

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. med. Alexander von Gontard

***Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im
Vorschul- und Grundschulalter. Klinische und interaktionelle Aspekte.***

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2011

vorgelegt von: Christina Brigitte Sheikhian geb. Meyer
geb. am: 11.11.1981 in Saarbrücken

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Zusammenfassung und Summary | 1 |
| 1.1 | Zusammenfassung: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im Vorschul- und Grundschulalter. Klinische und interaktionelle Aspekte..... | 1 |
| 1.2 | Summary: Oppositional Defiant Disorder in preschool and school age children. Clinical and interactional aspects. | 2 |
| 2 | Einleitung | 3 |
| 2.1 | Definitionen..... | 4 |
| 2.1.1 | Definition von Intelligenz | 4 |
| 2.1.2 | Definition von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen..... | 5 |
| 2.1.3 | Definition von Emotional Availability..... | 5 |
| 2.2 | Klassifikation der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | 6 |
| 2.2.1 | F91.0: Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens..... | 7 |
| 2.2.2 | F91.1: Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen..... | 7 |
| 2.2.3 | F91.2: Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen..... | 7 |
| 2.2.4 | F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten..... | 8 |
| 2.2.5 | F91.8: Sonstige Störungen des Sozialverhaltens..... | 8 |
| 2.2.6 | F91.9: Nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens | 8 |
| 2.3 | Epidemiologie | 8 |
| 2.3.1 | Prävalenz | 8 |
| 2.3.2 | Altersunterschiede | 9 |
| 2.4 | Ätiologie..... | 9 |
| 2.4.1 | Erziehungsfehler und familiäres Fehlverhalten als Risikofaktor | 9 |
| 2.4.2 | Neuropsychologische, psychosoziale und individuelle Risikofaktoren | 10 |
| 2.4.3 | Genetische Ursachen..... | 11 |
| 2.5 | Symptomatik bei der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | 11 |
| 2.6 | Diagnostik bei der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | 11 |
| 2.7 | Komorbiditäten der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | 12 |

| | | |
|---------|--|----|
| 2.7.1 | Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) | 12 |
| 2.7.2 | Depression | 13 |
| 2.7.3 | Angststörungen | 13 |
| 2.8 | Therapie und Prognose der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | 14 |
| 2.8.1 | Therapie | 14 |
| 2.8.1.1 | Konservative Therapieoptionen | 14 |
| 2.8.1.2 | Medikamentöse Therapie | 16 |
| 2.8.2 | Verlauf und Prognose der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | 16 |
| 2.9 | Ziel der Arbeit | 16 |
| 2.10 | Stand der Forschung | 17 |
| 3 | Material und Methoden | 19 |
| 3.1 | Hypothesen | 19 |
| 3.2 | Studiendesign | 19 |
| 3.2.1 | Beschreibung der Stichprobe | 19 |
| 3.2.2 | Versuchsdurchführung | 20 |
| 3.2.3 | Deskriptive Darstellung der Variablen der beiden Gruppen | 21 |
| 3.3 | Erhebungsverfahren | 22 |
| 3.3.1 | Child Behavior Checklist (CBCL) | 22 |
| 3.3.2 | Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC) | 24 |
| 3.3.3 | Emotional Availability Scales | 27 |
| 3.3.4 | Deskriptive und statistische Auswertung | 32 |
| 3.3.5 | Varianzanalyse | 32 |
| 4 | Ergebnisteil | 34 |
| 4.1 | Ergebnisse der Hypothesen I und II | 34 |
| 4.1.1 | Mittelwertberechnung der CBCL-Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) (T-Werte) | 34 |
| 4.1.2 | Berechnung IQ Mittelwerte | 37 |
| 4.1.3 | Datenauswertung mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse | 38 |
| 4.2 | Ergebnisse der Hypothese III | 41 |
| 4.2.1 | Emotional Availability Scales | 41 |
| 4.2.2 | Gestaltung des Spiels der beiden Gruppen | 43 |
| 4.2.2.1 | Die Experimentalgruppe | 43 |
| 4.2.2.2 | Die Kontrollgruppe | 44 |
| 5 | Diskussion | 46 |

| | | |
|-----|---|------|
| 5.1 | Überprüfung der Hypothese I: (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, zeigen häufiger zusätzlich internalisierende Symptome als gesunde Kinder)..... | 46 |
| 5.2 | Überprüfung der Hypothese II (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben einen niedrigeren IQ als gesunde Kinder)..... | 50 |
| 5.3 | Überprüfung der Hypothese III (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhalten mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben eine schlechtere Mutter-Kind-Beziehung (Emotional Availability) als gesunde Kinder)..... | 54 |
| 5.4 | Zusammenhang der Hypothesen II und III..... | 58 |
| 6 | Ausblick..... | 59 |
| 7 | Literaturverzeichnis | 62 |
| | Abkürzungsverzeichnis..... | I |
| | Tabellenverzeichnis..... | II |
| | Anhang | III |
| | Anhang 1 – Einverständniserklärung | III |
| | Anhang 2 – CBCL-Elternfragebogen..... | IV |
| | Anhang 3 – K-ABC Testbogen..... | VIII |
| | Danksagung | 71 |
| | Lebenslauf..... | 72 |

1 Zusammenfassung und Summary

Vorab soll eine deutsche und englische Zusammenfassung kurz den Inhalt der Studie sowie die angewandten Methoden und erzielten Ergebnisse darstellen.

1.1 Zusammenfassung: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im Vorschul- und Grundschulalter. Klinische und interaktionelle Aspekte.

Die vorliegende Arbeit untersuchte Kinder im Vorschul- und Grundschulalter, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3 nach ICD-10, Remschmidt et al., 2001) bzw. Oppositional Defiant Disorder, im Folgendem als ODD (nach DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) bezeichnet, leiden, sowie gesunde gleichaltrige Kinder.

Der Schwerpunkt der Studie lag auf den Hypothesen, dass Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, häufiger Komorbiditäten mit internalisierenden Symptomen aufweisen, einen niedrigeren Intelligenzquotienten sowie eine schlechtere Beziehung (Emotional Availability) zu einem Elternteil haben als gesunde gleichaltrige Kinder.

Mittels der Child Behaviour Checklist, CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1991), der Kaufmann-Assessment-Battery for Children, K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) und einer 15-minütigen Video-Aufnahme einer freien Spielsituation zwischen Elternteil und Kind wurden diese Fragestellungen untersucht.

Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, weisen ein signifikant häufigeres Auftreten von Komorbiditäten mit internalisierenden Symptomen und einen signifikant niedrigeren Intelligenzquotienten als gesunde Kinder auf.

Während der Mutter-Kind-Interaktion weisen die Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, mehr Anzeichen einer schlechteren Emotional Availability auf als die gesunde gleichaltrige Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass gerade die Untersuchung von psychischen Störungen des Vorschul- und Grundschulalters, nicht nur im Hinblick auf die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, von Bedeutung ist.

Die Studie gibt Anreiz zu weiteren Fragestellungen im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens im Vorschul- und Grundschulalter.

1.2 Summary: Oppositional Defiant Disorder in preschool and school age children. Clinical and interactional aspects.

The present study examined preschool and school age children with Oppositional Defiant Disorder, (ODD; DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), as well as aged matched healthy children.

It was hypothesized that children with ODD, have more comorbidities with internalizing symptoms, have a lower IQ as well as a poorer Emotional Availability with their parents than children without ODD.

These aspects were analyzed by using Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1991), Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC, Melchers & Preuß, 1994) and a 15-minute videotaped episode by playing with their parents.

Children show significant more comorbid internalizing symptoms as well as a significantly lower IQ. During the mother-child-interaction, children with ODD have a lower Emotional Availability than the healthy control group.

The results of the present study show that psychiatric disturbances in preschool and school age children are important to assess and treat.

2 Einleitung

Bis zum Erreichen des Grundschulalters lernen Kinder nicht nur sprechen, laufen und eine gewisse Selbstständigkeit, sondern auch soziales Verhalten in einer Gruppe sowie den Umgang mit Regeln und Grenzen. Dass in diesem Lebensabschnitt auch psychiatrische Störungsbilder auftreten können, ist vielen nicht bewusst.

Dabei ist das Auftreten von psychischen Störungsbildern im Vorschul- und Grundschulalter nicht seltener als im späteren Lebensalter. Wenn von Störungsbildern im Vorschul- und Grundschulalter die Rede ist, kennt man besonders ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom; Hyperkinetische Störung, F90. nach ICD-10, Remschmidt et al., 2001). An eine Störung des Sozialverhaltens denken die meisten zunächst nicht (von Gontard, 2010).

Haben Eltern den Verdacht, dass das Verhalten ihres Kindes über das in diesem Alter gewöhnliche Trotzverhalten hinaus geht und eventuell sogar aggressive Züge zeigt, so ist eine kinderpsychiatrische Vorstellung empfohlen. Die Beratung kann nicht nur Hilfe in der aktuellen Situation sein, sondern auch die weitere Entwicklung positiv beeinflussen und so eventuell helfen, Folgen zu vermeiden. Denn eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gilt als der bedeutendste Risikofaktor für die Entstehung der schwerwiegenderen und schlechter zu therapierenden Conduct Disorder (CD, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) im späteren Lebensalter (Burke et al., 2005).

Gerade für das Kleinkind- und Vorschulalter sind oppositionelle Verhaltensweisen ein typisches Merkmal. Kinder in diesem Entwicklungsalter versuchen, durch Überschreitung der von Eltern und Erziehern gesetzten Grenzen diese heraus zu fordern. Indem sie ihre Autonomie durchleben, steigern sie ihr Selbstbewusstsein und erlangen Durchsetzungsvermögen, welches zur Bewältigung des späteren Alltagslebens und zum Erlangen der eigenen Selbstständigkeit von großer Bedeutung ist. Jedoch müssen Kinder ebenfalls lernen, dass sie zwar die Grenzen austesten können, dabei jedoch die Eltern und Erzieher als Autoritätsperson weiterhin akzeptieren müssen (Egger & Angold, 2006).

Auffallend ist, dass viele Kinder im Vorschul- und Grundschulalter an einer Störung des Sozialverhaltens leiden, d.h. sie zeigen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten Probleme im Umgang mit Regeln und Anforderungen und mit der Einhaltung ihnen durch Eltern oder Erzieher/ Lehrer gesetzter Regeln und Normen

(Remschmidt et al., 2001). Bereits am Ende des 2. Lebensjahres zeigen heute nahezu 80% der Kleinkinder aggressive Verhaltensweisen gegenüber Gleichaltrigen (Egger & Angold, 2006).

2.1 Definitionen

2.1.1 Definition von Intelligenz

Der Begriff Intelligenz leitet sich von den lateinischen Wörtern *intelligentia* (Einsicht, Erkenntnisvermögen) und *intellegere* (verstehen) ab. Hiermit ist die geistige Fähigkeit gemeint, Zusammenhänge kognitiv zu erkennen.

Die Psychologie versteht Intelligenz als einen Teilbereich der Persönlichkeit, der das Denkvermögen sowie die Auffassungsgabe und das Urteilsvermögen beinhaltet. Hervorzuheben ist, dass Risikofaktoren (z.B. Drogenkonsum der Mutter in der Schwangerschaft, Armut der Eltern, schlechte psychische Verfassung der erziehenden Personen) ebenfalls Einfluss auf die Entwicklung der Intelligenz des Kindes haben können. Mehrere Studien zeigten, dass dies nur bei dem gleichzeitigen Auftreten von mehreren Risikofaktoren zutrifft (z.B. Chenault, 2000). Neben einer genetischen Veranlagung sind noch weitere Faktoren für die Entwicklung von Intelligenz und geistigen Fähigkeiten von Bedeutung (z.B. Ernährung, soziales Umfeld, Erziehung).

Als Beispiel sei das von Cattell (1971) heute führende Intelligenzmodell genannt, welches ein hierarchisches Modell von Intelligenz beschreibt, das sich auf zwei Komponenten stützt, die intelligentes Handeln ermöglichen. Intelligenz wird hier in eine fluide und eine kristalline Form unterteilt.

Mit fluider Intelligenz bezeichnet Cattell (1971) das aktuelle Wissen. Er betont, dass dieses Wissen abhängig vom neurologischen Entwicklungsstand ist. Das Wissen steigt bis zum 25. Lebensjahr stetig an und flacht danach langsam ab (vgl. Holling et al., 2004).

Die kristalline Intelligenz steht für das mit Hilfe der fluiden Intelligenz erlernte Wissen sowie für erworbene Erfahrungen. Diese steigt bis ins hohe Lebensalter weiter an (Cattell, 1971).

Eine einheitliche Definition von Intelligenz gibt es nicht. Zum Beispiel erklärt Sternberg Intelligenz als mentale Aktivitäten, welche nicht nur eine Anpassung an Gegebenheiten der Umwelt darstellen, sondern auch zu deren Veränderung von Notwendigkeit sind (Sternberg, 2005). Ein Nachteil dieser Definition ist, dass nach

Auffassung von Sternberg Intelligenz auch Bestandteile enthält, welche nicht messbar sind.

2.1.2 Definition von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen

Störungen mit internalisierenden Symptomen verursachen bei der betroffenen Person selbst Leiden oder Beeinträchtigungen. Internalisierendes Verhalten ist überkontrolliert und beinhaltet die Hauptsymptome Angst, Depressivität und Somatisierung (Linderkamp & Grünke, 2007).

Kinder, die ein externalisierendes Verhalten aufweisen, zeigen dagegen ein unterkontrolliertes Verhalten und haben Wutausbrüche, sind aggressiv und unruhig (Bartels et al., 2011).

2.1.3 Definition von Emotional Availability

Die Emotional Availability bezeichnet die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Grundlage dieser Beziehung ist die von Bowlby und Ainsworth (vgl. Grossmann, 2003) beschriebene Bindungstheorie, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird. Heute anerkannt sind vier unterschiedliche Bindungstypen (Sichere Bindung, Unsicher-vermeidende Bindung, Unsicher-ambivalente Bindung und Desorientierende Bindung). Die Bindung bildet sich innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate, wobei eine Hauptbindungsperson (meistens Mutter) sowie mehrere individuelle Bindungspersonen (Geschwister, Großeltern etc.) bestehen (Aschersleben, 2008; Bowlby, 1982). In einer längeren Trennung des Kindes von der Bezugsperson sah Bowlby (1982) einen Risikofaktor für die Ausbildung von Entwicklungsstörungen. Aufgrund dieser Erkenntnisse ist es heute Standard Mütter von Kindern im Krankenhaus mit aufzunehmen (rooming-in). Die sich aus der Bindungstheorie ableitenden Bindungsstörungen sind aufgrund des Umfangs Gegenstand eigenständiger Arbeiten und werden hier nicht weiter geschildert (Grossmann, 2003).

Wie schon weiter oben erwähnt, soll die vorangegangene Definitionsabgrenzung dazu dienen, den Inhalt der vorliegenden Arbeit besser verstehen zu können. Nunmehr soll in den folgenden Kapiteln der theoretische Teil dieser Arbeit dargestellt werden. Vorab ist es von Nöten, kurz auf die verschiedenen Störungen des Sozialverhaltens einzugehen, um anschließend den Schwerpunkt dieser Arbeit näher darzustellen: Die

Diagnose F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten.

2.2 Klassifikation der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit lag auf der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten bzw. ODD.

Klassifikation nach ICD-10

Kriterien zur Vergabe der Diagnose Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2001) sind: ungehorsames, trotziges oder aufsässiges Verhalten mit einer Überschreitung von Normen, welches deutlich von den altersentsprechenden Erwartungen abweicht und eine Mindestdauer von sechs Monaten aufweist.

Klassifikation nach DSM-IV

Nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) müssen zur Vergabe der Diagnose ODD vier der beschriebenen Symptome über einen Zeitraum von sechs Monaten auf das betroffene Kind zutreffen:

- Verliert oft die Nerven.
- Streitet sich oft mit Erwachsenen.
- Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln der Erwachsenen.
- Tut vorsätzlich etwas, was andere verärgert.
- Schiebt oft anderen die Schuld für eigene Fehler zu.
- Ist oft reizbar und durch andere verärgert.
- Ist oft wütend und beleidigt.
- Ist oft boshaft und nachtragend.

Neben der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gehören zu den Störungen des Sozialverhaltens:

- F91.0: Auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens.
- F91.1: Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen.
- F91.2: Störung des Sozialverhaltens mit vorhandenen sozialen Bindungen.
- F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten.
- F91.4: Sonstige Störungen des Sozialverhaltens.

- F91.5: Nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens.

2.2.1 F91.0: Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

F91.0 bezeichnet eine auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, bei der nicht nur oppositionelles Verhalten, sondern auch dissoziales und aufsässiges Verhalten, welches fast ausschließlich auf den häuslichen Bereich bzw. auf Interaktionen der Mitglieder des häuslichen Bereiches beschränkt ist. Dieses Verhalten kann von destruktivem Verhalten gegenüber Familienmitgliedern, Stehlen, Feuerlegen oder Zerstören von häuslichen Dingen begleitet werden.

Um die Diagnose stellen zu können, muss das Sozialverhalten gegenüber anderen Personen, die nicht zum familiären Bereich gehören, normal sein.

2.2.2 F91.1: Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

Diese Störung wird von dissozialen und aggressiven Verhaltensweisen begleitet. Neben dem Sozialverhalten ist auch das Beziehungsverhalten des Kindes zu anderen gestört.

Es besteht eine deutliche Einschränkung der Beziehungen, die sich meist als Isolation des betroffenen Kindes zeigt. Das Kind wird von Gleichaltrigen abgelehnt oder zurückgewiesen. Die wichtigste Differenz zu den übrigen Störungen des Sozialverhaltens ist, dass hier keine Einbindung in eine Peer Group erfolgte. Die Kinder haben keine Freunde, sind unbeliebt und fallen durch Isolation oder Zurückweisung gegenüber anderen auf. Aggressive Verhaltenszüge wie Erpressen, Gewalttätigkeit oder Tyrannisieren werden allein begangen. Für die Diagnose sind hier eher die Qualität der Beziehungen und nicht die Häufigkeit aggressiver Übergriffe von Bedeutung.

2.2.3 F91.2: Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

Kinder, die an dieser Störung des Sozialverhaltens leiden sind gut integriert; es liegt jedoch aggressives und dissoziales Verhalten vor. Mit Gleichaltrigen liegen Freundschaften vor. Die Peer Group ist im Verhalten häufig ebenfalls delinquent oder dissozial, sodass das Verhalten durch Bestätigung und Gutheißen der Gleichaltrigen noch unterstützt wird. Zu Autoritätspersonen wie z.B. Eltern und/oder Lehrern ist die Beziehung oft gestört.

2.2.4 F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Betroffene Kinder sind gewöhnlich jünger als zehn Jahre und fallen durch ungehorsames und aufsässiges Verhalten einschließlich dissozialer aggressiver Handlungen auf. Hauptmerkmal dieser Störung ist ein kontinuierlich negativistisches und feindseliges Verhalten, welches deutlich ausgeprägter als bei gleichaltrigen Kindern ist. Betroffene Kinder stellen Anforderungen, missachten und verletzen Regeln oder Gesetze von Autoritätspersonen und ärgern andere vorsätzlich. Aufgrund einer geringen Frustrationstoleranz werden betroffene Kinder schnell zornig. Auch wenn die Symptomatik Eltern betroffener Kinder belastend vorkommt, so handelt es sich hierbei dennoch um eine leichtere Störung des Sozialverhaltens, bei der die Patienten Probleme im Umgang und Einhalten gesetzter Regeln haben, jedoch meistens keine schweren Normverstöße (z.B. Diebstahl, Zündeln) zeigen.

Weiterhin sieht die ICD-10 zwei Restkategorien vor.

2.2.5 F91.8: Sonstige Störungen des Sozialverhaltens

Hierfür liegen keine besonderen Diagnosekriterien vor.

2.2.6 F91.9: Nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens

Hier sind die allgemeinen Kriterien von F91 erfüllt, die Zuordnung zu einer Kategorie ist allerdings schwierig.

Zum besseren Verständnis wird im Folgenden auf die Prävalenz und Ätiologie dieses Krankheitsbildes eingegangen. Anschließend folgt eine Darstellung der Symptomatik und der Diagnostik. Auf verschiedene Therapiemöglichkeiten und Prognose soll im Theorieteil dieser Arbeit auch nicht verzichtet werden. Der Abschluss findet sich in der Aufzeigung der verschiedenen psychischen Komorbiditäten dieser Störung.

2.3 Epidemiologie

2.3.1 Prävalenz

Die Prävalenz während des Kindes- und Jugendalters an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten zu erkranken, ist in der Literatur unterschiedlich und zeigt eine Spanne zwischen 3% und 16% (Steiner & Remsing, 2007). Die Studienlage bezüglich des Verhältnisses der beiden Geschlechter und dem Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem,

aufsässigem Verhalten ist unterschiedlich, wobei stets Jungen häufiger als Mädchen betroffen sind. Bei Nock et al. (2007) war der Unterschied mit 11% der Jungen und 9% der Mädchen geringer als z.B. in der Studie von Maughan et al. (2004) mit 3,2% der Jungen und 1,4% der Mädchen. Hier lag das Verhältnis 2,5:1 zu Ungunsten des männlichen Geschlechtes. Auch Rockhill et al. (2006) gab das Verhältnis von 2:1 (Jungen : Mädchen) an.

Es gibt Studien, die für Jungen eine etwas engere Prävalenz der Störung beschreiben als oben erwähnt. Hier wird meist eine Spanne zwischen 4% und 8% angegeben (Earls et al., 1982; Keenan et al., 1997)

2.3.2 Altersunterschiede

Im Vorschulalter ist das Auftreten der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten häufiger als im späteren Kindesalter (Rockhill et al., 2006) und liegt hier zwischen 14% und 26% (Egger & Angold, 2006).

Insgesamt sind im Vorschul- und Grundschulalter Jungen bis zu 50% häufiger betroffen als gleichaltrige Mädchen. Des Weiteren zeigen Jungen häufiger einen früheren Beginn sowie ein ausgeprägteres Störungsbild (Lavigne et al., 1996).

2.4 Ätiologie

Frühere Studien belegen, dass es nicht eine einzige Ursache zur Entstehung einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gibt, sondern, dass es ein Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren ist (Hamilton & Armando, 2008)

Es folgt hier eine kurze Darstellung verschiedener Risikofaktoren.

2.4.1 Erziehungsfehler und familiäres Fehlverhalten als Risikofaktor

Familien mit Kindern, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, weisen häufig so genannte erzwingende Interaktionen (coercive interaction) auf. Dies bedeutet, dass von den Eltern gesetzte Grenzen meist von den betroffenen Kindern nicht eingehalten werden, worauf die Eltern ihre Aufforderung zur Einhaltung wiederholen. Hierdurch kommt es zu einer gegenseitigen negativen Verstärkung des Verhaltens. Eskaliert im Folgenden die Situation, so nehmen Eltern die Grenzsetzungen bzw. Aufforderungen wieder zurück (Patterson et al., 1992).

Mütter von Kindern, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, geben an, dass sie bei sich selbst eine mangelnde Fähigkeit in der Ausübung ihrer Elternrolle beobachten und sich im Finden von spezifischen Lösungsstrategien von auftretenden Problemen weniger kompetent fühlen (Cunningham & Boyle, 2002). Dies führt zu andauernden Spannungen und Streit und schließlich eher zu Chronifizierung. Sind im Erziehungsstil inkonsequente Beziehungsmuster vorherrschend oder ist dieser durch negativ-kontrollierende Haltung geprägt, steigt das Risiko für ein oppositionelles Verhalten (Campbell, 1995).

Jedoch liegen die Risiken für das Auftreten einer oppositionellen Verhaltensstörung nicht nur auf der Seite der elterlichen Erziehung, sondern auch auf der Seite des Kindes. Auf die gegenseitige negative Verstärkung wird im Verlauf der Arbeit eingegangen.

2.4.2 Neuropsychologische, psychosoziale und individuelle Risikofaktoren

Ebenso spielen psychobiologische Eigenschaften eine ätiologische Rolle. Hierzu gehören die Impulsivität, das Temperament und die Intelligenz eines Kindes. Von großer Bedeutung ist auch, ob z.B. die Mutter bzw. ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression) leidet. Ist dies der Fall, so ist bekannt, dass dies ein Risikofaktor für die Entstehung einer externalisierenden Verhaltensstörung ist (Gross et al., 2009).

Ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung einer oppositionellen Störung ist das Geschlecht. Ab dem Kindergartenalter zeigen Jungen eher ein aggressives und antisoziales Verhalten als gleichaltrige Mädchen. Mädchen im Vorschul- und Grundschulalter haben eine ausgeprägtere Empathie und auch ein stärker ausgeprägtes Schulbewusstsein in Bezug auf Einhalten bzw. Brechen ihnen gesetzter Grenzen und Regeln. Diese Eigenschaften kann Mädchen eher davor bewahren, an einer „early-onset“ Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten zu erkranken. Geschlechtsunterschiede gibt es auch bei der Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit. Da diese bei Mädchen bereits im Vorschulalter besser entwickelt ist, gelingt es Mädchen leichter, auf Provokationen verbal zu reagieren. Auch Erwachsene geben an, dass sie bei der genannten Altersgruppe den Umgang mit Mädchen einfacher finden als mit gleichaltrigen Jungen (Campbell et al., 2000).

Meistens liegen multifaktorielle Risikofaktoren vor, die durch protektive Faktoren (z.B. intaktes Familienleben, Peer-group) moduliert werden können. Daneben ist es auch

entscheidend, wie stark diese Risikofaktoren während der kindlichen Entwicklung ausgeprägt sind. Risikofaktoren können sich abschwächen, wenn die betroffenen Kinder viel Zeit mit Gleichaltrigen außerhalb der häuslichen Umgebung verbringen. Jeder Wechsel des Verhaltens während der Entwicklung kann die weitere Entwicklung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen (Essau, 2003).

2.4.3 Genetische Ursachen

Zur Genese der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gehört auch eine genetische Prädisposition, die sich in einer Interaktion zwischen genetischer Belastung und der Umwelt des Kindes äußert (AACAP, 2007). Von Bedeutung sind hier insbesondere Veränderungen der Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin, wobei man bislang noch nicht den hauptsächlich auslösenden Neurotransmitter ermitteln konnte (Hamilton & Armando, 2008). Genetische Ursachen dürfen nie alleine, sondern müssen immer in Zusammenschau mit Interaktionen der Umwelt betrachtet werden (von Gontard, 2010).

2.5 Symptomatik bei der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Kinder, die an dieser Störung leiden, zeigen besonders gegenüber den Eltern (bzw. anderen Autoritätspersonen), aber auch gegenüber gleichaltrigen Kindern ungehorsame Züge und trotziges Verhalten, welches häufig wiederkehrt und bisweilen persistiert. Die Kinder widersetzen sich aktiv ihnen gestellter Regeln, ärgern andere vorsätzlich aber lassen sich auch rasch von anderen Kindern ärgern (von Gontard, 2010).

Zur Vergabe der Diagnose der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten muss das beschriebene Verhalten über einen Zeitraum von sechs Monaten nachzuweisen sein (Döpfner, 2008; Remschmidt et al., 2001).

Zudem werden die unter 2.2. genannten Kriterien aufgefunden.

2.6 Diagnostik bei der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Die Diagnostik psychischer Auffälligkeiten im Kindesalter ist schwierig. Die standardisierte kinderpsychiatrische Diagnostik erfolgt in mehreren Schritten.

Zuerst erhebt der Untersucher eine Anamnese der Eltern sowie des Kindes. Hierbei können bereits Hinweise, ob ein Elternteil als Kind ein ähnliches Verhalten gezeigt hat, auffallen. Im Anschluss erfolgt eine Exploration des Kindes und der Eltern im Hinblick auf psychische und psychosoziale Auffälligkeiten oder kognitive Defizite. Dies ist unverzichtbare Grundlage der Diagnostik einer psychischen Auffälligkeit. Der Untersucher sollte während der Exploration das Verhalten des Kindes und der Eltern beobachten. Um im Kontakt mit den Eltern die Exploration besser strukturieren zu können, erhebt man einen psychopathologischen Befund. Zusätzliche Informationen wie z.B. Sozialanamnese, Integration in die Peer-group oder Verhalten im häuslichen Umfeld, werden mittels Fragebögen eingeholt (z.B. CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1991).

Im nächsten Schritt wird die Diagnostik durch spezielle Fragebögen sowie einer psychologischen Testung (z.B. Intelligenz-Test) ergänzt.

Zum Ausschluss einer organischen Ursache der Symptomatik erfolgen immer eine körperliche und neurologische Untersuchung sowie ein EEG.

2.7 Komorbiditäten der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Studien berichteten von verschiedenen Raten von Komorbiditäten. Die Gründe hierfür liegen hauptsächlich in der unterschiedlichen Methodik der Informationserhebung sowie verschiedener diagnostischer Kriterien. Ebenso macht es einen Unterschied, ob man das betroffene Kind selbst oder einen Elternteil bezüglich des Auftretens von verschiedenen Symptomen von Komorbiditäten befragt. Während internalisierende Störungen besser von den betroffenen Kindern geschildert werden können, gelingt dies bei externalisierenden Störungen eher den Eltern (Essau, 2003). In der Praxis treten unterschiedliche komorbide Störungen auf. Hier soll ein Ausschnitt der häufigsten Formen aufgezeigt werden.

2.7.1 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)

Die bekannteste Komorbidität zu einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist ADHS. Dies konnte auch in anderen Studien (z.B. Butler et al., 1995) beschrieben werden.

Kinder, die an beiden Störungsbildern leiden, zeigen im Langzeitverlauf ein höheres Risiko an CD (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) zu erkranken, als Kinder, die nur an einer Störung erkrankt sind (Loeber et al., 2000).

2.7.2 Depression

Depressive Symptome treten sehr häufig mit oppositionellen Verhaltensstörungen auf. Die Prävalenz bei Patienten mit ODD mit einer Komorbidität mit depressiven Symptomen ist für Mädchen und Jungen unterschiedlich. Während Mädchen eine Rate zwischen 1,4% und 9,4% aufweisen, liegt die Spanne bei den Jungen deutlich weiter zwischen 3,2% und 13,3% (Costello et al., 2003).

Nimmt man zu einer depressiven Störung noch weitere affektive Störungen hinzu (4% bipolare Störungen und 4% Dysthymia), sind es sogar 27%. Gründe für das erhöhte Risiko an einer Depression zu erkranken sind neben dem antisozialen Verhalten und dessen Folgen auch ungelöste Konflikte mit Lehrern, Gleichaltrigen und Eltern. Durch die auftretenden Schulprobleme und Schwierigkeiten im Aufbau von Freundschaften resultiert nicht selten eine gedrückte Stimmung. Die depressiven Symptome werden jedoch häufig von der im Vordergrund stehenden oppositionellen Problematik überdeckt (Döpfner, 2008).

2.7.3 Angststörungen

Angststörungen sind eine häufige Komorbidität einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten. Drabick et al. (2010) beschreiben in einer umfangreichen Studie, dass das Vorliegen einer Angststörung zu einer Exacerbation von ODD führen kann, es jedoch auch umgekehrt gelegentlich zu einer Abschwächung des oppositionellen Verhaltens kommen kann.

Angold & Costello (1996) gaben in einer Studie an, dass 14% der Kinder mit einer oppositionellen Störung des Sozialverhaltens zusätzlich an einer Angststörung erkrankt sind.

Nock et al. (2007) berichten, dass die häufigsten Komorbiditäten der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten Stimmungsschwankungen (45,8%), Angststörungen (62,3%), Störung der Impulskontrolle (68,2%) sowie Drogenmissbrauch (47,2%) sind.

Von Interesse in der vorliegenden Arbeit war neben einer Komorbidität zu internalisierenden Auffälligkeiten und der Intelligenz der betroffenen Kinder die Beziehung zwischen betroffenen Kindern und einer Bezugsperson.

Die vorliegende Studie soll helfen, Auffälligkeiten im Sozialverhalten bei Vorschul- und Grundschulkindern frühzeitig erkennen zu können und bessere Therapiemöglichkeiten zu entwickeln.

2.8 Therapie und Prognose der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

2.8.1 Therapie

Wurde eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten diagnostiziert, so sollte eine Beratung der Eltern erfolgen. Ist dies nicht ausreichend, ist eine Therapie notwendig. Die Therapie gestaltet sich häufig schwierig und muss insbesondere eventuell vorliegende psychische Komorbiditäten mitbetrachten (vgl. Kap. 2.7). Eine kinderpsychiatrische Beratung stellt die Grundlage jeder weiteren Therapie dar. Bei jungen Kindern ist häufig ein interdisziplinärer Therapieansatz von Vorteil (von Gontard, 2010).

Gleason et al. (2007) hat für das Vorschul- und Grundschulalter einige Empfehlungen ausgesprochen. Neben einer genauen Diagnostik und Beratung sieht er die Verhaltenstherapie sowie Elterntrainings (eventuell mit Einbeziehung von Erziehern) als die bedeutendste Möglichkeit einer Therapie. Eine medikamentöse Therapie, die vielen Eltern Angst bereitet, steht gerade für diese Altersgruppe nicht im Vordergrund.

2.8.1.1 Konservative Therapieoptionen

Grundlage stellt die Verhaltenstherapie dar, da sie am wirksamsten ist. Sie bezieht neben dem betroffenen Kind Eltern und gelegentlich auch andere Bezugspersonen mit ein (Fraser & Wray, 2008).

Kazdin (1997) beschreibt, dass vier verschiedene Therapieverfahren, die alle auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz beruhen, eingesetzt werden können:

- Elterntherapie
- Familientherapie
- Problemlöseverhalten
- Multisystemische Therapie.

An dieser Stelle wird nicht auf jede der vier Therapiearten eingegangen. Genauer betrachtet wird die Elterntherapie, da diese häufiger Verwendung findet.

Elterntherapie und Therapieprogramme

Einen besonders hohen Stellenwert hierbei haben Elterntrainings, die zu den am besten untersuchten Methoden in der Therapie gehören und bei denen in erster Linie die Eltern geschult werden auf bestimmte Verhaltensweisen zu reagieren, als direkt mit der Familie zusammenzuarbeiten (Essau, 2003). Die Eltern sollen zunehmend in der Lage sein, sich in die Kinder hineinzusetzen und somit frühzeitig unerwünschte Verhaltensweisen zu unterbinden. Allerdings darf eine solche Intervention nicht ausschließlich von den Eltern ausgehen, sondern zumindest teilweise auch von dem betroffenen Kind. Das Ziel eines solchen Elterntrainings ist es, die Interaktion zwischen Eltern und Kind so zu gestalten, dass der Teufelskreis der negativen Interaktion unterbrochen werden kann. Diese Art der Therapie stellt besonders die Eltern in den Mittelpunkt. Diese sollen im Laufe der Zeit durch strukturiertes Vorgehen in der Lage sein, unerwünschte Verhaltensweisen früh zu erkennen, zu unterbinden und durch erwünschte Verhaltensweisen zu ersetzen. Dabei ist nicht die Strenge der Eltern von Bedeutung, sondern die Konsequenz der Reaktionen (Essau, 2003).

Für solche Elterntrainings gibt es mittlerweile verschiedene Programme. Im deutschsprachigen Bereich ist besonders THOP (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhalten) von Döpfner (2002) sowie PEP (Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten) von Plück et al. (2006) bekannt. Im amerikanischen Raum gibt es deutlich mehr Programme mit unterschiedlichen Vorgehensweisen. Eines hiervon ist „Helping The Noncompliant Child“ von McMahon & Forehand (2003). Das grundlegende Ziel dieses Programms ist es, kriminelle Handlungen im späteren Jugendalter zu verhindern (McMahon & Forehand, 2003).

Eine jüngere Studie von Larsson et al. (2009) gibt, nach Ergebnissen einer Studie mit über 100 Kindern, das strukturierte Elterntraining als die wirksamste Form der Therapie einer oppositionellen Störung des Sozialverhaltens an.

Problemlöseverhalten

Strukturiertes Vorgehen zur Lösung spezieller Probleme konnte in Studien als eine geeignete Therapieform, in die beide Elternteile eingebunden sind, anerkannt werden. Hierbei handelt es sich um eine psychologische Intervention, welche dem Kind

zu neuen Ansätzen der Problemlösung verhelfen soll. Das Kind soll eine Frustrationstoleranz erlernen um Überreaktionen zu vermeiden (Hamilton & Armando, 2008).

2.8.1.2 Medikamentöse Therapie

Zuletzt sei noch die Pharmakotherapie genannt. Eine medikamentöse Therapie kommt fast ausschließlich zum Einsatz, wenn Komorbiditäten (z.B. ADHS) zusätzlich vorliegen. Hier wird neben Methylphenidat, besonders wenn zur Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem ADHS vorliegt, Atomoxetin eingesetzt (Biedermann et al., 2007). Jedoch sollte immer eine Psychotherapie (s.o.) fortgeführt werden (Gleason et al, 2007). Liegen keine Komorbiditäten vor, wird auf die Pharmakotherapie in den meisten Fällen verzichtet.

2.8.2 Verlauf und Prognose der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Die Prognose der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten hängt von weiteren Faktoren wie dem Alter, in dem die Störung begonnen hat, sowie von Komorbiditäten ab. Bei einem Beginn in der frühen Kindheit - vor dem zehnten Lebensjahr - (early onset) stehen besonders körperliche Aggressionen zwischen Gleichaltrigen im Vordergrund (Campbell et al., 2000). Ferner verschlechtert das Vorliegen von Komorbiditäten oder multiplem Risikofaktoren die Prognose.

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist ein Risikofaktor für CD, einer im Jugendalter auftretenden aggressiv-dissozialen Verhaltensstörung (Burke et al., 2005).

2.9 Ziel der Arbeit

Obwohl die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten eine im Vorschulalter häufig gestellte Diagnose ist, liegen derzeit nur wenige Studien im deutschsprachigen Raum zu dieser Thematik vor.

Die zentralen Ziele dieser Arbeit sind es nunmehr, die im Kindesalter häufige Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im Hinblick auf Komorbiditäten, intellektuelle Fähigkeiten sowie Beziehung zu den Eltern genauer zu analysieren. Eine Komorbidität mit ADHS ist lange bekannt. Interessant ist, dass häufig eine Komorbidität mit Störungsbildern mit internalisierenden Symptomen auftritt, die aufgrund des vorherrschenden aggressiven oder verweigerndem

Verhalten oft übersehen wird. Dies soll in der vorliegenden Arbeit erörtert werden. Kinder, die eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten haben, haben häufig Schwierigkeiten in der Schule. Untersucht wird daher der Intelligenzquotient, um herauszufinden, ob die schulischen Probleme durch eine allgemeine Intelligenzminderung bedingt sein könnten. Weiterhin wird die Mutter-Kind-Beziehung untersucht und erforscht, ob die an der Störung leidenden Kinder eine schlechtere Mutter-Kind-Beziehung als gesunde gleichaltrige Kinder aufweisen.

2.10 Stand der Forschung

Die aktuelle Studienlage hinsichtlich der Fragestellungen der vorliegenden Studie ist unterschiedlich. Der Zusammenhang zwischen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Komorbiditäten mit internalisierenden Symptomen wurde in einer neueren Studie von Burke et al. (2010) aufgezeigt. In dieser Studie, in die ausschließlich Mädchen einbezogen wurden, zeigte er, dass ODD eine bedeutende Rolle für die Entwicklung späterer Komorbiditäten mit internalisierenden Symptomen (Depression, Angststörung) spielt.

Betrachtet man die Auswirkung einer oppositionellen Verhaltensstörung auf die intellektuelle Entwicklung so wird in aktuellen Studien zu diesem Zusammenhang meist der sozioökonomische Status miteinbezogen. Heutige Erkenntnisse sehen einen Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren der Intelligenzentwicklung und Verhaltensstörungen im Kindesalter. Da Fonseca et al. (2010) zeigten, dass durch frühzeitigen Einsatz von Trainingsprogrammen der IQ von Kindern, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, durchaus gesteigert werden kann.

Dass es auch einen Zusammenhang zwischen prosozialem Verhalten und der kognitiven Leistungsfähigkeit gibt, wurde in mehreren Studien der Vergangenheit besonders gut von Rutter (1990) und Cook et al. (1994) untersucht. Die teilnehmenden Kinder dieser Studien, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten litten, zeigten bedeutend niedrigere IQ-Werte als Kinder, die durch prosoziales Verhalten auffielen.

Gerade die Mutter-Kind-Beziehung, die anhand der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) untersucht wird, ist bislang selten im Zusammenhang mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten untersucht. Aussagekräftige Studien sind besonders von Ziv et al. (1997) durchgeführt worden.

In seiner Studie zeigte er auf, dass ein hoher Score auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) in direktem Zusammenhang mit der „infant attachment security“ besteht. Nach Ziv et al. (1997) zeigten auch Coy et al. (2001) diesen Zusammenhang. In ihrer Studie von 2001 wurde eine Experimental- und Kontrollgruppe von jeweils 88 Kindern untersucht. In dieser Studie lag eine signifikant schlechtere Mutter-Kind-Beziehung vor.

3 Material und Methoden

3.1 Hypothesen

In dem folgenden Teil werden die angewandten Methoden zur Testung der 3 Hypothesen

- Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, zeigen häufiger zusätzlich internalisierende Symptome als gesunde Kinder,
- Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben einen niedrigeren Intelligenzquotienten als gesunde Kinder und
- Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, zeigen eine schlechtere Mutter-Kind-Beziehung (Emotional Availability) als gesunde Kinder

beschrieben.

3.2 Studiendesign

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Experimentalgruppe der vorliegenden Arbeit bestand aus 20 Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren, die in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten vorstellig wurden. Die Familien kamen meistens auf Anraten des Kindergartens bzw. der Grundschule oder aufgrund der Probleme in der eigenen Familie. Die häufigsten Klagen seitens der Eltern oder Erzieher waren, dass es den betroffenen Kindern unmöglich sei, sich an vorgegebene Regeln zu halten und dass sie andere Kinder häufig ärgern. Nach Erläutern des Inhalts der Studie und dem Einverständnis der Eltern und Kinder wurden diese in die Studie aufgenommen. Es wurden nach Beginn der Studie die ersten 20 Familien, die ihr Einverständnis an der Teilnahme der Studie gaben, ausgewählt, unabhängig von den Testergebnissen. Diese bilden die Experimentalgruppe (n=20). Ausschlusskriterien waren, wenn sich das Verhalten auf einen Bereich beschränkte, also entweder nur im Kindergarten bzw. in der Schule oder nur zu Hause auftrat oder das auffällige Verhalten kürzer als sechs Monate bestand (Definitions-kriterien der

Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten). Ein weiteres Ausschlusskriterium lag vor, wenn das Verhalten so gravierend war, dass die Therapie nicht mehr ambulant sondern stationär durchgeführt werden musste.

Parallel hierzu wurde eine Kontrollgruppe gebildet. Zum Rekrutieren dieser Gruppe erfolgte ein Anschreiben an mehrere Kindergärten sowie eine Grundschule worin der Inhalt der Studie erläutert wurde. Bei Interesse der Eltern haben diese telefonisch Kontakt aufgenommen und wurden über den genauen Inhalt und Ablauf aufgeklärt. Für die freiwillige Teilnahme erhielten die Familien eine Aufwandsentschädigung von 20,00 Euro.

3.2.2 Versuchsdurchführung

Die Studiendurchführung der Experimentalgruppe erfolgte in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes. In einem ersten Termin wurde durch eine Mitarbeiterin anhand der Anamnese und der freien Exploration die Diagnose gestellt.

In einem nächsten Termin führte die Untersucherin die Kaufmann Assessment Battery for Children (K-ABC, Melchers & Preuß, 1994) mit dem Kind durch, während die Eltern die Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) ausfüllten. Im Anschluss daran erfolgte eine 15-minütige Videoaufnahme einer Spielsituation (freies Spiel) von Mutter/ Elternteil und Kind. Die Aufnahme wurde in einem Zimmer mit an der Decke befestigten Kameras, die zu sehen sind, jedoch von den Kindern fast nie bemerkt wurden, durchgeführt. Die Videoaufnahme wurde von zwei Untersuchern unabhängig voneinander mittels der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) ausgewertet.

Die Studiendurchführung der ermittelten Kontrollgruppe erfolgte, nach genauerem Erläutern über den Studieninhalt, bei den Familien zu Hause. Nach Vereinbarung eines Termins, wurde die Kaufmann Assessment Battery for Children (Melchers & Preuß, 1994) durchgeführt, während die Eltern hiervon getrennt die Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) bearbeiteten. Die Videoaufnahme wurde ebenfalls mittels einer Kamera auf einem Stativ mit gleicher Instruktion, die auch die Experimentalgruppe erhielt, bei den Familien zu Hause durchgeführt und anschließend ebenfalls von zwei Untersuchern unabhängig voneinander ausgewertet (Auswertung erfolgte nicht bei den Familien zu Hause).

3.2.3 Deskriptive Darstellung der Variablen der beiden Gruppen

Die 20 Kinder (13 Jungen und 7 Mädchen) der Experimentalgruppe, von denen 15 den Kindergarten und 5 die Grundschule besuchten, hatten in der Altersverteilung einen Mittelwert von 5,36 Jahren.

Der sozioökonomischen Status der Eltern der Experimentalgruppenteilnehmer wurde anhand des höchsten erreichten Abschlusses bestimmt. Als höchsten Abschluss erreichten vier das Abitur, zehn die Mittlere Reife und sechs einen Hauptschulabschluss. Keiner der Elternpaare hatte einen Universitätsabschluss.

Zusätzlich wurde der Beziehungsstatus der Eltern (zusammen lebend/ getrennt lebend) erfasst. In der Experimentalgruppe waren elf der Elternpaare getrennt und neun lebten zusammen.

Die Kontrollgruppe bestand ebenfalls aus 20 Kindern (15 Mädchen, 5 Jungen) von denen, ebenso wie in der Experimentalgruppe, 15 Kinder den Kindergarten und 5 die Grundschule besuchten. Der Mittelwert der Altersverteilung lag hier bei 5,84 Jahren.

Von den Eltern dieser Gruppe erreichten sechs einen Universitätsabschluss, fünf das Abitur, sieben die Mittlere Reife und zwei einen Hauptschulabschluss.

Nach Erörterung des Beziehungsstatus gaben 15 Elternpaare an, dass sie zusammenlebten und lediglich 5 getrennt lebend waren.

Zur Darstellung wurden die deskriptiven Daten in den Tabellen 1 und 2 aufgeführt.

Tabelle 1: Verteilung von Alter in der Experimental- und Kontrollgruppe

| | Experimentalgruppe | | | Kontrollgruppe | | |
|-------|--------------------|------|------|----------------|------|-----|
| | X | Min | Max | X | Min | Max |
| Alter | 5,36 | 3,09 | 9,75 | 5,84 | 4,25 | 9,5 |

Anmerkung: X steht für Mittelwert. Min und Max bedeuten Minimum und Maximum der Altersverteilung der Kinder

Tabelle 2: Deskriptive Darstellung der Verteilung von Geschlecht der Kinder, des Schulabschluss der Eltern sowie des Beziehungsstatus der Eltern der Experimental- und Kontrollgruppe

| | Experimentalgruppe | Kontrollgruppe |
|------------------------------------|--------------------|----------------|
| Geschlecht | M=13 | M=5 |
| | W=7 | W=15 |
| Höchster Schulabschluss der Eltern | UN:0 | UN:6 |
| | AB:4 | AB:5 |
| | MR:10 | MR:7 |
| | HS:6 | HS:2 |

| | Experimentalgruppe | Kontrollgruppe |
|------------------|--------------------|----------------|
| Beziehungsstatus | Z:9 G:11 | Z:15 G:5 |

Anmerkung: M steht für männliches Geschlecht, W für weibliches Geschlecht. Mit UN ist ein Universitätsabschluss, mit AB Abitur, mit MR Mittlere Reife und mit HS Hauptschulabschluss gemeint. Z und G stehen für Zusammenlebend bzw. getrennt lebend.

3.3 Erhebungsverfahren

3.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL)

Von allen Eltern wurden die Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) ausgefüllt. Es handelt sich hierbei um die weltweit meist verwandten Screening-Fragebögen zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Die Fragebögen können von Eltern, Erziehern oder weiteren Bezugspersonen ausgefüllt werden, da diese Personen, die das Kind in unterschiedlichen Alltagssituationen erleben, am besten Informationen über das Verhalten des Kindes erfahren.

Die Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) wurde von Thomas M. Achenbach für unterschiedliche Altersgruppen entwickelt. Für die hier vorliegende Arbeit wurden je nach Alter der Kinder Fragebögen für die Altersgruppe 4 bis 18 Jahren bzw. 1 ½ bis 5 Jahren benutzt und anhand des Handbuchs (Arbeitsgruppe deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist, 1998a) ausgewertet.

Mithilfe der Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) ist es möglich, fast das gesamte Spektrum psychischer Symptome zu erfassen.

Im ersten Teil erfasst sie das Elternurteil über die psychosozialen Fähigkeiten des Kindes während sich der zweite Teil mit Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten sowie mit somatischen Beschwerden beschäftigt.

Für die Altersgruppe 4 bis 18 Jahre können acht verschiedene Problemskalen („Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich/Depressiv“, „Schizoid/Zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Delinquentes Verhalten“, „Aggressives Verhalten“, „Sozialer Rückzug“, „Soziale Probleme“) sowie drei diesen Problemskalen übergeordnete Skalen („Internalisierende Verhaltensweisen“, „Externalisierende Verhaltensweisen“, „Gesamt“) berechnet werden.

Für die Altersgruppe 1 ½ bis 5 Jahre können sieben Problemskalen („Emotionale Reaktivität“, „Ängstlich/Depressiv“, „Körperliche Beschwerden“, „Sozialer Rückzug“, „Schlafprobleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Aggressives Verhalten“) und ebenfalls 3 übergeordnete Skalen („Internalisierende Verhaltensweisen“, „Externalisierende Verhaltensweisen“, „Gesamt“) berechnet werden.

Da bei den Fragebögen für beide Altersklassen die Skalen „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich/Depressiv“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Aggressives Verhalten“, „Internalisierende Verhaltensweisen“, „Externalisierende Verhaltensweisen“ und „Gesamt“ vorkommen, wurden nur diese in die Auswertung eingeschlossen.

Die einzelnen Items können mit 0, 1 oder 2 (0 = trifft überhaupt nicht zu, 1= trifft manchmal zu, 2= trifft immer zu) angekreuzt werden.

Da Eltern in der Verhaltensbeurteilung nicht so geübt sind, fällt für sie die Auswahl zwischen diesen drei Möglichkeiten leichter, als die Entscheidung „ja“ oder „nein“.

Internalisierende Skalen: (Döpfner, 2008)

- Sozialer Rückzug: Die Skala setzt sich aus Items zusammen, die erfassen, ob die Kinder eher verschlossen sind, sich zurückziehen, weniger sprechen als gleichaltrige Kinder oder häufiger traurig sind.
- Körperliche Beschwerden: Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet, dass die Kinder häufiger über somatische Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Schwindel klagen.
- Angst/ Depressivität: Kinder, die auf dieser Skala einen hohen Wert erhielten, klagen neben einer allgemeinen Ängstlichkeit auch über Einsamkeit und soziale Ablehnung. Außerdem haben diese Kinder oft Minderwertigkeitskomplexe und Schuldgefühle.

Externalisierende Skalen: (Döpfner, 2008)

- Dissoziales Verhalten: Die Items dieser Skala erfassen dissoziale Verhaltensweisen (z.B. lügen, stehlen).
- Aggressives Verhalten: Neben verbaler und körperlicher Gewalt beinhaltet diese Skala Verhaltensweisen, die gehäuft mit aggressiven Verhalten in Zusammenhang zu sehen sind.

Übrige Skalen: (Döpfner, 2008)

- Soziale Probleme: Ein hoher Wert auf dieser Skala steht dafür, dass die Kinder das Gefühl haben, abgelehnt zu werden und sich unreif verhalten.
- Schizoid/ Zwanghaft: Außer einer Tendenz zu zwanghaftem Denken erfasst diese Skala auch psychotische Symptome (Halluzinationen) sowie bizarre Gedanken und Handlungen.
- Aufmerksamkeitsstörungen: Diese Skala beinhaltet motorische Unruhe, Impulsivität aber auch Symptome, die für ein hyperkinetisches Verhalten stehen.

Die meisten Eltern benötigten ca. 15-20 Minuten Zeit zur Beantwortung der Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991).

3.3.2 Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC)

Theoretischer Hintergrund

Bei allen Kindern wurde ein Intelligenztest mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC; Melchers & Preuß, 1994) durchgeführt.

Die K-ABC von A. S. Kaufman und N. L. Kaufman wurde in den USA entwickelt und erschien dort erstmals 1983. Die deutsche Bearbeitung von P. Melchers und U. Preuß ist ein mehrdimensionaler Test zur Erfassung von Intelligenz und Fertigkeiten bei Kindern im Alter von 2,6 bis 12,5 Jahren.

Der Test definiert Intelligenz als Fähigkeit, Probleme durch geistiges Verarbeiten zu lösen. Somit steht hier die Lösungsfindung im Vordergrund und nicht der Inhalt der Aufgabe. Die K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) besteht aus zehn Untertests, die sich auf die Skala des Einzelheitlichen Denkens (SED) und die Skala des Ganzheitlichen Denkens (SGD) verteilen. Diese beiden Skalen werden in der Skala Intellektueller Fähigkeiten (SIF) zusammengefasst, die den eigentlichen Intelligenzquotienten widerspiegelt. Ferner gibt es auch eine Fertigkeitenskala (FS) und eine sprachfreie Skala, die besonders für sprech-, sprach- und hörgeschädigte Kinder hilfreich sind. Die beiden letztgenannten Skalen wurden jedoch zur Auswertung der vorliegenden Arbeit nicht angewandt.

In Folgendem wird auf die in die Arbeit einbezogenen Skalen (SED, SGD, SIF) etwas genauer eingegangen.

Skala einzelheitlichen Denkens

Folgende Subskalen sind in dieser Skala zusammengefasst:

- Handbewegungen nachmachen
- Zahlenfolgen nachsprechen
- Wortreihe nachsprechen

Bei dieser Skala muss jede Aufgabe durch folgerichtiges oder serielles Denken gelöst werden, da die Schwerpunkte der einzelnen Aspekte der Aufgaben in direkter Beziehung zueinander stehen und einer einzelheitlichen Ordnung der Reize unterliegen.

Die Skalen des einzelheitlichen und ganzheitlichen Denkens erfassen die Fähigkeit, mit unbekanntem Problemen umzugehen und zeigen die gegenwärtige intellektuelle Fähigkeit. Dieser Ansatz wird von Cattell (1971) als fluid ability bezeichnet, womit er die Fähigkeit versteht unbekannte Probleme zu lösen, wenn Anpassung und Flexibilität im Vordergrund der Lösungsfindung stehen.

Die Skala einzelheitlichen Denkens erfordert die gestellten Aufgaben einzelheitlich zu beantworten und ist auch für die untersuchte Altersgruppe von großer Bedeutung, da diese Fähigkeit beim Lernen von grammatikalischen Beziehungen oder beim Verstehen von historischen Ereignissen von Bedeutung ist. Eine Schwäche im einzelheitlichen Denken geht häufig einher mit einer Unfähigkeit im sozialen Bereich wie z.B. das Verstehen und Einhalten von Spielregeln oder gesetzten Grenzen.

Skala ganzheitlichen Denkens

Diese wird untergliedert in

- Zauberfenster
- Wiedererkennen von Gesichtern
- Gestaltschließen
- Dreiecke legen
- Bildhaftes Ergänzen,
- Räumliches Gedächtnis
- Fotoserie

Die Skala ganzheitlichen Denkens verlangt mehrere Reize gleichzeitig und nicht hintereinander zu verarbeiten. Für die Lösung der Aufgaben dieser Skala ist eine

räumliche Verarbeitung der dargebotenen Reize notwendig. Viele intellektuelle Funktionen erfordern ganzheitliches Denken, da hier Informationen nicht nur erfasst, sondern auch verarbeitet und kritisch beurteilt werden müssen. Ist das ganzheitliche Denken bei einem Kind gut entwickelt, so fällt es dem Kind nicht nur leichter Formen und Buchstaben schneller zu lernen, sondern es hat auch die Fähigkeit, komplexe Aufgaben logisch zu verstehen und zu lösen.

Diese Skala beinhaltet sieben Unterskalen, während die Skala einzelheitlichen Denkens nur 3 Unterskalen vereint. Dennoch sind beide Skalen von gleicher Bedeutung.

Skala intellektueller Fähigkeiten

Die Skala einzelheitlichen Denkens und die Skala ganzheitlichen Denkens werden in der Skala intellektueller Fähigkeiten, die die Gesamtintelligenz darstellt, zusammengefasst.

Man muss davon ausgehen, dass Intelligenz eine Integration sowohl des einzelheitlichen, als auch des ganzheitlichen Denkens erfordert.

Durch die Differenzierung in einzelheitliches und ganzheitliches Denken kann man individuelle Stärken und Schwächen aufdecken, was nicht nur den Lernstil des Kindes zeigt, sondern so die speziellen Fördermöglichkeiten, die dem Lernstil des Kindes angepasst sind, ermöglichen.

Fertigkeitenskala

Demgegenüber repräsentiert die Fertigkeitenskala jene Fertigkeiten, die durch Lernen erworben werden können. Sie sind dem Faktenwissen gleichzusetzen und repräsentieren nach Cattell (1971) die *crystallized ability*.

Die beiden verschiedenen Skalenarten unterscheiden demnach Problemlösen und Faktenwissen, wobei das Problemlösen als die intellektuelle Intelligenz verstanden wird, während das Faktenwissen den Erfolg des Lernens durch Üben und Wiederholen widerspiegelt.

Sprachfreie Skala

Die sprachfreie Skala ist eine Kombination einzelner Untertests, deren Lösung gestisch oder motorisch (Wiedererkennen von zuvor gezeigten Gesichtern, Nachbauen von Dreiecken, räumliches Gedächtnis, dem Legen einer Fotoserie) beantwortet werden kann. Mit der sprachfreien Skala kann man bei hör-, sprach- und

sprechgeschädigten Kindern das Niveau der geistigen Intelligenz ermitteln. Jedoch ist diese Skala keineswegs eine „Kurzform“ des eigentlichen Tests.

Durchführung

Für ein aussagekräftiges Ergebnis der K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) sollte die Durchführung unter möglichst optimalen Bedingungen erfolgen. Das Kind sollte ausgeruht sein und nicht das Gefühl haben, sich in einer Prüfungssituation zu befinden.

Der Untersucher sollte zu dem Kind eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut haben, jedoch auch nicht zu nah wirken.

Auswertung

Jedes richtig beantwortete Item wird mit einem Punkt, jedes falsch beantwortete mit null Punkten bewertet. Die Summe bilden die Rohwerte, die in Standardwerte umgerechnet werden. Für die Skalen einzelheitlichen Denkens, ganzheitlichen Denkens und der Fertigkeitenskala wurde ein Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 15 festgelegt; für die Skala intellektueller Fähigkeiten ein Mittelwert von 10 und eine Standardabweichung von 3.

Ist von Skalenwert die Rede, so wird ein Mittelwert von 10 und eine Standardabweichung von 3 zugrunde gelegt; ist jedoch von Standardwert die Rede, dann ist von einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15 auszugehen.

Normierung bei der Verwendung des K-ABC-Instrumentes

Die Normierung der deutschen Fassung sollten 3000 Kinder im Alter von 2,6 bis 12,5 Jahren aus Deutschland, Österreich und Südtirol die Grundgesamtheit widerspiegeln. Damit der Anteil auffälliger Kinder mit dem in der Gesellschaft identisch ist, wurden 90% von ihnen zufällig ausgewählt. Obwohl eine optimale Repräsentativität durch Kontrolle einzelner Variablen angestrebt wurde, können immer noch nicht abschätzbare Einflussfaktoren vorhanden sein.

3.3.3 Emotional Availability Scales

Die Videoaufnahmen der Kinder wurden anhand der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) ausgewertet. Die Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998), die in den späten 80er Jahren von Biringen und Mitarbeitern erstellt wurden, sind ein beobachtendes Rating-System, das aus sechs Skalen besteht. Die Skalen sind keineswegs unabhängig voneinander zu betrachten, da man nicht nur das elterliche Verhalten dem Kind gegenüber untersucht, sondern auch auf das kindliche

Verhalten dem Elternteil gegenüber besonders achtet. Außerdem wird beurteilt, inwieweit die Eltern in der Lage sind, die emotionale Lage des Kindes richtig zu verstehen und zu deuten (Biringen, 2000). Von Bedeutung ist also der Austausch der Interaktionspartner. Die ersten 4 Skalen sind die „Elternskalen“ und die beiden weiteren die „Kindskalen“:

- Skala 1: Elterliche Sensitivität
- Skala 2: Elterliche Strukturierung
- Skala 3: Elterliche Nichtintrusivität
- Skala 4: Elterliche Annahme (Nonhostility)
- Skala 5: Kindliche Responsivität
- Skala 6: Kindliche Involvierung.

Mit Hilfe dieser sechs Skalen ist es möglich, die Interaktion zwischen Elternteil und Kind zu prüfen und anschließend auszuwerten.

Die Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) definieren die emotionale Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind als eine dyadische Fähigkeit.

Bei der Beurteilung des Verhaltens achtet man besonders auf die Angemessenheit des Verhaltens in der jeweiligen Situation, wobei zu erwähnen ist, dass es sich hierbei um Mikrosituationen handelt. Auch wenn eine gute Beziehung zwischen Eltern und Kind natürlich durch den Gebrauch von positiven Wörtern oder Gesten getragen wird, ist dennoch die Häufigkeit dieser positiven Ausdrücke nicht von höchster Priorität. Viel wichtiger ist es, den zugrunde liegenden Verhaltensstil und die Grundstimmung erkennen zu können und nicht nur das offensichtlich gezeigte Verhalten zu analysieren. Ebenso betrachtet man nicht das Verhalten zwischen Elternteil oder Kind als Einzelperson, sondern beurteilt die Gesamtqualität der affektiven Beziehung und die Wertigkeit der gemeinsamen Interaktion.

Die Grundlage der Skalen bildet die Bindungstheorie, die jedoch nur objektiv beobachtete Verhaltensweisen bewertet und keine Aussage über die zwischen Elternteil und Kind bestehende Emotionalität macht. Daher wurden die einzelnen Skalen auf die Beurteilung von emotionalen Interaktionen ausgerichtet.

Mit Hilfe der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) soll es dem Beurteiler ermöglicht werden, neben dem offensichtlichen Verhalten auch einen zugrunde liegenden Verhaltensstil bzw. die Grundstimmung des gezeigten Verhaltens zu

erfassen, so dass der Beurteiler auf die wahren Gefühle schließen kann und nicht die eventuell nur gezeigten Gefühle erkennt.

Um die Interaktion und die Grundstimmung möglichst genau beurteilen zu können, gibt es zu jeder Skala Fragen, die dem Untersucher helfen sollen, das Verhalten zu operationalisieren.

Skala 1: Elterliche Sensitivität

Anhand der Skala wird beurteilt, inwieweit die Eltern fähig sind das kindliche Verhalten richtig wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren. Außerdem werden auf dieser Skala Affekt und das richtige Timing der Eltern auf ein gezeigtes Verhalten des Kindes zu reagieren, beurteilt. Wichtig für die elterliche Sensitivität ist auch, ob die Eltern in der Lage sind, das Spiel kreativ zu gestalten und das Kind akzeptieren und respektieren. Der Beurteiler sollte besonders darauf achten inwieweit die Eltern die Signale des Kindes richtig deuten, um mit angemessener emotionaler Reaktion darauf zu reagieren. Es sollte ihnen leicht gelingen, das Kind respektvoll zu behandeln und dennoch bei möglichen Konflikten kompetent zu erscheinen.

Zur Bewertung der Skala 1 können zwischen 1 und 9 Punkte vergeben werden, wobei 1 die niedrigste und 9 die höchste zu erreichende Punktzahl ist.

9-8 Punkte werden vergeben, wenn ein optimales Attunement zwischen Elternteil und Kind besteht, und beide sichtbar Freude an der Interaktion haben.

8-7 Punkte erhält die „good enough mother“, ebenfalls sehr gut, aber im Vergleich zur 9-8 fehlt der Mutter die sichtbare Freude.

Skala 2: Elterliche Strukturierung

Der Blickwinkel der zweiten Skala fällt auf die Fähigkeit der Eltern einen adäquaten Rahmen für die Interaktion zu schaffen und ob es den Eltern gelingt, das Spiel mit dem Kind in einer angemessenen Art zu strukturieren. Dies ist der Fall, wenn es dem Elternteil gelingt, sich während der Interaktion auf eine kindliche Initiative der Spielgestaltung einzulassen, dabei aber auch klare Grenzen zu setzen. Der Beurteiler sollte besonders darauf achten, ob die Stimmung zwischen Elternteil und Kind entspannt ist und ob es ihnen gelingt die Spielsituation gemeinsam so zu gestalten, dass beide Partner Spaß daran haben.

Trifft dies zu, so müssen die Eltern nur wenige Aufforderungen geben, um das Kind zum gemeinsamen Spiel zu motivieren. Diese Skala ist von 1 (niedrig) bis 5 (hoch) Punkten gegliedert.

Skala 3: Elterliche Nichtintrusivität

Hier geht es darum, ob die Eltern während der Interaktion in der Lage sind, mit angemessenem Engagement mitzuspielen, ohne sich dabei dem Kind aufzudrängen.

Überkontrollierende Eltern neigen dazu, das Engagement während der Interaktion zu übertreiben, und dadurch das Kind in seinen natürlichen Verhaltensabläufen zu stören. Ein sicheres Anzeichen für Intrusivität ist es, wenn Eltern das Kind jünger behandeln als es tatsächlich ist. Hierdurch stören sie die Entwicklung der Autonomie des Kindes empfindlich. Jedoch muss das Alter des Kindes in jedem Fall beachtet werden, da ein Eingreifen der Eltern je nach Alter angemessen beziehungsweise als intrusiv gewertet werden muss.

Der Beurteiler sollte nur das sichtbare intrusive Verhalten der Eltern betrachten und sich nicht Annahmen hingeben, die er aus dem gezeigten Verhalten ableitet. Die Eltern sollten nicht überkontrollierend sein, aber auch nicht die Kontrolle und Gestaltung der Interaktion ganz dem Kind überlassen. Ebenso wie die Skala 2 ist auch diese Skala in 1 bis 5 Punkten gegliedert.

Die Skalen 2 und 3 stehen miteinander in Verbindung. Eltern, denen es gelingt, das Spiel zu strukturieren, werden einen hohen Wert auf der Skala 2 erlangen und vermutlich ebenso einen hohen Wert auf der Skala 3. Beide Skalen können durch kindliche Reaktionen beeinflusst werden.

Skala 4: Elterliche Annahme/Akzeptanz (Nonhostility)

Auf dieser Skala wird beurteilt, ob die Eltern dem Kind in offener oder verdeckter Weise feindselig und ablehnend gegenüber treten.

Erlangen die Eltern auf dieser Skala den höchsten Wert (5 Punkte), so ist während der gesamten Aufnahme kein Anzeichen von Ablehnung oder gar Feindseligkeit zu sehen. Erlangen sie einen Wert von 3, so ist für den Beurteiler eine verdeckte Ablehnung zu sehen. Ein Wert von 1 schließlich bedeutet, dass man die Ablehnung/Feindseligkeit in Mimik, verbalen Ausdruck und Handeln deutlich erkennen kann.

Skala 5: Kindliche Responsivität

Unter kindlicher Responsivität versteht man die emotionale Verfügbarkeit des Kindes den Eltern gegenüber. Dies kann man auf verschiedene Arten erkennen:

- Das Kind ist gehorsam und geht mit Eifer auf Aufforderungen und Bitten der Eltern ein.

- Das Kind zeigt eine Kooperationsbereitschaft in der Gestaltung der Interaktion.
- Das Kind ist in der Lage, den Eltern eindeutig zu zeigen, dass es Spaß an der Interaktion hat und auch Begeisterung und Freude zeigen kann.

Der Beurteiler muss bei der Analyse beobachten, dass die Eltern das Kind während des Spiels zu etwas auffordern. Zum einen muss man beurteilen, ob das Kind überhaupt auf diese Aufforderung reagiert, zum anderen ist es wichtig, wie die emotionale Stimmung des Kindes ist. Folgt es der Anweisung gelangweilt oder besteht eine partnerschaftliche Beziehung dabei?

Es ist hier nicht von Bedeutung, wie häufig das Kind lächelt oder lacht, da es dies auch aus gelernter Höflichkeit tun kann. Wichtiger ist es, während der Interaktion positive Emotionen wie gegenseitige Vertrautheit, gegenseitiges Anschauen oder Körperkontakt zu beobachten.

Ist das Kind bei Aufforderungen der Eltern gelangweilt und ignoriert diese sogar, kann es keinen hohen Wert auf dieser Skala erlangen. Ebenfalls einen niedrigen Wert bekommt das Kind, wenn es die Aufforderung der Eltern zwar nicht ablehnt, es jedoch einen deutlich negativen Affekt zeigt. Hierin lässt sich eine negative Beziehung zwischen Elternteil und Kind erkennen, da der Kontakt als dysfunktional zu werten ist.

Bei dieser Skala muss man besonders darauf achten, ob Eltern und Kind eine emotionale Verbindung haben. Auch wenn nur eine lose Verbindung besteht, erlangt das Kind einen hohen Wert auf dieser Skala.

Der Beurteiler sollte darauf achten, ob die Balance zwischen Zugewandtheit und Autonomie intakt ist sowie auf die Freude und den Eifer des Kindes am Spiel.

Auch diese Skala steht in Verbindung zur Skala 2, der elterlichen Sensitivität.

Skala 6: Kindliches Involvieren des Elternteils

Kindliches Involvieren des Elternteils bedeutet, dass das Kind bemüht ist und sich engagiert, den Elternteil für sein Spiel zu gewinnen und die Aufmerksamkeit des Elternteils auf sich zu beziehen. Gelingt dies dem Kind optimal, so schaut der Elternteil interessiert dem Spiel des Kindes zu oder spielt mit. Das Kind kann die Eltern involvieren, indem es Fragen stellt, erzählt oder Dinge demonstriert, um anschließend die Reaktion des Elternteils gespannt abzuwarten.

Einen geringen Wert auf dieser Skala erlangt das Kind, wenn es nur mäßig daran interessiert ist, den Elternteil für sein Spiel zu gewinnen. Das Kind verhält sich eher vermeidend mit von dem Elternteil abgewandter Körperhaltung.

Der Beurteiler achtet auf die Ausgewogenheit zwischen kindlicher Autonomie und dem Interesse des Kindes, den Elternteil in das Spiel zu integrieren. Ebenso achtet er darauf, ob das Kind ein zu hohes Engagement zeigt oder eine ablehnende Haltung aufweist. Auch hierbei ist besonders auf die emotionale Grundstimmung zwischen Elternteil und Kind zu achten.

Den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) liegen als theoretische Basis die Bindungstheorie zu Grunde. Eine sichere Bindung zeigt sich auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) darin, dass die elterliche emotionale Verfügbarkeit über eine bestimmte Zeit stabil auf einem hohen Level bleibt. Eine unsichere Bindung würde sich demzufolge darin zeigen, dass die Bindung zu Beginn anders eingeschätzt wird als am Ende.

3.3.4 Deskriptive und statistische Auswertung

Zur Auswertung der untersuchten Hypothesen konnten alle drei Fragestellungen deskriptiv untersucht werden.

Die statistische Auswertung der Datenanalyse erfolgt mithilfe des Software-Programms SPSS 14.0 (Statistical Package for the Social Science). Es wurde in erster Linie eine deskriptive Auswertung vorgenommen. Zusätzlich wurde eine ANOVA berechnet. Zusätzlich wurde zur Durchführung der statistischen Methoden Dieckmann (2003) benutzt.

Eine statistische Auswertung war bei den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) nicht möglich, da sie ein deskriptives Instrument darstellen.

3.3.5 Varianzanalyse

Die einfaktorielle Varianzanalyse ist ein multivariates Analyseverfahren zum Vergleich von Mittelwerten aus zwei oder mehreren unabhängigen Stichproben. Grundsätzlich wird mit diesem Verfahren getestet, ob die Abweichungen der Mittelwerte zwischen den Gruppen größer sind als innerhalb der Gruppen (vgl. Bamberg & Baur 2002, S. 196 ff.). Bei dem Vergleich von Mittelwerten aus zwei unabhängigen Stichproben bzw. Gruppen sind die Ergebnisse des gebräuchlichen t-Tests der Varianzanalyse identisch. Der t-Test ist ebenfalls ein Verfahren zum Vergleich von

Mittelwerten aus unabhängigen Stichproben. Während die Varianzanalyse Mittelwertabweichungen von mehr als zwei Gruppen testet, begrenzt sich der t-Test lediglich auf die Prüfung von zwei Mittelwertgruppen. Von daher ist der t-Test einer univariaten Varianzanalyse gleichzusetzen.

Die vorliegende Arbeit untersucht, wie bereits erwähnt, zwei unabhängige Gruppen. Hierfür wird das Verfahren der univariaten Varianzanalyse verwendet.

4 Ergebnisteil

4.1 Ergebnisse der Hypothesen I und II

Zunächst wird eine deskriptive Statistik zu den Hypothesen I und II ermittelt. Im Anschluss daran wird eine einfaktorische Varianzanalyse der Hypothesen I und II durchgeführt.

In der vorliegenden Arbeit sollen als Voraussetzung zum Durchführen einer Varianzanalyse lediglich die allgemeinen Voraussetzungen der Varianzhomogenität und Normalverteilung geprüft werden.

Der Levene-Test auf Homogenität der Varianzen ist für alle Skalen nicht signifikant, sodass die Bedingung zur Durchführung einer einfaktorischen Varianzanalyse erfüllt ist. Zur Kontrolle, dass die Gruppen normalverteilt sind, wird der Kolmogorov-Smirnow-Test durchgeführt. Dieser ist auch hier nicht signifikant, sodass die Voraussetzungen zum Durchführen einer Varianzanalyse gegeben sind. Die Annahme der Varianzhomogenität und der Normalverteilung sind somit gegeben.

4.1.1 Mittelwertberechnung der CBCL-Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) (T-Werte)

Auf der Skala „Körperliche Beschwerden“ erreichten die Kinder der Experimentalgruppe einen Mittelwert $M=57.80$ ($SD=7.85$), die Kinder der Kontrollgruppe einen Mittelwert $M=56.30$ ($SD=9.03$) (s. Tabelle 3).

Der Mittelwert der Kinder der Experimentalgruppe lag auf der Skala „Ängstlich-Depressiv“ bei $M=63.80$ ($SD=6.59$) und bei den Kinder der Kontrollgruppe bei $M=55.15$ ($SD=7.32$) (s. Tabelle 3).

Auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ erzielten die Kinder der Experimentalgruppe einen Mittelwert $M=64.45$ ($SD=9.12$), während die Kinder der Kontrollgruppe hier $M=54.35$ ($SD=5.84$) erreichten (s. Tabelle 3).

Auf der Skala „Aggressives Verhalten“ erreichten die Kinder der Experimentalgruppe ein Minimum von 54, ein Maximum von 73 und einen Mittelwert $M=62.90$ ($SD=5.66$) (s. Tabelle 3). Die Kinder der Kontrollgruppe erreichten hier ein Minimum von 50, ein Maximum von 71 und einen Mittelwert $M=55.15$ ($SD=6.58$) (s. Tabelle 3).

Auf der Skala „Internalisierende Verhaltensweisen“ erzielten die Kinder der Experimentalgruppe einen Mittelwert $M=63.95$ ($SD=6.28$) (s. Tabelle 3). Die Kinder der Kontrollgruppe erreichten einen Mittelwert von 51.85 (s. Tabelle 3).

Auf der Skala „Externalisierende Verhaltensweisen“ erreichte die Experimentalgruppe einen Mittelwert $M=63.35$ ($SD=5.30$) (s. Tabelle 3). Die Kontrollgruppe erzielte einen Mittelwert $M=52.15$ ($SD=9.82$) (s. Tabelle 3).

Auf der Skala „Gesamt“ erreichten die Kinder der Experimentalgruppe einen Mittelwert $M=65.75$ ($SD=5.69$), die Kinder der Kontrollgruppe einen Mittelwert von $M=52.60$ ($SD=10.81$) (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Tabelle der CBCL-Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) (T-Werte) der Kinder der Experimental- und Kontrollgruppe für die Skalen „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich-Depressiv“, „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ sowie die Skalen: „Internalisierende Verhaltensweisen“, „Externalisierende Verhaltensweisen“ und „Gesamt“

| | Experimentalgruppe | | | | Kontrollgruppe | | | |
|--|--------------------|------|-------|-------|----------------|-------|-------|-------|
| | X | SD | Min | Max | X | SD | Min | Max |
| CBCL: Skala Körperliche Beschwerden | 57,80 | 7,85 | 50,00 | 76,00 | 56,30 | 9,03 | 50,00 | 79,00 |
| CBCL: Skala Ängstlich-Depressiv | 63,80 | 6,59 | 50,00 | 72,00 | 55,15 | 7,32 | 50,00 | 79,00 |
| CBCL: Skala Aufmerksamkeitsprobleme | 64,45 | 9,12 | 51,00 | 91,00 | 54,35 | 5,84 | 50,00 | 68,00 |
| CBCL: Skala Aggressives Verhalten | 62,90 | 5,64 | 54,00 | 73,00 | 55,15 | 6,58 | 50,00 | 71,00 |
| CBCL: Internalisierende Verhaltensweisen | 63,95 | 6,28 | 53,00 | 75,00 | 51,85 | 10,84 | 38,00 | 78,00 |
| CBCL: Externalisierende Verhaltensweisen | 63,35 | 5,30 | 54,00 | 74,00 | 52,15 | 9,82 | 35,00 | 69,00 |
| CBCL: Gesamt | 65,75 | 5,69 | 59,00 | 79,00 | 52,60 | 10,81 | 32,00 | 76,00 |

Anmerkung: X steht für Mittelwert, SD bezeichnet die Standardabweichung, Min bezeichnet das Minimum und Max das Maximum

Vergleicht man die Mittelwerte der Experimental- mit der Kontrollgruppe, so unterscheiden sich diese mit $p=.00^{**}$ auf einem hochsignifikanten Niveau. Auf der Skala „Ängstlich-Depressiv“ lagen 14 Kinder der Experimentalgruppe mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert. Der Mittelwert der Experimentalgruppe lag um 8 T-Werte höher als die Mittelwerte der Kontrollgruppe.

Die Skala „Internalisierende Verhaltensweisen“ zeigte bei 13 Kindern der Experimentalgruppe einen Wert oberhalb einer Standardabweichung.

Auf den Skalen, die internalisierende Probleme („Ängstlich-Depressiv“ und „Internalisierende Verhaltensweisen“) widerspiegeln, lagen die Werte der Experimentalgruppe jeweils mehr als eine Standardabweichung über denen der Kontrollgruppe.

Lediglich die Skala „Körperliche Beschwerden“ zeigte keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen.

Die Mädchen der Experimentalgruppe zeigten auf den Skalen „Körperliche Beschwerden“, „Aggressives Verhalten“ und „Internalisierende Verhaltensweisen“ höhere Werte als die Jungen dieser Gruppe. Diese hingegen wiesen auf den Skalen „Ängstlich-Depressiv“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Externalisierende Verhaltensweisen“ und „Gesamt“ höhere Scores als die Mädchen auf. Besonders das relativ häufigere gleichzeitige Auftreten von depressiven Symptomen bei Jungen ist interessant, da man in der Altersklasse von drei bis sieben Jahren dies eher nicht erwartet.

Die Kinder der Stichprobe zeigten auf den Skalen „Externalisierende Verhaltensweisen“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ ein Ergebnis um eine Standardabweichung oberhalb des Ergebnisses der Kontrollgruppe.

In großen Studien ist ein Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern beschrieben. Während Jungen, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, eher eine Komorbidität zu Depression oder einer Angststörung zeigen, scheinen Mädchen eher aggressive Symptome zu zeigen. In der vorliegenden Arbeit besteht die Experimentalgruppe aus 13 Jungen von denen zehn zusätzlich signifikante Werte auf den CBCL Skalen (Achenbach & Edelbrock, 1991) aufwiesen (s. Tabelle 4). Anhand der CBCL Skalen (Achenbach & Edelbrock, 1991) zeigten von diesen zehn Jungen sechs einen signifikanten Wert auf der Skala „Ängstlich-Depressiv“, ein Junge einen signifikanten Wert auf der Skala „Aggressives Verhalten“. Ein signifikantes Ergebnis auf beiden Skalen zeigten drei der Jungen (s. Tabelle 4).

Von den sieben Mädchen wiesen sechs auf den CBCL Skalen (Achenbach & Edelbrock, 1991) signifikante Werte auf. Auf beiden Skalen („Ängstlich-Depressiv“ und „Aggressives Verhalten“) hatten drei der Mädchen, auf der Skala „Ängstlich-Depressiv“ ein Mädchen und auf der Skala „Aggressive Verhaltensstörungen“ zwei Mädchen signifikante Werte (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Verteilung aggressiver und ängstlich/depressiver Symptome bei Mädchen und Jungen der Experimentalgruppe, ermittelt anhand der CBCL-Skalen (Achenbach & Edelbrock, 1991)

| | Skala Aggressive Verhal- tensweisen | Skala Ängstlich- Depressiv | Beide | Keine |
|---------|---|----------------------------------|-------|-------|
| Jungen | 1 | 6 | 3 | 3 |
| Mädchen | 2 | 1 | 3 | 1 |

4.1.2 Berechnung IQ Mittelwerte

Auf der Skala „Einzelheitlichen Denkens“ erreichten die Kinder der Experimentalgruppe im Mittel einen Gesamt-IQ von $M=102.40$ ($SD=11.74$). Bei den Kindern der Kontrollgruppe lag der Gesamt-IQ bei $M=120.20$ ($SD=10.89$) (s. Tabelle 5).

Auf der Skala „Ganzheitlichen Denkens“ erreichten die Kinder der Experimentalgruppe einen Mittelwert $M= 99.35$ ($SD=14.87$). Bei den Kinder der Kontrollgruppe wurde ein Mittelwert von $M=126.75$ ($SD=11.78$) ermittelt (s. Tabelle 5).

Auf der Skala „Intellektueller Fähigkeiten“, die den eigentlichen IQ darstellt, erreichten die Kinder der Experimentalgruppe einen Gesamt-IQ von $M=100.55$ ($SD=11.55$) und die der Kontrollgruppe von $M=121.65$ ($SD=8.96$) (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Ergebnisse des K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) für die Experimental- und Kontrollgruppe der Skalen Einzelheitliches Denken, Ganzheitliches Denken und Intellektueller Fähigkeiten

| | Experimentalgruppe | | | | Kontrollgruppe | | | |
|--|--------------------|-------|-------|--------|----------------|-------|--------|--------|
| | X | SD | Min | Max | X | SD | Min | Max |
| K-ABC: Skala Einzelheitliches Denken | 102,40 | 11,74 | 70,00 | 126,00 | 120,20 | 10,89 | 103,00 | 143,00 |
| K-ABC: Skala Ganzheitliches Denken | 99,35 | 14,87 | 68,00 | 127,00 | 126,75 | 11,78 | 104,00 | 148,00 |
| K-ABC: Skala Intellektueller Fähigkeiten | 100,55 | 11,55 | 81,00 | 124,00 | 121,65 | 8,96 | 107,00 | 141,00 |

Anmerkung: X steht für Mittelwert, SD bedeutet Standardabweichung, Min steht für Minimum und Max für Maximum

Sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe waren jeweils 15 Kinder im Kindergarten und 5 in der Grundschule. Der niedrigste IQ-Wert innerhalb der Kindergartenkinder der Experimentalgruppe wurde mit 87 und der höchste mit 124 ermittelt. Die IQ-Werte der Grundschulkinder dieser Gruppe zeigten eine Spanne zwischen 91 und 103.

Innerhalb der Kontrollgruppe lagen die IQ-Werte der Kindergartenkinder zwischen 107 und 127 und die der Grundschulkinder zwischen 118 und 141.

Betrachtet wurden die Ergebnisse der Skalen „Einzelheitliches Denken“, „Ganzheitliches Denken“ und „Intellektueller Fähigkeiten“. Die Mittelwerte der teilnehmenden Kinder der Experimental- und Kontrollgruppe lagen auf keiner Skala unterhalb des Normbereiches (85). Die Ergebnisse der Kinder der Kontrollgruppe lagen auf der Skala „Einzelheitliches Denken“ über eine Standardabweichung über den Ergebnissen der Kinder der Experimentalgruppe. Auch auf den beiden restlichen Skalen konnte dies beobachtet werden. Auffallend war, dass auf der Skala „Ganzheitliches

Denken“ die Kinder der Experimentalgruppe den geringsten Mittelwert (99,35) und die Kinder der Kontrollgruppe auf dieser Skala den höchsten Mittelwert (126,75) erreichten. Der Mittelwert der Kinder der Kontrollgruppe lag hier sogar oberhalb des Normbereiches (80-120). Auch auf der Skala „Intellektuelle Fähigkeiten“ lag der Mittelwert der Kontrollgruppe (121,65) knapp oberhalb des Normbereiches.

4.1.3 Datenauswertung mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse

Sowohl für die Hypothese I als auch für die Hypothese II sind die Annahmen der Varianzhomogenitäten und der Normalverteilungen gegeben, sodass die Ergebnisse der Varianzanalyse nunmehr interpretiert werden können.

Hypothese I

Es wird nun der Zusammenhang des Vorliegens der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3, ICD-10, Remschmidt et al., 2001) auf die gleichzeitige Ausprägung internalisierender Symptome untersucht. Bei den Skalen der CBCL-Auswertung (Achenbach & Edelbrock, 1991) sind hierfür besonders die Skala „Ängstlich-Depressiv“, sowie die Skala „Internalisierender Verhaltensweisen“ von Bedeutung. Die restlichen Skalen sind ebenfalls analysiert worden, spielen zur Untersuchung der Hypothese I jedoch nur eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 6: ONEWAY ANOVA für die CBCL Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) (T-Werte)

| | | Quadratsumme | df | Mittel der Quadrate | F | Signifikanz |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------|----|---------------------|--------|-------------|
| CBCL: Skala Körperliche Beschwerden | Zwischen den Gruppen | 22,500 | 1 | 22,500 | ,314 | ,578 |
| | Innerhalb der Gruppen | 2721,400 | 38 | 71,616 | | |
| | Gesamt | 2743,900 | 39 | | | |
| CBCL: Skala Ängstlich-Depressiv | Zwischen den Gruppen | 748,225 | 1 | 748,225 | 15,388 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 1847,750 | 38 | 48,625 | | |
| | Gesamt | 2595,975 | 39 | | | |
| CBCL: Skala Aufmerksamkeitsprobleme | Zwischen den Gruppen | 1020,100 | 1 | 1020,100 | 17,371 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 2231,500 | 38 | 58,724 | | |
| | Gesamt | 3251,600 | 39 | | | |

| | | Quadrat- summe | df | Mittel der Quadrate | F | Signifi- kanz |
|--|--------------------------|-------------------|----|------------------------|--------|------------------|
| CBCL: Skala Ag- gressives Verhalten | Zwischen den Gruppen | 600,625 | 1 | 600,625 | 15,957 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 1430,350 | 38 | 37,641 | | |
| | Gesamt | 2030,975 | 39 | | | |
| CBCL: Internalisie- rende Verhaltens- weisen | Zwischen den Gruppen | 1464,100 | 1 | 1464,100 | 18,635 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 2985,500 | 38 | 78,566 | | |
| | Gesamt | 4449,600 | 39 | | | |
| CBCL: Externalisie- rende Verhaltens- weisen | Zwischen den Gruppen | 1254,400 | 1 | 1254,400 | 20,137 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 2367,100 | 38 | 62,292 | | |
| | Gesamt | 3621,500 | 39 | | | |
| CBCL: Gesamt | Zwischen den Gruppen | 1729,225 | 1 | 1729,225 | 23,166 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 2836,550 | 38 | 74,646 | | |
| | Gesamt | 4565,775 | 39 | | | |

Mit Ausnahme der Skala „Körperliche Beschwerden“ liegt auf allen anderen Skalen ein hochsignifikantes Niveau mit $p=.00^{**}$ vor. An dieser Stelle soll vorab schon hervorgehoben werden, dass die Gruppenmittelwerte sich sowohl innerhalb als auch zwischen den Gruppen unterscheiden. Auf die Interpretation der Ergebnisse wird weiter unten eingegangen.

Hypothese II

In der vorliegenden Arbeit wurde die Hypothese II ebenfalls einer Varianzanalyse unterzogen. Insbesondere wurde der Zusammenhang der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten auf die Höhe des erreichten IQ in der Experimental- und Kontrollgruppe untersucht. Hierbei zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe ($p < 0,001$).

Der F-Test überprüft, ob die gefundenen Effekte tatsächlich signifikant sind: Auf der Skala „Einzelheitlichen Denkens“ ergibt sich mit einem F-Test von $F=24,682$ bei 1 Zähler (Varianz zwischen den Gruppen)- und 38 Nennerfreiheitsgraden (Varianz

innerhalb der Gruppen), ein hochsignifikanter Zusammenhang (Signifikanz $p < 0,001$). Die Untersuchung weist darauf hin, dass die Mittelwertvarianz der Experimentalgruppe signifikant von Null verschieden ist. Somit unterscheidet sich die untersuchte Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Population. Auch bei der Skala „Ganzheitlichen Denkens“ zeigt sich mit einem F-Test von $F=41,671$ bei 1 Zähler- und 38 Nennerfreiheitsgraden ein hochsignifikantes Ergebnis. (Signifikanz $p < 0,001$). Folglich kann festgehalten werden, dass auch hier sich der Mittelwert der Experimentalgruppe von der Grundgesamtheit unterscheidet. Die dritte Skala „Intellektueller Fähigkeiten“ zeigt auch mit einem F-Test von $F=41,634$ bei 1 Zähler- und 38 Nennerfreiheitsgraden ein hochsignifikantes Ergebnis (Signifikanz $p < 0,001$). Abschließend gilt auch hier, dass die Differenz der Experimentalgruppe im Mittelwert signifikant von Null verschieden ist.

Aufgrund dieses hochsignifikanten Zusammenhanges der IQ-Werte der beiden Gruppen ($p = .00^{**}$) ist die Hypothese II, Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben im Vergleich zu gesunden Kindern einen niedrigeren IQ-Wert, bestätigt.

Einbezogen in die Auswertung wurden die Skala „Einzelheitlichen Denkens“, die Skala „Ganzheitlichen Denkens“ und die Skala „intellektueller Fähigkeiten“.

Nun wird der Einfluss der Diagnose Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten auf die Höhe des erreichten IQ in der Experimental- und Kontrollgruppe untersucht.

Tabelle 7: ONEWAY ANOVA für die K-ABC Ergebnisse (Melchers & Preuß, 1994) (T-Werte)

| | | Quadrat- summe | df | Mittel der Quadrate | F | Signifi- kanz |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------|----|------------------------|--------|------------------|
| K-ABC: Skala Einzelheitliches Denken | Zwischen den Gruppen | 3168,400 | 1 | 3168,400 | 24,682 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 4878,000 | 38 | 128,368 | | |
| | Gesamt | 8046,400 | 39 | | | |
| K-ABC:Skala Ganzheitliches Denken | Zwischen den Gruppen | 7507,600 | 1 | 7507,600 | 41,671 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 6846,300 | 38 | 180,166 | | |
| | Gesamt | 14353,900 | 39 | | | |

| | | Quadrat- summe | df | Mittel der Quadrate | F | Signifi- kanz |
|--|--------------------------|-------------------|----|------------------------|--------|------------------|
| K-ABC: Skala Intel- lektueller Fähigkei- ten | Zwischen den Gruppen | 4452,100 | 1 | 4452,100 | 41,634 | ,000 |
| | Innerhalb der Gruppen | 4063,500 | 38 | 106,934 | | |
| | Gesamt | 8515,600 | 39 | | | |

4.2 Ergebnisse der Hypothese III

4.2.1 Emotional Availability Scales

Die Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) stellen ein qualitatives Instrument dar und sind daher nur deskriptiv auszuwerten. Eine Berechnung von Mittelwerten und Signifikanzen ist bei dieser Art der Auswertung nicht möglich. Auch ist es bei den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) nicht möglich, einen Gesamtwert zu bilden, um die einzelnen Kinder miteinander vergleichbar zu machen. Daher muss man jede Skala einzeln betrachten.

Hypothese III

Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben eine schlechtere Mutter-Kind-Beziehung (Emotional Availability) als gesunde Kinder.

Beide Gruppen wurden auf allen sechs Skalen untersucht.

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilungen der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998)

| Skala | Experimentalgruppe | | | Kontrollgruppe | | |
|---------|--------------------|-----|-----|----------------|-----|-----|
| | X | Min | Max | X | Min | Max |
| 1 (1-9) | 4,85 | 2 | 9 | 7,70 | 6 | 9 |
| 2 (1-5) | 3,30 | 1 | 5 | 4,55 | 4 | 5 |
| 3 (1-5) | 3,20 | 1 | 5 | 4,35 | 3 | 5 |
| 4 (1-5) | 3,80 | 1 | 5 | 4,75 | 3 | 5 |
| 5 (1-7) | 4,30 | 1 | 6 | 6,50 | 5 | 7 |
| 6 (1-7) | 4,55 | 1 | 7 | 6,25 | 5 | 7 |

Anmerkung: X bedeutet Mittelwert, Min steht für Minimum und Max für Maximum

Auf der **Skala 1**, die von 1 bis 9 Punkten gegliedert ist, wobei 1 die schlechteste und 9 die beste Punktzahl darstellt, hat die Experimentalgruppe ein Minimum von 2 und ein Maximum von 9 Punkten erreicht. Das Minimum der Kontrollgruppe lag bei 6 Punkten und das Maximum ebenfalls bei 9 Punkten.

Die **Skala 2** ist von 1 bis 5 Punkten gegliedert. Die Experimentalgruppe erhielt alle Punktwerte, während die Kontrollgruppe 4 und 5 Punkte erhielt.

Auf der **Skala 3**, die ebenfalls mit 1 bis 5 Punkten bewertet werden kann, wurde in der Kontrollgruppe 3 bis 5 Punkte vergeben, in der Experimentalgruppe jede Punktzahl.

Auch auf der **Skala 4**, gegliedert von 1 bis 5, erreicht die Kontrollgruppe auffallend bessere Punktzahlen als die Experimentalgruppe.

Die Skalen 5 und 6 sind die Skalen welche das Kind bewerten. Sie sind jeweils bis maximal 7 Punkte zu bewerten.

Auf der **Skala 5** erreichte die Experimentalgruppe ein Minimum von 1 und ein Maximum von 6 Punkten. Das Minimum der Kontrollgruppe lag bei 5 Punkten und das Maximum bei 7 Punkten.

Auf der **letzten Skala** erreichten die Kinder der Experimentalgruppe minimal 1 und maximal 7 Punkte. Die Kontrollgruppe erreichte zwischen 5 und 7 Punkten.

Insgesamt erreicht die Kontrollgruppe deutlich häufiger höhere Punktwerte im Vergleich zur Experimentalgruppe.

Nun war es von Interesse, ob es unterschiedliche Ergebnisse der beiden Gruppen im Vorschul- und Grundschulalter gab.

Der Vergleich von Kindern der Experimentalgruppe im Vorschulalter zu Kindern im Grundschulalter ergab, dass die Ergebnisse der Kinder im Vorschulalter stets besser als die der Kinder im Grundschulalter ausfielen (s. Tabelle 9). Die größte Differenz zeigte sich auf den Skalen 1, 5 und 6.

Tabelle 9: Vergleich der Kinder der Experimentalgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) im Vorschul- und Grundschulalter

| | Skala 1 | Skala 2 | Skala 3 | Skala 4 | Skala 5 | Skala 6 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Vorschulalter | 5,9 | 3,8 | 3,4 | 4,0 | 4,3 | 4,8 |
| Grundschulalter | 2,2 | 2,6 | 2,6 | 3,2 | 2,6 | 2,4 |

In der Kontrollgruppe war es umgekehrt (s. Tabelle 10). Hier bestanden im Grundschulalter höhere Werte als im Vorschulalter. Jedoch ist die Differenz auf allen Skalen unter einem Punktwerte.

Tabelle 10: Vergleich der Kinder der Kontrollgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen, 2000) im Vorschul- und Grundschulalter

| | Skala 1 | Skala 2 | Skala 3 | Skala 4 | Skala 5 | Skala 6 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Vorschulalter | 7,7 | 4,4 | 4,3 | 4,7 | 6,5 | 6,2 |
| Grundschulalter | 8,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 7,0 | 6,2 |

Untersucht man nun die Jungen und Mädchen beider Gruppen bezüglich des Ergebnisses auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998), so kann man erkennen, dass in der Experimentalgruppe die Mädchen auf den Skalen 2 bis 6 höhere Werte als die Jungen erzielen konnten (s. Tabelle 11). Die Differenz war jedoch, bis auf die Skala 5, gering.

Tabelle 11: Vergleich der Jungen und Mädchen der Experimentalgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998)

| | Skala 1 | Skala 2 | Skala 3 | Skala 4 | Skala 5 | Skala 6 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Jungen | 5,0 | 3,1 | 2,8 | 3,4 | 3,2 | 4,0 |
| Mädchen | 5,0 | 3,5 | 3,8 | 4,4 | 5,1 | 5,0 |

Die Ergebnisse der Jungen und Mädchen der Kontrollgruppe zeigten keinen bedeutenden Unterschied auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) (s. Tabelle 12). Während in der Experimentalgruppe die Mädchen überwiegend höhere Werte als die Jungen erzielten, war dies in der Kontrollgruppe nicht zu beobachten.

Tabelle 12: Vergleich der Jungen und Mädchen der Kontrollgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998)

| | Skala 1 | Skala 2 | Skala 3 | Skala 4 | Skala 5 | Skala 6 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Jungen | 7,8 | 4,8 | 4,4 | 4,6 | 7,0 | 6,4 |
| Mädchen | 7,7 | 4,4 | 4,5 | 4,9 | 6,4 | 6,2 |

4.2.2 Gestaltung des Spiels der beiden Gruppen

Neben der Auswertung der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) konnten Verhaltensbeobachtungen in der Experimental- und Kontrollgruppe gemacht werden.

4.2.2.1 Die Experimentalgruppe

Schon vor Beginn der Videoaufnahme äußerten viele Elternteile, dass sie es als schwierig empfinden, sich 15 Minuten ununterbrochen spielerisch mit ihrem Kind zu beschäftigen. Während der Interaktion wurde wenig zwischen Elternteil und Kind gesprochen. Dialoge waren oftmals keine zu erkennen, sondern eher ein Frage-Antwort-Spiel. Die Eltern machten Vorschläge, was gespielt werden könne. Die meisten Eltern hatten während der Interaktion sehr wenig Augenkontakt zu den Kindern. Die Stimme der Eltern in dieser Gruppe war in mehreren Interaktionen genervt oder gelangweilt. Nach der Hälfte der Zeit wurde es bei einigen Interaktionen dieser Gruppe deutlich, dass die Eltern fast nervös wurden, wie sie die restliche Zeit noch

bestreiten sollen. Ab diesem Zeitpunkt schauten viele dem Kind beim Spielen zu ohne Kommentare zu geben oder Versuche, sich in das Spiel miteinzubringen. Körperliche Nähe wie Berührungen oder Umarmungen wurden ebenso wie anerkennende Worte selten verwendet.

In Einzelfällen lief die Interaktion auch völlig passiv von Seiten des Elternteils ab. Hier spielte das Kind alleine auf dem Boden, während die Mutter vom Kind abgewandt auf einem Stuhl saß. Auf Nachfrage im Anschluss an die Interaktion äußerte die Mutter, dass es ihr nicht möglich war, sich in das Spiel einzubringen.

In einem weiteren Einzelfall wurde vom Elternteil offensichtlich versucht, das Kind zu provozieren, um das aggressive Verhalten demonstrieren zu können. Insgesamt wurden hier acht der 15 Minuten ausschließlich damit verbracht, dem Kind eine Forderung zu stellen und die Ausführung des Kindes mehrfach zu bemängeln. Dies war für das eigentliche Spiel, das vom Kind gerne betrieben wurde, von keinerlei Bedeutung. Im Anschluss an die Videoaufnahme gaben die Eltern der Experimentalgruppe auf Nachfrage an, dass sie es häufig als anstrengend empfanden und nun froh seien, dass die Aufnahme zu Ende sei.

4.2.2.2 Die Kontrollgruppe

Die Eltern der Kinder der Kontrollgruppe äußerten in keinem Fall, dass es ihnen Probleme bereiten könne, sich mit dem Kind zu beschäftigen. Die Gestaltung des Spiels war durchweg harmonisch und es war zu erkennen, dass es beiden Interaktionspartnern Freude bereitet. In nahezu allen Interaktionen wurde auf eine vertraute Art sehr viel miteinander gesprochen und gelacht. Die Körpersprache der teilnehmenden Interaktionspartner dieser Gruppe war durch Umarmungen oder Berührungen in allen Interaktionen geprägt. Insgesamt wurden die Interaktionen der Kontrollgruppe als natürlicher dargestellt.

Nach Ablauf der 15-minütigen Aufnahme waren die meisten noch nicht mit dem Spiel fertig und äußerten, gleich noch fertig zu spielen. Auf Nachfrage, wie die Situation für die Teilnehmer war, antworteten alle, dass sie nach sehr kurzer Zeit die Kamera völlig vergessen haben und die „Aufgabe“ als einfach und angenehm empfanden.

In die Auswertung der Ergebnisse wurde auch der sozioökonomische Status der Familien miteinbezogen. Dieser wurde anhand des höchsten erreichten Schulabschlusses sowie des Sozialstatus ermittelt. Es ist bereits aus anderen Studien (z.B. Gross

et al., 2009) bekannt, dass elterliche Risikofaktoren (z.B. niedriger sozialer Status) eine negative Beeinflussung des Kindes aufweisen.

In Anlehnung an den Ergebnisteil sowie die Reihenfolge der Hypothese I bis III werden zunächst die Ergebnisse der Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) sowie die ermittelten IQ-Werte diskutiert. Im Anschluss folgt die Diskussion der Ergebnisse der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998).

5 Diskussion

5.1 Überprüfung der Hypothese I: (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, zeigen häufiger zusätzlich internalisierende Symptome als gesunde Kinder)

Um die Hypothese I zu überprüfen, wurden von den beiden ausgewählten Gruppen die Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1991) bearbeitet.

Der in der vorliegenden Arbeit hochsignifikante Zusammenhang zwischen der Diagnose Störung des Sozialverhalten mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und internalisierenden Verhaltensstörungen wurde bereits in weiteren Studien untersucht und bestätigt.

Yorbik et al., (2004) zeigte in einer Studie auf, dass das Risiko, an einer internalisierenden Störung in der Kindheit zu erkranken, signifikant höher ist, wenn die Kinder bereits an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden.

Besonders in amerikanischen Studien wird neben ODD häufig CD untersucht. Eine umfassende Studie von Maughan et al. (2004) untersucht Kinder, die ausschließlich an ODD, ausschließlich an CD und an beiden Formen leiden. Diese Studie zeigte insgesamt, dass das Risiko an einer weiteren Komorbidität zu erkranken, bei den Kindern, die ausschließlich an ODD leiden, am höchsten ist. In dieser Studie wurde ebenso wie in der vorliegenden Arbeit ein Zusammenhang zwischen ODD und internalisierenden Verhaltensstörungen (Angststörungen, Depression) berichtet. Schwierigkeiten in solchen Studien sind jedoch, dass viele Symptome sowohl ODD als auch CD definieren und so eine klare Unterscheidung der beiden Diagnosen ein Problem darstellt (Loeber et al., 2000). Gemeinsam ist diesen Studien, dass bei an CD erkrankten Kindern häufig zuvor bereits ODD diagnostiziert wurde und ODD somit als Risikofaktor für CD angesehen werden kann (Loeber et al., 2000; Burke et al., 2005). Ein umgekehrter Zusammenhang ist nicht beschrieben (Maughan et al., 2004).

Campbell (2000) erkannte in einer Studie, dass besonders die „Early Starters“ ein erhöhtes Risiko aufweisen an CD zu erkranken. Bei einem späteren Beginn ist die Beziehung zu Gleichaltrigen deutlich besser.

In einer retrospektiven Studie von Boylan et al. (2007) konnte dieser Zusammenhang ebenfalls belegt werden. Hierzu wurden 28 Studien aus großen Datenbanken

untersucht. Nur drei Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen ODD und internalisierenden Verhaltensstörungen.

Die Studie von Boylan et al. (2007) beschreibt vier Mechanismen, die den Zusammenhang dieser beiden unterschiedlichen Auffälligkeiten erklären sollen:

- Mechanismus 1: Eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist ein Prodrom für später auftretende internalisierende Störungen.
- Mechanismus 2: Einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und einer Störung mit internalisierenden Symptomen liegen dieselben Risikofaktoren zu Grunde.
- Mechanismus 3: Eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten stellt einen eigenen Risikofaktor für das Auftreten einer Störung mit internalisierenden Symptomen dar.
- Mechanismus 4: Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Störungen mit internalisierenden Symptomen können aufgrund von Messfehlern gemeinsam auftreten.

Welche der zuvor genannten Aussagen von Boylan et al. (2007) auf die hier untersuchte Stichprobe zutreffend ist, lässt sich analysieren. Dies ist jedoch nur in Langzeitstudien möglich. Die Eltern der Experimentalgruppe der vorliegenden Stichprobe schilderten keine internalisierenden Probleme im Verhalten des Kindes. Auf Nachfragen, ob die Kinder auch traurig seien oder sich zurückziehen würden, verneinten die Eltern dies. Somit ist davon auszugehen, dass, wie bereits beschrieben, zusätzlich bestehende internalisierende Symptome von den Eltern nicht bemerkt werden und sich auch der Focus der Eltern ausschließlich auf die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten richtet.

Burke et al. (2010) zeigte in einer Studie mit 2451 Mädchen im Alter zwischen fünf und acht Jahren, dass eine Komorbidität von an ODD erkrankten Kindern und Depression besteht. Dies wurde anhand von Fragebögen, die von den betroffenen Kindern, den Eltern und den Lehrern dieser Kinder ausgefüllt wurden, evaluiert. Die Fragebögen wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren jährlich wiederholt. Auffallend war hier, dass besonders die an ODD erkrankten Kinder, bei denen die negativen Affekte wie „zornig werden“, „Boshaftigkeit“ und „gewaltbereit“ das Verhalten dominierten, die höchste Komorbidität zu einer Depression aufwiesen.

Dass dies nicht nur für Mädchen zutrifft, zeigte eine andere Studie (Burke et al., 2005) an 117 Jungen im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren. Jungen, die an ODD erkrankt, waren wurden auf Komorbiditäten untersucht. Ebenso wie in der Studie der Mädchen konnte ein häufiges gleichzeitiges Auftreten einer Störung mit internalisierenden Symptomen (Depression, Angststörung) gezeigt werden. Auch Loeber et al. (2000) zeigten in ihrer Studie, dass 66% bis 75% der Mädchen, denen ODD diagnostiziert wurde, zusätzlich eine Komorbidität mit internalisierenden Symptomen aufweisen.

Auffallend in der Studie von Boylan et al. (2007) ist die unterschiedliche Ausprägung der Komorbidität zwischen ODD und einer Verhaltensstörung mit internalisierenden Symptomen zwischen den beiden Geschlechtern. Diese interessanten Ergebnisse gaben Anlass den Zusammenhang auch in der vorliegenden Arbeit zu untersuchen. Der hier gefundene Zusammenhang zwischen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und einer Verhaltensstörung mit internalisierenden Symptomen zeigt Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Die Mädchen der Experimentalgruppe zeigten häufiger als die Jungen derselben Gruppe aggressive Verhaltensweisen, während bei den Jungen häufiger ängstliche bzw. depressive Symptome auffielen. Dieses Ergebnis konnte auch von Costello et al. (2003) nachgewiesen werden. In seiner Studie zeigte er, dass Mädchen eher aggressive Verhaltensweisen und andere körperliche Beschwerden aufweisen und Jungen gleichen Alters eher zusätzlich zur Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten Aufmerksamkeitsprobleme und ängstlich-depressive Symptome erlitten. Dass dieser Zusammenhang kein Zufall ist, konnte auch die bereits genannte Arbeit von Boylan et al. (2007) zeigen. Hier wurden Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen und dem Ausmaß der Verhaltensstörung mit internalisierenden Symptomen untersucht. Während in der genannten retrospektiven Studie die an ODD erkrankten Jungen eher eine Angststörung und einer depressive Störung aufwiesen, zeigten Mädchen eher ausschließlich Angststörungen.

Es gibt jedoch auch Studien, die den umgekehrten Zusammenhang aufzeigen. In einer Studie von Carlson et al. (1997) wiesen besonders die Jungen aggressive Verhaltensweisen auf. Dass sich externalisierendes Verhalten eher bei Jungen und internalisierendes Verhalten eher bei Mädchen zeigt, konnte auch in einer kanadischen Studie, die das Risiko für Suizidalität im Jugendalter untersuchte, festgestellt werden (Peter & Roberts, 2010). Ein Geschlechterunterschied einer Störung des

Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten mit einer Störung mit internalisierenden Symptomen wurde auch von Garland & Garland (2001) geschildert. Ihre Studie mit 145 Kindern, die an beiden Störungen litten, zeigte eine je nach Beurteiler unterschiedliche Ausprägung oppositionellen Verhaltens. Während die Mütter der Kinder beide Geschlechter als gleich oppositionell beurteilten, gaben die Lehrer dieser Kinder den Jungen eine deutlich ausgeprägtere oppositionelle Komponente.

Wie bereits beschrieben, konnte dieser Zusammenhang auch in der vorliegenden Arbeit nachgewiesen werden. Hier wurde bewusst auf eine gleichmäßige Verteilung beider Geschlechter verzichtet sondern die 20 aufeinander folgenden Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten einbezogen. Für Studien, in denen der Schwerpunkt der Fragestellung auf den Unterschieden zwischen den Geschlechtern liegt, sollte die Stichprobe parallelisiert werden.

Unterschiede gibt es nicht nur zwischen den beiden Geschlechtern sondern auch im Alter der Kinder. Während andere Komorbiditäten (z.B. ADHS, CD) zu einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in unterschiedlichen Altersklassen variieren, bleibt die Komorbidität zu einer Störung mit internalisierenden Symptomen stets gleich häufig (Boylan et al., 2007).

In der vorliegenden Arbeit konnte nicht nur ein hochsignifikanter Zusammenhang zu Störungen mit internalisierenden Symptomen aufgezeigt werden, sondern ebenso ein gleichzeitiges Auftreten von Störungen des Sozialverhaltens mit externalisierenden Störungen wie z.B. ADHS. Auch von den Eltern der Stichprobe wurde eher dieser Zusammenhang angesprochen. Innerhalb der letzten Jahre wurde ADHS bei Vorschul- und Grundschulkindern zu einer Art „Modediagnose“ und so konnten viele Eltern der Kinder der Experimentalgruppe nach Recherche im Internet ein passendes Verhalten beim eigenen Kind erkennen. Mehrere Studien wie z.B. von R. Loeber et al. (2009a) konnten einen Zusammenhang darlegen, dass nicht nur internalisierende, sondern auch externalisierende Störungen gemeinsam mit Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten auftreten. Die Studie von Loeber et al. (2009a) besagt, dass Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, sowohl vermehrt internalisierende als auch externalisierende Störungen zeigen, je nachdem ob eher das oppositionelle Verhalten oder die negativen Affekte im Vordergrund der jeweiligen Symptomatik

stehen. Die Ergebnisse von Loeber et al. (2009a) konnten ebenso in der vorliegenden Arbeit anhand der CBCL-Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) der beiden Gruppen aufgezeigt werden.

Die Anwendung der CBCL-Fragebögen (Achenbach & Edelbrock, 1991) hat sich als hervorragendes Instrument erwiesen. Die Vorteile dieser Fragebögen lagen in der für Eltern einfachen Anwendung sowie der Möglichkeit einer schnellen Auswertung, so dass die Familien meist noch am selben Tag über das Ergebnis und somit auch über Hinweise einer möglichen Komorbidität informiert werden konnten.

5.2 Überprüfung der Hypothese II (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben einen niedrigeren IQ als gesunde Kinder)

In der vorliegenden Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und einem signifikant niedrigeren IQ-Wert gegenüber gleichaltrigen gesunden Kindern.

Dieser Zusammenhang konnte anhand der Ergebnisse der Kaufmann-Assessment-Battery for Children (K-ABC, Melchers & Preuß, 1994) der beiden Gruppen aufgezeigt werden. Eine Studie (Cook et al., 1994), in der 121 Jungen und 99 Mädchen im Alter zwischen sechs und zehn Jahren untersucht wurden, ermittelte ebenfalls, dass der Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten negativ assoziiert ist mit der Ausprägung intellektueller Fähigkeiten. Mittels Fragebögen an die Eltern wurde der Schweregrad der Verhaltensprobleme der Kinder als gering, mittel oder hochgradig eingestuft. Von den Teilnehmern gaben 62% geringe, 19% mittlere und 18% hochgradige Verhaltensstörungen des Kindes an. Diese 18% zeigten gleichzeitig auf allen intellektuellen Skalen niedrigere Werte als die beiden übrigen Gruppen.

Auch Harada et al. (2002) beschrieb in einer Studie, dass bei Kindern, die neben einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten an ADHS leiden, der verbale IQ signifikant niedriger als der IQ der Fähigkeiten ist. Dies konnte bei Kindern, die an keiner psychiatrischen Störung leiden, nicht nachgewiesen werden. In dieser Studie wurden 33 Kinder (28 Jungen, 5 Mädchen) im Alter von 12 bis 16 Jahren untersucht. Die intellektuelle Fähigkeit wurde mittels eines verbalen IQ-Wertes und eines Handlungs-IQ-Wertes bestimmt. Einen IQ <70 auf beiden Skalen zeigten acht Kinder (30%) der untersuchten Kinder. Weitere sieben Kinder (26%) zeigten einen IQ-Wert > 70 jedoch mit einem signifikant niedrigerem Handlung-IQ.

Holling et al. (2004) merkten an, dass die heute angewandten Instrumente zur Ermittlung des Intelligenzquotienten die unterschiedlichen Stärken und Schwächen der Kinder miterfassen.

Auch die bereits in früheren Arbeiten häufig genannten Studien von Rutter (1979, 1990) und Werner (1990, 1999) spiegelten die in der aktuellen Studie gefundenen Ergebnisse wieder. Auch wenn sowohl bei Rutter als auch bei Werner nicht direkt die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten untersucht wurde, so beschrieben beide einen deutlichen Zusammenhang, dass Kinder mit prosozialem Verhalten einen relativ höheren IQ-Wert aufweisen als Kinder, die mit einer Verhaltensstörung auffällig wurden.

Aufgrund dieser Ergebnisse sollte bei Kindern, bei denen eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten diagnostiziert wurde, stets ein Intelligenztest durchgeführt werden, um eventuelle Schwächen aufzudecken und die Kinder besser fördern zu können.

Wie bereits erwähnt, liegen auf der Skala ganzheitlichen Denkens bei der Experimentalgruppe die größten Defizite, während die Kontrollgruppe auf dieser Skala die besten Ergebnisse erzielen konnte. Ob nun Stärken im ganzheitlichen, also komplexen Denken, hilfreich sind, ein angemessenes Sozialverhalten auszubilden, wurde bislang nicht untersucht und bietet somit Inhalt für folgende Studien.

Zu bedenken sind Risikofaktoren der Intelligenzentwicklung. Von besonderem Interesse hierbei sind der sozioökonomische Status, die Bildung der Eltern sowie ein ausgeglichenes, stabiles Umfeld des Kindes. In der bereits vorgestellten Studie von Cook et al. (1994) wurde der sozioökonomische Status anhand des Schulabschlusses der Eltern bestimmt. Es wären weitere Untersuchungen nötig, diese Korrelation zu erörtern. Ferner ist zu erforschen, ob mit höherem sozioökonomischem Status eventuelle Schwächen des Kindes sensibler und früher erkannt und angegangen werden können. Signifikante Unterschiede des sozioökonomischen Status konnten von Greene et al. (2002) zwischen Familien mit einem Kind, das an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten litt und Familien mit Kindern ohne psychiatrische Erkrankungen feststellen. Die Studie bestand aus 1600 Kindern, wovon 643 an ODD litten, weitere 262 hatten sowohl ODD als auch CD und 695 Kinder litten an keiner Erkrankung. Der sozioökonomische Status war sowohl in der Gruppe der Kinder mit ODD alleine als auch in der Gruppe von ODD und CD signifikant niedriger als in der gesunden Kontrollgruppe. Die Kinder, die an ODD litten,

zeigten zudem bedeutend häufiger Probleme in der Schule als die gleichaltrige Kontrollgruppe, wobei in dieser Studie der IQ nicht genannt wurde. Ebenso zeigten die Familien der betroffenen Kinder allgemein schlechtere Fähigkeiten im sozialen Umgang miteinander als dies die Familien der Kontrollgruppe zeigten. Somit kann man einen niedrigeren sozioökonomischen Status bereits als einen Risikofaktor für das Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten betrachten.

Familien mit einem schlechteren sozioökonomischen Status investieren quantitativ und qualitativ weniger in die kognitive, intellektuelle Entwicklung des Kindes (Kiernan & Huerta, 2008). Eine andere Studie (Havas et al., 2010) beschrieb eindeutig den Zusammenhang zwischen einer schlechteren Bildung und der Neigung zu psychischen Auffälligkeiten. Hier wurde sogar empfohlen, Kindern und Jugendlichen, die eine schlechtere Bildung erfahren, gezielt zu fördern, um psychische Probleme vermeiden zu können. Diese Studie beschrieb zusätzlich, dass auch eine schlechtere Bildung der Eltern sich auf die psychische Gesundheit und die intellektuellen Fähigkeiten der Kinder auswirkt. Dass der sozioökonomische Status nicht nur im Kindesalter, sondern auch im Erwachsenenalter Auswirkungen auf die intellektuellen Fähigkeiten hat, zeigte Bosma et al. (2007) in einer großen Studie mit 1211 Personen, bei denen der IQ mittels Groningen Intelligence Test (Luteijn & Van der Ploeg, 1983) gemessen wurde.

Von Interesse ist auch, ob es Unterschiede der kognitiven Fähigkeiten in unterschiedlichen Altersstufen gibt. In der vorliegenden Arbeit war die Altersverteilung sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe nahezu identisch. Das Verhältnis Vorschul- zu Grundschulkindern lag in beiden Gruppen bei 3:1. Dies ist gut nachvollziehbar, da eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ihren Gipfel bei 4-jährigen Kindern hat. Einen Unterschied der IQ-Werte in den unterschiedlichen Altersklassen konnte in der Stichprobe mit 20 Kindern nicht nachgewiesen werden. Zu beachten bei zukünftigen Studien mit dem Schwerpunkt auf Unterschiede der kognitiven Fähigkeiten in unterschiedlichen Altersklassen ist der Flynn-Effekt: James Flynn (1984) entdeckte, dass alle 10 Jahre der IQ-Wert um 3 Punkte steigt. Aus diesem Grund sind Kontrollgruppen wichtig.

Arden & Plomin (2006) konnte anhand einer Zwillingsstudie nachweisen, dass Mädchen in der frühen und mittleren Kindheit relativ bessere Ergebnisse in Intelligenztests erreichten als männliche Kinder derselben Altersstufe. Auch Colom und Lynn

(2004) konnten aufzeigen, dass Mädchen im Schulalter im Gegensatz zu Jungen bessere Ergebnisse in Intelligenztests erzielen konnten. Nach weiteren Untersuchungen fiel jedoch auf, dass diese Differenz nur bis zum 16 Lebensjahr zu erkennen ist und sich anschließend das intellektuelle Niveau anpasst. Geschlechtertypische Unterschiede beziehen sich eher auf einzelne Fähigkeiten und sind nicht im Gesamt-IQ nachweisbar (Colom & Garcia-Lopez, 2002). In der vorliegenden Studie erzielten in beiden Gruppen die Jungen, entgegen der Ergebnisse größerer Studien, bessere Ergebnisse als die Mädchen. Auch hier muss auf die Stichprobengröße hingewiesen werden und dass z.B. in der Experimentalgruppe nur 5 Mädchen waren.

Bezüglich des Verhältnisses des Vorliegens einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und der kognitiven Entwicklung hat Da Fonseca et al. (2010) in einer aktuellen Studie zeigen können, dass der IQ gerade bei Kindern, die an dieser Störung leiden, durch qualifizierte Trainings gesteigert werden konnte. Hierfür wurden 25 Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten litten sowie eine gesunde Kontrollgruppe untersucht. In beiden Gruppen wurde der IQ mittels Wechsler Intelligence Scale for Children – III (WISC-III, Wechsler, 1996) getestet. Der Experimentalgruppe wurde ein Training ausgehändigt und nach dessen Abschluss wurden beide Gruppen erneut untersucht. Während die Kontrollgruppe sich unverändert darstellte, konnte in der Experimentalgruppe eine Verbesserung der Testergebnisse nachgewiesen werden.

Obwohl es von ODD keine weiteren Subtypen gibt, beschrieb Delaunay et al. (2008), wie bereits einige vor ihm (z.B. Dugas et al., 1985), dass es Kinder mit ODD gibt und ODD, bei denen familiäres Tyrannisieren (ODD with familial tyranny) im Vordergrund der Problematik steht. Diese beiden Gruppen von ODD wurden untersucht. Es zeigte sich, dass die Gruppe mit ODD with familial tyranny einen signifikant höheren IQ-Wert hatte als die Kinder, die nur an ODD litten. Untersucht wurden 23 Kinder mit ODD und 22 Kinder mit ODD with familial tyranny.

Aufgrund der Anwendung des K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) in der vorliegenden Studie sei an dieser Stelle kurz auf das Problem der Normierung hingewiesen. Zur Normierung der amerikanischen Fassung wurde eine stratifizierte Stichprobe herangezogen, die auch den sozioökonomischen Status der Familien mit einbezieht. In der deutschen Fassung wurden diese Parameter, auch aus datenschutzrechtlichen Gründen, nicht mit einbezogen. So können einige Angaben nur auf der Basis freiwilliger Angaben erhoben werden. In früheren Tests wurde dieses Problem umgangen,

indem man ausschließlich Probanden aus Beratungsstellen oder ähnlichen Einrichtungen heranzog. Mit dieser Methode hatte man jedoch keine Grundgesamtheit abgebildet (Melchers & Preuß, 2006).

5.3 Überprüfung der Hypothese III (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhalten mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben eine schlechtere Mutter-Kind-Beziehung (Emotional Availability) als gesunde Kinder

Die Auswertung der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) zeigte bedeutende Unterschiede zwischen den Kindern, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden und gesunden gleichaltrigen Kindern.

Auffallend war, dass die Kinder der Kontrollgruppe im Vergleich zu den Kindern der Experimentalgruppe auf allen Skalen deutlich bessere und gleichmäßiger verteilte Ergebnisse erreichten. Während die Kinder und Eltern der Experimentalgruppe auf nahezu allen Skalen alle erreichbaren Punkte erzielten, zeigte sich bei den Interaktionen der Kontrollgruppe sehr deutlich, dass hier nur Punkte im mittleren und hohen (gutem) Bereich erreicht wurden. Die niedrigen (schlechten) Punkte wurden auf keiner Skala vergeben. Somit waren die Teilnehmer der Kontrollgruppe insgesamt homogener verteilt. Die Experimentalgruppe lag auf allen Skalen verstreut und erzielte ein deutlich inhomogeneres Ergebnis.

Auch in einer Studie von Ziv et al. (1997) konnte ein Zusammenhang zwischen einem hohen Score auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) und „infant attachment security“ gezeigt werden. Diese Studie bestand aus 687 Kindern ab einem Alter von 1 Jahr und ihren Müttern. Von allen Teilnehmern wurden eine sechsminütige Episode der „fremden Situation“ sowie eine freie Spielsituation, wie auch in der vorliegenden Studie, durchgeführt und anschließend analysiert. Die Spielsituation wurde mit Hilfe der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) ausgewertet. Fast die Hälfte (46%) der teilnehmenden Mütter dieser Studie gelang es, das Spiel zu strukturieren. Die Studie zeigte ferner, dass ein möglichst angemessenes Verhalten evaluiert werden konnte, wenn die Scores der Teilnehmer weder auf einem besonders schlechten noch auf einem als besonders gut benoteten Score lagen.

Zu beachten ist, dass Risikofaktoren nicht nur auf der Seite des Kindes oder der Seite der Eltern liegen, sondern sich gegenseitig verstärken können. Dies gibt der von Patterson et al. (1992) beschriebene negative Interaktionszirkel wieder. Wenn in einer Spielsituation ein Kind mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten nun eher dazu neigt, sich schneller als gesunde Kinder trotzig und inkompliant zu verhalten, so fällt es den dazugehörigen Elternteilen im Verlauf auch schwieriger, sich ruhig zu zeigen. Ein Ansatzpunkt zur Durchbrechung dieses Interaktionszirkels stellt das Verhalten der Mutter dar, indem sie über die gegenseitige Verstärkung des unerwünschten Verhaltens aufgeklärt wird. Von welcher Bedeutung dies ist, zeigte eine Studie von Belsky (1980), in der die Bedeutung des warmherzigen Verhaltens der Mutter beschrieben wird und sogar dadurch die intellektuelle Entwicklung positiv beeinflussen kann. Burk & Laursen (2010) zeigten in einer Studie, dass Verhaltensprobleme der Kinder mit einer schlechteren Mutter-Kind-Beziehung assoziiert sind. Die Studie bestand aus 72 Kindern und ihren Müttern. Alle Mütter bearbeiteten die Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1991) womit die Verhaltensprobleme erfasst wurden, die Kinder füllten den Youth Self-report (YSR, Achenbach, T.M., 1991) aus. Die Mutter-Kind-Beziehung wurde anhand Network of Relationship Inventory (NRI, Furman & Buhrmester, 1985) erörtert. Auch wenn die Kinder die Mutter-Kind-Beziehung als schlechter beschreiben als die Mütter, zeigte sich dennoch, dass Verhaltensprobleme des Kindes mit einer schlechteren Mutter-Kind-Beziehung einhergehen.

Vergleicht man die Verteilung von Mädchen und Jungen, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, so findet man Unterschiede. In der vorliegenden Studie waren die Ergebnisse der Mädchen der Experimentalgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) etwas besser als die der Jungen. Dieser Unterschied fiel in der Kontrollgruppe deutlich geringer aus. Von Biringen et al. (1994) wurde eine Differenz zwischen den Geschlechtern nicht berichtet.

Ebenso war es von Interesse, ob es auch bei den jungen Kindern im Vorschul- und Grundschulalter eine unterschiedliche Altersverteilung der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gibt. Die Kinder der Experimentalgruppe erzielten im Vorschulalter bessere Werte auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) als im Grundschulalter. In der Kontrollgruppe waren es eher die Grundschul Kinder; jedoch war die Differenz in dieser Gruppe so gering, dass

es kein bedeutender Unterschied war. Ziv et al. (1997) berichteten in einer Studie, dass unterschiedliche Altersklassen der Kinder keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) hatten. Weitere Studien, ob Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten eher im Vorschulalter bessere Ergebnisse auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998), wie in der vorliegenden Arbeit, erzielen, sind bislang nicht durchgeführt worden. Dies wäre durchaus von Interesse, da die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gerade in diesem Alter am häufigsten auftritt.

Eine ausgeglichene Mutter-Kind-Beziehung wirkt dem Risiko des Auftretens für Verhaltensauffälligkeiten entgegen. Ebenso ist eine positive Mutter-Kind-Beziehung mit höheren kognitiven Fähigkeiten des Kindes in Korrelation zu sehen (Kiernan & Huerta, 2008). Von Interesse ist sicherlich auch, ob die Mutter-Kind Beziehung bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten durch weitere Faktoren auf Seiten der Eltern bedingt ist. In der durchgeführten Studie sah man eine deutliche Differenz im sozioökonomischen Status der Eltern der beiden teilnehmenden Gruppen. Die weitere Untersuchung dieser Differenz stellt eine interessante Fragestellung zukünftiger Studien dar.

Ebenso zeigte eine Studie von Ainsworth et al. (1978), dass die mütterliche Feinfühligkeit einen besonders hohen Stellenwert für die Mutter-Kind-Beziehung spielt. In dieser noch heute bedeutungsvollen Studie anhand von 26 Mutter-Kind-Paaren zeigte sich, dass die kindlichen Signale, die von einer feinfühligem Mutter erkannt werden, einen besonders hohen Stellenwert in der Sicherung der Bindung darstellen.

Der zuvor geschilderte sozioökonomische Status (hier ermittelt anhand des höchsten erreichten Schulabschlusses und dem Beziehungsstatus der Eltern), der bereits für die Ergebnisse der Hypothese II von Bedeutung war, wirkt sich nicht nur negativ auf die kognitive Fähigkeiten des Kindes aus, sondern korreliert auch mit einer schlechteren Mutter-Kind-Beziehung. Dies konnte von Kiernan und Huerta (2008) in einer sehr großen Studie mit 13877 Kindern festgestellt werden.

Der sozioökonomische Status ist für das Ergebnis, das die betroffenen Kinder auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) erreichen konnten, mit von Bedeutung. Auch in früheren Studien konnte dies aufgezeigt werden. Eine Studie von Coy et al. (2001), bestehend aus 88 Jungen, die an ODD litten sowie eine

gesunde Kontrollgruppe, zeigte, dass die Mütter der an ODD erkrankten Jungen eine signifikant schlechtere Bildung als die Mütter der gesunden Kontrollgruppe hatten.

Weitere Studien konnten ebenso belegen, dass Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien bei Problemen mit Gleichaltrigen oder Autoritätspersonen eher aggressiv reagieren als Kinder sozial besser gestellter Familien (z.B. Renshaw & Asher, 1983).

Ebenso ist bekannt, dass sich eine gesicherte Mutter-Kind-Beziehung von Beginn an entwickelt. Dies wurde von Bornstein et al. (2010) in einer Studie mit insgesamt 220 Mutter-Kind-Interaktionen deutlich beschrieben, da die Untersuchung zu 2 verschiedenen Zeitpunkten (5 Monate und 20 Monate) an den gleichen Interaktionspartnern stattfand.

Die Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) sind als hervorragendes Instrument anzusehen. Gerade die Unterteilung in Eltern- und Kinderskalen zeigt nochmals, dass das Verhalten und gegebenenfalls eine Verhaltensstörung nicht nur von einem der beiden Partner (Kind und Elternteil) ausgeht, sondern als Aktion und Reaktion gesehen werden müssen. Die Videoaufnahme war mittels dieser Skalen rasch und effektiv auszuwerten. Die Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) konnten zwar die Qualität der Bindung beurteilen, sie geben jedoch keine Auskunft über individuelle Charakteristik der Bindungen (Ziv et al., 2000).

Während der Sichtung der Literatur zeigten sich neben dem sozioökonomischen Status weitere Faktoren, die ein schlechteres Ergebnis auf den Elternskalen der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) zur Folge haben können. Oyen et al. (2000) konnten in einer Studie aus dem Jahr 2000 eine Differenzierung hoher und niedriger Risikofaktoren veröffentlichen. Hier wurde deutlich, dass Mütter, die beispielsweise an einer Angststörung litten, weniger sensitiv ihrem Kind gegenüber auftraten als gesunde Mütter. Ebenso sind mehrere Studien über verhaltensauffällige Kindern von psychiatrisch erkrankten Müttern (insbesondere Depression) beschrieben (Adams & Laursen, 2007). Von Bedeutung für die Qualität einer gefestigten Mutter-Kind-Beziehung ist neben dem bereits erwähnten sozioökonomischen Status der Familien auch das Vorliegen von Störungsbildern bei der Mutter. Dies konnte in einer Studie von Easterbrooks et al. (2000) aufgezeigt werden. Hier wurden insgesamt 45 Interaktionen zwischen Elternteilen (in der beschriebenen Studie meist aus schlechter gestellten Familien) und ihren Kindern untersucht. Die Untersuchungen wurden jedoch zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Die Studie konnte

aufzeigen, dass eine sichere Mutter-Kind-Bindung besonders von der Mutter, dem Umfeld und eventuell vorliegenden Störungsbildern der Mutter (in dieser Studie Depression) abhängt.

Auch für Alkoholabusus des Vaters konnte in Studien ein signifikanter Zusammenhang mit dem Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gezeigt werden (Kilic & Sener, 2005).

Obwohl in der Literatur bislang nur wenige Studien über den Zusammenhang zwischen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und der Mutter-Kind-Bindung im Vorschul- und Grundschulalter existieren, zeigt sich, dass die Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung bei Kindern mit bestehender Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gerade in diesem jungen Alter eine der wichtigsten sich aus der vorliegenden Arbeit ergebenden Forschungsperspektiven darstellt. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben daher Anlass zu weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen.

5.4 Zusammenhang der Hypothesen II und III

Während der Literaturrecherche wurde ein Zusammenhang der Hypothese II (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten leiden, haben einen niedrigeren IQ als gesunde Kinder) und der Hypothese III (Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens leiden, haben eine schlechtere Mutter-Kind-Beziehung/ Emotional Availability als gesunde Kinder) deutlich. In der vorliegenden Studie wurde der sozioökonomische Status anhand des höchsten Schulabschlusses der Eltern und dem Familienstand ermittelt. Mehrere Studien u.a. von Aschersleben (2008) beschreiben, dass eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung des Kindes hat. Durch ein gestärktes Selbstvertrauen sind sie kooperativer und können sich besser konzentrieren. Eine Studie von Loeber et al. (2009b), an der 2451 Mütter mit ihren Töchtern im Alter von 5 bis 8 Jahren teilnahmen, zeigte, dass wenn Mütter an mehreren psychischen Störungen leiden, dies ein Risikofaktor für multiple psychische Störungen bei den Töchtern ist.

6 Ausblick

Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist eine der häufigsten Diagnosen im Vorschul- und Grundschulalter. Gerade im deutschsprachigen Raum liegen für dieses Alter wenige Studien vor. Die meisten Studien zu dieser Thematik untersuchen Kinder ab einem Alter von sieben Jahren. Dass auch gerade das Vorschulalter als Forschungsschwerpunkt von großer Bedeutung ist, zeigt u.a. die vorliegende Arbeit. Denn betroffene Kinder im Vorschulalter und deren Familien profitieren durchaus von einer Beratung und Therapie. Hierdurch ist es sogar möglich, Folgeerkrankungen (z.B. CD) zu vermeiden und sowohl die kognitive Entwicklung positiv beeinflussen als auch eine sicherere Bindung zum Kind zu entwickeln. Von einer Aufklärung über dieses Störungsbild mit Symptomen und Möglichkeiten der Therapie profitiert nicht nur das Kind, sondern auch die Familie!

Das Ziel der vorliegenden Studie war zu überprüfen ob Kinder, die an einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im Vergleich zu gesunden Kindern häufiger an Komorbiditäten mit internalisierenden Symptomen leiden, einen signifikant niedrigeren IQ und eine schlechtere Emotional Availability zur Mutter (Elternteil) haben.

Während der Durchführung der Untersuchungen und der anschließenden Auswertung zeigen sich sowohl Vorteile als auch Nachteile der Studie.

Eine Stärke der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung einer zusätzlichen Kontrollgruppe, da hier die gewählte Stichprobengröße bereits signifikante und sehr gute Ergebnisse der untersuchten Fragestellungen zu erkennen waren.

Da sich während der Literaturrecherche weitere interessante Fragestellungen ergaben, muss retrospektiv erwähnt werden, dass die Stichprobengröße für einige tiefergehende Fragestellungen, insbesondere bei solchen, die eine Differenzierung von Mädchen und Jungen mit einbeziehen, zu klein gewählt war. Für zukünftige Studien, die diese Aspekte schwerpunktmäßig berücksichtigen, sollte dies während der Planung des Studiendesigns beachtet werden. Zum Überprüfen der Hypothesen dieser Arbeit war die Anzahl der Kinder in der Experimental- und Kontrollgruppe groß genug.

Während die Methoden zur Überprüfung der Hypothesen I und III als hervorragend anzusehen sind, zeigt das Instrument zur Überprüfung der Hypothese II, die K-ABC (Melchers & Preuß, 1994), neben Vorteilen auch Nachteile. Positiv erwies sich die

grundsätzliche Durchführung des Tests, der für alle Kinder in einem angemessenem Zeitrahmen zu bewältigen war. Bis auf wenige Einzelfälle hat der Test den Kindern Spaß gemacht und wurde nicht als Leistungsdruck empfunden. Als Nachteil zeigte sich die bereits zuvor genannte Normierung des Tests. Vergleicht man die aktuelle Literatur, so wird die K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) eher selten angewandt. Gerade im deutschsprachigen Raum werden in größeren Studien häufig alternative Testverfahren hinzugezogen (z.B. HAWIK-IV von Petermann & Petermann, 2010).

Weiterhin ergaben sich im Verlauf der Auswertung und im Rahmen der Literaturrecherche neue interessante Fragestellungen für künftige Studien. Der Zusammenhang einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und komorbiden Störungen mit internalisierenden Symptomen ist bislang gut untersucht. Die Fragestellung hinsichtlich Intelligenz und der Mutter-Kind-Beziehung ist dagegen noch unzureichend erforscht. Für zukünftige Studien, die den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und IQ-Differenzen zu gesunden Kindern untersuchen, ist auch von Interesse, in welchem Ausmaß Risikofaktoren der kognitiven Entwicklung eine Rolle spielen. Während der Literaturrecherche hinsichtlich der Fragestellung der kognitiven Entwicklung von Kindern zeigte sich in mehreren Studien, dass Mütter von Kindern mit kognitiven Schwierigkeiten und oppositionellem Verhalten häufig selbst depressive Symptome aufweisen bzw. sogar an einer bekannten Depression oder Angststörung litten (z.B. Kiernan & Huerta, 2008). Ob nun die Depression der Mutter eher das oppositionelle Verhalten oder ein kognitives Defizit des Kindes begünstigt, ist nicht ausreichend geklärt. Weitere Studien wären hier nötig.

Der Zusammenhang zwischen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und der Mutter-Kind-Beziehung ist in der aktuellen Literatur, und insbesondere in der deutschen, nur unzureichend untersucht. Von besonderem Interesse ist hier, in welchem Ausmaß der soziale Status der Familien als ein Risikofaktor für eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion ist.

Die aktuellen Ergebnisse haben gezeigt, dass der sozioökonomische Status immer in die Erhebung mit einbezogen werden muss und durchaus Inhalt weiterer Studien sein sollte. Ebenso muss empfohlen werden, eine Anamnese der Eltern, eventuell vorliegender psychiatrischer Erkrankungen und eine Anamnese der Familienstruktur zu erheben.

Bei den heute unterschiedlichsten Familienmodellen sind Untersuchungen zu Intelligenz und Emotional Availability durchaus von Interesse. Wichtig bei folgenden Studien sind die Erhebung des sozioökonomischen Status sowie der Familienstruktur. Der von Dugas (1985) angedacht Sachverhalt von z.B. ODD with family tyranny ist somit durchaus gut zu untersuchen und bietet Möglichkeit interessanter Erkenntnisse.

7 Literaturverzeichnis

1. AACAP (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46: 126-141.
2. Achenbach TM, Edelbrock CS (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile*. Burlington, Queen City Printers.
3. Achenbach TM (1991) *Integrative Guide for the 1991/4-18, YSR & TRF Profiles*. Burlington, University of Vermont.
4. Adams RE, Laursen B (2007) The correlates of conflict: disagreement is not necessarily detrimental. *Journal of Family Psychology* 21:445-458.
5. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale NJ, Erlbaum.
6. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC, American Psychiatric Association.
7. Angold A, Costello EJ (1996) Towards establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 1205-1212.
8. Arbeitsgruppe deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. (1998a) 2. Aufl. Mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
9. Arden R, Plomin R (2006) Sex differences in variance of intelligence across childhood. *Personality and Individual Differences* 41: 39-48.
10. Aschersleben G (2008) Der Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die sozial-kognitive Entwicklung. In: Brisch KH (ed) *Der Säugling- Bindung, Neurobiologie, Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie*. Stuttgart, Klett-Cotta, pp 298-312.
11. Bamberg G, Baur F (2002) *Statistik (12. Auflage)*. München Oldenbourg Wissenschaftsverlag, pp 196 ff.

12. Bartels, M., Van de Aa, N., Van Beijsterveldt, C., Middeldorp, C.M., Boomsma, D. (2011) Adolescent Self-Report of Emotional and Behavioral Problems: Interactions of Genetic Factors with Sex and Age. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 20: 35-52.
13. Belsky J (1980) Mother-infant interaction at home and in the laboratory: A comparative study. *The Journal of Genetic Psychology* 137: 37-47.
14. Biedermann J, Spencer TJ, Newcorn JH (2007) Effects of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to Atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology* 190: 31-41.
15. Biringen Z, Robinson JL, Emde RN (1998) Emotional Availability Scales: Infancy to Early Childhood Version (3rd éd.). Unpublished manual, Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins.
16. Biringen Z, Robinson JL, Emde RN (1994) Maternal sensitivity in the second year: Gender-based relations in the dyadic balance of control. *American Journal of Orthopsychiatry* 64: 78-90.
17. Biringen Z, Damon J, Grigg W, Mone J, Pipp-Siegel S, Skillern S, Stratton J (2005) Emotional Availability: Differential prediction to infant attachment and kindergarten adjustment based on observation time and context. *Infant Mental Health Journal* 26: 295-308.
18. Bornstein MH, Suwalsky JTD, Putnick DL, Gini M, Venuti P, de Falco S, Helsington M, de Galperin CZ (2010) Developmental Continuity and Stability of Emotional Availability in the Family: Two Ages and Two Genders in Child-Mother Dyads from Two Regions in Three Countries. *International Journal of Behavioral Development* 15: 385–397.
19. Bosma H, van Boxtel M, Kempen G, van Eijk J, Jolles J (2007) To what extent does IQ explain socio-economic variations in function? *BMC Public Health* 7: 179-189.
20. Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P (2007) Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16: 484-494.

21. Bowlby J (1982) Bindung – Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München, Kindler Verlag.
22. Burk WJ, Laursen B (2010) Mother and Adolescent Reports of Associations between child behavior problems and mother-child relationship qualities: Separating shared variance from individual variance. *Journal of abnormal Child Psychology* 38: 657-667.
23. Burke JD, Hipwell AE, Loeber R (2010) Dimension of Oppositional Defiant Disorder as predictors of depression and Conduct Disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49: 484-492.
24. Burke, J.D., Loeber, R., Lahey B., Rathouz P. (2005) Developmental transitions among affective and behavioural disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology And Psychiatry* 46: 1200-1210.
25. Butler, S., Arredondo, D., McCloskey, V. (1995) Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Official Journal of the American Academy of clinical Psychiatrists* 2: 51-55.
26. Carlson CL, Tann 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: 1706-1714.
27. Campbell SB (1995) Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36: 113-149.
28. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M (2000) Early externalising behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 12: 467-488.
29. Cattell RB (1971) Abilities: Their structure, growth, and action. Boston, Houghton Mifflin.
30. Chenault E (2000) Social Toxicity showing effects in children. In: Weiß H (eds) *Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen*. München, Ernst Reinhardt Verlag.
31. Colom R, Lynn R (2004) Testing the developmental theory of sex differences in intelligence on 12-18 year olds. *Personality and Individual Differences* 36: 75-82.

32. Colom R, Garcia-Lopez O (2002) Sex differences in fluid intelligence among high school graduates. *Personality and Individual Differences* 32: 445-451.
33. Cook ET, Greenberg MT, Kusche CA (1994) The relation between emotional understanding, intellectual functioning and disruptive behavior problems in elementary-school-aged children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 22: 205-219.
34. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60: 837-844.
35. Coy K, Speltz ML, DeKlyen M, Jones K (2001) Social-cognitive processes in preschool boys with and without Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 29: 107-119.
36. Cunningham CE, Boyle MH (2002) Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioural correlates. *Journal of abnormal child Psychology* 30: 555-569.
37. Da Fonseca D, Cury F, Santos A, Sarrazin P, Poinso F, Deruelle C (2010) How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 41: 234-237.
38. Delaunay E, Purper-Ouakil D, Mouren MC (2008) Oppositional Defiant Disorder and family tyranny: towards individuation of clinical subtypes. *Annales Medico-Psychologiques* 166: 335-342.
39. Dieckmann A (2003) *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (10. Auflage). Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
40. Döpfner M (2002) *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim, Psychologie Verlags Union
41. Döpfner M (2008) *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. überarbeitete Auflage). Göttingen, Hogrefe.
42. Drabick DA, Ollendick, TH, Bubier JL (2010) Co-occurrence of ODD and Anxiety: Shared Risk Processes and Evidence for a Dual-Pathway Model. *Clinical Psychology* 1: 307-318.

43. Dugas M, Mouren-Simeoni MC, Halfon O (1985) Les parents battus par leurs enfants. *Psychiatrie de l'Enfants* 28: 185-220.
44. Easterbrooks MA, Biesecker G, Lyons-Ruth K (2000) Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: the role of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attachment and Human Development* 2: 170-187.
45. Earls F, Jacobs G, Goldfein D, Silbert A, Bearslee W, Rivinus T (1982) Concurrent validation of behaviour problems scale to use with 3-years-olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 21: 47-57.
46. Egger HL, Angold A (2006) Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Disciplines* 47: 313-337.
47. Essau CA (eds) (2003) *Conduct and oppositional defiant disorders*. Lawrence Erlbaum Associates Inc., Mahwah, New Jersey.
48. Flynn JR (1984) The mean IQ of the Americans: Massive gains 1932-1978. *Psychological Bulletin* 95: 29-51.
49. Fraser A, Wray J (2008) Oppositional defiant disorder. *Australian family Physician* 37: 402-405.
50. Furman W, Buhrmester D (1985) Childrens perceptions of the personal relationship in their social networks. *Developmental Psychology* 33: 470-478.
51. Garland EJ, Garland OM (2001) Correlation between anxiety and oppositionality in a children's mood and anxiety disorder clinic. *Canadian Journal of Psychiatry* 46: 953-958.
52. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, Greenhill LL, Kowatch RA, Lieberman AF, Luby JL, Owens J, Scahill LD, Scheeringa MS, Stafford B, Wise B, Zeanah CH (2007) Pharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46: 1532-1572.
53. Greene RW, Biedermann J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV (2002) Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *The American Journal of psychiatry* 159: 1214-1224.

54. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS (2009) Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development and psychopathology* 21: 139-156.
55. Grossmann KE (eds) (2003) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart, Klett-Cotta-Verlag.
56. Hamilton S, Armando J (2008) Oppositional defiant disorder. *American family physician* 78: 861-866.
57. Harada Y, Satoh Y, Sakuma A, Imai J, Tamaru T, Takahashi T, Amano N (2002) Behavioral and developmental disorders among conduct disorder. *Psychiatry And Clinical Neurosciences* 56: 621-625.
58. Havas J, Bosma H, Spreeuvenberg C, Feron FC (2010) Mental health problems of Dutch adolescents: the association with adolescents and their parents educational level. *European Journal of Public Health* 20: 258-264
59. Holling H, Preckel F, Vock M (2004) *Intelligenzdiagnostik*. Göttingen, Hogrefe.
60. Kazdin A (1997) Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of children psychology and psychiatry* 38: 161-178.
61. Keenan K, Shaw DS, Walsh B, Delliquadri E, Giovanelli J (1997) DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 620-627.
62. Kiernan K, Huerta M (2008) Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *The British Journal Of Sociology* 4: 783-806.
63. Kilic BG, Sener S (2005) Family functioning and psychosocial characteristics in children with comorbid oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Turkish Journal of Psychiatry* 1: 21-28.
64. Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegard BH, Morch WT (2009) Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children – results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 18: 42-52.

65. Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H, Isaacs C (1996) Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 204-214.
66. Linderkamp F, Grünke M (2007) *Lern- und Verhaltensstörungen Genese - Diagnostik – Intervention*. Weinheim, Basel, Beltz, pp 21-25.
67. Loeber R, Burke JD, Pardini DA (2009a) Development and Etiology of Disruptive and Delinquent Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology* 5: 291-310.
68. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39: 1468-1484.
69. Loeber R, Hipwell A, Battista D, Sembover M, Stouthamer-Loeber M (2009b) Intergenerational transmission of multiple problem behaviors: prospective relationships between mothers and daughters. *Journal of Abnorm Child Psychology* 37: 1035-1048.
70. Luteijn F, Van der Ploeg FAE (1983) *Groninger Intelligentie Test*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
71. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H (2004) Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry* 45: 609-621.
72. McMahon RJ, Forehand RL (2003) *Helping the Noncompliant Child*. New York, The Guilford Press.
73. Melchers P, Preuß U (1994) *Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC)*. Swets, Lisse.
74. Melchers P, Preuß U (2006) *K-ABC. Kaufman-Assessment Battery for Children. Deutschsprachige Fassung von Peter Melchers und Ulrich Preuß. Interpretationshandbuch. Siebte Auflage*. Frankfurt am Main, Swets & Zeitlinger
75. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC (2007) Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 48: 703-713.
76. Oyen AS, Landy S, Hilborn-Cobb, K (2000) Maternal attachment and sensitivity in an at-risk sample. *Attachment and Human Development* 2: 203-217.

77. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ (1992) Antisocial boys. In: Jenkins J, Oatley K, Stein N (eds) Human Emotions. A Reader. Oxford, Wiley-Blackwell.
78. Peter T, Roberts LW (2010) Bad boys and sad girls? Examining internalizing and externalizing effects on parasuicides among Youth. *Journal of Youth and Adolescents* 39: 495-503.
79. Petermann F, Petermann U (eds) (2010) Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder-IV. (3.ergänzte Auflage). Bern, Huber.
80. Plück J, Wieczorrek E, Wolff-Metternich T, Döpfner M (2006) Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP): Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen, Hogrefe.
81. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F. (eds) (2001) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (4. Auflage). Bern, Verlag Hans Huber.
82. Renshaw PD, Asher SR, (1983) Children`s goals and strategies for social interaction. *Merrill-Palmer Quaterly* 29: 353-374.
83. Rockhill CM, Collett BR, McClellan JM, Speltz ML (2006) Oppositional defiant disorder. In: Luby JL (eds) *Handbook of preschool mental health – development, disorders, and treatment*. New York/ London, The Guilford Press, pp 80-114.
84. Rutter M (1979) Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: Kent MW, Rolf JE (eds) *Primary prevention of psychopathology*. III. Social competence in children. Hanover, University press of New England, pp 49-74.
85. Rutter M (1990) Psychological resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S (eds) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, Cambridge University Press, pp 181-214.
86. Steiner H, Remsing L (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46: 126-141.
87. Sternberg RJ (2005) The Triarchic Theory of Successful Intelligence. In: Flanagan DP, Harrison PL (eds) *Contemporary intellectual assessment: theories, tests and issues* (2nd ed.). New York Guilford, pp 103-119.

88. von Gontard, A. (2010) Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.
89. Wechsler D (1996) Echelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants Troisieme Edition (Wechsler intelligence scale for children III). ECPA, Paris.
90. Werner EE (1990) Protective factors and individual resilience. In: Meisels SJ, Shonkoff, JP (eds) Handbook of early childhood intervention. Cambridge, Cambridge University Press, pp 97-116.
91. Werner EE (1999) Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp G, Fingerle M, Freytag A (eds) Was Kinder stärkt - Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Reinhardt, pp 25-35.
92. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND (2004) Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 65: 1654-1659.
93. Ziv Y, Gini M, Guttman S, Sagi A (eds) (1997) Dyadic emotional availability and quality of infant-mother attachment: A three point longitudinal study. Paper presented at meetings of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
94. Ziv Y, Aviezer O, Gini M, Sagi A, Koren-Karie N (2000) Emotional Availability in the mother-infant dyad as related to the quality of infant-mother attachment relationship. *Attachment & Human Development* 2: 149-169.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|---|
| AACAP | American Academy of Child and Adolescent Psychiatry |
| ADHS | Aufmerksamkeits Defizit Hyperaktivitäts Syndrom |
| bzw. | beziehungsweise |
| ca. | circa |
| CBCL | Child Behavior Checklist |
| CD | Conduct Disorder |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| et al. | et altera |
| ff. | fortfolgend |
| hrsg. | herausgegeben |
| ICD-10 | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme |
| K-ABC | Kaufmann-Assessment Battery for Children |
| ODD | Oppositional Defiant Disorder |
| S. | Seite(n) |
| SPSS | Statistical Package for the Social Science |
| u.a. | unter anderem; und andere |
| vgl. | vergleiche |
| z.B. | zum Beispiel |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Verteilung von Alter in der Experimental- und Kontrollgruppe | 21 |
| Tabelle 2: Deskriptive Darstellung der Verteilung von Geschlecht der Kinder, des Schulabschluss der Eltern sowie des Beziehungsstatus der Eltern der Experimental- und Kontrollgruppe..... | 21 |
| Tabelle 3: Tabelle der CBCL-Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) (T-Werte) der Kinder der Experimental- und Kontrollgruppe für die Skalen „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich-Depressiv“, „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ sowie die Skalen: „Internalisierende Verhaltensweisen“, „Externalisierende Verhaltensweisen“ und „Gesamt“.... | 35 |
| Tabelle 4: Verteilung aggressiver und ängstlich/depressiver Symptome bei Mädchen und Jungen der Experimentalgruppe, ermittelt anhand der CBCL-Skalen (Achenbach & Edelbrock, 1991)..... | 36 |
| Tabelle 5: Ergebnisse des K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) für die Experimental- und Kontrollgruppe der Skalen Einzelheitliches Denken, Ganzheitliches Denken und Intellektueller Fähigkeiten | 37 |
| Tabelle 6: ONEWAY ANOVA für die CBCL Ergebnisse (Achenbach & Edelbrock, 1991) (T-Werte)..... | 38 |
| Tabelle 7: ONEWAY ANOVA für die K-ABC Ergebnisse (Melchers & Preuß, 1994) (T-Werte)..... | 40 |
| Tabelle 8: Häufigkeitsverteilungen der Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998)..... | 41 |
| Tabelle 9: Vergleich der Kinder der Experimentalgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) im Vorschul- und Grundschulalter | 42 |
| Tabelle 10: Vergleich der Kinder der Kontrollgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen, 2000) im Vorschul- und Grundschulalter..... | 42 |
| Tabelle 11: Vergleich der Jungen und Mädchen der Experimentalgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) | 43 |
| Tabelle 12: Vergleich der Jungen und Mädchen der Kontrollgruppe auf den Emotional Availability Scales (Biringen et al., 1998) | 43 |

Anhang

Anhang 1 – Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Zur Teilnahme in der Kontrollgruppe der Studie *Störung des Sozialverhalten mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten*

Name der Eltern:

Name des Kindes:

Adresse:

Mir/ uns ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass die Zustimmung zur Teilnahme jederzeit ohne irgendwelche Nachteile zurückgezogen werden kann.

Ich / wir willige (n) ein, dass die anonymisierten personenbezogenen Daten für die beschriebenen wissenschaftlichen Zwecke erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe (n) ich bzw. wir erhalten.

Mit der Teilnahme an dieser Studie bin ich / wir einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

Ort, Datum

Unterschrift der Untersucherin

Anhang 2 – CBCL-Elternfragebogen

| Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - CBCL/4-18 | | | |
|---|--|---|-------|
| Name (des Kindes): _____ | | Tätigkeit der Eltern: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) Bitte genaue Bezeichnung, z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann: _____ | |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge | Alter: _____ | Tätigkeit des Vaters: _____ | |
| Geburtsdatum: (des Kindes) Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____ | | Tätigkeit der Mutter: _____ | |
| Datum heute: Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____ | | Fragebogen ausgefüllt von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Anderen (z.B. Oma, Erzieher): _____ | |
| Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Menschen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint. | | | |
| I. Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt, z.B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tischtennis usw.. | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen? | Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen? | |
| a. _____ | Ich weiß es nicht weniger gleich viel mehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich weiß es nicht weniger gut gleich gut besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes, z.B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, mit Puppen oder Autos spielen usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen). | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen? | Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen? | |
| a. _____ | Ich weiß es nicht weniger gleich viel mehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich weiß es nicht weniger gut gleich gut besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an? | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen? | | |
| a. _____ | Ich weiß es nicht weniger aktiv gleich aktiv aktiver <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts, z.B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw.? | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen? | | |
| a. _____ | Ich weiß es nicht weniger gut gleich gut besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD), Geschäftsstelle KJFD: am Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln Urheberrechtlich geschützt © T.M. Achenbach, 1991, und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Nachdruck verboten! | | | _____ |

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn Sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend **1 = etwas oder manchmal zutreffend** **2 = genau oder häufig zutreffend**
(soweit bekannt)

- | | |
|---|--|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter0 1 2 | 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt..... 0 1 2 |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun..... 0 1 2 |
| 3. Streitet oder widerspricht viel0 1 2 | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen..... 0 1 2 |
| 4. Hat Asthma0 1 2 | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen 0 1 2 |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge0 1 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien 0 1 2 |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein 0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt 0 1 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf.....0 1 2 | 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten..... 0 1 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.....0 1 2 | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 | _____ |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv0 1 2 | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen 0 1 2 |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig0 1 2 | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen..... 0 1 2 |
| 12. Klagt über Einsamkeit.....0 1 2 | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt..... 0 1 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut.....0 1 2 | 44. Kaut Fingernägel 0 1 2 |
| 14. Weint viel0 1 2 | 45. Ist nervös oder angespannt 0 1 2 |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie0 1 2 | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ 0 1 2 |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein0 1 2 | _____ |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren0 1 2 | 47. Hat Alpträume 0 1 2 |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord0 1 2 | 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt..... 0 1 2 |
| 19. Verlangt viel Beachtung.....0 1 2 | 49. Leidet an Verstopfung..... 0 1 2 |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt0 1 2 | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 0 1 2 |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören.....0 1 2 | 51. Fühlt sich schwindelig..... 0 1 2 |
| 22. Gehorcht nicht zu Hause0 1 2 | 52. Hat zu starke Schuldgefühle..... 0 1 2 |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule0 1 2 | 53. Ißt zu viel 0 1 2 |
| 24. Ißt schlecht0 1 2 | 54. Ist immer müde 0 1 2 |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus.....0 1 2 | 55. Hat Übergewicht 0 1 2 |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat0 1 2 | 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen: a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) 0 1 2 |
| 27. Ist leicht eifersüchtig.....0 1 2 | b) Kopfschmerzen 0 1 2 |
| 28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ 0 1 2 | c) Übelkeit 0 1 2 |
| _____ | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 0 1 2 |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situa- tionen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____ 0 1 2 | e) Hautausschläge oder andere Haut- probleme 0 1 2 |
| _____ | f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 0 1 2 |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen0 1 2 | g) Erbrechen 0 1 2 |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun0 1 2 | h) andere Beschwerden; bitte beschreiben..... 0 1 2 |
| 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen0 1 2 | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

V. 1. **Wieviele Freunde hat Ihr Kind?** Keine einen zwei bis drei vier oder mehr
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

2. **Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?**
(bitte Geschwister nicht mitzählen) weniger als einmal ein- bis zweimal dreimal oder häufiger

VI. **Verglichen mit Gleichaltrigen:**

| | schlechter | etwa gleich | besser | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Einzelkind |
| b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. 1. **Gegenwärtige Schulleistungen** (für Kinder ab 6 Jahren):

besucht keine Schule

| | ungenügend | unterdurchschnittlich | durchschnittlich | überdurchschnittlich |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Lesen, Deutsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Rechnen oder Mathematik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naturwissenschaften (falls zutreffend) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Fächer e. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (wie Erdkunde, Fremdsprachen; nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) f. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. **Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z.B. Integrationskind)?**
 nein ja, bitte genaue Beschreibung:

3. **Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt** nein ja, welche und warum:

4. **Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten?**
 nein ja, bitte beschreiben:

Wann fingen die Probleme an?

Haben diese Probleme aufgehört? Nein ja, wann:

Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? nein ja
wenn ja, bitte beschreiben:

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?

0 = nicht zutreffend **1 = etwas oder manchmal zutreffend** **2 = genau oder häufig zutreffend**
 (soweit bekannt)

- 57. Greift andere körperlich an..... 0 1 2
- 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen..... 0 1 2
- 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen..... 0 1 2
- 61. Ist schlecht in der Schule..... 0 1 2
- 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt..... 0 1 2
- 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen..... 0 1 2
- 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen..... 0 1 2
- 65. Weigert sich zu sprechen..... 0 1 2
- 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 67. Lläuft von zu Hause weg..... 0 1 2
- 68. Schreit viel..... 0 1 2
- 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich..... 0 1 2
- 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen..... 0 1 2
- 72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt..... 0 1 2
- 73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown..... 0 1 2
- 75. Ist schüchtern oder zaghaft..... 0 1 2
- 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen..... 0 1 2
- 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 78. Schmiert oder spielt mit Kot..... 0 1 2
- 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 80. Starr ins Leere..... 0 1 2
- 81. Stiehlt zu Hause..... 0 1 2
- 82. Stiehlt anderswo..... 0 1 2
- 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar..... 0 1 2
- 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel..... 0 1 2
- 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt..... 0 1 2
- 89. Ist mißtrauisch..... 0 1 2
- 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter..... 0 1 2

- 91. Spricht davon, sich umzubringen..... 0 1 2
- 92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 93. Redet zuviel..... 0 1 2
- 94. Hänzelt andere gern..... 0 1 2
- 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament..... 0 1 2
- 96. Denkt zuviel an Sex..... 0 1 2
- 97. Bedroht andere..... 0 1 2
- 98. Lutscht am Daumen..... 0 1 2
- 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht..... 0 1 2
- 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden)..... 0 1 2
- 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge..... 0 1 2
- 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen..... 0 1 2
- 104. Ist ungewöhnlich laut..... 0 1 2
- 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- 106. Richtet mutwillig Zerstörungen an..... 0 1 2
- 107. Näßt bei Tag ein..... 0 1 2
- 108. Näßt im Schlaf ein..... 0 1 2
- 109. Quengelt oder jammert..... 0 1 2
- 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein..... 0 1 2
- 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf..... 0 1 2
- 112. Macht sich zuviel Sorgen..... 0 1 2
- 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:

_____ 0 1 2

_____ 0 1 2

_____ 0 1 2
_____ 0 1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.
 ---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank!

Anhang 3 – K-ABC Testbogen

K-ABC

Kaufman - Assessment Battery for Children
Deutschsprachige Fassung von P. Melchers und U. Preuß

T E S T B O G E N

Identifikation: _____ Hilfssfeld: _____

BIOGRAPHISCHE DATEN

Name _____ Geschlecht _____

Vorname _____

Name und Adresse der Eltern _____

Teil-Nr. _____

Kindergarten _____

Schule _____ Klasse _____

Versuchsleiter _____

Weitere Informationen, Bemerkungen und Diagnosen _____

Untertests der Fertigkeitenskala

$\bar{X}=100; SD=15$

| | Standardwert | Konfidenzintervall | Stärken/Schwächen | Andere Skalierung |
|------------------------|--------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 11. Wortschatz | | ± | | |
| 12. Gesichter und Orte | | ± | | |
| 13. Rechnen | | ± | | |
| 14. Rätsel | | ± | | |
| 16. Lesen/Verstehen | | ± | | |

Summe der Unterteststandardwerte _____ Übertragen Sie diese Summe in das entsprechende Feld bei Gesamtskalen

Individueller Mittelwert für die Fertigkeitenskala: _____

ALTER

| | Jahr | Monat | Tag |
|------------------|-------|-------|-------|
| Testdatum | _____ | _____ | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | _____ | _____ |
| Alter am Testtag | _____ | _____ | _____ |

Fakultativer Untertest der Fertigkeitenskala

| 15. Lesen/Buchstabieren | Prozentrang (Tafel 3) | Bemerkungen |
|-------------------------|-----------------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |

Untertests der Skala Intellektueller Fähigkeiten

$\bar{X}=10; SD=3$

| | SKALENWERTE | | | Stärken/Schwächen | Andere Skalierung |
|----------------------------------|-------------|-----|------------|-------------------|-------------------|
| | SED | SGD | Sprachfrei | | |
| 1. Zauberfenster | | | | | |
| 2. Wiedererkennen von Gesichtern | | | | | |
| 3. Handbewegungen | | | | | |
| 4. Gestaltschließen | | | | | |
| 5. Zahlen-nachsprechen | | | | | |
| 6. Dreiecke | | | | | |
| 7. Wortreihe | | | | | |
| 8. Bildhaftes Ergänzen | | | | | |
| 9. Räumliches Gedächtnis | | | | | |
| 10. Fotoerie | | | | | |

Summe der Untertestskalenwerte _____ Übertragen Sie diese Summen in die entsprechenden Felder bei Gesamtskalen

Individueller Mittelwert für die Skala Intellektueller Fähigkeiten: _____

GESAMTSKALEN

$\bar{X}=100; SD=15$

| | Summe der Untertestskalen- u. -standardwerte | Standardwerte für Gesamtskalen (Tafel 2) | Konfidenzintervall (Tafel 4) | Andere Skalierung (Tafel 5) |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| SED Skala einzelheitlichen Denkens | | | ± | |
| SGD Skala ganzheitlichen Denkens | | | ± | |
| SIF Skala intellektueller Fähigkeiten | | | ± | |
| FS Fertigkeitenskala | | | ± | |
| NV Sprachfreie Skala | | | ± | |

Vergleich der Gesamtskalen

Kennzeichnen Sie mit <, > oder ~

Markieren Sie das Signifikanzniveau

| | | | | |
|-----------|---------------|------|-----|-----|
| SED _____ | SGD (Tafel 6) | N.S. | .05 | .01 |
| SED _____ | FS (Tafel 6) | N.S. | .05 | .01 |
| SGD _____ | FS (Tafel 6) | N.S. | .05 | .01 |
| SIF _____ | FS (Tafel 6) | N.S. | .05 | .01 |

N.S. = Nicht Signifikant



5. Zahlennachsprechen

SED
2;6-12;5 Jahre

| Aufgabe | Bewertung |
|-----------------------------------|-----------|
| Für alle Einführungsaufgabe: 2-3 | |
| 2;6-4;11 1. 10-5..... | |
| 2. 1-8..... | |
| 3. 6-3..... | |
| 5;0-12;5 | |
| 4. 5-6-4..... | |
| 5. 10-1-6..... | |
| 6. 9-4-2..... | |
| 7. 9-3-6-8..... | |
| 8. 4-1-9-6..... | |
| 9. 3-9-5-2..... | |
| 2;6-3;11 | |
| (weiter mit Untertest 11) | |
| 10. 5-4-8-1-10..... | |
| 11. 6-9-2-3-8..... | |
| 12. 2-10-3-8-9..... | |
| 4;0-4;11 | |
| 13. 10-2-4-1-8-5..... | |
| 14. 9-8-3-10-1-6..... | |
| 15. 1-5-2-9-4-3..... | |
| 5;0-7;11 | |
| 16. 4-2-5-8-6-3-10..... | |
| 17. 3-1-4-10-6-5-9..... | |
| 18. 8-10-1-5-9-6-2..... | |
| 19. 6-9-4-1-8-3-5-2..... | |
| 8;0-12;5 | |
| Letzte Aufgabe | |
| abzüglich Fehler (-) | |
| Rohwert = | |
| 5. Zahlennachsprechen | |
| Skalenwert | |
| (Tafel 1) | |

6. Dreiecke

SGD
4;0-12;5 Jahre

| Aufgabe | Bewertung |
|------------------------------|-----------|
| Für alle Einführungsaufgabe | |
| 4;0-4;11 1..... | |
| 2..... | |
| 5;0-5;11 | |
| 3..... | |
| 4..... | |
| 5..... | |
| 6;0-7;11 | |
| 6..... | |
| 7..... | |
| 8..... | |
| 9..... | |
| 8;0-12;5 | |
| 10..... | |
| 11..... | |
| 12..... | |
| 4;0-4;11 | |
| 13..... | |
| 14..... | |
| 5;0-5;11 | |
| 15..... | |
| 16..... | |
| 17..... | |
| 18..... | |
| 6;0-12;5 | |
| Letzte Aufgabe | |
| abzüglich Fehler (-) | |
| Rohwert = | |
| 9. Dreiecke | |
| Skalenwert | |
| (Tafel 1) | |

7. Wortreihe

SED
4;0-12;5 Jahre

| Aufgabe | Bewertung |
|--|-----------|
| Für alle Einführungsaufgabe: Haus-Tasse | |
| 4;0-5;11 1. Vogel..... | |
| 2. Vogel-Schlüssel..... | |
| 3. Schlüssel-Haus..... | |
| 6;0-7;11 | |
| 4. Tasse-Vogel..... | |
| 5. Haus-Vogel-Stern..... | |
| 6. Stern-Tasse-Haus..... | |
| 8;0-12;5 | |
| 7. Tasse-Schlüssel-Vogel..... | |
| 8. Schlüssel-Vogel-Stern-Haus..... | |
| 9. Haus-Stern-Schlüssel-Tasse..... | |
| 10. Mond-Baum-Katze-Herz..... | |
| 4;0-4;11 | |
| (weiter mit Untertest 11) | |
| 11. Katze-Hand-Schuh-Ball..... | |
| 12. Katze-Ball-Schuh-Mond-Hand..... | |
| 13. Schuh-Baum-Ball-Herz-Mond..... | |
| 5;0-5;11 | |
| 14. Hand-Schuh..... | |
| 15. Ball-Mond..... | |
| 16. Baum-Hand..... | |
| 17. Mond-Baum-Katze..... | |
| 18. Katze-Ball-Baum..... | |
| 6;0-7;11 | |
| 19. Herz-Schuh-Hand..... | |
| 20. Schuh-Mond-Herz-Ball..... | |
| 8;0-12;5 | |
| Letzte Aufgabe | |
| abzüglich Fehler (-) | |
| Rohwert = | |
| 7. Wortreihe | |
| Skalenwert | |
| (Tafel 1) | |

Verhaltensbeobachtung und Bemerkungen:

Blank lines for behavioral observation and remarks.

8. Bildhaftes Ergänzen

SGD
5;0-12;5 Jahre

| Aufgabe | Bewertung |
|--|-----------|
| Für alle Einführungsaufgabe: 3 | |
| 1. 2 | _____ |
| 2. 2 | _____ |
| 3. 5 | _____ |
| 4. 4 | _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 11. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5;0-5;11 | ↓ |
| 13. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 15. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 16. <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6;0-7;11 | ↓ |
| 17. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 18. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 19. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 20. <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8;0-12;5 | ↓ |

Letzte Aufgabe abzüglich Fehler (-)
Rohwert =

8. Bildhaftes Ergänzen
Skalenwert (Tafel 1)

9. Räumliches Gedächtnis

SGD
5;0-12;5 Jahre

| Aufgabe | Bewertung |
|-------------------------------------|-----------|
| Für alle Einführungsaufgabe | |
| 5;0-7;11 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| 3. | _____ |
| 4. | _____ |
| 8;0-12;5 5. | _____ |
| 6. | _____ |
| 7. | _____ |
| 8. | _____ |
| 9. | _____ |
| 10. | _____ |
| 11. | _____ |
| 12. | _____ |
| 13. | _____ |
| 14. | _____ |
| 15. | _____ |
| 5;0-5;11 | ↓ |
| (5;0-5;11, weiter mit Untertest 12) | |
| 16. | _____ |
| 17. | _____ |
| 18. | _____ |
| 7;0-7;11 | ↓ |
| 19. | _____ |
| 20. | _____ |
| 21. | _____ |
| 8;0-12;5 | ↓ |

Letzte Aufgabe abzüglich Fehler (-)
Rohwert =

9. Räumliches Gedächtnis
Skalenwert (Tafel 1)

10. Fotoserie

SGD
6;0-12;5 Jahre

| Aufgabe | Antwort | Bewertung |
|---|---------|-----------|
| Für alle Einführungsaufgabe: Kerze | | |
| 6;0-6;11 1. Ballon | _____ | _____ |
| 2. Auto | _____ | _____ |
| 3. Flagge | _____ | _____ |
| 7;0-7;11 4. Ballonhund | _____ | _____ |
| 5. Hölzerhaus | _____ | _____ |
| 6. Wasser | _____ | _____ |
| 8;0-12;5 7. Blume | _____ | _____ |
| 8. Dominosteine | _____ | _____ |
| 9. Spiegelel | _____ | _____ |
| 10. Schuh | _____ | _____ |
| 6;0-6;11 ↓ (weiter mit Untertest 12) | | |
| 11. Kuchen | _____ | _____ |
| 12. Bücher | _____ | _____ |
| 13. Kinder | _____ | _____ |
| 7;0-7;11 ↓ (weiter mit Untertest 12) | | |
| 14. Clown | _____ | _____ |
| 15. Hamburger | _____ | _____ |
| 16. Eingang | _____ | _____ |
| 17. Treppe | _____ | _____ |

Letzte Aufgabe abzüglich Fehler (-)
Rohwert =

10. Fotoserie
Skalenwert (Tafel 1)

Verhaltensbeobachtung und Bemerkungen:

Handwritten notes and observations on lined paper.

11. Wortschatz

FS
2;6-4;11 Jahre

| | Aufgabe | Antwort | Bewertung |
|----------|---------------------------|----------|-----------|
| 2;6-2;11 | 1. Stuhl | _____ | _____ |
| | 2. Fernsehgerät | _____ | _____ |
| | 3. Hund | _____ | _____ |
| 3;0-3;11 | 4. Banane | _____ | _____ |
| | 5. Tasse | _____ | _____ |
| | 6. Schere | _____ | _____ |
| | 7. Ohr | _____ | _____ |
| 4;0-4;11 | 8. Leiter | _____ | _____ |
| | 9. Reißverschluß | _____ | _____ |
| | 10. Fenster | _____ | _____ |
| | 11. Trommel | _____ | _____ |
| | 12. Taschenlampe | _____ | _____ |
| | 13. Briefkasten | _____ | _____ |
| | 14. Feder | _____ | _____ |
| | 15. Schreibmaschine | _____ | _____ |
| | | 2;6-2;11 | ☞ |
| | 16. Bank | _____ | _____ |
| | 17. Türgriff | _____ | _____ |
| | 18. Pfeil | _____ | _____ |
| | 19. Haken | _____ | _____ |
| | | 3;0-3;11 | ☞ |
| | 20. Lupe | _____ | _____ |
| | 21. Thermometer | _____ | _____ |
| | 22. Mikrophon | _____ | _____ |
| | 23. Fernglas | _____ | _____ |
| | 24. Thermoskanne | _____ | _____ |
| | | 4;0-4;11 | ☞ |
| | Letzte Aufgabe | _____ | _____ |
| | abzüglich Fehler (-) | _____ | _____ |
| | Rohwert = | _____ | _____ |
| | 11. Wortschatz | | |
| | Standardwert | | |
| | (Tafel 1) | | |

Verhaltensbeobachtung und Bemerkungen:

12. Gesichter und Orte

FS
2;6-12;5 Jahre

| | Aufgabe | Antwort | Bewertung |
|-----------|-------------------------------|----------------------|-----------|
| 2;6-6;11 | 1. Nikolaus | _____ | _____ |
| | 2. Micky Maus | _____ | _____ |
| | 3. Donald Duck | _____ | _____ |
| | 4. Ernie | _____ | _____ |
| 7;0-9;11 | 5. Hänsel + Gretel | _____ | _____ |
| | 6. Rotkäppchen | _____ | _____ |
| | 7. Froschkönig | _____ | _____ |
| | 8. Rapunzel | _____ | _____ |
| | 9. Stadtmusikanten | _____ | _____ |
| | 10. Goldesel | _____ | _____ |
| | | 2;6-2;11 | ☞ |
| | | (Ende der Testreihe) | |
| 10;0-12;5 | 11. Max und Moritz | _____ | _____ |
| | 12. Frau Holle | _____ | _____ |
| | 13. Struwwelpeter | _____ | _____ |
| | 14. Erikkatum | _____ | _____ |
| | 15. Charlie Chaplin | _____ | _____ |
| | 16. Schiefer Turm | _____ | _____ |
| | | 3;0-6;11 | ☞ |
| | 17. Dom | _____ | _____ |
| | 18. Saturn | _____ | _____ |
| | 19. Pyramiden | _____ | _____ |
| | 20. Raumschiff | _____ | _____ |
| | 21. Die Queen | _____ | _____ |
| | 22. Wilhelm Busch | _____ | _____ |
| | 23. Chinesische Mauer | _____ | _____ |
| | 24. Albert Einstein | _____ | _____ |
| | 25. Mona Lisa | _____ | _____ |
| | 26. Tower Bridge | _____ | _____ |
| | 27. Buddha | _____ | _____ |
| | | 7;0-9;11 | ☞ |
| | 28. Turmbau zu Babel | _____ | _____ |
| | 29. Jerusalem | _____ | _____ |
| | 30. Beethoven | _____ | _____ |
| | 31. Koloss v. Rhodos | _____ | _____ |
| | 32. Fujiyama | _____ | _____ |
| | | 10;0-12;5 | ☞ |
| | Letzte Aufgabe | _____ | _____ |
| | abzüglich Fehler (-) | _____ | _____ |
| | Rohwert = | _____ | _____ |
| | 12. Gesichter und Orte | | |
| | Standardwert | | |
| | (Tafel 1) | | |

13. Rechnen

FS
3;0-12;5 Jahre

| | Aufgabe | Antwort | Bewertung |
|------------------------|----------------------------|---------|-----------|
| 3;0-5;11 | 1. 2 | _____ | _____ |
| | 2. 3 | _____ | _____ |
| | 3. 5 | _____ | _____ |
| | 4. Kreis | _____ | _____ |
| | 5. Dreieck | _____ | _____ |
| 6;0-6;11 | 6. 3 | _____ | _____ |
| | 7. 7 | _____ | _____ |
| | 8. 7 | _____ | _____ |
| | 9. 9 | _____ | _____ |
| | 10a. mehr Leute | _____ | _____ |
| | 10b. mehr Robben | _____ | _____ |
| | 11. 4 | _____ | _____ |
| | 12. 3 | _____ | _____ |
| | 13. 4 | _____ | _____ |
| | 14a. gleich viel | _____ | _____ |
| 14b. gleich viel | _____ | _____ | |
| | | | 3;0-3;11 |
| 7;0-7;11 | 15. Zehn | _____ | _____ |
| | 16. Zwölf | _____ | _____ |
| | 17. 17 | _____ | _____ |
| | 18. 2 | _____ | _____ |
| | | | 4;0-4;11 |
| 8;0-9;11 | 19. Siebenunddreißig | _____ | _____ |
| | 20. Dreißig | _____ | _____ |
| | 21. 11 | _____ | _____ |
| | | | 5;0-5;11 |
| 10;0-12;5 | 22. 60 | _____ | _____ |
| | 23. 4 | _____ | _____ |
| | 24. 10 | _____ | _____ |
| | 25. 4 | _____ | _____ |
| | | | 6;0-6;11 |
| | 26. 2 | _____ | _____ |
| | 27. 100 | _____ | _____ |
| | 28. 1200 | _____ | _____ |
| | | _____ | _____ |
| | | | 7;0-7;11 |
| | 29. 2,10 (210) | _____ | _____ |
| | 30. 25 | _____ | _____ |
| | 31. 20 | _____ | _____ |
| | 32. 15 | _____ | _____ |
| | 33. 80 | _____ | _____ |
| | 34. 2 / 5 | _____ | _____ |
| | 35. 3 | _____ | _____ |
| | 36. 9106 | _____ | _____ |
| | 37. 240 | _____ | _____ |
| | | | 8;0-12;5 |

Letzte Aufgabe _____
abzüglich Fehler (-) _____
Rohwert = _____

13. Rechnen
Standardwert _____
(Tafel 1)

14. Rätsel

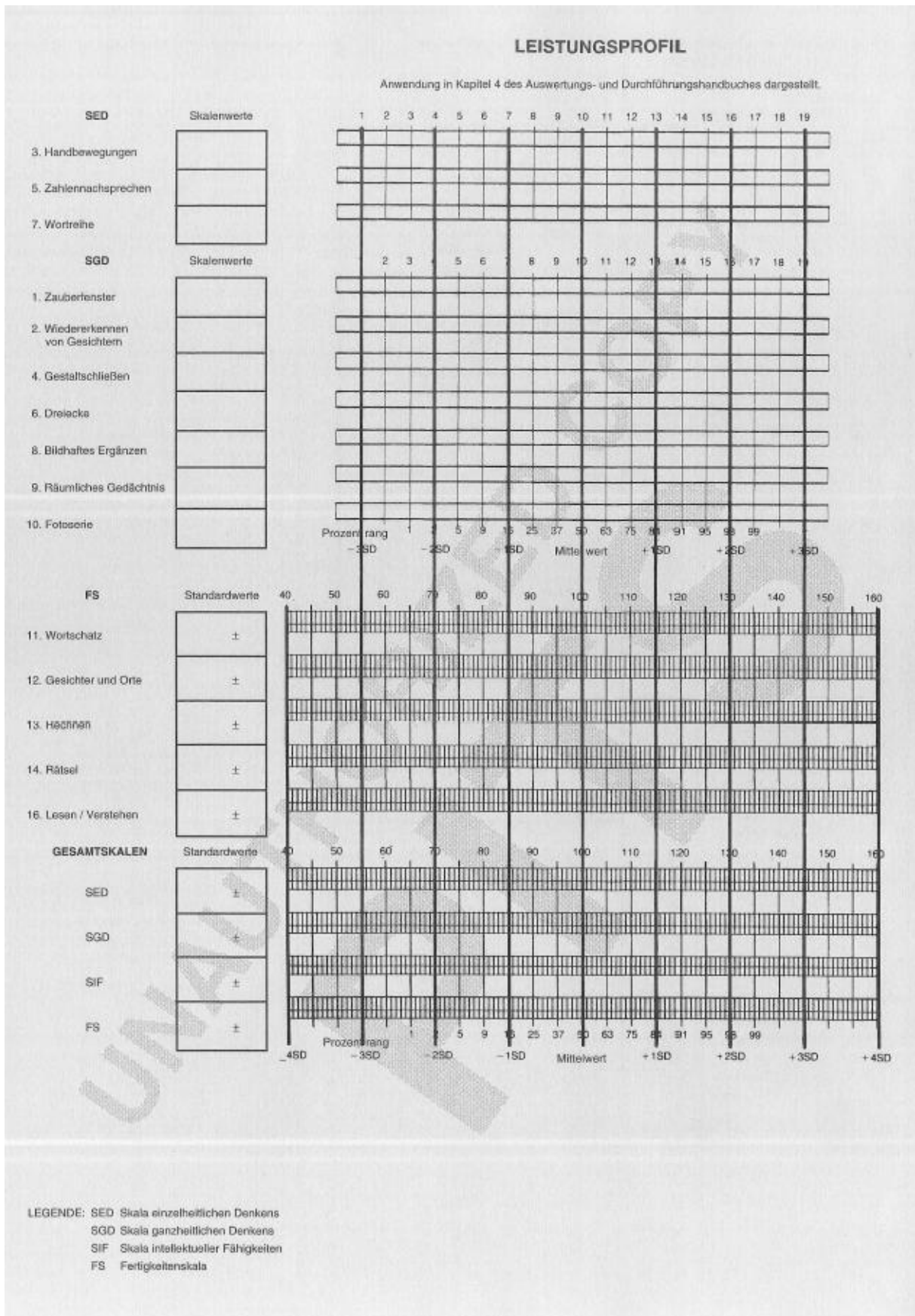
FS
3;0-12;5 Jahre

| | Aufgabe | Antwort | Bewertung |
|-----------|--------------------------|---------|-------------------------------|
| 3;0-5;11 | 1. Lampe | _____ | _____ |
| | 2. Ohren | _____ | _____ |
| | 3. Vogel | _____ | _____ |
| | 4. Hund | _____ | _____ |
| | 5. Regen | _____ | _____ |
| | 6. Ball | _____ | _____ |
| 6;0-6;11 | 7. Polizei | _____ | _____ |
| | 8. Biene | _____ | _____ |
| | 9. Bleistift | _____ | _____ |
| | 10. Ballon | _____ | _____ |
| 7;0-9;11 | 11. Schlüssel | _____ | _____ |
| | 12. Bart | _____ | _____ |
| | 13. Flugzeug | _____ | _____ |
| | 14. Uhr | _____ | _____ |
| | | | 3;0-3;11 |
| | | | (Ende der Testreihe) |
| 10;0-12;5 | 15. Drachen | _____ | _____ |
| | 16. Helm | _____ | _____ |
| | 17. Sirene | _____ | _____ |
| | 18. Gefängnis | _____ | _____ |
| | 19. Werbung | _____ | _____ |
| | | | 4;0-5;11 |
| | | | (Ende der Testreihe) |
| | 20. Wüste | _____ | _____ |
| | 21. Eintrittskarte | _____ | _____ |
| | 22. Fenster | _____ | _____ |
| | 23. Perle | _____ | _____ |
| | | | 6;0-7;11 |
| | | | (6;0-6;11 Ende der Testreihe) |
| | 24. Kaffee | _____ | _____ |
| | 25. Brücke | _____ | _____ |
| | 26. Universität | _____ | _____ |
| | 27. Scharnier | _____ | _____ |
| | 28. Insel | _____ | _____ |
| | | _____ | _____ |
| | | _____ | _____ |
| | | _____ | _____ |
| | | | 8;0-9;11 |
| | 29. Fossil | _____ | _____ |
| | 30. Zeit | _____ | _____ |
| | 31. Portrait | _____ | _____ |
| | 32. Hieroglyphen | _____ | _____ |
| | 33. Demokratie | _____ | _____ |
| | | | 10;0-12;5 |

Letzte Aufgabe _____
abzüglich Fehler (-) _____
Rohwert = _____

14. Rätsel
Standardwert _____
(Tafel 1)

Verhaltensbeobachtung und Bemerkungen:



Danksagung

Die Durchführung und das Gelingen dieser Arbeit wären ohne die Unterstützung mehrerer Personen nicht möglich gewesen, denen ich an dieser Stelle von Herzen danken möchte.

Zunächst möchte ich Herrn Prof. Alexander von Gontard insbesondere für die Überlassung des Dissertationsthemas aber auch für die hervorragende Betreuung, Unterstützung und Motivation zu jedem Zeitpunkt der Arbeit danken.

Weiterhin möchte ich mich bei Frau Dr. Monika Equit, Frau Dr. Meike Pälme und Frau Pia Fuhrmann für die gelungene Zusammenarbeit und fachliche Kompetenz aber auch freundschaftliche Begleitung während der Datenerhebung, Auswertung und des Diskussteilens danken. Ebenso danke ich dem gesamten Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Einen ganz herzlichen Dank gilt den teilnehmenden Kindern der Experimental- und Kontrollgruppe sowie ihrer Eltern, die stets problemlose Kooperation während der Datenerhebung geleistet haben und Interesse am Forschungsthema zeigten. Ohne ihre Unterstützung wäre die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen. Insbesondere die teilnehmenden Kinder haben durch optimale Mitarbeit zum Gelingen der Studie beigetragen.

Ferner möchte ich mich bei Frau Sarah Lenkeit, Frau Louisa Vitello und Herrn Paul Makuch für ihre Unterstützung bedanken.

Einen ganz herzlichen Dank gilt meinem Mann Nima, meinen Eltern und meiner Schwester Caroline, die mich nicht nur während der Dissertation begleitet haben und immer an das Gelingen der Arbeit glaubten. Sie haben mir erst die Möglichkeit für diesen Weg gegeben und mich in meinen Entscheidungen stets unterstützt.

Lebenslauf

Persönliche Daten

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| Name | Sheikhian (geb. Meyer) |
| Vorname | Christina Brigitte |
| Geburtsdatum/-ort | geboren am 11.11.1981 in Saarbrücken |
| Familienstand | verheiratet |
| Staatsangehörigkeit | deutsch |
| Religion | katholisch |

Ausbildung und Berufstätigkeit

| | |
|-------------------|---|
| Seit 01/2010 | Assistenzärztin im Klinikum Saarbrücken, Klinik für Herz- und Lungenkrankheiten, Intensivmedizin und Angiologie |
| 12/2009 | Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| 10/2005 – 12/2009 | Studium der Humanmedizin (Klinischer Abschnitt) an der Universität des Saarlandes |
| 08/2005 | Ärztliche Vorprüfung |
| 10/2003 – 12/2005 | Studium der Humanmedizin (Vorklinischer Abschnitt) an der Universität Ulm |
| 10/2001 – 10/2003 | Studium der Zahnmedizin |
| 06/2001 | Abitur |
| 1992 – 2001 | Marienschule Saarbrücken |
| 1988 – 1992 | Lindenschule Riegelsberg |

Praktische Erfahrungen

| | |
|---------------------|---|
| 08/2008 bis 07/2009 | Praktisches Jahr am Universitätsklinikum des Saarlandes (Klinik für Innere Medizin, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kliniken und Institute für Chirurgie) |
| 09/2007 | Famulatur Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum des Saarlandes, Prof. Abdul-Khaliq |
| 08/2007 | Famulatur Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulanz des Universitätsklinikum des Saarlandes, Prof. von Gontard |
| 03/2007 | Famulatur Orthopädie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Prof. Kohn |
| 03/2006 | Famulatur Neurologie, Klinikum Saarbrücken, Prof. Grotemeyer |

Promotion

Seit 2007

„Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im Vorschul- und Grundschulalter. Klinische und interaktionelle Aspekte.“

Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. Alexander von Gontard

Weitere praktische Erfahrungen

09/2003 - 10/2003

Pflegedienstpraktikum im Caritas-Krankenhaus Dillingen

03/2004

Pflegedienstpraktikum im Krankenhaus St. Josef, Dudweiler

09/2004

Pflegedienstpraktikum im Krankenhaus St. Josef, Dudweiler