

# **Erregte Beziehungen**

Beziehungsschemata, Affektregulierung und Psychodynamik im Narrativ von  
Kindern mit ADHS-Diagnose. Ein Prä-Post-Vergleich

## **Dissertation**

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften  
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

**Dipl.-Psych. Isabelle Nathalie Koch-Hegener**  
aus Reutlingen

**Tübingen**

**2009**

Tag der mündlichen Qualifikation:	14.07.2010
Dekan:	Prof. Dr.-Ing. Oliver Kohlbacher
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Martin Hautzinger
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Michael Günter

---

## Danksagung

Mein besonderer Dank gilt den Familien, die an unseren Untersuchungen teilgenommen haben und mir Einblick in ihr Leben gewährt haben.

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. Michael Günter für seine wohlwollende, inspirierende Begleitung und Unterstützung über all die Jahre hinweg. Sein kreatives und schnelles Denken, sein Witz und sein Scharfsinn haben mich immer beeindruckt. Ich habe persönlich viel von ihm gelernt.

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. Martin Hautzinger für seine besondere Bereitschaft und Offenheit, mich mit seiner großen Erfahrung zu unterstützen. In dem Hochseeabenteuer einer Doktorarbeit haben mir sein spürbares Wohlwollen, seine Fairness und Klarheit immer wieder den Weg gewiesen.

Dem Team Silke Eistetter, Anna Delatrée, Julia Schweinsberg, Anne Steier und Sonja Krauß danke ich für ihre große Hilfe bei der Auswertung und Aufbereitung der Daten. Gabriella Gall mit ihrer bewundernswerten Kraft, ihrer Offenheit und ihrem Feingespür sei für ihren unermüdlichen Einsatz ganz besonders gedankt.

Ich danke Maria-Christine Aurnhammer, die mit mir den Anfang des Weges beschritten hat. Unser Austausch hat für mich eine besondere Bedeutung.

Ich danke Herrn Dr. Gerhard Dahl für seine liebevolle Geduld und seine kräftigen Ermutigungen.

Frau Dipl. Psych. Annette Straten danke ich für die unvergessliche Zeit der Zusammenarbeit. Mit viel Galgenhumor haben wir so manche Klippe gemeinsam umschiffen. Ohne ihre Wärme, ihr Zuneigung und ihre besondere Fähigkeit, das Gegenüber zu sehen, wäre dieses Projekt gestrandet.

Mein größter und tiefster Dank gilt meinem Mann Dr. Wolfgang Hegener. Mit seinem Rückhalt fand diese Arbeit in hohe See, überstand die Stürme und gelangte schließlich in den sicheren Hafen.

..

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Promotion selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Berlin, im Oktober 2009

Isabelle Nathalie Koch-Hegener

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>11</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>12</b>
<b>Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen .....</b>	<b>15</b>
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>16</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>17</b>

<b>1      Theoretischer und empirischer Hintergrund .....</b>	<b>18</b>
1.1     Einleitung .....	18
1.2     Die Hyperkinetischen Störungen .....	20
1.2.1   Die sog. ätiologiefreien Klassifikationssysteme .....	20
1.2.1.1  Das Störungsbild und seine Operationalisierung .....	20
1.2.1.2  Der psychodynamische Blick .....	22
1.2.1.3  Prävalenz und Verlauf .....	23
1.2.1.4  Persistenz .....	24
1.2.1.5  Komorbidität .....	26
1.2.1.6  Kritische Stimmen .....	27
1.2.2   Ätiologische Modelle und Pathogenese .....	30
1.2.2.1  Die Hyperkinetische Störung – eine Störung der Neurobiologie? .....	30
1.2.2.2  Die Hyperkinetische Störung - eine Störung der Selbstregulierung? .....	32
1.2.2.3  Die Hyperkinetische Störung - eine Störung psychosozialer Faktoren? .....	35
1.2.2.4  Das Paradigma der Affektregulierung und Mentalisierung .....	40
1.2.2.5  Die Hyperkinetische Störung - eine frühe Störung der Primärbeziehung? .....	43
1.2.2.6  Das theoretische Modelle dieser Untersuchung .....	50
1.2.3   Medikamenteneffekte .....	54

1.3	Das symbolische Spiel und Formate von sozio-emotionalem Wissen .....	56
1.3.1	Das symbolische Spiel .....	57
1.3.2	Generalisierte Erlebniserinnerungen – die konstruktivistische Position .....	59
1.3.3	Generalisierte Erlebniserinnerungen – die bindungstheoretische Position .....	64
1.3.4	Internal working models of regulation (Daniel Stern) .....	69
1.3.4.1	Zusammenfassung .....	70
1.3.5	Eine besondere Dimension des symbolischen Spiels: die narrative Fähigkeit ...	71
1.3.6	Auf der inhaltlichen Ebene: Spielverhalten als Operationalisierung von Beziehungsschemata .....	77
1.3.7	Auf der strukturellen Ebene: Spielverhalten als Operationalisierung von Affektregulierung .....	79
1.4	Die MacArthur Story Stem Battery .....	87
1.4.1	Historische Entwicklung .....	87
1.4.1.1	Die Konzeption der MSSB .....	88
1.4.2	Zur Validität der MSSB .....	93
1.4.2.1	Ergebnisse der Bindungsforschung .....	93
1.4.2.2	Schwieriger familiärer Hintergrund: Untersuchungen zu Scheidungsfamilien, sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung .....	99
1.4.2.3	Gesunde Kinder, interkultureller Vergleich sowie chronisch kranke Kinder .....	100
1.4.2.4	Zusammenhänge zwischen externalisierenden Verhaltensstörungen und bestimmten MSSB-Variablen .....	107
1.4.2.5	Prädiktive Validität der MSSB .....	109
1.5	Fragestellung und Ableitung der Hypothesen .....	115
1.5.1	Hypothesen .....	121
1.5.1.1	Die querschnittliche Betrachtung: Unterschiede in den Beziehungsschemata und der narrativen Affektregulierung zwischen ADHS-Kindern und unauffälligen Kindern (Fragestellung A) .....	121
1.5.1.2	Die längsschnittliche Betrachtung: Unterschiede in den Beziehungsschemata und der narrativen Affektregulierung zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt (Fragestellung B) .....	123

<b>2</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>125</b>
2.1	Untersuchungsdesign .....	125
2.2	Probanden .....	126
2.2.1	Probandenrekrutierung .....	126
2.2.2	Stichprobenbeschreibung .....	129
2.3	Untersuchungsverfahren .....	130
2.3.1	<i>Die MacArthur Story Stem Battery (MSSB)</i> .....	130
2.3.1.1	<i>Story stems</i> und Aufbau .....	130
2.3.1.2	Manuale und Ratingkategorien .....	135
2.3.1.3	Die Abhängigen Variablen: Skalen und Einzelvariablen .....	139
2.3.1.4	Kodierung, Vorgehen bei der Auswertung und Aufbereitung der Daten .....	143
2.3.2	Weitere Untersuchungsverfahren .....	145
2.3.2.1	<i>DISYPS-KJ (FBB-HKS und FBB-SSV)</i> .....	145
2.3.2.2	<i>HAWIK-III</i> .....	145
2.3.2.3	<i>DIKJ</i> .....	146
2.3.2.4	<i>AFS</i> .....	147
<b>3</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>150</b>
3.1	Interraterreliabilität .....	150
3.2	Interkorrelationen der MSSB-Skalen .....	151
3.3	Die querschnittliche Betrachtung: Unterschiede in den Narrativen der hyperkinetischen Kinder und der unauffälligen Kinder zu beiden Messzeitpunkten .....	153
3.3.1	Der Gruppenvergleich zum ersten Messzeitpunkt: inhaltliche Unterschiede und Unterschiede in der narrativen Affektregulierung .....	153

3.3.2	Altersunterschiede zum ersten Messzeitpunkt .....	155
3.3.3	Explorative Betrachtung der Einzelvariablen .....	156
3.3.4	Geschlechtsunterschiede .....	160
3.3.4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse des Gruppenvergleichs zum ersten Messzeitpunkt .....	160
3.3.5	Der Gruppenvergleich zum zweiten Messzeitpunkt: inhaltliche Unterschiede und Unterschiede in der narrativen Affektregulierung .....	161
3.3.6	Altersunterschiede zum zweiten Messzeitpunkt .....	166
3.3.6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse des Gruppenvergleichs zum zweiten Messzeitpunkt .....	166
3.4	Varianzanalytische Ergebnisse der Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen und Messzeitpunkten .....	167
3.4.1	Fragestellung A: Die mehrfaktorielle varianzanalytische Prüfung des Gruppenunterschiedes (querschnittliche Betrachtung) .....	167
3.4.2	Fragestellung B: Veränderungen der Narrative zwischen erstem und zweiten Messzeitpunkt – Zeit- und Interaktionseffekte (längsschnittliche Betrachtung)	170
3.4.3	Altersunterschiede auf den Skalen <i>Narrative Kohärenz</i> , <i>Vermeidung</i> sowie <i>Desorganisiertes Erzählmuster</i> .....	172
3.4.4	Erster Interaktionseffekt: Gruppe und Messzeitpunkt .....	172
3.4.5	Zweiter Interaktionseffekt: Altersgruppe und Messzeitpunkt .....	177
3.4.6	Veränderungen im Narrativ vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt – nach den Untersuchungsgruppen getrennt .....	177
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse der MacArthur Story Stem Battery .....	179
3.6	Ergebnisse im Intelligenzverfahren und in den Fragebögen zur Depressivität und Angst .....	186
3.6.1	Unterschiede zwischen hyperkinetischen und unauffälligen Kindern .....	186
3.6.2	Unterschiede zwischen erstem und zweiten Messzeitpunkt bei den hyperkinetischen Kindern .....	187
3.7	Bivariate Zusammenhänge zwischen klinischer Symptomatik sowie kognitiven Fähigkeiten und den Narrativen .....	188
3.7.1	Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes .....	188



3.7.1.1	Bivariate Zusammenhänge zwischen dem Intelligenzverfahren (HAWIK-III) und den MSSB-Skalen zum ersten Messzeitpunkt .....	188
3.7.1.2	Bivariate Zusammenhänge zwischen <i>DIKJ</i> und den MSSB-Skalen zum ersten Messzeitpunkt .....	189
3.7.1.3	Bivariate Zusammenhänge zwischen <i>AFS</i> und den MSSB-Skalen zum ersten Messzeitpunkt .....	190
3.7.1.4	Bivariate Zusammenhänge zum ersten Messzeitpunkt zwischen Fremdverhaltenseinschätzung einerseits sowie den MSSB-Skalen und Fragebögen andererseits – Prädiktorensuche I .....	191
3.7.1.5	Verhaltensvorhersagen durch narrative Merkmale zum ersten Messzeitpunkt ...	192
3.7.2	Ergebnisse des zweiten Messzeitpunktes .....	193
3.7.2.1	Bivariate Zusammenhänge zwischen <i>DIKJ</i> und den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt .....	193
3.7.2.2	Bivariate Zusammenhänge zwischen <i>AFS</i> und den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt .....	194
3.7.2.3	Bivariate Zusammenhänge zum zweiten Messzeitpunkt zwischen Fremdverhaltenseinschätzung einerseits sowie den MSSB-Skalen und Fragebögen andererseits – Prädiktorensuche II .....	194
3.7.2.4	Verhaltensvorhersagen durch narrative Merkmale zum zweiten Messzeitpunkt	196
3.8	Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragebögen .....	196
<b>4</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse und Ausblick .....</b>	<b>199</b>
4.1	Die querschnittliche Betrachtung: Der Gruppenunterschied .....	199
4.1.1	Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen für die Klinik .....	215
4.2	Die längsschnittliche Betrachtung: Die Veränderungen im Rahmen der medikamentösen treatment-as-usual-Intervention .....	219
4.3	Verhaltensvorhersagen mittels narrativer Merkmale .....	223
4.4	Methodische Einschränkungen .....	227
4.5	Ausblick .....	232

<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>233</b>
<b>6</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>256</b>
6.1	Anhang I: Informationsmaterial .....	257
6.2	Anhang II: Verwendete Ratingkategorien des <i>Tübingen-Basel Narrativ-Codierungs-Manuals</i> .....	264

**Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1.1</b>	Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen .....	34
<b>Abbildung 1.2</b>	Entwicklungsmodell von Beziehungsschemata und Affektregulierung .....	53
<b>Abbildung 3.1</b>	Der Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala <i>Prosoziale Themen</i> .....	174
<b>Abbildung 3.2.</b>	Der Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala <i>Positive Mutterfigur</i> .....	175
<b>Abbildung 3.3</b>	Der Interaktionseffekt zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala <i>Positive Vaterfigur</i> .....	176
<b>Abbildung 3.4</b>	Der Interaktionseffekt ( $p=.008$ ) zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala <i>Eingeschränktes Erzählmuster</i> .....	176

**Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1.1</b>	Überblick über die <i>hyperkinetischen Störungen</i> nach ICD-10 (Forschungskriterien) .....	20
<b>Tabelle 1.2</b>	Die Klassifikation hyperkinetischer Störungen nach DSM-IV .....	21
<b>Tabelle 1.3</b>	Risikofaktoren für chronifizierte und schwere hyperkinetische Störung .....	25
<b>Tabelle 1.4</b>	Sieben ätiologische Subtypen in der untersuchten Gruppe hyperkinetischer Kinder .....	44
<b>Tabelle 1.5</b>	Kurzzeiteffekte von Stimulanzienbehandlung .....	54
<b>Tabelle 1.6 a + b</b>	Untersuchungsergebnisse zur Affektregulierung .....	85 - 86
<b>Tabelle 1.7 a - d</b>	Zusammenhänge zwischen Bindungsstatus und dem Narrativ der Kinder .....	95 - 98
<b>Tabelle 1.8</b>	Die Übereinstimmung von elterlichem und kindlichem Bindungsstatus .....	98
<b>Tabelle 1.9 a + b</b>	MSSB-Untersuchungsbefunde bei misshandelten, missbrauchten und/oder vernachlässigten Kindern .....	101 -102
<b>Tabelle 1.10 a - b</b>	MSSB-Untersuchungsbefunde bei Kindern mit schwierigem familiärem Hintergrund .....	103 - 104
<b>Tabelle 1.11a + b</b>	MSSB-Untersuchungen der Arbeitsgruppe Günter .....	105 - 105
<b>Tabelle 1.12 a + b</b>	Konkurrente Zusammenhänge zwischen externalisierenden Verhaltensproblemen und MSSB-Variablen .....	110 - 111
<b>Tabelle 1.13</b>	Prädiktive Zusammenhänge zwischen externalisierende Verhaltensproblemen und MSSB-Variablen .....	114
<b>Tabelle 2.1</b>	Zusammenfassende Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien .....	128
<b>Tabelle 2.2</b>	Die Beschreibung der beiden Stichproben .....	129
<b>Tabelle 2.3a</b>	Die sieben <i>story stems</i> der Originalversion .....	131
<b>Tabelle 2.3 b</b>	Die <i>story stems</i> der Parallelversion .....	132
<b>Tabelle 2.4</b>	Überblick über die Hauptkategorien des <i>TüBa-Manuals</i> .....	136
<b>Tabelle 2.5</b>	Die Einzeldimensionen der <i>Narrativen Kohärenz</i> .....	137

<b>Tabelle 2.6</b>	Überblick über die interaktionellen Eltern-Kind-Codierungen des <i>Coding Scheme for MacArthur Stories</i> .....	138
<b>Tabelle 2.7</b>	Überblick über die Vermeidungscodes des <i>MacArthur Narrative Coding Manual</i> .....	139
<b>Tabelle 2.8</b>	Die MSSB-Skalen zur Erfassung der Beziehungsschemata ..	140
<b>Tabelle 2.9</b>	Überblick über die Skalen zur narrativen Affektregulierung	143
<b>Tabelle 3.1</b>	Interraterreliabilitätskoeffizienten .....	150
<b>Tabelle 3.2</b>	Interkorrelationen der positiven MSSB-Skalen .....	151
<b>Tabelle 3.3</b>	Interkorrelationen der negativen MSSB-Skalen .....	152
<b>Tabelle 3.4</b>	Ergebnisse des Gruppenvergleichs bei den MSSB-Skalen ...	155
<b>Tabelle 3.5</b>	Gruppenunterschiede in den Einzelitems zum ersten Messzeitpunkt .....	157
<b>Tabelle 3.6</b>	Gruppenunterschiede in den strukturellen Parametern des Narrativs zum ersten Messzeitpunkt .....	159
<b>Tabelle 3.7a + b</b>	Ergebnisse des Gruppenvergleichs bei den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt sowie Veränderungen im Gruppenunterschied zwischen den Messzeitpunkten .....	164 - 165
<b>Tabelle 3.8</b>	Ergebnisse der Varianzanalyse (I) – Unterschiede im symbolischen Spiel zwischen den Gruppen .....	169
<b>Tabelle 3.9</b>	Ergebnisse der Varianzanalyse (II) – Unterschiede im symbolischen Spiel zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt .....	171
<b>Tabelle 3.10</b>	Ergebnisse der Varianzanalyse (III) – Wechselwirkungseffekte zwischen Untersuchungsgruppe und Messzeitpunkt .....	173
<b>Tabelle 3.11</b>	Mittelwertsunterschiede in der Gruppe der ADHS-Kinder zwischen den Messzeitpunkten .....	178
<b>Tabelle 3.12</b>	Überblick über die narrativen Unterschiede der hyperkinetischen Kinder im Vergleich zu unauffälligen Kindern .....	184
<b>Tabelle 3.13</b>	Überblick über die Unterschiede im Narrativ zwischen den Altersgruppen .....	185

<b>Tabelle 3.14</b>	Überblick über die Veränderungen im Narrativ zwischen den Messzeitpunkten bei den hyperkinetischen Kindern im Vergleich zu unauffälligen Kindern .....	185
<b>Tabelle 3.15</b>	Mittelwertsunterschiede der Fragebogenergebnisse zum 1. Messzeitpunkt bei den Kindern mit ADHS- und den Kontrollkindern (N= 42) .....	186
<b>Tabelle 3.16</b>	Mittelwertunterschiede der Fragebogenergebnisse der hyperkinetischen Kinder (N=21) zwischen 1. und 2. Messzeitpunkt .....	187
<b>Tabelle 3.17</b>	Korrelationskoeffizienten zwischen dem Intelligenzverfahren (HAWIK-III) sowie den MSSB-Skalen bei den ADHS-Kindern (N=21) zum ersten Messzeitpunkt ..	189
<b>Tabelle 3.18</b>	Korrelationen zwischen <i>DIKJ</i> und <i>AFS</i> sowie den Einzeldimensionen der Narrativen Kohärenz in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21, erster Messzeitpunkt) .....	190
<b>Tabelle 3.19</b>	Korrelationen zwischen dem Lehrerurteil (FBB-HKS) sowie den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21, erster Messzeitpunkt) .....	192
<b>Tabelle 3.20</b>	Korrelationen zwischen <i>DIKJ</i> und <i>AFS</i> und den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS- (N =21, zweiter Messzeitpunkt) .....	194
<b>Tabelle 3.21</b>	Korrelationen zwischen dem Lehrerurteil (FBB-HKS) sowie den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21, zweiter Messzeitpunkt) .....	195
<b>Tabelle 3.22</b>	Überblick über die Ergebnisse der hyperkinetischen Kinder bei den Fragebögen .....	198
<b>Tabelle 4.1</b>	Die narrativen Merkmalsdimensionen der ADHS-Kinder ...	216

## **Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen**

<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
<b>ASCT</b>	Attachment Story Completion Test
<b>CBCL</b>	Child Behaviour Checklist
<b>DCL-HKS</b>	Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen
<b>DISYPS-KJ</b>	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV
<b>FBB-HKS</b>	Fremdbeobachtungsbogen für Hyperkinetische Störungen
<b>FBB-SSV</b>	Fremdbeobachtungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens
<b>FS</b>	Fremde Situation
<b>KG</b>	Kontrollgruppe
<b>MSSB</b>	MacArthur Story Stem Battery
<b>SAT</b>	Seperation Anxiety Test
<b>SDQ-D</b>	Strengths and Difficulties Questionnaire (Deutsche Fassung)
<b>TAU</b>	Treatment-as-usual

## **Zusammenfassung**

Ziel dieser Untersuchung war es, die von Kindern mit ADHS verinnerlichten Beziehungsrepräsentationen sowie ihre Affektregulierung vor und unter medikamentöser Behandlung zu untersuchen. Hierfür wurden die Narrative von 21 Kindern mit ADHS (14 Jungen und 7 Mädchen) im Alter von 9;6 Jahren mit denjenigen von 21 unauffälligen Kindern anhand des TüBa-Kodierungsmanuals (Günter, Di Gallo, Stohrer & Koch, 2005) verglichen. Die videographierten Narrative stellen Lösungsversuche von konflikthaft zugespitzten emotionalen Dilemmata dar, die den Kindern in Form von Geschichtenanfängen aus der *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB, Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde & *The MacArthur Transition Network Narrative Group*, 1990) präsentiert wurden. Im Längsschnitt wurden die Narrative der Kinder mit ADHS vor und nach zwölfwöchiger *treatment-as-usual*-Intervention inklusive medikamentöser Behandlung verglichen sowie mit der Beurteilung der hyperkinetischen Symptomatik durch Eltern und Lehrer und mit Selbsteinschätzungen bezüglich Depression und Angst. Im Querschnitt zeigten die von ADHS betroffenen Kinder in ihrem Narrativ weniger prosoziale und überraschenderweise auch weniger Konfliktthemen. In den aggressiven Themen unterschieden sich die Gruppen nicht. Die Ergebnisse bei den Elternrepräsentationen bestätigten die Hypothesen auf Einzelitemebene, wo die von ADHS betroffenen Kinder häufiger eine verbal aggressive und nicht-begrenzende Mutterfigur, seltener eine begrenzende Vaterfigur sowie häufiger Eltern-Kind-Interaktionen vom Typus Rollenkehr zeigten. Gleichzeitig stellten sie ebenso häufig positive Elternfiguren dar. Strukturell betrachtet waren die Narrative der Kinder mit ADHS inkohärenter, spannungs- und phantasieärmer. Für das emotionale Dilemma wurden vereinfachte Lösungen gefunden. Bezüglich der narrativen Affektregulierung erwies sich vor allem das Desorganisierte Erzählmuster als bedeutsam. Psychodynamisch betrachtet, konnten aus den Ergebnissen hinter der vordergründigeren, bekannten entgrenzt-aggressiven Symptomatik eine stark kontaktvermeidende Abwehrhaltung beschrieben werden. Die Hypothesen bezüglich der Prä-Post-Effekte konnten nicht bestätigt werden, da sich bei den Kindern mit ADHS weder bei den Beziehungsrepräsentationen noch bei der Affektregulierung spezifische Veränderungen zeigten. Signifikante Zusammenhänge zwischen der narrativen Affektregulierung sowie dem Intelligenzverfahren HAWIK-III verwiesen auf den Einfluss von kognitiven Fähigkeiten. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstreichen, dass eine alleinige medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, um die seit Jahren entwickelten und entsprechend gefestigten Affektregulierungsstrategien und Beziehungsschemata zu verändern.



## **Abstract**

This study used a German version of the MacArthur Story Stem Battery (MSSB, Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde & *The MacArthur Transition Network Narrative Group*, 1990) to examine mental relational representation characteristics, and affect regulation, in children aged between seven and eleven. 21 children with ADHD were compared to a matched control group. The second aim was to investigate the effects on these mental representations of a twelve-week treatment-as-usual-intervention with medication. Compared to the control group the narratives of children with ADHD showed fewer prosocial and conflict themes, but an equal number of aggressive themes. The narratives showed more verbally aggressive and laissez-faire mother representations, as well as fewer disciplinary father representations. On a structural level, their narratives showed more incoherence and the story stems' conflict was addressed in a simplified manner. In affect regulation a disorganized pattern proved to be significant. A psychodynamic approach revealed that behind the characteristic ADHD aggressive/ out of bounds behaviour lay an avoidant mode of approaching relationships. No significant pre-post-effects could be identified. Significant correlations with the WISC underline the importance of cognitive abilities to affect regulation.

# 1 THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND

## 1.1 EINLEITUNG

Das Störungsbild *Hyperkinetische Störung* oder *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* wird in der Öffentlichkeit seit längerem breit diskutiert, wobei in der Regel globale Urteile dominieren. Auch in Fachkreisen hat das Störungsbild zu einer der größten Kontroversen in der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt (Riedesser, 2004), die einen inzwischen unübersehbaren experimentellen Furor ausgelöst hat. Die historische Entwicklung dieses Störungsbildes ist ein Beispiel für Pathologisierung, Expertisierung, Medizinalisierung und Medikalisierung, dem, wie Haubl und Liebsch (2008) zeigen, ein bestimmtes Verständnis von Kindheit zugrunde liegt: Kindheit wird als eine vom Erwachsenenleben weit entfernt liegende, ungewisse und risikoreiche Periode betrachtet, deren Gefahren man hauptsächlich mit Normierungen und Kontrolle zu begegnen sucht (Haubl & Liebsch, 2008, S. 673). Dieses Kindheitsverständnis traf und trifft nicht nur auf ADHS zu; offenbar bietet sich jedoch diese Störungsbild in besonderer Weise an, als Indikator für gesamtgesellschaftliche Veränderungen zu gelten (ebd., S. 678) und wird infolgedessen von den unterschiedlichen Interessengruppen zur Einforderungen jeweils eigener Ansprüche genutzt, um nicht zu sagen, benutzt. Bestimmte Aspekte dieses Störungsbildes machen es offenbar zu einem Kristallisationspunkt für eine Debatte, die schnell in einen Kampf der Weltanschauungen mit dem oft einhergehenden Spaltungsprozess in „Gut“ und „Böse“ und den dazugehörigen projektiven Verzerrungen münden kann. An dieser Stelle kann man beobachten, wie sich fast unmerklich der Schwerpunkt und damit die Blickrichtung verschieben: In diesen Debatten scheint es nicht mehr um die Kinder und ihre Not zu gehen, sondern um letztlich politische Zielsetzungen der jeweiligen Interessengruppe.

Auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich stehen sich bei diesem Störungsbild, grob gesprochen, zwei Positionen gegenüber: eine genetisch-organische orientierte und eine psychologisch-interaktionelle (Günter, 2008 a,b). Viele Experten sind sich inzwischen allerdings darüber einig, dass die Heterogenität des Störungsbildes eine Vielzahl von Entstehungsbedingungen nahe legt, bei denen genetische, organische und psychische Faktoren interagieren (vgl. Campbell, 2000; Döpfner et al., 2000; Faraone & Biedermann, 1998; Rutter & Sroufe, 2000; Taylor, 1999). Dominiert haben im ADHS-Diskurs bislang Modelle, die den genetischen Anteil der Störung betonen (vgl. Faraone et al., 1999; Kuntsi & Stevenson, 2001; Sunohara et al., 2000; Xavier Castellanos & Swanson, 2002) und/ oder die kognitive Kerndefizite ins Zentrum der Störung gestellt haben (vgl. Barkley, 1997; Berger &

Posner, 2000; Döpfner, Lehmkuhl & Fröhlich, 2000; Sergeant, 2000). Demgegenüber ist die Erforschung der Zusammenhänge der familiären Faktoren zurückgeblieben, obwohl grundlegende Fragen nach wie vor ungeklärt sind. Insbesondere Untersuchungen zu Wechselwirkungen zwischen elterlicher Anpassungsfähigkeit einerseits und der Entstehung oder Persistenz einer *Hyperkinetischen Störung* andererseits vor allem aus entwicklungspsychologischer Perspektive fehlen bislang gänzlich. Psychodynamisch orientierte Autoren, die diesem Störungsbild eine andere, vor allem interaktionell entstandene Ätiologie zugrunde legen, haben sich verzögert in diese Diskussion eingeschaltet.

Aus therapeutischer Sicht im Allgemeinen, aus psychodynamischer Sicht im Speziellen ist das Selbsterleben der Kinder sowie deren Erleben der sie umgebenden Beziehungen entscheidend. Die verinnerlichten Beziehungsrepräsentanzen oder –repräsentationen bestimmen den therapeutischen Prozess und sind für technische Erwägungen von großer Relevanz. So breit die Forschungsergebnisse zu ADHS inzwischen auch sein mögen, so sehr haben sie sich bislang in der Regel auf die Außenperspektive konzentriert. Diese Untersuchung greift diese bislang stark vernachlässigten Perspektive auf. Ferner

Ziel dieser Untersuchung ist es, anders als in den schon existierenden Fallbeispielen, auf empirischem Wege die von Kindern mit ADHS verinnerlichten mentalen Beziehungsrepräsentationen vor und unter medikamentöser Behandlung zu untersuchen und diese Erkenntnisse, wenn möglich, für ein gezielteres therapeutisches Vorgehen nutzbar zu machen. Anhand eines Geschichtenergänzungsverfahrens sollen die komplexen intrafamiliären Beziehungsmuster sowie die Fähigkeit zur narrativen Affektregulierung *aus der Sicht der Kinder* - sowohl von unauffälligen als auch von Kindern mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung – untersucht werden. Die Narrative werden ferner mit Lehrerratings zur Einschätzung der ADHS-Symptomatik, mit Selbsteinschätzungsfragebögen zu Angst und Depression sowie mit den kognitiven Fähigkeiten der Kinder in Beziehung gesetzt.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Teile. Sie beginnt mit dem theoretischen Teil, der die drei Schwerpunkte *Hyperkinetische Störungen*, symbolisches Spiel und Formate von sozio-emotionalem Wissen sowie die *MacArthur Story Stem Battery* hat. Dieser Teil endet mit der Ableitung der Hypothesen und leitet in den Methodenteil über, in welchem das Untersuchungsdesign, die Stichprobe sowie die Untersuchungsverfahren dargelegt werden. Der dritte Teil ist der Ergebnisteil, der sich in die Ergebnisse der querschnittlichen und die Ergebnisse der längsschnittlichen Fragestellung gliedert. Ihm folgt im vierten Teil die Diskussion und der Ausblick, woran das Literaturverzeichnis (Teil fünf) und Anhang (sechster Teil) anschließen.

## 1.2 DIE HYPERKINETISCHEN STÖRUNGEN

### 1.2.1 DIE SOG. ÄTIOLOGIFREIEN KLASSIFIKATIONSSYSTEME

#### 1.2.1.1 Das Störungsbild und seine Operationalisierung

Die Phänomenologie der hyperkinetischen Störung ist schon lange bekannt. Erste Beschreibungen wie bspw. der berühmte „Struwelpeter“ des Frankfurter Arztes Heinz Hoffmann (1845) gehen auf die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück, die allerdings nicht als Krankheitsbeschreibung, sondern als pädagogische Mahnung gemeint war (für weitere geschichtliche Ausführungen s. Nissen (2005)). Heute wird das Störungsbild nach den beiden derzeit international gültigen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) und DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) diagnostiziert. Die diagnostischen Hauptmerkmale stützen sich auf ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, von Impulsivität und von Hyperaktivität, das häufiger und schwerwiegender ist, als es bei Personen auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet wird. Die ICD-10 (Dilling et al., 2005) unterscheidet hierbei die *Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung* (F90.0) von der *Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens* (F90.1), während das DSM-IV von der *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung*, unterteilt in unterschiedliche Typen (*vorwiegend unaufmerksamer Typ, vorwiegend hyperaktiver-impulsiver Typ, Mischtyp*), ausgeht (s. überblicksartig Tabellen 1.1 und 1.2).

**Tabelle 1.1: Überblick über die *Hyperkinetischen Störungen* nach ICD-10 (Forschungskriterien, Dilling, Mombour & Schmidt, 2005)**

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sechs oder mehr Symptome der Unaufmerksamkeit, drei oder mehr Symptome der Hyperaktivität sowie mindestens ein Kriterium der Impulsivität müssen über einen Zeitraum von 6 Monaten in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß erfüllt sein</li> <li>• Beginn muss vor dem 7. Lebensjahr liegen</li> <li>• Die Symptomatik muss in mehr als einem Lebensbereich auftreten</li> <li>• Die Symptome verursachen Leiden und/oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen, beruflichen Funktionsfähigkeit</li> <li>• Kein Ausschlusskriterium wie tiefgreifende Entwicklungsstörung, manische oder depressive Episode oder Angststörung ist erfüllt</li> </ul>	Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F 90.0)
+	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfüllte Kriterien einer <i>Störung des Sozialverhaltens</i></li> </ul>	<i>Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</i> (F 90.1)

Die sogenannten Kardinalsymptome wurden auf einer deskriptiven Ebene entsprechend situationell operationalisiert und weiter untergliedert (z.B.: Kind scheint häufig nicht zuzuhören, Kind fällt anderen häufig ins Wort u.ä.). Beide Klassifikationssysteme unterscheiden sich kaum in der Definition der Einzelkriterien. Hingegen unterscheiden sie sich im Hinblick auf die Bedingungen der jeweiligen Summationsdiagnose sowohl in der Anzahl und als auch in der Kombination der Kriterien: tatsächlich ist die ICD-10-Diagnose restriktiver, ein Umstand der zu deutlich niedrigeren Prävalenzraten führt, was einer der Kritikpunkte an der Diagnose ist. Die ICD-10 (Dilling et al., 2005) sieht Kombinationsdiagnosen für diejenigen Störungen vor, die gehäuft gemeinsam auftreten, während das DSM-IV in einem solchen Falle Mehrfachdiagnosen vergibt. In unserer Untersuchung haben wir mit dem ICD-10 Klassifikationssystem gearbeitet. Die folgende Tabelle 1.2 zeigt die sich aus dem DSM-IV ergebende Klassifikation nach drei Subtypen.

**Tabelle 1.2: Die Klassifikation hyperkinetischer Störungen nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996)**

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- UND HYPERAKTIVITÄTS-STÖRUNG:			
	Mischtyp	vorwiegend unaufmerksamer Typ	vorwiegend hyperaktiver-impulsiver Typ
DI	Kriterium (A)	Sechs oder mehr Symptome der Unaufmerksamkeit müssen über einen Zeitraum von 6 Monaten erfüllt sein	Sechs oder mehr Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität müssen über einen Zeitraum von 6 Monaten erfüllt sein
AG			
NO			
STI			
SC			
HE	Kriterium (B)	Einige Symptome der Unaufmerksamkeit und /oder der Hyperaktivität-Impulsivität müssen bereits vor dem siebten Lebensjahr auftreten	
K	Kriterium (C)	In zwei oder mehr Lebensbereichen zeigen sich aufgrund der Unaufmerksamkeit und /oder der Hyperaktivität-Impulsivität Beeinträchtigungen	
RI	Kriterium (D)	Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein	
TE	Kriterium (E)	Ausschlusskriterien: tiefgreifende Entwicklungsstörung, Schizophrenie, psychotische Störung, andere psychische Störung (z.B. affektive Störung, Angststörung, Persönlichkeitsstörung)	
RI			
EN			

Die scheinbar klare Systematik und Unterteilung von ADHS in diese Subgruppen ist heftig umstritten und wird seit langer Zeit diskutiert (z.B. Barkley, 2003; Fisher, & Beckley, 1999; Milich, Ballentine & Lynam, 2001; zitiert nach Leins, 2004). Eine Störung des Sozialverhaltens wird separat diagnostiziert.

### **1.2.1.2 Der psychodynamische Blick**

In der durch die häufig überbordende Motorik beherrschten klinischen Situation fällt auf, dass sich trotz der meist schnellen und distanzlosen Kontaktaufnahme eine Form von entleerter Beziehung entfaltet, das heißt von Beziehung, die bar jeglicher emotionalen Bedeutung zu sein scheint – zwar wird die ganze Zeit etwas „gemacht“, diese Aktivität scheint eine affektive Kontaktaufnahme jedoch geradezu zu verhindern. Auch im Spiel wurde eine affektive Kargheit u.a. durch fehlende Darstellung von Affekten deutlich. Die Unruhe, die beständigen Unterbrechungen im Kontakt kann man gleichsam als eine Skotomisierung der Beziehung erleben, die meiner Ansicht nach frühe Schwierigkeiten im *atunement* widerspiegelt (vgl. dazu auch Basquin, 2002) und möglicherweise auch der Abwehr von affektivem Kontakt dient. Dieses von andauernden Beziehungsabbrüchen gekennzeichneten Verhalten kann das Gegenüber leicht als eine Nicht-Anerkennung der eigenen Person als getrenntem, eigenständigem Objekt erleben, und sich damit weitgehend der Kontrolle des umtriebigen Kindes ausgeliefert fühlen. Das Gegenüber verspürt angesichts der überbordenden Motorik und der Unterbrechungen, was beides häufig in Grenzen und Regeln überschreitenden Verhalten übergeht, Gefühle von Ärger und Wut bis hin zur Verzweiflung, Ohnmacht und starker Hilflosigkeit, weil sich dem manchmal geradezu rauschhaft anmutenden Gebaren der Kinder zunächst einmal kein Einhalt gebieten zu lassen scheint. In der Gegenübertragung wird meist nur wenig Bildhaftes empfunden, szenisches Verstehen zur Bedeutungsgenerierung gelingt nur schwer. Auch Hopf (2007) beschreibt, wie eingeschränkt und häufig stark konkretistisch das Assoziieren in der Gegenübertragung bleibt, als sei das Phantasieleben des Therapeuten und damit seine therapeutische Lebendigkeit gelähmt. Es kann vorkommen, dass der Kontakt mit hyperkinetischen Kinder sogar Denkstörungen auslöst; dieser einen also der eigenen Fähigkeit beraubt, innerlich etwas zu verbinden, affektive Bedeutung zu generieren, mitfühlend und aufnehmend zu sein. In einem solchen Falle wird man projektiv mit einem inneren Objekt des Kindes identifiziert, das unfähig ist, den Gefühlen und dem Verhalten des Kindes Bedeutung zu verleihen und ihm darüber Halt zu geben, sich vor diesen unaussprechlichen Gefühlen genauso fürchtet wie das Kind selbst. Diese Gegenübertragungsgefühle sind schwer auszuhalten. Man fühle sich, so Berger (1993),

als ein „nutzloses, unbrauchbares und zugleich genarrtes Objekt [...], an das in einem Zuge Botschaften gerichtet und widerrufen“ wird (ebd., S.146). Die Schwierigkeit zu mentalisieren, einen Raum von Bedeutung entstehen zu lassen, in diesem Kontakt nachdenken zu können, kann den Eindruck vermitteln, dass diese Gefühle etwas so Destruktives, so „Gefährliches, weit Chaotischeres bedeute[n], als das Chaos der motorischen Unruhe“ (ebd.).

### 1.2.1.3 Prävalenz und Verlauf

Im Allgemeinen wird bei diesem Störungsbild von einer chronischen, von der frühkindlichen Entwicklung bis in das Erwachsenenalter hineinreichenden persistierenden Störung ausgegangen. Die Häufigkeitsangaben zu hyperkinetischen Störungen schwanken aufgrund unterschiedlicher diagnostischer Kriterien, etwa dem Erhebungsalter, Prävalenzzeitraum, Nationalität sowie des Erhebungsinstrumentes, erheblich und entziehen sich damit einer reliablen Festlegung, wie im Folgenden gezeigt wird. Hinzu kommen vielfältige grundsätzliche methodische Schwierigkeiten (Repräsentativität, Informationsquellen, Populationsalter, Geschlechtsdifferenz etc.). Die wesentlich weniger strengen DSM-IV-Kriterien (Saß et al., 1996) für eine ADHS-Diagnose führen dazu, dass im Vergleich zu einer Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit nach ICD-10 (Dilling et al., 2005) eine deutlich höhere Prävalenzrate erzielt wird (Döpfner et al., 2000). Beispielsweise ermittelten Brühl und Mitarbeiter (2000) in einer Untersuchung in Deutschland bei sechs- bis zehnjährigen Kindern nach DSM-IV (Saß et al., 1996) eine Diagnoseprävalenz von 6% für ADHS gegenüber 2,4 % für eine hyperkinetische Störung nach ICD-10 (Dilling et al., 2005). Buitelaar (2002) geht in seiner Übersicht über die im Zeitraum von 1990-2000 erschienenen Artikel von einer Prävalenz für ADHS von 5% bis 10 % aus, wenn die Symptomatik anhand des DSM-III-R-Systems diagnostiziert wurde und liegt damit höher als Brühl et al. (2000), obwohl er anhand einer restriktiveren DSM-Version untersucht hat. Geschichtlich gesehen nahm die Prävalenzrate nach jeder DSM-Revision drastisch zu. So zeigte sich eine Zunahme von 100% vom DSM-III zum DSM-III-R, und vom DSM-III-R zum DSM-IV um 60 %. Verglichen mit dem DSM-III-R scheint das nächste diagnostische Manual, das DSM-IV, hinsichtlich dieses Störungsbildes unschärfer zu sein, die Prävalenzrate ist um den Faktor von 1,6 erhöht. Insbesondere der neugeschaffene „unaufmerksame Typus“ trägt entscheidend zur Erhöhung der Prävalenzrate bei. Kritiker werfen zurecht auch an dieser Stelle die Frage nach der nosologischen Validität auf. Diese Frage soll zunächst jedoch zurückgestellt und im Folgenden noch einmal aufgegriffen werden (s. Kapitel 1.2.1.6).

Im internationalen Vergleich treten ebenfalls Unterschiede zutage. Die im Eckpunktepapier veröffentlichte Schätzung der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bzw. der von ihr durchgeführten Konsensuskonferenz liegt mit einer Rate von 2 bis 6 % darunter (Döpfner & Lehmkuhl, 2003). Bezieht man sich auf die sogenannte administrative Prävalenz – dies ist die Rate, in welcher ein Störungsbild in der Praxis identifiziert wird –, so wird in den europäischen Richtlinien von einem breiteren Schätzungsbereich von 4-19 % ausgegangen (Taylor et al., 2004). Für den nordamerikanischen Bereich erhob die bisher umfassendste und rigorosen Untersuchungskriterien unterworfenen epidemiologische Studie von Barbaresi et al. (2002, 2004) mit einer Stichprobengröße von 5718 untersuchten Kindern eine geschätzte kumulative Inzidenzrate von 7,5 % für ADHS im Alterszeitraum von 5 bis 19 Jahren.

Die oberste Prävalenzrate wird zumeist in der Altersklasse von 6 bis 11 Jahren gefunden (Buitelaar, 2002). Bekannt ist auch, dass es eine deutliche Geschlechterdifferenz gibt: Im Verhältnis zu Mädchen seien Jungen 2 bis 4 Mal häufiger betroffen (Buitelaar, 2002). Barbaresi et al. (2004) sprechen von einem um den Faktor 3,0 erhöhten Risiko für Jungen.

Bedenklich muss die Tatsache stimmen, dass vornehmlich pharmazeutische Unternehmen von diagnostischer Unschärfe und möglicherweise erhöhten Prävalenzraten bei einer mit solch beträchtlichen wirtschaftlichen Interessen verbundenen Summationsdiagnose wie der *Hyperkinetischen Störung* profitieren – und bekanntermaßen inzwischen die Pharmaunternehmen zu den wichtigsten Drittmittelförderern in diesem Forschungsbereich gehören.

#### **1.2.1.4 Persistenz**

Im klinischen Gespräch äußern Eltern häufig die Hoffnung, dass sich das Störungsbild „verwachse“ – diese Hoffnung scheint sich im Lichte neuerer Forschung so nicht zu bestätigen, zumal es im Verlauf häufig zu sogenannten sekundären Neurotisierungen, wie beispielsweise einer starken Selbstwertproblematik kommt. Inzwischen wird sogar von ADHS im Erwachsenenalter gesprochen.

Eine Reihe von Studien hat die diagnostische Stabilität von klinischen ADHS-Stichproben in einem Zeitraum von vier bis acht Jahren untersucht (vgl. Barkley et al., 1990; Biederman et al., 1996; Hart, Lahey, Loeber, Applegate & Frick, 1995; zitiert nach Buitelaar, 2002). Hierbei wurden Persistenzraten zwischen 75-85% gefunden, was ausgesprochen hoch ist. In einer Untersuchung einer nicht-klinischen Stichprobe betrug die Wahrscheinlichkeit, nach 2,5 Jahren nochmals eine ADHS-Diagnose zu erhalten, 42% (Cohen et al., 1993a, zitiert



nach Buitelaar, 2002). In der *London community study* (Taylor, Sandberg, Thorley & Giles, 1991), die eine nicht-klinische Stichprobe über 9 Jahre hinweg untersuchte, erfüllten noch 24 % der Kinder nach diesem Zeitraum die erforderlichen DSM-III-R Kriterien (Buitelaar, 2002).

Als Prädiktoren für die Persistenz des Störungsbildes werden frühes Auftretsalter, Symptomschwere der Hyperaktivität und Impulsivität, anfängliche Diagnose einer komorbiden Verhaltensstörung (Hart et al., 1995), ADHS in der Familie, ein hohes Ausmaß an psychosozialer Belastung, niedriges allgemeines Funktionsniveau, komorbide bipolare Störungen sowie Angststörungen diskutiert (Buitelaar, 2002). Darüber hinaus zeigte sich, dass die Kernsymptome unterschiedliche Verläufe nehmen: während Hyperaktivität und Impulsivität mit zunehmendem Alter abzunehmen scheinen, scheint dies nicht der Fall bei der Aufmerksamkeitsstörung zu sein (Biedermann et al., 2000; Hart et al., 1995, zitiert nach Buitelaar, 2002). Auch psychologische Belastungsfaktoren in der Familie, wie psychische Störungen bei Eltern, Eheprobleme, eine feindselige Einstellung dem Kind gegenüber sowie negativ-kritisierende Interaktionsformen, tragen zur Persistenz hyperkinetischer Symptomatik bei (Döpfner et al., 2000; Taylor et al., 1991). Da diese Perspektive für unsere Arbeit besonders relevant ist, ist dieser Diskussion ein eigenes Kapitel gewidmet (Kapitel 1.2.2.3). Zusammenfassend stellen wir nach Döpfner et al. (2000) in der folgenden Tabelle 1.3 die wichtigsten Risikofaktoren dar (Döpfner et al., 2000, S. 20).

**Tabelle 1.3: Risikofaktoren für eine chronifizierte und schwere hyperkinetische Störung (Döpfner, Lehmkuhl & Fröhlich, 2000, S. 20)**

- 
1. niedrige Intelligenz
  2. früh einsetzende schwere und hartnäckige oppositionelle und aggressive Verhaltensstörung
  3. schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und Eltern; schlechte soziale Einbindung
  4. psychische Störung bei den Eltern, vor allem antisoziale Persönlichkeitsstörung beim Vater
  5. familiäre Instabilität, Ehezwistigkeiten
  6. niedriger sozioökonomischer Status
  7. strafender und inkonsistenter Erziehungsstil
- 

Im Interview mit den Eltern reicht die Anamnese oft bis in das Säuglingsalter zurück. Sie werden als schwer zu beruhigende, unausgeglichene Säuglinge mit einem vergleichsweise hohen und instabilen psychophysiologischen Aktivitätsniveau beschrieben. Im Kindergarten- und Vorschulalter fallen die Kinder oftmals durch einen erhöhten Bewegungsdrang, allgemein hyperaktive Motorik, erhöhte Unfallgefährdung sowie sozialen Integrationsschwierigkeiten,

die häufig von oppositionellem und aggressiven Verhalten begleitet sind, auf. Die Persistenz der Symptomatik ist umso ausgeprägter, je aversiver die Eltern-Kind-Interaktion ist (Campbell, 1990). Der Zeitraum, in welchem sich viele die Eltern professionelle Hilfe suchen, beginnt häufig mit der Einschulung, da aufgrund der nun eigentlich erforderlichen selbstregulatorischen Fähigkeiten die Kardinalsymptome unübersehbar zutage treten. Diese Schwierigkeiten führen im Vergleich zu unauffälligen Kindern zu überproportional häufigen Klassenwiederholungen, Unterrichtsausschlüssen, Schulverweisen bis hin zu Schulwechsellern oder -abbrüchen. Ein Wechsel auf Sonderschulen erfolgt häufig. Trotz normaler Intelligenz entwickelt sich die schulische Laufbahn insgesamt weniger erfolgreich als bei lerngestörten Kindern (Döpfner et al., 2000, Olson, 2002). Die Überreagibilität von Kindern mit ADHS führt auch im Schulalter zu Schwierigkeiten im sozialen Bereich: im Vergleich zu anderen Kindern haben sie weniger Freunde und erleben deutliche Zurückweisung durch die Gleichaltrigen (Erhardt & Hinshaw, 1994; Whalen, Henker & Granger, 1990; zitiert nach Olson, 2002). Barkley (1990) und Olson (2002) verweisen auf die offenbar unheilvolle Kombination von Störungen des Sozialverhaltens und ADHS: früh aggressiv auffällige Kinder mit ADHS haben ein deutlich erhöhtes Risiko für spätere Delinquenz und antisoziale Persönlichkeitsentwicklungen.

#### **1.2.1.5 Komorbidität**

Sowohl in Untersuchungen, die auf Fragebögen, als auch in Untersuchungen, die auf Interviews beruhen, zeigen sich relativ hohe Komorbiditätsraten: beispielsweise Störungen mit oppositionellem Verhalten (22-35%), Störungen des Sozialverhaltens (15%), affektive Störungen (Angststörungen und/oder Depression, 25%), Lernstörungen und Teilleistungsschwächen (10-25%) sowie Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom (bis 30 %) (Buitelaar, 2002; Döpfner et al., 2000; Lehmkuhl, 2006; Taylor et al., 2004). Je nach Studie weisen bis zu 85% der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen zusätzlich emotionale Auffälligkeiten auf (Skrodzki, 2000). Kontrovers wird ein möglicher Zusammenhang mit bipolaren Störungen diskutiert (Biedermann et al., 1989). Die gegenwärtige Literatur geht insgesamt davon aus, dass bis zu zwei Drittel aller Kinder mit hyperkinetischer Störung komorbide Störungen aufwiesen (Döpfner et al., 2000; Gillberg et al., 2004).

In welcher Weise die komorbiden Störungen die langfristige Prognose von Kindern mit ADHS beeinflussten, sei gegenwärtig noch unklar, allerdings weisen die Forschungsergebnisse daraufhin, dass bei komorbid diagnostizierten Störungen des

Sozialverhaltens oder Störungen mit oppositionellen Verhalten von einer negativeren Prognose auszugehen ist, da ein erhöhtes Risiko für späteren Drogenabusus, antisoziales Verhalten und Kriminalität bestehe (Carlson, Tamm & Gaub, 1997; Gillberg et al., 2004; Lahey et al., 1994; Leung et al., 1996; Lilienfeld & Waldman, 1990; Taylor, Sandberg, Thorley & Giles, 1991).

#### 1.2.1.6 Kritische Stimmen

Die zeitweilig fast epidemische Diskursivierung und Trivialisierung des Störungsbildes hat über weite Teile zu einem gesamtgesellschaftlichen Prozess von Reifizierung von „ADHS“ als einer ausschließlich biologisch determinierten Behinderung geführt. Auch in den Leitlinien zur Behandlung dieses Störungsbildes steht geschrieben, dass eine Behandlung der Ursachen von ADHS, „die wahrscheinlich in einer Veränderung von Transmitteraktivität regulierenden Genen liegt“, nicht möglich sei (zit. n. Hopf, 2007, S. 334). Bei diesem Vorgang von selektiver Informationswahl und diskursiver Selbstbestätigung wurde leicht vergessen, dass die Forschungsergebnisse weiterhin beträchtlich inkonsistent sind und Forschungsstandpunkte tatsächlich beträchtlich divergieren. Die Kritik an der Diagnose und damit an den (psycho-)therapeutischen Konsequenzen bezieht sich auf mehrere Gesichtspunkte.

Grundsätzlich gilt, dass wir in Ermangelung eindeutiger Erfassungsinstrumente im psychiatrischen Bereich mit einer beträchtlichen diagnostischen Unschärfe zu rechnen haben (Buitelaar, 2002; Buitelaar & Rothenberger, 2004; vgl. dazu auch Leins, 2004). Auch für die *Hyperkinetischen Störungen* gilt die fortbestehende Schwierigkeit, dass es bislang keine klaren kognitiven, physiologischen oder neurologischen Merkmale („Marker“) sowie kein testpsychologisches Testverfahren gibt, das trennscharf Patienten mit einer *Hyperkinetischen Störung* identifiziert. Damit sind die Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten auf testpsychologisch und differentialdiagnostisch gestützte, vor allem aber klinisch fundierte Deduktionsvorgänge angewiesen. Die eigene klinische Erfahrung sowie die klinische Sozialisation führt bei diesem Störungsbild vielleicht noch mehr als bei anderen Störungsbildern mit spezifischeren Merkmalen zu unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen.

Grundsätzliche Kritik hinsichtlich der *Validität* äußerte bspw. Riedesser (2004), als er von ADHS als einer „Entitätsillusion“ sprach – Symptome wie „Hyperaktivität“ oder „Aufmerksamkeitsdefizit“ seien zu unspezifisch, um den Status einer eigenen Erkrankung zu erhalten (vgl. auch Hocke, 1993). Es erscheine willkürlich, dass zwischen der

phänomenologischen Ebene, dem Symptom, dem Syndrom sowie der Krankheit nicht unterschieden werde. Ähnlich äußerte sich von Lüpke (2001), wenn er „Hyperaktivität“ als eine unspezifische Bewältigungsstrategie bei unterschiedlichen Beeinträchtigungen beschreibt und diesen Umstand mit dem Symptom des Fiebers vergleicht (vgl. dazu auch Heinemann & Hopf, 2007). Wenig überzeugend scheint ferner die Annahme einer grundsätzlichen Aufmerksamkeitsstörung angesichts der extremen Variabilität und Situationsspezifität dieser Auffälligkeit zu sein. Der Zusammenhang zu motivationalen, bzw. affektiven Faktoren ist allzu offensichtlich, führt jedoch zu anderen diagnostischen Schlussfolgerungen. Auch Bürgin und Steck (2007) weisen darauf hin, dass es vor allem bei von außen an die Kinder heran getragenen Anforderungen und nicht bei selbstgewählten Aktivitäten zu Aufmerksamkeitsproblemen kommt.

Der Zusammenhang zwischen den drei Kardinalsymptomen kann derzeit noch nicht als bekannt gelten (z.B. Van der Meere, 2002). Tatsächlich kann in Anbetracht der klinisch sehr uneinheitlichen Symptommuster sowohl auf der sog. kognitiven und affektiven Ebene als auch auf der Verhaltensebenen über Kerndefizite nur spekuliert werden (vgl. Leins, 2004). Es ist Teil des Kernproblems, dass wir es im klinischen Alltag in der Regel mit komplexen, *multifaktoriell* determinierten Problemstellungen zu tun haben, bei welchen zumindest anfänglich kaum zu unterscheiden ist, welches Symptom Ursache und welches Symptom Folge ist: in vielen Fällen (nicht in allen!) erscheint ein interaktionell fundiertes Erklärungsmodell klinisch ebenso valide wie ein biologisch fundiertes. Die hohen Komorbiditätsraten erschweren daher nicht nur die Differentialdiagnose, sondern stellen für manche überhaupt die Validität des heute geltenden syndromatischen Konzepts der *Hyperkinetischen Störung* in Frage.

Ein großes Manko ist die fehlende *entwicklungspsychologische Verankerung* dieses Störungsbildes. Eine saubere Diagnosestellung wird durch die fehlende Differenzierung zwischen Altersgruppen und vor allem auch zwischen den Geschlechtern erschwert, da das Konzept der *Hyperkinetischen Störung* an keinem entwicklungspsychologischen Modell von Aufmerksamkeit, Motorik, Selbstregulierung oder Bindung orientiert ist. Ein gesellschaftskritischer Leser kann sich durchaus fragen, ob in manchen Fällen tatsächlich die Störung des Kindes oder nicht vielmehr das Gefühl des Gestört-Seins durch das Kind erfasst wird, was direkt mit der Frage verbunden ist, wo der Cut-off für „normales“ bzw. „dem Entwicklungsstand unangemessenes“ Verhalten beginnt (vgl. Basquin, 2002; Riedesser, 2004). Wie anfällig diese Diagnose für subjektive oder auch kollektive Verzerrung sein könne, lasse sich, so Sandberg (2002), an der Tatsache ablesen, dass in den USA im Vergleich

zu Großbritannien zehn bis mitunter hundert Mal höhere Prävalenzraten dieser Diagnose angegeben würden.

Ein speziellerer Gesichtspunkt betrifft die Schwierigkeit der *Operationalisierung der diagnostischen Kriterien*<sup>1</sup>. Es ist nichts Neues, wenn nochmals auf die unscharfen Definitionen wie „häufig“, „oftmals“ oder „Beeinträchtigungen“ hingewiesen wird, die subjektiven Einschätzungen erheblichen Spielraum ermöglichen. Kritisch zu betrachten ist in diesem Zusammenhang vor allem die Tatsache, dass es für den Cut-off (die erforderte Anzahl erfüllter Kriterien zur Diagnosestellung) keine empirische Grundlage gibt, sondern dieser eine Konsensentscheidung ist. Die Tatsache, dass sich mit jeder DSM-Version die Prävalenzraten sprunghaft um ein Vielfaches erhöhen (s. dazu Kapitel 1.2.1.2), weist auf eine Aufweichung der Diagnosekriterien hin – dazu hat insbesondere die Erschaffung des „unaufmerksamen Typus“ beigetragen. Diese Feststellung zieht zurecht die Frage nach sich, ob mehr Kinder psychiatrisch auffällig wurden oder ob eine derartige Aufweichung der diagnostischen Kriterien erfolgt war, dass nun auch Verhaltensweisen innerhalb des klinischen Cut-off-Ranges fallen, die zuvor nicht als klinisch auffällig beurteilt worden sind.

Am gefährlichsten ist wohl der Vorgang einzustufen, die wahrgenommenen Verhaltensänderungen durch die Medikation dafür zu nutzen, um die Diagnose *nachträglich* zu validieren (vgl. Hüther, 2002; Riedesser, 2004): trotz richtlinienorientierter Diagnostik bleibt im klinischen Alltag aufgrund der häufig zu beobachtenden multifaktoriellen Ursachenzusammenhänge ein hohe diagnostische Unsicherheit, aus welcher man sich oft genug durch medikamentöses Ausprobieren zu helfen sucht - obwohl andere Richtlinien gelten<sup>2</sup>. In klinischen Alltag gilt also häufig: wirkt das Medikament, dann ist dadurch die Diagnose gesichert. Dabei führt MPH bei hyperaktiven Kindern zu einer Reduktion von hyperaktiv-impulsivem Verhalten und zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung, der Gedächtnisleistung und der Rechenleistung. Die gleichen Effekte können jedoch auch bei unauffälligen Kindern beobachtet werden (bspw. Rapoport et al., 1980). Unabhängig davon, welchen Standpunkt man in bezug auf die nosologische Validität dieses Störungsbildes vertritt, sind die rapide angestiegenen Verschreibungsmengen an Stimulantien alarmierend -

---

<sup>1</sup> Perner weist zurecht darauf hin, dass schon die „scheinbar wertneutrale“ Bezeichnung „hyperkinetisch“ eine implizite Normierung enthält und sowohl den diagnostischen als auch den therapeutischen Blick in eine bestimmte Richtung lenkt (2002, S.13). August Aichhorn habe sie beispielsweise als „erlebnishungrig“ beschrieben (zit. n. ebd.). Ähnlich äußert sich Basquin (2002).

<sup>2</sup> Dieser Praxis ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit einer ab dem 01.09.2009 geltenden Restriktion der Zulassungsbedingungen für Methylphenidat begegnet (Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer, 01.09.2009).

und dies ungeachtet der Tatsache, dass die Langzeitwirkung von Medizierung mit Psychostimulantien bei Kindern noch nicht gesichert erforscht worden ist. Nach Schubert, Lehmkuhl, Spengler, Döpfner und von Ferber (2001) sind, wie sich anhand der Daten des Arzneiverordnungs-Reports nachvollziehen lässt, die Anzahl der verordneten Tagesdosen von 1991 bis 1999 um das 21fache angestiegen. Auch eine neue Studie aus dem Jahr 2004 zeigte für eine Versichertenstichprobe der AOK Hessen und der KV Hessen zwischen den Jahren 1998 bis 2000 steigenden Behandlungsprävalenzen: für 7-13jährige Jungen stieg der Anteil von 0,76 auf 1,90%, für die gleichaltrigen Mädchen von 0,08 auf 0,25% (von Ferber et al., 2003).

## 1.2.2 ÄTIOLOGISCHE MODELLE UND PATHOGENESE

Die geführte Debatte über die Ursachen von Hyperkinetischen Störungen bewegt sich zwischen den Polen *nature* und *nurture*, das heißt zwischen rein genetisch-neurophysiologischen Modellen auf der einen und rein psychisch-interaktionellen Modellen auf der anderen Seite. Die Mehrheit der Forscher plädieren mittlerweile für ein „transaktionelles“ Modell, das von einem Zusammenspiel zwischen psychosozialen sowie biologischen Faktoren und unterschiedlichen Rückkoppelungsprozessen ausgeht (bspw. Döpfner et al., 2000; Johnston & Mash, 2001; Olson, 2002). Im Folgenden werden kurz die wichtigsten pathogenetischen Modelle mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen auf der Achse Biologie versus Umwelt zusammengefasst.

### 1.2.2.1 Die *Hyperkinetische Störung* – eine Störung der Neurobiologie?

Da der interessierte Leser extensive Ausführungen an anderer Stelle nachlesen kann, begnügt sich die Autorin damit, die Literatur überblicksartig zu referieren (bspw. Barkley, 1998; Hüther, 2002; Waldmann & Rhee, 2002; Xavier Castellanos & Swanson, 2002). Nach Döpfner et al. (2000, S.10ff) liegt bei den Patienten eine grundlegende Dysfunktion des kortikalen-striatalen Netzwerkes vor. Aus seiner Sicht belegen vor allem die Ergebnisse von Adoptions- und Zwillingsstudien eine hohe genetische Disposition für die Entwicklung hyperkinetischer Störungen. So betrage bei eineiigen Zwillingen die Konkordanzrate 81 %, bei zweieiigen 29% (bspw. Edelbrock, Rende, Plomin & Thompson, 1995, zit. nach Döpfner et al., 2000). Für den Einfluss der Umwelt spricht allerdings die Tatsache, dass bis zu 50% der Kinder mit HKS nicht die biologische Abweichung zeigen, die sie genetisch geerbt haben sollten (Swanson et al., 1998). Die Molekulargenetik hat sich bislang vor allem auf die Untersuchung von Genen, die für das dopaminerge System verantwortlich sind, konzentriert

(Waldmann & Rhee, 2002). Als mögliche Kandidaten gelten bestimmte Aminosäuren (bspw. Tyrosinhydroxylase), Rezeptorgene (bspw. die Gene der fünf Dopaminrezeptoren DRD1, D2, D3, D4 und D5), Reuptake-Transportgene (bspw. das Dopamin-Transportgen DAT1), für metabolische Prozesse verantwortliche Gene (bspw. COMT (verantwortlich für die Bildung von Catechol-O-Methyltransferase) und Gene, die für die Verwandlung eines Neurotransmitters in einen anderen verantwortlich sind (bspw. Dopamin- $\beta$ -hydroxylase (DBH) (Waldmann & Rhee, 2002). Nach Waldmann und Rhee (2002) sind die molekulargenetischen Ergebnisse vielversprechend, obgleich teilweise uneinheitlich, und sie halten es für verfrüht, endgültige Schlüsse über deren Einfluss zu ziehen.

Neuroanatomische Befunde fasst Barkley (1998) dergestalt zusammen, dass Abweichungen des frontalen-striatalen Cortex wahrscheinlich für die Entstehung hyperkinetischen Verhaltens verantwortlich seien (zit. nach Döpfner et al., 2000, S.13). Hohen Bekanntheitsgrad hat das von Barkley (1997) entwickelte neuropsychologische *Modell der Störungen der Exekutivfunktionen* erworben. Demnach konnten bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen Beeinträchtigungen in den folgenden Bereich nachgewiesen werden (zit. nach Döpfner et al., 2000, S. 14; s. zur detaillierten Diskussion auch Leins, 2004):

- im (nonverbalen) Arbeitsgedächtnis (z.B. bei der Antizipation von Verhaltenskonsequenzen und der zeitlichen Organisation von Verhalten)
- in der Selbstregulation von Affekten, der Motivation und der Aufmerksamkeit
- in der Internalisierung und Automation von Sprache
- in der Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen.

Diese Beeinträchtigungen sind nach Barkleys (1997) Ansicht auf ein grundlegendes Defizit der inhibitorischen Prozesse zurückzuführen, welche ihrerseits mit einer Dysfunktion frontocorticaler und striataler Regelsysteme zusammenhängen. Barkley (1997 a,b; zit. n. Olson, 2002) bringt diese mangelnde Inhibitionsfähigkeit mit einem Defizit an regelbestimmten Verhalten in Verbindung, das die Sprache und Symbolsysteme als diskriminative Stimuli nutzen kann, um situationsadäquat zu reagieren. Daraus folgt, dass das Verhalten der Kinder mit einer HKS von unmittelbaren Kontingenzen und nicht von Regeln beherrscht wird. In der neurobiologischen Argumentationskette werde, so Hüther (2002), für diese Dysfunktion eine verminderter Aktivität bzw. defizitäre Ausbildung des dopaminergen Systems oder eine an den dopaminergen Präsynapsen stattfindende Verminderung der Dopamin-Ausschüttung (Rezeptoreffekte) bzw. eine Verstärkung der Dopamin-Wiederaufnahme (Transporterdefekte) verantwortlich gemacht. Diese Veränderungen führten

zu einer mangelhaften Freisetzung (oder zu rascher Rückresorption) von Dopamin im Cortex (mesocorticales dopaminerges System, beteiligt an der Regulation motorischer Aktivität, Neugier und der Entwicklung von Handlungsstrategien), in limbischen Hirnregionen (mesolimbisches dopaminerges System, beteiligt an der Regulation von Motivation und Emotionalität) sowie im Striatum (mesostriatales dopaminerges System, beteiligt an der Regulation von Aufmerksamkeit, Reaktionsbereitschaft und stereotypen Verhaltensweisen) (Hüther, 2002, S. 74). Diese logische Kette schließt mit dem bestechenden Argument, dass der Defekt der defizitären Dopaminausschüttung nur mit Hilfe eines Medikamentes, das die Freisetzung von Dopamin stimuliert und seine Wiederaufnahme hemmt, zu beheben sei. In dieser Perspektive wird den psychosozialen Faktoren kein determinierender Stellenwert eingeräumt, eine Sichtweise, der der Neurobiologe Gerald Hüther (2002) grundsätzlich widerspricht. Seiner Ansicht nach ist es nicht möglich, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den gefundenen neurobiologischen Veränderungen und den auf der Verhaltensebene beobachtbaren Symptomen herzustellen: „der (falsche) Eindruck [wird] erweckt, als seien die Ursachen dieser Störung – und damit der für diese Störung verantwortlichen Erkrankung – in Form objektiv messbarer Veränderungen der Arbeitsweise des Gehirns betreffender Patienten bekannt“ (ebd., S. 71). Der argumentative Schwachpunkt von reinen kausal-deterministischen neurobiologischen Modellen liegt in der Unmöglichkeit, zum derzeitigen Zeitpunkt sicher zu unterscheiden, ob die gefundene, unerwartet hohe Dichte an Dopamin-Transportern entweder auf eine bestimmte genotypische Abweichung oder aber auf erfahrungs- und nutzungsabhängige plastische neuronale Veränderungen infolge einer individuellen Erfahrungsgeschichte zurückzuführen ist. Diese Unterscheidung ist derzeit unmöglich, da bislang sozusagen die „Endprodukte“ untersucht wurden und werden, also die Gehirne von Patienten mit schon entwickeltem, vollem Symptombild. Es bleibt weiterhin unklar, ob die neuronalen Abweichungen genetischer bzw. neurobiologischer oder psychosozialer Natur oder aber auf eine Kombination beider Anteile zurückzuführen sind (vgl. von Lüpke, 2001; Hüther, 2002).

### **1.2.2.2 Die *Hyperkinetische Störung*– eine Störung der Selbstregulierung?**

Döpfner et al. (2000) haben ein *Biopsychosoziales Modell* entwickelt, das hauptsächlich von einer genetischen Prädisposition ausgeht, den psychosozialen Faktoren jedoch einen größeren Stellenwert als das rein biologisch orientierte Modell einräumt. Auf dem Modell von Barkley (1997) fußend, nimmt auch das *Biopsychosoziales Modell* hauptsächlich eine genetisch bedingte Störung des Dopamin-Stoffwechsels, die zu einem



Defizit selbstregulatorischer inhibitorischer Prozesse führe, als Ursache an. Dieses Defizit führe in einem zweiten Schritt zur hyperkinetischen Symptomatik. In dieser Entwicklung greifen jedoch früh die Interaktionserfahrungen mit der Umwelt ein. Zwar formulieren Döpfner et al. (2000) kategorisch, dass familiären Belastungsfaktoren „keine primäre ätiologische Bedeutung“ zukomme (ebd., S.14), sondern nur ein aufrechterhaltender bzw. progredient chronifizierender Einfluss. Auf der anderen Seite jedoch wird den Fähigkeiten der Hauptbezugsperson ein erheblicher Einfluss zugesprochen, „wenn es der Hauptbezugsperson nicht gelingt, die Belastung zu bewältigen, die durch ungünstige Temperamentsmerkmale auftreten und sich eine dauerhafte, angespannte, negative Eltern-Kind-Interaktion entwickelt“ (ebd., S.18). In diesem transaktionellen Modell (s. dazu Abbildung 1.1) stellt das hyperkinetische Verhalten des Kindes jedenfalls den Ausgangspunkt für die sich sekundär entwickelnden Schwierigkeiten in der Familie oder für die zusätzlichen psychischen Symptome, wie Depression und aggressives Verhalten des Kindes, dar. Klinisch überzeugend an diesem Modell ist, dass es, ausgehend von einer biochemisch basierten Schwierigkeit zur Selbstregulation, den *circulus vitiosus* integriert, der sich aus dem sich verstärkender Kreislauf von hyperkinetischen Verhaltenweisen des Kindes und aversiven Reaktionsantworten der Bezugspersonen ergibt und der zur Ausbildung von sekundären Symptomen führen kann. Das weiter unten folgende Flussdiagramm veranschaulicht das Modell graphisch. Im Konzept der „Selbstregulierung“ oder „-regulation“ scheint eine kindliche (und erwachsene) Fähigkeit gefasst, die Vertreter vielerlei Richtungen als entscheidend wahrnehmen. Olson (2002) verweist zwar auch auf die Temperamentsfaktoren auf Seiten des Kindes: so haben Untersuchungen eine intensive und ausgeprägte affektive Reagibilität mit aggressivem und oppositionellem Verhalten in Zusammenhang gebracht (Brody, Stoneman, & Burke, 1998; Fabes & Eisenberg, 1992; Teglasi & MacMahon, 1990; zit. n. Olson, 2002). Eine wichtige Komponente von sozial kompetentem Verhalten besteht zweifellos aus der gelingenden Modulation von starken affektiven Reaktionen (Eisenberg et al., 1994, zit. n. Olson, 2002, S.247, Olson et al., 2002). Dies stellt den Brückenschlag zwischen den inneren Schwierigkeiten eines Kindes mit mangelnder Affektregulierung und den sich bald einstellenden Schwierigkeiten mit der Außenwelt dar. Im Gegensatz zu Döpfner et al. (2000) weist Sheryl Olson (2002) mit anderen (bspw. Calkins, 1994; Kochanska, 1997; Kopp, 1982, 1987; Sander, 1975; Sroufe, 1991, zit. n. Olson, 2002; Fonagy et al., 2004; Stern, 1989) den primären Beziehungspersonen hingegen bei der Entwicklung adäquater selbstregulatorischer Fähigkeiten eine absolut zentrale Rolle zu. Olson (2002) hebt zwei Aspekte der Selbstregulierung hervor: neben dem Aspekt der Affektregulierung (s. dazu auch

Kapitel 1.2.2.4) fließt auch der Aspekt einer mehr kognitiv gesteuerten Verhaltensregulation – die Selbstkontrolle – mit ein.

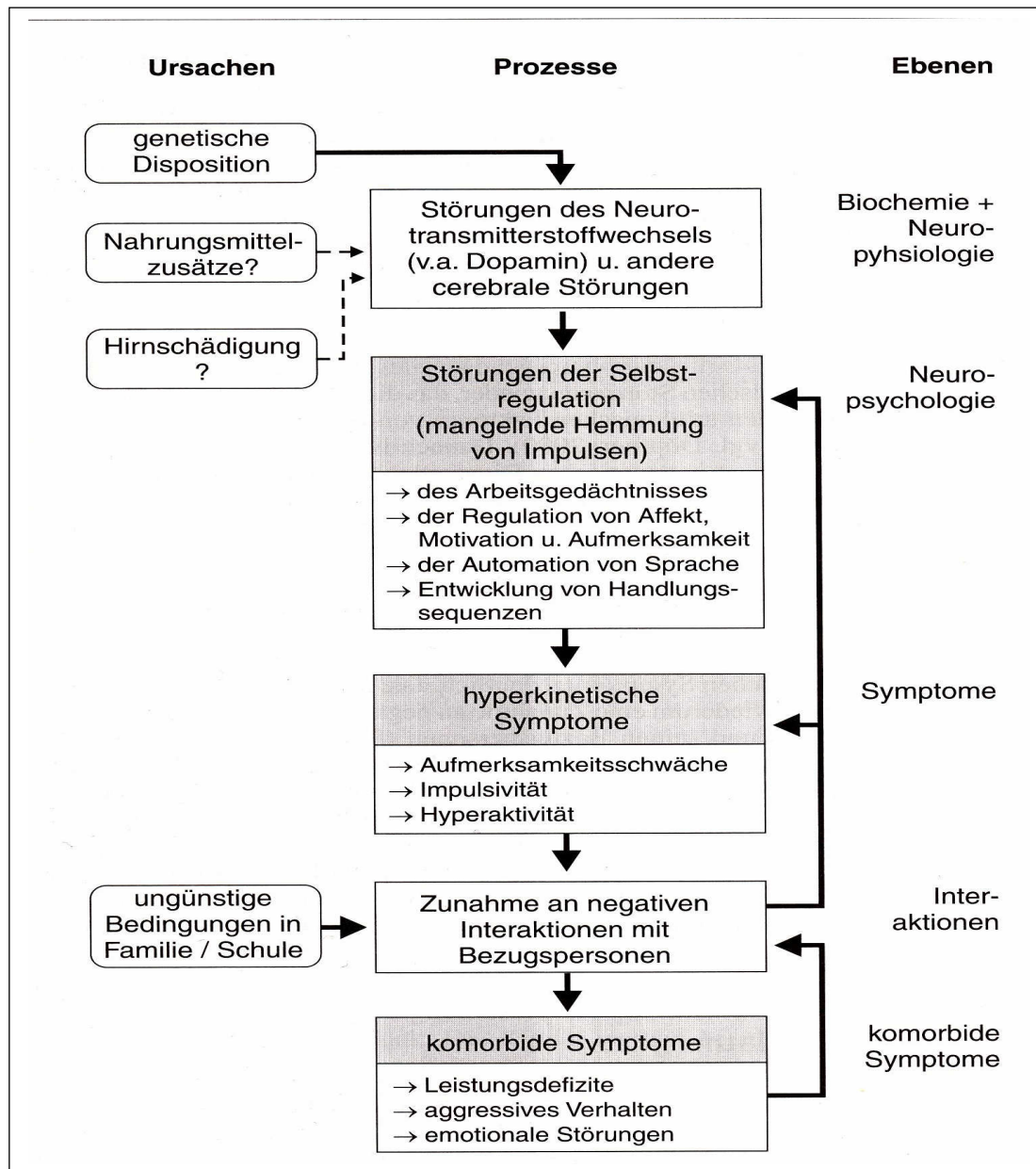


Abbildung 1.1: Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (aus Döpfner, Lehmkuhl & Fröhlich, 2000, S.15)

Ob die feinfühligte Abstimmung zwischen der Fähigkeit der Mutter einerseits, mildernd auf die negativen Affektzustände des Säuglings einwirken zu können, und dem Temperament des Kindes andererseits gelingt, beeinflusst entscheidend das spätere Vermögen des Kindes, effektive Aufmerksamkeits- und Affektregulierungsstrategien zur Verfügung zu haben. Kopp (1982) stellte neben Sroufe (1983), Stern (1989) oder Fonagy et al. (2004) ein Modell normativer Entwicklung von Selbstregulierung vor, das eng an die Fähigkeiten der primären Bezugspersonen gekoppelt ist, die Erregungszustände des Säuglings und

Kleinkindes zu regulieren. Einige Studien konnten Zusammenhänge zwischen der Fähigkeit zu feinfühler Interaktion mit dem Säugling und späteren Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkindalter aufzeigen (Feldman, Greenbaum & Yirmiya, 1999; Zeanah, Boris & Scheeringa, 1997, zit. nach Olson, 2002). Rothbart und Bates (1988) brachten mangelnde, im Kleinkindalter erworbene effektive selbstregulatorische Fähigkeiten mit reduzierter Aufmerksamkeitsfähigkeit und geringeren Affektregulierungsstrategien in Zusammenhang (zit. n. Olson, 2002). Aus theoretischer und, infolgedessen, aus behandlungstechnischer Sicht liegt bildlich gesprochen genau an dieser Stelle der Hase im Pfeffer: nimmt die hyperkinetische Symptomtrias ihren Anfang in einem kognitiv/neuropsychologisch begründeten inhibitorischen Defizit (wie es Barkley und Döpfner et al. verstehen), das u.a. auch zu Affektregulierungsstörungen führt, oder ist es genau umgekehrt: führen basale Schwierigkeiten bei der Affektregulierung zur mangelnden Ausbildung sog. Ich-Funktionen wie Aufmerksamkeit und motorischer Selbstkontrolle? Unabhängig davon ist aus meiner Sicht noch offen, welchen Einfluss Umweltfaktoren auf die Entstehung mangelhafter inhibitorischer Prozesse einerseits und Affektregulierung andererseits haben. Diesen Frage lassen sich derzeit noch nicht befriedend beantworten. Kritisch eingewandt werden muss an dieser Stelle jedoch auch, dass die bislang gefundenen Zusammenhänge noch recht unspezifisch sind und sich allgemein auf Verhaltensauffälligkeiten beziehen und zumeist nicht zwischen *Hyperkinetischen Störungen* einerseits und *Störungen des Sozialverhaltens* andererseits diskriminieren können.

### **1.2.2.3 Die *Hyperkinetische Störung* – eine Störung psychosozialer Faktoren?**

Unter die Kategorie „psychosoziale Faktoren“ fällt ein breites Spektrum an psychologischen und sozialen Variablen. Gemeint sind damit in der Regel die „Umweltfaktoren“ – die Beziehungen eines Individuums zu seinen Familienmitgliedern oder Freunden. Dieses Kapitel beschränkt sich ausschließlich auf intrafamiliäre Faktoren. In der Flut an Forschungsartikeln zur *Hyperkinetischen Störung* im Allgemeinen, aber auch zu *psychosocial factors* im Speziellen nimmt die Autorin hauptsächlich Bezug auf die drei Übersichtsartikel von Johnston und Mash (2001), Sandberg (2002) sowie Olson (2002). In der englischen Literatur figuriert die *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* als komorbides Störungsbild von *ADHD plus conduct disorder (CD)* oder *plus oppositional defiant disorder (ODD)* oder manchmal auch zusammengefasst als expansive Störung, wenn die CBCL (Child behaviour check list, Achenbach et al., 1991a) als Diagnostikum verwendet wurde.

Es erstaunt zu lesen, dass, entgegen des gängigen Gestus' großer Selbstverständlichkeit, mit der die Schwierigkeiten in den Familien nur als *Folge* von Belastungen durch das hyperaktive Kind verstanden werden, tatsächlich eine „riesige Inkonsistenz“ („*a tremendous inconsistency*“ (Johnston & Mash, 2001, S. 199), hinsichtlich der Befundlage über den Einfluss familiärer, psychosozialer Faktoren bestehe (vgl. auch Jureidini, 1996; Sandberg, 2002). Die sog. psychosozialen Faktoren nehmen in der Ursachendiskussion natürlich eine zentrale Stellung ein; wie oben schon ausgeführt wurde; galt bislang, dass man psychosozialen Faktoren wenn nicht nur als Folgeerscheinung der *Hyperkinetischen Störung*, so doch höchstens als aufrechterhaltende Bedingung, auf keinen Fall jedoch als ursächlich verstehen dürfe. Viele Befunde sprechen dafür, dass die familiäre Anspannung eine Folge der hyperkinetischen Symptomatik ist, doch inzwischen scheint das Bild, das wir uns zu machen haben, sich erheblich zu verkomplizieren. Dies zeigen auch die mit unterschiedlichem Schwerpunkten versehenen Übersichtsarbeiten prominenter Vertreter der akademischen ADHS-Forschung, Seija Sandberg einerseits und Charlotte Johnston und Eric J. Mash andererseits. Sandberg (2002) bezieht beispielsweise in ihrem Übersichtsartikel in dem von ihr editierten Übersichtsbuch zum gegenwärtigen Forschungsstand entwicklungspsychologische Aspekte stärker mit ein. Obgleich sie die Hypothese einer Psychogenese ablehnt, spricht sie explizit Beziehungserfahrungen mit frühen Traumatisierungen, bspw. in Fällen schwerer mütterlicher Depression oder Aufwachsen in Kinderheimen, einen ursächlichen Einfluss bei der Entstehung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen zu (vgl. dazu auch Rutter, Roy & Kreppner, 2002).

Johnston und Mash (2001) skizzieren drei Hauptmodelle bezüglich eines Zusammenhanges zwischen *HKS* und intrafamiliären Schwierigkeiten. Das erste Modell, welches bereits erwähnt wurde und welches das bekannteste ist, versteht intrafamiliäre Schwierigkeiten als Epiphänomen, d.h. als Folgeerscheinung der *HKS*. Weniger Einigung besteht bei dem nächsten Modell, dass den intrafamiliären Faktoren auf die *HKS* einen aufrechterhaltenden bzw. sogar verstärkenden Einfluss zuspricht. Die Autoren gehen einen Schritt weiter und plädieren für ein bidirektionales, „transaktionelles“ Modell, in welchem ein belastetes Familienklima ebenfalls ein Risikofaktor darstellt, das mit der kindlicher Prädisposition interagiert und damit *HKS*-Symptome exazerbiert. Dieser Vorstellung schließen sich Olson (2002), wie im vorigen Kapitel dargestellt, und Sandberg (2002) an. Auch Johnston und Mash (2001) beziehen Überlegungen zu einer wenig einfühlsamen Umwelt mit ein, die schon zu einem frühen Zeitpunkt die Entwicklung von selbstregulativen Fähigkeiten erschwere. Genauso sei innerhalb dieses Modells auch der umgekehrte Einfluss

denkbar, wonach ein besonders einfühlsames Familienklima als protektiver Faktor gegen Symptomexazerbation wirke (Johnston & Mash, S. 185). Dieses Entstehungskonzept sei aufgrund der stark biologisch orientierten Forschung nicht ernsthaft verfolgt worden. Es wird ein drittes Modell diskutiert, bei welchem HKS als Risikofaktor eingestuft wird, der bei belastetem Familienklima zur Entstehung einer *Störung des Sozialverhaltens* führen kann.

Zusammenfassend kommen Johnston und Mash (2001) zu dem Schluss, dass Längsschnittstudien die Hypothese einer ursächlichen Rolle des elterlichen Verhaltens sowohl bei der Entstehung von HKS als auch von Hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens stützen (ebd., S. 191). Unklar aber ist, ob diese beiden Störungsbilder auf ein unterschiedliches oder ein gleiches Muster an ineinandergreifenden erzieherischen und familienspezifischen Faktoren zurückzuführen sind. Bspw. zeigen die Studien von Campbell und Kollegen, dass ein belastetes Familienklima (z.B. durch niedriges Einkommen, mütterliche Depression) sowie negatives und kontrollierendes Verhalten der Mutter vor dem dritten Lebensjahr des Kindes die Persistenz von hyperaktiven und aggressiven Symptomen bis zum 13. Lebensjahr, unabhängig von der ursprünglichen Symptomschwere, vorhersagen konnte. Interessanterweise sagten Familienprobleme auch in der Kontrollgruppe die Entstehung beider Symptomgruppen bei ursprünglich von den Eltern als unauffällig beurteilten Kindern voraus (Campbell, 1994; Campbell, Breaux, Ewing, Szumowski & Pierce, 1986; Campbell & Ewing, 1990; Pierce, Ewing & Campbell, 1999; zit. n. Johnston & Mash, 2001). Zurecht weisen Johnston und Mash (2001) in diesem Zusammenhang allerdings daraufhin, dass ein belastetes Familienklima ein unspezifischer Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Problemen bei Kindern überhaupt sei.

Familiäre Psychopathologie kann nun anhand von unterschiedlichen Merkmalen beschrieben und untersucht werden. Im Folgenden werden die wichtigsten dargestellt.

### *Interaktionsmerkmale*

Welche Interaktionsmerkmale konnten in den letzten Jahren in Familien mit einem hyperaktiven Kind identifiziert werden? Beobachtungsstudien haben konsistent gezeigt, dass es sowohl bei den Eltern als auch bei den hyperaktiven Kindern zu einem stärkeren Ausmaß an negativem und kontrollierendem Verhalten kommt. Der Hauptanteil der Studien bezieht sich dabei auf Untersuchungen der Mutter-Kind-Interaktionen. Im Allgemeinen sind soziale Interaktionen zwischen hyperaktiven Kindern und ihren Müttern im Vergleich zu unauffälligen Kindern und ihren Müttern durch häufigere Streitigkeiten gekennzeichnet (Mash & Johnston, 1990). Im Vergleich zu den Kontrollkindern zeigten hyperaktive Kinder in

der Interaktion mit ihren Müttern mehr oppositionelles, negativeres und unstrukturiertes Verhalten, insbesondere bei der Bearbeitung hochstrukturierter Aufgaben. Auf der anderen Seite zeigten deren Mütter im Vergleich zu Müttern von Kontrollkindern direktiveres, intrusiveres und weniger positiv verstärkendes Verhalten (Barkley, Karlsson, & Pollard, 1985; Campbell et al., 1986; DuPaul et al., 2001; zit. n. Johnston & Mash, 2001; Cunningham & Barkley, 1979). Vor allem jüngeren Kindern gegenüber verhielten sich die Mütter direkter und kontrollierender als bei älteren Kindern (Barkley et al., 1995). Konflikthafte Interaktionen zeigten sich sowohl zwischen den Müttern als auch zwischen den Vätern und ihren Kindern (Tallmadge & Barkley, 1983). Nach Sandberg (2002) scheint der Hauptunterschied zwischen hyperaktiven und nicht-hyperaktiven Kindern weniger mit der Quantität der Eltern-Kinder-Interaktionen zu tun zu haben, als mit den Interaktionsmustern, also ihrer Qualität (was nicht so erstaunlich ist). Eltern der hyperaktiven Kinder scheinen mehr spezifische negative Bemerkungen zu machen und das Kind seltener auf positive Weise zu ermutigen: Ein Vergleich von Müttern mit einem hyperaktiven Kind und Müttern mit einem nicht-hyperaktiven Kind zeigte, dass die letzteren das Kind zu mehr Ausdauer ermutigten und nur dann antworteten, wenn es sie gefragt hatte (Sandberg 2002, S. 373). Zwei Studien untersuchten den emotionalen Inhalt der Eltern-Kind-Interaktionen: Taylor et al. (1991) konnten in ihrer follow-up-Untersuchung zeigen, dass Mütter hyperaktiver Jungen ihren Kindern gegenüber häufiger als weniger warmherzig und stark kritisierend beurteilt wurden als Mütter anderer Vergleichsgruppen (wie z.B. die Kontrollgruppe oder die Gruppe von Jungen mit Verhaltensproblemen ohne Hyperaktivität). Das höhere Ausmaß an Kritik zeigte sich auch bei den Vätern. Diese Ergebnisse wurden von einer nachfolgenden Londoner Studie repliziert (Woodward, Taylor & Dowdney, 1998), die bei 28 hyperaktiven Kindern und ihren 30 Kontrollgruppen-Klassenkameraden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und unzureichendem Coping der Eltern, aggressiven Erziehungsmethoden, negativen Affekten und niedriger elterlicher Sensibilität hinsichtlich der kindlichen Bedürfnisse nachweisen konnte. Zwei epidemiologische Studien – eine in Hong Kong (Leung et al., 1996) und eine im östlichen Stadtteil Londons (Taylor et al., 1991) -konnten eine Verbindung zwischen Hyperaktivität und inkonsistentem Erziehungsstil bis hin zu fast völligem Laissez-faire ziehen.

### *Partnerschaftsprobleme*

Während Sandberg (2002) in ihrer Übersicht Eheproblemen einen ursächlichen Einfluss bei der Entstehung von Hyperaktivität zuspricht, halten Johnston und Mash (2001) die Befundlage für inkonsistent.

### *Elterliche Psychopathologie*

Der Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten ist gut belegt, sowohl in klinischen als auch nicht-klinischen Stichproben (bspw. Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Hibbs, Hamburger, Lenane, Rapoport, Keysor, & Goldstein, 1991; Taylor et al., 1991; zit. nach Sandberg, 2002, vgl. Johnston & Mash, 2001, S.195ff.).

Beispielsweise ist mütterliche Depression mit suboptimaler Erziehungsfähigkeit sowie negativer Eltern-Kind-Beziehung verknüpft und diese wiederum mit verzögerter kognitiver Entwicklung, mit Verhaltens- und Bindungsstörungen bei jungen Kindern. Häufig werden mütterliche Depression und Partnerschaftsprobleme gemeinsam gefunden. Faraone und Biedermann (1997) kommen in ihrem Übersichtsartikel ebenfalls zu dem Schluss, dass die Befundlage für einen Zusammenhang zwischen elterlicher Depression und kindlichem HKS spricht. Zurecht weist Sandberg (2002) allerdings daraufhin, dass viele Ergebnisse auf indirekten Verbindungen zwischen psychosozialen Faktoren und der Ausbildung von Hyperaktivität fußen, was die Validität bislang noch einschränkt.

### *Frühe Trennungserfahrungen und Bindungssicherheit*

Sandberg (2002) setzt noch einen anderen Schwerpunkt, wenn sie neben bekannteren psychosozialen Faktoren, wie mütterliche Depression (bspw. Bendell et al., 1994; Field, 1992; Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996; Murray, Hipwell, Hooper, Stein & Cooper, 1996; Murray, Kempton, Woolgar & Hooper, 1993; Murray, Sinclair, Cooper, 1999; Stein et al., 1991, zit. n. Sandberg, 2002) und Partnerschaftsproblemen, auch frühen Trennungserfahrungen eine mögliche ursächliche Rolle bei der Entstehung von Hyperaktivität zuspricht. Frühe Trennungserfahrungen werden auch in der psychoanalytischen Literatur einen großen, wenn auch unspezifischen Stellenwert zugesprochen. Schon Tizard und Hodges (1978) zeigten, dass Heimunterbringung sowie der psychische Zusammenbruch eines Elternteils in Verbindung mit Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblemen stehen. Dieser Zusammenhang scheint sich vor allem zu bestätigen, wenn die Trennungserfahrung vor dem

Alter von drei Jahren erfolgt (zit. n. Sandberg, 2002). Dieser Zusammenhang ist seither mehrfach gefunden worden (Haddad & Garralda, 1992; Rutter et al., 2002).

Haddad und Garralda (1992) argumentierten, dass die frühen Trennungs- und Deprivationserfahrungen zu mangelnder Entwicklung sicherer Bindungen und einem Gefühl emotionaler Unsicherheit geführt habe, was wiederum zu Schwierigkeiten bei der Kontrolle und Regulation von Aufmerksamkeit und Aktivität führe (ebd., S.380). Umgekehrt gibt vor allem die Bindungsforschung Hinweise darauf, dass Bindungssicherheit die Ruhe und die Fähigkeit zur verzögerten Belohnung vorhersage – also gegenteilige Verhaltensweisen fördert wie wir sie von hyperkinetischen Kindern kennen (Olson et al., 1990; zit. n. Sandberg, 2002). Gleichzeitig zeigte sich, dass unsichere frühe Mutter-Kind-Bindungen im Zusammenhang mit Lehrerbeurteilungen von Impulsivität und interpersoneller Feindseligkeit im Vorschulalter stehen. Karl Heinz Brisch (2002), ein bekannter Bindungsforscher in Deutschland, diskutiert einen desorganisierten Bindungsstil als möglichen Vorläufer einer *HKS*. Hierbei werde diskutiert, dass die Aktivierung von emotional sich widersprechenden, nicht zu einem einheitlichen Muster integrierbaren Bindungserfahrungen sich in den desorientierten Bindungsverhaltensweisen des Kinder widerspiegeln und Ausdruck eines desorganisierten „inneren Arbeitsmodells“ der Bindung zur spezifischen Bindungsperson seien (ebd., S.49).

#### **1.2.2.4 Das Paradigma der Affektregulierung und Mentalisierung**

Wir sind schon im Kapitel 1.2.2 auf die Fähigkeit zur Selbstregulierung gestoßen, die eng mit der Fähigkeit zur Affektregulierung verbunden ist. In diesem Kapitel möchten wir das psychoanalytische Paradigma der Affektregulierung vorstellen, wie es von Fonagy et al. (2004) entwickelt worden ist. Dieses Modell stellt für meine Untersuchung einen äußerst hilfreichen theoretischen Rahmen dar, weil es die Fähigkeit zur Affektregulierung mit der Fähigkeit, darüber nachzudenken – Peter Fonagy und Mary Target würden sagen: zu mentalisieren –, verknüpft. In überzeugender Weise leiten sie entwicklungspsychologisch her, dass sich die eine Fähigkeit nicht ohne die andere entwickeln kann. Die Fähigkeit zu mentalisieren äußert sich nicht nur sprachlichen Bereich, sondern auch im spielerischen. Der Hauptunterschied zwischen den oben vorgestellten Modellen und demjenigen der Affektregulierung nach Fonagy et al. (2004) liegt in dem Stellenwert, der den frühen, das heißt der sich im Säuglingsalter einstellenden emotionalen Prozessen eingeräumt wird. Im Gegensatz zu mehr kognitionspsychologisch ausgerichteten Modellen wie bspw. dem *Biopsychosozialen Modell* von Döpfner et al. (2000), bei welchen Selbstregulation von kognitiven Fähigkeiten abhängt, wird hier angenommen, dass allen späteren Prozessen wie



bspw. kognitive Verhaltenskontrolle, die Entwicklung von Affektregulierung vorangeht. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass eine gelingende Affektregulierung eine Fähigkeit ist, die nur innerhalb einer Beziehung zur primären Bezugsperson, die ausreichend feinfühlig ist, erworben werden kann.

Ross A. Thompson (1990, 1994) versuchte als einer der Ersten, dem Phänomen der Affekt- oder Emotionsregulierung eine klare Definition zu verleihen: sie bestehe „aus den extrinsischen und intrinsischen Prozessen, die für die Kontrolle, die Bewertung und die Modifizierung emotionaler Reaktionen (insbesondere in bezug auf deren Intensitäts- und zeitlichen Merkmale) verantwortlich sind, um eigene Ziele zu erreichen“ (ebd., S.27 ff.). Diese Definition umfasst mehrere Affektregulierungsprozesse, wie (a) das Beibehalten, Steigern, Blockieren oder Unterdrücken von emotionalem Arousal, (b) die Intervention anderer Personen bei der Affektregulierung (was der o.g. Externalisierung von Affekten nahe kommt), (c) die Bestimmung der Intensität und des zeitlichen Ausmaßes des Affekts sowie (d) die Funktionalität der Affektregulierung in Abhängigkeit von der Situation (ebd., S. 28 ff.). Dabei weist Thompson (1994) darauf hin, dass optimale Affektregulierung zumeist vom Ergebnis her betrachtet wird, alternativ jedoch auch als ein Prozess angesehen werden kann: als eine Reihe von Strategien, die Flexibilität, eine schnelle Neueinschätzung gefühlsintensiver Situationen, einen Zugang zu einem breiten Fächer an Emotionen und effektive Zielgerichtetheit erlauben (ebd., S. 46). Die Fähigkeit zur Affektregulierung ist demnach ein äußerst komplexer Prozess. Zurecht warnt Thompson an dieser Stelle allerdings davor, dass diese Charakterisierung dem Idealtypus eines sozial hochkompetenten Individuums sehr nahe komme. Wichtig ist auch Thompons detaillierte Ausführung, dass sich seiner Ansicht nach die Fähigkeit zur Affektregulierung aus den direkten Beziehungserfahrungen heraus entwickelt (ebd., S.41). Fonagy und Kollegen integrieren Thompons Konzeption in ihrem Modell der Affektregulierung (2004, S.102ff). Sie gehen dort von zwei Regulationsebenen aus, wovon die niedrigste die Homöostase des Organismus betrifft, die sich weitgehend außerhalb der bewussten Aufmerksamkeit abspielt. Auf der zweiten Ebene findet Affektregulierung innerhalb der Beziehungen zu anderen statt, wo Affekte geformt werden und anderen mitgeteilt werden sollen. Die Affektregulierung hängt hier mit der individuellen Bedeutung der Affekte zusammen und entspricht in etwa dem Regulierungsprozess (a) aus Thompons Modell. Dieser Regulierungsprozess impliziert jedoch, dass man über den Affekt nachdenken kann, was Fonagy und Kollegen „mentalalisieren“ nennen. Damit legen sie das Augenmerk auf einen spezifischen, bislang unbeschriebenen Aspekt der Affektregulierung. Meiner Ansicht nach kann der eigene

steuernde Umgang mit Affekten nur im Falle von verinnerlichten Beziehungserfahrungen gelingen, bei welchen das Gegenüber (das Objekt) steuernd mit den eigenen Affekten umgegangen ist. Anders gesagt, wurde in einem solchen Falle die Vorstellung eines die Affekte steuernden Objektes verinnerlicht.

Wie Fonagy et al. (2004) betonten, gilt der Affektregulierung das besondere Augenmerk der Bindungstheorie und -forschung. Auch wenn sich Psychoanalyse und Bindungstheorie in ihrem Verständnis von Affektregulierung unterscheiden, ergänzen sie einander an der Stelle, an der die Affektregulierung das Auftauchen des Selbstgefühls und die allmähliche Umwandlung der Ko-Regulation durch die Bezugsperson in eine Selbstregulation unterstützt (ebd., S.100). Fonagy et al. (2004) beschreiben in ihrem Modell die Wichtigkeit, mentale Inhalte (zu denen Wünsche, Gefühle, Überzeugungen etc gehören.) zu externalisieren, d.h. (symbolisch) darzustellen. Mentale Inhalte zu externalisieren, dient nicht nur Zwecken der Kommunikation, sondern auch der Regulierung affektiver Zustände. Dieser Vorgang wird durch bestimmte Merkmale früher Interaktionsmuster zwischen Säugling und Bezugsperson bestimmt, wie die Modifizierung des Affektinhalts und die Verstärkung des Kontroll- und Bewältigungserlebens der eigenen Affekte, die ihrerseits die Grundlage für die Fähigkeit der Kinder sind, diese Merkmale aktiv zur emotionalen Selbstregulierung zu benutzen (ebd., S. 295). Die Affektregulierung nach Fonagy et al. (2004) hängt also entscheidend von der Fähigkeit zu mentalisieren ab. „Symbolisch darzustellen“ bedeutet auch, Affekte sprachlich zu kodieren. Interessanterweise spielt auch bei Barkley (1997) die mangelnde Fähigkeit von Kindern mit einer *Hyperkinetischen Störung*, Symbolsysteme wie die Sprache zu nutzen, eine gewichtige Rolle.

Man muss darauf hinweisen, dass Fonagy et al. (2004) versucht haben, ein allgemeines Modell der Affektregulierung zu entwickeln, das hinsichtlich der *Hyperkinetischen Störungen* keine differentiellen Vorhersagen macht, auch wenn sie mehrfach Zusammenhänge zwischen genau diesem Störungsbild und der unzureichenden Fähigkeit, über Affekt nachzudenken, betonen. Der Ausgangspunkt dieser Theorie sind schwere Pathologien im Rahmen von Borderline Persönlichkeitsstörungen. Sie verknüpft Beziehungserfahrung (die in Beziehungsschemata gespeichert sind, s. Kapitel 1.2.2.6 weiter unten) und der damit zusammenhängenden Fähigkeit, die eigenen Affekte durch Mentalisierung, Externalisierung und Symbolisierung zu regulieren, und legt damit den Schwerpunkt mehr auf eine sehr frühe, interaktionelle Pathogenese. Vor allem das Konzept einer interaktionell erworbenen Fähigkeit zur Mentalisierung stellt eine hilfreiche Möglichkeit im Verständnis der *Hyperkinetischen Störung* dar, wenn man den Ausgangspunkt mehr auf

die massiven Schwierigkeiten mit den eigenen Affekten steuernd umzugehen, legt, als auf die Störung der Aufmerksamkeit oder grundlegende inhibitorische Defizite.

#### **1.2.2.5 Die *Hyperkinetische Störung* – eine frühe Störung der Primärbeziehung?**

Evelyn Heinemann und Hans Hopf (2007) bringen die Schwierigkeit eines Dialoges zwischen den Vertretern einer organisch-neurobiologischen Position und denen einer psychisch-interaktionellen Position (zu der letzteren zählt die Autorin die Psychoanalyse) auf den Punkt, wenn sie beschreiben, dass für die einen die Symptome die Störung an sich darstellen, während für die anderen die Symptome ein Ausdruck einer anderen, den Symptomen „zugrunde liegenden“ Störung ist. Auf diese grundsätzliche epistemologische Differenz, die sowohl die Verhaltenstherapie als auch die Systemtheorie von der Psychoanalyse trennt, kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. In diesem Kapitel werden die psychoanalytischen Positionen hinsichtlich der *Hyperkinetischen Störung* zusammengefasst. Auf eine historische Rückschau wird ausdrücklich verzichtet (vgl. dazu bspw. Berger, 1993; Heinemann & Hopf, 2007). Die psychoanalytische Theorie zu den *Hyperkinetischen Störungen* entwickelt sich langsam und befindet sich noch am Anfang. Die öffentliche Auseinandersetzung hat mit einem von Joachim Stork herausgegebenen Heft der Kinderanalyse 1993 begonnen. Heinemann und Hopf (2007) haben mit ihrem Buch zu AD(H)S einen ersten Versuch einer Systematisierung unternommen. Mit den vielen Fallbeispielen versuchen sie, die psychoanalytische Herangehensweise nachvollziehbar zu machen. Die Zeitschrift *Psyche* hat 2008 ein Heft mit Themenschwerpunkt „ADHS. Psychoanalytische und andere Perspektiven“ herausgebracht. Der Überschneidungspunkt zwischen dem allgemeineren Modell von Fonagy et al. (2004) und den hier dargestellten Modellansätzen ist die Annahme, dass es sich bei der *Hyperkinetischen Störung* um eine Affektregulierungsstörung handelt, deren primäre Ursache in der frühen Eltern-Kind-Beziehung zu suchen ist.

Aus psychoanalytischer Sicht werden hirnorganische Schädigungen, die zu einem Symptombild führen, wie es unter den Diagnosen der *Hyperkinetischen Störung* beschrieben steht, nicht grundsätzlich angezweifelt – allerdings wird darunter zumeist die von Nissen (2005) beschriebene unverändert bestehende Kerngruppe der leichten frühkindlichen Hirnschädigungen mit einer Prävalenzrate von 1-2% verstanden (ebd. S. 445). Bei den übrigen diagnostizierten Störungen handelt es sich, wie Heinemann und Hopf (2007) beschreiben, um eine „Sammeldiagnose von Störungsbildern unterschiedlicher Ursachen. [...] Aus psychoanalytischer Sicht haben wir es vor allem mit frühen Trennungs- und

Bindungsstörungen, Individuationsstörungen, einer Sexualisierung und Aggressivierung sowie einer Abwehr gegen Depression zu tun“ (ebd., S.18, vgl. Günter, 2008 b; Häußler & Hopf, 2002).

Leuzinger-Bohleber, Fischmann, Göppel, Lärer und Waldung (2008) konnten in dem qualitativen Auswertungsteil der Frankfurter Präventionsstudie in ihrer repräsentativen Stichprobe sieben Subtypen identifizieren, deren Symptombild die Diagnose ADHS (nach DSM-IV (Saß et al., 1996)) rechtfertigte (S.622 ff, s. Tabelle 1.4 unten). Hierbei differenzierten die Autorinnen die ersten vier von den letzten drei Gruppen: bei diesen lägen unterschiedliche Störungen der Frühentwicklung vor.

**Tabelle 1.4: Sieben ätiologische Subtypen in der untersuchten Gruppe hyperkinetischer Kinder (nach Leuzinger-Bohleber et al., 2007, S.622)**

- 
- ADHS-Kinder mit einem hirnorganischen Problem (I)
  - ADHS-Kinder mit einer emotionalen Frühverwahrlosung (II)
  - ADHS-Kinder aufgrund frühinfantiler Traumata (III)
  - ADHS-Kinder als Überlebensversuch im Aufwachsen mit einer „toten Mutter“ (André Green) (IV)
  - ADHS-Kinder als Folge des Zusammenpralls von verschiedenen Kulturen und deren Anforderung an Kindheit (V)
  - ADHS-Kinder als Reaktion auf eine problematische Pädagogik bei hochbegabten, kreativen Kindern (VI)
  - ADHS-Kinder als Ausdruck von akuter Trauer und Depression (VII)
- 

Hopf führt in Anlehnung an Amft (2004, 2006; zit. n. Hopf, 2007) noch die Gruppe schulbedingter Probleme an, die bei der o.g. Studie an Kindergartenkindern zwangsläufig entfiel. Die Autorinnen, die anhand empirisch gewonnener Daten zu den genannten Subtypen gefunden haben, welche mit den klinischen Erfahrungen psychodynamisch ausgerichteter Therapeuten in Einklang stehen, sind für die Postulierung dieser ursächlichen Zusammenhänge kritisiert worden. Die Hauptkritik von einigen Kinder- und Jugendpsychiatern gegen eine solche Ursachenannahme zielt darauf, dass alle Kinder, außer derjenigen der ersten Gruppe, falsch diagnostiziert seien. Nach streng kinderpsychiatrischem Verständnis müssten die Symptome der Kinder der anderen Gruppen entweder als Bindungsstörung (Gruppe II und III), Anpassungsstörung (Gruppe III, V und VI), Anpassungsstörung (IV) oder als affektive Störung (VII) diagnostiziert werden. Dieser Anspruch lässt sich meiner Ansicht nach im klinischen Alltag jedoch selten aufrechterhalten:

in der Regel haben wir es mit einem solch komplexen Konglomerat an Problemfeldern zu tun, dass eine präzise Ursachendifferenzierung und zeitliche Hierarchisierung erst nach längerer therapeutischer Intervention möglich ist.

Ferner kommt die Tatsache hinzu, dass emotionale, auf frühe Interaktionsstörungen zurückzuführende Regulationsstörungen ebenfalls auf bestimmten erworbenen neuronalen Muster beruhen. Sowohl die ursprünglich biologische Neurotransmitterstörung als auch die interaktionell erworbene Regulationsstörung bilden sich im neuronalen Netzwerk ab. Ob sich dies Jahre später in unterschiedlichen Verhaltensmustern zeigt, ist fraglich. Infolgedessen muss man bei der ätiologischen Suche wahrscheinlich häufig von einem sehr frühen Zusammentreffen von ursächlich biologischen mit ursächlich erworbenen neuronalen Veränderungen ausgehen.

An dieser Stelle wird deutlich, dass die psychoanalytische Position den Zusammenhang von Kernsymptomatik und belasteten Familienbeziehungen anders versteht: *frühe* Beziehungsstörungen (das heißt in den ersten beiden Lebensjahren erfolgte Störungen innerhalb der Beziehung zur Hauptbezugsperson) werden, möglicherweise in Interaktion mit organischen Faktoren, als mögliche, gleichrangig betrachtete primäre Ursache angenommen und nicht (nur) als auf die Kernsymptomatik folgend (vgl. dazu auch Gerspach, 2001). Die o.g. Kernmerkmale von Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität werden demnach als die Symptome eines zugrundeliegenden unbewussten psychischen Konfliktes betrachtet. Dabei ist der psychische Konflikt primär. In der psychoanalytischen Diagnose wird neben den Symptomen immer auch die hypostasierte Störung genannt, die durch die Symptome *abgewehrt* wird. Die Symptome der *Hyperkinetischen Störungen* werden demnach als Abwehr verstanden – d.h. beispielsweise, dass ein Kind durch die Hyperkinese vermeiden kann, bestimmte Gefühle wie tiefe Verlassenheitsangst oder Wut zu spüren. Das Symptom wirkt dann wie ein „Plombe“ (Morgenthaler, 1987; zit. nach Häußler & Hopf, 2002). Die Hyperkinese wird als motorisches Abreagieren von Gefühlen, die nicht gedacht werden können und deswegen auch nicht aus- und besprochen werden können, verstanden (vgl. Basquin, 2002; Häußler & Hopf, 2002). Da für Psychoanalytiker die Beziehungsstörung zwischen Kind und Eltern zentral ist, klassifizieren sie das Störungsbild in erster Linie als eine emotionale Störung (F93.0) oder als eine Bindungsstörung (F94.0).

Im Folgenden werden nun die unterschiedlichen psychoanalytische Konzepte vorgestellt. Die Darstellung folgt hierbei größtenteils der Aufgliederung von Heinemann und Hopf (2007). Diese Konzepte werfen verschiedene „Schlaglichter“ auf das Störungsbild. Die gegenwärtige Schwierigkeit, die auch die Systematik von Heinemann und Hopf (2007)

durchzieht, besteht darin, dass die unterschiedlichen Konzepte häufig wiederum eigenständigen Theorie-Ansätzen entspringen und diese sich nicht ohne Weiteres miteinander verbinden lassen. Dies spiegelt zu einem gewissen Grad den gegenwärtigen Zustand der psychoanalytischen Theorie überhaupt wieder. Hinzu kommt, dass die folgenden Kategorien größtenteils recht unspezifisch für die *Hyperkinetischen Störungen* sind; vom klinischen Standpunkt her stellen bspw. die Depressionsabwehr, die Individuationsstörung sowie eine fehlende väterliche Funktion bei anderen Störungsbildern auch zentrale Merkmale dar.

Heinemann und Hopf (2007) unterscheiden grundsätzlich zwischen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität (ADHS und ADS), die sie unterschiedlichen Grundkonflikten zuordnen. Bei ADHS steht eine sehr ambivalente Beziehung zur Mutter im Mittelpunkt, aus welcher der Vater völlig ausgeschlossen ist. Bei ADS hingegen gelang dem Kind eine Ablösung von der Mutter und eine Hinwendung zum Vater, doch erlebt es in bezug auf den Vater Ablehnung und Enttäuschung, was zu einer depressiven Symptomatik führt (Heinemann & Hopf, S.74). Bei beiden Symptomverläufen geht es um eine misslungene psychische Trennung von dem mütterlichen Objekt<sup>3</sup>.

Bürgin und Steck (2007) gehen in ihren Grundüberlegungen davon aus, dass Triebimpulse und Affekte ohne angemessene Verarbeitung im vorbewussten Bereich in bewusste Ich-Teil gelangen und damit das „Ich [...]keinen Kohärenz und Kontingenz aufrecht erhalten [kann], die triadische und szenisch-narrative Kompetenz, das sekundärprozesshafte Denken, der Zusammenhang intrapsychischer Abläufe und schließlich auch die Qualität der Objekt-Beziehungsebene und die Aufmerksamkeit [...] rasch [wechseln] oder [...] dysfunktional [erscheinen] (ebd., S.317). Für eine angemessenen Ausbildung ganz basaler regulatorischen Fähigkeiten braucht der Säugling die stabile und von ausreichender Einfühlbarkeit geprägte Beziehung zur primären Bezugsperson. Vor diesem Hintergrund verstehen sie die Aufmerksamkeitsstörung und Hypermotorik als Ausdruck einer sehr frühen unzureichenden Betreuungsperson-Kind-Interaktion. So sei bei der ersteren die „containing-function“ der primäre Bezugsperson „ungenügend und nicht im Stande [gewesen], die Aufmerksamkeit des Säuglings lustvoll auf ein gemeinsames Ziel zu lenken, Vertrauen in den gemeinsam aufgebauten zeitlichen Abläufen entstehen und eine lustvolle und vertrauenswürdige „Besetzung“ des Gegenübers sich entwickeln zu lassen“ (ebd., S. 318).

---

<sup>3</sup> Ich spreche an dieser Stellen von „Objekt“, weil ich damit signalisiere, dass ich nicht die reale Mutter, sondern das subjektive Bild des Kindes von seiner Mutter meine. In dieses subjektive Bild sind viele Erlebnisse (auch phantasmatischer Natur) soz. „eingeschmolzen“.

### *Frühe traumatische Erfahrungen*

Diese können sich auf Realtraumatisierungen, wie Vernachlässigung, Verwahrlosung sowie bestimmte Formen von Heimerfahrungen beziehen (vgl. bspw. Rutter & the ERA study team, 1998; Rutter, Kreppner, O'Connor & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team, 2001; Rutter et al., 2002), aber auch auf psychisch erlittene traumatische Beziehungserfahrungen trotz sicher gestellter materieller Versorgung. Vor allem die Kinder der ersten Gruppe können die Diagnose einer Bindungsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 2005) erhalten.

Nach Basquin (2002) kann es zu einem frühen Trennungstrauma kommen, wenn der Säugling keine ausreichende Besetzung von Seiten der Mutter erfahren konnte – das bedeutet, dass sie sich dem Säugling nicht ausreichend *innerlich* zuwenden konnte, weil sie bspw. selbst an einer schweren Depression erkrankt war. Aus der Sicht der Objekt-Beziehungstheorie spielt es eine entscheidende Rolle, ob die Mutter die Affekte des Babys aufnehmen kann – ob sie sich als *container*, als haltendes Gegenüber zur Verfügung stellen kann (vgl. Bion, Winnicott). Dies ist ihr beispielsweise nicht möglich, wenn sie zu sehr mit eigenen psychischen Schwierigkeiten zu kämpfen hat.

### *Abwehr gegen unbewusste Depression*

Viele Psychoanalytiker sehen eine unbewusste Depression entweder bei der Mutter oder beim Kind selbst als ursächlich an (Berger, 1993; Heinemann & Hopf, 2007; Perner, 2002). Da sich diese Form der Depression jedoch nicht symptomatisch manifestiert, weil sie abwehrt wird und unbewusst bleiben muss, kann sie von einem an der Phänomenologie orientierten Blick nicht erkannt und, infolgedessen, nicht diagnostiziert werden. Durch die Hyperaktivität wird die Depression sozusagen „verdeckt“ (näheres dazu bei Basquin, 2002). Im ersten Falle erfüllt die Hyperaktivität des Kindes eine Funktion für die Mutter und stellt eine Reaktion des Kindes auf die mit der Depression der Mutter zusammenhängenden Bedingungen dar. Im zweiten Falle hat das Kind selbst aufgrund bestimmter Beziehungserfahrungen eine Depression entwickelt. Die Motorik kann dann beispielsweise die Funktion haben, die Leere zu füllen, die der Objektverlust (die Abwendung der Hauptbezugsperson) hinterlassen hat. Sie wird in diesem Falle in der psychoanalytischen Theorie als manische Abwehr verstanden und dient als Reizschutz gegen Depression und Aggression. Nehmen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung die hyperkinetischen Symptome ab, werden häufig die zugrunde liegenden teilweise massiven Selbstwertprobleme und depressiven Affekte erkennbar.

### *Symbolisierungsstörung*

Innerhalb dieses Konzeptes wird vor allem das Symptom der Hyperkinese als ein Ausdruck einer *Symbolisierungsstörung* (Heinemann & Hopf, 2007, S.88ff.) betrachtet. Auch hier handelt es sich um eine Störung, die im Säuglings- oder im Kleinkindalter erfolgt. Die Symbolisierungsfähigkeit ist im Zuge der Erlangung der Objektkonstanz notwendig, um langsam die Abwesenheit und Unabhängigkeit der Mutter tolerieren zu können. Auch hier geht es um das psychische Erleben des Kindes, sich vom mütterlichen Objekt trennen zu können. Symbolisierungsstörung und Verleugnung von Trennung gehören demnach zusammen und bedingen sich gegenseitig. Klinisch äußert sich dieser Sachverhalt in bestimmten Formen von Spielstörungen, wie sie die Autorin u.a. in der vorliegenden Untersuchung beobachten konnte, beispielsweise in sehr konkretistischem und leerem Spielgeschehen, sehr reduziertem Spiel oder aber im plötzlichen Verlassen der narrativen Ebene, bei welchem das Spiel seinen „Als-ob“-Charakter verloren zu haben scheint und aus der Kontrolle geraten kann (vgl. ebd., S.100). Symbolisierungsstörungen dieser Art können als ein Zeichen von niedrigem Strukturniveau verstanden werden. Sie stellen in ihrer Intensität ein Kernmerkmal dieses Störungsbildes dar und aus ihnen leitet sich eine besondere behandlungstechnische Schwierigkeit mit bestimmten spezifischen Gegenübertragungsmerkmalen ab (s.u.). Bürgin und Steck (2007) weisen daraufhin, dass die Symbolisierungsfähigkeit oft rasch wechselt, da die Abwehrmodalitäten der Kinder die Verknüpfung von Sach- und Wortrepräsentanzen aufzulösen versuchen. So kann vorkommen, dass der Kontakt mit hyperkinetischen Kinder Denkstörungen auslöst. Diese Gegenübertragungsgefühle sind schwer auszuhalten. Als einen möglichen Grund dafür gibt Berger (1993) an, sich als ein „nutzloses, unbrauchbares und zugleich genarrtes Objekt zu fühlen, an das in einem Zuge Botschaften gerichtet und widerrufen werden“ (ebd., S.146). Die Schwierigkeit zu mentalisieren, einen Raum von Bedeutung entstehen zu lassen, in diesem Kontakt nachdenken zu können, kann den Eindruck vermitteln, dass diese Gefühle etwas so Destruktives, so „Gefährliches, weit Chaotischeres bedeute[n], als das Chaos der motorischen Unruhe“ (ebd.). In der Gegenübertragung wird meist nur wenig Bildhaftes empfunden, szenisches Verstehen zur Bedeutungsgenerierung gelingt nur schwer. Auch Hopf (2007) beschreibt, wie eingeschränkt und häufig stark konkretistisch das Assoziieren in der Gegenübertragung bleibt, als sei das Phantasieleben des Therapeuten und damit seine therapeutische Lebendigkeit gelähmt. Um Trennungen zu bewältigen und affektive Verarbeitung zu ermöglichen, ist das Kind grundlegend auf die Fähigkeit wichtiger Bezugspersonen zu symbolisieren und zu mentalisieren angewiesen (s. dazu auch Kapitel 1.2.2.4). Trennungen sind nur zu ertragen und



ziehen keine schwereren Angstzustände mit begleitendem Verlust an psychischer Struktur nach sich, wenn eine Objektkonstanz gewährleistet ist, die wiederum eine Symbolisierungsleistung ist.

### *Individuationsstörung*

Vor allem Stork (1993) hat betont, dass die Hyperkinese auch ein Ausdruck einer misslungenen Individuation sein kann: In seiner genauen Analyse der klinischen Fälle kommt er zu dem Ergebnis, dass drei Punkte für Familien mit einem hyperkinetischen Kind ausschlaggebend sind: Erstens begreift Stork die Symptomatik des Kindes als Ausdruck einer die ganze Familie betreffende Konflikthaftigkeit; das Kind wird in seinem störenden Verhalten jedoch als Symptomträger identifiziert. Als zweites Merkmal haben die Eltern ein eigenes unbewusstes Interesse daran, dass dieser Konflikt weiterhin unerkannt bleibt, weil der gegenwärtigen Familienkonstruktion und -konstellation eine bestimmte Funktion zukommt. Das Kind dient drittens von Beginn an als eine Projektionsfläche für die unbewussten Bedürfnisse der Eltern und wird von ihnen nicht in seiner Eigenständigkeit wahrgenommen (vgl. auch Perner, 2002). Vor diesem Hintergrund wird klar, dass das Kind sich nicht verändern, also trennen und entwickeln darf, weil sonst das von den Eltern benötigte Gleichgewicht gefährdet würde.

### *Fehlende Triangulierung*

Hier geht es um das „Fehlen der väterlichen Funktion“ (Heinemann & Hopf, 2007, S.115ff), wodurch die Individuation vor allem des Jungen durch die fehlende Beziehung zum Vater entscheidend behindert wird. Die Bindung an das mütterliche Objekt ist daher sehr stark. Auch in diesem Fall misslingender Trennung zeigen die Jungen neben der Hyperkinese häufig sexualisiertes und aggressives Verhalten. Sexualisierung und Aggressivierung wird von manchen Autoren nochmals separat behandelt, in dieser Arbeit werden diese Verhaltensweisen jedoch in direktem Zusammenhang mit der fehlenden väterlichen Präsenz vor allem in psychischer Hinsicht<sup>4</sup> gesehen. Fehlt der Vater als innere Struktur in Form eines Repräsentanten des „Dritten“, fehlt dem Kind die Möglichkeit, sich ohne größere Verlustängste von demjenigen Elternteil zu trennen, auf welches es so angewiesen ist.

---

<sup>4</sup> Ich kann an dieser Stelle nicht ausführlich darauf eingehen, dass es sich bei der Fähigkeit zur Triangulierung um einen zentralen psychischen Entwicklungsschritt handelt, den sowohl die Mutter als auch der Vater idealerweise vollzogen haben sollten, der beide letztlich in die Lage versetzt, sowohl sich selbst als auch das Gegenüber in bezogener und nicht destruktiver Weise zu begrenzen.

Gleichzeitig entwickeln sich vor dem Hintergrund dieser ausschließlichen und ausschließenden Verbindung massive Ängste vor übergroßer Verschmelzung (Inzestängste) und vor eigenen, mit Befreiungswünschen verbundenen, heftigen Aggressionsimpulsen. Vor allem Jungen fehlt ein Identifikationsobjekt für den notwendigen Objektwechsel, der die Voraussetzung für eine sichere, männliche Geschlechtsidentität darstellt. Als Folge hiervon können davon betroffenen Jungen „hyperphallisches“, übertrieben „männliches“ oder machoartiges Verhalten mit deutlich aggressiven Impulsen zeigen.

#### **1.2.2.6 Das theoretische Modell der vorliegenden Untersuchung**

In den vorangegangenen Subkapiteln wurden unterschiedliche Sichtweisen auf die *Hyperkinetische Störung* dargestellt. Es wurde dargestellt, dass viele Forschungsergebnisse für die Annahme eines transaktionellen Entstehungsmodelles sprechen. Das theoretische Fundament dieser Untersuchung ist ein Modell, das die *Hyperkinetische Störung* primär als eine Affektregulierungsstörung versteht. Dies schließt nicht aus, dass ein Kind, das später die zu diesem Krankheitsbild gehörigen Kardinalsymptome zeigt, als Temperamentsfaktor eine biologische Prädisposition oder Vulnerabilität für die spätere Entwicklung einer *Hyperkinetischen Störung* in sich trägt. Zwei Aspekte sind für dieses Modell zentral: zum einen das Verständnis der *Hyperkinetischen Störung* als Affektregulierungsstörung und zum Anderen die vermutete interaktionelle Pathogenese.

In diesem Modell entwickelt das Kind in Abhängigkeit zur Fähigkeit der Bezugsperson, mit den Affekten des Kindes feinfühlig umgehen zu können, ein komplementäres Beziehungsschema, das eine Vorstellung von sich selbst (Selbstrepräsentanz), von der Bezugsperson (Objektrepräsentanz) sowie von der Beziehung zu der Bezugsperson (Objektbeziehungsfigur) enthält, mit dem jeweils dazugehörigen Affekt, was sowohl Stern (1985, 1989; s.u.) als auch Kernberg (1985) hervorheben. Mit anderen Worten formuliert wird im Rahmen dieses Verinnerlichungsprozesses aus der Frage: „Wie geht meine Bezugsperson mit meinen Affekten um?“ die Frage: „Wie gehe ich selbst mit meinen Affekten um?“. Diese komplementäre Struktur ist in vielen Modellen zentral – in der Objektbeziehungstheorie, im *internal working model* nach Bowlby, aber auch im Modell der Beziehungsschemata nach Baldwin (1992). Im Kapitel 1.3 wird ausführlicher auf die unterschiedlichen Modellvorstellungen zu sprechen kommen sein. In diese Beziehungsschemata sind die frühen affektiven Regulationserfahrungen mit eingeflossen, wie Daniel Stern (1985, 1989) es beschreibt. In seiner Konzeption von generalisierten Ereignisrepräsentationen fließen interaktive Mikrosequenzen im Sozialverhalten zwischen

Kind und Bezugsperson mit ein, die den Affekt, das Arousal, die Aufmerksamkeit sowie Nähe und Bindung regulieren (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2.4). Der Säugling, das Kleinkind und das Kind bilden also Beziehungsschemata auf der Grundlage von Erfahrungen aus, ob sie im Kontakt mit der Bezugsperson Beruhigung bzw. Abmilderung der affektiven Zustände erfahren haben oder nicht. Sind die Erfahrungen zu schmerzhaft oder angsterzeugend, muss das Kind Abwehrmaßnahmen gegen eine Wiederholung solcher Erfahrungen ergreifen (psychoanalytische Konzept der Abwehr, oder auch das Konzept der *defensive exclusion* nach Bowlby, s. dazu ausführlicher Kapitel 1.3.3). Diese Erfahrungen, die in den Beziehungsschemata gespeichert werden, bilden die entscheidende Grundlage für die Fähigkeit, über das Symbolisieren und Nachdenken-Können Affekte zu regulieren, bzw. zu mentalisieren, wie Fonagy et al. (2004) es beschrieben haben. Das Kind internalisiert, verankert die vielfältigen Beziehungserfahrungen zusammen mit deren affektiven Merkmalen (die sich zu Invarianten ausbilden) dauerhaft in neuronalen Netzwerken. Die Möglichkeiten zur Mentalisierung und Affektregulierung bilden ihrerseits die Grundlage und sind Teil der sich entwickelnden sogenannten Ich-Funktionen mit ihren synthetisierenden und integrierenden Aufgaben, zu denen die Gedächtnis, Aufmerksamkeitsleistung und intellektuelle Denkfähigkeit gehören (bspw. Gilmore, 2000).

Die theoretische Verbindung zwischen Mentalisierung und Beziehungsschemata besteht in zweifacher Weise: zum einen gibt es die nicht beobachtbare psychische Ebene mit den hypostasierten affektiven Beziehungsschemata, in deren Objektrepräsentanzteil die Fähigkeit der Bezugsperson zu mentalisieren verankert ist. Zum anderen äußert sich die dadurch gewonnene Fähigkeit zur Mentalisierung in der Fähigkeit, die Beziehungsschemata symbolisch darzustellen, sei es sprachlich, oder, für unsere Untersuchung relevanter, sprachlich-spielerisch. Anders herum ausgedrückt: bezogen auf unsere Untersuchung lassen die spielerisch dargestellten Beziehungsschemata das Ausmaß der Fähigkeit zu mentalisieren und damit, Affekte zu regulieren, erkennen.

In dem von mir zugrunde gelegten Modell interagieren also das Temperament des Kindes mit und dessen genetischen Disposition auf der einen Seite mit der Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit der Bezugsperson auf der anderen Seite. Möglicherweise tragen Hirnschädigungen zu einer Ausbildung der Kardinalsymptome bei oder lösen diese sogar aus. Die Beziehungserfahrungen werden ihrerseits in Abhängigkeit des Temperaments des Kindes in individueller Weise erlebt, was zu einer Überformung oder subjektiven Umarbeitung der Realerfahrung führt. Die in den neuronalen Netzwerken abgelegten internalisierten Beziehungserfahrung sind durch diese subjektiven, von individuellen Wünschen geprägte

Verarbeitung stark gefärbt (Abbildung 1.6 zeigt die beschriebenen systemischen Vorgänge graphisch).

Das Ziel meiner Dissertation ist es, die Beziehungsschemata sowie einen bestimmten Aspekt der Affektregulation – namentlich den Umgang mit potentiell emotional angsterzeugender Information in Form emotionaler Dilemmata - von hyperkinetischen Kinder im Vergleich zu einer gesunden Stichprobe zu untersuchen. Wie die Abbildung 1.6 veranschaulicht, sollen diese sich auch im Spiel zeigen. Dazu gibt es, meines Wissens nach, noch keine Untersuchungen. Als probates methodisches Instrument hat sich die *MacArthur story stem Battery* (MSSB) erwiesen, die die Fähigkeit von Kindern überprüfen will, ihre Affekte angesichts emotional aufgeladener, hypothetischer affektiver Dilemmata in symbolischer Weise (über das Spiel und die Sprache) zu regulieren. Im Kapitel zur Fragestellung und Ableitung der Hypothesen (Kapitel 1.5) werden die erwarteten Unterschiede in den Beziehungsschemata und der narrativen Affektregulierung bei den Kindern mit einer *Hyperkinetischen Störung* im Vergleich zu den Kontrollgruppenkindern eingehend beschrieben.

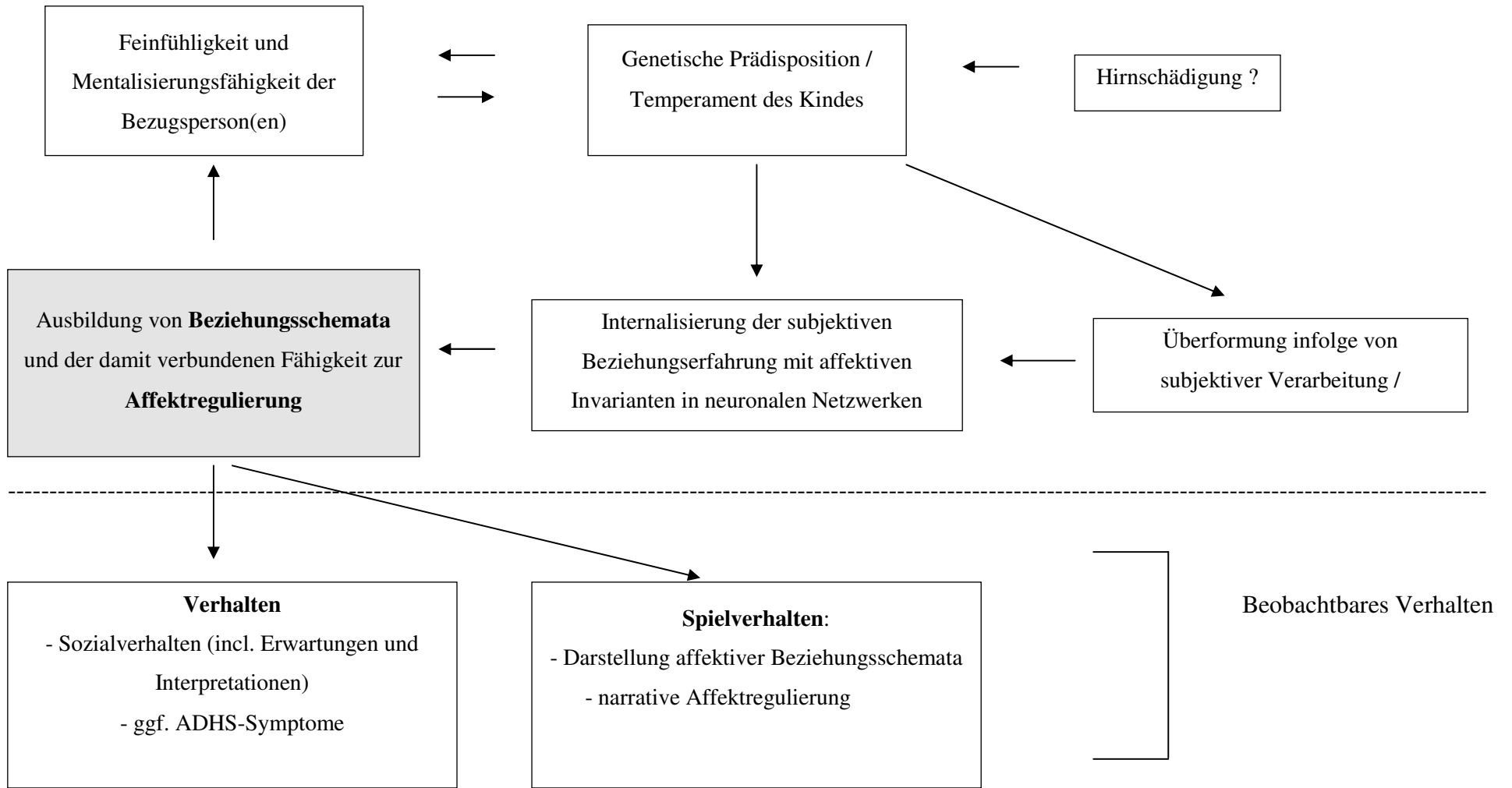


Abbildung 1.2: Entwicklungsmodell von Beziehungsschemata und Affektregulierung

### 1.2.3 MEDIKAMENTENEFFEKTE

In unserer naturalistischen Untersuchung bekommen Kinder mit ADHS nach sorgsamer Indikation MPH, und der zweiten Teil dieser Arbeit untersucht die Frage nach den Veränderungen in den Beziehungsschemata nach erfolgreicher *treatment-as-usual-Intervention*. Es wird in diesem Kapitel knapp der Forschungsstand referiert.

Nach Leins (2004) gilt insgesamt die kurzfristige Wirksamkeit von Stimulanzien im Bereich der ADHS-Kernsymptomatik bei Kindern zwischen 6-12 Jahren als sehr gut belegt: Die Responder-Rate liegt zwischen 70 und 75% (Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Wagner, 2002), die Effektstärke im Vergleich zu einer Plazebobehandlung bei 0.8-1.0 für Verhaltensmaße und bei 0.6-0.8 für kognitive Maße (zit. n. Leins, 2004, S.77). Trotz der hohen Effektstärke zeigt jedoch ein hoher Anteil der Kinder weiterhin eine Restsymptomatik (NIH, 1998; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; zit. n. ebd.). So kommen Spencer et al. (1996) nach der Durchsicht von 155 kontrollierten Therapiestudien zu dem Ergebnis, dass ca. 70% der hyperaktiven Kinder deutliche Verbesserungen im Bereich der ADHS-Kernsymptomatik, jedoch geringe Verbesserungen im Sozialverhalten, in der akademischen Leistung und in familiären Beziehungen zeigten (zit. n. ebd., s. dazu Tabelle 1.5).

**Tabelle 1.5: Kurzzeiteffekte von Stimulanzienbehandlung (zit. n. Döpfner et al., 2000, S. 28)**

1. Verminderung der hyperkinetischen Symptomatik (häufig)
- Reduktion von hyperkinetischen, störendem und impulsiven Verhalten
- Verbesserung der Handschrift
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer
- Verminderung der Ablenkbarkeit
2. Verminderung der oppositionellen und aggressiven Symptomatik (manchmal)
- Verminderung von oppositionellem Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen
3. Verbesserung der Beziehungen (manchmal)
- Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung
- Verbesserung der Lehrer-Kind-Beziehung
- Verbesserung der Beziehung zu Gleichaltrigen
- Verbesserung der soziometrischen Position in der Klasse
4. Verbesserung der schulischen Leistung (manchmal)
- Verbesserung der Genauigkeit bei Schulaufgaben
- Verminderung von Flüchtigkeitsfehlern
- Steigerung des Anteils vollendeter Aufgaben

---

Döpfner et al. (2000) beschreiben zusammenfassend, dass sich bei Respondern im Sozialverhalten „ein Rückgang oppositioneller Verhaltensweisen gegenüber Erwachsenen und gleichzeitig eine Zunahme erwünschter Verhaltensweisen“ zeigen könne, was auf den Rückgang der Impulsivität unter MPH zurückgeführt wird. Auch eine Verbesserung der sozialen Akzeptanz in der Gleichaltrigengruppe habe sich gezeigt, allerdings würden diese Veränderungen vermutlich auf einen Rückgang der aggressiven Verhaltensweisen zurückgehen, während prosoziale Verhaltensweisen sich nicht veränderten (Schachar & Tannock, 1993; Spencer et al., 1996, zit. nach Döpfner et al., 2000). Bezogen auf den Einfluss auf die intrafamiliären Beziehungen sind hyperaktive Jungen unter Einnahme von Psychostimulantien weniger negativ, folgsamer ihren Müttern gegenüber in Situationen, die eine Aufgabenbearbeitung erfordern, während umgekehrt ihre Mütter weniger direktiv und kritisierend sind (Hinshaw, Heller & McHale, 1992, zit. n. Olson, 2002).

Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass MPH bei hyperaktiven Kindern zu einer signifikanten Reduktion von negativen und off-task Verhaltensweisen führt und dass insgesamt die unmittelbare und allgemeine Folgsamkeit erhöht wird (Barkley, 1990a; Hinshaw & McHale, 1989, zit. n. Sandberg, 2002). Zudem zeigte sich in der Untersuchung von Schachar, Taylor, Wieselberg, Thorley und Rutter (1987), dass die Medikation des Kindes zu einer Zunahme an Wärme und zu einer Abnahme an Kritisierung von Seiten der Mütter führte, während die Kohäsion der Familie, die Effektivität des elterlichen Erziehungsstiles sowie die Interaktionsmuster unverändert blieben (zit. n. Sandberg, 2002). Sandberg (2002) weist jedoch angesichts der Begeisterung, die die ersten Mutter-Kind-Interaktionsstudien durch ihre Ergebnisse unter Medikation (Zunahme an kindlicher Folgsamkeit und Abnahme an mütterlicher Intrusivität und Direktivität) auslöste, mit Vorsicht darauf hin, dass die medizierten Kinder in ihrem Sozialverhalten deutlich zurückgezogener wirkten. Tatsächlich könnte es sein, dass die vormals negative Interaktion zwischen Eltern-Kind durch fehlende Interaktion ersetzt wird – und dies bei den belasteten Müttern zu positiveren Beurteilungen ihrer Kinder führt, und zwar aus dem alleinigen Grund, von den Kindern weniger in Anspruch genommen zu werden. Nach Sandberg (2002) wird dieser Gedanke auch durch diejenigen Ergebnisse der MTA-Studie gestützt, die in Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status in der Beurteilung der Eltern eine Abnahme an Nähe und positiver Interaktion mit den medizierten Kindern verzeichneten.

Der Einfluss der Medikation auf das Verhalten des Kindes und die damit verbundene Verbesserung bestimmter interaktioneller Parameter, die sich in vielen Studien gezeigt hat, ist das Kernargument der Hypothese von organischem Defizit. Allerdings sind die Befunde nicht

durchgehend konsistent: bspw. zeigten sich deutliche Veränderungen im elterlichen Verhalten, wenn das Kind mediziert wurde, häufig nur bei gemeinsamer Aufgabenbearbeitung und nur bei hohen Medikationsdosen (Johnston & Mash, 2001, S.191). Johnston und Mash (2001) verweisen darüber hinaus auf methodische und theoretische Einschränkungen wie ein kurzer Medikationszeitraum (zumeist 1-2 Wochen), die mangelnde ökologische Validität der Laboruntersuchungen, die häufig kleinen Stichprobengrößen, die Unmöglichkeit, differentielle Veränderungen in den Symptomen bei HKS einerseits und Verhaltensstörungen andererseits auszumachen, sowie die grundsätzliche Inkonsistenz der Effekte über die Messinstrumente, Messungen und Situationen hinweg. Sie weisen dezidiert auf die Versuchung hin, aufgrund der gefundenen Effekte auf kausale Zusammenhänge zwischen den Symptomen und Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung zu schließen – Aussagen darüber allerdings erlauben diese Untersuchungsergebnisse nicht.

Wenn auch viele Fragen grundsätzlicher Natur hinsichtlich der Medizierung von hyperaktiven Kindern offen sind, so kann man dennoch festhalten, dass sich nicht nur Veränderungen im Bereich der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität zeigen, sondern auch im affektiven Bereich, wenn sich vor allem hinsichtlich des Sozialverhaltens ein Rückgang an oppositionellem / aggressivem und impulsivem Verhalten zeigt – dies wird von den Eltern häufig gleichzeitig als zurückgezogen erlebt. Es leuchtet ein, dass sich allein aufgrund des Wegfalles an sozial inadäquatem Verhalten kein positives Sozialverhalten zeigen kann. Womit hängt jedoch der „Rückzug“ zusammen, der von den Eltern häufig sogar als „depressiv“ erlebt wird? Was verändert sich in Folge der Medikation im affektiven Erleben der Kinder? Wie oben aufgeführt, können sich die zuvor aversiven Eltern-Kind-Interaktionen in positiver Weise verändern. Wie erlebt das Kind diese Veränderung? Dazu gibt es meines Wissens bis lang keine systematische Untersuchung. Diese Fragen sind bei unserer Untersuchung leitend gewesen. Wir untersuchten die Kinder ein zweites Mal, nachdem sie 8-10 Wochen mit MPH behandelt worden waren, um zu prüfen, ob sich messbare Veränderungen in unseren Untersuchungsvariablen ergeben hatten.

### **1.3 DAS SYMBOLISCHE SPIEL UND FORMATE VON SOZIO-EMOTIONALEM WISSEN**

Untersuchungen des sozio-emotionalen Wissens von jungen Kindern, also desjenigen Wissens, welches sich auf ihre zwischenmenschlichen Erfahrungen bezieht, fußen in der Regel auf ihrer Fähigkeit, diese symbolisch im Spiel darzustellen. Dieses Wissen haben die Kinder in bestimmten Formaten abgelegt. Die für unsere Untersuchung wichtigsten Modelle von Wissensformaten werden im folgenden Kapitel dargestellt. Hierbei werden drei



Schwerpunkte gesetzt: die generalisierten Erlebniserinnerungen als ein Format sozio-emotionalen Wissens werden aus der konstruktivistischen und der bindungstheoretischen Perspektive sowie nach Daniel Sterns Ansatz vorgestellt. Im Kapitel 1.3.1 werden einige grundsätzliche entwicklungspsychologische Sachverhalte zum symbolischen Spiel dargelegt, die den theoretischen Hintergrund für die Verbindung von Erfahrung und dem, was im Spiel dargestellt wird, liefern. Die Ausführungen zum symbolischen Spiel wenden sich am Ende des Kapitels dem Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit im engeren Sinne zu - dem Narrativ.

### **1.3.1 DAS SYMBOLISCHE SPIEL**

Da es, wie G. Fein (1981) betont, unmöglich ist, zu einer umfassenden und präzisen Definition des Spiels allgemein in seinen verschiedenen Aspekten zu gelangen – bereits von Berlyne (1969) wurde vorgeschlagen, sich dabei auf einzelne Untergruppen bzw. Kategorien von Spielverhalten zu beschränken, da „Spiel“ als Gattungsbegriff nicht zu einer präzisen und operationalen Definition führt – beziehen wir die weiteren Ausführungen in diesem Kapitel nur auf das *symbolische Spiel*.

Ein Kernmerkmal des symbolischen Spiels ist die Objekttransformation oder -substitution. Das heißt, das Kind deutet einen Spielgegenstand nach eigenen Wunsch- und Zielvorstellungen um oder Abwesendes wird nur innerlich repräsentiert (Oerter, 1995; Einsiedler, 1999). Das symbolische Spiel enthält also einen Akt der Vorstellung. Dieser schließt bewusste und unbewusste Phantasien und Wünsche mit ein (Neubauer, 1987), aber auch Ereignis- und Beziehungsrepräsentationen aus dem sozialen Umfeld, d. h. aus den Erfahrungen, die das Kind bislang gemacht hat (vgl. Oerter, 1995). Ferner zieht das Spiel einen physischen Akt nach sich, durch den die Vorstellungstätigkeit in beobachtbares Verhalten überführt wird (Neubauer, 1987). Drittens ist das symbolische Spiel mit einem Bewußtsein dafür verbunden, dass das, was dargestellt wird, in der Realität außerhalb des Spielrahmens etwas anderes bedeuten kann – d.h. die Handlung wird auf einer Ebene symbolischer Bedeutung ausgeführt (Neubauer, 1987). Dies wird auch als Wechsel des Realitätsbezugs bezeichnet (Oerter, 1995). Betrachtet man die Entwicklung des symbolischen Spiels, so schreitet sie von der anfänglichen Symbolisierung einfacher vertrauter und selbstbezogener Handlungsschemata (das Kind tut so, als ob es schläft) fort zu einer zunehmend komplexen Struktur (Belsky & Most, 1981; Bretherton, 1984; Einsiedler, 1999; Nicolich, 1977). Die Entwicklungsschritte erfolgen auf den drei Dimensionen *Dezentrierung*, *Dekontextualisierung* und *Sequentierung* (Bretherton, 1984; Piaget, 1959/1975).

*Dezentrierung* bedeutet eine Veränderung vom selbstbezogenen Spiel hin zu Aktionen mit Personen oder Figuren. Am Ende steht eine komplexe Rollenstruktur im Spiel, bei der das Kind Spielobjekten verschiedene Rollen zuweist und sie miteinander interagieren lässt, ohne sich selbst als Teilnehmer in diesem Spiel zu verstehen. Dies setzt eine Perspektivübernahme voraus. *Dekontextualisierung oder Objektsubstitution* bedeutet, dass Objekte und Handlungen intern repräsentiert werden können. Das Kind ist bei seinem ‚so-tun-als-ob‘ immer weniger auf realistische oder perzeptuell ähnliche Objekte angewiesen und kann zunehmend Objekte für etwas anderes setzen (Stein = Känguruh) oder mit erfundenen, rein imaginären Objekten umgehen. Bei der *Sequentierung* verändert sich die Handlungskomponente bezüglich einer zunehmenden Integration von Abläufen in eine geordnete Folge von Ereignissen. Man unterscheidet zwischen der kombinierenden Anwendung eines Einzelschemas auf mehrere Fälle (z.B. verschiedene Spielfiguren füttern) und der Kombination unterschiedlicher Schemata zu einer sinnvollen Sequenz (füttern, waschen, zu Bett bringen). Wenn die Kinder Sequenzen spielen, gewinnt das Moment der Skripts an Bedeutung.

Das symbolische Spiel geht aus dem sensumotorischen Spiel hervor und ist abzugrenzen von den stärker an Sachbezügen und sozialen Vereinbarungen orientierten Konstruktions- und Regelspielen, die erst später in der Entwicklung auftreten und im Schulalter gegenüber dem Symbolspiel dominieren können (Einsiedler, 1999; Piaget, 1959/1975).

Übereinstimmend in verschiedenen Kulturen kommt es zu Beginn des zweiten Lebensjahres zu den ersten symbolischen Spielhandlungen. In einer entwicklungspsychologischen Studie bestätigen Singer und Singer (1990) den von Piaget (1959/75) angenommenen Verlauf des symbolischen Spiels. Sie dokumentieren eine Hochphase des symbolischen Spiels zwischen drei und sechs Jahren und einen allmählichen Rückgang im Schulalter. Die symbolische Aktivität findet jedoch einen Fortgang in den fiktiven Rollenspielen des Schulalters sowie in Erzählstrukturen und Tagträumen (Einsiedler, 1999).

Piaget betrachtete bahnbrechend das symbolische Spiel als Übergang von der sensumotorischen Intelligenz zur Fähigkeit, Dinge in der Vorstellung zu repräsentieren. Mentales Repräsentieren ist demnach eine entscheidende Voraussetzung für Prozesse der Symbolisierung. Nach Piaget beginne das repräsentative Denken ab dem Augenblick, ab dem das Bezeichnende (signifiant) sich vom Bezeichneten (signifié) unterscheidet (zit. n. Golse, 2001, S. 172). Jedes Objekt rufe dann ein Bild hervor. Dafür ist nach Piaget die *symbolische (oder semiotische) Funktion* notwendig, unter welcher die Fähigkeit verstanden wird, mittels

Zeichen oder Symbolen Objekte oder Situationen innerlich aufzurufen, die aktuell nicht vorhanden sind (ebda.). Als Mittel zur Aufrufung können die Sprache, die verzögerte Imitation, das mentale Bild, die Zeichnung oder das symbolische Spiel dienen. Diese Funktion wird das Denken vom Handeln ablösen und die Repräsentation bilden.

Das symbolische Denken ist einerseits semiotisch, andererseits in der Weise symbolisch, als das Kind die inneren Bilder wie wahrhaftige Substitute für die Objekte benutzen wird und es denken wird, indem es Beziehungen zwischen diesen Bildern herstellen wird. Diesen inneren Bildern gegenüber wird sich das Kind in der gleichen Weise verhalten, wie den Objekten im senso-motorischen Stadium. Für Piaget ist das mentale Bild nicht eine einfache Verlängerung der Wahrnehmung: es ist etwas in Abhängigkeit des individuellen Erfassens und des individuellen Verständnisses Konstruiertes, es ist eine Funktion dessen, was das Kind von der Realität assimiliert haben wird (ebd., S.277 ff). Piaget betont insbesondere, dass das symbolische Spiel über seinen das Denken strukturierenden Aspekt hinaus hauptsächlich affektiven Bedürfnissen genügt (ebd.).

Sigmund Freud hob in der Arbeit „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) das besondere Merkmal der Wiederholung beim symbolischen Spiel hervor, das ebenfalls auf affektive Bedürfnisse folgt. Dieser regelrechte Wiederholungszwang ver helfe dem Kind zu einer besseren Bewältigung in Form von subjektiv empfundener Beherrschung un lustvoller Ereignisse, in dem es im Spiel dieser aktivisch statt passivisch habhaft werden kann. Dabei stelle die Wiederholung im Sinne von Wiederfinden des Gleichen, der Identität, eine Lustquelle dar (S. 245 ff). Vermutlich trägt das Auffinden und später Wiederfinden bestimmter situationaler und damit verknüpfter emotionaler Invarianten zur Schaffung von Selbstkohärenzerleben als auch Umweltkohärenzerleben bei (s. dazu auch Kapitel 1.3.5).

### **1.3.2 GENERALISIERTE ERLEBNISERINNERUNGEN – DIE KONSTRUKTIVISTISCHE POSITION**

Überraschenderweise war Piaget (1959/1975) einer der ersten, der darauf hinwies, dass sich im symbolischen Spiel ein Beziehungswissen der Kinder ausdrückt. Bei Piaget findet sich neben einer Auseinandersetzung mit dem symbolischen Spiel im Hinblick auf die kognitive Entwicklung eine Betrachtung des affektiven Gehalts des Symbols, wie es sich im symbolischen Spiel, aber auch in Träumen der Kinder zeigt – mit ebenso sorgfältig dokumentierten Beobachtungen. Diese ganz andere Richtung, die Piaget einschlägt, wobei er sich stark der Psychoanalyse annähert, wird von den meisten kognitionspsychologischen Rezipienten ignoriert. Trotz seiner kognitivistischen Perspektive versteht Piaget das symbolische Spiel ganzheitlich und räumt ihm eine wesentliche Funktion beim psychischen

Ausgleich des Kindes ein, die über die Konsolidierung von Handlungsschemata in der sensumotorischen Phase hinausgeht.

Nach Piaget dient das Symbol weniger dem unpersönlichen, intellektuellen Denken als der affektiven Sprache der Gefühle und Erfahrungen. Es bietet dem Kind, „eine lebendige und dynamische persönliche Sprache, mit der es seine subjektiven Erfahrungen ausdrücken kann, die nicht in die kollektive Sprache übersetzt werden können“ (ebd., S.214). Piaget unterscheidet zwischen *primären (bewussten)* und *sekundären (unbewussten)* Dimensionen des Symbols. Im Hinblick auf die nicht bewusste Symbolik grenzt sich Piaget jedoch von Freuds Begriff des Unbewussten als einer qualitativ unterschiedlichen Form des Denkens ab und befindet sich mehr im Einklang mit gedächtnistheoretischen Modellen nicht bewusster oder impliziter Vorstellungstätigkeit<sup>5</sup>.

Nach Piaget finden sich vor allem drei Gruppen von Spielsymbolen, die eine solche unbewusste Dimension enthalten. Symbole, die sich auf mit dem eigenen Körper verbundene Interessen beziehen, solche, die mit Interessen an der Geburt der Kinder zusammenhängen, und solche, die die elementaren Gefühle berühren (Liebe, Eifersucht und Aggressivität). Der Inhalt der dritten Gruppe von Symbolen bezieht sich auf relativ dauerhafte affektive Schemata. Nach Piaget (1959/1975) bewirken die ersten Bezugspersonen, die in Interaktion mit dem Kind stehen, die Entwicklung dieser affektiven Schemata<sup>6</sup>: „...jede Person in der Umwelt des Kindes gibt in ihren Beziehungen zu ihm Anlaß zum Aufbau eines ‚affektiven Schemas‘, d.h. des Zusammenhangs oder des Musters verschiedener aufeinanderfolgender Gefühle, die diese Personen hervorrufen.“ (ebd., S.226). Diese auf andere Personen bezogenen Schemata enthalten Gefühle interpersoneller Natur und haben an der Konstitution des „Ich“ Anteil. Sie werden später verallgemeinert und auf viele andere Personen angewendet:

*„Je nachdem, ob die ersten interindividuellen Erfahrungen des Kindes (...) mit einem verständnisvollen oder autoritären, einem liebevollen oder brutalen (usw.) Vater gemacht wurden, wird das Kind in der Folge alle möglichen Personen an das*

---

<sup>5</sup> Diese Unterscheidung zwischen bewußter und unbewußter Symbolik ist „relativ, weil jedes Symbol gleichzeitig bewußt und unbewußt ist. Bewußt ist es stets in seinem Resultat (...). Was die Assimilation selbst anbetrifft, die das Resultat erbracht hat, so wird sie zweifellos niemals vollständig bewußt werden, weder vom Affektiven aus, noch vom Gesichtspunkt ihrer intellektuellen Bedeutung aus“ (Piaget, 1959/1975, S.222). Jedes Symbol „kann zu seiner unmittelbaren und vom Subjekt verstandenen Bedeutung auch tiefere Bedeutungen enthalten, genau wie eine Idee – über das hinaus, was sie in einem Augenblick bewußt in der ablaufenden Überlegung umfaßt – eine Reihe von Implikationen enthalten kann, die im Augenblick oder auch seit langem für das denkende Subjekt unbewußt sind“ (ebd., S. 223).

<sup>6</sup> Wenn Piaget von „affektiven Schemata“ spricht, so meint er damit den affektiven Aspekt personenbezogener Schemata, die im übrigen ebenfalls kognitiv sind.

*Vaterschema assimilieren (und wenn diese Beziehungen zum Vater die ganze Jugend des Kindes geprägt haben, könnte das während des ganzen Lebens so bleiben). Je nach der Art der Gefühle, die es im Kontakt zur Mutter erfahren hat, wird es – oft für das ganze Leben – auf eine bestimmte Art lieben, denn auch hier assimiliert es teilweise seine späteren Liebeserlebnisse an diese erste Liebe, die die tiefen Gefühle und die Verhaltensweisen formt.*“ (ebd., S.265).

Diese Konzeptualisierung ähnelt stark den „internal working models“ nach Bowlby (1969/1982, 1973, 1980), die ebenfalls teils unbewusst bleiben (vgl. das Konzept der „defensive exclusion“).

Kognitive Strukturen wurden - was Blatt (1990) in einer gelungenen Zusammenfassung darstellt - in unterschiedlicher Weise konzeptualisiert und untersucht: beispielsweise als Schemata (Piaget 1959/1975 und 1950/1975; Neisser, 1967), Pläne (Miller, Galanter und Pribram, 1960), als Prototypen (Fiske & Taylor, 1984), Erwartungen (Feather, 1966), Szenen (Tomkins, 1979), Skripts (Schank & Abelson, 1977) und – allgemeiner gefaßt – als die Fähigkeit, Bedeutung zu verleihen, was als „konstruktivistischer“ Ansatz bezeichnet wurde (z.B. Bruner, 1986; Gardner, 1985; Goodman, 1984). Diese Ansätze beschreiben, wie Individuen kognitive Strukturen (Schemata, Pläne, Erwartungen oder Skripts) entwickeln, die ihre Erfahrungen organisieren und abbilden. Kognitive Strukturen lassen sich als bewertende (Prä-)Systeme (appraisal systems) verstehen, die das Erleben von Ereignissen und die Verarbeitung von Informationen beeinflussen. Es handelt sich um relativ dauerhafte psychologische Strukturen, die sich im Verlauf des Lebens herausbilden und richtungsgebend sind für menschliche Erfahrung und menschliches Verhalten (Blatt, 1990).

Die Theorie der mentalen Repräsentationen von Katherine Nelson (1981, 1993, 1999) aus dem Bereich der *social cognition* Forschung ist ein bekannter Ansatz, Repräsentationen von sozialer Interaktion bei Kindern zu definieren. Sie entwickelte einen eigenen Zugang zur Frage, wie Kinder bestimmte Bereiche ihres sozialen Umfeldes innerlich abbilden. Baldwin (1992) ordnet dieses Konzept innerhalb der *social cognition* Forschung dem Bereich der Situationswahrnehmung (situation perception) zu, neben den er noch die Bereiche der Personenwahrnehmung (person perception) und der Selbstwahrnehmung (self perception) stellt. Nelsons Arbeiten fußen auf dem Konstrukt der Skripts oder *Generalized event representations* (kurz: GER), die sie als konstituierende Grundeinheiten des Wissensaufbaus und der Wissensassimilierung des Menschen, seines Gedächtnisses und *aller* seiner kognitiven Prozesse definiert. Nelson wies durch die Einführung dieses Konstrukts dem von Kindern gezeigten Spielverhalten die Bedeutung eines fundamentalen Lernprozesses zu.

Ausgangspunkt von Nelsons empirischen Untersuchungen war die Art und Weise, wie Kinder Wissen von Routineereignissen wiedergeben.

Skripts sind somit gespeicherte Vorstellungen, die einen hohen Erklärungswert in bezug auf eine (soziale) Situation haben. Der Erklärungswert ergibt sich in erster Linie aus den kausalen (Kausalkette, s.o.) und temporalen Relationen (Sequenz, s.o.), die diese Vorstellungen vermitteln, sowie ihrer breiteren Anwendbarkeit (infolge ihrer abstrahierten Form). Diesen Vorstellungen von Situationen liegen vorangegangene Erfahrungen mit Situationen zugrunde, die ähnlich genug sind. In einem weiteren Schritt kommt diesen Vorstellungen prädiktiver Wert zu. Zu den Grundcharakteristika von Skripten, in Abgrenzung zu anderen Formen der Schematisierung, zählt Nelson einmal einen *organisierten Wissenskorpus* sowie die Form von Skripten als *generalisierter Strukturen* mit *temporokausalen Relationen* (Nelson & Gruendel, 1981). Genaugenommen gehört die Wiedergabe in Skriptform zum Spiel der Nachahmung. Nelson findet mit ihren Untersuchungen etwas über ein *Handlungswissen* der Kinder in sozialen Situationen heraus, das in Skriptform gelernt und abgespeichert sein könnte. Damit beschreibt Nelson die *strukturelle* Komponente von sozialen Situationen. Mit der alleinigen Untersuchung von erinnerten *Handlungssequenzen* werden jedoch wichtige Teile dessen, was soziale Interaktion auch ist, nämlich eine affektive Beteiligung der Interaktionspartner, außen vor gelassen. Es kann nun problematisiert werden, dass Nelson aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse folgert, dass Skripts Grundbausteine *aller* kognitiven und affektiven Prozesse (incl. der Sprache) seien, zu denen der Mensch fähig ist. Diese Untersuchungsergebnisse hat sie jedoch anhand eines spezifischen Untersuchungsgegenstandes gewonnen (Nachahmung von Routineereignissen im Spiel), den sie wiederum in spezifischer Weise operationalisiert hat (als gelernte *Handlungssequenzen normativer* Situationen), und den sie, mit einem speziellen Untersuchungsparadigma, das ausschließlich auf der verbalen Ebene operiert, untersucht (dem Interview), wobei sie, zu guter Letzt, die Rolle der Emotionen vernachlässigt, bzw. einen „positive emotional state“ (Nelson, 1999) annimmt. An dieser Stelle setzt die Kritik an einer Konzeption von Skripten als eines Interpretationsgerüsts von sozialen Situationen „in isolation“ ohne die einschließende Berücksichtigung des Anderen an (Baldwin, 1992). Wenn bei der Erforschung der Entwicklung von Beziehungswissen die sozio-emotionale Komponente ausdrücklich berücksichtigt werden soll, greift ein Skript-Ansatz, der sich auf die Kategorisierung rein kognitiver Information sozialer Interaktion beschränkt, also zu kurz. Zahn-Waxler, Cole, Richardson, Friedman, Michel und Belouad (1994) allerdings gehen in ihrer Untersuchung mit einem Geschichtenergänzungsverfahren davon aus, ausdrücklich Emotionen

miteinzuschließen, so dass mithilfe von Skript-Wissen emotionale Problemlösungsstrategien untersucht werden können. Relevant ist indessen Nelsons Auffassung, dass es sich bei allgemeinen Ereignisrepräsentationen von sozialen Situationen um ein implizites Wissen handelt, das erworben wird, indem die Kinder an interaktiven Aktivitäten teilnehmen. Es ist der bewussten Reflektion und Manipulation nicht unbedingt zugänglich. So versucht ein Kind zum Beispiel nicht bewusst, das Skript für ein Geburtstagsfest zu beherrschen. Diese Repräsentationen werden vielmehr in der (Spiel-)Handlung rekonstruiert und dadurch in eine explizite Form gebracht (Nelson, 1999).

Baldwin (1992) stellt in einem neueren kognitionspsychologischer Ansatz, der sich nicht nur auf Kinder beschränkt, Schemata zur Prozessierung von zwischenmenschlichen Informationen in den Vordergrund, in welchem Gedanken, Gefühle sowie Motivation ausdrücklich integriert sind. Wichtig erscheint uns an diesem Ansatz, dass Baldwin im Verlauf der individuellen Konstruktion von sozialen Erlebniskategorien von Anfang an ein Schema des Gegenübers als einem unverzichtbaren Bestandteil konzipiert. Die sog. Beziehungsschemata setzen sich aus drei Elementen zusammen (ebd., S. 468 ff): dem *interpersonellen Skript* als einer kognitiven Struktur, die eine Sequenz von Handlungen und Ereignissen eines stereotypen Beziehungsmusters beschreibt sowie *Schemata des Selbst* sowie *Schemata des Anderen*, die als Generalisierungen oder Theorien über die eigene Person und die des / der anderen in bestimmten Beziehungskontexten beschrieben werden, deren Funktion die Prozessierung sozialer Information ist. Diese Schemata sind durch ein Assoziationsnetz mit anderem deklarativen und prozeduralen Wissen verbunden, das für den bestimmten Beziehungskontext relevant ist, wie bspw. das interpersonelle Skript oder episodische Erinnerungen. Die Vorstellung, dass diese drei Elemente miteinander in einer kognitiven Struktur verknüpft sind, nennt Baldwin (1992) *conjoint schematicity* (gemeinsame Schematizität), was bedeutet, dass zu einem bestimmte Schema des Selbst auch ein bestimmtes Schema des Anderen sowie ein bestimmtes interpersonelles Skript gehören muss. Der Begriff des *conjoint priming* (gemeinsames Priming) wiederum beschreibt, dass ein Element nicht ohne die anderen aktiviert werden kann. Obwohl in diesem Modell der Beziehungsschemata der interaktionelle Aspekt grundlegend ist, beschreibt es Baldwin nicht als dynamisches Modell, sondern vielmehr eines, das sich primär auf die individuelle Perspektive von Verarbeitung sozialer Information beschränkt.

### **1.3.3 GENERALISIERTE ERLEBNISERINNERUNGEN – DIE BINDUNGSTHEORETISCHE POSITION**

Ein weiterer wichtiger theoretischer Ansatz bei Untersuchungen zur Repräsentation von Beziehungserfahrung ist der von John Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) entwickelte. Baldwin (1992) ordnet in seiner Review die Bindungstheorie der Gruppe der Objektbeziehungs- und interpersonellen Theorien zu. Wie Fonagy (1999, 2003) in beeindruckender Weise über die gegenseitigen wissenschaftlichen Befruchtungsmöglichkeiten psychoanalytischer Theorien einerseits und der Bindungstheorie andererseits heraus gearbeitet hat, ist Bowlbys Konzeptualisierung der internal working models von seinem psychoanalytischen Hintergrund stark beeinflusst. Als ein Mitglied der British Psychoanalytic Society kannte er Freuds Überlegungen zu inneren oder repräsentationalen Welt als einem Forum für experimentelle Handlung. Bowlby war ebenso mit Kleins (1932), Winnicotts (1958) und Fairbairns (1952) Ideen über den Einfluss internalisierter Beziehungen oder „innerer Objekte“ im Umgang mit gegenwärtigen Beziehungen vertraut, doch stimmte er mit vielen theoretischen Überlegungen der britischen Schule der Objekt-Beziehungen nicht überein. Insbesondere Kleins Betonung des Einflusses von Phantasien, die mehr innerem Triebleben als tatsächlicher Interaktion mit den Eltern entsprängen, lehnte Bowlby ab (Bretherton, 2001).

Auch Bowlby geht von einer dem Menschen innewohnenden Anlage aus, die ihn schon als Kleinkind Repräsentationen von der Welt konstruieren lässt, wobei das Kind auf Interaktionsmuster mit der Bezugsperson der ersten Lebensmonate zurückgreift. Daneben aber postuliert Bowlby ein weiteres biologisch-motivationales Bindungssystem, das der Mensch mit anderen Primatenarten gemein hat. In seiner Annahme, dass diesem Bindungssystem eine eigenständige Motivation zugrunde liegt, entfernte Bowlby sich sehr von der klassischen psychoanalytischen Theorie (Bretherton, 1985). Diese beiden Punkte sind die Hauptpfeiler der Bindungstheorie, die Mary Ainsworth mit Hilfe des von ihr entwickelten Paradigmas der „Fremden Situation“ als Erste empirisch zu belegen suchte.

Das biologisch-motivationale Bindungssystem des Kindes überwacht nach Bowlby die Nähe und Verfügbarkeit der Bindungsfigur oder Bezugsperson, aktiviert und reguliert Bindungsverhalten wie Schreien, Weinen, Reduktion räumlicher Distanz auf Seiten des Kindes, wenn es sich bedroht fühlt und Schutz und Sicherheit sucht. Die Bindungsfigur wird im Laufe der Zeit zur sicheren Basis für das Kind, von welcher aus es die Umwelt explorieren gehen kann (für eine detaillierte Darstellung eines Modells eines Kontrollsystems zur Regulierung von Nähe und Kontaktaufnahme mit der Bindungsfigur siehe Bretherton, 1985).



Das Konzept der „working models“ übernahm Bowlby von Kenneth Craik (1943), der aus einer evolutionstheoretischen Sicht die Konstruktion von „internal working models“ formulierte, die einem Organismus entscheidende Überlebensvorteile einbrächten. Folgende Passage wird in diesem Zusammenhang oft zitiert:

*„Mit einem Modell meinen wir also jegliches physikalische oder chemische System, welches eine ähnliche Struktur von Relationen hat wie der Vorgang, den es imitiert... Wenn der Organismus ein Miniaturmodell (small-scale model) der äußeren Realität und der eigenen Handlungsmöglichkeiten in seinem Kopf trägt, ist er in der Lage, verschiedene Alternativen auszuprobieren, die beste davon auszuwählen, auf zukünftige Situationen, bevor sie auftreten, zu reagieren, in der Auseinandersetzung mit Zukunft und Gegenwart das Wissen von vergangenen Ereignissen zu nutzen, und in jeglicher Hinsicht in einer viel volleren, sichereren und kompetenteren Art auf die Notfälle, mit denen er konfrontiert wird, zu reagieren.“ (Craik, 1943, S. 61, Übersetzung I.K.-H.)*

Craik ging davon aus, dass die working models nicht jeden erkennbaren Aspekt der Realität einzufangen bräuchten, sondern nur die „relation-structure“ (das sind die räumlichen, temporalen und kausalen Relationen zwischen den repräsentierten Ereignissen, Handlungen, Gegenständen, Zielen und Konzepten), die nötig ist, um die wahrscheinlichen Ausgänge von Alternativverhalten zu bewerten. Diese *inneren Arbeitsmodelle* (kurz: IAM) wurden also als eine Reihe von einfachen bis komplexen Analoga von wichtigen Aspekten der Welt begriffen, die innerlich repräsentiert und handhabbar sind (Bretherton & Munholland, 1999). Zwei Grundcharakteristika von Arbeitsmodellen sind denen der Skripts ähnlich, nämlich, dass mentale Repräsentationen durch Erfahrung entstehen, und deren abstrahierte Form der Speicherung, die die räumlichen, temporalen und kausalen Relationen der Erfahrung wahrtr. Bowlbys Auffassung von Arbeitsmodellen wiederum ist eine sehr allgemeine, die sich auf alle Bereiche des menschlichen Lebens und Erlebens bezieht, was gerne übersehen wird, aber es sind die IAM zum Bereich der Bindung, die Bowlby am meisten ausgearbeitet hat.

Nach Bowlbys Vorstellung bildet sich im Kind im Zuge der Interaktion mit der Bindungsfigur<sup>7</sup> ein inneres Arbeitsmodell aus, das laufend angepasst wird. Im Verlauf der kindlichen Entwicklung wird das IAM immer unabhängiger von den realen Gegebenheiten der Umwelt; dieses Konzept der Objekt Konstanz übernahm Bowlby von Piaget (1975).

---

<sup>7</sup> Die IAM sind nicht auf eine einzige Bindungsfigur beschränkt. Der Lesbarkeit halber wird zumeist im Singular von Bindungsfigur gesprochen werden, aber das Ausgesagte kann sich ebenso auf mehrere Bindungsfiguren beziehen.

Nach Bowlby entwickelt das Kind ein Arbeitsmodell des Selbst und eines der Bezugsperson. Beide zusammengenommen stellen die beiden Seiten einer Beziehung dar, die das Kind verinnerlicht. Sie sind dynamische Repräsentationen, die das Verhalten des anderen vorhersagen und verstehen lassen sowie helfen, eine eigene Antwort zu planen (Bretherton, Prentiss & Ridgeway, 1990). In diesen Arbeitsmodellen sind die grundlegenden Beziehungserfahrungen verankert, wie (emotional) erreichbar und einfühlsam die Bezugsperson hinsichtlich des Kindes ist (das IAM des Anderen). Die Erreichbarkeit und Einfühlsamkeit der Bindungsperson wiederum beeinflusst die Wahrnehmung des Kindes, für wie liebenswert es sich in den Augen der Bindungsperson hält. Davon ausgehend entwickelt das Kind dann ein Arbeitsmodell des Selbst. Beide Arbeitsmodelle sind also komplementär und können nur auf die Beziehung(en) bezogen verstanden werden, innerhalb derer sie entstanden sind und sich weiterhin entwickeln (Bretherton, 1991).

Dieser Gesichtspunkt der Komplementarität der Arbeitsmodelle ist zentral. Über Bowlbys Theorie fand dieser Aspekt erstmalig Eingang in das Feld der Entwicklungspsychologie. Er bildet auch ein zentrales Merkmal der psychoanalytischen Objekt-Beziehungs-Theorie ab, die sich freilich schon in den Dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts zu etablieren begann. Der Aspekt der Komplementarität erlaubt genauere Aussagen über die Gestalt der inneren Arbeitsmodelle. Erlebt nun ein Kind seine Bindungsfigur(en) als emotional erreichbar und unterstützend, wird es ein Arbeitsmodell des Selbst entwickeln, nach welchem es sich selbst als kompetent und liebenswert empfindet. Im Gegensatz dazu wird ein Kind, das seine Bezugspersonen in erster Linie als abweisend und nicht einfühlsam erlebt, ein komplementäres Arbeitsmodell des Selbst formen, nach welchem es sich für wertlos hält.

Problematisch ist das wiederholte Erleben des Kindes von Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken, die es bedrohen und schmerzen. Bowlbys psychoanalytische Herkunft wird am Konzept der *defensive exclusion* nochmals deutlich, und auch hiermit unterscheidet sich Bowlby von anderen kognitions- und entwicklungspsychologischen Ansätzen. Die Untersuchung von Beziehungswissen, das zu Teilen einem bewussten Zugang entzogen bleibt und dennoch in die gegenwärtige Beziehungsgestaltung eingreifen kann, ist heute ein wichtiger Hauptschwerpunkt der Attachmentforschung (Bretherton, 1990; Crittenden, 1990; Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Bowlby geht davon aus, dass das unsicher gebundene Kind mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit mindestens zwei, einander wechselseitig ausschließende Arbeitsmodelle der Bindungsfigur bilden wird. Das eine Modell – das bewusst zugänglich ist – repräsentiert den Elternteil als "gut und schreibt dessen abweisendes Verhalten dem „Böse-

Sein“ des Kindes zu. Das andere, bewusst nicht zugängliche Modell repräsentiert hingegen den gehassten und enttäuschenden Teil des Elternteils. Wird ein Bindungsmodell dem Bewusstsein unzugänglich, kann es sich den sich verändernden Umweltansprüchen nicht mehr flexibel anpassen und kann somit seine Hauptfunktion, dem Individuum als Orientierungs- und Ordnungshilfe hinsichtlich seiner sozialen Umwelt zu dienen, nicht mehr erfüllen (Bretherton, 1991). Die Ergebnisse der Gedächtnisforschung, die das Gedächtnis in prozedurale einerseits und episodische Gedächtnissysteme andererseits aufteilt, ließen Bowlby (1980) annehmen, dass der Vorgang der *defensive exclusion* möglicherweise durch eine Aufteilung und Abspeicherung von widersprüchlicher Information in unterschiedliche Gedächtnissysteme erleichtert wird. Er betrachtete die *defensive exclusion* als einen Spezialfall des normalen selektiven Informationsverarbeitungsvorgangs (Bretherton, 2001).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass das Bindungsmodell über eine bestimmte Person kein objektives Bild dieser Person, sondern die Repräsentation der Geschichte der Responsivität der Bindungsperson bezüglich der Handlungen und Absichten des Kindes zusammen mit und bezogen auf diese Bindungsperson reflektiert (Fremmer-Bombik, 1995). Nach Main et al. (1985) umfasst die Definition innerer Arbeitsmodelle also folgende Punkte: IAM sind mentale Repräsentationen, die kognitive *und* affektive Komponenten enthalten (Bretherton, 1985). Über ihre strukturierende Funktion bilden sie einen ganz entscheidenden Teil von Verhaltenssystemen, die sie auf aktive Weise beeinflussen (Bowlby, 1969). Dabei werden sie wahrscheinlich aus generalisierten Erlebnisrepräsentationen geformt (Bretherton, 1985). Im Zuge des zunehmenden affektiven und kognitiven Verständnisses des Kindes nimmt auch die Ausdifferenzierung der IAM des Selbst, der IAM der Anderen und der Welt zu.

Inge Bretherton hat Bowlbys Konzepte insofern weiterentwickelt, als sie sie mit weiteren klinischen sowie entwicklungs- und kognitionspsychologischen Erkenntnissen in Zusammenhang und Einklang brachte, und sie durch weitere theoretische Fütterung vertiefter wissenschaftlicher Untersuchung zugänglich machte.

Bretherton (1985) beschreibt das IAM des Selbst und der Bindungsfigur(en) als ein vielschichtiges hierarchisches Netzwerk von Repräsentationen, eine Epsteins *self theory* (Epstein, 1980) entlehnte Konzeption. Am Fuße der Hierarchie befinden sich konkrete, basale Ereignisschemata, die sich aufgrund von wichtigen wiederholten Erfahrungen mit bestimmten Bindungsfiguren herausbilden. Ausgehend von diesen noch erfahrungsnahen Repräsentationen („Meine Mama tröstet mich, wenn ich mir weh getan habe.“) werden zahlreiche Ebenen mit immer allgemeineren Schemata bezüglich der Bindungsfigur und des

Selbst extrahiert („Meine Mutter ist für mich da, wenn ich sie brauche.“). Wenn die allgemeineren Repräsentationen auf den höheren Speicherungsebenen den basalen Repräsentationen entsprechen, besitzt das Individuum ein kohärentes IAM, das relativ problemlos an neue Gegebenheiten adaptiert werden kann.

In ihrer letzten Arbeit, in welcher sie u.a. den Zusammenhang von IAM und dem Spielverhalten bei Kindern diskutiert, arbeitet Bretherton die theoretische Notwendigkeit heraus, Phantasien in die Konzeption der IAM aufzunehmen. Die IAM können nach dem frühen Kindesalter nicht mehr nur auf eine Repräsentation von gewohnten Interaktionsstrategien begrenzt werden. Ohne eine Konzeptualisierung von Phantasien, die nach Bowlbys Vorstellung ihren Ursprung in tatsächlichen Beziehungserfahrungen und mehr die Form von tief verankerten Hoffnungen und des Glaubens haben, ist Vieles am Spielverhalten der Kinder nicht verständlich.

Die Bindungstheorie und die Bindungsforschung haben sich nebeneinander entwickelt und immer wieder wechselseitig bereichert. So regten Bowlbys Arbeiten Mary Ainsworth zu ihrer *Baltimore study of infant attachment* an (zusammengefasst dargestellt in Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), während Bowlby seinerseits die noch nicht publizierten Ergebnisse von Ainsworths bahnbrechenden Untersuchungen zu mütterlicher Einfühlsamkeit in den ersten Band seiner Trilogie aufnahm (Bowlby, 1969/1982).

Da eine tiefgehende Darlegung und Diskussion der inzwischen immensen Literatur zur Bindungstheorie über den Rahmen unserer Arbeit hinausginge, soll hier nur eine sehr knappe Darstellung genügen. Ainsworth untersuchte im Labor das Verhalten, das Kinder zeigen, wenn sie nach einer Trennung von der Mutter für einen gewissen Zeitraum mit ihr wiedervereinigt wurden: das Paradigma der „Fremden Situation“. Dabei konnte Ainsworth drei Kategorien von Verhaltensgruppen ausmachen, die sie als sicher gebunden, unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend gebunden bezeichnete. Die sicher gebundenen Kinder suchten bei der Rückkehr der Mutter sofort und unmissverständlich Trost. Sie ließen sich schnell und anhaltend beruhigen, um daraufhin bald wieder ihr Erkundungsverhalten aufzunehmen. Fremmer-Bombik (1995) formuliert diesbezüglich, dass negative Gefühle mit Hilfe des IAM von Sicher-Gebunden-Sein in eine insgesamt positive gefühlsmäßige Erwartung über einen guten Ausgang integriert werden. Ein anderes Bild zeigt sich bei den unsicher-ambivalent gebundenen Kindern, die sich der zurückkehrenden Mutter gegenüber widersprüchlich verhalten. In ihrer Abwesenheit zeigt sich ihr Erkundungsverhalten als stark eingeschränkt. Bei der Rückkehr der Mutter suchen die Kinder zwar ihre Nähe, sind aber zugleich ärgerlich, wütend und stoßen die Mutter zurück. Da nach Fremmer-Bombik (1995)

bei diesen Kindern keine positive Erwartungshaltung über in Bezug auf das mit der Mutter verbundene IAM aufgebaut wurde, kann die Rückkehr der Bindungsfigur sie nicht in ihrem Glauben an die Zuverlässigkeit der Mutter bestärken. Somit können die negativen Gefühle nicht auf ein positives Ziel hin integriert werden, sondern es wird vielmehr in der Erwartung, die Mutter sei wieder nicht verfügbar, bestätigt. Bei der dritten Gruppe, den unsicher-vermeidend gebundenen Kindern, zeigt sich noch ein anderes Bild: diese Kinder zeigen sich in der Fremden Situation nicht beunruhigt, kehrt die Mutter zurück, vermeiden sie sogar deren Nähe. Nach Fremmer-Bombik (1995) haben die Erfahrungen der Kinder mit ihrer Bindungsfigur zu einem IAM geführt, das sie aus Befürchtung vor Zurückweisung keinen Trost mehr durch Zuwendung und körperliche Nähe erwarten und aufsuchen lässt. Auch bei diesen Kindern ist keine Integration von negativen Gefühlen in eine positive Erwartungshaltung möglich. Bei der vierten Gruppe, den desorganisierten / desorientierten Kindern, wird die Nähe der Mutter im allgemeinen auf befremdliche und konfuse Weise gesucht, beispielsweise indem es sich der Mutter rückwärts nähert, sich versteckt, plötzlich mitten in der Bewegung erstarrt oder einfach in die Luft schaut (Main & Solomon, 1990). Dieses Verhaltensmuster, das am seltensten beobachtet wird, wurde erst später als eigenständige Gruppe identifiziert.

#### **1.3.4 INTERNAL WORKING MODELS OF REGULATION (DANIEL STERN)**

Ein weiterer Ansatz, der dem entwicklungspsychologisch-psychoanalytischen Bereich entspringt, und eine frühe Kategorienbildung von Ereignisrepräsentationen in enger Verknüpfung mit der primären Bezugsperson postuliert, ist derjenige von Daniel Stern (1985, 1989). Stern geht davon aus, dass sich, ausgehend von tatsächlich erlebten speziellen interaktiven Momenten im Laufe der Zeit komplexe, hierarchisierte und vor allem generalisierte Erfahrungsrepräsentationen herausbilden. Stern (1985, 1989) entwickelte anhand von Säuglings- und Kleinkindforschungen einen eigenen Ansatz, der in seinem Modell der *internal working models of regulation* (internales Regulierungsarbeitsmodell) viele Merkmale der zuvor genannten Modelle vereint. Mit der Bindungstheorie verbindet ihn die erlebnisbasierte Konzeption einer komplexen inneren hierarchischen Organisation von Repräsentationen, die dem Kind erlaubt, Erwartungen und Evaluationsmöglichkeiten hinsichtlich seiner Beziehungen auszubilden. Allerdings möchte Stern (1989, S.65) die internalen Arbeitsmodelle nicht auf die Regulierung des Bindungssystems beschränken, sondern auf alle größeren motivationalen Systeme wie Spiel, physiologische Regulation, Selbstkontrolle, Neugier, Hunger etc. Diese internen Arbeitsmodelle bestehen aus

Repräsentationen bestimmter Szenarien (R-Szenario), die sich ihrerseits aus kleineren Untereinheiten (R-Moments) bilden. Ein Szenario ist das theoretische Äquivalent zum Skript, das ebenfalls Beziehungen strukturell repräsentiert, jedoch, im Unterschied zu Skripts, explizit bestimmte Bewusstseinszustände sowie Verschiebungen des Affekts, des Arousal, der Motivation genauso wie der kognitiven oder motorischen Komponenten einschließt. R-Momente, genauso wie die *Generalisierten Ereignisrepräsentationen* (Nelson & Gruendel, 1981) entstehen beide aufgrund allgemeiner Prinzipien funktionaler Kategorienbildung (Stern, 1989, S.60), allerdings sind damit interaktive Mikrosequenzen im Sozialverhalten zwischen Kind und Bezugsperson gemeint, die den Affekt, das Arousal, die Aufmerksamkeit sowie Nähe und Bindung regulieren. Zu den besonderen Merkmalen dieser kleinsten Einheit des Modells, der Repräsentation von Mikrointeraktionen, gehört, dass die Erfahrung zweier Partner miteinfließt, emotionale Verschiebungen (s.o.) miteinschließt (was sie zu subjektiven autobiographischer Erfahrung macht), gegenseitige Versuche kennzeichnet, das dyadische System zu regulieren. An dieser Stelle wird deutlich, wie dynamisch dieses Modell ist. An anderer Stelle bezeichnet Stern (1992) diese Einheit als Episode, die, zusammen mit anderen ähnlichen Episoden, abstrahiert, d.h. generalisiert wird und sogenannten RIGs (**r**epresentations of **i**nteractions that have been **g**eneralized) bildet. Diese RIGs führen zu bestimmten Erwartungen in bezug auf die Beziehung und bilden wiederum Grundeinheiten der Repräsentationen des Kerns-Selbst. Die RIGs bilden die Grundlage für ein Netzwerk, das Stern „das Schema des Zusammenseins“ nennt (1998, s. dazu auch Fonagy, 2003).

#### **1.3.4.1 Zusammenfassung**

Bis hierher wurden unterschiedliche Modelle zur Organisation von sozio-emotionalem Wissen von Kindern referiert. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie von *generalisierten Erlebniserinnerungen* ausgehen, das heißt, dass das sozio-emotionale Wissen zwar erlebnisbasiert, aber doch in einer abstrakten Form gespeichert wird. Vor allem der bindungstheoretische Ansatz sowie Sterns *internal working models of regulation* räumen der affektiven Komponente einen zentralen Stellenwert ein. Wie im Kapitel 1.3.4 ausgeführt wurde, bildet Sterns Modell die theoretische Grundlage für eine Konzeption von Affektregulierung, die sich in Abhängigkeit früher Interaktionserfahrungen entwickelt. Im nächsten Kapitel werden die Zusammenhänge zwischen Affektregulierung und symbolischen Spiel dargestellt.

### **1.3.5 EINE BESONDERE DIMENSION DES SYMBOLISCHEN SPIELS: DIE NARRATIVE FÄHIGKEIT**

Im vorangegangenen Kapitel wurde mehrmals auf die ersten Lebensjahre eingegangen. In diesem Kapitel soll es um ältere Kinder gehen. In diesem Kapitel beginnt die Verknüpfung der vorangegangenen theoretischen Ausführungen mit unserem zentralen Untersuchungsinstrument, der *MacArthur story stem Battery* (MSSB). Für Kinder ist das Spiel, wie wir unter Kapitel 1.3.1 ausgeführt haben, eine der wichtigsten Möglichkeiten, auf ihre Bezugspersonen ausgerichtete mentale Inhalte wie Gefühle, Vorstellungen von Beziehungen oder Wünsche zu externalisieren, also symbolisch darzustellen. Da wir in unserer Arbeit nicht mit Kleinkindern, sondern mit älteren Kindern gearbeitet haben, bei deren Spiel das verbale Formulieren zentral geworden ist, ziehen wir es vor, vom *Spielnarrativ* zu sprechen. Im folgenden Kapitel wollen wir die Zusammenhänge zwischen Affekten, Affektregulierung und Narrativierung näher beleuchten, da unsere Untersuchung in diese Konzepte eingebettet ist.

Im Gegensatz zum sachlichen Bericht, bringt jeglicher Erzähler in seiner „Geschichte“, seinem *Narrativ*, seine emotionale Beteiligung zum Ausdruck. Die Narration oder deren Ergebnis: das *Narrativ*, helfen, eigene Erlebnisse in der Erinnerung sinnvoll zu organisieren und in das vorhandene Selbstbild, die Identität, einzufügen oder dadurch sogar das Selbstbild innerhalb des wahrgenommenen sozialen Gefüges erst zu entwickeln und zu vervollständigen. Nach Wolf (2003) treffen im persönlichen *Narrativ* persönliche Erlebnisse auf öffentliche Formen der Kommunikation. Emde (2003) beschreibt als Hauptaufgabe des *Narrativs*, die alltäglichen, subjektiven Erfahrungen mit emotionaler Bedeutung zu versehen: Dieser Vorgang wird als *affective meaning making* (etwa: das Schaffen von emotionaler Bedeutung) beschrieben und dient dazu, uns selbst und den anderen die täglichen Erfahrungen verständlich zu machen, indem sie die Form einer Geschichte erhalten und mit unseren Gefühlen verknüpft werden. Über die emotionale Bedeutungszuschreibung können unsere Bedürfnisse nach Verstanden-werden-Wollen und Nähe reguliert werden. Es geht hier also um zwei Merkmale, die miteinander verschränkt sind: zum einen dasjenige der subjektiven Bewältigungserfahrung (intrapsychisch) und zum anderen dasjenige der Beziehungsebene (interpsychisch). Diese Fähigkeit, anderen (und uns selbst) von für uns bedeutungsvollen Erlebnissen zu erzählen, wird mit ca. 3 Jahren erworben und stellt einen besonderen und grundlegenden Entwicklungsschritt für das Kleinkind dar. Bei der Erzählung muss das Interesse des Anderen dafür geweckt werden, um die emotionale Bedeutung der Erlebnisse teilen zu können, oder um erst noch zu lernen, diesen Erlebnissen, im Austausch mit dem

Anderen, neue emotionale Bedeutungen zu verleihen (Emde, 2003). In der frühen psychischen Entwicklung des Kleinkindes kann eine passende Emotionszuschreibung nur gelingen, wenn es in Interaktion mit den primären Bezugspersonen gelernt hat, die eigenen Gefühle mit einer entsprechenden psychischen Repräsentation zu verknüpfen, einen Prozess, der Fonagy et al. (2004) zufolge über die sog. Affektspiegelung erfolgt. Diese hochkomplexen und sensiblen Austauschprozesse zwischen Säugling und primärer Bezugsperson sind von vielen psychoanalytischen, vornehmlich objektbeziehungstheoretisch orientierten Autoren in der Tiefe ausgearbeitet worden (z.B. von Bion, Klein, Winnicott, aber auch Stern (1985)). Diese basale Fähigkeit bildet die Grundlage für spätere Mentalisierungsvorgänge (Fonagy et al., 2004), die sowohl ein Verstehen seiner selbst als auch des anderen als psychisches Subjekt erlauben. Gleichzeitig ermöglicht die psychische Repräsentation von Emotionen und deren Explizierung im Narrativ einen steuernden Umgang mit Affekten und kann somit zur Affektregulierung (s. Kapitel 1.2.2.4) beitragen. Wie ausgeführt wurde, ist im klinischen Kontext bei Kindern mit hyperkinetischer Störung vor allem auf niedrigem Strukturniveau häufig eine Störung der Symbolisierungsfähigkeit zu beobachten; sowohl die intrapsychische als auch interpsychische Codierung von emotionaler Bedeutung scheint häufig zu misslingen und u.a. darüber die Fähigkeit zur Affektregulierung einzuschränken. Die emotionale Beteiligung im Narrativ wird von Wolf (2003) zudem als ein grundlegender Evaluationsvorgang von Erlebnissen charakterisiert. Entscheidend sei seiner Ansicht nach jedoch, dass es sich bei diesem Evaluationsvorgang um einen gemeinsamen Prozess handelt, der mit den Protonarrativen von Kleinkindern seinen Anfang nimmt.

Dieser fundamentalen Fähigkeit, Erlebtes affektiv verknüpft zu integrieren, kommen vielfache regulatorische Funktionen zu (Favez, 2003). Das Erzählen integriert den Affekt, die Kognitionen und die Handlung, die zu einem Erlebnis gehören. Stern (1989) weist in seiner Beschreibung des *Narrativen Modells* darauf hin, dass das Erzählen eines Narrativs an sich eine Regulierung eines affektiven Zustandes darstelle, und darüber hinaus dazu beitragen könne, die erzählte Erfahrung zu modifizieren. Dabei spielt nach Bruner (1990) die narrative Organisation des Erlebten eine entscheidende Rolle, indem das Erlebte anhand bestimmter Parameter wie einen Protagonist, eine Handlung, ein Ziel, eine Intention, eine Szene sowie Instrumentalität strukturiert wird. Die Versprachlichung des Erlebten erzwingt eine Sequenzierung des Erlebten. Diese narrative Verarbeitung, bei welcher die Verbalisierung die Benennung des Vorgangs und der damit verbunden Affekte sowie damit deren psychische Repräsentierung erfordert, kann auch als ein Vorgang des Mentalisierens verstanden werden, der gewissermaßen aus einer Distanzierung zum reinen (unrepräsentierten) Affekt besteht.



Das Narrativ von Erwachsenen wie das von Kindern kann hierbei entlang dreier Dimensionen untersucht werden: entlang der inhaltlichen Dimension (was kommt in der Erzählung vor?), der formalen (welcher Form folgt die Erzählung und welches Ausmaß an affektiver Information lassen sich ausmachen?) sowie entlang der aktuellen Beziehungsdimension (was wird dem Untersucher kommuniziert?). Dem entsprechen die drei von Emde (2003) formulierten Ebenen des Narrativs, diejenige der mentalen Repräsentation, diejenige des Handlungsverlaufes und diejenige des Diskurses.

Die Narrative außerhalb des therapeutischen Settings zu beforschen, ist in den letzten Jahrzehnten im Bereich der Bindungsforschung, der Entwicklungspsychologie sowie der psychoanalytischen Entwicklungstheorie zu einem wichtigen Forschungsgegenstand geworden. Dies entstand aus dem Anliegen heraus, die reiche klinische Erfahrung der Spieltherapie systematischer nutzen zu können und ein diagnostisches Inventarium zu Verfügung zu haben, das dem entwicklungspsychologischen Stand der Kleinkinder angemessener war (vgl. Bretherton & Oppenheim, 2003; Oppenheim, Emde & Warren, 1997b). Mithilfe des Puppenspiels offenbarten erstaunlicherweise schon dreijährige Kinder ein bis dahin viel später vermutetes Verständnis nicht nur von moralischen Regeln (Oppenheim et al., 1997b), sondern von zwischenmenschlichen Beziehungen überhaupt (Bretherton, Prentiss et al., 1990). Die Anwendung von Puppenspiel-Methoden umging damit die Konfundierung mit noch nicht entwickelten sprachlichen Fähigkeiten im Kleinkindalter (Woolgar, Steele, Steele, Yabsley & Fonagy, 2001).

Da Narrative sowohl emotionale, als auch kognitive und verbale Fähigkeiten erfordern, konvergieren in der Beforschung von Narrativen unterschiedliche Forschungsinteressen: zum einen richtet sich das entwicklungspsychologische Interesse auf die Entwicklung und Aneignung des symbolischen Spiels und der Narration an sich, auf die Entwicklung des emotionalen Verständnisses, des moralischen Verständnisses sowie des Verständnisses von sozialen Beziehungen insgesamt. Die Bindungsforschung wiederum konzentriert sich mehr theoriegeleitet auf die Entwicklung der Bindung sowie deren mögliche Störung durch als traumatisch erlebte Erfahrungen. Die entwicklungspsychologisch ausgerichtete Emotionsforschung untersucht wiederum die Fähigkeit von Kindern, mit Hilfe des Narrativs eigene Affekte zu regulieren.

Vor diesem Hintergrund führten vielfältige Anstrengungen dazu, Untersuchungsverfahren zu entwickeln, um Narrative systematisch zu nutzen. Zu den bekanntesten gehören inzwischen für den Erwachsenenbereich das *Adult Attachment Interview* (AAI; (George, Kaplan & Main, 1996)). Für den Kinderbereich wurden eine Reihe

von Geschichtenergänzungsverfahren entwickelt, wovon die bekanntesten die *MacArthur story stem Battery* (MSSB) sind, die auch in der vorliegenden Untersuchung herangezogen wurde (s. Kapitel 2.3.1), sowie die *Attachment Story Completion Task* (ASCT, Bretherton & Ridgeway, 1990).

#### *Worauf verweist das Narrativ der Kinder?*

Die grundlegende Annahme hierbei ist, wie in der psychologischen Forschung üblich, dass sich individuelle Ausprägungen psychischer Variablen im Narrativ niederschlagen und aus diesem Grunde umgekehrt Rückschlüsse auf psychologische Konstrukte erlaubt sind. Was in der empirischen Beforschung psychologischer Variablen in unterschiedlichem Ausmaße allgemein gilt – die Frage nach der Validität einer Operationalisierung -, stellt für die Bewertung des Spielverhaltens als Äußerung bestimmter psychischer Variablen, den so genannten *mentalen Repräsentationen*, eine besondere Schwierigkeit dar. Diese können nicht direkt erfasst werden (z.B. Bretherton, 2001; Woolgar, 2001 oder auch Oppenheim & Waters, 1995). Bevor wir im Folgenden die Untersuchungen referieren, die im Sinne der Kriteriumsvalidität einen Zusammenhang zwischen beobachtbarem Verhalten bzw. psychologischen Variablen einerseits und dem narrativen Spielverhalten andererseits zeigen, beginnen wir mit einer Darstellung der theoretischen Konzepte zur Entwicklung einer Konstruktvalidität. Die zentrale Frage ist demnach: Worauf verweist das Spiel der Kinder?

Was die inhaltliche Auslegung des symbolischen Spiels anbelangt, so legen Bretherton und Oppenheim (2003), die beide entscheidend an der Entwicklung der MSSB mitgewirkt haben, in ihrem Übersichtsartikel die Spannweite der Spielantwort als Bedeutungsträger dar. Auf einem hypothetischen Kontinuum von getreuen 1:1-Übersetzungen autobiographischer Ereignisse in Spielinhalte bis hin zu von äußerer Realität vollständig abgekoppelt wirkenden Phantasien kann das Spiel auf *autobiographische Erinnerungen* (beispielsweise, wenn ein Kind die Erwachsenenfiguren in direkter Rede sprechen läßt, mit Redewendungen, die geradezu prototypisch für vom Kind aufgeschnappte Formulierungen der Erwachsenen erscheinen (Bretherton, 2001), z.B. „Der liebe Gott sieht alles“, „Muß man dir alles hundertmal sagen!“) verweisen, auf *Distanzierung oder Vermeidung des angesprochenen Dilemmas* (wenn auf den Konflikthalt nicht eingegangen wird) oder auf *Wünsche* oder *Ängste* in Form von Phantasien (beispielsweise, wenn die Familie von Monster aufgefressen wird, ein Protagonist fliegt, etc.) (vgl., S.74ff). Auch die metaphorische Bedeutung einer Spielsequenz kann gemeint sein. Der obigen Aufzählung fügen Warren, Oppenheim und

Emde (1996) noch Strategien im Umgang mit bestimmten Herausforderungen und mit den erwarteten Reaktionen der anderen hinzu.

Vor diesem komplexen Hintergrund ergibt sich die legitime Frage, inwieweit überhaupt in systematischer Weise vom gezeigten Spielverhalten auf eine bestimmte Bedeutungskategorie geschlossen werden kann. Aus dieser Schwierigkeit heraus verhalf zu einem gewissen Grad die Entwicklung der (konfliktbasierten) Geschichtenergänzungsverfahren: im Gegensatz zur therapeutischen Situation sollte das aktivierte Assoziationsfeld der Kinder auf die relevanten Fragestellungen eingegrenzt werden – daher stammt die Bezeichnung *semi*-projektives Verfahren. Der zu ergänzende Geschichtenanfang, psychodiagnostisch als „Stimulus“ bezeichnet, weist eine höhere „Stimulus-Strukturiertheit“ (Leichsenring & Hiller, 1994) als ein rein projektives Verfahren wie bspw. der Rorschach-Test auf. Bei der Konzeption der *story stems* der MSSB wurde die maßgebliche Rolle des Stimulus ausdrücklich berücksichtigt, sodass sich dessen Ausmaß an Ambiguität (Vieldeutigkeit) verringert und damit Autoren wie Crandall (1955), Epstein und Smith (1956) oder Kagan (1956) folgt, die Phantasieproduktionen auf Reize, die spezifische Motive nahe legen, für bessere Indikatoren für ähnliche manifeste Verhaltensweisen halten als Phantasieproduktionen auf Stimuli, die für das betreffende Motivgebiet mehrdeutig sind (für eine vertiefte Diskussion s.a. Aurnhammer & Koch, 2001). Dementsprechend konnten Buchsbaum und Emde (1990) an einer frühen MSSB-Version zeigen, dass zu jedem *story stem* von den Kindern ein spezifischer Range von Antworten produziert wurde. Dies spricht dafür, dass die *story stems* spezifische Themenbereiche bei den Kindern aktivieren und dass die Kinder beim Antwortprozess auf ihr Wissen und ihre Erfahrungen in bezug auf diese spezifischen affektiven Themen zurückgreifen.

### *Eingrenzung des Bedeutungshorizonts*

Bei den konfliktbasierten Geschichtenanfängen endet die Geschichte in einer konflikthaften Zuspitzung einer Beziehungskonstellation (s. Kapitel 2.3.1), einem sozio-emotionalen Dilemma. Die Geschichte „bricht“ vor ihrer Auflösung in einer sozio-emotionalen Frage „ab“. Dadurch ergibt sich ein deutlicher Aufforderungscharakter: um dieses Dilemma zu lösen oder um auf die implizite sozio-emotionale Frage antworten zu können, muss das Kind auf soziales Wissen, auf sein Beziehungswissen zurückgreifen. Anders formuliert könnte man auch sagen, dass die Geschichtenanfänge ein *priming* darstellen, indem durch das sozio-emotionale Dilemma Beziehungswissen aktiviert wird. Dieses Beziehungswissen determiniert auch die Erwartungen des Kindes an die ihn

umgebenden Beziehungen, die es infolge seiner Beziehungserfahrungen ausgebildet hat (Baldwin, 1992; Blatt, 1995; Bretherton, 1990; Cassidy et al., 1996; Fonagy et al., 1995; Nelson, 1999; zit. n. Shields, Ryan & Cicchetti, 2001). Page (2001) nennt in seinem Übersichtsartikel zu bindungsrelevanten Geschichtenergänzungsverfahren drei Ebenen des Narrativs, auf welchen Erwartungen der Kinder an ihre Interaktionspartner ablesbar seien: (a) auf der konkreten inhaltlichen Ebene (bspw. die Darstellung der Elternfiguren), (b) auf der höheren geordneten Ebene der Konfliktlösung im Narrativ und dem emotionalen Ausdruck (man könnte hierzu auch auf der Ebene der Affektregulierung sagen) sowie (c) auf der Ebene der Beziehung zum Untersucher (bspw. die Offenheit und das Spielengagement betreffend). Das eingangs erwähnte Konzept der *mentalen Repräsentationen* stellt das psychische Format von sozialem Wissen dar. Bei der Literatursicht wird klar, dass dies ein Sammelbegriff für unterschiedliche, teilweise ungenau gefasste oder aus unterschiedlichen Theoriesystemen zusammengesetzte Konzepte ist. Ein Problem grundlegender Natur wird deutlich, wenn man sich die häufig zirkuläre Natur der Argumentation vergegenwärtigt: mentale Repräsentationen determinieren das Spielverhalten, und das, was mit dem Spielverhalten gemessen wird, lasse wiederum auf mentale Repräsentationen rückschließen.

In der mittlerweile doch breiten Literatur zu konfliktbasierten Spielnarrativen lassen sich hinsichtlich des psychologischen Konstruktes „*mentale Repräsentationen*“ grob zwei wissenschaftliche Ansatzpunkte ausmachen (s. a. die überzeugende Darstellung von Stadelmann, 2006). Beim einen Ansatzpunkt werden bestimmte inhaltliche Variablen des Spielverhaltens mit bestimmten psychisch repräsentierten kategorialen sozialen Schemata in Verbindung gebracht (Erforschung von sozialem Wissen). Bei dem anderen werden bestimmte Parameter des Spielverhaltens als Ausdruck von Affektregulierung betrachtet (Emotionsforschung). Diese beiden Untersuchungsschwerpunkte lassen sich auf methodischer Ebene grob zwei Auswertungskategorien zuordnen, die einige Forscher (bspw. George & Solomon, 1996; von Klitzing, Kelsay, Emde, Robinson & Schmitz, 2000; Macfie et al., 1999; Shields et al., 2001; Zahn-Waxler, Cole, Richardson, Michel & Belouad, 1994) überzeugend miteinander kombinieren: die inhaltliche sowie die formal/strukturelle Analyse des Spiels. Diesen methodischen Ansatzpunkt wurde auch für die vorliegende Untersuchung gewählt. Sher-Censor und Oppenheim (2004) verweisen, Ergebnisse der Bindungsforschung mit Erwachsenen heranziehend, auf die Wichtigkeit struktureller neben inhaltlicher Untersuchung: dort hatte sich gezeigt, dass die Offenheit und Reflexionsfähigkeit, mit der über die eigene Vergangenheit erzählt werden kann, einen entscheidenden Hinweis auf den Bindungstypus gebe. Auch beim Narrativ von Kindern sollte es daher sinnvoll sein, sowohl

eine inhaltliche als auch strukturelle Analyse vorzunehmen. Warum sollte also die Fähigkeit, ein Narrativ mit hohem emotionalen Stimulus kohärent zu erzählen (also eine narrative Struktur aufrecht zu erhalten), bei Kindern nicht auch eng mit ihren Beziehungsschemata und Affektregulierungsstrategien zusammenhängen und Rückschlüsse darauf erlauben? In dem folgenden Kapitel werden beide Auswertungskategorien getrennt referiert.

### **1.3.6 AUF DER INHALTLICHEN EBENE: SPIELVERHALTEN ALS OPERATIONALISIERUNG VON BEZIEHUNGSSCHEMATA**

Ein großer Teil von Untersuchungen mit Geschichtenergänzungsverfahren widmet sich der mehr entwicklungspsychologisch ausgerichteten Fragestellung, wie Kinder beginnen, das zwischenmenschliche Beziehungsgefüge um sie herum wahrnehmen, es lernend aufzunehmen und welche Konsequenzen ihre Erfahrungen für die Ausbildung ihres Selbstbildes und der Erwartungen an andere haben, kurz wie Beziehungsschemata entstehen. Hier ist Frage, wie Beziehungen emotional enkodiert und organisiert werden, leitend (Robinson, Hérot, Haynes & Mantz-Simmons, 2000). Die generalisierten Erlebniserinnerungen von sozio-emotionalem Wissen, die in Abgrenzung zu mehr kognitiv gefassten Modellen in dieser Arbeit als *Beziehungsschemata* bezeichnet sein sollen, tauchen in der Literatur häufig unter der Bezeichnung „mentale Repräsentation“ (*mental representation*) auf, was ein recht unspezifischer Begriff ist. Abgesehen von bindungstheoretisch ausgerichteten Forschern (s.u.), die auf ein theoretisches Modell von Selbst- und Bezugsperson zurückgreifen können, umgehen viele Autoren die Definition einer mentalen Repräsentation und wählen eine mehr pragmatische Herangehensweise, wenn sie von mentalen Repräsentationen im Zusammenhang mit einer „inneren Welt“ der Kinder, mit „Fenstern“ zu den Gedanken und Gefühle der Kinder bezüglich wichtiger Beziehungen (z.B. Oppenheim, Emde & Warren, 1997a; Robinson & Eltz, 2004; Robinson et al., 2000; Woolgar, 1999; Woolgar et al., 2001) sprechen. Auch wenn der Übergang von Erfahrung zur mentalen Repräsentation oder zum affektiven Beziehungsschema unklar ist, legen die Autoren implizit Erfahrungsmodelle zugrunde, die sowohl auf das Spielverhalten als auch auf das Sozialverhalten der Kinder allgemein einen determinierenden Einfluss haben (s. dazu auch den konzeptionellen Artikel von Oppenheim & Waters, 1995). Vielleicht liefern Shields et al. (2001) die einfachste und verständlichste Definition von mentalen Repräsentationen: sie sind „kognitiv-affektive mentale Strukturen, die Information über andere, einen selbst und erwartete soziale Interaktionen enthalten“ (S. 321, Übersetzung IK). Mit dieser allgemeinen Definition reihen sie sich in Modelle, die in Kapitel 1.3.2 und 1.3.3 dargestellt wurden, ein. Mentale

Repräsentationen können demnach also Vorstellungen von sich selbst (Selbstrepräsentationen) als auch Vorstellungen einer Mutter- oder Vaterfigur (vgl. Grych, Wachsmuth-Schlaefler & Klockow, 2002; Robinson et al., 2000) beinhalten, was die Psychoanalyse als auch die Bindungstheorie als zusammengehörige und ineinander verwobene Konzepte verstehen. Zur „inneren Welt“ gehören auch das ausgedehntere Verständnis der sozialen Umwelt (bspw. Oppenheim, Nir et al., 1997; Woolgar, 1999; Woolgar et al., 2001), welches sich in bestimmten Erwartungen widerspiegelt (Hodges et al., 2003; Page, 2001). Das soziale Verständnis schließt zudem die Internalisierung bestimmter Moralvorstellungen mit ein (cf. Buchsbaum & Emde, 1990; Oppenheim et al., 1997b). Eine weitere Herangehensweise ist, die Beziehungsschemata klinischer Gruppen zu untersuchen, von Kindern, die Opfer von Misshandlungen oder Gewalt in der Familie (bspw. Buchsbaum, Toth, Clyman, Cicchetti & Emde, 1992; McCrone, Byron, Egeland, Kalkoske & Carlson, 1994; Stover, Van Horn & Lieberman, 2006) gewesen oder in Scheidungsfamilien oder unter anderen psychosozial prekären Umständen aufwachsen sind (bspw.: Macfie et al., 1999; Page & Bretherton, 2003b; Robinson & Eltz, 2004; Robinson et al., 2000). In diesen Untersuchungen dominiert die inhaltliche Analyse des Spiels, die mit Häufigkeitsvergleichen bestimmter, als zentral identifizierter Variablen (wie bspw. Positive Mutterfigur oder körperliche Aggression) oder Variablengruppen, sog. *Aggregaten*, wie bspw. positive versus negative Itemgruppierungen arbeiten. Shields et al. (2001) beschreiben den Einfluss der mentalen Repräsentation, (oder wie die Autorin es formulieren würde: der Beziehungsschemata) und der damit verbundenen Affektregulierung auf das Narrativ und das Sozialverhalten etwas detaillierter. Die Beziehungsschemata verkörpern eine Erwartung des Kindes an die es umgebenden Beziehungen, allen voran aber an neue Beziehungen. Infolgedessen determinieren sie bis zu einem gewissen Grad das Verhalten des Kindes bei neuen sozialen Beziehungen. Shields et al. (2001) beschreiben, dass Beziehungsschemata soziale Interaktionen durch Triggern von emotionalen Reaktionen regulieren können, da sie (wie der Name es schon sagt!) mit Affekten verknüpft sind. Haben Kinder beispielsweise aufgrund von aversiven Beziehungserfahrungen negative Beziehungsschemata ausgebildet, ist es wahrscheinlich, dass sie neuen sozialen Situationen mit einem hohen Erregungsniveau (hyperarousal), Ängstlichkeit oder wütender Reaktionsbereitschaft begegnen – Reaktionen, die zu ihren frühen Beziehungserfahrungen passen, in dem neuen Kontext jedoch unangebracht sind (Kobak, 1999; Kobak & Sceery, 1988; Shirk, 1998; zit. n. Shields et al., 2001). Dies kann in einem weiteren Schritt zu aversiven Reaktionen bei neuen Interaktionspartnern führen, wodurch sich ein Kind (oder auch ein Erwachsener) in seinen

Erwartungen bestätigt fühlen wird. Es entsteht der bekannte *circulus vitiosus*, wie man ihn häufig auch in den Interaktionszirkeln zwischen hyperaktivem Kind und seinen Eltern beobachten kann. Im Gegensatz dazu sagen positive Beziehungserfahrungen mit den Bezugspersonen ein differenzierteres Verständnis von Affekten sowie eine angepasstere Regulation von Affekten und Verhalten voraus (bspw. Laible & Thompson, 1998; Steele, Steele, Croft & Fonagy, 1999; Thompson, 1999; zit. n. Shields et al., 2001). Für Shields et al. (2001) spiegeln die inhaltlichen Repräsentationen von Bezugspersonen im Narrativ die Wahrnehmungen des Kindes von elterlichem Verhalten, den affektiven Ton der Eltern-Kind-Beziehung und seine damit verbundenen Erwartungen an zukünftige Interaktionen wieder.

### **1.3.7 AUF DER STRUKTURELLEN EBENE: SPIELVERHALTEN ALS OPERATIONALISIERUNG VON AFFEKTREGULIERUNG**

Diejenigen Forscher, die schwerpunktmäßig die Prozesse der Affektregulierung untersuchen, setzen häufig an dem Punkt an, an welchem die formale Gestaltung des Narrativs Aufschluss über die Art und Weise geben kann, wie ein Kind mit hypothetischen, aber nichtsdestotrotz emotional herausfordernden Situation umgeht. Oppenheim, Nir, Warren und Emde (1997) haben in einer bekannten Arbeit auf das klinische Phänomen hingewiesen, dass die Verarbeitung von belastenden emotionalen Erfahrungen im Gespräch oder im gemeinsamen Spiel den Kindern helfe, ihre Gefühle in bezug auf diese Erfahrungen besser unter Kontrolle zu bringen und zu regulieren, ein Vorgang, der zu verbesserter psychosozialer Anpassung und emotionaler Ausgeglichenheit führe. Sie betonen den Einfluss der narrativen Organisation auf die emotionale Verarbeitung und die damit verbundene Verhaltensregulierung. Die narrativen Fähigkeiten spiegeln ein neues Entwicklungsniveau des Selbst und der emotionalen Organisation wieder. Vor allem die strukturellen Aspekte des Narrativs (Konfliktvermeidung, Ausschmückung und Kohärenz der Geschichte) werden mit Affektregulierung in Zusammenhang gebracht (Klitzing, v. et al. (2000); Oppenheim, 1997; Shields et al. 2001).

Shields et al. (2001), eine bindungstheoretisch orientierte Forschungsgruppe, gehen von zwei grundsätzlichen Möglichkeiten der Affektregulierung aus, mit denen ein Mensch mit belastenden Beziehungserfahrungen auf emotional herausfordernde Situationen reagieren kann. Ihre theoretischen Annahmen werden an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt, da die vorliegende Arbeit u.a. darauf aufbaut. Bei der einen Möglichkeit dominiert der Versuch, Affektregulierung dadurch zu erlangen, dass schmerzvolle Information aus dem Bewusstsein ausgeschlossen und intensive emotionale Erfahrungen unterdrückt werden – das ist das

Konzept der *defensive exclusion* (Bowlby, 1980; Bretherton, 1990; Cassidy, 1994; zit. nach Shields et al., 2001). Die heutigen Traumatheorien gehen stark von diesem Modell aus. Infolgedessen werden Informationen über nahe Beziehungen in reduzierten, eingeschränkten Narrativen übermittelt. Andere Kinder hingegen werden von belastenden, verstörenden Affekten und Erinnerungen geradezu überflutet, so dass sie Schwierigkeiten haben, ein Gefühl von Selbstkohärenz und Beziehungskohärenz zu den anderen beizubehalten (Blatt, 1995; zit. ebd.) – die Affektregulierung scheint hier nicht mehr ausreichend zu gelingen. Dieses mehr desorganisierte Muster führt häufig zu Narrativen, die voll heftiger Konflikte und chaotisch sind, mit kaum symbolisierten, in das Narrativ einschließende Erinnerungssplintern traumatischer Ereignisse (Fish-Murray et al., 1987; Solomon & George, 1999; zit. ebd.). Shields et al. (2001) haben im Anschluss an ihre Überlegungen drei Skalen entwickelt, mit denen sie die unterschiedlichen Affektregulierungsstrategien im Narrativ erfassen wollen: das *Eingeschränkte* sowie das *Desorganisierte Muster* einerseits sowie das *Positiv-kohärente Muster* andererseits. Diese Skalen haben wir in unsere Untersuchung mitaufgenommen. Sie konnten in ihrer Untersuchung von 76 misshandelten Kindern im Vergleich mit einer Kontrollgruppe zeigen, dass im Spiel der misshandelten Kinder häufiger ein eingeschränktes Muster im Umgang mit affektiv aufgeladenen, hypothetischen Familiensituationen und seltener ein positiv-kohärentes Muster vorkam. Es stellte sich zudem heraus, dass den im Spiel gezeigten Beziehungsschemata eine Moderatorfunktion hinsichtlich der Beliebtheit der Kinder bei Gleichaltrigen zukam.

Um nochmals auf allgemeinere Sachverhalte zurückzukommen, so wird bei der strukturellen Analyse von Narrativen der Blickwinkel auf Spielverhalten gegenüber der inhaltlichen Analyse etwas anders gerichtet: Während es bei der inhaltlichen Analyse um ein Triggern und *Abrufen* von bestimmten sozio-emotionalen Schemata geht, wird beim Affektregulierungsparadigma geprüft, wie das Kind mit der in der Untersuchung *aktualisierten*, durch die hypothetischen Dilemmata hervorgerufenen inneren emotionalen Destabilisierung umgeht. Aus der klinischen (und auch alltäglichen) Erfahrung heraus ist hinlänglich bekannt, dass Streit- und Trennungssituationen heftige Affekte (vornehmlich von Angst) auslösen und ein regulatorischer Umgang mit dieser Angst gefunden werden, also Affektregulierung erfolgen muss. Die in den Geschichtsanfängen dargestellten Trennungs- und Konfliktszenen stellen eine wenn schon deutlich abgemilderte, so doch spürbare Anforderung an die Fähigkeit, Affekt zu regulieren, die dem Kind aus eigenen Erfahrungen schon bekannt sind. Allen hier vertretenen Ansätzen ist die Annahme gemeinsam, dass sich diese Destabilisierung und die sich anschließende mehr oder weniger gut gelingende



Affektregulierung vor allem in der strukturellen Analyse des Narrativs wiederfinden lässt. Zu diesem Zwecke wurden Variablen entwickelt, die bspw. Konfliktvermeidung, Ausschmückung und Kohärenz der Geschichte oder das Spielengagement zu erfassen suchen. Diese inzwischen häufig verwendeten Variablen werden mit den Termini *Narrative Kohärenz* und *Emotionale Kohärenz* bezeichnet. Beide beschreiben das Phänomen, dass im Narrativ etwas unterbrochen wird oder verschwindet, was der Erwartung nach eigentlich da sein sollte. Auch wenn die Forschergruppen unterschiedliche Aspekte in ihrer Definition hervorgehoben haben, so ist mit der *Narrativen Kohärenz* das Phänomen gemeint, dass im Narrativ für den in der Geschichte angesprochenen Konflikt ohne logische Einbrüche und ohne Auslassung spezifischer Information eine Lösung gefunden wird. Bei dieser strukturellen Variablen spielen kognitive Reifungsprozesse eine deutliche Rolle, wie Min (2003) klar in ihrer Untersuchung vier- siebenjähriger Kinder zeigen konnten: die *Narrative Kohärenz* steigt mit zunehmendem Alter. Die *Narrative Kohärenz* hat sich in vielen Untersuchungen als ein Merkmal für die psychische Unbelastetheit, bzw. psychische Funktionsfähigkeit von Kinder herausgestellt, als eine Variable, welche die Aufrechterhaltung von Selbst- und Beziehungskohärenz erfasst (vgl. Klitzing, v. et al., 2000; Oppenheim, Nir et al., 1997). Die *Emotionale Kohärenz* ihrerseits betont mehr die Integration unterschiedlicher Affekte im Narrativ: bei hoher emotionaler Kohärenz ist ein Kind in der Lage, die vielfältigen sowohl positiven als auch negativen Affekte ohne logische Einbrüche zu Darstellung zu bringen. Häufig werden zur Operationalisierung von *Emotionaler Kohärenz* beobachtbare Verhaltensweisen wie mimischer Ausdruck oder körperliche Unruhe hinzugezogen. Sind logische Einbrüche, Nicht-Aufgreifen des Konfliktes, fehlende Affektnennungen zu beobachten, würde man dies als niedrige Kohärenz und als Zeichen von verminderter Affektregulierung oder Affektdysregulierung werten. Weitere strukturelle Merkmale betreffen rudimentäres oder gar gehemmted Spielen. Einige Autoren haben, neben den besprochenen strukturellen Variablen, auch einige spezifische inhaltliche Variablen mit Affektdysregulierung in Verbindung gebracht: es sind stark aggressive Spielinhalte wie Angriffe Erwachsener durch Kinder, Töten, oder bizarr-bedrohliche, gewalttätige oder ausgeprägt chaotische Szenarien, die häufig in einer allgemeinen Katastrophe enden.

#### *Untersuchungsbefunde zur Affektregulierung*

Zahn-Waxler et al. (1994) untersuchten als erste Forschungsgruppe 89 vier- bis fünfjährige verhaltensauffällige Kinder auf *emotionale Dysregulation* hin; allerdings wurde die Dysregulation in dieser Untersuchung höchst ungenau als ein zusammengefasstes

Konstrukt von „Zusammenbruch“ verstanden, das sich einerseits in der beobachtbaren Mimik des Kindes und andererseits auch in der Kohärenz und Organisation der Geschichten des Kindes zeige. Auch wenn die Autoren hier den Begriff der *emotionalen Dysregulation* verwendet haben, erkennt man leicht, dass es sich um das oben beschriebene Phänomen der *emotionalen Kohärenz* handelt. Die Ergebnisse zeigten, dass diejenigen Kinder mit hohen CBCL-Werten im Bereich oppositionelles Verhalten und Aufmerksamkeitsstörung auch hohe Dysregulationswerte erreichten.

Die Untersuchungen von Solomon, George und Kollegen legen eine Verbindung zwischen der *Narrativen Kohärenz* und Schwierigkeiten bei der psychosozialen Anpassung und der damit zusammenhängenden Affektregulierung nahe (Solomon, George & De Jong, 1995; Solomon & George, 1999). Die Forscher erfassten in ihrer Untersuchung unterschiedliche inhaltliche und formale (strukturelle) Variablen, aus welchen sie drei Aggregate bildeten. Ihre Ergebnisse zeigten, dass in dem Spiel von misshandelten Kindern im Unterschied zu nicht-misshandelten signifikant häufiger negative Inhalte vorkamen und sie das Spiel gehemmter und weit weniger ausgeschmückt gestalteten. Die Autoren verstanden diese Ergebnisse als einen Versuch misshandelter Kinder, mit ihrer Belastung auf eine Affekte vermeidende Weise umzugehen. Oppenheim, Nir et al. (1997) verweisen darauf, dass die narrativen Fähigkeiten ein neues Entwicklungsniveau des Selbst und der emotionalen Organisation widerspiegeln. Vor allem aus psychotherapeutischer Sicht helfe Kindern die gemeinsame Narrativierung oder Ko-Konstruktion von traumatischen Erlebnissen oder psychisch belastenden Erfahrungshintergründen deren langsame Integration, was bedeutet, dass es den Kindern leichter fällt, sowohl ihre Gefühle als auch ihr Verhalten im Anschluss daran zu regulieren. Unter dem Blickpunkt der Fähigkeit, mit den vielfältigen, unter Umständen sehr heftigen Gefühlen umzugehen, die durch die Konfrontation mit (hypothetischen) Trennungssituationen ausgelöst werden, untersuchten Oppenheim, Nir et al. (1997) die emotionale Kohärenz der kindlichen Narrative. Die Affektregulierung wurde von diesen Autoren als das Ausmaß definiert, in welchem die *Emotionale Kohärenz* und *Narrative Kohärenz* angesichts dieser emotionalen Herausforderung, die Trennungs- und Wiedervereinigungsszenen darstellen, aufrecht zu erhalten werden konnte.

Die *emotionale Kohärenz* bezog sich auf die dyadische Ko-Konstruktion der Geschichten von Müttern und ihren 4-, bzw. 5jährigen Kindern und sollte die Fähigkeit der Kinder erfassen, in ihrer Antwort auf die dargestellten Trennungs- und Wiedervereinigungsszenen in einer offenen Weise sowohl die positiven als auch negativen Affekte in einem schlüssigem Narrativ zu integrieren – das heißt die „emotionale

Organisation“ aufrechtzuerhalten. Spiegelbildlich hierzu wurde für die Mutter eine Skala entwickelt, die ihre Fähigkeit erfassen sollte, ihrem Kind im Umgang mit dieser emotionalen Herausforderung zu helfen. Die Skala *Narrative Kohärenz* erfasste in dieser Untersuchung einen Teilaspekt der *emotionalen Kohärenz*, beschrieb jedoch mehr Aspekte der Logik, Konfliktvermeidung und Ausschmückung des Narrativs. Als *emotionale Kohärenz* wurde die übergeordnete Fähigkeit beschrieben, im Beisein der Mutter komplexe und häufig vor allem negative Affekte zu regulieren, die sich dann auch in der *Narrativen Kohärenz* der Kinder niederschlägt. Die Forscher fanden heraus, dass Kinder mit höherer emotionaler Kohärenz kohärentere Narrative, mehr prosoziale Themen und weniger aggressive Themen sowie – das ist ein wichtiges Ergebnis: - weniger Verhaltensprobleme zeigten sowohl konkurrent als auch ein Jahr später. Dass diese Ergebnisse durch höhere verbale Fähigkeiten oder ihrer Beziehung zum Untersucher konfundiert sein könnte, konnten die Forscher ausschließen. Die Autoren werten ihre Ergebnisse dergestalt, dass sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Fähigkeit des Kindes, seine affektive Organisation angesichts emotionaler Destabilisierung aufrechtzuerhalten, und seiner Fähigkeit zur Verhaltensregulierung ergeben habe.

Von Klitzing und Kollegen (2000) nutzten die Kohärenz der Narrative (hier wurde vor allem die Stringenz und Einheit der Geschichte bewertet) im Verbund mit aggressiven Themen. Dabei zeigte sich, dass diejenige Subgruppe der Fünfjährigen (N = 113), die aggressive Themen in kein kohärent organisiertes Narrativ eingebunden haben, sowohl zeitgleich als auch zwei Jahre später von ihren Eltern und, zum zweiten Messzeitpunkt, von ihrem Lehrer, mit höheren Werten auf der Skala externalisierender Verhaltensprobleme beurteilt wurden, als diejenigen Kinder, die zwar aggressive Inhaltsthemen dargestellt hatten, diese jedoch in ein kohärentes Narrativ einbinden konnten. Diese mit einem dreifach höheren Anteil an Jungen ausgestattete Subgruppe mit desorganisiert-aggressiven Narrativen wurde als eine besondere Risiko-Gruppe identifiziert.

Schließlich haben Bar-Haim, Fox, VanMeenen und Marshall (2004) einen interessanten Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur physiologischen Regulation und der Fähigkeit zur Affektregulation, was sich in dem formalen Parameter der Kohärenz zeigt, untersucht. Die Forscher konnten durch ihre Untersuchung Ergebnisse liefern, die die Annahme, dass Trennungssituationen im Sinne emotional stark aufgeladener Szenen tatsächlich erhöhte emotionale Anforderungen an die Affektregulierung stellen, stützen. Sie hatten in ihrer Studie das Ziel, die Prozessierung und die Produktion von Narrativen mittels kardiovaskulärer Parameter, die sensitiv auf emotionale Verarbeitung und kognitive Anstrengungen reagieren, zu untersuchen. Damit sollte umgekehrt die regulatorische Funktion

von Narrativerung besser verstanden werden. Als Parameter wählten sie die Herzperiode sowie den Vagalen Tonus, die nach den Autoren als physiologische Indices für Belastungsbewältigung gelten können. Sie fanden in ihrer Studie heraus, dass die Kinder physiologisch nicht nur unterschiedlich auf die Geschichten im Vergleich zu einer Baseline, sondern sogar differenziell auf Geschichten mit Trennungsszenarien reagierten. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Narrative dieser Geschichten weniger logisch kohärent aufgebaut waren und eine höhere Anzahl an Müdigkeitsthemen aufwiesen. Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass die Fähigkeit von Kindern, den Vagalen Tonus dynamisch herunterzuregulieren, im Zusammenhang mit erhöhter Kohärenz, weniger Angstthemen und allgemein negativen Themen, jedoch mit mehr Müdigkeitsthemen stand. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis so, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema der Trennung sowie mit ihrem Gegenstück – der Wiedervereinigung – die Kinder emotional mehr belastet und anstrengt, als neutrale Geschichten oder Geschichten mit einem Eltern-Kind-Konflikt.

Auch Stadelmann (2006) sieht in einer neuen Arbeit, in welcher sie 168 fünfjährige Kinder einer nicht-klinischen Stichprobe untersucht hat, einen Zusammenhang zwischen Affektregulierung und der Narrativen Kohärenz, allerdings expliziert sie nicht eindeutig, ob sich die *Narrative Kohärenz* nur auf die Erzähllogik bezieht oder die Konflikt-Bearbeitung miteinschließt. Aus ihren Ergebnissen hingegen geht klar hervor, dass die von ihr untersuchten „Kinder umso mehr Symptome zeigten, je mehr negativ-aggressive und inkohärent strukturierte konfliktbasierte Geschichten sie erzählten“ (ebd., S.228) und repliziert damit die Ergebnisse von Klitzing (2000). Sie konnte insbesondere zeigen, dass diejenigen Kinder, die in der MSSB mehr negativ-aggressive Inhaltsthemen und inkohärentere Geschichten gespielt hatten, höhere Symptomwerte auf der CBCL-Skala Hyperaktivität/Impulsivität erhielten. Verhaltensprobleme standen mit inhaltlichen Disziplinierungsthemen in Verbindung. Tabellen 1.6a und 1.6b zeigen eine Zusammenschau von Untersuchungen zur narrativen Affektregulierung.

**Tabelle 1.6a: Untersuchungsergebnisse zur Affektregulierung**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Zahn-Waxler et al. (1994)	N = 89 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 4-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder mit mittlerem Risiko für eine externalisierende Störung zeigten am häufigsten emotionale Dysregulation in Form von Inkohärenz und Desorganisation</li> <li>• Signifikant positive Korrelationen zwischen antisozialer/oppositioneller sowie aufmerksamkeitsgestörter Symptomatik und aggressiven Themen und emotionaler Dysregulation in den Geschichten</li> </ul>
Oppenheim et al. (1996)	N = 48 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei gelingender Ko-Konstruktion zwischen Mutter und Kind zeigten die Kinder kohärentere Narrative, ohne den narrativen Konflikt vermeiden zu müssen, sowie mehr positive und Disziplinierungsthemen</li> </ul>
Oppenheim, Nir et al. (1997)	N = 51 2 Messzeitpunkte im Alter von 4;5 +5;5 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder mit höherer emotionaler Kohärenz zeigten zeitgleich sowie ein Jahr später weniger Verhaltensprobleme</li> <li>• Umgekehrt spielten Kinder mit mehr Verhaltensproblemen weniger prosoziale Themen und mehr aggressive Themen und zeigten eine niedrige emotionale Kohärenz</li> </ul>
Macfie et al. (1999)+	N = 80 misshandelte/ vernachlässigte Kinder N = 27 KG <sup>a</sup> -Kinder Durchschnittsalter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die misshandelten Kinder durchbrachen häufiger die narrative Ebene, indem sie konkretistisch in das Spielgeschehen eingriffen</li> </ul>
Klitzing, v. et al. (2000)	N = 652 2 Messzeitpunkte im Alter von 5 +7 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die <i>Narrative Kohärenz</i> korrelierte negativ mit externalisierendem Verhalten im Urteil der Eltern mit fünf Jahren und im Urteil des Vaters mit sieben Jahren</li> <li>• Kinder, deren Spiel im Vergleich sowohl mehr aggressive Themen als auch zugleich deutlichere Inkohärenz aufwies, zeigten signifikant mehr externalisierende Probleme im CBCL mit fünf und sieben Jahren</li> </ul>
Shields et al. (2001)	N = 76 misshandelte Kinder, N = 45 KG <sup>a</sup> -Kinder Alter: 8-12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misshandelte Kinder zeigten häufiger eine vermeidende (Konfliktvermeidung, verarmtes Spiel) und seltener eine positive Affektregulierungsstrategie als die Kontrollgruppe</li> <li>• Die positive Affektregulierungsstrategie war Mediator für den Beliebtheitsgrad bei Gleichaltrigen</li> </ul>

<sup>a</sup> Kontrollgruppe

**Tabelle 1. 6b: Untersuchungsergebnisse zur Affektregulierung (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Grych et al. (2002)	N = 23 Kinder aus Familien mit häuslicher Gewalt, N = 23 KG <sup>a</sup> - Kinder Alter: 3,5- 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Kinder aus Familien mit häuslicher Gewalt neigten dazu, häufiger die Auseinandersetzung mit dem Geschichtenthema zu vermeiden, und spielten insgesamt inkohärentere Geschichten</li> </ul>
Sher-Censor und Oppenheim (2004)	N = 113 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte im Alter von 1;5 +4;5 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sicher gebundene Kinder spielen kohärente Narrative bei bindungsspezifischem <i>story stem</i> als ambivalent gebundene Kinder</li> <li>Sicher gebundene Kinder spielen kohärente Narrative bei einem <i>story stem</i> mit einem emotionalen Konflikt als desorganisiert gebundene Kinder</li> </ul>
Bar-Haim et al., 2004	N = 58 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Physiologische Parameter verändern sich bei Geschichten mit starkem emotionalen Stimulus (wie bspw. Trennung)</li> <li>Diese Narrative zeigten mehr Inkohärenz und mehr Müdigkeitsthemen</li> <li>Die Fähigkeit bestimmter Kinder, dynamisch den Vagalen Tonus herunterzuregulieren, stand in Zusammenhang mit höherer Narrativen Kohärenz, weniger negativen Themen, weniger Angstthemen sowie mehr Müdigkeitsthemen</li> </ul>
Laible, Carlo, Torquati und Ontai (2004)	N = 74 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negativer Zusammenhang zwischen prosozialen Themen und Narrativer Kohärenz und externalisierendem Verhalten im Urteil der Lehrer</li> </ul>
Stadelmann (2006)	N = 186 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je mehr Symptome von Hyperaktivität / Impulsivität die Kinder zeigten, umso mehr negativ-aggressive und inkohärent strukturierte Geschichten spielten sie</li> <li>Es fand sich kein Zusammenhang zwischen allgemeinen Verhaltensproblemen und narrativer Kohärenz</li> <li>Bei Mädchen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen emotionalen Problemen und narrativer Konfliktvermeidung</li> </ul>

## 1.4 DIE MACARTHUR STORY STEM BATTERY

Nach den Ausführungen zum Narrativ im vorangegangenen Kapitel soll nun das zentrale Instrument der vorliegenden Untersuchung dargestellt werden. Diese Kapitel besteht aus zwei Teilen: nach einem kurzen historischen Abriss folgt eine ausführliche Darstellung der Validität der MacArthur Story Stem Battery (MSSB).

### 1.4.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG

Die diagnostische Verwendung des Spiels hat nach Sehringer ihren Ausgangspunkt nach dem 1. Weltkrieg (Sehringer, 1982). Melanie Klein und Anna Freud haben erstmals das freie symbolische Spiel zu diagnostischen wie therapeutischen Zwecken eingesetzt. Sie erkannten, dass das Spiel einzigartige Aufschlüsse über die Psyche des Kindes liefert: als das Medium, in dem das Kind seine Erfahrungen mit der Welt verarbeitet, gestaltet und das ausdrückt, was Erwachsene vorwiegend in Worten mitteilen. Klein faßte das Spiel als Äquivalent zur „freien Assoziation“ und zum Traum in der Psychoanalyse der Erwachsenen auf. Sie versuchte, aus den *Spielinhalten* und aus der Abfolge, die sie teils als stellvertretende Wunscherfüllung, teils als symbolische Nachgestaltung von Erfahrung verstand, Rückschlüsse zu ziehen auf die (unbewußten) inneren Konflikte des Kindes (Klein, 1955). Nach dieser Auffassung kann das Spiel insofern als Projektion gelten, als das Kind etwas nach außen bringt, darstellt, was es innerlich beschäftigt.

Die spielerischen Verfahren entwickeln sich fortan in drei Hauptlinien. Zum einen sind hier Instrumente aus dem Bereich der klinischen Diagnostik und Therapie zu nennen, die seit den 30er Jahren aus dem psychoanalytischen Gedankengut um Melanie Klein und Anna Freud hervorgegangen sind und sich parallel zu den projektiven Verfahren entwickelt haben. Typisch für diese Verfahren ist die gleichzeitige Verwendung als Diagnostikum und Therapeutikum. In dieser Tradition steht G. von Staabs, die 1939 den Szeno-Test entwickelte. Eine entscheidende Wende erfolgte mit den Standardisierungsarbeiten Ch. Böhlers seit 1934, die schließlich den Welttest hervorbrachten. Damit erfolgte die erste systematische quantitative Auswertungsmethode eines spielerischen Verfahrens. Bühler und von Staabs berücksichtigten erstmals neben dem inhaltlichen Aspekt auch *das Formale des Spiels* (Sehringer, 1982).

Parallel zu dieser Entwicklung wurde in den angelsächsischen Ländern schon in den 40er Jahren das Puppenspiel als Forschungsinstrument für Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern entdeckt (Levin & Wardwell, 1962; Woolgar, 1999). Unter anderem deshalb, weil Puppenspielverfahren wegen ihrer Anziehungskraft und einfachen

Handhabung leicht an experimentelle Situationen angepasst werden können. Bereits zwischen 1933 und 1960 wurde eine Vielzahl von Fragestellungen mithilfe des Puppenspiels untersucht; hervorzuheben ist unter anderem die Aggressionsforschung (Levin & Wardwell, 1962; Philips, 1945; Pintler, 1945; Robinson, 1946; Sears, 1947). Mitte der 50er Jahre begannen dann innerhalb dieser Linie Bemühungen, das Puppenspiel für die Forschung zu standardisieren. Verschiedene Kombinationen von freiem Puppenspiel und Geschichtenergänzung wurden entwickelt. Bereits 1955 konzipierte D. B. Lynn einen *Structured Doll Play Test* (SDPT), der dem Kind 10 Situationen in festgelegter Reihenfolge präsentiert, jeweils mit einem festgelegten Arrangement von Puppen und Zubehör. Das Kind hat die Geschichten im Spiel zu ergänzen (Lynn & Lynn, 1959). Nach Cohn (1962) hat man das Puppenspiel in dieser standardisierten Form als ein semistrukturiertes projektives Verfahren betrachtet.

Der SDPT kann neben ähnlichen Verfahren im Grunde als Vorläufer der MSSB gelten, die somit auch als ein semiprojektives Verfahren zu klassifizieren ist.

Allerdings greifen die AutorInnen der MSSB bei der Entwicklung ihres Instruments nicht explizit auf die Forschungsbemühungen der 50er Jahre zurück. Die MSSB entsteht vielmehr im Verlauf einer dritten, von Fein (1981) erwähnten Strömung, nämlich einem Revival der spielerischen Verfahren seit den frühen 70er Jahren im Zuge der Auseinandersetzung neuerer kognitionspsychologischer Ansätze mit Piagets Theorie zum symbolischen Spiel. Piagets bedeutende Erkenntnis, dass das symbolische Spiel den Beginn repräsentationalen Denkens markiert (Piaget, 1959/1975), regte eine Vielzahl von Forschern an, die Beziehung des symbolischen Spiels zur sprachlichen und kognitiven Entwicklung zu untersuchen (Fein, 1981).

Diese Richtung legt besonderen Wert auf die formale Qualität des Spiels neben seinem spezifischen affektiven oder thematischen Inhalt (Fein, 1981). Das trifft auch auf die MacArthur Story Stem Battery (Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde und The MacArthur Transition Network Narrative Group, 1990) zu.

#### **1.4.1.1 Die Konzeption der MSSB**

##### *Entstehungsphase*

Mitte der 80er Jahre interessierten sich Mitglieder der Arbeitsgruppe „MacArthur Research Network on Early Childhood Transitions“ zunächst für *Geschichtenergänzungsverfahren* als Möglichkeit, einen Einblick in die kognitiven und affektiven Prozesse von Vorschulkindern zu erhalten; hier wurde, anders als bei der Konstruktion der



SDPT (Lynn, 1955), der umgekehrte Weg – von der Story Completion Task zum gespielten Narrativ – beschrieben (Bretherton & Oppenheim, 2001; Buchsbaum & Emde, 1990).

Die Entwicklung der MacArthur Story Stem Battery ist nicht ganz einfach nachzuvollziehen, da sie durch eine Vielzahl von theoretischen Einflüssen und Forschungsbemühungen im Bereich der Entwicklungspsychologie angeregt wurde.

Wesentliche Inspiration ging von einer bahnbrechenden Studie der Bindungsforschung aus (Main et al., 1985), die Zusammenhänge aufzeigte zwischen der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und den Narrativen der Kinder zu einem Set von bindungsbezogenen Bildern. Die neuere Bindungsforschung beruft sich auf Bowlbys Konzept der „internal working models“ (Bindungsrepräsentationen), das die Art und Weise beschreibt, wie Kinder wiederholte Erfahrungen mit Bezugspersonen internalisieren und daraus Erwartungen über sich selbst und andere bilden (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980, 1988). In der Studie von Main et al. (1985) wurde ein Geschichtenergänzungsverfahren erfolgreich dazu eingesetzt, die Bindungsrepräsentationen von Erstklässlern zu erfassen.

Der Impuls, *gespielte* Narrative bzw. narrative Spieldialoge („play narratives“) für die Forschung zu verwenden, erwuchs aus einer Vielzahl neuerer Befunde zur sozialen, moralischen und emotionalen Entwicklung im *Vorschulalter*, d. i. zur Entwicklung des symbolischen Spiels, des autobiographischen Gedächtnisses, narrativer Schemata und Skripts. Diese Forschungsergebnisse zeigen, dass das soziale Verständnis der Vorschulkinder wesentlich komplexer ist, als bis dahin angenommen worden war (vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001). Kinder unter sieben Jahren erscheinen meist sehr dürftig und oberflächlich in ihrem Wissen über interpersonelle Beziehungen (z. B. Beziehungskonzepte wie Vertrauen, Nähe, Loyalität), wenn die Untersuchungen systematische Befragungstechniken einsetzen. So zum Beispiel in den Interviews von Berndt (1981) zum Konzept der Freundschaft oder den Studien von Damon (1977) zur Autoritätsrolle der Eltern. Andere Untersuchungen konnten jedoch zeigen, dass Vorschulkinder in einem unterstützenden, spielerischen Kontext, der eine bestimmte Rahmenstruktur liefert, ein ganz erstaunliches Verständnis von Familienbeziehungen zeigen (Bretherton, Prentiss et al., 1990). Dass das interpersonale Wissen von Kindern unter 7 Jahren weitaus differenzierter ist als von Piaget (1959/1975) postuliert, ist mittlerweile auch durch eine Reihe von Studien zur „Theory of Mind“ belegt, bspw. zum Rollenverständnis von Zweijährigen im Als-ob-Spiel (Bretherton, 1984; Miller & Garvey, 1984; Nicolich, 1977; Watson & Fischer, 1980; Wolf, 1982) zur Fähigkeit Dreijähriger, auf die Gefühlszustände fiktiver Protagonisten zu schließen (Borke,

1971) und zum „false-belief“-Konzept bei Vierjährigen (Chandler, Fritz & Hala, 1989; Wimmer & Perner, 1983).

Die Idee, den narrativen Prozess von Kleinkindern durch spieltechnische Elemente zu erleichtern, stützt sich natürlich auch auf klinische Arbeiten von Pionieren der psychoanalytischen Spieltherapie, wie A. Freud (1946), Waelder (1933), Winnicott (1971/1979). und Erikson (1950). Die Autoren der MSSB betonen jedoch, dass trotz der gemeinsamen Wurzeln mit spieltherapeutischen Techniken bei der Konstruktion der MSSB weder das supportive Material, noch die *story stems* entwickelt wurden, um im Spiel ein Äquivalent der „freien Assoziation“ zu evozieren (vgl. Klein, 1955). Vielmehr wird dem Kind mit den Geschichten ein Standard-Set von hypothetischen Problemen vorgelegt, die so konzipiert sind, dass sie auf Alltagserfahrungen des Kindes basieren bzw. das Kind mit großer Wahrscheinlichkeit an alltägliche Situationen erinnern, die es bereits erlebt hat. Ebenso werden möglichst realistische Puppen und Gegenstände verwendet (Bretherton & Oppenheim, 2001).

Nach Bretherton und Oppenheim (2001), die selbst maßgeblich an der Entwicklung der MSSB beteiligt waren, geht das Instrument streng genommen auf drei Pionierstudien zurück (Bretherton, Ridgeway et al., 1990; Buchsbaum & Emde, 1990; Oppenheim, 1997). Deren Autoren entwickelten unabhängig voneinander Geschichtenergänzungsverfahren für Vorschulkinder, die sich spielerischer Elemente bedienen.

1. *Attachment Story Completion Task (ASCT)* (Bretherton, Ridgeway et al., 1990): Die Entwicklung der ASCT wurde maßgeblich angeregt durch die Studie von Main, Kaplan und Cassidy (1985). Die Autoren verwendeten eine neue Version des *Separation Anxiety Test* (SAT) von Klagsburn und Bowlby (1976). Diese besteht aus 6 Zeichnungen, die Trennungsszenen zwischen Eltern und Kindern in abgestufter Bedrohlichkeit zeigen. Der Interviewer liefert nacheinander für jedes Bild eine Standardbeschreibung und fragt anschließend, wie das Kind im Bild sich fühlt und was es als nächstes tun wird. Main et al. (1985) berichten, dass Sechsjährige, die für die Bildgeschichten konstruktive Lösungen fanden und mit emotionaler Offenheit über Trennungen sprechen konnten, mit hoher Wahrscheinlichkeit als Kleinkinder in der „Fremden Situation“ (Interaktionsbeobachtung nach Ainsworth et al., 1978) als sicher gebunden klassifiziert worden waren. Die Mütter dieser Kinder waren in der Lage, offen und kohärent über ihre eigenen Bindungserfahrungen in der Kindheit zu sprechen. Eine Reihe von Folgestudien konnte diese Ergebnisse replizieren (Cho, 1994; Shouldice & Stevenson-Hinde, 1992; Slough & Greenberg, 1990). Insgesamt stützten diese Befunde die Annahme, dass narrative Antworten auf semiprojektive Verfahren, wichtige Aspekte der aktuellen Beziehungserfahrungen von Kindern enthüllen können.

Die ASCT entstand aus der Überlegung, dass ein Verfahren wie der SAT, das den Kindern rein verbale Antworten abverlangt, Vorschulkinder, die Zielgruppe der Autoren, überfordern könnte. Bretherton, Ridgeway & Cassidy (1990) planten daher eine Kombination von Narration und Spiel; wobei das Spiel den narrativen Prozess bei Vorschulkindern ab 3 Jahren erleichtern und unterstützen sollte. Die Autorinnen entwickelten also eine Serie von Geschichten mit Bindungsthemen, die mit kleinen Puppenfiguren und Spielgegenständen angespielt wurden und vom Kind mit der Aufforderung „Zeig und erzähl mir, was jetzt passiert“ im Symbolspiel fortgeführt werden sollten. Bei der Konzeption dieses Verfahrens stützten sie sich auf Forschungsergebnisse zum symbolischen Spiel (Fein, 1981 sowie Wolf, Rygh und Altshuler, 1984), zur Ereignisrepräsentation und Skriptbildung (Nelson & Gruendel, 1981) und zur Entwicklung und Struktur von narrativen Schemata (Mandler, 1983). Das Verfahren besteht aus 5 Geschichten, die unterschiedliche, das Bindungssystem (Bowlby, 1969ff.)<sup>8</sup> aktivierende Themen ansprechen (Unfall/ Regelverletzung, Angst, Schmerz, Trennung und Wiedervereinigung). Die ASCT konnte innerhalb der Bindungsforschung als Instrument zur Einschätzung der Qualität der Eltern-Kind-Bindung über die Erfassung von kindlichen Bindungsrepräsentationen überzeugend validiert werden (Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Bretherton, Prentiss et al., 1990; Bretherton, Ridgeway et al., 1990; Waters, Rodrigues & Ridgeway, 1998; vgl. auch die in Kapitel 1.4.2 referierten Untersuchungen).

2. Emde und Buchsbaum entwickelten analog eine *Serie von story stems zur Erfassung der Internalisierung moralischer Werte* bei einer Gruppe von 26 Dreijährigen (Buchsbaum & Emde, 1990). Ihre Geschichten fokussierten die Themen: Überschreitung von Normen, prosoziales Verhalten, Konfliktlösung und Empathie gegenüber Peers. Die Autoren konnten zeigen, dass mit dieser Art spielgestützter Narration die meisten der Kinder in der Lage waren, kohärente Geschichten über moralische Normen, Reziprozität, Empathie und internalisierte Verbote zu gestalten.

3. *Attachment doll play* (Oppenheim, 1997): Oppenheim entwickelte, ebenfalls angeregt durch die Studie von Main et al. (1985) sowie durch seine klinische Arbeit mit Kindern, Ende der 80er Jahre eine Geschichtenergänzungsaufgabe für Vorschulkinder einer Tagesbetreuungsstätte mit Szenen der Trennung und Wiedervereinigung zwischen Eltern und Kindern. Die Geschichten wurden vom Untersucher angespielt, anschließend wurde das Kind befragt, was der Protagonist in der Situation fühlen und tun wird. Kindern, deren Narrative

---

<sup>8</sup> Eine eingehende Erläuterung der Bindungstheorie Bowlbys findet sich in Kapitel 1.3.3.

besser abschnitten hinsichtlich der Kriterien *emotionale Offenheit, konstruktive Konfliktlösung* und *dargestellte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion*, wurde von ihren Lehrern ein höherer Selbstwert attestiert und sie zeigten in der Verhaltensbeobachtung im Klassenraum mehr altersadäquates Explorationsverhalten.

Ermutigt durch die vorangegangenen Studien, schlossen sich Ende der 80er Jahre die verschiedenen Forschungsteams zur *MacArthur Narrative Working Group* unter der Leitung von Robert N. Emde und Dennis P. Wolf zusammen und erstellten gemeinsam eine umfassendere Testbatterie von Geschichtenstämmen, die MSSB. Sie sollte ein breiteres Spektrum von Forschungsfragen abdecken und folgende Themenbereiche ansprechen: Familienbeziehungen (Eltern-Kind-Bindung, Ehekonflikt der Eltern aus der Sicht des Kindes, Peerkonflikte, Eltern-Kind-Konflikte, triadische Beziehungsstrukturen), moralische Normen, moralische Empfindungen (Schuld, Scham und Empathie) und Kompetenz (Stolz). Ein Teil der Geschichten wurde der bereits bewährten ASCT sowie den erprobten Batterien von Buchsbaum und Emde (1990) und Oppenheim (1997) entnommen, weitere wurden zusätzlich von Bretherton unter Mitarbeit von C. Prentiss und A. Lundquist entwickelt. Die gesamte MacArthur Story Stem Battery (Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum & Emde, 1990) wurde von Inge Bretherton, David Oppenheim, Robert N. Emde und einigen weiteren Kollegen in Pilotstudien getestet (vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001).

Die MacArthur Narrative Working Group war von Anfang an eine international und interdisziplinär ausgerichtete Forschungsgruppe, die Entwicklungspsychologen, Kognitionspsychologen und Kliniker mit einer Vielzahl von Interessen vereinte: Entwicklung sprachlicher und narrativer Strukturen (D. Wolf und J. Reily), Rollenverständnis (K. Fisher und M. Watson), moralische Entwicklung und Familienkonflikte (R. Emde und H. Buchsbaum), Bindung und Familienbeziehungen (I. Bretherton, D. Oppenheim und J. Robinson). Der Gruppe gehörten auch Forscher an, die sich für die Narrative misshandelter, missbrauchter und vernachlässigter Kinder interessierten (J. Solomon, R. Clyman und B. Rubin) sowie für die Narrative von Kindern mit Verhaltensproblemen (C. Zahn-Waxler, S. L. Warren). K. Nelson und R. Fivush nahmen gelegentlich als Berater teil.

In den letzten 15 Jahren kamen weitere Forschungsgruppen hinzu. Unsere Gruppe hat in Kooperation mit Kollegen eine deutsche Version entwickelt, die v.a. zur Untersuchung klinischer Populationen eingesetzt werden sollte. Insbesondere fand auch eine Validierung für das Schulalter statt (Aurnhammer & Koch, 2001; Min, 2003). Unsere eigenen Untersuchungen werden im nächsten Kapitel genauer dargelegt.

## **1.4.2 ZUR VALIDITÄT DER MACARTHUR STORY STEM BATTERY**

Inzwischen gibt es eine beachtliche Anzahl von Studien, die die MSSB oder verwandte Geschichtenergänzungsverfahren eingesetzt haben. In der Regel wurde dabei die Validität dadurch bestimmt, dass die Spielinhalte mit einem Außenkriterium wie Verhaltensbeobachtung oder Fremdbeurteilungen durch Eltern oder LehrerInnen/ErzieherInnen oder aber mit einem klinischen Status in Beziehung gesetzt wurden. Die Frage nach der Validität der MSSB weiterhin im Hinterkopf behaltend, haben wir tabellarisch die relevanten Studien zusammengefasst dargestellt, um die Konstruktvalidität der MSSB in ihren unterschiedlichen Anwendungsbereichen zu verdeutlichen. Die Untersuchungsbefunde zur Affektregulierung sind im Kapitel 1.3.7 referiert worden. Es folgt die Darstellung der Untersuchungsergebnisse aus dem nicht-klinischen Bereich der Bindungsforschung, dem psychopathologischen Bereich von Auffälligkeiten Misshandelter, vernachlässigter oder missbrauchter Kinder sowie, was für die vorliegende Untersuchung besonders relevant ist, aus dem psychopathologischen Bereich expansiver Verhaltensauffälligkeiten.

### **1.4.2.1 Ergebnisse der Bindungsforschung**

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeichnen ein klares Bild von Zusammenhängen zwischen Bindungsstatus und der Darstellung von Kind- und Elternfiguren im Spiel der Kinder. Im Spiel von nicht sicher gebundenen Kindern stellt sich häufiger ein vermeidender Umgang mit dem zentralen Konflikt der dargestellten Geschichte bis hin zu einer Spielhemmung ein (Cassidy, 1988; Solomon et al., 1995), zudem porträtierten sie den Kindprotagonisten häufiger als ängstlich und hilflos oder aber zu Gewalt und zu desorganisierter Aggression neigend (Bretherton, Ridgeway et al., 1990; Cassidy, 1988; Solomon et al., 1995). Die Elterfiguren wurden häufiger als Hilfe verweigernd, unberechenbar und aggressiv dargestellt (Bureau & Moss, 2001; Solomon et al., 1995). Die Geschichten endeten häufiger in negativer Weise, wirkten inkohärent-chaotisch (Bretherton, Ridgeway et al., 1990; Solomon et al., 1995). Im Gegensatz dazu stellten sicher gebundene Kinder in ihrem Narrativ die Kindprotagonisten als kompetent, wertgeschätzt dar sowie Sicherheit und Schutz gewährende Elternfiguren (Bretherton, Ridgeway et al., 1990). Der in der Geschichte dargestellte Konflikt konnte in kohärenter Weise konstruktiv bearbeitet werden (Bretherton, Ridgeway et al., 1990). Die positive Darstellung der Figuren ging mit einem positiven Selbstwertgefühl einher (Bretherton, Ridgeway et al., 1990). In den Tabelle. 1.7 a-d werden

beispielhaft die wichtigsten Untersuchungsergebnisse bekannter Studien zur Geschichtenergänzungsverfahren zusammenfassend dargestellt.

Sehr interessante Ergebnisse lieferten die Untersuchungen von möglicher transgenerationelle Übereinstimmung von Bindungsmustern. Hier konnten hochsignifikante Übereinstimmungen zwischen den Bindungsrepräsentationen der Kinder in den Geschichtenergänzungsverfahren und den Bindungsrepräsentationen ihrer Mütter, erfasst mit dem Adult Attachment Interview (bspw. Bretherton, Ridgeway et al., 1990; George et al., 1996; Main et al., 1985; Miljkovitch, Pierrehumbert, Bretherton & Halfon, 2004), belegt werden (Gloger-Tippelt, 1999). Tabelle 1.8 referiert beispielhaft einige Untersuchungen.

**Tabelle 1.7a: Zusammenhänge zwischen Bindungsstatus und dem Narrativ der Kinder**

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
Main, Kaplan und Cassidy (1985)	N = 40 Nicht-klinische Stichprobe 3 Messzeitpunkte Alter: 12, 18 Monate und 6 Jahre	Trennung / Wieder-vereinigung SAT <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindern, die mit 12 Monaten als sicher klassifiziert wurden, entwickelten bei den Bildern des SAT<sup>a</sup> im Alter von 6 Jahren kohärentere, elaboriertere und offenere Erzählungen</li> <li>• Als unsicher-vermeidend klassifizierte Kinder beschrieben die Bilder als traurig und konnten keine Vorstellung von Hilfe oder Ausweg entwickeln</li> <li>• Als desorganisiert klassifizierte Kinder schwiegen oder gaben bizarre, sinnlos wirkende Antworten</li> </ul>
Cassidy (1988)	N = 52 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 6 Jahre	Trennung/ Wieder-vereinigung nach 1 Stunde Eigene Geschichten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es fand sich ein Zusammenhang (<math>r = .46^{**}</math>) zwischen dem beobachtbaren Bindungsverhalten und dem gespielten Bindungsverhalten der Kinder</li> <li>• Es zeigte sich bei 73% der Kinder eine identische Bindungsklassifikation anhand der Verhaltensbeobachtung und dem Spielverhalten</li> <li>• Sicher gebundene Kinder beschrieben sich selbst in positiver Weise und konnten Ambivalenzen (gleichzeitige negative und positive Charakterzüge) tolerieren</li> <li>• Unsicher/vermeidend gebundene Kinder zeigten im Sinne von Vermeidung häufige Spielhemmungen</li> <li>• Im Spiel von unsicher/ambivalent gebundenen oder als kontrollierend klassifizierten Kindern kam es feindseligen oder gewalttätigen Szenen und zu offenen Selbstentwertungen</li> </ul>
Oppenheim (1990)	Nicht-klinische Stichprobe im Vorschulalter	Trennung / Wieder-vereinigung Eigene story stems	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sicher gebundene Kinder wirkten unabhängiger, wurden als selbstbewusster beurteilt und entwickelten Narrative in emotional offenerer Weise und mit positiveren Mutter-Kind-Interaktionen</li> </ul>

<sup>a</sup> *Separation Anxiety Test* (SAT, Klagsburn und Bowlby (1976))

**Tabelle 1.7b: Zusammenhänge zwischen Bindungsstatus und dem Narrativ der Kinder (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
Bretherton, Ridgeway et al., 1990	N = 25 Nicht-klinische Stichprobe 3 Messzeitpunkte Alter: 18, 25 u. 37 Monate	Trennung/Wieder-vereinigung nach 1 Stunde Attachment Q-Sort <sup>b</sup> (Mütter) ASCT <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikante Zusammenhänge zwischen den Bindungsrepräsentationen im Spiel und dem Bindungsverhalten nach einstündiger Trennung von der Mutter: Sicher gebundene Kinder schildern Kindfiguren, die kompetent, wertgeschätzt sind sowie Mutterfiguren, die Sicherheit und Schutz gewähren, sie spielen kohärente Geschichten mit konstruktiven positiven Lösungen in bezug auf das Konfliktthema</li> <li>• Sicher gebunden Kinder haben positive Repräsentationen von sich selbst und anderen</li> <li>• Diese Repräsentationen korrelieren signifikant positiv mit einem positiven Selbstwertgefühl</li> <li>• Unsicher gebundene Kinder schildern Kindfiguren als hilflos, isoliert, zurückgewiesen oder aggressiv, sie neigen zur Verleugnung des zentralen Konfliktes und beenden die Geschichte negativ</li> <li>• Zusammenhänge zeigten sich zwischen dem Bindungsstatus mit 18 Monaten und dem mütterlichen Attachment Q-Sort</li> </ul>
Shouldice und Stevenson-Hinde (1992)	Nicht-klinische Stichprobe im Alter von 4,5 Jahren	Trennung / Wieder-vereinigung SAT <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicher gebundene Kinder zeigten im SAT<sup>a</sup> am meisten angemessene negative Antworten und zeigen weniger Verleugnung, überpositive Gefühle, Unterbrechungen, passive Antworten und seltener Inkohärenz</li> <li>• Desorganisiert gebundene Kinder zeigten häufiger narrative Inkohärenz</li> </ul>

<sup>a</sup> *Separation Anxiety Test* (SAT, Klagsburn & Bowlby (1976)). <sup>b</sup> *Attachment Q-Sort* (Waters & Deane, 1985). <sup>c</sup> *Attachment Story Completion Task* (ASCT, Bretherton & Ridgeway, 1990)



**Tabelle 1.7c: Zusammenhänge zwischen Bindungsstatus und dem Narrativ der Kinder (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
Solomon et al. (1995)	N = 69 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 6 Jahre	Trennung/ Wieder- vereinigung nach 1 Stunde  Unbe- kanntes Klassifi- kations- system  CBCL <sup>d</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als „kontrollierend“ bzw. desorganisiert klassifizierte Kinder wurden von ihren Müttern und Lehrern als psychisch belasteter und aggressiver beurteilt</li> <li>• Diese Kinder konnten anhand ihrer im Spiel dargestellten Beziehungsrepräsentationen von den Kindern mit anderen Bindungstypen unterschieden werden (79% Übereinstimmung)</li> <li>• Im Vergleich zu den anderen stellte diese Kinder die Kind- und die Elternfiguren als ängstigend und unberechenbar oder ängstlich und hilflos dar, zudem zeigten sie häufig ein ausgesprochen chaotisches Spiel oder Spielhemmungen</li> <li>• Als unsicher/vermeidend oder unsicher/ambivalent klassifizierte Kinder schlossen bei Trennungsthemen bestimmte Informationen aus ihrem Spiel aus (sog. „<i>deactivation strategy</i>“: sie kamen bspw. von Thema ab, waren mit unwichtigen Details beschäftigt)</li> </ul>
Oppenheim (1997)	N = 35 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 3-5 Jahre	FS <sup>e</sup> Attachment doll play interview <sup>f</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen emotionaler Offenheit und positiver Mutter-Kinder-Interaktion beim Spiel und unabhängigerem Verhalten der Kinder in der FS<sup>e</sup> sowie der Höhe des Selbstwertgefühls und der Aufmerksamkeitsstrategien im Urteil der ErzieherInnen.</li> </ul>
Bureau und Moss (2001)	N = 102 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 6 + 8 Jahre 2 Mess-zeitpunkte	FS <sup>e</sup> MSSB <sup>g</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die als kontrollierend/desorganisiert klassifizierten Kinder zeigten bei bedrohlichen Geschichtenanfängen signifikant häufiger nicht-helfende und aggressive Elternfiguren</li> </ul>

<sup>d</sup> *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991a,b). <sup>e</sup> FS (*Fremde Situation*, Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). <sup>f</sup> Oppenheim (1997).

**Tabelle 1.7d: Zusammenhänge zwischen Bindungsstatus und dem Narrativ der Kinder (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
Sher-Censor und Oppenheim (2004)	N = 113 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte im Alter von 1;5 +4;5 Jahren	FS <sup>c</sup> MSSB <sup>g</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Vergleich zu ambivalent gebundenen Kindern porträtierten sicher gebundene Kinder kompetentere Elternfiguren sowie kohärentere bindungs- und konfliktrelevante Geschichten</li> <li>Im Vergleich zu desorganisiert gebundenen Kindern porträtierten sicher gebundene Kinder kompetentere Kindprotagonisten</li> <li>Desorganisiert gebundene Kinder zeigten in ihrer Antwort auf bindungsspezifische <i>story stems</i> mehr aggressive und destruktive Themen</li> </ul>

<sup>c</sup> FS (*Fremde Situation*, Ainsworth et al., 1978), <sup>g</sup> *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB)

**Tabelle 1.8: Die Übereinstimmung von elterlichem und kindlichem Bindungsstatus**

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
George und Solomon (1996)	N = 32 Kinder und deren Mütter Alter : 6 Jahre	FS <sup>a</sup> AAI <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>81% Übereinstimmung der Bindungsklassifikation zwischen den Kindern anhand der Verhaltensbeobachtung und den Müttern anhand des AAI</li> </ul>
Gloger-Tippelt (1999)	N = 28 Kinder und deren Mütter Alter: 6 Jahre	Auswahl aus dem ASCT <sup>c</sup> AAI <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>87% Übereinstimmung der Bindungsklassifikation zwischen den Kindern anhand des Spielverhaltens und den Müttern anhand des AAI</li> </ul>
Miljkovitch, Pierrehumbert, Bretherton & Halfon (2004) <sup>c</sup>	N = 31 Familien Alter: 3 Jahre	AAI <sup>b</sup> ASCT- Q-Sort <sup>d</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Übereinstimmung der Bindungsklassifikation zwischen den Kindern anhand des Spielverhaltens und den Müttern anhand des AAI</li> </ul>

<sup>a</sup> FS (*Fremde Situation*, Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978); <sup>b</sup> *Adult Attachment Interview* (AAI, George, Kaplan & Main, 1996); <sup>c</sup> *Attachment Story Completion Task* (ASCT, Bretherton & Ridgeway, 1990). <sup>d</sup> *ASCT- Q-Sort* (Miljkovitch et al., 2004)

#### **1.4.2.2 Schwieriger familiärer Hintergrund: Untersuchungen zu Scheidungsfamilien, sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung**

Aus vielerlei Gründen hat es sich angeboten, die Narrative von Kindern misshandelten, vernachlässigten und missbrauchten Kindern zu untersuchen, nicht zuletzt, weil die Hauptbezugspersonen dieser Kinder das Gegenteil von fürsorglichen Eltern darstellen. Der Schluss liegt nahe, dass diese Kinder aufgrund ihrer traumatischen Beziehungserfahrungen radikal andere Beziehungsschemata entwickeln und Schwierigkeiten in ihrer Affektregulierung aufweisen, was sich auch in den Narrativen widerspiegeln sollte. Tatsächlich ließen sich einige Unterschiede im Vergleich zu nicht misshandelten Kindern identifizieren. Die Narrative dieser misshandelten<sup>9</sup> Kinder wiesen im Vergleich zu denen einer Kontrollgruppe (ebenfalls aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status) mehr inadäquate, unkontrollierte Aggressivität, Bestrafung und Vernachlässigung des kindlichen Protagonisten auf. Sie zeigten häufiger sexualisierte Verhaltensweisen und missachtende Sprachformulierungen der Akteure sowie mehr generalisierte Selbstabwertungen des kindlichen Protagonisten (Buchsbaum et al., 1992; Grych et al., 2002; Waldinger & Toth, 2001). Negative Elternfiguren figurierten häufiger, sie kamen der Kindfigur seltener zu Hilfe (Buchsbaum, et al., 1992; Grych et al., 2002; Toth, Cicchetti, Macfie & Emde, 1997). Typisch für misshandelte und sexuell missbrauchte Kinder war, dass sie den fiktiven oder narrativen Rahmen durchbrachen, um auf konkretistische Weise selbst das Opfer zu retten (Macfie et al., 1999), was als ein deutliches Zeichen versagender narrativer Affektregulierung gewertet wird. Vernachlässigte Kinder schilderten kindliche Akteure als besonders passiv, während misshandelte Kinder signifikant häufiger als die Kontrollgruppe und die beiden anderen traumatisierten Subgruppen, eine Rollenkehr zwischen Kinder- und Elternfiguren in den Narrativen darstellten (Macfie et al., 1999). Besonderheiten zeigten sich im Narrativ von Kindern, die häusliche Gewalt erlebt hatten: so bildeten sie die Mutterfigur als weniger versorgend, gefühlvoll und grenzsetzend ab, jedoch nicht als aggressiver, abweisender oder vernachlässigender (Grych et al., 2002). Kinder, die häusliche Gewalt erlebt hatten, tendierten dazu, das Konfliktthema zu vermeiden und insgesamt inkohärenter zu spielen (Grych et al., 2002). Darstellungen einer gegen die Kindfigur gewalttätigen Mutterfigur sowie von Gewalt zwischen Elternfiguren sagte bei Scheidungskindern größere soziale Schwierigkeiten mit

---

<sup>9</sup> Die englische Formulierung „maltreated children“, unter der Kinder zusammengefasst werden, die sowohl vernachlässigt, verwahrlost, als auch sexuell, körperlich oder psychisch misshandelt wurden, kennt im Deutschen keine Entsprechung. Hier wird für „maltreated“ der Begriff „misshandelt“ verwendet.

Gleichaltrigen voraus (Page & Bretherton, 2003 a, b). Ganz eindeutig sind die Ergebnisse, wie Clyman (2003) zeigte konnte, unter Umständen jedoch nicht. Manche misshandelten Kinder zeigten das genaue Gegenteil von dem, was sie erlebt haben konnten. Clyman (2003) interpretierte die Darstellung von überpositiven Szenen als ein Versuch, mit der schrecklichen Realität zu Rande zu kommen. Die folgenden Tabellen 1.9a-b sowie 1.10a-b referieren die Untersuchungsergebnisse.

#### **1.4.2.3 Gesunde Kinder, interkultureller Vergleich sowie Chronisch kranke Kinder**

Unsere Arbeitsgruppe<sup>10</sup> um Prof. Dr. Michael Günter hat intensiv an Abwehr- und Adaptionprozessen bei krebserkrankten Kindern sowie bei Kindern mit Diabetes und ADHS im Vergleich zu gesunden Kindern geforscht. Zentrales Anliegen dieser Forschungsprojekte auf psychosomatischem Gebiet war die Untersuchung von Adaption- sowie Abwehrprozessen im Verlauf dieser Erkrankungen. Vergleichsgruppe bildeten 84 vier- bis zwölfjährige gesunde und unauffällige Kinder. Leticia Francieck untersuchte eine nicht-klinische Stichprobe von 41 brasilianischen und 41 deutschen Kindern. Sie fand heraus, dass sich der Erziehungsstil zwischen den brasilianischen und den deutschen Eltern dahingehend unterschied, dass in Brasilien der Familienbezug zentrales Anliegen der Eltern war, während in Deutschland großer Wert auf Individualisierung und Selbstständigkeit der Kinder gelegt wurde. Die Tabellen 1.11a-b führen die Untersuchungsergebnisse kursorisch auf.

---

<sup>10</sup> Maria-Christine Aurnhammer, Gabriella Gall, Isabelle N. Koch-Hegener, Sonia Krauß, Rui-Fang Min, Karin Sacks, Anna Schwedler, Julia Schweinsberg, Anna Steier, Ingrid Stohrer, Annette Straten.

**Tabelle 1.9a: MSSB-Untersuchungsbefunde bei misshandelten, missbrauchten und/oder vernachlässigten Kindern**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Buchsbaum et al. (1992)	ca. N = 100 missbrauchte, misshandelte o. vernachlässigte Kinder + N= ? KG <sup>a</sup> -Kinder Alter: 4-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Geschichten der misshandelten<sup>11</sup> Kinder zeigten häufiger unangemessene Aggression, Vernachlässigung oder sexualisiertes Verhalten, Bestrafungen sowie seltener hilfreich/empathisches Verhalten</li> <li>Im Spiel äußerte die Kindfigur häufiger selbstabwertende Kommentare</li> </ul>
Toth et al. (1997)	N=80 missbrauchte, misshandelte o. vernachlässigte Kinder N= 27 KG <sup>a</sup> -Kinder Alter: 4-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die misshandelten Kinder stellten signifikant häufiger negative Kind- und Mutterfiguren dar und verhielten sich dem Untersucher gegenüber kontrollierender und weniger responsiv</li> <li>Körperlich misshandelte Kinder zeigten die negativsten Mutterfiguren</li> <li>Sexuell missbrauchte Kinder zeigten positivere Kindfiguren (Selbstrepräsentationen) als vernachlässigte Kinder</li> </ul>
Macfie et al. (1999)	N =80 misshandelte/ vernachlässigte Kinder N = 27 KG <sup>a</sup> -Kinder Durchschnittsalter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Spiel der misshandelten Kinder figurierten seltener Personen, die einer Hilfe benötigten Kindfigur halfen</li> <li>Im Spiel der misshandelten Kinder zeigte sich, entgegen den Erwartungen, nicht mehr Rollenumkehr als im Spiel der Kontrollgruppe</li> </ul>

<sup>a</sup> Kontrollgruppe

<sup>11</sup> Die englische Formulierung „maltreated children“, mit der Kinder bezeichnet werden, die sowohl vernachlässigt, verwahrlost, als auch sexuell, körperlich oder psychisch misshandelt wurden, kennt im Deutschen keine Entsprechung. Hier wird für „maltreated“ der Begriff „misshandelt“ verwendet.

**Tabelle 1.9b: MSSB-Untersuchungsbefunde bei misshandelten, missbrauchten und/oder vernachlässigten Kindern (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Waldinger et al. (2001)	N = 49 missbrauchte, misshandelte u./o. vernachlässigte Kinder N = 22 KG <sup>a</sup> -Kinder Durchschnittsalter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche misshandelte Kinder stellten häufiger oppositionelle und wütende Selbstdarstellungen dar als Kontrollkinder</li> <li>• Sexuell missbrauchte Kinder stellten am häufigsten von anderen gemochte Selbstrepräsentationen dar</li> <li>• Vernachlässigte Kinder stellten häufiger als alle anderen Experimentalgruppen Personen als verletzt, traurig und ängstlich dar.</li> <li>• Im Spiel der misshandelten und vernachlässigten Kinder figurierten häufiger negative Selbstdarstellungen in Form von Wut und Opposition als in der Kontrollgruppe</li> <li>• Im Vergleich zu sexuell missbrauchten Kindern stellten misshandelte Kinder seltener Bedürfnisse dar, anderen nahe zu sein dar</li> </ul>
Macfie, Cicchetti und Toth (2001)	N = 55 missbrauchte, misshandelte o. vernachlässigte Kinder N = 33 KG <sup>a</sup> -Kinder Durchschnittsalter: 3; 11 Jahre 2 Messzeitpunkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperlich misshandelte und sexuell missbrauchte Kinder zeigten in ihrem Narrativ signifikant mehr dissoziative Verhaltensweisen als Kontrollkinder, wie bspw. grandiose Kinddarstellung, traumatisches Material, verbaler Konflikt, kontrollierendes Verhalten, die vernachlässigten Kinder jedoch nicht</li> <li>• Nach einem Jahr hatten die dissoziativen Verhaltensweisen der Gesamtgruppe der misshandelten Kinder signifikant zugenommen, bei den Kontrollkindern zeigte sich keine Veränderung</li> <li>• Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge bei der Gesamtgruppe der misshandelten Kinder zwischen den Dissoziations-Codes und den Problembereichen externalisierendes und internalisierendes Verhalten<sup>b</sup></li> </ul>
Shields et al. (2001)	N = 76 misshandelte Kinder N = 45 KG <sup>a</sup> -Kinder Alter: 8-12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misshandelte Kinder zeigten häufiger eine vermeidende (Konfliktvermeidung, verarmtes Spiel) und seltener eine positive Affektregulierungsstrategie als die Kontrollgruppe</li> <li>• Eine Pfadanalyse identifizierte die positive Affektregulierungsstrategie als Moderator für den Beliebtheitsgrad bei Gleichaltrigen</li> </ul>

<sup>a</sup> Kontrollgruppe <sup>b</sup> *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991a,b)

**Tabelle 1.10a: MSSB-Untersuchungsbefunde bei Kindern mit schwierigem familiärem Hintergrund**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Grych et al. (2002)	N = 23 Kinder aus Familien mit häuslicher Gewalt N = 23 KG <sup>a</sup> -Kinder Durchschnittsalter: 6;2 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder aus Familien mit häuslicher Gewalt bildeten die Mutterfigur im Vergleich zu den Kontrollkindern als weniger versorgend, gefühlvoll und grenzsetzend ab, jedoch nicht als aggressiver, abweisender oder vernachlässigender</li> <li>• Die Kindfiguren wurden weniger kompetent und gehorsam sowie aggressiver und oppositionell dargestellt</li> <li>• Konflikte zwischen den Eltern neigten dazu, häufiger zu eskalieren und ungelöst zu verbleiben</li> <li>• Häufigere Darstellung von Gewalt der Mutter gegenüber sagten weniger positive Darstellung von Kindfiguren voraus</li> <li>• Je häufiger Aggression zwischen Mutter- und Kindfiguren dargestellt wurde, umso negativer waren die Darstellungen der Kindfigur</li> <li>• Das Alter der Kinder hing mit häufiger positiver und seltener negativer Mutterfigur, mit abnehmender Vermeidung und mit mehr Kohärenz zusammen</li> </ul>
Page und Bretherton (2003b)	N = 27 Mädchen aus Scheidungsfamilien Durchschnittsalter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Mädchen, die weniger Bindungsverhalten der Vaterfigur gegenüber darstellten, zeigten häufiger Bindungsverhalten der Mutterfigur gegenüber und seltener eine gefährdete Vaterfigur, und wurden als sozial kompetenter von ihren ErzieherInnen eingeschätzt</li> </ul>

<sup>a</sup> Kontrollgruppe

**Tabelle 1.10b: MSSB-Untersuchungsbefunde bei Kindern mit schwierigem familiärem Hintergrund (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Page und Bretherton (2003a)	N = 66 Kinder aus Scheidungsfamilien Durchschnittsalter: 4; 8 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sowohl für Mädchen als auch für Jungen sagten häufigere Darstellungen von einer gegen Kinder gewalttätigen Mutterfigur sowie von Gewalt zwischen Elternfiguren größere soziale Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen und weniger soziale Kompetenz im Urteil der Erzieher voraus</li> <li>• Nur bei Mädchen sagte die Darstellung einer gegen die Mutterfigur körperlich aggressive Kindfigur Probleme mit Gleichaltrigen voraus, nicht aber bei Jungen</li> <li>• Nur bei Jungen sagte die Darstellung einer empathischen Kindfigur prosoziales Verhalten gegenüber Gleichaltrigen voraus, während sich bei Mädchen ein umgekehrter Zusammenhang zeigte: die Darstellung einer empathischen Kindfigur war mit niedrigerer sozialer Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen verknüpft</li> </ul>
Stover et al. (2006)	N = 40 Kinder aus Familien mit häuslicher Gewalt Alter: 3 – 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jungen, die nach den Angaben ihrer Mütter ihre Väter seltener sahen, stellten häufiger negative Mutterfiguren dar</li> <li>• Mädchen zeigten insgesamt mehr positive Repräsentationen</li> <li>• Je älter die Kinder wurden, desto seltener stellten sie negative Mutterfiguren dar</li> <li>• Die Interaktionsbeobachtung des freien Spiels zwischen Mutter und Kind stand in keinem Zusammenhang mit den gespielten Elternrepräsentationen, allerdings zeigte sich in dieser Stichprobe eine linksschiefe Verteilung dahingehend, dass 77 % im Bereich einer belasteten Mutter-Kind-Beziehung lagen</li> </ul>



**Tabelle 1.11a: MSSB-Untersuchungen der Arbeitsgruppe Günter**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Aurnhammer und Koch (2001)	N= 42 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 8-12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollgruppenerhebung, Prüfung einer Parallelversion</li> <li>• Feststellung ausreichender Reliabilität (Interrater und Re-Test) und Validität sowie Anwendbarkeit bei älteren Kindern</li> </ul>
Min (2003)	N= 42 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 4-7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollgruppenerhebung, Prüfung einer Parallelversion</li> <li>• Feststellung ausreichender Reliabilität (Interrater und Re-Test) und Validität</li> </ul>
Franiack (2005)	Nichtklinische Stichprobe (N= 41 brasilianische + N= 41 deutsche Kinder)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brasilianische Kinder zeigten im Narrativ signifikant mehr prosoziales Verhalten sowie signifikant häufiger eine Idealisierung der Familie und Konfliktvermeidung als die deutschen Kinder</li> <li>• Das kulturell bedingte Erziehungsmuster schien sich bei den brasilianischen Eltern an einem „Gruppen-Modell“ oder an „Familienidealisierung“ zu orientieren, während bei den deutschen Eltern diesbezüglich ein „Individuelle-Kompetenzen-Modell“ vorzuherrschen schien</li> </ul>
Schweinsberg (2006)	N= 21 ADHS-Kinder, N= 21 KG <sup>a</sup> -Kinder, N= 13 SZT <sup>b</sup> -Kinder Alter: 7-11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperkinetische Kinder zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr Verleugnung, mehr aufgabenirrelevante Verhaltensweisen, mehr Verweigerung von Empathie sowie mehr traumatisches Material</li> <li>• Kein Unterschied in dissoziativen Parametern</li> </ul>
Schwedler (2006)	N= 19 SZT <sup>b</sup> -Kinder, N= 19 KG <sup>a</sup> -Kinder, N= 13 ADHS-Kinder Alter: 6-11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Spiel von SZT-Kindern kamen im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger die Parameter Verleugnung, Off-Topic-Spiel sowie plötzlicher Schlafbeginn vor.</li> <li>• Keine verstärkten Abwehr- und Dissoziationsprozesse während der Stammzellentransplantation</li> <li>• Keine spezifischen Abwehr- oder Dissoziationsprozesse bei den klinischen Gruppen feststellbar</li> </ul>

<sup>a</sup> Kontrollgruppe; <sup>b</sup> Stammzellentransplantation (SZT)

**Tabelle 1.11b: MSSB- Untersuchungen der Arbeitsgruppe Günter (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Steier (2007)	N= 19 SZT <sup>b</sup> -Kinder, N= 19 KG <sup>a</sup> -Kinder Alter: 6-11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Vergleich zur Kontrollgruppe spielten die SZT-Kinder häufiger Geschichten, in denen Eltern-Kind-Interaktionen fehlten</li> <li>• SZT-Kinder zeigten häufigere Konfliktvermeidung</li> </ul>
Gall (2008)	N= 21 ADHS-Kinder, N= 21 KG <sup>a</sup> -Kinder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHS zeigten geringere Konfliktlösekompetenzen, die sich im Rahmen einer medikamentösen Behandlung signifikant verbesserten</li> <li>• Im Rahmen einer medikamentösen Behandlung verbesserte sich das Selbstbild der Kinder mit ADHS signifikant</li> </ul>
Krauss (2008)	N= 21 ADHS-Kinder, N= 21 KG <sup>a</sup> -Kinder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperkinetische Kinder stellten in den Bindungsgeschichten eine positivere Mutterfigur, in den Konfliktgeschichten häufiger eine verbal aggressive Mutterfigur dar</li> <li>• Im Rahmen einer medikamentösen Behandlung nimmt in den Konfliktgeschichten die Darstellung einer positiven Mutterfigur zu sowie die Darstellung einer negativen Mutterfigur ab</li> </ul>

<sup>a</sup> Kontrollgruppe

#### **1.4.2.4 Zusammenhänge zwischen externalisierenden Verhaltensstörungen und bestimmten MSSB-Variablen**

Besonders interessant im Hinblick auf die vorliegende Untersuchung sind Studien, die MSSB-Maße konkurrent und prädiktiv zu Störungen des Verhaltens und Erlebens im Kindesalter in Beziehung gesetzt haben. Da viele MSSB-Untersuchungen mit der Child Behaviour Checklist (CBCL, Achenbach, 1991a, b, c) gearbeitet haben, wird sie hier im Folgenden kurz dargestellt. Nach einer gängigen Klassifikation der Störungen im Kindes- und Jugendalter wird grob zwischen externalisierenden und internalisierenden Verhaltensproblemen unterschieden (vgl. Achenbach, 1985), wobei es zwischen diesen Breitband-Kategorien häufig zu Überschneidungen kommt (Achenbach, 1990). Unter die externalisierenden Störungen werden Verhaltensexzesse des Kindes gefasst, mit denen die soziale Umgebung nicht zurecht kommt. Hierunter fallen die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten, die in DSM-IV mit den Diagnosen „*Störung mit oppositionellem Trotzverhalten*“ (Ungehorsam, Trotz, Feindseligkeit, Verweigerungshaltung, Wutausbrüche) und „*Störung des Sozialverhaltens*“ (Aggression, Lügen, Delinquenz, Vandalismus und andere schwere Regelverstöße) belegt werden (Saß et al., 1996). Von Störungen mit überkontrollierten oder internalisierten Verhaltensweisen spricht man, wenn in erster Linie das Kind selbst in seinem emotionalen Erleben betroffen ist und charakteristische Hemmungen in seiner spontanen Hinwendung zur Umwelt aufweist. Diese Kinder klagen häufig über quälende Ängste, sind schüchtern und unglücklich, fühlen sich ungeliebt und anderen Kindern unterlegen. Hierunter fallen demnach die Angststörungen des Kindesalters, die kindliche Depression sowie Formen des sozialen Rückzugs.

Die Child Behaviour Checklist (CBCL, Achenbach, 1991a, b, c), ein Instrument zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (ab drei Jahren) durch Eltern und Lehrer, folgt dieser Aufteilung. 113 Items beschreiben ein Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Problemen; die CBCL liefert einen Gesamtproblemwert sowie Werte auf den Dimensionen internalisierende und externalisierende Probleme und mehrere Schmalband-Skalen, die spezifischere Symptome innerhalb dieser Breitbandgruppierung repräsentieren. So können auf der Sekundärfaktorebene „internalisierend“ beispielsweise die Schmalbandsyndrome Angst und Depression unterschieden werden, auf der Dimension „externalisierend“ z.B. Hyperaktivität, Aggressivität und Delinquenz (Achenbach, 1985). Als ein dimensional erfassendes Instrument ermöglicht es die CBCL, auch bei einer nichtklinischen Population von Kindern, Ausprägungen in die eine oder andere Richtung im Sinne der Zugehörigkeit zu Risikogruppen

festzustellen. Zwar handelt es sich bei der CBCL oder diagnostischen Interviews mit den Müttern nur um *Verhaltenseinschätzungen*, d.h. um indirekte Zugänge, nicht um Verhaltensmaße im Sinne direkter Verhaltensbeobachtungen. Dennoch lieferten die bisherigen Untersuchungen an ein- und derselben Stichprobe Hinweise auf Zusammenhänge zwischen offenem Verhalten von Kindern im Alltag und bestimmten inhaltlichen und formalen Aspekten ihres symbolischen Spiels.

Die Untersuchungsergebnisse zeichnen ein relativ einheitliches Bild eines Zusammenhanges zwischen Narrativen mit häufigeren aggressiven Inhalte, häufigeren psychische Belastung anzeigenden Gefühlsäußerungen sowie eine höhere Inkohärenz einerseits, und andererseits konkurrent signifikant mehr externalisierenden Verhaltensproblemen der Kinder nach Einschätzung von Eltern und Lehrern (Laible et al., 2004; Klitzing, v. et al., 2000; Oppenheim, Nir et al., 1997; Woolgar et al., 2001; Zahn-Waxler et al., 1994; Warren et al., 1996). Kinder mit überwiegend externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zeigten – im Gegensatz zu den subtilen narrativen Indikatoren, die von Warren et al. (2000) mit Angstsymptomen in Zusammenhang gebracht werden konnten – dramatischere Themen von Gefahr, Katastrophenserien, Konflikteskalation, Verletzung und Aggression in ihrem Spiel (Klitzing, v. et al., 2000; Oppenheim, Nir et al., 1997; Solomon et al., 1995; Warren et al., 1996; Zahn-Waxler et al., 1994; Zahn-Waxler, Schmitz, Fulker, Robinson & Emde, 1996;). Ihre Narrative weisen weniger prosoziale und positive Beziehungsthemen auf, weniger moralische Themen und sie beziehen sich weniger auf das Inhaltsthema „Folgen“ (Klitzing, v., 1999; Oppenheim, Nir et al., 1997; Zahn-Waxler et al., 1994, 1996). Sie drückten beim Spiel häufiger negative Gefühle aus (distress) (Warren et al., 1996), neigen zu Emotionsdysregulation mit Zusammenbruch der Verhaltensintegrität und der narrativen Struktur und zum Abgleiten in irrealer, chaotische Inhalte (Solomon et al., 1995; Zahn-Waxler et al., 1994). Einige weisen stattdessen ein Muster von Konfliktvermeidung und Spielhemmung auf (Solomon et al., 1995; Zahn-Waxler et al., 1994). In den Narrativen von Kindern mit externalisierenden Problemen finden sich weniger positive und disziplinierende Elternrepräsentationen und mehr negative, missbräuchliche und bestrafende Elternrepräsentationen (Oppenheim, Emde & Warren, 1997a; Solomon et al., 1995). Als besonders gefährdet wurden Kinder eingestuft, die häufiger Geschichten mit aggressiven Inhaltsthemen *und* niedriger narrativer Kohärenz spielten, das heißt Affektregulierung angesichts aggressiver Themen offensichtlich nicht mehr ausreichend gelang (Klitzing, v. et al., 1999, 2000; Oppenheim, Nir et al., 1997; Zahn-Waxler, 1994). Juen et al. (2005) sowie Stadelmann (2006) konnten speziell für den Symptomkomplex Hyperaktivität / Impulsivität

und Aggressivität einen Zusammenhang mit negativen und aggressiven Spielinhalten (insbesondere mit dysregulierter Aggression ) sowie mit größerer Inkohärenz der Narrative zeigen.

Umgekehrt figurierten im Spiel derjenigen Kinder, die dem Urteil der Mütter zufolge weniger Verhaltensprobleme hatten, häufiger eine positive Mutterfigur, mehr Disziplinierungsthemen sowie weniger negative Repräsentationen (Oppenheim et al., 1997a).

Zusammengefasst lässt sich also sagen: je aggressiv-destruktiver, je weniger prosozial und je inkohärenter die Kinder ihre Narrative gestalten, umso ausgeprägter sind ihre externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (vgl. dazu auch Stadelmann, 2006). In den Tabellen 1.12a-b sind die Untersuchungsergebnisse kursorisch zusammengefasst.

#### **1.4.2.5 Prädiktive Validität der MSSB**

Einige Untersuchungen haben Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen der Spielnarrative und späteren Verhaltensproblemen, die in der Regel wiederum mit der CBCL erhoben wurden, zeigen können. Da es bekannte Untersuchungen sind, die u.a. auch durch ihre große Stichprobenzahl bestechen, werden sie im folgenden referiert (s. dazu auch Tabelle 1.13).

In der Studie von Zahn-Waxler, Schmitz, Fulker, Robinson und Emde (1996) wurde bei einer nichtklinischen Teilstichprobe von 277 monozygotischen und dizygotischen Zwillingen aus einer Population von ursprünglich 400 Zwillingspaaren, die im Rahmen der MacArthur Longitudinal Twin Study rekrutiert worden waren, im Alter von drei Jahren die MSSB durchgeführt. Nach dem Auswertungssystem von Robinson, Mantz-Simmons, MacFie. und The MacArthur Narrative Working Group (1992) wurden in den Narrativen moralische Themen (Empathie/Hilfe, Bestrafung/Zurechtweisung, Wiedergutmachung/Schuld, Ausschluss, Folgen), Konfliktthemen (aggressive Handlungen, Konflikteskalation, verbale Konflikte, körperliche Verletzung von Personen, Rivalität/Eifersucht und Wettbewerb) und positive Beziehungsthemen (Teilen, Zuneigung, Zugehörigkeit) unterschieden. Mit fünf Jahren wurde das *Preschool Behavioural Questionnaire* (Behar & Springfield, 1974), ein Instrument zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten mit Werten für Ängstlichkeit, Feindseligkeit und Hyperaktivität, von den Vorschullehrern ausgefüllt. Im Ergebnis waren positive Beziehungsthemen in den Narrativen mit niedrigen Lehrer-Ratings für Feindseligkeit ( $r = -.15^*$ ) und Hyperaktivität ( $r = .13$ , n. s.) im Alter von 5 Jahren korreliert und moralische Themen mit niedrigeren Ratings für Feindseligkeit ( $r = -.12$ , n. s.). Konfliktthemen in den Narrativen der Dreijährigen sagten Feindseligkeit ( $r = .23^{**}$ ) und Hyperaktivität ( $r = .21^{**}$ )

**Tabelle 1.12a: Konkurrente Zusammenhänge zwischen externalisierenden Verhaltensproblemen und MSSB-Variablen**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Zahn-Waxler et al. (1994)	N = 89 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 4-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Konfliktgeschichten zeigten Kinder mit mittlerem und hohem Risiko für eine externalisierende Störung weniger Themen von Widertun und von Gehorsam</li> <li>• Signifikant positive Korrelationen zwischen antisozialer/oppositioneller sowie aufmerksamkeitsgestörter Symptomatik und aggressiven Themen und emotionaler Dysregulation in den Geschichten</li> </ul>
Hubbs-Tait et al. (1996) <sup>a</sup>	N = 34 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 44 + 54 Monate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennungsthemen im Narrativ der Kinder sowie mütterliche Depressionswerte waren mit externalisierenden Verhaltensproblemen im Urteil der 14-18jährigen Mütter korreliert</li> </ul>
Warren et al. (1996)	N = 51 Nicht-klinische Stichprobe 3 Messzeitpunkte Alter: 3;6, 4;5 u. 5;5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Korrelationen zwischen dem Urteil von Mutter und Vater bezüglich externalisierenden Verhaltensproblemen und destruktiv-aggressiven Themen im Spiel im Alter von drei und vier Jahren</li> <li>• Signifikante Korrelationen zwischen dem Lehrerurteil bezüglich externalisierenden Verhaltensproblemen und destruktiv-aggressiven Themen im Spiel im Alter von fünf Jahren. Diese Effekte blieben erhalten, nachdem man Temperamentsvariablen, sprachliche Fähigkeiten und das Spielengagement herauspartialisiert hatte</li> </ul>
Oppenheim, Nir et al. (1997)	N = 51 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 4;5 u. 5;5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder mit mehr Verhaltensproblemen spielten weniger prosoziale Themen, mehr aggressive Themen und zeigten eine niedrige emotionale Kohärenz</li> </ul>
Oppenheim et al. (1997a)	N = 51 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 4;5 u. 5;5 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Alter von 4 Jahren fand sich ein Zusammenhang zwischen den Angaben der Mutter in Bezug auf externalisierende Störungen und der Häufigkeit einer negativen Mutterfigur im Spiel der Kinder</li> <li>• Kinder, die häufiger eine positive Mutterfigur spielten, zeigten mehr Disziplinierungsthemen, weniger negative Repräsentationen und weniger Verhaltensprobleme im Urteil der Mutter</li> </ul>

<sup>a</sup> Diese Untersuchung verwendete nicht die MSSB, sondern den *Attachment Story Completion Test* (ASCT, Bretherton & Ridgeway, 1990). <sup>b</sup> Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D; Woerner, Friedrich, Becker, Goodman & Rothenberger, 2000)

**Tabelle 1.12b: Konkurrente Zusammenhänge zwischen externalisierenden Verhaltensproblemen und MSSB-Variablen (Fortsetzung)**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Klitzing, v. et al. (2000)	N = 652 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 5 u. 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niedrige positive Zusammenhänge zwischen aggressiven Themen und externalisierendem Verhalten im Urteil des Vaters, der Mutter und des Lehrers</li> </ul>
Aurnhammer und Koch (2001)	N= 42 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 9-12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verhaltensprobleme im SDQ-D<sup>b</sup> im Urteil der Eltern korrelierte positiv mit aggressiven Themen, während die Hyperaktivitätsskala positiv mit vermeidenden Spielinhalten korrelierte.</li> </ul>
Woolgar et al. (2001)	N = 86 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 5 u. 6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niedriger positiver Zusammenhang zwischen den mütterlichen Angaben zu externalisierenden Störungen und einem antisozial/aggressiven Aggregat im Spiel der Kinder</li> <li>Niedriger negativer Zusammenhang zwischen tatsächlichem Schummeln und prosozialem Verhalten im Spiel</li> </ul>
Laible et al. (2004)	N= 74 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positive Korrelation zwischen aggressiven Themen und externalisierendem Verhalten im Urteil der Lehrer</li> <li>Prosoziale Themen und Geschlecht konnten externalisierendes Verhalten im Urteil der Lehrer vorhersagen</li> <li>Kein Zusammenhang zwischen dem mütterlichen Urteil in bezug auf das externalisierende Verhalten und dem Spiel der Kinder</li> </ul>
Juen et al. (2005)	N = 73 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geringer negativer Zusammenhang zwischen prosozialen Themen und Hyperaktivität</li> <li>Geringe positive Zusammenhänge zwischen dysregulierter Aggression im Spiel und Aggressivität und Hyperaktivität im Urteil der Eltern und einer Erzieherin</li> </ul>
Stadelmann (2006)	N = 186 Nicht-klinische Stichprobe Alter: 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je mehr Verhaltensprobleme im Fremdurteil insgesamt die Kinder zeigten, umso mehr Themen der Disziplinierung und umso weniger prosoziale Themen tauchten in ihrem Spiel auf</li> <li>Je mehr Symptome von Hyperaktivität/Impulsivität die Kinder zeigten, umso mehr negativ-aggressive Themen und Inkohärenz kamen im Narrativ vor</li> </ul>

im Alter von fünf Jahren, aber nicht Ängstlichkeit voraus. Mädchen präsentierten insgesamt mehr prosoziale und positive Beziehungsthemen in den Narrativen und Jungen mehr Konfliktthemen. Entsprechend hatten externalisierende Verhaltensprobleme eine höhere Prävalenz bei Jungen, während Regulation (Internalisierung von Kontrolle und moralischen Standards) charakteristischer für Mädchen war (Zahn-Waxler et al., 1996).

Im gleichen Jahr veröffentlichten Warren, Oppenheim und Emde (1996) eine Untersuchung einer nicht-klinischen Stichprobe von 51 Kindern mit der MSSB zu drei Alterszeitpunkten (mit 3, 4 und 5 Jahren); zu allen drei Zeitpunkten wurde die Elternversion der CBCL ausgefüllt, mit 5 Jahren auch die Lehrerversion. Oppenheim, Nir, Warren und Emde (1997) beobachteten dieselben Kinder und ihre Mütter während einer gemeinsamen Geschichtenergänzungsaufgabe. Diejenigen Kinder, die mehr emotionale Kohärenz während der gemeinsamen Aufgabe mit vier Jahren zeigten, hatten geringere externalisierende Verhaltensprobleme (CBCL) mit vier und 5 Jahren ( $r = -.26^*$  bis  $-.29^*$ ) und wiesen in den MSSB-Geschichten zu beiden Alterszeitpunkten mehr narrative Kohärenz auf ( $r = .34^{**}$ ) sowie weniger aggressive ( $r = -.41^{**}$  bis  $-.48^{**}$ ) und mehr prosoziale Themen ( $r = .25$  bis  $.37^{**}$ ).

Bei der Untersuchung von Von Klitzing, Kelsay, Emde, Robinson und Schmitz (2000) wurde mit 652 Zwillingen im Alter von 5 Jahren die MSSB durchgeführt; nach dem Auswertungssystem von Robinson et al. (1995) wurden Inhaltsthemen und narrative Kohärenz der Spielnarrative bestimmt. Zur Erfassung von Verhaltensproblemen füllten die Eltern die CBCL aus, als ihre Kinder fünf und sieben Jahre alt waren und Lehrer die CBCL-Teacher-Report-Form (Achenbach, 1991b), als die Kinder sieben Jahre alt waren. Über die häufig genug codierten Inhaltsthemen des MSSB-Manuals wurde eine Faktorenanalyse gerechnet; es ergaben sich zwei Faktoren mit Eigenwerten größer 1.0, die als Gesamtscores für weitere Berechnungen verwendet wurden: Aggressive Beziehungsthemen (Aggression, Konflikteskalation, atypische negative Antworten) und prosoziale Beziehungsthemen (Empathie/Hilfe, Zuneigung). Für die Kodierung der narrativen Kohärenz (logischer Aufbau, Ereignisabfolge mit Beginn und Ende, Bezugnahme auf den Geschichtenstamm) wurde eine vierstufige Skala verwendet.

Aggressive Beziehungsthemen korrelierten im Gegensatz zu prosozialen Themen signifikant aber niedrig mit CBCL-Externalisierungs-Werten ( $r = .09^*$  bis  $.23^{**}$ ). *Narrative Kohärenz* korrelierte signifikant negativ mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Alter von fünf und sieben Jahren ( $r = -.09^*$  bis  $-.16^{**}$ ) und mit internalisierenden Problemen im Alter von sieben Jahren ( $r = -.15^*$ ).



Wie auch in anderen Studien zeigten sich systematische Geschlechtsunterschiede: Jungen spielten mehr aggressive und weniger prosoziale Themen und ihre Narrative waren weniger kohärent als die der Mädchen. Bei einer differentiellen Varianzanalyse blieb der Zusammenhang zwischen aggressiven narrativen Themen und Verhaltensauffälligkeiten nur für die Gruppe der Mädchen bestehen ( $r = .19^{**}$  bis  $.30^{**}$ ), für die Jungen wurde er in keinem Fall mehr signifikant. Aggressivität in den Narrativen scheint generell eher bei Mädchen ein Indikator für deviantes Verhalten zu sein als bei Jungen. Weitere Analysen ergaben ein auffälliges narratives Muster. 113 von 652 Kindern (17%) zeigten eine Kombination von gehäuften aggressiven Themen und inkohärenten Narrativen. Das cut-off-Kriterium, Aggression in mindestens 25% der Narrative und grobe Inkohärenz oder Aggression in mindestens 50% der Narrative bei einiger Inkohärenz, erreichten 8% der Mädchen und 27% der Jungen. Kinder, die durchgehend dieses narrative Muster aufwiesen, hatten signifikant höhere Werte für externalisierende Verhaltensprobleme als Kinder, die dieses Muster nicht aufwiesen, wobei es innerhalb der Gruppe „aggressiv/inkohärent“ keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Ausmaßes an Verhaltensauffälligkeiten gab. Nach Ansicht von Klitzing, v. et al. (2000) scheint es insbesondere für Jungen keinen linearen Zusammenhang zwischen Aggression im Narrativ und Verhaltensauffälligkeiten zu geben; sie spielen allgemein aggressiver. Der Ausdruck aggressiver und negativer Emotionen könne, wenn eingebunden in eine kohärente Geschichte, die reife Fähigkeit spiegeln, Gefühle in Worten zu symbolisieren, was letztlich sogar einen Schutzfaktor gegen ausagierende Verhaltensprobleme darstellen könne; wohingegen aggressive Themen in inkohärenten Geschichten möglicherweise ein Indikator für emotionale Dysregulation oder eine hochkonfliktvolle innere Welt des Kindes seien – beides könne zu Verhaltensauffälligkeiten führen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich mittlere bis niedrige Korrelationen zwischen bestimmten Spielvariablen und Verhaltenseinschätzungen zu einem späteren Zeitpunkt finden lassen. Die Untersuchungen mit größeren Stichproben weisen deutlich niedrigere Korrelationen auf. Dass sich die Studien in der Höhe der Korrelationen unterscheiden, könnte auf die Zusammensetzung der Stichproben zurückgehen, wobei sich in der kleineren Stichprobe möglicherweise prozentual gesehen mehr auffällige Kinder befanden. Es ist ebenfalls möglich, dass sich das Geschlechterverhältnis in den Stichproben auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnte, da eine Geschlechterdifferenz

**Tabelle 1.13: Prädiktive Zusammenhänge zwischen externalisierenden Verhaltensproblemen und MSSB-Variablen**

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Zahn-Waxler et al. (1996)	N = 200 eineiige + N= 200 zweieiige Zwillinge, Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 3 u. 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit aggressiver Konfliktthemen im Alter von 3 Jahren und feindseligem und hyperaktiven Verhalten (Lehrerurteil) mit 5 Jahren</li> <li>• Negativer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit positiver Beziehungsthemen im Alter von 3 Jahren und feindseligem Verhalten (Lehrerurteil) mit 5 Jahren</li> </ul>
Hubbs-Tait et al. (1996) <sup>a</sup>	N = 34 Nicht-klinische Stichprobe, 2 Messzeitpunkte Alter: 44 + 54 Monate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennungsthemen sagten Verhaltensprobleme 10 Monate später voraus</li> </ul>
Oppenheim, Nir et al. (1997)	N = 51 Nicht-klinische Stichprobe, 2 Messzeitpunkte Alter: 4;5 u. 5;5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder, die in Ko-Konstruktion mit der Mutter eine höhere emotionale Kohärenz zeigten, hatten in der CBCL <sup>a</sup> -Beurteilung sowohl zeitgleich als auch ein Jahr später weniger Verhaltensprobleme</li> </ul>
Oppenheim et al. (1997a)	N = 51 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 4;5 u. 5;5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehäuftes Auftreten einer negativen Mutterfigur im Alter von vier Jahren sagte Verhaltensprobleme mit 5 Jahren voraus</li> <li>• Umgekehrt sagten Verhaltensprobleme mit 4 Jahren ein gehäuftes Auftreten einer negativen Mutterfigur im Altern von 5 Jahren voraus</li> </ul>
Klitzing, v. et al. (2000)	N = 652 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 5 u. 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder, deren Spiel mit 5 Jahren sowohl mehr aggressive Themen als auch zugleich deutlichere Inkohärenz aufwies, zeigten signifikant mehr externalisierende Probleme im CBCL mit fünf und sieben Jahren</li> </ul>
Zahn-Waxler et al. (2005)	N = 83 Nicht-klinische Stichprobe 2 Messzeitpunkte Alter: 7 u. 13 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Spiel der Mädchen mit sieben Jahren sagten feindselig/aggressive Themen indirekte und offene Aggression mit 13 Jahren voraus</li> <li>• Prosoziale Themen sagten bei den Mädchen weniger indirekte Aggression voraus</li> <li>• Wenig Freude im Spiel mit sieben Jahren stand mit mehr offener Aggression in der Adoleszenz in Zusammenhang</li> </ul>

<sup>a</sup> *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991a,b)

im Auftreten bestimmter Spielinhalte mehrfach gezeigt worden ist. Somit ist wahrscheinlicher, dass die Ergebnisse der größeren Stichprobe die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln.

### **1.5 FRAGESTELLUNG UND ABLEITUNG DER HYPOTHESEN**

In dem Kapitel 1.2 wurde mehrfach darauf eingegangen, welche Argumente, und zwar im Einklang mit klinischen Beobachtungen, für die Annahme sprechen, dass die *Hyperkinetische Störungen* in erster Linie als eine Störung der Affektregulierungsstörung zu begreifen ist und dies in der eigenen Modellvorstellung schematisch ausgearbeitet (s. Kapitel 1.2.2.6). Die theoretische Position, die in der vorliegenden Arbeit eingenommen wird, unterscheidet sich vom Biopsychosozialen Modell (Döpfner et al., 2000) an dem Punkt, an dem als weitere Ursache neben der genetischen Disposition frühe misslungene Interaktionserfahrungen mit der/n Hauptbezugsperson/en angenommen werden. Dieser theoretische Unterschied führt zu anderen psychotherapeutischen Interventionen. Ziel dieser Untersuchung ist jedoch nicht, nach den, zum gegenwärtigen Zeitpunkt letztlich nicht zu klärenden, vielfältigen Ursachen für eine *Hyperkinetische Störung* zu suchen, sondern ein schärferes Bild von den Beziehungsschemata und der damit verbundenen Fähigkeit zur Affektregulierung zu erlangen, die Kinder mit einer *Hyperkinetischen Störung* - in der vorliegenden Untersuchung speziell mit einer *Einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* - möglicherweise ausbilden. Die uns interessierenden Fragen heißen also: wie sehen die Beziehungsrepräsentationen in Form von Beziehungsschemata der ADHS-Kinder im Vergleich zu sog. „unauffälligen“ Kindern aus? Wie gelingt es ihnen, mit emotionalen Dilemmata, die potentiell angsterzeugend sind, umzugehen? Welche affektiven, psychischen Reaktionsweisen stehen in solchen Situationen ihnen zur Verfügung?

In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass psychosozialen Faktoren wie die Beziehungen zwischen dem hyperkinetischen Kind und seinen Hauptbezugspersonen ein größerer und entscheidender Einfluss zukommt, als bisher angenommen (Johnston & Mash, 2001; Sandberg, 2002; s. dazu v.a. Kapitel 1.2.2.3). Diesem Umstand ist durch die Entwicklung von sogenannten „transaktionellen Modellen“ Rechnung getragen worden, wobei derzeit aus streng empirischer Sicht unklar bleibt, ob dem familiären Umfeld ein mehr ursächlicher oder mehr aufrechterhaltender Einfluss zukommt. Demgegenüber ist belegt, dass sich die Beziehungsmuster zwischen einem ADHS-Kind und seinen Eltern von Beziehungen zwischen einem nicht-hyperkinetischen Kindern und seinen Eltern unterscheiden. Diese Familien berichteten über häufigere familiäre Konflikte, erhöhte psychischer Belastung

(distress) der Mutter, mehr Eheprobleme und Scheidungen, verminderte soziale Kontakte und seltenere positive Familienerfahrungen als Familien ohne ADHS-Kinder (Kendall, Leo, Perrin & Hatton, 2005). Eltern können ihre von ADHS betroffenen Kinder als weniger interessiert, warmherzig, verständnisvoll und damit emotional distanzierter erleben (Saile, Röding & Friedrich-Löffler, 1999). Käßler (2005) konnte bei einer großen Stichprobe zeigen, dass die Eltern das von ADHS betroffene Kind im Vergleich zu sich selbst und zum „unauffälligen“ Geschwisterkind als sehr unähnlich wahrnehmen und sich darüber hinaus sogar wünschen, dem Kind tendenziell noch unähnlicher zu sein. Weiterhin zeigten Mütter von ADHS-Kindern im Vergleich zu Müttern von Kontrollkindern direktiveres, intrusiveres und weniger positiv verstärkendes Verhalten (Barkley, Karlsson, & Pollard, 1985; Campbell et al., 1986; DuPaul et al., 2001; zit. n. Johnston & Mash, 2001; Cunningham & Barkley, 1979; Saile et al., 1999). Sie operierten häufiger mit Bestrafung durch Liebesentzug (Saile et al., 1999). Das Konstrukt „Mütterliche Negativität“ (operationalisiert als kritische und/oder fordernde Äußerungen sowie kritisch-feindseliger Ton und Verhalten dem Kind gegenüber) wurde als Prädiktor für das Aufrechterhalten der kindlichen Verhaltensprobleme identifiziert (Campbell & Ewing, 1990; Heller & Baker, 2000). Als weiterer Faktor ist der Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten gut belegt, sowohl in klinischen als auch nicht-klinischen Stichproben (bspw. Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Hibbs et al., 1991; Taylor et al., 1991; zit. nach Sandberg, 2002, vgl. Johnston & Mash, 2001, S.195ff).

Auf der anderen Seite der Beziehung, der Kindseite, zeigten die von ADHS betroffenen Kinder im Vergleich zu den Kontrollkindern in der Interaktion mit ihren Müttern mehr oppositionelles, negativeres und unstrukturierteres Verhalten, insbesondere bei der Bearbeitung hochstrukturierter Aufgaben. Sie wurden in Kontakt mit ihrer Mutter als durchgehend negativer beschrieben: ihr Verhalten wurde als aggressiver und destruktiver erlebt, sie reagierten nicht auf Anweisungen oder Fragen, brachen angefangene Aufgaben häufiger ab und zeigten seltener Reaktionen auf lobendes Verhalten der Mutter (Danforth, Barkley & Stokes, 1991). Aus diesen Beobachtungen und wie in dem dieser Untersuchung zugrunde liegenden Modell beschrieben, leitet sich ab, dass die Beziehungsschemata der hyperkinetischen Kinder sich von denjenigen anderer Kinder unterscheiden, weil sie mit hoher Wahrscheinlichkeit aversivere Beziehungserfahrungen mit ihren Bezugspersonen machen, einmal abgesehen davon, ob diese durch ihr eigenes Verhalten ausgelöst worden ist oder nicht. Aus der Perspektive der Kinder erleben diese zunächst ihr Umfeld als direktiv, intrusiv, bestrafend bis hin zu feindselig usw. usf. Es ist vor dem skizzierten Hintergrund zu

erwarten, dass das Selbstwertgefühl bei hyperkinetischen Kindern niedriger ist als dasjenige von unauffälligen Kindern. Aus klinischer Sicht würde man daher davon ausgehen, dass diese Kinder Vorstellungen von sich selbst als weniger liebenswert, dafür aber vielleicht sogar bestrafungswürdig entwickelt haben (Selbstrepräsentanz) sowie - komplementär dazu – eine Vorstellung von ihren Eltern, die ihrerseits weniger warme, wertschätzende, verständnisvolle, aufnehmende und unterstützende Qualitäten zeigen, sondern umgekehrt eher mit verfolgendem, feindseligem, zurückweisendem, ungeduldigem und strafendem Charakter (Objektrepräsentanz) ausgestattet sind. Diese Annahmen werden durch die folgenden Befunde gestützt. So fand Käßler (2005) bei ADHS-Kindern (allerdings unterschieden sie sich hierbei nicht von anderen klinischen Gruppen) eine hochsignifikant verringerte Selbstkongruenz („ich bin so, wie ich sein möchte“) sowie geringere tatsächliche Identifikation mit den Eltern. In einer Fragebogenuntersuchung zu Selbstkonzepten fanden Schöning, Stein und Berek (2002) bei ADHS-Kindern im Vergleich zu einer von Legasthenie betroffenen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe einen signifikant niedrigeren Selbstwert.

Wie unter Kapitel 1.3.5 ausgeführt wurde, stellen die *story stems* der MacArthur Story Stem Battery (MSSB) einen starken emotionalen Stimulus dar (es soll nochmals in Erinnerung gerufen werden, dass die *story stems* eine familientypische Alltagssituation darstellen, die in einem emotionalen Dilemma enden). In dieser Eigenschaft als *prompts* aktivieren die *story stems* das erfahrungsabhängige sozio-emotionale Beziehungswissen der Kinder, d.h. ihre Beziehungsschemata, und stellen eine Herausforderung an ihre Fähigkeit zur Affektregulierung dar. Von diesen Beziehungsschemata hyperkinetischer Kinder, die aus entwicklungspsychologischer und psychopathologischer Sicht als verhaltenssteuernd gelten, ist gleichwohl empirisch kaum etwas bekannt. Wie schon mehrfach erwähnt, beeinflussen sie sowohl die Fähigkeit zur Affektregulierung als auch das Verhalten der Kinder sowie die Erwartungen der Kinder an ihre sozialen Interaktionspartner in entscheidender Weise (bspw. Stern, 1985; 1989; Shields et al., 2001). Infolge dieser theoretischen Annahmen würden wir erwarten, dass die im Spiel gezeigten Beziehungsschemata durch weniger sozial kompetente, hingegen stärker aggressive Merkmale sowie durch Elternrepräsentationen charakterisiert sind, die seltener mit positiven und häufiger mit negativen Merkmalen ausgestattet sind. Wie im Kapitel 1.2.2.6 beschrieben, ist in den Beziehungsschemata auch die Fähigkeit zur Affektregulation verankert, deren mangelnde Ausprägung zu den Kernsymptomen der *Hyperkinetischen Störung* gehört.

Weil die Beziehungen zwischen Eltern und hyperkinetischen Kindern in der Regel so konfliktreich und problematisch sind und es unaufhörlich zu negativen Interaktionszirkeln

zwischen ihnen kommt, innerhalb derer das Kind sich als nicht liebenswert und gewertschätzt erleben wird, gehen wir ebenfalls davon aus, dass bestimmte affektive Informationen von hyperkinetischen Kindern aus Selbstschutz-, bzw. Abwehrgründen weniger vollständig verarbeitet werden als bei unauffälligen Kindern. Dies betrifft einen bestimmten Aspekt der Affektregulation, nämlich denjenigen der Prozessierung von emotionaler Information.

Ein Kind mit mehrheitlich guten Beziehungserfahrungen kann angesichts der durch die *story stems* ausgelösten emotionalen Destabilisierung auf effektive Strategien im Umgang mit emotional aufwühlender Information zurückgreifen, d.h., dass ihre Affektregulierung erhalten bleibt. Mit den Worten von Fonagy und seine Kollegen (2004) ausgedrückt: die Kinder können die Gesamtheit der emotionalen Information aufnehmen, sie verstehen, über sie nachdenken und sie in einer Weise verarbeiten, dass es zu einer inneren Beruhigung und Stabilisierung kommt; kurz: es gelingt ihnen zu mentalisieren. Konkret auf unsere Untersuchung bezogen bedeutet dies, dass im Spiel das emotionale Dilemma in seiner ganzen Bandbreite aufgegriffen wird und sowohl positive als auch negative Aspekte integriert werden können, also eine Fähigkeit, Ambivalenz zu ertragen, besteht. Das Kind kann auf seine narrative Fähigkeit zurückgreifen, um eine gelungene Lösung für das dargestellte Dilemma zu erarbeiten. Im Spiel werden eher keine Verhaltensweisen gezeigt, die von der Auseinandersetzung mit dem Dilemma fortführen (wie bspw. ein ganz anderes Thema einführen), es kommt in der Regel nicht zu einer plötzlichen Beendigung der Geschichte oder zu unverständlichen, logischen Brüchen, es treten keine bizarren, katastrophischen oder stark angsterregende Ereignisse auf. Ein Kind mit mehr negativen Beziehungserfahrungen hingegen hat keine ausreichenden Beziehungsschemata entwickeln können, die ihm im Umgang mit emotional destabilisierender Information helfen können. Ihm ist es nicht möglich, die affektive Information vollständig in einer offenen und flexiblen Weise zu prozessieren. Bestimmte Inhalte der affektiven Information werden vermieden oder verleugnet, oder die Auseinandersetzung damit wird durch andere Abwehrmaßnahmen verhindert. Bezogen auf unsere Untersuchung vermuten wir, dass die hyperkinetischen Kinder Schwierigkeiten bei der Verarbeitung des emotionalen Dilemmas zeigen werden: ihr Spiel wird vermutlich mehr vermeidende und verleugnende Verhaltensweisen aufweisen (*vermeidende Affektregulierungsstrategie* - bspw. werden sie auffällig reduziert spielen, die Geschichte plötzlich beenden oder bestimmte, relevante Inhalte ganz beiseite lassen). Klinisch häufig zu beobachten ist aber auch ein Vorgang, bei welchem die hyperkinetischen Kinder in einen starken Erregungszustand geraten, aus dem sie nicht mehr herausfinden können; es ist im Spiel häufig durch nicht endende Wiederholungen katastrophischer Vorfälle

charakterisiert. Elternfiguren werden häufig als eher feindselige oder hilflose Personen dargestellt, es werden häufig Geschichten mit logischen Brüchen oder unverständlichen Wendungen dargestellt (*Desorganisierte Affektregulierungsstrategie*).

In den vorherigen Kapiteln (1.3.5 -1.3.7, 1.4.2) ist ausführlich zur Validität der MSSB Stellung bezogen worden. Bestimmte affektregulatorische Prozesse sowie bestimmte Beziehungsrepräsentationen von sich und den anderen können bei Kindern nur indirekt über die Spielantworten der Kinder im Narrativ erfasst werden. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass es mit Hilfe der MacArthur Story Stem Battery (MSSB) gelingt, einen Einblick in komplexe Beziehungsschemata von Kindern und in ihre Fähigkeit zur Affektregulierung im Narrativ zu bekommen (Bar-Haim et al., 2004; Bretherton, Ridgeway et al., 1990; Bureau & Moss, 2001; Solomon et al., 1995), weswegen dieses Instrument ausgewählt wurde. Zahlreiche Untersuchungen junger Kinder im Alter von 4-6 Jahren mit der MSSB haben wiederholt Zusammenhänge zwischen affektiver Dysregulation im Narrativ und Verhaltensproblemen wie Aggressivität und Hyperaktivität gezeigt (z.B. Juen et al., 2005; Klitzing, v. et al., 2000; Laible et al., 2004; Oppenheim et al., 1997 a, b; Solomon et al., 1995; Stadelmann, 2006; Warren et al., 1996; Warren, 2003; Woolgar, 2003; Zahn-Waxler et al. 1994, 1996). Warren (2003) fasst die bisherigen Befunde hinsichtlich der narrativen Merkmale von Kindern mit externalisierenden Störungen in der folgenden Liste zusammen (S. 229). Diese Kinder zeigten in ihrem Narrativ:

1. weniger Folgsamkeit, weniger Wiedergutmachung und mehr Wut
2. mehr aggressive Themen
3. mehr Verzweiflung und Besorgnis, mehr Vermeidung und emotionale Dysregulation
4. mehr Themen der Gefahr
5. mehr Beschäftigung mit Essen
6. mehr Kindfiguren in Form von Superhelden bei gleichzeitigem Unvermögen, kompetente Lösungen zu finden
7. negative Elternfiguren.

In den meisten der bisherigen Untersuchungen wurden die Kinder in der Regel mit einem Breitband-Diagnostikum - der Child Behaviour Check List (CBCL) - untersucht. Obgleich einige Studien klinische Risiko-Gruppen untersucht haben, wie bspw. misshandelte und vernachlässigte Kinder oder Kinder in prekären Lebensverhältnissen (Buchsbäum et al.,

1992; Macfie, Cicchetti & Toth, 2001; Macfie et al., 1999; Robinson & Elms, 2004; Shields et al., 2001; Toth et al., 1997; Waldinger, 2001), fehlen bislang spezifische Studien zu klinischen Subgruppen, insbesondere zum Krankheitsbild der *Hyperkinetischen Störung*. Mit Ausnahme der Untersuchung der eigenen Forschungsgruppe (Aurnhammer & Koch, 2001; Delatrée, 2007; Gall, 2008; Franieck, 2005; Schwedler, 2006; Schweinsberg, 2006; Steier, 2007;) und derjenigen von Bureau & Moss (2001) sowie Shields et al. (2001) mit misshandelten Kindern gibt es keine mir bekannten Untersuchungen mit älteren Kindern.

Über den Einfluss, den das Psychostimulans MPH mit seiner das Familiensystem häufig zumindest kurzfristig entlastenden Wirkung hat, wissen wir wenig: verändern sich die Fähigkeit zur Affektregulierung und die affektive Beziehungsschemata? Wenn ja, in welcher Weise und in welchem Zeitraum? Die Familien berichten bei gegebener Responsivität auf das Medikament häufig von einer entlasteten Familiensituation, doch ist bislang die Befundlage hierzu noch widersprüchlich: so weisen Stimulanzien außerhalb der Kardinalsymptome Hyperaktivität und Aufmerksamkeit in den Bereichen wie dem Sozialverhalten, den sozialen/familiären Beziehungen oder dem akademischen Leistungsvermögen keine oder nur geringe Effekte auf (Conners, 2002; Spencer et al., 1996; Thurber & Walker, 1983; zit. n. Leins, 2004). Aus diesem Sachverhalt leitet sich eines der Hauptargumente für eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie ab. Bürgin und Steck (2007) weisen daraufhin, dass „Stimulantien [...] die Phantasietätigkeit von Kindern und damit ihre spielerischen Konfliktlösungsversuche im Imaginären in nicht unbeträchtlichem Ausmaß zu verringern [vermögen]“ (S.329). Zwar verbesserten sich die Ablenkbarkeit und die Hyperaktivität, „*die Phantasien des Kindes und sein Spiel wirken merkwürdig flach, fade und farblos im Vergleich zur Reichhaltigkeit des Zustandes vor Medikation*“ (ebd., S. 329, kursiv im Original). Diese Beschreibung deckt sich mit unseren klinischen Erfahrungen.

In dieser Untersuchung verbinden sich zwei Ziele: das erste ist die Identifizierung von Beziehungsschemata sowie der Prozessierung emotionaler Information angesichts emotionaler Dilemmata bei Kindern mit einer *Hyperkinetischen Störung* im Vergleich zu einer nicht-klinischen Stichprobe. Das zweite Ziel besteht in der Untersuchung von Veränderungen von Beziehungsschemata sowie der Affektregulierung durch MPH. Dazu wurde eine Kontrollgruppe hinzugezogen. Daraus ergeben sich folgende Fragen:

- Inwiefern unterschieden sich die Beziehungsschemata im Narrativ der Kinder der klinischen Gruppe von denen einer Kontrollgruppe?
- Lassen sich im Narrativ zwischen beiden Gruppen unterschiedliche narrative affektregulatorische Strategien ausmachen?



- Ist ein Einfluss der *treatment-as-usual*-Intervention mit begleitendem Psychostimulans MPH auf die narrative Affektregulierung und die dargestellten Beziehungsschemata feststellbar?
- Lassen sich aufgrund narrativer Merkmale Verhaltensvorhersagen machen?

## 1.5.1 HYPOTHESEN

### 1.5.1.1 Die querschnittliche Betrachtung: Unterschiede in den Beziehungsschemata und der narrativen Affektregulierung zwischen ADHS-Kindern und unauffälligen Kindern (Fragestellung A)

Wie in den vorangehenden Kapiteln ausführlich erläutert, sind die Beziehungen zwischen Kindern mit einer *Hyperkinetischen Störung* und seinen Bezugspersonen in der Regel schon von einem frühen Zeitpunkt an von negativen Interaktionszirkeln gekennzeichnet. Zum Krankheitsbild gehört, dass sich in der Regel schon im Kindergartenalter im erweiterten Umfeld soziale Integrationsschwierigkeiten zeigen, die sich im Grundschulalter fortsetzen: so gehören die hyperkinetischen Kinder häufig zu den Außenseitern und besitzen wenige bzw. häufig wechselnde Freunde (Pelham & Milich, 1984). Die Schwierigkeiten im Sozialverhalten sind um so schwerwiegender, je früher sie einsetzen (Fischer, Barkley, Fletcher & Smallish, 1993; Lambert, Hartwough, Sassone & Sandoval, 1987). Diese Beziehungserfahrungen sind in Beziehungsschemata verankert, die über die daraus resultierenden Erwartungen der Kinder an ihre Umwelt und über ihre Fähigkeit, emotionale Information angemessen zu verarbeiten und affektiv zu regulieren, verhaltenssteuernd wirken. Kindern mit einer *Hyperkinetischen Störung* gelingt es weniger gut, emotionale Information vollständig zu verarbeiten, d.h. diese zu mentalisieren, sodass es häufiger zu einer affektiven Dysregulation und somit auch häufiger zu psychosozialen Anpassungsschwierigkeiten kommt. Angesichts von hypothetischen Situationen, die starke Affekte hervorrufen, kann somit eine gute innere und damit auch narrativ kohärente Struktur schlechter aufrechtzuerhalten werden, was ein Misslingen davon bedeutet, die ganze Bandbreite der Affekte potentiell erleben zu können, ohne bestimmte Affekte auszuschließen (*vermeidende Affektregulierungsstrategie*) und ohne völlig von ihnen „überschwemmt“ (*desorganisierte Affektregulierungsstrategie*) zu werden. Die in den *Story Stems* gezeigten emotionalen Dilemmata triggern diese Beziehungsschemata, die sich infolge der besonderen Beziehungserfahrungen der ADHS-Kinder von denjenigen der Kontrollgruppe in vielfacher Weise unterscheiden sollten. Daraus leiten wir folgende Hypothesen ab.

*Zu den inhaltlichen Unterschieden:*

H 1.1a: Im Spiel der Kinder mit einer ADHS-Diagnose kommen signifikant weniger *Prosoziale Themen* vor als bei den Kontrollgruppenkindern.

H 1.1b: Im Spiel der Kinder mit einer ADHS-Diagnose kommen signifikant häufiger *Konfliktthemen* vor als bei den Kontrollgruppenkindern.

H 1.1c: Im Spiel der Kinder mit einer ADHS-Diagnose kommen signifikant häufiger *Aggressive Themen* vor als bei den Kontrollgruppenkindern.

H 1.1d: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant höhere Werte in den Skalen *negative Elternrepräsentationen* als die Kontrollgruppenkinder.

H 1.1e: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant niedrigere Werte in den Skalen *positive Elternrepräsentationen* als die Kontrollgruppenkinder.

*Zu den Unterschieden in den Affektregulierungsstrategien*

H 1.2a: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant niedrigere Werte in der Gesamtanzahl der gespielten Inhaltsthemen als die Kontrollgruppenkinder.

H 1.2b: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant niedrigere Werte in der Skala *Narrative Kohärenz* als die Kontrollgruppenkinder.

H 1.3a: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant höhere Werte in der Skala *Vermeidung* als die Kontrollgruppenkinder.

H 1.3b: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant höhere Werte auf der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster* als die Kontrollgruppenkinder.

H 1.3c: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant höhere Werte auf der Skala *Desorganisiertes Erzählmuster* als die Kontrollgruppenkinder.

H 1.3d: Die Kinder mit einer ADHS-Diagnose zeigen signifikant niedrigere Werte auf der Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* als die Kontrollgruppenkinder.

### **1.5.1.2 Die längsschnittliche Betrachtung: Unterschiede in den Beziehungsschemata und der narrativen Affektregulierung zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt (Fragestellung B)**

Zum zweiten Messzeitpunkt befanden sich die ADHS-Kinder seit 12 Wochen in Behandlung, was die ca. 3-wöchige diagnostische Phase sowie den folgenden 4-6-wöchigen Titrierungszeitraum einschloss. Seit mindestens vier Wochen hatten die Kinder ihre optimale MPH-Dosis erhalten. Bei der Kontrollgruppe fand der zweite Messzeitpunkt früher, nach drei Wochen, statt.

Wie im Kapitel 1.2.3 ausführlicher dargestellt, beschreiben Döpfner et al. (2000) bspw. zusammenfassend, dass sich bei Respondern häufig das hyperkinetische, störende und impulsive Verhalten reduziere und die Konzentrationsschwierigkeiten verbesserten. Manchmal vermindere sich oppositionelle Verhalten gegenüber Erwachsenen sowie das aggressive Verhalten gegenüber Gleichaltrigen. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass MPH bei hyperaktiven Kindern zu einer signifikanten Reduktion von negativen und off-task Verhaltensweisen führt und dass insgesamt die unmittelbare und allgemeine Folgsamkeit erhöht wird (Barkley, 1990a; Hinshaw & McHale, 1989, zit. n. Sandberg, 2002). Zudem zeigte sich in der Untersuchung von Schachar et al. (1987), dass die Medikation des Kindes zu einer Zunahme an Wärme und zu einer Abnahme an Kritisierungen von Seiten der Mütter führte, während die Kohäsion der Familie, die Effektivität des elterlichen Erziehungsstiles sowie die Interaktionsmuster unverändert blieben (zit. n. Sandberg, 2002; Hinshaw, Heller & McHale, 1992, zit. n. Olson, 2002). Klinisch lässt sich bei Respondern häufig (zumindest kurzfristig) eine Entspannung der gesamten familiären Situation beobachten. Bei den Gleichaltrigen kann sich manchmal die soziometrische Position (Akzeptanz im Gruppenverband) des Kindes verbessern, was vermutlich mehr mit einem Rückgang an aggressiven und nicht so sehr mit einer Zunahme an prosozialen Verhaltensweisen zusammenhängt (Schachar & Tannock, 1993; Spencer et al., 1996; zit. n. Döpfner et al., 2000). Schöning et al. (2002) berichteten von einer Zunahme des Selbstwertes unter MPH. Der Kern dieser Ergebnisse und Beobachtungen besteht also in eine Abnahme der negativen Interaktionszirkel zwischen Kind und Umfeld. Daraus folgt aus der Perspektive des Kindes, dass es zunächst einmal weniger aversive Beziehungserfahrungen macht. Dementsprechend leiten wir nur hinsichtlich der negativ/aggressiven Beziehungsschemata folgende Hypothesen ab:

Wir erwarten, dass sich

H 2.3a: auf der Skala *Konfliktthemen* sowie

H 2.3b: auf der Skala *Aggressive Themen* sowie

H 2.3c: auf der Skala *Negative Elternrepräsentationen*

zum zweiten Messzeitpunkt keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den beiden Untersuchungsgruppen zeigen, da sich die Mittelwerte der hyperkinetischen Kinder denjenigen der Kontrollgruppe annähern sollen. Dies soll sich im varianzanalytischen Design als ein Wechselwirkungseffekt zeigen.

Auch wenn sich aufgrund der Intervention Verhaltensänderungen zeigen, so vermuten wir, dass der angegebene 12-wöchige Behandlungszeitraum für eine Veränderung der übrigen Variablen zu kurz ist und wir dort im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt keine Veränderungen erwarten, weder für die klinische noch für die Kontrollgruppe.

## 2 METHODEN

In diesem Abschnitt werden die Rekrutierung deskriptiven Kennwerte der untersuchten Probanden beschrieben und es werden die verwendeten Untersuchungsverfahren sowie der Untersuchungsverlauf dargestellt.

### 2.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN

Die hier dargestellte Arbeit fußt auf einem Kontrollgruppendesign mit einer Messwiederholung auf dem zweiten Faktor „Messzeitpunkt“ (2x2-Faktorendesign). Zwischen Baselineerhebung und zweitem Messzeitpunkt nach Intervention liegt bei den ADHS-Kindern ein 12-wöchiger Abstand. Bei der Kontrollgruppe, die zu einem früheren Zeitpunkt (Aurnhammer & Koch, 2001) untersucht worden ist, beträgt der Abstand drei Wochen. Wir gehen davon aus, dass die Kontrollgruppe trotz des geringeren Abstands zwischen beiden Messzeitpunkten durchaus vergleichbar mit der Experimentalgruppe ist und eine Verzerrung der Datenlage auf Seiten der Kontrollgruppe weitestgehend ausgeschlossen werden kann.

Diese Untersuchung kann als naturalistisch gelten, da die klinische Gruppe einer sogenannten Inanspruchnahmepopulation entstammt: die Rekrutierung erfolgte über die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen, bei der sich die betroffenen Familien anmeldeten. Ein Ziel dieser Untersuchung war gewesen, die reale Entwicklung dieser klinischen Gruppe unter *treatment-as-usual* -Bedingungen zu untersuchen. Aus ethischen und ökonomischen Gründen entschieden wir uns dagegen, den strengen Vorgaben eines klassischen *randomized controlled trial* zu folgen, welches eine zufällige Zuteilung zu klinischen Kontrollgruppen mit jeweils einer Placebo- und einer Wartebedingung verlangt hätte, zumal die Wirksamkeit von MPH als ausreichend belegt gelten kann (s. dazu Kapitel 1.2.3).

Da in dieser Studie der medikamentöse Einfluss von MPH nicht experimentell getrennt vom unspezifischen Einfluss eines therapeutischen Angebundenseins (hier vor allem in Gestalt der ADHS- Diagnostik an der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen) untersucht wurde, gilt als Intervention die gesamte MPH-Behandlung. Diese Interventionsform beinhaltet in unserem Falle die diagnostische Phase, die therapeutische Beziehung zu den Untersucherinnen (Frau Dipl. Psych. Annette Straten und die Autorin) sowie die medikamentöse Behandlung.

## 2.2 PROBANDEN

### 2.2.1 PROBANDENREKRUTIERUNG

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten und ihrer Eltern erfolgte über die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen, die die Eltern aus eigenem Antrieb kontaktierten. Im Rahmen des telefonisch durchgeführten Screenings, in dem unsere Ein- und Ausschlusskriterien abgefragt wurden (siehe Tabelle 2.1, unten), wurden die Eltern umfassend über unsere Untersuchung informiert. Mit einem Elternteil (zumeist der Mutter) wurde telefonisch die *Diagnose-Checkliste Hyperkinetischen Störungen (DCL-HKS)* des *Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*, Döpfner & Lehmkuhl, 2002) durchgeführt und sofort kategorial ausgewertet. Ergab diese Befragung die erforderliche Anzahl erfüllter Kriterien, wurde den Eltern der *Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)*, Döpfner & Lehmkuhl, 2002) für die Lehrer sowie der *Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)*, Döpfner & Lehmkuhl, 2002) aus dem *DISYPS-KJ* für sie selbst sowie zur Weiterleitung an die Lehrer geschickt. Auch im Lehrerurteil musste die erforderliche Kriterienanzahl erfüllt sein, um in die Studie aufgenommen zu werden<sup>12</sup>. Diese Kinder sollten zwischen 7;0 und 11;12 Jahren alt sowie der deutschen Sprache mächtig sein. Als weitere Ausschlusskriterien galten überdies psychotische Erkrankungen (F20), Affektive Störungen (F3), Angststörung (F40, F41), Entwicklungsverzögerungen (F7, F83), Autismus (F84), Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störungen des Sozialverhaltens (F91), Emotionale Störungen des Kindesalters (93), Bindungsstörung (F94). Weiterhin sollten alle Kinder mit einem IQ von unter 85 von der Untersuchung ausgeschlossen werden. Der letzte Behandlungszeitraum mit MPH sowie die letzte psychotherapeutische Behandlung des Kindes mussten länger als 6 Monate zurückliegen.

Nach gegebener Einverständniserklärung der Eltern erfolgte unsere umfassende differentialdiagnostische Abklärung an drei innerhalb zweier Wochen stattfindenden Terminen. Der erste Termin setzte sich aus einem medizinischen und einem psychodiagnostischen Teil zusammen. Nach einer kurzen neurologischen Routineuntersuchung wurde Blut abgenommen und ein EEG erhoben. Danach erfolgte die

---

<sup>12</sup> Die erforderliche Anzahl erfüllter Kriterien bei kategorialer Diagnostik äußert sich bei dimensionaler Auswertung im FBB-HKS in einem Mittelwert von mindestens 1.1, der bei stärker ausgeprägter Symptomatik entsprechend steigt.

Leistungsdiagnostik (HAWIK-III), das klinische Interview des Kindes sowie das ausführliche Anamnesegespräch mit einem oder beiden Elternteil(en) zur Validierung der Diagnose einer *Einfachen Aufmerksamkeitsstörung* nach ICD-10 (F90.0, Dilling et al., 2005). Am zweiten Termin wurden die Fragebögen Angstfragebogen für Schüler (AFS) und Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) sowie die MacArthur Story Stem Battery (MSSB) mit Videoaufnahme durchgeführt.

Zum dritten Termin wurde die gesamte Familie zur Familiendiagnostik eingeladen (die Ergebnisse zu Familiendiagnostik werden in einer separaten Arbeit von Frau Dipl. Psych. Annette Straten ausgewertet). Zweiter und dritter Termin stellten den ersten Messzeitpunkt dar (t1). Innerhalb dieses Zeitraumes mussten die vom Lehrer/ von der Lehrerin ausgefüllten Beurteilungsbögen (FBB-HKS und FBB-SSV) vorliegen. Der normalen klinischen Praxis folgend, wurde in einem bald darauffolgenden Beratungsgespräch gemeinsam mit den Eltern über das weitere Vorgehen beraten und nach klinischen Kriterien gegebenenfalls die Indikation für eine medikamentöse Behandlung gestellt. Um eine medikamentöse Behandlung zu rechtfertigen, waren, neben den im ICD-10 (Dilling et al., 2005) verlangten Symptomen (s. dazu Kapitel 1.2.1.1), aus unserer Sicht eine exazerbierte psychosoziale Situation im schulischen Bereich (bspw. in Form eines drohenden Schulausschlusses) und/ oder eine konflikthaft stark zugespitzte innerfamiliäre Situation notwendig. Das ICD-10 (Dilling et al., 2005) spricht an dieser Stelle nur von „Leiden“ und „Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen, beruflichen Funktionsfähigkeit“. Trafen dementsprechend die klinischen Kriterien für eine Indikation zur Behandlung mit MPH zu, entschieden sich die Eltern für eine MPH-Behandlung und lag auch das Einverständnis des Lehrers zur Teilnahme an unserer Untersuchung vor, wurde vereinbart, zum nächsten Wochenbeginn mit der Medizierung und einhergehenden Titrierung der Medikation zu beginnen. In dem Beratungsgespräch wurde, gemäß den Richtlinien, zu zusätzlichen psychotherapeutischen oder lerntherapeutischen Maßnahmen geraten, die Eltern erhielten als erste Hilfestellung entsprechende Adressen. Keine der weiterführenden Interventionen begann vor Untersuchungsabschluss.

Von den 65 Kindern, die aufgrund des Screenings für das Projekt rekrutiert worden waren, wurden 23 schließlich in die Untersuchung aufgenommen. Bei den übrigen Kindern wurde eine andere Diagnose vergeben (n = 25), oder bestand keine zwingende Indikation für eine medikamentöse Behandlung (n = 9) oder die Eltern lehnten trotz Indikation eine medikamentöse Behandlung ab (n = 8). Aufgrund technischer Schwierigkeiten mussten weitere 2 Kinder von der Untersuchung ausgeschlossen werden.

Die Titrierung wurde mittels wöchentlicher Lehrerurteile anhand der *FBB-HKS* (Döpfner & Lehmkuhl, 2002) vorgenommen. Als Schwellenwert galt hier der Durchschnittswert von 1,0 des Lehrerurteils: dieser Schwellenwert musste mindestens unterschritten werden, damit von einer ausreichenden Dosis ausgegangen werden konnte; die Titrierungsphase galt dann als beendet. Dieser Prozess konnte - in Abhängigkeit des Gewichtes und der Responsivität des Kindes - bis zu vier Wochen dauern. Die Dosis von 1 mg pro Kilo Körpergewicht, bzw. die Maximaldosis von 60 mg wurde nicht überschritten.

Der zweite Messzeitpunkt erfolgt aus Standardisierungsgründen 12 Wochen nach Durchführung des ersten Messzeitpunktes, so dass alle Kinder 6-8 Wochen lang mit der wirksamen Enddosis mediziert worden waren. In diesem Zeitraum bestanden die Kontakte mit den Eltern aus kurzen Beratungsgesprächen, die vor allem die Titrierung zum Inhalt hatten; eine spezifische psychotherapeutische Intervention fand also nicht statt. Zum zweiten Messzeitpunkt erfolgte die Erhebung anhand derselben Messinstrumente wie zur Baselineerhebung mit Ausnahme der Leistungsdiagnostik (HAWIK-III). Mit der zweiten Erhebung war die Studie abgeschlossen, die Familien wurden gegebenenfalls bis zum Beginn einer weiterführenden psychotherapeutischen oder lerntherapeutischen Intervention weiter von uns betreut.

**Tabelle 2.1: Zusammenfassende Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien**

EINSCHLUSSKRITERIEN
1. Alter des Kindes: 7;0 –11;12 Jahre
2. Gegenwärtig keine MPH-Behandlung
3. Keine MPH-Behandlung in den zurückliegenden 6 Monaten
4. Keine laufende Psychotherapie
5. Erforderliche Anzahl erfüllter Forschungskriterien für eine <i>Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung</i> nach ICD-10 (F90.0) vorhanden
6. Der deutschen Sprache mächtig
AUSSCHLUSSKRITERIEN
1. Erhöhte Krampfbereitschaft in EEG
2. erhöhten Werte der Transaminasen und des Kreatinins
3. IQ < 85
4. Ausschluss nach ICD-10: psychotische Erkrankungen (F20), Affektive Störungen (F3), Angststörung (F40, F41), Entwicklungsverzögerungen (F7, F83), Autismus (F84), Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störungen des Sozialverhaltens (F91), Emotionale Störungen des Kindesalters (93), Bindungsstörung (F94)



### 2.2.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG

Die klinische Stichprobe besteht aus 21 7;0- bis 11;11jährigen Kindern (14 Jungen (66,7 %) und 7 Mädchen (33,3 %)), die im Zeitraum März 2003 bis Juni 2005 die Diagnose einer *Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* (oder Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, kurz: ADHS) nach ICD-10 (Dilling et al., 2005) erhielten. Die Kinder waren im Mittel 9;6 Jahre alt ( $M \pm SD = 9;6 \pm 1.20$ ). Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Stichprobe bezüglich des Geschlechtes ( $X^2(1, N = 21) = 2.13, p = .14$ ), noch, über die Geschlechter hinweg, hinsichtlich der Altersverteilung ( $X^2(16, N = 21) = 2.87, p=1.00$ ).

Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe von 21 Kindern (14 Jungen und 7 Mädchen) in die Untersuchung aufgenommen, die im Mittel 9;6 Jahre alt waren ( $M \pm SD = 9;6 \pm 1.30$ ). Die Kinder der Kontrollgruppe wurden aus einem Pool von unauffälligen Kindern rekrutiert, die zu einem früheren Zeitpunkt (1999-2000) untersucht worden waren (Aurnhammer & Koch, 2001). Bei dieser Stichprobe waren anhand des *Fragebogens zu Stärken und Schwächen* (SDQ-D; Woerner, Friedrich, Becker, Goodman & Rothenberger, 2000) die emotionale und soziale Anpassung sowie mögliche Verhaltensauffälligkeiten der Kinder überprüft worden. Die für das Matching ausgewählten Kinder waren von ihren Müttern alle als unauffällig beurteilt worden. Tabelle 2.2 zeigt die Ergebnisse überblicksartig.

**Tabelle 2.2: Die Beschreibung der beiden Stichproben**

	ADHS-GRUPPE		KONTROLLGRUPPE	
	N = 21	%	N = 21	%
Alter (Jahre, $M \pm SD$ )	9;6 $\pm$ 1.20		9;6 $\pm$ 1.30	
Altersrange	7;5 – 11;11		7;7 – 11;11	
7-9jährige	12	57	11	52
10-11jährige	9	43	10	48
Geschlecht				
männlich	14	67	14	67
weiblich	7	33	7	33
getrennte Eltern	5	24	0	0

Auch in der Kontrollgruppe besteht hinsichtlich des Geschlechts logischerweise, da ein Matching zwischen Kontroll- und klinischer Gruppe vorgenommen wurde, kein signifikanter Unterschied ( $X^2(1, N = 21) = 2.13, p = .14$ ), genauso wenig wie hinsichtlich der Altersverteilung ( $X^2(17, N = 21) = 4.39, p=1.00$ ). Beim Matching wurde darauf geachtet, dass sich das Alter der Kinder nicht mehr als 6 Monate auseinander lag. Das gelang bei 17 der 21 Pärchen, bei vier Pärchen lagen die Kinder sieben, acht und zwei Mal neun Monate auseinander. Alle Kinder entstammen Mittelschichtsfamilien. Bei 5 Kindern der ADHS-Gruppe hatten sich die Eltern getrennt und die Kinder wuchsen im Haushalt der Mutter auf.

## **2.3 UNTERSUCHUNGSVERFAHREN**

### **2.3.1 DIE MACARTHUR STORY STEM BATTERY (MSSB)**

#### **2.3.1.1 *Story stems* und Aufbau**

Die ausgewählten Geschichtenanfänge oder auch *story stems* gehen auf die angelsächsischen Version der MSSB (Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde & *The MacArthur Transition Network Narrative Group*, 1990) zurück, welche 13 *story stems* mit hypothetischen (Konflikt- oder Problem-) Situationen sowie eine Aufwärmgeschichte (Geburtstagsparty) und eine Geschichte zur Beendigung der Untersuchung (Familienvergnügen) umfasst. Die Geschichtenanfänge dieser Batterie gehen auf unterschiedliche Autoren zurück.<sup>13</sup>

Die MSSB wurde für Vorschulkinder konstruiert; als untere Altersgrenze geben die Autoren 3 Jahre an (Bretherton & Oppenheim, 2001); in diesem Alter waren die meisten der an den Voruntersuchungen zur MSSB teilnehmenden Kinder imstande, relevante und verständliche Lösungen für die *story stems* zu gestalten. Die obere Altersgrenze ist nicht explizit festgelegt. Allerdings wurden unseres Wissens Versionen der MSSB oder des Attachment Story Completion Task (Bretherton & Ridgeway, 1990) bisher in der Regel – mit Ausnahme unserer Arbeitsgruppe - bei Kindern bis zum Alter von maximal 6 Jahren eingesetzt (z.B. Cassidy, 1988; Solomon, George & de Jong, 1995).

Für die vorliegende Untersuchung wurde auf die deutschsprachige, für den psychosomatischen Bereich adaptierte Geschichten-Batterie von Günter, Di Gallo und Stohrer (1999) zurückgegriffen, die aus einer Standard- und einer Parallelversion besteht. Günter et al. (1999) hatten für den psychosomatischen Bereich drei eigene *story stems* mit Parallelversion

---

<sup>13</sup> Siehe dazu ausführlich Aurnhammer & Koch (2001).

entwickelt, zwei davon (*Familienvergnügen mit verletztem Kind* sowie *Das Meerschweinchen frisst nicht*) sind auch in dieser Untersuchung eingesetzt worden. Die gesamte *story stems*-Batterie umfasst zweimal 9 neun Geschichten (plus eine Aufwärmgeschichte) und war an einer nichtklinischen Stichprobe älterer Kinder (8-10 Jahre und 11-12 Jahre) erprobt worden (Aurnhammer & Koch, 2001). Aurnhammer und Koch (2001) konnten in dieser Arbeit die Äquivalenz der Original- und Parallelversion nachweisen.

Für die vorliegende Untersuchung wurde aus zeitlichen Gründen mit einem leicht reduzierten Geschichtensatz gearbeitet. Auf zwei Geschichten (*Gute(r) Freund(in)* und *Neue Nachbarn*) wurde verzichtet. Tabelle 2.3a und b führen die sieben verwendeten *story stems* auf. Die Tabellen geben die Reihenfolge der Durchführung an.

**Tabelle 2.3a: Die sieben *story stems* der Originalversion (Günter, Di Gallo & Stohrer, 1999)**

GESCHICHTE	KURZBESCHREIBUNG	THEMA
Aufwärmgeschichte	Geburtstagsfeier	
1. Ausflug in den Park	Im Park will das Kind auf einen Felsen klettern; die Mutter warnt: sei vorsichtig!	Autonomie, Bindung, Angst (Trennung, Verletzung), Stolz
2. Barney suchen	I: Das Kind will im Garten mit dem Hund spielen, entdeckt, dass er nicht da ist. II: Der Hund ist wieder da.	Bindung, Verlust, Trennung, (Wiedervereinigung)
3. Verlorene Schlüssel	Das Kind kommt ins Zimmer und hört die Eltern wegen dem verlorenen Schlüssel streiten.	Kindl. Reaktion auf Elternkonflikt, Beziehungen
4. Die heiße Suppe	Nach der Warnung, dass es nicht zu nah zum Herd gehen soll, langt das Kind nach der heißen Suppe, um zu probieren, stößt sie vom Herd und verbrennt sich.	Überschreitung, elterliches Mitgefühl versus Autorität
5. Familienvergnügen mit verletztem Kind	Kind hat Gips. Eltern schlagen gemeinsame Unternehmung vor, fragen Kinder, was sie machen wollen. Geschwister will Fahrrad fahren (im Sommer)/Schlittschuh laufen (im Winter).	Gemeinsamkeit, Ausschluss, körperliches Verletzung
6. Das Meerschwein frisst nicht	Während des gemeinsamen Mittagessens fordert die Mutter das Kind auf, das Meerschwein zu füttern. Dieses frisst nicht und verkriecht sich.	Essen, Krankheit, Angst, (Fortpflanzung) <sup>14</sup>
7. Das Monster in der Dunkelheit	Das Kind spielt abends allein in seinem Zimmer. Plötzlich geht das Licht aus und es hört ein Geräusch, ruft: „Das ist ein Monster!“	Angst, Ungewissheit

Die *MacArthur Narrative Group* hat Erfahrungen mit verschiedenen Figuren-Sets gesammelt. Sie machen hierbei zwei entscheidende Vorgaben: (1) Die Figuren müssen sich

<sup>14</sup> Schulkinder, kurz vor Eintritt in die Pubertät, spielen häufig, daß das Meerschwein Junge bekommt.

aufstellen lassen, ohne umzufallen, und (2) Figuren und Material müssen einigermaßen realistisch gehalten sein und unbedingt einfach genug, dass sie das Kind nicht durch unwesentliche Details von der Aufgabe ablenken, die in der Fokussierung und Bearbeitung des vorgestellten Konfliktthemas besteht (vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001).

Für die deutsche MSSB-Version wird ein Satz von Playmobilfiguren verwendet. Die Anordnung der Figuren und Gegenstände zur Präsentation des *story stems* ist im TüBa-Manual (*Tübingen-Basel Narrativ-Codierungs-Manual* (Günter, Di Gallo, Stohrer & Koch, 2005)) festgelegt, und zwar nach Gesichtspunkten, die einerseits dem Kind helfen, dem Erzählfaden zu folgen, andererseits die Interpretation des kindlichen Spiels erleichtern.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die von Günter, Di Gallo und Stohrer (1999) entwickelten Geschichten der Parallelversion durchgeführt. Die Spielszenen werden mit einer Videokamera aufgenommen. Die Spieldauer variiert in der Regel zwischen 20 und 50 Minuten.

**Tabelle 2.3 b: Die *story stems* der Parallelversion (Günter, Di Gallo & Stohrer, 1999)**

GESCHICHTE	KURZBESCHREIBUNG	THEMA
Aufwärmgeschichte	Wiedersehensfest	
1. Ausflug zur Burg	Beim Ausflug will das Kind auf die Burg klettern; die Mutter warnt: sei vorsichtig!	Autonomie, Bindung, Angst (Trennung, Verletzung), Stolz
2. Hoppel suchen	I: Das Kind will im Garten mit dem Hasen spielen, entdeckt, dass er nicht da ist. II: Der Hase ist wieder da.	Bindung Verlust, Trennung, (Wiedervereinigung)
3. Der vergessene Anruf	Das Kind kommt ins Zimmer und hört die Eltern wegen dem vergessenen Anruf beim Flaschner streiten.	Kindl. Reaktion auf Elternkonflikt, Beziehungen
4. Würstchen grillen	Nach der Warnung, dass es nicht zu nah zum Feuer gehen soll, langt das Kind nach den heißen Würstchen, um zu probieren und verbrennt sich.	Überschreitung, elterliches Mitgefühl versus Autorität
5. Familienvergnügen mit verletztem Kind	Kind hat Erkältung. Eltern schlagen gemeinsame Unternehmung vor, fragen Kinder, was sie machen wollen. Geschwister will ins Schwimmbad gehen (im Sommer)/Skifahren (im Winter).	Gemeinsamkeit, Ausschluss, körperliches Verletzung
6. Die Katze frisst nicht	Während des gemeinsamen Abendessens fordert die Mutter das Kind auf, die Katze zu füttern. Diese frisst nicht und verkriecht sich.	Essen, Krankheit, Angst (Fortpflanzung) <sup>15</sup>
7. Das Gespenst in der Nacht	Die Eltern sind im Garten. Das Kind liest im Bett. Plötzlich wird es dunkel und es hört ein Klopfen, es ruft: „Das ist ein Gespenst!“	Angst, Ungewissheit

<sup>15</sup> Schulkinder, kurz vor Eintritt in die Pubertät, spielen häufig, daß die Katze Junge bekommt.

### *Durchführung*

Alle wesentlichen Aspekte hinsichtlich des Materials, der Anwendung und der Durchführung wurden beibehalten, so dass wir uns im folgenden auf das unveröffentlichte Manual von Bretherton, Oppenheim et al. (1990, 1996) beziehen.

Vor Beginn der Untersuchung empfiehlt es sich, etwa über 10 Minuten, einen ausreichenden Rapport mit dem Kind aufzubauen. Zu Beginn der Untersuchung wird dem Kind die Puppenfamilie, bestehend aus Vater, Mutter, zwei gleichgeschlechtlichen Geschwistern (Georg und Marc oder Susanne und Claudia) und den Großeltern, vorgestellt. Protagonist der Handlung, mit dem die Versuchsperson sich identifizieren soll, ist das ältere Geschwister (Georg oder Susanne). *Der Protagonist hat immer das gleiche Geschlecht wie die Versuchsperson.* Nachdem die benötigten Figuren und Gegenstände entsprechend der Anleitung auf dem Tisch positioniert wurden, spielt der Untersucher die Geburtstags-Geschichte an und lädt das Kind mit der Aufforderung „*Zeig und erzähl mir, was jetzt passiert*“ ein, das vorgestellte Thema fortzuführen. Das Ziel der „warm-up“-Geschichte ist, dass das Kind sich ins symbolische Spiel begibt, d. h., die Figuren bewegt und sie sprechen lässt. Tut das Kind dies nicht spontan, so kann der Untersucher Impulse geben, z. B. indem er die Protagonistin sagen lässt: „Mmh, der Kuchen schmeckt aber lecker!“. Es wurde eine Geburtstags-Geschichte gewählt, da die meisten Kinder ab drei Jahren in der Lage sind, eine Geburtstagssequenz zu schildern (Nelson & Gruendel, 1981). Gegen Ende dieser einführenden Geschichte sollte das Kind mindestens drei der unten aufgeführten Verhaltensweisen zeigen. Wenn es dies nicht tut, ist die weitere Darstellung des Kindes vermutlich so eingeschränkt, dass die Narrative schwierig zu interpretieren sind.

Jede weitere Vorstellung eines *story stems* schließt ebenfalls mit der Aufforderung an das Kind: „*Zeig und erzähl mir, was jetzt passiert*“. Der Untersucher muss die Geschichten gut genug beherrschen, um sie lebendig und ausdrucksvoll darstellen zu können. Bei Kindern, die in die Präsentation des Themas eingreifen wollen, kann der Untersucher nochmals erklären, dass er die Geschichte erst vorstellt und das Kind danach weiterspielen darf, wie es will. Sobald das Kind aufgefordert wurde, die Geschichte weiterzuführen, beschränkt sich der Untersucher auf eine geduldige und interessiert-zugewandte Haltung, ohne einzugreifen (außer bei der Geburtstagsgeschichte). Wobei es sich empfiehlt es, die Äußerungen des Kindes empathisch zu wiederholen, was von den Kindern eher bestätigend als störend erlebt wird und die Videoaufnahme verständlicher macht (Vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001). Die Geschichtenausgänge sollten vom Untersucher auf keinen Fall als etwa „schön“ oder „traurig“ kommentiert werden, um das Kind nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen.

Insgesamt wird darauf geachtet, dass kein eigener Kommentar des Untersuchers einfließt, insbesondere auch keine Fragen, die die Geschichte in eine bestimmte Richtung lenken könnten. Gegebenenfalls kann der narrative Prozess verstärkt werden, z.B. „Das machst du prima!“, „Ich sehe, du gibst dir viel Mühe mit dieser Geschichte“ (Vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001).

Eine Reihe von Standardeinwürfen erfolgt in folgenden Situationen (Vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001):

- a) wenn Spielhandlungen unklar bleiben. Bewegt das Kind Figuren in uneindeutiger Weise (umarmen oder kämpfen) kann gefragt werden: „Was tun die nun?“. Wenn die Versuchsperson für oder über eine Figur spricht, ohne deutlich zu machen, um wen es sich handelt, kann sollte gefragt werden: „Wer hat das gesagt/getan?“.
- b) Verlangt das Kind nach zusätzlichem Spielmaterial, was es erspät oder in früheren Geschichten kennengelernt hat, wird es gebeten, einfach so zu tun als ob, sich bspw. vorzustellen, dass da ein Zaun sei oder dass der Hund dabei sei.
- c) Für jede Geschichte sind ein oder zwei Standardfragen vorgesehen, die zur Anwendung kommen, wenn das Kind den zentralen Konflikt verfehlt oder mindestens eine Seite davon übergeht (z.B. „Tut irgend jemand irgend etwas wegen der ausgeschütteten Suppe?“). Die bis zu zweimalige Verwendung der Standardfrage ermöglicht eine Einschätzung, wie hartnäckig die Weigerung des Kindes ist, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Bei jüngeren Kindern ist der Einsatz der konfliktbezogenen Standardfragen eine Möglichkeit, sicherzustellen, ob das Kind das Thema überhaupt erfasst hat. Es kann dann bei der Auswertung zwischen spontanen und gestützten Lösungen unterschieden werden (vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001).
- d) Kinder, die im Erzählfluss stocken, können motiviert werden durch Einwürfe wie: „Passiert noch etwas?“, „Du hast doch sicher noch eine Idee?“.
- e) Beendigung der Geschichte: Viele Kinder, besonders die älteren, machen selbst deutlich, wann ihre Geschichte zuende ist. Wenn Unsicherheit besteht, kann gefragt werden: „Ist das das Ende der Geschichte oder möchtest du sie noch weitererzählen?“ Kinder, die Schwierigkeiten haben, eine Geschichte zu beenden, perseverieren oder nach Bearbeitung der Konfliktsituation vom Thema abschweifen, können sanft zum Abschluss der Geschichte aufgefordert werden: „Wie endet diese Geschichte?“, „Das ist aber doch sicher das Ende der Geschichte?“, „Bist du bereit für etwas Neues?“ (Vgl. Bretherton & Oppenheim, 2001).

### 2.3.1.2 Manuale und Ratingkategorien

Um die Beziehungsschemata der Kinder von sich und von ihren Bezugspersonen in den für uns relevanten Bereichen erfassen zu können, haben wir ein breites Spektrum an inhaltlichen und formalen Parametern gewählt. Da wir aus klinischer Erfahrung wissen, dass es in Äußerungen über wichtige Bezugspersonen nicht nur wichtig ist, *was* gesagt wird, sondern auch, *wie* es formuliert wird (Klitzing, v. et al., 2000; McCrone et al., 1994; Oppenheim & Waters, 1995; Shields et al., 2001), haben wir neben der inhaltlichen Auswertung großen Wert auf die Berücksichtigung formaler, bzw. struktureller Parameter gelegt. Inhaltliche Codes scheinen die Wahrnehmung des eigenen und des elterlichen Verhaltens, den affektiven Ton der Eltern-Kind-Interaktionen sowie Erwartungen zukünftiger Interaktionen einzufangen (Shields et al., 2001). Die narrative Struktur, die sich in den strukturellen Parametern zeigt, scheinen mehr auf die Art und Weise zu verweisen, wie der Einzelne mit Information von hochaffektivem Gehalt im Zusammenhang mit nahen Bezugspersonen umgeht, wie er diese organisiert und verarbeitet (Main et al., 1985; McCrone et al., 1994). Dieser zweite Punkt hat mit der Fähigkeit zur Affektregulierung angesichts emotional bedeutsamer Information zu tun (s. dazu Kapitel 1.3).

Für die Kodierung des mit den *story stems* evozierten Spielverhaltens der Kinder – die Narrative - haben wir Auswertungskategorien aus drei Manualen zum quantifizierenden Rating zusammengestellt. Das von uns für diese Untersuchung nochmals in erweiterter Form überarbeitete und spezifizierte *Tübingen-Basel Narrativ-Codierungs-Manual* („*TüBa-Manual*“, Günter et al., 2005) kann bei Prof. Dr. med. Michael Günter oder der Autorin angefordert werden<sup>16</sup>. Die Abschnitte aus den beiden englischsprachigen Manualen wurden von unserer Arbeitsgruppe übersetzt. Tabellen 2.4 sowie 2.5 zeigen eine überblicksartige Nennung der wesentlichen Beobachtungskategorien.

1. Das *Tübingen-Basel Narrativ-Codierungs-Manual* (Günter, Di Gallo, Stohrer & Koch, 2005): *Inhaltsthemen* mit Ausnahme der Elternrepräsentationen (s. Tabelle 2.4 u. 2.5)
2. Abschnitte des *Coding Scheme for MacArthur Stories* (adaptiert von Grych & Wachsmuth-Shlafer, 1999) zur Kodierung der *interaktionellen Eltern-Kind-Repräsentationen* (s. Tabelle 2.6)
3. Der Abschnitt des *MacArthur Narrative Coding Manual* (Robinson et al., 2005) zur Kodierung der narrativen *Vermeidung* (s. Tabelle 2.7)

---

<sup>16</sup> Adresse: Prof. Dr. med. Michael Günter (Universitätsklinikum, Osianderstr. 14, 72076 Tübingen, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, e-mail: [michael.guenter@med.uni-tuebingen.de](mailto:michael.guenter@med.uni-tuebingen.de).

**Tabelle 2.4: Überblick über die Hauptkategorien des *TüBa-Manuals* (Günter, Di Gallo, Stohrer & Koch, 2005)**

<p><b><u>A. Inhaltscodes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prosoziale Themen:</b> Teilen, Empathie/Hilfe, Folgen, Zugehörigkeit, Zuneigung, Wiedergutmachtung / Schuld</li><li>• <b>Konfliktthemen:</b> Wettbewerb, Rivalität/ Eifersucht, Ausschluss, Interpersonelle Konfliktlösung, Nichtfolgen, Konflikteskalation, Scham, Tadel/Beschuldigung, verbale Zurechtweisung, Verbaler Konflikt, zu Bett gehen, zu Bett geschickt werden</li><li>• <b>Aggressionsthemen:</b> verbale und körperliche Aggression, Zerstörung von Objekten, Tod durch Unfall, Tod durch Aggression, Verweigern von Empathie/Hilfe, Ärgern / Reizen, Unredlichkeit, körperliche Zurechtweisung, Sexualisiertes Verhalten, Verletzung körperlicher Integrität, negative atypische Antworten</li></ul> <p><b><u>B. Strukturelle Codes</u></b></p> <p>Anzahl der Spielinhalte</p> <p>Narrative Kohärenz (Logik / Stringenz, Ausschmückung, Konfliktumgang)</p> <p>Schlussinhalt</p> <p>Thema der Gefahr, Ausgang der Gefahr</p> <p>Kreativität / Imagination</p> <p>Verleugnung</p> <p><b><u>C. Interaktionelle Verhaltenscodes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Emotionales Engagement beim Spiel</li><li>• Beziehung zum Untersucher</li></ul>
--

### *Narrative Kohärenz*

Die Skale *Narrative Kohärenz* nimmt im Verbund der strukturellen Codes eine Sonderstellung ein. Die Skala „Narrative Kohärenz“ wurde aus dem Coding System von Robinson et al. (1995/1998) unverändert übernommen. Ursprünglich wurde mit dieser zehnstufigen Rating-Skala die formale Gesamtorganisation der Geschichte beurteilt („performance code“). In die Bewertung der narrativen Kohärenz gehen folgende Kriterien ein:

1. Stringenz des Narrativs, d .h. logischer Aufbau, Ereignisabfolge mit Beginn und Ende, Bezugnahme auf den Geschichtenstamm.
2. Ausmaß der Ausschmückung der Geschichte über den minimalen Aufwand hinaus, der nötig ist, um die Geschichte zu erzählen.
3. Grad der Bearbeitung des im Geschichtenstamm vorgestellten Konfliktthemas (Konfliktumgang).



Aus methodischer Sicht fand bei dieser Handhabung, sozusagen die „Gestalt“ der narrativen Kohärenz zu bewerten, eine Konfundierung der o.g. Merkmalsdimensionen statt, die sich nachteilig auf die Interraterreliabilität auswirken kann. Wir haben uns entschieden, diesen Gesamtcode in seine Einzeldimensionen zu unterteilen, da wir einerseits die Interraterreliabilität erhöhen wollten sowie andererseits die Vermutung hegten, dass die ADHS-Kinder sich nur in bezug auf bestimmte Merkmalsdimensionen von den unauffälligen Kindern unterscheiden würden. Die in der Tabelle 2.5 unten aufgeführten Merkmalsdimensionen sind, entgegen den übrigen Auswertungskategorien, ordinalskaliert.

**Tabelle 2.5: Die Einzeldimensionen der *Narrativen Kohärenz***

<i>NARRATIVE KOHÄRENZ</i>		
Keine Antwort, „ich weiß nicht“, / Wiederholung des <i>story stems</i>		
<b>Logik / Stringenz</b>	<b>Ausschmückung</b>	<b>Konfliktumgang</b>
Häufige Brüche im Narrativ / chaot. Spiel	Minimaler Aufwand / stockendes Erzählen	Kehrt nicht zum story stem zurück / verändert Eingangsbedingungen
Inkohärenz / 1-2 Brüche	Etwas Ausschmückung	Versteht die Geschichte, aber keine Lösung
Volle Kohärenz	Deutliche, lebendige Ausschmückung und etwas Neues	Versteht die Geschichte, bietet einfachere Lösung an
		Versteht die Geschichte und gelungene Lösung

Untersucht haben wir im Ergebnisteil sowohl die Einzeldimensionen (Stringenz, Ausschmückung und Konfliktumgang) als auch das Gesamtmerkmal *Narrative Kohärenz*, das aus einer Summe der drei Merkmalsdimensionen bestand. Wenn im Text von „Narrativer Kohärenz“ gesprochen wird, ist also immer der Gesamtcode gemeint, der sich aus den drei Einzeldimensionen zusammensetzt.

Aus der Literatur geht hervor, dass sich die *Narrative Kohärenz* der gespielten Geschichten immer wieder als entscheidend für die Differenzierung bestimmter Untergruppen, z. B. sicher gebundene versus unsicher gebundene Kinder (Bretherton, Ridgeway et al., 1990; Cassidy et al., 1988) erwiesen hat. Auch wenn die Forschergruppen unterschiedliche Aspekte in ihrer Definition hervorgehoben haben, so ist mit der *Narrativen Kohärenz* das Phänomen gemeint, dass im Narrativ für den in der Geschichte angesprochenen

Konflikt ohne logische Einbrüche und ohne Auslassung spezifischer Information eine Lösung gefunden wird (s. dazu auch Kap. 2.3.2.2). Bei dieser strukturellen Variablen spielen kognitive Reifungsprozesse eine deutliche Rolle, wie Min (2003) in ihrer Untersuchung vier- bis siebenjähriger Kinder zeigen konnten: die *Narrative Kohärenz* steigt mit zunehmendem Alter. Die *Narrative Kohärenz* hat sich in vielen Untersuchungen als ein Merkmal für die psychische Unbelastetheit, bzw. psychische Funktionsfähigkeit von Kinder herausgestellt, als eine Variable, die die Aufrechterhaltung von Selbst- und Beziehungskohärenz erfasst (vgl. Klitzing, v. et al., 2000; Oppenheim, Nir, 1997).

#### *Interaktionelle Eltern-Kind-Codes*

John Grych und Tanya Wachsmuth-Shlaefer (1999) haben Codierungen entwickelt, die die Repräsentationen der Kinder vom Beziehungsgeschehen zwischen sich und den Eltern als auch zwischen den Eltern erfassen sollen. Die folgenden Auswertungskategorien des *Coding Scheme for MacArthur Stories* wurden von Leticia M. Franieck unter Mitarbeit der Autorin und Prof. Dr. Michael Günter ins Deutsche übersetzt.

**Tabelle 2.6: Überblick über die interaktionellen Eltern-Kind-Codierungen des *Coding Scheme for MacArthur Stories* (Grych & Wachsmuth-Shlaefer, 1999)**

#### **D. Interaktionelle Eltern-Kind-Codes**

- **Positive Eltern-Kind-Interaktionen:** neutrale Interaktionen, Zuneigung / Wärme, Umsorgung / Schutz, Kameradschaftlichkeit / Gemeinsamkeit/ Spiel, Lob / Unterstützung, Strenge / Zurechtweisung
- **Negative Eltern-Kind-Interaktionen:** verbale Aggression, körperliche Aggression, Bestrafung / Macht, Vernachlässigung / Nachlässigkeit, Zurückweisung / Ablehnung, mangelnde Begrenzung
- **Elterneigenschaften aus Sicht des Kindes:** schwach / inkompetent, stark / kompetent
- **Eigenschaften des Kindes:** Schwach / inkompetent, stark / kompetent, Superpower (mit übermenschlichen Fähigkeiten ausgestattet), Ungehorsam, Rollenumkehr (Beruhigung / Entlastung / Umsorgung eines Elternteiles)

Aus den oben in Tabelle 2.6 genannten Auswertungskategorien der *Eltern-Kind-Interaktionen* und den *Elterneigenschaften aus Sicht des Kindes* wurden ein jeweils positives und negatives Aggregat für die Mutterfigur und Vaterfigur gebildet (*Positive / Negative Mutterfigur, Positive / Negative Vaterfigur*).

### *Die Skala Vermeidung*

Die Skala *Vermeidung* des *MacArthur Narrative Coding Manual* (Robinson et al., 2005) wurden im Rahmen unserer Untersuchungen (Schwedler, 2006, Schweinsberg, 2006) ebenfalls in Deutsche übersetzt. Historisch gesehen gehen dieses Manual sowie das TüBa-Manual auf dasselbe ursprüngliche Manual zurück (das *Memphis Narrative Coding Manual* (Robinson et al., 1992) sowie das *Kempe Aurora Preschool Coding Manual* (Kelsay, 1999)). Das gemeinsame Merkmal der einzelnen Vermeidungscodes ist, dass sich das Narrativ der Kinder an einem bestimmten Punkt nicht mehr weiterentwickelt, sondern wie abgebrochen oder festgefahren wirkt; sie beschreiben verschiedene Vorgänge, die zu einer Konfliktvermeidung führen. Sie können sich sowohl auf den Inhalt des Spieles (z.B. Selbstausschluss, Verweigerung von Empathie) als auch auf die strukturelle Aspekte (z.B. Verleugnung, Wiederholung, Off-Topic-Spiel) beziehen (s. Tabelle 2.7 unten). Diese Skala bildet also narrative Möglichkeiten ab, sich im Spiel sowohl inhaltlich als auch in der Weise, wie gespielt wird, *nicht* mit dem emotionalen Dilemma auseinanderzusetzen und beschreibt darüber eine Art, anhand von Vermeidung, Affekte zu regulieren, indem sie wahrscheinlich erst gar nicht spürbar werden.

**Tabelle 2.7: Überblick über die Vermeidungscodes des *MacArthur Narrative Coding Manual* (Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, Kelsay, Holmberg & the MacArthur Narrative Working Group, 2005)**

#### **E. Vermeidungscodes**

- Selbstausschluss
- Wiederholung
- Verleugnung
- Verweigerung von Empathie / Passiver Hilfe
- plötzlicher Schlafbeginn
- Zerrüttung der Familie
- Off-topic-Spiel
- Narrativer Richtungswechsel

#### **2.3.1.3 Die Abhängigen Variablen: Skalen und Einzelvariablen**

Die Codes bilden die Abhängigen Variablen und wurden in der vorliegenden Untersuchung entweder auf Einzelitemebene analysiert (die strukturellen Codes sowie die interaktionellen Verhaltenscodes) oder aber zu Skalen zusammengefasst.

Tabelle 2.8 Skalen führt die MSSB-Skalen zur Erfassung Beziehungsschemata der Kinder auf. Diese setzten sich in erster Linie (mit Ausnahme der Skala *Narrative Kohärenz*) aus inhaltlichen Codes zusammen und unterscheiden sich infolgedessen von den weiter unten dargestellten Skalen der narrativen Affektregulierung, die neben inhaltlichen Codes explizit formale Kriterien des Spiels mit beinhalten.

**Tabelle 2.8: Die MSSB-Skalen zur Erfassung der Beziehungsschemata**

Skala	Items
1 <b>Prosoziale Themen</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.4 oben)
2 <b>Konfliktthemen</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.4 oben)
3 <b>Aggressive Themen</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.4 oben)
4 <b>Positive Mutterfigur</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.6 oben)
5 <b>Positive Vaterfigur</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.6 oben)
6 <b>Negative Mutterfigur</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.6 oben)
7 <b>Negative Vaterfigur</b>	Aufsummierung der zu dieser Gruppe gehörigen Inhaltscodes (s. dazu Tabelle 2.6 oben)
8 <b>Summe Inhaltsthemen</b>	Aufsummierung der Inhaltscodes, Strukturellen Codes sowie Interaktionellen Verhaltenscodes (s. dazu Tabelle 2.4 oben)
9 <b>Narrative Kohärenz</b>	Aufsummierung der drei Einzeldimensionen (s. dazu Tabelle 2.5 oben)

### *Narrative Affektregulierungsstrategien*

In Untersuchungen mit MSSB-Narrativen zur Affektregulierung hat es sich als sinnvoll erwiesen, sowohl inhaltliche als auch formale Merkmale miteinander zu kombinieren, da sowohl der inhaltliche Aspekt der Beziehungsschemata als auch die Fähigkeit, damit in offener und kohärenter Weise umzugehen, in diese Codes mit einfließen sollten (s. dazu auch Kapitel 1.3.7).

Shields et al. (2001) haben im Anschluss an ihre Untersuchung von 76 misshandelten Kindern im Vergleich mit einer Kontrollgruppe drei Skalen entwickelt, mit denen sie die

unterschiedlichen Affektregulierungsstrategien im Narrativ erfassen wollten: das *Eingeschränkte* sowie das *Desorganisierte Muster* einerseits sowie das *Positiv-kohärente Muster* andererseits. Diese Skalen haben wir in unsere Untersuchung mitaufgenommen (s. Tabelle 2.9 unten). Sie konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass im Spiel der misshandelten Kinder häufiger ein eingeschränktes Muster im Umgang mit affektiv aufgeladenen, hypothetischen Familiensituationen und seltener ein positiv-kohärentes Muster vorkam. Es stellte sich zudem heraus, dass den im Spiel gezeigten Beziehungsschemata eine Moderatorfunktion hinsichtlich der Beliebtheit der Kinder bei Gleichaltrigen zukam.

Shields et al. (2001) haben die genannten Skalen auf faktoranalytischem Wege entwickelt. Die Autoren haben ein unbekanntes Manual benutzt, die Beschreibung der Variablen ähnelte allerdings den in unserer Untersuchung verwendeten Variablen so sehr, dass eine Übertragung zulässig schien. Für die faktoranalytischen Skalen wurden keine Angaben zur internen Konsistenz oder zur Interraterreliabilität gemacht, zu den Items, auf denen die Faktoranalyse beruht, hingegen schon. Für diese Items wurde eine Interraterreliabilität im hohen Bereich erzielt (.74 - .98). Im Gegensatz zu der Skala *Vermeidung* setzen diese Skalen sich aus den Aufsummierungen verschiedener Codes zusammen, die aus den drei zuvor genannten Manualen stammen. Shields et al. (2001), eine bindungstheoretisch orientierte Forschungsgruppe, gehen von zwei grundsätzlichen Möglichkeiten der Affektregulierung aus, mit denen ein Mensch mit belastenden Beziehungserfahrungen auf emotional herausfordernde Situationen reagieren kann. Bei der einen Möglichkeit dominiert der Versuch, Affektregulierung dadurch zu erlangen, dass schmerzvolle Information aus dem Bewusstsein ausgeschlossen und intensive emotionale Erfahrungen unterdrückt werden – das ist das Konzept der *defensive exclusion* (Bretherton, 1990; Bowlby, 1980; Cassidy, 1994; zit. nach Shields et al., 2001). Infolgedessen werden Informationen über nahe Beziehungen in reduzierten, eingeschränkten Narrativen übermittelt. In diesem Fall erfolgen es also Abwehrvorgänge, die, so dysfunktional sie auch immer sein mögen, dem Selbstschutz des Kindes dienen. Andere Kinder hingegen werden von belastenden, verstörenden Affekten und Erinnerungen geradezu überflutet, so dass sie Schwierigkeiten haben, ein Gefühl von Selbstkohärenz und Beziehungskohärenz zu den anderen beizubehalten (Blatt, 1995; zit. ebd.) – die Affektregulierung scheint hier nicht mehr ausreichend zu gelingen, die emotionale Destabilisierung kann nicht durch bestimmte (narrative) Abwehrmaßnahmen aufgehalten oder eingeschränkt werden. Dieses mehr desorganisierte Muster führt häufig zu Narrativen, die voll heftiger Konflikte und chaotisch sind, mit kaum symbolisierten, in das Narrativ einschließenden Erinnerungssplintern

traumatischer Ereignisse (Fish-Murray et al., 1987; Solomon & George, 1999; zit. ebd.). Shields et al. (2001) haben im Anschluss an ihre Überlegungen drei Skalen entwickelt, die unterschiedliche Affektregulierungsstrategien im Narrativ erfassen sollten: das *Eingeschränkte* sowie das *Desorganisierte Erzählmuster* einerseits sowie das *Positivkohärente Erzählmuster* andererseits. Beim *Eingeschränkten Erzählmuster* erhalten Kinder einen hohen Wert, die sich wenig auf die spielerische Bearbeitung des dargestellten Dilemmas einlassen (was in monotonem Spiel bis hin zur Spielverweigerung sowie mangelnder Ausschmückung äußert) und in deren Spiel *Negative Elternfiguren* (s.o. Tabelle 2.6) auftauchen. In gewisser Weise reagieren diese Kinder auf die emotionalen Dilemmata in Form von Rückzug (oder Unterdrückung, s.o.), sie sind jedoch durchaus in der Lage, der Geschichte eine logische Kohärenz zu verleihen und den Konflikt zu bearbeiten. Ähnlich wie die Skala *Vermeidung* ist diese Skala auch innerhalb des Konzeptes der *defensive exclusion* anzusiedeln; im Gegensatz dazu aber setzt sich diese Skala weniger aus inhaltlichen Variablen (wie bpsw. *Selbstausschluss, Verweigerung von Empathie /Hilfe, Zerrüttung der Familie*) zusammen, sondern konzentriert sich mehr auf die bindungsrelevante Darstellung der Elternfiguren und eine grundlegend hemmende Spielweise.

Bei der Skala *Vermeidung* wird die Auseinandersetzung vermieden, aber dies muss nicht bedeuten, dass das Spiel des Kindes auffällig gehemmt wirkt. Die Idee ist, dass mit diesen Skalen unterschiedliche Abwehrvorgänge erfasst werden.

Bei Kindern, die einen hohen Wert auf der Skala *Desorganisiertes Erzählmuster* erhalten, figurieren im Narrativ ebenfalls *Negative Elternfiguren*, dies ist jedoch, anders als bei der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster*, mit Einbrüchen im Narrativ verbunden.

Angesichts der emotionalen Dilemmata reagieren diese Kinder dergestalt, dass sie bestimmte (vermutlich ängstigende) Spielelemente verleugnen, sich plötzlich einem ganz anderen Thema zuwenden (Off-topic-Spiel) sowie den dargestellten Konflikt kaum bearbeiten können. Die in dem dargestellten Dilemma transportierte emotionale Information führt zu einem Zusammenbruch der Fähigkeit, eine kohärente Geschichte darzustellen. Damit versucht diese Skala misslingende affektregulatorische Prozesse abzubilden. Auf der Skala ***Positivkohärentes Erzählmuster*** erhalten umgekehrt diejenigen Kinder einen hohen Wert, deren Spiel einerseits über *Positive Elternfiguren* verfügt und andererseits keine / oder wenige der o.g. Elemente zeigt. Diese Kinder können die angesprochenen emotionalen Dilemmata bearbeiten, ohne auf bestimmte Abwehrmaßnahmen (wie die genannten narrativen Formen der *defensive exclusion*) zurückgreifen zu müssen oder davon überwältigt zu werden. Die folgende Tabelle 2.9 nennt die Einzelvariablen der Affektregulierungsskalen.

**Tabelle 2.9: Überblick über die Skalen zur narrativen Affektregulierung**

Skala	Summierte Items
<b>Vermeidung<sup>a</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidungscodes (s. Tabelle 2.7)</li> </ul>
<b>Eingeschränktes Erzählmuster<sup>b</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Elternfiguren</li> <li>• Monotones Spiel</li> <li>• Spielverweigerung</li> <li>• Keine / wenig Ausschmückung</li> </ul>
<b>Desorganisiertes Erzählmuster<sup>b</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Elterfiguren</li> <li>• Verleugnung von Spiel-Elementen</li> <li>• Off-topic-Spiel</li> <li>• Inkohärenz</li> <li>• Niedrige Konfliktbearbeitung</li> </ul>
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster<sup>b</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Elterfiguren</li> <li>• Eingeschränktes Erzählmuster (invertiert)</li> <li>• Desorganisiertes Erzählmuster(invertiert)</li> </ul>

Anmerkungen: <sup>a</sup> *MacArthur Narrative Coding Manual* (Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, Kelsay, Holmberg & the MacArthur Narrative Working Group, 2005); <sup>b</sup> Adaptation der von Shields, Ryan & Cicchetti (2001) entwickelten Skalen.

#### 2.3.1.4 Kodierung, Vorgehen bei der Auswertung und Aufbereitung der Daten

Die Basis der Kodierung bilden die auf Video aufgenommenen Narrative der Kinder. Mit der Kodierung wurde ab der letzten, zum *story stem* zugehörigen Äußerung: „Zeig´ und erzähl´ mir, was jetzt passiert“ begonnen und endete mit dem deutlichen Ende des Narrativs. Die Kodierung basierte auf dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein bestimmter Themen während der Entwicklung der Geschichte durch das Kind. Das Thema wurde einmal codiert, sobald es im Narrativ auftrat. Um Auswertungsfehler zu reduzieren, hat Dipl. Psych. Matthias Nickola unter Mitarbeit der Autorin ein computergestütztes Auswertungsprogramm entwickelt, das in der vorliegenden Untersuchung eingesetzt wurde.

Die Untersuchungen mit der MSSB wurden von der Autorin durchgeführt. Insgesamt waren 294 MSSB-Videos (42 Kinder à sieben Geschichten) auszuwerten, die alle doppelt geratet wurden<sup>17</sup>. Die Auswertungsdauer betrug pro Video zwischen einer halben und anderthalb Stunden, je nachdem wie ausführlich und vielfältig das Kind gespielt hatte.

<sup>17</sup> Mein aufrichtiger Dank gilt Gabriella Gall, Julia Schweinsberg, Anke Steier sowie Sonja Krauß, die mit viel Aufmerksamkeit die Videos der Kinder mit ADHS geratet haben.

### *Aufbereitung der Daten*

#### *Erste Ebene: die Kodierung der einzelnen Items pro Geschichte*

Alle Inhalts- und Strukturcodes sind im Manual nominal konzipiert und dichotomer Natur (vorhanden vs. nicht vorhanden). Die nominalskalierten Variablen wurden mittels SPSS (*statistical package for social sciences*, Version 13.0 für Windows) ausgewertet (wobei „nicht vorhanden“ mit „0“ und „vorhanden“ mit „1“ kodiert wurde).

Eine Ausnahme bildet die Skala *Narrativen Kohärenz* mit ihren drei Einzeldimensionen *Logik/Stringenz*, *Ausschmückung* (jeweils ordinal dreifach gestuft) und *Konfliktumgang* (ordinal vierfach gestuft). Aus inhaltlichen Gründen wurde diese Skala in zweifacher Weise ausgewertet, Näheres hierzu steht im entsprechenden Abschnitt *Narrative Kohärenz* im vorangehenden Kapitel 2.3.1.3 .

Da es keine Möglichkeit gibt, ordinalskalierte Variablen zu Summenwerten mit nominalskalierten Daten zusammenzufassen, wurden diese Abstufungen dichotomisiert. Die Gesamtskala *Narrative Kohärenz*, die insgesamt zehnstufig ist, wurde den sieben Stufen der aggregierten intervallskalierten Items dergestalt angepasst, dass ihr Mittelwert über die sieben Geschichten hinweg durch zehn dividiert und mit sieben multipliziert wurde. Entsprechend wurde mit ihren mehrstufigen Einzeldimensionen verfahren. Damit wurde gewährleistet, dass sie in Skalensummen im Vergleich zu den anderen Variablen nicht höher gewichtet war.

#### *Zweite Ebene: die Aggregation der Kodierungen über die sieben Geschichten*

Der Score einer Versuchsperson pro Item setzt sich aus der Summierung der tatsächlichen Kodierungen über die sieben Geschichten hinweg zusammen. Da pro Code und Geschichte nur die Werte „0“ und „1“ vergeben werden konnten, erhielt eine Versuchsperson pro Item einen Score zwischen „0“ (das Item wurde in keiner der sieben Geschichten kodiert) und „7“ (das Item wurde bei jeder Geschichte kodiert) erhalten. *Auf diesem aggregierten Wert fußend wurden alle Berechnungen durchgeführt.* Da mit diesem summierten Wert die mathematischen Operationen Addition und Subtraktion durchgeführt werden können, woraus folgt, dass der Abstand beispielsweise zwischen „3“ und „4“ der gleiche ist wie zwischen „7“ und „8“, haben wir diesen Summenwert als *intervallskaliert* eingestuft.



## **2.3.2 WEITERE UNTERSUCHUNGSVERFAHREN**

### **2.3.2.1 Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 / DSM-IV (DISYPS-KJ, Döpfner & Lehmkuhl, 2000)**

Die Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen (DCL-HKS), der Fremdbeurteilungsbogen für Eltern und Lehrer für *Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)* sowie für *Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)* sind Teile des *DISYPS-KJ*. Wir haben diese Fragebögen zur Diagnostik eingesetzt, sowie um die Symptomschwere aller Kinder zu Beginn der Studie sowie die Titrierung, bzw. den Symptomrückgang der Kinder vorzunehmen und zu dokumentieren. DISYPS-KJ insgesamt ist ein Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien von ICD-10 (Dilling et al., 2005) und DSM-IV (Saß et al., 1996). Es umfasst die im Kindes- und Jugendalter wichtigsten Störungsbereiche (hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, depressive Störungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Tic-Störungen, Bindungsstörungen und Mutismus). Es erlaubt neben kategorialer (Anzahl erfüllter Kriterien) auch eine dimensionale Auswertung (Mittelwert aus Symptomausprägung und Gesamtanzahl der Diagnose-Kriterien). Die dimensionale Erfassung ermöglicht eine genauere Erfassung von Veränderungen der Symptomausprägung.

### **2.3.2.2 Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder (HAWIK-III), 3. Auflage (hrsg. von U. Tewes, P. Rossmann & U. Schallberger, 1999/2003)**

Der HAWIK-III ist ein Intelligenztest zur Untersuchung des allgemeinen geistigen Entwicklungsstandes sowie zur Abklärung von Leistungsstörungen im Alter von 6;0 – 16;11 Jahren. Es handelt sich dabei um die deutschsprachige Version der WISC-III. Erfasst werden über verschiedene spezifische Untertests (Bildergänzen, Allgemeines Wissen, Zahlen-Symbol-Test, Gemeinsamkeitenfinden, Bilderordnen, Rechnerisches Denken, Mosaik-Test, Wortschatz-Test, Figurenlegen, Allgemeines Verständnis, Symbol-Test, Zahlennachsprechen und Labyrinth-Test) die praktische, die verbale und die allgemeine Intelligenz im Sinne des Globalkonzepts von Wechsler. Dies ermöglicht die Darstellung eines Leistungsprofils. Die interne Konsistenz der Untertests variiert zwischen  $r = .68$  und  $r = .88$ , die Reliabilität des Gesamttests beträgt  $r = .96$ . Der HAWIK-III war Teil unserer diagnostischen Testbatterie, um sowohl Entwicklungsverzögerungen auszuschließen.

### **2.3.2.3 Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), 2. überarbeitete und neu normierte Auflage (Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2000)**

Aufbauend auf dem CDI (Children's Depression Inventory) von Kovacs (1982) wurde mit dem *DIKJ* eine deutsche Version dieses im anglo-amerikanischen Raum weit verbreiteten Verfahrens vorgelegt.

Wir haben diesen Fragebogen eingesetzt, um zum Einen zu prüfen, ob die ADHS-Kinder sich hinsichtlich depressiver Verstimmungen von den unauffälligen Kindern unterschieden, auch wenn sie den klinischen cut-off-Wert für eine depressive Episode nicht erfüllten (s. Ausschlusskriterien, Tabelle 2.1) und zum Anderen, um den subjektiven Verlauf hinsichtlich depressiver Verstimmungen zu erfassen.

Das *DIKJ* ist ein Selbstbeschreibungsfragebogen mit 27 Items zur Erfassung des Schwere- bzw. des Ausprägungsgrades einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren<sup>18</sup>. Die Depression im Kindesalter wird zu den internalisierenden Problemen gezählt.

Jedes Item verlangt vom Probanden eine Entscheidung zwischen drei Antwortalternativen, die die Ausprägungen eines Symptoms kennzeichnen. Neben einer großen Bandbreite depressiver Symptomatik wie z.B. Störungen der emotionalen und somatischen Befindlichkeit, negative Selbstbewertungen, Versagensgefühle, Schuldgefühle etc., erfragt das *DIKJ* auch Begleiterscheinungen bzw. Konsequenzen depressiver Störungen, z. B. schulische Probleme.

Die Auswertung des *DIKJ* erfolgt mit Hilfe einer Schablone. Es resultiert ein Gesamtrohwert der Depressivität. Für jeden Rohwert gibt die Normtabelle ein Rohwerteband, einen Prozentrang, einen T-Wert und ein T-Werte-Band an.

Das *DIKJ* ist besonders geeignet für eine nichtklinische Stichprobe, da es Depressivität auf einem Kontinuum abbildet. Es klassifiziert nicht in Depressive versus Nicht-Depressive, ermöglicht aber eine Aussage darüber, ob die depressive Symptomatik in einem klinisch bedeutsamen Ausmaß vorliegt. Als klinisch auffällig im Sinne eines Cut-off gilt ein Gesamtrohwert von 18, da dieser Wert zwischen einer Klinikstichprobe mit depressiver Symptomatik und einer Vergleichsgruppe von unauffälligen Schülern differenzieren konnte.

Das *DIKJ* kann als ein hinreichend reliables Messinstrument bezeichnet werden. Es ergaben sich Korrelationskoeffizienten von  $r > .80$  für alle unterschiedlichen Stichproben (Schulform, Alters-/Klassenstufe, Geschlecht). Die interne Konsistenz (Cronbach-Alpha) und

---

<sup>18</sup> Bei einem Kind im Alter von 7;9 Jahren waren der *DIKJ* und der *AFS* trotz des Alters durchgeführt worden. Es war durchaus in der Lage, den Fragebögen zu folgen.

die Split-Half-Reliabilität lagen für die gesamte Eichstichprobe von Schülern bei  $r = .84$ . Für die Klinikstichprobe ( $N = 83$ ) wurden Koeffizienten von  $r = .87$  (Cronbach-Alpha) und  $r = .91$  (Split-Half) ermittelt.

In der zugrundegelegten nichtklinischen Eichstichprobe von Schülern ergab sich ein mittlerer *DIKJ* -Kennwert von 11,7 Rohwertpunkten und eine Streuung von 6,4 Rohwertpunkten, wobei GymnasiastInnen mit einem Schnitt von 10,0 Rohwertpunkten im Mittel niedrigere Testwerte aufweisen.

#### **2.3.2.4 Angstfragebogen für Schüler (AFS, Wiczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1981)**

Wir haben diesen Fragebogen eingesetzt, um einerseits zu prüfen, ob die ADHS-Kinder sich in bestimmten Angstdimensionen von den unauffälligen Kindern unterscheiden (obgleich sie den klinischen cut-off-Wert für eine Angsterkrankung nicht erfüllten, s. Ausschlusskriterien, Tabelle 2.1) und andererseits um den subjektiven Verlauf hinsichtlich der Angstgefühle im Verlauf der Intervention zu erfassen.

Der *AFS* ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur differenzierten Erfassung von Angsterleben im Kindesalter. Der *AFS* wurde für Kinder und Jugendliche im Alter von neun bis 17 Jahren konstruiert (3.-10. Schuljahr); er kann jedoch bereits bei Achtjährigen angewendet werden. Insgesamt setzt sich der *AFS* aus 50 Items zusammen, die insgesamt vier Skalen konstituieren:

- I. Skala MA: Manifeste Angst (15 Items)
- II. Skala PA: Prüfungsangst (15 Items)
- III. Skala SU: Schulunlust (10 Items)
- IV. Skala SE: Soziale Erwünschtheit (10 Items)

Dem Test liegt ein faktorenanalytisches Verständnis von Angst als hypothetischem Konstrukt zugrunde. Die Autoren verweisen auf die gängige Unterscheidung zwischen Angst als einem vorübergehenden situationsabhängigen Zustand („state anxiety“, Zustandsangst) einerseits und Angst als überdauerndem Persönlichkeitsmerkmal („trait anxiety“, Eigenschaftsangst) andererseits (Spielberger, 1966, 1977). Ferner beziehen sich Wiczerkowski et al. (1981) auf die faktorenanalytischen Untersuchungen von Catell und Scheier (1961) zur trait- und state anxiety sowie das Modell der Prüfungsangst von Mandler und Sarason (1952).

Die Skala *manifeste Angst* beschreibt allgemeine Angstsymptome im Sinne einer dispositionellen Ängstlichkeit (trait-Angst). Dazu gehört die Neigung, auch bei

unbedeutenden Anlässen rasch vegetative Angstsymptome, Konzentrations- und Einschlafstörungen zu entwickeln sowie ein reduziertes Selbstvertrauen. Die Skala *Prüfungsangst* erfragt situativ bedingte Gefühle der Unzulänglichkeit und Hilflosigkeit in schulischen Prüfungssituationen sowie Ängste vor Leistungsversagen, die mit vegetativen Reaktionen verbunden sein können. Die Skala *Schulunlust* erfasst die innere Abwehr gegen die Schule und einen durch unlustvolle Erfahrungen bewirkten Motivationsabfall (globale Einstellung gegenüber der Schule). Schließlich ist dem Test eine Skala der *sozialen Erwünschtheit* angefügt, die das Ausmaß der positiven Selbstdarstellung erfasst und gegebenenfalls zur Korrektur der drei inhaltlichen Skalen dienen kann.

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt durch Ankreuzen einer der beiden Antwortalternativen „stimmt“ oder „stimmt nicht“. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe einer Schablone, durch Addieren der für die jeweiligen Skalen spezifischen Items, soweit ihnen zugestimmt (bzw. in drei Fällen nicht zugestimmt) wurde. Die Rohwerte werden in Prozentrang und T-Werte transformiert.

Der *AFS* weist eine zufriedenstellende Reliabilität auf. Für die einzelnen Skalen werden aus verschiedenen Stichproben Werte für die interne Konsistenz (aufgewertete mittlere Itemkorrelation) von  $r = .67$  bis  $r = .85$  mitgeteilt, wobei die interne Konsistenz damit eher unterschätzt wird; Nachuntersuchungen ergaben etwas höhere Werte im Bereich von  $r = .71$  bis  $r = .87$ . Für die Retest-Reliabilität mit einem Zeitintervall von einem Monat werden Korrelationen von  $r = .67$  bis  $r = .77$  angegeben.

Insgesamt kann dem *AFS* eine gute konvergente und diskriminante Validität bescheinigt werden. So korrelieren die Skalen SU und PA erwartungsgemäß mit den erhobenen Schulnoten, während die korrelativen Beziehungen bei der schulunspezifischen *manifesten Angst* deutlich niedriger ausfallen. Erwartungsgemäße Korrelationen finden sich auch mit Skalen bezüglich der Einstellungen zu Lehrern, mit der Einschätzung durch Lehrer, mit Schülerelbsteinschätzungen sowie mit dem Erziehungsstil der Eltern. Die Angstskalen korrelieren weder mit dem Konzentrations-Leistungstest (KLT) (Düker & Lienert, 1965), noch mit dem Untertest 13 des Leistungsprüfsystem (LPS) (Horn, 1962) bedeutsam.

Als ein Hinweis auf die Konstruktvalidität des Verfahrens kann nach Wiczerkowski et al. (1981) die Tatsache aufgefasst werden, dass die Skala *Manifeste Angst* mit der Neurotizismusskala des HANES (Bugge & Baumgärtel, 1975) und mit dem KAT (Turner & Tewes, 1975) zu  $r = .61$  ( $p < 0,01$ ) korreliert, während die stärker schulische und situationsspezifische Angaspekte erfassenden Skalen *Schulunlust* und *Prüfungsangst* mit

HANES und KAT etwa in gleichem Maße zusammenhängen wie mit der Skala MA des *AFS* ( $r = .28 - .53, p < 0,01$ ).

Die seit dem Erscheinen des Verfahrens durchgeführten Nachuntersuchungen belegen, dass die faktorielle Struktur des Fragebogens sehr stabil ist und die Schwierigkeiten der Fragebogenitems insgesamt zutreffend geschätzt wurden. Die Items der Skalen MA und SU sind relativ schwierig, d.h. sie differenzieren besser im oberen Bereich, nämlich zwischen *ängstlichen* Schülern. Als sehr stabil erwiesen sich in den Nachuntersuchungen auch die für die Eichstichprobe angegebenen Mittelwerte und Streuungen (Skala PA:  $M = 7,88, S = 3,97$ ; Skala MA:  $M = 5,97, S = 3,51$ ; Skala SU:  $M = 3,81; S = 2,38$ ; Skala SE:  $M = 3,15; S = 2,40$ ).

Der *AFS* ist an einer hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schultyp und Ortsgröße hinreichend repräsentativen Stichprobe von  $N = 2374$  Schülerinnen und Schülern der Klassen 3 bis 10 geeicht worden. Da sich hinsichtlich der genannten Merkmale keine bedeutsamen Unterschiede ergeben haben, beziehen sich die Normtabellen (Rohwertumrechnungen für Prozentrang und T-Werte, letztere nach Flächentransformation) auf die gesamte Eichstichprobe. Für Rohwerte und T-Werte stehen zusätzlich Tabellen zur Bestimmung der Vertrauensintervalle sowie der kritischen Differenzen (jeweils für  $p < 0,05$ ) zur Verfügung.

### 3 ERGEBNISSE

Der Ergebnisteil beginnt mit einem allgemeineren Teil zur Interraterreliabilität sowie den Interkorrelationen der Skalen. Der zweite Abschnitt gliedert sich in die Ergebnisse der Gruppenvergleiche pro Messzeitpunkt sowie die varianzanalytischen Ergebnisse und endet mit einer Zusammenfassung. Im letzten Teil werden die Ergebnisse bezüglich der klinischen Symptomatik dargestellt.

#### 3.1 DIE INTERRATERRELIABILITÄT

Alle Daten sind doppelt kodiert worden. Zur Bestimmung der Interraterreliabilität wurde für jede Skala ein Intraclass-Korrelationskoeffizient anhand der Werte der beiden Raterinnen berechnet, wie in Tabelle 3.1 aufgeführt. Insgesamt kann, mit Ausnahme der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster*, von einer zufriedenstellenden Reliabilität ausgegangen werden. Insgesamt bewegen sich die Reliabilitäten im hohen Bereich, die *Elternrepräsentationen* allerdings liegen im Durchschnitt niedriger. Im Anschluss an die Bestimmung der Interraterreliabilität fand eine Sitzung statt, in welcher für die Abweichungen zwischen den Raterinnen eine Konsenslösung gefunden wurde. Alle Berechnungen fußen auf dieser abschließenden Konsenslösung.

**Tabelle 3.1: Interraterreliabilität (Intra-class-Korrelationen)**

Skalen	average measure intraclass correlation
Prosoziale Themen	.96
Konfliktthemen	.92
Aggressive Themen	.86
Positive Mutterfigur	.74
Positive Vaterfigur	.76
Negative Mutterfigur	.80
Negative Vaterfigur	.64
Summierte Inhaltsthemen	.92
Narrative Kohärenz	.97
Vermeidung	.98
Desorganisiertes Erzählmuster	.80
Eingeschränktes Erzählmuster	.52
Positiv-kohärentes Erzählmuster	.72

### 3.2 INTERKORRELATIONEN DER MSSB-SKALEN

Um ein Bild möglicher Zusammenhänge zwischen den MSSB-Skalen zu erhalten, wurden Interkorrelationen durchgeführt. Die Korrelationen nach Pearson-Bravais wurden anhand der Baseline-Daten aus beiden Untersuchungsgruppen vorgenommen. In den Tabellen 3.2 und 3.3 sind die Interkorrelationen der positiven und negativen MSSB-Skalen jeweils getrennt aufgeführt. Die inhaltlich wichtigen Skalen *Narrative Kohärenz* sowie *Summe Inhaltsthemen* figurieren in beiden Tabellen.

Die hohe Korrelation ( $r=.80$ ,  $p=.001$ ) zwischen den *Prosozialen Themen* und der *Summe der Inhaltsthemen* ist darauf zurückzuführen, dass die *Prosozialen Themen* zusammen mit den *Konflikt-* und den *Aggressiven Themen* in die *Summe der Inhaltsthemen* eingehen. Interessant sind die Zusammenhänge zwischen *Narrativer Kohärenz* und positiven MSSB-Skalen. Eine höhere *Narrative Kohärenz* geht mit allgemein mehr *Inhaltsthemen* ( $r=.33$ ,  $p=.034$ ), mehr *Prosozialen Themen* ( $r=.55$ ,  $p=.001$ ) und häufigerem *Positiv-kohärentem Erzählmuster* ( $r=.69$ ,  $p=.001$ ) einher. Die *positiven Elternrepräsentationen* korrelieren mittelhoch in gleichgerichteter Weise miteinander ( $r=.50$ ,  $p=.001$ ), was bedeutet, dass die beide Elternrepräsentationen nicht zwangsläufig gleichzeitig dargestellt werden. Ein Zusammenhang zwischen *Narrative Kohärenz* und *positiven Elternrepräsentationen* fand sich, anders als in der Literatur berichtet, in dieser Stichprobe nicht.

**Tabelle 3.2: Interkorrelationen der positiven MSSB-Skalen (N=42)**

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1 Prosoziale Themen					
2 Summe Inhaltsthemen	<b>.80**</b>				
3 Narrative Kohärenz	<b>.55**</b>	<b>.33*</b>			
4 Positiv-kohärentes Erzählmuster	<b>.49**</b>	.22	<b>.69**</b>		
5 Positive Mutterfigur	.20	.25	.18	.22	
6 Positive Vaterfigur	.11	-.13	.20	.28	<b>.50**</b>

Signifikanzniveau: \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$

Die Interkorrelationsmatrix der negativen Skalen (s. Tabelle 3.3) bildet folgende wichtige Sachverhalte ab: erstens die hohen positiven Korrelationen der Affektregulierungsskalen *Vermeidung*, *Desorganisiertes* und *Eingeschränktes Erzählmuster* untereinander, zweitens die hohen Korrelationen zwischen der *Negativen Mutterfigur* einerseits und den Affektregulierungsskalen *Desorganisiertes* und *Eingeschränktes Erzählmuster* andererseits, und, drittens, die hochsignifikanten negativen Korrelationen zwischen den Affektregulierungsskalen und der *Narrativen Kohärenz*.

Inhaltlich bedeuten die Korrelationen, dass ein Kind vergleichbare Werte auf den Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* ( $p=.001$ ), vergleichbare Werte auf den Skalen *Eingeschränktes* und *Desorganisiertes Erzählmuster* ( $p=.001$ ) sowie vergleichbare Werte auf den Skalen *Eingeschränktes* und *Desorganisiertes Erzählmuster* einerseits und *Negativen Mutterfigur* andererseits erzielt (beide  $p=.001$ ). Im Sinne der Konstruktvalidität weist das Narrativ eines Kindes dann eine niedrige Kohärenz auf, wenn sein Narrativ Merkmale von Vermeidung ( $p=.001$ ) und Desorganisation ( $p=.001$ ) zeigt.

Die *Negativen Elternrepräsentationen* korrelieren in etwa gleich hoch miteinander wie die *Positiven Elternrepräsentationen* ( $p=.001$ ).

**Tabelle 3.3: Interkorrelationen der negativen MSSB-Skalen (N=42)**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Konfliktthemen								
2 Aggressive Themen	<b>.43**</b>							
3 Vermeidung	-.24	.16						
4 Desorganisiertes Erzählmuster	-.16	.20	<b>.85**</b>					
5 Eingeschränktes Erzählmuster	-.23	.22	<b>.65**</b>	<b>.73**</b>				
6 Negative Mutterfigur	.12	.30	<b>.47**</b>	<b>.70**</b>	<b>.72**</b>			
7 Negative Vaterfigur	.29	.14	.16	<b>.34*</b>	<b>.31*</b>	<b>.49**</b>		
8 Summe Inhaltsthemen	<b>.94**</b>	<b>.51**</b>	-.26	-.14	-.26	.15	<b>.31*</b>	
9 Narrative Kohärenz	<b>.45**</b>	-.14	<b>-.73**</b>	<b>-.71**</b>	<b>-.57**</b>	-.23	.17	

Signifikanzniveau: \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$



### **3.3 DIE QUERSCHNITTliche BETRACHTUNG: UNTERSCHIEDE IN DEN NARRATIVEN DER HYPERKINETISCHEN KINDER UND DER UNAUFFÄLLIGEN KINDER ZU BEIDEN MESSZEITPUNKTEN**

#### **3.3.1 DER GRUPPENVERGLEICH ZUM ERSTEN MESSZEITPUNKT: INHALTLICHE UNTERSCHIEDE UND UNTERSCHIEDE IN DER NARRATIVEN AFFEKTREGULIERUNG**

Der Vergleich der jeweils durchschnittlichen *Spieldauer* (in Minuten) der beiden Untersuchungsgruppen ergab keinen signifikanten Unterschied, weder zum ersten ( $M_{K/T1} = 21.9$  vs.  $M_{A/T1} = 21.2$ , resp.  $M_{K/T2} = 19.2$  vs.  $M_{A/T2} = 20.7$ ,  $(F(1)=0.23, p=.880)$ ), noch zum zweiten Messzeitpunkt. Dies ist insofern wichtig, als damit ausgeschlossen werden kann, dass sich eine durchschnittliche längere Spieldauer konfundierend auf einen Mittelwertsunterschied ausgewirkt hat: In einem solchen Falle verbliebe unklar, ob ein signifikant höherer Mittelwert einer Untersuchungsgruppe auf die grundsätzlich längere Spieldauer (was die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Items erhöht) oder aber auf eine höhere Merkmalsausprägung (was eigentlich von Belang ist) zurückzuführen wäre.

Die Hypothesen zu den inhaltlichen Themen sagten weniger *Prosoziale Themen*, mehr *Konflikt-* und *Aggressive Themen*, weniger *Positive Elternrepräsentationen* sowie mehr *negative Elternrepräsentationen* im Spiel der hyperkinetischen Kinder voraus. Aufgrund der vielen T-Tests haben wir eine Bonferroni-Adjustierung vorgenommen, was zu einer Absenkung des Signifikanzniveaus auf  $\alpha=.004$  führte. Bei Prüfung der drei großen Inhaltskategorien *Prosoziale Themen*, *Konfliktthemen* sowie *Aggressive Themen* zeigt sich, dass die hyperkinetischen Kinder<sup>19</sup> hochsignifikant weniger *Prosoziale Themen* und *Konfliktthemen* ( $F(1)=16.460, p=.001$ ; resp.  $F(1)=15.149, p=.001$ ) spielten, während sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen in der Skala *Aggressive Themen* zeigte. Damit bestätigten sich nur eine Hypothese zu den inhaltlichen Unterschieden: zwar kamen im Spiel der hyperkinetischen Kinder signifikant weniger *Prosoziale Themen* vor, entgegen der Erwartung figurierten jedoch nicht häufiger *Konfliktthemen* und *Aggressive Themen*.

---

<sup>19</sup> Der Lesbarkeit wegen wird im Text an manchen Stelle in Bezug auf die vorliegende Stichprobe nur von „hyperkinetischen“ Kindern gesprochen – das bedeutet jedoch nicht, dass die beiden anderen Kernsymptomatik Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität außer Acht gelassen wurden.

Unsere Hypothesen hinsichtlich der *Elternrepräsentationen* ließen sich in unserer Untersuchung nicht bestätigen, denn es zeigten sich strenggenommen keine signifikanten Unterschiede im Spiel der beiden Untersuchungsgruppen. Hinsichtlich des Merkmals *positive Vaterfigur*, zeigte sich ein Trend sogar *in umgekehrter* Richtung: die hyperkinetischen Kinder zeigten in ihrem Spiel *mehr* positive Vaterfiguren als die Kontrollkinder ( $F(1)=4.973$ ,  $p=.031$ ). Kein signifikanter Unterschied war bei der *Positiven Mutterfigur* auszumachen ( $F(1)=0.415$ ,  $p=.523$ ). Das am ehesten hypothesenkonforme Ergebnis zeigte sich bei der *negativen Mutterfigur*: diese Elternrepräsentation verfehlte knapp den signifikanten Unterschied: im Spiel der hyperkinetischen Kinder trat sie häufiger auf als im Spiel der Kontrollkinder ( $F(1)=8.002$ ,  $p=.007$ ). Entgegen der Hypothese figurierte eine *negative Vaterfigur* in beiden Gruppen ohne signifikanten Unterschied ähnlich häufig ( $F(1)=0.090$ ,  $p=.766$ ).

Bezüglich der strukturellen Unterschiede im Narrativ sagten die Hypothesen auf den Skalen *Summe Inhaltsthemen* und *Narrative Kohärenz* signifikant niedrigere Werte für die hyperkinetischen Kinder voraus. Diese Hypothesen konnten bestätigt werden. Wie wir der Tabelle 3.4 entnehmen können, zeigt das deskriptive Maß *Summe Inhaltsthemen* zur Beschreibung des inhaltlichen Spielreichtums einen signifikanten Unterschied in erwarteter Richtung: im Spiel der Kontrollgruppe wurden hochsignifikant mehr *Inhaltsthemen* ( $F(1)=15.955$ ,  $p=.001$ ) kodiert. Mit dem Ergebnis hinsichtlich der Spieldauer zusammengenommen, folgt daraus, dass die hyperkinetischen Kinder im Vergleich zu den Kontrollgruppenkindern in der gleichen Zeit signifikant weniger zu kodierende Inhaltsthemen spielen. Was die Skala *Narrative Kohärenz* anbelangt, so konnte auch diese Hypothese erwartungsgemäß bestätigt werden: die *Narrative Kohärenz* der hyperkinetischen Kinder wurde hochsignifikant niedriger beurteilt als die der Kontrollgruppenkinder ( $F(1)=16.601$ ;  $p=.001$ ).

Hinsichtlich der narrativen Affektregulierung sagten die Hypothesen höhere Werte bei den ADHS-Kindern für die Skalen *Vermeidung*, *Desorganisiertes Erzählmuster* sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* voraus, während sich niedrigere Werte auf der Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* zeigen sollten. Hinsichtlich der Parameter zur narrativen Affektregulierung konnten alle Hypothesen erwartungsgemäß bestätigt werden. Die hyperkinetischen Kinder zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe hochsignifikant niedrigere Werte auf der Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* ( $F(1)=9.849$ ,  $p=.001$ ) sowie hochsignifikant höhere Werte auf den Skalen *Vermeidung*, *Desorganisiertes und Eingeschränktes Erzählmuster* ( $F(1)=13.924$ ,  $p=.001$ ;  $F(1)=15.726$ ,  $p=.001$  und resp.

$F(1)=20.843$ ;  $p=.001$ ). Die Ergebnisse hinsichtlich der Erzählmuster erlauben somit im Spiel der hyperkinetischen Kinder keine weitere Differenzierung: sie zeigten *sowohl* häufiger ein desorganisiertes *als auch* ein eingeschränktes Erzählmuster.

**Tabelle 3.4: Ergebnisse des Gruppenvergleichs bei den MSSB-Skalen**

	Kontroll- kinder (N = 21)		Hyper- kinetischen Kinder (N = 21)		Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifikanz <sup>2</sup>  <i>p</i>
	M	(SD)	M	(SD)		
<b>Prosoziale Themen</b>	13.1	(4.5)	7.8	(4.0)	F [1]=16.46	<b>.001</b>
<b>Konfliktthemen</b>	9.5	(5.6)	4.1	(3.2)	F [1]=15.15	<b>.001</b>
<b>Aggressive Themen</b>	4.0	(3.6)	3.7	(3.0)	F [1]=1.17	.745
<b>Positive Mutterfigur</b>	5.5	(2.8)	6.0	(1.9)	F [1]=0.42	.523
<b>Positive Vaterfigur</b>	3.5	(2.1)	4.9	(1.9)	F [1]=4.97	.031
<b>Negative Mutterfigur</b>	0.7	(1.2)	2.1	(1.9)	F [1]=8.00	.007
<b>Negative Vaterfigur</b>	0.7	(0.9)	0.8	(1.1)	F [1]=0.09	.766
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	28.6	(12.4)	16.1	(7.1)	F [1]=15.96	<b>.001</b>
<b>Narrative Kohärenz</b>	8.0	(1.1)	6.4	(1.6)	F [1]=16.60	<b>.001</b>
<b>Vermeidung</b>	1.1	(1.1)	3.6	(2.8)	F [1]=13.92	<b>.001</b>
<b>Desorganisiertes Erzählmuster</b>	3.9	(3.5)	10.0	(6.1)	F [1]=15.73	<b>.001</b>
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	4.3	(2.6)	8.0	(3.6)	F [1]=20.84	<b>.001</b>
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	0.9	(5.9)	-7.1	(10.4)	F [1]=9.85	<b>.001</b>

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup> F-Wert der einfaktoriellen multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern). <sup>2</sup> Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

### 3.3.2 ALTERSUNTERSCHIEDE ZUM ERSTEN MESSZEITPUNKT:

Ob sich das Alter in einem ersten Schritt unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit auf das Spiel der Kinder auswirkte, wurde varianzanalytisch bei insgesamt drei Skalen überprüft. Bei diesen Skalen hatten sich bei den im Vorfeld stattfindenden Rechnungen

anhand von T-Tests signifikante Unterschiede ergeben, weswegen die Altersgruppen als weiterer Faktor in die Varianzanalyse aufgenommen wurde. Dass die Skala *Narrative Kohärenz* altersabhängig ist, hatte schon die Arbeit von Min (2003) mit unauffälligen Kindern gezeigt. Infolgedessen überraschte es nicht, dass sich auch in dieser Stichprobe ein Alterseffekt zeigte ( $F(1)=10.987$ ,  $p=.002$ ): die Untersuchungsgruppen zusammengenommen, erzielten die älteren, zehn- und elfjährigen Kinder signifikant, bzw. hochsignifikant höhere Werte. Das Alter trug zu 22,4% der Varianzaufklärung bei. Bei zwei weiteren Skalen zeigten sich ebenfalls hochsignifikante Altersunterschiede, allerdings in umgekehrter Richtung. Bei den Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* erzielten die sieben- bis neunjährigen Kinder hochsignifikant höhere Werte ( $F(1)=16.168$ ,  $p=.001$ , resp.  $F(1)=15.732$ ,  $p=.001$ ) gegenüber zehn- bis elfjährigen Kindern.

Bei der Frage nach einer möglichen Wechselwirkung zwischen Altersgruppe und Gruppenzugehörigkeit erwies sich bei den drei geprüften Variablen eine Interaktion als signifikant: bei der Skala *Vermeidung* erzielten in der Gruppe der jüngeren Kinder die hyperkinetischen Kinder einen signifikant höheren Wert als die Kontrollgruppenkinder ( $F(1)=5.284$ ,  $p=.027$ ), während in der Gruppe der älteren Kinder die hyperkinetischen Kinder nur einen marginal erhöhten Wert gegenüber den Kontrollkindern erzielten.

### 3.3.3 EXPLORATIVE BETRACHTUNG DER EINZELVARIABLEN

Um die Unterschiede zwischen hyperkinetischen und unauffälligen Kindern noch genauer zu erfassen, bot es sich an, im Anschluss an den Vergleich der Skalen Unterschiede auf der Ebene der Einzelcodes zu untersuchen. Da die Einzelcodes in der Regel keine Normalverteilung aufwiesen, wurde ein non-parametrisches Verfahren (Mann-Whitney U-Test) zum Vergleich der Gruppenmittelwerte herangezogen. Auf den explorativen Charakter dieses Untersuchungsabschnittes sei nochmals ausdrücklich hingewiesen. Die Vielzahl an Vergleichen hätte bei strenger Methodik ebenfalls eine Adjustierung des Signifikanzniveaus erfordert, worauf jedoch – an dieser Stelle – aufgrund des explorativen Charakters verzichtet wurde.

Aus Übersichts- und Redundanzgründen wurden in Tabelle 3.5 nicht alle Abstufungen der Strukturparameter aufgeführt, sondern nur diejenigen, bei welchen sich ein signifikanter Unterschied ergab, sowie zwei weitere Items (*Kein Gefahrenthema*, *negativer Schluss*), deren Ergebnis aus inhaltlichen Gründen interessant ist<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Eine Auflistung der verwendeten Codes findet sich im Anhang.

**Tabelle 3.5: Gruppenunterschiede in den Einzelitems zum ersten Messzeitpunkt**

<i>Items</i>	<b>Kontrollkinder</b> (N = 21)		<b>Hyperkinetische</b> <b>Kinder</b> (N = 21)		Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifi- kanz <sup>2</sup>
	<b>M</b>	<b>(SD)</b>	<b>M</b>	<b>(SD)</b>		
<b>Wettbewerb</b>	0.6	(0.8)	0.05	(0.2)	U = 144.5	<b>.008</b>
<b>Empathie / Hilfe</b>	4.8	(1.4)	3.2	(1.7)	U = 109.5	<b>.004</b>
<b>Zugehörigkeit</b>	4.0	(1.6)	1.9	(1.1)	U = 65.5	<b>.001</b>
<b>Folgen</b>	1.4	(1.7)	0.5	(0.8)	U = 141.5	<b>.030</b>
<b>Interpersonelle Konfliktlösung</b>	0.5	(0.8)	0.0	(0.0)	U = 136.5	<b>.002</b>
<b>Verweigern von Empathie/Hilfe</b>	0.6	(0.9)	0.1	(0.3)	U = 154.5	<b>.026</b>
<b>Beschämt werden</b>	0.3	(0.6)	0.0	(0.0)	U = 168.0	<b>.019</b>
<b>Verbales Zurechtweisen</b>	2.1	(2.0)	0.4	(0.7)	U = 114.5	<b>.004</b>
<b>Verbaler Konflikt</b>	1.0	(1.0)	0.2	(0.4)	U = 111.0	<b>.002</b>
<b>Väterliche Strenge / Zurechtweisung</b>	0.8	(0.8)	0.2	(0.5)	U = 127.0	<b>.005</b>
<b>Körperliche Aggression</b>	0.1	(0.2)	0.5	(0.8)	U = 156.5	<b>.018</b>
<b>Neutrale Mutterfigur</b>	0.4	(1.0)	1.5	(1.3)	U = 95.5	<b>.001</b>
<b>Neutrale Vaterfigur</b>	0.3	(0.8)	2.1	(1.7)	U = 68.5	<b>.001</b>
<b>Verbal aggressive Mutterfigur</b>	0.1	(0.2)	0.5	(0.7)	U = 135.5	<b>.003</b>
<b>Nicht begrenzende Mutterfigur</b>	0.1	(0.2)	0.3	0.6	U = 167.5	<b>.039</b>
<b>Rollenumkehr</b>	0.0	(0.0)	0.2	(0.4)	U = 178.5	<b>.038</b>

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup> Mann-Whitney-U-Test: U-Wert; <sup>2</sup> Signifikanzgrenze:  $\alpha = .05$ . Im oberen Abschnitt sind diejenigen Variablen aufgeführt, die häufiger bei den Kontrollkindern, im unteren diejenigen, die häufiger bei den hyperkinetischen Kindern vorkommen

Die nähere Betrachtung von Tabelle 3.5 zeigt, dass im Spiel der hyperkinetischen Kinder im Einklang mit den Ergebnissen auf Skalenebene (Tabelle 3.4) seltener positive Interaktionsformen wie *Wettbewerb*, *Empathie/ Hilfe*, *Zugehörigkeit*, *Folgen* und *interpersonelle Konfliktlösung* im Vergleich zum Spiel unauffälliger Kinder vorkommen. Es kommen aber auch seltener bestimmte negative Interaktionsformen vor, wie *Verweigern von Empathie/ Hilfe*, *Beschämt Werden*, *verbales Zurechtweisen* und *verbaler Konflikt*. Es ist also festzuhalten, dass die Kontrollkinder nicht nur häufiger positive Interaktionsformen, die man

unter den Begriff „Zugewandtheit“ fassen kann, darstellten, sondern auch häufiger bestimmte konfrontative Interaktionsformen, die um den Bereich der gesteuerten zwischenmenschlichen Auseinandersetzung kreisen. Dieses Muster war auch auf dem übergeordneten Skalenniveau feststellbar, das zeigt, dass die Kontrollkinder sowohl mehr *Prosozialen Themen* als auch mehr *Konfliktthemen* spielten. Hervorzuheben ist jedoch, dass die hyperkinetischen Kinder häufiger *körperliche Aggression* dargestellt haben – diese in diesem Code gefasste verbal nicht mehr steuerbare Aggressionsform stellt eine Steigerung von *verbaler Aggression* dar und verweist damit auf Affektregulierungsschwierigkeiten.

Hinsichtlich der Einzelvariablen der Elternrepräsentationen fällt auf, dass im Spiel der hyperkinetischen Kinder häufiger *neutrale* Elternfiguren vorkommen, die also nicht eindeutig positiv oder negativ beschrieben werden. Zudem figuriert häufiger eine *verbal aggressive* und *nicht begrenzende Mutterfigur*, und die hyperkinetischen Kinder stellten häufiger Situationen im Narrativ dar, in denen der Kindprotagonist, im Sinne einer Rollenumkehr oder Parentifizierung, ein Elternteil umsorgt oder beruhigt. Signifikant seltener kommt im Spiel der hyperkinetischen Kinder im Vergleich zu den Kontrollkindern eine Vaterfigur auf, die in angemessener Weise zurechtweist oder reglementiert.

Bezüglich der strukturellen Codes (auf die nächste Tabelle 3.6 wird verweisen) ist festzustellen, dass bei den hyperkinetischen Kindern häufiger *kein Gefahrenthema* (die Signifikanzgrenze knapp verfehlend) zu kodieren war sowie sich der Code *Ausgang der Gefahr* (ob sich ein Gefahrenthema, wenn es auftaucht, auflöst) als nicht beurteilbar erwies. Signifikant häufiger kam im Spiel der hyperkinetischen Kinder ein *neutraler Schluss* vor und sie ließen zentrale Aspekte des *story stems* außer Acht. Bei keiner der beiden Gruppen endeten die Narrative häufiger mit einem negativen Schluss, die Narrative der Kontrollgruppenkinder endeten jedoch häufiger positiv. Die hyperkinetischen Kinder spielten häufiger als die Kontrollkinder inkohärente Geschichten, die häufiger in einer einfachen Konfliktlösung mündeten – damit also keine Lösung des Konfliktes in seiner Gesamtheit gezeigt wurde.

**Tabelle 3.6: Gruppenunterschiede in den strukturellen Parametern des Narrativs zum ersten Messzeitpunkt**

		<b>Kontroll- kinder</b> (N = 21)		<b>Hyper- kinetische Kinder</b> (N = 21)		Prüfgröße <sup>1</sup>	Signi- fikanz <sup>2</sup>
		<b>M</b>	<b>(SD)</b>	<b>M</b>	<b>(SD)</b>		<b>p</b>
<b>Strukturelle Codes</b>	<b>Kein Gefahrenthema</b>	1.4	(1.6)	2.6	(2.1)	U = 144.5	.051
	<b>Ausgang der Gefahr nicht beurteilbar</b>	1.0	(0.3)	3.0	(2.0)	U = 26.0	.001
	<b>Kreativität /Imagination</b>	1.2	(1.5)	0.1	(0.2)	U = 79.5	.001
	<b>Positiver Schluss</b>	4.1	(2.1)	2.3	(1.7)	U = 111.5	.001
	<b>Neutraler Schluss</b>	2.4	(1.9)	4.0	(1.6)	U = 111.0	.005
	<b>Negativer Schluss</b>	0.2	(0.4)	0.4	(0.7)	U = 195.5	.397
	<b>Verleugnung zentraler Aspekte des <i>story stems</i></b>	0.6	(0.8)	1.8	(1.3)	U = 100.5	.001
<b>Narrative Kohärenz</b>	<b>Volle Kohärenz</b>	5.4	(1.6)	3.5	(1.9)	U = 96.0	.001
	<b>Inkohärenz</b>	1.1	(1.0)	2.7	(1.5)	U = 92.0	.001
	<b>Volle Ausschmückung</b>	3.9	(2.6)	2.1	(2.1)	U = 133.0	.026
	<b>Gelungene Konfliktlösung</b>	3.9	(1.9)	2.1	(1.7)	U = 111.0	.005
	<b>Einfache Konfliktlösung</b>	2.4	(1.8)	3.7	(1.6)	U = 121.0	.011
<b>Interaktionelle Verhaltenscodes</b>	<b>Spielengagement – keine lebendige Geschichte</b>	0.0	(0.0)	0.5	(0.7)	U = 136.5	.002
	<b>Beziehung zum Untersucher: ohne Blickkontakt</b>	0.0	(0.0)	0.5	(0.7)	U = 126.0	.001
	<b>Beziehung zum Untersucher: ängstlich/gehemmt</b>	2.1	(2.8)	0.7	(2.3)	U = 154.5	.032
	<b>Beziehung zum Untersucher: offen/ungehemmt</b>	4.8	(2.9)	6.4	(2.3)	U = 138.5	.032

Legende: M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup> Mann-Whitney-U-Test: U-Wert; <sup>2</sup> Signifikanzgrenze:  $\alpha = .05$

Die hyperkinetischen Kinder waren in ihrem Spielengagement häufiger wenig affektiv beteiligt, sie spielen häufiger in monotoner, unlebendiger Weise. Interessanterweise zeigten die hyperkinetischen Kinder im Kontakt zum Untersucher häufiger als die Kontrollkinder sowohl ein Muster, das vermeidend wirkt (ohne Blickkontakt), als auch ein Muster, das dem Untersucher gegenüber zugewandt, offen, ungehemmt war. Hier ist anzumerken, dass das erste Muster, wie ein Blick auf die Mittelwerte zeigt, sehr viel seltener kodiert wurde als das zweite. Wenn wir uns nun den Kontrollgruppenkindern im Vergleich zu den hyperkinetischen Kindern zuwenden, dann sehen wir, dass ihr Spiel signifikant häufiger als kreativ und imaginationsreich beurteilt wurde, voll ausgeschmückt und vollständig kohärent war sowie positiv in einer gelungenen, umfassenden Konfliktlösung endete. Hinsichtlich des Merkmals *Beziehung zum Untersucher* wurden die Kontrollgruppenkinder häufiger als angepasst, ängstlich und/oder gehemmt beurteilt.

### **3.3.4 GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE**

Entgegen den häufigen Befunden deutlicher Geschlechtsunterschiede in der Literatur zeigten sich in unserer Stichprobe auf keiner der Skalen signifikante Geschlechtsdifferenzen.

#### **3.3.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse des Gruppenvergleichs zum ersten**

##### **Messzeitpunkt**

Auf die strukturellen Merkmale des Narrativs bezogen, bestätigten sich unsere Annahmen, da die Kontrollgruppenkinder in der gleichen Zeit deutlich kohärenter, reichhaltiger und phantasievoller spielten als die hyperkinetischen Kinder. Dies zeigte sich auch auf Einzelmerkmalebene: das Spiel der hyperkinetischen Kinder war insgesamt weniger lebendig und imaginationsreich, weniger ausgeschmückt und mit häufigeren logischen Brüchen versehen. Das Narrativ endete häufiger in neutraler Weise, zentrale Aspekte der Geschichte wurden nicht aufgegriffen, sie neigten dazu, den Konflikt in vereinfachter Weise zu beenden, sodass das Spiel der hyperkinetischen Kinder im Vergleich erheblich reduziert und verarmt wirkte. Die älteren Kinder erzielten, bezogen auf die *Narrative Kohärenz*, insgesamt höhere Werte als die Gruppe der jüngeren Kinder.

Bemerkenswert ist, dass sich die hyperkinetischen Kinder auch im Umgang mit Themen der Gefahr von den Kontrollkindern unterscheiden, so war häufiger kein Gefahrenthema zu kodieren, und wenn, dann war der Ausgang der Gefahr häufiger nicht zu beurteilen.



Auch bezüglich der narrativen Affektregulierung bestätigten sich die Hypothesen. Die Kontrollgruppenkinder waren besser in der Lage, positive und negative Aspekte im Narrativ zu integrieren, wie die signifikant höheren Werte auf der Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* zeigten. Umgekehrt wiesen die hyperkinetischen Kinder mehr vermeidende Affektregulierungsstrategien in Narrativ auf sowie höhere Werte in den Skalen *Desorganisiertes* und *Eingeschränktes Erzählmuster*. Die jüngeren Kinder erzielten in den Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* höhere Werte als die älteren; in der Skala *Vermeidung* zeigte sich ein Interaktionseffekt: die jüngeren hyperkinetischen Kindern wiesen gegenüber den jüngeren Kontrollkindern einen signifikant höheren Wert auf, während sich die Untersuchungsgruppen der älteren Kinder nicht voneinander unterschieden.

Hinsichtlich der *inhaltlichen Unterschiede* ließ sich nur eine Hypothese bestätigen: die unauffälligen Kinder zeigten im Vergleich zu den hyperkinetischen Kindern mehr *Prosoziale Themen*. Entgegen den Erwartungen zeigten die hyperkinetischen Kinder in ihrem jedoch nicht mehr *Konfliktthemen*, und bezüglich der *Aggressiven Themen* unterschieden sich die beiden Gruppen nicht voneinander. Dies spiegelte sich auch in der Analyse der Einzelvariablen wieder, welche zeigt, dass im Narrativ der Kontrollkinder mehr Themen der Zugewandtheit, aber auch mehr Themen der gesteuerten Auseinandersetzung vorkamen. Hervorzuheben ist im Spiel der hyperkinetischen Kinder auf der Ebene der Einzelvariablen das häufigere Vorkommen *körperlicher Aggression*.

Auch bezüglich der Elternrepräsentationen zeichnete sich ein anderes Bild ab als erwartet, da auf Skalenebene keine signifikanten Unterschiede zu vermerken waren: die hyperkinetischen Kinder stellten zwar tendenziell sehr viel häufiger eine *negative Mutterfigur* dar, allerdings – entgegen der Erwartung - auch tendenziell häufiger eine *positive Vaterfigur*. Die Analyse der Einzelvariablen offenbarte indes, dass im Spiel der hyperkinetischen Kinder insgesamt häufiger neutrale Elternfiguren vorkamen sowie auch häufiger eine *verbal aggressive* und *nicht-begrenzende Mutterfigur*. Es wurden häufiger Interaktionen mit Eltern in Form von *Rollenumkehr* gespielt, der positive Code *Väterliche Strenge / Zurechtweisung* kam seltener als bei den Kontrollkindern vor.

### **3.3.5 DER GRUPPENVERGLEICH ZUM ZWEITEN MESSZEITPUNKT: INHALTLICHE UNTERSCHIEDE UND UNTERSCHIEDE IN DER NARRATIVEN AFFEKTREGULIERUNG**

Um das Verständnis zu erleichtern, werden in einem ersten Schritt die signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen beschrieben und in einem zweiten, im Verbund mit den Hypothesen, die Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten.

Bezüglich des Gruppenvergleiches zeigten die hyperkinetischen Kinder in ihrem Spiel hochsignifikanter niedrigere Werte in der Skala *Konfliktthemen* ( $F(1)=16.742$ ,  $p=.001$ ), zeigten seltener als die Kinder der Kontrollgruppe eine *positiven Vaterfigur* ( $F(1)=12.344$ ,  $p=.001$ ), spielten weniger zu kodierende *Inhaltsthemen* ( $F(1)=12.341$ ,  $p=.001$ ) und erhielten hochsignifikant niedrigere Werte in der *Narrativen Kohärenz* ( $F(1)=10.505$ ,  $p=.002$ ); Tabellen 3.7a-b führen die Ergebnisse auf. Trends zeigten sich dahingehend, dass die hyperkinetischen Kinder seltener eine *positive Mutterfigur* zeigten ( $F(1)=4.425$ ,  $p=.042$ ) sowie häufiger *vermeidende Spielinhalte* ( $F(1)=6.694$ ,  $p=.013$ ) und ein *Desorganisiertes Erzählmuster* ( $F(1)=5.172$ ,  $p=.028$ ) zu beobachten waren.

Als Hypothesen zum zweiten Messzeitpunkt postulierten wir ausschließlich bei den negativen Skalen Veränderungen: wir sagten voraus, dass sich die Mittelwerte der Untersuchungsgruppen auf den Skalen *Konflikt- und Aggressive Themen* sowie *Negative Elternfiguren* nicht mehr signifikant voneinander unterscheiden würden. Bezüglich der übrigen inhaltlichen und strukturellen Merkmale sowie der narrativen Affektregulierung erwarteten wir hingegen keine Veränderung.

Die Erwartungen hinsichtlich der inhaltlichen Themen *Konflikt- und Aggressive Themen* sowie *Negative Elternfiguren* bestätigten sich nicht. So haben keine Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten stattgefunden: bei der Skala *Konfliktthemen* ( $F(1)=12.615$ ,  $p=.001$ ) blieb der Unterschied mit hochsignifikant höheren Werten für die Kontrollkinder bestehen. Bei der Skala *Aggressive Themen* ( $F(1)=2.164$ ,  $p=.149$ ) sahen wir das gleiche Bild wie zum ersten Messzeitpunkt mit fehlendem signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen, keine Veränderung galt auch für die *Negative Mutterfigur* ( $F(1)=0.795$ ,  $p=.378$ ) sowie für die *Negative Vaterfigur* ( $F(1)=0.700$ ,  $p=.408$ ), wo der fehlende signifikante Unterschied blieb.

Die Werte der *Positiven Mutterfigur* unterschieden sich erwartungsgemäß wie bei der ersten Messung nicht signifikant zwischen den Gruppen; bei genauer Betrachtung offenbarten sich allerdings hier unerwartete Verschiebungen: so zeichnete sich zum zweiten Messzeitpunkt ein Trend dahingehend ab, dass im Spiel der Kontrollgruppenkinder die *Positive Mutterfigur* ( $F(1)=4.425$ ,  $p=.042$ ) nun häufiger als bei den hyperkinetischen Kindern figurierte. Überraschend ebenfalls die Veränderung bei der Skala *Positiven Vaterfigur*: sie kam im Spiel der Kontrollgruppenkinder zum zweiten Messzeitpunkt hochsignifikant häufiger vor. Das Verhältnis hatte sich soz. umgekehrt – während zur ersten Messung die hyperkinetischen Kinder einen Trend zur häufigeren Darstellung einer *positiven Vaterfigur*

zeigten, figurierte sie in den Narrativen der Kontrollgruppenkinder zum zweiten Messzeitpunkt nun hochsignifikant häufiger.

Bei den strukturellen Merkmalen sagten die Hypothesen zum zweiten Messzeitpunkt mit dem ersten Messzeitpunkt gleichbleibende Mittelwertsunterschiede voraus. Der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen blieb bei der Skala *Summe Inhaltsthemen* sowie der *Narrativen Kohärenz* erhalten, die Kontrollgruppenkinder spielten hochsignifikant mehr als die hyperkinetischen Kinder, was also ein hypothesenkonformes Ergebnis war.

Auch bei den Skalen zur narrativen Affektregulierung bestätigten sich überraschender Weise unsere Annahmen nicht, da die Gruppenunterschiede allesamt verschwanden. Bei einer strengen Prüfung auf dem adjustierten  $\alpha$ -Niveau zeigten sich keine Mittelwertsunterschiede mehr zwischen den Gruppen: Die Skalen *Vermeidung* ( $F(1)=6.694$ ,  $p=.013$ ), *Desorganisiertes Erzählmuster* ( $F(1)=5.172$ ,  $p=.028$ ) sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* ( $F(1)=0.197$ ,  $p=.659$ ) und *positiv-kohärentes Erzählmuster* ( $F(1)=0.067$ ,  $p=.797$ ) wiesen keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den Untersuchungsgruppen aus.

Um es zusammenfassend nochmals auf den Punkt zu bringen: zum zweiten Messzeitpunkt bestätigten sich unsere Hypothesen nicht; lapidar ausgedrückt, zeigten sich nicht dort die Veränderungen, wo sie erwartet worden waren; die Werte der hyperkinetischen Kinder auf den Skalen *Konflikt- und Aggressive Themen* sowie *Negative Elternfiguren* glichen sich nicht denjenigen der Kontrollkinder an. Sie zeigten weiterhin signifikant weniger *Konfliktthemen* als die Kontrollgruppenkinder (was schon den Hypothesen zum ersten Messzeitpunkt widersprach) und unterschieden sich auch weiterhin in der Häufigkeit der gespielten *Aggressive Themen* und *Negativen Elternfiguren* nicht signifikant von derjenigen der Kontrollgruppenkinder (ein ebenfalls nicht hypothesenkonformes Ergebnis des ersten Messzeitpunktes). Auf der anderen Seite veränderten sich entgegen den Erwartungen die Gruppenunterschiede bei den Skalen *Prosozialen Themen* und *Positiven Vaterfigur*.

**Tabelle 3.7a: Ergebnisse des Gruppenvergleichs bei den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt sowie Veränderungen im Gruppenunterschied zwischen den Messzeitpunkten<sup>1</sup>**

	Kontrollkinder (N = 21)		Hyper- kinetische Kinder (N = 21)		Prüfgröße <sup>2</sup>	Signifikanz <sup>3</sup> <i>p</i>	Ergebnisse t1	Ergebnisse t2
	M	(SD)	M	(SD)				
<b>Prosoziale Themen</b>	11.2	(4.3)	9.1	(4.6)	F [1]=2.30	.137	KG > ADHS	n.s.
<b>Konfliktthemen</b>	10.8	(6.7)	4.0	(3.7)	F [1]=16.74	<b>.001</b>	KG > ADHS	KG > ADHS
<b>Aggressive Themen</b>	6.1	(6.3)	3.7	(4.2)	F [1]=2.16	.149	n.s.	n.s.
<b>Positive Mutterfigur</b>	9.8	(3.2)	7.9	(2.8)	F [1]=4.43	.042	n.s.	n.s.
<b>Positive Vaterfigur</b>	7.7	(2.1)	5.4	(2.2)	F [1]=12.34	<b>.001</b>	n.s.	KG > ADHS
<b>Negative Mutterfigur</b>	1.6	(2.1)	2.2	(2.4)	F [1]=0.80	.378	n.s.	n.s.
<b>Negative Vaterfigur</b>	1.3	(1.5)	1.8	(2.1)	F [1]=0.70	.408	n.s.	n.s.
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	30.3	(15.2)	17.3	(7.6)	F [1]=12.34	<b>.001</b>	KG > ADHS	KG > ADHS
<b>Narrative Kohärenz</b>	7.8	(1.1)	6.4	(1.7)	F [1]=10.51	<b>.002</b>	KG > ADHS	KG > ADHS

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>2</sup> F-Wert der einfaktoriellen multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern).

<sup>3</sup>Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

<sup>1</sup>Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten sind dunkler unterlegt

**Tabelle 3.7b: Ergebnisse des Gruppenvergleichs bei den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt sowie Veränderungen im Gruppenunterschied zwischen den Messzeitpunkten<sup>1</sup> – Affektregulierungsskalen (Fortsetzung)**

	Kontrollkinder (N = 21)		Hyper- kinetische Kinder (N = 21)		Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifikanz  <i>p</i>	Ergebnisse t1	Ergebnisse t2
	M	(SD)	M	(SD)				
<b>Vermeidung</b>	0.8	(2.8)	3.1	(3.0)	F [1]=6.69	.013	ADHS > KG	n.s.
<b>Desorganisiertes Erzählmuster</b>	4.8	(7.2)	10.1	(7.8)	F [1]=5.17	.028	ADHS > KG	n.s.
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	9.1	(2.5)	9.6	(4.3)	F [1]=0.20	.659	ADHS > KG	n.s.
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	3.6	(12.0)	-6.4	(14.1)	F [1]=0.07	.797	KG > ADHS	n.s.

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>2</sup> F-Wert der einfaktoriellen multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern).

<sup>3</sup>Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

<sup>1</sup>Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten sind dunkler unterlegt

### 3.3.6 ALTERSUNTERSCHIEDE ZUM ZWEITEN MESSZEITPUNKT

Zum zweiten Messzeitpunkt blieben bei den drei Skalen die Unterschiede erhalten: bei den Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* erzielten die jüngeren Kinder signifikant höhere Werte als die älteren ( $F(1)=8.154, p=.007$ , resp.  $F(1)=4.455, p=.041$ ). Bei der *Narrativen Kohärenz* blieb erwartungsgemäß der Unterschied weiter erhalten ( $F(1)=8.805, p=.005$ ), mit signifikant höheren Werten bei den älteren Kinder.

Zum zweiten Messzeitpunkt verschwindet der Interaktionseffekt bei der Skala *Vermeidung*, da sich der Mittelwert der Gruppe der jüngeren hyperkinetischen Kinder zum zweiten Messzeitpunkt senkte ( $F(1)=1.773, p=.191$ ).

#### 3.3.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse des Gruppenvergleichs zum zweiten Messzeitpunkt

Zum zweiten Messzeitpunkt erzielten die hyperkinetischen Kinder im Vergleich zu den Kontrollkindern hochsignifikant niedrigere Werte auf den Skalen *Konfliktthemen*, *Positive Vaterfigur*, *Summe Inhaltsthemen* sowie *Narrative Kohärenz*. Damit wies zum zweiten Messzeitpunkt das Spiel der hyperkinetischen Kinder weiterhin weniger Themen der Auseinandersetzung auf, es war insgesamt weniger inhaltsreich und weniger kohärent. Über die Untersuchungsgruppen hinweg wies die Gruppe der älteren Kinder eine höhere *Narrative Kohärenz*, weniger narrative Vermeidungsstrategien und seltener ein *Desorganisiertes Erzählmuster* als die Gruppe der jüngeren Kinder auf.

Die Hypothesen zur Veränderung zum zweiten Messzeitpunkt bestätigten sich nicht. Die Werte der hyperkinetischen Kinder auf den Skalen *Konflikt- und Aggressive Themen* sowie *Negative Elternfiguren* glichen sich nicht denjenigen der Kontrollkinder an. Sie zeigten weiterhin signifikant weniger *Konfliktthemen* als die Kontrollgruppenkinder und unterschieden sich auch weiterhin in der Häufigkeit der gespielten *Aggressive Themen* und *Negativen Elternfiguren* nicht signifikant von derjenigen der Kontrollgruppenkinder.

Als nicht hypothesenkonform erwiesen sich zudem die Veränderungen auf der Skala *Prosoziale Themen* sowie *Positive Vaterfigur*, die im Spiel der Kontrollgruppenkinder im Vergleich zu den hyperkinetischen Kindern zum zweiten Messzeitpunkt häufiger gespielt wurden. Auch verschwanden die signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen bei den Skalen zur narrativen Affektregulierung.

Wie erwartet hingegen zeigten sich keine Veränderungen bezüglich der Skalen *Positive Mutterfigur*, *Summe Inhaltsthemen* und *Narrative Kohärenz*.

### **3.4 VARIANZANALYTISCHE ERGEBNISSE DER UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN UNTERSUCHUNGSGRUPPEN UND MESSZEITPUNKTEN**

#### **3.4.1 FRAGESTELLUNG A: DIE MEHRFAKTORIELLE VARIANZANALYTISCHE PRÜFUNG DES GRUPPENUNTERSCHIEDES (QUERSCHNITTLICHE BETRACHTUNG)**

Wir führen in diesem Abschnitt unsere Gliederung in inhaltliche, strukturelle Unterschiede und Unterschiede in der narrativen Affektregulierung weiter. Das Spiel wurde mittels einer zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor „Messzeitpunkt“ untersucht. Wir beginnen mit dem Vergleich der Untersuchungsgruppen auf dem einen Faktor „Gruppe“ (hyperkinetische Kinder vs. Kontrollgruppenkinder), die beiden Messzeitpunkte (Innersubjektfaktor) hier einstweilen außer acht lassend. Das Signifikanzniveau wurde nach Bonferroni korrigiert und, wie zuvor, auf  $\alpha=0.004$  festgelegt. Für die Skalen *Narrative Kohärenz*, *Vermeidung* sowie *Desorganisiertes Erzählmuster* wurde das Alter als zusätzlicher Faktor mit in die Varianzanalyse aufgenommen.

Die Hypothesen zu den inhaltlichen Themen sagten weniger *Prosoziale Themen*, mehr *Konflikt-* und *Aggressive Themen*, weniger *Positive Elternrepräsentationen* sowie mehr *Negative Elternrepräsentationen* im Spiel der hyperkinetischen Kinder voraus. Nur bezüglich den *Prosozialen Themen* ( $M_{KG}=12.2 \pm 4.4$ ,  $M_{ADHS}=8.5 \pm 4.3$ ;  $F(1)=10.892$ ,  $p=.002$ ) konnten wir unsere Hypothese bestätigt sehen: es zeigte sich ein Gruppeneffekt dahingehend, dass die hyperkinetischen Kinder ein signifikant niedrigeres Ergebnis als die Kinder der Kontrollgruppe aufwiesen, wie der Tabelle 3.8 zu entnehmen ist. Die Ergebnisse der übrigen inhaltlichen Hypothesen fielen indessen nicht erwartungsgemäß aus: so kamen im Spiel der hyperkinetischen Kinder weniger statt mehr erwartete *Konfliktthemen* ( $M_{KG}=10.2 \pm 6.2$ ,  $M_{ADHS}=4.0 \pm 3.5$ ;  $F(1)=18.575$ ,  $p=.001$ ) vor. Bei den *Aggressiven Themen* unterschieden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander, was ebenfalls entgegen den Erwartungen ausfiel und die Ergebnisse der og. ausgeführten Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse aufgriff (s. Kapitel 3.1.1).

Auch bezüglich der *Positiven Elternrepräsentationen* entfielen die erwarteten signifikanten Gruppenunterschiede, wie auch bei den Werten bezüglich der *Negativen Elternrepräsentationen* (*Positive Mutterfigur* ( $M_{KG}=7.7 \pm 3.0$ ,  $M_{ADHS}=6.9 \pm 2.4$ ;  $F(1)=1.145$ ,  $p=.291$ ) und *Positive Vaterfigur* ( $M_{KG}=5.6 \pm 2.1$ ,  $M_{ADHS}=5.2 \pm 2.1$ ;  $F(1)=0.804$ ,  $p=.375$ ). *Negative Mutterfigur* ( $M_{KG}=1.2 \pm 1.6$ ,  $M_{ADHS}=2.1 \pm 2.2$ ;  $F(1)=3.976$ ,  $p=.053$ ) und *Negative Vaterfigur* ( $M_{KG}=0.8 \pm 1.2$ ,  $M_{ADHS}=1.3 \pm 1.6$ ;  $F(1)=0.531$ ,  $p=.470$ ): in beiden Gruppen waren keine signifikanten Gruppeneffekte vorhanden. Nach konventionellen Maßstäben (einem

Signifikanzniveau von  $\alpha=0.05$ ) würde man jedoch bei der Skala *Negative Mutterfigur* von einem Trend sprechen, der knapp das Signifikanzniveau verfehlt habe: die hyperkinetischen Kinder stellten über beide Messzeitpunkte hinweg tendenziell häufiger eine *Negative Mutterfigur* dar als die Kontrollgruppenkinder.

Bezüglich der strukturellen Unterschiede im Narrativ sagten die Hypothesen auf den Skalen *Summe Inhaltsthemen* und *Narrativen Kohärenz* signifikant niedrigere Werte voraus. Tatsächlich waren die *summierten Inhaltsthemen* ( $M_{KG}=28.5 \pm 13.8$ ,  $M_{ADHS}=16.7 \pm 7.3$ ;  $F(1)=16.199$ ,  $p=.001$ ) und die *Narrative Kohärenz* ( $M_{KG}=7.9 \pm 1.1$ ,  $M_{ADHS}=6.4 \pm 1.7$ ;  $F(1)=12.018$ ,  $p=.001$ ) bei den hyperkinetischen Kindern gegenüber den Kontrollgruppenkindern hoch signifikant erniedrigt.

Hinsichtlich der narrativen Affektregulierung sagten die Hypothesen höhere Werte bei den hyperkinetischen Kindern für die Skalen *Vermeidung*, *Desorganisiertes Erzählmuster* und *Eingeschränktes Erzählmuster* voraus, während sich niedrigere Werte auf der Skala *Positivkohärentes Erzählmuster* zeigen sollten.

Diese Hypothesen zum Gruppeneffekt konnten im Großen und Ganzen bestätigt werden: sowohl auf der Skala *Vermeidung* ( $M_{KG}=1.0 \pm 1.9$ ,  $M_{ADHS}=3.4 \pm 2.9$ ;  $F(1)=13.039$ ,  $p=.001$ ) als auch auf der Skala *Desorganisiertes Erzählmuster* ( $M_{KG}=4.4 \pm 5.4$ ,  $M_{ADHS}=10.1 \pm 7.0$ ;  $F(1)=11.370$ ,  $p=.002$ ) erreichten die hyperkinetischen Kinder signifikant höhere Werte, auf der Skala *Positivkohärentes Erzählmuster* ( $M_{KG}=2.3 \pm 9.0$ ,  $M_{ADHS}=6.7 \pm 12.3$ ;  $F(1)=9.337$ ,  $p=.004$ ) erreichten sie signifikant niedrigere Werte. Hinsichtlich der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster* unterschieden sich die Untersuchungsgruppen unserem deutlich nach unten korrigierten Signifikanzniveau nach nicht; unter konventionellen Bedingungen wäre man allerdings mit  $\alpha=0.017$  von einem signifikanten Unterschied ausgegangen, mit für die hyperkinetischen Kinder gegenüber den Kontrollgruppenkindern erhöhten Werten ( $M_{KG}=6.7 \pm 2.6$ ,  $M_{ADHS}=8.8 \pm 4.0$ ;  $F(1)=6.239$ ,  $p=.004$ ).



**Tabelle 3.8: Ergebnisse der Varianzanalyse (I) – Unterschiede im symbolischen Spiel zwischen den Gruppen**

	1. Messzeitpunkt				2. Messzeitpunkt				Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifikanz <sup>2</sup>
	Kontrollkinder (N = 21)		ADHS-Kinder (N = 21)		Kontrollkinder (N = 21)		ADHS-Kinder (N = 21)			
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
<b>Prosoziale Themen</b>	13.1	(4.5)	7.8	(4.0)	11.2	(4.3)	9.1	(4.6)	F [1] = 10.89	<b>.002</b>
<b>Konfliktthemen</b>	9.5	(5.6)	4.1	(3.2)	10.8	(6.7)	4.0	(3.7)	F [1] = 18.58	<b>.001</b>
<b>Aggressive Themen</b>	4.0	(3.6)	3.7	(3.0)	6.1	(6.3)	3.7	(4.2)	F [1] = 1.54	.221
<b>Positive Mutterfigur</b>	5.5	(2.8)	6.0	(1.9)	9.8	(3.2)	7.9	(2.8)	F [1] = 1.15	.291
<b>Positive Vaterfigur</b>	3.5	(2.1)	4.9	(1.9)	7.7	(2.1)	5.4	(2.2)	F [1] = 0.80	.375
<b>Negative Mutterfigur</b>	0.7	(1.2)	2.1	(1.9)	1.6	(2.1)	2.2	(2.4)	F [1] = 3.98	.053
<b>Negative Vaterfigur</b>	0.7	(0.9)	0.8	(1.1)	1.3	(1.5)	1.8	(2.1)	F [1] = 0.53	.470
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	28.6	(12.4)	16.1	(7.1)	30.3	(15.2)	17.3	(7.6)	F [1] = 16.20	<b>.001</b>
<b>Narrative Kohärenz</b>	8.0	(1.1)	6.4	(1.6)	7.8	(1.1)	6.4	(1.7)	F [1] = 16.97	<b>.001</b>
<b>Vermeidung</b>	1.1	(1.1)	3.6	(2.8)	0.8	(2.8)	3.1	(3.0)	F [1] = 13.04	<b>.001</b>
<b>Desorganisiertes Erzählmuster</b>	3.9	(3.5)	10.0	(6.1)	4.8	(7.2)	10.1	(7.8)	F [1] = 11.37	<b>.002</b>
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	4.3	(2.6)	8.0	(3.6)	9.1	(2.5)	9.6	(4.3)	F [1] = 6.24	.017
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	0.9	(5.9)	-7.1	(10.4)	3.6	(12.0)	-6.4	(14.1)	F [1] = 9.34	<b>.004</b>

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup>F-Wert der zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern). <sup>2</sup>Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

### 3.4.2 FRAGESTELLUNG B: VERÄNDERUNGEN DER NARRATIVE ZWISCHEN ERSTEM UND ZWEITEM MESSZEITPUNKT – ZEIT- UND INTERAKTIONSEFFEKTE (LÄNGSSCHNITTLLICHE BETRACHTUNG)

Der zweite große Abschnitt unserer Untersuchung befasst sich mit dem dritten Haupteffekt, dem Interaktionseffekt, also den unterschiedlichen Veränderungen der Untersuchungsgruppen über die Zeit, genauer noch: die Veränderung der Gruppe hyperkinetischer Kinder unter Intervention.

Mit den Unterschieden zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt wird begonnen. Hier wird der Faktor mit Messwiederholung unter außer Acht-Lassung des Zwischensubjektfaktors „Gruppe“ betrachtet (vgl. Tabelle 3.9). Wir erwarteten für keine der Skalen Zeiteffekte, da sich die weder die Werte der Kontrollgruppe verändern sollten noch diejenigen der hyperkinetischen Kinder mit Ausnahme der negativen Skalen. Dies letztere sollte zu Interaktionseffekten, aber nicht unbedingt zu Zeiteffekten führen. Dort sagten wir voraus, dass sich die Mittelwerte der Untersuchungsgruppen auf den Skalen *Konflikt- und Aggressive Themen* sowie *Negative Elternfiguren* zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr signifikant voneinander unterscheiden würden.

Tatsächlich waren jedoch signifikante Zeiteffekte zu beobachten: überraschenderweise vor allem bei den Elternrepräsentationen *Positive Mutterfigur* ( $M_{\text{prä}}=5.8 \pm 2.4$ ,  $M_{\text{post}}=8.8 \pm 3.1$ ;  $F(1)=41.396$ ,  $p=.001$ ), *Positive Vaterfigur* ( $M_{\text{prä}}=4.2 \pm 2.1$ ,  $M_{\text{post}}=6.6 \pm 2.4$ ;  $F(1)=26.521$ ,  $p=.001$ ) sowie *Negative Vaterfigur* ( $M_{\text{prä}}=0.7 \pm 1.0$ ,  $M_{\text{post}}=1.5 \pm 1.8$ ;  $F(1)=11.126$ ,  $p=.002$ ), und auf der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster* ( $M_{\text{prä}}=6.1 \pm 3.6$ ,  $M_{\text{post}}=9.3 \pm 3.4$ ;  $F(1)=30.300$ ,  $p=.001$ ). Bei allen diesen Skalen nahmen die Werte der Kinder unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit zum zweiten Messzeitpunkt zu.

Um die Veränderungen für die hyperkinetischen Kinder getrennt zwischen den beiden Messzeitpunkten in einem zweiten Schritt besser nachzuvollziehen, haben wir nachgeordnete T-Tests durchgeführt, die im Anschluss an die Darstellung der Wechselwirkungseffekte ausgewertet und aufgeführt sind (s. Tabelle 3.9, Kapitel 3.4.4).

**Tabelle 3.9: Ergebnisse der Varianzanalyse (II) – Unterschiede im symbolischen Spiel zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt**

	1. Messzeitpunkt				2. Messzeitpunkt				Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifikanz <sup>2</sup>
	Kontrollkinder (N = 21)		ADHS-Kinder (N = 21)		Kontrollkinder (N = 21)		ADHS-Kinder (N = 21)			
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
<b>Prosoziale Themen</b>	13.1	(4.5)	7.8	(4.0)	11.2	(4.3)	9.1	(4.6)	F [1] = 0.15	.702
<b>Konfliktthemen</b>	9.5	(5.6)	4.1	(3.2)	10.8	(6.7)	4.0	(3.7)	F [1] = 1.04	.315
<b>Aggressive Themen</b>	4.0	(3.6)	3.7	(3.0)	6.1	(6.3)	3.7	(4.2)	F [1] = 1.85	.181
<b>Positive Mutterfigur</b>	5.5	(2.8)	6.0	(1.9)	9.8	(3.2)	7.9	(2.8)	F [1] = 41.40	<b>.001</b>
<b>Positive Vaterfigur</b>	3.5	(2.1)	4.9	(1.9)	7.7	(2.1)	5.4	(2.2)	F [1] = 26.52	<b>.001</b>
<b>Negative Mutterfigur</b>	0.7	(1.2)	2.1	(1.9)	1.6	(2.1)	2.2	(2.4)	F [1] = 2.09	.156
<b>Negative Vaterfigur</b>	0.7	(0.9)	0.8	(1.1)	1.3	(1.5)	1.8	(2.1)	F [1] = 11.13	<b>.002</b>
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	28.6	(12.4)	16.1	(7.1)	30.3	(15.2)	17.3	(7.6)	F [1] = 1.24	.273
<b>Narrative Kohärenz</b>	8.0	(1.1)	6.4	(1.6)	7.8	(1.1)	6.4	(1.7)	F [1] = 0.15	.703
<b>Vermeidung</b>	1.1	(1.1)	3.6	(2.8)	0.8	(2.8)	3.1	(3.0)	F [1] = 1.13	.295
<b>Desorganisiertes Erzählmuster<sup>a</sup></b>	3.9	(3.5)	10.0	(6.1)	4.8	(7.2)	10.1	(7.8)	F [1] = 0.30	.590
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	4.3	(2.6)	8.0	(3.6)	9.1	(2.5)	9.6	(4.3)	F [1] = 30.30	<b>.001</b>
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	0.9	(5.9)	-7.1	(10.4)	3.6	(12.0)	-6.4	(14.1)	F [1] = 0.90	.348

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup>F-Wert der zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern). <sup>2</sup>Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

### **3.4.3 ALTERSUNTERSCHIEDE AUF DEN SKALEN NARRATIVE KOHÄRENZ, VERMEIDUNG SOWIE DESORGANISIERTES ERZÄHLMUSTER**

Für die Skalen *Narrative Kohärenz*, *Vermeidung* sowie *Desorganisiertes Erzählmuster* wurde das Alter als zusätzlicher Faktor mit in die Varianzanalyse aufgenommen. Hierbei wurden die Mittelwerte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit und dem Messzeitpunkt berechnet: Es zeigt sich, dass die 10-12jährigen Kinder signifikant höhere Werte auf beiden Skalen *Narrative Kohärenz* ( $M_{7-9}=6.6 \pm 1.6$ ,  $M_{10-12}=7.8 \pm 1.1$ ;  $F(1)=12.589$ ,  $p = .001$ ) erreichten. Auf den Skalen *Vermeidung* ( $M_{7-9}=3.2 \pm 3.3$ ,  $M_{10-12}=0.9 \pm 0.7$ ;  $F(1)=14.931$ ,  $p = .001$ ) und *Desorganisiertes Erzählmuster* ( $M_{7-9}=9.6 \pm 8.1$ ,  $M_{10-12}=4.1 \pm 3.4$ ;  $F(1)=10.102$ ,  $p = .003$ ) hingegen erreichten die sieben- bis neunjährigen Kinder signifikant höhere Werte.

### **3.4.4 ERSTER INTERAKTIONSEFFEKT: GRUPPE UND MESSZEITPUNKT**

An dieser Stelle kommen wir zu der uns eigentlich interessierenden Fragestellung, ob sich die Hypothese einer Wechselwirkung zwischen Gruppe und Messzeitpunkt für die negativen Skalen bestätigen lassen kann (s. dazu Tabelle 3.10). Schon die einfaktoriellen Varianzanalysen deuteten darauf hin, dass sich unsere Hypothesen nicht bestätigen lassen würden. Bei den Hypothesen zu den negativen Skalen hatten wir als Einziges Wechselwirkungseffekte vorausgesagt: während sich die Werte der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur ersten Messung nicht verändert haben sollten, sollten sich die Werte der hyperkinetischen Kinder unter dem Einfluss der Intervention denen der Kontrollgruppe angenähert haben, strenggenommen abgenommen haben. Infolgedessen sollten sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede mehr zwischen den Untersuchungsgruppen zeigen. Dies ist tatsächlich der Fall – aber an welcher Stelle und in welche Richtung haben sich die Untersuchungsgruppen verändert, bzw. nicht verändert? Es zeigen sich auf den Skalen der negativen Skalen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede mehr, allerdings sind auch keine signifikanten Wechselwirkungseffekte zu vermerken. Für die inhaltlichen Skalen *Prosozialen Themen*, *Positive Elternrepräsentationen* sowie die narrativen Affektregulierungsskalen sagten die Hypothesen keine Wechselwirkungseffekte voraus. Auch hinsichtlich der strukturellen Parameter *Summierte Inhaltsthemen* und *Narrative Kohärenz* hatten wir keine Veränderungen zwischen dem ersten und dem Messzeitpunkt und somit keine Hypothesen zur Wechselwirkung formuliert.

**Tabelle 3.10: Ergebnisse der Varianzanalyse (III) – Wechselwirkungseffekte zwischen Untersuchungsgruppe und Messzeitpunkt**

	1. Messzeitpunkt				2. Messzeitpunkt				Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifikanz <sup>2</sup>
	Kontrollkinder (N = 21)		ADHS-Kinder (N = 21)		Kontrollkinder (N = 21)		ADHS-Kinder (N = 21)			
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
<b>Prosoziale Themen</b>	13.1	(4.5)	7.8	(4.0)	11.2	(4.3)	9.1	(4.6)	F [1] = 4.76	.035
<b>Konfliktthemen</b>	9.5	(5.6)	4.1	(3.2)	10.8	(6.7)	4.0	(3.7)	F [1] = 1.40	.245
<b>Aggressive Themen</b>	4.0	(3.6)	3.7	(3.0)	6.1	(6.3)	3.7	(4.2)	F [1] = 1.70	.200
<b>Positive Mutterfigur</b>	5.5	(2.8)	6.0	(1.9)	9.8	(3.2)	7.9	(2.8)	F [1] = 6.47	.015
<b>Positive Vaterfigur</b>	3.5	(2.1)	4.9	(1.9)	7.7	(2.1)	5.4	(2.2)	F [1] = 26.52	<b>.001</b>
<b>Negative Mutterfigur</b>	0.7	(1.2)	2.1	(1.9)	1.6	(2.1)	2.2	(2.4)	F [1] = 1.34	.254
<b>Negative Vaterfigur</b>	0.7	(0.9)	0.8	(1.1)	1.3	(1.5)	1.8	(2.1)	F [1] = 0.62	.437
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	28.6	(12.4)	16.1	(7.1)	30.3	(15.2)	17.3	(7.6)	F [1] = 0.04	.842
<b>Narrative Kohärenz</b>	8.0	(1.1)	6.4	(1.6)	7.8	(1.1)	6.4	(1.7)	F [1] = 0.26	.616
<b>Vermeidung</b>	1.1	(1.1)	3.6	(2.8)	0.8	(2.8)	3.1	(3.0)	F [1] = 0.02	.888
<b>Desorganisiertes Erzählmuster<sup>a</sup></b>	3.9	(3.5)	10.0	(6.1)	4.8	(7.2)	10.1	(7.8)	F [1] = 0.16	.692
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	4.3	(2.6)	8.0	(3.6)	9.1	(2.5)	9.6	(4.3)	F [1] = 7.80	.008
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	0.9	(5.9)	-7.1	(10.4)	3.6	(12.0)	-6.4	(14.1)	F [1] = 0.34	.565

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup>F-Wert der zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern). <sup>2</sup>Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

Tatsächlich zeigte sich auf allen diesen Skalen keine signifikante Wechselwirkung – mit Ausnahme der Skala *Positive Vaterfigur*.

Unerwartete Trends in Richtung Wechselwirkungseffekte hingegen zeigten sich auf den folgenden Skalen: *Prosoziale Themen* ( $M_{\text{KG/prä}}=13.1 \pm 4.5$ ,  $M_{\text{ADHS/prä}}=7.8 \pm 4.0$  vs.  $M_{\text{KG/post}}=11.2 \pm 4.3$ ,  $M_{\text{ADHS/post}}=9.1 \pm 4.6$ ;  $F(1)=4.764$ ,  $p=.035$ ), *Positive Mutterfigur* ( $M_{\text{KG/prä}}=5.5 \pm 2.8$ ,  $M_{\text{ADHS/prä}}=6.0 \pm 1.9$  vs.  $M_{\text{KG/post}}=9.8 \pm 3.2$ ,  $M_{\text{ADHS/post}}=7.9 \pm 2.8$ ;  $F(1)=6.470$ ,  $p=.015$ ) sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* ( $M_{\text{KG/prä}}=4.3 \pm 2.6$ ,  $M_{\text{ADHS/prä}}=8.0 \pm 3.6$  vs.  $M_{\text{KG/post}}=9.1 \pm 2.5$ ,  $M_{\text{ADHS/post}}=9.6 \pm 4.3$ ;  $F(1)=7.803$ ,  $p=.008$ ). Allein bei der Skala *Positive Vaterfigur* zeigte sich ein hochsignifikanter Wechselwirkungseffekt ( $M_{\text{KG/prä}}=3.5 \pm 2.1$ ,  $M_{\text{ADHS/prä}}=4.9 \pm 1.9$  vs.  $M_{\text{KG/post}}=7.7 \pm 2.1$ ,  $M_{\text{ADHS/post}}=5.4 \pm 2.2$ ;  $F(1)=26.521$ ,  $p=.001$ ).

Zusammengefasst bedeutet dies in Bezug auf unsere Hypothesen, dass sie sich nicht bestätigen ließen – entgegen unseren Erwartungen zeigten sich keine signifikanten Wechselwirkungseffekte auf den negativen Skalen, stattdessen jedoch auf der inhaltlichen Skala *Positive Vaterfigur*.

Aus inhaltlichen Gründen möchten wir die Ergebnisse derjenigen Skalen, die Trends verzeichneten, nochmals einzeln mit Diagrammen aufführen und genauer untersuchen. Bei einem Interaktionseffekt ist sensu Bortz (1993) die Interpretation der entsprechenden Haupteffekte an der Interaktion zu relativieren. Dies geschieht durch die Klassifikation der Interaktion in ordinal, hybrid oder disordinal (Leigh & Kinnear, 1980, zit. n. Bortz, 1993). Der interessierte Leser kann die ausführliche Beschreibung des Klassifikationsvorganges bei Bortz (1993) nachlesen (S. 275ff).

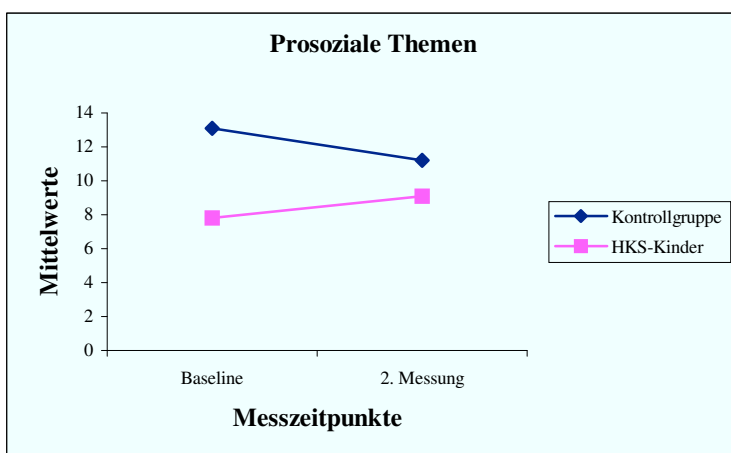
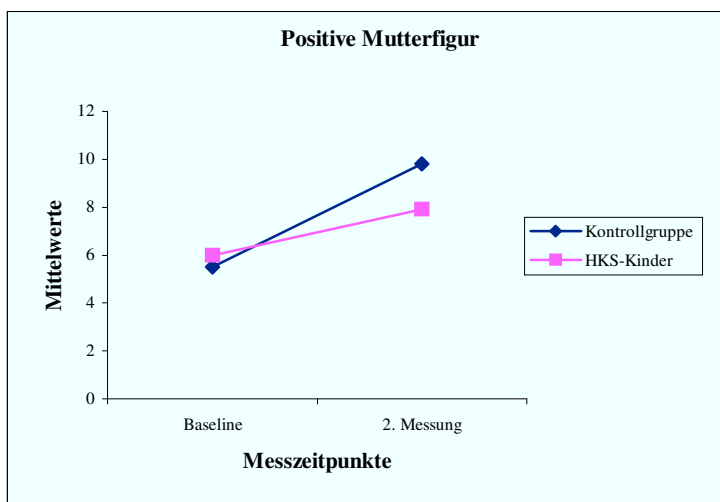


Abbildung 3.1. Interaktionseffekt ( $p=.035$ ) zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala *Prosoziale Themen*

Abbildung 3.1 veranschaulicht die Veränderungen der Untersuchungsgruppen bei der Skala *Prosoziale Themen*. Wir sehen hier Linienzüge mit gegenläufigem Trend. Wir haben es hier mit einer hybriden Interaktion zu tun, was bedeutet, dass trotz Wechselwirkungseffekt nur einer der beiden Haupteffekte (Zeit vs. Gruppe) sinnvoll interpretiert werden kann. Nach der Untersuchungsmethode von Leigh und Kinnear (1980) ist bei der Skala *Prosoziale Themen* nur der Gruppeneffekt eindeutig interpretierbar, da nur bei diesem Faktor die gleiche Rangfolge der Mittelwerte für beide Stufen des anderen Faktors gilt: die Kontrollgruppenkinder haben über beide Messzeitpunkte hinweg höhere Werte als die hyperkinetischen Kinder (ebd.). Dieser Trend ist nicht hypothesenkonform.

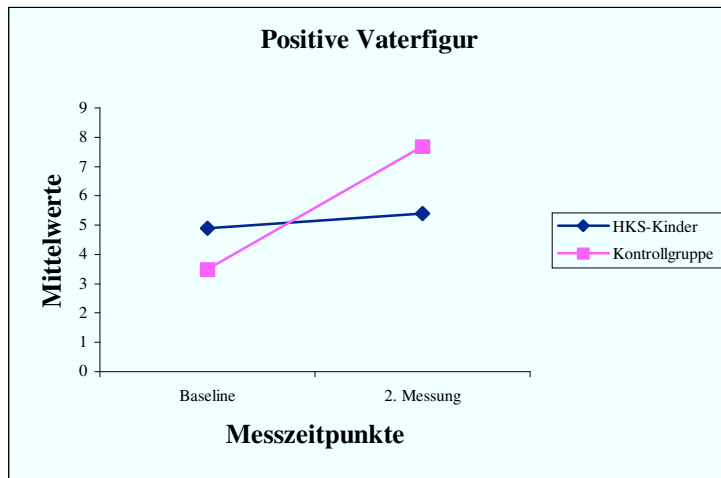


**Abbildung 3.2. Interaktionseffekt ( $p=.015$ ) zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala *Positive Mutterfigur***

Auch bei der *Positiven Mutterfigur* (s. Abb. 3.2) zeigt sich eine hybride Wechselwirkung zu verzeichnen, was, wie beim vorherigen Diagramm – hier handelt es sich hingegen um den Zeiteffekt, der interpretierbar ist. Beide Untersuchungsgruppen stellen in ihrem Spiel vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant häufiger eine *positive Mutterfigur* dar.

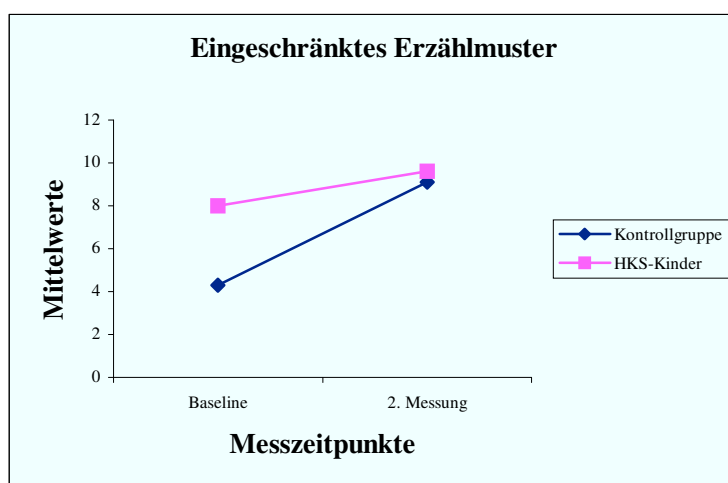
Bei der Skala *Positive Vaterfigur* zeichnete sich ein vergleichbares Bild wie bei der Skala *Positive Mutterfigur* ab (s.u., Abb.3.3): auch hier sehen wir eine nicht erwartete, hybride Interaktion, bei welcher sowohl der Zeiteffekt als auch der Interaktionseffekt signifikant sind. Hier spielten die hyperkinetischen Kinder zum ersten Messzeitpunkt tendenziell häufiger eine *Positive Vaterfigur*, während zum zweiten Messzeitpunkt die Kontrollgruppenkinder signifikant häufiger eine *Positive Vaterfigur* darstellten. Das Vorkommen einer *Positiven Vaterfigur* nahm in beiden Untersuchungsgruppen zum zweiten

Messzeitpunkt zu, der Interaktionseffekt kam vor allem durch die signifikante Zunahme der Werte der Kontrollgruppenkinder zustande. .



**Abbildung 3.3: Interaktionseffekt ( $p=.001$ ) zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala *Positive Vaterfigur***

Bei der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster* (s. Abbildung 3.4) sehen wir eine ordinale Interaktion, beide Haupteffekte sind damit eindeutig interpretierbar. Beide Untersuchungsgruppen zeigen zum zweiten Messzeitpunkt ein stärker *Eingeschränktes Erzählmuster* (signifikanter Zeiteffekt), wobei das Erzählmuster der hyperkinetischen Kinder insgesamt über beide Messzeitpunkte hinweg stärker eingeschränkt ist (Tendenz zum Gruppeneffekt). Die Tendenz zur Interaktion kommt vor allem durch die signifikante Zunahme der Werte der Kontrollgruppenkinder zustande.



**Abbildung 3.4. Interaktionseffekt ( $p=.008$ ) zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsgruppen bei der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster***



Um die Ergebnisse dieses Kapitels nochmals zusammenzufassen: entgegen unseren Erwartungen zeigten sich keine signifikanten Wechselwirkungseffekte auf den negativen Skalen, stattdessen jedoch auf der inhaltlichen Skala *Positive Vaterfigur*. Hier nahmen die Werte beider Untersuchungsgruppen zu, jedoch vor allem die Kontrollgruppenkinder stellten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant häufige eine *Positive Vaterfigur* dar. Einen Trend zu einem Wechselwirkungseffekt zeigte sich auf den Skalen *Prosozialen Themen*, *Positive Mutterfigur* sowie *Eingeschränktes Erzählmuster*, die auf unterschiedliche Haupteffekte zurückzuführen waren. Die hyperkinetischen Kinder spielten durchweg weniger *Prosozialen Themen* (Gruppeneffekt). Zeiteffekte wurden auf den Skalen *Positive Mutterfigur* sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* deutlich; die Werte beider Untersuchungsgruppen nahmen über die Zeit hin zu.

### **3.4.5 ZWEITER INTERAKTIONSEFFEKT: ALTERSGRUPPE UND MESSZEITPUNKT**

Es fanden sich keine signifikanten Ergebnisse.

### **3.4.6 VERÄNDERUNGEN IM NARRATIV VOM ERSTEN ZUM ZWEITEN MESSZEITPUNKT – NACH DEN UNTERSUCHUNGSGRUPPEN GETRENNT**

Wir wissen nun aus den Ergebnissen der Varianzanalyse, dass sich unsere Hypothesen über die beiden Messzeitpunkte hinweg nicht bestätigt haben. Im varianzanalytischen Design war eine Veränderung der Messwerte der hyperkinetischen Kinder zu T2 auf den negativen Skalen in Richtung Kontrollkinder nicht belegbar. Gleichzeitig haben wir gesehen, dass es vor allem bei den Kontrollkindern zu Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten gekommen war, was wir nicht erwartet hatten. Um die Untersuchung nun zu vervollständigen, haben wir mittels T-Tests für gepaarte Stichproben (die Normalverteilungsvoraussetzungen waren erfüllt) nochmals geprüft, wie sich die Veränderungen unabhängig von der jeweils anderen Experimentalgruppe zwischen den Messzeitpunkten vollzogen haben. Damit soll sozusagen das „Verhalten“ der Experimentalgruppen getrennt daraufhin beleuchtet werden, ob sich möglicherweise signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten zeigen, die in der Varianzanalyse verschwinden. Tabelle 3.11 führt die Mittelwertsunterschied auf.

#### *Die hyperkinetischen Kinder*

Betrachtet man diese Untersuchungsgruppe getrennt, so zeigen die beiden Skalen *Positive Mutterfigur* und *Negative Vaterfigur* Veränderungen: man sieht, dass die Darstellung

der *Positiven Mutterfigur* im Spiel der hyperkinetischen Kinder vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant zunahm ( $t(20)=-3.233$ ,  $p=.004$ ). Einen Trend zu häufigerer Darstellung zeigte sich auch bei der Skala *Negative Vaterfigur*: im Spiel der hyperkinetischen Kinder kam sie häufiger vor ( $t(20)=-2.415$ ,  $p=.025$ ).

Auf allen übrigen Skalen waren keine signifikanten Zu- oder Abnahmen zu verzeichnen.

**Tabelle 3.11: Mittelwertsunterschiede in der Gruppe der ADHS-Kinder zwischen den Messzeitpunkten**

	Erster Messzeitpunkt		Zweiter Messzeitpunkt		Prüfgröße <sup>1</sup>	Signifikanz <sup>2</sup>
	M	(SD)	M	(SD)		
<b>Prosoziale Themen</b>	7.8	(4.0)	9.1	(4.6)	$t[20]=-1.77$	.092
<b>Konfliktthemen</b>	4.1	(3.2)	4.0	(3.7)	$t[20]=0.20$	.847
<b>Aggressive Themen</b>	3.7	(3.0)	3.7	(4.2)	$t[20]=-0.06$	.954
<b>Positive Mutterfigur</b>	6.0	(1.9)	7.9	(2.8)	$t[20]=-3.23$	<b>.004</b>
<b>Positive Vaterfigur</b>	4.9	(1.9)	5.4	(2.2)	$t[20]=-0.90$	.378
<b>Negative Mutterfigur</b>	2.1	(1.9)	2.2	(2.4)	$t[20]=-0.17$	.869
<b>Negative Vaterfigur</b>	0.8	(1.1)	1.8	(2.1)	$t[20]=-2.42$	.025
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	16.1	(7.1)	17.3	(7.6)	$t[20]=-1.05$	.307
<b>Narrative Kohärenz</b>	6.4	(1.6)	6.4	(1.7)	$t[20]=-0.16$	.872
<b>Vermeidung</b>	3.6	(2.8)	3.1	(3.0)	$t[20]=1.17$	.191
<b>Desorganisiertes Erzählmuster</b>	10.0	(6.1)	10.1	(7.8)	$t[20]=-0.06$	.951
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	8.0	(3.6)	9.6	(4.3)	$t[20]=-1.65$	.116
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	-7.1	(10.4)	-6.4	(14.1)	$t[20]=-0.12$	.905

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung. <sup>1</sup> t-Wert des T-Test bei gepaarten Stichproben mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern). <sup>2</sup> Bei 13 Tests senkt sich bei Bonferroni-Adjustierung das Signifikanzniveau auf  $\alpha = (0.05 / 13) 0.004$ .

### *Kontrollgruppenkinder*

Der T-Test bei gepaarter Stichprobe erbrachte für die Kontrollgruppe für folgende Skalen relevante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten: signifikante Zunahmen zeigten sich auf den Skalen *Positive Mutterfigur* ( $t_{KG}(20)=-5.62$ ,  $p=.001$ ), *Positive Vaterfigur* ( $t_{KG}(20)=-8.54$ ,  $p=.001$ ) sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* ( $t_{KG}(20)=-7.32$ ,  $p=.001$ ).

Trends zu Zunahmen sind auf den Skalen *Negative Mutterfigur* ( $t_{KG}(20)=-2.57, p=.018$ ), *Negative Vaterfigur* ( $t_{KG}(20)=-2.44, p=.024$ ) sowie *Positiv-kohärentes Erzählmuster* ( $t_{KG}(20)=3.04, p=.007$ ) festzustellen.

### **3.5 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER MACARTHUR STORY STEM BATTERY**

Diese empirische Untersuchung befasste sich mit zwei Fragestellungen. Zum einen sollten Unterschiede hinsichtlich narrativer Merkmale – den Beziehungsschemata im Narrativ und narrativer Affektregulierung – zwischen hyperkinetischen und unauffälligen Kindern untersucht werden. Diese Unterschiede ließen sich finden und die diesbezüglichen Hypothesen ließen sich allgemein bestätigen. Die zweite Fragestellung bezog sich auf die Veränderungen des Spieles der hyperkinetischen Kinder im Anschluss an die durchgeführte *treatment-as-usual*-Intervention. Die damit verbundenen Hypothesen ließ sich nicht bestätigen. Zur Beantwortung dieser beiden Fragestellungen wurde in einem ersten Schritt der Gruppenvergleich anhand einfaktorieller multivariater Varianzanalysen der Skalen pro Messzeitpunkt durchgeführt sowie begleitend explorative Analysen auf Einzelvariablenebene. In einem zweiten Schritt wurde eine zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor „Messzeitpunkt“ sowie nachgeordnete T-Test mit gepaarten Stichproben durchgeführt.

Die Hypothesen zu den inhaltlichen Themen sagten weniger *Prosoziale Themen*, mehr *Konflikt-* und *Aggressive Themen*, weniger *Positive Elternrepräsentationen* sowie mehr *negative Elternrepräsentationen* im Spiel der hyperkinetischen Kinder voraus. Bezüglich der strukturellen Unterschiede im Narrativ sagten die Hypothesen auf den Skalen *Summe Inhaltsthemen* und *Narrative Kohärenz* signifikant niedrigere Werte für die hyperkinetischen Kinder voraus. Hinsichtlich der narrativen Affektregulierung sagten die Hypothesen höhere Werte bei den hyperkinetischen Kindern für die Skalen *Vermeidung*, *Desorganisiertes Erzählmuster* sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* voraus, während sich niedrigere Werte auf der Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* zeigen sollten. Bezüglich der zweiten Fragestellung sollten sich die postulierten Gruppenunterschiede in den negativen Skalen (*Konflikt-* und *Aggressive Themen* sowie *negative Elternrepräsentationen*) zum zweiten Messzeitpunkt so nicht mehr zeigen, da wir bei den hyperkinetischen Kinder eine „Normalisierung“ (Angleichung des Mittelwertes an denjenigen der Kontrollgruppe) erwarteten. Varianzanalytisch formuliert sollten sich für die übrigen Skalen Gruppeneffekte und für die negativen Skalen Wechselwirkungseffekt zeigen.

Im Ganzen betrachtet, spiegelten die Ergebnisse der zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung diejenigen der einfaktoriellen Varianzanalyse zum ersten Messzeitpunkt wider: Tatsächlich waren auf 8 der 14 Skalen Gruppeneffekte beobachtbar.

### *Inhaltliche Skalen*

Diese zeigten, dass die hyperkinetischen Kinder hinsichtlich der Beziehungsschemata im Vergleich zu den unauffälligen Kindern über beide Messzeitpunkte hinweg weniger *Prosoziale Themen* und weniger *Konfliktthemen* spielten, in der Häufigkeit der gezeigten *Aggressiven Themen* unterschieden sie sich nicht von den Kontrollgruppenkindern. Damit bestätigte sich nur eine Hypothese (H 1.1a), die niedrigere Werte auf der Skala *Prosoziale Themen* voraussagte. Dies spiegelte sich auch in der Analyse der Einzelvariablen wieder, welche zum ersten Messzeitpunkt zeigte, dass im Narrativ der hyperkinetischen Kinder insgesamt weniger Themen, die mit Zugewandtheit in Verbindung stehen, gezeigt wurden, sowie auch weniger Themen vorkommen, die mit gesteuerter interpersoneller Auseinandersetzung, bzw. Konfliktbewältigung zu tun haben. Das Einzelitem *körperliche Aggression* hingegen, das zu der Skala *Aggressiven Themen* gehört, kam im Spiel der hyperkinetischen Kinder signifikant häufiger vor.

Für die Skalen *Konfliktthemen* und *Aggressiven Themen* hatten wir zwischen den Messzeitpunkten Veränderungen für die hyperkinetischen Kinder unter Intervention erwartet: diese Hypothesen (2.3a + b) bestätigten sich nicht, da sich die Mittelwerte der hyperkinetischen Kinder nicht veränderten, also auch keine Wechselwirkungseffekte erfolgten. Wir können also festhalten, dass unsere hyperkinetische Stichprobe im Vergleich zu den unauffälligen Kindern auf die dargestellten emotionalen Dilemmata offenbar mit weniger prosozialen, aber auch mit weniger konfliktorientierten Beziehungsschemata reagieren.

### *Elternrepräsentationen*

Die Ergebnisse dieser Dimension barg in dieser Untersuchung die größten Überraschungen. Während die explorativen Ergebnisse auf der Ebene der Einzelitems genau in die erwartete Richtung wiesen, bestätigten sich in der breiteren Dimension der Elternrepräsentationen jedenfalls die von uns zuvor aufgestellten globaleren Hypothesen (H1.1d und H1.1e) nicht.

Wir hatten für alle Skalen Gruppeneffekte erwartet, die sich, mit einer Ausnahme, jedoch nicht beobachten ließen (Hypothesen H1.1d + e). Zuzüglich sagten die Hypothesen für die *Negativen Elternfiguren* Wechselwirkungseffekte zwischen den Messzeitpunkten voraus

(Hypothese H2.3c). Tatsächlich war allein auf der Skala *Negative Mutterfigur* eine Tendenz zum Gruppeneffekt ablesbar (H1.1d): im Spiel der hyperkinetischen Kinder kam diese Mutterfigur über beide Messzeitpunkte hinweg tendenziell häufiger vor, allerdings näherte sich, entgegen der Erwartung, nicht der Mittelwert der hyperkinetischen Kinder sich demjenigen der Kontrollgruppenkinder an, sondern umgekehrt: die Kontrollgruppenkinder stellten diese Mutterfigur tendenziell häufiger zum zweiten Messzeitpunkt dar. Hinsichtlich der *Negativen Vaterfigur* bestätigte sich keine der Hypothesen: im Spiel der hyperkinetischen Kinder kam sie weder zum ersten Messzeitpunkt häufiger vor, noch nahm diese zum zweiten Messzeitpunkt hin ab. Stattdessen war ein signifikanter Zeiteffekt erkennbar; beide Untersuchungsgruppen stellten diese Vaterfigur zum zweiten Messzeitpunkt häufiger dar. Dies heißt, dass sich unsere Hypothese zur zweiten Fragestellung (H2.3c) nicht bestätigen ließ, die nur für die Werte der hyperkinetischen Kinder auf den Skalen *Negative Mutterfigur* und *Negative Vaterfigur* eine Angleichung an die Mittelwerte der Kontrollgruppenkinder vorausgesagt hatte;

Auch die Hypothesen zu den *positiven Elternfiguren* ließen sich nicht bestätigen: die hyperkinetischen Kinder stellten sie im Sinne eines Gruppeneffektes nicht signifikant seltener dar. Stattdessen fanden wir Zeiteffekte: zum zweiten Messzeitpunkt wurde signifikant häufiger eine *Positive Mutterfigur* sowie *Positive Vaterfigur* dargestellt. So nahm die Darstellung einer *Positiven Mutterfigur* in beiden Untersuchungsgruppen über die Zeit zu, während es bei der *Positiven Vaterfigur* nur die Kontrollgruppenkinder waren, deren Werte stellten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant zunahm.

Überraschend an diesen Ergebnissen war, dass sich vor allem die Kontrollgruppenkinder zwischen den Messzeitpunkten veränderten und es sich dabei immer um Zunahmen handelte, unabhängig davon, ob es nun die *Positiven* oder *Negativen Elternfiguren* betraf. Bei den hyperkinetischen Kindern zeigten sich differenziertere Veränderungen insofern, als nur Zunahmen für die Beziehungsschemata *Positive Mutterfigur* sowie tendenziell für die *Negative Vaterfigur* zu beobachten waren. Insgesamt betrachtet, standen den hyperkinetischen Kindern vergleichbar viele positive Eltern-Beziehungsschemata innerlich zur Verfügung als den Kontrollgruppenkindern; gleichzeitig zeigte sich jedoch auch ein Trend zur häufigeren Erscheinung der *Negativen Mutterfigur*.

Die Analyse der Einzelvariablen indessen offenbarte, dass die hyperkinetischen Kinder als Reaktion auf die dargestellten emotionalen Dilemmata im Spiel häufiger *Neutrale Elternfiguren* und auch häufiger eine *verbal aggressive* und *nicht-begrenzende Mutterfigur* darstellten. Zudem stellten sie häufiger Interaktionen mit Eltern in Form von *Rollenumkehr*

dar und der positive Code *Väterliche Strenge / Zurechtweisung* kam seltener als bei den Kontrollkindern vor.

### *Strukturelle Merkmale*

Auf die strukturellen Merkmale des Narrativs bezogen, bestätigten sich unsere Annahmen, da die Kontrollgruppenkinder deutlich kohärenter und reichhaltiger spielten als die hyperkinetischen Kinder (H 1.2a und b), wie es die Gruppeneffekte der Varianzanalyse über beide Messzeitpunkte klar zeigten. Dieses Ergebnis zeigte sich auch auf Einzelmerkmalebene: das Spiel der hyperkinetischen Kinder war insgesamt weniger lebendig, es weniger imaginationsreich, mit logischen Brüchen versehen. Das Narrativ endete häufiger in neutralerer Weise, zentrale Aspekte der Geschichte wurden nicht aufgegriffen, sie neigten dazu, den Konflikt in vereinfachter Weise zu beenden. Bei der *Narrativen Kohärenz* war ein Alterseffekt dahingehend zu beobachten, dass die älteren Kinder insgesamt höhere Werte als die Gruppe der jüngeren Kinder erzielten. Diese Befunde weisen in die Richtung, dass es den hyperkinetischen Kindern tatsächlich schwerer zu fallen schien, emotional destabilisierende Information vollständig zu verarbeiten, ohne dass es zu logischen Brüchen, zu Vermeidung oder zum völligen Ausschluss bestimmter Informationselemente kommt, d.h. die Selbst- und Beziehungskohärenz nicht aufrecht erhalten werden konnte.

Auf der Ebene der Einzelitemanalyse fiel auf, dass die hyperkinetischen Kinder sich auch im Umgang mit Themen der *Gefahr* von den Kontrollkindern unterscheiden, so war häufiger kein Gefahrenthema zu kodieren, und wenn, dann war der *Ausgang der Gefahr* häufiger nicht zu beurteilen. „Gefahr“ als erzählerisches Mittel kreiert Spannung und Interesse und leitet den erzählerischen Bogen. Dass diese Variable fehlt, stimmt mit der allgemeinen Einschätzung von Monotonie und Unlebendigkeit der Narrative hyperkinetischer Kinder überein.

In der *Beziehung zum Untersucher* zeigten sich die hyperkinetischen Kinder einerseits häufiger kontaktvermeidend und zurückgezogen, andererseits aber auch häufiger offen und ungehemmt als die Kontrollgruppenkinder. Diese beiden, zunächst einmal gegensätzlich wirkenden Merkmale – Kontaktvermeidung und Ungehemmtheit – scheinen ein besonderes Charakteristikum der Narrative hyperkinetischer Kinder zu sein.

### *Affektregulierung*

Bezüglich der narrativen Affektregulierung bestätigten sich unsere Hypothesen (H 1.3a – H 1.3e) im Großen und Ganzen, da wir Gruppeneffekte erwarteten, die sich auch

zeigten. Die hyperkinetischen Kinder wiesen mehr vermeidende Affektregulierungsstrategien in Narrativ auf sowie höhere Werte in der Skala *Desorganisiertes Erzählmuster*. Hier war ein Alterseffekt beobachtbar: die jüngeren Kinder erzielten in den Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* höhere Werte als die älteren. Diese Ergebnisse weisen in die Richtung, dass die hyperkinetischen Kinder angesichts der in dem dargestellten Dilemma transportierten emotionalen Information einerseits mit Hemmung und andererseits mit innerer Desorganisation reagieren, das heißt Einbrüche in den Fähigkeiten erfolgen, sowohl emotionale Information vollständig zu verarbeiten als diese auch in ein kohärentes Narrativ einzubinden. Diese Fähigkeiten scheinen zu einem gewissen Ausmaß reifungsabhängig zu sein.

Auf der Skala *Eingeschränktes Erzählmuster* zeigte sich ein Trend zum Gruppeneffekt (ADHS > KG), ein signifikanter Zeiteffekt (T1 > T2) sowie ein Trend zur Wechselwirkung, wobei die letzteren beiden überraschender Weise mit der signifikanten Zunahme der Werte der Kontrollkinder zusammenhing. Zum ersten Messzeitpunkt reagierten die hyperkinetischen Kinder also neben dem oben genannten Muster auch signifikant häufiger mit einem narrativen Abwehrmuster von Einschränkung und Rückzug als die Kontrollgruppenkinder. Warum diese sich dann dem Wert der hyperkinetischen Kinder zum zweiten Messzeitpunkt hin annäherten, wird in der Diskussion überlegt. Wie die signifikant und konstant niedrigeren des *Positivkohärenten Erzählmusters* zeigen, standen den hyperkinetischen Kindern gleichzeitig angesichts der genannten Abwehrmuster weniger Beziehungsschemata von positiven Elternfiguren zur Verfügung.

Aufgrund der Komplexität der Ergebnisse sollen die folgenden Tabellen 3.12 bis 3.14 diese in geraffter Form nochmals veranschaulichen.

**Tabelle 3.12: Überblick über die narrativen Unterschiede der hyperkinetischen Kinder im Vergleich zu unauffälligen Kindern**

Im Vergleich zu unauffälligen Kindern, stellten die hyperkinetischen Kinder

- weniger Themen, die Zugewandtheit, Kontakt, Nähe beschreiben,
- weniger Themen, die Konflikte und Auseinandersetzungen beschreiben,
- häufiger Situationen mit körperlicher Aggression,
- seltener angemessen begrenzende Vaterfiguren,
- häufiger verbal aggressive und nicht-begrenzende Mutterfiguren,
- häufiger neutrale Elternfiguren,
- häufiger Situationen, in denen eine Verkehrung des Eltern-Kind-Verhältnisses stattfindet (Rollenumkehr), dar.

Bezogen auf die strukturellen Merkmale der Spielantworten, gestalteten die hyperkinetischen Kinder die Narrative

- logisch inkohärenter, das heißt, dass es im Erzählverlauf häufiger zu unverständlichen Brüchen oder Sprüngen kam,
- weniger inhaltsreich, ausgeschmückt, imaginationsreich, sie wurden häufiger auf monotone Weise vorgetragen und wirkten damit insgesamt häufiger unlebendig,
- häufiger mit einem neutralen und seltener mit einem positiven Ende.

Die hyperkinetischen Kinder

- fanden für das emotionale Dilemma häufiger eine vereinfachte Lösung,
- bauten seltener Situationen, von welchen eine Gefahr ausging, ein, und wenn ja, dann war häufiger nicht zu beurteilen, ob diese Gefahr aufgelöst wurde oder nicht,
- verleugneten häufiger zentrale Aspekte des *story stems*,
- wirkten in ihrem Kontakt zur Untersucherin häufiger einerseits kontaktvermeidend und andererseits offen und ungehemmt.

Bezogen auf die narrative Affektregulierung der hyperkinetischen Kinder,

- griffen diese häufiger auf vermeidende Erzählstrategien zurück, wie bspw. Selbstausschluss, plötzlicher Schlafbeginn oder Off-Topic-Spiel, schienen über diesen vermeidenden, ausschließenden Modus, ihre Affekte zu regulieren (*Vermeidung*),
- zeigten diese gleichzeitig auch häufiger Zusammenbrüche ihrer Affektregulationsfähigkeit (*Desorganisiertes Erzählmuster*),
- und standen ihnen im Vergleich zu den o.g. Abwehrvorgängen weniger positive Beziehungsschemata zur Verfügung.



**Tabelle 3.13: Überblick über die Unterschiede im Narrativ zwischen den Altersgruppen**

Die sieben bis neunjährigen Kinder zeigten in ihren Narrativen im Vergleich zu den zehn- bis elfjährigen Kindern zum beiden Messzeitpunkten

- signifikant erniedrigte Werte in der *Narrativen Kohärenz*,
- signifikant häufigere Zusammenbrüche ihrer Affektregulationsfähigkeit (*Desorganisiertes Erzählmuster*),
- signifikant häufiger vermeidende Erzählstrategien. Nur zum ersten Messzeitpunkt zeigten die jüngeren Kinder mit ADHS in ihrem Narrative am häufigsten vermeidende Erzählstrategien, während sich in der Gruppe der älteren Kinder die Untersuchungsgruppen nicht signifikant voneinander unterschieden.

**Tabelle 3.14: Überblick über die Veränderungen im Narrativ zwischen den Messzeitpunkten bei den hyperkinetischen Kindern im Vergleich zu den unauffälligen Kindern**

Die hyperkinetischen Kinder stellten zum zweiten Messzeitpunkt

- signifikant häufiger eine *Positive Mutterfigur*
- und tendenziell häufiger eine *Negative Vaterfigur* dar.

Die Kontrollgruppenkinder stellten zum zweiten Messzeitpunkt

- signifikant häufiger eine *Positive Mutterfigur* und *Vaterfigur*,
- tendenziell häufiger eine *Negative Vaterfigur* und *Mutterfigur* dar.

Zudem nahm im Spiel der Kontrollgruppenkinder zum zweiten Messzeitpunkt

- signifikant das Vorkommen des *Eingeschränkten Erzählmusters* zu (sie reagierten also häufiger mit einer bestimmten Form von Rückzug),
- sowie tendenziell das Vorkommen des *Positiv-kohärenten Erzählmusters* zu (trotz des narrativen Rückzuges standen ihnen positive Beziehungsschemata weiter zur Verfügung).

### 3.6 ERGEBNISSE IM INTELLIGENZVERFAHREN UND IN DEN FRAGEBÖGEN ZUR DEPRESSIVITÄT UND ANGST

#### 3.6.1 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN HYPERKINETISCHEN UND UNAUFFÄLLIGEN KINDERN

Die varianzanalytische Prüfung der Selbstbeurteilungsfragebögen *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)* sowie *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*, dass sich die hyperkinetischen Kinder, bezogen auf die Depressions- und Angstwerte, nicht signifikant von den unauffälligen Kontrollkinder unterschieden. Nach eigener Einschätzung berichteten die hyperkinetischen Kinder weder häufiger von depressiven Verstimmungen wie Traurigkeit oder mangelndem Selbstwertgefühl, noch häufiger von Gefühlen der Angst, sei es mehr durchgängige Ängstlichkeit oder *Prüfungsangst*, oder von *Schulunlust*. Auch die Skala *Soziale Erwünschtheit* unterschied nicht zwischen beiden Untersuchungsgruppen. Relevant für die Untersuchung ist auch das Ergebnis des Vergleichs der Intelligenzleistung der beiden Gruppen. Da bei den Kontrollkindern kein Intelligenzverfahren durchgeführt wurde und somit keine Daten vorliegen, wurden in der Varianzanalyse als Vergleichsdaten der Populationsmittelwert mit entsprechender Standardabweichung herangezogen. Die Kennwerte zeigt Tabelle 3.15.

**Tabelle 3.15 Mittelwertsunterschiede der Fragenbogenergebnisse zum 1. Messzeitpunkt bei den Kindern mit ADHS und den Kontrollkindern (N= 42)**

	Kontrollkinder <i>M (SD)</i>	Hyperkinetische Kinder <i>M (SD)</i>	<i>Prüfgröße<sup>1</sup></i>	<i>p<sup>2</sup></i>
<i>DIKJ</i>	9.6 (7.3)	11.9 (8.6)	F[1]=.73	.399
<i>AFS / Prüfungsangst</i>	5.5 (4.5)	6.6 (4.1)	F[1]=.57	.454
<i>AFS / manifeste Angst</i>	7.2 (3.8)	5.7 (4.3)	F[1]=1.26	.269
<i>AFS / Schulunlust</i>	3.1 (1.8)	3.9 (2.3)	F[1]=1.51	.227
<i>AFS / Soziale Erwünschtheit</i>	3.3 (3.1)	3.8 (2.8)	F[1]=0.28	.602
HAWIK-III (Gesamtscore)	100.0 (15.0)	95.1 (14.12)	F[1]=2.08	.158
HAWIK-III (Verbalteil)	100.0 (15.0)	94.8 (16.0)	F[1]=1.81	.187
HAWIK-III (Handlungsteil)	100.0 (15.0)	97.0 (16.2)	F[1]=0.58	.451

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung. <sup>1</sup> F-Wert der einfaktoriellen multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern). <sup>2</sup> Signifikanzniveau: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001, zweiseitig getestet.

Auch hier zeigten sich zwischen den Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede. Wichtig ist, dass auch die Verballeistung der hyperkinetischen Kinder nicht signifikant schlechter war als bei einem Kind mit durchschnittlichem Ergebnis.

### 3.6.2 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ERSTEM UND ZWEITEN MESSZEITPUNKT BEI DEN HYPERKINETISCHEN KINDERN

Es wurde die klinische Symptomatik der hyperkinetischen Kinder zwischen den Messzeitpunkten verglichen. Dimensional ausgewertet (s. Kapitel 2.3.2.1) ergab sich für die hyperkinetische Symptomatik folgende Verteilung der Symptomausprägung<sup>21</sup> (die Zahl in Klammern bezieht sich auf die Anzahl der Kinder): 1.1 – 1.4 (9), 1.5 - 1.9 (9), 2.3 – 2.6 (3). Zum zweiten Messzeitpunkt nahmen die hyperkinetischen Kinder seit 6-8 Wochen ihre optimal titrierte Dosis MPH ein und wurden mit ihren Eltern weiterhin niedrigfrequent ambulant betreut. Die Mittelwerte wurden anhand T-Tests für abhängige Stichproben verglichen und sind in Tabelle 3.16 aufgeführt.

**Tabelle 3.16: Mittelwertunterschiede der Fragebogenergebnisse der hyperkinetischen Kinder (N=21) zwischen 1. und 2. Messzeitpunkt**

	1. Messzeitpunkt <i>M (SD)</i>	2. Messzeitpunkt <i>M (SD)</i>	<i>Prüfgröße<sup>1</sup></i>	<i>p<sup>2</sup></i>
HKS	1.6 (0.5)	0.7 (0.3)	t[20]=-8.32	<b>.001***</b>
Depressionsinventar	10.9 (8.7)	7.6 (7.2)	t[20]=2.00	.060
AFS / Prüfungsangst	6.3 (4.1)	4.4 (4.0)	t[20]=2.25	<b>.038*</b>
AFS / manifeste Angst	5.5 (4.5)	4.0 (3.7)	t[20]=1.51	.148
AFS / Schulunlust	3.7 (2.4)	2.2 (2.2)	t[20]=3.15	<b>.006**</b>
AFS / Soziale Erwünschtheit	3.6 (2.7)	4.3 (2.7)	t[20]=-1.09	.290

**Legende:** M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; <sup>1</sup> t-Wert des T-Tests für gepaarte Stichproben mit den dazugehörigen Freiheitsgraden (in eckigen Klammern).

<sup>2</sup> Signifikanzniveau: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001, zweiseitig getestet.

<sup>21</sup> Die erforderliche Anzahl erfüllter Kriterien bei kategorialer Diagnostik äußert sich bei dimensionaler Auswertung im FBB-HKS in einem Mittelwert von mindestens 1.1, der bei stärker ausgeprägter Symptomatik entsprechend steigt.

Es erstaunt nicht, dass die Werte in bezug auf die Kernsymptomatik im Lehrerurteil (*FBB-HKS*) zum zweiten Messzeitpunkt hochsignifikant abgenommen haben, wie aus Tabelle 3.16 ersichtlich. Zudem haben Werte auf zwei *AFS*-Skalen signifikant zur zweiten Messung abgenommen: auf der Skala *Prüfungsangst* ( $p=.038$ ) sowie auf der Skala *Schulunlust* ( $p=.008$ ). Im *DIKJ* sowie auf den Skalen *Manifeste Angst* und *Soziale Erwünschtheit* sind keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen.

### **3.7 BIVARIATE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN KLINISCHER SYMPTOMATIK SOWIE KOGNITIVEN FÄHIGKEITEN UND DEN NARRATIVEN**

Im folgenden Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob sich in der vorliegenden Stichprobe Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen in den Selbstbeurteilungsfragebögen zur Depression und Angst sowie dem Intelligenzverfahren (*HAWIK-III*) einerseits und den Narrativen der hyperkinetischen Kinder andererseits zeigen. Diese Vergleiche werden zu beiden Messzeitpunkten untersucht. Dazu wurden mit den Fragebogenergebnissen einerseits und den *MSSB*-Skalen andererseits Korrelationsanalysen (Pearson-Korrelationskoeffizient) berechnet. Da auch diese Ergebnisse explizit explorativer Natur sind und als solche verstanden werden sollen, wurde an dieser Stelle auf eine Adjustierung des Signifikanzniveaus zur Korrektur des  $\alpha$ -Fehlers verzichtet.

#### **3.7.1 ERGEBNISSE DES ERSTEN MESSZEITPUNKTES**

##### **3.7.1.1 Bivariate Zusammenhänge zwischen dem Intelligenzverfahren (*HAWIK-III*) und den *MSSB*-Skalen zum ersten Messzeitpunkt**

Um den Einfluss kognitiver Kompetenzen der ADHS-Gruppe auf deren narrativen Fähigkeiten zu überprüfen, wurde sowohl der Gesamtscore *HAWIK-III* als auch der Verbal- sowie der Handlungsteil mit den Skalen nach Pearson-Bravais korreliert. Es zeigten sich ausschließlich zu den Affektregulierungsskalen *Vermeidung* sowie *Eingeschränktes* und *Desorganisiertes Erzählmuster* signifikante Korrelationen, wie Tabelle 3.17 zeigt. Interessantweise ergaben sich keine Korrelationen zwischen der Skala *Narrative Kohärenz* und den *HAWIK-III*-Dimensionen.

**Tabelle 3.17: Korrelationen zwischen dem Intelligenzverfahren (HAWIK-III) und den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21)**

	<i>Vermeidung</i>	<i>Eingeschränktes Erzählmuster</i>	<i>Desorganisiertes Erzählmuster</i>
<b>Gesamtscore HAWIK-III</b>	<b>-.52 *</b>	<b>-.46*</b>	<b>-.52*</b>
<b>Verbalteil HAWIK-III</b>	-.42	-.40	<b>-.50*</b>
<b>Handlungsteil HAWIK-III</b>	-.38	-.30	-.28

Signifikanzniveau: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

Die Gesamtintelligenz korrelierte im mittleren Bereich in gegengerichteter Weise mit den o.g. Skalen: je höher der Intelligenzquotient, desto weniger griffen die ADHS-Kinder auf vermeidende ( $r=-.52$ ,  $p=.021$ ), eingeschränkte ( $r=-.46$ ,  $p=.034$ ) oder desorganisierte ( $r=-.52$ ,  $p=.020$ ) Erzählmuster zurück. Als einziger signifikanter Zusammenhang mit dem Verbalscore stellte sich die Skala *Desorganisiertes Erzählmuster* heraus ( $r=-.50$ ,  $p=.025$ ): je höher der Wert im Verbalteil, umso seltener zeigten sich im Narrativ das *Desorganisierte Erzählmuster*. Zum Handlungsteil zeigten sich keine Zusammenhänge.

### 3.7.1.2 Bivariate Zusammenhänge zwischen DIKJ und den MSSB-Skalen zum ersten Messzeitpunkt

Zwischen dem Depressionswert im *DIKJ* und den inhaltlichen Skalen *Prosoziale Themen*, *Konfliktthemen*, *Aggressive Themen*, den *Positiven* und *Negativen Elternrepräsentationen*, dem strukturellen Code *Summe Inhaltsthemen* gab es keinen signifikanten Zusammenhang. Auch in bezug auf die Skalen zur narrativen Affektregulierung *Vermeidung*, *Desorganisiertes*, *Eingeschränktes* sowie *Positiv-kohärentes Erzählmuster* ergaben sich bei der Korrelation mit dem Depressionswert keine signifikanten Ergebnisse. Die einzige Ausnahme zeigte sich bei der Einzeldimension *Konfliktumgang* der Skala *Narrative Kohärenz*, wie sich in Tabelle 3.18 ablesen lässt. Dort zeigte sich eine signifikante, positiv (gleichgerichtete) Korrelation im mittleren Bereich zwischen dem Depressionswert und einer *Vereinfachten Konfliktlösung*: je häufiger ein hyperkinetisches Kind im Narrativ eine vereinfachte Konfliktlösung zeigte, desto höher war sein Depressionswert im *DIKJ* ( $r=.45$ ,  $p=.04$ ).

### 3.7.1.3 Bivariate Zusammenhänge zwischen den AFS-Skalen und den MSSB-Skalen zum ersten Messzeitpunkt

Auch hier zeigten sich zwischen den AFS-Skalen *Manifeste Angst*, *Prüfungsangst*, *Schulunlust* sowie *Soziale Erwünschtheit* und den inhaltlichen Skalen *Prosoziale Themen*, *Konfliktthemen*, *Aggressive Themen*, den *Positiven* und *Negativen Elternrepräsentationen*, dem strukturellen Code *Summe Inhaltsthemen* und auch den fünf Skalen zur narrativen Affektregulierung keine signifikanten Zusammenhänge. Eine Ausnahme bildet auch hier die Skala *Narrative Kohärenz*, die mit der AFS-Skala *Soziale Erwünschtheit* wie Tabelle 3.18 zeigt.

**Tabelle 3.18: Korrelationen zwischen DIKJ und AFS sowie den Einzeldimensionen der Narrativen Kohärenz in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21, erster Messzeitpunkt)**

		Selbstbeurteilungsfragebögen				
		<i>DIKJ</i>	AFS/ Prüfungs- angst	AFS / Manifeste Angst	AFS/ Schul- unlust	AFS/ Soz. Er- wünschtheit
Kohärenz	Starke Inkohärenz	-.29	-.16	.04	-.01	<b>.48*</b>
	Inkohärenz	.33	.09	-.17	.04	.11
	Volle Kohärenz	-.06	.04	.13	.02	<b>-.44*</b>
Aus- schmückun- g	Minimaler Aufwand	-.21	-.14	.06	.21	-.04
	Ein wenig Ausschmückung	.21	.14	.08	.30	<b>.44*</b>
	Volle Ausschmückung	-.10	-.07	-.08	-.33	-.38
Konfliktumgang	Vollständige Konfliktvermeidung	-.20	-.26	-.13	-.01	.05
	Keine Konfliktlösung	-.15	-.16	-.03	.08	<b>.56**</b>
	Vereinfachte Konfliktlösung	<b>.45*</b>	.35	.28	.43	-.22
	Gelungene Konfliktlösung	-.30	-.22	-.20	-.41	-.12

Signifikanzniveau: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Die Skala *Soziale Erwünschtheit* stand in einem mittleren Zusammenhang mit allen drei Einzeldimensionen der *Narrativen Kohärenz*: je inkohärenter (*Starke Inkohärenz*:  $r=.48$ ,  $p=.03$  sowie *Volle Kohärenz*:  $r=-.44$ ,  $p=.05$ ), je häufiger wenig ausgeschmückt ( $r=.44$ ,  $p=.05$ )

und je häufiger keine Konfliktlösung ( $r=.56$ ,  $p=.009$ ) dargestellt wurde, umso höher waren die Werte eines hyperkinetischen Kindes auf der Skala *Soziale Erwünschtheit*. Zusammenfassend kann man sagen, dass sich in der Stichprobe der hyperkinetischen Kinder kaum Zusammenhänge zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen einerseits und den Spieläußerungen im Narrativ gezeigt haben, mit Ausnahme der Skala *Narrative Kohärenz*.

### **3.7.1.4 Bivariate Zusammenhänge zum ersten Messzeitpunkt zwischen Fremdverhaltenseinschätzung einerseits sowie den MSSB-Skalen und Fragebögen andererseits – Prädiktorensuche I**

Zwischen den Ergebnissen der Selbstbeurteilungsbögen zur Depression und zur Angst und den MSSB-Skalen haben wir keine Zusammenhänge entdecken können. Es stellt sich nun die Frage, ob sich Zusammenhänge zwischen externer Verhaltenseinschätzung der hyperkinetischen Kernsymptomatik durch die Eltern und Lehrer einerseits und den bekannten MSSB-Skalen andererseits finden lassen.

Überraschenderweise fanden sich zwischen Fremdeinschätzung anhand des FBB-HKS der Eltern und den MSSB-Skalen kein einziger signifikanter konkurrenter Zusammenhang. Korrelierte man die beiden Altersgruppen getrennt mit der elterlichen Einschätzung, so fand sich bei den zehn- bis zwölfjährigen ADHS-Kindern ein signifikanter Zusammenhang zu der Skala *Konfliktthemen* ( $r=-.81$ ,  $p=.008$ ): je ausgeprägter die Eltern die ADHS-Symptomatik ihrer zehn- bis zwölfjährigen Kinder bewerteten, umso weniger *Konfliktthemen* zeigten diese in ihrem Narrativ.

Zwei signifikante korrelative Zusammenhänge zeigten sich bezüglich der Lehrereinschätzung, wie es in der folgenden Tabelle 3.19 vermerkt ist: je häufiger ein hyperkinetisches Kind ein *Desorganisiertes Erzählmuster* zeigte, um so höher wurde seine hyperkinetische Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt vom/n der Lehrer/in beurteilt ( $r=.48$ ,  $p=.03$ ).

Interessanterweise zeigte sich zudem ein signifikanter negativer Zusammenhang im mittleren Bereich zwischen dem Intelligenzquotienten eines Kindes und dem Lehrerurteil: je höher der Intelligenzquotient im HAWIK-III, desto niedriger wurde die HKS-Symptomatik vom Lehrer beurteilt. Keine signifikanten Zusammenhänge hingegen wurden zwischen dem Verbal- oder Handlungsteil des HAWIK-III, den Werten in den Selbstbeurteilungsfragebögen *DIKJ* und *AFS* einerseits sowie dem Lehrerurteil andererseits gefunden. Zusammengefasst wurde die HKS-Symptomatik vom/ von der Lehrer/in desto höher beurteilt, desto niedriger

der Intelligenzquotient, desto häufiger der zentrale Konflikt vermieden und desto desorganisierter das Spiel eines Kindes war.

**Tabelle 3.19: Korrelationen zwischen dem Lehrerurteil (FBB-HKS) sowie den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21, erster Messzeitpunkt)**

	<b>FBB-HKS</b>
<b>Prosoziale Themen</b>	-.36
<b>Konfliktthemen</b>	-.05
<b>Aggressive Themen</b>	.143
<b>Positive Mutterfigur</b>	.12
<b>Positive Vaterfigur</b>	-.12
<b>Negative Mutterfigur</b>	.32
<b>Negative Vaterfigur</b>	-.20
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	-.10
<b>NK – Vollständige Konfliktvermeidung</b>	<b>.46*</b>
<b>Vermeidung</b>	.41
<b>Desorganisiertes Erzählmuster</b>	<b>.48*</b>
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	.34
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	-.39
<b>Intelligenzquotient HAWIK-III</b>	<b>-.52*</b>

Signifikanzniveau: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

### **3.7.1.5 Verhaltensvorhersage durch narrative Merkmale zum ersten Messzeitpunkt**

Eine Kernfrage bei der Arbeit mit der MacArthur Story Stem Battery berührt das Verhältnis von den im Spiel gezeigten Parametern und sonstigen Verhalten der Kinder. Wie es im Modell dieser Untersuchung postuliert wird (Kapitel 1.2.2.6), sollten diese Beziehungsschemata handlungsleitend sein; den Merkmalen im Narrativ sollten also prädiktiver Wert hinsichtlich des tatsächlich beobachtbaren Verhaltens zukommen. Aus Validitätsgründen zogen wir die Lehrereinschätzungen heran, zumal sich in der Einschätzung der Eltern keine signifikanten Zusammenhänge zum Spiel der Kinder gezeigt hatten. Tatsächlich haben wir nur korrelative Zusammenhänge zwischen dem Außenkriterium



„Beurteilung der ADHS-Kernsymptomatik durch den/die Lehrer/in“ (FBB-HKS) und dem *Desorganisierten Erzählmuster* sowie der Dimension *Konfliktumgang* gefunden. Erklärende und abhängige Variablen hatten Intervallskalenniveau. Die abhängige Variable stellte das HKS-Lehrerurteil dar. Da für eine lineare Regressionsanalyse (wie der Name schon sagt) eine lineare Beziehung zwischen der erklärenden und der abhängigen Variable bestehen muss, wurde sensu Brosius (2004) die abhängige Variable (HKS-Wert) logarithmiert. Als erklärende Variablen gingen das *Desorganisierte Erzählmuster*, die *Vollständige Konfliktvermeidung* sowie der *Intelligenzquotient des HAWIK-III* in die multiple Regressionsanalyse ein. Wurden nur die Variablen *Desorganisiertes Erzählmuster* und *Vollständige Konfliktvermeidung* in die Regressionsgleichung aufgenommen, ergab sich für die Variable *Desorganisiertes Erzählmuster* ein signifikantes Modell ( $F(1,19,20)=4.85$ ,  $\beta=.45$ ,  $p=.040$ ;  $R^2=.203$ ). Wurde der HAWIK-III-Intelligenzquotient zuzüglich in die Regressionsgleichung mit aufgenommen, wurden beide Variablen *Desorganisiertes Erzählmuster* sowie *Vollständige Konfliktvermeidung* ausgeschlossen. Der HAWIK-III-Intelligenzquotient verblieb als einziger signifikanter Prädiktor mit einem erklärten Varianzanteil von 26.7% ( $F(1,18,19)=6.54$ ,  $\beta=-.52$ ,  $p=.020$ ). Die Toleranzwerte der Kollinearitätsstatistik deuteten auf kein Vorliegen von Kollinearität hin. Je höher also der erreichte Intelligenzquotient im HAWIK-III war, umso weniger ausgeprägt schätzten die Lehrer die HKS-Symptomatik eines Kindes ein.

### 3.7.2 ERGEBNISSE DES ZWEITEN MESSZEITPUNKTES

#### 3.7.2.1 Bivariate Zusammenhänge zwischen DIKJ und den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt

Ähnlich wie zum ersten Messzeitpunkt ergaben sich insgesamt wenig signifikante Zusammenhänge. Zum zweiten Messzeitpunkt korrelierten zudem andere Variablen mit dem Depressionswert. Tabelle 3.20 zeigt die mittleren Korrelation zwischen dem Depressionswert des *DIKJ* einerseits und der *Summe der Inhaltsthemen* ( $r=.55$ ,  $p=.015$ ) sowie den *Aggressiven Themen* ( $r=.62$ ,  $p=.005$ ) andererseits: im Spiel der hyperkinetischen Kinder zeigten sich umso mehr Inhaltsthemen insgesamt und *Aggressive Themen* im Speziellen, je höher sie ihre depressive Verstimmung beurteilten. Zu den übrigen Skalen *Prosoziale Themen*, *Konfliktthemen*, den *Positiven* und *Negativen Elternrepräsentationen* und der *Narrativen Kohärenz* gab es keinen signifikanten Zusammenhang. Auch in Bezug auf die vier Skalen zur narrativen Affektregulierung *Vermeidung*, *Desorganisiertes*, *Eingeschränktes* sowie *Positiv-*

*kohärentes Erzählmuster* ergaben sich bei der Korrelation mit dem Depressionswert keine signifikanten Ergebnisse.

### 3.7.2.2 Bivariate Zusammenhänge zwischen den AFS-Skalen und den MSSB-Skalen zum zweiten Messzeitpunkt

Auch hier zeigten sich zwischen den AFS-Skalen und den inhaltlichen Skalen *Prosoziale Themen, Konflikthemen, den Positiven und Negativen Elternrepräsentationen, der Narrativen Kohärenz* und auch den Skalen zur narrativen Affektregulierung keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge. Allerdings korrelierten zwei AFS-Skalen, wie beim DIKJ auch, mit den MSSB-Skalen *Summe der Inhaltsthemen* sowie *Aggressive Themen* (s.a. Tabelle 3.20). Je mehr *Prüfungsangst* ein hyperkinetisches Kind im Fragebogen angab, umso mehr *Inhaltsthemen* allgemein und umso mehr *Aggressive Themen* kamen in seinem Spiel vor ( $r=.57, p=.01$ , resp.  $r=.54, p=.02$ ). Je höher die Werte der Skala *Manifeste Angst* waren, umso mehr aggressive Themen tauchten im Spiel eines hyperkinetischen Kindes auf ( $r=.51, p=.03$ ).

**Tabelle 3.20: Korrelationen zwischen DIKJ und AFS und den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS- (N =21, zweiter Messzeitpunkt)**

	Selbstbeurteilungsfragebögen				
	DIKJ	Prüfungs- angst	Manifeste Angst	Schul- unlust	Soziale Erwünschtheit
Summe der Inhaltsthemen	<b>.55*</b>	<b>.57*</b>	.35	.09	-.37
Aggressive Themen	<b>.62**</b>	<b>.54*</b>	<b>.51*</b>	.46	-.40

Signifikanzniveau: \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$

### 3.7.2.3 Bivariate Zusammenhänge zum zweiten Messzeitpunkt zwischen Fremdverhaltenseinschätzung einerseits sowie den MSSB-Skalen und Fragebögen andererseits – Prädiktorensuche II

Beim zweiten Messzeitpunkt fanden sich signifikante Zusammenhänge im mittleren zwischen der Beurteilung der hyperkinetischen Kernsymptomatik durch den/die Lehrer/in (HKS-Wert) auf der einen Seite mit der MSSB-Skala *Aggressive Themen* und einer Einzeldimension der *Narrativen Kohärenz* auf der anderen Seite (s. Tabelle 3.21). Je stärker ihre hyperkinetische Symptomatik vom/von der Lehrer/in beurteilt worden war, umso mehr

*Aggressive Themen* ( $r=.46$ ,  $p=.036$ ) figurierten im Spiel der hyperkinetischen Kinder und umso inkohärenter war ihr Spiel (*Starke Inkohärenz*:  $r=.59$ ,  $p=.005$ , *Inkohärenz*:  $r=.45$ ,  $p=.04$  sowie *Volle Kohärenz*:  $r=-.52$ ,  $p=.02$ ). Diese Variablen gingen neben dem HAWIK-III-Intelligenzquotienten, der ebenfalls wie zum ersten Messzeitpunkt signifikant mit dem HKS-Wert korrelierte ( $r=-.58$ ,  $p=.007$ ), als potentielle Prädiktoren in die Regressionsanalyse zur Vorhersage der Lehrerbeurteilung der ADHS-Symptomatik ein (s.u.)

Keine der Korrelationen zwischen der Beurteilung der hyperkinetischen Kernsymptomatik der LehrerInnen (HKS) zum zweiten Messzeitpunkt und der Werte in den Selbstbeurteilungsfragebögen *DIKJ* und *AFS* wurden signifikant.

**Tabelle 3.21: Korrelationen zwischen dem Lehrerurteil (FBB-HKS) sowie den MSSB-Skalen in der Gruppe der Kinder mit ADHS (N=21, zweiter Messzeitpunkt)**

	<b>FBB-HKS</b>
<b>Prosoziale Themen</b>	-.07
<b>Konfliktthemen</b>	-.04
<b>Aggressive Themen</b>	<b>.46*</b>
<b>Positive Mutterfigur</b>	-.01
<b>Positive Vaterfigur</b>	-.13
<b>Negative Mutterfigur</b>	.21
<b>Negative Vaterfigur</b>	-.06
<b>Summe Inhaltsthemen</b>	-.10
<b>NK – Starke Inkohärenz</b>	<b>.59**</b>
<b>NK –Inkohärenz</b>	<b>.45*</b>
<b>NK – Volle Kohärenz</b>	<b>-.52*</b>
<b>Vermeidung</b>	.20
<b>Desorganisiertes Erzählmuster</b>	.32
<b>Eingeschränktes Erzählmuster</b>	.10
<b>Positiv-kohärentes Erzählmuster</b>	-.22
<b>Intelligenzquotient HAWIK-III</b>	<b>-.58**</b>

Signifikanzniveau: \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$

### 3.7.2.4 Verhaltensvorhersage durch narrative Merkmale zum zweiten Messzeitpunkt

Bei den regressionsanalytischen Berechnungen wurde das gleiche Vorgehen gewählt wie bezüglich des ersten Messzeitpunktes (s. dazu Kap. 3.6.1.5). Wurden als Prädiktoren nur die MSSB-Variablen als unabhängige Variablen eingegeben, wurde einzig für das Merkmal *Volle Kohärenz* ( $F(1,20)=5.46$ ,  $\beta=-.47$ ,  $p=.031$ ,  $R^2=.223$ ) ein signifikantes Modell berechnet. Wurde jedoch, wie zum ersten Messzeitpunkt, der HAWIK-III-Intelligenzquotient zuzüglich in die Regressionsgleichung mit aufgenommen, wurden alle übrigen Variablen als nicht signifikant ausgeschlossen. Der HAWIK-III-Intelligenzquotient verblieb als einziger signifikanter Prädiktor mit einem erklärten Varianzanteil von 34.0% ( $F(1,18,19)=9.26$ ,  $\beta=-.58$ ,  $p=.007$ ). Die Toleranzwerte der Kollinearitätsstatistik deuteten ebenfalls auf kein Vorliegen von Kollinearität hin. Auch zum zweiten Messzeitpunkt galt also: je höher also der erreichte Intelligenzquotient im HAWIK-III war, umso weniger ausgeprägt schätzten die Lehrer die HKS-Symptomatik eines Kindes unter Medikation ein.

## 3.8 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER FRAGEBÖGEN

### *Erster Messzeitpunkt*

Die Ergebnisse der Selbstbeurteilungsbögen *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)* sowie *Angstfragebogen für Schüler (AFS)* zeigten, dass sich die hyperkinetischen Kinder zum ersten Messzeitpunkt, bezogen auf die Depressions- und Angstwerte, nicht signifikant von den unauffälligen Kontrollkinder unterschieden. Dies wurde anhand eines T-Tests für unabhängige Stichproben geprüft. Hinsichtlich der bivariaten Zusammenhänge anhand von Pearson-Korrelationen zwischen den Angaben in Selbsteinschätzungsfragebögen einerseits und den Variablen im Spielnarrativ der hyperkinetischen Kinder andererseits zeigten sich zum ersten Messzeitpunkt folgende Zusammenhänge mittlerer Größe: je höher der Wert im Depressionsinventar war, desto häufiger griffen die hyperkinetischen Kinder zur Lösung des im *story stem* dargestellten Dilemmas auf vereinfachte Konfliktlösungen zurück (bspw. indem das Dilemma mit einer knappen Antwort und ohne weitere Erklärungen für gelöst erklärt wird). Die *Narrative Kohärenz* wies auch einen Zusammenhang mit der AFS-Skala *Soziale Erwünschtheit* auf; je niedriger die *Narrative Kohärenz* in den Narrativen war, umso höher waren die Werte eines hyperkinetischen Kind auf der Skala *Soziale Erwünschtheit*.

Zwischen der Verhalteneinschätzung von Außen – der Beurteilung des/der Lehrers/in der hyperkinetischen Kernsymptomatik eines Kindes - zeigte sich zum ersten Messzeitpunkt

ein mittlerer Zusammenhang mit der Skala *Desorganisiertes Erzählmuster* sowie mit der Dimension *Vollständige Konfliktvermeidung*, wobei diese Einzelvariable zur Skala *Desorganisiertes Erzählmuster* gehört. Je höher also die hyperkinetische Kernsymptomatik in der Schule vom Lehrer beurteilt wurde, umso häufiger tauchten *negative Elternfiguren* im Spiel auf, umso häufiger wurden Elemente des Spiels verleugnet, umso häufiger beschäftigte sich das Kind mit anderen als vom *story stem* vorgegebenen Inhalten, umso inkohärenter war das Narrativ insgesamt und als umso weniger gelungen wurde die gewählte Lösung des hypothetischen Dilemmas bewertet. Die Regressionsanalysen allerdings zeigten, dass für die Einschätzung des hyperkinetischen Verhaltens durch den/die Lehrer/in allein der Intelligenzquotient als signifikanter Prädiktor fungiert. Wurde die Regressionsanalyse mit MSSB-Skalen alleine durchgeführt, konnte, ganz im Sinne von das Verhalten determinierenden Beziehungsschemata, das *Desorganisierte Erzählmuster* die Einschätzung des hyperkinetischen Verhaltens durch den/die Lehrer/in voraussagen.

### *Zweiter Messzeitpunkt*

Dass die medikamentöse *treatment-as-usual* Intervention bei der Reduktion der Kernsymptomatik erfolgreich war, dokumentiert die hochsignifikante Abnahme des Wertes des Lehrerurteils. Gleichzeitig sanken auch die Selbsteinschätzungswerte in der *Prüfungsangst* und in der *Schulunlust*.

Bei der Analyse der bivariaten Korrelationszusammenhänge nach Pearson-Bravais zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich, dass die medizierten hyperkinetischen Kinder desto mehr *Inhaltsthemen* allgemein und umso mehr *Aggressive Themen* spielten, je höher ihre Angaben im Depressionsinventar und auf der Angstskala *Prüfungsangst* waren. Zu dem war auch ihr Wert auf der Angstskala *Manifeste Angst* umso höher, je mehr *Aggressive Themen* sie spielten.

Die *Aggressiven Themen* standen darüber hinaus auch in einem Zusammenhang mit der Beurteilung der hyperkinetischen Kernsymptomatik durch den/die Lehrer/in (*HKS-Wert*): je mehr *Aggressive Themen* sie spielten und je inkohärenter ihr Spiel war, desto höher die Werte in der Lehrerbeurteilung.

Die Regressionsanalysen zeigte, dass zum zweiten Messzeitpunkt, wie zum ersten Messzeitpunkt auch, der Intelligenzquotient der stärkste signifikante Prädiktor für die Verhaltenseinschätzung auf der Seite des/der Lehrer/in darstellte. Die Regressionsanalyse mit MSSB-Variablen alleine ergab, dass die *Volle Kohärenz* gegengerichtet die HKS-Beurteilung voraussagen konnte. Tabelle 3.22 fasst die genannten Ergebnisse überblicksartig zusammen.

**Tabelle 3.22: Überblick über die Ergebnisse der hyperkinetischen Kinder bei den Fragebögen**

Im Vergleich zu unauffälligen Kindern zeigten die hyperkinetischen Kinder

- keine höheren Werte im Depressionsfragebogen
- und keine höheren Werte im Angstfragebogen.

Zum zweiten Messzeitpunkt, im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt,

- schätzten die Lehrern/innen die ADHS-Symptomatik der hyperkinetischen Kinder hochsignifikant niedriger ein,
- nahm signifikant die Prüfungsangst
- sowie signifikant die Schulunlust der Kinder mit ADHS ab.

Zum ersten Messzeitpunkt waren die Werte der hyperkinetischen Kinder

- im Depressionsfragebogen umso höher, je häufiger im Narrative eine vereinfachte Konfliktlösung gezeigt wurde,
- umso höher auf der Skala *Soziale Erwünschtheit*, je inkohärenter und je weniger ausgeschmückt das Narrativ war und je häufiger keine Konfliktlösung dargestellt wurde,
- im ADHS-Lehrerurteil umso höher, je häufiger sie im Spiel eine vollständige Konfliktvermeidung zeigten und je höher ihr Wert beim *Desorganisierten Erzählmuster* war,
- die Werte im Gesamtscore des HAWIK-III um so niedriger, je höher ihr Wert im *Desorganisierten* und *Eingeschränkten Erzählmuster* sowie auf der Skala *Vermeidung* war,
- und im Verbalteil des HAWIK-III umso niedriger, je höher ihr Wert im *Desorganisierten Erzählmuster* war.

Zum zweiten Messzeitpunkt waren die Werte der hyperkinetischen Kinder

- im Depressionsfragebogen umso höher, je mehr *Inhaltsthemen* und je mehr *Aggressive Themen* sie zeigten,
- auf der Angstskala *Prüfungsangst* umso höher, je mehr *Inhaltsthemen* und umso mehr *Aggressive Themen* sie zeigten,
- auf der Angstskala *Manifeste Angst* umso höher, je mehr *Aggressive Themen* sie zeigten,
- im ADHS-Lehrerurteil umso höher, je häufiger sie *Aggressive Themen* im Spiel zeigten und je inkohärenter ihr Spiel war.

Als signifikanter Prädiktor für den HKS-Wert im Lehrerurteil

- wurde sowohl zum ersten Messzeitpunkt mit einem Varianzanteil von 26.7 % als auch zum zweiten Messzeitpunkt mit einem Varianzanteil von 30.4 % der HAWIK-III- Gesamtscore (gegengerichtet) identifiziert.

## 4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK

Die Ziele der vorliegenden Arbeit waren die Untersuchung der verinnerlichten Beziehungsrepräsentationen (Beziehungsschemata) und der damit verbundenen Affektregulierung von Kindern mit ADHS sowie die Auswirkungen einer medikamentösen *treatment-as-usual*-Intervention auf diese Beziehungsrepräsentationen. Sowohl die Beziehungsschemata als auch die Affektregulierungsstrategien sollten sich inhaltlich und formal in den Narrativen der Kinder zeigen, die man als Lösungsversuche der konflikthaft zugespitzten emotionalen Dilemmata der *Story Stems* verstehen kann. Die Beziehungsrepräsentationen sollten auf ihre Eignung zur Verhaltensvorhersage geprüft werden. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz geprüft werden, um gegebenenfalls gezieltere therapeutische Interventionen abzuleiten. Hierfür wurden die Narrative von Kindern mit ADHS mit denjenigen unauffälliger Kinder verglichen sowie die Veränderungen im Narrativ der Kinder mit ADHS vor und während der medikamentösen Behandlung. Die Narrative der Kinder wurden in einem weiteren Schritt mit Selbsteinschätzungsfragebögen sowie mit den Eltern- und Lehrerratings ihrer ADHS-Symptomatik in Beziehung gesetzt.

Der Aufbau der Diskussion gliedert sich in fünf Abschnitte. Im ersten Abschnitt werden die querschnittlichen Ergebnisse diskutiert, an dessen Ende die vorliegenden Ergebnisse mit Vorschlägen zur psychotherapeutischen Klinik verknüpft werden. Im folgenden, zweiten Abschnitt werden die längsschnittlichen Ergebnisse diskutiert. Im dritten Teil wird auf die Merkmale zur Verhaltensvorhersage eingegangen, worauf der vierte Teil mit den methodischen Einschränkungen und dem Ausblick im fünften Teil folgen.

Da sich - im Gegensatz zum häufig in der Literatur berichteten Befund (Clyman, 2003; Grych et al., 2001; Klitzing, v. et al., 2000; Kochanska et al., 1996; Oppenheim, Nir et al., 1997; Woolgar et al., 2001; Stadelmann, 2006; Zahn-Waxler et al., 1994, 1996;) - in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit keine Geschlechtsunterschiede auf den MSSB-Skalen fanden, beziehen sich die diskutierten Ergebnisse auf Jungen und Mädchen gleichermaßen.

### 4.1 DIE QUERSCHNITTLICHE BETRACHTUNG: DER GRUPPENUNTERSCHIED

Die vorliegende Untersuchung konnte belegen, dass sich die Narrative von ADHS-Kindern im Vergleich zu unauffälligen Kindern in vielfältiger Weise unterscheiden. Diese Unterschiede beziehen sich nicht nur darauf, welche unterschiedlichen Inhalte gespielt werden, sondern auch auf welche unterschiedliche Art und Weise die Kinder mit den emotionalen Dilemmata, die, wie Bar-Haim et al. (2004) für die physiologische Ebene zeigen

konnten, eine leichte, aber nachweisbare emotionale Destabilisierung auslösen, umgehen. Mit der breitgefächerten Analyse des Narrativs wird in der vorliegenden Arbeit der Gefahr einer Auswertungsverzerrung nach Oppenheim und Waters (1995) ausgewichen, die darin besteht, Normpopulationen mit inhaltlichen Parametern zu untersuchen, während klinische Gruppen eher anhand struktureller Parameter bewertet wurden. Tatsächlich zeigte sich jedoch zusammenfassend, dass sich die klinische Gruppe der vorliegenden Arbeit mehr in den strukturellen Parametern als in den inhaltlichen Parametern von den sog. unauffälligen Kindern unterscheidet. Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Variablengruppen *Beziehungsschemata*, *Elternrepräsentationen*, *Strukturelle Merkmale* sowie *Affektregulierung* eingegangen.

### ***Beziehungsschemata***

Bei den Beziehungsschemata zeigen sich deutliche Unterschiede: so kommen im Spiel der ADHS-Kinder im Vergleich zu demjenigen der unauffälligen Kinder weniger *Prosoziale Themen* und weniger *Konfliktthemen* vor, während sie sich in der Häufigkeit der gezeigten *Aggressiven Themen* nicht von den Kontrollgruppenkindern unterscheiden. Dies spiegelt sich auch in der Analyse der Einzelvariablen wider, welche zeigt, dass im Narrativ der hyperkinetischen Kinder insgesamt weniger Themen, die mit Zugewandtheit, Nähe und Kontakt in Verbindung stehen (wie z.B. *Empathie / Hilfe*, *Zuneigung*, *Folgen*, *Zugehörigkeit*), vorkommen, sowie auch weniger Themen, die mit gesteuerter interpersoneller Auseinandersetzung, bzw. Konfliktbewältigung zu tun haben (bspw. *Wettbewerb*, *Verbaler Konflikt*, *Tadel/ Beschuldigung*, *Interpersonelle Konfliktlösung*).

Die niedrigeren Werte auf der Skala *Prosoziale Themen* stellen ein hypothesenkonformes Ergebnis dar und replizieren damit bekannte Befunde aus der Literatur, die häufiger *Prosozialen Themen* bei unauffälligen und bindungssicheren Kindern im Vergleich zu Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten gefunden haben (bspw. Bretherton et al., 1990b; Delatrée, 2007; Mize & Ladd, 1988; Oppenheim, Nir et al., 1997). Es ist leicht nachvollziehbar, dass die ADHS-Kinder aufgrund ihrer Lerngeschichte mit ihren negativen Interaktionszirkeln (auf die Besonderheiten im Kontakt zwischen Eltern und Kind sind wir ausführlich eingegangen) Beziehungsschemata entwickelt haben könnten, die wenig prosoziale oder positive Interaktionsformen beinhalten, und sich dies auch in den Narrativen zeigen muss, da sie auf diese Erfahrungen zurückgreifen müssen, um die ihnen gestellte Aufgabe zu bewältigen. Dass die ADHS-Kinder der vorliegenden Stichprobe signifikant seltener mit prosozialen Verhaltensweisen auf die emotionalen Dilemmata reagieren, könnte



ein Hinweis darauf sein, dass es ihnen tatsächlich weniger möglich ist, auf prosoziale Verhaltensweisen zurückzugreifen.

Während der Befund vermehrter *Prosozialer Themen* in der Gruppe der Kontrollkinder mit der Literatur in Einklang steht, stehen die Ergebnisse bezüglich der *Aggressiven Themen* und *Konfliktthemen* im Widerspruch dazu. In der vorliegenden Untersuchung reagieren die von ADHS betroffenen Kinder auf die emotionalen Dilemmata signifikant seltener mit *Konfliktthemen*, also mit Formen von gesteuerter Auseinandersetzung, und ähnlich häufigen *Aggressiven Themen*<sup>22</sup>. Dabei kann der mehrfach belegte Befund aus der Literatur von Zusammenhängen zwischen Kindern mit externalisierenden Störungen und aggressiven Themen - allerdings mehrheitlich bei deutlich jüngeren Kindern im Kindergartenalter – als robust gelten (bspw. Klitzing, v. et al., 2000; Stadelmann, 2006; Warren et al., 1996; Zahn-Waxler et al., 1994). Hierbei muss zwar berücksichtigt werden, dass die Gruppe der externalisierenden Störungen im CBCL (Achenbach, 1991a,b) nicht deckungsgleich mit der Symptomgruppe ADHS ist, aber auch spezifischere klinische Untergliederungen konnten einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Symptomgruppe Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität und der Variablengruppe der negativ-aggressiven Themen zeigen (insbesondere Stadelmann, 2006). Überdies sind in zahlreichen Untersuchungen positive, wenn auch in der Regel niedrige Zusammenhänge zwischen aggressiven Themen und Eltern- und Lehrerurteilen (CBCL, Achenbach (1991a,b)) für externalisierende Störungen gefunden worden (bspw. Juen et al., 2005; Klitzing, v. et al., 2000; Laible et al., 2004; Stadelmann, 2006; Warren et al., 1996; Woolgar et al., 2001; Zahn-Waxler et al., 1994). In zwei amerikanischen Studien kamen aggressiven Themen sogar prädiktive Bedeutung zu: so sagten im Spiel dreijähriger Kinder aggressive Konfliktthemen feindseliges und hyperaktives Verhalten im Lehrerurteil im Alter von fünf Jahren voraus (Zahn-Waxler et al., 1996), und im Spiel siebenjähriger Mädchen sagten feindselig/aggressive Themen indirekte und offene Aggression im Alter von 13 Jahren voraus (Zahn-Waxler et al., 2005). In der vorliegenden Untersuchung kommt diesem Themenkomplex jedoch keine hohe Aussagekraft zu: es finden sich keine signifikante Zusammenhänge zwischen den Skalen *Aggressiven Themen* und *Konfliktthemen* einerseits und dem Elternurteil oder dem Lehrerurteil, erhoben mit dem *Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetischen Störungen (FBB-HKS, Döpfner & Lehmkuhl, 2000)*, andererseits.

---

<sup>22</sup> Die Letzteren setzen sich, im Gegensatz zu den *Konfliktthemen*, größtenteils aus Variablen zusammen, die massive, besorgniserregende Aggression beschreiben, die selten gespielt werden (wie bspw. *Tod, körperliche Aggression, Verletzung körperlicher Integrität*).

Vor dem Hintergrund, dass die Beziehungen der ADHS-Kinder in der Regel von häufigen Konflikten geprägt, ist der Befund der vorliegenden Untersuchung, dass die ADHS-Kinder weniger *Konfliktthemen* in ihrem Narrativ zeigen, unerwartet. Hierbei weisen bemerkenswerterweise die älteren ADHS-Kinder, absolut gesehen, niedrigere Werte sowohl gegenüber denjenigen der Kontrollgruppe mit fast gleichbleibend höheren Werten als auch gegenüber denjenigen der jüngeren ADHS-Kinder auf. Möglicherweise haben die in der vorliegenden Untersuchung durchschnittlich älteren ADHS-Kinder im Zuge von sozialen Anpassungs- und Reifungsprozessen gelernt, dass aggressive, auf Konflikte bezogene Interaktionsformen gesellschaftlich und vor allem innerlich (d.h. aufgrund eigener innerer Gründe) sanktioniert sind und sie aus diesem Grunde im Narrativ nicht gezeigt werden sollten. Auf die Gruppe der Kontrollgruppenkinder bezogen bedeutet dies, dass zu einer guten psychischen Adaptationsleistung gehört, Aggression in einer regulierten und symbolisierten Form zeigen zu können. Für dies Annahme spricht auch die mittlere Korrelation zwischen *Narrativer Kohärenz* und *Konfliktthemen*: gerade diejenigen Kinder, die eine hohe *Narrativer Kohärenz* zeigen, stellen häufiger Konfliktthemen dar.

Die seltener gezeigten *Konfliktthemen* bei den von ADHS betroffenen Kindern können auch eine Reaktion auf die im Alltag tatsächlich häufig erlebten Konflikte sein. Was diese Erklärung stützen könnte, ist der Befund, dass in der vorliegenden Untersuchung gerade in der Gruppe der älteren ADHS-Kinder erhöhte Verhaltensauffälligkeit im Urteil ihrer Eltern mit weniger *Konfliktthemen* im Narrativ korreliert – je auffälliger sie also von ihren Eltern beurteilt werden, desto seltener kommen *Konfliktthemen* im Narrativ vor. Da die ADHS-Kinder nicht nur gleich viel, sondern sogar signifikant *weniger Konfliktthemen* als die Kontrollgruppenkinder zeigen, kann man ihr Spiel an dieser Stelle sogar als überreguliert interpretieren. Denkbar wäre also im Sinne der von Clyman (2003) geäußerten Regulationshypothese auch ein solcher Zusammenhang, wonach Konfliktthemen bei ADHS-Kindern gerade aus diesem Grund seltener vorkommen, *weil* der Alltag so konfliktbehaftet ist – und es sich somit um einen vermeidenden Umgang mit Konflikten handelt. In diesem Lichte betrachtet könnte man das signifikant seltenere Vorkommen an Themen gesteuerter Auseinandersetzung als eine Facette mangelnder sozialer Kompetenz verstehen.

Der Befund, dass im Spiel der ADHS-Kinder das gesamte Spektrum – also sowohl weniger *Prosoziale* als auch weniger *Konfliktthemen* – seltener dargestellt wird als bei Kontrollgruppenkindern, spiegelt sich auch in den hochsignifikant erniedrigten Werten der *summierten Inhaltsthemen* und anderen strukturellen Parametern wider und verweist auf ein insgesamt reduziertes Spiel – darauf wird im Folgenden noch ausführlicher zu sprechen sein.

Oppenheim et al. (1997a) gehen im Anschluss an die Ergebnisse ihrer Untersuchung davon aus, dass positive und negative Beziehungsrepräsentationen als unabhängig voneinander und nicht als Pole einer einzigen Beziehungsdimension zu konzeptualisieren sind. In der Literatur wurde mehrfach das Phänomen, sowohl positive als auch negative Beziehungsaspekte gleichzeitig im Narrativ darzustellen, mit emotionaler Offenheit in Zusammenhang gebracht, die ihrerseits mit der Fähigkeit, Ambivalenz in Beziehungen besser zu ertragen, in Verbindung steht (bspw. Oppenheim & Waters, 1995; Oppenheim, Nir et al., 1997). Die Bindungsforschung betont an dieser Stelle, dass die Schwierigkeit, komplexe Beziehungsaspekte, bzw. vor allem negative Beziehungsaspekte im Narrativ zu verarbeiten, mit dem Vorgang der *defensive exclusion* zusammenhängt, damit bestimmte, zu schmerzlich erlebte Affekte aus dem Bewusstsein ausgeschlossen werden können (s. dazu Kapitel 1.3.3). Aus dieser Sicht ergibt sich die Frage, ob die insgesamt verminderte Darstellung von sowohl positiven als auch negativen Beziehungsthemen bei ADHS-Kindern eine geringere emotionale Offenheit und damit einen tendenziell vermeidenden Umgang mit beziehungsrelevanten Themen widerspiegeln. Diese Frage lässt sich vielleicht nur im Rahmen der folgenden Gesamtbetrachtung beantworten.

Ferner könnte auch mit einer Art Bodeneffekt zusammenhängen, dass sich kein Unterschied in der Häufigkeit *Aggressiver Themen* gezeigt hatte. Aufgrund ihrer Seltenheit im Narrativ differenzieren sie möglicherweise nicht zwischen den Untersuchungsgruppen. Die Befundlage der im angelsächsischen Bereich mehrfach bestätigten Bedeutung aggressiver Themen scheint in europäischen Studien uneindeutiger zu sein: so unterscheiden sich auch bei Delatrée (2007) in den Skalen negativ/aggressiver Themenaggregate die ADHS- und Kontrollgruppe nicht voneinander und Ähnliches zeigt sich auch bei Stadelmann (2006), die keine Zusammenhänge zum negativ-aggressiven Aggregat alleine fand, dort allerdings bei jüngeren Kindern einer nicht-klinischen Stichprobe. Anders jedoch bei Juen et al. (2005), die in ihrer Stichprobe von Kindergartenkindern Zusammenhänge zwischen dysregulierter Aggression im Spiel und erhöhten Werten auf der CBCL-Skala Aufmerksamkeitsprobleme (Achenbach, 1991a,b) fanden.

Möglicherweise aber verwischt auch die rechnerische Auswertungsweise, nämlich die Aufsummierung der Items zur Skala *Aggressive Themen*, eine Differenzierung zwischen den Untersuchungsgruppen. Aus diesem Grund ist die Analyse einzelner Variablen lohnenswert. Wenn wir auf die Ebene der Einzelvariablen gehen, zeigt sich, dass die ADHS-Kinder in ihrem Spiel signifikant häufiger *körperliche Aggression* darstellen – während die Kontrollkinder keine einzige Einzelvariable aus dem aggressiven Verhaltensspektrum

häufiger als die ADHS-Kinder zeigen. Es ist denkbar, dass sich in dieser Variable *körperliche Aggression* die tatsächlichen Affektregulierungsschwierigkeiten von ADHS-Kindern widerspiegeln, auf Konflikte impulsiv in körperlich aggressiver Weise zu reagieren. Dies stellt – im Vergleich zu den Konfliktthemen - keine gesteuerte oder regulierte Form von sozialer Auseinandersetzung dar. Im Zusammenhang mit der *Narrativen Kohärenz* wird weiter unten nochmals genauer auf die *Aggressiven Themen* eingegangen.

### ***Elternrepräsentationen***

Die Ergebnisse dieser Dimension barg in dieser Untersuchung die größten Überraschungen. Während die explorativen Ergebnisse auf der Ebene der Einzelitems vollständig in die erwartete Richtung weisen, bestätigen sich in der breiteren Dimension der Elternrepräsentationen die von uns zuvor aufgestellten globaleren Hypothesen nicht. Wir hatten signifikant häufigere Darstellungen von *Negativen Elternrepräsentationen* sowie signifikant seltenere Darstellungen von *Positiven Elternrepräsentationen* erwartet. Tatsächlich ist allein auf der Skala *Negative Mutterfigur* eine Tendenz dahingehend ablesbar, dass im Spiel der hyperkinetischen Kinder sowohl quer- als auch längsschnittlich betrachtet diese Mutterfigur häufiger vorkommt. Dieses Ergebnis allerdings weist in die Richtung der vorliegenden Annahmen, die von einer Objektrepräsentanz bei ADHS-Kindern ausgeht, die eher strafende und feindselige Charaktereigenschaften verkörpert. Ansonsten zeigen sich auf Skalenebene keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Dies bedeutet, dass die ADHS-Kinder der vorliegenden Stichprobe zwar über eine tendenziell negative mütterliche Beziehungsrepräsentanz verfügen, deren positive Elternrepräsentanzen jedoch gleich „gut“ wie diejenigen der Kontrollgruppenkinder zu sein scheinen. Es gibt also auch positive Beziehungsschemata, auf die die ADHS-Kinder zurückgreifen können. Dies ist vor allem aus klinischer Sicht relevant, da der Anteil an positiven Elternrepräsentanzen möglicherweise mit einer positiven Prognose in Zusammenhang stehen könnte.

Vergleichbar mit anderen Untersuchungen (bbspw. Bureau & Moss, 2001; Grych et al., 2001; Shamir et al., 2001; Stover et al., 2006) wurden im Spiel der Kinder der vorliegenden Untersuchung die Elternrepräsentationen durchschnittlich seltener als die übrigen Skalen kodiert, und die *Negativen Elternfiguren* noch seltener als die *Positiven Elternfiguren*. Es überraschte, dass sich die Elternrepräsentationen im Vergleich mit der Literatur als so wenig bedeutsam erweisen, auch hinsichtlich der Zusammenhänge mit dem elterlichen Außenkriterium *FBB-HKS*. So haben sich in der vorliegenden Untersuchung im Gesamten betrachtet keine Zusammenhänge zwischen den Elternrepräsentationen und der Einschätzung

der Eltern der ADHS-Symptomatik herausgestellt, im Gegensatz zu bspw. Oppenheim et al. (1997a), die ebenfalls Aggregate von Ratingcodes gebildet und die sowohl konkurrente als auch prädiktive Zusammenhänge zwischen Elternbeurteilung und Elternrepräsentationen gefunden hatten, allerdings auch hier bei einer deutlich jüngeren, nicht-klinischen Stichprobe. In dieser Untersuchung hatten u.a. die kindliche Darstellung einer negativen Mutterfigur signifikant mit der mütterlichen Angabe einer externalisierenden Störung im CBCL (Achenbach, 1991a,b) korreliert und darüber auf mögliche negative Interaktionszirkel verwiesen. Ein ähnlicher Zusammenhang von elterlichen Beziehungsschemata auf Skalenebene auf der Seite der Kinder und Verhaltensbeurteilungen der Kinder durch die Eltern wäre auch für die vorliegende Stichprobe erwartbar gewesen, dies lässt sich jedoch bei diesen Kindern nicht finden. Die starke Streuung verweist zudem auf eine hohe interindividuelle Variabilität bei der Darstellung der Elternrepräsentationen, was zu einem zusätzlichen statistischen Einfluss führt. Aus methodischer Sicht ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Untersuchung die Elternrepräsentationen zwar noch immer hohe, im Vergleich zu den übrigen Skalen jedoch niedrigere Interraterreliabilitäten (zwischen .64 und .80) aufweisen.

In einigen Untersuchungen, die Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppen fanden, wurden Einzelvariablen zur Charakterisierung von Elternrepräsentationen herangezogen (bspw. Grych et al., 2001; Page & Bretherton, 2003b). Es wäre denkbar, dass auch bei diesen Codes die Einzelauswertung lohnenswerter ist, da bei einer summierten Auswertung über mehrere Variablen hinweg die Unterschiede möglicherweise nivelliert werden oder ganz verschwinden.

Die Analyse der Einzelvariablen indessen offenbart, dass die hyperkinetischen Kinder als Reaktion auf die dargestellten emotionalen Dilemmata im Spiel häufiger *Neutrale Elternfiguren* und auch häufiger eine *verbal aggressive* und *nicht-begrenzende Mutterfigur* darstellen. Zudem stellen sie häufiger Interaktionen mit Eltern vom Typus *Rollenumkehr* dar, ferner kommt der positive Code *Väterliche Strenge / Zurechtweisung* seltener als bei den Kontrollkindern vor. Diese Repräsentationen könnten weitere Hinweise auf die in den Beziehungsschemata verankerten Objektrepräsentanzen liefern, die die von ADHS betroffenen Kinder entwickelt haben. Die im Spiel der ADHS-Kinder seltener vorkommende Variable *Väterliche Strenge / Zurechtweisung* könnte für eine fehlende innere väterliche Repräsentanz stehen, die ebenfalls begrenzende und haltgebende Funktion hat. Dies ist mit der psychoanalytischen pathogenetischen Annahme von fehlender Triangulierung vereinbar, bei welcher innerhalb der familiären Dynamik die psychische Repräsentation eines starken,

wohlwollend-grenzsetzenden väterlichen Objektes fehlt, welches die Kinder aus vielerlei Gründen als Identifikationsfigur benötigen, nicht zuletzt, um sich selbst zu beruhigen. Welche Auswirkungen dies zeitigen kann, ist in Kapitel 1.2.2.5 weiter ausgeführt. Die im Unterschied zur Kontrollgruppe dargestellten *neutralen Elternfiguren* verweisen auf Beziehungsschemata, in welchen möglicherweise neutrale, also ohne deutliche affektive Valenz belegte Beziehungserfahrungen verankert sind. Diesen Repräsentationen könnte man somit eine deutlich beziehungsvermeidende Eigenschaft zuschreiben. Die *Mutterfigur* wird in eher feindseliger Weise charakterisiert, sie sticht durch verbale Aggressivität und gleichzeitig durch fehlende Grenzsetzungen und damit auch als wenig haltgebend hervor. Komplementär dazu haben die ADHS-Kinder häufiger *Rollenumkehr* (im Sinne von Parentifizierung) dargestellt, eine Variable die Buchsbaum et al. (1992), Solomon et al. (1995) und Clarke et al. (2001) u.a. mit dem desorganisierten Bindungsmuster in Verbindung gebracht haben, das wiederum selbst von einigen Forschern als ursächlich für die ADHS-Symptomatik betrachtet wird (bspw. Brisch, 2002; Clarke et al., 2001; Kummetat, 2007).

Zusammengenommen lassen sich aus der Einzelitemanalyse und den damit verbundenen Repräsentationen für die kindliche Seite ein Beziehungserleben ableiten, in welchem sich die ADHS-Kinder wahrscheinlich insgesamt wenig begrenzt, gehalten und unterstützt fühlen. Diese auf empirischem Wege gewonnenen Variablen auf der kindlichen Seite stehen mit den komplementären klinischen Berichten von Eltern (oftmals von Müttern als Hauptbetreuungsperson) über familiäre Interaktionen in Einklang, die ihrerseits häufig das Kind als provokativ und Grenzen missachtend beschreiben. Nicht selten erleben sich die Eltern (wie die Therapeuten) dem Kind gegenüber als machtlos und in ihrer Funktion als Grenzen setzende und damit haltgebende Autoritätsperson eingeschränkt (s. dazu auch Kapitel 1.2.1.2 „*Der psychodynamische Blick*“).

Zusammengefasst kann man von diesen Ergebnissen ausgehend also formulieren, dass die ADHS-Kinder über ähnlich positive Elternrepräsentationen verfügen wie die Kinder der Kontrollgruppe. Gegenüber der Auswertung auf Skalenebene erwies sich die Analyse der Einzelitems als aussagekräftiger. Was die von ADHS betroffenen Kinder von der Kontrollgruppe unterscheidet, sind Beziehungsrepräsentationen, die sowohl deutlich vermeidenden als auch wenig begrenzenden und haltgebenden Charakter haben. Damit sind sie den Repräsentanzen der von ADHS betroffenen Kindern nach Bürgin und Steck (2007) sehr ähnlich, die „kaum eine containing- oder holding-function für Affekte, Gedanken, Phantasien, Wünsche, Bedürfnisse, Spannungen, Erregungen etc. besitzen, sondern all diese vom Kinder her kommenden Vitalbewegungen zurückgewiesen scheinen“ (ebd., S.322).

***Strukturelle Merkmale***

Auf die strukturellen Merkmale des Narrativs bezogen, bestätigen sich unsere Annahmen, da die hyperkinetischen Kinder deutlich inkohärenter, spannungs-, inhalts- und phantasieärmer spielen als die Kontrollgruppenkinder. Ihre Geschichten enden häufiger mit neutralem und seltener mit einem positiven Ende. Für die Konflikte finden sie häufiger eine vereinfachte Lösung (bspw. legen sich die Familienmitglieder plötzlich schlafen und die Geschichte nimmt damit abrupt ihr Ende), und zentrale Aspekte des emotionalen Dilemmas werden häufiger verleugnet. Die Geschichten werden häufiger in monotoner Weise vorgetragen und wirken u.a. dadurch insgesamt wenig lebendig. Dies zeigt sich in der Beziehung zum Untersucher, der sie teils als kontaktvermeidend erlebt, teils aber auch umgekehrt, als offen und ungehemmt. Diese beiden, zunächst einmal gegensätzlich wirkenden Merkmale – Kontaktvermeidung und Ungehemmtheit – scheinen ein besonderes Charakteristikum der Narrative hyperkinetischer Kinder zu sein. Die *Narrative Kohärenz* mit ihren drei Dimensionen Logik/Stringenz, Ausschmückung und Konfliktumgang ist durchgehend niedriger als diejenigen der Kontrollgruppenkinder. Bei der *Narrativen Kohärenz* ist ein Alterseffekt dahingehend zu beobachten, dass die älteren Kinder insgesamt höhere Werte als die Gruppe der jüngeren Kinder erzielen (unabhängig von den Untersuchungsgruppen), ein Befund der in der Literatur bekannt ist (bspw. Min, 2003; Warren et al., 1996). Min (2003) konnte interessanterweise zeigen, wie die *Narrative Kohärenz* ab dem Alter von 5;6 Jahren signifikant zu steigen beginnt. Je niedriger die *Narrative Kohärenz* ist, desto deutlicher ist die Tendenz, im Sinne sozialer Erwünschtheit zu antworten, und der Depressionswert ist umso höher, je häufiger eine einfache Konfliktlösung im Narrativ gewählt wird. Die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Selbstbeurteilungsfragebögen werden im Folgenden in einem eigenen Abschnitt diskutiert.

Auffälligkeiten vor allem bei strukturellen oder formalen Parametern des Narrativs werden häufig bei klinischen Gruppen gefunden. Bei diesen Untersuchungsgruppen scheint die Art und Weise, wie eine Geschichte erzählt wird, von besonderer Bedeutung zu sein (cf. Oppenheim & Waters, 1995). Offenbar werden bestimmte Abwehrprozesse oder Mentalisierungs- oder Symbolisierungsschwierigkeiten, wie sie sich in der Affektregulierung zeigen, an dieser Stelle besonders deutlich sichtbar (s. dazu auch Kapitel 1.3). Eine hohe *Narrative Kohärenz* kann nur erreicht werden, wenn man über Sprachkompetenz, über kognitive Fähigkeiten wie Intelligenz, Strukturierungsvermögen, Zieldefinierung (die zu den

Ich-Funktionen gehören), aber auch über affektive Fähigkeiten verfügt<sup>23</sup>. Das Zusammenspiel von allen drei reifungsabhängigen Bereichen gewährleistet, dass die gesamte Information aufgenommen, ver- und bearbeitet werden kann. Nach Oppenheim, Nir et al. (1997) hängt das Vermögen, ein kohärentes Narrativ zu produzieren, von mehr ab als nur von linguistischen und kognitiven Fähigkeiten, sondern eben auch von der Fähigkeit, komplexe und mit negativen Gefühlen verbundene Lösungen zu finden. Unsere Befunde weisen in die Richtung, dass es den ADHS-Kindern der vorliegenden Stichprobe tatsächlich schwerer zu fallen scheint, emotional destabilisierende Information vollständig zu verarbeiten, ohne dass es zu logischen Brüchen, zu Vermeidung oder zum völligen Ausschluss bestimmter Informationselemente kommt, d.h. dass die Selbst- und Beziehungskohärenz nicht aufrecht erhalten werden können. Drei Hauptmerkmale für das Spiel der ADHS-Kindern lassen sich aus diesen Befunden extrahieren, sie treten bei den strukturellen Merkmalen besonders deutlich hervor: erstens die deutliche Verarmung oder Reduzierung des Spieles, zum Zweiten dessen Inkohärenz und als Drittes der mangelnde Konfliktumgang. Dies sind die drei Dimensionen der *Narrativen Kohärenz*, deren Bedeutung auch durch diese Untersuchung nochmals bestätigt wird. Interessanterweise zeigt sich auch in anderen Untersuchungen von ADHS-Kindern, die (semi-) projektive Verfahren eingesetzt hatten, ein auffällig verarmtes Spiel (Cotugno, 1995; Clarke et al., 2002).

Das Merkmal der *Narrativen Kohärenz* hat sich in der Literatur vielfach als bedeutsam für psychosoziale Anpassungsfähigkeit und der damit zusammenhängenden Affektregulierung gezeigt (Grych et al., 2001; Oppenheim, Nir et al., 1997; Laible et al., 2004; Shields et al., 2001; Stadelmann, 2006; Warren et al., 1996; Zahn-Waxler et al., 1994). Klitzing et al. (2000) konnten zeigen, dass vor allem die Kombination von niedriger Narrativer Kohärenz und aggressiven Themen im Zusammenhang mit besonders ausgeprägten externalisierenden Verhaltensproblemen steht, zu denen im CBCL/4-18 (Achenbach, 1991a,b) das Symptomspektrum von ADHS zählt. Stadelmann (2006) konnte diese Kombination für die Subgruppe derjenigen Vorschulkinder replizieren, die dem Urteil ihre Eltern und Betreuer nach Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität zeigen. In ihrer Untersuchung gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Symptomausprägung und der Häufigkeit von negativ-aggressiven und inkohärent strukturierten Narrativen, was als Ausdruck emotionaler Regulationsprobleme infolge eines spannungsauslösenden Konfliktes

---

<sup>23</sup> Auf den besonderen Einfluss von Sprachkompetenz sowie von kognitiven Fähigkeiten auf die *Narrative Kohärenz* im besonderen und die Entwicklung des Narrativs im Allgemeinen von ADHS-Kindern wird in einem eigenen Abschnitt weiter unten eingegangen.



verstanden wurde. Aufgrund der niedrigen Probandenzahl haben wir auf die Überprüfung dieser Merkmalskombination an der vorliegenden Stichprobe verzichtet.

### ***Affektregulierung***

Auch bei den Affektregulierungsstrategien zeichnet sich ein klares Bild bei den ADHS-Kindern dahingehend ab, dass ihr Spiel hochsignifikant mehr inhaltliche und formale Merkmale aufweist, die mit Vermeidung in Zusammenhang stehen, und hochsignifikant desorganisierter ist (cf. Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster*). Entsprechend liegen die Werte auf der Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* in der Gruppe der Kontrollkinder höher. Vor allem die jüngeren ADHS-Kinder zeigen zum ersten Messzeitpunkt – im Vergleich zur Kontrollgruppe und zu den älteren ADHS-Kindern – erhöhte Werte auf den Skalen *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster*, was zusätzlich auf einen gewissen Einfluss von Reifung hinweist. Hinsichtlich der vierten Skala *Eingeschränktes Erzählmuster*, das die Merkmale eines verarmten Spieles beschreibt, zeigen die ADHS-Kinder ebenfalls deutlich höhere Werte als die Kontrollgruppenkinder; nach konventionellen Maßstäben hätte man diesen Gruppenunterschied ebenfalls als signifikant beurteilt, da in der vorliegenden Arbeit jedoch das Signifikanzniveau deutlich nach unten korrigiert wurde, ist diesbezüglich lediglich von einer Tendenz zu sprechen. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit Delatrée (2007), die in ihrer Untersuchung von ADHS-Kindern mit Hilfe des gleichen Auswertungsmanuals einen ähnlichen Befund erhoben und u.a. ebenfalls ein signifikant verarmtes Spielverhalten festgestellt hat (s. dazu im Folgenden auch Cotugno, 1995 sowie Clarke et al., 2002).

Wir haben die Ergebnisse dieser Skalen mit spezifischen Strategien zur Affektregulierung im Sinne von bestimmten Abwehrprozessen in Verbindungen gebracht. Die höheren Werte auf den Skalen *Vermeidung* sowie *Eingeschränktes Erzählmuster* weisen darauf hin, dass die ADHS-Kinder im Vergleich zu den Kontrollgruppenkindern im Umgang mit emotional destabilisierender Information auf Affektregulierungsstrategien zurückgreifen, die schmerzvolle Affekte aus dem Bewusstsein auszuschließen und zu unterdrücken versuchen. Shields et al. (2001) verstehen dies als Ausdruck des Abwehrvorganges der *defensive exclusion* (Bowlby, 1980; Bretherton, 1990; Cassidy, 1994; zit. nach Shields et al., 2001). Die Skalen *Eingeschränktes* sowie *Positiv-kohärentes Erzählmuster* haben in der Untersuchung von Shields et al. (2001) zwischen misshandelten und nicht-misshandelten Kindern unterschieden, die Skala *Positiv-kohärentes Erzählmuster* hat sich sogar als Mediator bezüglich Affektregulierung im Zusammenhang mit Peer-Beliebtheit in der Gruppe

misshandelter Kinder herausgestellt. Den Autoren zufolge weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die in der Familie erworbenen und dort sinnvoll erscheinenden Beziehungsrepräsentationen in anderen sozialen Zusammenhängen negative Folgen (wie beispielsweise Unbeliebtheit) zeitigen können, und ziehen dabei eine vorsichtige Verbindung zwischen Beziehungsrepräsentationen und der *social cognition* Forschung. Da auch die ADHS-Kinder in der vorliegenden Untersuchung höhere Werte im *Eingeschränkten Erzählmuster* zeigen, stellt sich allerdings die Frage, inwiefern das mit diesen Variablen eingefangene Merkmalsmuster zwischen bestimmten klinischen Gruppen differenzieren kann oder ob es nicht eher ein allgemeineres Merkmal wie psychische Belastung beschreibt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass diese Skala die niedrigste Interraterreliabilität von allen Skalen erzielt, so dass sich bei dieser Skala auch die Frage nach gelungener Operationalisierung stellt.

Bei der Skala *Vermeidung* stellt sich ebenfalls die Frage nach Spezifität. So fanden Schweinsberg (2006) und Steier (2006) mit dem gleichen Manual wie in der vorliegenden Untersuchung bei stammzellentransplantierten Kindern im Vergleich zu Kontrollgruppenkindern mehr Vermeidungsthemen. Die von Grych et al. (2001) untersuchten Kinder mit einem Hintergrund an familiärer Gewalt unterschieden sich in ihrem Narrativ von Kontrollgruppenkindern u.a. ebenfalls durch signifikant häufigere Vermeidungsthemen.

Es ist interessant, dass Untersuchungen mit anderen projektiven Verfahren bei ADHS-Kindern ein ähnliches Phänomen beschreiben. So fand Cotugno (1995) in einer Untersuchung anhand des Rorschach-Tests zahlreiche projektive Merkmale, die bei der ADHS-Gruppe auf Rückzug von und Vermeidung von Komplexität hinweisen. ADHS-Kinder zeigten dort eine Tendenz, das Stimulusfeld einzuengen und zu vereinfachen, indem ein Rückzug von emotionsauslösenden Stimuli sowie von negativen, mit Leid und Unbehagen verbundenen Affekten stattfand. Clarke et al. (2002) setzten u.a. ein strukturiertes Interview zum Selbstbild sowie ein projektives Zeichnungsverfahren ein. Im Interview stellte sich heraus, dass die Selbstbeschreibungen weniger reich entwickelt und inkohärenter waren. Die Antworten suggerierten weniger Offenheit und Flexibilität im Selbstkonzept, häufig stellten sich die ADHS-Kinder negativer dar oder schienen unbezogen. In den Zeichnungen zeigte sich dies in unterschiedlicher Weise: bspw. enthielten manche verzerrte und/oder ängstigende Figuren und/oder unübliche Symbole, während andere verarmt, farbloser und detailarmer waren. Offenbar machen vor allem projektive Verfahren diese mit Affektregulierung zusammenhängende Merkmale von Vermeidung, Rückzug und Spielverarmung sichtbar.

Aus psychoanalytischer Sicht weist das reduzierte, umfassend verarmt wirkende Spiel auf Defizite in der Versprachlichung und somit auf eine erhebliche Symbolisierungsstörung hin (mehr dazu im folgenden Abschnitt 4.1.1), die ihrerseits mit defizitären, frühen Beziehungserfahrungen in Verbindung gebracht werden kann.

In der vorliegenden Untersuchung scheint dem *Desorganisierten Erzählmuster* eine zentrale Bedeutung zuzukommen, da es hochsignifikant zwischen den Untersuchungsgruppen unterscheidet und sich hinsichtlich der MSSB-Skalen zum ersten Messzeitpunkt als positiver Prädiktor für die Lehrerbeurteilung der HKS-Symptomatik herausstellte. Die Werte dieser Skala korrelieren darüber hinaus positiv mit dem Verbalteil und dem Gesamtscore des HAWIK-III, was, neben Reifungseffekten (s.o.), auf den Einfluss kognitiver und verbaler Fähigkeit hinweist. Auf der Grundlage der Annahme eines durchschnittlichen IQs bei den Kontrollgruppenkindern unterscheiden sich die ADHS-Kinder jedoch im Verbalteil nicht signifikant. Denkbar ist allerdings, dass ein durchschnittlicher IQ die tatsächlichen verbalen Fähigkeiten sowie die Gesamtintelligenz der Kontrollgruppenkinder unterschätzt (s. dazu auch die eigene Diskussion zum Einfluss sprachlicher und kognitiver Faktoren weiter unten). Nach Döpfner (2000) ist die Intelligenzleistung vor allem bei Kindern mit ausschließlicher Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität vermindert, wobei noch ungeklärt sei, ob die geringere Intelligenzleistung primär auf die verminderte Aufmerksamkeitsleistung in der Testsituation zurückzuführen ist (S.9, Taylor et al., 1991; zit. n. Döpfner, 2000). Nimmt man den Intelligenzquotienten mit in die Regressionsgleichung auf, so wird er zum alleinigen signifikanten Prädiktor für die Lehrerbewertung der ADHS-Symptomatik. Dieses Ergebnis lässt sich auf unterschiedliche Wirkzusammenhänge zurückführen. Zum Einen wäre denkbar, dass Kinder mit geringerer Intelligenz häufig schulischen Misserfolg erleben und ihr unruhiges, unaufmerksames Verhalten, das die Lehrer/innen beurteilen, eine Folge dessen ist. Zum anderen wäre möglich, dass auf der Seite der Lehrer/in deren Einschätzung der Intelligenz eines Schülers auch ihre Beurteilung der HKS-Symptomatik maßgeblich beeinflusst. Als dritte Möglichkeit könnte es auch die verminderte Aufmerksamkeitsleistung sein, die sich in der vorliegenden Untersuchung in niedrigeren IQ-Werten niederschlägt und welche die Lehrer/innen auch in ihrer Einschätzung der HKS-Symptomatik einfangen.

Die ADHS-Kinder zeigen in ihrem Narrativ also nicht nur vermehrt einen restringierenden, gehemmten Umgang oder Rückzug in der Bearbeitung der emotionaler Dilemmata, sondern vor allem auch Desorganisation. Dies scheint darauf hinzuweisen, dass die emotionale Destabilisierung nicht durch (narrative) Abwehrmaßnahmen aufgehalten oder eingeschränkt werden kann- Affektregulierung scheint somit durch bestimmte

Abwehrmaßnahmen nicht ausreichend zu gelingen. Mit anderen Worten: bei emotionaler Destabilisierung scheint die Fähigkeit zu mentalisieren nicht ausreichend zur Verfügung zu stehen, die jedoch gerade in solchen Situationen zur psychischen Verarbeitung notwendig ist.

In der Literatur zur Bindungsforschung wird immer wieder der Zusammenhang zwischen den o.g. genannten narrativen Merkmalen und bestimmten Bindungsstilen hergestellt. Ängstlichkeit und Vermeidung im Narrativ sowie Merkmale narrativer Desorganisation konnten in einigen Attachment-Untersuchungen mit einem ängstlich-vermeidendem oder desorganisierten Bindungsmuster in Verbindung gebracht werden (Main et al., 1985; Buchsbaum et al., 1992; Solomon et al., 1995; zusammenfassend auch Page, 2001). Auch Brisch (2002) hält einen Zusammenhang von desorganisiertem Bindungsverhalten und ADHS für plausibel. Kummetat (2007) ist dieser Frage explizit nachgegangen und untersuchte u.a. die Bindungsstile von ADHS-Kindern anhand eines Geschichtenergänzungsverfahrens. Auch dieses Verfahren hat sich als valide zur Erfassung vom Bindungsstil herausgestellt. Die Ergebnisse wiesen einen dreifachen Anteil an desorganisiert gebundenen Probanden in der ADHS-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Ihrer Ansicht nach belegen die Ergebnisse ihrer Untersuchung einen Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomatik und einem desorganisierten Bindungstyp. Da jedoch fast ein Viertel der ADHS-Kinder aus der ADHS-Gruppe als sicher gebunden klassifiziert wurden, scheinke keine zwingende Verbindung zwischen der ADHS und einem unsicheren bzw. desorganisierten Bindungsstil zu bestehen (Kummetat, 2007).

### ***Zusammenhänge zur klinischen Symptomatik***

Im Gegensatz zu den Unterschieden im Narrativ schätzen sich die hyperkinetischen Kinder in den Selbstbeurteilungsfragebögen bezüglich depressiven Verstimmungen, Prüfungsangst oder durchgängiger Ängstlichkeit nicht auffälliger ein als die Kinder der Kontrollgruppe. Dies stimmt einerseits mit der vorliegenden ICD 10-Diagnostik überein, die keine komorbiden depressiven oder Angststörungen ergab. Affektive Störungen sind bei ADHS-Patienten mit etwa 10-40% allerdings verbreitet (Döpfner et al., 2002, Lehmkuhl, 2006). Je nach Studie weisen bis zu 85% der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen zusätzlich emotionale Auffälligkeiten auf (Skrodzki, 2000; s. dazu auch das Kapitel über Komorbidität (Kapitel 1.2.1.5)). In den klinischen Interviews, in denen die Kinder vor allem ihre Schulunlust thematisieren, wurden andererseits der Leidensdruck sowie die durch die Verhaltensprobleme resultierenden weitreichenden Beeinträchtigungen (die als ein notwendiges Diagnosekriterium oft vergessen werden) deutlich. Zudem legen auch die

signifikanten Reduktionen der Prüfungsangst sowie der Schulunlust zum zweiten Messzeitpunkt nahe, dass eine emotionale Belastung vor allem in schulischer Hinsicht besteht. Andere Autoren können bei ADHS-Kindern signifikante Einbußen im Selbstwertgefühl belegen. So konnte Käßler (2005) bspw. an seiner Stichprobe von 112 hyperkinetischen Kindern mittels des Familienidentifikationstestes (Remschmidt & Matthejat, 1999) zeigen, dass sich das *Reale Selbstbild* hyperkinetischer Kinder signifikant vom dem Selbstbild, dass sie idealerweise verkörpern würden, unterscheidet. Dies traf allerdings auch auf andere klinische Gruppen zu. Schöning et al. (2002) fanden in ihrer Untersuchung anhand strukturierter Interviews, dass der Selbstwert hyperkinetischer Kinder signifikant erniedrigt war gegenüber demjenigen von Kindern mit Dyslexie oder von unauffälligen Kindern. Auch diese Befunde sprechen für eine erhöhte emotionale Belastung und machen es eher unplausibel, dass die Ergebnisse der Fragebögen die tatsächliche innere Befindlichkeit der Kinder wiedergeben. Wenn man also einen erheblichen Leidensdruck der hyperkinetischen Kinder annehmen muss, sie gleichzeitig jedoch keine klinisch erhöhten Werte in den Fragebögen zu Depressivität und Angst zeigen, liegt die Hypothese nahe, dass die Auseinandersetzung mit den in den Fragebögen formulierten Affekten - ähnlich wie im Narrativ - vermieden, bzw. dem psychoanalytischen Verständnis nach abgewehrt werden. In einem solchen Falle wären ängstliche und depressive Affekte den hyperkinetischen Kindern tatsächlich nicht zugänglich – was nach psychodynamischem Verständnis ja eine Funktion der Symptomatik ist (s. dazu Kapitel 1.2.2.5).

Über den o.g. Befund hinaus zeigt sich in der vorliegenden klinischen Gruppe zum ersten Messzeitpunkt zudem ein Zusammenhang zwischen höheren Depressionswerten und vereinfachter Konfliktlösung sowie zwischen höheren Werten in der Sozialen Erwünschtheit und der *Narrativen Kohärenz*.

Den positiven Zusammenhang zwischen höheren Depressionswerten und vereinfachter Konfliktlösung könnte man dergestalt erklären, dass eine depressive Verstimmung in der Regel sowohl Rückzugs- als auch Vermeidungstendenzen nach sich zieht. Auf der narrativen Ebenen könnte sich dies bspw. in einer vereinfachten Konfliktlösung zeigen. Gerade diejenigen Kinder, die im Fragebogen eine depressive Verarbeitung zeigen, könnten im Narrativ der Auseinandersetzung mit dem emotionalen Dilemma und den dadurch hervorgerufenen Affekten ausweichen, indem sie eine einfache Lösung des Konfliktes wählen, der bestimmte Facetten des Dilemmas außer Acht lässt. Da es sich jedoch um eine Korrelation handelt, muss die Richtung des Zusammenhanges beider Variablen letztendlich offen bleiben. Zuzüglich ist hierbei zu beachten, dass sich bei der vorliegenden Stichprobe die

Depressionswerte im subklinischen Bereich befinden. Interessantweise sieht Stadelmann (2006) in ihrer Arbeit mit Kindern im Kindergartenalter ähnliche Zusammenhänge, wo sich insbesondere für Mädchen mit emotionalen Störungen die Konfliktvermeidung im Narrativ als ein wichtiges Merkmal herausstellt, und interpretiert die Konfliktvermeidung ebenfalls als Äußerung einer vermeidenden Rückzugstendenz. Forschungsergebnisse aus dem Jugend- und Erwachsenenalter zu Ängstlichkeit und Depression haben dies als charakteristischen Umgang mit Konflikten aufgezeigt (Gotlib & Hammen, 1996; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Nummer & Seiffge-Krenke, 2001; Steele et al., 1997, zit.n. Stadelmann, 2006).

Das Merkmal der Konfliktvermeidung als solches sowie als Teilvariable der *Narrativen Kohärenz* neben den weiteren Merkmalen Inkohärenz und geringe Ausschmückung stehen in der vorliegenden Untersuchung auch in Verbindung mit der AFS<sup>24</sup>-Skala *Soziale Erwünschtheit*. Dieser Zusammenhang lässt sich nicht ohne Weiteres verstehen und wird letztendlich ebenfalls offen bleiben müssen. Die Skala *Soziale Erwünschtheit* versucht die Anpassungstendenzen von Kindern an soziale Normvorstellungen zu erfassen bspw. über Items wie „Ich lüge nie“ oder „Ich war noch nie neidisch“. Die *Narrative Kohärenz* auf der anderen Seite ist eine Variable, die einen Index für das Ausmaß an psychischer Unbelastetheit oder emotionaler Funktionsfähigkeit und somit für die psychosoziale Adaptationsfähigkeit eines Kindes darstellt (vgl. Aurnhammer & Koch, 2001). Es wäre nun allerdings denkbar, dass gerade diejenigen Kinder, die belasteter sind, ein größeres Bedürfnis haben, sozialen Normvorstellungen zu entsprechen. Solche gemeinhin als „Lügenskalen“ konzipierte Skalen zur Erfassung von Anpassungstendenzen sprechen in der Regel mit negativen Gefühlen behaftete Verhaltensweisen an (s.o.). Oppenheim, Nir et al. (1997) postulieren, dass die Fähigkeit, ein kohärentes Narrativ zu produzieren, beinhalte, komplexe und mit negativen Gefühlen verbundene Lösung zu finden. Es wäre vor diesem Hintergrund denkbar, dass sich die Schwierigkeit, sich mit negativen Gefühlen auseinanderzusetzen, bei den Kindern der vorliegenden Untersuchung einerseits zu einer höheren sozialen Anpassungstendenz und andererseits zu inkohärenteren, weniger ausgeschmückten und mit fehlender Konfliktlösung versehenen Narrativen geführt haben kann.

Ein erstaunliches Ergebnis stellt der mangelnde Zusammenhang zwischen der Einschätzung der hyperkinetischen Symptomatik durch die Eltern und den Beziehungsschemata und Affektregulierungsstrategien der Kinder dar. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die Beurteilung der Symptomsschwere, die in gewisser Weise auch ein Maß für die Belastung der Beziehung zwischen Eltern und Kind aus Sicht der Eltern darstellt, eine

---

<sup>24</sup> Angstfragebogen für Schüler (AFS; Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1981)

Entsprechung in den Beziehungsschemata auf der Kindseite hat. Solche Zusammenhänge hatten sich bspw. zwischen CBCL/ 4-18 (Achenbach, 1991a,b) und Elternrepräsentationen gezeigt (s. dazu Abschnitt *Elternrepräsentationen*). Bei älteren Kindern scheint dieser Zusammenhang nicht mehr so eindeutig zu sein.

#### **4.1.1 ZUSAMMENFASSUNG UND WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN FÜR DIE KLINIK**

Den Kindern der vorliegenden Stichprobe wurden emotionale Dilemmata in Form von Geschichtenanfängen dargeboten, die in einer konflikthafter Zuspitzung endeten. Diese Dilemmata haben potentiell eine emotional destabilisierende Wirkung. Das auf diese Weise dargestellte emotionale Dilemma kann man als *prompting* verstehen, für deren Lösung die Kinder auf ihre eigene Lerngeschichte mit den entsprechenden Beziehungsschemata und Affektregulierungsstrategien zurückgreifen müssen. ADHS-Kindern scheinen im Vergleich zu den Kontrollgruppenkindern weniger prosoziale Verhaltensweisen als auch Formen gesteuerter Auseinandersetzung zur Verfügung zu stehen. Die ADHS-Kinder spielen stattdessen häufiger ungesteuerte Aggression hier erfasst mittels des Items „körperliche Aggression“. Zudem finden sich positive Elternrepräsentationen gleichzeitig neben vermehrten Darstellungen negativer Objektrepräsentationen mit vermeidendem und wenig begrenzendem Charakter. Auch die Beziehung zum Untersucher ist einerseits kontaktvermeidend und andererseits ungehemmt. Als zentrale Charakteristika der Narrative der ADHS-Kinder haben sich inkohärente Erzählungen, niedrige Konfliktbearbeitung sowie ein insgesamt verarmtes Spiel herausgestellt. Darüber hinaus konnten wir sehen, dass zur Bewältigung der emotionalen Destabilisierung vermehrt auf eine vermeidende Affektregulierungsstrategie zurückgegriffen wurde oder aber Affektregulierung nicht mehr ausreichend gelingt und es zu narrativer Desorganisation kommt.

Nimmt man zu den o.g. Ergebnissen (zusammenfassend dazu die Tabelle 3.12) noch die Unterschiede auf Itemebene (Tabellen 3.5 und 3.6) hinzu, kann man die dort genannten Merkmale zwei Dimensionen zuordnen, wie sie in Tabelle 4.1 aufgeführt sind. Man kann einerseits eine Dimension ausmachen, in der bestimmte Themen oder strukturellen Merkmale seltener auftreten oder gar fehlen: dies ist die Minus-Dimension mit den Hauptmerkmalen Unterbrechungen, Neutralität, Unbestimmtheit und Reduktion. Dieser steht eine Plus-Dimension gegenüber, die sich aus häufiger auftretenden narrativen Beziehungselementen zusammensetzt und die dem klinischen Bild von ADHS-Kindern sehr nahe kommt. Inhaltlich lassen sich diese beiden Dimensionen einerseits als Rückzug und vermeidende Bewegung sowie andererseits als entgrenzte, aggressive Bewegung beschreiben.

**Tabelle 4.1: Die narrativen Merkmalsdimensionen der ADHS-Kinder**

Minus-Dimension	Plus-Dimension
<p style="text-align: center;"><b>Unterbrechungen</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Neutralität / Unbestimmtheit</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Reduktion</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Ungehemmtheit</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Unbegrenztheit</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weniger Themen der Zugewandtheit, Zuneigung</li> <li>• Weniger Themen gesteuerter Auseinandersetzung oder begrenzter Aggression</li> <li>• Mehr neutrale Elternfiguren</li> <li>• Weniger „Aufregung“ (Gefahr)</li> <li>• Häufiger neutrales Geschichtenende</li> <li>• Verleugnung zentraler Aspekte der Geschichte</li> <li>• Mehr narrative Brüche (Inkohärenz)</li> <li>• Einfache Konfliktlösung bis hin zu Konfliktvermeidung</li> <li>• Inhaltsleere, unlebendigere, reduziertere Narrative</li> <li>• Ohne Blickkontakt zum Untersucher</li> <li>• Unterbrechende, vermeidende, reduzierte, desorganisierte Erzählstrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• körperlicher Aggression</li> <li>• weniger begrenzende Elternfiguren</li> <li>• verbal aggressive Mutterfigur</li> <li>• Parentifizierung (Rollenumkehr)</li> <li>• Ungehemmter Kontakt zur VL</li> </ul>
=> Vermeidende Bewegung, Rückzug	=> Entgrenzte, aggressive Bewegung

Bringt man diese narrativen Merkmale mit dem Verhalten der ADHS-Kinder in Verbindung, resultiert daraus für die klinische Perspektive, dass bei hyperkinetischen Kindern nicht nur der unbegrenzte oder ungehemmte Verhaltensanteil, der zuerst einmal sichtbar das klinische Bild beherrscht und vielfach betont wird, von Bedeutung ist, sondern dass es möglicherweise daneben auch Verhaltensanteile gibt, die man als stark kontaktvermeidend beschreiben kann. Dies ist ein in der Literatur bisher noch nicht erwähnter Befund und damit eines der zentralen Ergebnisse dieser Arbeit. Möglicherweise steht diese Vermeidung mit



einer Angst vor einem Gegenüber in Verbindung, das unfähig ist, den Gefühlen und dem Verhalten des Kindes Bedeutung zu verleihen und ihm darüber Halt zu geben, sich vor diesen unaussprechlichen Gefühlen genauso fürchtet wie das Kind selbst. Gefühlen können unter solchen Umständen als etwas so Unbenennbares, Destruktives und damit die psychische Integrität Gefährdendes erlebt werden, so dass ihre Wahrnehmung möglichst vollständig vermieden werden muss.

Psychodynamisch betrachtet ist denkbar, dass es sich hierbei um zwei Formen der Abwehr handelt, um mit bestimmten, schwer erträglichen Affekten und Phantasien nicht in Berührung zu kommen, von denen die eine, die entgrenzt-aggressive Abwehr, vordergründiger ist. Dieser Befund hat eine unmittelbare klinische Relevanz, da sich die therapeutische Haltung und damit auch die therapeutischen Interventionen infolge einer Identifizierung eines beziehungsvermeidenden Teiles, der sich, bildlich gesprochen, hinter dem ostentativ entgrenzten Verhalten „verbirgt“, ändern müssen.

Im Unterkapitel „Der psychodynamische Blick“ (Kapitel 1.2.1.2) sowie im Theorieteil zur Psychodynamik (Kapitel 1.2.2.5) wurde auf die unterschiedlichen Hintergründe der Abwehrformation eingegangen. Es wurde dort von dem Vorgang der Skotomisierung von Beziehung gesprochen, der sich durch die stetigen Interaktionsabbrüche ergeben kann und der eine bestimmte Form von Objektbeziehung verkörpert. Diese Skotomisierung findet sich nach Ansicht der Autorin auch im Narrativ wieder, wenn es dort, wie auf der Seite der negativen Dimension aufgeführt, vermehrt zu Brüchen kommt, bestimmte zentrale Elemente darin verleugnet werden oder wenn auf der Interaktionsebene bspw. der Blickkontakt unterbrochen wird. Es ist plausibel, dass die Skotomisierung im Narrativ u.a. mit der von Bürgin und Steck (2007) beschriebenen Form von gestörter Symbolisierungsfähigkeit zusammenhängt, die rasch zwischen den Polen gelingender symbolischer Darstellung/ Versprachlichung einerseits und reinem Ausagieren / Affekt-/ Triebdurchbruch andererseits oszilliert. Sie verstehen diese Form der eingeschränkten Symbolisierungsfähigkeit als Ausdruck einer Abwehrmodalität, die die Verknüpfung von Sach- und Wortrepräsentanzen aufzulösen versucht, wodurch nicht mehr über einen Affekt nachgedacht oder gesprochen, sondern nur noch gehandelt werden kann. Fonagy et al. (2004) haben diese beiden Pole als unterschiedliche Entwicklungsstufen und psychische Modi beschrieben, nämlich als Modus der psychischen Äquivalenz und des Als-ob-Modus. Erst im Letzteren ist es möglich zu mentalisieren, um darüber die Affekte zu regulieren. Erfolgt psychisches Erleben mehrheitlich im Modus psychischer Äquivalenz, handelt es sich um eine Fixierung und ist damit als strukturelles Defizit zu behandeln. Bürgin und Steck (2007) lassen in ihrer Diskussion offen, ob es sich bei Störungen der

selbstregulativen Funktionen letztendlich um einen Ausdruck der Abwehr oder aber um ein strukturelles Defizit handelt.

In dem Augenblick, in dem es auch im Narrativ zu spürbarer Desorganisation kommt, kann der Affekt nicht mehr versprachlicht (symbolisiert) werden. Der oben beschriebene Wechsel im Ausprägungsgrad der Symbolisierungsfähigkeit, der mit einer Inkonsistenz der synthetisierenden, integrierenden und strukturierenden Ich-Funktionen einhergeht, findet sich auch in den vorliegenden Befunden wieder: die Fähigkeit zur symbolischen Darstellung ist gleichzeitig vorhanden und nicht vorhanden. Die Kinder sind einerseits in der Lage, Narrative zu produzieren und ihre „innere Welt“ darzustellen, andererseits jedoch scheint dieser narrative Raum nicht durchgängig tragfähig und nutzbar für sie zu sein. Regelrechte Einbrüche im symbolischem Spiel, häufig in Form von sich ins Rauschhafte steigernde aggressiven Darstellungen, die ihren Als-ob-Charakter verlieren, sind aus der klinischen Situation hinreichend bekannt.

Hanna Segal (1957/1995) beschreibt in ihrem berühmten Aufsatz „Bemerkungen zur Symbolbildung“ diese als „eine Aktivität des Ichs, das versucht, mit den Ängsten umzugehen, die von seiner Beziehung zum Objekt wachgerufen worden ist. Vor allem geht es dabei um die Angst vor bösen Objekten<sup>25</sup> sowie die Angst vor Verlust oder Unerreichbarkeit guter Objekte. Störungen der Beziehung des Ichs zu Objekten spiegeln sich in Störungen der Symbolbildung wider.“ (S. 206) Weiter schreibt sie, dass „nicht allein der tatsächliche Inhalt des Symbols, sondern gerade die Art und Weise, in der Symbole gebildet und benützt werden, [...] den Entwicklungsstand des Ichs und seine Art, mit seinen Objekten umzugehen, sehr genau“ widerzuspiegeln scheine. (ebd.). Obgleich sich Segal in diesem Aufsatz ausdrücklich auf psychotische Patienten bezieht, bei welchen es infolge einer Vermischung von Ich und Objekt einerseits sowie zwischen Symbol und Symbolisiertem andererseits anstelle von Symbolbildung zum Vorgang der sog. symbolischen Gleichsetzung kommt, wäre für die Gruppe von ADHS-Kindern ein ähnlicher Zusammenhang von tiefen Ängsten und einem zwar nicht durchgehenden, aber doch punktuellen Versagen der Symbolisierungsfähigkeit denkbar.

---

<sup>25</sup> „Böse Objekte“ sowie „gute Objekte“ sind spezifische Termini der kleinianischen Objekt-Beziehungstheorie, deren nuancenreiche Bedeutung im Rahmen dieser Arbeit nicht ausgeführt werden kann. Der interessierte Leser sei hierfür auf das „Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse“ von R. D. Hinshelwood (1993), Kapitel Innere Objekte; verwiesen.

#### **4.2 DIE LÄNGSSCHNITTTLICHE BETRACHTUNG: DIE VERÄNDERUNGEN IM RAHMEN DER MEDIKAMENTÖSEN TREATMENT-AS-USUAL-INTERVENTION**

Der zweite Messzeitpunkt fand drei Monate nach der ersten Messung statt, so dass die Kinder 6-8 Wochen lang mit der wirksamen Enddosis mediziert worden waren. Ein längerer Zeitraum ohne weitergehende therapeutische Intervention war gemäß den Psychotherapie-Richtlinien (Döpfner & Lehmkuhl, 2003) ausgeschlossen worden. Das Ergebnis der Eltern- und Lehrerurteile zeigt, dass das hyperkinetische Verhalten der von uns untersuchten Kinder zum zweiten Messzeitpunkt signifikant abgenommen hat. Vor dem Hintergrund einer entspannteren schulischen Situation erstaunt es nicht, dass auch die Prüfungsangst und die Schulunlust der hyperkinetischen Kinder signifikant abgenommen haben. Interessanterweise lassen sich im Rahmen der *treatment-as-usual*-Intervention (TAU-Intervention) – und nicht vorher- die in der Literatur häufig beschriebenen positiven Zusammenhänge zwischen Lehrerbeurteilung der ADHS-Symptomatik einerseits und *Aggressiven Themen* sowie narrativer *Inkohärenz* andererseits finden (s. dazu vorherige Abschnitte). Zum zweiten Messzeitpunkt scheint den *Aggressiven Themen* besondere Bedeutung zuzukommen: je mehr *Aggressive Themen* im Spiel der ADHS-Kinder vorkommen, desto höher wird ihre Symptomatik vom Lehrer/der Lehrerin eingeschätzt. Zudem sind mehr *Aggressive Themen* an höhere Werte im Depressions- und im Angstfragebogen gekoppelt. Gleichzeitig korrelieren erhöhte Werte von Prüfungsangst und Depression mit einem inhaltsreicheren Spiel.

Was die MSSB angeht, so ist ein überraschendes Ergebnis, dass sich bei den Kindern der Kontrollgruppe mehr Veränderungen als bei der vorliegenden klinischen Gruppe zeigen, und zwar vor allem bei den Elternfiguren und bei den Affektregulierungsskalen *Eingeschränktes* und *Positiv-kohärentes Erzählmuster*. Betrachtet man die Veränderungen der ADHS-Kinder im Rahmen der kinderpsychiatrischen, medikamentösen TAU-Intervention allein, stellten sie zum zweiten Messzeitpunkt häufiger eine *Positive Mutterfigur* und tendenziell häufiger eine *Negative Vaterfigur* dar; ansonsten zeigten sich keine Veränderungen. Da auf diesen Skalen gleichzeitig auch die Werte der Kontrollgruppenkinder zunehmen, muss man diese Ergebnisse entweder als Zeiteffekte oder als Schwankungen infolge einer unzureichenden Retestreliabilität interpretieren. Die Hypothese der signifikanten Reduktion der negativ/aggressiven Beziehungsschemata (*Konfliktthemen*, *Aggressive Themen*, *Negative Elternrepräsentationen*) im Rahmen der TAU-Intervention infolge einer Abnahme der negativen Interaktionszirkel zwischen Kind und Umfeld kann somit nicht bestätigt werden.

Insgesamt dominieren in den Ergebnissen die Gruppeneffekte. Wie zum ersten Messzeitpunkt auch, ist das Spiel der Kontrollgruppenkinder inhaltsreicher, kohärenter und weniger desorganisiert. Sie zeigten über beide Messzeitpunkte hinweg mehr *Prosoziale Themen* und mehr *Konfliktthemen*, und seltener narrative Merkmale der Vermeidung. Interessant und hervorzuheben ist, dass die von ADHS betroffenen Kinder - die konventionelle Signifikanzgrenze knapp überschreitend – gleichbleibend häufiger eine *Negative Mutterfigur* darstellten. Dies spiegelt möglicherweise auch das Vorhandensein einer negativen Objektrepräsentanz bei den ADHS-Kindern wider, die durch Zurückweisung, Feindseligkeit und mangelnde positive Autorität charakterisiert ist (s. dazu auch obigen Abschnitt zu den *Elternrepräsentationen*) und welche auf eine entsprechende, komplementäre Selbstrepräsentanz verweist (sich bspw. zurückgewiesen, bestraft und begrenzt/gehalten zu fühlen). Beide Repräsentanzen sind verhaltenssteuernd, da sie die in Gestalt von Erwartungen das gesamte Beziehungserleben beeinflussen. Dieses Ergebnis widerspricht somit der Einschätzung, dass die Beziehungen von ADHS-Kinder zu ihren Eltern nicht grundsätzlich beeinträchtigt seien. Dass sie sich von den Kontrollgruppenkindern in den *Positiven Elternrepräsentationen* nicht unterscheiden, zeigt aber auch, dass neben negativen auch positive elterliche Beziehungsrepräsentationen bestehen. Dies ist vor allem aus psychotherapeutischer Sicht interessant, da dies ein Hinweis auf das Strukturniveau sein könnte und damit auf die Prognose.

Die Dominanz der Gruppeneffekte als ein Hauptergebnis allerdings bedeutet, dass sich die auf der Verhaltensebene gezeigten Veränderungen in der vorliegenden Untersuchung im Großen und Ganzen nicht in den Beziehungsschemata wiederfinden lassen. Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass der Untersuchungszeitraum insgesamt zu kurz war: zwar können wir den bekannten Kurzeiteffekt der Medikation in den niedrigeren Lehrerurteilen der hyperkinetischen Kernsymptomatik nachweisen, für veränderte Beziehungsschemata wie bspw. ein Rückgang des negativ/aggressiven Themenkreises und (wünschenswerterweise) eine Zunahme positiver Beziehungsthemen und narrativer Kohärenz sind wahrscheinlich längere und andere Interventionen (v.a. psychotherapeutischer Art) vonnöten. Diese Ergebnisse stützen somit die von Bürgin und Steck (2007) formulierte Beobachtung nicht, dass die Medikation die Phantasietätigkeit beeinträchtigt. Wie im Abschnitt 4.1 zur Querschnittuntersuchung dargelegt, sind in der vorliegenden Stichprobe bestimmte narrative Merkmale im Zusammenhang mit eingeschränkter Phantasietätigkeit schon vor der medikamentösen Behandlung zu beobachten.

Als zweites Hauptergebnis ist festzuhalten, dass die Kontrollgruppenkinder in der vorliegenden Stichprobe im Ganzen betrachtet eine größere und unspezifische Variabilität vor allem der Elternfiguren zeigen; dies vor allem bei den Elternfiguren, die zum zweiten Messzeitpunkt *alle* häufiger dargestellt werden: sowohl die *Positive* als auch die *Negative Vater-* und *Mutterfigur* kommen häufiger vor. Zudem nimmt das *Eingeschränkte Erzählmuster* zu, das mit Rückzug und Spielverweigerung in Zusammenhang gebracht wird, vermutlich aufgrund der Zunahme der Werte der *Negativen Elternfiguren*, die als Items in diese Skala eingehen. Dieser Sachverhalt erschwert die Interpretation der Ergebnisse, da sich eine offenbar ungerichtete, allgemeine Zunahme der Elternrepräsentationen sich nicht ohne Weiteres anders als durch Merkmalsfluktuation, unzureichende Operationalisierung oder Ratingverzerrungen, und damit möglicherweise als Artefakt, erklären lässt. Hinzu kommt, dass der Untersuchungsabstand bei den Kontrollgruppenkindern anders als bei den ADHS-Kindern nur drei Wochen beträgt, was die Ergebnisse des zweiten Messzeitpunktes entgegen unseren Annahmen möglicherweise zusätzlich beeinflusst haben könnte.

Mit Ausnahme der *Negativen Vaterfigur* bewegen sich die Interraterreliabilitäten zwischen .74 und .80 (s. Kapitel 3.1), was für ein solch komplexes Verfahren als hoch einzustufen ist, aber dennoch Spielraum für Verzerrungen bietet. Sie sind damit vergleichbar hoch wie bei Franieck (2005), die die *Positiven* und *Negativen Elternrepräsentationen* mit dem gleichen Manual, aber leicht abweichenden Skalen kodiert hatte und Interraterreliabilitäten von .79 für die *Positiven* sowie .74 für die *Negativen Elternrepräsentationen* erzielte. Aurnhammer und Koch (2001) haben die Stabilität und Reliabilität des *TüBa-Manuals* mittels einer nicht-klinischen Population (N=46) untersucht, aus welcher die Kontrollgruppenkinder dieser Untersuchung stammen. Es wurde eine dreiwöchige Test-Retest-Reliabilität im mittelhohen Bereich (um  $r=.70$ ) gefunden. Die Autorinnen haben argumentiert, dass gerade eine gewisse Merkmalsfluktuation ein Hinweis auf die Lebendigkeit und schöpferische Leistung von unauffälligen Kindern in Narrativen sei und diese Alltagserlebnisse stärker und unmittelbarer in ihr Narrativ einfließen lassen. Wenn man dieses Argument aufgreift, bleibt allerdings fraglich, warum sich solche Fluktuationen nicht auch bei den anderen inhaltlichen Skalen zeigen, sondern nur bei den Elternrepräsentationen, sodass die mangelnde Reliabilität infolge von unzureichender Operationalisierung als plausibelste Erklärung scheint.

Ogleich die klinische Erfahrung zeigt, dass sich unter Medikation mit begleitender kinderpsychiatrischer Einbettung die Beziehung zur den Eltern (und da als Hauptbetreuungsperson vor allem zur Mutter) zunächst verbessert und sich dies auch im

Narrativ widerspiegeln könnte, resultiert aus den Zeiteffekten, dass die einzig beobachtbaren Veränderungen der ADHS-Gruppe (vermehrte Darstellung der *Positiven Mutterfigur* sowie der *Negativen Vaterfigur*) nicht eindeutig auf die Intervention als solche zurückgeführt werden können. Möglicherweise aber bilden diese Veränderungen dennoch ab, dass innerhalb des zuvor häufig sehr angespannten Verhältnisses zur Mutter neue, positive Interaktionserfahrungen möglich sind, die wiederum eine Auswirkung auf das gesamte triadische Verhältnis von Mutter, Vater und Kind haben.

### ***Zusammenhänge zur klinischen Symptomatik***

Interessant ist der Befund, dass sich nur zum zweiten Messzeitpunkt, d.h. im Rahmen der medikamentösen Behandlung, der in der Literatur häufig für jüngere Kinder berichtete Zusammenhang zwischen *Aggressiven Themen* und externalisierender Verhaltensauffälligkeit (zu welchen ADHS gerechnet wird) zeigt (Juen et al., 2005; Laible et al., 2004; Klitzing, v. et al., 2000; Stadelmann, 2006; Warren et al., 1996; Woolgar et al., 2001; Zahn-Waxler et al., 1994, 1996). Im Gegensatz zu Stadelmann (2006) jedoch erwiesen sich in der vorliegenden Untersuchung die *Aggressiven Themen* nicht als signifikanter Prädiktor für die Beurteilung der hyperkinetischen Symptomatik im Lehrerurteil. Im nächsten Abschnitt wird auf die Frage der Verhaltensvorhersage näher eingegangen.

Ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen dem vermehrten Vorkommen von *Aggressiven Themen* einerseits sowie erhöhten Werten im Depressions- und Angstfragebogen andererseits ist auch hier wegen der korrelativen Natur der Berechnungen nicht herzustellen. Das gemeinsame Auftreten von Depression, Angst und Aggression (sei es, weil bspw. Aggression dazu dienen kann, depressive und ängstliche Gefühle abzuwehren, oder umgekehrt, weil eigene aggressive Anteile als so bedrohlich erlebt werden, dass eine umfassende Hemmung der Selbstentfaltung erfolgt, die ihrerseits depressive und ängstliche Gefühle nach sich ziehen kann) ist aus dem klinischen Bereich allerdings bekannt.

Aus dem gleichen statistischen Grund kann auch über die Richtung eines Zusammenhanges zwischen vermehrter Häufigkeit der *Inhaltsthemen* einerseits und erhöhten Werten im Depressionsfragebogen und auf der Skala Prüfungsangst andererseits nur spekuliert werden. Aus klinischer Perspektive betrachtet, erscheint es plausibel, dass gerade diejenigen Kinder, die bei sich selbst depressive Gefühle und Angst spüren und anerkennen können, das Spiel möglicherweise freier nutzen können (wofür die höhere Anzahl an *Inhaltsthemen* stehen mag), da sie das Auftreten solcher Gefühle im Narrativ nicht

verhindern, bzw. vermeiden müssen. Weiterführende prospektive Studien müssten sich der Untersuchung dieser kausalen Zusammenhänge widmen.

#### **4.3 VERHALTENSVOHERSAGEN MITTELS NARRATIVER MERKMALE**

Die vorliegende Untersuchung konnte des Weiteren belegen, dass bestimmte Themen, die die ADHS-Kinder in ihrer narrativen Bearbeitung des emotionalen Dilemmas auswählen und darstellen, sowie die Struktur ihrer Erzählungen Zusammenhänge mit dem Verhalten der Kinder in ihrem sozialen Umfeld (in der Schule) aufweisen. Werden ausschließlich MSSB-Skalen als Prädiktoren ausgewählt, erweist sich vor allem das *Desorganisierte Erzählmuster*, im Gegensatz zum *Eingeschränkten Erzählmuster*, als spezifisch für ADHS. Je stärker die hyperkinetische Kernsymptomatik vom Lehrer eingestuft wird, umso häufiger tauchen im Spiel der Baseline-Erhebung *negative Elternfiguren* im Spiel auf, umso häufiger werden Elemente des Spiels verleugnet, umso häufiger beschäftigt sich das Kind mit anderen als vom *story stem* vorgegebenen Inhalten, umso inkohärenter ist das Narrativ insgesamt und als umso weniger gelungen wird die gewählte Lösung des hypothetischen Dilemmas bewertet. Diese Form von Affektregulierung (das *Desorganisierte Erzählmuster*) kristallisiert sich als Prädiktor für die Beurteilung der hyperkinetischen Symptomatik durch die Lehrer zum ersten Messzeitpunkt heraus. In den vorangegangenen Kapiteln haben wir dieses Abwehrmuster als eine Schwierigkeit beschrieben, bei emotionaler Destabilisierung über die Mentalisierungsfähigkeit verfügen zu können, die die Voraussetzung für planvolles Handeln ist. Es ist durchaus denkbar und kommt der psychoanalytischen Konzeption des Störungsbildes nahe, dass diese Schwierigkeit sich auch in den Kardinalsymptomen von ADHS äußert.

Bei der zweiten Messung im Rahmen der medikamentösen Behandlung stellt sich die *Narrative Kohärenz*, d.h. die Fähigkeit, ein Narrativ in vollständig kohärenter Weise zu entwickeln, als stärkster signifikanter Prädiktor heraus: je ausgeprägter die hyperkinetische Symptomatik, umso niedriger die *Narrative Kohärenz*. Damit wird die zentrale Aussagekraft der Variable *Narrative Kohärenz*, die auch in das *Desorganisierte Erzählmuster* mit einfließt, nochmals bestätigt.

Die Höhe der erklärten Varianz (20,3%, resp. 22,3%) entspricht derjenigen anderer MSSB-Untersuchungen (bspw. Grych et al., 2001; Warren et al., 2000) und zeigt, dass bestimmte psychische Determinanten wie die Beziehungsschemata oder die Fähigkeit, eine stringente, angemessen ausgeschmückte und konfliktbezogene Geschichte zu entwickeln, ein bedeutsamer Faktor neben anderen sein können, die das unaufmerksame, hyperkinetische und

impulsive Verhalten der ADHS-Kinder bestimmen können. Unsere Ergebnisse stimmen mit Stadelmanns Untersuchung (2006) überein, bei der sich die Fähigkeit, eine kohärente Geschichte zu erzählen, ebenfalls als ein signifikanter Prädiktor für die Ausprägung der hyperaktiven und impulsiven Symptomatik herausstellte, genauso wie der negativ/aggressive Themenkomplex. Bei nicht-klinischen und jüngeren Populationen scheint dieser Zusammenhang jedoch nicht eindeutig zu sein, da bspw. Juen et al. (2005) einen solchen in ihrer Stichprobe nicht finden konnten.

Nimmt man allerdings den Intelligenzquotienten, den wir anhand des HAWIK-III erfasst haben hinzu, verlieren die MSSB-Skalen zu dessen Gunsten ihre Signifikanz. Auf den Einfluss von Intelligenz im Allgemeinen sowie sprachlichen Fähigkeiten im besonderen auf die Narrative wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

### ***Der Einfluss von mangelnder Konzentrationsfähigkeit, kognitiven und/oder sprachlichen Defiziten***

Dies betrifft die schwierige Frage, ob bestimmte der hier gefundenen Ergebnisse wie die Stringenz der Erzählung, die niedrige Konfliktbearbeitung, off-topic-Spiel, die Auslassung dilemmabezogener Geschichtenelemente oder aber die geringere Ausschmückung der Geschichten statt auf Affektregulierungsprozesse auf die Aufmerksamkeitsstörung/Impulsivität, auf kognitive Fähigkeiten oder auf ADHS oft begleitende Sprachdefizite zurückzuführen sind. In der Perspektive von Affektregulierung würde man von einer Schwierigkeit in der Prozessierung bestimmter emotionaler Information im Sinne von Abwehrprozessen ausgehen – diese Schwierigkeit würde also eine bestimmte psychische Funktion haben -, im Falle von Defiziten in der Konzentration, in kognitiven oder sprachlichen Fähigkeiten wären die narrativen Auffälligkeiten lediglich eine Folge der ADHS-spezifischen Symptome, denen keine Abwehrfunktion zukäme.

Das Aufmerksamkeitsdefizit ist bei beiden Untersuchungsgruppen nicht eigens, sondern indirekt erhoben worden - in der klinischen Gruppe über die von Eltern und Lehrern ausgefüllten Fragebögen und in der Kontrollgruppe über die Einschätzung der Mütter. Es ist bekannt, dass von ADHS betroffene Kinder aufgrund ihrer Erkrankung größte Strukturierungs- und Ausdauerschwierigkeiten haben. Es ist also durchaus denkbar, dass vor allem das Aufmerksamkeitsdefizit dazu geführt haben könnte, dass beispielsweise der das emotionale Dilemma verkörpernde Konflikt nicht ausreichend beachtet und bearbeitet wird, was später als niedrigere Konfliktbearbeitung kodiert wird. Gleichermaßen könnte sich aufgrund der erhöhten Ablenkbarkeit vermehrt Inkohärenz in das Narrativ eingeschlichen haben. Dass



diese narrativen Auffälligkeiten hingegen jedoch nicht allein mit einem Aufmerksamkeitsdefizit zu erklären sind, dafür spricht, dass es unter MPH, das in der Regel vor allem zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung führt, eben *nicht* zu einer signifikanten Verbesserung dieser Variablen kam.

Der Frage, inwieweit die Geschichtenergänzung mit sprachlicher Fähigkeit korreliert und ob Unterschiede in der verbalen Kompetenz der Kinder die Ergebnisse verzerren, wurde in einigen MSSB-Untersuchungen nachgegangen; sprachliche und allgemeine Intelligenz sowie Wortschatz wurden bspw. durch die *Wechsler Intelligences Scale for Children* (Wechsler, 1991), den *Expressive One-Word Picture Vocabulary Test* (Gardner, 1990) und den *Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT)* (Dunn & Dunn, 1981) erfasst. Es konnte gezeigt werden, daß trotz moderater Korrelationen einiger MSSB-Variablen mit Wortschatz und sprachlicher Intelligenz die relevanten Zusammenhänge bei Kontrolle der verbalen Kompetenz signifikant blieben (z.B. Bretherton et al., 1993; Klitzing, v. et al., 2000; Oppenheim, Emde & Warren, 1997; Oppenheim, Nir et al., 1997; Warren et al., 2000; Warren et al., 1996; Zahn-Waxler, 1994;). In Stadelmanns Untersuchung (2006) hatten Kinder mit Problemen im Bereich Hyperaktivität/Impulsivität vermehrt Wortverständnisprobleme. Je schwächer das Wortverständnis (gemessen anhand des *PPVT*) der Kinder ausfiel, desto weniger prosoziale Themen nannten sie, desto inkohärenter fielen die Geschichten aus, desto weniger griffen sie Konflikte auf und desto weniger ausgeprägt war die Qualität der Erzählsituation. D.h., dass sich in Stadelmanns Untersuchung vor allem sprachliche Zusammenhänge mit denjenigen Merkmalen fanden, die wir in der Variable *Narrative Kohärenz* zusammengefasst haben und die u.a. auch zum *Desorganisierten Erzählmuster* gehören. Diese Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden, obgleich wir ein anderes Instrument zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten verwendet wurde. Interessant ist bei Stadelmanns Ergebnissen jedoch, dass das eingeschränkte Wortverständnis (gemessen anhand des *PPVT*) zwar zur Inkohärenz in den Narrativen beitrug, diese Inkohärenz jedoch nicht vollständig erklärte. Dieses Ergebnis relativiert somit den Einfluss von Sprachkompetenz auf die Ausarbeitung der Spielnarrative und verweist auf die Bedeutung anderer Fähigkeiten, was auch Oppenheim, Nir et al. (1997) mit ihrer Einschränkung von kognitiven und linguistischen zugunsten affektiver Fähigkeiten wie Ambivalenztoleranz betonen.

Allgemein kommen Sprachdefizite bei ADHS-Kindern häufig vor; sensu Döpfner et al. (2000) seien häufig die Sprachentwicklung verzögert und die expressive Sprachfähigkeit beeinträchtigt. 10-25 % der hyperkinetischen Kinder leiden zusätzlich an Lernstörungen

und/oder Teilleistungsschwächen (ebd.). Kinder In der vorliegenden Untersuchung wurden die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten im Rahmen der Intelligenzdiagnostik anhand des HAWIK-III bestimmt. Sie lag für die Kontrollgruppe nicht vor, sodass für die Kontrollgruppe jeweils Durchschnittswerte (IQ = 100) veranschlagt wurden, was, wie schon erwähnt, möglicherweise das tatsächliche Niveau unterschätzt. Nach Gillberg et al. (2004) sei der IQ von ADHS-Kindern durchschnittlich um 3-7 Wertpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe erniedrigt. Nichtsdestotrotz verfügen demnach die von ADHS betroffenen Kinder in der vorliegenden Untersuchung über keine signifikant schlechteren Sprachfähigkeiten und -fertigkeiten. Dennoch weist v.a. die mittlere Korrelation des Verbalteils des HAWIK-III mit der sich in dieser Untersuchung als bedeutsam erwiesene Affektregulierungsskala *Desorganisiertes Erzählmuster* auf den Einfluss verbaler Fertigkeiten hin. Vor diesem Hintergrund ist nicht eindeutig auszuschließen, dass ein bestimmter Anteil der Desorganisation, der mit Hilfe dieser Skala abgebildet wird, teilweise auf sprachliche und im Gesamten nicht nur affektive Schwierigkeiten zurückzuführen ist. Dies wird vor allem eine Variable dieser Skala, *die Inkohärenz* nämlich, betreffen. Beim Vorkommen der übrigen Variablen (*Negative Elternfiguren, Verleugnung von Spielelementen, Off-topic-Spiel, niedrige Konfliktbearbeitung*) ist der Einfluss von sprachlichen Fähigkeiten nicht direkt ersichtlich, sondern lässt sich eher mit kognitiven Fähigkeiten in Verbindung bringen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt zudem den erheblichen Einfluss von kognitiven Faktoren auf die Narrative, wie die signifikanten negativen Korrelationen im mittleren Bereich (-.46 bis -.52) des Gesamtscores des HAWIK-III gerade mit den Affektregulierungsskalen *Vermeidung, Eingeschränktes* sowie *Desorganisiertes Erzählmuster* belegen. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, warum die Intelligenz nur mit diesen Skalen und nicht auch mit anderen Skalen wie bspw. der *Narrative Kohärenz* korreliert. Möglicherweise erfassen diese drei Skalen einen bestimmten Merkmalskomplex. Das Gemeinsame dieser drei Skalen ist, dass jede eigene Merkmale von etwas erfasst, das man im Weitesten Sinne vielleicht mit „Nicht-Spiel“ beschreiben könnte. Damit sind Merkmale gemeint, die nicht zur weiteren Fortführung und Entfaltung des Spieles beitragen wie bspw. *Wiederholung* (in *Vermeidung* enthalten), *Verleugnung* (in *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* enthalten), *Off-topic-Spiel* (in *Vermeidung* und *Desorganisiertes Erzählmuster* enthalten), *Spielverweigerung, Monotones Spiel* (in *Eingeschränktes Erzählmuster* enthalten), etc. Dieses Merkmal haben wir bislang v.a. im Sinne einer für ADHS typischen Abwehrhaltung interpretiert. Vor allem die Korrelationen mit dem Intelligenzverfahren, aber auch die Ergebnisse der Regressionsanalysen, relativieren diese Interpretation: es ist denkbar,

dass die genannten Merkmale von Nicht-Spiel auch, aber nicht nur, darauf zurückzuführen sind, dass die ADHS-Kinder aufgrund kognitiver Schwächen bestimmte narrative Anforderungen (wie bspw. zentrale Elemente aufzugreifen, ausgeschmückt zu spielen, Höhepunktstruktur, den Plot sowie den Spannungsbogen beizubehalten und zu einer angemessenen Lösung des Dilemmas zu finden) nicht erfüllen.

Die Variable, die die Fähigkeit zur Darstellung der inneren Erlebniswelt und darüber die psychosoziale Adaptationsfähigkeit misst, ist die *Narrative Kohärenz*, die zwar hochsignifikant gegengerichtet um  $r=.70$  mit den Affektregulierungsskalen *Vermeidung*, *Eingeschränktes* und *Desorganisiertes Erzählmuster* korreliert, interessanterweise jedoch weder mit dem Verbal- oder Handlungsteil noch mit dem Gesamtscore des HAWIK-III. Es wäre denkbar, dass die *Narrative Kohärenz* tatsächlich eher Eigenschaften erfasst, die vor allem affektiver und weniger kognitiver Natur sind, und es deswegen zu keiner Korrelation mit dem HAWIK-III kommt. Wohl aber mit den genannten Affektregulierungsskalen, in die sowohl affektive als auch kognitive Eigenschaften einfließen.

#### **4.4 METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN**

##### ***Design und Stichprobe***

Das Design wurde als naturalistisches Design (*treatment as usual*- Intervention) angelegt und folgt einem 2x2-Faktoren-Design mit Messwiederholung. Die größte methodische Einschränkung liegt sicherlich in der kleinen Stichprobengröße, die, auch wenn ein sauberes Matching vorgenommen wurde, nicht den Maßstäben von Repräsentativität genügt. Diese Stichprobengröße erlaubte es nicht, die Indexgruppe weiter in spezifischere Untergruppen zu unterteilen, bspw. in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung oder der Kardinalsymptome. Dies ist v.a. den beschränkten finanziellen Ressourcen dieser Untersuchung geschuldet, die sich somit auch nicht an einer an Effektstärken ausgerichteten, deutlich größeren Stichprobengröße orientieren konnte. Aus der Statistik leitet sich ab, dass eine kleine Stichprobe zu einem erhöhten Standardfehler des Mittelwertes führt, was wiederum die Wahrscheinlichkeit, den tatsächlichen Populationsparameter richtig zu schätzen, verringert. Zugleich haben eine niedrige Stichprobengröße sowie eine hohe Merkmalsstreuung Auswirkungen auf die Teststärke eines Testes. Beides liegt in dieser Untersuchung vor und könnte ein Grund für die fehlenden signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten sein.

In dieser Untersuchung hat sich für das vorliegende Störungsbild die Affektregulierungsskala *Desorganisiertes Erzählmuster* als bedeutsam erwiesen. Die Frage,

ob diese Skala jedoch spezifisch für dieses Störungsbild ist, muss jedoch offen bleiben. Einen Hinweis auf eine gewisse Spezifität der gewählten Skalen liefert der Umstand, dass bei Shields et al. (2001) nicht das *Desorganisierte*, sondern das *Eingeschränkte Erzählmuster* zwischen misshandelten und nicht-misshandelten Kindern unterschied. Weiterführende Untersuchungen mit anderen klinischen Gruppen könnten die Frage nach Spezifität weiter klären helfen.

Die Hinzunahme einer Placebogruppe hätte erlaubt, den Einfluss des ambulanten „Angebunden-Seins“ oder anderer therapeutischer Epiphänomene zu kontrollieren, sowie eine Wartekontrollgruppe denjenigen anderer unspezifischer Zeitfaktoren, Einflüsse, die in der vorliegenden Untersuchung mit der medikamentösen Behandlung konfundiert sind. Aus diesem Grunde wurde darauf geachtet, zumindest den unspezifischen therapeutischen Kontakt der kinder- und jugendpsychiatrischen *treatment as usual*- Intervention zwischen den Messzeitpunkten zu minimieren.

Es ist weiterhin möglich, dass allein aufgrund der Art der Rekrutierung (als anfallende Stichprobe über eine psychiatrische Ambulanz) eine Art Selektion stattgefunden hat, worauf die Diagnostik allerdings keinen Anhaltspunkt lieferte. Durch sorgfältige Diagnostik (bspw. den Ausschluss von komorbiden Depressions- und Angsterkrankungen) wurde versucht, die klinische Gruppe zu homogenisieren. Die Durchführung eines strukturierten Interviews wie bspw. des *SKID I (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I)*, Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) hätte sicherlich eine noch stärkere Absicherung ermöglicht.

Eine Einschränkung stellen die unterschiedlich langen Interimsphasen der beiden Untersuchungsgruppen dar: die unauffälligen Kinder waren in einem kürzeren Abschnitt getestet worden, und die festgestellte höhere Variabilität der Kontrollgruppe könnte darauf zurückzuführen sein. Die Kinder der Kontrollgruppe der vorliegenden Untersuchung sind aus einem Pool an Kindern ausgewählt worden, der ursprünglich als Vergleichsgruppe für eine andere Untersuchung mit knochenmarkstransplantierten Kindern rekrutiert worden war. In dieser Untersuchung betrug der Re-Test-Abstand drei Wochen.

Der Zeitraum zwischen den Messzeitpunkten war aus ethischen Überlegungen heraus auf 12 Wochen festgesetzt worden, um die Aufnahme einer weiterführenden, spezifischeren therapeutischen Intervention nicht weiter zu verzögern. Die wenigen Veränderungen, die im Rahmen der medikamentösen *treatment as usual*- Intervention festgestellt wurden, unterstreichen erneut, dass eine alleinige medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, um die seit Jahren entwickelten und entsprechend gefestigten Affektregulierungsstrategien und

Beziehungsschemata zu verändern. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Design mit Follow-up-Messungen sinnvoll, um mögliche Veränderungen nach therapeutischer Intervention zu erfassen.

### ***Instrumente***

Eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit stellt der für psychologische Untersuchungen häufige Modus der indirekten Messung dar: an zwei Stellen (bei der MSSB sowie bei den Fragebögen zur Bestimmung der ADHS-Symptomatik) wurden Daten mithilfe von Ratern erhoben, was immer die Gefahr unterschiedlicher *biases* in sich birgt. Bezüglich der Veränderungsmessung der hyperkinetischen Symptomatik hatten wir uns dazu entschlossen, nur die Beurteilungen der Lehrer zu verwenden, da sich die Elternurteile oft als weniger valide erwiesen haben (Achenbach, 1985). Raterverzerrungen als mögliche Quelle von Messfehlern könnten zur Schwächung der untersuchten Zusammenhänge zwischen den Messzeitpunkten sowie zwischen elterlicher Beurteilung der hyperkinetischen Symptomatik und Beziehungsschemata / Affektregulierungsstrategien geführt haben. Über die MSSB als semiprojektivem Verfahren ist aus methodischer Sicht schon ausführlich diskutiert worden (bspw. Aurnhammer & Koch, 2001; Stadelmann, 2006 oder auch Kapitel 1.4.2 in der vorliegenden Arbeit). Zusammengefasst seien nochmals die wichtigsten Punkte genannt, die auch für die vorliegende Untersuchung gelten. Aus der Sicht der klassischen Testtheorie ist, wie bei allen projektiven Verfahren, die Auswertungsobjektivität die Achillesferse der MSSB. Zwei Maßnahmen sollten diese im Vorfeld erhöhen: zum Einen war das Manual sorgfältig überarbeitet worden. Um zum Anderen die Reliabilität der MSSB zu gewährleisten, war durch intensive Schulungen unter Supervision sowie doppeltes Rating eine gute Interraterreliabilität erreicht worden (Kapitel 3.1). Für folgende Untersuchungen sollten insbesondere die Operationalisierung der *Elternfiguren* sowie des *Eingeschränkten Erzählmusters* nochmals verbessert werden.

Eine weitere methodische Frage ist für dieses Verfahren noch nicht abschließend geklärt worden: ob über Aggregatbildung ausgewertet oder aber gegenteilig dazu verfahren werden sollte, nämlich ob seltene, „besondere“ Ereignisse kodiert werden sollen (z. B. das Auftauchen besonders aggressiver oder bizarrer Themen, wie *Tod durch Aggression, Kind greift Erwachsenen an, sexuelle Handlungen*) – ob also quantitativ oder qualitativ ausgewertet werden soll. Die Summation kann sich sowohl auf die Geschichtenmenge als auch auf Skalen beziehen. Zwar liefern Aufsummierungen in der Regel robustere Daten, Bar-Haim et al. (2004) bspw. plädieren jedoch vor dem Hintergrund ihrer Ergebnisse für eine separate,

geschichtenspezifische Auswertung. In ihrer Untersuchung haben sich die physiologischen Parameter in Abhängigkeit des Geschichtenthemas (bspw. Trennung) unterschiedlich verändert, so dass eine Aufsummierung über mehrere Geschichten zu einer Verwischung der Ergebnisse geführt hätte. Weiterhin ist denkbar, dass es gerade bei klinischen Gruppen oder Risiko-Kindern einzelne, selten auftretende Variablen sind, die besonders aussagekräftig sind; über mehrere Geschichten oder Variablen summiert, würde sich deren Mittelwert so stark verringern, dass man ihn für irrelevant hielte. Im Gegensatz zu der üblichen Vorgehensweise in MSSB-Untersuchungen ist in der vorliegenden Arbeit versucht worden, beiden Ebenen gerecht zu werden, indem einerseits Skalen gebildet und zuzüglich die Besonderheiten auf Itemebene untersucht wurden. Dies hat sich für ein vertieftes Verständnis der Affektregulierung als sehr fruchtbar erwiesen, da über diese Form der Auswertung die Plus- und Minusdimension im Narrativ sowie die Kontaktvermeidung als zentraler Beziehungsorganisator von ADHS-Kindern zutage traten.

Nach der hier angewandten Methode (0/1-Kodierung) konnte ein Item pro Geschichte höchstens einmal kodiert werden, was einen zusätzlichen Informationsverlust bedeutet, da somit keine Häufigkeit innerhalb einer Geschichte erfasst wird. Die genaue Erfassung von Häufigkeit ist allerdings nur unter der Voraussetzung einer Beschränkung auf wenige Variablen leistbar. Darauf wurde in der vorliegenden Untersuchung zugunsten eines größeren, dafür aber weit angelegten Variablenspektrums verzichtet. Stadelmann (2006) kritisiert darüber hinaus an dem vorliegenden Manual zurecht, dass anhand dieser Auswertungsmethode nicht erfasst werden kann, wer der Akteur der kodierten Handlung ist. Prozessorientierte Auswertungen, wie sie bspw. Hill, Hoover und Taliaferro (1999) ausgearbeitet haben, tragen dieser Perspektive Rechnung.

Mit dem in dieser Untersuchung angewandten, sehr detaillierten Manual wurde ein umfangreiches Band an Verhaltensmerkmalen untersucht, um spezifische ADHS-Merkmale zu identifizieren (s. dazu im Anhang III den Überblick über die verwendeten Ratingkategorien). Eine höhere Anzahl an T-Tests erhöht allerdings die Wahrscheinlichkeit von zufälligen Signifikanzen ( $\alpha$ - Fehler-Kumulierung). Dem wurde in dieser Untersuchung mit einer Korrektur nach Bonferoni begegnet, die der Tendenz nach eher konservativ ausfällt (Bortz, 1993) und zu einer deutlichen Absenkung des Signifikanzniveaus führte.

Die Affektregulierungsskalen haben in der vorliegenden Untersuchung eine zentrale Rolle gespielt, da sie, im Gegensatz zu den inhaltlichen Skalen, Aufschluss darüber geben sollten, in welcher Weise v.a. die von ADHS betroffenen Kinder emotional relevante Information verarbeiten. Dies ist gelungen, dennoch werfen die hohen Interkorrelationen vor

allem zwischen der Skala *Vermeidung* und derjenigen des *Desorganisierten Erzählmusters* zurecht die Frage danach auf, ob diese Skalen tatsächlich unterschiedliche Merkmale erfassen – möglicherweise zeigen die hohen Interkorrelationen an, dass es gerade diejenigen Variablen sind, die beiden Skalen miteinander teilen, die in den Narrativen kodiert werden, so dass diese Skalen den Anspruch, unterschiedliche Prozesse der Affektregulierung zu erfassen, letztendlich nicht einlösen. Auch die Skalen *Eingeschränktes* und *Desorganisiertes Erzählmuster* korrelieren in der vorliegenden Untersuchung hoch; interessanterweise korrelierten diese Skalen in der Untersuchung von Shields et al. (2001) bei der Stichprobe misshandelter Kinder überhaupt nicht. Somit scheinen diese Skalen zwischen den beiden Abwehrvorgängen zu diskriminieren, und der Zusammenhang bei der vorliegenden Stichprobe von Kindern mit ADHS scheint möglicherweise spezifisch zu sein.

Auf einer übergeordneten, die Konstruktvalidität betreffenden Ebene fehlen bislang theoretisch klarer gefasste und vor allem vereinheitlichte Konzepte zu dem, was unter dem zentralen Terminus „mentale Repräsentation“ verstanden wird sowie zu seiner entwicklungspsychologischen Verankerung. Bislang formuliert jede Forschungsgruppe mehr oder weniger klar, was sie unter diesem Konstrukt versteht, und so kann auch der theoretische Bezugsrahmen von Untersuchung zu Untersuchung variieren (cf. dazu Kapitel 1.3.5 –1.3.7). Aus diesem Grunde wurde für die vorliegende Arbeit mit der Formulierung eines eigenen Modells begonnen, das einen klareren theoretischen Rahmen bereitstellen sollte.

Ein weiteres, auch diese Untersuchung begleitendes Dilemma ist, ob die gefundenen Daten im Sinne der *Repräsentationshypothese*, die von einer Übereinstimmung zwischen realen Gegebenheiten und Spiel ausgeht, oder aber im Sinne der *Emotionsregulationshypothese* zu interpretieren sind. Bei letzterer stellt das Kind aus inneren Gründen reale Gegebenheiten modifiziert dar (bspw. stellen misshandelte Kinder häufiger besonders liebevolle Elternfiguren dar (Clyman, 2003)). Die Gefahr ist hierbei natürlich, die Daten je nachdem im Sinne eines erwünschten Ergebnisses zu interpretieren. Fraglich ist allerdings, ob es überhaupt jemals gelingen kann, die geforderte Eindeutigkeit bei der empirischen Nutzung einer so komplexen Leistung wie dem symbolischen Spiel zu erreichen.

Die sprachlichen Fähigkeiten sind in der vorliegenden Untersuchung mit Hilfe des Verbalteils des HAWIK-III erhoben worden. Der Verbalteilscore setzt sich allerdings u.a. aus Untertests zusammen, die keine primär verbalen Fähigkeiten erfassen, wie bspw. *Rechnerisches Denken* oder *Zahlen nachsprechen*. Für zukünftige Untersuchungen wäre es sinnvoll, die verbalen Fähigkeiten von Kindern mittels eines dafür speziell entwickelten und genormten Tests zu erheben. Zudem wäre zur Abschätzung der Intelligenz ohne

Konfundierung mit sprachlichen Fähigkeiten die Anwendung eines sprachfreien Intelligenztestes ratsam.

Der Einfluss von familiären Faktoren ist in der vorliegenden Untersuchung nicht zusätzlich mit aufgenommen worden. Begleitend war jedoch zu beiden Messzeitpunkten der Familienidentifikationstest (Remscheidt & Mattejat, 1999) sowie der Familiensystemtest (Gehring, 1998) durchgeführt worden, deren Ergebnisse in einer gesonderten Arbeit von Frau Dipl. Psych. Annette Straten zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet werden.

#### **4.5 AUSBLICK**

Im vorangegangenen Abschnitt wurde auf bestimmte problematische Aspekte der vorliegenden Untersuchung eingegangen sowie schon einige Vorschläge zur Optimierung gemacht. Im Ausblick soll nun nochmals gesondert auf die MSSB in einer übergeordneten Perspektive sowie die klinischen Implikationen eingegangen werden.

In den vorherigen Kapiteln der vorliegenden Arbeit ist die Vielfältigkeit der Forschungsschwerpunkte dargestellt worden, bei welchen die MSSB inzwischen zur Anwendung gelangt. In dieser breiten Forschungslandschaft mit weiter fortschreitender Diversifikation scheinen nun zentralisierende und vereinheitlichende Maßnahmen notwendig, um das breite Forschungsinteresse besser zu kanalisieren und zu bündeln. Dies betrifft den bislang fehlenden einheitlichen theoretischen Rahmen, wie oben schon ausgeführt; Ferner wäre es bspw. sinnvoll, die diversen Manuale zu zentralisieren und für die Auswertung bestimmte Standards einzuführen, beispielsweise über allgemein zugängliche Syntax-Pools. Ansonsten bleiben die Ergebnisse der unterschiedlichen Untersuchungen weiterhin wenig vergleichbar. Das von unserer Forschungsgruppe erarbeitete Auswertungsprogramm könnte hierfür ein Anfang sein. Zukünftige Forschung sollte sich darüber hinaus an der Erarbeitung störungsspezifischer Variablenmuster orientieren, um die MSSB auch für psychotherapeutischen Bereich, bspw. zur Verlaufskontrolle, nutzbar zu machen. Für eine breitere Anwendbarkeit in der Klinik ist eine Reduzierung der komplexen Auswertungsmanuale unbedingt notwendig. Die MSSB als Geschichtenergänzungsverfahren bietet jedoch nach wie vor die Möglichkeit, in einer standardisierten Weise etwas von der Innenperspektive der Kinder sichtbar zu machen, eine Perspektive, die noch immer stark vernachlässigt wird.



## 5 LITERATUR

- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 3-14). New York: Plenum Press.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self Report*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Amft, H. (2004). Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In H. Amft, M. Gerspach & D. Mattner (Hrsg.), *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amft, H. (2006). ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Aurnhammer, M.C. & Koch, I.N. (2001). „Da wollte der Barney mal alleine spazieren gehen...“. *Untersuchung der Spielnarrative 8-12jähriger Schüler und Schülerinnen mit einer deutschen Fassung der MacArthur Story Stem Battery*. Universität Tübingen: Diplomarbeit.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 3, 461-484.
- Barbarese, W. J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Pankratz, V., Weaver, A.L., Weber, K.J., Mrazek, D. A. & Jacobsen, S. J. (2002). How common ist attention-deficit/hyperactivity disorder? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 217-224.
- Barbarese, W. J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Pankratz, V., Mrazek, D. A. & Jacobsen, S. J. (2004). How common ist attention-deficit/hyperactivity disorder? Toward resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta paediatrica, Supplement*, 445, 55-59.
- Bar-Haim, Y., Fox, N.A., VanMeenen, K.M. & Marshall, P.J. (2004). Children's narratives and patterns of cardiac reactivity. *Developmental Psychobiology*, 44, 238 – 249.

- 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.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. (2 ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*, 25, 77-83.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-57.
- Barkley, R. A., Karlsson, J. & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother child interactions of ADHD and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 631-637.
- Basquin, M. (2002). Überlegungen zur Hyperaktivität des Kindes. *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 31, 65 - 84.
- Behar, L. & Springfield, S. (1974). A behaviour rating scale for the preschool child. *Developmental Psychology*, 10, 601-610.
- Berlyne, D. E. (1969). Laughter, humor and play. In I. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology (Vol. 3)*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Belsky, J. & Most, R.K. (1981). From exploration to play. A cross-sectional study of infant free play behaviour. *Developmental Psychology*, 17, 630-639.
- Bendell, D., Field, T., Yando, R., Lang, C., Martinez, A. & Pickens, J. (1994). "Depressed" mothers' perceptions of their preschool children's vulnerability. *Child Psychiatry and Human Development*, 24 (3), 183- 190.
- Berger, A. & Posner, M. I. (2000). Pathologies of brain attentional networks. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 3-5.
- Berger, Margarete (1993). Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum. *Kinderanalyse, Themenheft Ansichten eines Zappelphilipps – das hyperkinetische Syndrom und seine psychischen Hintergründe*, 2, 118-130.
- Berndt, T.J. (1981). Age changes and changes over time in prosocial intentions and behavior between friends. *Developmental Psychology*, 17 (4), 408-416.
- Biedermann, J., Baldessarini, R.J., Wright, V., Knee, D. & Hartz, J.S. (1989). A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD: I Efficacy. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 777-784.
- Biedermann, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-18.

- Blatt, S. J. (1990). The Rohrschach. A test of perception or an evaluation of representation? *Journal of Personality Assessment*, 55 (3 & 4), 394-416.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 6. Emotion, cognition, and representation* (pp. 1-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: Egocentrism or empathy? *Developmental Psychology*, 5, 263-269.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bretherton, I. (1984). Representing the social world in symbolic play: Reality and fantasy. In I. Bretherton (Ed.), *Symbolic play: The development of social understanding* (pp. 3-41). New York: Academic Press.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Bretherton, I. (1991). Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In M. R. Gunnar & L. A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development* (pp. 1-41). *Minnesota symposia on child development Vol. 23*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bretherton, I. (2001). *Attachment relationships and attachment representations in early childhood: Reflections on the internal working model construct*. Manuscript submitted for publication.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C. & Sherman, M. (1989). Attachment. The parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10, 203-221.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revised. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. & Oppenheim, D. (2001). *The MacArthur Story Stem Battery: Development, administration, reliability, validity and reflections about meaning*. Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Madison.
- Bretherton, I. & Oppenheim, D. (2003). The MacArthur Story Stem Battery: Development, administration, reliability, validity and reflections about meaning. In R. N. Emde, D.

- P. Wolf & D. Oppenheim (eds.), *Revealing the inner worlds of young children, the MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 55-80). New York: Oxford University Press.
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R. N. & The MacArthur Transition Network Narrative Group. (1990, Instructions for administering the battery added 1996). *The MacArthur Story Stem Battery (MSSB)*. Unpublished Manual, University of Wisconsin-Madison.
- Bretherton, I., Prentiss, C. & Ridgeway, D. (1990). Family relationships as represented in a story-completion task at thirty-seven and fifty-four months of age. In I. Bretherton & M. Watson (Eds.), *Children's perspectives on the family* (pp. 85-105). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-years-old. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 273-308). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Brisch, K.H. (2002). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In G. Bovensiepen, H. Hopf & G. Molitor (Hrsg.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* (S.45-69). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Brody, G.H., Stoneman, Z. & Burke, M. (1988). Child temperament and parental perceptions of individual child adjustment: an intrafamilial analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 532-42.
- Brosius, F. (2004). *SPPS 12. Das mitp-Standardwerk*. Bonn: mitp-Verlag.
- 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.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buchsbaum, H. K. & Emde, R. N. (1990). Play narratives in 36-month-old-children: Early moral development and family relationships. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 129-155.
- Buchsbaum, H.K., Toth, S. L., Clyman, R. B., Cicchetti, D. & Emde, R.N. (1992). The use of a narrative story stem technique with maltreated children: Implications for theory and practice. *Development and Psychopathology*, 4 (4), 603-625.
- Bürgin, D. & Steck, B. (2007). Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 310-332.

- Buitelaar, J.K. (2002). Epidemiological aspects: what have we learned over the last decade?. In: S. Sandberg (Ed.): *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp 30-63). Second edition. Cambridge University Press.
- Buitelaar, J.K. & Rothenberger, A. (2004). Foreword – ADHD in the scientific and political context. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement 1* (13), 1-6.
- Bureau, J. F. & Moss, E. (2001). Relation entre les stratégies d'attachements des enfants d'âge scolaire et leurs représentations des figures parentales. *Revue québécoise de psychologie*, 22 (2), 29-49.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 53-72.
- Cambell, S.B. (1990). *Behavior problems in preschool children*. New York: Guildford.
- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at twoyear follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147–166.
- Campbell, S. B. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A developmental view. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 383–401). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Campbell, S. B., Breaux, A. M., Ewing, L. J., Szumowski, E. K., & Pierce, E. W. (1986). Parent identified problem preschoolers: Mother–child interaction during play at intake and 1 year follow up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 425– 440.
- Campbell, S. B. & Ewing, L. J. (1990). Follow up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871–889.
- Carlson, C.L., Tamm, L. & Gaub, M. (1997). Gender differences in children with ADHD, ODD and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1706-14.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother-attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 228-249.
- Chandler, M. J., Fritz, A. S. & Hala, S. M. (1989). Small-scale deceit: deception as a marker of 2-, 3-, and 4-year-olds' early theories of mind. *Child Development*, 60, 1263-1277.
- Cho, E. (1994). *Mothers' authoritative and authoritarian parenting: Attitudes related to preschoolers' attachment representations and teacher-rated social competence*. Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S. & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder ist associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (2), 179-198.

- Clyman, R. B. (2003). Portrayals in maltreated children`s play narratives: representations or emotion regulation? In R. N. Emde; D. P. Wolf & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children. The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 201-221). New York: Oxford University Press.
- Cohen, P., Cohen, J. & Brook, J. (1993a). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-77.
- Cohn, F .S. (1962). Fantasy aggression in children by the doll play technique. *Child development*, 33, 235-250.
- Conners,C.K. (2002). Forty years of methylphenidate treatment in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [Abstract]. *Journal of Attention Disorders*, 6, 17-30.
- Craik, K. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Crandall, V. J. (1955). An investigation of the specificity of reinforcement of induced frustration. *Journal of Social Psychology*, 41, 311-318.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.
- Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Cunningham, C. E., & Barkley, R. A. (1979). The interactions of hyperactive and normal children with their mothers in free play and structured task. *Child Development*, 50, 217–224.
- Damon, W. (1977). Measurement and social development. *Counseling psychologist*, 6 (4), 13-15.
- Danforth, J. S., Barkley, R. A. & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive Children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- Delatrée, A. (2006) Mentale Repräsentationen von Kindern mit ADHS. Verhaltensrelevanz und Veränderbarkeit durch ein kognitiv-behaviorales Sommercamp. Universität Tübingen: Inaugural-Dissertation,.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Auflage). Bern: Huber.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6, 419-439.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2003). Eckpunkte zur Diagnose und Behandlung von ADHS – Ergebnis einer Konsensuskonferenz im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. *ADHS-Report, Referate für Klinik und Praxis*, 13, 1-8.

- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Fröhlich, J. (2000). *Hyperkinetische Störungen*, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (Bd 1). Göttingen: Hogrefe.
- Downey, G. & Conye, J.C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L. & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508–515.
- Edelbrock, C.S., Rende, R., Plomin, R. & Thompson, L. (1995). A twin study of competence and problem behaviour in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 775-786.
- Einsiedler, W. (1999). *Das Spiel der Kinder. Zur Pädagogik und Psychologie des Kinderspiels* (3., aktualisierte u. erweiterte Aufl.). Bad Heilbrunn/Obb: Julius Klinkhardt.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Nyman, M., Bernzweig, J. & Pinnuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child development*, 65, 109-28.
- Emde, R.N. (2003). Early narratives: a window to the child's inner World. In R. N. Emde, D. P. Wolf & D. Oppenheim (eds.), *Revealing the inner worlds of young children, the MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 55-80). New York: Oxford University Press.
- Emde, R., Kubicek, L. & Oppenheim, D. (1997). Imaginative Reality observed during early language development. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 115-133.
- Epstein, S. (1980). A review and the proposal of an integrated theory of personality. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp.82-131). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Epstein, S. & Smith, R. (1956). Thematic apperception as a measure of the hunger drive. *Journal of Projective Techniques*, 20, 372-384.
- Erhardt, D. & Hinshaw, S.P. (1994). Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behaviors and from nonverbal variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 833-42.
- Erikson, E. H. (1950), *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Fabes, R.A. & Eisenberg, N. (1992). Young children's coping with interpersonal anger. *Child development*, 63, 116-28.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Faraone, S. V. & Biederman, J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 533–541.

- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *44*, 951–958.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., Spencer, T. J., Wilens, T. E., Frazier, J., Cleves, M., & Sakai, J. (1999). Dopamine D-sub-4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 768–770.
- Favez, N. (2003). Patterns of maternal affect regulation during the co-construction of preschoolers' autobiographical narratives. In R. N. Emde, D. P. Wolf & D. Oppenheim (eds.), *Revealing the inner worlds of young children, the MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives*, (pp. 302-323). New York: Oxford University Press.
- Feather, N. T. (1966). Effects of prior success and failure on expectations of success and subsequent performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 287-298.
- Fein, G. (1981). Pretend play in childhood: An integrative review. *Child Development*, *52*, 1195-1118.
- Feldman, R., Greenbaum, C.W. & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, *35*, 223-31.
- Ferber, L. von, Lehmkuhl, G., Köster, I., Döpfner, M., Schubert, I., Fröhlich, J. & Ihle, P. (2003). Methylphenidatgebrauch in Deutschland: Versichertenbezogene epidemiologische Studie über die Entwicklung von 1998 bis 2000. *Deutsches Ärzteblatt*, *100: A*, 41-46.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, *4*, 49-66.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Fletcher, K.E. & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children: III. Predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 324-332.
- Fish-Murray, C. C., Koby, E. V. & van der Kolk, B. A. (1987). Evolving ideas: The effect of abuse on children's thought. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 89-110). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, B.C., & Beckley, R.A. (1999). *Attention deficit disorders. Practical coping methods*. Boca Raton, London, New York, Washington D.C.: CRC Press.
- Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1984). *Social cognition*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 595-625). New York: Guildford Press.
- Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.



- Franieck, M. L. C. F. (2005). *Mental representations of parents and family structure of first grade elementary school children from two countries Brazil and Germany: similarities and differences*. Universität Tübingen: Dissertation.
- Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children*. London: Imago.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. In A. Mitscherlich, A. Richards, J. Strachey & I. Grubrich-Simitis (Hrsg.).(2000), Sigmund Freud Studienausgabe (Limitierte Sonderausgabe, Bd. 3) (S. 213-272). Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Eds.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gaensbauer, T. J. (1994). Therapeutic work with a traumatized toddler. *Psychoanalytic Study Child*, 50, 122-149.
- Gaensbauer, T. J. (1995). Trauma in the preverbal period: symptoms, memories, and developmental impact. *Psychoanalytic Study Child*, 50, 122-149.
- Gall, G. (2008). *Prä-Post-Vergleich der mentalen Elternrepräsentationen im symbolischen Spiel bei ADHD-Kindern und Kontrollkindern*. Universität Tübingen: Diplomarbeit.
- Gardner, H. (1985). *The mind's new science. A history of the cognitive revolution*. New York: Basic Books.
- Gehring, T. M. (1998). *Familiensystemtest (FAST) (2.Auflage)*. Göttingen: Beltz.
- George, Q., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview Protocol, 3rd Edition*. Department of Psychology, University of California at Berkeley. Unveröffentlichtes Manuskript.
- George, C. & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17 (3), 198-215.
- Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Rastam, M., Johnson, M., Rothenberger, A. & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement 1* (13), 80-92.
- Gilmore, K. (2000), A psychoanalytic perspective on AD/HD. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1259–1293.
- Gloger-Tippelt, G. (1999). Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 113-128.
- Golse, B. (2001). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (3. Auflage). Paris: Masson.
- Goodman, N. (1984). *Of mind and other matters*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gotlib, I. H. & Hammen, C. (1996). Toward a cognitive-interpersonal conceptualization of depression. In I. H. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Psychological aspects of depression*.

- Towards a cognitive-interpersonal integration* (pp. 245-267). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Grych, J. H., Wachsmuth-Schlaefler, T., & Klockow, L. L. (2002). Interparental aggression and young children's representations of family relationships. *Journal of Family Psychology, 16* (3), 259-272.
- Günter, M. (2008 a). Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS). Diagnostik und Therapie einer komplexen Problematik. *Kinder- und Jugendmedizin, 8*, 1-6.
- Günter, M. (2008). Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung – Neurotransmittererkrankung, Modediagnose oder komplexe Problematik? *Psychoanalytische Blätter, 28*, 27-46.
- Günter, M., Di Gallo, A., Stohrer, I. & Koch, I. N. (2005). Tübingen-Basel Kodierungsmanual für Narrative der MacArthur Story Stem Battery. Universität Tübingen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Haddad, P.H. & Garralda, M.E. (1992). Hyperkinetic syndrome and disruptive early experiences. *British Journal of Psychiatry, 161*, 700-3.
- Häußler, G. & Hopf, H. (2002). Psychoanalytische Theorien. In G. Bovensiepen, H. Hopf & G. Molitor (eds.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* (S. 20-44), Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B. & Frick, P.J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 729-49.
- Haubl, R. & Liebsch, K. (2008). Zur Bedeutung der AD(H)S-Medikation für die betroffenen Kinder. *Psyche, 7*, 673-692.
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2007). *AD(H)S. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, Psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heller, T. L. & Baker, B. L. (2000). Maternal negativity and children's externalising behavior. *Early Education and Development, 11* (4), 483-498.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Keysor, C. S. & Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*, 757-70.
- Hill, J., Hoover D. & Taliaferro, G. (1999). *Process Scales for the MacArthur Story Stem Battery*. Unpublished manual. Department of Psychiatry, Royal Liverpool Children's Hospital; Menninger Clinic, Houston/Texas.
- Hinshaw, S. P., Heller, T. & McHale, J. P. (1992). Covert antisocial behavior in boys with attention-deficit hyperactivity disorder: external validation and effects of methylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60* (2), 274-281.
- Hinshelwood, R. D. (1993). Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

- Hocke, Reinhold (1993). Zur Problematik des hyperkinetischen Syndroms. *Kinderanalyse, Themenheft Ansichten eines Zappelphilipps – das hyperkinetische Syndrom und seine psychischen Hintergründe*, 2, 118-130.
- Hopf, H. (2007). Zwischen Empathie und Grenzsetzungen – Überlegungen zur Psychodynamik und Behandlungstechnik bei psychoanalytischen Therapien von hyperkinetischen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 333-355.
- Hüther, G. (2002). Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulantien (Ritalin). In G. Bovensiepen, H. Hopf & G. Molitor (Hrsg.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder . Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* (S. 70-91). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Hubbs-Tait, L., Hughes, K. P., Culp, A. M., Osofsky, J. D., Hann, D. M., Eberhart-Wright, A. & Ware, L. M. (1996). Children of adolescent mothers: attachment representation, maternal depression, and later behavior problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (3), 416-426.
- Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207.
- Juen, F., Beneke, C., Wyl, A. von, Schick, A., & Cierpka, M. (2005). Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54 (3), 191-209.
- Jureidini, J. (1996). Some reasons for concern about attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 32 (3), 201-203.
- Käppler, C. (2005). Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), 21-29.
- Kagan, J. (1956). The measurement of overt aggression from fantasy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 390-271.
- Kelsay, K. (1999). *Kempe Aurora preschool Coding manual*. Denver: Unpublished Manual.
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N. & Hatton, D. (2005). Modelling ADHD Child and Family Relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (4), 500-518.
- Kernberg, O. F. (1985). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klagsburn, M. & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: A clinical test for young children., *British Journal of Projective Psychology*, 21, 7-21.
- Klein, M. (1932/1973). *Die Psychoanalyse des Kindes*. München: Kindler.
- Klein, M. (1955). Die psychoanalytische Spieltechnik. Ihre Geschichte und Bedeutung. In M. Klein (1962), *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse* (S. 11-29). Stuttgart: Ernst Klett.

- Klitzing, K. von, Kelsay, K., Emde, R. N., Robinson, J., & Schmitz, S. (2000). Gender-specific characteristics of 5-year-olds' play narratives and associations with behavior ratings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (8), 1017-1023.
- Klitzing, K. von & Bürgin, D. (2005). Parental capacities for triadic relationships during pregnancy: early predictors of children's behavioral and representational functioning at preschool age. *Infant Mental Health Journal*, 26 (1), 19-39.
- Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 21-43). New York: Guilford Press.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments. *Developmental Psychology*, 33, 228-40.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: a developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.
- Kopp, C. B. (1987). The growth of self-regulation: caregivers and children. In N. Eisenberg (ed.), *Contemporary Topics in Developmental Psychology* (pp. 34-56). New York: Wiley.
- Kummetat, V. (2007). Bindung und ADHS. Kindliche und elterliche Bindungsrepräsentanzen bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Universität Köln: Inaugural-Dissertation:
- Kuntsi, J., & Stevenson, J. (2000). Hyperactivity in children: A focus on genetic research and psychological theories. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 1-24.
- Lahey, B. B., Applegate, A., McBurnett, K., Biedermann, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P. & Richters, J. (1994). DSM-IV field trials for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-85.
- Laible, D. J., & Thompson, R. A. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental Psychology*, 34, 1038-1045.
- Laible, D., Carlo, G.; Torquati, J. & Ontai, L. (2004). Children's perceptions of family relationships as assessed in a doll story completion task: Links to parenting, social competence, and externalizing behavior. *Social Development*, 13 (4), 551-569.
- Lambert, N. M., Hartwough, C. S., Sassone, C. & Sandoval, J. (1987). Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 163-170.
- Lehmkuhl, G. (2006): Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS. Auch Angst und Aggression beachten. *Neurotransmitter*, 17 (2), 57-59.

- Leichsenring, F. & Hiller, W. (1994). Projektive Verfahren. In R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S.162-173). Stuttgart: Enke.
- Leigh, J.H. & Kinnear, T.C. (1980). On interaction classification. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 841-843.
- Leins, U. (2004). *Train your brain. Neurofeedback für Kinder mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Universität Tübingen: Dissertation.
- Levin, H. & Wardwell, E. (1962). The research uses of doll play. *Psychological Bulletin*, 59 (1), 27-56.
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läzer, K. L. & Waldung, C.(2008). Klinische und extraklinische Annäherung an ADHS. *Psyche*, 7, 621-653.
- Leung, P. W., Luk, S. L., Ho, T. P., Taylor, E., Mak, F. L., Bacon-Shone, J. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *British Journal of Psychiatry*, 168, 486-96.
- Lilienfeld, S. & Waldmann, I. D. (1990). The relationship between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behavior reexamined: the problem of heterogeneity. *Clinical Psychology Review*, 10, 699-725.
- Lüpke, H. von (2001). Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S. 111-130). München: Ernst Reinhardt.
- Lynn, D.B. & Lynn, R. (1959). The structured doll play task as a projective technique for use with children. *Journal of Projective Techniques*, 23, 335-344.
- Macfie, J., Toth, S. L., Rogosch, F. A., Robinson, J., Emde, R. N., & Cicchetti, D. (1999). Effect of maltreatment on preschoolers` narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Developmental Psychology*, 35 (2), 460-465.
- Macfie, J. Cicchetti, D & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254.
- Main, M. & Cassidy, J. (1985). Assessment of child-parent attachment at six years of age. Unpublished scoring manual.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M.Cummings (Hrsg.), *Attachment during the Preschool Years: Theory, Research and Intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Mandler, J.. M. (1983). Representation. In J. H. Flavell & E. M. Markman (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Vol.3: Cognitive Development* (pp. 420-494). New York: Wiley.

- McCrone, E. R., Egeland, B., Kalkoske, M. & Carlson, E. A. (1994). Relations between early maltreatment and mental representations of relationships assessed with projective storytelling in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 6, 99-120.
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. (1960). *Plans and the structure of behaviour*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Miller, P. & Garvey, C. (1984). Mother-baby role-play: Its origin in social support. In I. Bretherton (Ed.), *Symbolic Play: The Development of Social Understanding*. New York: Academic Press.
- Milich, R., Balentine, A.C. & Lynam, D.R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (4), 463-488.
- Min, R. (2003). Untersuchung der Spielnarrative 4-7-jähriger Kinder mit einer deutschen Fassung der MacArthur Story Stem Battery. Universität Tübingen: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Morgenthaler, F. (1987). *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt / M.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Bretherton, I & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment and Human Development*, 6 (3), 305-325.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-101.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. J. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-26.
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A. & Cooper, P. J. (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 927-35.
- Murray, L., Sinclair, D. & Cooper, P. J. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1259-71.
- Neisser, U. (1967). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- Nelson, K. (1981). Social cognition in a script framework. In J. H. Flavell & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures* (pp. 97-118). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (1993). Events, narratives, memory: What develops?. In C. A. Nelson (Ed.), *Memory and affect in development, The Minnesota Symposia on Child Psychology, Vol. 26* (pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Nelson, K. (1999). Event representations, narrative development and internal working models. *Attachment & Human Development*, 3, 239-252.
- Nelson, K. & Gruendel, J. M. (1981). Generalized event representations: Basic building blocks of cognitive development. In M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology*, Vol. 1 (pp. 131-158). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Neubauer, P. D. (1987). The many meanings of play: Introduction. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 3-10.
- Nicolich, L. (1977). Beyond sensimotor intelligence: Assessment of symbolic maturity through analysis of pretend play. *Merril-Palmer-Quarterly*, 23, 88-99.
- Nissen, G. (2005). *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 424-443.
- Nummer, G. & Seiffge-Krenke, I. (2001). Können Unterschiede in Stresswahrnehmung und -bewältigung Geschlechtsunterschiede in der depressiven Symptombelastung bei Jugendlichen erklären? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29 (2), 89-97.
- Olson, S. (2002). Developmental perspectives. In S. Sandberg (ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood*, (pp. 242-289). Cambridge: University Press.
- Oerter, L. (1995). Spiel und kindliche Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (3., vollst. überarb. Auflage) (S. 250-267). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Oppenheim, D. (1990). *Assessing the validity of a doll-play interview for measuring attachment in preschoolers*. University of Utah :unpublished doctoral dissertation.
- Oppenheim, D. (1997). The attachment doll play interview for preschoolers. *International Journal of Behavioural Development*, 20, 681-697.
- Oppenheim, D., Emde, R. N. & Wamboldt, F. S. (1996). Associations between 3-year-olds' narrative co-constructions with mothers and fathers and their story completions about affective themes. *Early Development & Parenting*, 5 (3), 149-160.
- Oppenheim, D., Emde, R. N. & Warren, S. (1997a). Children's narrative representations of mothers: Their development and associations with child and mother adaptation. *Child Development*, 68, 127-138.
- Oppenheim, D., Emde, R. N. & Warren, S. (1997b). Preschoolers face moral dilemmas: a longitudinal study of acknowledging and resolving internal conflict. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 943-956.
- Oppenheim, D., Nir, A., Emde, R. N. & Warren, S. (1997). Emotion regulation in mother-child narrative co-construction. Associations with children's narratives and adaptation. *Developmental Psychology*, 33 (2), 284-294.

- Oppenheim, D. & Waters, H. S. (1995). Narrative processes and attachment representations: Issues of development and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3), 197-233.
- Osofsky, J., Cohen, G. & Drell, M. (1995). The effects of trauma on young children. A case of 2-year-old-twins. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 595-607.
- Page, T. (2001). The social meaning of children's narratives: a review of the attachment-based narrative story stem technique. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18 (3), 171-187.
- Page, T. & Bretherton, I. (2003a). Gender differences in stories of violence and caring by preschool children in post-divorce families: implications of social competence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20 (6), 485- 08.
- Page, T. & Bretherton, I. (2003b). Representations of attachment of father in the narratives of preschool girls in post-divorce families: implications for family relationships and social development. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20 (2), 99-122.
- Pelham, W.E. & Milich, R. (1984). Peer relations in children with Hyperactivity/Attention Deficit Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 17 (9), 560-567
- Perner, A. (2002). Zur Dynamik der hyperkinetischen Störung. *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 31, 65- 84.
- Piaget, J. (1975), *Nachahmung, Spiel und Traum: Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde* (Gesammelte Werke, Studienausgabe, Bd. 5). Stuttgart: Ernst Klett Verlag. (Original erschienen 1959: La formation du symbole chez l'enfant. Imitation, jeu et rêve – Image et représentation).
- Pierce, E. W., Ewing, L. J., & Campbell, S. B. (1999). Diagnostic status and symptomatic behavior of hard-to-manage preschool children in middle childhood and early adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 44–57.
- Phillips, R. (1945). Doll play as a function of the realism and the length of experimental session. *Child Development*, 16, 123-143.
- Pintler, M.H. (1945). Doll play as a function experimenter-child interaction and initial organization of materials. *Child Development*, 16, 145-166.
- Rapoport, J. L., Buchsbaum, M., Weingartner, H., Zahn, T. P., Ludlow, C. L. & Mikkelsen, E. J. (1980). Dextroamphetamine. Its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men. *Archives of General Psychiatry*, 37, 933-943.
- Riedesser, P. (2004). "ADHD" the biggest controversy in history of child and adolescent psychiatry. Vortrag auf dem XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie „Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung“, 03.-06.04.2002, Berlin.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Social, Emotional, and Personality Development* (5<sup>th</sup> edition, pp. 105-76). New York: Wiley.



- Robinson, E.F. (1946). Doll play as a function of the doll family constellation. *Child Development, 16*, 145-166.
- Robinson, J. & Eltz, M. (2004). Children's empathic representations in relation to early caregiving patterns among low-income African American mothers. In M.W. Pratt & B. H. Fiese (Eds.), *Family stories and the life course. Across time and generations* (pp. 109-131). New Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Robinson, J., Herot, C., Haynes, P. & Mantz-Simmons, L. M. (2000). Children's story stem responses: a measure of program impact on developmental risks associated with dysfunctional parenting. *Child Abuse and Neglect, 24* (1), 99-110.
- Robinson, J., Mantz-Simmons, L., Macfie, J., Kelsay, K., Holmberg, J. & the MacArthur Narrative Working Group (2005). *MacArthur Narrative Coding Manual*. Unpublished Manual.
- Robinson, J., Mantz-Simmons, L., MacFie, J. & The MacArthur Narrative Working Group (1992). *Memphis Narrative Coding Manual*. Unpublished Manual.
- Robinson, J., Mantz-Simmons, L., Macfie, J. & the MacArthur Narrative Working Group (1995/1998). *MacArthur Narrative Coding Manual*. Unpublished manuscript. Boulder: University of Colorado.
- Rutter, M. & the ERA study team (1998). Developmental catch-up, an deficit, following adoption after severe global early deprivation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 465-476.
- Rutter, M., Kreppner, J., O'Connor, T. & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound deprivation. *British Journal of Psychiatry, 179*, 97-103.
- Rutter, M., Roy, P. & Kreppner, J. (2002). Institutional care as risk factor for inattention / overactivity. In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 417 -435). Cambridge: University Press.
- Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology, 12*, 265-296.
- Saile, H., Röding, A. & Friedrich-Löffler, A. (1999). Familienprozesse bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27* (1), 19-26.
- Sandberg, S. (2002). Psychosocial contributions. In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 367-416). Cambridge: University Press.
- Sander, L. (1975). Infant and caretaking environment. In E.J. Anthony (Ed.), *Explorations in Child Psychiatry* (pp. 129-66). New York: Basic Books.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV* (Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association). Göttingen: Hogrefe.

- Schachar, R. & Tannock, R. (1995). Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 639-48.
- Schachar, R., Tannock, R. & Logen, G. (1993). Inhibitory control, impulsiveness and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology review*, 13, 721-739.
- Schachar, R., Taylor, E., Wieselberg, M., Thorley, G. & Rutter, M. (1987). Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 26 (5), 728-732.
- Schank, R. C. & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding: An inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schöning, S., Steins, G. & Berek, M. (2002). Das Selbstkonzept bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und dessen Veränderungen mit Methylphenidat. *Kindheit und Entwicklung*, 11 (1), 38-47.
- Schwedler, Anna (2006). *Eine Untersuchung von Abwehr- und Dissoziationsparametern an stammzelltransplantierten Kindern zu zwei Messzeitpunkten sowie einer Kontrollgruppe mit Hilfe der MacArthur Story Stem Battery*. Universität Tübingen: Diplomarbeit.
- Schweinsberg, Julia (2006). *Eine Untersuchung von Abwehr- und Dissoziationsparametern an Kindern mit ADHS sowie einer Kontrollgruppe mit Hilfe der MacArthur Story Stem Battery*. Universität Tübingen: Diplomarbeit.
- Schubert, I., Lehmkuhl, G., Spengler, A., Döpfner, M. & Ferber, L. von (2001). Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. Verordnungen in den 90er Jahren. *Deutsches Ärzteblatt*, 98: A, 541-44.
- Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12.
- Sears, R. R. (1947). Influence of methodological factors on doll play performance. *Child development*, 18, 190-197.
- Segal, H. (1957/1995). Bemerkungen zur Symbolbildung. In E. Bott Spilius (Hrsg.), *Melanie Klein heute, Entwicklungen in Theorie und Praxis, Bd. 1, Beiträge zur Theorie* (S. 202-224). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Sehringer, W. (1982). Zeichnerische und spielerische Gestaltungsverfahren. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich B Methodologie und Methoden, Serie II Psychologische Diagnostik, Band 3 Persönlichkeitsdiagnostik* (S. 430-528). Göttingen: Hogrefe.
- Shamir, H., Schudlich, T. D. & Cummings, E. M. (2001). Marital conflict, parenting styles and children's representations of family relationships. *Parenting: Science and Practice*, 1, 123-151.
- Sher-Censor, E. & Oppenheim, D. (2004). Coherence and representations in preschoolers' narratives: associations with attachment in infancy. In M.W.Pratt & B.

- H. Fiese (Eds.), *Family stories and the life course. Across time and generations* (pp. 77-106). New Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shields, A., Ryan, M. R. & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, 3, 321-337.
- Shirk, S. R. (1998). Interpersonal schemata in child psychotherapy: a cognitive-interpersonal perspective. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 4-16.
- Shouldice, A. E. & Stevenson-Hinde, J. (1992). Coping with security distress. The separation anxiety test and attachment classification at 4.5 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33 (2), 331-348.
- Singer, D. G. & Singer, J. L. (1990). *The house of make-believe: children's play and the developing imagination*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Skrodzki, K. (2000). Leben mit Hyperaktivität in Deutschland vor der Jahrtausendwende. In K. Skrodzki & K. Mertens (Eds.), *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* (S. 21-43). Dortmund: Borgmann publishing.
- Slough, N. & Greenberg, M. (1990). 5 year-olds' representations of separation from parents: Responses from the perspective of self and other. In I. Bretherton & M. Watson (Eds.), *Children's perspectives on the family, New directions for Child Development series, vol. 48* (pp. 67-84). San Francisco: Jossey-Bass.
- Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six. Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- Solomon, J. & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.
- Sroufe, L. A. (1991). Considering normal and abnormal together: the essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335-47.
- Stadelmann, S. (2006). *Konfliktbasierte Spielnarrative von Kindergartenkindern: Zusammenhänge mit der Verhaltensregulation der Kinder und dem emotionalen Familienklima*. Universität Freiburg: Inaugural-Dissertation.
- Steele, R. G., Forehand, R. & Armistead, L. (1997). The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2), 83-94.
- Steele, H., Steele, M., Croft, C. & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*, 8, 161-178.

- Steier, Anke (2007). *Mentale Elternrepräsentationen im symbolischen Spiel bei Kindern kurz vor und nach einer Stammzellentransplantation im Vergleich zu Kindern einer Normalpopulation – eine Untersuchung mit der MacArthur Story Stem Battery*. Universität Tübingen: Diplomarbeit.
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction, *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1989). The representation of relational patterns: Developmental considerations. In A. Sameroff & R. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp. 52-69). New York: Basic Books
- Stern, D.N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stork, J. (1993). Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse*, 2, 203-230.
- Stover, C. A., Van Horn, P., Lieberman, A. F. (2006). Parental representations in the play of preschool aged witnesses of marital violence. *Journal of Family Violence*, 21, 417-424.
- Sunohara, G. A., Roberts, W., Malone, M., Schachar, R. J., Tannock, R., Basile, V. S., Wigal, T., Wigal, S. B., Schuck, S., Moriarty, J., Swanson, J. M., Kennedy, J. L. & Barr, C. L. (2000). Linkage of the dopamine D4 receptor gene and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1537–1542.
- Swanson, J. M., Sunohara, G. A., Kennedy, J. L., Regino, R., Fineberg, E., Wigal, T., Lerner, M., Williams, L., LaHoste, G. J. & Wigal, S. (1998). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A family-based approach. *Molecular Psychiatry*, 3, 38–41.
- Tallmadge, J & Barkley, R.A. (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11 (4), 565-580.
- Taylor, E. (1999). Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Development and Psychopathology*, 11, 607–628.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*, *Maudsley Monographs*, 33. Oxford: Oxford University Press.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberg, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H.-C., Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorders – first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (1),7-30.
- Teglasi, H. & MacMahon, B. H. (1990). Temperament and common behavior problems of children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 11, 331-49.

- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Hrsg.), *Socioemotional Development* (pp. 367-468). Lincoln, NE: Nebraska University Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 25-52.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 265-286). New York: Guilford Press.
- Thurber, S. & Walker, C. (1983). Medication and hyperactivity: A meta-analysis. *Journal of General Psychology*, 108, 79-86.
- Tizard, B. & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on development of eighth-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.
- Tomkins, S. S. (1979). Script theory: Differential magnification of affects. In H. E. Howe & R. A. Dienstbier (Eds.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 201-236). Lincoln, NE: Nebraska University Press.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J. & Emde, R. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology*, 9, 781-796.
- Van der Meere, J. J. (2002). The role of attention. In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 162-213). Cambridge: University Press.
- Waldman, I. D. & Rhee, S. H. (2002). Behavioural and molecular genetic studies. In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 290-335). Cambridge: University Press.
- Waelder, R. (1933). The psychoanalytic theory of play. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 208-224.
- Wagner, K.D. (2002). Management of treatment refractory Attention-deficit / Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Psychopharmacology Bulletin*, 36(1), 130-142.
- Waldinger, R. J. & Toth, S. L. (2001). Maltreatment and internal representations of relationships: Core relationship themes in the narratives of abused and neglected preschoolers. *Social Development*, 10 (1), 41-58.
- Warren, S. L., Oppenheim, D. & Emde, R. N. (1996). Can emotions and themes in children's play predict behavior problems? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1331-1337.
- Warren, S. L.; Emde, R. N. & Sroufe, L. A. (2000). Internal representations. predicting anxiety from children's play narratives. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 100-107.
- Warren, S. (2003). Narratives in risk and clinical populations. In R. N. Emde, D. P. Wolf & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children. The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 222-239). New York: Oxford University Press.

- Waters, H. S., Rodrigues, L. M. & Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 71, 211-234.
- Watson, M. & Fischer, K. W. (1980). Development of social roles in elicited and spontaneous behaviour. *Developmental Psychology*, 16, 483-494.
- Whalen, C. K., Henker, B. & Granger, D.A. (1990). Social judgment process in hyperactive boys: effects of methylphenidate and comparisons with normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 297-316.
- Wimmer, H. & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representations and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Winnicott, D. W. (1958). *Collected Papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1979). *Vom Spiel zur Kreativität* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta. (Original erschienen 1971: Playing and reality).
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- Woerner, W., Friedrich, C., Becker, A., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2000). *Normierung und Evaluation des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Erste Ergebnisse aus einer deutschen Feldstichprobe zur Elternversion*. Posterbeitrag zum XXVI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jena.
- Wolf, D. P. (1982). Understanding others: A longitudinal case study of the concept of independent agency. In G. Forman (Ed.), *Action and thought: From sensorimotor schemes to symbolic use*. New York: Academic Press.
- Wolf, D. P. (2003). Making meaning from emotional experience in early narratives. In R. N. Emde, D. P. Wolf & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children. The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 27-54). New York: Oxford University Press.
- Wolf, D. P., Rygh, J. & Altshuler, J. (1984). Agency and experience: Actions and states in play narratives. In I. Bretherton (Ed.), *Symbolic play: The development of social understanding* (pp. 195-217). Orlando, FL: Academic Press.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 161-169.
- Woolgar, M. (1999). Projective doll play methodologies for preschool children. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4 (3), 126-134.
- Woolgar, M. (2001). Children's play narrative responses to hypothetical dilemmas and their awareness of moral emotions. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 115-128.

- Woolgar, M., Steele, H., Steele, M., Yabsley, S. & Fonagy, P. (2001). Children's play narrative responses to hypothetical dilemmas and their awareness of moral emotions. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 115 – 128.
- Xavier Castellanos, F. & Swanson, J. (2002). Biological underpinnings of ADHD. In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (pp. 336-366). Cambridge: University Press.
- Zahn-Waxler, C., Cole, P. M., Richardson, R. J., Michel, M. K. & Belouad, F. (1994). Social problem-solving in disruptive preschool children: Reactions to hypothetical situations of conflict and distress. *Merril-Palmer-Quarterly*, 40, 98-119.
- Zahn-Waxler, C., Park, J. H., Essex, M., Slattery, M., & Cole, P. M. (2005). Relational and overt Aggression in disruptive adolescents: Prediction from early social representations and links with concurrent problems. *Early Education and Development*, 16 (2), 259-282.
- Zahn-Waxler, C., Schmitz, S., Fulker, D., Robinson, J. & Emde, R. N. (1996). Behaviour problems in 5-year-old monozygotic and dizygotic twins: Genetic and environmental influences, patterns of regulation, and internalization of control. *Development and Psychopathology*, 8, 103-122.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 81-99.

## 6 ANHANG

### 6.1 ANHANG I: INFORMATIONSMATERIAL

### 6.2 ANHANG II: VERWENDETE RATINGKATEGORIEN DES TÜBINGEN-BASEL NARRATIV-CODIERUNGS-MANUALS (TÜBA-MANUAL, GÜNTER, DI GALLO, STOHRER & KOCH, 2005)



## Studie zum Entwicklungs- verlauf bei ADHS

Die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird derzeit in der Öffentlichkeit und in der Fachpresse heftig diskutiert. Das ADHS-Syndrom ist mit die am häufigsten gestellte Diagnose im Kindesalter. Die Medikation von ADHS mit Methylphenidat (Ritalin<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>) wird ebenso heftig befürwortet wie abgelehnt. Dabei werden oft extreme Positionen ohne zureichende wissenschaftliche Fundierung vertreten, die der Vielschichtigkeit des Störungsbildes nicht gerecht werden. Wir wollen abseits von dieser oft recht einseitig und hitzig geführten Debatte das Kind und seine Wahrnehmung von sich selbst und seiner Umwelt in den Mittelpunkt unserer Fragestellung rücken.

### Uns interessiert die

Entwicklung von ADHS-Kindern und ihren Familien. Wir wollen besser verstehen lernen, wie ein Kind mit sich selbst, seiner Familie und seiner sozialen Umgebung zurecht kommt und welche inneren und äußeren Strategien es dabei entwickelt.

### Das bieten wir Ihnen an

#### **DIAGNOSESTELLUNG, BERA-TUNG und BEGLEITUNG:**

Wir nehmen uns für eine vollständige, umfassende und fundierte diagnostische Abklärung Zeit. Die Diagnostik umfasst die Untersuchung

- der Aufmerksamkeitsproblematik,
- der kognitiven Stärken und Schwächen Ihres Kindes,
- der Spielfähigkeit,
- der Beziehungen innerhalb der Familie.

In einem anschließenden Beratungsgespräch besprechen wir gemeinsam ausführlich die Ergebnisse und beraten über weiterführende Möglichkeiten. Dabei steht für uns die individuelle Problematik eines jeden

Kindes im Mittelpunkt, für die ein eigener Weg gefunden werden soll.

#### Wen wollen wir ansprechen?

- Kinder im Alter zwischen 8 und 12 Jahren, bei denen ein begründeter Verdacht auf ein ADHS-Syndrom vorliegt,
- bei denen keine allgemeine Entwicklungsverzögerung festgestellt wurde
- und die **aktuell kein Methylphenidat** einnehmen.

Priv. Doz. Dr. med. Michael Günter  
Leitender Oberarzt

Dipl.-Psych. Isabelle N. Koch  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dipl.-Psych. Annette Straten  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Universität Tübingen  
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Klosinski

**Wir bieten Ihnen kurzfristige  
Terminabsprachen zur  
umfassenden diagnostischen  
Abklärung**

**Informationsblatt  
für Eltern**

**ADHS-  
Untersuchung**

**Unsere Telefonzeiten sind:**  
**Montag, Dienstag, Freitag am  
Vormittag**  
**Telefon: 0 70 71 / 29-87514**  
**E-Mail: [inkoch@med.uni-tuebingen.de](mailto:inkoch@med.uni-tuebingen.de)**  
**Dipl.-Psych. Isabelle N. Koch**  
**Dipl.-Psych. Annette Straten**



Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,  
Osianderstr. 14, D-72076 Tübingen

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Abteilung

Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter

mit Poliklinik

Tel. 49 (07071) 29- 82292

Fax 49 (07071) 29- 4098

Sprechstunde nach Vereinbarung

Direktor

Tel. 49 (07071) 29- 82292

Poliklinik/Ambulanz

Terminvereinbarungen

Tel. 49 (07071) 29- 82338

außerhalb der Dienstzeit

Tel. 49 (07071) 29- 83602

**Priv. Doz. Dr. med. Michael Günter**

Tübingen, im Mai 2003

### **Untersuchungen zu den**

### **„Veränderungen der mentalen Repräsentationen und des Interaktionsverhaltens aufmerksamkeitsgestörter Kinder unter Methylphenidat (MPD)“**

Liebe Eltern!

Sie kommen zu uns, weil Sie bei Ihrem Kind eine Reihe von Verhaltensauffälligkeiten festgestellt haben. Vielleicht hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder es fällt in der Schule durch störendes Verhalten und große körperliche Unruhe auf. Möglicherweise sind Sie auch auf Probleme im Sozialverhalten Ihres Kindes aufmerksam geworden. Infolgedessen sind Sie auf die Frage gestoßen, ob Ihr Kind möglicherweise eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat und möchten dies bei uns abklären lassen.

Die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) steht derzeit im Mittelpunkt des Interesses der Öffentlichkeit und der Fachleute. Vor allem die medikamentöse Behandlung von ADHS mit Methylphenidat (MPD), das unter den Handelsnamen Ritalin® oder Medikinet® bekannt ist, wird heftig diskutiert. Dabei werden oft extreme Positionen ohne zureichende wissenschaftliche Fundierung vertreten, die der Vielschichtigkeit des Störungsbildes nicht gerecht werden. Wir wollen mit unserem Forschungsprojekt dazu beitragen, mehr über die innere Welt der Kinder und die

Verflechtungen innerhalb der Familie zu erfahren. Wir möchten herausfinden, wie Kinder und Familien, die sich für medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat (MPH) entscheiden, diese erleben, für sich nutzen können und wo es möglicherweise zu Problemen oder Enttäuschungen kommt. Wir erhoffen uns dadurch, in Zukunft betroffene Familien noch besser beraten und behandeln zu können.

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts können wir eine intensive diagnostische Abklärung anbieten. Diese Diagnostik soll die Information liefern, die Sie brauchen, um entscheiden zu können, wie es mit Ihrem Kind am Besten weitergehen kann. Die Diagnostik beinhaltet eine ausführliche Anamnese, eine Intelligenzdiagnostik, sowie unterschiedliche Fragebögen zur psychischen Befindlichkeit Ihres Kindes. Außerdem werden, wie bei der Anwendung von Medikamenten allgemein üblich, eine Untersuchung verschiedener Blutwerte sowie die Durchführung eines EEG notwendig sein. Sie als Eltern sollten ebenfalls einen Fragebogen zu Ihrer derzeitigen Situation ausfüllen. Um eine zusätzliche Beurteilung von „außen“ hinzuziehen zu können würden wir auch die Lehrerin/den Lehrer Ihres Kindes bitten, einen Beurteilungsbogen zur Symptomatik auszufüllen.

In unsere diagnostische Abklärung eingebunden werden wir auch etwa eine halbe Stunde mit Ihrem Kind spielen und dieses Spiel auf Video aufnehmen. Dabei spielen wir Ihrem Kind die Anfänge kleiner Geschichten vor und bitten es, die Geschichte weiter zu spielen. Wir machen die Erfahrung, dass diese Form der „Untersuchung“ den Kindern in der Regel Spaß macht und sie so recht gut zu einer Mitarbeit zu gewinnen sind.

Viele Eltern berichten auch davon, dass die Hausaufgaben besonders anstrengend sind. Häufig sind auch Probleme, im alltäglichen Umgang mit ihrem hyperaktiven Kind. Oft haben sich im Laufe der Zeit bestimmte Interaktionsformen zwischen den Familienmitgliedern entwickelt, die das Miteinanderleben belasten. Um eine annähernd realistische und natürliche Interaktion zwischen Ihnen und Ihrem Kind gut beurteilen zu können, wollen wir mit der ganzen Familie den Familienidentifikationstest und des Familiensystemtest durchführen. Der gemeinsame Teil des Familiensystemtests, wo die ganze Familie zusammen entscheidet, wird auch auf Video aufgenommen.

Die Videoaufnahmen werden anonymisiert und von ausgebildeten, unter Schweigepflicht stehenden AuswerterInnen nach festgelegten Kriterien ausgewertet. Nach der Auswertung werden die Videobänder zur Krankenakte genommen. Wir werden Sie hierzu nochmals gesondert um Ihr schriftliches Einverständnis bitten. Nur wenn Sie darüber hinaus ausdrücklich einer Verwendung der Videoaufnahme zu wissenschaftlichen Lehrzwecken – unter Wahrung der Anonymität – zustimmen, werden wir Ausschnitte aus den Bändern eventuell auch auf wissenschaftlichen Kongressen oder in Lehrveranstaltungen verwenden.

Die beiden videogestützten Verfahren sowie ein Fragebogen werden noch mal ca. sechs Wochen nach der Diagnosestellung und dem Beratungsgespräch durchgeführt. Unser Projekt ist an die Psychiatrische Institutsambulanz der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Universität Tübingen angegliedert. Das gewährleistet Ihnen die Möglichkeit zur Teilnahme an einem ambulanten klinikinternen Behandlungsprogramm. Das bedeutet, dass Ihr Kind nach einer ausführlichen Diagnostik, die klar gezeigt haben muss, dass Ihr Kind an ADHS leidet, mit MPH behandelt wird, sofern Sie das nach unserem ausführlichen Beratungsgespräch wünschen und dies medizinisch und psychologisch indiziert ist. Zusätzlich kann Ihr Kind an einem symptomspezifischen therapeutischen Gruppenprogramm teilnehmen, das ihm helfen soll, mit seinen Schwierigkeiten besser zurecht zu kommen. Für Sie als Eltern wird parallel dazu ebenfalls eine Elternberatung angeboten.

Das Ziel unseres Forschungsprojektes ist es, mehr darüber zu erfahren, welche unmittelbaren und welche längerfristigen Effekte die therapeutische Medikation mit MPD hat. Dabei interessieren wir uns sowohl für die Veränderung der Symptome, als auch für die innere Entwicklung Ihres Kindes und die Veränderungen die sich möglicherweise im konkreten Miteinander in Ihrer Familie ergeben.

Vielem Dank für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, uns durch Ihre Mitarbeit zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. psych. Isabelle N. Koch

Dipl. psych. Annette Straten

## **Einverständniserklärung des Patienten und des Erziehungsberechtigten zur Teilnahme an der Studie**

### **„Veränderungen der mentalen Repräsentationen und des Interaktionsverhaltens aufmerksamkeitsgestörter Kinder unter der Einnahme von Methylphenidat (MPD)“**

Patient: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Ich bin durch die behandelnden Psychologinnen, Frau Isabelle Koch und Frau Annette Straten, über Ziel, Wesen, Bedeutung und Tragweite der oben genannten Studie ausführlich und verständlich aufgeklärt worden. Eine schriftliche Patienteninformation habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Ich hatte Gelegenheit, solange Fragen zu stellen, bis ich alle Punkte verstanden hatte und ausreichend Zeit, meine Entscheidung über die Studienteilnahme zu treffen.

Ich stimme einer Teilnahme der Studie zu. Ich weiß, dass meine Teilnahme vollkommen freiwillig ist. Ich kann insbesondere jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zu dieser Prüfung zurückziehen, ohne dass das Verhältnis zwischen mir und der behandelnden Psychologin/ dem behandelnden Arzt beeinflusst wird oder mir Nachteile für eine zukünftige Behandlung entstehen.

Daten, die meine Identität betreffen, werden streng vertraulich behandelt, alle während der Studie erhobenen Daten werden nur mittels meiner Initialen und einer Patientennummer gekennzeichnet.

Eine Kopie der schriftlichen Patienteninformation und Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Schriftliche Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten und Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift der behandelnden Psychologin

**INFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ UND ZU DEN VIDEO-AUFNAHMEN IM RAHMEN DER STUDIE „Veränderungen der mentalen Repräsentationen und des Interaktionsverhaltens aufmerksamkeitsgestörter Kinder unter der Einnahme von Methylphenidat (MPD)“  
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM TÜBINGEN**

Kind: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
Telefon \_\_\_\_\_

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich/wir erklären uns damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten/Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden.

Außerdem bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass die Videoaufnahmen der MacArthur Story Stem Battery und des Familiensystemtests (FAST) auf wissenschaftlichen Tagungen und zu Ausbildungszwecken verwendet werden können. Auch in diesem Fall sind alle Personen, die Einblick in die Videoaufnahmen nehmen können, zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet und unterliegen der Schweigepflicht.

Ich/wir wurde(n) ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme an der Studie auch erfolgen kann, wenn ich/wir nicht mit einer solchen Verwendung der Videoaufnahmen zu Ausbildungszwecken einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

<b>Tübingen-Base Kodierungsmanual für Narrative der MacArthur Story Stem Battery (Günter, Di Gallo, Stohrer &amp; Koch, 2005)</b>	
Kein Thema	Gift
Wettbewerb	Gespenster/Monster
Teilen	Atypische Antworten 1: neutral
Rivalität/Eifersucht	Atypische Antworten 2: negativ, besorgniserregend
Ausschluß 1: Ausschluß anderer	Wiederholung 1: aktuelles Story Stem
Ausschluß 2: Selbstausschluß	Wiederholung 2: frühere Geschichte
Aggression 1: verbal	Gefahr 0: keine
Aggression 2: körperlich	Gefahr 1: Weiterführung
Aggression 3: desorganisiert	Gefahr 2: neu oder Verschlimmerung
Aggression 4: Kind greift Erwachsenen an	Ausgang der Gefahr 0: nicht beurteilbar
Zerstörung von Objekten	Ausgang der Gefahr 1: vollständige Rettung
Tod durch Aggression	Ausgang der Gefahr 2: Rettung mit Einschränkung
Tod durch Unfall	Ausgang der Gefahr 3: keine Rettung
Wiederauferstehung	Regression
Empathie/Hilfe	Kindliche Macht 1: Elternrolle
Verweigerung von Empathie/Hilfe	Kindliche Macht 2: Größenphantasien
Interpersonelle Konfliktlösung 1: sich an jemanden wenden	Kein kodierbarer Schlussinhalt
Interpersonelle Konfliktlösung 2: Erwachsenenstrategie	Positiver Schlußinhalt
Folgen	Neutraler Schlußinhalt
Nicht-Folgen	Negativer Schlußinhalt
Konflikteskalation	Kontrolle des Untersuchers
Scham 1: Selbstvorwürfe/-entwertung	Verleugnung 1: spielt nach anfänglicher Weigerung
Scham 2: jemanden beschämen	Verleugnung 2: durchgehend mindestens 1 Horn
Zugehörigkeit	Kreativität / Imagination
Tadel/Beschuldigung 1: andere beschuldigen	Positiver Affektausdruck
Tadel/Beschuldigung 2: Selbstbeschuldigung	Negativer Affektausdruck
Zuneigung	Narrative Kohärenz
Ärgern/Reizen	Emotionales Engagement 0
Unredlichkeit	Emotionales Engagement 1: nur verbal
Bestrafung 1: verbal	Emotionales Engagement 2: nur im Spiel
Bestrafung 2: körperlich	Emotionale Beziehung zum Untersucher 0
Wiedergutmachung/Schuld	Emotionale Beziehung zum Untersucher 1: gehemmt
Verbaler Konflikt	Emotionale Beziehung zum Untersucher 2: frei
Zu Bett gehen	Narrative Kohärenz
Zu Bett schicken	
Sexualisiertes Verhalten	
Beschäftigung mit Fortpflanzung	
Verletzung der körperlichen Integrität	
Fluchtphantasien 1: erfolgreich	
Fluchtphantasien 2: verhindert	
Orale Aggression 1: Bedrohung	
Orale Aggression 2: manifest	



<b>Anhang A: Manual für Elternrepräsentationen (Grych &amp; Wachsmuth-Shlaefer, 1999)</b>
<i>Positive Eltern-Kind-Interaktion (getrennt für Mutter und Vater kodiert)</i>
neutral
Zuneigung / Wärme
Umsorgung / Schutz
Spiel / Kameradschaftlichkeit / Gemeinsamkeit
Lob / Unterstützung
Maßregelung / Strenge / Zurechtweisung
<i>Negative Eltern-Kind-Interaktion (getrennt für Mutter und Vater kodiert)</i>
Verbale Aggression
Körperliche Aggression
Bestrafung
Vernachlässigung / Nachlässigkeit
Zurückweisung / Ablehnung
Permissiv / ohne Grenze
<i>Die Darstellung der Beziehung des Elternpaares</i>
Hilfreich / freundlich / warm
Wiedergutmachung
Gefühlvoll / zärtlich / warmherzig / umsorgend / unterstützend
Besondere Beziehung
Unfreundlich / aggressiv
Rivalität
Ausschluss
<i>Elterneigenschaften aus Sicht des Kindes</i>
Schwach / ineffektiv
Stark / kompetent
<i>Eigenschaften der Kindfigur</i>
Schwach / ineffektiv
Stark / kompetent
Superpower
Ungehorsam / Nicht-Befolgen
Gehorsamkeit / Folgsamkeit
Beruhigung / Umsorgen eines Elternteiles

<b>Anhang B: Manual für Vermeidungscodes (Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, Kelsay, Holmberg &amp; the MacArthur Narrative Working Group, 2005)</b>
Selbstausschluss
Wiederholung
Verleugnung
Verweigerung von Empathie / passiver Hilfe
Plötzlicher Schlafbeginn
Zerrüttung der Familie
Off-topic-Spiel
Narrativer Richtungswechsel