_{(1,59)}=23.863$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.420$ ) Auswirkung der Zeit. Die Varianzaufklärung beträgt 42%. Beide Gruppen können ihre Symptomatik im Laufe der Behandlung signifikant verbessern. Es gibt keine signifikante ( $F_{(1,59)}=.001$ ;  $p=.97$ ;  $\eta^2=.000$ ) Wechselwirkung zwischen Zeit und der Verbesserung des Bindungsmusters. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 44 dargestellt.

*Tabelle 44: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Kindern mit verbessertem und mit gleichbleibendem Bindungsmuster in der Selbstbeobachtung im Prä- und*

*Posttest*

	Bindungsänderung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	unverändert	1,1900	,66981	15
	verbessert	1,1050	,72473	20
	Gesamt	1,1414	,69287	35
Messzeitpunkt 2	unverändert	,6167	,49413	15
	verbessert	,5400	,39390	20
	Gesamt	,5729	,43443	35

In Abbildung 38 sind die Mittelwerte beider Gruppen im Prä- und Posttest graphisch dargestellt.

Die Einschätzung der Patienteltern in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik wird mittels des DISYPS-II-(ADHS) in der Fremdbeurteilung sowohl im Prä- als auch im Posttest erhoben. Hier wird ebenfalls eine Varianzanalyse mit Messwiederholung und den unabhängigen Variablen „Verbesserung des Bindungsmusters“ und „Zeit“ sowie der abhängigen Variablen „DISYPS, Fremdbeurteilung“ berechnet. Nach Einschätzung der engsten Bezugspersonen der Probanden unterscheidet sich die beiden Gruppen nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.000$ ;  $p=1.00$ ;  $\eta^2=.000$ ) von einander. Der Unterschied zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 ist jedoch signifikant ( $F_{(1,59)}=37.247$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.530$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 53%. Beide Gruppen wiesen nach der Behandlung signifikant häufiger ein sichereres Bindungsverhalten auf als vor der Behandlung. Die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=.249$ ;  $p=.62$ ;  $\eta^2=.007$ ). Kinder mit einem unveränderten Bindungsverhalten können ihre Symptomatik aus Sicht der Kindseltern stärker reduzieren als Kinder mit einem verbesserten Bindungsverhalten. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 45 dargestellt.

*Tabelle 45: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Kindern mit verbesserten und unveränderten Bindungsmustern laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Bindungsänderung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	unverändert	1,5900	,68275	15
	verbessert	1,5375	,65169	20
	Gesamt	1,5600	,65572	35

Messzeitpunkt 2	unverändert	,9067	,48250	15
	verbessert	,9575	,54971	20
	Gesamt	,9357	,51515	35

Die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 39 (siehe Anhang) graphisch dargestellt.

Ad c) Des Weiteren wird die Gesamtsymptomatik, also auch Symptome, die über die Hyperkinetische Störung hinausgehen, durch die Probanden im YSR, Fragebogen für Jugendliche, zu Beginn und Ende der Behandlung von den Probanden selbst bewertet. Durch eine Varianzanalyse mit Repeated Measure Design wird ermittelt, ob die „Veränderung des Bindungsverhaltens“ (Faktor 2) als unabhängige Variable einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Messwerte (Faktor 2: „Messzeitpunkt“) im YSR als abhängige Variable hat. Es zeigt sich kein signifikanter ( $F_{(1,59)}=1.736$ ;  $p=.20$ ;  $\eta^2=.050$ ) Unterschied zwischen Kindern mit einem verbesserten und einem unveränderten Bindungsmuster. Kinder mit einem durchgängig unsicheren Bindungsverhalten weisen zu beiden Messzeitpunkten eine höhere Symptomatik auf, ohne dass dieser Unterschied jedoch signifikant ist. Die Zeit beeinflusst die Gesamtsymptomatik aus Sicht der Patienten signifikant ( $F_{(1,59)}=26.972$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.450$ ). Die Varianzaufklärung beträgt 45%. Beide Gruppen zeigen zum zweiten Messzeitpunkt eine signifikant geringere Symptomatik als beim ersten Messzeitpunkt. Es ergibt sich keine signifikante ( $F_{(1,59)}=.307$ ;  $p=.58$ ;  $\eta^2=.009$ ) Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 46 dargestellt.

*Tabelle 46: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Kindern mit gleichbleibender und verbesserter Bindungsqualität in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest*

	Bindungsänderung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	unverändert	58,73	35,328	15
	verbessert	51,25	30,520	20
	Gesamt	54,46	32,381	35
Messzeitpunkt 2	unverändert	34,40	26,856	15
	verbessert	21,10	16,986	20

	Gesamt	26,80	22,423	35
--	--------	-------	--------	----

Die Mittelwerte beider Gruppen in der Prä- und Postmessung sind in Abbildung 40 (siehe Anhang) graphisch verdeutlicht.

Zusätzlich wird untersucht, ob sich die Beurteilung der Eltern bezüglich der allgemeinen Symptomatik der Probanden in Bezug auf die Änderung des Bindungsverhaltens signifikant verändert. Hierzu werden die Prä- und Postmessungen des CBCL/4-18 „Child Behavior Check List“, Elternfragebogen, herangezogen. Die Änderung der Bindungsmuster und die Zeit werden als unabhängige Variable und die Gesamtsymptomatik der Patienten als abhängige Variable verwendet. Es zeigt sich kein signifikanter ( $F_{(1,59)}=.299$ ;  $p=.59$ ;  $\eta^2=.009$ ) Unterschied der Gesamtsymptomatik zwischen Kindern mit verbesserter und gleichgebliebener Bindungsqualität. Kinder mit einem verbesserten Bindungsverhalten reduzieren ihre Symptomatik deutlicher, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Es gibt allerdings signifikante ( $F_{(1,59)}=57.821$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.637$ ) Unterschiede zwischen Messzeitpunkt 1 und 2. Die Varianzaufklärung beträgt 64%. Beide Gruppen weisen zum Ende der Behandlung hin signifikant sicherere Bindungsmuster auf. Es gibt keine signifikante ( $F_{(1,59)}=2.068$ ;  $p=.16$ ;  $\eta^2=.059$ ) Wechselwirkung. Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 47 wiedergegeben.

*Tabelle 47: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Kindern mit gleichbleibendem und verbessertem Bindungsmuster laut Kindseltern im Prä- und Posttest*

	Bindungsänderung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	unverändert	53,2000	19,41354	15
	verbessert	61,2500	17,21650	20
	Gesamt	57,8000	18,36205	35
Messzeitpunkt 2	unverändert	30,8667	19,54433	15
	verbessert	28,5000	18,38334	20
	Gesamt	29,5143	18,64273	35

In Abbildung 41 (siehe Anhang) sind die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten graphisch dargestellt.

Zusätzlich wird überprüft, ob die Veränderung des Bindungsverhaltens einen Einfluss auf die Einschätzung der Symptomveränderung durch die Behandler hat. Hierzu werden die Daten der Basis-Dokumentation zu beiden Messzeitpunkten herangezogen und als abhängige Variable eingesetzt, während „Bindungsänderung“ und „Messzeitpunkt“ die unabhängigen Variablen darstellen. Es zeigt sich kein signifikanter ( $F_{(1,59)}=.211$ ;  $p=.65$ ;  $\eta^2=.006$ ) Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Zum zweiten Messzeitpunkt weisen beide Gruppen eine signifikant ( $F_{(1,59)}=37.192$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2=.530$ ) sicherere Bindung auf als zum ersten. Die Varianzaufklärung beträgt 53%. Die Wechselwirkung beider Faktoren ist nicht signifikant ( $F_{(1,59)}=1.003$ ;  $p=.32$ ;  $\eta^2=.029$ ). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 48 wiedergegeben.

*Tabelle 48: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Kindern mit verbesserter und gleichgebliebener Bindungssicherheit, nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest*

	Bindungsänderung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Messzeitpunkt 1	unverändert	7,53	1,846	15
	verbessert	7,75	2,173	20
	Gesamt	7,66	2,014	35
Messzeitpunkt 2	unverändert	5,20	1,821	15
	verbessert	4,50	2,188	20
	Gesamt	4,80	2,041	35

Die Mittelwerte beider Gruppen zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 42 (siehe Anhang) graphisch dargestellt.

### **Zusammenfassung:**

- Der Zeitverlauf wirkt sich signifikant auf die Konzentrationsfähigkeit aus. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Kinder, die von einem unsicheren zu einem sicheren Bindungsstil wechselten, konnten ihre Konzentrationsfähigkeit deutlicher steigern als Kinder mit einem unveränderten Bindungsmuster. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.
- In Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Kindern mit verbesserter und unveränderter Bindung. Beide Gruppen verbessern ihre Symptomatik signifikant im Laufe der Behandlung. Es ergeben sich keine signifikanten

Wechselwirkungen. Kinder und Eltern stimmen hier in ihren Beurteilungen überein.

- Die Gesamtsymptomatik wird nicht davon beeinflusst ob sich die Bindungssicherheit verändert. Laut Kindseltern und Probanden zeigen Kinder mit konstant unsicherer Bindung eine höhere Symptomausprägung. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Allerdings wirkt die Zeit sich signifikant auf die Verbesserung der Bindungssicherheit aus. Beide Gruppen zeigen zum zweiten Messzeitpunkt signifikant eher ein sicheres Bindungsverhalten. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren „Zeit“ und „Änderung des Bindungsverhaltens“.

## **7. Zusammenfassung und Diskussion**

### **7.1 Zusammenfassung**

Die Studie wurde in der Tagesklinik einer etablierten Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer mittelgroßen deutschen Stadt am Rhein durchgeführt. 61 Probanden zwischen 7 und 14 Jahren nahmen teil, 16 Mädchen und 45 Jungen. Den Probanden sowie ihren engsten Bezugspersonen und ihren Eltern wurden Fragebögen zur Erfassung von ADHS-Symptomen und allgemeinen Symptomen ausgehändigt. Die Kinder und Jugendlichen erhielten zusätzlich einen Fragebogen zur Erfassung der Bindungsqualität und absolvierten einen Konzentrationstest. Die Behandler der Probanden füllten zusätzlich einen Fragebogen zur Erfassung der Gesamtsymptomatik aus. Diese Verfahren fanden sowohl in der ersten als auch in der letzten Behandlungswoche Anwendung.

Die Fragestellungen beziehen sich jeweils auf Probandengruppen, so wurden die Kinder bezüglich ihres Geschlechts, ihres Alters, ihrer Intelligenz sowie der psychischen Gesundheit und dem Bildungsstatus ihrer Eltern miteinander verglichen. Gemessen wurden ihre Konzentrationsfähigkeit, ihre hyperkinetische Symptomatik, ihre Gesamtsymptomatik und ihre Bindungsqualität. Es wurde überprüft, ob die jeweiligen persönlichen Attribute einen Einfluss auf die erhobene Symptomatik und deren Veränderung im Laufe der Zeit haben. Zusätzlich wurde überprüft ob das Bindungsverhalten mit den anderen Symptomgruppen im Zusammenhang steht.

Alle Probanden zeigen in allen Bereichen eine signifikante Verbesserung zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt. Da aus organisatorischen Gründen keine Kontrollgruppe zum Einsatz kam, kann aber daraus nicht sicher geschlossen werden, ob diese Verbesserung nur auf die Behandlung in der Tagesklinik zurückzuführen ist.

Es ergibt sich eine deutliche Auswirkung des Alters; in fast allen Bereichen zeigen jüngere Kinder eine tendenziell bis signifikant deutlichere Verbesserung ihrer Symptomatik als ältere Kinder.

Die anderen persönlichen Faktoren, Geschlecht, Intelligenz, psychische Gesundheit der Kindseltern und Bildungsabschluss der Eltern haben keine eindeutige und übergreifende Auswirkung auf die erfassten Symptombereiche. Die Bindungsqualität stand mit den anderen Symptomen in keinem Zusammenhang.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie hinsichtlich ihrer Einschränkungen der Durchführung in einer Tagesklinik mit Regelversorgung sowie bezüglich der gewonnenen Daten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung diskutiert. Die verwendeten

Messinstrumente werden kritisch beleuchtet. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden zusammengefasst, mit vorangegangenen Studien verglichen und mögliche Schlussfolgerungen diskutiert. Abschließend werden in einem kritischen Ausblick die Hauptkritikpunkte aus der Sicht der Verfasserin aufgelistet und in die bisherige Forschung eingegliedert.

### **7.1.1 Kritische Anmerkungen zu den Erhebungsmethoden und der Untersuchungsdurchführung**

Mit allen Untersuchungsverfahren gehen neben deutlichen Vorteilen auch Nachteile einher. Bei der Auswahl der Verfahren für die vorliegende Studie wurden diese abgewogen und Entscheidungen für die am geeignetsten erscheinenden Verfahren gefällt. Im Folgenden sollen die Nachteile der verwendeten Fragebögen und Tests kurz beleuchtet werden.

Der Konzentrationstest d'2 ist weniger geeignet für die Erfassung längerfristiger Aufmerksamkeit und Dauerleistung über eine oder mehrere Stunden sowie zur Erfassung der Vigilanz. Das Verfahren kann zwar die fokussierte, jedoch nicht die distributive Aufmerksamkeit erfassen. In der vorliegenden Studie war diese Unterscheidung nicht weiter relevant.

Es hat sich gezeigt, dass in diesem Test bei psychiatrischen Patienten die Korrelation zwischen Intelligenz und Konzentration höher ist als in nicht-psychiatrischen Stichproben (Brickenkamp, 1994). Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um eine psychiatrische Stichprobe. Dies beeinflusst die Aussagekraft der Ergebnisse des d'2; aufgrund dessen wird bei einigen Fragestellungen überprüft, ob die Intelligenz in den beiden verglichenen Gruppen gleich verteilt ist.

Der DISYPS-ADHS ist für Kinder ab dem 11. Lebensjahr konzipiert. An der vorliegenden Studie nahmen jedoch auch jüngere Kinder teil. Dies könnte die Auswertbarkeit der erhaltenen Daten reduzieren. Jedoch wurden zur Analyse lediglich Rohwerte verwendet, die standardisierten Normen fanden keine Anwendung, sodass eine Verbesserung oder Verschlechterung abgebildet werden konnte. Die Tatsache, dass auch jüngere Kinder die Fragebögen ausfüllten, kann die Reliabilität des Verfahrens beeinträchtigen, was in der vorliegenden Studie jedoch nicht der Fall war. Die Reliabilitätstestung ergibt zu beiden Messzeitpunkten gute bis exzellente Werte. Alle Probanden erhielten, sofern gewünscht, Unterstützung durch Erwachsene beim Ausfüllen der Fragebögen. Bei den Erwachsenen handelte es sich um Angestellte der Klinik, welche zu Neutralität angehalten waren und die Kinder frei antworten ließen.

Der Youth Self Report ist für Kinder ab dem 11. Lebensjahr konzipiert. In der vorliegenden

Studie wurde er auch von jüngeren Kindern bearbeitet. Zur Analyse werden lediglich Rohwerte verwendet, die standardisierten Normen finden keine Anwendung, sodass eine Verschlechterung oder Verbesserung abgebildet werden kann. Dieser Fragebogen wurde ebenfalls von jüngeren Kindern ausgefüllt unter den oben genannten Bedingungen.

Der Fragebogen beansprucht viel Zeit, und es besteht die Möglichkeit, dass vor allem jüngere Kinder beim Ausfüllen ermüden oder unkonzentriert werden, was die Reliabilität beeinträchtigen könnte. In der vorliegenden Studie ergeben sich jedoch gute bis exzellente Reliabilitäten.

Auch die Child Behavior Checklist besteht aus über 100 Items, sodass ausfüllende Eltern möglicherweise gegen Ende an Motivation verlieren und Fragen halbherzig oder gar nicht beantworten. Vor allem bei Eltern mit einem niedrigen Bildungsstand oder bei psychisch belasteten Patienteltern könnte dies der Fall sein, was eine Vergleichbarkeit der Daten in beiden Gruppen möglicherweise erschwert. Jedoch sind die Reliabilitäten zu beiden Messzeitpunkten gut bis exzellent.

Problematisch könnte bei der Basisdokumentation sein, dass sie von den Behandlern im Rahmen ihrer täglichen Klinikarbeit ausgefüllt wurde. So wurden einige psychopathologische Befunde erst einige Wochen nach der Aufnahme der betreffenden Patienten in die Tagesklinik erhoben. Zu diesem Zeitpunkt kann die Behandlung schon eine erste Wirkung auf das Verhalten der Kinder genommen haben. Außerdem erstellten einige Behandler den abschließenden psychopathologischen Befund erst mehrere Wochen nach Entlassung der Patienten. Die Erinnerung kann durch die verstrichene Zeit getrübt sein. In zukünftigen Studien sollte darauf geachtet werden, einen spezifischen Fragebogen für die Behandler bereitzuhalten, der nur der Studie dient. Eventuell könnte es auch ausreichen, die Behandler wiederholt zu einem zeitnahen Ausfüllen anzuhalten.

Ein weiteres Problem könnte darin liegen, dass keine Normwerte und wenig Studienerfahrung mit der verwendeten Basisdokumentation vorliegen. Dieses Verfahren wurde in dieser Studie aus praktischen und zeitökonomischen Gründen gewählt, außerdem handelt es sich um ein umfassendes Verfahren, das ein großes Spektrum von psychiatrischen Auffälligkeiten auf einer Skala erfasst.

In der vorliegenden Studie sind alle Skalen des Bochumer-Bindungs-Tests reliabel. Die beiden Skalen unsicher-ambivalenter und unsicher-vermeidender Bindung sind aus Analysegründen zusammengefasst. Dies verwischt kulturelle und andere Anpassungsleistungen der beiden unsicheren Bindungstypen.

Beim Bochumer Bindungs-Test handelt es sich um das einzige deutschsprachige Verfahren,

mit dem es möglich ist, das Bindungsverhalten in Gruppen zu erheben. Die beiden Varianten des Verfahrens sind in geschlechtersensibler Sprache formuliert und passen sich so den individuellen Probanden an. Es wurde speziell für den Einsatz in Gruppen entwickelt.

### **7.1.2 Kritische Anmerkungen zur Untersuchungsdurchführung**

Im Verlauf der vorliegenden Studie zeigten sich einige Schwierigkeiten, welche in zukünftigen Forschungsarbeiten beachtet werden sollten. So zeigten einige Probanden Widerstand beim Ausfüllen, da mehrere der verwendeten Fragebögen Standard in der klinischen Diagnostik sind und bereits kurze Zeit vor der Studie von ihnen ausgefüllt wurden. Die Kinder beschwerten sich teilweise über die erneute Arbeit. Mehreren Patienten und deren Eltern musste erklärt werden, wieso Fragebögen, die vor einigen Monaten ausgefüllt wurden, nicht für die Studie verwendet werden konnten. Einige der Kinder, vor allem die jüngeren und solche mit einem niedrigeren IQ, benötigten Hilfe bei der Bearbeitung der Fragebögen, während die anderen Probanden ihre Fragebögen selbstständig bearbeiten konnten. Durch diese Unterstützung könnten die Antworten der Kinder beeinflusst worden sein.

Die erhobenen demografischen Daten wurden anamnestischen Berichten der Behandler entnommen. Möglicherweise wäre eine direkte Befragung der Eltern exakter und aktueller gewesen. Jedoch machen einige Eltern erfahrungsgemäß absichtlich oder unabsichtlich falsche Angaben gegenüber dem Therapeuten, etwa weil sie sich nicht mehr erinnern können oder um sich selbst positiver darzustellen.

Vor allem bezüglich möglicher psychischer Störungen der Kindseltern wurde sich nur auf die Angaben der Eltern selbst verlassen, genaue Diagnosen wurden nicht erfasst. Wie oben beschrieben, können diese Angaben absichtlich oder unabsichtlich falsch sein. Hier sollte in einer zukünftigen Studie eine genaue Diagnose der Eltern erfragt werden und gegebenenfalls durch einen medizinischen Befund belegt werden. Auch kann relevant sein, ob ein oder beide Elternteile erkrankt sind und ob das Kind mit diesem Elternteil oder beiden zusammenlebt, da multiple Erkrankungen in der Familie sowie eine Erkrankung im direkten häuslichen Umfeld eine deutlich höhere Belastung darstellen. Ebenfalls wurde nicht unterschieden, ob die Kindseltern an einer chronischen Erkrankung litten, in der Vergangenheit erkrankt oder von einer akuten Krankheit betroffen waren.

Die Erziehungsstile der Kindseltern könnten eine relevante Auswirkung auf das Bindungsverhalten und die hyperkinetische sowie allgemeine Symptomatik der Kinder haben.

Diese wurde nicht mit erhoben, so konnte auch nicht gezeigt werden, ob es durch die intensive Elternarbeit im tagesklinischen Setting zu einer Änderung des Erziehungsverhaltens kam. Dieser Zusammenhang wurde von einer schwedischen Fallstudie gezeigt (Crittenden & Kulbotten, 2007).

Ob die Kindseltern psychisch erkrankt waren, wurde zwar erfasst, nicht jedoch der Bindungsstil der Kindseltern. Laut vorausgegangenen Studien hat der Bindungsstil der Hauptbezugsperson einen starken Einfluss auf die hyperkinetische Symptomatik der Kinder (Kissgen et al., 2009). So wäre es interessant, zu sehen, ob der Bindungsstil der Hauptbezugsperson die Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik beeinflusst. Hierzu müssten die Bindungsmuster der engsten Bezugspersonen zu Beginn und Ende der Behandlung ebenso erfasst werden wie die ihrer Kinder.

## **7.2 Zusammenfassung und Kurzdiskussionen über die Befunde zu den einzelnen Fragestellungen**

### **7.2.1 Der Faktor 'Zeit'**

In der vorliegenden Studie zeigen alle Probandengruppen, Jungen wie Mädchen, Ältere wie Jüngere, Kinder psychisch gesunder und kranker Eltern, Kinder mit hohem und niedrigem IQ, Kinder, deren Eltern einen hohen oder niedrigen Bildungsstand haben, eine signifikante Verbesserung ihrer Konzentrationsfähigkeit, der hyperkinetischen Symptomatik und Gesamtsymptomatik. Die Wirkung von verhaltenstherapeutischen Behandlungen ist durch zahlreiche Studien (Döpfner, et al., 2000; Lauth & Schlottke, 2002; Steinhausen, 2002; Döpfner, 2002; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Burke et.al., 2002) belegt. Da es in der vorliegenden Studie aus organisatorischen Gründen keine Kontrollgruppe gab, kann aufgrund dieser Ergebnisse nur gemutmaßt werden, dass diese Verbesserungen auf die erfolgte Therapie zurückgeführt werden können. Eine Spontanremission der Symptomatik wäre zwar möglich, jedoch bei der vorliegenden Stichprobengröße und den signifikanten Verbesserungen eher unwahrscheinlich (Biederman et al., 2000; Barkley, 2002; Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., 2007). Die Ergebnisse belegen jedoch nicht eindeutig den Erfolg der Therapie. Nur eine Wartelisten-Kontrollgruppe oder eine Kontrollgruppe in einem anderen therapeutischen Setting wie einer ambulanten oder stationären Therapie könnten diesen Schluss begründet zulassen. Eine Studie von

2009, welche in derselben Klinik durchgeführt wurde und eine Kontrollgruppe beinhaltete, hat jedoch bereits eine signifikante Wirkung der angebotenen Behandlung belegt (Pollitt, 2009), sodass in der hier vorgelegten Studie diese Frage nicht erneut gestellt wurde.

Weiter wird die externe Validität der Studie durch das Sample selbst beeinträchtigt. Nur Kinder mit stark ausgeprägten Symptomen werden tagesklinisch behandelt. Da es sich um eine rein klinische Stichprobe handelt, ist eine Verallgemeinerung auf ambulant behandelte AD(H)S-Patienten erschwert.

## **7.2.2 Diskussion der Ergebnisse zur Veränderung der Konzentration, der hyperkinetischen und der allgemeinen Symptomatik**

### *Der Einfluss des Geschlechts*

Mädchen zeigen zu beiden Messzeitpunkten eine tendenziell höhere Konzentrationsleistung als Jungen. In anderen Studien zeigten sich in allen Konzentrationstests im frühen Schulkindalter nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede, jedoch stieg mit zunehmendem Alter das Leistungsvermögen von Jungen deutlich an (Scheid, 1994). Die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Zeitverlauf ist in der vorliegenden Studie nicht signifikant. Die tagesklinische Betreuung wirkt sich also auf beide Geschlechter in der gleichen Weise aus. Eine Studie von Meinel und Schabel (1998) fand keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Schnelligkeit in der Bearbeitung der Tests. Der verwendete Konzentrationstest selbst sieht ebenfalls keine Normtrennung zwischen Jungen und Mädchen vor, während andere Tests wie der YSR in ihren Normen sehr wohl Geschlechtsunterschiede berücksichtigen.

Sowohl aus Sicht der Eltern als auch der Patienten zeigen Mädchen zum ersten Messzeitpunkt eine leicht geringere hyperkinetische Symptomatik als Jungen, zum zweiten Messzeitpunkt trifft dies nur noch aus Sicht der Kindseltern zu. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Mädchen, die eher Symptome wie Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit zeigen, fallen nach außen weniger auf. Möglicherweise schärft sich aber ihre eigene Wahrnehmung der Symptome durch die krankheitsorientierte Behandlung und die ausführliche Psychoedukation. Die expansive Symptomatik, die vor allem Jungen zeigen, wird von Eltern deutlicher bemerkt. Bei einer größeren Stichprobengröße würden die Ergebnisse hier höchstwahrscheinlich signifikant. Es zeigt

sich keine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Zeit in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik. Diese Ergebnisse decken sich mit Weisz et al. (1987), die ebenfalls keinen Einfluss des Geschlechts auf die wahrgenommene Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik fanden.

In der vorliegenden Untersuchung ergeben sich keine Hinweise auf einen signifikanten Einfluss des Geschlechts auf die Allgemeine Symptomatik, auch hier erzielte Weisz (1987) ähnliche Ergebnisse. Jungen zeigen in allen Tests eine höhere Symptomausprägung als Mädchen, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse der vorliegenden und der zitierten Studie ergeben keine Hinweise auf eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Zeit und dem Geschlecht auf die Gesamtsymptomatik.

Es bleibt zu bemerken, dass an dieser Studie deutlich mehr Jungen (N=45) als Mädchen (N=16) beteiligt waren. Dies erschwert die Vergleichbarkeit. Diese Ungleichheit ist auch dadurch bedingt, dass Jungen häufiger an einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens leiden als Mädchen (Warnke, 2000; Remschmidt, 2011). Die Literatur geht davon aus, dass es etwa drei bis neun Mal so viele Jungen mit einer AD(H)S-Diagnose gibt wie Mädchen (Mattejat, 2010). Die Erklärungsmodelle hierfür sind unterschiedlich; so ist es möglich, dass Lehrer und Eltern das Fehlverhalten von Mädchen eher tolerieren (Baumgärtel et al., 1995). Unabhängig von diesem Bias ist auch denkbar, dass Mädchen tendenziell eher eine geringere Ausprägung der Störung zeigen, bzw. eher unauffälligere Symptome wie Unaufmerksamkeit anstelle von Hyperaktivität aufweisen (Altherr, 2000; Neuhaus, 2000).

### *Der Einfluss des Alters*

In Bezug auf die Konzentration unterscheiden die Altersgruppen sich zwar zu beiden Zeitpunkten signifikant voneinander, jedoch wird die Veränderung über die Zeit nicht vom Alter beeinflusst. Die Wechselwirkung zwischen Alter und Zeit ist in Bezug auf die Konzentrationsfähigkeit nicht signifikant. Jüngere Kinder zeigen zu beiden Messzeitpunkten eine signifikant geringere Konzentrationsleistung. Dieses Ergebnis war zu erwarten, da ältere Kinder grundsätzlich eine höhere Konzentrationsleistung zeigen. So können sich Kinder im Schnitt eine Minute pro Lebensjahr am Stück konzentrieren (Mattejat, 2010).

Jüngere Kinder sehen eine stärkere hyperkinetische Symptombelastung bei sich selbst als ältere. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Es wird kein signifikanter Einfluss des Alters

auf die Veränderung der Symptombelastung wahrgenommen. Dies deckt sich mit einer Studie von Casey und Berman (1985).

Die Eltern sehen tendenziell eine stärkere Symptomausprägung in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik bei den jüngeren Kindern. Aus ihrer Sicht verbessern sich ältere Kinder signifikant weniger als jüngere Kinder. Die Wechselwirkung ist signifikant. Einen ähnlichen Effekt fanden Weisz et al. (1987). In der Studie von Weisz et al. (1987) wurden ebenfalls die Kindseltern mit dem Fragebogen Child Behavior Checklist befragt, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erleichtert.

Sowohl Kinder als auch Eltern sehen beim ersten Messzeitpunkt eine höhere Belastung der jüngeren Kinder, dies deckt sich mit der Feststellung, dass jüngere Kinder meist eine ausgeprägtere hyperkinetische Symptomatik aufweisen als ältere. Die signifikante Verbesserung der jüngeren Kinder wird jedoch nur von den Eltern wahrgenommen. Es ist möglich, dass die Symptome der älteren Kinder eher internalisierend sind, wie Ablenkbarkeit und Unkonzentriertheit, und somit von den Eltern weniger beobachtet werden. So fällt den Eltern eine Veränderung bei älteren Kindern weniger auf als bei den expansiven jüngeren Kindern. Weiterhin verbringen viele Eltern mehr Zeit mit jüngeren Kindern als mit älteren und können so Veränderungen unmittelbarer wahrnehmen.

In Bezug auf die Gesamtsymptomatik sehen Kinder und Eltern diese bei den Jüngeren nicht signifikant stärker ausgeprägt als bei den Älteren, zumindest zum ersten Messzeitpunkt. Beim zweiten Messpunkt wird bei älteren Kindern eine stärker ausgeprägte allgemeine Symptomatik wahrgenommen. Aus Sicht der Eltern und Kinder verbessern jüngere Kinder ihre gesamten Symptome stärker als ältere. Diese wahrgenommene Wechselwirkung ist signifikant. Hier finden sich Übereinstimmungen mit vorausgegangenen Studien (Weisz et al., 1987), nach denen ältere Kinder sich nicht so deutlich verbesserten wie jüngere.

Anders als Kinder und Eltern sehen die Behandler zu beiden Zeitpunkten eine stärker ausgeprägte Gesamtsymptomatik bei den älteren Kindern, sie nehmen keine signifikante Wechselwirkung zwischen Alter und Zeit wahr.

Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Kinder und Kindseltern einerseits und der Behandler andererseits mag darin begründet liegen, dass Eltern mit jüngeren Kindern mehr Zeit verbringen und sie bei mehr Aktivitäten begleiten müssen als dies bei älteren Kindern der Fall ist. So nehmen Eltern die expansiven Probleme von jüngeren Kindern häufiger und intensiver wahr als die von älteren Kindern. Behandler andererseits verbringen mit allen Patienten, unabhängig von deren Alter, ungefähr gleich viel Zeit. Möglicherweise haben ältere Kinder gelernt, mit der

Symptomatik zu leben und sehen sie erst durch die Behandlung und den damit verbundenen Fokus auf dem problematischen Verhalten als krankhaft. Hierdurch schärft sich ihr Blick für die Symptomatik, und sie lernen im Laufe der Behandlung, ihre Symptome klarer zu differenzieren, weniger ich-synton, also im Einklang mit ihrer Persönlichkeit, zu sehen und damit besser zu benennen. Jüngere Kinder wurden möglicherweise schon vor der Behandlung häufiger auf ihr Fehlverhalten hingewiesen und waren sich deshalb der Symptomatik eher bewusst, vor allem da jüngere Kinder eher zu einer expansiven Symptomatik neigen. Es ist auch möglich, dass Behandler eine stärker ausgeprägt Symptomatik bei den älteren Kindern sehen, da sich diese eher in größeren Problemen, wie z.B. delinquentem Verhalten äußert.

Es gibt eine Vielzahl von Forschungen, die nahe legen, dass sich die Hyperaktivität, anders als die Aufmerksamkeits- und Impulskontrollstörung, in der Pubertät legt (Döpfner et al., 2002; Steinhausen, 2002). Somit bemerken Außenstehende die Symptomatik bei jüngeren Kindern deutlicher als bei älteren. Eine Hyperaktivität beeinträchtigt das Umfeld nachhaltig, während eine Aufmerksamkeitsschwäche eher zu Problemen für den Betroffenen führt und nur in einigen alltäglichen Situationen zum Tragen kommt. Eine Impulsivität kann sich im Alltag der älteren Jugendlichen eher in einer Spontaneität äußern, die nicht notwendigerweise pathologisch gedeutet wird. Die zitierten Studien beziehen sich auf Elternaussagen und decken sich mit den wahrgenommenen Symptomausprägungen durch die Eltern in dieser Studie.

### *Der Einfluss der Intelligenz*

Kinder mit einer niedrigeren Intelligenz zeigen eine stärkere Verbesserung ihrer Konzentrationsfähigkeit im Laufe der Behandlung als intelligentere Kinder. Der Unterschied wird aber nicht signifikant. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu anderen Studien, in denen Kinder mit einer höheren Intelligenz eine deutlichere Verbesserung aufwiesen (Mathiassen, 2012). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die vorliegende Studie fast mit einer Normalverteilung arbeitete, also auch hochbegabte und lernbehinderte Kinder einschloss, während andere Studien, wie die oben zitierte, häufig ihre Samples auf Probanden mit einem durchschnittlichen Intelligenzquotienten beschränkten (Muratori et al., 2003) und somit nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind. In der Studie von Muratori et al. (2003) wurden vorrangig Kinder mit einer emotionalen Symptomatik untersucht, dies kann die tatsächliche Konzentrationsfähigkeit überlagern. Außerdem fand diese Studie in einem ambulanten Setting statt. In der Studie von

Mathiassen (2012) wurden ambulante Patienten untersucht, deren Altersdurchschnitt dem der vorliegenden Studie entspricht. Jedoch litten nur ein Drittel der Kinder an einer hyperkinetischen Störung. Diese Studie verwendete außer dem IQ-Test nur Fragebogenverfahren, mit denen die Symptomatik nur indirekt erhoben wurde. In der vorliegenden Studie wurde die Konzentration ebenfalls direkt erhoben, was eine Feststellung der Zusammenhänge erleichtert. Das Ausbleiben von signifikanten Ergebnissen ist möglicherweise auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen.

Zu beiden Messzeitpunkten nehmen Kinder mit einem niedrigeren IQ eine stärkere, aber nicht signifikante hyperkinetische Symptomatik wahr. Dies stimmt mit vorausgegangenen Studien überein (Samara et al., 2008). Es gibt keine signifikante Wechselwirkung zwischen IQ und Zeit, beide Gruppen verringern also ihre Symptomatik in gleicher Weise.

Kinder mit einem niedrigeren IQ bewerten ihre Gesamtsymptomatik schwerwiegender als Kinder mit einem hohen IQ. Der Unterschied wird jedoch nicht signifikant. Die anderen Beurteiler sehen diesen Unterschied ebenfalls, jedoch auch nicht signifikant. Hier finden sich Parallelen zu vorherigen Studien, die ebenfalls eine höhere Symptomausprägung bei Patienten mit einem niedrigeren IQ sahen (Samara et al., 2008). Möglicherweise ergeben sich in der vorliegenden Studie aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Signifikanzen in diesem Bereich. Die Ergebnisse gehen jedoch in die gleiche Richtung wie vorausgegangene Studien. Es gibt keine signifikanten Wechselwirkungen in Bezug auf hyperkinetische Symptomatik und allgemeine Symptomatik.

Ein niedriger IQ gilt allgemein als Risikofaktor dafür, eine psychische Störung zu entwickeln (Remschmidt, 2011). Es ist deshalb naheliegend, dass ein niedriger IQ auch zu einer stärkeren Symptomausprägung führt möglicherweise aufgrund einer mangelnden Reflexionsfähigkeit. Mangelnde Handlungs- bzw. Kompensationsstrategien der kognitiv schwächeren Kinder können ebenfalls eine mögliche Erklärung sein. Als mögliche Drittvariablen oder Moderatoren könnte zum Beispiel eine geringere soziale bzw. instrumentelle Unterstützung bei Kindern mit niedrigerem IQ, einhergehend mit einem tendenziell niedrigeren sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilien, eine Rolle spielen. Ein weiterer wichtiger, kaum zu eliminierender Faktor ist die Schulform. So besuchen lernschwache Kinder häufig Förderschulen, in denen sie zwar tendenziell kleinere Klassen besuchen, in denen aber auch eine größere Unruhe herrscht. Dies wirkt sich auf das Lernverhalten und die Konzentrationsfähigkeit aus.

*Der Einfluss einer psychischen Erkrankung der Kindseltern*

Eine psychische Erkrankung der Kindseltern hat keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der Konzentration. Die Wechselwirkung zwischen psychischer Erkrankung und Zeit ist nicht signifikant. Dies widerspricht vorausgegangenen Studien, in denen Kinder mit psychisch kranken Eltern eine schlechtere Prognose hatten (Kazdin, 1995; Kazdin & Crowley, 1997). Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind, weisen zu beiden Messzeitpunkten höhere Werte im Konzentrationstest auf. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen vorausgegangener Studien, in denen Kinder psychisch gesunder Eltern bessere Ergebnisse erzielten (Bureau et al., 2009; Bagner et al., 2010). Diese Studien bezogen sich jedoch nicht speziell auf die Konzentrationsfähigkeit, sondern auf eine allgemeine problematische Entwicklung. Sind die Kindseltern psychisch belastet, so wird den Kindern häufig eine größere Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit abverlangt. Es ist möglich, dass die besseren Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung diese Ansprüche widerspiegeln (Mattejat, 2005). Diese Erkenntnis steht allerdings in Widerspruch zu den anderen zitierten Studien. Die Stichprobengröße ist hier möglicherweise zu gering, um in diesem Bereich signifikante Ergebnisse zu erzielen.

Kinder mit psychisch kranken Eltern schätzen ihre eigene hyperkinetische Symptomatik als niedriger ein, während die psychisch kranken Eltern die Symptomatik ihrer Kinder als stärker bewerten. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Hier ist anzunehmen, dass Eltern, die psychisch erkrankt sind, durch Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder stärker belastet sind als psychisch stabilere Eltern. Die Wechselwirkung zwischen Krankheit der Eltern und Zeit ist bei beiden Beurteilern nicht signifikant.

Kinder mit psychisch kranken Eltern schätzen ihre eigene Gesamtsymptomatik als stärker ein. Kinder, deren Eltern psychisch gesund sind, reduzieren ihre Symptomatik laut Beurteilung der Kindseltern deutlicher. Die Unterschiede werden jedoch nicht signifikant. Wie bereits oben angedeutet, ist anzunehmen, dass psychisch gesunde Eltern eine weniger belastete Sicht auf die Symptomatik ihrer Kinder haben und somit Veränderungen besser wahrnehmen können. Ebenso erhalten Kinder psychisch kranker Eltern möglicherweise häufiger ein negatives Feedback von ihren Eltern und erleben sich dadurch selbst als belasteter. Mit einer größeren Stichprobe wären hier möglicherweise eher signifikante Ergebnisse erzielt worden.

#### *Der Einfluss des elterlichen Bildungsstands*

Bezüglich der Konzentrationsfähigkeit zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Kindern von Eltern mit niedrigerem und höherem Bildungsabschluss. Kinder, deren Eltern einen höheren Schulabschluss haben, weisen zu beiden Zeitpunkten bessere Werte auf. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung. Eltern mit einem höheren Bildungsabschluss mussten sich in ihrer Schulzeit und möglicherweise auch in ihrem Arbeitsalltag länger und intensiver konzentrieren und haben diese Fähigkeit eventuell an ihre Kinder vererbt oder bei diesen gefördert. Die Unterschiede sind nicht signifikant, dies könnte allerdings an der geringen Stichprobengröße liegen.

Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben, schätzen ihre eigene hyperkinetische Symptomatik zu beiden Zeitpunkten höher ein. Der Unterschied ist nicht signifikant. Ähnliche Zusammenhänge fanden Pheula et al., (2011) Es gibt keine signifikante Wechselwirkung. Laut Beurteilung von Kindseltern mit höherem Bildungsabschluss zeigen ihre Kinder zu beiden Messzeitpunkten signifikant geringere hyperkinetische Symptome. Es gibt jedoch keine signifikante Wechselwirkung. Die Beurteilungen der Kinder und der Eltern stimmen hier mit einer Studie von Scahill et al. (1999) überein, die eine höhere Symptomausprägung bei Kindern sah, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss hatten.

In der Selbsteinschätzung der Probanden und der Kindseltern weisen Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsabschluss haben, zu beiden Zeitpunkten eine signifikant niedrigere Gesamtsymptomatik auf. Eltern mit einem niedrigeren Bildungsgrad bewerten die Symptomatik ihrer Kinder stärker als Eltern mit einem hohen Bildungsabschluss. Dies stimmt ebenfalls mit der vorausgegangenen Studie von Scahill et al. (1999) überein. Ein hoher elterlicher Bildungsstatus steht in Verbindung mit einer geringeren Symptomausprägung bei den Kinder. Es ist anzunehmen, dass Eltern mit einem höheren Bildungsgrad sich früher und ausführlicher über die Problematik ihrer Kinder informieren und versuchen, dementsprechend gegenzusteuern. Das Ausbleiben signifikanter Ergebnisse könnte auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt werden.

Laut Behandler-Einschätzung weisen Kinder, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, zum ersten Messzeitpunkt eine geringere Symptomausprägung auf, zum zweiten Messzeitpunkt haben beide Gruppen fast identische Werte. Der Unterschied beim ersten Messzeitpunkt ist nicht signifikant. Die Behandler erleben die Kinder nur im tagesklinischen Setting. Möglicherweise spielt der finanzielle Hintergrund der Familie nach einigen Wochen der Behandlung in diesem Setting, indem identische Bedingungen geschaffen werden, keine große Rolle mehr. Es zeigen sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Bildungsstand und Zeit. Die Einschätzungen der Kinder, Eltern und Behandler decken sich hier.

Eine gewisse Ähnlichkeit der Ergebnisse zur Konzentration, Hyperkinetik und Gesamtsymptomatik zwischen sozio-ökonomischem Status und psychischem Gesundheitszustand der Kindseltern ist zu erwarten, da sich die genannten Faktoren gegenseitig mitbedingen (Ihle et al., 2001).

### **7.2.3 Diskussion der Ergebnisse zur Bindungssicherheit**

#### *Der Einfluss des Geschlechts*

Es zeigt sich kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf das Bindungsverhalten. Jedoch verbessern sich beide Gruppen; bei Jungen ist diese Verbesserung etwas deutlicher. Dies stimmt mit vorausgegangenen Studien überein, die keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern fanden (Weisz et al., 1987). Es nahmen deutlich mehr Jungen als Mädchen an der Studie teil. Bezüglich der Bindungsmuster ist kein Unterschied zwischen den Geschlechtern bekannt (Ainsworth, 1985; Ijzendoorn & Kroonenberg, 1988; Goldberg, 1995).

#### *Der Einfluss des Alters*

Es zeigt sich eine signifikante Auswirkung des Alters auf die Veränderung der Bindungssicherheit. Jüngere Kinder wechseln im Laufe der Behandlung signifikant häufiger von einem unsicheren zu einem sicheren Bindungsmuster als ältere. Weisz et al. (1987) fanden ebenfalls eine deutliche Verbesserung von Verhaltensauffälligkeiten durch eine Behandlung bei jüngeren Kindern. Bindung ist meist stabil und ändert sich nur durch erschütternde Lebensereignisse oder intensive therapeutische Arbeit. Je länger ein Bindungsmuster aufrechterhalten wurde, desto schwieriger ist es, dieses zu modifizieren. Jüngere Kinder haben somit bessere Chancen, ihre Bindungsmuster zu verändern, da sie ihre Bindungsstrategien schon aufgrund der kürzeren Lebenszeit erst kürzer anwenden (Grossmann & Grossmann, 2003).

#### *Der Einfluss der Intelligenz*

Es zeigt sich keine Auswirkung der Intelligenz auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Bindungsqualität ist nicht signifikant. Kinder mit einem höheren IQ zeigen zu beiden Zeitpunkten ein eher sichereres Bindungsverhalten. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Ein unsicheres/desorganisiertes Bindungsverhalten steht in Zusammenhang mit einem niedrigeren IQ, dies belegte schon eine Vielzahl von Studien (Goldfarb, 1940; Ainsworth et al., 1978; Hopf, 2005).

#### *Der Einfluss der psychischen Gesundheit der Kindseltern*

Es zeigt sich keine signifikante Auswirkung der psychischen Gesundheit der Kindseltern auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Sind die Eltern psychisch krank, so ist diese Verbesserung der Bindungssicherheit etwas größer, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Dies widerspricht mehreren Studien, in denen der Behandlungserfolg bei Kindern psychisch kranker Eltern geringer war (Kazdin, 1995; Kazdin & Crowley, 1997). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass im Rahmen der tagesklinischen Behandlung auch eine intensive Elternarbeit stattfindet. Psychisch kranke Eltern sind in ihrer Erziehungskompetenz erfahrungsgemäß schwächer (Mattejat, 2002; Trautmann-Villalba & Hornstein, 2007) und profitieren so möglicherweise stärker von der engen pädagogischen und therapeutischen Unterstützung während der Behandlungszeit.

#### *Der Einfluss des Bildungsstands der Eltern*

Es zeigen sich keine signifikanten Auswirkungen des elterlichen Bildungsgrads auf eine Veränderung des Bindungsverhaltens. Bei Kindern, deren Eltern einen niedrigeren Schulabschluss haben, wird ein Wechsel zu einem sicheren Bindungsmuster häufiger verzeichnet. Die Wechselwirkung ist jedoch nicht signifikant. Eine Studie von Conrad et al. (2010) fand ebenfalls keinen signifikanten Unterschied in der erhobenen Symptomatik in Bezug auf den Bildungsgrad der Eltern. Andere Studien fanden einen negativen Effekt eines niedrigen elterlichen Bildungsgrades (Kazdin & Crowley, 1997). In der Studie von Kazdin und Crowley wurde mit ambulanten Patienten gearbeitet. Hier ist der Einfluss der häuslichen Umstände möglicherweise größer, da die Kinder weniger Zeit im therapeutischen Setting verbringen.

## *Veränderung des Bindungsverhaltens und Besserung der Symptomatik*

Der Zeitverlauf wirkt sich signifikant auf die Konzentrationsfähigkeit aus. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Kinder, die von einem unsicheren zu einem sicheren Bindungsstil wechselten, konnten ihre Konzentrationsfähigkeit deutlicher steigern als Kinder mit einem unveränderten Bindungsmuster. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

In Bezug auf die Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Kindern mit verbesserter und unveränderter Bindung. Beide Gruppen verbessern ihre Symptomatik signifikant im Laufe der Behandlung. Es ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen. Kinder und Eltern stimmen hier in ihren Beurteilungen überein.

Die Gesamtsymptomatik wird nicht davon beeinflusst, ob sich die Bindungssicherheit verändert. Laut Kindseltern und Probanden zeigen Kinder mit konstant unsicherer Bindung eine höhere Symptomausprägung. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Allerdings wirkt die Zeit sich signifikant auf die Verbesserung der Bindungssicherheit aus. Beide Gruppen zeigen zum zweiten Messzeitpunkt signifikant ein eher sicheres Bindungsverhalten.

Es zeigt sich in keinem der Bereiche ein Zusammenhang zwischen einer verbesserten Bindungsqualität und der Symptomatik. Möglicherweise kann dies auf die geringe Anzahl der Probanden zurückgeführt werden: An der Gesamtstudie nahmen 61 Probanden teil, 35 davon hatten zu Beginn eine unsichere Bindung (übrigens eine Zahl, die weit über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegt [Goldberg, 1995]). Eine sichere Bindung ist sicherlich mit einer Anzahl an protektiven Faktoren verbunden, wie einem höheren Selbstwertgefühl, besseren Konfliktmanagementfähigkeiten, einer positiveren Arbeitseinstellung und einem angemesseneren Sozialverhalten (Freeney & Noller, 1990; Mikulincer & Nachshon, 1992; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992; Hardy & Barkham, 1994).

In einer Metaanalyse von 2014 wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bindung und ADHS festgestellt, in dieser Studie kam ebenfalls der CBCL zum Einsatz (Roskam, et al., 2014). Allerdings handelte es sich hierbei nicht um eine Vorher-Nachher-Messung. Bei den Kindern in der Roskam-Studie handelte es sich um Adoptivkinder, die eine Vernachlässigung in früher Kindheit erfahren hatten und seither in stabilen Adoptiv-Familien lebten. In der vorliegenden Studie ist nicht erfasst, ob die Kinder eine deprivierte Säuglingszeit durchlebt haben oder ob ihre Bindungsmuster erst durch eine spätere Lebenskrise instabil wurden. Die erfassten Probanden

hatten auch in der vorliegenden Studie häufiger ein unsicheres Bindungsmuster, als dies in der Gesamtbevölkerung der Fall ist. Somit ist unumstritten, dass ein unsicherer Bindungsstil mit dem Auftreten von hyperkinetischen Symptomen in Verbindung steht. Jedoch scheinen die Veränderungen der einzelnen Symptombereiche in der vorliegenden Studie nicht im Zusammenhang zu stehen. Eine kausale Beziehung kann nicht nachgewiesen werden.

### **7.3 Gesamtdiskussion**

Es zeigt sich in allen Gruppen und in allen Testungen/Fragebögen eine signifikante Verbesserung zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt. Dies bedeutet, dass die Probanden sich nach der tagesklinischen Behandlung besser konzentrieren können und eine geringere hyperkinetische und allgemeine Symptomatik zeigen. Eine Spontanremission in diesem kurzen Zeitraum und in einem solch signifikanten Maße ist unwahrscheinlich. Da aus organisatorischen Gründen keine Kontrollgruppe untersucht wurde, kann aber aus dem Ergebnis nicht geschlossen werden, dass die Behandlung der entscheidende Faktor für die Verbesserung ist.. Von den überprüften Faktoren zeigt lediglich das Alter der Probanden in mehreren Bereichen eine signifikante Auswirkung auf das Ausmaß der Verbesserung.

Die Einschätzung der Eltern könnte durch das tagesklinische Setting selbst beeinträchtigt sein. Die Kinder verbringen einen Großteil ihres Tages in der Klinik, viele kommen erst gegen 17 Uhr nach Hause. Falls die Kinder zuvor eine Regelschule ohne Ganztagsbeschulung besuchten, verbringen die Eltern nun deutlich weniger Zeit mit ihren Kindern. Sie erleben alltägliche Situationen wie das Erledigen der Hausaufgaben und das Verabreden mit Freunden nicht mehr so intensiv mit wie zuvor. Dies könnte ihre Einschätzung der Symptomatik ihrer Kinder beeinflussen.

Diese Studie ist weiter limitiert, da kaum Daten zu der bisherigen Entwicklung der Kinder erhoben wurden. Erwiesenermaßen werden die Grundsteine für eine sichere Bindung in der frühen Kindheit gelegt (Bowlby, 1952). Welche Fürsorge die Kinder in den ersten Jahren erfahren haben, ob es Wechsel der Bezugspersonen, starke Verluste oder häufige Umzüge gab, wurde nicht berücksichtigt.

Eine deutliche Stärke dieser Studie ist die Berücksichtigung mehrerer Bewerter. So kommen wie in vorherigen Studien nicht nur die Eltern zu Wort (Roskamp, 2014), auch die Einschätzungen

der Kinder selbst und, 'neutraler' Außenstehender (der Behandler) wird betrachtet. Dies kann natürlich auch zu gegensätzlichen Aussagen führen, welche gezielt, aber meist spekulativ, interpretiert werden müssen. Übereinstimmungen der unterschiedlichen Beurteiler verfestigen gefundene Signifikanzen wiederum.

### 7.3.1 Ausblick

In dieser Studie wurden hauptsächlich persönliche Faktoren der Patienten erfasst. Es bleibt zu überprüfen, ob Behandlungsfaktoren wie das Geschlecht des Therapeuten, die Dauer der Behandlung oder die Art der Fachtherapie einen Einfluss auf die Veränderung der Symptomatik haben. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden mögliche komorbid bestehende Störungen ebenfalls nicht miteinbezogen. In zukünftigen Studien sollte dies berücksichtigt werden, da 80% der an ADHS erkrankten Patienten zusätzlich an einer weiteren Störung leiden (Jensen et al., 1997). Hierbei kann es sich v.a. um eine Teilleistungsstörung, eine Verhaltensstörung oder eine emotionale Störung handeln (Döpfner et al., 2000; Skrodzki, 2000; Lauth und Schlottke, 2002; Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003; Lehmkuhl, 2006). Verschiedene komorbide Störungen beeinflussen die allgemeine Symptomatik und die jeweilige Prognose in unterschiedlicher Weise (Poustka, 2000, Döpfner et al., 2000, Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003). Einige Patienten leiden auch unter mehr als einer komorbiden Störung, dies verkompliziert die Behandlung zusätzlich (Skrodzki, 2000; Jensen & Steinhausen, 2014).

Mögliche kulturelle Aspekte werden nicht beachtet. Die Stichprobe ist zwar klein, aber kulturell so vielfältig, dass eine Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe zu weit geführt hätte. Unter den Probanden befanden sich solche ohne Migrationshintergrund sowie Migranten der ersten, zweiten und dritten Generation, Kinder mit einem ausländischen Elternteil oder mit zwei, zu denen sie Kontakte in unterschiedlichen Intensitäten pflegten. Die Bindungsmuster, die von Eltern präferiert werden, sowie die Verteilung der Bindungsmuster sind teilweise kulturell bedingt (Grossmann et al, 1989; Goldberg, 1995).

Für weitere Forschungen scheint auch ein Vergleich unterschiedlicher Therapiemethoden, wie etwa einer systemischen oder tiefenpsychologischen Behandlung gegenüber dem hier angewandten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz sinnvoll.

Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist begrenzt, da sich die Untersuchung nur auf

eine einzige Klinik im Rheinland bezog. Außerdem wurde ein tagesklinisches Setting genutzt, während die Mehrheit der psychisch kranken Kinder in Deutschland ambulant behandelt wird.

Als wichtige Erkenntnis dieser Studie ist zu benennen, dass jüngere Kinder mit ADHS von einer tagesklinischen Behandlung eher profitieren als ältere. Für die Praxis bedeutet dies, dass eine Diagnose so früh wie möglich gestellt werden sollte, um entsprechende Indikationen so früh wie möglich zu eruieren und umzusetzen. Dies erhöht die Chancen auf eine deutliche Verbesserung der Symptomatik und reduziert so langfristig Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Lange Wartezeiten, die sich in der Realität der aktuellen gesundheitlichen Versorgungssituation in Deutschland oft über Monate oder sogar Jahre erstrecken können, stehen einer erfolgreichen Behandlung im Weg. Häufig zögern Eltern auch, in eine intensive Behandlung wie einen tagesklinischen Aufenthalt einzuwilligen. Je früher sie sich jedoch zu diesem Schritt entscheiden, umso erfolgreicher können die jungen Patienten behandelt werden.

## 8. Literaturverzeichnis

- Abela, J.Z.R., Hankin, B., Haigh, E.A.P, Adams, P., Vinokuroff, P. & Trayhern L. (2005). *Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk Children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. Vol. 34, No. 1, 182–192
- Aber, J.L. & Baker, A.J.L. (1990) *Security of Attachment in Toddlerhood: Modifying assessment procedures for joint clinical and research procedures*. In MT Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Pre-school years: Theory, research and intervention*. (pp427-460). University of Chicago Press.
- Abrecht, S., Krowatschek D. & Krowatschek, G. (2004): *Marburger Konzentrations Training (MTK) für Schulkinder*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Achenbach TM. & Edelbrock CS. (1983): *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Queen City Printers Inc.
- Achenbach TM. & Edelbrock CS. (1987): *Manual for the Youth Self Report and Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach TM (1991a): *Integrative guide of the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.
- Achenbach, T.M. (1991b): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991c): *Manual for the Youth Self-Report a Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Acton, C & Miller, R. (2009): *SPSS for Social Scientists. Second Edition*. Palgrave Macmillan.
- Adler, A. (1924): *The practice and theory of individual psychology*. (2nd ed. rev.). Oxford, England: Humanities Press.
- Ahnert, L. & Rickert, H. (2000): *Infant distress at child care entry: Association with infant-mother-attachment*. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 47 (3), 189-202.
- Ainsworth, M.D. (1964): *Pattern of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother*. In: Merrill Palmer Quarterly 10, S. 51-58
- Ainsworth, M. & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B.Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behaviour, Vol.4* (111-136.) London: Methuen.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda. Infant care and the growth of love*. Baltimore: John Hopkins University press.

- Ainsworth, M.D. & Bell, S.M. (1970): *Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation*. In: *Child Development*, 41, S. 49-67
- Ainsworth, M.D., Bell, S.M. u. Stayton, D. (1971): *Individual differences in Strange Situation Behavior of one-year-olds*. In: Schaffer, H.R. (Hg.): *The origins of human social relations*. London: Academic Press, S. 17-57
- Ainsworth, M.D. (1974): *Citation for the G. Stanley Hall Award to John Bowlby*. Unpublished manuscript.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. u. Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates
- Ainsworth, M.D.S. (1985): Weitere Untersuchungen über die schädlichen Folgen der Mutterentbehrung. In J. Bowlby (Hrsg), *Mutterliebe und kindliche Entwicklung* (171-218). Basel: Reinhardt.
- Ainsworth, M.D. (2002): *Biography: Mary D. Salter Ainsworth*: The McGraw-Hill Companies
- Albrecht, Krowatschek & Krowatschek (2010): *Marburger Konzentrationstraining für Kindergarten und Vorschulkindern*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Allen, J.P., Hauser, S.T. & Borman-Spurrell, E. (1996): *Attachment Theory as a Framework for Undersanding Sequelea of Severe Adolescent Psychopathy: An 11-Year Follow-up Study*. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. Vol. 64, No.2. 254-263.
- Allen, J.P., Moore, C., Kuermink, C. & Bell, K. (1998): *Attachment and Adolescent Psychosocial Functioning*. *Child Development* 69(5) 1406–1419.
- Allen, J., Porter, M. & McFarland, C. (2007): *The Relation of Attachment Security to Adolescents' Paternal and Peer Relationships, Depression, and Externalizing Behavior*. *Child Dev.* 2007; 78(4): 1222–1239.
- Altherr, P. (2000): *ADS international – was tut sich im Ausland?* In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 195- 208
- Amft, H. (2006): *ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen*. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 70-90
- Andersch, B. & Milson, I., (1982) *An epidemiological study of young women with dysmenorrhea*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 144, 655-659.
- Apostel, B. (1989): *Großeltern als Sozialisationsfaktoren. Die Bedeutung der Großeltern in*

- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. ADHS bei Kindern und Jugendlichen. <http://www.agadhs.de/uploads/Leitlinie2009>; zugegriffen am 16.02.2016
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Armsden, G.C. & Greenberg, M.T. (1987): *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-Being in Adolescence*. Journal of Youth and Adolescence, Vol. 16, No. 5.
- Aro, H. & Taipale, V. (1987): *Life stress and psychosomatic symptoms among fourteen to sixteen year-old Finnish girls*. Child Development 58, 261-268.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000): *Multivariat Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (9. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR (2010): *Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period?* J Am Acad Child Psychiatry 2010, 49:699–707.
- Banaschewski, Döpfner & Becker (2011): *Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung*. Springer
- Bandura, A. (1971) *Sozial Learning Theory*. New York, General Learning Press.
- Bank, S. P. & Kahn, M. D. (1989). *Geschwister-Bindung*. Paderborn: Jungfermann.
- Banse, R. (2004): *Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects*. Journal of Social and Personal Relationships. Vol. 21(2): 273-282.
- Barkley, R.A., Karlsson, A., Polard, S. & Murphy, J.V. (1985): *Developmental changes in the mother-child-interactions of hyperactive boys: effects of two dose levels of Ritalin*. Journal of Child Psychology and Psychiatrie, 26, 705-715
- Barkley, R. A. (1990): *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York, Guilford Press
- Barkley, R.A. (1997): *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford-Press.
- Barkley, R. A. (1999): *Hyperaktive Kinder*. Spektrum der Wissenschaft, 1999, 30-36

- Barkley, R. A. (2001): *Das große ADHS-Handbuch für Eltern*. Göttingen Hogrefe.
- Barkley, R. A. (2002): *Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J. Clin. Psychiatry 63 Suppl. 12: 10–15
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., Brähler E. (2007): *Körperliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Volume 55, Number 1, 49-58. Verlag Hans Huber.
- Bartley, M., Head, J. & Stansfeld, S. (2007): *Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work?* *Social Science & Medicine* 64 . 765–775
- Baumgärtel, A.; Wolraich, M.L. & Dietrich, M. (1995): *Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a german elementary school sample*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 629-638
- Beal, E. & Hochmann, G. (1992): *Wenn Scheidungskinder erwachsen sind. Spätfolgen der Trennung*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Beardslee W.R.(2002): *Out of the darkened room. When a parent is depressed. Protecting the children and strengthening the family*. Boston, New York, London: Little, Brown & Co.
- Beardslee W.R. (2003): *Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB: A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change*. Pediatrics 2003; 112: 119–31.
- Beauchaine, T.P., Webster-Stratton, C. & Reid, M.J. (2005): *Mediators, Moderators, and Predictors of 1-Year Outcomes Among Children Treated for Early-Onset Conduct Problems: A Latent Growth Curve Analysis*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, No. 3, 371–388.
- Beecher, H.W. & Proctor E. D. (1858). *Life Thoughts: Gathered from the Extemporaneous Discourses of Henry Ward Beecher*. Boston: Phillips, Sampson and company.
- Beelmann, W. & Schmidt-Denter U. (1991). Kindliches Erleben sozial-emotionaler Beziehungen und Unterstützungssysteme in Ein-Elternteil-Familien. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 38 (3), 180-189.
- Belmarker, E., Espinoza, R., Pogrund, R., (1985): *Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms*. International Journal of Adolescent Medicine and Health 1, 150-156.
- Belsky, J. (1980): *A family analysis of parental influence on infant exploratory competence*. In: Pedersen, F.A. (Hg.): *The father-infant relationship*. New York: Praeger, S. 87-110
- Belsky, J. (1984): *The determinants of parenting: A process model*. Child Development, 55,S.83-96.
- Belsky, J.K. (1990): *The Psychology of Aging Theory, Research, and Interventions*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company

- Belsky, J. (1997): *Attachment, mating, and parenting. An evolutionary interpretation*. In: Human Nature, 8(4), S. 361-381
- Belsky, J. (1999): *Interactional and contextual determinants of attachment security*. In: Cassidy, J. u. Shaver, P.R. (Hg.): Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press, S. 249-264
- Benjamin, S. & Emlin, D.M. (1992): *Abnormal illness behavior: childhood experiences and longterm-consequences*. International Review of Psychiatry 4, 55-70.
- Bennet Osborne, R., Hatcher J.W., Richtsmeister, A.J. (1989): The role of sozial modelling in unexplained pediatric pain. Journal of Pediatric Psychology 14, 43-61.
- Benoit D. & Parker K. (1994): *Stability and transmission of attachment across three generations*. In: Child Development. 65, S. 1444-1456
- Berger, M. (1993): „Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum.“ Anmerkungen zur Diskussion über das hyperkinetische Syndrom. Kinderanalyse 2/1993
- Bergin C. & Bergin D. (2009): *Attachment in the Classroom*. Educational Psychology Review 21. 141–170
- Biederman, J., MD, Milberger, S., ScD; Faraone, S.V., PhD; Kiely, K.; Guite, J.; Mick, E.; Ablon, S.; Warburton, R.; & Reed, E. (1995): *Family-Environment Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Test of Rutter's Indicators of Adversity*. Archives of General Psychiatry Vol 52, June 1995
- Biederman, J.; Wilens, T.; Mick, E.; Spencer, T.; Faraone, S.V. (1999): *Pharmakotherapie of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder*. Pediatrics 1999, August, 104 2):
- Biederman, J.; Mick, E.; Faraone, S. V. (2000): *Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type*. Am. J. Psychiatry 157: 816–818.
- Biederman J, Faraone SV. (2005): *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Lancet 2005;366:237-248
- Bifulco, A. et al. (2006): *Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 41:796–805
- Bille, B. (1961); *Migraine in school children*. Acta Paediatrica Scandinavica (Suppl. 236),38
- Biller, H.B. u. Borstelmann, L.J. (1967): *Masculine development: An integrative review*. In: Merrick-Palmer Quarterly, 13, S. 253-294
- Blanchard, R.W. u. Biller, H.B. (1971): *Father availability and academic performance among third-grade boys*. In: Developmental Psychology 4, S. 301-305
- Blesken, K.W. (1998): *Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach*

- Trennung und Scheidung*. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47, S. 344-354
- Bochert, Y.-C. (2010) *Bindungsentwicklung und -stabilität im Scheidungskontext*. Dissertation. Uni Koblenz
- Böddeker, M. (1996): Bindungsqualität und Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. *Zum Einfluß frühkindlicher Bindungserfahrungen auf gegenwärtige Beziehungen*. Roderer Verlag: Regensburg.
- Bodemann, G. (2001): *Stress und Partnerschaft*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bodemann, G. (2002): *Bedeutung von Stress für die Familienentwicklung*. In: Rollert, B., Werneck, H. (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 243-265.
- Böhm, B., Emslander, C. & Grossmann, K. (2001): Unterschiede in der Beurteilung 9 - bis 14 jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50 (2), 77-91.
- Böhm, B. & Grossmann, K. (2000): Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14 jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49 (6), 399-418.
- Booth, C., Rose-Krasnor, L., McKinnon, J. & Rubin, K. (1994): *Predicting social adjustment in middle childhood: the role of preschool attachment security and maternal style*. Blackwell Publishers. Cambridge, MA, USA.
- Boris, N. W., Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Scheeringa, M. S., & Heller, S. S. (1998): *Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria*. American Journal of Psychiatry, 155, 295- 297.
- Borland, B.L. und Heckman, H.K. (1976): *Hyperactive boys and their brothers*. Archives of general Psychiatry 33, 669
- Born & Oehler (2009): *Lernen mit ADS-Kindern*. Stuttgart. Kohlhammer.
- Bortz, J. (2005): *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Lehrbuch
- Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Bovensiepen, G. (2002): *Einführung*. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.) *Unruhige und unaufmerksame Kinder*. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms Frankfurt, Brandes & Apsel
- Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.) (2002): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt a. M., Brandes & Apsel
- Bowlby, John (1952) *Maternal Care and mental health*, World Health Organization, Geneva

- Bowlby, John (1958) *The nature of the child's tie to his mother*, International Journal of Psychoanalysis, Seite 350-373.
- Bowlby, John (1965) *Child care and the growth of love*. Penguin Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, John (1972) *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and loss, Vol. 2: Separation, anxiety, and anger*. New York: Basic Books
- Bowlby, John (1979/80): *Das Glück und die Trauer*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (Klett-Cotta).
- Bowlby, John (1982) *Bindung – Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*, Kindler Verlag.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1995): *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter Verlag. (Original erschienen 1988: A secure base)
- Bowlby, John (2006a): *Bindung*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co Kg, Verlag
- Bowlby, John (2006b): *Trennung*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co Kg, Verlag
- Bowlby, John (2006c) *Bindung und Verlust. Mutterliebe und kindliche Entwicklung*. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- Braun, A.K.; Bock, J.; Gruss, M.; Hermeke, C.; Ovtcharoff, W. jr.; Schnabel, R.; Ziabreva, I. & Poeggel, G. (2002): *Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen*. In: Strauß, B.; Buchheim, A. Und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH, 121-128
- Braun, K. & Bock, J. (2003): *Die Narben der Kindheit*. Gehirn und Geist (1), 50-53
- Bretherton, I. (1999): *Die Geschichte der Bindungstheorie*. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S.27-49). 3.Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bretherton, I. (2001): *Zur Konzeption innerer Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie*. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 52-74). Bern: Huber.
- Bretterthon, I. (2002): *Konstrukt des Inneren Arbeitsmodells. Bindungsbeziehungen und Bindungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter*. In: Brisch, K.H. Et al.: *Bindungs und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische*

- Praxis*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (Klett-Cotta)
- Brickenkamp, R. (1994). *Test d'2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Handanweisung*. 8th expanded and revised edition. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Brickenkamp R, Zillmer E. (1998) *d'2 Test of attention*. Göttingen: Hogrefe
- Brickenkamp, R. (2005). *Test d'2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Manual (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Brisch, K.H. (1999). *Bindungsstörung. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Brisch, K.H. et al. (Hrsg.) (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockhaus Verlag (Hrsg), (2010). *Brockhaus in einem Band*.
- Brody, G. H. (2004): *Siblings' direct and indirect contribution to child development*. In: *Current Directions in Psychological Science*, 13(3), S. 124-126
- Bronfenbrenner, Urie (1976): *Ökologische Sozialisationsforschung - ein Bezugsrahmen*. In: *Bronfenbrenner, U. u. Lüscher, K. (Hg.): Ökologische Sozialisationsforschung*, Stuttgart: Klett-Verlag, S. 199-220
- Bronfenbrenner, U. (1981): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag
- Brosius, F. (2002): *SPSS 11. Professionelle Statistik unter Windows*. Bonn: MITP-Verlag.
- Brosius, G. & Brosius, F. (1995). *SPSS. Base system und Professional Statistics*. Bonn: International Thomson Publishing.
- Brouwers, E.P.M.; Baar, A.L. van und Pop, V.J.M. (2001): *Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development*. *Infant Behavior and Development* 24, 95-106
- Brown, T. E. (2000): *Chronisch, aber nicht allgegenwärtig – Neue Erkenntnisse zu Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Erkennung und Behandlung*. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 132-139
- Brickenkamp, R. (1994): *Aufmerksamkeits-Belastungstest d'2*. 8. erweiteret und erneuerte Auflage. Göttingen. Hogrefe.
- Brickenkamp, R. (2005): *Test d'2. Aufmerksamkeits- Belastungs-Test*. Manual (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Brühl, B.; Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000): *Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien*. *Kindheit und Entwicklung* 9, 115-125

- Bühner, M. (2006): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 2. aktual. Auflage. Pearson Studium, München
- Bryant, B.K. u. Crockenberg, S. (1980): *Correlates and dimensions of prosocial behavior: A study of female siblings with their mothers*. In: Child Development, 51, S. 529-544
- Bürgin, D. & Steck, B. (2007): *Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 4/2007, 310-333
- Buhrmester, D. (1992): *The developmental courses of sibling and peer relationships*. In: Boer, F. u. Dunn, J. (Hg.): Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, S. 19-40
- Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 23. November 2011 (BGBl. I S. 2298) geändert worden ist
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hrsg), (2006): *Siebter Familienbericht: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit –Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik*. Baden-Baden: Koelblin-Fortuna-Druck
- Bundespsychotherapeutenkammer (2007.): BPtK-Newsletter. Ausgabe I/2007. Februar 2007: 3–4.
- Bureau JF, Easterbrooks MA, Lyons-Ruth K (2009): *Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence?* Dev Psychopathol., 21:519–537.
- Burke, J.D., Loeber, R. & Birmaher, B. (2002): *Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41 (11): 1275-1293.
- Burkhardt, Richard M. (2005) *Patterns of Behavior: Konrad Lorenz, Niko Tinbergen, and the Foundation of Ethology*. University of Chicago Press
- Burnette, J. L. et al (2009): *Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness*. Personality and Individual Differences 46. 276–280
- Byers RK, Lord EE. (1943): *Late effects of lead poisoning on mental development*. American Journal of Disease in Children 66:471–483.
- Camara, K.A. & Resnick, G. (1988): *Interparental conflict and cooperation: Factors moderating children's post-divorce adjustment*, In: Hetherington, E.M. u. Arasteh, J (Hg.): The impact of divorce, single parenting and step-parenting on Children. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum, S. 279-298
- Campbell, S.B. (1990) *Behavior Problems in Preschool Children*. New York: Guilford
- Campo, J.V. & Fritsch, S.L. (1994): *Somatization in children and adolescents*. Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry. 33(9):1223-35

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989): *Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants*. In: *Developmental Psychology*, 25, S. 525-531
- Carlson, E.A.; Jacobvitz, D. & Sroufe, L.A. (1995): *A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity*. *Child Development*, 66, 37-54
- Carter, B. & McGoldrick, M. (Hrsg), (1988): *The changing family life circle. A framework for family therapy*. New York: Guilford Press.
- Casey, R.J., & Herman, S. (1985) *The outcome of psychotherapy with children*. *Psychological Bulletin* 98, 388-400
- Cassidy, J. (1988): *Child-mother attachment and the self in six-year-olds*. *Child Development*, 59, S. 19-31.
- Cassidy, J. (1994): *Emotional regulation: Influences of attachment relationships*. In: Fox, N. (Hg.): *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (Serial 240, 2-3), 228-249
- Cassidy, J. & Berlin, L. J. (1994): *The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research*. In: *Child Development*, 65, S. 971-991
- Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Publications.
- Cassidy, J. & Mohr, J. (2001): *Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across the Life Span*. *Clinical Psychology: Science and Practice*; Aug 2001; 8, 3
- Cheung, K., & Theule, J. (2014): *Is there a relationship between ADHD and attachment insecurity?* Poster presentation at the National Association of School Psychologists (NASP) Annual Convention, Washington, DC, February 21, 2014.
- Clarke, L.; Ungerer, J.; Chahoud, K.; Johnston S. & Stiefel, I. (2002): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 7 (2), 179-198
- Clark-Stewart, K.A. (1980): *The fathers contribution to children's cognitive and social development in early childhood*. In: F.A. Pedersen (Hg.): *The father-infant relationship: observational studies in the family setting*. New York: Praeger
- Cohen, J. (1969) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. NY: Academic Press.
- Cohen, J. u. Campos, J.J. (1974): *Father, mother, and stranger as elicitors of attachment behavior in infancy*. In: *Developmental Psychology*, 10, S. 146-154

- Cohen, J. (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2. Aufl., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Conrad AL, Richman L, Lindgren S, Nopoulos P. (2010) *Biological and Environmental Predictors of Behavioral Sequelae in Children Born Preterm*. *Pediatrics*. 2010 Jan;125(1):e83–e89
- Crittenden, P. (1996). Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster. Psychische Gesundheit aus bindungstheoretischer Sicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 147-155.
- Crittenden, P. & Kulbotten, G. R. (2007): *Familial Contributions to ADHD: An Attachment Perspective*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 44. 10. 1220-1229
- Crowell, J.A. & Treboux, D. (1995) *A review of adult attachment measures: Implications for theory and research*. *Social Development*. 4. 294-327.
- Cunningham, C.E. & Barkley, R.A. (1979): *A comparison of hyperactive and normal children with their mothers in free play and structured tasks*. *Child Development*, 50, 217-224
- Cummings, J. S., Pellegrini, D.S., Notarius, C. I. & Cummings, E. M. (1989): *Children's responses to angry adult behaviour as a function of marital distress and history of Interparent hostility*. *Child development*, 60, 1035-1043.
- Cummings, E.M. & O'Reilly, A.W. (1997): *Fathers in family context: Effects of marital quality on child adjustment*. In M. E. Lamb (Hg.): *The role of the father in child development*. New York: Wiley
- Dammasch, F. (2006): *ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin*. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 189-221
- Danforth, J.S.; Barkley, R.A. & Stokes, T.F. (1991): *Observations of interactions between parents and their hyperactive children: an analysis of reciprocal influence*. *Clinical Psychology Review* 11, 703-727
- Day, R. D. & Lamb, M. E. (2004): *Conceptualizing and Measuring Father Involvement*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Del Carmen, R., Pederson, F.A., Huffman, L.C. u. Bryan, Y.E. (1993): *Dyadic distressmanagement predicts subsequent security of attachment*. In: *Infant Behavior and Development*, 16, S. 131-147
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. [www.dgjkp.de](http://www.dgjkp.de) zugegriffen am 9.6.2014
- Dieckmann, A. & Engelhardt, H. (1995): *Die soziale Vererbung des Scheidungsrisikos. Eine empirische Untersuchung der Transmissionshypothese mit dem deutschen Familiensurvey*.

Zeitschrift für Soziologie, 24 (3), 215-228.

- Dilling, H.; Mombour, W. und Schmidt, M.H. (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Huber
- Dinse, H. (1994): *Sorgerecht zwischen Trauma und Chance. Die Wirkungen der Sorgerechtsreform auf die nachfamilialen Beziehungen*. In: Brauns-Hermann, C., Busch, B.M. u. Dinse, H. (Hg.): *Verlorene Liebe - gemeinsame Kinder. Elterliche Sorge nach der Trennung*. Hamburg: Rowohlt
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. Lehmkuhl, G. (2008): *DISYPS-II, Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche II*, Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
- Döpfner M, Lehmkuhl G, Berner W, Flechtner H, Schwitzgebel P, v. Aster M, &Steinhausen HC (1993). *Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21: 90-100.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). *Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46, 519–547.
- Döpfner M, Wolff Metternich T, Berner W, Englert E, Lenz K, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G, Poustka F, Steinhausen HC (1997). *Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46: 548-565.
- Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F & Lehmkuhl G (1997b). *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 25:218-233
- Döpfner M, Plück J, Berner W, Englert E, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl G, Lehmkuhl U & Poustka F (1998). *Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten 188 Bundesländern – Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Studie*. Zeitschrift für klinische Psychologie. 27:9-19.
- Döpfner, M. (2000): *Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens*. Verhaltenstherapie 10: 89-100.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*, (2. korrigierte und ergänzte Auflage).

Bern: Huber.

- Döpfner, M.; Fröhlich J. & Lehmkuhl, G. (2000): *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe Verlag für Psychologie
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2001): *Gibt der Verbrauch von Methylphenidat für hyperaktive Kinder Anlass zur Besorgnis? ADHS-Report (6)*, 2. Jahrgang, Oktober 2001
- Döpfner, M.; Schürmann, S. & Fröhlich, J. (2002): *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP*. Weinheim, Verlagsgruppe Beltz, Psychologie Verlags Union, 3. Auflage
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002): *Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51: 419-440.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2004): *Differenzialdiagnostik des ADHS. ADHS-Report (16)*, 5. Jg, April 2004
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Metternich, T.W., Rademacher, C. & Lehmkuhl, G. (2004): *Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome*. European Child and Adolescent Psychiatry 13
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005) *Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität*. In: Schlottke, P.F., Silbereisen, R.K. & Lauth, G.W: (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Band 5: Störung im Kindes- und Jugendalter- Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf*. Göttingen: Hogrefe, S. 613-665
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (2006): *KIDS Kinder-Diagnostik-System 1. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Göttingen, Hogrefe
- Döpfner, M., Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G. (2007): *Ratgeber Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hyperkinetische Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Fröhlich, J. & Metternich, T.W: (2007): *Ratgeber ADHS: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu ADHS*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, Schürmann & Fröhlich (2007): *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkineschen Störungen und oppositionellem Verhalten*. Weinheim: PVU Beltz.
- Döpfner, Schürmann & Lehmkuhl (2007): *Wackelpeter und Trotzkopf*. Weinheim: PVU Beltz.
- Döpfner, M. & Metternich, T.W. (2010): *Hyperkinetische Störung und oppositionelles Verhalten*. In: Mattejat, F. (2010): *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4 Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familie*. München.
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1974): *Some issues in research on stressful life- events*.

- Journal of Nervous and Mental Disease 166, 7-15.
- Dornes, Martin (2001): *Die emotionale Welt des Kindes, 2. Auflage*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Dozier, M. & Lee, S.W. (1995): *Discrepancy between self- and other-report in psychiatric symptomology, the effects of dismissing attachment theory*. Development & Psychology 7. 217-226.
- Du Bois, F. (Hg.) (2001): *Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die klinische Praxis*. Wiesbaden, Müller Verlag
- Du Bois, R. (2007): *Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 4/2007, 300-310
- Dumas, J. E. (1989): *Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches*. Clinical Psychology Review, 9, 197-222.
- Dumas, J. E., & Wahler, R. G. (1983): *Predictors of treatment outcomes in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage*. Behavioral Assessment, 5, 301-313.
- Dunitz-Scheer, M., Scheer, P.J. & Dunitz-Scheer, N.A. (1997): *Interaktionsdiagnostik*. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Bern: Huber-Verlag, S. 209-234
- Dunn, J. u. Robert, P. (1990): *Separate Lives*, New York: Basic Books
- Dunn, J. (1983): *Sibling relationships in early childhood*. In: Child Development, 54, S. 787-811
- Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991): *Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladapting children: A meta-analysis*. Psychological Bulletin, 110, 204-214
- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder, J. E. (1989): *Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis*. Psychological Bulletin, 106, 97-106.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J.I., Chorpita, B.F. & Weisz, J.R. (2001): *The Youth Self Report: Applicability and Validity Across Younger and Older Youths*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40 (2), 338-346, 201
- Edelbrock, C.S.; Rende, R.; Plomin, R. & Thompson, L. (1995): *A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, 775-86
- Egeland, B. (2002): *Ergebnisse einer Langzeitstudie an Hoch-Risiko-Familien*. In: Brisch, K.H. Et al.: *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (Klett-Cotta), 305-324.
- Ehlers, A. (1993): *Somatic symptoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences*. Behavior Research and Therapy 31, 269-278.
- Ell, Ernst (1990): *Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der*

*emotionalen Beziehungen*. Deutscher Studien Verlag

- Ende VJ, Verhulst FC (2005): *Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour*. *European Child and Adolescent Psychiatry* 14:117-126.
- Englert E, Jungmann J, Rotthaus W, Wienand F, Lam L, Poustka F (DGKJP, BAG, BKJPP) (1996): *Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heft 3.
- Englert E, Jungmann J, Lam L et al. (1998). *Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis*. In: Schmeck K, Poustka F, Katschnig H (Hrsg) *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Wien, New York: Springer.
- Erhart, M., Döpfner, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008): *Psychometric properties of two ADHD questionnaires: comparing the Conners' scale and the FBB-HKS in the general population of German children and adolescents – results of the BELLA study*. *European Child Adolescent Psychiatry* 17:106–115
- Erikson, E.H. (1957): *Childhood and Society*. New York: Norton
- Erikson, E.H. (1959): *Identität und Entwurzelung in unserer Zeit*. In: Erikson, E.H. (1964): *Einsicht und Verantwortung. Die Rolle des Ethischen in der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Erickson, M.F. & et al (1985). *The Relationship between Quality of Attachment and Behavior Problems in Preschool in a High-Risk Sample*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50. 147-166.
- Essau, C. A. (2000). *Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and depression in adolescents)*. Habilitationsschrift (thesis for a postdoctoral degree), University of Bremen.
- Essau, C. A., Muris, P., & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.
- Esser, G. & Schmidt, M.H. (1987) *Minimale Cerebrale Dysfunktion*. Stuttgart. Enke
- Fraley, C.R. et al. (2011). *The Experiences in Close Relationships—Relationship Structures Questionnaire: A Method for Assessing Attachment Orientations Across Relationships*. *Psychological Assessment*. 23, 3, 615–625
- Feeney, J.A. u. Noller, P. (1990): *Attachment Styles as a Predictor of Adult Romantic Relationships*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, S. 281-291
- Feeny, J.A., & Noller, P (1990): *Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 58, No. 2, 281-291

- Fegert, J.M. (1998), *Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte von Pflegekindern*. In: 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens der Stiftung 'Zum Wohl des Pflegekindes', Idstein.
- Fiala-Preinsperger, S. (1995): Integration psychosomatischer Ansätze auf einer allgemeinen Säuglingsstation, im Buch *Kinderpsychosomatik*. Herausgeber Hans Zimprich. Georg Thieme-Verlag.
- Figdor (1994). Und hab' nicht mehr gewußt, wer ich eigentlich bin. Scheidungskinder. In W. Hilweg & E. Ullmann (Hrsg.), *Kindheit und Trauma. Trennung, Mißbrauch, Krieg* (49-76). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Filipp, S. H. (1990). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S. H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S.3-52). 2., erweiterte Aufl., München: PVU.
- Finzi-Dottan, R., Manor, I. & Tyano, S. (2006): *ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns*. *Child Psychiatry Human Development* 37. 103–114
- Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie, L. (1997). *Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia*. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67–82.
- Fitzner & Stark (2002): *ADS. Verstehen – akzeptieren – helfen*. Weinheim: PVU Beltz.
- Follan, M., Anderson, S., Huline-Dickens, S., Lidstone, E., Young, D., Brown, G. & Minnis, H. (2001): *Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children*. *Research in Developmental Disabilities* 32. 520–526
- Forbis, O.L. & Jones, R.H. (1965): *Hysteria in childhood*. *Southern Medical Journal*, 58, 1221-1225.
- Fox, N.A. (1992): *Frontal brain asymmetry and vulnerability to stress: Individual differences in infant temperament*. In: Field, T.M.; McCabe, P.M. und Schneiderman, N. (Hg.): *Stress and coping in infancy and childhood*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 83-99
- Fox, N.A.; Kimmery, N.L. & Schafer, W.D. (1991): *Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis*. *Child Development*, 62, 210-225
- Fthenakis, W.E. (1988): *Väter, Bd. 1: Zur Psychologie der Vater–Kind-Beziehung*. München: Deutscher Taschenbuchverlag
- Fthenakis, W.E. (1989): *Kindliche Reaktionen auf Trennung und Scheidung*. In: Nave-Herz, R. u. Markefka, M. (Hg.): *Handbuch der Familien- und Jugendforschung, Bd. 1 – Familienforschung*. Neuwied: Luchterhand-Verlag, S. 601-614

- Fthenakis, Wassilos E.; Griebel, Wilfried; Niesel, Renate; Oberndorfer, Rotraut und Walbinger, Waltraut (2008): *Die Familie nach der Familie*. Helmut Mader Stiftung. München.
- Fraiberg, Selma, E. Adelson, E. u. Shapiro, V. (1980): *Ghosts in the nursery (Gespenster im Kinderzimmer): A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships*. In: Fraiberg, S. (Hg.): *Clinical studies in infant mental health*. New York: Fries-Verlag
- Fthenakis, W.E. u. Minsel, B. (2001): *Die Rolle des Vaters in der Familie*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Fraley, A.C. & Shaver, P.R. (2000): *Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. Review of General Psychology*. 2000, Vol. 4, No. 2, 132-154.
- Frankel, F., & Simmons, J. Q. (1992). *Parent behavioral training: Why and when some parents drop out*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 322-330.
- Fremmer-Bombik, E. (1996). *Der Beitrag der Bindungsforschung zur klinischen Beziehungsdiagnostik*. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 155-159.
- Fuchs-Kittowski, Klaus & Piotrowski, Siegfried (2004): *Kybernetik und Interdisziplinarität in den Wissenschaften*. trafo Verlag, Berlin
- Gadini E (1978). *Transitional object origins and psychosomatic symptoms*. In: Grolnick SE, Barkin L, Muensterberg W, editors. *Between fantasy and reality*, 109-31. New York, NY: Aronson.
- Garber, J., Walker, L.S., Zeman, J. (1991): *Somatizing symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the children's somatization inventory*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, 588-595.
- Gerlach, M. (2003): *Stimulanzen-Therapie: Gefahr für Kinder und Jugendliche?* *Pädiatrie hautnah* 2, 83-87
- Gillis, J.J., Gilger, J.W. Pennington, B.F. & Defries, J.C. (1992): *Attention deficit disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20, 303-315
- Gloger-Tippelt, G. & Hofmann, V. (1997). *Das Adult Attachment Interview. Konzeption, Methode und Erfahrung im deutschen Sprachraum*. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 161-172.
- Gloger-Tippelt, G. (1999a). *Transmission von Bindung über die Generationen. Der Beitrag des Adult Attachment Interviews*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48 (2), 73-85.
- Gloger-Tippelt, G. (1999b). *Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im*

- Vorschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48 (2), 113-128.
- Gloger-Tippelt, G. (2000). Familienbeziehungen und Bindungstheorie. In K. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (49-63). Göttingen: Hofgrefe
- Gloger-Tippelt, G. (2002): Der Beitrag der Bindungsforschung zur klinischen Entwicklungspsychologie der Familie. In B. Rollet & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (118-141). Göttingen: Hofgrefe
- Gloger-Tippelt, G. & König, L. (2009) *Bindung in der Mittleren Kindheit – Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-Jähriger Kinder (GEV-B)*. Beltz.
- Glover, V. und O'Connor, T.G. (2002): *Effects of antenatal stress and anxiety – implications for development and psychiatry*. *British Journal of Psychiatry* 180, 380-391
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2014): *Assessment of ADHD Diagnostik der ADHS*. PHARMAKON, Volume 2, Number 1, January 2014, pp. 37-42(6)
- Goldberg, S. (1995). Introduction. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 1-15). Hillsdale New York: The Analytic Press.
- Goldfarb, W. (1940) *The effects of early institutional care on adolescent personality*. *Journal of Experimental Education* 12, 106-192
- Goldfarb, W. (1945): *Psychological privation in infancy and subsequent adjustment*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 247–255.
- Goldsmith, H.H. u. Campos, J.J. (1982): *Toward a theory of infant temperament*. In: Emde, R.N. u. Harmon, R.J. (Hg.): *The development of attachment and affiliative systems*, New York: Plenum-Verlag, S. 161-193
- Goodyear, J. (1981): *Hysterical conversion reaction in childhood*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22, 179-188.
- Greenberg, M., Cummings, M. u. Cicchetti, B. (1990): *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Greene, J.W., Walker, L.S., Hickson, G., Thomson, J. (1985): *Stressful life events and somatic complaints in adolescents*. *Pediatrics* 75, 19-22.
- Green, J. u. Goldwyn, R. (2002): *Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood*. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, S. 835-846
- Grossmann, E.; Grossmann, K.; Huber, F. & Wartner, U. (1981): *German children's behavior towards their mothers at 12 months and their fathers at 18 months in Ainsworth's Strange*

- Situation*. International Journal of Behavioral Development, 4, 157-181
- Grossmann, K.; Grossmann, K.E.; Spangler, G.; Suess, G.J. & Unzner, L. (1985): *Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany*. In: Bretherton, I. und Waters, E. (Hg.): Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 233-278
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1986): *Phylogenetische und ontogenetische Aspekte der Entwicklung der Eltern-Kind Bindung und der kindlichen Sachkompetenz*. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie, 18, 287-315
- Grossmann, K. E., August, P., Fremmer-Bombik, E., Friedl, A., Grossmann, K., Scheuerer-Engelich, H., Spangler, G., Stephan, C. & Suess, G. (1989): *Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung*. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Berlin: Springer-Verlag
- Grossmann, K. (1990): *Entfremdung, Abhängigkeit und Anhänglichkeit im Lichte der Bindungstheorie*. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 35, S. 231-238
- Grossmann, K. (2000). *Praktische Anwendungen der Bindungstheorie*. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), Bindungstheorie in der Psychotherapie (54-80). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Grossmann, Klaus, E. (Hrsg.), (2003) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2004): *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Grossmann, K.E., Becker-Stoll, F., Grossmann, K., Kindler, H., Schieche, M., Spangler, G., Wensauer, M. u. Zimmermann P. (1997): *Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse*. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Bern: Hans-Huber-Verlag
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1986): *Phylogenetische und ontogenetische Aspekte der Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung und der kindlichen Sachkompetenz*. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 18, S. 287-31
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1998). *Developpement de l'attachement et adaption psychologique du berceau au tombeau*. *Enfance*, 3, 44-68.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2001). *Das eingeschränkte Leben. Folgen mangelnder und traumatischer Bindungserfahrungen*. In K. Gebauer & G. Hüther (Hrsg.), *Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung* (35-63). Düsseldorf: Walter

- Grossmann, K.E. u. Grossmann, K. (2003): *Das eingeschränkte Leben. Folgen mangelnder und traumatischer Bindungserfahrungen*. In: Gebauer u. Hüther (Hg.): *Kinder brauchen Wurzeln: neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung*. Düsseldorf, Zürich: Walter-Verlag
- Grossmann, K. & Grossmann, K., (2004): *Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (Klett-Cotta).
- Guttman, J. (1993): *Divorce in psychosozial perspective: theory and research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Häußler, G. (2002): *Im Vorfeld der psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung. Wege – Umwege – Irrwege*. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (2002): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes & Apsel, 136-165
- Häußler, G. & Hopf, H. (2001): *Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Heft 112, 32 (4), 487-507
- Häußler, G. & Hopf, H. (2002): *Psychoanalytische Theorien*. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse*
- Hagen C. & Kurth, B.-M. (2007): *Gesundheit von Kindern alleiner-ziehender Mütter. Pol Zeitgesch* 42:25–31
- Hamilton, C. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence, *Child development*, 71 (3), 690-694.
- Hampel, P. & Desman, C. (2006): *Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 425-443, 6/2006
- Hardy, G. E. & Barkham, M. (1994): *The relationship between interpersonal attachment styles and work difficulties*. In: *Human Relations*, 47, S. 263-281
- Harlow, H.F. (1961): *The development of affectional patterns in infant monkeys. Determinants of infant behaviour*. London: Methuen
- Harlow, H.F. & Harlow, M.K. (1969): *Effects of various mother infant relationships on rhesus monkey behaviors*. In B. M. Foss (Hg.): *Determinants of infant behavior IV*. London: Methuen, S. 15-36
- Hartman CA, Hox J, Auerbach J, Erol N, Fonseca AC, Mellenbergh GJ, Novik TS, Oosterlaan J, Roussos AC, Shalev RS, Zilber N, Sergeant JA (1999). *Syndrome dimensions of the child behavior checklist and the teacher report form: a critical empirical evaluation*. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry. Oct;40(7):1095-116

- Hartup, W.W. (1985): *Relationships and their significance in cognitive development*. In: Hinde, R. A., Perret-Clermont, A.-N. u. Stevenson-Hinde, J. (Hg.): Social relationships and cognitive development. New York NY: Oxford University Press, S. 66-82
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1990): *Love and Work: An attachment-theoretical perspective*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, S. 270-280
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1994): *Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships*, In: *Psychological Inquiry*, 5 (1), S. 1-22
- Heckhausen, J. und H. Heckhausen (2006): *Motivation und Entwicklung*. In: J. Heckhausen und H. Heckhausen (Hrsg.): *Motivation und Handeln*. Berlin, Springer, Kapitel 15.
- Hedervari, E. (1995). *Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Hédervári-Heller, E. (2001): *Tagungsbericht. 7. Konferenz der VAKJP-Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlichen Austausch in Frankfurt am Main. „Neues vom Zappelphilipp“? – Neurobiologie, Psychodynamik und Psychotherapie des Hyperkinetischen Syndroms*. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 112, 32, (4), 592-598
- Heiduk, V. und Trott, G.-E. (1997): *Das hyperkinetische Syndrom des Kindes- und Jugendalters. Symptome, Ursachen und therapeutische Möglichkeiten*. In: Bundesverband Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder (BvdE) e.V.: *Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom aus medizinischer Sicht*. Forchheim, BvdE, 11-27
- Heinemann, E. (2003): *ADS mit und ohne Hyperaktivität bei Jungen und Mädchen – ein psychoanalytisches Forschungsprojekt zur Genderforschung*. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 117, 34 (1), 25-41
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2004): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Stuttgart, Kohlhammer
- Heinicke, Ch. M., Westheimer, I. (1965): *Brief Separation*. New York: International University Press.
- Heinz, J. (2002): *Nervosität in der Moderne. Vom Leiden in der, an der und durch die Gesellschaft*. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes & Apsel, 315-344
- Hesse, E., Main, M. (2002) *Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Klientenkindern, Kindern und Erwachsenen. Zusammenbruch von Strategien des Verhaltens und der Aufmerksamkeit*. In: Brisch, K.H. Et al.: *Bindungs und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (Klett-

- Cotta), 219-248.
- Hesslinger, Philipsen & Richter (2004): *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Hetherington, E.M. & Parke, R.D. (Hg.): (1979): *Contemporary readings in child psychology*. New York: McGraw-Hill
- Hetherington, H.E., Cox, M. & Cox, R. (1982): *Effects of divorce on parents and children*. In: Lam, M.: *Nontraditional families: Parenting and child development*. Hillsdale: Erlbaum, S. 311-331
- Hetherington, E.M. (1993): *An overview of the Virginia longitudinal study of divorce and remarriage with a focus on early adolescence*. *Journal of Family Psychology*, 7, 39-56.
- Hetherington, E.M., u. Henderson, S.H. (1997): *Fathers in stepfamilies*. In: Lamb, M.E. *The Role of the Father in Child Development*. New York: Wiley
- Hetherington, E.M. & Stanley-Hagan, M.M. (1997): *The effects of divorce on fathers and their children*. In: M.E. Lamb (1997): *The Role of the Father in Child Development*. New York: Wiley
- Hetherington, M., Bridges, M. & Insabella, G. (1998): *What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment*. *American Psychologist*, 53 (2), 167-184.
- Hertherington, E.M. & Kelly, J. (2003): *Scheidung. Die Perspektiven der Kinder*. Weinheim: Beltz-Verlag
- Hillebrand, M.J. (1970): *Kind und Sprache*. München: Kösel-Verlag
- Hinde, R.A. (1974): *Biological bases of human social behaviour*. New York: McGraw-Hill
- Hinde, R. (1982). Attachment. Some conceptual and biological issues. In J. Stevenson-Hinde & C. M. Parkes (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 60– 76). New York: Basic books.
- Hinman, A. (1958): *Conversion hysteria in childhood*. *American Journal of Diseases in Children*, 95, 42-45.
- Hocke, R. (1993): *Zur Problematik des hyperkinetischen Syndroms*. *Kinderanalyse*, 2/1993, 118-130
- Hoffmann, H. (1994): *Der Struwwelpeter*. Rütten & Loening Verlag Berlin
- Hoffmann, M.L. (1971): *Father Abscence and Conscience Development*. In: *Development Psychology* 4, S. 400-406
- Hoffmann, M.L. (1979): *Eine Theorie der Moralentwicklung im Jugendalter*. In: Montada, L.: *Brennpunkte der Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag, S. 252-266
- Holmes, Jeremy (2002), *John Bowlby und die Bindungstheorie*, München ; Basel : E. Reinhardt.

- Holstein, H. (1972): *Die Schule als Institution*. Ratingen: Henn-Verlag
- Hopf, H. (2000): *Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Analytische Kinder und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 107, 30 (3), 279-307
- Hopf, H. (2003): „*Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon...?*“ *Vom psychoanalytischen Verstehen der hyperkinetischen Störung und des Aufmerksamkeits- Defizit-Syndroms*. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 117, 34 (1), 7-23
- Hopf, Christel (2005): *Frühe Bindung und Sozialisation. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Huizink, A.C.; Robles De Medina, R.G.; Mulder, E.J.; Visser, G.H. & Buitelaar, J.K. (2002): *Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, 1078-85
- Huizink, A.C.; Robles De Medina, R.G.; Mulder, E.J.; Visser, G.H. & Buitelaar, J.K. (2003): *Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 810-818
- Huss, M.; Schmidt-Schulz, A.; Hoffmann, K.; Vogle, R. & Lehmkuhl, U. (2000): *Wenn ADS „erwachsen“ wird – Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig?* In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 184-195
- Huss, M. (2004): *Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts – Abschlussbericht*. Forschungsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS). Bonn
- Hüther, G. (2001): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen
- Hüther, G. (2001b): *Tagungsbericht*. In: Hédervári-Heller, E. (2001): *Tagungsbericht. 7. Konferenz der VAKJP-Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlichen Austausch in Frankfurt am Main. „Neues vom Zappelphilipp“ – Neurobiologie, Psychodynamik und Psychotherapie des Hyperkinetischen Syndroms*. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 112, 32, (4), 592-598
- Hüther, G. (2002): *Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin)*. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes

& Apsel, 70-92

- Hüther, G. & Bonney, H. (2005): *Neues vom Zappelphilipp. ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln*. Düsseldorf und Zürich, Walter Verlag, 6. akt. Auflage
- Hüther, G. (2006): *Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganische Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen*. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 222-237
- Hunt, M.V. (1979): *Early psychological development and experience*. Worcester, MA: Clark University Press
- Huss, M.; Schmidt-Schulz, A.; Hoffmann, K.; Vogle, R. und Lehmkuhl, U. (2000): *Wenn ADS „erwachsen“ wird – Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig?* In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 184-195
- Huss, M. (2004): *Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts – Abschlussbericht*. Forschungsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS). Bonn
- ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index*. World Health Organisation. 1994.
- Ihle W, Esser G, Martin MH, Blanz B, Reis O, Meyer-Probst B (2001): *Prevalence, course, and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in east and west Germany*. *Am Behav Sci* 2001; 44: 1918–36
- Ijzendoorn, M.H. & Kroonberg, P.M. (1988): *Cross cultural patterns of attachment: A meta analysis of the stranger situation*. *Child Development*, 59, 147-156.
- Jacobs & Petermann (2007): *ATTENTIONER: Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Janssen, J. & Laatz, W. (1999): *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 3.Auflage*. Berlin: Springer.
- Jensen, P.S., Martin, D. & Cantwell, D.P. (1997): *Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(8): 1065-1079.
- Jensen, C.M. & Steinhausen, H.-C. (2014): *Comorbid mental disorders in children and adolescents*

- with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study.* Springer Verlag. Wien.
- Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B & Kißgen, R. (2009): *Bindung um Kindesalter – Diagnostik und Intervention.* Hogrefe.
- Kagan, J. (1982). *Temperamental Contributions to Social Behavior.* American Psychologist. 44. 668-674.
- Kaplan, N. (1987): *Individual differences in six-year-olds' thoughts about separation: Predicted from attachment to mother at age one.* Dissertation. Berkley: University of California.
- Karen, R. (1998): *Becoming attached. First Relationships and how they shape our capacity to love.* New York: Oxford University Press.
- Kasten, H. (1993): *Die Geschwisterbeziehung.* Bd. 2: Spezielle Geschwisterbeziehungen. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Kasten, H. (1994): *Geschwister - Vorbilder, Rivalen, Vertraute.* Heidelberg, Berlin, New York: Springer-Verlag
- Kasten, H. (2004): *Keine Angst vor der Angst.* Darmstadt: Primus-Verlag.
- Kazdin, A. E. (1990). *Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 415-425.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.E., Rodgers, A. (1990): *Empirical and clinical focus of child and adolescent psychtherapy research.* Journal f Consulting Clinical Psychology. 58: 729-740.
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Bass, D. (1993). *Risk for attrition in treatment of antisocial children and families.* Journal of Clinical Child Psychology, 22, 2-16.
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). *Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1069-1074.
- Kazdin, A. E. (1995): *Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children.* Behaviour Research and Therapy, 33, 271-281.
- Kazdin, A. E., & Crowley, M. (1997): *Moderators of treatment outcome in cognitively based treatment of antisocial children.* Cognitive Therapy and Research, 21, 185-207.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). *Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 453-463.
- Kazdin, A.E. & Nock, M.K. (2003): *Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 44:8. 1116–1129

- Keenan, H.T., Runyan, D.K., Marshall, S.W., Nocera, M.A., Merten, D.F. Sinal, S.H. (2003): *A Population-Based Study of Inflicted Traumatic Brain Injury in Young Children*. Journal of the American Medical Association. 290(5):621-626.
- Keller, H. (1989): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong: Springer-Verlag
- Kessler, et. al. (2006 ): *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. *Journal of American Psychiatry* , 163(4):716-23.
- Kindler, H. (1995): *Geschlechtsbezogene Aspekte der Bindungsentwicklung*. In: Spangler, G. u. Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. S. 281-296, Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag
- Kissgen, R., Krischer, M., Kummetat, V., Spiess, R., Schleiffer, R. & Sevecke, K. (2009): *Attachment Representation in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *Psychopathology* 2009;42:201–208
- Klaus, M. u. Kennel, J. (1982): *Parent-infant bonding*. St. Louis, Mosby
- Klaus, M., Kenell, J.H. u. Klaus, P.H. (1995): *Bonding. Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. St. Louis: Bosby
- Klein, Manuela (2010). *Die Bedeutung von Trennung und Scheidung für die Bindung*. Europäische Hochschulschriften. Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Köhler, L. (1999). Adaptive und maladaptive Aspekte der Bindung. In: Buchheim, P., Cierpka, M. & Seifert, T. (Hrsg.), *Symptom und Persönlichkeit im Kontext Ressourcen. Aspekte der Wirklichkeit* (144-159). Springer: Berlin.
- König, L. (2002): *Bindung bei sechsjährigen Kindern aus Einelternfamilien. Bindungsrepräsentation, Selbstkonzept und Verhaltensauffälligkeiten im Kontext von Risikobedingungen*. Dissertation: heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Philosophische Fakultät, 2002
- König, Lilith (2012). *Bindung bei Kindern aus Einelternfamilien*. AV Akademikerverlag, Broschürt 2007 im Verlag Dr. Müller
- König, Lilith (2009). *Bindung in der mittleren Kindheit: Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8-jähriger Kinder*. Beltz, PVU.
- Konner, M.J. (1976): *Maternal care, infant behavior and development among the Kung*. In: Lee, R. B. u. DeVore, I. (Hg.): *Kalahari hunter-gatherers: Studies of the Kung San and their neighbours*. Cambridge, MA: Harvard University Press, S. 218-245

- Krause & Krause (2009): *ADHS im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Schattauer.
- Kriz, Jürgen (2007): *Grundkonzepte der Psychotherapie*. 6., neu bearbeitete Auflage, Weinheim: Beltz-Verlag
- Krowatschek, Krowatschek & Wingert (2003): *ADS und ADHS: Diagnose und Training*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Krowatschek, Krowatschek & Wingert (2007): *Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Krowatschek, Krowatschek, Wingert & Schmidt (2007): *Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Krowatschek & Wingert (2008): *Marburger Verhaltenstraining. ADS und ADHS Materialien für Diagnostik und Gruppentraining in Schule und Therapie*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Krowatschek, Albrecht & Krowatschek (2011): *Marburger Konzentrationstraining für Schulkinder*. Dortmund. Borgmann Verlag.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Basic books.
- Kunnetat, Vanessa (2007). *Bindung und ADHS. Kindliche und elterliche Bindungsrepräsentanzen bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Diss.Univ. Köln.
- Labota, D. (2015): *A tale of two brothers: How siblings influence behavior and health*. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. Volume 31, Issue 4, pages 1–7, April 2015.
- La Freniere, P. J. & Sroufe, L. A. (1985): *Profiles of peer competence in the preschool: Interrelations among measures, influence of social ecology, and relation to attachment history*. *Developmental Psychology*, 21, 56-66.
- Lakatos (1977): *The Methodology of Scientific Research Programmes*: In: *Philosophical Papers Volume 1*. Cambridge: Cambridge University Press
- Lamb, M.E. (Hg.): (1985): *Nontraditional Families*. In: *Parenting and child development*. Hillsday, NJ: Erlbaum.
- Lamb, M. E. : (2004). *The role of the father in child development*. New York: John Wiley & Sons.
- Lanphear BP, Dietrich K, Auinger P. & Cox C. (2000): *Cognitive deficits associated with blood lead concentrations < 10 µg/dl in US children and adolescents*. *Public Health Rep* 115:521–529.
- Last, C.G. (1991): *Somatic complaints in anxiety disordered children*. *Journal of Anxiety Disorders* 5, 125-138.
- Laucht M, Skowronek MH, Becker K (2007): *Interacting effects of the dopamine Transporter Gene and psychosocial adversity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among 15-year-olds from a high-risk community sample*. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 585–90.
- Lauth, G. & Schlottke, P.F. (2002): *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*. Weinheim,

Basel, Berlin; Beltz Verlag, 5. Auflage

- Lauth & Minsle (2009): *ADHS bei Erwachsenen. Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lee, S.S. & Hinshaw, S.P. (2006): *Predictors of Adolescent Functioning in Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Childhood ADHD, Conduct Problems, and Peer Status*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 35, 3.
- Lee, A. & Hankin, B. (2009): *Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 38(2): 219–231.
- Lemkuhl, G., Lemkuhl, U., Braun-Scharm, H. (1989): *Conversion disorder (DSM-III 300.11): symptomatology and course in childhood and adolescence*. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 238, 155-160.
- Lemkuhl, G.; Adam, C. & Döpfner, M. (1998): *Impulskontrollgestörte Kinder und ihre weitere Entwicklung*. In: Klosterkötter, J. (Hg): *Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen*. Berlin, Springer, 97-121
- Lemkuhl, U. (2004): *Entwicklungschancen von Kindern aus Trennungsfamilien*. In: *Kindheit und Entwicklung*, 13(4), S. 212-216
- Lemkuhl, G. (2006): *Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS. Auch Angst und Aggression beachten*. *Neurotransmitter* 17 (2), 57-59
- Lengning, A. & Lüpschen, N. (2012) *Bindung*. München: Reinhardt (UTB)
- Lessing, E.E., Zagorin, S.W. u. Nelson, D. (1970): *WISC subtest and IQ score correlates of father absence*. In: *Journal of Genetic Psychology*, 117, S. 181-195
- Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (2006): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Lewis, M., Feiring, C., Rosenthal, S. (2000). *Attachment over Time*. *Child Development*. (71: 3). 707-720.
- Lieberman, A.F. u. Pawl, J.H. (1993): *Infant-parent psychotherapy*. In: Zeanah, C. (Hg.): *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press, S. 427-442
- Lind, I. (2001). *Späte Scheidung. Eine bindungstheoretische Analyse*. Münster: Waxmann.
- Liotti, G. (1999): *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology*. In: Solomon, J., George, C. (Hrsg.): *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press, 291-317.
- Livingston, R., Taylor, J.L., Crawford, S.L. (1988): *A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

27, 185-187.

- Loe, I.M., Lee, E.L., Luna, B. Feldman, H.M. (2011): *Behavior Problems of 9–16 Year Old Preterm Children: Biological, Sociodemographic, and Intellectual Contributions*. *Early Human Development*. 87(4): 247–252.
- Lütkenhaus, P., Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1985). *Infant-mother attachment at twelve months and style of interaction with a stranger at the age of three years*. *Child Development*, 56, 1538-1542.
- Luthar, S.S. & Ziegler, E. (1991): *Vulnerabilität and competence: A review of research on resilience in childhood*. *American Journal of Orthopsychiatry* 61, 6-22.
- Lynskey, M.T. & Fergusson, D.M. (1995): *Childhood Conduct Problems, Attention Deficit Behaviors, and Adolescent Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23, 1995, 281-302
- Lyons-Ruth, K. u. Jacobvitz, D. (1999): *Attachment Disorganization: Unresolved Loss, Relational, and Lapses in Behavioral and Attentional Strategies*. In: Cassidy, J. u. Shaver, P.R. (Hg.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press
- Lyons-Ruth, K.; Melnick, S. & Bronfman, E. (2002): *Desorganisierte Kinder und ihre Mütter: Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen*. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K. & Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart, Klett-Cotta, 249-276
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bronfman, E., Sherry, S., Llanas, L. (2004): *Hostile-helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children: Review of research and implications for clinical work*. In: Atkinson, L. u. Goldberg, S. (Hg.): *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum, S. 65-94
- Magai, C. (1996): *Affect, imagery, attachment. Plenary adress presented at the International Society of Research on Emotion*. Toronto, Canada
- Magai, C. (1999): *Affect, Imagery, and Attachment. Working Models of Interpersonal Affect and Socialization of Emotion*. In: Cassidy, J. & Shaver, P. (1999): *Handbook of Attachment*. New York, London; Guilford Press
- Mai, F.M. & Mersky, H. (1980): *Briquet's treatise on hysteria: A synopsis and commentary*. *Archives of General Psychiatry* 37, 1401-1408.
- Main, M. (1973): *Exploration, play, and cognitive functioning as related to child-mother attachment*. *Unpublished doctoral dissertation*, Johns Hopkins University, Baltimore

- Main, M. (1983): *Exploration, Play and Cognitive Functioning Related to Infant-Mother Attachment*. In: *Infant-Behavior and Development*, 6, S. 167-174
- Main, M. (1999). Desorganisation im Bindungsverhalten. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (120–139). 3.Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Main, M. (2002). Organisierte Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenen. Flexible bzw. unflexible Aufmerksamkeit unter bindungsrelevantem Stress. In K. Brisch, K. Grossmann, K. E. Grossmann, L. Koehler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungsweg. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (165-218). Stuttgart: Klett-Cotta
- Main, M. & Weston, D.R. (1981): *The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships*. *Child Development*, 52, 932-940
- Main, M. & Solomon, J. (1986): *Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior*. In: Brazelton, T.B. und Yogman, M. (Hg.): *Affective development in infancy*. Norwood, NJ. Ablex, 95-124
- Main, M. & Solomon, J. (1990): *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In: Greenberg, M.T., Cicchetti, D. und Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention*. Chicago. London. The University of Chicago Press, 121-160
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985/1991/1994): *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished classification manual. University of California. Berkeley
- Main, M. & Hesse, E. (1992). Disorganized/disoriented infant behaviour in the strange situation, lapses in the monitoring of reasoning and discourse during the parents adult attachment interview, and dissociative states. In M. Ammaniti & D. Stern (Eds.), *Attachment and psychoanalysis* (86–140). (übersetzt aus dem italienischen). Rom: Gius, Laterza und Figli.
- Main, M., Kaplan, M. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. In: I. Bretherton & T. E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment* (pp. 66–105). Monographs of the Society for research on Child Development, Band 50.
- Maloney, M. (1980): *Dyagnosing hysterical conversion reaction in children*. *Journal of Pediatrics*, 97, 1016-1020
- Mash, E.J. & Johnston, C. (1982): *A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children*. *Child Development* 53, 1371-1381

- Mathiasen, B., Brøndbo, P.H., Waterloo, K., Martinussen, M., Eriksen, M., Hanssen-Bauer K. & Kvernmo S. (2012): *IQ as a moderator of outcome in severity of children's mental health status after treatment in outpatient clinics*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 6:22
- Mattejat F. (2002): *Kinder depressiver Eltern*. In: Braun-Scharm H (Hrsg.): *Depressionen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH; 231–45.
- Mattejat F. (2005): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist*. In: Mattejat F, Lisofsky B (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern* (5. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag; 66–78.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008) *Kinder psychisch kranker Eltern*. *Dtsch Arztebl* 2008; 105(23): 413-8.
- Mattejat, F. (2010): *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4 Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familie*. München.
- McMahon, R. J., Forehand, R., Griest, D. L., & Wells, K. C. (1981). *Who drops out of treatment during parent behavioral training?* *Behavioral Counseling Quarterly*, 1, 79-85.
- Meinel, Kurt/Schnabel, Günter (1998): *Bewegungslehre–Sportmotorik. Abriß einer Theorie der sportlichen Motorik unter pädagogischem Aspekt*. Berlin: Sportverlag
- Mikulincer, M. & Nachshon, O. (1991): *Attachment styles and patterns of self-disclosure*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, S. 321-331
- Miller, P.A. (2010), *Theories of Developmental Psychology 5. Auflage*, Palgrave Macmillan.
- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., et al. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *British Journal of Psychiatry*, 190(490), 495.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T., et al. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 931–942.
- Molitor, G. (2002): *Prolog*. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes & Apsel, 7-12
- Mummendey, H.D. (1995). *Die Fragebogenmethode. Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. 2., korr. Auflage. Göttingen: Hofgrefe.
- Munz, D. (2002): *Die pränatale Mutter-Kind-Beziehung*. In: Strauß, B.; Buchheim, A. & Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH

- Muratori F, Picchi L, Bruni G, Patarnello M, Romagnoli G: *A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2003, 42: 331– 338
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. & Hülßenbeck, P. (2000): *Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment*. Behaviour Research and Therapy 38. 487-497
- Murphy, P. (2002). *Cognitive functioning in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Journal of Attention Disorders, 5(4), 203-209.
- Murray, L. et al (2006). *Socioemotional development in adolescents at risk for depression: The role of maternal depression and attachment style*. Development and Psychopathology 18. 489– 516
- Nair, H. (1999). A study of the effects of divorce on maternal parenting and attachment security in preschool children. Dissertation abstracts international Section B. The Sciences and Engineering, 59(12B), 6517.
- Nave-Herz, R. (1989). Gegenstandsbereich und historische Entwicklung der Familienforschung. In R. Nave-Herz & M. Markefka (Hrsg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung, Band 1* (1-17). Neuwied: Luchterhand.
- Needleman HL, Gunnoe C & Leviton A. (1979) *Deficits in psychological and classroom performance of children with elevated dentine lead levels*. New England Journal of Medicine 300:689–695 (1979).
- Nelson-Jones, R. (1990): *Human Relationship Skills*. London: Cassell.
- Neugarten, B.L. & Weinstein, K. (1964): *The changing American grandparent*. In: Journal of Marriage and the Family, 26, S. 199-204
- Neuhaus, C. (2000): *Das funktionelle Verstehen der Symptomatik Hyperaktivität –Notwendigkeit eines multimodalen Behandlungsansatzes?* In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 187-211
- Neuhaus, C. (2000b): *Das ist ja wieder typisch! – ADS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Extravaganzen, Stimmungslabilitäten, Somatisierungstendenzen*. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 91-118
- Neuhaus, C. (2007): *Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme*. Berlin: Urania Ravensburg
- Neuhaus, C. (2009): *Hyperaktive Jugendliche wie Erwachsenwerden gelingt*. Berlin: Urania Ravensburg
- Neuhaus, Trott, Berger-Eckert, Schwab & Townson (2009): *Neuropsychotherapie der ADHS. Das*

*Elternt raining für Kinder und Jugendliche (ETKJ ADHS) unter Berücksichtigung des selbst betroffenen Elternteils.* Stuttgart: Kohlhammer.

- Neuhaus, C. (2011): *Das hyperaktive Kind und seine Probleme.* Berlin: Urania Ravensburg
- Noftle, E.E. & Shaver, P.R. (2006): *Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality.* *Journal of Research in Personality* 40. 179–208
- Nolan, A. & Lawrence, C. (2009). *A Pilot Study of a Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Birth.* *JOGNN*, 38, 430-442
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P. et al. (1987): *Ontario Child Health Study. II. Six-month-prevalence and rates of service utilisation.* *Archives of General Psychiatry* 44, 832-836.
- Owen, M.T., Cox, M.J. (1997): *Marital Conflict and the development of parental attachment relationships.* *Journal of Family Psychology*, 11, 152-164.
- O'Connor, T.G., Bredenkamp, D. & Rutter, M. (1999): *Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation.* In: *Infant Mental Health Journal*, 20, 1, S. 10-29
- O'Connor, T.G. & Rutter, M. (2000): *Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up.* *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (6), 703-712
- O'Connor, T.G.; Heron, J.; Golding, J.; Beveridge, M. & Glover, V. (2002): *Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years.* Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry* 180, 502-508
- O'Connor, D.L., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T. & Britner, P.A. (2003). *Child-parent attachment following early institutional deprivation.* *Development & Psychopathology*, 15, 19-38.
- Page, T.(2001). *Attachment themes in the family narratives of preschool children. A qualitative analysis.* *Child and adolescent social work journal*, 18(5), 353-375.
- Page, T. & Bretherton, I. (2001). *Mother- and father-child attachment themes in the story completions of pre-schoolers from post-divorce families. Do they predict relationships with peers and teachers?* *Attachment and human development*, 3(1), 1-29.
- Papousek M. (2002): *Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.* In: Braun-Scharm H (Hrsg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 201–30.
- Paquette, V. Lévesque, J.; Mensour, B.; Leroux, J.M.; Beaudoin, G.; Bourgouin, P. und Beaugard, M. (2003): *Change the mind and you change the brain: effects of cognitivebehavioral*

- therapy on the neural correlates of spider phobia.* Neuroimage 18 (2), 401-409
- Parke, R.D. u. Sawin, D.B. (1976): *The father's role in infancy: A re-evaluation.* In: Family Coordinator, 25, S. 365-371
- Pauli-Pott, U. & Bade, U. (2002): *Bindung und Temperament.* In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse.* Stuttgart, Schattauer GmbH
- Perón, M.E.D. (1952): *Der Sinn meines Lebens.* Thomas Verlag. Zürich.
- Perrez, Meinrad & Baumann, Urs (2005) *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie, 3.,vollständig überarbeitete Auflage,* Verlag Hans Hubert.
- Perry, B.D.; Pollard, R.A.; Blakeley, T.L.; Baker, W.L. & Vigilante, D. (1998): *Kindheitstrauma, Neuorbiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden.* Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 99, 3/1998, 277-307
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, H.M. (2001): *Aggressiv, dissoziale Störungen.* Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 3. Göttingen: Hogrefe.
- Pett, M., Wampold, B., Turner, C. & Vaughan, C. (1999). Paths of influence of divorce on preschool children's psychosocial adjustment. *Journal of family psychology, 13(2).* 145-164.
- Pettem, O. et al (1992). *Depression and Attachment Problems.* Journal of Psychiatry & Neuroscience. 18. 2.
- Perrig-Chiello, P. (1997): *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen.* Weinheim: Juventa-Verlag
- Perry, B.D.; Pollard, R.A.; Blakeley, T.L.; Baker, W.L. & Vigilante, D. (1998): *Kindheitstrauma, Neuorbiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden.* Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 99, 3/1998, 277-307
- Pheula GF, Rohde LA, Schmitz M (2011) *Are family variables associated with ADHD, inattentive type: A case-control study in schools.* Eur Child Adolesc Psychiatry 20(3):137–145
- Piaget, J. (1937/1954): *The construction of reality in the child* (M. Cook, trans.): New York: Basic Books
- Pickering, Andrew (2010): *The cybernetic brain.Sketches of another future.* University of Chicago Press, Chicago
- Pleck, J.H. (1997): *Paternal involvement: Levels, sources, and consequences.* In: Lamb, M.E. (Hg.): *The role of the father in child development.* New York: Wiley, S. 66-103
- Pollitt, B. (2009): *Wirksamkeit und Nutzen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer*

Behandlungen: eine kontrollierte Therapiestudie an einer klinisch-repräsentativen Stichprobe; Online-Resource Uni Marburg

- Poustka, F. (2000): *Zur Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms (HKS) mit Stimulanzien*. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 165-175
- Pozzi, M. E. (2002): *Ritalin für wen? Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien mit Kindern unter fünf Jahren verstehen?* In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes & Apsel, 165-189
- Price-Bonham, S. u. Balswick, J.O. (1980): *The Noninstitutions: Divorce, Desertion, and Remarriage*. In: *Journal of Marriage and the Family*
- Pritz, Alfred (Hrsg.), (2008) *Einhundert Meisterwerke der Psychotherapie*. Wien / New York, NY (USA), 33f.
- Proctor, J.T. (1958): *Hysteria in Childhood*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 28, 394-407.
- Pryor J & Rodgers B. (2001): *Children in changing families: Life after parental separation*. Blackwell; Malden, MA
- Radke-Yarrow, M., McCann, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P., Richardson, D.T. (1995): *Attachment in the context of high-risk conditions*. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2006): *Quantitative Methoden Einführung in die Statistik, 2. erweiterte Auflage*. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.
- Rauh, H. (1997). *Kommentare zum Artikel von Klaus E. und Karin Grossmann. Bindungstheorie und Bindungsforschung. Bindungstheorie und Bindungsforschung*.  
[www.dgps.de/fachgruppen/entwicklungs/NL197.html](http://www.dgps.de/fachgruppen/entwicklungs/NL197.html).
- Ravenstorf, Peter (2009), *Hypnose in der Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis, 2. Auflage*. Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Read, J. & Gumley, A. (2008). *Can Attachment Theory Help Explain the Relationship Between Childhood Adversity and Psychosis?* *ATTACHMENT: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*. 2. pp. 1–35.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D. Jr., Rae, D.S., Myer, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M., Locke, B.Z. (1988): *One month prevalence of mental disorders in the United States*. *Archives of General Psychiatry* 45, 977-986.
- Reimann-Höhn (2001): *ADS- So stärken sie ihr Kind*. Freiburg.

- Remmel, Kernberg, Vollmoeller, Strauß (2006). *Handbuch Körper und Persönlichkeit; Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Schattauer GmbH. Stuttgart.
- Remschmidt H & Schmidt M (Hrsg.)(1986). *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt H & Schmidt M (Hrsg.) (1988). *Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-Treatment im Vergleich*. Stuttgart: Enke. ISBN: 3432969813
- Remschmidt H & Walter R. unter Mitarbeit von Kampert K. (1989). *Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen*. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt H & Walter R (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist*. Hogrefe, Göttingen.
- Remschmidt H & Mattejat F (1994). *Psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. Monatsschrift für Kinderheilkunde 142, 250-257. 194
- Remschmidt H, Gutenbrunner C & Mattejat F (1994). *Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen. Methodische und inhaltliche Aspekte der Therapiedokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22 (3), 169-182.
- Remschmidt H & Mattejat F (1997). *Psychotherapieforschung*. In H. Remschmidt (Hrsg), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Thieme. S.45-68
- Remschmidt H & van Engeland H (1999). *Child and Adolescent Psychiatry in Europe*. Steinkopf: Darmstadt; Springer: New York
- Remschmidt H & Mattejat F (2001 b). *Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry*. European Child and Adolescent Psychiatry 10 (1) Suppl.
- Remschmidt H & Mattejat F (2003). *Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen*. Deutsches Ärzteblatt 100 (16): B 896-901.
- Remschmidt H (2003b). *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Wissenschaftsgeschichte* In: Schmeck K, Schmötzer G, Bölte S (Hrsg.) (2003). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Festschrift für Fritz Poustka. Pabst Science Publishers
- Remschmidt H (Hrsg) (2004). *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. ISBN:3-7691-0463-3

- Remschmidt H, Schmidt M & Poustka F (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 5. rev. Auflage. Bern: Huber.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2011) *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 WHO*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Sroufe, L.A. & Mangelsdorf, S. (1989): *Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school*. In: *Journal of Personality*, 57, S. 257-281
- Reuner, G. und Oberle, A. (2000): *ADS und was sonst noch? Anfallsleiden, Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen – Komorbiditäten, Ursachen, Konsequenzen*. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 139-150
- Revensdorf, D. (1993): *Psychotherapeutische Verfahren - Band III. Humanistische Therapien*. Stuttgart, Berlin, Köln: W.-Kohlhammer-Verlag
- Richardson, L.F. (1926): *Atmospheric diffusion shown on a distance-neighbour graph*. In: *Proceedings of the Royal Society A*. Bd. 110, S. 709-737
- Ritter, M. (1972): *Maternal Deprivation Reassessed*. Harmondsworth: Penguin
- Roberts, J.E. et al. (1996). *Adult Attachment Security and Symptoms of Depression: The Mediating Roles of Dysfunctional Attitudes and Low Self-Esteem*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 70. 2. 310-320
- Rösler, von Gontrad, Retz & Freitag (2010): *Diagnose und Therapie der ADHS: Kinder- Jugendliche- Erwachsene*. Stuttgart. Kohlhammer.
- Roskam, I., M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M.J., Santelices, M.P., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M.H., B. (2014): *Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* Volume 49, Issue 1, pp 133-144
- Ross, G., Kagan, J., Zelazo, P.M., u. Kotelchuck, M. (1975): *Separation protest in infants in home and laboratory*. In: *Developmental Psychology*, 11, S. 256-257
- Rost, Detlef H. (2005): *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Rothbart, M.K. u. Derryberry, D. (1981): *Development of individual differences in temperament*.

Advances in developmental psychology, 1, S. 37-86

- Rothbard, J.E. u. Shaver, P. (1994): *Kontinuität der Anlage über den Lebensverlauf: Eine Anlagentheoretische Perspektive auf die Persönlichkeit*. In: Sperling, M.B. u. Berman, W.H. Attachment bei Erwachsenen: Klinische und Entwicklungsperspektiven. New York: Guilford-Verlag, S. 31-71
- Rothbaum, F., Schneider Rosen, K., Pott, M., u. Beatty, M. (1995): *Early parent-child relationships and later problem behavior: A longitudinal study*. In: Merrill-Palmer Quarterly, 41, S. 133-151
- Rothenberger, A. (2002): *Methylphenidat und Parkinson-Syndrom – Eine Spekulation macht ihre Runde und wird als Gerücht entlarvt*. ADHS-Report (9), 3. Jg, Juli 2002
- Rothenberger, A. & Neumärker, K.J. (2005): *Wissenschaftsgeschichte der ADHS – Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit*. Darmstadt, Steinkopff Verlag
- Rowling, J.K. (1998) *Harry Potter und der Stein der Weisen*. Hamburg. Carlson.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). *Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing?* Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 41, 139–149.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). *Institutional care: Associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships*. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 45, 866–873.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2012). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Hogrefe Verlag für Psychologie. Göttingen.
- Rutter, M., Kreppner, J.M., O'Connor, T.G. (2001). *Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation*. British Journal of Psychiatry, 179, 97-103.
- Rützel, E. (1977): *Aufmerksamkeit*. In Hermann, T, (Hrsg) Psychologische Grundbegriffe.
- Ryffel-Rawak (2008): *ADHS bei Frauen: Den Gefühle ausgeliefert*. Göttingen: Hogrefe.
- Safren, Spricht, Perlmann & Otto (2005): *Mastering your adult ADHD. A cognitive behavioral treatment program*. Oxford University Press.
- Saile, H.; Röding, A. & Löffler-Friedrich, A. (1999): *Familienprozesse bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27 (1), 19-26
- Saile, H. & Forse, I. (2002): *Allgemeine und differenzielle Aspekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern*. 50 (3), 281-299.
- Salter, M. D. (1940): *An evaluation of adjustment based upon the concept of security*. In: Child Development Series. Toronto, Ontario, Canada: University of Toronto Press

- Samara M, Marlow N, Wolke D. for the EPICure Study Group (2008): *Pervasive Behavior Problems at 6 Years of Age in a Total-Population Sample of Children Born at <=25 Weeks of Gestation. Pediatrics.* 2008 Sep;122(3):562–573.
- Sandberg (2002): *Hyperaktivität und attention disorders of childhood..* Cambridge University Press.
- Sanders, Elisabeth (1993) *Überlegungen zur Analyse fördernder und belastender Bedingungen in der Entwicklung von Scheidungskindern, Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40,241-248.*
- Sander, E., Endepohls-Ulpe, M. & Gollia, A. (2005). *Scheidungskinder im Urteil von Lehrerinnen und Lehrern.* Psychologie in Erziehung und Unterricht, 52, 272- 280.
- Sander, E. (1999). *Trennung und Scheidung - die Perspektive betroffener Eltern.* BELTZ, Deutscher Studienverlag.
- Sander, E. (2002): *Scheidungsforschung im Rahmen einer klinischen Entwicklungspsychologie der Familie.* In: Rollett, B., Werneck, H. (Hrsg): *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie.* Göttingen: Hogrefe-Verlag, 266-296.
- Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S, et al. (1999) Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1999 Aug;38(8):976–984
- Schaff, C. & Bittner, G. (1996): *Das „Zappelphilipp“-Syndrom.* In: Bittner, G. (Hg.): *Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten.* Göttingen, Zürich. Vandenhoeck und Ruprecht, 2. Auflage, 190-206
- Schechter, D., Willheim, E. (2009): *Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. Infant and Early Childhood Mental Health Issue.* In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 18, Issue, 665–686.
- Scheid, Volker (1994): *Motorische Entwicklung in der mittleren Kindheit. Vom Schuleintritt bis zum Beginn der Pubertät.* In: Baur, Jürgen/Bös, Klaus/Singer, Roland (Hrsg.): *Motorische Entwicklung. Ein Handbuch.* Schorndorf: Karl Hofmann, S. 276-290.
- Scheuerer-Englisch, H. (1989). *Das Bild der Vertrauensbeziehung bei zehnjährigen Kindern und ihren Eltern: Bindungsbeziehungen in längsschnittlicher und aktueller Sicht.* Dissertation, Universität, Philosophische Fakultät II, Regensburg.
- Scheuerer-Englisch, H. (2001): *Wege zur Sicherheit. Bindungsgeleitete Diagnostik und Intervention in der Erziehung – und Familienbreitung.* In: Suess, G.J., Scheuerer Englisch, H., Pfeider, W.-K. P. (Hrsg): *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung*

- der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 315-345.
- Schlack, H.G. (2004): *ADHS: Eine soziogene Epidemie? Kinderärztliche Praxis*. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin. 75. Jg., Sonderheft ADHS, 6-10
- Schleidt, M. (1989): *Die humanethologische Perspektive: Die menschliche Frühentwicklung aus ethologischer Sicht*. In: Keller, H.: Handbuch der Kleinkindforschung. Heidelberg, Springer-Verlag, S. 15-29
- Schlesinger, H. J. (1982): *Resistance as a process*. New York: Plenum Press
- Schmeck, K., Poustka, F., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Lehmkuhl, G., Fegert, J.M., Lenz, K., Huss, M. & Lehmkuhl, U. (2001): *Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in German samples*. European Child & Adolescent Psychiatry December 2001, Volume 10, Issue 4, pp 240-247
- Schmidt, S. & Strauß, B. (1996): *Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie*. In: Psychotherapeut, 41, S. 139-150
- Schmidt, S. & Strauß, B. (2002): *Bindung und Coping*. In: Strauß, B. Buchheim, A. Kächele, H. (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart, 255-271.
- Schmidt-Denter, U. (1994): *Prosoziales und aggressives Verhalten*. In: Schneewind, K.A. (Hg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation*. Göttingen: Hogrefe, S. 285-314
- Schmidt-Denter, U. & Beelmann, W. (1995). *Familiäre Beziehungen nach Trennung und Scheidung. Veränderungsprozesse bei Müttern, Vätern und Kindern*. Forschungsbericht, Band 1, Textteil. Universität zu Köln.
- Schneewind, K.A. (1999): *Familienpsychologie*. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Schneider, S. & Rice, D. (1979): *Neurological manifestations of childhood hysteria*. Pediatrics, 94, 153-156.
- Schneider, B.H. et al (2001): *Child-Parent Attachment and Children's Peer Relations: A quantitative Review*. Developmental Psychology. 31. 1. 86-100.
- Schore, A.N. (2002): *Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 36, 9-30
- Schulte-Markwort, M. & Düsterhus, P. (2003): *ADS/ADHS und Familie – die Bedeutung familiärer Faktoren für die Symptomenentstehung*. Persönlichkeitsstörungen, 7, 95-104

- Schwabe-Höllein, M. & August-Frenzel, P. (1999). *Die Bedeutung der Bindung bei der Begutachtung von familienrechtlichen Angelegenheiten*. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (351-360). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schwarz, S.M., Gramling, S.E., Mancini, T. (1994): *The influence of life stress, personality, and learning history on illness behavior*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25, 135-142.
- Scott, S. (2003) *Integrating Attachment Theory with Other Approaches to Developmental Psychology*. *Attachment & Human Development*. 5. 3. 307-312.
- Seifer, R.; Schiller, M. ; Sameroff, A.J.; Resnick, S. & Riordan, K. (1996) : *Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life*. *Developmental Psychology*, 32, 12-25
- Seiffge-Krenke I, Kollmar F (1998). *Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: a longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39:687-697.
- Selman, R.L. (1984): *Die Entwicklung des sozialen Verhaltens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Shaver, P.R. et al. (2005): *Attachment Style, Excessive Reassurance Seeking, Relationship Processes, and Depression*. *Personality Social Psychology Bulletin*, Vol. 31 No. 3. 343-359
- Sheeber, L.B., u. Johnson, J.H. (1992): *Applicability of the impact on family scale for assessing families with behaviorally difficult children*. In: *Psychological Reports*, 71, S. 155-159
- Shirk, S.R. & Karver, M. (2003): *Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003, Vol. 71, No. 3, 452–464
- Simchen, H. (2003): *Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag
- Simpson, J.A., Rholes, W.S. u. Nelligan J.S. (1992): *Support Seeking and Support Giving within Couples in an Anxiety-Provoking Situation: The Role of Attachment Styles*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, S. 434–446
- Skeels, H.M. (1966): *Adult status of children with contrasting early life experiences: a followup study*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 31, (3), 1-65
- Skovgaard, A.M., Olsen, E.M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S.L., Jorgensen, T.,

(2007), *Predictors (0–10 months) of psychopathology at age 1½ years – a general population study in The Copenhagen Child Cohort*, *Journal of Child Psychology*, Volume 49, Issue 5, 553-562.

Skowron E.A. & Schmitt, T.A: (2003). *Assessing Interpersonal Fusion: Reliability and Validity of a New DSI Fusion With Others Subscale*. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 29, No. 2.

Skrodzki, K. (2000): *Leben mit Hyperaktivität in Deutschland vor der Jahrtausendwende*. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 21-43

Slade, A. (1998): *Attachment Theory and Research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults*. In: Cassidy, J. & Shaver, P. (Hg.) *The Handbook of Theory and Research*. New York: Guilford Press

Solomon, D., Hirsch, J.C., Scheinfeld, D.R. and Jackson, J.C. (1972): *Family Characteristics and Elementary School Achievement in an Urban Ghetto*. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, S. 462-466

Solomon, J. & George, C. (Hrsg) (1999): *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.

Spallek, R. (2001): *Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom ADS*. Düsseldorf, Walther

Spangler, G., Grossmann, K., Grossmann, K. E. & Fremmer-Bombik, E. (2000). Individuelle und soziale Grundlagen von Bindungssicherheit und Bindungsdesorganisation. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 3 (2), 20 -220.

Spangler, G. (1995): *Die Rolle kindlicher Verhaltensdispositionen für die Bindungsentwicklung*. In: Spangler, G. u. Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 178-190

Spangler, G. & Schieche, M. (1999). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (20 -231). 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf. Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Öster, G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie* (171-194). Weinheim: Psychologie Verlagsunion.

- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.)(2004). Die Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spitz, R. (1945): *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. In: *Psychoanalytic Study of the Child*,1, S. 53-74
- Spitz, R. (1978): *Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Stuttgart: Klett-Verlag
- Sroufe, L.A., u. Waters, E. (1977): *Attachment as an organizational construct*. In: *Child Development*, 48, S. 1184-1199
- Sroufe, L.A. (1983): *Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence*. In: Perlmutter, M. (Hg.): *Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 16, S. 41-81): Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Sroufe, L.A. (1985): *Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament*. In: *Child Development*, 56, S. 1-14
- Sroufe, A. u. Fleeson, J. (1986): *Attachment and the construction of relationships*. In: Hartup, W. u. Rubin, Z. (Hg.): *Relationships and development*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.
- Sroufe, L.A. (1988). *The role of infant caregiver attachment in development*. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment (18-38)*. Hillsdale: Analytic Press.
- Sroufe, L. A., Carlson, E.A., Levy, A.K., Egeland, B. (1999): *Implications of attachment theory for developmental psychopathology*. *Developmental Psychology*, 11, 1-13.
- Starfield, B., Gross, E., Wood, M., Pantell, R., Allen, C., Gordon, I.B., Mofatt, P., Drachman, R. & Katz, H. (1980): *Psychosozial and psychosomatische Diagnosen in primärer Pflege von Kindern*. *Pediatrics*, 66, 159-167.
- Steele, H. & Steele, M. (1994): *Intergenerational patterns of attachment*. *Advances in Personal Relationships*, 5, 93-120
- Steele, H.; Steele, M & Fonagy, P. (1996): *Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants*. *Child Development*, 67, 541-555
- Steele, M.; Hodges, J.; Kaniuk, J.; Henderson, K.; Hillman, S. & Bennet, P. (2002): *Weitererzählungen von Geschichten als Methode zur Erfassung der inneren Welt des Kindes. Implikationen für die Adoption*. In: Brisch, K.-H., Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart, Klett-Cotta, 339-352

- Steinhausen, H.-C. (Hg.) (2000): *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart, Kohlhammer, 2. Auflage
- Steinhausen, Rothenberger & Döpfner (2010): *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der ADHS*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. (2002): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München und Jena, Urban & Fischer Verlag, 5. Auflage
- Stern, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stevens, S.E., Sonuga-Barke, E.J.S., Kreppner, J.M., Beckett, C. Castle J., Colvert, E., Groothues, C. Hawkins, A. & Rutter, M.L. (2008): *Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: Presentation and Associations in Early Adolescence*. Journal of Abnormal Child Psychology. 36:385–398.
- Stewart, R.B. (1983): *Siblings attachment relationships: child-infant interactions in the strange situation*. In: Development Psychology, 19, S. 192-99
- Stiefel, I. (1997): *Can disturbance in attachment contribute to Attention Deficit Hyperactivity Disorder? A case discussion*. Clinical Child Psychology and Psychiatrie 2 (1), 45-64
- Stollhoff, K.; Mahler, W. und Duscha, K. (2003): *Hochrisiko ADHS. Plädoyer für eine frühe Therapie*. Lübeck, Verlag Schmidt-Römhild, 2. ergänzte Auflage
- Stork, J. (1993): *Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens*. Kinderanalyse, 2/1993, 203-230
- Stott, D.H. (1950): *Delinquency and human nature*. Carnegie UK Trust, Dunfermline, Fife.
- Strodl, E. & Noller, . (2003) *The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia*. Personal Relationships, 10(2). pp. 171-185.
- Storebø, O.J., Rasmussen, P.D. & Simonsen, E. (2013): *Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors*. Journal of Attention Disorders
- Storebø, O.J., Skoog, M., Rasmussen, P.D., Winkel, P., Gluud, C., Thomsen P.H. & Simonsen, E. (2014): *Attachment Competences in Children With ADHD During the Social-Skills Training and Attachment (SOSTRA) Randomized Clinical Trial*. Journal of Attention Disorders
- Suess, G.J., Grossmann, K.E. & Sroufe, L.A. (1992): *Effects of Infant Attachment to Mother and Father on Quality of Adaptation in Preschool: From Dyadic to Individual Organization of Self*. In: International Journal of Behavioral Development, 15(1), S. 43-65

- Suess, G.J., Zimmermann, P. (2001): *Anwendung der Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie*. In: Suess, G.J., Scheuerer-Engelich, H., Pfeifer, W.-K.P. (Hrsg): *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 241-270.
- Sutton-Smith, B., Rosenberg, B.G. u. Landy, F. (1968): *Father-absence effects in families of different sibling compositions*. In: *Child Development*, 39, S. 1213-1221
- Tabachnick, B.G. & Fidell, G. (2001): *Using Multivariate Statistics, fourth edition*. Allyn & Bacon.
- Tasca G.A. et al. (2009): *Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies* *Personality and Individual Differences* 47. 662–667
- Taylor, E. (1994): *Syndromes of attention deficit and overactivity*. In: Rutter, M.; Taylor, E. & Hersov, L. (Hg.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford, Blackwell Scientific
- Teti, D.M. (2000): *Maternal depression and child-mother attachment in the first three years: A view from the intermountain west*. In: Crittenden, P. u. Claussen, A.H. (Hg.): *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. New York: Cambridge University
- Thompson, R.A. (1999): *Early attachment and later development*. In: Cassidy, J. u. Shaver, P.R. (Hg.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, S. 265-286
- Tinsley, B.R. & Parke, R.D. (1984): *The contemporary impact of the extended family on the nuclear family: Grandparents as support and socialization agents*. In: M. Lewis & L. Rosenblum (Hg.): *Social connection: Beyond the dyad*. New York: Plenum Press
- Tischler, L. (2001): *Was ist ADS/ADHS? Theorien über Ursachen und Behandlungsmethoden*. In: *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, Heft 112, XXXII. Jg. 4/2001, 509-517
- Titelman, P. (2008). *Triangles. Bowen Family Systems Theory Perspectives*. Haworth: Haworth Press.
- Tizard, B., & Hodges, J. (1978). *The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children*. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 19, 99–118.
- Trautmann-Villalba, P.; Gerhold, M.; Polowczyk, M.; Dinter-Jörg, M; Laucht, M.; Esser, G. & Schmidt, M.H. (2001): *Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29 (4), 263-273
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C. (2007): *Tötung des eigenen Kindes*. *Nervenarzt*. 78: 1290–5.

- Tress, W. (1986), *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trott, G.-E. (2000): *Pillen für den Zappelphilipp? Medikation – Ritalin und andere Medikamente*. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 270-281
- Trott, G.-E. (2000b): *Biologische Ursachen und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie des Hyperkinetischen Syndroms*. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 107-123
- Trott, G.-E. (2006): *Fortschritte der Pharmakotherapie. Förderung und Perspektiven für Patienten mit ADHS*. *Neurotransmitter*, 17 (2), 50-56
- Troy, M. & Sroufe, L.A. (1987): *Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history*. In: *Journal of the American Academy of Child u. Adolescent Psychiatry*, 26(2), S. 166-172
- Trudewind, C., Höner, U. & Steckel R. (1998): *Verfahren zur Erfassung der Bindungsqualität bei 8–14 Jahre alten Kindern*. Ruhr-Universität Bochum. Fakultät für Psychologie.
- Trudewind, C. & Steckel, R. (2009): *Bochumer Bindungstest*. Bochum.
- Van den Bergh, B.R.H.; Vandenbergh, K.; Daniels, H.; Casaer, P. und Marcoen, A. (1989): *The relationship between maternal emotionality during pregnancy and the behavioural of the development of the fetus and neonatus*. In: Gennser, G.; Marsal K.; Svenningen, N. und Lindström K. (Hg.): *Fetal and Neonatal Physiological Measurements III*. Malmö, 359-363
- Van den Bergh, B.R.H. (2001): *Gender-related effects of maternal anxiety during pregnancy on temperament, emotions and behavior in eight- and nine-years olds*. Vortrag auf dem Kongress der „Society for Research in Child Development“. Symposium „Prenatal maternal stress and/or anxiety and infant/child outcome“ (Chair: M. Schneider). Minneapolis
- Van den Bergh, B.R.H. & Marcoen, A. (2004): *High maternal anxiety during pregnancy is related to ADHD symptoms, externalizing problems and self reported anxiety in 8/9- year-olds*. *Child Development* 75, 1085-1097
- Van den Bergh, B.R.H. (2004): *Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 4, 221-236
- Van den Bergh, B.R.H. (2005): *Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft*. In: Krens, I. und Krens, H. (Hg.): *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 94-105

- Van den Boom, D.C. & Hoeksma, J.B. (1994): *The effect of infant irritability on mother/infant interaction: A growth-curve analysis*. *Developmental Psychology*, 30, 581-590
- Van den Boom, D.C. (1994): *The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lowerclass mothers with irritable infants*. *Child Development*, 65, 1457-1477
- Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M.G., Minderaa, R.B. & Hoekstra, P.J. (2009). *Behavioral Parent Training as an Adjunct to Routine Care in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Moderators of Treatment Response*. *Journal of Pediatric Psychology*. 35, 3. 317-326.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1992): *Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations*. *Developmental Review* 12, 76-99
- Van Ijzendoorn, M.H. (1995): *Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview*. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403
- Van Ijzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996): *Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21
- Van Ijzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997): *Intergenerational transmission of attachment: a move to the contextual level*. In: Atkinson, L. und Zucker, K.J. (Eds.): *Attachment and Psychopathology*. New York, London; Guilford Press, 135-170
- Van Ijzendoorn, M.H.; Feldbrugge, J.T.; Derks, F.C.; De Ruiter, C.; Verhabe, M.F.; Philipise, M.W.; Van der Staak, C.P. & Riksen-Walraven, J.M. (1997): *Attachment representations of personality disordered criminal offenders*. *American Journal of Orthopsychiatry* 67, 449-459
- Van Ijzendoorn, M.H. & Sagi, A. (1999): *Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual determinants*. In: Cassidy, J. und Shaver, P. (1999): *Handbook of Attachment*. New York, London; Guilford Press, 713-734
- Van Ijzendoorn, M.H.; Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. (1999): *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249
- Van Ijzendoorn et al. (2007). *Parental Sensitivity and Attachment in Children With Autism Spectrum Disorder: Comparison With Children With Mental Retardation, With Language Delays, and With Typical Development*. *Child Development*. 78. 2.597 – 608
- Vaughn, B.E.; Stevenson-Hinde, J.; Waters, E.; Kotsaftis, A.; Lefever, G.B.; Shouldice, A.; Trudel,

- M. & Belsky, J. (1992): *Attachment security and temperament in infancy and early childhood: Some conceptual clarifications*. *Developmental Psychology*, 28, 463-473
- Vaughn, B.E. u. Bost, K.K. (1999): *Attachment and Temperament: Redundant, Independent, and Interacting Influences on Interpersonal Adaptation and Personality Development?* In: *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press
- Von Lüpke, H. (2006): *Der Dialog in Bewegung*. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. Und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 169-188
- Wadhwa, P.D.; Glynn, L.; Hobel, C.J.; Garite, T.J.; Porto, M.; Chicz-Demet, A.; Wigglesworth, A.K. & Sandman, C.A. (2002): *Behavioral perinatology. Biobehavioral processes in human fetal development*. *Regulatory Peptides*, 108, 149-157
- Waldinger, R.J, Schulz, M.S., Barskey, A.J. & Ahren, D.K. (2006): *Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment*. *Psychosomatic Medicine* 68.129–135
- Wallerstein, J.S. u. Kelly, J.B. (1977): *Divorce counseling: A community service for families in the midst of divorce*. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, S. 4-22.
- Wallerstein, J.S. u. Kelly, J.B. (1980): *Hinterbliebener der Trennung*. New York: Basic Books, Inc.
- Wallerstein, J.S. u. Kelly, J.B. (1980): *Surviving the Breakup. How Children and Parents Cope with Divorce*. In: Blackwell Publisher
- Walper, Sabine (2002) "Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung, Tod" in *Entwicklungspsychologie von Oerter und Montada*, Kapitel 26, 818-831.
- Walter, H. (2002): *Männer als Väter. Sozialwissenschaftliche Theorie und Empirie*. Gießen, Psychosozial-Verlag
- Warnke, A. & Remschmidt, H. (1990): *Zur Prognose des Kindes mit Hyperkinetischem Syndrom. Frühförderung interdisziplinär* (1990) 4, 153-161
- Warnke, A. (2000): *Möglichkeiten der Frühintervention bei hyperkinetischen und aufmerksamkeitsbeeinträchtigten Vorschulkindern*. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 221-231
- Warnke, A. & Wewetzer, C. (2003): *Therapie der ADHS. Kinder- und Jugendmagazin*, Schattauer, 3, 135-66
- Wartner, U. G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., & Suess, G. (1994). *Attachment patterns at*

- age six in south Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior.* Child Development, 65, 1014-1027.
- Waters, B. (1987). The importance of sibling relationships in separated families. *Journal of family therapy*, 8, 13–17.
- Wei, M. et al. (2004): *Maladaptive Perfectionism as a Mediator and Moderator Between Adult Attachment and Depressive Mood.* Journal of Counseling Psychology . 51. 2. 201–212.
- Wei, M., Ruseel, D.W., Zakalik, R.A. (2005): *Adult Attachment, Social Self-Efficacy, Self Disclosure, Loneliness, and Subsequent Depression for Freshman College Students: A Longitudinal Study.* Journal of Counseling Psychology . Vol. 52, No. 4, 602–614.
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K. & Zakalik, R. A. (2005): *Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction.* Journal of Counseling Psychology, Vol 52(4). 591-601.
- Wei, M. et al. (2005). *Adult Attachment, Depressive Symptoms, and Validation From Self Versus Others.* Journal of Counseling Psychology 52. 3. 368–377.
- Wei, M. et al. (2006). *Maladaptive Perfectionism and Ineffective Coping as Mediators Between Attachment and Future Depression: A Prospective Analysis.* Journal of Counseling Psychology . 53. 1, 67–79
- Weinfield, N.S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (1999): *The nature of individual differences in infant-caregiver attachment.* In: Cassidy, J. u. Shaver, P. (Hg.): Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical application. New York: Guilford, S. 68-88
- Weisner, T.S. u. Gallimore. R. (1977): *My Brother's Keeper: Child and Sibling Caretaking.* Current Anthropology 18:169-190
- Weiss, R.S. (1973): *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* Cambridge, MA: MIT Press. MA: MIT Press
- Weisz, J.R., Weis, B. & Langmeyer, D.B. (1987): *Giving up on Child Psychotherapy: Who drops out?* Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 55. No. 6, 916-918.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., Morton, T. (1995): *Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies.* Psychol. Bull. 117:450-468.
- Weisz, J.R., Huey, S.J., Weersing, V.R. (1998): *Psychotherapy outcome research with children and adolescents: the state of art.* In Ollendick T.H., Prinz R.J. (eds.): *Advances in clinical child psychology.* Vol. 20. New York: Plenum Press, 49-91.
- Wender, P. (2000): *Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität ADHD bei Erwachsenen.* In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.) (2000): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder*

Kreativitätszeichen? Borgmann publishing, Dortmund, 43-75

- Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. (2001): *Adults with ADHD. An overview*. Ann NY Acad Sci 2001;931:1-16
- Wender, P.H. (2002): *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Stuttgart, Kohlhammer
- Werba, B.E., Eyberg, S.M., Boggs, S.R. & Algina, J. (2006): *Predicting Outcome in Parent-Child Interaction Therapy: Success and Attrition*. Behavior Modification. 30; 618
- Werner, E.E. (2005): *Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz*. In: Opp, G., Fingerle, M. u. Freytag, A. (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel: Ernst-Reinhardt-Verlag, S. 25-35
- Werner, E.E. & Smith, Ruth S. (2001): *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience and recovery*. Ithaca: Cornell University Press
- West, M., Rose, M., Verhoef, M.J., Spreng, S., & Bobey, M. (1998): *Anxious Attachment and Self-Reported Depressive Symptomatology in Women*. Canadian Journal of Psychiatry 43. 294–297)
- West, M. & George, C. (2002): *Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women*. Attachment & Human Development Vol 4 No 3. 278–293
- White L, Gilbreth JG. (2001): *When children have two fathers: Effects of relationships with stepfathers and noncustodial fathers on adolescent outcomes*. Journal of Marriage and Family;63:155–167.
- Wilkinson, S:R. (1988): *The child's world of illness – the development of health and illness behaviour*. Cambridge, University Press.
- Wilson, J. Q. (2002). *The marriage problem: How our culture has weakened families*. New York: Harper-Collins.
- Winnicott, D.W. (1935): *Die manische Abwehr*. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München. Kindler, 1976, 238-259
- Winnicott, D.W. (1951): *Transitional Objects und Transitional Phenomena*. In: *Collected Papers*. London: Tavistock
- Wolff, G.; Collin, H.; Ruckeis-Winter, D.; Siedersleben, S.; Heyer, R.; Schweitzer, S.; Hartmann, M.; und Stritt, K. (2000): *Zum spezifischen Verhaltensmuster beim Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) / Hyperkinetischen Syndrom (HKS)*. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann

publishing, 89-107

- Wolke, D.; Rizzo, P. und Woods, S. (2002): *Persistent Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood*. Pediatrics Vol. 109, No 6, June 2002
- Wright, P.J., Henggeler, S.W. u. Craig, L. (1986): *Problems in paradise? Probleme im Paradies? A longitudinal examination of the transition to parenthood. Eine longitudinale Untersuchung der Übergang zur Elternschaft*. Journal of Applied Developmental Psychology
- Yates, A. & Steward, M. (1976): *Conversion hysteria in childhood*. Clinical Pediatrics, 15, 379-382.
- Youniss, James (Hg.): (1998): *Verbal Interaction and Development in Families with Adolescents, Advances in Applied Developmental Psychology*, Vol. 15, S. 11-29
- Zach, U. (1999). *Entwicklungsbedingungen von Bindungsmustern*. Dissertation. Forschungsberichte 115, Universität Osnabrück.
- Zaslow, M. J. (1988). Sex differences in children's response to parental divorce 1. Research methodology and post-divorce family forums. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 355-378.
- Zaslow, M. J. (1989). Sex differences in children's response to parental divorce 2. Samples, variables, ages and sources. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 118-141.
- Zeanah, C.H., u. Anders, T.F. (1987): *Subjectivity in parent-infant relationships: A discussion of internal working models*. Infant Mental Health Journal, 8, S. 237-250
- Zeanah, C.H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. & Heller, S. (1999): *Disorganized attachment associated with partner violence: a research note*. In: Infant Mental Health Journal, vol. 201, S. 77-86
- Zeanah, C.H., Keyes, A. u. Settles, L. (2003): Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. Ann. N. Y. Academic Science. 1008: 22-30
- Zeanah, C.H., Scheeringa, M., Boris, N.W., Heller, S.S., Smyke, A.T., & Trapani, J., (2004) *Reactive attachment disorder in maltreated toddlers*, Child Abuse and Neglect, Volume 28, Issue 8, 887-888.
- Ziegenhain, U. (2001). *Anwendungsgebiete der Bindungstheorie*. Neue Praxis, 31 (5), 480-491.
- Ziegert, B., Neuss, A., Herpertz-Dahlmann, B., Kruse, W. (2002): *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis Wer ist behandlungsbedürftig?* Deutsches Ärzteblatt PP 6.
- Zimmermann, P. (1994). *Bindung im Jugendalter. Entwicklung und Umgang mit aktuellen Anforderungen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Regensburg.
- Zimmermann, P, Becker-Stoll, F. & Fremmer-Bombik, E. (1997). *Kindheit und Entwicklung*, 6, 173

- Zimmermann, P. Becker-Stoll, F. Grossmann, K., Grossmann, K. E., Scheuerer – Englisch, H. & Wartner, U. (2000). *Längsschnittliche Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis ins späte Jugendalter*, *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 2 (1), 99-117.
- Zimmermann, P., Spangler, G, Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1999). *Bindung im Lebenslauf. Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und zukünftige Perspektiven*. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (311-334). 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Zulauf-Logoz, M. (2004): *Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen*. In: Ahnert, L. (Hrsg.): *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG, Verlag, 297-312.



## 9.1.2 YSR

Jetzt folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0, 1, 2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder in den letzten sechs Monaten genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für Dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend      1 = etwas oder manchmal zutreffend      2 = genau oder häufig zutreffend

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter ..... 0 1 2</p> <p>2. Ich leide unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: ..... 0 1 2<br/>_____</p> <p>3. Ich streite häufig oder widerspreche ..... 0 1 2</p> <p>4. Ich leide unter Asthma ..... 0 1 2</p> <p>5. Ich verhalte mich wie jemand des anderen Geschlechts ..... 0 1 2</p> <p>6. Ich mag Tiere ..... 0 1 2</p> <p>7. Ich gebe an, schneide auf, prahle gern ..... 0 1 2</p> <p>8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen ..... 0 1 2</p> <p>9. Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: ..... 0 1 2<br/>_____</p> <p>10. Ich kann nicht lange stillsitzen ..... 0 1 2</p> <p>11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen ..... 0 1 2</p> <p>12. Ich fühle mich einsam ..... 0 1 2</p> <p>13. Ich bin durcheinander oder zerstreut ..... 0 1 2</p> <p>14. Ich weine viel ..... 0 1 2</p> <p>15. Ich bin sehr ehrlich ..... 0 1 2</p> <p>16. Ich bin gemein zu anderen ..... 0 1 2</p> <p>17. Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken ..... 0 1 2</p> <p>18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen ..... 0 1 2</p> <p>19. Ich möchte viel Aufmerksamkeit oder Beachtung bekommen ..... 0 1 2</p> <p>20. Ich mache meine eigenen Sachen kaputt ..... 0 1 2</p> <p>21. Ich mache Sachen kaputt, die anderen gehören ..... 0 1 2</p> <p>22. Ich gehorche meinen Eltern nicht ..... 0 1 2</p> <p>23. Ich gehorche in der Schule nicht ..... 0 1 2</p> <p>24. Ich esse nicht so gut, wie ich sollte ..... 0 1 2</p> <p>25. Ich komme mit anderen Kindern oder Jugendlichen nicht zurecht ..... 0 1 2</p> <p>26. Wenn ich etwas Unüberlegtes getan habe, fühle ich mich nicht schuldig ..... 0 1 2</p> <p>27. Ich bin auf andere eifersüchtig ..... 0 1 2</p> <p>28. Ich helfe gern anderen, wenn sie Hilfe benötigen .. 0 1 2</p> <p>29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule); bitte beschreiben: ..... 0 1 2<br/>_____</p> <p>30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen ..... 0 1 2</p> <p>31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun ..... 0 1 2</p> <p>32. Ich glaube, ich muß perfekt sein und alles gut können ..... 0 1 2</p> | <p>33. Ich glaube, daß mich niemand mag ..... 0 1 2</p> <p>34. Ich glaube, daß andere mir etwas antun wollen.. 0 1 2</p> <p>35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen ..... 0 1 2</p> <p>36. Ich verletze mich häufig unabsichtlich ..... 0 1 2</p> <p>37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien..... 0 1 2</p> <p>38. Ich werde oft gehänselt ..... 0 1 2</p> <p>39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten ..... 0 1 2</p> <p>40. Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst niemand zu hören scheint; bitte beschreiben: .. 0 1 2<br/>_____</p> <p>41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen..... 0 1 2</p> <p>42. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen ... 0 1 2</p> <p>43. Ich lüge oder schwindele..... 0 1 2</p> <p>44. Ich kaue an meinen Fingernägeln ..... 0 1 2</p> <p>45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt ..... 0 1 2</p> <p>46. Teile meines Körpers zucken oder machen nervöse Bewegungen; bitte beschreiben: ..... 0 1 2<br/>_____</p> <p>47. Ich habe Alpträume ..... 0 1 2</p> <p>48. Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt ..... 0 1 2</p> <p>49. Ich kann bestimmte Dinge besser als die meisten anderen Kinder ..... 0 1 2</p> <p>50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich..... 0 1 2</p> <p>51. Ich fühle mich schwindelig ..... 0 1 2</p> <p>52. Ich habe starke Schuldgefühle ..... 0 1 2</p> <p>53. Ich esse zu viel ..... 0 1 2</p> <p>54. Ich bin immer müde..... 0 1 2</p> <p>55. Ich habe Übergewicht..... 0 1 2</p> <p>56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:<br/> a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen)..... 0 1 2<br/> b) Kopfschmerzen..... 0 1 2<br/> c) Übelkeit ..... 0 1 2<br/> d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: ..... 0 1 2<br/> e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme..... 0 1 2<br/> f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe..... 0 1 2<br/> g) Erbrechen..... 0 1 2<br/> h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: ..... 0 1 2<br/> _____</p> |
|---|--|

0 = nicht zutreffend

1 = etwas oder manchmal zutreffend

2 = genau oder häufig zutreffend

57. Ich greife andere körperlich an .....0 1 2  
58. Ich zupfe an der Haut oder kratze mich an  
anderen Körperstellen; bitte beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
59. Ich kann sehr freundlich sein .....0 1 2  
60. Ich probiere gern etwas Neues aus.....0 1 2  
61. Ich bin schlecht in der Schule .....0 1 2  
62. Ich bin unbeholfen oder schwerfällig.....0 1 2  
63. Ich bin lieber mit älteren zusammen als  
mit Jugendlichen meines Alters.....0 1 2  
64. Ich bin lieber mit jüngeren als mit  
Jugendlichen meines Alters zusammen .....0 1 2  
65. Ich will nicht sprechen .....0 1 2  
66. Ich wiederhole bestimmte Handlungen immer  
wieder (wie unter Zwang); bitte  
beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
67. Ich laufe von zu Hause weg.....0 1 2  
68. Ich schreie viel .....0 1 2  
69. Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich.....0 1 2  
70. Ich sehe Dinge, die andere nicht zu sehen  
scheinen; bitte beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.....0 1 2  
72. Ich zünde gerne oder habe schon Feuer gelegt ....0 1 2  
73. Ich kann mit meinen Händen geschickt umgehen...0 1 2  
74. Ich produziere mich gern oder spiele den Clown ....0 1 2  
75. Ich bin schüchtern .....0 1 2  
76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen ..0 1 2  
77. Ich schlafe tagsüber und/oder nachts mehr als  
die meisten Jugendlichen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
78. Ich habe viel Phantasie.....0 1 2  
79. Ich habe Probleme mit dem Sprechen; bitte  
beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
80. Ich setze mich für meine Rechte ein .....0 1 2  
81. Ich habe zu Hause gestohlen .....0 1 2  
82. Ich habe anderswo gestohlen .....0 1 2  
83. Ich horte Dinge, die ich nicht brauche; bitte  
beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
84. Ich tue Dinge, die andere Leute seltsam  
finden; bitte beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

85. Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere  
Leute seltsam finden würden; bitte beschreiben: 0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig .....0 1 2  
87. Meine Stimmung oder Gefühle wechseln  
plötzlich.....0 1 2  
88. Ich bin gerne mit anderen Leuten zusammen.....0 1 2  
89. Ich bin mißtrauisch .....0 1 2  
90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter...0 1 2  
91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen.....0 1 2  
92. Ich bringe andere gern zum Lachen .....0 1 2  
93. Ich rede zuviel.....0 1 2  
94. Ich hänsele andere gern .....0 1 2  
95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges  
Temperament.....0 1 2  
96. Ich denke zuviel an sexuelle Dinge .....0 1 2  
97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.....0 1 2  
98. Ich bin hilfsbereit .....0 1 2  
99. Ich bin zu sehr auf Ordentlichkeit oder  
Sauberkeit bedacht.....0 1 2  
100. Ich habe Schlafprobleme;bitte beschreiben: \_\_\_\_\_0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
101. Ich schwänze die Schule oder einzelne  
Schulstunden .....0 1 2  
102. Ich habe nicht genug Energie .....0 1 2  
103. Ich bin unglücklich, traurig oder  
niedergeschlagen.....0 1 2  
104. Ich bin lauter als andere Jugendliche .....0 1 2  
105. Ich trinke Alkohol, nehme Drogen oder  
Medikamente, die nicht von einem Arzt  
verschrieben wurden; bitte beschreiben: \_\_\_\_\_..0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
106. Ich versuche, anderen gegenüber fair zu sein .....0 1 2  
107. Ich habe Spaß an einem guten Scherz .....0 1 2  
108. Ich nehme das Leben gerne von der  
leichten Seite .....0 1 2  
109. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen,  
wenn ich kann.....0 1 2  
110. Ich möchte gerne dem anderen Geschlecht  
angehören.....0 1 2  
111. Ich bin zurückhaltend,nehme keinen Kontakt  
zu anderen auf .....0 1 2  
112. Ich mache mir viele Sorgen .....0 1 2

- > Bitte prüfe nach, ob Du alle Fragen beantwortet hast.  
--> Unterstreiche bitte diejenigen Probleme,  
die Dir Sorgen machen.

**Vielen Dank !**

Was wäre Dir noch wichtig mitzuteilen in Bezug auf Deine Gefühle, Verhaltensweisen und Interessen?

## 9.1.3 CBCL

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)      1 = etwas oder manchmal zutreffend      2 = genau oder häufig zutreffend

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter .....  | 0 1 2 | 33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand<br>ihn/sie liebt .....   | 0 1 2 |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen<br>Allergien; bitte beschreiben: _____  | 0 1 2 | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr<br>etwas antun .....  | 0 1 2 |
| 3. Streitet oder widerspricht viel .....  | 0 1 2 | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen .....  | 0 1 2 |
| 4. Hat Asthma .....   | 0 1 2 | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt<br>zu Unfällen .....  | 0 1 2 |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen<br>Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge .....  | 0 1 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien .....  | 0 1 2 |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette,<br>kotet ein .....   | 0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt .....   | 0 1 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf .....   | 0 1 2 | 39. Hat Umgang mit anderen, die in<br>Schwierigkeiten geraten .....   | 0 1 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht<br>lange aufpassen .....   | 0 1 2 | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die<br>nicht da sind; bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los;<br>bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu<br>überlegen .....   | 0 1 2 |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig<br>oder überaktiv .....   | 0 1 2 | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen .....  | 0 1 2 |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu<br>abhängig .....   | 0 1 2 | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt .....   | 0 1 2 |
| 12. Klagt über Einsamkeit .....   | 0 1 2 | 44. Kaut Fingernägel .....  | 0 1 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut .....   | 0 1 2 | 45. Ist nervös oder angespannt .....  | 0 1 2 |
| 14. Weint viel .....  | 0 1 2 | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen<br>(betrifft nicht die unter 10 erwähnte<br>Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie .....  | 0 1 2 | 47. Hat Alpträume .....   | 0 1 2 |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder<br>schüchtert sie ein .....   | 0 1 2 | 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen<br>nicht beliebt .....   | 0 1 2 |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren .....   | 0 1 2 | 49. Leidet an Verstopfung .....   | 0 1 2 |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht<br>Selbstmord .....   | 0 1 2 | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich .....   | 0 1 2 |
| 19. Verlangt viel Beachtung .....   | 0 1 2 | 51. Fühlt sich schwindelig .....  | 0 1 2 |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt .....  | 0 1 2 | 52. Hat zu starke Schuldgefühle .....   | 0 1 2 |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern,<br>Geschwistern oder anderen gehören .....   | 0 1 2 | 53. Ist zu viel .....   | 0 1 2 |
| 22. Gehorcht nicht zu Hause .....   | 0 1 2 | 54. Ist immer müde .....  | 0 1 2 |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule .....  | 0 1 2 | 55. Hat Übergewicht .....   | 0 1 2 |
| 24. Ist schlecht .....  | 0 1 2 | 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte<br>körperliche Ursachen:   |       |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen<br>nicht aus .....   | 0 1 2 | a) Schmerzen (außer Kopf- oder<br>Bauchschmerzen) .....   | 0 1 2 |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,<br>wenn er/sie sich schlecht benommen hat .....  | 0 1 2 | b) Kopfschmerzen .....  | 0 1 2 |
| 27. Ist leicht eifersüchtig .....   | 0 1 2 | c) Übelkeit .....   | 0 1 2 |
| 28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen<br>oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben:<br>(keine Süßigkeiten angeben) _____ | 0 1 2 | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche,<br>die durch Brille korrigiert sind); bitte<br>beschreiben: _____                    | 0 1 2 |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situa-<br>tionen oder Plätzen (Schule ausgenommen);<br>bitte beschreiben: _____              | 0 1 2 | e) Hautausschläge oder andere Haut-<br>probleme .....   | 0 1 2 |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen .....   | 0 1 2 | f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe .....   | 0 1 2 |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken<br>oder zu tun .....   | 0 1 2 | g) Erbrechen .....  | 0 1 2 |
| 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen .....  | 0 1 2 | h) andere Beschwerden; bitte beschreiben _____  | 0 1 2 |

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)      1 = etwas oder manchmal zutreffend      2 = genau oder häufig zutreffend

- 57. Greift andere körperlich an .....0 1 2
- 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen.....0 1 2
- 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen.....0 1 2
- 61. Ist schlecht in der Schule .....0 1 2
- 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....0 1 2
- 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen .....0 1 2
- 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen .....0 1 2
- 65. Weigert sich zu sprechen .....0 1 2
- 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 67. Lläuft von zu Hause weg .....0 1 2
- 68. Schreit viel .....0 1 2
- 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....0 1 2
- 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen .....0 1 2
- 72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt.....0 1 2
- 73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.....0 1 2
- 75. Ist schüchtern oder zaghaft .....0 1 2
- 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen .....0 1 2
- 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 78. Schmiert oder spielt mit Kot.....0 1 2
- 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 80. Starrt ins Leere .....0 1 2
- 81. Stiehlt zu Hause .....0 1 2
- 82. Stiehlt anderswo .....0 1 2
- 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar .....0 1 2
- 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....0 1 2
- 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt.....0 1 2
- 89. Ist mißtrauisch .....0 1 2
- 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter .....0 1 2

- 91. Spricht davon, sich umzubringen.....0 1 2
- 92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 93. Redet zuviel .....0 1 2
- 94. Hänzelt andere gern.....0 1 2
- 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.....0 1 2
- 96. Denkt zuviel an Sex .....0 1 2
- 97. Bedroht andere.....0 1 2
- 98. Lutscht am Daumen .....0 1 2
- 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....0 1 2
- 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) .....0 1 2
- 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge .....0 1 2
- 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....0 1 2
- 104. Ist ungewöhnlich laut.....0 1 2
- 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: .....0 1 2
- 106. Richtet mutwillig Zerstörungen an.....0 1 2
- 107. Näßt bei Tag ein.....0 1 2
- 108. Näßt im Schlaf ein.....0 1 2
- 109. Quengelt oder jammert .....0 1 2
- 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein  
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein.....0 1 2
- 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf .....0 1 2
- 112. Macht sich zuviel Sorgen .....0 1 2
- 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:  
.....0 1 2  
.....0 1 2  
.....0 1 2  
.....0 1 2  
.....0 1 2  
.....0 1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.  
---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

**Vielen Dank !**

## 9.1.4 DISYPS-II-(ADHS)-Selbstbeobachtung

### DISYPS-II Beurteilungsbogen für Kinder und Jugendliche – 11 bis 18 (SBB-ADHS)

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Schultyp/Art der Berufsausbildung: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Kreuze bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für dich ist.

	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
1. Ich beachte bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder mache häufig Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	3
2. Ich habe bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben).	0	1	2	3
3. Ich kann häufig nicht zuhören, wenn andere mich ansprechen.	0	1	2	3
4. Ich kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.	0	1	2	3
5. Ich habe häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	0	1	2	3
6. Ich habe eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen ich mich länger konzentrieren und anstrengen muss (z. B. Hausaufgaben). Ich vermeide diese Aufgaben oder mache sie nur widerwillig.	0	1	2	3
7. Ich verliere häufig Gegenstände, die ich für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötige (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0	1	2	3
8. Ich lasse mich oft durch die Umgebung leicht ablenken.	0	1	2	3
9. Ich bin im Alltag häufig vergesslich (z. B. vergesse Schulsachen oder Kleidungsstücke).	0	1	2	3
10. Ich zappele häufig mit Händen und Füßen oder rutsche häufig auf dem Stuhl herum.	0	1	2	3
11. Ich stehe oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	0	1	2	3
12. Ich habe häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder mich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0	1	2	3
13. Ich laufe häufig herum oder klettere permanent, wenn es unpassend ist.	0	1	2	3
14. Ich habe häufig ein starkes Gefühl der inneren Unruhe.	0	1	2	3
15. Ich habe immer eine extreme Unruhe, die durch andere (Eltern, Lehrer) kaum begrenzt werden kann.	0	1	2	3
16. Ich bin häufig «auf Achse».	0	1	2	3
17. Ich platze häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0	1	2	3
18. Ich kann häufig nur schwer warten, bis ich an der Reihe bin (z. B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0	1	2	3
19. Ich unterbreche oder störe andere häufig (z. B. platze in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	0	1	2	3
20. Ich rede häufig übermäßig viel.	0	1	2	3

Bitte umkreise jetzt jene Beschreibungen, die Probleme beschreiben, welche du als besonders belastend erlebst.

## 9.1.5 DISYPS-II-(ADHS)-Fremdbeobachtung

### DISYPS-II

Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer/-innen und Erzieher/-innen (FBB-ADHS)

Name des Kindes/Jugendlichen: .....

Alter: .....

Datum: .....

beurteilt von:  Vater  Mutter  Lehrer/-in  Erzieher/-in

anderer Person: .....

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n ist.

Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen.

1. Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.
2. Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrecht zu erhalten (dabei zu bleiben).
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.
4. Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muss (z. B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.
7. Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch ihre/seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z. B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).
10. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.
11. Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzen bleiben erwartet wird.
12. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
13. Lläuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.
14. Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).
15. Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.
16. Ist häufig «auf Achse» oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.
17. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.
18. Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z. B. bei Spielen oder in einer Gruppe).
19. Unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).
20. Redet häufig übermäßig viel.

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Bitte umkreisen Sie jetzt jene Beschreibungen, die Probleme beschreiben, welche Sie als besonders belastend erleben.

Bitte wenden

## 9.1.6 Psychopathologischer Befund

1 = unauffällig 2 = leicht ausgeprägt 3 = stark ausgeprägt 9 = nicht beurteilbar

<b>01 Störungen der Interaktion</b> (Unkooperativ, überangepaßt, scheu/unsicher, kaspernd/albern, sozial zurückgezogen, mißtrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion)	0 1 2 9
<b>02 Störungen des Sozialverhaltens</b> (Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/Schule schwänzen, andere Regelübertretungen)	0 1 2 9
<b>03 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle</b>	0 1 2 9
<b>04 Störungen der Psychomotorik</b> (Motorische Tics, vokale Tics, Stereotypien, maniert-bizar, andere Störungen der Psychomotorik)	0 1 2 9
<b>05 Störungen des Sprechens und der Sprache</b> (Artikulationsstörung, expressive Sprachstörung, rezeptive Sprachstörung, Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation)	0 1 2 9
<b>06 Angststörungen</b> (Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien Panikattacke, generalisierte Angst)	0 1 2 9
<b>07 Störungen von Stimmung und Affekt</b> (Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/ Affekt)	0 1 2 9
<b>08 Zwangsstörungen</b> (Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen)	0 1 2 9
<b>09 Eßstörungen</b> (Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Eßattacken, verminderte Nahrungsaufnahme,selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschemastörung, Rumination, Pica)	0 1 2 9
<b>10 funktionelle und somatoforme Störungen</b> (Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktions- störungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome)	0 1 2 9
<b>11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen oder Störungen der Wachheit</b>	0 1 2 9
<b>12 formale Denkstörungen</b> (Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/ zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen)	0 1 2 9
<b>13 inhaltliche Denkstörungen</b> (Magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträch- tigungsideen/Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn, andere Inhalte)	0 1 2 9
<b>14 Ich-Störungen</b> (Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedanken-eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse)	0 1 2 9
<b>15 Sinnestäuschungen</b> (Illusionäre Verkennungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körper- halluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen)	0 1 2 9
<b>16 Mißbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen</b> (Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen)	0 1 2 9
<b>17 andere Störungen</b> (Selbstschädigung, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen)	0 1 2 9

### 9.1.7 Bindungs-Test

Clemens Trudewind, Ute Höner & Rita Steckel:  
Bochumer Bindungs-Test. Verfahren zur Erfassung von  
Bindungsqualität bei 8 bis 14 Jahre alten Kindern. Ruhr-  
Universität Bochum. Fakultät für Psychologie.

Die Instruktion:

*Es werde dir jetzt nacheinander elf Bilder gezeigt.*

*Schau sie dir genau an!*

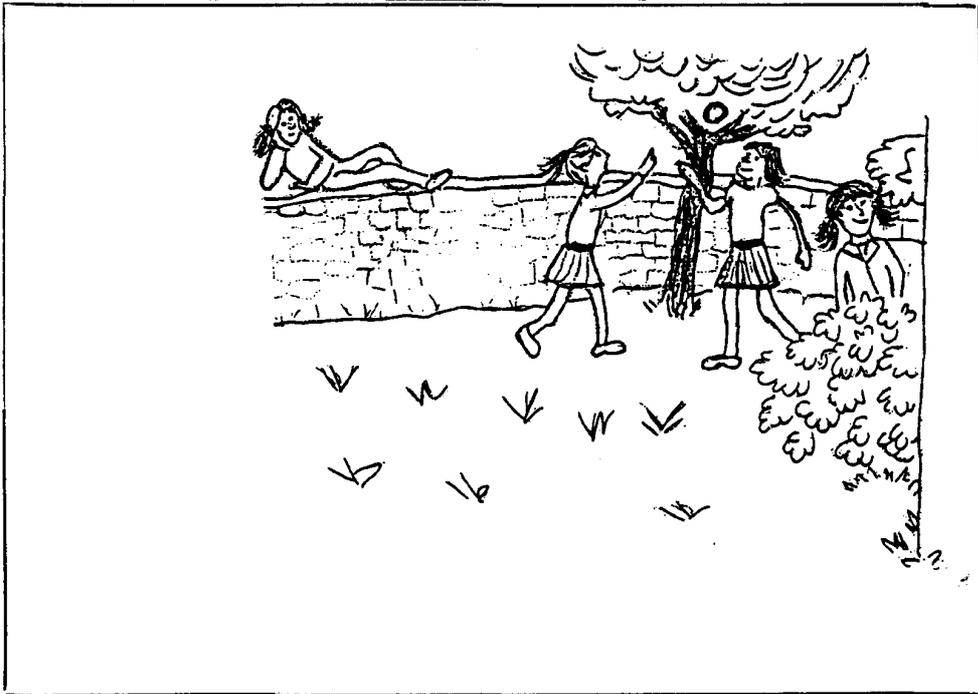
*Stell dir dabei vor, was die Kinder hier wohl gerade denken, was sie sich vielleicht  
wünschen,*

*was sie tun und wie ihnen dabei zumute ist.*

*Du kannst dir ruhig Zeit lassen.*

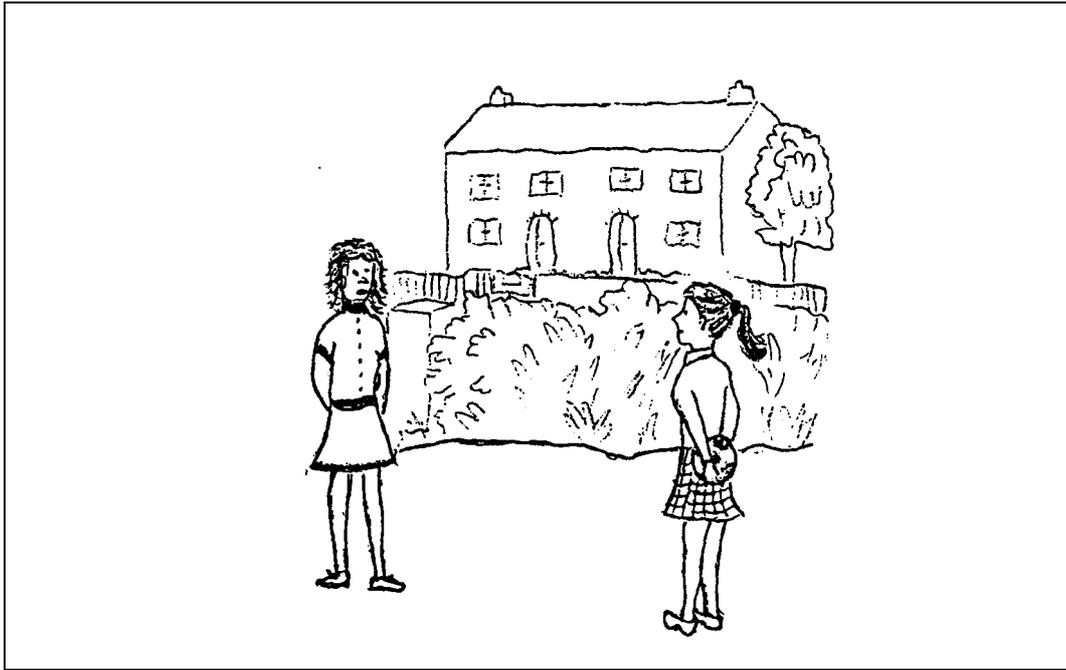
*Wenn du mit dem Betrachten des Bildes fertig bist, lies dir bitte die drei Sätze zu dem  
Bild durch, und überlege, welcher Satz am besten zu dem Bild passt.*

*Macht dann bitte ein Kreuzchen auf den dahinter geschriebenen Buchstaben.*



**Bild I**

- 1)
  - a) Das Mädchen auf der Mauer ist mit den anderen Mädchen gut befreundet und ruht sich jetzt vom Spielen aus. **a**
  - b) Das Mädchen auf der Mauer überlegt: „Mögen mich die anderen Mädchen überhaupt? Ich bin mir nicht sicher!“ **b**
  - c) Das Mädchen auf der Mauer macht selten etwas mit den anderen Mädchen zusammen. **c**
- 2)
  - a) Das Mädchen auf der Mauer glaubt: „Die anderen Kinder wollen mich nicht mitspielen lassen.“ **a**
  - b) Das Mädchen auf der Mauer macht eine Spielpause und schaut den anderen vergnügt zu. **b**
  - c) Das Mädchen auf der Mauer will nicht mit den anderen spielen, weil es im Ballspiel viel besser ist als die anderen. **c**
- 3)
  - a) Das Mädchen auf der Mauer wird zu den anderen Mädchen gehen und sagen: „Ich mochte mitspielen.“ **a**
  - b) Das Mädchen auf der Mauer wird gleich woanders hingehen, weil es denkt: „Ich mochte nicht mit den anderen Mädchen spielen.“ **b**
  - c) Das Mädchen auf der Mauer wartet ab und denkt: „Vielleicht fragen mich die anderen Mädchen: ‚Willst du mitspielen?‘“ **c**
- 4)
  - a) Wenn die anderen Mädchen nicht mit ihr spielen möchten, dann ist sie traurig. **a**
  - b) Wenn die anderen Mädchen nicht mit ihr spielen möchten, dann ist ihr das egal. **b**
  - c) Wenn die anderen Mädchen nicht mit ihr spielen möchten, dann ist sie zwar traurig, aber so schlimm ist das auch nicht. **c**



**Bild II**

- 1)**
- a) Die beiden Mädchen wollen nichts miteinander zu tun haben. **a**
  - b) Die beiden Mädchen freuen sich, dass sie Nachbarn sind. **b**
  - c) Eines der beiden Mädchen befürchtet, dass es Streit gibt. **c**
- 2)**
- a) Die beiden Mädchen verabreden sich zum Ballspielen. **a**
  - b) Die beiden Mädchen wollen nicht miteinander spielen. **b**
  - c) Die beiden Mädchen wissen nicht, was sie sagen sollen. **c**
- 3)**
- a) Das eine der beiden Mädchen ist traurig, und es erzählt es dem anderen Mädchen, aber danach geht es ihm auch nicht besser. **a**
  - b) Das eine der beiden Mädchen ist traurig, und es erzählt dies dem anderen Mädchen, und danach geht es ihm besser. **b**
  - c) Eines der beiden Mädchen ist traurig, will es aber dem anderen Mädchen nicht erzählen. **c**
- 4)**
- a) Das andere Mädchen will ihr nicht helfen. **a**
  - b) Das andere Mädchen möchte ihr helfen. **b**
  - c) Das andere Mädchen interessiert das nicht. **c**



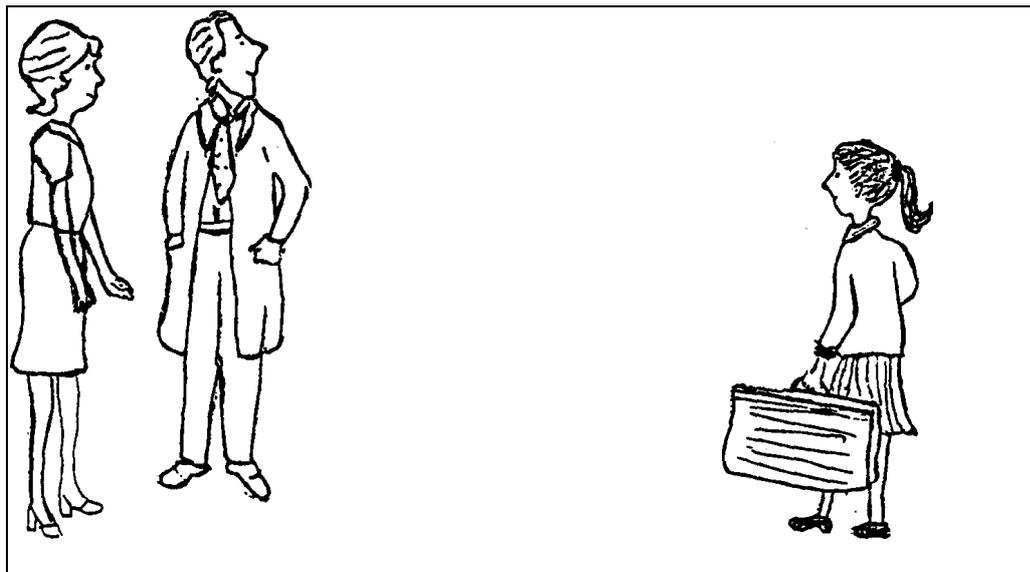
**Bild III**

- 1)**
- a) Die Mutter freut sich, dass ihre Tochter im Garten spielt. **a**
  - b) Die Mutter freut sich, dass ihre Tochter im Garten spielt. Sie sagt: „Aber sei bitte nicht so laut!“ **b**
  - c) Die Mutter sagt: „Ich möchte jetzt nicht gestört werden!“ **c**
- 2)**
- a) Das Mädchen wollte der Mutter erzählen, was ihm Sorgen macht, was es bedrückt. Aber dann erzählt das Mädchen doch etwas anderes. **a**
  - b) Das Mädchen möchte der Mutter nicht erzählen, was ihm Sorgen macht, was es bedrückt. **b**
  - c) Das Mädchen erzählt der Mutter, was ihm Sorgen macht. **c**
- 3)**
- a) Die Mutter hört sowieso nicht zu, wenn das Mädchen ihr etwas erzählt. **a**
  - b) Die Mutter freut sich, wenn das Mädchen ihr etwas erzählt. **b**
  - c) Die Mutter unterbricht das Mädchen beim Erzählen und sagt: „Geh jetzt bitte für mich einkaufen!“ **c**



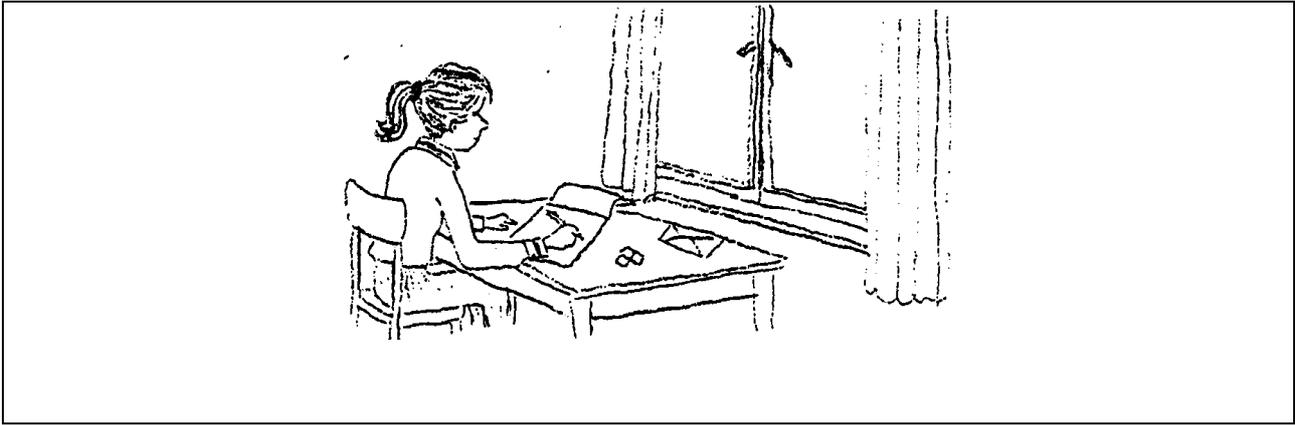
**Bild IV**

- 1)**
- a) Die Mutter schimpft mit dem Mädchen, und das Mädchen denkt: Ich weiß nicht, wie lange die Mutter jetzt böse sein wird. **a**
  - b) Die Mutter schimpft mit dem Mädchen, und das Mädchen weiß: „Die Mutter wird jetzt längere Zeit nicht mit mir sprechen.“ **b**
  - c) Die Mutter schimpft mit dem Mädchen, aber das Mädchen weiß: „Die Mutter wird nicht lange böse sein.“ **c**
- 2)**
- a) Das Mädchen denkt: „Die Mutter hat nur schlechte Laune, und deshalb schimpft sie.“ **a**
  - b) Das Mädchen ärgert sich etwas, aber es denkt: „Ich sehe das ein, ich muss jetzt wirklich aufräumen.“ **b**
  - c) Das Mädchen fühlt sich jetzt ganz schlecht, weil die Mutter mit ihm schimpft **c**
- 3)**
- a) Damit die Mutter das Mädchen wieder lieb hat, verspricht es seiner Mutter: „Ich werde jetzt immer aufräumen.“ **a**
  - b) Das Mädchen bleibt in seinem Zimmer und denkt: „Ich möchte jetzt erst mal nicht mit der Mutter reden.“ **b**
  - c) Das Mädchen geht nach dem Aufräumen zu seiner Mutter. Es weiß: „Jetzt ist die Mutter nicht mehr böse.“ **c**



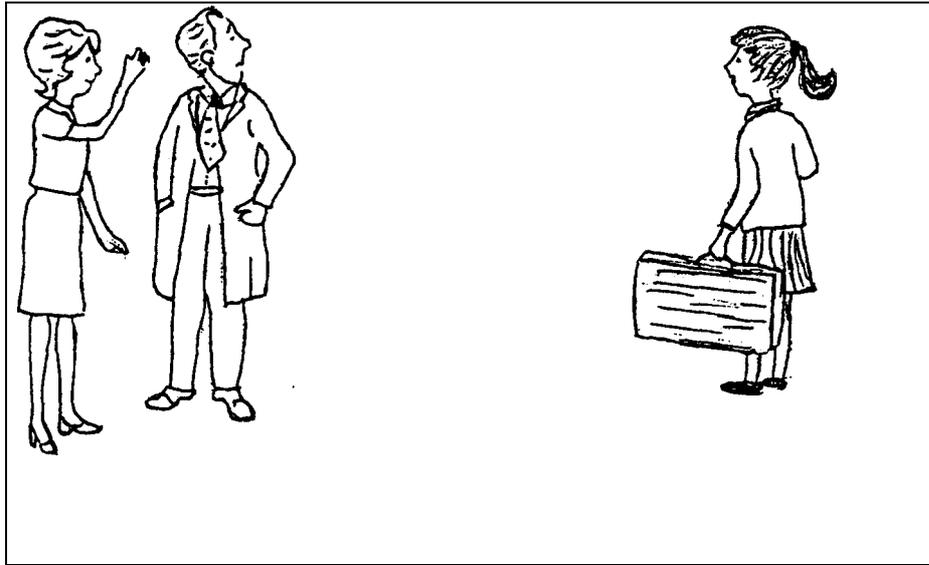
**Bild V**

- 1)**
- a) Das Mädchen ist beim Abschied etwas traurig, aber es denkt: Auf den Urlaub im Ferienlager freue ich mich. **a**
  - b) Das Mädchen denkt: „Meine Eltern schicken mich in ein Ferienlager, weil sie ohne mich in Urlaub fahren wollen.“ **b**
  - c) Dem Mädchen ist es eigentlich immer egal, wenn es von seinen Eltern getrennt ist. **c**
- 2)**
- a) Das Mädchen sagt beim Abschied immer wieder: „Ich will nicht alleine wegfahren!“ **a**
  - b) Das Mädchen verabschiedet sich herzlich von seinen Eltern und sagt: „Bitte schreibt mir!“ **b**
  - c) Das Mädchen sagt beim Abschied nie etwas. **c**
- 3)**
- a) Das Mädchen ist aufgeregt und freut sich auf die anderen Kinder, die mitfahren. **a**
  - b) Das Mädchen interessieren die anderen Kinder nicht, **b**
  - c) Das Mädchen weiß: „Ich werde mich unwohl fühlen bei den anderen Kindern.“ **c**



**Bild VI**

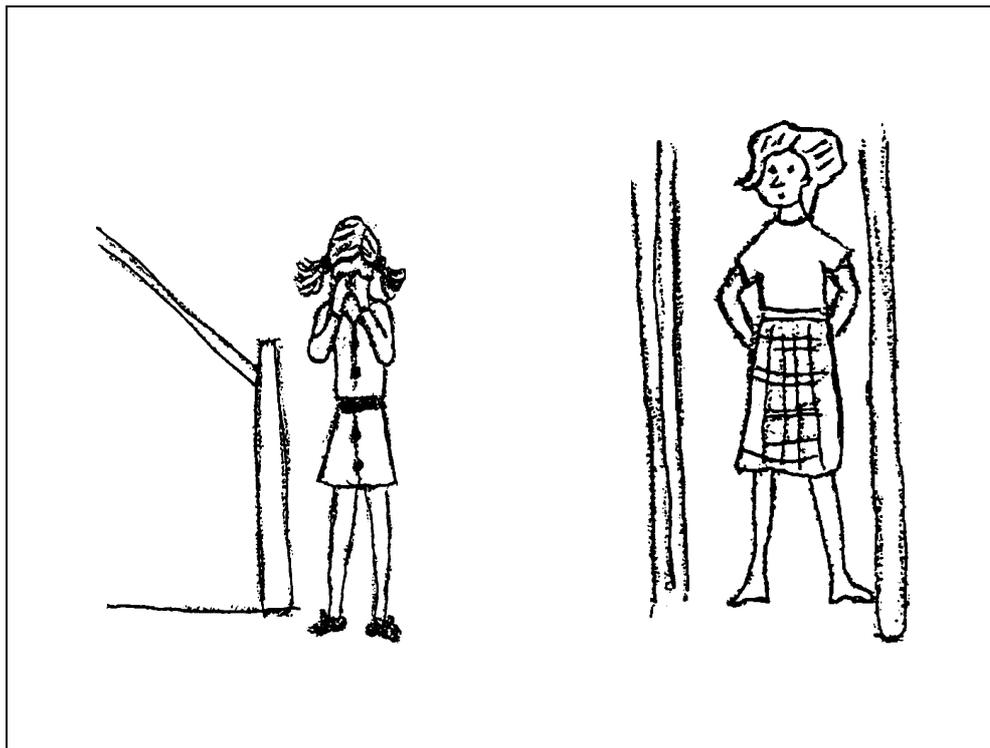
- 1)**
- a) Das Mädchen hat seine Eltern noch nie vermisst. **a**
  - b) Das Mädchen denkt häufig an seine Eltern, und es denkt dann:  
„Ich kann es kaum erwarten, bis der Urlaub vorbei ist.“ **b**
  - c) Das Mädchen fühlt sich wohl im Ferienlager, und es weiß:  
„Meine Eltern denken an mich.“ **c**
- 2)**
- a) Das Mädchen schreibt seinen Eltern: „Ich vermisse Euch!“,  
und es schreibt ihnen auch, was es im Ferienlager alles erlebt. **a**
  - b) Das Mädchen möchte seinen Eltern lieber nicht schreiben. **b**
  - c) Das Mädchen möchte seinen Eltern am liebsten schreiben:  
„Mama und Papa, holt mich bitte wieder ab!“ **c**



**Bild VII**

- 1)**
- a) Das Mädchen freut sich nicht so auf das Wiedersehen mit seinen Eltern. **a**
  - b) Das Mädchen freut sich auf das Wiedersehen mit seinen Eltern. **b**
  - c) Das Mädchen kann sich nicht richtig freuen, obwohl es jetzt wieder zu Hause ist. **c**
- 2)**
- a) Das Mädchen geht freudig zu seinen Eltern und sagt: „Ich will euch viel erzählen.“ **a**
  - b) Das Mädchen wird nicht viel erzählen. **b**
  - c) Das Mädchen sagt: „Ich will nicht noch einmal alleine weggeschickt werden.“ **c**
- 3)**
- a) Das Mädchen möchte bei seiner Rückkehr in den Arm genommen werden. **a**
  - b) Das Mädchen denkt: „Ich weiß nicht, möchte ich in den Arm genommen werden oder möchte ich das nicht.“ **b**
  - c) Das Mädchen möchte nicht in den Arm genommen werden. **c**

**Bild VIII**



- 1)  
a) Die Mutter geht zu dem Mädchen und sagt: „Du sollst aufhören zu weinen!“ **a**  
b) Die Mutter wird zu dem Mädchen gehen und es trösten. **b**  
c) Die Mutter merkt gar nicht, dass das Mädchen weint. **c**
- 2)  
a) Das Mädchen will nicht von der Mutter getröstet werden. **a**  
b) Das Mädchen wartet ab und es denkt: „Wird die Mutter mich trösten oder nicht?“ **b**  
c) Das Mädchen wird zur Mutter gehen, damit sie es tröstet. **c**
- 3)  
a) Das Mädchen möchte in den Arm genommen werden. **a**  
b) Das Mädchen möchte nicht in den Arm genommen werden. **b**  
c) Das Mädchen weiß nicht, was es möchte. Das Mädchen denkt: „Will ich in den Arm genommen werden, oder will ich es nicht?“ **c**
- 4)  
a) Es gibt mehrere Sachen, die das Mädchen schon mal traurig machen. **a**  
b) Das Mädchen will nicht zeigen, dass es traurig ist. **b**  
c) Das Mädchen will jetzt richtig traurig sein. **c**



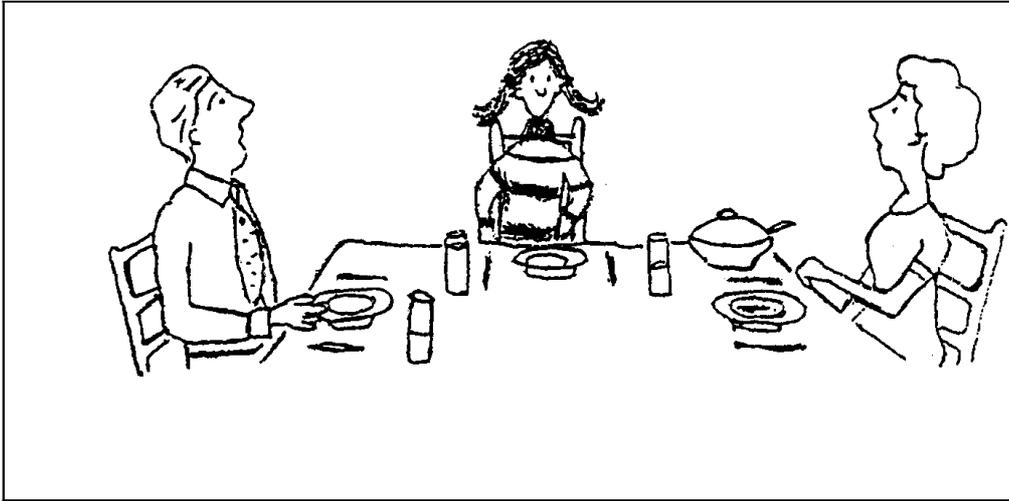
Bild IX

- 1)
- a) Eines der Mädchen hat etwas falsch gemacht, aber es wird sagen : „Ich habe nichts falsch gemacht!“ Es streitet alles ab. **a**
  - b) Eines der beiden Mädchen hat etwas falsch gemacht, es wird sagen: „Ich habe etwas falsch gemacht.“ Es gibt alles zu. **b**
  - c) Eines der beiden Mädchen hat etwas falsch gemacht und es denkt: „Ich weiß jetzt gar nicht, was ich machen soll.“ **c**
- 2)
- a) Der Streit macht die beiden Mädchen richtig wütend. **a**
  - b) Es ist den beiden Mädchen egal, dass sie jetzt Streit haben. **b**
  - c) Das eine Mädchen traut sich nicht zu zeigen, wie wütend es der Streit macht. **c**
- 3)
- a) Ein Mädchen von beiden wird sich beim anderen entschuldigen, um den Streit zu beenden. **a**
  - b) Beide Mädchen warten ab und denken: „ Wer entschuldigt sich denn jetzt zuerst?“ **b**
  - c) Jedes der beiden Mädchen geht woanders hin. Sie gehen auseinander und haben den Streit nicht beendet. **c**



**Bild X**

- 1)**
- |    |  |          |
|----|--|----------|
| a) | Das Mädchen macht nie etwas mit dem Vater zusammen.  | <b>a</b> |
| b) | Das Mädchen macht öfter etwas mit dem Vater zusammen.  | <b>b</b> |
| c) | Das Mädchen macht nur dann etwas mit dem Vater zusammen, wenn der Vater sagt: „Komm, wir machen etwas zusammen!“ | <b>c</b> |
- 2)**
- |    |   |          |
|----|---|----------|
| a) | Der Vater möchte jetzt nicht gestört werden   | <b>a</b> |
| b) | Der Vater sagt: „Ich freue mich, wenn du mir etwas erzählst!“                             | <b>b</b> |
| c) | Wenn das Mädchen etwas erzählt, dann unterbricht es der Vater und sagt: „Komm, hilf mir!“ | <b>c</b> |
- 3)**
- |    |  |          |
|----|--|----------|
| a) | Das Mädchen erzählt dem Vater gerne etwas.   | <b>a</b> |
| b) | Das Mädchen erzählt dem Vater nicht gerne etwas.   | <b>b</b> |
| c) | Das Mädchen erzählt dem Vater nur dann etwas, wenn der Vater zu ihm sagt: „Erzähle mir etwas!“ | <b>c</b> |



**Bild XI**

- 1)
- a) Die Familie sitzt häufig zusammen beim gemeinsamen Essen **a**
  - b) Die Familie sitzt manchmal, wenn der Vater oder die Mutter es wünscht, zusammen beim Essen. **b**
  - c) Die Familie sitzt sonst nie zusammen beim Essen, **c**
- 2)
- a) Das Mädchen wird beim Essen erzählen, was es tagsüber erlebt hat. **a**
  - b) Das Mädchen erzählt eigentlich nie, was es tagsüber erlebt hat. **b**
  - c) Das Mädchen wird nur dann etwas erzählen, wenn Vater oder Mutter sagt: „Erzähle doch mal, was du erlebt hast!“ **c**
- 3)
- a) Die Eltern hören dem Mädchen sowieso nicht zu, wenn es etwas erzählt. **a**
  - b) Die Eltern freuen sich, wenn das Mädchen erzählt und hören interessiert zu. **b**
  - c) Die Eltern hören dem Mädchen nur kurz zu und unterhalten sich dann weiter. **c**

Die Instruktion:

*Es werde dir jetzt nacheinander elf Bilder gezeigt.*

*Schau sie dir genau an!*

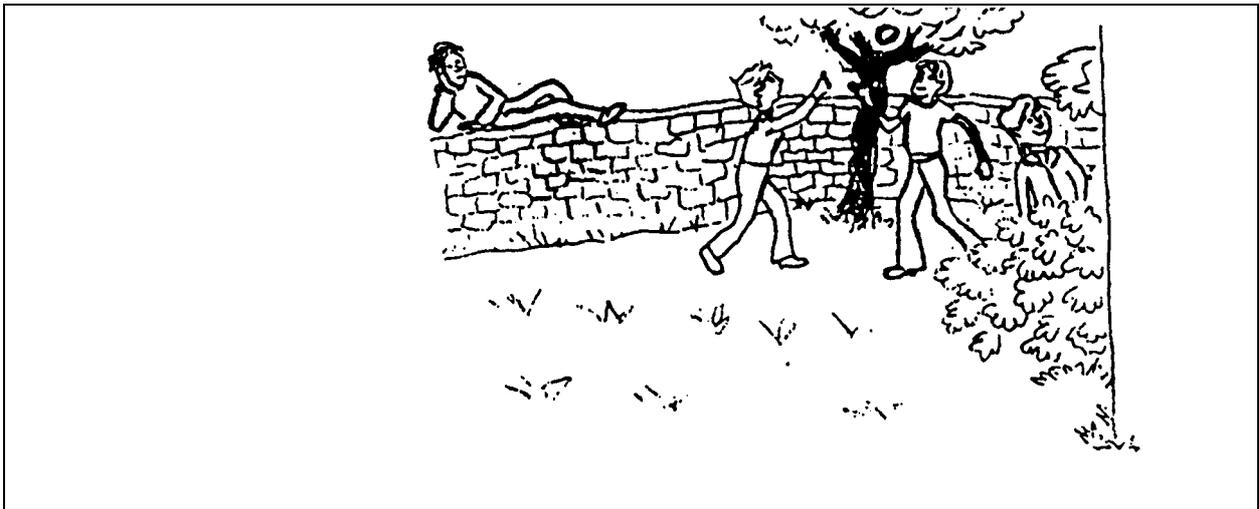
*Stell dir dabei vor, was die Kinder hier wohl gerade denken, was sie sich vielleicht wünschen,*

*was sie tun und wie ihnen dabei zumute ist.*

*Du kannst dir ruhig Zeit lassen.*

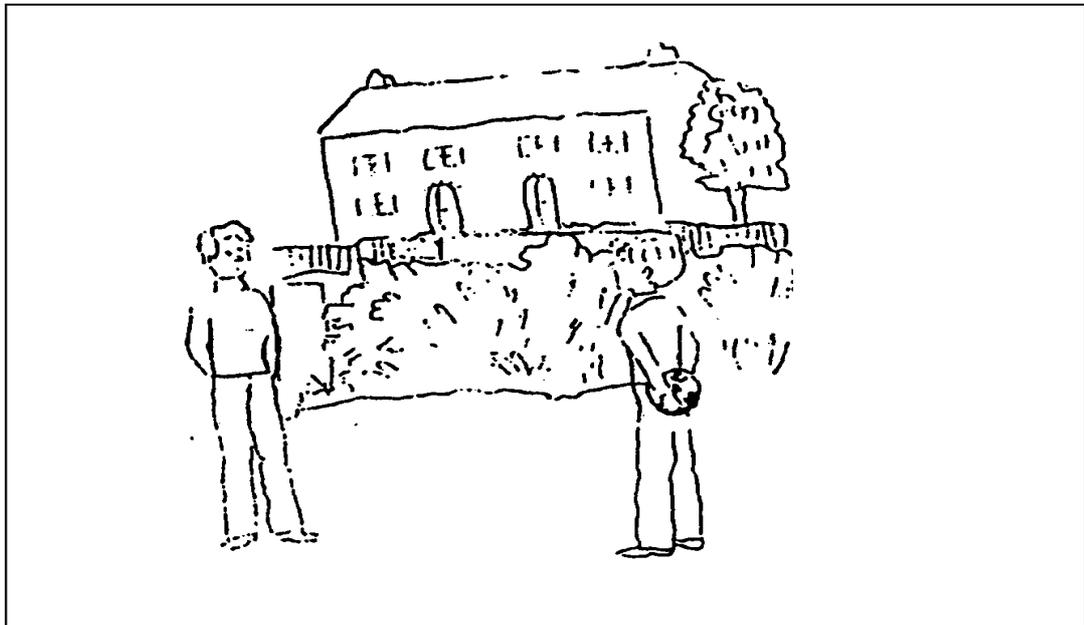
*Wenn du mit dem Betrachten des Bildes fertig bist, lies dir bitte die drei Sätze zu dem Bild durch, und überlege, welcher Satz am besten zu dem Bild passt.*

*Macht dann bitte ein Kreuzchen auf den dahinter geschriebenen Buchstaben.*



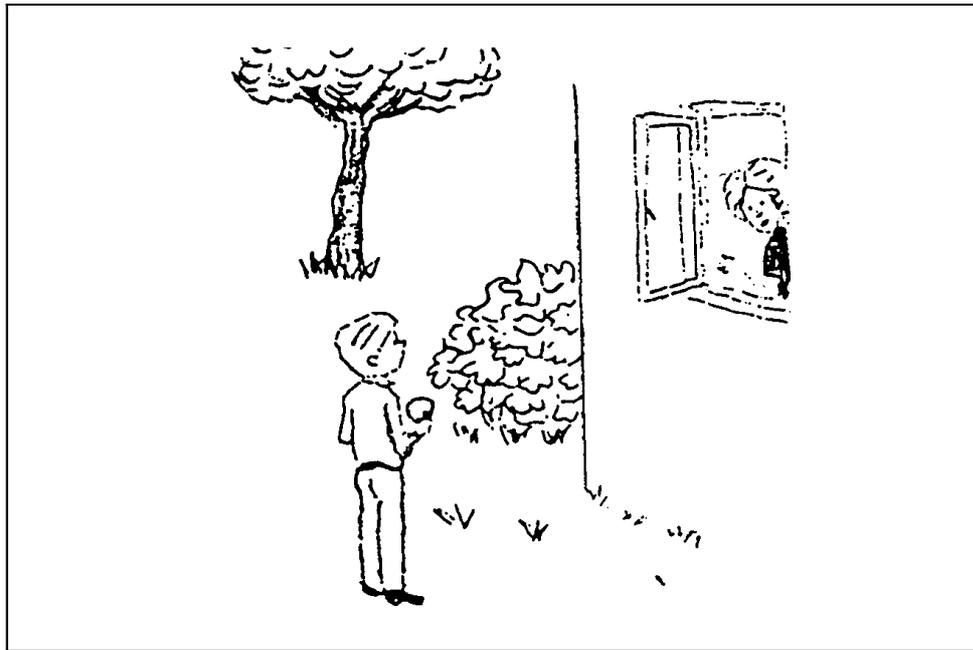
**Bild I**

- 1)**
- a) Der Junge auf der Mauer ist mit den anderen Jungen gut befreundet und ruht sich jetzt vom Spielen aus. **a**
  - b) Der Junge auf der Mauer überlegt: „Mögen mich die anderen Jungen überhaupt? Ich bin mir nicht sicher!“ **b**
  - c) Der Junge auf der Mauer macht selten etwas mit den anderen Jungen zusammen. **c**
- 2)**
- a) Der Junge auf der Mauer glaubt: „Die anderen Kinder wollen mich nicht mitspielen lassen.“ **a**
  - b) Der Junge auf der Mauer macht eine Spielpause und schaut den anderen vergnügt zu. **b**
  - c) Der Junge auf der Mauer will nicht mit den anderen spielen, weil er im Ballspiel viel besser ist als die anderen. **c**
- 3)**
- a) Der Junge auf der Mauer wird zu den anderen Jungen gehen und sagen: „Ich möchte mitspielen.“ **a**
  - b) Der Junge auf der Mauer wird gleich woanders hingehen, weil er denkt: „Ich möchte nicht mit den anderen Jungen spielen.“ **b**
  - c) Der Junge auf der Mauer wartet ab und denkt: „Vielleicht fragen mich die anderen Jungen: 'Willst du mitspielen?'" **c**
- 4)**
- a) Wenn die anderen Jungen nicht mit ihm spielen möchten, dann ist er traurig. **a**
  - b) Wenn die anderen Jungen nicht mit ihm spielen möchten, dann ist ihm das egal. **b**
  - c) Wenn die anderen Jungen nicht mit ihm spielen möchten, dann ist er zwar traurig, aber so schlimm ist das auch nicht. **c**



**Bild II**

- 1)**
- a) Die beiden Jungen wollen nichts miteinander zu tun haben. **a**
  - b) beiden Jungen freuen sich, dass sie Nachbarn sind. **b**
  - c) Einer der beiden Jungen befürchtet, dass es Streit gibt. **c**
- 2)**
- a) Die beiden Jungen verabreden sich zum Ballspielen. **a**
  - b) Die beiden Jungen wollen nicht miteinander spielen. **b**
  - c) Die beiden Jungen wissen nicht, was sie sagen sollen. **c**
- 3)**
- a) Der eine der beiden Jungen ist traurig und erzählt es dem anderen Jungen, aber danach geht es ihm auch nicht besser. **a**
  - b) Der eine der beiden Jungen ist traurig, und er erzählt dies dem anderen Jungen, und danach geht es ihm besser. **b**
  - c) Einer der beiden Jungen ist traurig, will es aber dem anderen Jungen nicht erzählen. **c**
- 4)**
- a) Der andere Junge will ihm nicht helfen. **a**
  - b) Der andere Junge möchte ihm helfen. **b**
  - c) Den anderen Jungen interessiert das nicht. **c**



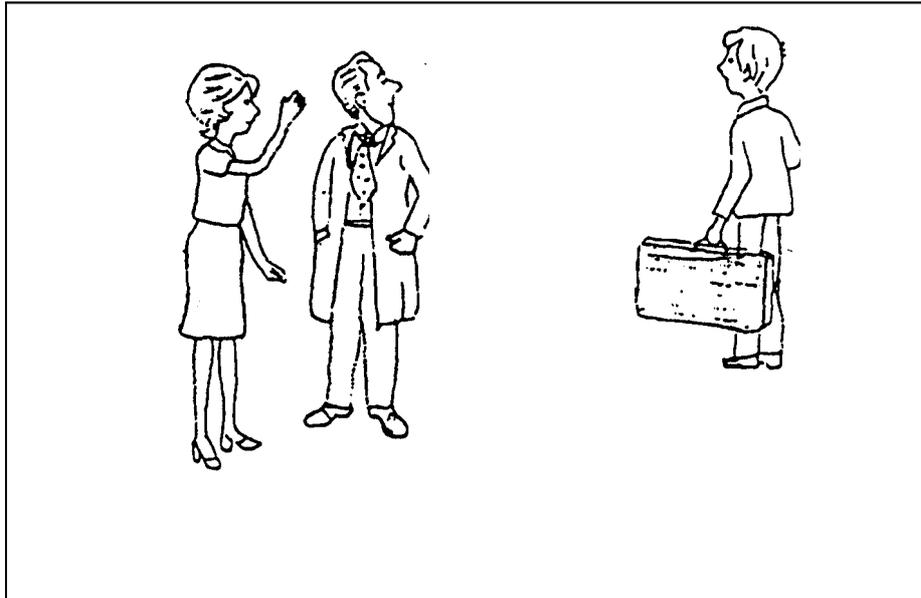
**Bild III**

- 1)**
- a) Die Mutter freut sich, dass ihr Sohn im Garten spielt. **a**
  - b) Die Mutter freut sich, dass ihr Sohn im Garten spielt. Sie sagt: „Aber sei bitte nicht so laut!“ **b**
  - c) Die Mutter sagt: „Ich möchte jetzt nicht gestört werden!“ **c**
- 2)**
- a) Der Junge wollte der Mutter erzählen, was ihm Sorgen macht, was ihn bedrückt. Aber dann erzählt der Junge doch etwas anderes. **a**
  - b) Der Junge möchte der Mutter nicht erzählen, was ihm Sorgen macht, was ihn bedrückt. **b**
  - c) Der Junge erzählt der Mutter, was ihm Sorgen macht. **c**
- 3)**
- a) Die Mutter hört sowieso nicht zu, wenn der Junge ihr etwas erzählt. **a**
  - b) Die Mutter freut sich, wenn der Junge ihr etwas erzählt. **b**
  - c) Die Mutter unterbricht den Jungen beim Erzählen und sagt: „Geh jetzt bitte für mich einkaufen!“ **c**



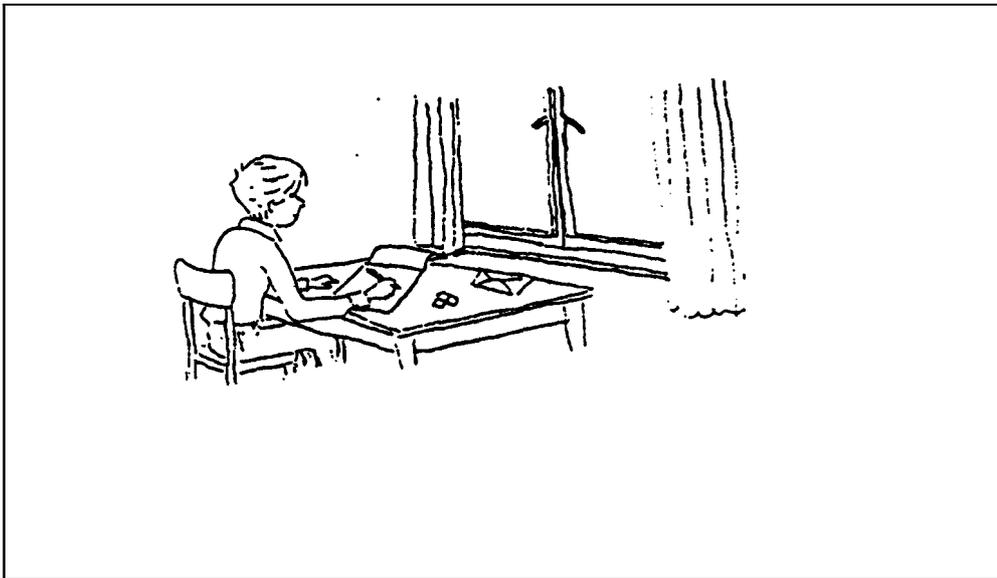
**Bild IV**

- 1)**
- a) Die Mutter schimpft mit dem Jungen, und der Junge denkt: „Ich weiß nicht, wie lange die Mutter jetzt böse sein wird.“ **a**
  - b) Die Mutter schimpft mit dem Jungen, und der Junge weiß: „Die Mutter wird jetzt längere Zeit nicht mit mir sprechen.“ **b**
  - c) Die Mutter schimpft mit dem Jungen, aber der Junge weiß: „Die Mutter wird nicht lange böse sein.“ **c**
- 2)**
- a) Der Junge denkt: „Die Mutter hat nur schlechte Laune, und deshalb schimpft sie.“ **a**
  - b) Der Junge ärgert sich etwas, aber er denkt: „Ich sehe das ein, ich muss jetzt wirklich aufräumen.“ **b**
  - c) Der Junge fühlt sich jetzt ganz schlecht, weil die Mutter mit ihm schimpft. **c**
- 3)**
- a) Damit die Mutter den Jungen wieder lieb hat, verspricht er seiner Mutter: „Ich werde jetzt immer aufräumen.“ **a**
  - b) Der Junge bleibt in seinem Zimmer und denkt: „Ich möchte jetzt erst mal mit der Mutter reden.“ **b**
  - c) Der Junge geht nach dem Aufräumen zu seiner Mutter. Er weiß: „Jetzt ist die Mutter nicht mehr böse.“ **c**



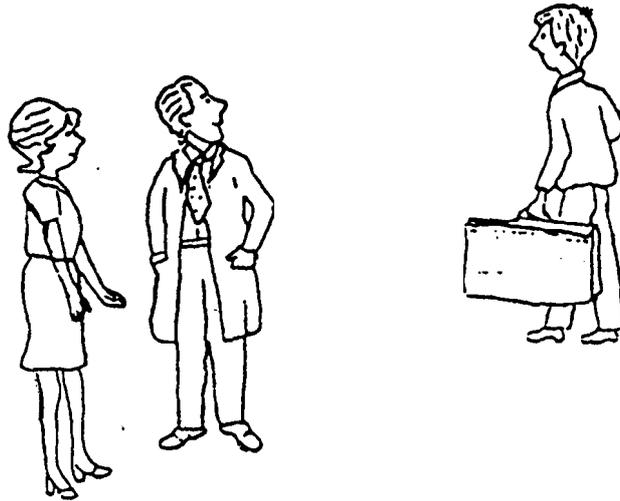
**Bild V**

- 1)
- a) Der Junge ist beim Abschied etwas traurig, aber er denkt: „Auf den Urlaub Ferienlager freue ich mich.“ **a im**
  - b) Der Junge denkt: „Meine Eltern schicken mich in ein Ferienlager, weil sie ohne mich in Urlaub fahren wollen!“ **b**
  - c) Dem Jungen ist es eigentlich immer egal, wenn er von seinen Eltern getrennt ist. **c**
- 2)
- a) Der Junge sagt beim Abschied immer wieder: „Ich will nicht alleine wegfahren!“ **a**
  - b) Der Junge verabschiedet sich herzlich von seinen Eltern und sagt: „Bitte, schreibt mir!“ **b**
  - c) Der Junge sagt beim Abschied nie etwas. **c**
- 3)
- a) Der Junge ist aufgeregt und freut sich auf die anderen Kinder, die mitfahren. **a**
  - b) Den Jungen interessieren die anderen Kinder nicht. **b**
  - c) Der Junge weiß: „Ich werde mich unwohl fühlen bei den anderen Kindern.“ **c**



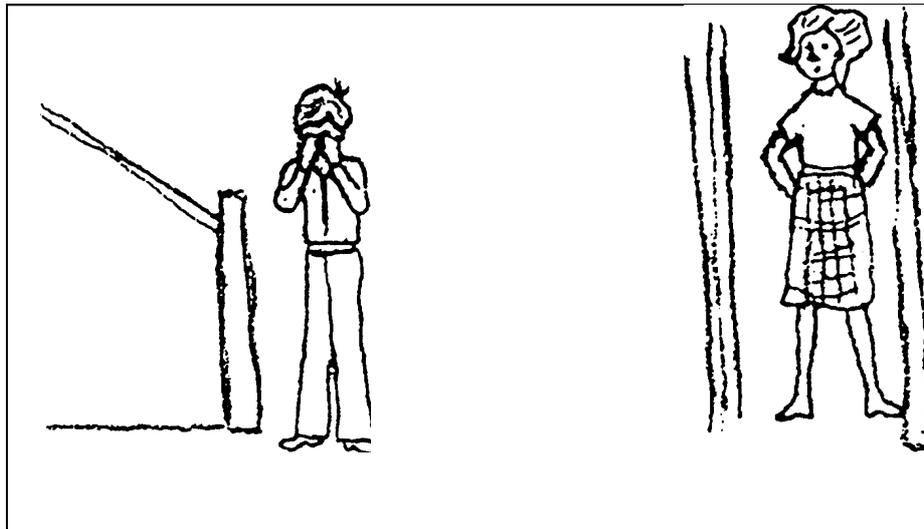
**Bild VI**

- 1)
- a) Der Junge hat seine Eltern noch nie vermisst. **a**
  - b) Der Junge denkt häufig an seine Eltern, und er denkt dann: „Ich kann es kaum erwarten, bis der Urlaub vorbei ist.“ **b**
  - c) Der Junge fühlt sich wohl im Ferienlager, und er weiß: „Meine Eltern denken an mich.“ **c**
- 2)
- a) Der Junge schreibt seinen Eltern: „Ich vermisse euch.“, und er schreibt ihnen auch, was er im Ferienlager alles erlebt. **a**
  - b) Der Junge möchte seinen Eltern lieber nicht schreiben. **b**
  - c) Der Junge möchte seinen Eltern am liebsten schreiben: „Mama und Papa, holt mich bitte wieder ab!“ **c**



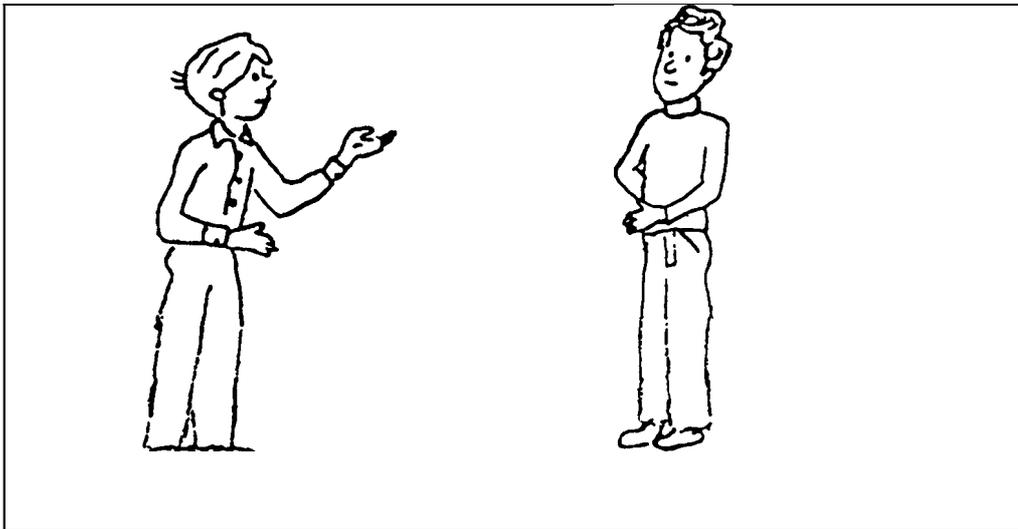
**Bild VII**

- 1)**  
a) Der Junge freut sich nicht so auf das Wiedersehen mit seinen Eltern. **a**  
b) Der Junge freut sich auf das Wiedersehen mit seinen Eltern. **b**  
c) Der Junge kann sich nicht richtig freuen, obwohl er jetzt wieder zu Hause ist. **c**
- 2)**  
a) Der Junge geht freudig zu seinen Eltern und sagt: „Ich will euch viel erzählen.“ **a**  
b) Der Junge wird nicht viel erzählen. **b**  
c) Der Junge sagt: „Ich will nicht noch einmal alleine weggeschickt werden.“ **c**
- 3)**  
a) Der Junge möchte bei seiner Rückkehr in den Arm genommen werden. **a**  
b) Der Junge denkt: „Ich weiß nicht, möchte ich in den Arm genommen werden, oder möchte ich das nicht.“ **b**  
c) Der Junge möchte nicht in den Arm genommen werden. **c**



**Bild VIII**

- 1)**
- a) die Mutter geht zu dem Jungen und sagt: „Du sollst aufhören zu weinen!“ **a**
  - b) Die Mutter wird zu dem Jungen gehen und ihn trösten. **b**
  - c) Die Mutter merkt gar nicht, dass der Junge weint. **c**
- 2)**
- a) Der Junge will nicht von der Mutter getröstet werden. **a**
  - b) Der Junge wartet ab, und er denkt: „Wird die Mutter mich trösten oder nicht?“ **b**
  - c) Der Junge wird zur Mutter gehen, damit sie ihn tröstet. **c**
- 3)**
- a) Der Junge möchte in den Arm genommen werden. **a**
  - b) Der Junge möchte nicht in den Arm genommen werden. **b**
  - c) Der Junge weiß nicht, was er möchte. Der Junge denkt: „Will ich in den Arm genommen werden, oder will ich es nicht?“ **c**
- 4)**
- a) Es gibt mehrere Sachen, die den Jungen schon mal traurig machen. **a**
  - b) Der Junge will nicht zeigen, dass es traurig ist. **b**
  - c) Der Junge will jetzt richtig traurig sein. **c**



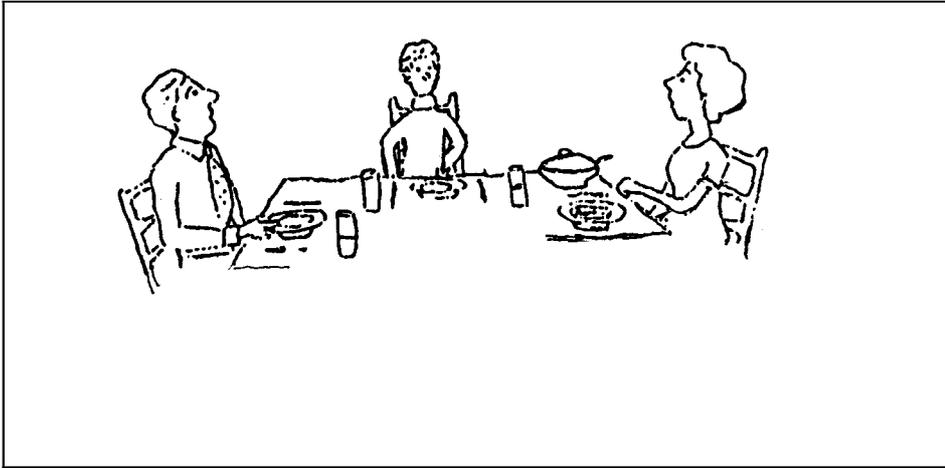
**Bild IX**

- 1)**
- a) Einer der beiden Jungen hat etwas falsch gemacht, aber er wird sagen: „Ich habe nichts falsch gemacht.“ Er streitet alles ab. **a**
  - b) Einer der beiden Jungen hat etwas falsch gemacht, er wird sagen: „Ich habe etwas falsch gemacht.“ Er gibt alles zu. **b**
  - c) Einer der beiden Jungen hat etwas falsch gemacht und er denkt: „Ich weiß jetzt gar nicht, was ich machen soll.“ **c**
- 2)**
- a) Der Streit macht die beiden Jungen richtig wütend. **a**
  - b) Es ist den beiden Jungen egal, dass sie jetzt Streit haben. **b**
  - c) Der eine Junge traut sich nicht zu zeigen, wie wütend ihn der Streit macht. **c**
- 3)**
- a) Ein Junge von beiden wird sich beim anderen entschuldigen, um den Streit zu beenden. **a**
  - b) Beide Jungen warten ab und denken: „ Wer entschuldigt sich denn jetzt zuerst?“ **b**
  - c) Jeder der beiden Jungen geht woanders hin. Sie gehen auseinander und haben den Streit nicht beendet. **c**



**Bild X**

- 1)**
- a) Der Junge macht nie etwas mit dem Vater zusammen. **a**
  - b) Der Junge macht öfter etwas mit dem Vater zusammen. **b**
  - c) Der Junge macht nur dann etwas mit dem Vater zusammen, wenn der Vater sagt: „Komm, wir machen etwas zusammen!“ **c**
- 2)**
- a) Der Vater möchte jetzt nicht gestört werden. **a**
  - b) Der Vater sagt: „Ich freue mich, wenn du mir etwas erzählst.“ **b**
  - c) Wenn der Junge etwas erzählt, dann unterbricht ihn der Vater und sagt: „Komm, hilf mir!“ **c**
- 3)**
- a) Der Junge erzählt dem Vater gerne etwas. **a**
  - b) Der Junge erzählt dem Vater nicht gerne etwas. **b**
  - c) Der Junge erzählt dem Vater nur dann etwas, wenn der Vater zu ihm sagt: „Erzähle mir etwas!“ **c**



**Bild XI**

**1)**

- a) Die Familie sitzt häufig zusammen beim gemeinsamen Essen. **a**
- b) Die Familie sitzt manchmal, wenn der Vater oder die Mutter es wünscht, zusammen beim Essen. **b**
- c) Die Familie sitzt sonst nie zusammen beim Essen. **c**

**2)**

- a) Der Junge wird beim Essen erzählen, was es tagsüber erlebt hat. **a**
- b) Der Junge erzählt eigentlich nie, was es tagsüber erlebt hat. **b**
- c) Der Junge wird nur dann etwas erzählen, wenn Vater oder Mutter sagt: „Erzähle doch mal, was du erlebt hast!“ **c**

**3)**

- a) Die Eltern hören dem Jungen sowieso nicht zu, wenn er etwas erzählt, **a**
- b) Die Eltern freuen sich, wenn der Junge erzählt und hören interessiert zu. **b**
- c) Die Eltern hören dem Jungen nur kurz zu und unterhalten sich dann weiter. **c**

## 9.2 Abbildungen

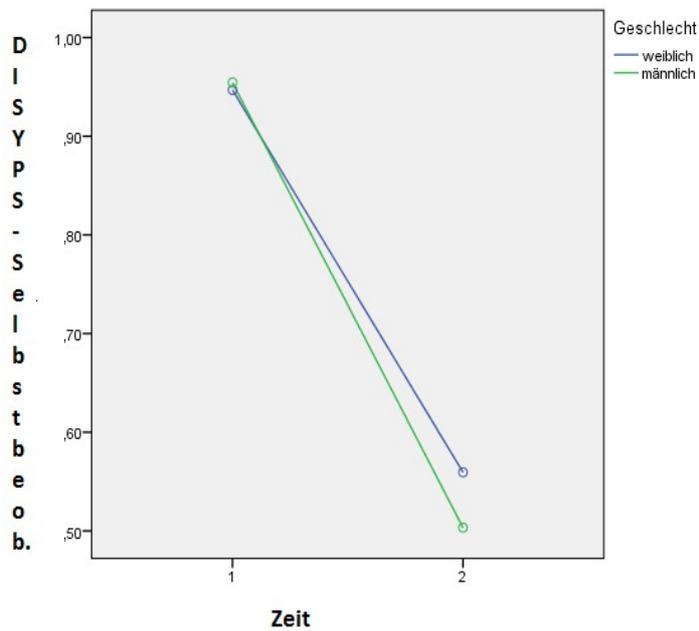


Abbildung 3: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

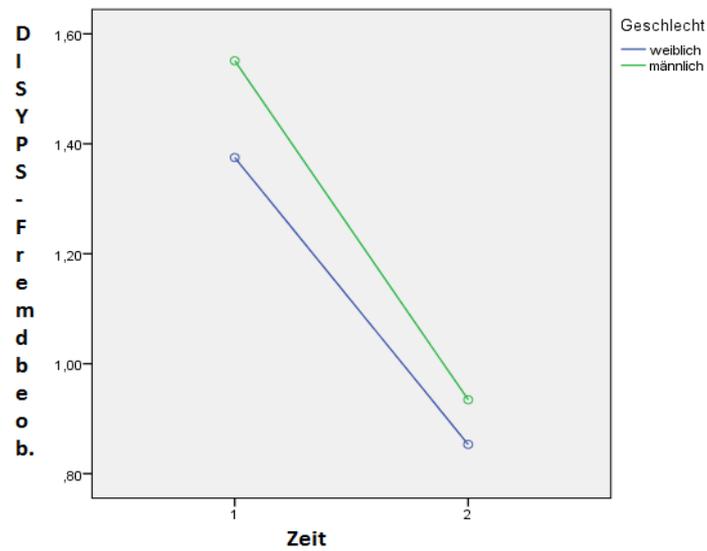


Abbildung 4: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

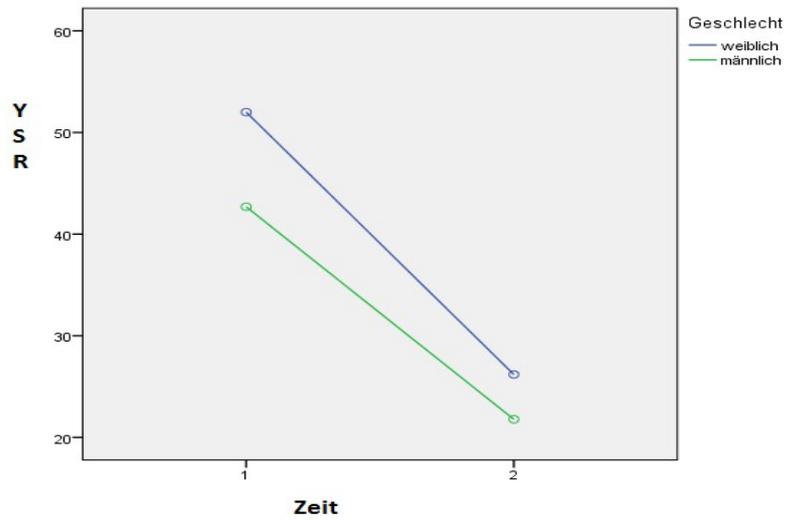


Abbildung 5: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

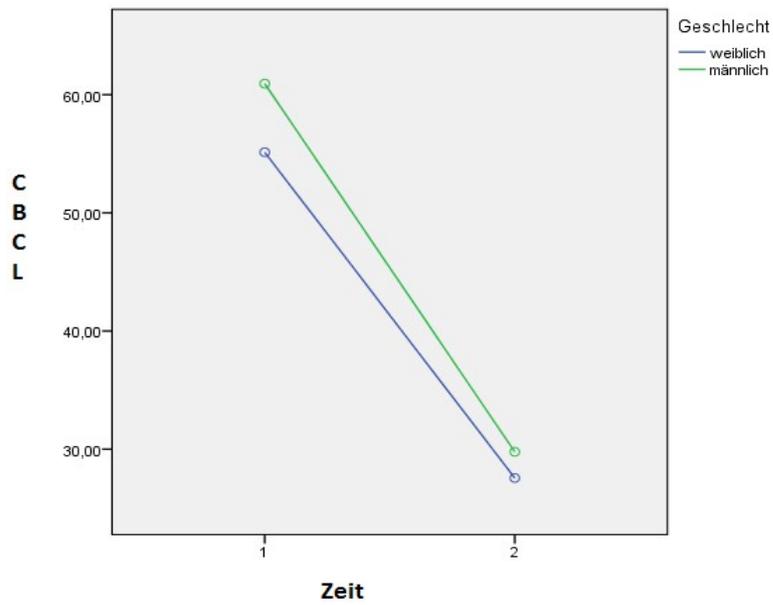


Abbildung 6: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

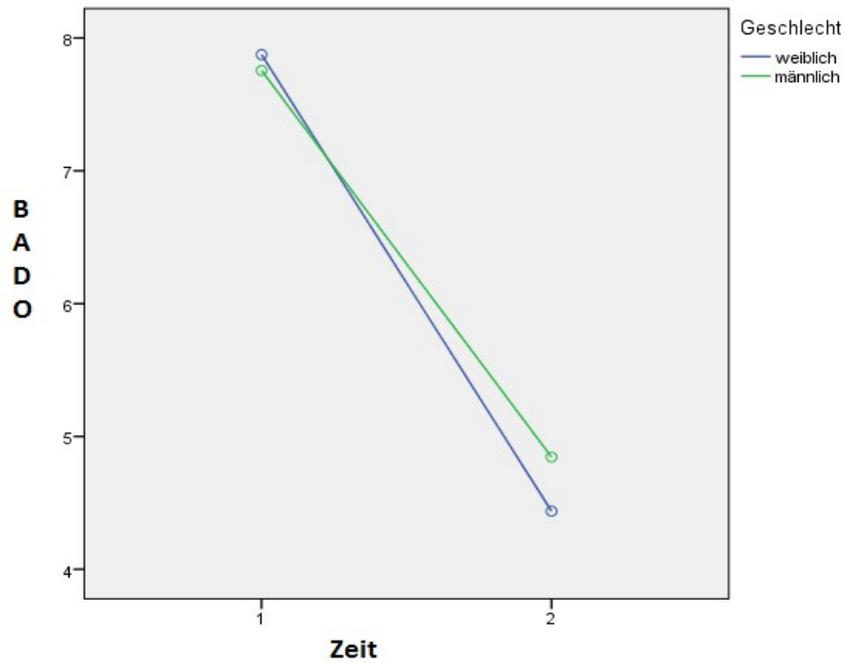


Abbildung 7: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest

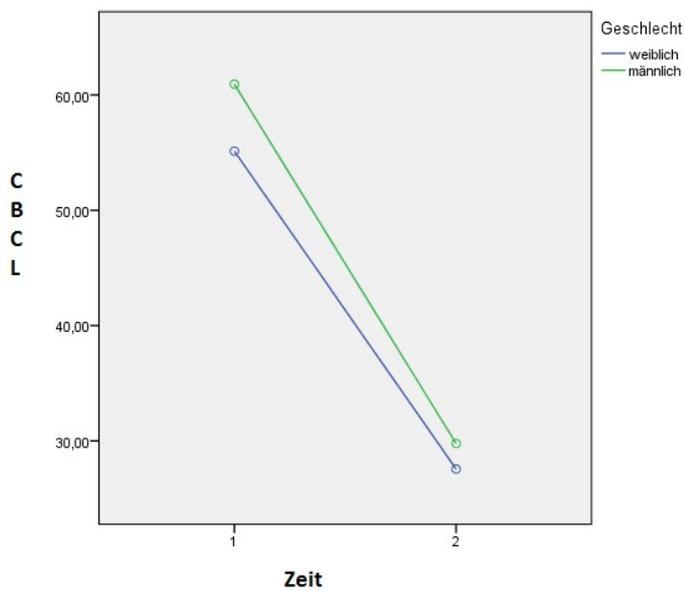


Abbildung 9: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

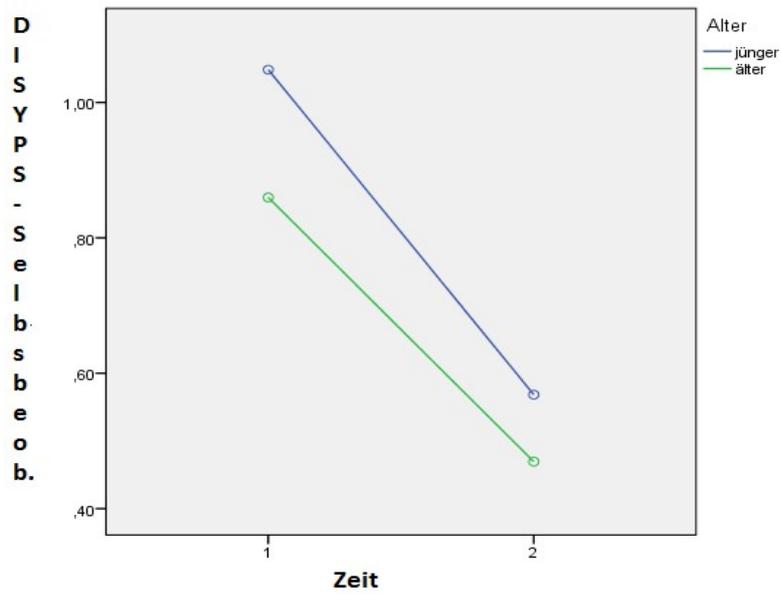


Abbildung 13: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik ältere und jüngerer Kinder in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

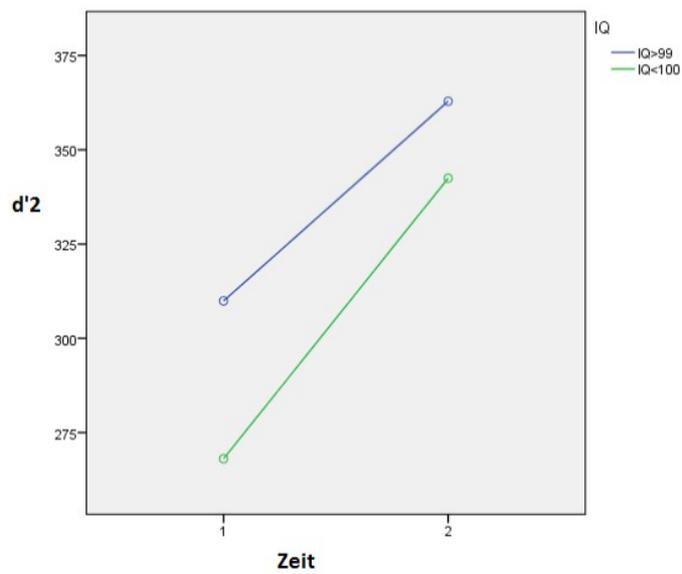


Abbildung 14: Mittelwerte beider IQ-Gruppen in der Konzentration, im Prä- und Posttest

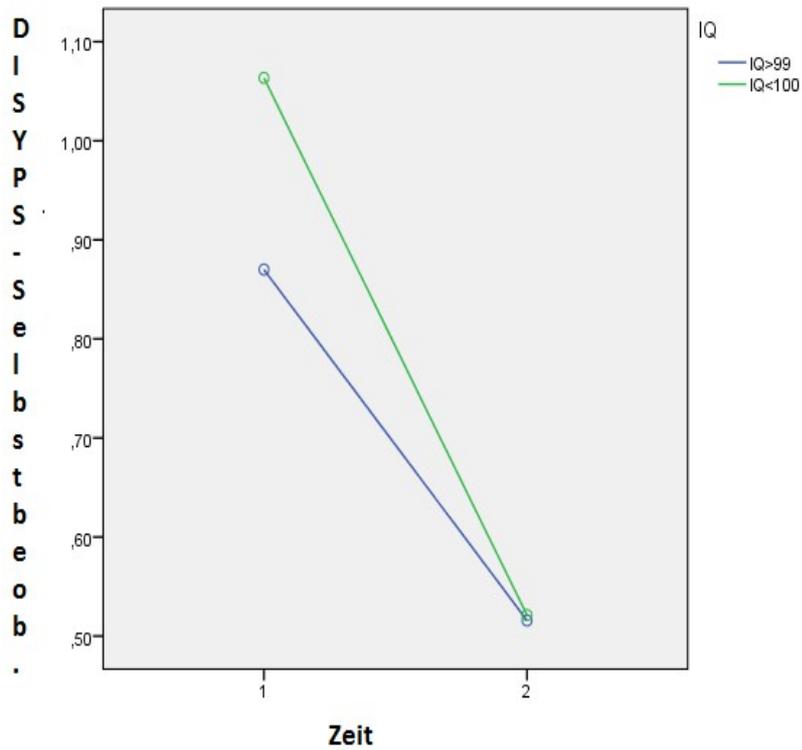


Abbildung 15: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

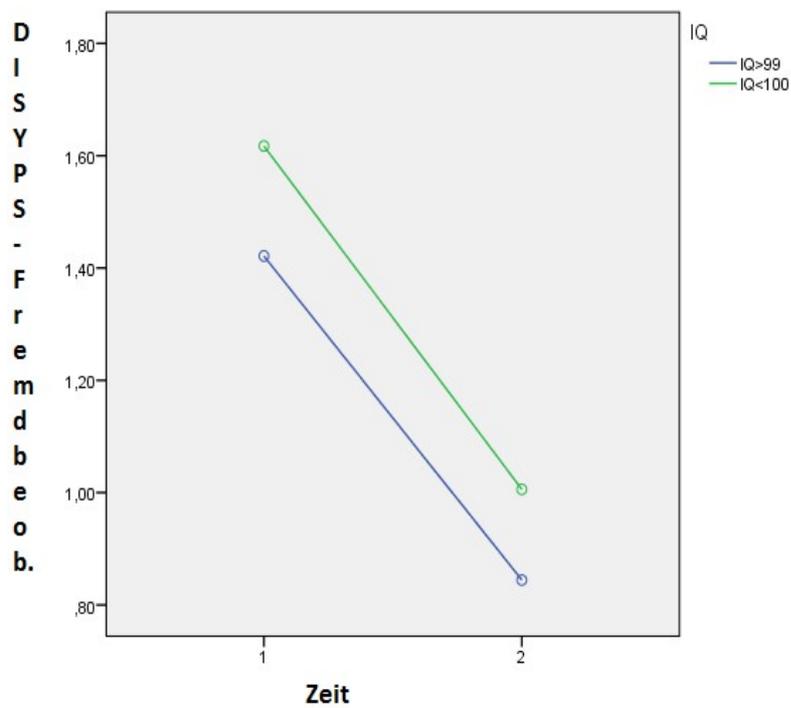


Abbildung 16: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

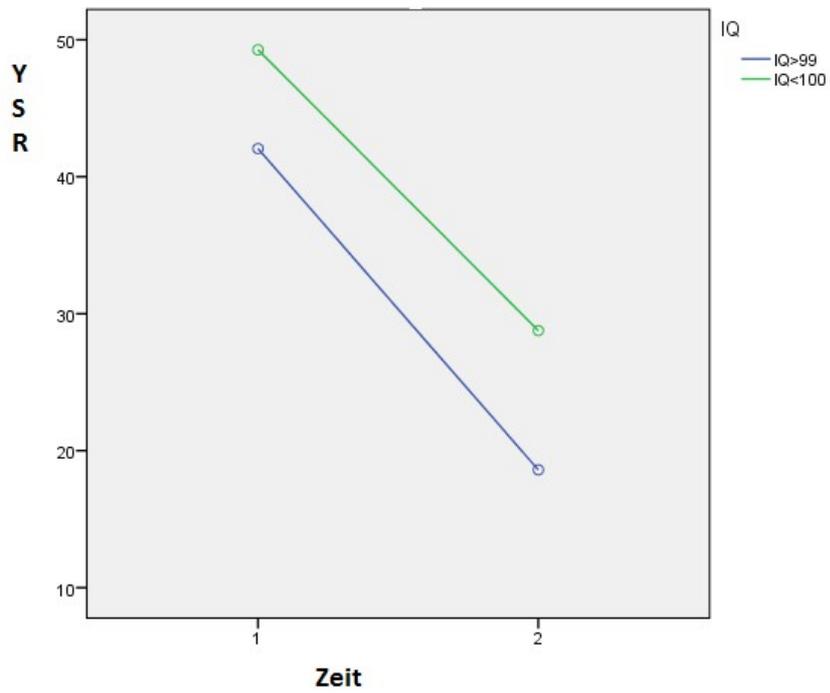


Abbildung 17: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

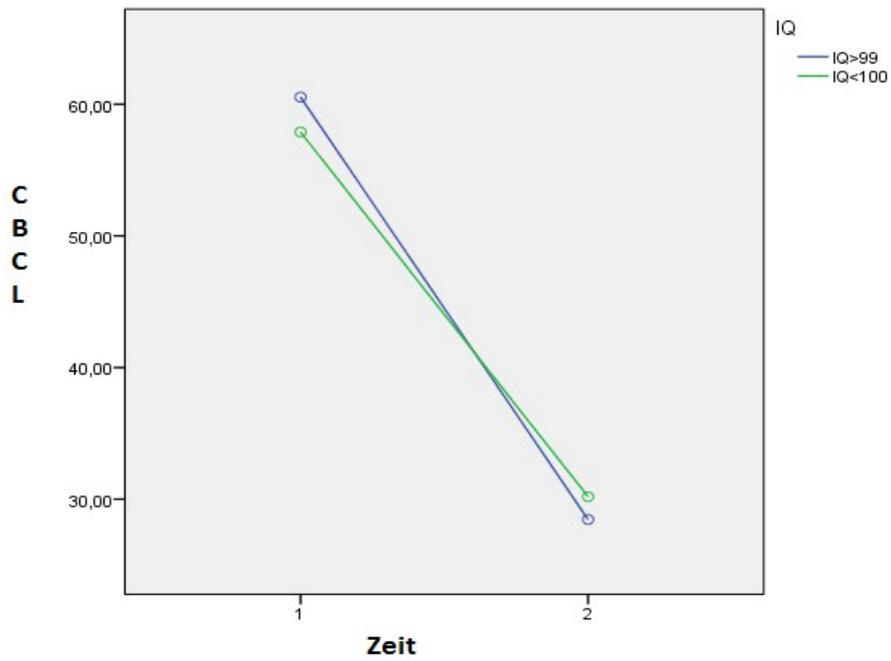


Abbildung 18: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

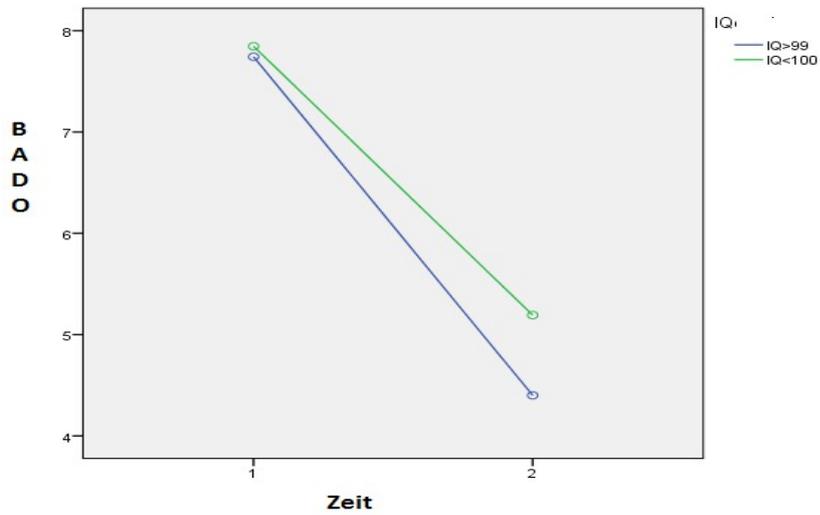


Abbildung 19: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik beider IQ Gruppen, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest

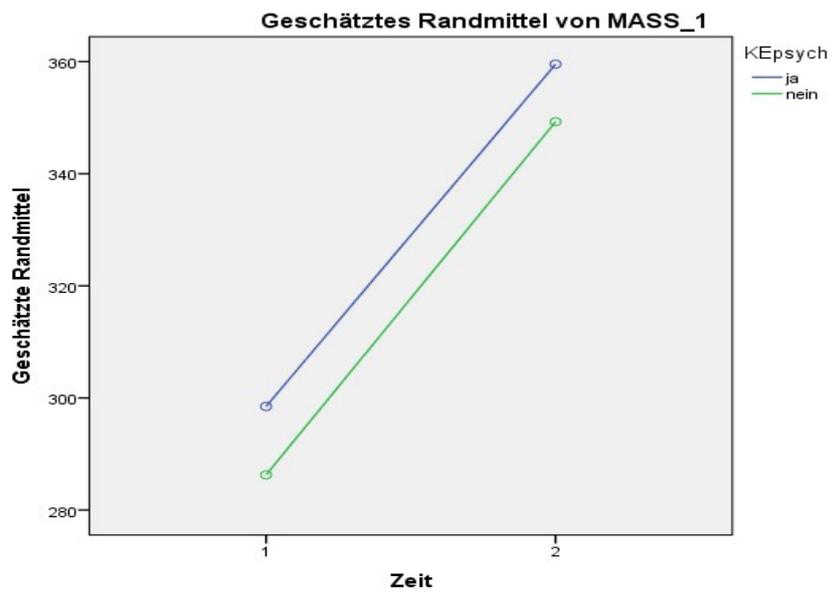


Abbildung 20: Mittelwerte der Konzentrationsfähigkeit von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern im Prä- und Posttest

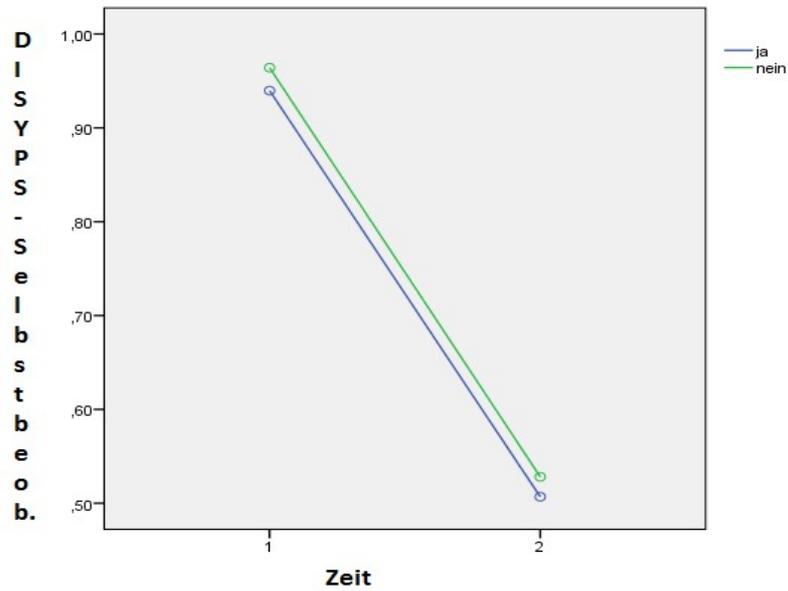


Abbildung 21: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

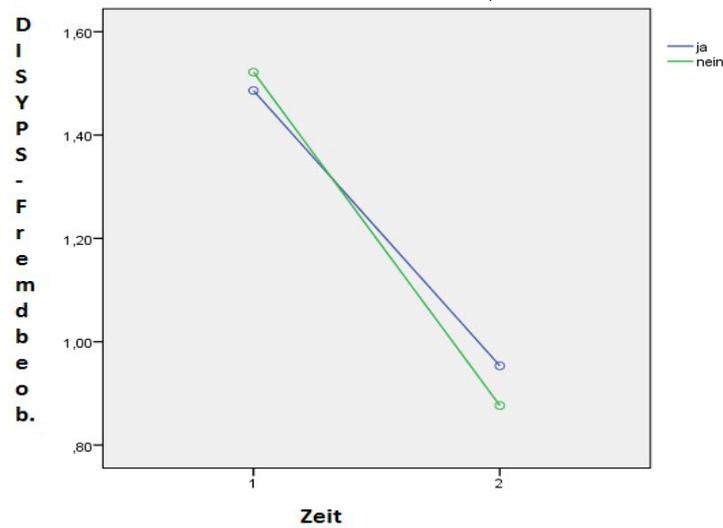


Abbildung 22: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

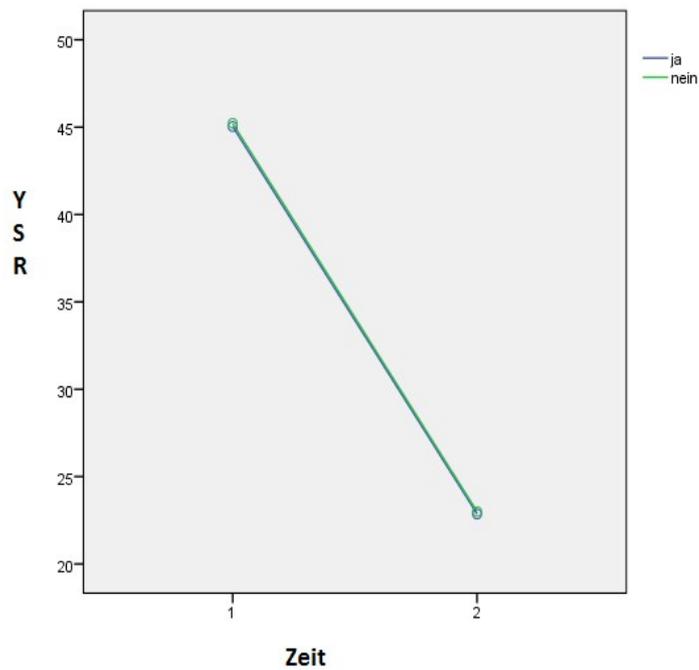


Abbildung 23: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

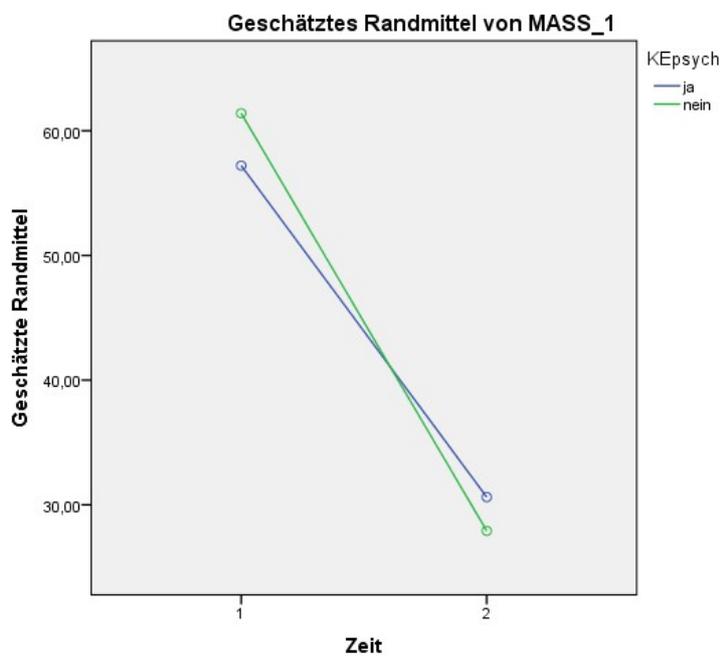


Abbildung 24: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

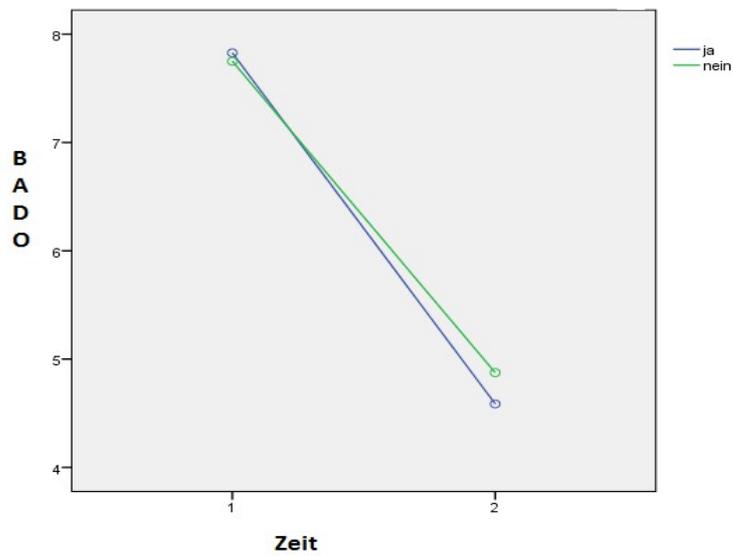


Abbildung 25: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest

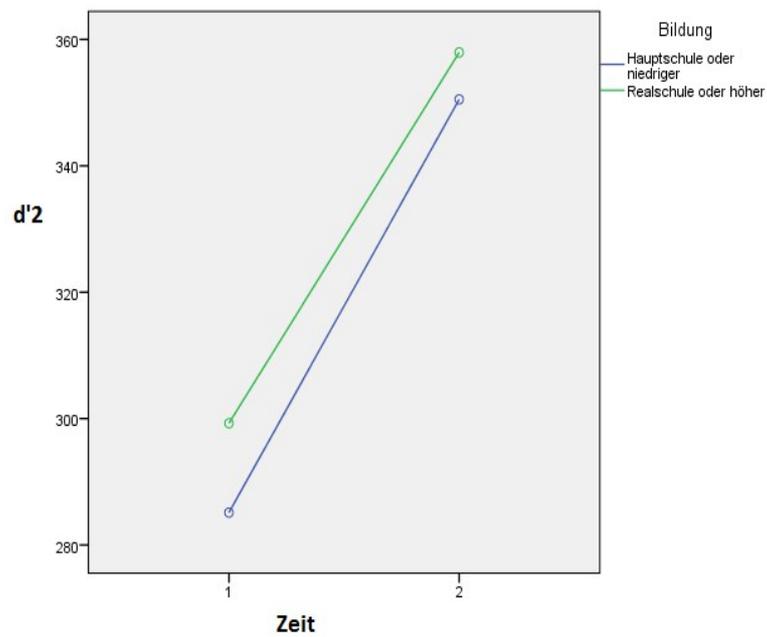


Abbildung 26: Mittelwerte der Konzentrationsfähigkeit von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest

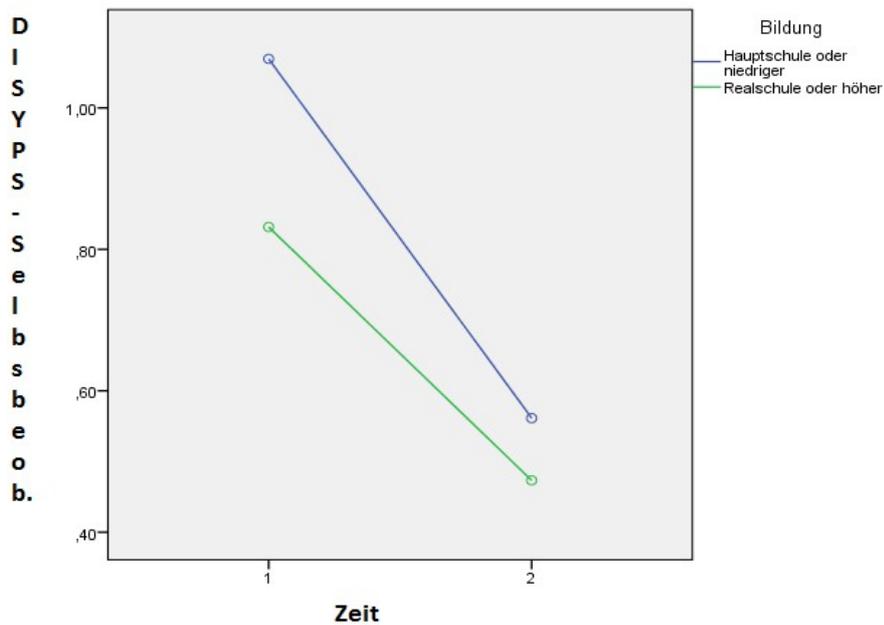


Abbildung 27: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

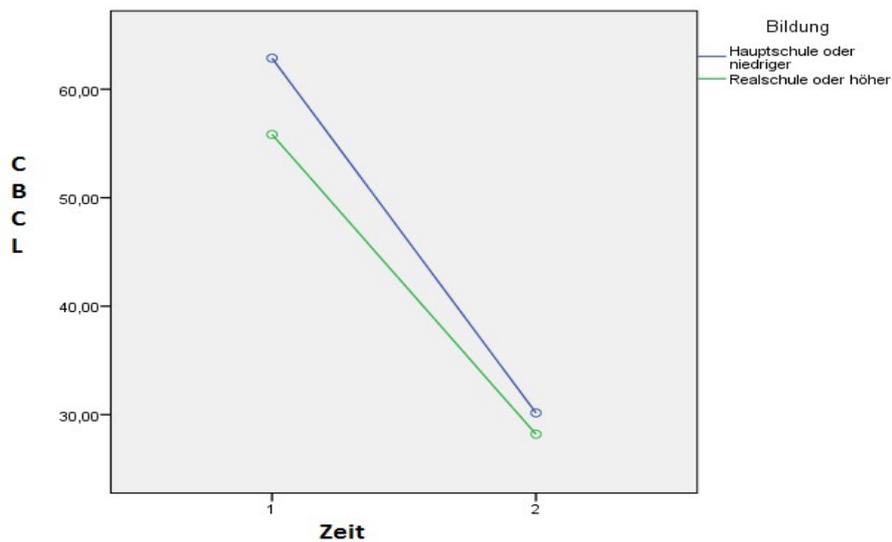


Abbildung 30: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

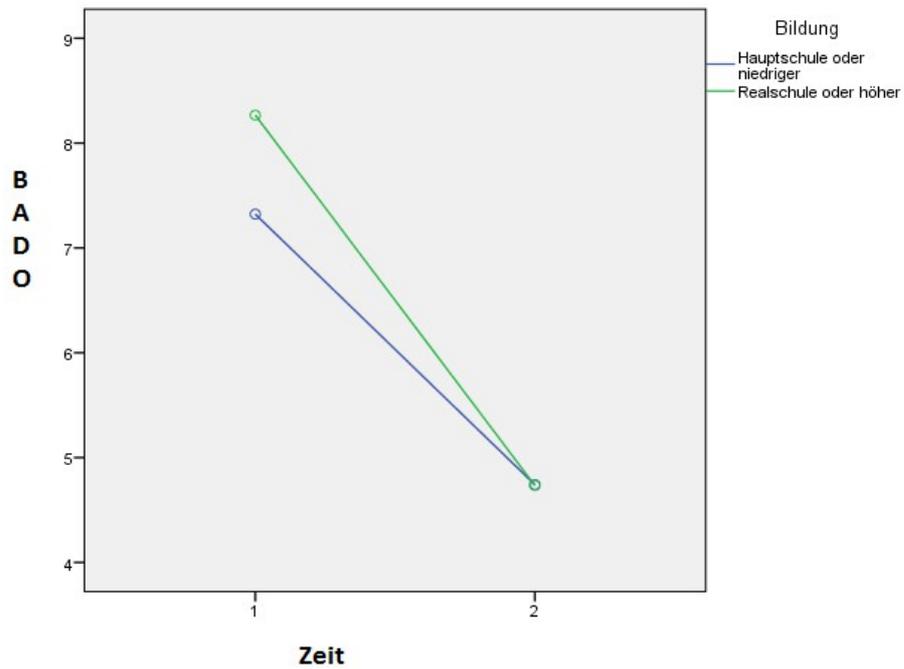


Abbildung 31: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest

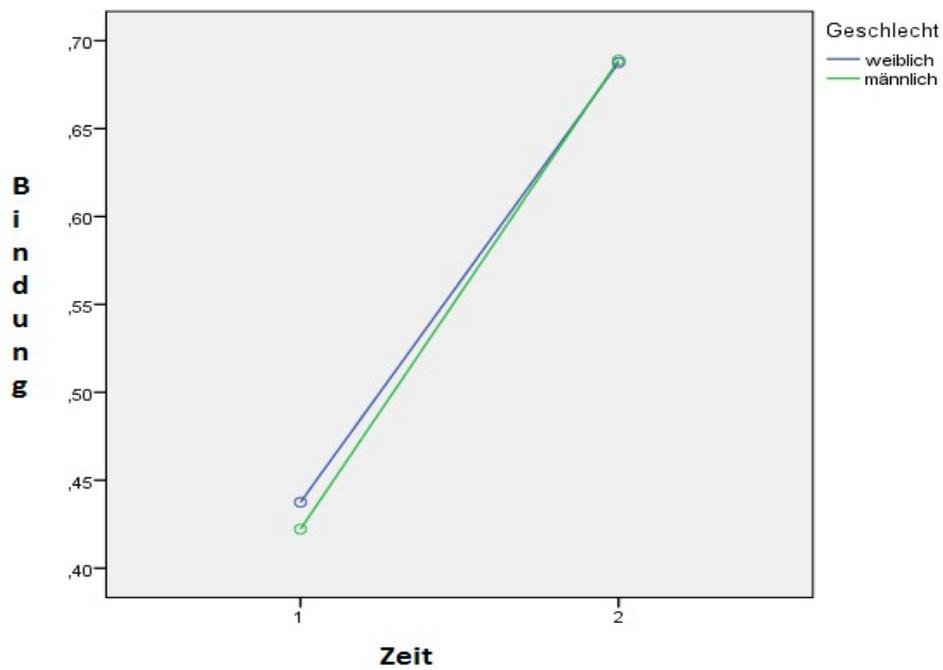


Abbildung 32: Mittelwerte der Bindung von Mädchen und Jungen im Prä- und Posttest

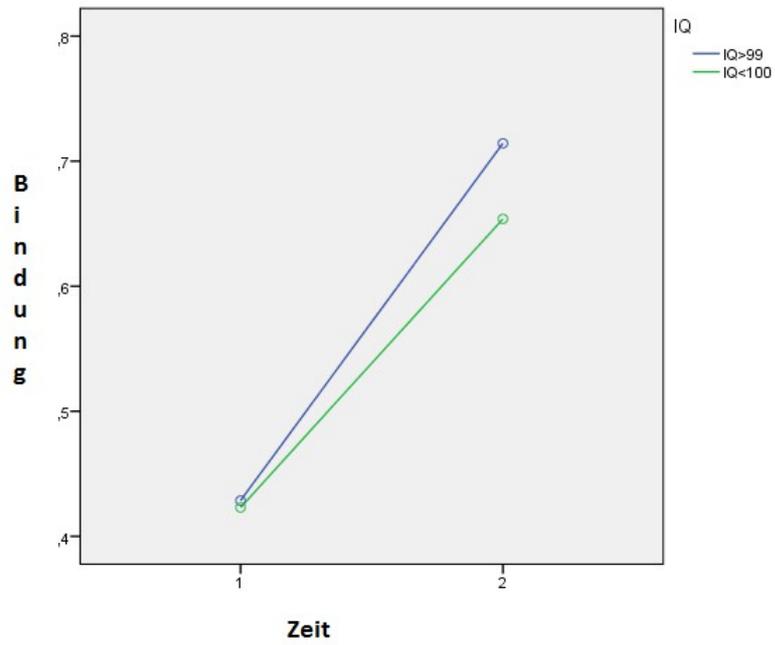


Abbildung 34: Mittelwerte der Bindung für beide IQ-Gruppen im Prä- und Posttest

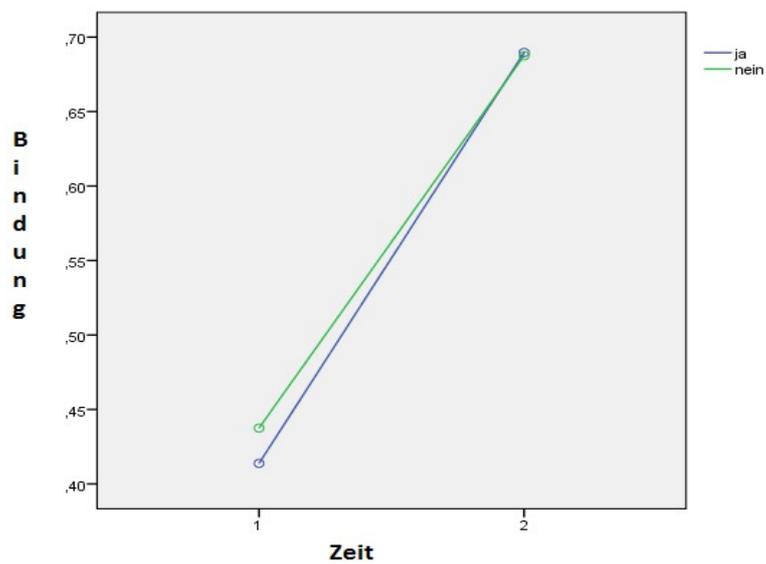


Abbildung 35: Mittelwerte der Bindung von Kindern mit psychisch-gesunden und psychisch-kranken Eltern im Prä- und Posttest

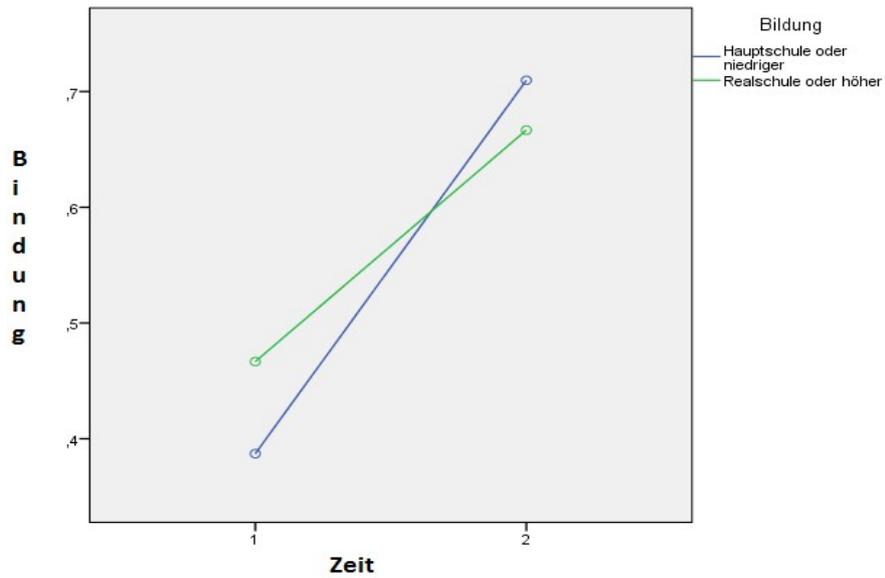


Abbildung 36: Mittelwerte der Bindung von Kindern deren Eltern einen niedrigen oder hohen Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest

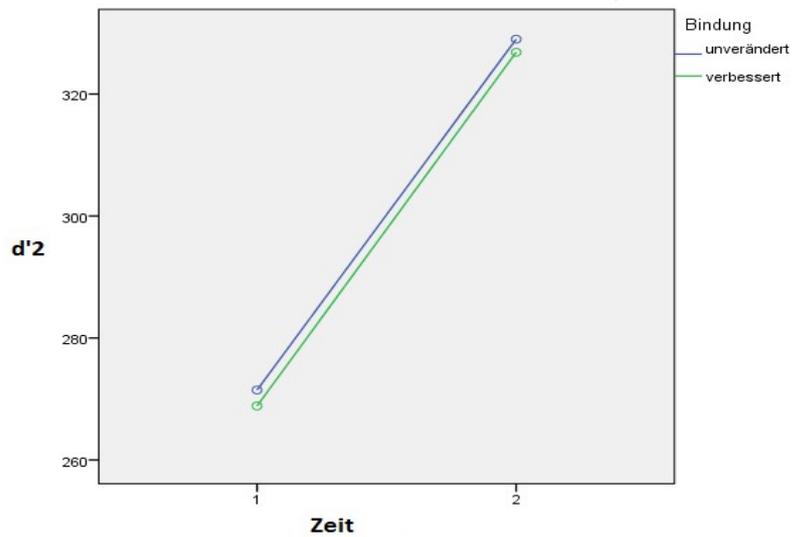


Abbildung 37: Mittelwerte von Probanden mit Verbessertem und unsicher gebliebenen Bindungsverhalten in der Konzentration im Prä- und Posttest

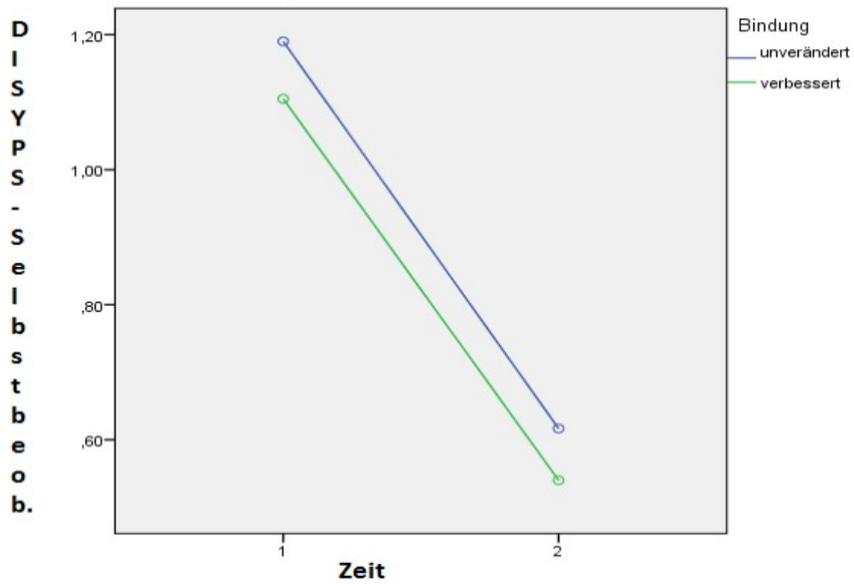


Abbildung 38: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit verbesserten und mit gleichbleibenden Bindungsmuster in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

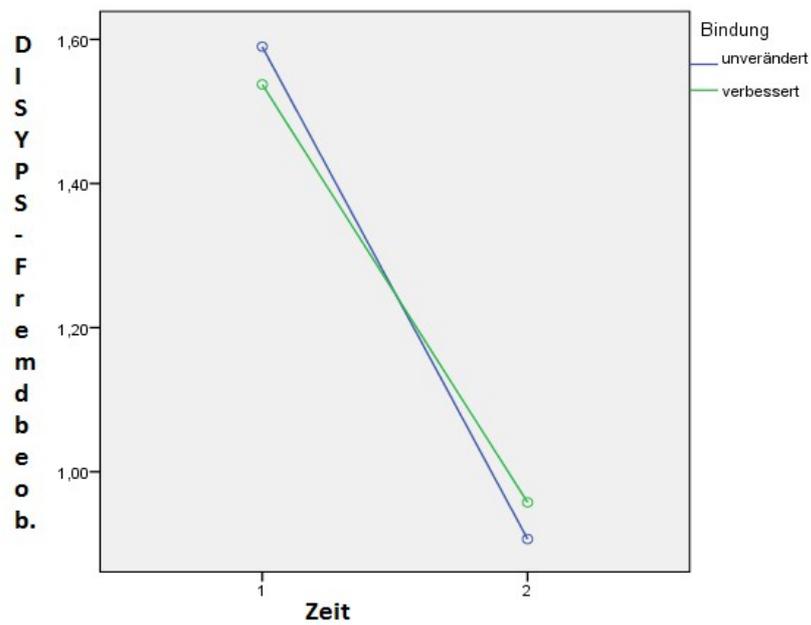


Abbildung 39: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit verbesserten und unveränderten Bindungsmustern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest

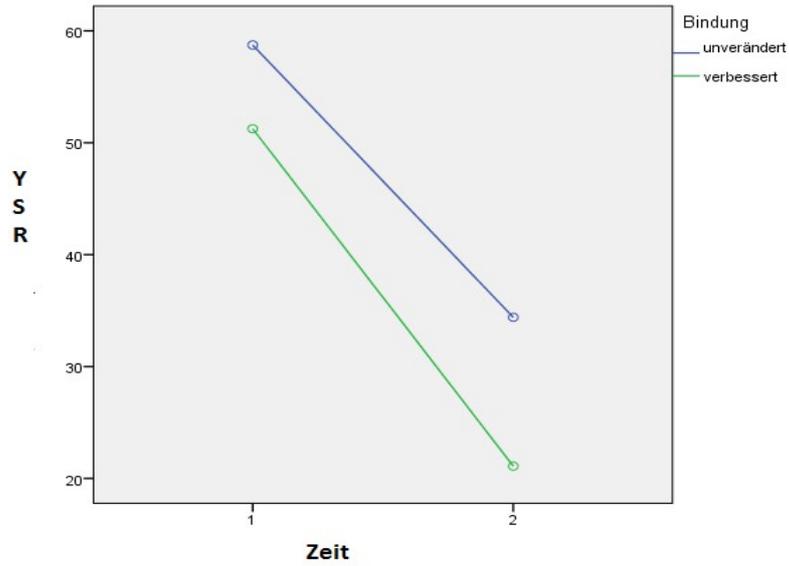


Abbildung 40: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit gleichbleibender und verbesserter Bindungsqualität in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest

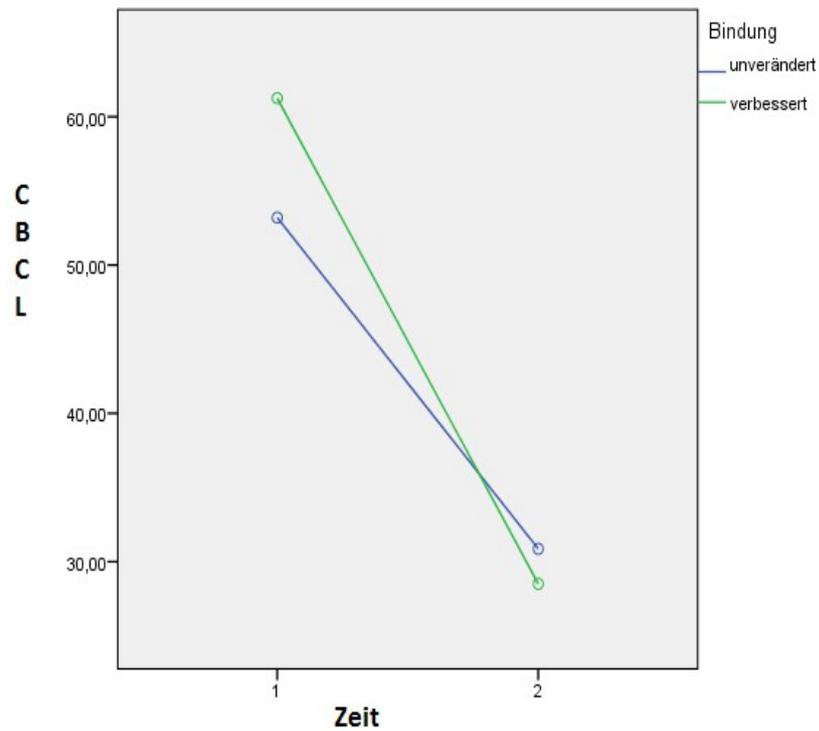
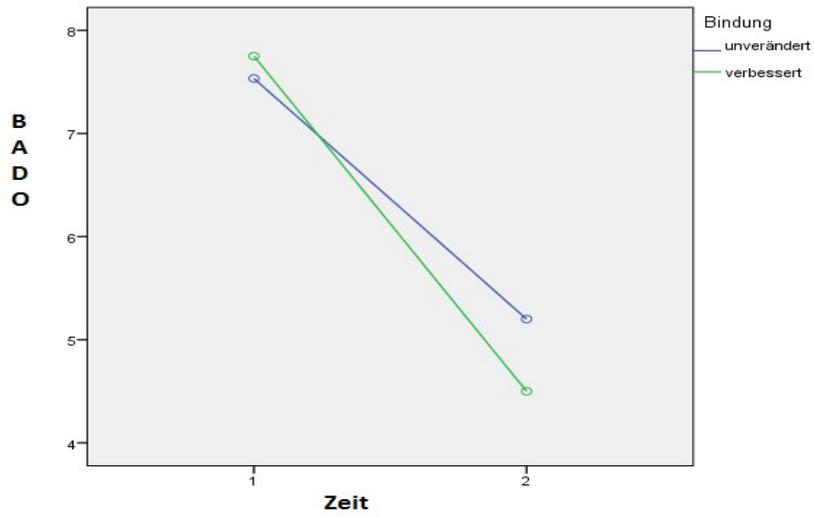


Abbildung 41: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit gleichbleibendem und verbessertem Bindungsmuster, laut Kindseltern im Prä- und Posttest



*Abbildung 42: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit verbesserter und gleichgebliebener Bindungssicherheit, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest*

### 9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Cronbach's Alpha des Bochumer Bindungs-Tests.....	87
Tabelle 2: Cronbach's Alpha des YSR Fragebogen für Jugendliche.....	89
Tabelle 3: Cronbach's Alpha des DISYPS-II-(ADHS)-S.....	90
Tabelle 4: Cronbach's Alpha des CBCL/4-18 Elternfragebogen.....	91
Tabelle 5: Cronbach's Alpha des Fragebogens DISYPS-II-(ADHS)-F.....	92
Tabelle 6: Mittelwerte und Streuung bei Mädchen und Jungen in der Konzentration im Prä- und Posttest.....	94
Tabelle 7: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	96
Tabelle 8: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	96
Tabelle 9: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	97
Tabelle 10: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	98
Tabelle 11: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Mädchen und Jungen nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest .....	99
Tabelle 12: Chi-Quadrat-Test; Geschlecht, und IQ.....	99
Tabelle 13: Mittelwerte und Streuung bei älteren und jüngeren Kindern in der Konzentration im Prä- und Posttest .....	101
Tabelle 14: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei älteren und jüngeren Kindern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	103
Tabelle 15: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei älteren und jüngeren Kindern, laut Fremdbeurteilung im Prä- und Posttest .....	103
Tabelle 16: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik bei jüngeren und älteren Kindern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	105
Tabelle 17: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik bei jüngeren und älteren Kinder in der Fremdbeobachtung im Prä- und Posttest .....	107
Tabelle 18: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik bei jüngeren und älteren Kinder nach Beurteilung der Behandler, im Prä- und Posttest .....	109

Tabelle 19: Chi-Quadrat-Test; Alter und IQ.....	110
Tabelle 20: Mittelwerte und Streuungen beider IQ-Gruppen in der Konzentration, im Prä- und Posttest .....	112
Tabelle 21: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	113
Tabelle 22: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen , laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	114
Tabelle 23: Mittelwerte und Streuungen der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	115
Tabelle 24: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	115
Tabelle 25: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik beider IQ Gruppen , nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest.....	116
Tabelle 26: Mittelwerte und Streuung der Konzentrationsfähigkeit von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern im Prä- und Posttest .....	118
Tabelle 27: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und -gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	119
Tabelle 28: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	119
Tabelle 29: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	120
Tabelle 30: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	121
Tabelle 31: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest .....	122
Tabelle 32: Mittelwerte und Streuung der Konzentrationsfähigkeit von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest.....	124
Tabelle 33: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	125
Tabelle 34: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik, von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Beurteilung der Kindseltern im Prä- und Posttest .....	126
Tabelle 35: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern, deren Eltern einen	

hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	128
Tabelle 36: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern, deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Kindseltern im Prä- und Posttest.....	130
Tabelle 37: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest .....	130
Tabelle 38: Mittelwerte und Streuung der Bindung bei Mädchen u. Jungen im Prä- und Posttest .	132
Tabelle 39: Mittelwerte und Streuungen der Bindung bei älteren und jüngeren Kindern im Prä- und Posttest .....	133
Tabelle 40: Mittelwerte und Streuung der Bindung für beide IQ-Gruppen im Prä- und Posttest....	135
Tabelle 41: Mittelwerte und Streuung der Bindung von Kindern mit psychisch-gesunden und psychisch-kranken Eltern im Prä- und Posttest .....	136
Tabelle 42: Mittelwerte und Streuung der Bindung bei Kindern, deren Eltern einen niedrigen oder hohen Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest .....	137
Tabelle 43: Mittelwerte und Streuung von Probanden mit verbessertem und unsicher gebliebenen Bindungsverhalten in der Konzentration im Prä- und Posttest.....	139
Tabelle 44: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Kindern mit verbessertem und mit gleichbleibendem Bindungsmuster in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	139
Tabelle 45: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik bei Kindern mit verbesserten und unveränderten Bindungsmustern laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	140
Tabelle 46: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Kindern mit gleichbleibender und verbesserter Bindungsqualität in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	141
Tabelle 47: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Kindern mit gleichbleibendem und verbessertem Bindungsmuster laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	142
Tabelle 48: Mittelwerte und Streuung der Gesamtsymptomatik bei Kindern mit verbesserter und gleichgebliebener Bindungssicherheit, nach Einschätzung der Behandler im Prä- und Posttest ....	143

## 9.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bochumer Bindungs-Test; Bild III.....	88
Abbildung 2: Mittelwerte der Konzentrationsfähigkeit von Mädchen und Jungen.....	95
Abbildung 3: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	247
Abbildung 4: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	247
Abbildung 5: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	248
Abbildung 6: Mittelwert der Gesamtsymptomatik laut Mädchen u. Jungen im Prä- und Posttest	248
Abbildung 7: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest.....	249
Abbildung 8: Mittelwerte älterer und jüngerer Kinder in der Konzentration im Prä- und Posttest	102
Abbildung 9: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Mädchen und Jungen, laut Kindseltern im Prä- und Posttest.....	249
Abbildung 10: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik älterer und jüngerer Kinder, laut Fremdbeurteilung im Prä- und Posttest .....	104
Abbildung 11: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik jüngerer und älterer Kinder in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	106
Abbildung 12: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik jüngerer und älterer Kinder in der Fremdbeobachtung im Prä- und Posttest .....	108
Abbildung 13: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik jüngerer und älterer Kinder nach Beurteilung der Behandler, im Prä- und Posttest .....	250
Abbildung 14: Mittelwerte beider IQ-Gruppen in der Konzentration, im Prä- und Posttest.....	250
Abbildung 15: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	251
Abbildung 16: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik beider IQ-Gruppen , laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	251
Abbildung 17: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	252
Abbildung 18: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik beider IQ-Gruppen, laut Kindseltern im Prä-	

und Posttest.....	252
Abbildung 19: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik beider IQ Gruppen , nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest.....	253
Abbildung 20: Mittelwerte der Konzentrationsfähigkeit von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern im Prä- und Posttest .....	253
Abbildung 21: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	254
Abbildung 22: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	254
Abbildung 23: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	255
Abbildung 24: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest.....	255
Abbildung 25: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit psychisch-kranken und psychisch-gesunden Eltern, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest .....	256
Abbildung 26: Mittelwerte der Konzentrationsfähigkeit von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest.....	256
Abbildung 27: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	257
Abbildung 28: Mittelwerte und Streuung der hyperkinetischen Symptomatik, von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Beurteilung der Kindseltern, im Prä- und Posttest .....	127
Abbildung 29: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	129
Abbildung 30: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	257
Abbildung 31: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern deren Eltern einen hohen u. einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest .....	258
Abbildung 32: Mittelwerte der Bindung von Mädchen und Jungen im Prä- und Posttest.....	258
Abbildung 33: Mittelwerte der Bindung älterer und jüngere Kinder im Prä- und Posttest.....	134
Abbildung 34: Mittelwerte der Bindung für beide IQ-Gruppen im Prä- und Posttest.....	259

Abbildung 35: Mittelwerte der Bindung von Kindern mit psychisch-gesunden und psychisch-kranken Eltern im Prä- und Posttest.....	259
Abbildung 36: Mittelwerte der Bindung von Kindern deren Eltern einen niedrigen oder hohen Bildungsabschluss haben im Prä- und Posttest.....	260
Abbildung 37: Mittelwerte von Probanden mit Verbessertem und unsicher gebliebenen Bindungsverhalten in der Konzentration im Prä- und Posttest.....	260
Abbildung 38: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit verbesserten und mit gleichbleibenden Bindungsmuster in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest .....	261
Abbildung 39: Mittelwerte der hyperkinetischen Symptomatik von Kindern mit verbesserten und unveränderten Bindungsmustern, laut Kindseltern im Prä- und Posttest .....	261
Abbildung 40: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit gleichbleibender und verbesserter Bindungsqualität in der Selbstbeobachtung im Prä- und Posttest.....	262
Abbildung 41: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit gleichbleibendem und verbessertem Bindungsmuster, laut Kindseltern im Prä- und Posttest.....	262
Abbildung 42: Mittelwerte der Gesamtsymptomatik von Kindern mit verbesserter und gleichgebliebener Bindungssicherheit, nach Einschätzung der Behandler, im Prä- und Posttest....	263

**Anhang:**

1. Lebenslauf
2. Eidesstattliche Erklärung

## **Lebenslauf**

### **Persönliche Daten:**

Name: Regina Fuhrmann

### **Schulischer Werdegang:**

1992-1996            Grundschule Pfaffendorf  
                          (1.-4. Klasse)

1996-2002            Hilda-Gymnasium  
                          (5.-10. Klasse)

2002-2003            Auslandsschuljahr USA  
                          Westside Highschool  
                          (Highschoolabschluss, summa cum laude)

2003-2005            Hilda-Gymnasium  
                          (Abiturnote 2,3)

2005-2008            Northeastern State University  
                          (Bachelor in Entwicklungspsychologie, summa cum laude)

2008-2011            Diplom Studiengang Psychologie an der Universität Trier  
                          (Abschluss als Diplom-Psychologin; Gesamtnote: 2,0)

2009-2011            Diplom Studiengang Pädagogik an der Universität Koblenz-Landau  
                          (Abschluss als Diplom-Pädagogin, Gesamtnote: 1,7)

2011-2015            Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Marburg  
                          (Approbation als Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin; Gesamtnote 1,3)

### **Berufserfahrung:**

seit 1998            Betreuung von Kindern zwischen 0 und 12 Jahren in privaten Haushalten

2002-2003            Kinderbetreuung im kirchlichen Rahmen; Kinder im Alter zwischen 1 und 3 Jahren

2005-2008            Kinderbetreuung im kirchlichen Rahmen; Kinder im Alter zwischen 0 und 10 Jahren

2005-2008            Kinderbetreuung im Zoe's Institute - Single Mom's Resource Center

2006                  Aushilfe in erster Schulklasse und Vorschule der Harold B. Lee Grundschule

2006–2008            Resident Assistant für das Housing Department der Northeastern State University

2006-2011 Englischdozentin für Lane's Language Service  
2008 Unterrichten der St. Brigid's Homeschooling-Group in Deutsch  
seit 2008 Englischdozentin an der Volkshochschule  
2008-2011 Englischdozentin an der Industrie und Handelskammer  
2010 Praktikum im Johanniter Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
2010-2011 Geringfügige Tätigkeit im Johanniter Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
seit 2011 Diplom-Psychologin im Johanniter Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
seit 2016 Geringfügige Tätigkeit in der Psychoonkologie des Klinikums Kemperhof

## **Eidesstattliche Erklärung**

Name

Regina Fuhrmann

### **Ehrenwörtliche Erklärung zu meiner Dissertation**

mit dem Titel: „Halt' mal still, damit ich dich umarmen kann“ - Bindungsverhalten und das Aufmerksamkeits-(Hyperaktivitäts-)Defizit-Syndrom

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich die beigefügte Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe. Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Ich versichere außerdem, dass ich die beigefügte Dissertation nur in diesem und keinem anderen Promotionsverfahren eingereicht habe und, dass diesem Promotionsverfahren keine endgültig gescheiterten Promotionsverfahren vorausgegangen sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift