

**Bindung und ADHS**  
**Kindliche und elterliche Bindungsrepräsentanzen bei Aufmerksamkeitsdefizit-**  
**Hyperaktivitätsstörung**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades  
der Humanwissenschaftlichen Fakultät  
der Universität zu Köln

vorgelegt von  
**Vanessa Kummetat**

Köln

2007

Erster Gutachter: Prof. Dr. med. Roland Schleiffer

Zweiter Gutachter: Priv. Doz. Dr. paed. Rüdiger Kißgen

Tag der Disputatio: 20.12.2007

## Inhaltsverzeichnis

<b>0.</b>	<b>Vorwort.....</b>	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Theoretische Grundlagen.....</b>	<b>12</b>
2.1	Bindungstheorie.....	12
2.1.1	Grundlagen der Bindungstheorie und Beginn der Bindungsforschung.....	12
2.1.2	Bindungsqualitäten.....	15
2.1.3	Internale Arbeitsmodelle und intergenerationale Transmission.....	19
2.1.4	Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie.....	22
2.2	ADHS.....	24
2.2.1	Definition, Klassifikation und Diagnostik.....	24
2.2.2	Prävalenz und Komorbidität.....	27
2.2.3	Verlauf.....	31
2.2.4	Ätiologie und Pathogenese.....	32
2.2.5	Therapie.....	38
2.3	Bindung und ADHS.....	44
<b>3.</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen.....</b>	<b>54</b>
<b>4.</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>58</b>
4.1	Auswahl der Stichprobe.....	58
4.2	Ablauf der Untersuchung.....	60
4.3	Eingesetzte Verfahren.....	60
4.3.1	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-III).....	60
4.3.2	Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D).....	61
4.3.3	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL / 4-18).....	63
4.3.4	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 / DSM-IV (DISYPS-KJ).....	64
4.3.5	Geschichtenergänzungsverfahren (GEV) zur Erfassung der kindlichen Bindungsqualität.....	65
4.3.6	Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (AAP) zur Erfassung der elterlichen Bindungsrepräsentation.....	67
4.4	Überblick über verwendete Variablen.....	69
4.5	Statistische Datenverarbeitung.....	70

<b>5.</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>71</b>
5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	71
5.2	Ergebnisse der Leistungsdiagnostik (HAWIK-III).....	72
5.3	Ergebnisse der psychopathologischen Befunderhebung (CASCAP-D).....	73
5.4	Auswertung des Elternfragebogens (CBCL / 4-18).....	78
5.5	Resultate der ADHS-Diagnostik (DISYPS-KJ).....	80
5.6	Ergebnisse zur kindlichen Bindungsqualität (GEV).....	85
5.7	Ergebnisse zur elterlichen Bindungsrepräsentation (AAP).....	91
5.8	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	96
<b>6.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>99</b>
6.1	Zur Bedeutung der Variablen Geschlecht, Alter, Nationalität und Intelligenz im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik.....	99
6.2	Zur Bedeutung von psychopathologischer Belastung und psychosozialen Kompetenzen im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik.....	101
6.3	Zu den Resultaten der kategorialen und dimensional ADHS-Diagnostik.....	104
6.4	Zur Bindungsqualität von ADHS-Kindern.....	108
6.5	Zur Bindungsqualität der Eltern von ADHS-Kindern.....	114
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>120</b>
<b>8.</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>121</b>
<b>9.</b>	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>143</b>
<b>10.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>145</b>
10.1	Befundbogen des Psychopathologischen Befund-Systems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D).....	145
10.2	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – CBCL/4-18.....	149
10.3	Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen (DISYPS-KJ).....	153
10.4	Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher (DISYPS-KJ).....	158
10.5	AAP-Bilder.....	160

## 0. Vorwort

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen danken, die mich in unterschiedlicher Art und Weise bei der Erstellung meiner Arbeit unterstützt haben. Es ist unmöglich alle diese Personen aufzuführen, so dass ich mich auf einige für mich besonders bedeutsame Personen beschränken werde. Sämtlichen nicht namentlich aufgeführten Personen möchte ich hiermit sehr herzlich für ihre inhaltliche, emotionale und moralische Unterstützung danken.

Mein Dank gebührt insbesondere meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Roland Schleiffer, der es verstanden hat, mein Interesse für die Bindungstheorie und entwicklungspsychopathologische Fragestellungen zu wecken. Ohne die von Herrn Professor Schleiffer zur Verfügung gestellten materiellen und finanziellen Ressourcen wäre die Durchführung des Forschungsprojektes nicht möglich gewesen. Ich danke Professor Schleiffer außerdem für die kritische und stets konstruktive Auseinandersetzung mit den Inhalten der Arbeit in angenehmer Atmosphäre.

Besonderer Dank gilt Priv. Doz. Dr. paed. Rüdiger Kißgen für seine unermüdliche Begleitung und Unterstützung durch viele wertvolle Ratschläge auf dem Weg von der Planung des Forschungsprojektes über die Bearbeitung des umfangreichen Datenmaterials bis hin zur konstruktiven Unterstützung bei der schriftlichen Darstellung der theoretischen und empirischen Inhalte.

Weiterhin möchte ich den damaligen Studentinnen Jennifer Dahmann, Sarah Strauß, Henrike Terhardt und Carmen Mekouar danken, die sehr engagiert und zuverlässig die Durchführung der Bindungsinterviews der untersuchten Kinder übernommen haben.

Großer Dank gilt außerdem den teilnehmenden Familien für ihre Bereitschaft, am Forschungsprojekt mitzuwirken.

Für die Unterstützung bei der Rekrutierung der Stichprobe und bei der Datenerhebung danke ich den Direktoren und Lehrern der Grundschulen. Die mir zur Verfügung gestellten räumlichen Ressourcen haben die Durchführung des Forschungsprojektes erheblich erleichtert.

Mein Dank gilt zudem dem Kölner Gymnasial- und Stiftungsfonds für die Unterstützung in Form eines Zuschuss-Stipendiums in der Zeit von Januar 2004 bis Januar 2006.

Weiterhin danke ich meinen Kollegen Uwe Labatzki (Dipl.-Päd.) und Thorsten Herbst (Dipl.-Päd.) für die konstruktiven Diskussionen zum Thema meiner Arbeit.

Schließlich danke ich ganz besonders meiner Familie, insbesondere meiner Mutter und meinem Großvater, ohne deren finanzielle und moralische Unterstützung inklusive der Zurückstellung eigener Interessen die Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht gelungen wäre.

## 1. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, zählt derzeit zu den häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Die ADHS stellt neben den oppositionellen Verhaltensstörungen den häufigsten Anlass für die Vorstellung eines Kindes bei Psychotherapeuten, in Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologischen Diensten und in kinderpsychiatrischen Einrichtungen dar (Döpfner et al. 2002).

Die ADH-Störung ist durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und der motorischen Aktivität gekennzeichnet. Die wohl bekannteste Beschreibung eines hyperaktiven Kindes findet sich in der Geschichte des Zappelphilipps aus dem Kinderbuch Struwwelpeter, welches von dem Frankfurter Nervenarzt Heinrich Hoffmann bereits im Jahre 1844 verfasst wurde.

Der Störungsverlauf ist in der Regel chronisch und wird zumeist durch komorbide Störungen, insbesondere durch Störungen des Sozialverhaltens, in ungünstiger Weise beeinflusst. Bei bis zu zwei Drittel der ADHS-Patienten werden koexistierende Störungen angenommen (Lehmkuhl 2006).

Erste Symptome treten oftmals bereits im Säuglingsalter auf. Im Kindergarten führt die mit der Symptomatik verbundene mangelnde Verhaltenssteuerung und Impulskontrolle sowie das extrem dominante und nicht selten aggressive Verhalten vielfach zu einer sozialen Ausgliederung und Isolation der betroffenen Kinder (Steinhausen 2002).

Während im Vorschulalter vor allen Dingen die motorische Unruhe auffällt, treten in der Schulzeit insbesondere die Aufmerksamkeitsschwierigkeiten in den Fokus, da sie häufig eine erhebliche Beeinträchtigung der Lernleistung der betroffenen Kinder verursachen. Das impulsive und hyperaktive Verhalten der ADHS-Kinder bewirkt zumeist eine beträchtliche Störung des Unterrichts. Dies führt auf der einen Seite gehäuft zu Auseinandersetzungen zwischen den Eltern der betroffenen Kinder und ihren Lehrern. Hierbei kommt es nicht selten zu gegenseitigen Schuldzuweisungen. Lehrer werfen den Eltern oftmals erzieherische Inkompetenz vor. Eltern erheben hingegen den Vorwurf, dass die Lehrer ihr Kind nicht mögen und kein Verständnis für dessen Probleme aufbringen würden (Urzinger 2002, Von Voss 2002a). Auf der anderen Seite werden Kinder mit ADHS aufgrund ihres starken Dominanz- und Kontrolldranges sowie ihres Störverhaltens im Klassenverband häufig sozial ausgegrenzt.

Da die geschilderten problematischen Verhaltensweisen von ADHS-Kindern situationsübergreifend auftreten und somit zu Schwierigkeiten in vielen Institutionen (Familie, Kindergarten, Schule, Freizeiteinrichtungen u.a.) führen, in die diese Kinder

integriert sind, ist es nicht weiter verwunderlich, dass das Thema ADHS Psychologie und Pädagogik derzeit beschäftigt wie kein anderes (Heinemann 2003).

In den letzten Jahren sind vielerorts so genannte regionale Kompetenznetzwerke zum Thema ADHS entstanden, in denen verschiedene Fachgruppen (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Therapeuten u.a.) zusammenarbeiten, die an der Behandlung von ADHS-Patienten beteiligt sind. Die Netzwerke veranstalten unter anderem Fortbildungen und beantworten spezielle Fragen zum Thema ADHS.

Im April 2000 wurde die Arbeitsgemeinschaft *AG ADHS* der Kinder- und Jugendärzte e.V. gegründet, die Fortbildungen, Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen zum Thema ADHS durchführt und unter anderem Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bei ADHS herausgegeben hat.

Weiterhin ist eine Vielzahl von Selbsthilfeorganisationen entstanden. Im März 2007 haben sich zwei Eltern- und Betroffenenverbände aus Forchheim und Berlin zum Bundesverband ADHS Deutschland e.V. zusammengeschlossen. Der Verband verfügt über ein Netz von über 300 lokalen und regionalen Selbsthilfegruppen. Das Ziel der Betroffenenverbände besteht in der Aufklärung von Betroffenen, Eltern, Erziehern, Psychologen, Ärzten und Institutionen über das Krankheitsbild, Therapiemöglichkeiten und den Krankheitsverlauf der ADHS.

Neben der Gründung von zahlreichen neuen Verbänden und Organisationen hat es im letzten Jahrzehnt eine regelrechte Publikationsflut zum Thema ADHS gegeben. So finden sich in nahezu allen medizinischen, psychologischen, pädagogischen und therapeutischen Fachzeitschriften zahlreiche Artikel zu diesem Thema. Es ist zudem eine Vielzahl von Büchern zum Thema ADHS erschienen und seit dem Jahr 2000 wird die Zeitschrift ADHS-Report herausgegeben, die sich ausschließlich mit dem Thema ADHS befasst. In den letzten Jahren sind außerdem im Internet zahlreiche Webseiten zu diesem Thema entstanden. Bereits im Jahr 2000 reagierten 48.940 Webseiten auf das Stichwort ADHD (engl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (Von Thadden in DIE ZEIT 2000). Eine Internetrecherche mit der Google-Suchmaschine im Mai 2007 ergab 1.500.000 Treffer zum Suchbegriff ADHS und 1.54.000.000 Treffer zum Begriff ADHD.

Weiterhin sind in den letzten Jahren zahlreiche Studien an ADHS-Patienten durchgeführt worden. Ein Großteil der Studien richtete den Fokus auf neurobiologische Bedingungen. Eine genetisch bedingte Neurotransmitterstörung wird in den gängigen ätiologischen Modellen als ursächlich für die Störung angenommen.

Die Mehrzahl der ärztlichen Behandler behandelt die ADHS mittels einer psychopharmakologischen Therapie. Als Mittel der Wahl gilt der Wirkstoff Methylphenidat.

Die medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien hat sowohl innerhalb der Ärzteschaft, als auch innerhalb der anderen an der Behandlung der ADHS beteiligten Fachgruppen sowie in der Öffentlichkeit zu heftigen emotionalen Diskussionen geführt. Die Heftigkeit der Diskussion hängt unter anderem damit zusammen, dass die Angemessenheit einer psychopharmakologischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit einer relativ häufigen Symptomatik und ihr Einfluss auf die weitere psychische Entwicklung sehr kontrovers betrachtet werden. Hinzu kommt, dass es sich bei dem Wirkstoff Methylphenidat um ein Amphetamin handelt, welches falls es missbräuchlich in hohen Dosen eingesetzt wird, ein Abhängigkeitspotential birgt. Die Diskussion über das Krankheitsbild ADHS wird dadurch erschwert, dass mögliche Ursachen der Erkrankung kontrovers diskutiert werden und dementsprechend unterschiedliche Therapiemethoden als angemessen beurteilt werden. In der öffentlichen Debatte wurden insbesondere die Verordnung von Psychostimulanzien an Säuglinge und Kleinkinder sowie die Verordnung durch Arztgruppen, die in der Regel keine Kinder behandeln, problematisiert. Weiterhin wird die in den letzten Jahren drastisch angestiegene Verordnungsmenge von Methylphenidat sehr kritisch betrachtet und hinterfragt (Schubert et al. 2004).

Die Bindungstheorie ist ebenfalls ein Thema, das in den letzten Jahren viel Beachtung erfahren hat. Sie befasst sich mit dem Aufbau der frühen Beziehung zwischen Kindern und ihren primären Bezugspersonen sowie der Bedeutung der Qualität der Eltern-Kind-Bindung für die sozio-emotionale Entwicklung des Kindes.

Die Bindungstheorie wurde bereits in den 50er Jahren durch John Bowlby begründet. Bowlbys Theorie postuliert ein universelles bereits beim Neugeborenen angelegtes menschliches Bedürfnis nach einer engen emotionalen Bindung. Die Funktion der Bindungsbeziehung besteht darin, den Säugling in tatsächlich oder vermeintlich gefährlichen Situationen zu schützen und ihm ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Obgleich Bowlby seine Theorie bereits in den 70er Jahren publizierte (Bowlby 1969, 1973, 1980), ist erst in den letzten Jahren eine allgemeine wissenschaftliche Anerkennung und Verbreitung von bindungstheoretischen Annahmen und Erkenntnissen erfolgt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass John Bowlby, der von 1944-1961 in der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft aktiv war und seine Theorie auf der Basis von psychoanalytischen und ethologischen Erkenntnissen entwickelt hat, mit der Bindungstheorie den Nerv der psychoanalytischen Theorie – die Triebtheorie traf. Bowlby war aufgrund seiner klinischen Erfahrungen zu der Ansicht gelangt, dass insbesondere die Anhänger der

Psychoanalytikerin Melanie Klein die Bedeutung der Umwelt und des Realtraumas nicht hinreichend anerkannten. Im Wesentlichen gehen die Kleinianer davon aus, dass autoplastisch erzeugte Phantasien die Realitätswahrnehmung und –verarbeitung bestimmen und dass reale Erfahrungen lediglich eine Modifikation innerlich entstandener Phantasien bewirken können. Bowlby, der sich zunächst vorwiegend mit den schädlichen Auswirkungen von Trennungs- und Verlusterfahrungen auf die psychische Entwicklung beschäftigt hatte, war hingegen der Auffassung, dass die Inhalte von Phantasien überwiegend von Erfahrungen mit der Außenwelt geprägt sind (Dornes 2000).

Kritiker (A. Freud 1960, Schur 1960, Spitz 1960) warfen Bowlby vor, dass er sich nicht mit dem für die Psychoanalyse entscheidend wichtigen Inneren befasse und beklagten das Fehlen einer metapsychologischen Interpretation der zugrunde liegenden Dynamik in Begriffen der Triebtheorie (Köhler 1998). Die Psychoanalyse fürchtete einen Umsturz ihrer Metapsychologie und begegnete Bowlbys Theorie demzufolge zunächst mit deutlicher Ablehnung und Missbilligung. Weitere Kritikpunkte an Bowlbys Theorie waren seine Kritik der Triebtheorie, insbesondere die Relativierung libidinöser Bedürfnisse zugunsten von Bindungsbedürfnissen, seine Favorisierung der Tierverhaltensforschung als Hauptquelle einer Motivationstheorie, seine Marginalisierung der Bedeutung des Ödipuskomplexes, seine Einbeziehung außerpsychoanalytischer Disziplinen wie Kontrolltheorie und kognitive Psychologie und sein starker Akzent auf interpersonelle Interaktion sowie sein Interesse an systematischer Forschung (Dornes 2000).

Trotz heftiger Kritik und Entrüstung seitens seiner Kollegen aus der psychoanalytischen Fachgesellschaft stellte Bowlby die Forderung nach kontrollierten prospektiven Untersuchungen zur Überprüfung seiner Theorie anstelle von retrospektiven Befragungen Erwachsener.

Es war die kanadische Psychologin Mary Ainsworth (1967), die Bowlby durch ihre kulturvergleichenden Beobachtungsstudien erste empirische Grundlagen für seine Theorie lieferte. Eine anschließend von Ainsworth und ihren Mitarbeitern in Baltimore durchgeführte Längsschnittstudie kann als Beginn der prospektiven Bindungsforschung betrachtet werden. Im Rahmen der Baltimore-Studie gelang Ainsworth und ihren Mitarbeitern (1978) durch die Entwicklung einer standardisierten Beobachtungsmethode die Operationalisierung von Bindungsqualität. Mittels der so genannten *Fremden Situation* lässt sich bereits im Alter von 12 Monaten erstmalig die Bindungsqualität<sup>1</sup> eines Kindes erfassen. Inzwischen wurden zahlreiche weitere bindungsdiagnostische Verfahren entwickelt, mittels derer sich auch im

---

<sup>1</sup> Die Begriffe Bindungsqualität, Bindungsrepräsentanz, Bindungsstil und Bindungsmuster werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

Schul-, Jugend- und Erwachsenenalter die Bindungsqualität erheben lässt. Während mittels der *Fremden Situation* der Bindungsstil anhand des beobachtbaren Verhaltens bestimmt wird, werden mit zunehmendem Alter überwiegend sprachliche Äußerungen für die Bindungsklassifikation analysiert.

Nachdem sowohl im englischen als auch im deutschen Sprachraum prospektive entwicklungspsychologische Studien durchgeführt worden sind, hat sich die Bindungsforschung in den letzten Jahren zunehmend entwicklungspsychopathologischen Fragestellungen zugewandt. So wurden in der letzten Zeit mehrere Studien in klinischen Populationen durchgeführt (Van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg 1996).

Die Bindungstheorie gilt heute als eine der am besten empirisch untersuchten entwicklungspsychologischen Theorien über die emotionale Entwicklung (Brisch 2002).

Die allgemeine wissenschaftliche Anerkennung der Bindungstheorie zeigt sich neben einer Vielzahl an Publikationen darin, dass bindungstheoretische Themen an zahlreichen Universitäten und Fachhochschulen in den Lehrplänen der psychologischen und pädagogischen Lehrstühle enthalten sind. Weiterhin ist bindungstheoretisches Wissen fester Bestandteil in den theoretischen Ausbildungsplänen der meisten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute. Ein aktueller Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt über die Bedeutung negativer Bindungserfahrungen für die Entstehung psychischer Störungen belegt zudem die Aktualität und Relevanz bindungstheoretischen Wissens in medizinischen Fachkreisen (Wettig 2006).

Wie sich bereits anhand der großen Anzahl an Publikationen und Studien der letzten Jahre zeigt, stellen sowohl die Bindungstheorie als auch die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung nicht nur sehr aktuelle sondern auch sehr umfassend untersuchte Themen dar. Trotzdem ist es bislang kaum zu einer Verknüpfung der beiden Themen gekommen.

Dies erstaunt insbesondere deshalb, weil aus den Ergebnissen verschiedener Studien (z.B. Trautmann-Villalba et al. 2001) und den Berichten zahlreicher Eltern von ADHS-Kindern hervorgeht, dass die Beziehungen zwischen ADHS-Kindern und ihren Eltern oftmals bereits ab einem sehr frühen Zeitpunkt erheblich gestört sind.

Das weitestgehende Fehlen von Studien zum Zusammenhang von ADHS und Bindungsqualität verwundert um so mehr, zumal in den letzten Jahren eine zunehmende Verknüpfung von psychologischen und neurobiologischen Erkenntnissen zu beobachten ist.

So konnte anhand verschiedener Studien aus dem Bereich der Neurowissenschaften belegt werden, dass psychosoziale Erfahrungen die Ausbildung neuronaler Netzwerke beeinflussen. In vielen Untersuchungen konnten zudem neurophysiologische Korrelate psychopathologischer Zustände nachgewiesen werden. Insbesondere im Bereich der Psychotraumaforschung konnten anhand einer Vielzahl von Studien spezifische neurophysiologische Veränderungen bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen belegt werden (z.B. Perry et al. 1998).

Auf dem Hintergrund der geschilderten bislang noch weitestgehend fehlenden Verbindung der Themen ADHS und Bindungsqualität wurde die vorliegende Studie konzipiert. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht in der Untersuchung eines möglichen Zusammenhanges zwischen dem Vorliegen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und einer bestimmten kindlichen und elterlichen Bindungsqualität.

## **2. Theoretische Grundlagen**

### **2.1 Bindungstheorie**

#### **2.1.1 Grundlagen der Bindungstheorie und Beginn der Bindungsforschung**

Die Bindungstheorie ist eine psychologische Theorie über die emotionale Entwicklung des Menschen. Sie basiert auf psychoanalytischen Annahmen und verhaltensbiologischen Erkenntnissen. Die Bindungstheorie wurde in den 1950er Jahren von dem englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) begründet. Bowlby, der seine Theorie auf der Basis klinischer Erfahrungen und Beobachtungen entwickelte, publizierte seine Erkenntnisse erstmals in seiner Trilogie über Bindung, Trennung und Verlust (Bowlby 1969, dt. 1975, 1973, dt. 1976, 1980, dt. 1983).

Die Bindungstheorie besagt, dass der menschliche Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch determinierten Verhaltenssystems eine enge emotionale Bindung zu einer Bezugsperson aufbaut (Bowlby 1969).

Mit dem Begriff Bindung bezeichnet die Bindungstheorie die besondere affektive Beziehung eines Kindes zu seinen Hauptbezugspersonen, welche diese über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet (Ainsworth 1973, Grossmann et al. 2003a).

Das Bindungsverhaltenssystem stellt ein eigenständiges und grundlegendes Motivationssystem dar, welches mit anderen Motivationssystemen interagiert, jedoch nicht aus ihnen abgeleitet werden kann. Bowlby (1995) führt die Entstehung des Bindungssystems auf seine biologische Schutzfunktion im Verlauf der menschlichen Phylogenese zurück. In Belastungs- oder Gefahrensituationen werden so genannte Bindungsverhaltensweisen aktiviert, um die Nähe zur Bindungsperson zu erhalten oder wiederherzustellen. Typische Bindungsverhaltensweisen sind Rufen, Weinen, Anklammern, Nachfolgen, sowie Protest bei Trennung (Schmücker und Buchheim 2002).

Die Entstehung der Mutter-Kind-Bindung ist laut Bowlby umweltstabil. Dies bedeutet, dass jedes Kind – phylogenetisch determiniert – eine Hierarchie von Bindungen zur Hauptbezugsperson und anderen Personen aufbaut. Aus ontogenetischer Perspektive betrachtet Bowlby die Qualität der Bindung als umweltlabil, da sie durch die individuellen sozio-emotionalen Erfahrungen des Kindes mit der jeweiligen Bindungsperson geprägt ist.

Das Bindungssystem ist laut Bowlby in seiner voll ausgereiften Form bis zum 3. Lebensjahr entwickelt und bleibt das ganze Leben hindurch bestehen (Holmes 2002).

Komplementär zum kindlichen Bindungsverhaltenssystem existiert ein ebenfalls biologisch determiniertes elterliches Pflegeverhaltenssystem. Das Pflegesystem der Erwachsenen beinhaltet ein auf das Kind bezogenes Fürsorge- und Schutzbedürfnis (Bowlby 1995).

Bindungs- und Pflegeverhaltenssystem sind prä-adaptiv aufeinander abgestimmt und dienen im ethologischen Sinne der Arterhaltung, indem sie das Überleben des Individuums sichern (Bowlby 1969).

Ein Kind, das sich durch die Nähe einer zuverlässigen Bindungsfigur ausreichend sicher fühlt, ist in der Lage, seine Umgebung explorativ und spielerisch zu erkunden. In tatsächlich oder vermeintlich gefährlichen Situationen kann es die Bindungsperson in ihrer Funktion als *sichere Basis* (secure base) aufsuchen und dort Schutz und Hilfe erwarten (Ainsworth 1978). Das Zusammenspiel von Bindungs- und Explorationsverhalten lässt sich als eine „motivgeleitete Waage“ (Grossmann und Grossmann 1994, 28) vorstellen. In Situationen, die vom Kind als bedrohlich oder schwierig erlebt werden, ist das Bindungssystem aktiviert und das Explorationssystem deaktiviert. Sobald sich durch das Aufsuchen der *sicheren Basis* Wohlbefinden und ein Gefühl von Sicherheit einstellen, wird das Explorationssystem reaktiviert und Bindungsverhaltensweisen treten in den Hintergrund.

Dies entspricht den Erkenntnissen von Harlow (1971), der in seinen Studien an Rhesusäffchen zeigen konnte, dass ohne eine gewohnte Sicherheitsbasis weniger Spielverhalten auftritt.

Außer zur Hauptbindungsperson, die derzeit zumeist noch die Mutter ist, entwickelt der Säugling in der Regel noch zu drei bis vier anderen emotional bedeutsamen Personen eine Bindungsbeziehung. Diese weiteren Bindungspersonen werden in einer bestimmten Reihenfolge vom Säugling aufgesucht, sobald dessen Bindungssystem aktiviert wird. Bowlby (1976) spricht an dieser Stelle von einer Hierarchie der Bindungspersonen eines Kindes. Weitere Bindungspersonen sind besonders dann von Bedeutung, wenn die primäre Bindungsperson zeitweise oder völlig aus dem Leben eines Kindes verschwindet.

Aus den interaktiven und kommunikativen Erfahrungen, die ein Säugling im ersten Lebensjahr mit seiner Hauptbezugsperson macht, resultiert ein Gefühl von Bindung, das als Bindungsqualität betrachtet wird. Je nach Art der Erfahrungen weist der Säugling am Ende des ersten Lebensjahres eine sichere oder eine unsichere Bindungsqualität auf (Endres und Hauser 2000, Grossmann et al. 2003a).

Bowlby beschäftigte sich zunächst vorwiegend mit den Auswirkungen von Unterbrechungen und Beeinträchtigungen von Bindungsbeziehungen auf die seelische Gesundheit und die weitere Entwicklung des Kindes. Ursprünglich hatte Bowlby die Bindungstheorie für Kliniker konzipiert.

Zunächst wurde sie jedoch zu Bowlbys (1988) Enttäuschung vorwiegend von der Entwicklungspsychologie aufgegriffen. Inzwischen zeigt sich anhand zahlreicher Publikationen, dass bindungstheoretische Überlegungen und Erkenntnisse einen zunehmend stärkeren Eingang in klinisches und entwicklungspsychopathologisches Denken und Handeln finden (z.B. Brisch et al. 2002, Strauß et al. 2002, Endres und Hauser 2000, Suess et al. 2001, Grossmann et al. 2003b).

Die Bindungsforschung begann mit Ainsworths kulturvergleichenden Beobachtungen von Säuglingen und ihren Müttern in Uganda (Ainsworth 1967). Die kanadische Psychologin Mary D. Salter Ainsworth (1913 – 1999) lernte als Mitarbeiterin John Bowlbys die Bindungstheorie kennen als sie unter Bowlbys Leitung an der Londoner Tavistock-Klinik die Auswirkungen früher Mutter-Kind-Trennungen auf die Persönlichkeitsentwicklung untersuchte. Sie konnte ihre in Uganda gewonnen Erkenntnisse über die Bedeutung mütterlicher Feinfühligkeit durch eine von ihr und ihren Mitarbeitern in Baltimore durchgeführte Studie ergänzen (Grossmann et al. 2003b, Dornes 2000).

In dieser Längsschnittstudie, die als Beginn der prospektiven Bindungsforschung betrachtet werden kann, hat Ainsworth großen Wert auf direkte Verhaltensbeobachtungen gelegt. Vom Neugeborenenalter bis zum Ende des ersten Lebensjahres erfolgte alle 3-4 Wochen ein etwa 4-stündiger Hausbesuch bei den untersuchten Familien (Ainsworth et al. 1978).

In Uganda entwarf Ainsworth eine Skala zur Messung der mütterlichen Feinfühligkeit. Im Rahmen der Baltimore-Studie konnten Ainsworth et al. (1974) die Entwicklung der Feinfühligkeitsskalen abschließen. Die Ergebnisse der Baltimore-Untersuchung konnten inzwischen unter anderem in der Bielefelder Längsschnittstudie des Ehepaares Klaus und Karin Grossmann repliziert werden (Grossmann et al. 1985, Grossmann und Grossmann 1986).

Gloger-Tippelt (1999) resümiert, dass sich die Bindungsforschung mit dem Aufbau und den Veränderungen von Bindungsorganisation über die Lebensspanne, ihrer Manifestation im Verhalten sowie ihrer Repräsentation in Gedächtnis und Sprache befasst.

### 2.1.2 Bindungsqualitäten

Im Rahmen der Durchführung der Baltimore-Studie entwickelte Mary Ainsworth Ende der 60er Jahre eine Laborbeobachtungsmethode zur Erfassung der Bindungsqualität im Kleinkindalter. Die so genannte *Fremde Situation* (strange situation) hat sich inzwischen als Standardverfahren in der Bindungsforschung etabliert. Ursprünglich wurde sie von Ainsworth und Wittig (1969) konzipiert, um den Einfluss der An- oder Abwesenheit der Mutter auf das Explorationsverhalten einjähriger Kinder zu untersuchen. Die *Fremde Situation* besteht aus acht je dreiminütigen Episoden, in denen das Bindungssystem des 12 oder 18 Monate alten Kindes durch eine zweimalige Trennung von der Mutter aktiviert wird. Als maßgeblicher Indikator für die Bindungsqualität stellte sich die unterschiedliche Reaktion des Kindes auf die Wiederkehr der Mutter nach den Trennungen heraus (Dornes 2000).

Ainsworth und ihre Mitarbeiter (1978) konnten drei typische Verhaltensmuster in diesen Situationen beobachten. Sie konnten die Kinder daraufhin drei Hauptgruppen zuordnen. Sicher gebundene Kinder (Gruppe B) zeigen deutliches Bindungsverhalten, lassen sich jedoch durch die Rückkehr der Eltern schnell wieder beruhigen. Unsicher-vermeidend gebundene Kinder (Gruppe A) scheinen den Elternteil nicht zu vermissen und auch seine Rückkehr kaum zu bemerken. Unsicher-ambivalente Kinder (Gruppe C) sind durch die Trennung äußerst verzweifelt und lassen sich auch in der Wiedervereinigung kaum beruhigen. Ihr Verhalten ist durch Ärger und Ambivalenz gekennzeichnet (Endres und Hauser 2000).

Um sicherzustellen, dass es sich bei den in der *Fremden Situation* beobachteten Verhaltensweisen um situationsübergreifende Merkmale der Interaktion in den jeweiligen Mutter-Kind-Dyaden handelt, untersuchten Ainsworth und ihre Mitarbeiter (1978) zusätzlich die Interaktion zwischen Müttern und Kindern im häuslichen Milieu (Scheidt und Waller 2002).

Ainsworth et al. konnten zeigen, dass die verschiedenen Verhaltensweisen der Kinder in der *Fremden Situation* das Ergebnis der Interaktionsgeschichte im ersten Lebensjahr sind. Als bedeutsamste Kategorie für die Bindungsqualität stellte sich die mütterliche Feinfühligkeit heraus. Feinfühligkeit definieren Ainsworth et al. (1974) als die Fähigkeit der Bindungsperson Signale und Bedürfnisse des Kindes (1) wahrzunehmen, diese (2) angemessen zu interpretieren und (3) prompt und (4) adäquat darauf zu reagieren.

In der Bielefelder Längsschnittstudie konnten Grossmann et al. (1985) herausarbeiten, dass feinfühligere Mütter

- ihre Kinder seltener ignorieren,

- ihr Kind häufiger grüßen, wenn sie es wieder sehen,
- ihr Kind häufiger liebevoll in den Arm nehmen,
- die Aktivitäten ihres Kindes seltener durch Hochheben unterbrechen und sich seltener mit Routinetätigkeiten befassen, während sie ihr Kind tragen.

Ainsworth et al. (1978) fanden heraus, dass ein Säugling, dessen Bedürfnisse von der Pflegeperson feinfühlig beantwortet werden, mit großer Wahrscheinlichkeit eine sichere Bindung an diese Person entwickelt. Dies bedeutet, dass er die Bindungsfigur in Stresssituationen als sichere Basis nutzen kann und von dieser Basis aus seine Umgebung frei explorieren kann.

Die Untersuchungen in Baltimore und Bielefeld belegten einen engen Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und zahlreichen positiven Verhaltensweisen der Säuglinge. So zeigte sich, dass sechs bis neun Monate alte Kinder seltener weinten, weniger Ärger, Aggressionen und Ängstlichkeit in den Interaktionen mit der Mutter zeigten, mehr Vertrauen in ihre Hilfsbereitschaft besaßen und eher in der Lage waren, sie als Sicherheitsbasis zu nutzen, von der aus sie ihre Umwelt erkunden konnten.

Im Kindergartenalter weisen Kinder, die im ersten Lebensjahr als sicher gebunden klassifiziert wurden eine höhere soziale Kompetenz, ein höheres Maß an Selbständigkeit bei der Lösung von Konflikten sowie bessere Konzentrationsleistungen im Spielverhalten auf als unsicher gebundene Kinder (Suess et al. 1992).

Zimmermann (1994, 1995) konnte bei Jugendlichen, die im Rahmen der Bielefelder Längsschnittstudie untersucht wurden zeigen, dass Jugendliche mit sicherer Bindungsrepräsentation häufiger einen stabilen Freundeskreis mit regelmäßigen Kontakten zu Freunden aufwiesen. Außerdem verfügten diese Jugendlichen über ein höheres Maß an subjektivem Wohlbefinden und erlebten mehr Akzeptanz in ihrem Beziehungsnetz.

Becker-Stoll (1997) konnte bei Sechzehnjährigen aus der Regensburger Längsschnittstudie Zusammenhänge zwischen einer sicheren Bindungsrepräsentation und mehr Autonomie- und Verbundenheitförderndem Verhalten im Vergleich mit Jugendlichen mit unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation nachweisen.

Ainsworth et al. (1978) konnten zeigen, dass unsicher-vermeidend gebundene Kinder die Erfahrung gemacht haben, dass sie oftmals zurückgewiesen werden, wenn sie den Wunsch nach Nähe zeigen. Diese Kinder wirken auf den ersten Blick sehr selbständig. Auf die Trennung von der Bindungsperson in der *Fremden Situation* reagieren sie scheinbar unbeeindruckt und geben zumeist vor, ganz vom Spiel absorbiert zu sein. Physiologische

Messungen zeigen jedoch, dass diese Kinder stark unter Stress stehen (Spangler und Grossmann 1993 und Spangler und Schieche 1995). Im Verlaufe der weiteren Entwicklung zeigen vermeidend-gebundene Kinder deutlich mehr feindselig-aggressives Verhalten sowohl gegenüber Gleichaltrigen als auch gegenüber der eigenen Mutter (Becker-Stoll 2002, Main 1977, George und Main 1979).

Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindungsorganisation haben die Erfahrung gemacht, dass die Reaktionen der Bindungsperson auf ihre Bindungs- und Explorationsbedürfnisse nicht vorhersehbar sind. Die kindlichen Signale werden manchmal zuverlässig und feinfühlig und ein anderes Mal mit Zurückweisung und Ablehnung beantwortet. Da ein solches Kind nie weiß, wann ihm seine Sicherheitsbasis zur Verfügung steht und wann nicht, befindet es sich ständig in Alarmbereitschaft. Das Bindungssystem solcher Kinder ist chronisch aktiviert (Ainsworth et al. 1978).

In Ainsworths Baltimore-Studie wurden 68% der Kinder als sicher (B), 20% als vermeidend (A) und 12% als ambivalent (C) gebunden klassifiziert. Die prozentuale Verteilung in der Baltimore-Studie ist mit Studienergebnissen auf der ganzen Welt relativ gut vergleichbar (Van Ijzendoorn und Sagi 1999).

Van Ijzendoorn (1992) gibt folgende Standardverteilung der Mutter-Kind-Bindungen in den USA an: 67% B, 21% A und 12% C. In mehreren deutschsprachigen Studien mit der Fremden Situation tritt das A-Muster jedoch deutlich häufiger und das C-Muster seltener auf (Gloger-Tippelt et al. 2000).

Anfang der achtziger Jahre entdeckten Main und Weston (1981), dass sich einige Kinder (12.5%) nicht gut in das Klassifikationssystem von Ainsworth et al. (1978) einordnen ließen. Bei einer Reanalyse der Videos schwer klassifizierbarer Kinder fanden Main und Solomon (1986, 1990) als gemeinsames Merkmal dieser Kinder eine Reihe von ungewöhnlichen und zum Teil widersprüchlichen Verhaltensweisen, die sie in ihrer Gesamtheit als desorganisiertes Verhalten bezeichneten.

Das Verhalten dieser Kinder ist gekennzeichnet durch widersprüchliche Verhaltenstendenzen, un- oder fehlgerichtete Bewegungen, Verhaltensstereotypen, das Einfrieren von Bewegungen, anomale Körperhaltungen, Angst vor oder Aggression gegen die Bindungsperson sowie direkte Anzeichen von Desorganisation und Desorientierung.

Bei desorganisierten Kindern kann in der *Fremden Situation* keine durchgängige Verhaltensorganisation festgestellt werden. Die zugrunde liegende sichere oder unsichere Bindungsstrategie weist deutliche Organisationsbrüche auf (Spangler et al. 2000).

Manifestationen desorganisierten Verhaltens dauern häufig nicht länger als 10-30 Sekunden an. Deshalb wird bei einer Zuordnung in die D-Kategorie zusätzlich eine alternative zweite passende Klassifikation vorgenommen (Hesse und Main 2002).

Kleinkinder mit Anzeichen von Desorganisation ihrer Bindungsstrategie zeigen auf der physiologischen Ebene die höchsten Indikatoren von Stress (Hertsgaard et al. 1995, Spangler et al. 2000, Grossmann und Grossmann 2002).

In nicht-klinischen Stichproben liegt der Anteil der Kinder, die desorganisierte Verhaltensmuster zeigen, bei 15-25% (Main 1995, Van Ijzendoorn et al. 1999). In Stichproben mit misshandelten Kindern erreicht er bis zu 80% (Carlson et al 1989, Lyons-Ruth et al. 1991).

Diese Ergebnisse entsprechen der Annahme von Hesse und Main (2002), dass desorganisiertes Verhalten immer dann zu erwarten ist, wenn sich das Kind besonders vor seinen Bindungspersonen fürchtet. Hesse und Main (2002) nehmen darüber hinaus an, dass ein desorganisierter Bindungsstil nicht nur als Ergebnis einer direkten traumatischen Misshandlungserfahrung des Kleinkindes entsteht, sondern auch einen Effekt der zweiten Generation darstellen kann. Bindungspersonen, die selbst eine noch unverarbeitete schwer wiegende Traumatisierung erlitten haben, verhalten sich oftmals entweder ängstigend oder sind selbst verängstigt in der Interaktion mit ihrem Kind.

Klinische Bindungsstudien zeigen, dass neben Misshandlung und sexuellem Missbrauch auch Substanzmittelabhängigkeit und andere psychiatrische Erkrankungen der Bezugspersonen mit einem signifikant erhöhten Prozentsatz desorganisierter Bindungen zwischen Kind und Mutter einhergehen (Lyons-Ruth und Jacobvitz 1999, Jacobvitz et al. 2001, Van Ijzendoorn et al. 1999).

George und Solomon (1996, 1999) fanden in ihren Forschungsarbeiten zum elterlichen Pflegeverhalten einen Zusammenhang zwischen hilflosem, chaotischem und inkonsistentem Verhalten der Mütter in der Pflegeinteraktion und desorganisiertem Verhalten der Kinder. Das Verhalten der Mütter lag in diesen Fällen nicht in einem ungelösten Trauma, einem Trennungs- oder Verlusterlebnis begründet.

Lyons-Ruth und Jacobvitz (1999) weisen auf den Einfluss von sozialen Risiken und Belastungen hin. In ihren Studien verhielten sich Eltern desorganisierter Kinder, die durch Faktoren wie Armut, Gewalt oder schlechte Wohnbedingungen belastet waren, häufig feindselig und hilflos gegenüber ihren Kindern.

Spangler vertritt die Ansicht, dass neben sozialen Erfahrungen mit der Bezugsperson auch individuelle Dispositionen in der kindlichen Verhaltensorganisation eine Rolle bei der

Entwicklung von desorganisiertem Bindungsverhalten spielen. Spangler et al. (2000) konnten in einer Studie feststellen, dass desorganisierte Kinder bereits unmittelbar nach der Geburt eine eingeschränkte Verhaltensorganisation aufweisen. In einer vorangegangenen Studie von Spangler et al. (1996) konnte kein Zusammenhang zwischen reduzierter Feinfühligkeit der Hauptbezugsperson und desorganisiertem Bindungsverhalten des Kindes festgestellt werden. Spangler et al. (2000) sind der Ansicht, dass mütterliche Feinfühligkeit bedeutsam für die Entwicklung von Bindungssicherheit ist, jedoch nicht für die Entstehung von desorganisiertem Verhalten.

Main und Solomon (1990) berichten hingegen, dass die Mehrzahl der Kleinkinder mit einem jedoch nicht mit dem jeweils anderen Elternteil als desorganisiert eingestuft werden. Bindungs-Desorganisation scheint sich ihrer Auffassung nach eher in einer bestimmten Beziehung zu entwickeln als dass sie eine individuelle Charakteristik oder eine angeborene Eigenheit des Kleinkindes darstellt.

### **2.1.3 Internale Arbeitsmodelle und intergenerationale Transmission**

Im Verlaufe des zweiten und dritten Lebensjahres beginnen Kinder, ihre bisherigen Interaktionserfahrungen zunehmend mental zu repräsentieren. Diese auf den frühkindlichen Beziehungserfahrungen des Kindes basierenden psychischen Konstruktionen bezeichnet Bowlby (1973) als internale Arbeitsmodelle von Bindung (inner working models).

Auf der Basis dieser generalisierten verinnerlichten Erfahrungen entwickelt das Kind eine Vorstellung von sich selbst und von anderen. Innere Arbeitsmodelle sind handlungs- und erwartungsleitend. Sie haben die Funktion, das Verhalten anderer Personen vorherzusagen sowie das eigene Verhalten zu organisieren (Bowlby 1969).

Internale Arbeitsmodelle existieren zum Teil außerhalb des Bewusstseins und neigen zu deutlicher Stabilität. Einmal konstruierte Modelle werden aufrechterhalten, indem Informationen, die nicht mit dem vorhandenen Modell übereinstimmen, in Form einer Abwehr ausgeblendet werden (Egeland 2002).

Neuartige Beziehungserfahrungen können eine Änderung des Bindungsmodells bewirken. Dies wird jedoch mit zunehmendem Alter immer schwieriger. Bowlby (1995) betont, dass trotz der zunehmenden Reduzierung des Veränderungspotentials mit fortschreitendem Alter eine Änderung der Bindungsrepräsentation prinzipiell jederzeit möglich ist.

Bei Kindern konnte beispielsweise eine positive Veränderung der Bindungsqualität durch eine Verbesserung der elterlichen Ehequalität erreicht werden (Belsky 1991). In einer

holländischen Interventionsstudie konnte eine deutliche Verbesserung durch ein Feinfühligkeitstraining für die Eltern sehr unruhiger Säuglinge erzielt werden (Van den Boom 1994).

Unter dem Einfluss kritischer Lebensereignisse oder einer Verschlechterung der aktuellen Lebenssituation kann es jedoch auch zu einer negativen Veränderung des Bindungsstils kommen (Erickson et al. 1989, Sroufe und Egeland 1991).

Für das Erwachsenenalter weist Mestel (2001) auf die Möglichkeit einer Veränderung internaler Arbeitsmodelle durch Psychotherapie hin. Er verweist auf eine Untersuchung von Fonagy und Mitarbeitern bei der immerhin 40% der zu Beginn der Therapie unsicher Gebundenen am Ende der Therapie eine sichere Bindungsrepräsentation entwickelt hatten (Fonagy et al. 1993 zit. n. Mestel 2001, 107).

Erwachsene, denen es trotz ungünstiger Kindheitsbedingungen gelungen ist, eine sichere Bindungsrepräsentation zu entwickeln, werden in der Literatur als *earned secure* (erworbene Sicherheit) bezeichnet (Main 1995). Von erworbener Sicherheit spricht man, wenn es einem Individuum gelungen ist, negative Bindungserfahrungen zu reflektieren und sie in ein kohärentes Bild zu integrieren (Schmidt und Strauß 2002).

Es ist derzeit noch unklar, ob ein dominantes Arbeitsmodell existiert, das vorrangig in Beziehungen mit anderen Menschen aktiviert wird und das Verhalten in der Interaktion bestimmt, oder ob je nach Übertragungssituation etwa das Arbeitsmodell der Mutter oder des Vaters aktiviert wird. Köhler (1998) nimmt an, dass sich eine Hierarchie der Arbeitsmodelle bildet. Brisch (1999) weist darauf hin, dass die etwaige Existenz von gesünderen aber in den Hintergrund getretenen Bindungsmodellen therapeutisch sehr bedeutsam wäre. Rezessive sichere Bindungsmuster könnten möglicherweise in der Therapie reaktiviert werden.

Mitte der achtziger Jahre haben George, Kaplan und Main (1985) eine Methode zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen im Erwachsenenalter entwickelt. Das so genannte Adult Attachment Interview (AAI) ist ein halbstrukturiertes Interview, das einerseits bindungsrelevante Kindheitserinnerungen erfragt und andererseits die Bewertung dieser Erfahrungen für die eigene Persönlichkeit ergründen soll.

Das Erwachsenenbindungsinterview dient nicht der retrospektiven Erhebung der frühen Bindungsqualität, sondern der aktuellen Organisation der Gedanken und Gefühle in Bezug auf die eigene Bindungsgeschichte.

Zu den Hauptkriterien für die Klassifikation zählen die sprachliche Kohärenz des Interviews, die Integration eigener Bindungserfahrungen und die Wertschätzung von Bindung. Kohärent

ist ein Interview, das sich durch Klarheit, Vollständigkeit, Angemessenheit und Verständlichkeit der geschilderten Beziehungserfahrungen und deren Bewertung auszeichnet. Im Gegensatz zu den in der Kindheit erfassten spezifischen Arbeitsmodellen von den jeweiligen Beziehungen erhebt man mit der Bindungsrepräsentation ein generalisiertes inneres Arbeitsmodell von Bindung (Zimmermann et al. 1999, 2002).

Analog zu den Bindungsmustern in der Kindheit werden Personen als sicher-autonom (F), unsicher-distanziert (D), unsicher-verwickelt (E) und zusätzlich als unsicher-desorganisiert (U) klassifiziert (Bretherton 2002).

Da sich ein geringer Prozentsatz an Interviews nicht in eine dieser vier Kategorien einordnen ließ, entwickelte Hesse (1994) eine zusätzliche fünfte Kategorie. Die „Cannot Classify“-Kategorie (CC) wird vergeben, wenn entweder zwei kontrastierende „states of mind“ in ein und demselben Interview auftreten und keine primäre Strategie erkannt werden kann oder wenn das Transkript auf einer globalen Ebene keine Kohärenz erkennen lässt. Die CC-Kategorie wurde bisher vorwiegend in Populationen mit schwerer Psychopathologie vergeben (Van Ijzendoorn et al. 1997).

George et al. (1984, 1985, 1996) haben eine projektive Methode zur Erfassung der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen entwickelt, die als qualitativ überzeugend und ökonomisch betrachtet wird (Buchheim und Strauß 2002). Das so genannte Erwachsenen-Bindungs-Projektiv, englisch Adult Attachment Projective (AAP) ist ein projektives Verfahren, das aus acht Umrisszeichnungen besteht. Eine umfassende Erläuterung dieses Verfahrens erfolgt unter Punkt 4.3.6.

Die Erfassung der Bindungsrepräsentation erwachsener Menschen entwickelte sich im Rahmen transgenerationaler Bindungsforschung aus dem Interesse, die Weitergabe elterlicher Bindungserfahrungen an die nächste Generation zu untersuchen. In einer ganzen Reihe von Studien konnten Korrelationen zwischen der Bindungsrepräsentation der Mütter im AAI und der Bindungsorganisation des Kindes in der Fremden Situation nachgewiesen werden.

So konnten Fonagy et al. (1991) und Steele und Steele (1994) in prospektiv angelegten Studien zeigen, dass die mit dem AAI erfasste Bindungsrepräsentation schwangerer Mütter in 75% der Fälle als zuverlässiger Prädiktor für die am Ende des ersten Lebensjahres anhand der Fremden Situation erhobene Bindungsqualität des Kindes betrachtet werden konnte.

Benoit und Parker (1994) konnten diese Ergebnisse in ihrer Untersuchung über drei Generationen replizieren. Die Mutter-Kind-Bindung konnte anhand eines pränatal durchgeführten Bindungsinterviews in 81% der Fälle vorhergesagt werden. Ausgehend von der Erfassung der Bindungsrepräsentation der Großmutter lag die Vorhersagbarkeit noch bei 75%.

Eine von Van Ijzendoorn (1995) in Holland durchgeführte Metaanalyse bestätigt den Zusammenhang zwischen der Qualität der sprachlichen Bindungsorganisation von Eltern und der Qualität der Bindungsverhaltensorganisation ihrer Kinder.

Die inzwischen in zahlreichen Studien nachgewiesenen Korrelationen zwischen elterlichen und kindlichen Bindungsqualitäten werden als Hinweis auf die generationsübergreifende Weitergabe von Bindungsstilen, die so genannte *intergenerationale Transmission* betrachtet.

Bei der Suche nach Faktoren und Mechanismen, die für diese Weitergabe verantwortlich sind, existiert jedoch noch eine deutliche Erklärungslücke. Die elterliche Sensitivität scheint eine wesentliche Rolle bei der transgenerativen Übertragung zu spielen. Sie allein kann jedoch die Transmission von Bindungsqualitäten nur unzureichend erklären (Van Ijzendoorn 1995, Gomille und Gloger-Tippelt 1999).

#### **2.1.4 Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie**

Die Bindungstheorie beschäftigt sich mit dem Einfluss von Beziehungserfahrungen auf die Entwicklung von seelischer Gesundheit und Krankheit. Dabei befasst sie sich mit Bedingungen, die den Aufbau enger emotionaler Beziehungen fördern oder einschränken können. Darüber hinaus zeigt sie Konsequenzen von Unterbrechungen, Beeinträchtigungen oder Störungen von Bindungsbeziehungen für die weitere Entwicklung auf.

Eine sichere Bindungsorganisation stellt aus entwicklungspsychopathologischer Sicht einen zentralen Schutzfaktor und eine unsichere Bindungsorganisation einen Vulnerabilitätsfaktor dar (Zimmermann 2002, Zimmermann et al. 2000).

Eine Meta-Analyse von Van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) ergab, dass unsichere Bindungsrepräsentationen in klinischen Populationen eindeutig höher repräsentiert sind als in nicht-klinischen Gruppen.

Bei der Untersuchung von Bindungsrepräsentationen in klinischen Stichproben zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Verhaltensstörungen und Drogenmissbrauch und einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation (Rosenstein und Horowitz 1996).

Bei Jugendlichen mit Tendenzen zu Essstörungen konnte ebenfalls ein Zusammenhang mit der unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation festgestellt werden (Cole-Detke und Kobak 1996, Fonagy et al. 1996).

In Stichproben aus Jugendlichen mit affektiven Störungen dominierte in mehreren Studien das unsicher-verwickelte Bindungsmuster (z.B. Cole-Detke und Kobak 1996). Des weiteren

fanden sich Korrelationen zwischen einer desorganisierten Bindungsorganisationen und Suizidversuchen oder Borderlinestörungen (Adam et al. 1995, Fonagy et al. 1996).

Main (2002) verweist auf Studien, die eine unsichere Bindungsrepräsentation bei den meisten Müttern klinisch belasteter Kinder festgestellt haben.

Goldberg (1997) postuliert, dass je schwerwiegender eine Störung ist, desto seltener existieren sichere Bindungsmuster bei den Betroffenen und desto häufiger treten zusätzlich desorganisierte Verhaltensweisen auf.

Bindungssicherheit und Bindungsunsicherheit sind jedoch nicht mit seelischer Gesundheit und Psychopathologie gleichzusetzen. Bindungssicherheit bedeutet vielmehr eine größere Kompetenz im Umgang mit seelischer Belastung (Zimmermann 2002, Zimmermann et al. 2000).

Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht müssen in der Regel noch weitere Risikofaktoren hinzukommen, damit sich über einen längeren Zeitraum Störungsformen entwickeln. Dabei geht man davon aus, dass es sich in den seltensten Fällen um Einzelursachen handelt, sondern zumeist um ein komplexes Ursachengeflecht (Suess und Zimmermann 2001).

Spangler und Zimmermann (1999) betonen, dass gemäß den entwicklungspsychopathologischen Prinzipien der Äquifinalität und der Äquikausalität (Sroufe und Rutter 1984) keine eindeutige Prognose für die Entstehung von Psychopathologien aufgrund des Vorliegens bestimmter Risikofaktoren gestellt werden kann. Der gleiche Risikofaktor kann zu unterschiedlichen Störungen führen (Multifinalität) und verschiedene Vulnerabilitätsfaktoren können sich in der gleichen Störung niederschlagen (Äquifinalität).

Außerdem geben Spangler und Zimmermann (1999) zu bedenken, dass es sehr schwierig ist zu entscheiden, inwieweit psychische Probleme Konsequenz oder Ursache von ungünstigen Beziehungsmustern sind. Sie weisen darauf hin, dass abweichendes Verhalten einen ungünstigen Einfluss auf das Verhalten der Bezugspersonen haben kann und somit eine sichere Bindungsentwicklung gefährden kann.

## 2.2 ADHS

### 2.2.1 Definition, Klassifikation und Diagnostik

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat in den letzten 50 Jahren unterschiedliche Bezeichnungen erhalten. So war unter anderem von der „Minimalen Cerebralen Dysfunktion“ (MCD), dem „Hirnorganischen Psychosyndrom“ (HOPS), vom „Hyperkinetischen Syndrom“ (HKS) und vom „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität“ (ADS+H und ADS-H) die Rede. Inzwischen haben sich die Bezeichnungen ADS und ADHS (im Englischen ADHD) weitestgehend durchgesetzt (Wender 2002, Rothenberger und Neumärker 2005).

Die beiden meist verbreiteten internationalen Klassifikationssysteme, das DSM-IV (APA, Saß et al. 2000) und die ICD-10 (WHO, Dilling et al. 2000) unterscheiden sich in der Bezeichnung und Definition hyperkinetischer Störungen. Bei der Definition der einzelnen Störungssymptome besteht zwischen beiden Systemen jedoch eine hohe Übereinstimmung.

Beide Diagnosesysteme legen weitgehend übereinstimmend fest, dass:

- die ersten Symptome bereits vor dem Alter von sieben Jahren aufgetreten sein müssen;
- die Symptome mindestens sechs Monate lang in einem nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechenden Ausmaß vorliegen;
- die Beeinträchtigungen durch diese Symptome in mindestens zwei Lebensbereichen beobachtet werden können und
- eine deutliche Beeinträchtigung im sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereich vorhanden sein muss (Döpfner et al. 2002).

Die ICD-10 unterscheidet folgende Untertypen:

- 1) Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0): Die Kriterien für eine hyperkinetische Störung sind erfüllt, ohne dass die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F91) zutreffen.
- 2) Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1): Die Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F90.0) und die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F91) sind gleichermaßen erfüllt.
- 3) Sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8),

- 4) Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.9): Die allgemeinen Kriterien für F90.0 sind erfüllt. Eine Differenzierung zwischen F90.0 und F90.1 ist jedoch nicht möglich (Lauth und Schlottke 2002).

Demgegenüber spezifiziert das DSM-IV folgende Subtypen:

- 1) Den Mischtyp einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Code-Nr. 314.01), bei dem sowohl Merkmale einer Aufmerksamkeitsstörung als auch Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen.
- 2) Den vorherrschend unaufmerksamen Typus (Code-Nr. 314.00), bei dem vor allem Aufmerksamkeitsstörungen vorliegen, während das hyperaktiv-impulsive Verhalten nicht in der kritischen Häufigkeit beobachtet wird.
- 3) Den vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtyp (Code-Nr. 314.01), bei dem vor allem Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden sind, während Aufmerksamkeitsstörungen nicht oder nicht hinreichend stark ausgeprägt sind.
- 4) Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Code-Nr. 314.9): Diese Kategorie wird vergeben, wenn deutliche Symptome von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität beobachtet werden, ohne dass jedoch die definierte Anzahl der Symptome erreicht wird bzw. unklar ist, ob sie in der Vergangenheit erreicht worden sind. (Döpfner et al. 2002).

Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr alle für eine Diagnose notwendigen Symptome zeigen, kann nach DSM-IV die Diagnose einer teilremittierten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gestellt werden (Lauth und Schlottke 2002).

Differenzialdiagnostisch müssen sowohl nach DSM-IV als auch nach ICD-10 die Diagnosen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung ausgeschlossen werden. Darüber hinaus fordert das DSM-IV, dass die hyperkinetischen Symptome nicht durch eine andere psychische Störung besser beschrieben werden können.

Döpfner et al. empfehlen, Seh- und Hörstörungen, epileptische Anfälle, mangelnden Schlaf, Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen und schulische Über- und Unterforderungen, umschriebene Entwicklungsstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen, psychomotorische Erregung und Konzentrationsstörungen bei

affektiven Störungen und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, drogeninduzierte Störungen, manische Episoden, schizophrene Störungen, Bindungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen sowie altersgemäße Verhaltensweisen bei aktiven Kindern, durch Medikamente oder neurologische Störungen bedingte ADHS-Symptome, ADHS-Symptome infolge chaotischer psychosozialer Bedingungen und oppositionelle Verhaltensweisen differenzialdiagnostisch auszuschließen (Döpfner und Lehmkuhl 2004, Döpfner et al. 2006).

Döpfner (2002) empfiehlt für die Praxis die Anwendung der DSM-IV-Diagnosen. Er ist der Ansicht, dass die Diagnosedefinitionen und Differenzierungen von gemischten bzw. stärker hyperkinetischen oder stärker aufmerksamkeitsgestörten Störungsformen sowie die Möglichkeit, die Diagnose einer Störung in Partialremission zu stellen, den Erfordernissen der Praxis besser entsprechen.

Steinhausen (2000, 2002) spricht sich für die Anwendung der ICD-10 aus. Er postuliert, dass die Klassifizierung nach dem zusätzlichen Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens, welche in der ICD-10 Berücksichtigung findet, empirisch breit abgesichert ist. Die Validität der Subtypen des DSM-IV bezeichnet er hingegen als ungenügend gesichert.

International konsensfähige und hinreichend spezifizierte Symptomklassifikationen der ADHS, die eine eindeutige Diagnosestellung ermöglichen, liegen mit der ICD-10 und dem DSM-IV bisher nur in Ansätzen vor.

Als Ursachen für die bestehenden definitorischen und diagnostischen Schwierigkeiten benennen Wolff et al. (2000) die Komplexität und Variabilität des Störungsbildes und der Symptomausprägung, zu wenig detaillierte und nicht hinreichend umfassende Verhaltenssymptomlisten, die häufige Koexistenz mit anderen Auffälligkeiten, sowie die oft divergenten bis kontroversen Überzeugungen unterschiedlicher Diagnostiker bezüglich Genese, Diagnostik und Behandlung der ADHS.

Da sämtliche diagnoserelevanten Verhaltenscharakteristika auch bei pathologisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen anzutreffen sind, sind die Kernsymptome der ADHS nicht an sich abnormal. Eine Unterscheidung zwischen altersentsprechender motorischer Aktivität, Aufmerksamkeitsproblemen und impulsiven Tendenzen ist daher nur im Hinblick auf die zeitliche Beständigkeit, die Auftretenshäufigkeit und die Intensität der Symptomatik möglich. Die Diagnosestellung ist somit abhängig von der subjektiven Einschätzung durch Betroffene, Eltern und Diagnostiker. Mehrere Autoren führen kritisch an, dass die

Diagnosekriterien vage Formulierungen wie „oft“ und „exzessiv“ beinhalten. Die Diagnosestellung erfolgt durch eine Aufsummierung von Verhaltensbeobachtungen. Der Cutpoint wird auf Konsensuskonferenzen willkürlich festgelegt (Spallek 2001, Wender 2002, Riedesser 2006).

Aufgrund der diagnostischen Schwierigkeiten wird verständlich, weshalb einige Autoren (Pozzi 2002, Heinz 2002, Heinemann 2003, Häußler und Hopf 2001) eine zu häufige Diagnostik der ADHS kritisieren, während andere Autoren eine zu zögerliche Vergabe der ADHS-Diagnose annehmen (Wolff et al. 2000, Rothenberger und Neumärker 2005).

### **2.2.2 Prävalenz und Komorbidität**

Hyperkinetische Störungen zählen gemeinsam mit den oppositionellen Verhaltensstörungen zu den häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Döpfner et al. 2002, 2000). Die Prävalenzraten internationaler epidemiologischer Studien aus den 80er und 90er Jahren liegen für Kinder im Schulalter zwischen 2 und 9.5% (Barkley 1999, Steinhausen 2002).

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen bislang keine repräsentativen Daten vor. Daten aus deutschen Untersuchungen stammen entweder nicht aus repräsentativen Stichproben oder sie legen Instrumente zugrunde, aus denen das Vorliegen einer ADHS nicht abgeleitet werden kann (Huss 2004).

Auf den mittlerweile zahlreichen Konsensuskonferenzen über ADHS werden einheitlich Prävalenzen von ca. 5% angenommen. Huss (2004) weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Forschungsliteratur allerdings ein sehr heterogenes Bild zeigt. In US-amerikanischen Studien aus dem Publikationszeitraum von 1980 bis 1997 variieren die empirisch ermittelten Prävalenzraten für ADHS erheblich. Sie reichen von 4% bis 26%.

Schwankungen in den gefundenen Prävalenzen werden auf die unterschiedlichen zu Grunde gelegten Diagnose-Schemata (DSM-III, DSM-III-R oder DSM-IV), auf unterschiedliche Erhebungsmethoden (Interview vs. Fragebogen) und die Art der Informationsquellen (Eltern-, Lehrer-, Selbst-, Klinikerurteil bzw. entsprechende Kombinationen) zurückgeführt. Weiterhin sind demographische Einflüsse (Stadt vs. Land), sowie kulturelle, ethnische, sozio-ökonomische und insbesondere geschlechtsbezogene Effekte bedeutsam (Wender 2002, Huss 2004).

Wender (2000) betont zudem, dass die gefundenen Prävalenzraten von der Anzahl der gegenwärtigen Symptome abhängig sind und dass die prädefinierte Punktzahl willkürlich festlegt, welche Prävalenzen gefunden werden. Sie besitzen seiner Ansicht nach daher keine unabhängige Gültigkeit.

Die deutlich niedrigeren DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer ADHS führen dazu, dass die Prävalenz von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV deutlich höher ist als die der Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit nach ICD-10 (Döpfner et al. 2000).

So ermittelten Brühl und Mitarbeiter (2000) bei deutschen Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren eine Diagnoseprävalenz von 6% für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV und eine Rate von lediglich 2.4% für eine hyperkinetische Störung nach ICD-10. Die Diagnosen nach DSM-IV unterteilten sich in 1.8% überwiegend unaufmerksamen Typ, 2.4% überwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ und 1.8% Mischtyp.

Eine ähnliche Diagnoseprävalenz ermittelten Wolraich und Mitarbeiter (1998) auf der Grundlage von DSM-IV. In einer Untersuchung an 4.323 Kindergarten- und Schulkindern bis zur fünften Klasse konnte eine ADHS-Prävalenz von 6.8% festgestellt werden.

In einer Studie an deutschen Grundschulen stellten Baumgärtel und Mitarbeiter (1995) auf der Grundlage von DSM-IV eine Inzidenzrate von 17.8% betroffenen ADHS-Kindern fest, wobei 4.8% eine Störung vom gemischten Subtypus, 3.9% eine Störung vom vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtypus und 9% eine Störung vom vorherrschend unaufmerksamen Subtypus aufwiesen.

In verschiedenen anderen Untersuchungen, die anhand der DSM-IV-Kriterien durchgeführt wurden, überwiegt ebenfalls der vorwiegend unaufmerksame Typus, der etwa die Hälfte der DSM-IV-Diagnosen ausmacht. Eine Aufmerksamkeitsstörung mit überwiegend hyperaktiv-impulsivem Typus ist bei etwa einem Drittel der Diagnosen anzutreffen (Wolraich et al. 1998, Baumgärtel et al. 1995, Gomez et al. 1999).

Die relativ geringe Anzahl von Kindern des unaufmerksamen Subtyps aus der Studie von Brühl et al. (2000) führen die Autoren unter anderem darauf zurück, dass die Studie auf dem Elternurteil und nicht wie die meisten anderen Studien auf Lehrerbeurteilungen basiert.

Lauth und Schlottke (2002) sind ebenfalls der Ansicht, dass Erzieher und Lehrer eher dazu neigen, eine Aufmerksamkeitsstörung zu diagnostizieren.

Döpfner und Mitarbeiter (1998) konnten diese Hypothese bei einem Vergleich von Lehrer- und Elterninstrumenten bestätigen. Hier zeigte sich, dass Lehrer die Aufmerksamkeitsschwäche im Vergleich zu den Eltern als stärker ausgeprägt beurteilen.

Eine australische Studie an Grundschulkindern von Gomez et al. (1999) gelangte zu ähnlichen Ergebnissen. Die Untersucher ermittelten in den Lehrerbeurteilungen ebenfalls höhere Prävalenzen für den unaufmerksamen Typus und deutlich niedrigere Prävalenzen für den hyperaktiv-impulsiven Subtyp als in den Elternbeurteilungen.

Obgleich die Prävalenzraten in den verschiedenen empirischen Untersuchungen beträchtliche Variationen aufweisen, zeigt sich in sämtlichen Studien eine deutlich stärkere Belastung des männlichen Geschlechts. Jungen sind drei bis neun mal häufiger von ADHS betroffen als Mädchen (Döpfner et al. 2000, Warnke 2000).

Lauth und Schlottke (2002) benennen als mögliche Gründe für die Dominanz des männlichen Geschlechts:

- „eine biologisch-genetische Disposition zu expansivem Verhalten bei Jungen,
- eine höhere Toleranz gegenüber auffälligem Verhalten bei Mädchen,
- eine stärkere Beachtung von Jungen in der Forschung.“ (Lauth und Schlottke 2002, 26)

Einige Autoren halten es für wahrscheinlich, dass Jungen vorwiegend von Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität betroffen sind, während das Störungsbild des vorherrschend unaufmerksamen Subtyps überwiegend bei Mädchen auftritt. Eine derartig geschlechtsabhängige Häufigkeitsverteilung in Bezug auf die Subtypen nach DSM-IV zeigte sich auch in der bereits erwähnten Studie von Baumgärtel und Mitarbeitern (1995).

Altherr (2000) und Neuhaus (2000b) weisen darauf hin, dass bedauerlicherweise die Gruppe der aufmerksamkeitsgestörten Mädchen insbesondere in Deutschland sehr häufig übersehen wird und damit auch unbehandelt bleibt.

Neuhaus (2000) gibt an, dass in Studien mit Erwachsenen in etwa genau so viele Frauen wie Männer betroffen sind.

Während man früher von einer Abnahme bzw. einem Verschwinden der Symptomatik mit zunehmendem Alter ausging, hat sich inzwischen gezeigt, dass die ADHS-Symptomatik auch im Erwachsenenalter fortbestehen kann. Barkley und Mitarbeiter haben in einer Längsschnittuntersuchung eine Persistenz der hyperkinetischen Symptomatik bei zwei Drittel der Untersuchten feststellen können (Barkley 1999). Wender (2000, 2002) nimmt ebenfalls ein Fortbestehen der Störung bei bis zu zwei Drittel der Betroffenen im jungen

Erwachsenenalter an. Er vermutet, dass die Prävalenzrate für ADHS im Erwachsenenalter zwischen 4 und 5% liegt.

Wender (2000) merkt kritisch an, dass trotz einer Vielzahl von Studien, die eine Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter belegen, bislang keine Definition für das Störungsbild im Erwachsenenalter vorliegt.

Die meisten Patienten mit ADHS leiden zusätzlich an einer, wenn nicht an mehreren psychiatrisch relevanten Störungen. Eine erhöhte Komorbiditätsrate hat sich nicht nur in klinischen, sondern auch in epidemiologischen Studien gezeigt (Döpfner et al. 2000).

Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen Lern- und Verhaltensstörungen, emotionale Störungen sowie Angst-, Zwangs- und Ticserkrankungen. Bei den Verhaltensstörungen handelt es sich zumeist um Störungen des Sozialverhaltens und oppositionelle Verhaltensstörungen.

Die Prävalenzraten der beiden letztgenannten Störungsgruppen werden in der Literatur mit 30 – 50% angegeben (Schulte-Markwort und Düsterhus 2003, Lehmkuhl 2006).

Die Koinzidenzrate von Lernstörungen, insbesondere der Legasthenie und der Dyskalkulie treten in etwa 10 – 25% der Fälle auf. (Döpfner et al. 2000, 2002, Lehmkuhl 2006). In einigen Untersuchungen reichen die Prävalenzraten von Teilleistungsstörungen bis zu 92% (Reuner und Oberle 2000).

Von affektiven Störungen sind etwa 10-40% der ADHS-Patienten betroffen (Döpfner et al. 2000, Lehmkuhl 2006). Je nach Studie weisen bis zu 85% der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen zusätzlich emotionale Auffälligkeiten auf (Skrodzki 2000).

Die Koexistenz von Angststörungen liegt zwischen 20 und 30% (Lauth und Schlottke 2002, Skrodzki 2000, Döpfner et al. 2000, Lehmkuhl 2006, Schulte-Markwort und Düsterhus 2003).

Eine wesentliche Komorbidität stellen Ticserkrankungen dar, da sie durch die Medikation mit Stimulanzien verschlechtert werden können. Die Komorbiditätsrate von Ticserkrankungen wird auf etwa 30-50% geschätzt (Poustka 2000, Döpfner et al. 2000, Schulte-Markwort und Düsterhus 2003).

Weiterhin sind Enuresis und Enkopresis bei Kindern mit ADHS häufig vorkommende Symptome (Spallek 2001). Laut Reuner und Oberle (2000) ist Bettnässen bei etwa 15% aller ADHS-Kinder zu beobachten.

Koexistierende Störungen führen oftmals zu einer erheblichen Verschärfung der Problematik und einer Verschlechterung der Prognose. Kinder, die von Komorbiditäten betroffen sind, stellen laut Skrodzki (2000) eine größere Risikogruppe für Straffälligkeit und Drogenkonsum im Jugendalter dar.

### 2.2.3 Verlauf

Kinder, die im Grundschulalter als hyperaktiv und aufmerksamkeitsgestört diagnostiziert werden, werden oftmals schon in den ersten Lebensmonaten als leicht irritierbare und erregbare Säuglinge beschrieben (Steinhausen 2002). Etwa 60% der Kinder zeigen bereits im Säuglingsalter eine extreme Unruhe (Heiduk und Trott 1997).

Oftmals schreien sie deutlich länger als andere Kinder, haben Essschwierigkeiten und Schlafprobleme (Döpfner et al. 2002, Spallek 2001, Simchen 2003).

Wolke et al. (2002) konnten in einer Langzeitstudie zeigen, dass so genannte Schreikinder ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer ADHS aufweisen. Die Autoren betrachten übermäßiges Schreien im Säuglingsalter, besonders in Kombination mit Schlaf- und Essstörungen aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse als ein frühes Zeichen späterer Hyperaktivität sowie anderer externalisierender Verhaltensstörungen.

Im Kindergarten fallen ADHS-Kinder durch mangelnde Verhaltenssteuerung und Impulskontrolle sowie durch Regelverletzungen und Störverhalten auf. Aus den oftmals heftigen Wutanfällen und Empathiemängeln dieser Kinder resultiert häufig eine soziale Ausgrenzung und Isolation (Steinhausen 2002, Warnke und Remschmidt 1990).

Studien haben gezeigt, dass etwa die Hälfte der mit drei Jahren auffälligen Kinder mit sechs Jahren weiterhin hyperkinetische Symptome aufweist (Döpfner et al. 2002).

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Jungen, bei denen im Alter von drei Jahren Unruhe und Konzentrationsstörungen beschrieben wurden, im achten Lebensjahr zu 80% psychiatrisch auffällig waren (Warnke und Remschmidt 1990).

Im Schulalter führen vor allem die mangelnde Konzentrationsfähigkeit und die erhöhte Ablenkbarkeit zu schulischen Misserfolgen (Warnke 2000). Kinder mit hyperkinetischer Störung wiederholen häufiger eine Klasse, haben schlechtere Schulnoten und erreichen geringere Leistungen in Sprach-, Lese-, Rechtschreib- und Rechentests (Döpfner et al. 2002, Trott 2006).

Darüber hinaus tragen aggressive Impulsdurchbrüche, Reizbarkeit und Distanzlosigkeit oftmals zu einer sozialen Isolation in der Klassengemeinschaft bei und können einen Ausgangspunkt für antisoziale Entwicklungen bis hin zur Bandendelinquenz darstellen (Steinhausen 2002).

Im Jugend- und Erwachsenenalter reduziert sich am ehesten die motorische Unruhe, während Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität häufig persistieren und oftmals die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen (Döpfner et al. 2002, Steinhausen 2002).

Hampel und Desman (2006) konnten in einer Untersuchung an 48 Jungen im Alter von acht bis zwölf Jahren mit einer ADHS-Diagnose in allen Funktionsbereichen eine schlechtere Lebensqualität verglichen mit Gesunden nachweisen.

Warnke und Remschmidt (1990) verweisen auf eine Studie von Borland und Heckman (1976), die zeigte, dass als hyperkinetisch diagnostizierte Kinder im Erwachsenenalter tendenziell einen niedrigeren Sozial- und Berufsstatus erreichten als ihre Väter und Brüder.

Neben einer Persistenz der ADHS über die Adoleszenz hinaus sind Übergänge in andere psychiatrische Störungen möglich (Steinhausen 2002). Der Anteil der Jugendlichen, die dissoziale Störungen des Sozialverhaltens entwickeln, liegt in Deutschland bei etwa 40% (Döpfner et al. 2002).

Außerdem besteht bei Mädchen mit ADHS eine erhöhte Rate an unerwünschten Schwangerschaften (Trott 2006, Stollhoff et al. 2003).

Es besteht zudem ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie zur Entwicklung einer Substanzmittelabhängigkeit (Lehmkuhl et al. 1998, Simchen 2003).

Obgleich Substanzmittelabhängigkeit oftmals unter den Folgeerkrankungen der ADHS aufgeführt wird, hat eine prospektive neuseeländische Längsschnittstudie von Lynskey und Fergusson (1995) gezeigt, dass eine ADHS nicht per se, sondern nur in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens einen Risikofaktor für eine Suchtentwicklung darstellt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die ADHS zu den Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter zählt, die häufig überdauernd sind und oftmals einen ungünstigen Verlauf aufweisen. Sie steht oftmals am Beginn eines negativen Entwicklungsverlaufs und bedeutet somit eine beträchtliche Entwicklungsgefährdung (Lauth und Schlottke 2002).

#### **2.2.4 Ätiologie und Pathogenese**

In letzter Zeit stehen bei der ätiopathogenetischen Betrachtung der ADHS in erster Linie neurobiologische Bedingungen im Fokus des wissenschaftlichen Interesses.

Die Mehrzahl der Wissenschaftler vertritt die Ansicht, dass der ADHS neurobiochemische Ursachen zugrunde liegen. Studien mit bildgebenden Verfahren haben neben strukturellen Anomalien Imbalancen im Neurotransmittersystem in verschiedenen Bereichen von Kortex und Subkortex bei dieser Patientengruppe nachweisen können. Von zentraler Bedeutung scheint eine Unterfunktion des dopaminergen Systems zu sein (Steinhausen 2002).

Der Verdacht einer genetischen Ursache der ADHS erwuchs aus Verwandtschaftsuntersuchungen. Familienstudien haben gezeigt, dass das Geschwisterkind eines ADHS-Kindes ein 5-7mal größeres Risiko zur Entwicklung desselben Störungsbildes trägt. Das Erkrankungsrisiko für Kinder mit einem an ADHS erkrankten Elternteil liegt bei bis zu 50% (Barkley 1999).

Die überzeugendsten Hinweise stammen aus Zwillingsstudien. Gillis et al. (1992) konnten zeigen, dass die Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen 79% beträgt, während sie bei dizygoten lediglich bei 32% liegt. Eine Untersuchung von Edelbrock et al. (1995) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Es zeigte sich, dass sich bei eineiigen getrennt aufwachsenden Zwillingen die Störung zu 81% ausbildet, während zweieiige getrennt aufwachsende Zwillinge lediglich zu 29% beide betroffen sind.

Darüber hinaus konnte in Adoptionsstudien eine höhere Prävalenz von ADHS bei biologischen als bei Adoptiveltern sowie eine höhere Konkordanz bei biologischen, getrennt lebenden Geschwistern als bei Halbgeschwistern gefunden werden (Döpfner et al. 2000, Steinhausen 2002).

AMFT (2006) hingegen hält eine vorwiegend genetische Bedingtheit der ADHS für unwahrscheinlich. Er führt aus, dass die Anzahl der betroffenen Kinder unter diesen Bedingungen konstant oder bei einem Geburtenrückgang sogar rückläufig sein müsste, da genetisch bedingte Krankheiten eine relativ konstante Prävalenz und Inzidenz aufweisen.

Mehrere Autoren betonen, dass es zumindest bestimmter psychosozialer Bedingungen bedarf, um auf der Grundlage einer etwaigen genetischen Vulnerabilität die Entstehung eines ADHS zu bewirken (Schulte-Markwort und Düsterhus 2003, Leuzinger-Bohleber 2006, Van den Bergh 2004).

Neben den genetischen Faktoren werden Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft als Risikofaktoren für die Entstehung einer hyperkinetischen Störung betrachtet. Des weiteren verstärkt eine hohe Bleiexposition das Risiko für die Entwicklung einer ADHS (Steinhausen 2002, Stollhoff et al. 2003).

Barkley (1999) führt darüber hinaus eine verfrühte Geburt und eine Hirnverletzung insbesondere am vorderen Stirnhirn als Risikobedingungen an.

Eine allergologische Hypothese, die Nahrungsmittelzusätzen eine ätiopathogenetische Relevanz zugesprochen hat, konnte in einer Vielzahl aufwendiger und gut kontrollierter wissenschaftlicher Untersuchungen nicht verifiziert werden (Steinhausen 2002, Trott 2000b, Stollhoff et al. 2003).

Obgleich mehrere Untersuchungen zeigen, dass familiäre Risikofaktoren mit der ADHS im Zusammenhang stehen (Biederman et al. 1995, Kaplan et al. 1998, Scahill et al. 1999), ist die Mehrzahl der Autoren der Ansicht, dass psychosozialen Faktoren keine primäre ätiologische Relevanz zukommt (Döpfner et al. 2000, 2002, Stollhoff et al. 2003). Sie werden nach Ansicht der meisten Autoren ausschließlich als bedeutsam für den Schweregrad und die Persistenz der Störung angesehen (Schlack 2004).

Einige Studienergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass negatives mütterliches Erziehungsverhalten möglicherweise einen Einfluss auf die Entstehung und Persistenz der ADHS haben könnte.

Verschiedene Studien haben ergeben, dass Mütter von ADHS-Kindern eine erhöhte Bereitschaft zur Verwendung von Bestrafungspraktiken in der Erziehung ihrer Kinder aufweisen (Saile et al. 1999, Magai 1999, Trautmann-Villalba et al. 2001). In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Mütter dieser Kinder restriktiver, kontrollierender und weniger sensibel mit ihren Kindern umgingen. In den sozio-emotionalen Reaktionen der Mütter auf ihre Kinder zeigte sich gehäuft Ablehnung und Missbilligung und seltener Lob und Unterstützung (Saile et al. 1999, Trautmann-Villalba et al. 2001, Barkley 1990, Cunningham und Barkley 1979, Mash und Johnston 1982).

Barkley et al. (1985) konnten zeigen, dass Mütter hyperkinetischer Kinder ihr Interaktionsverhalten änderten, wenn ihre Kinder sich infolge einer medikamentösen Behandlung weniger hyperkinetisch verhielten.

Diese Ergebnisse bestärken viele Autoren in der Ansicht, dass das defizitäre Erziehungsverhalten der Mütter eine Folge der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten darstellt (Saile et al. 1999).

Saile et al. (1999, 20) verweisen jedoch auf eine Untersuchung von Danforth et al. (1991) die belegen konnte, dass eine Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz durch Elterntrainings sekundär ebenfalls die Aufmerksamkeit des Kindes verbessert.

Eine im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie entstandene Untersuchung an 362 achtjährigen Kindern zeigte, dass sich die Anzahl hyperkinetischer Symptome bei impulsiven Kindern signifikant verringerte, wenn sich die Mutter weniger aversiv verhielt (Trautmann-Villalba et al. 2001).

Ob das defizitäre Interaktions- und Erziehungsverhalten von Müttern mit ADHS-Kindern zur Entstehung der Störung beiträgt oder ob es in erster Linie als Reaktion auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zu betrachten ist, wird demzufolge aktuell noch kontrovers diskutiert. Die angeführten Studienergebnisse belegen jedoch, dass negatives mütterliches

Verhalten mit großer Wahrscheinlichkeit zumindest zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt.

Nachdem die Dopaminmangel-Hypothese der ADHS zunächst weitestgehend Zustimmung fand, werden derzeit erste Zweifel an einer rein hirnganisch bedingten Pathogenese des Störungsbildes formuliert. Neuere Forschungsbefunde aus dem Bereich der Neurowissenschaften belegen eine enorme nutzungsbedingte Plastizität des menschlichen Gehirns. Ist man bis vor wenigen Jahren davon ausgegangen, dass die während der Hirnentwicklung ausgebildeten, neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen unveränderlich seien, hat die Hirnforschung inzwischen gezeigt, dass das Gehirn zeitlebens zur adaptiven Modifikation und Reorganisation seiner einmal angelegten Nervenzellverschaltungen befähigt ist. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass die Herausbildung und Festigung dieser Verschaltungen ganz entscheidend davon abhängt, wie und wofür wir unser Gehirn benutzen (Neuroplastizität). Psychosoziale Erfahrungen werden demnach strukturell im Gehirn verankert und beeinflussen auf diese Weise die Ausbildung neuronaler Netzwerke. Hirnforscher sprechen von einer erfahrungsabhängigen Ausreifung von Hirnstrukturen (Schore 2002, Hüther 2002, 2006, Perry et al. 1998).

Der Neurobiologe Hüther (2002, 2005) postuliert, dass derzeit noch unklar ist, was Ursache und was lediglich zwangsläufige Folge der ADHS-Erkrankung ist. Er hält es für fraglich, welche der im Gehirn von ADHS-Patienten nachgewiesenen neurobiologischen Veränderungen tatsächlich primär im Sinne einer Ursache der Erkrankung vorhanden sind und welche erst sekundär als Reaktion auf eine primär vorhandene Störung (in Form adaptiver Modifikationen bestimmter neuronaler Verschaltungen) entstanden sind. Hüther hält es für denkbar, dass die in zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen berichteten Abweichungen der Struktur und Funktion der Gehirne von ADHS-Patienten auf eine abweichende Nutzung des Gehirns durch die ADHS-Patienten zurückzuführen ist. Er führt aus, dass derartige adaptive Modifikationen um so leichter ausgelöst und strukturell verankert werden können, je weniger ausgereift die bisherigen Verschaltungen im Gehirn sind.

Darüber hinaus stellt Hüther (2002) die Dopaminmangel-Hypothese in Frage. Er geht aufgrund tierexperimenteller Forschungsbefunde davon aus, dass das Gegenteil der Fall ist. Er nimmt eine Überfunktion des dopaminergen Systems bei ADHS-Kindern an. Hüther (2006) führt aus, dass Psychostimulanzien lediglich antriebssteigernde Effekte bewirken, wenn sie injiziert oder geschnupft werden. Nach oraler Einnahme kommt es zur Hemmung der impulsgetriggerten Dopaminfreisetzung und dadurch zu einer verbesserten

Aufmerksamkeitsleistung. Das dopaminerge System von hyperkinetischen und aufmerksamkeitsgestörten Kindern und Jugendlichen wird so Hüther (2006) durch die orale Einnahme von Psychostimulanzien gewissermaßen „stillgelegt“. Neue äußere Stimuli oder innere Impulse führen zwar dann noch zu einer Aktivierung der dopaminergen Neuronen. An deren Fortsätzen in den distalen Zielgebieten wird jedoch kein Dopamin mehr freigesetzt.

Diese Effekte treten sowohl bei Menschen mit ADHS als auch bei Menschen ein, die nicht von der Störung betroffen sind. Hüther (2006) ist der Ansicht, dass die beruhigenden und aufmerksamkeitsfördernden Effekte nach oraler Gabe von Psychostimulanzien bei ADHS-Patienten lediglich deutlicher zutage treten. Andere Autoren weisen ebenfalls nachhaltig darauf hin, dass Methylphenidat die Aufmerksamkeitsleistung bei allen Menschen verbessert und nicht ausschließlich eine paradoxe Wirkung bei ADHS-Kindern zeigt (Amft 2006, Riedesser 2006).

Eine Reizüberflutung oder eine unzureichende Reizabschirmung während früher Phasen der Hirnentwicklung könnten laut Hüther (2006) zu einer überhäufigen Aktivierung des sich entwickelnden dopaminergen Systems führen, welche wiederum eine übermäßige Stimulierung des Wachstums dopaminergener Projektionen bewirkt. Das überstark entwickelte dopaminerge System ist durch Außenreize leichter aktivierbar, was wiederum eine Stimulation des weiteren Wachstums dopaminergener Projektionen zur Folge hat.

Tierexperimentelle Studien konnten belegen, dass es in den Gehirnen von Versuchstieren, die unter reizarmen Bedingungen aufwuchsen, zu einer dopaminergen Hypoinnervation kam. Bei Versuchstieren, die unter Bedingungen mit einer Vielzahl neuartiger Stimuli aufwuchsen, kam es zur Ausbildung einer dopaminergen Hyperinnervation des präfrontalen Kortex (Winterfeld et al. 1998, Neddens et al. 2001) beziehungsweise des Striatums (Lehmann et al. 2002 zit. n. Hüther 2006, 228).

Hüther (2002) betrachtet die ADHS-Symptomatik als Folge ungünstiger Entwicklungsbedingungen von Kindern, die mit einer besonderen genetisch bedingten oder erworbenen Vulnerabilität ausgestattet sind.

Eine Untersuchung von Glover und O'Connor (2002) weist ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen frühzeitigen ungünstigen Bedingungen der Hirnentwicklung und späteren ADHS-Symptomen hin. Die Autoren untersuchten im Rahmen einer Langzeitstudie, wie sich starke psychische Belastungen der Mütter im Verlauf der Schwangerschaft auf die Hirnentwicklung der Kinder auswirkt. Bei schweren seelischen Belastungen der Mütter, die im letzten Schwangerschaftsdrittel, in dem sich die Nervenzellen im Gehirn des Fötus verknüpfen, auftraten oder noch vorhanden waren, zeigten überdurchschnittlich viele Kinder

bereits im vierten Lebensjahr ernsthafte Verhaltensstörungen in Form von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Autoren weisen nachhaltig darauf hin, dass sich die psychischen Auffälligkeiten der untersuchten Kinder nicht durch Vererbung, Vernachlässigung der Kinder, Erziehungsfehler oder Angstzustände nach der Geburt erklären ließen. Als Ursache für die kindlichen Störungen nehmen Glover und O'Connor eine Überflutung der kindlichen Gehirne mit Stresshormonen, insbesondere mit Cortisol im Mutterleib an. Cortisol wird bei langfristigem psychischen Stress in hohem Maße gebildet und erreicht über die Plazenta das Kind.

Die Argumentation von Hüther stößt insbesondere bei analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf große Zustimmung.

Aus psychoanalytischer Sicht stellt die ADH-Störung einen Abwehrvorgang dar, der aus belastenden oder bedrohlichen frühen Erfahrungen resultiert (Pozzi 2002). Schmerzhaft depressive Affekte und Gefühle der Leere werden mittels motorischer Unruhe und vermehrter Reizsuche abgewehrt (Bovensiepen 2002).

Storck (1993) führt aus, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS oftmals in schwierigen familiären Konflikten und Dynamiken gefangen zu sein scheinen. Er ist der Ansicht, dass die Symptomatik des Kindes als „ein Kristallisationspunkt des Familienkonflikts“ (Storck 1993, 210) betrachtet werden kann. Dies bedeutet, dass sich die Konflikte auf das Kind konzentrieren, welches die ADHS-Symptomatik entwickelt.

Die familiären Konflikte dürfen laut Storck (1993) jedoch nicht angesprochen und damit bewusst gemacht werden, da sie in der psychischen Vorstellungswelt der Eltern als unendlich gefährlich erlebt werden. Der psychische Konflikt wird daher unkenntlich gemacht, indem er in eine motorische Verhaltensweise überführt wird. Die Flucht in die Körpersprache der Motorik gibt diesen Kindern die Möglichkeit, ihren inneren Konflikten Ausdruck zu verleihen und gleichzeitig die familiären Konflikte maskiert und verborgen zu halten.

Eine ähnliche Ansicht vertritt Christa Schaff, die die Hyperkinese als Überlebensstrategie und Rettungsversuch für ein lebendiges Ich-Gefühl des Kindes ansieht. Sie führt aus, dass ein hyperkinetisches Kind nicht wie ein dissoziales Kind weglaufen, jedoch in die eigene Bewegung fliehen kann (Schaff und Bittner 1996).

Die analytische Betrachtungsweise der ADHS entspricht dem Konzept der manischen Abwehr von Winnicott (1935). Winnicott betrachtet die manische Abwehr als eine psychische Strategie, unerträglichen, unbewussten depressiven Ängsten der inneren Realität durch eine Flucht in die äußere Realität zu begegnen (Berger 1993).

Dammasch (2006) ist ebenfalls der Ansicht, dass die Symptome der Hyperaktivität häufig auf manischen Abwehrversuchen früher Verlust- oder Trennungserfahrungen basieren. Er belegt dies an Fallbeispielen aus der eigenen Praxis.

### **2.2.5 Therapie**

Bei der Behandlung hyperkinetischer Störungen gilt derzeit die pharmakotherapeutische Behandlung mit Stimulanzien als Maßnahme der ersten Wahl (Steinhausen 2002).

Neben der Pharmakotherapie zählen verhaltenstherapeutische und psychoedukative Maßnahmen bei Betroffenen und Angehörigen zum kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsstandard. Bei den verhaltenstherapeutischen Ansätzen werden vorwiegend Kontingenzprogramme, Elterntrainings, Selbstinstruktionstrainings und Selbstmanagementmethoden angewandt. Verhaltenstherapeutische Interventionen werden häufig in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung eingesetzt. (Lauth und Schlottke 2002, Steinhausen 2002, Döpfner 2002)

1937 entdeckte der amerikanische Kinder- und Jugendpsychiater Charles Bradley die Wirkung von Stimulanzien bei Kindern mit Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen (Hocke 1993, Trott 2006).

Das heute weltweit am häufigsten eingesetzte Präparat zur Behandlung der ADHS ist Methylphenidat, das 1944 erstmals von Panizzon synthetisiert worden ist. Der amerikanische Kinderpsychiater Leon Eisenberg, ein Mitarbeiter Leo Kanners, setzte Methylphenidat 1968 erstmals erfolgreich bei hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern ein (Trott 2000, 2006).

Die Wirkung von Methylphenidat, welches unter dem Handelsnamen Ritalin bekannt geworden ist, setzt relativ schnell ein und besteht vorwiegend in einer Besserung der Aufmerksamkeitsleistungen sowie einer Abnahme von Hyperaktivität und störendem Verhalten. Die Wirkdauer beträgt etwa drei Stunden (Trott 2000, Warnke und Wewetzer 2003).

In neueren Studien konnte bei 70 bis 90% der Betroffenen eine erhebliche Verbesserung der Symptomatik durch die Behandlung mit Stimulanzien festgestellt werden (Döpfner 2002, Trott 2000, Steinhausen 2002, Warnke und Wewetzer 2003).

Einige Autoren weisen jedoch darauf hin, dass man bei bis zu einem Drittel der Kinder Placeboeffekte beobachten konnte (Amft 2006, Hüther 2005).

Zu den möglichen Nebenwirkungen der Stimulanzientherapie zählen Appetit-, Schlaf- und Wachstumsstörungen. Nach Ansicht der meisten Autoren sind die Nebenwirkungen jedoch im Allgemeinen leicht und von vorübergehender Natur. Insgesamt wird das Risiko-Nutzen-Verhältnis bei der medikamentösen Behandlung als sehr günstig bezeichnet (Brown 2000, Trott 2000b, Stollhoff et al. 2003).

Die Annahme, dass eine Medikation mit Ritalin die Entwicklung einer Suchterkrankung begünstigt, konnte durch eine Studie von Biedermann et al. (1999) widerlegt werden. Diese Untersuchung ergab, dass die Psychopharmakotherapie das Suchtrisiko um 85% reduzierte. Ebenso konnten Huss et al. (2000) in ihrer Studie einen protektiven Effekt der Ritalin-Medikation auf die Suchtentwicklung nachweisen.

Während die Mehrzahl der Autoren die Psychopharmakotherapie als hervorragend verträgliche und unkomplizierte Behandlung betrachtet (z.B. Trott 2000), äußert sich in letzter Zeit eine zunehmende Anzahl von Autoren sehr kritisch zur medikamentösen Behandlung.

Mehrere Autoren zeigen sich beunruhigt über die Tatsache, dass Deutschland in Europa an erster Stelle der Ritalinverschreibung liegt (z.B. Hédervári-Heller 2001). Hüther und Bonney (2005) geben an, dass die Produktion im Zeitraum von 1990 bis 1997 von 2.8 auf 13.5 Tonnen angestiegen ist. In Deutschland stieg der Absatz der Ritalin-Tabletten in den Jahren von 1995 bis 1999 um mehr als das 40fache. Weltweit wird Ritalin täglich von etwa zehn Millionen Kindern eingenommen. Aktuellen Schätzungen zufolge werden in Deutschland etwa 400.000 Kinder mit Stimulanzien behandelt (Leuzinger-Bohleber 2006). Hüther und Bonney (2005) weisen darauf hin, dass in den USA 200.000 Kinder das Medikament sogar bereits im Alter von zwei bis vier Jahren erhalten.

Döpfner und Lehmkuhl (2001) gehen aufgrund der angestiegenen Prävalenzrate der Erkrankung sowie der gestiegenen Anzahl an Dauertherapien jedoch nicht von einer generell zu hohen Verschreibungsrate aus.

Trott (2006) gibt an, dass nur ungefähr ein Drittel aller Betroffenen überhaupt medikamentös behandelt wird.

Eine epidemiologische Studie von Angold und Mitarbeitern (2000) belegte jedoch, dass es in den USA in hohem Maß zu Fehlverschreibungen von Stimulanzien kommt. Die Studie ergab, dass die Mehrzahl der Kinder, denen Stimulanzien verschrieben worden waren, zu keinem Zeitpunkt die Kriterien für die Diagnose einer AHDS erfüllten.

Kinderpsychotherapeuten weisen in ihren Beiträgen zum Thema ADHS darauf hin, dass es neben den bereits erwähnten möglichen Gewichts-, Wachstums- und Schlafstörungen in Folge

der Medikation zu depressiven Verstimmungen, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen kommen kann (Tischler 2001).

Darüber hinaus warnt Hüther (2002, 2006) vor gravierenden Spätfolgen der pharmakotherapeutischen Behandlung. Hüthers Befürchtungen basieren auf tierexperimentellen Studien, die belegen, dass die Verabreichung von Psychostimulanzien während der Ausreifungsphase des dopaminergen Systems dazu führen kann, dass die durch die Medikamentengabe bewirkte dauerhafte Unterdrückung der impulsgetriggerten Dopaminfreisetzung eine unzureichende Ausreifung der dopaminergen Projektionen verursacht. Das dopaminerge System dieser Kinder könnte sich demzufolge weniger stark entwickeln und zeitlebens weniger intensiv bleiben. Studien zum Parkinson-Syndrom haben ergeben, dass das Gehirn von Parkinson-Patienten durch eine unzureichende Aktivität des nigrostriatalen dopaminergen Systems gekennzeichnet ist. Hüther befürchtet aufgrund dieser Forschungsbefunde, dass es bei der Verabreichung von Psychostimulanzien an Kinder, deren dopaminerges System nicht zu stark ausgebildet ist und die nur ähnliche Verhaltensstörungen aufweisen, zu einer Erhöhung des Risikos einer Parkinson-Erkrankung kommen kann.

Diese Befürchtung Hüthers wird von mehreren Autoren vehement zurückgewiesen (Gerlach 2003, Rothenberger 2002). Trott (2006) führt an, dass der eindeutigste Hinweis darauf, dass die Parkinsonhypothese falsch ist, darin besteht, dass es bislang auch in den USA, wo sich viele mit Methylphenidat behandelte Patienten im sechsten und siebten Lebensjahrzehnt befinden, nicht zu außergewöhnlichen Parkinsonerkrankungen gekommen ist.

Hüther (2005, 2006) wendet ein, dass sich die möglichen Gefahren und Risiken einer Langzeitbehandlung von Kindern mit Psychostimulanzien gegenwärtig nur sehr schwer abschätzen lassen, da gezielte Langzeituntersuchungen am Menschen noch immer fehlen. Die Tatsache, dass aus den USA, wo das Medikament bereits seit längerem und in größerem Umfang eingesetzt wird, bisher noch keine negativen Langzeitwirkungen berichtet worden sind, sind seiner Ansicht nach möglicherweise darauf zurückzuführen, dass man noch nie gezielt nach solchen unerwünschten Effekten gesucht hat.

Viele der analytisch orientierten Autoren äußern sich kritisch über die angenommene Funktion sowie mögliche Auswirkungen der medikamentösen Behandlung. Dammasch (2006) vermutet ein unbewusstes Motiv hinter der zunehmenden Zahl an Verordnungen. Er nimmt an, dass das Erlebnis der eigenen Wirkmächtigkeit, welches durch die schnelle Wirkung von Ritalin auf das sichtbare Verhalten des Kindes entsteht, eine Stärkung des Selbstwertgefühls der Ärzte bewirkt.

Viele Autoren sehen in der Berufung auf Erblichkeit oder cerebrale Defizite und der daraus resultierenden Erforderlichkeit einer medikamentösen Behandlung eine Verleugnung und Abwehr der dem Störungsbild zugrunde liegenden psychischen Konflikte. Es deutet ihrer Ansicht nach auf eine Abwehr der Eltern hin, die Genese der Störung ihres Kindes in einem beziehungs-dynamischen Kontext zu betrachten. Auf diese Weise entlasten sich die Eltern von Schuldgefühlen und Ängsten vor Schuldzuweisungen. Eine medikamentöse Behandlung enthebt die Eltern ihrer Verantwortung für die Probleme ihres Kindes (Pozzi 2002, Häußler und Hopf 2002, Dammasch 2006, Wenke 2006, Heinz 2002).

Mehrere Autoren betrachten die pharmakologische Behandlung zudem als eine Gefährdung der Selbstachtung der behandelten Kinder und Jugendlichen. Sie sind der Ansicht, dass die Zuschreibung einer hirnganischen Störung von den Betroffenen als narzisstische Kränkung und Beschämung empfunden werden kann. Sie befürchten eine zusätzliche Belastung des ohnehin beeinträchtigten Selbstwertgefühls dieser Kinder (Häußler 2002, Pozzi 2002, Tischler 2001, Leuzinger-Bohleber 2006).

Einige Autoren sind der Ansicht, dass die Medikamentengabe nicht nur die Eltern, sondern auch die Betroffenen selbst von der Verantwortung für ihr Verhalten enthebt. Sie gehen davon aus, dass Medikamente an die Stelle der Gewissensinstanz treten (Dammasch 2006, Mattner 2006).

Die Psychoanalyse ist davon überzeugt, dass jedes Symptom eine Bedeutung besitzt, die vor dem Hintergrund der inneren Welt des Kindes und seiner Lebensgeschichte verstanden werden kann (Hopf 2000). Wie das folgende Zitat zeigt, sind Psychoanalytiker bemüht, die tiefere Bedeutung der scheinbar sinnlosen Handlungen jener Kinder zu verstehen.

*„Statt die vordergründige Seite der Hyperaktivität deskriptiv psychiatrisch zu diagnostizieren und symptomzentriert zu behandeln, zielt die psychoanalytische Herangehensweise darauf, den individuellen Sinn und die psychischen Ursprünge der konkreten Hektik und des offensichtlichen Spannungszustandes des Körpers zu erfassen“ (Molitor 2002, 10).*

Psychodynamisch orientierten Behandlern ist daran gelegen, das hinter der ADHS Abgewehrte, sowie die aktuellen Inszenierungen alter Erfahrungen zu erspüren, damit angemessen umzugehen und einer Wiederholung ungünstiger früher Erfahrungen Einhalt zu gebieten (Häußler 2002).

Ein Blick in die Fachliteratur zeigt jedoch, dass der Einsatz und die langfristigen Wirkungen psychotherapeutischer und anderer nicht-medikamentöser Verfahren zur Behandlung von ADHS-Kindern bislang kaum Beachtung finden. Bis zum Herbst 2001 sind über eine halbe Million Berichte über medikamentöse Behandlungen von ADHS-Kindern erschienen. Dagegen befassten sich lediglich etwa 3.000 Artikel mit dem Einsatz psychotherapeutischer Verfahren (Hüther und Bonney 2005).

Eine Vielzahl der analytisch orientierten Autoren und Behandler äußert sich sehr kritisch darüber, dass psychodynamische Behandlungsmethoden sowohl in der Fachliteratur als auch in Beratungsgesprächen entweder als kontraindiziert bezeichnet werden oder überhaupt keine Erwähnung finden (Molitor 2002, Häußler 2002, Häußler und Hopf 2001, Hopf 2000, Häußler 2002).

An dieser Stelle muss jedoch angemerkt werden, dass sich bislang keine Untersuchungen zum Einsatz psychodynamischer Behandlungsverfahren bei ADHS finden lassen. In den bislang zahlenmäßig noch gering vertretenen Publikationen zur Wirkungsweise anderer psychotherapeutischer Verfahren zeigten sich jedoch positive Tendenzen.

Bonney (2000) berichtet von einer katamnestischen Befragung aus eigener Praxis, dass sich im Elternurteil 82.6% der Kinder fünf Jahre nach einer familientherapeutischen Behandlung hinsichtlich Aktivitätsniveau und Aufmerksamkeitsleistungen weitgehend normal entwickelt hatten.

Eine Studie zum Vergleich eines systemisch-familientherapeutischen Ansatzes zur ADHS-Behandlung mit einem behavioralen Familientherapieansatz liefert Hinweise auf eine Indikation systemischer Familientherapie bei ADHS. In beiden Gruppen konnte im Prä-Post-Vergleich eine bedeutsame Verringerung der Symptomatik des Kindes im Urteil der Väter, Mütter und Lehrer belegt werden. In der Gruppe mit systemischer Familientherapie konnten darüber hinaus verschiedene positive Effekte in Bezug auf die individuelle Autonomie und die emotionale Verbundenheit der Familienmitglieder nachgewiesen werden (Saile und Forse 2002).

Die Ergebnisse der MTA-Studie (Multimodal-Treatment-Study of Children with ADHD) ergaben positive Effekte einer verhaltenstherapeutischen Behandlung von ADHS-Kindern. Nach einem Follow-up-Zeitraum von 36 Monaten zeigte sich, dass die Hälfte der verhaltenstherapeutisch behandelten Kinder keine Medikation mehr benötigte. Medikamentöse Behandlung und Verhaltenstherapie erwiesen sich auf längere Sicht als gleich effektiv. Eine weitere Studie zu unterschiedlichen Behandlungsoptionen und -intensitäten belegte, dass eine niedrige Methylphenidat-Dosis in Kombination mit Verhaltenstherapie

besser wirksam war als eine höhere Dosierung ohne entsprechende behaviorale Interventionen (Lehmkuhl 2006).

Erste Studien mit bildgebenden Verfahren belegen, dass langfristige psychotherapeutische Interventionen ebenso wie medikamentöse Behandlungen Veränderungen neuronaler Strukturen bewirken (Paquette et al. 2003).

Hüther (2006) geht davon aus, dass derartige strukturelle Reorganisationsprozesse um so leichter auslösbar sind und umso besser gelingen, je früher sie initiiert werden, das bedeutet, je jünger der Patient ist und je plastischer die in seinem Gehirn angelegten neuronalen und synaptischen Verschaltungsmuster noch sind.

### 2.3 Bindung und ADHS

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, sind die der ADHS zugrunde liegenden Ursachen aus psychoanalytischer Perspektive oftmals in sehr frühen traumatischen Erfahrungen zu finden (Du Bois 2007, Bürgin und Steck 2007).

Viele der analytisch orientierten Autoren verweisen auf ein erhöhtes Vorkommen von Trennungserfahrungen in den Lebensgeschichten von ADHS-Kindern. Sie postulieren einen hohen Anteil alleinerziehender Mütter und real wenig präsenter oder emotional nicht verfügbarer Väter (Bovensiepen 2002, Berger 1993, Tischler 2001, Häußler 2002, Heinemann und Hopf 2004).

In eine ähnliche Richtung weist die Annahme von Taylor (1994), dass die aus dem Erleben wechselnder Bezugspersonen resultierende Schwierigkeit eine sichere Bindung herzustellen, den für die ADHS typischen Problemen zugrunde liegen könnte. Er zieht die Option in Betracht, dass eine Bindungsstörung möglicherweise als Ursache für Unaufmerksamkeit und Überaktivität fungieren kann (Taylor 1994 zit. n. Pozzi 2002, 174).

Perry et al. (1998) nehmen an, dass frühe traumatisierende Erfahrungen in Form von Missbrauch oder Vernachlässigung zur Entwicklung einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung führen können. Sie führen aus, dass ein traumatisiertes Kind im Laufe der Zeit motorische Hyperaktivität, Angst, Verhaltensimpulsivität, Schlafprobleme, Tachykardien und Hyperspannungen entwickeln kann.

Tischler (2001) weist darauf hin, dass Kinderpsychotherapeuten in der Behandlung von ADHS-Kindern häufig feststellen, dass die Hyperaktivität auf sehr frühe Traumata oder auf unzulängliche Mütterlichkeit („Holding“ im Sinne Winnicotts) zurückzuführen ist (Tischler 2001, 512).

Eine ähnliche Ansicht vertritt Hopf (2003). Er verweist ebenfalls auf Winnicott, der bereits 1962 einen sehr frühen Faktor, welcher von den ersten Lebenstagen an bestünde, für die Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit verantwortlich gemacht hat. Aus psychoanalytischer Sicht bedeutet dieser frühe Faktor „ein Entgleisen des Dialogs zwischen Mutter und Kind, ein Scheitern des so genannten Containments und die Störung früher Mentalisierungsprozesse“ (Hopf 2003, 14f.).

Von Lüpke (2006) formuliert ebenfalls die Vermutung, dass hyperaktives Verhalten auf einen entgleisten Dialog zwischen Eltern und Kind hinweist. Die Hyperaktivität kann seiner Ansicht nach als verzweifelter Versuch verstanden werden, „den Stillstand nach dem Entgleisen durch Bewegung aufzuheben“ (Von Lüpke 2006, 184f.).

Die von mehreren Autoren angenommenen Verlust- und Trennungserlebnisse sowie anderweitige traumatisierende Erfahrungen in den Lebensgeschichten von ADHS-Kindern stellen ebenso wie die von Tischler berichtete unzulängliche Mütterlichkeit und das von Hopf und Von Lüpke beschriebene Entgleisen des Mutter-Kind-Dialoges, das gescheiterte Containment und die gestörten Mentalisierungsprozesse erhebliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer sicheren Bindungsrepräsentation dar. Sollten der ADHS derartige Ursachen zugrunde liegen, ist davon auszugehen, dass diese Kinder große Schwierigkeiten haben, eine sichere Bindungsrepräsentation zu entwickeln. Folglich wäre ein häufiges Zusammentreffen von unsicheren Bindungsmustern und der ADHS zu erwarten.

Die nicht hinreichende Mütterlichkeit und das misslingende Containment bedeuten aus bindungstheoretischer Sicht eine Beeinträchtigung der mütterlichen Feinfühligkeit. Ein Zusammenhang zwischen reduzierter Feinfühligkeit und einem Aufmerksamkeitsdefizit wird auch von Hüther (2001a) angenommen. Er hält es für möglich, dass nicht das Rauchen selbst in der Schwangerschaft ursächlich für sinkende Aufmerksamkeit beim Kind ist. Hüther vermutet, dass die mangelnde Feinfühligkeit einer rauchenden Mutter und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit einer Bindungsunsicherheit beim Kind bedeutsam für die Entstehung eines kindlichen Aufmerksamkeitsdefizites ist (Tagungsbericht Hüther zit. n. Hédervári 2001, 594).

In eine ähnliche Richtung weist die Vermutung von Hopf (2003), dass die positiven Effekte phosphatfreier Ernährung möglicherweise auf eine verstärkte elterliche Zuwendung zurückzuführen sind.

Die australische klinische Psychologin Ingeborg Stiefel (1997) nimmt einen Zusammenhang zwischen der ADHS und unsicheren Bindungsmustern an. Sie konnte bei ADHS-Kindern, die sie gemeinsam mit den Eltern behandelte, beobachten, dass diese Kinder häufig ambivalente und desorganisierte Bindungsmuster aufwiesen, die sich bei erfolgreicher Behandlung verbesserten.

Die Erfahrung von Stiefel stimmt mit der Beschreibung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Lydia Tischler (2001) überein, dass Kinder, die als Säuglinge unsicher gebunden waren, fragmentiert und „ständig auf dem Sprung“ sind.

Es scheint sich bei den Aussagen von Tischler und Stiefel jedoch um Eindrücke der Behandlerinnen zu handeln und nicht um Untersuchungen mit entsprechenden bindungstheoretischen Diagnostikinventaren.

Brisch (2002) hält einen Zusammenhang von desorganisiertem Bindungsverhalten und ADHS für plausibel. Er weist auf Ähnlichkeiten im Erscheinungsbild von desorganisiert gebundenen

Kindern und ADHS-Kindern hin. Er verweist auf eine Studie von Lyons-Ruth et al. (2002, zit. n. Brisch 2002, 59f.), die zeigte, dass sich desorganisierte Kinder häufig im Kindergarten- und Schulalter hochgradig feindselig und kontrollierend gegenüber Gleichaltrigen verhielten. Er weist auf Parallelen zu Verhaltensstörungen von ADHS-Kindern hin, wie sie von Eltern und Betreuungspersonen beschrieben werden.

Brisch weist auf die derzeitige Diskussion hin, dass desorganisiertes kindliches Bindungsverhalten auf emotional sich widersprechende, nicht zu einem einheitlichen Muster integrierbare oder gar traumatisierende Bindungserfahrungen zurückzuführen ist. Brisch vermutet, dass diese pathogenen Faktoren, falls sie nur vorübergehend oder phasenweise auftreten, häufig mit desorganisiertem Bindungsverhalten assoziiert sind. Sind sie hingegen das vorherrschende frühe Interaktionsmuster und wurden die pathogenen Bindungserfahrungen über mehrere Jahre gemacht, nimmt Brisch an, dass hieraus Bindungsstörungen resultieren können. Desorganisierte Bindungsverhaltensweisen und ADHS könnten demnach Anzeichen einer beginnenden Bindungsstörung darstellen. Diese Verhaltensweisen führen in der sozialen Interaktion zu erheblichen Beziehungs- und Interaktionsstörungen und verstärken sich somit selbst.

Brisch verweist außerdem auf eine Studie von Lakatos et al. (2000 zit. n. Brisch 2002, 60f.), die bei Kindern mit desorganisiertem Bindungsmuster einen Polymorphismus für die Kodierung des Dopamin-D4-Rezeptor-Gens nachwies. Dieses Ergebnis lässt laut Brisch die Hypothese zu, dass eine genetisch bedingte Variation eines spezifischen Dopamin-Rezeptors diese Kinder für interaktionelle Belastungen vulnerabler machen könnte. Dies könnte dazu führen, dass die Kinder bereits pränatal motorisch aktiver und postnatal leicht irritabel sind. Brisch vermutet, dass dieses Verhalten wiederum einen Trigger für traumatisierte Mütter darstellen könnte. Gelingt die Integration und Regulation des durch den Säugling bei der Mutter ausgelösten Affektes nicht, wird sie vermutlich mit den von Lyons-Ruth bei den Müttern desorganisiert gebundener Kinder beobachteten Abwehrreaktionen wie etwa Rückzug oder feindselige Kontrolle reagieren (Lyons-Ruth 1996 zit. n. Brisch 2002, 56f.). Ein ungelöstes Trauma einer frühen Bezugsperson kann auf diese Weise zu frühen Interaktionsstörungen und zur Ausbildung eines desorganisierten „inneren Arbeitsmodells“ beim Säugling beitragen. Brisch hält es für möglich, dass Säuglinge mit einer genetischen Veränderung im Dopamin-Regulations-System hierfür besonders empfänglich sind. Die frühen Interaktionsstörungen könnten laut Brisch zur Ausbildung von neuronalen Mustern führen, die dadurch geprägt sind, dass keine durchgehend eindeutige Erfahrung des Säuglings in der Interaktion mit der Mutter neuronal kodiert wird. Die typischen desorganisierten

Verhaltensweisen des Säuglings, wie sie in Trennungssituationen beobachtet werden können, könnten dieses inkohärente neuronale Muster seiner Ansicht nach widerspiegeln.

Die Eindrücke der Behandlerinnen von AHDS-Kindern sowie die Annahmen einiger Autoren, dass ADHS-Kinder mehrheitlich unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster aufweisen, konnte durch eine australische Studie von Clarke et al. (2002) gestützt werden. Die Untersuchung wurde an 19 aus einer klinischen Inanspruchnahmepopulation stammenden Jungen im Alter von fünf bis zehn Jahren mit einer DSM-IV-Diagnose „ADHS“ durchgeführt. Die untersuchten Kinder wiesen vorwiegend unsicher-ambivalente und desorganisierte Bindungsmuster auf. Clarke und Mitarbeiter interpretierten die Impulsivität, die Rücksichtslosigkeit und Sorglosigkeit, die negative Aufmerksamkeitssuche, die Hyperaktivität und häufig zu beobachtende Oppositionalität aufgrund ihrer Studienergebnisse als Strategie, die Aufmerksamkeit einer wenig optimal verfügbaren Bindungsperson zu erreichen. Die Autorinnen benennen ebenso wie Brisch (2002) Ähnlichkeiten zwischen dem Verhalten von ADHS-Kindern und Kindern mit unsicheren Bindungsmustern. Clarke et al. verweisen auf verschiedene Studien, die Gemeinsamkeiten in den Entwicklungsgeschichten von ADHS-Kindern und denen von unsicher gebundenen Kindern belegen. Die Autorinnen führen aus, dass unsicher gebundene Kinder oftmals Defizite in der Selbstregulation aufweisen (Cassidy 1994 zit. n. Clarke et al. 2002, 181). Sie vermuten, dass dieses bei ADHS-Kindern ebenfalls vorhandene Selbstregulationsdefizit seine Wurzeln in einer belasteten frühen Bezugsperson-Kind-Interaktion hat und zu einer Störung der frühen Bindung führen kann. Clarke et al. weisen darauf hin, dass ADHS-Kinder ebenso wie unsicher gebundene Kinder mehr Probleme in interpersonellen Beziehungen aufweisen. Sie verweisen auf eine Langzeitstudie von Carlson et al. (1995), welche Zusammenhänge zwischen einer ungünstigen frühen Eltern-Kind-Beziehung und Hyperaktivität in der mittleren Kindheit belegt.

Obgleich viele Autoren eine Korrelation zwischen der ADH-Störung und einem unsicheren Bindungsmuster oder einer Bindungsstörung annehmen, konnten Magai et al. (1996) in einer Studie keinen Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und der ADHS-Symptomatik feststellen. Die aus einer Inanspruchnahmepopulation stammenden ADHS-Kinder unterschieden sich hinsichtlich ihrer Bindungsrepräsentation nicht signifikant von den Kindern aus der Kontrollgruppe (Magai 1999).

Die folgenden Untersuchungen stützen wiederum die Hypothese, dass fehlende stabile emotionale Beziehungen, welche die Basis einer sicheren Bindungsbeziehung darstellen, der ADHS-Problematik zugrunde liegen könnten.

O'Connor und Rutter (2000) berichten aus einer längsschnittlichen Untersuchung über die emotionale Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern, die in rumänischen Heimen unter den Bedingungen schwerster Deprivation aufwuchsen und anschließend von englischen und kanadischen Familien adoptiert wurden, von einer hohen Auftretensrate der ADHS-Symptomatik. Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Dauer der Deprivationserfahrung und der Ausprägung der Bindungsstörung. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Bindungsstörung und dem Auftreten von ADHS-Symptomen festgestellt werden. Die Symptomatik zeigte auch unter den emotional günstigeren Adoptionsbedingungen eine hohe Stabilität. Es fand sich kaum ein Beleg für eine Reduktion der Symptome. Der Zusammenhang zwischen Deprivationserfahrung und ADHS-Symptomatik konnte ausschließlich bei Jungen festgestellt werden (O'Connor und Rutter 2000).

Skeels (1966) konnte in einer Langzeitstudie an Heimkindern nachweisen, dass neben einer mangelhaften intellektuellen Förderung vor allem die emotionale Deprivation für Verhaltensstörungen und verminderte Lernleistungen verantwortlich ist (Skeels 1966 zit. n. Braun et al. 2002, 122).

Ein Zusammenhang zwischen emotionaler Deprivationserfahrung und der Entstehung einer ADHS-Symptomatik konnte auch in tierexperimentellen Studien festgestellt werden. Die Neurobiologin Katharina Braun hat mit ihrer Arbeitsgruppe die Entwicklung zerebraler Nervenzellen frisch geschlüpfter Hühnerküken und neugeborener Ratten, welche von ihren Muttertieren getrennt wurden, mit den Nervenzellen von Jungtieren verglichen, die nicht isoliert wurden und die Möglichkeit besaßen, eine Bindung aufzubauen. Braun et al. konnten nachweisen, dass die isolierten Jungtiere eine reduzierte Aktivität im limbischen System aufwiesen. Die Forscher konnten in Folge der Trennung eine Verschiebung des Gleichgewichts der Synapsentypen zu den erregenden Verbindungen hin feststellen. Die Synapsenzahl veränderte sich in Abhängigkeit von der emotionalen Erfahrung in folgenden Bereichen des limbischen Systems: im Nucleus accumbens, der bei der Suchtentstehung von Bedeutung ist, in der Amygdala, dem Zentrum für Angst und Aggression sowie im Hippocampus, dem Eintrittsbereich für Informationen ins Gedächtnis. Darüber hinaus konnte eine Verschiebung der Neurotransmitter Serotonin und Dopamin festgestellt werden, die an der Verarbeitung von Emotionen durch das Gehirn beteiligt sind. Die Autoren sind der

Ansicht, dass sich diese biologischen Veränderungen im Gehirn direkt auf das spätere Lern- und Sozialverhalten auswirken und möglicherweise spätere psychische Störungen verursachen können. Erste Resultate von Verhaltensstudien an Strauchratten stützen diese Annahme. Sobald die isoliert aufgewachsenen Tiere in eine fremde Umgebung gelangten, begannen sie diese mit ungewöhnlich hoher motorischer Aktivität zu erkunden. Zudem reagierten sie viel weniger auf mütterliche Lockrufe. Die Autoren stellten eine verblüffende Übereinstimmung mit der Symptomatik von ADHS-Kindern fest. Sie vermuten, dass emotionale Erlebnisse die Gehirnentwicklung von menschlichen Neugeborenen genauso wie bei Tieren beeinflussen (Braun und Bock 2003, Braun et al. 2002).

Schlack (2004) hält einen frühen Einfluss soziogener Faktoren auf neurobiologische Voraussetzungen ebenfalls für möglich. Er sieht in der Einwirkung soziogener Faktoren die einzig plausible Ursache für die sprunghaft angestiegene Inanspruchnahme ärztlich-therapeutischer Leistungen bei Kindern mit ADHS.

Neben der Annahme, dass bindungsrelevante Faktoren für die Entstehung der ADHS bedeutsam sind, existiert die begründete Annahme, dass die ADHS-Symptomatik das Resultat angeborener Temperamentseigenschaften darstellt, welche außerdem zur Entstehung eines bestimmten Bindungsstils beitragen.

Die letztgenannte Sichtweise wird durch die Untersuchungsergebnisse von Van den Boom und Hoeksma (1994) gestützt. Sie konnten in einer Studie an Neugeborenen zeigen, dass sich die Mütter von hoch irritierbaren Säuglingen weniger feinfühlig in der Interaktion mit dem Säugling verhielten. In einer anschließenden Interventionsstudie konnte Van den Boom (1994) feststellen, dass die hoch irritierbaren Säuglinge mit hoher Wahrscheinlichkeit eine unsichere Bindung entwickelten. Nach einer Intervention zur Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit waren die Säuglinge am Ende des ersten Lebensjahres jedoch deutlich öfter sicher gebunden als die Kinder in den Kontrollgruppen, in denen keine Intervention erfolgt war. Diese Ergebnisse belegen aus Sicht der Autoren eine Beeinflussung des mütterlichen Verhaltens durch das kindliche Verhalten und bestätigen zudem den Einfluss des mütterlichen Verhaltens auf die Bindungssicherheit des Kindes. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die untersuchte Stichprobe einer sozialen Risikopopulation entstammte.

Steele et al. (1996) gehen ebenso wie Van den Boom (1994) davon aus, dass Säuglinge, die problematische Temperamentsmerkmale zeigen, später häufiger unsicher gebunden sind, weil das problematische Verhalten des Säuglings die mütterliche Interaktionskompetenz negativ beeinflusst.

An dieser Stelle sollte beachtet werden, dass die Untersuchungsergebnisse auch eine andere Interpretationsmöglichkeit zulassen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die hohe Irritierbarkeit der Säuglinge auf eine mangelnde mütterliche Feinfühligkeit zurückzuführen ist, die sich unmittelbar nach der Geburt oder bereits pränatal auf die Kinder ausgewirkt hat. Hierfür spräche die Annahme einiger Kliniker, dass ein niedriges pränatales Bindungsniveau mit suboptimaler mütterlicher postnataler Beziehungsaufnahme in Zusammenhang steht (Munz 2002).

Hüther (2005, 2001) führt aus, dass in der Schwangerschaft auftretende Störungen in Form von lauten Geräuschen, Stress oder Angst der Mutter mit Veränderungen der mütterlichen Blutversorgung und der Ausschüttung verschiedener Hormone einhergehen. Er ist der Ansicht, dass diese pränatalen Einflüsse dazu führen können, dass ein Kind bereits mit einem schwach ausgeprägten Geborgenheitsgefühl zur Welt kommt. Kinder mit derartigen intrauterinen Erfahrungen kommen Hüthers Meinung nach ängstlicher und unsicherer auf die Welt und sind weitaus schwerer zu beruhigen als Kinder mit günstigeren pränatalen Erfahrungen.

Diese Ansicht wird durch zahlreiche Studien gestützt, in denen der Einfluss negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft auf die neurobehaviorale Entwicklung des Kindes untersucht wurde. Van den Bergh (2005, 95) gibt einen Überblick über diese Studien.

Eine Studie von Huizink et al. (2002, 2003) an 170 Mutter-Kind-Paaren gelangte zu dem Ergebnis, dass mütterliches Stresserleben und mit der Schwangerschaft verbundene Angst in der 15. bis 17. Schwangerschaftswoche mit einem schwierigen Temperament des Kindes im Alter von drei Monaten sowie mit Schwierigkeiten bei der Regulierung von Aufmerksamkeit und Orientierung während einer standardisierten Testsituation im Alter von drei und acht Monaten in Verbindung steht.

Brouwers et al. (2001) (n = 105) stellten eine signifikante Verbindung zwischen mütterlicher Angst in der 32. Schwangerschaftswoche und der Aufmerksamkeitsleistung des Kindes im Alter von drei Wochen und zwölf Monaten sowie mit der kognitiven Entwicklung im Alter von 24 Monaten fest.

Untersuchungen von Wadhwa und Mitarbeitern (2002) an Stichproben von 24 bis 49 Mutter-Kind-Paaren zeigten, dass hohes mütterliches Stressniveau und ein entsprechend erhöhtes Ausmaß an Stresshormonen während der Schwangerschaft signifikant mit einem schwierigen Temperament des Kindes, bis hin zum Alter von drei Jahren verbunden waren.

Ergebnisse der groß angelegten Avon Longitudinal Study of Parents and Children an 6493 Eltern-Kind-Paaren belegten, dass ein hohes mütterliches Angstniveau in der 32. Schwangerschaftswoche das Risiko für emotionale und Verhaltensprobleme im Alter von 47 und 81 Monaten sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen verdoppelte. Mütterliche Ängstlichkeit in der 18. Schwangerschaftswoche hatte hingegen nur Auswirkungen auf emotionale und Verhaltensprobleme bei Mädchen (O'Connor et al. 2002, 2003).

Eine noch laufende Studie von Van den Bergh et al. (1989) wies nach, dass Kinder von während der Schwangerschaft sehr ängstlichen Müttern in den ersten sieben Lebensmonaten sehr aktiv waren, häufig schrieten, unregelmäßig aßen und schliefen und ein schwieriges Temperament hatten. Im Alter von acht bis neun Jahren zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen mütterlicher Ängstlichkeit während der 12. bis 22. Schwangerschaftswoche und der ADHS-Problematik, Problemexternalisierung sowie subjektiv empfundenen Angstgefühlen beim Kind (Van den Bergh 2001, Van den Bergh und Marcoen 2004).

Fox (1992) geht ebenso wie Steele et al. (1996) und Van den Boom (1994) davon aus, dass der Säugling aufgrund seiner konstitutionellen Ausstattung, speziell seiner Temperamentsmerkmale, zur Entstehung einer spezifischen Bindung beiträgt. Fox et al. (1991) stützen ihre Argumentation auf die Befunde ihrer elf Stichproben umfassenden Metaanalyse von Untersuchungen mit der *Fremden Situation*, in der sich signifikant gleiche Klassifikationen mit beiden Elternteilen ergaben. Dabei nehmen sie an, dass insbesondere ausgeprägte Irritabilität und negative Affekte die Entwicklung einer unsicher-ambivalenten Bindung begünstigen können.

Da problematische Temperamentsmerkmale und insbesondere eine hohe Irritierbarkeit bei der Mehrzahl der ADHS-Kinder bereits im Säuglingsalter vorhanden sind, entsprechen die Ansichten von Fox (1992), Steele et al. (1996) und Van den Boom (1994) der Annahme, dass eine genetisch bedingte ADHS die Ursache für eine unsichere Bindung des Kindes bedeuten kann.

Entgegen den Ergebnissen der Metaanalyse von Fox et al. konnte in verschiedenen anderen Studien kein Zusammenhang zwischen der Bindung zur Mutter und der Bindung zum Vater festgestellt werden (Main und Weston 1981, Grossmann et al. 1981, Suess et al. 1992).

Grossmann et al. (2003a) weisen darauf hin, dass die Hälfte aller weltweit untersuchten Kinder unterschiedliche Bindungsqualitäten zu beiden Elternteilen aufweisen.

Konstitutionelle Anlagen wie das Temperament des Kindes könnten demnach kaum für die beobachteten Unterschiede im Bindungsverhalten dieser Kinder verantwortlich gemacht werden.

Main (2002) ist ebenfalls der Ansicht, dass das Verhalten in der Fremden Situation die Interaktionsgeschichte mit den Eltern und nicht das Temperament des Kindes widerspiegelt. Sie führt aus, dass es schwieriger sein müsste, das Verhalten des Kindes in der Fremden Situation pränatal vorherzusagen, wenn ausschließlich die konstitutionelle Verfassung des Kindes die bindungsrelevanten Interaktionen prägen würde.

Die Behauptung, dass Bindungsmuster aufgrund des angeborenen kindlichen Temperaments so beständig sind, weist Bowlby (1995) mit dem Verweis auf Studien von Sroufe (1985) zurück. Die Studien demonstrieren laut Bowlby, dass das Bindungsmuster eine derartige Stabilität aufweist, weil es zunehmend internalisiert und in teilweise modifizierter Form auf andere Personen übertragen wird.

Eine Metaanalyse von Van Ijzendoorn et al. (1999) mit insgesamt 1.877 Teilnehmern spricht ebenfalls gegen die Ergebnisse von Fox et al.. Hier konnte kein Zusammenhang zwischen desorganisiertem Bindungsverhalten im Kleinkindalter und Temperament festgestellt werden.

Diese Ergebnisse von Van Ijzendoorn et al. sprechen jedoch auch gegen die Annahme, dass ein bestimmter elterlicher Umgangsstil sowohl zur Entstehung eines desorganisierten Bindungsmusters als auch zur Entwicklung der ADHS beiträgt.

Pauli-Pott und Bade (2002) weisen auf Veröffentlichungen von Vaughn et al. (1992), Seifer et al. (1996) und Fox et al. (1991) hin, in denen ein Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit, Temperament und Feinfühligkeit postuliert wird. Die Autorengruppen nehmen an, dass sowohl die Entwicklung der Bindungssicherheit als auch die Entwicklung der Temperamentskomponente „Selbstregulationsfähigkeit“ durch feinfühliges Verhalten der Bezugspersonen positiv beeinflusst werden. Sie vermuten, dass die Entwicklung von Bindungssicherheit und Temperament abhängig ist von der Qualität der Bezugsperson-Säugling-Interaktion. Eine suboptimale mütterliche Feinfühligkeit würde demnach sowohl die Entwicklung einer sicheren Bindungsrepräsentation als auch die Entwicklung der Selbstregulationsfähigkeit des Kindes beeinträchtigen. Diese Annahmen scheinen im Hinblick auf einen Zusammenhang zwischen Bindungsqualität und ADHS-Symptomatik besonders bedeutsam, da bei Kindern mit ADHS insbesondere die Fähigkeit zur Selbstregulation erheblich beeinträchtigt ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es derzeit noch keine hinreichenden wissenschaftlichen Belege für das Bestehen einer Korrelation zwischen der ADHS-Symptomatik und einer bestimmten Art der Bindungsqualität gibt. Die Mehrzahl der angeführten Untersuchungsergebnisse, Beobachtungen und Erklärungsmodelle weist jedoch auf einen Zusammenhang zwischen einem unsicheren oder desorganisierten Bindungsmuster und der ADHS hin.

### 3. Fragestellung und Hypothesen

Betrachtet man die ADHS-Symptomatik aus bindungstheoretischer Perspektive, so zeigt sich, dass ADHS-Kinder bereits im Säuglingsalter durch Verhaltensweisen auffallen, die der Gruppe der Bindungsverhaltensweisen zuzuordnen sind. Diese Verhaltensweisen treten, wie bereits beschrieben, üblicherweise immer dann auf, wenn das Bindungsverhaltenssystem durch belastende Reize aktiviert wird. Die Wahrnehmung kindlicher Bindungsverhaltensweisen bewirkt eine Aktivierung des elterlichen Pflegeverhaltenssystems.

Da es den Eltern oftmals über lange Zeiträume nicht gelingt, das kindliche Bindungsverhaltenssystem zu beruhigen, ist davon auszugehen, dass das elterliche Pflegesystem ebenso lang aktiviert bleibt. Die nachstehenden Zitate belegen diese dauerhafte Aktivierung des elterlichen Pflegeverhaltenssystems. Sie demonstrieren zudem, dass die Schwierigkeiten, das Kind zufrieden zu stellen, dazu führen können, dass sich die Bezugspersonen hinsichtlich ihrer Elternqualitäten als wenig kompetent erleben.

*„Während der gesamten Entwicklung des Kindes mit ADHS treten Probleme auf, die die Beziehung zu seinen Eltern belasten. Es ist aufgrund seines Temperaments von frühester Kindheit an nicht zufrieden zu stellen. Die Mutter kann seine Koliken nicht bessern, mit seinen Schlafstörungen nicht umgehen, es nicht zufrieden oder glücklich machen. Wenn es älter wird, verursachen seine motorische Unruhe, Impulsivität und die anderen beschriebenen Verhaltensweisen familiäre Spannungen. Was die Eltern auch unternehmen, nichts hilft sehr gut oder sehr lange“ (Wender 2002, 48).*

*„Bereits im Säuglingsalter schreien ADHD-Kinder ungewöhnlich häufig und ausdauernd. Sie sind ununterbrochen in Bewegung, sind häufig unzufrieden (quengelig) und werden schnell wütend. Sie wirken selten entspannt und sorgen so für erhebliche Schlafstörungen der Eltern. Körperkontakt von Seiten der Eltern wird oft abgelehnt und mütterliche Zärtlichkeiten werden selten erwidert. Dieses Verhalten führt zu einer starken Verunsicherung der Mutter. Darüberhinaus sind die Signale des Kindes schwer zu verstehen, was zu einer Atmosphäre von Gespanntheit, nervöser Gereiztheit und Frustriertheit in der Familie führt“ (Skrodzki 2000, 27).*

Da es den Eltern bereits in den ersten Lebensmonaten ihres Kindes häufig nicht gelingt, dessen Bedürfnisse zu befriedigen, ist zu erwarten, dass sich die oftmals mehrere Stunden anhaltende Aktivierung des kindlichen Bindungsverhaltenssystems und des elterlichen Pflegesystems negativ auf die Qualität der Eltern-Kind-Bindung auswirkt.

Die dauerhafte Aktivierung des elterlichen Pflegesystems ist jedoch nicht auf die früheste Kindheit beschränkt. ADHS-Kinder zeigen ähnlich wie unsicher-vermeidend gebundene Kinder bereits sehr früh eine deutliche Unabhängigkeit von ihren primären Bezugspersonen. In Trennungssituationen zeigen sie zumeist keinerlei Trennungsängstlichkeit. Zudem entfernen sie sich bereits im Kleinkindalter ungewöhnlich weit von ihren Bindungspersonen. ADHS-Kinder scheinen nicht wie andere Kinder dieses Alters das Bedürfnis zu haben, die Eltern immer wieder in ihrer Funktion als sichere Basis aufzusuchen. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein. Diese Kinder fühlen sich offenbar geradezu angezogen von gefährvollen Situationen. Im Gegensatz zu den vermeidend-gebundenen Kindern gelingt es ADHS-Kindern jedoch auf diese Weise auch im Kindergarten- und Schulalter mittels ihres sehr starken und risikoträchtigen Explorationsdrangs, eine Aktivierung des elterlichen Pflegesystems über lange Zeiträume aufrechtzuerhalten.

*„Als Kleinkinder sind sie meist die reinsten Energiebündel. Viele Eltern berichten, dass die Kinder nach einer unruhigen Säuglingsperiode sehr bald mit dem Sitzen und Laufen angefangen hätten. In den Schilderungen heißt es dann: er demolierte die Stäbe seines Kinderbetts und zog wie „Klein-King Kong“ los, um das Haus zu verwüsten. Er war immer auf Achse, ging überall hin, geriet ständig in Schwierigkeiten und fasste alles in Sichtweite an (zufälligerweise zerbrachen viele Dinge). War er nur für einen kurzen Augenblick unbeaufsichtigt, fand man ihn auf dem Kühlschrank oder mitten auf der Straße wieder. Im Handumdrehen fegte er Töpfe und Pfannen vom Regal, stieß Gläser vom Tisch und Lampen um. Die Mütter glauben häufig – und dies ganz zu Recht –, das Unglück geradezu heraufzubeschwören, wenn sie die Kinder nur einen winzigen Moment aus den Augen verlieren. Sobald sie ihm den Rücken zuwandte, ging irgend etwas in die Brüche oder sein Leben war ernsthaft in Gefahr. Und dies ist richtig: Kinder mit ADHS haben ein erhöhtes Unfallrisiko und müssen häufiger als andere Kinder notfallmäßig behandelt werden“ (Wender 2002, 21).*

*„Johann renne beispielsweise manchmal auf die Straße oder fasse auf die heiße Herdplatte. (...) Nun erzählte wieder die Mutter, dass sie selbst viele Ängste habe, dass Johann etwas passiere, sie lasse ihn nicht alleine“ (Heinemann 2003, 29).*

*„In den ersten drei Lebensjahren verunsichert das ADS-Kind seine Eltern, da es sich anders als seine Geschwister verhält und entwickelt. Es ist meist unruhiger, kann sich nicht lange allein beschäftigen, weint bei jeder Kleinigkeit und bindet seine Eltern eng an sich. (...) Will über andere Kinder bestimmen, ist sehr unruhig und umtriebig, fordert viel Aufmerksamkeit von seiner Umgebung und ist dabei doch ständig unzufrieden. (...) Zu Hause ist es zugleich ängstlich oder aggressiv, klammert und benötigt immer die Anwesenheit seiner Mutter“ (Simchen 2003, 86).*

Eine mögliche Erklärungshypothese für das soeben beschriebene Verhalten von ADHS-Kindern könnte folgendermaßen lauten: Da es den Eltern bereits in den ersten Lebensmonaten kaum gelingt, das Bindungssystem ihrer Kinder zeitnah zu beruhigen, ist zu erwarten, dass sich das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit bei diesen Kindern nur unzureichend entwickeln kann.

Möglicherweise kommen diese Kinder aufgrund einer genetischen Disposition oder entsprechender störender Faktoren während der pränatalen Entwicklungsphase bereits irritabler auf die Welt. Die erhöhte Irritabilität des Säuglings und die Schwierigkeiten, ihn zu beruhigen führen vermutlich zu einer Verunsicherung der Eltern. Es ist anzunehmen, dass viele Eltern auf die ständigen erfolglosen Versuche, ihr Kind zu beruhigen, mit der Zeit frustriert und gereizt reagieren. Eine Abwendung vom unruhigen Kind und möglicherweise bei einigen Eltern auch Überreaktionen in Form von Misshandlungen sind nahe liegend. Es ist zu vermuten, dass die Erfahrungen des Säuglings, dass ihn seine Eltern nicht hinreichend beruhigen können, sich eventuell sogar von ihm abwenden oder ihn misshandeln, dazu führen, dass er je nach erlebten Erfahrungen eine unsichere oder desorganisierte Bindungsorganisation entwickelt.

Die häufig auftretenden Symptome einer Regulationsstörung im Säuglingsalter und die später auftretenden mit der ADHS-Symptomatik verbundenen risikoträchtigen Verhaltensweisen könnten demzufolge aus bindungstheoretischer Perspektive als Versuche verstanden werden, die durch ungünstige frühe Interaktionserfahrungen als nicht hinreichend zuverlässig erlebte elterliche Pflegepräsenz zu sichern.

Entsprechend dem Konzept der intergenerationalen Transmission wird das kindliche Bindungsmuster stark durch die inneren Arbeitsmodelle der Eltern beeinflusst. Eigene unzulängliche oder gar traumatisierende Bindungserfahrungen der Eltern bewirken eine Reduktion ihrer elterlichen Interaktionskompetenz, insbesondere ihrer Fähigkeit zu feinfühligem Pflegeverhalten. Reduzierte elterliche Sensitivität trägt zum einen dazu bei, dass die Kinder ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit einen unsicheren Bindungsstil entwickeln. Zum anderen bewirkt die oftmals mit einem defizitären elterlichen Pflegeverhalten verbundene ausbleibende zeitnahe Beruhigung des Kindes, dass motorische Spannungs- und Erregungszustände des Kindes über lange Zeiträume bestehen bleiben.

Es ist zu vermuten, dass Eltern mit unsicherer Bindungsrepräsentation aufgrund der in der Regel reduzierten Fähigkeit, ihr Kind zu beruhigen und ihm ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, die Entwicklung einer ADHS begünstigen können. Es ist zu erwarten, dass Eltern, die selbst ungünstige Beziehungserfahrungen erlebt haben, eine niedrigere Toleranz für leicht irritierbare Kinder aufweisen und demzufolge besonders schnell in eine Überforderungssituation bei der Versorgung ihres Kindes geraten.

Entsprechend könnten Eltern mit gut ausgeprägten sensiblen Pflege- und Interaktionskompetenzen möglicherweise einer Entwicklung des Störungsbildes entgegenwirken. Dieser Argumentationskette folgend, wäre eine erhöhte Anzahl von unsicher oder desorganisiert gebundenen Elternteilen unter den Eltern von ADHS-Kindern zu erwarten.

Die in dieser Arbeit zu prüfenden Hypothesen sollen daher folgendermaßen lauten:

- H1: Kinder mit ADHS-Symptomen weisen häufiger unsichere Bindungsmuster auf als Kinder ohne ADHS-Symptome.
- H2: Kinder mit ADHS-Symptomen weisen häufiger desorganisierte Bindungsmuster auf als Kinder ohne ADHS-Symptome.
- H3: Die Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen weisen häufiger unsichere Bindungsrepräsentanzen auf als die Eltern von Kindern ohne ADHS-Symptome.
- H4: Die Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen weisen häufiger desorganisierte Bindungsrepräsentanzen auf als die Eltern von Kindern ohne ADHS-Symptome.

## 4. Methodik

Im Folgenden wird zunächst die Rekrutierung der Stichprobe (Punkt 4.1) und der Ablauf der Untersuchung (Punkt 4.2) beschrieben. Anschließend werden die gewählten Datenerhebungsverfahren dargestellt (Punkt 4.3). Im Anschluss an die Beschreibung der einzelnen Verfahren werden Besonderheiten beim Einsatz des jeweiligen Verfahrens während der Untersuchung angeführt. Unter Punkt 4.4 werden die untersuchten Variablen zum Überblick in tabellarischer Form dargestellt. Punkt 4.5 beinhaltet abschließend einige Anmerkungen zu den statistischen Berechnungen.

Zur Überprüfung der Eignung der ausgewählten Untersuchungsinstrumente sowie zum Training der Untersucherinnen wurde im Vorfeld in einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe eine Pilotstudie zum vorliegenden Forschungsprojekt durchgeführt.

### 4.1 Auswahl der Stichprobe

Es wurden insgesamt 60 Kinder der ersten und zweiten Grundschulklasse untersucht. Die Hälfte der Kinder bildete die Untersuchungsgruppe (UG), die andere Hälfte fungierte als Kontrollgruppe (KG).

Es wurden Schüler der ersten beiden Grundschulklassen ausgewählt, da die ADHS-Symptome in der Regel in diesem Alter aufgrund der mit der Symptomatik verbundenen Schwierigkeiten in der schulischen Anpassungsfähigkeit verstärkt in den Fokus der Lehrer und Eltern treten.

Da die Datenerhebung im November begann, besuchten die Kinder der ersten Klasse die Schule erst seit einigen Monaten. Vermutlich trug der relativ frühe Untersuchungszeitpunkt dazu bei, dass sich in der Untersuchungsgruppe lediglich ein bereits vordiagnostiziertes Kind befand. Dieses Kind wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung medikamentös behandelt.

Sämtliche Kinder sind aus Kölner Regelgrundschulen rekrutiert worden. Nachdem die Schulen schriftlich über das Forschungsprojekt informiert worden waren, wurden die Lehrer der ersten und zweiten Klassen gebeten, Informationsbriefe über das geplante Forschungsprojekt an die Eltern der in Frage kommenden Schüler weiterzuleiten.

Die Briefe enthielten Informationen zum Inhalt, zum geplanten Ablauf und zur Zielgruppe des Projektes. Außerdem enthielten die Briefe eine Telefonnummer, unter der die Familien

Kontakt mit der Untersuchungsleiterin<sup>2</sup> aufnehmen konnten, um Fragen zum Untersuchungsprozedere und den Teilnahmemodalitäten zu stellen.

Einige Familien nutzten das telefonische Kontaktangebot als Entscheidungshilfe für die Teilnahme am Projekt. Insbesondere wurden Fragen zur Datenanonymisierung und zur Schweigepflicht der Forschungsgruppe gegenüber dem Lehrpersonal gestellt. Ein Großteil der Anrufer konnte durch die Zusicherung, dass Ergebnisse der Untersuchung des Kindes nur im Falle einer schriftlichen Einverständniserklärung durch die Eltern an die Lehrer weitergegeben werden, zur Teilnahme am Projekt motiviert werden.

Bei der Rekrutierung der Untersuchungsgruppe wurden die Lehrer gebeten, die Informationsbriefe an Eltern weiterzuleiten, deren Kinder durch übermäßige Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität im Unterricht aufgefallen waren. Bei der Zusammenstellung der Kontrollgruppe wurden die Lehrer gebeten, die Briefe an Eltern weiterzuleiten, deren Kinder vom Lehrpersonal in den eben genannten Merkmalsbereichen als unauffällig eingeschätzt worden waren.

Die Eltern, die mit der Einschätzung der Lehrer übereinstimmten, dass ihr Kind in die jeweilige Zielgruppe passte und die mit der Teilnahme am Forschungsprojekt einverstanden waren, wurden gebeten, die den Briefen beiliegenden Einverständniserklärungen zu unterzeichnen und diese an die jeweiligen Klassenlehrer zurückzugeben.

Da keine Aufwandsentschädigung gezahlt werden konnte, wurde den Familien ein schriftlicher Befundbericht sowie ein Beratungsgespräch über die ermittelten Ergebnisse und etwaige Interventionsmöglichkeiten als Dank für ihre Teilnahme angeboten. Dieses Angebot wurde von allen teilnehmenden Familien in Anspruch genommen. Zur Erhöhung der Teilnahmemotivation wurde den Kindern außerdem ein kleines Geschenk versprochen.

Die Untersuchungsgruppe umfasste somit 30 Kinder, die von ihren Lehrern und Eltern als auffällig in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität beschrieben worden waren. Die Kontrollgruppe umfasste 29 Grundschüler, die von ihren Eltern und Lehrern in den eben genannten Merkmalsbereichen als unauffällig eingeschätzt worden waren.

Die Mutter eines Kindes aus der Kontrollgruppe ist nach dem ersten Untersuchungstermin unerwartet verstorben, so dass der zweite Termin nicht mehr durchgeführt werden konnte. Die ermittelten Daten für diesen Probanden wurden nicht in die Auswertung der Ergebnisse mit einbezogen, so dass die Kontrollgruppe einen Datensatz von 29 Probanden umfasste.

---

<sup>2</sup> Die Untersuchungsleiterin ist zugleich die Verfasserin der vorliegenden Arbeit.

## **4.2 Ablauf der Untersuchung**

Die Untersuchung der Kinder wurde an jeweils zwei Terminen durchgeführt. Nachdem die Klassenlehrer die Einverständniserklärungen an die Untersuchungsleiterin weitergeleitet hatten, nahm diese Kontakt mit dem Klassenlehrer auf, um einen ersten Untersuchungstermin für das Kind abzusprechen. Außerdem erfolgte eine telefonische Terminabsprache mit den Eltern zur Planung des zweiten Termins.

Der erste Untersuchungstermin fand während der Unterrichtszeit in der Schule statt. Bei diesem Termin wurden der Intelligenztest (HAWIK-III) und die psychopathologische Befundung (CASCAP-D) mit den Kindern von der Untersuchungsleiterin durchgeführt. Außerdem wurden die Lehrerfragebögen (FBB-HKS) an die jeweiligen Klassenlehrer ausgegeben.

Nach dem ersten Untersuchungstermin wurden die Elternfragebögen (CBCL) an die Eltern gesendet. Die Eltern wurden gebeten, die Fragebögen bis zum zweiten Untersuchungstermin auszufüllen.

Der zweite Termin fand wahlweise bei den Familien zu Hause, in den jeweiligen Schulen oder in den Räumen der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln statt. Die Mehrzahl der Familien entschied sich für einen Hausbesuch.

An diesem Termin wurde das Bindungsinterview (GEV) mit den Kindern durchgeführt. Die Durchführung des Geschichtenergänzungsverfahrens (GEV) oblag vier trainierten Studentinnen der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. Parallel dazu erfolgte die Erhebung der elterlichen Bindungsrepräsentation (AAP) sowie der Einsatz des Diagnostik-Systems zur Erfassung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ) durch die Untersuchungsleiterin.

## **4.3 Eingesetzte Verfahren**

### **4.3.1 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-III)**

Bei der dritten Version des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder (HAWIK-III) handelt es sich um die deutschsprachige Adaptation der dritten Fassung der Wechsler Intelligence Scale for Children, kurz WISC-III (Wechsler 1991).

Der HAWIK-III ist ein Individualtest zur Untersuchung der kognitiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 16 Jahren und elf Monaten. Er ist für den

Einsatz in der klinischen und pädagogischen Diagnostik vorgesehen. Der HAWIK-III besteht aus 13 Untertests, deren Ergebnisse jeweils getrennt bewertet werden.

Die Testleistung des Kindes kann in drei Gesamleistungswerten zusammengefasst werden: dem Verbal-IQ, dem Handlungs-IQ und dem Gesamt-IQ, welche eine Einschätzung des geistigen Leistungsvermögens ermöglichen sollen. Zusätzlich können vier spezifische Indizes für Teilleistungsbereiche bestimmt werden. Die vier Indizes umfassen das sprachliche Verständnis, die Wahrnehmungsorganisation, die Unablenkbarkeit und die Arbeitsgeschwindigkeit (Tewes et al. 2002).

Der Einsatz des Intelligenztests erfolgte, um eine schulische Unter- oder Überforderung der Kinder als mögliche Ursache der ADHS-Symptome auszuschließen.

Die Durchführung des Leistungstests HAWIK-III erfolgte während der Unterrichtszeit in einem separaten Klassenraum. Um die Konzentrationsfähigkeit der Kinder nicht zu überschreiten, wurden zwei der 13 Untertests nicht durchgeführt, so dass der Indexwert für die Arbeitsgeschwindigkeit nicht berechnet werden konnte. Dieser Indexwert wird bei der klinischen Diagnostik zumeist nicht berechnet, da er zur Bestimmung der IQ-Werte nicht erforderlich ist. Die Durchführung des HAWIK-III wurde von fast allen Kindern mit guter Motivation absolviert. Lediglich ein Kind aus der Untersuchungsgruppe ist beim Misslingen einer Aufgabe in Tränen ausgebrochen und hat die weitere Durchführung an diesem Tag verweigert, so dass die restlichen Aufgaben an einem zweiten Termin durchgeführt wurden.

#### **4.3.2 Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)**

Das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche CASCAP-D (DÖPFNER et al. 1999) dient der klinischen Beurteilung einzelner psychopathologischer Merkmale. Die Symptome werden mittels eines halbstrukturierten Interviews sowie durch die Beobachtung des Untersuchers in der Untersuchungssituation eingeschätzt.

Bei der Entwicklung des CASCAP-D wurden das für die Erwachsenenpsychiatrie entwickelte AMDP-System sowie die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM III-R/IV als Orientierungsrahmen verwendet.

Die englische Fassung des Befund-Systems erhielt die Bezeichnung Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP). Für die deutsche Fassung wurde die Kurzbezeichnung CASCAP-D gewählt.

Mit der Entwicklung des Psychopathologischen Befund-Systems wurden mehrere Ziele verfolgt. Das Befund-System soll zum einen der Erfassung der wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter dienen. Außerdem soll es in der klinischen Praxis leicht und ökonomisch einsetzbar sein und eine einheitliche Begriffsbildung erleichtern. Darüber hinaus soll es die Situationsspezifität psychopathologischer Merkmale berücksichtigen.

Das CASCAP-D besteht aus 13 Modulen, in denen insgesamt 98 Merkmale zu Merkmalsgruppen zusammengefasst sind. Die Ausprägung der einzelnen Merkmale wird anhand einer vierstufigen Skala (3 = stark, 2 = deutlich, 1 = leicht, 0 = nicht vorhanden) beurteilt. Das Merkmal kann außerdem als nicht beurteilbar (9 = nicht bekannt) eingeschätzt werden. Darüber hinaus können ganze Merkmalsbereiche global als unauffällig oder als nicht beurteilbar dokumentiert werden.

Die Beurteilung der aktuellen Symptomatik basiert einerseits auf Informationen des Patienten und andererseits auf der Beobachtung seines Verhaltens während der Exploration. Die Beurteilung von Merkmalen, die außerhalb der Untersuchungssituation auftreten, stützt sich auf Informationen des Patienten und, sofern vorhanden, seiner Begleitperson. Die Beurteilung der Merkmalsausprägung in anderen Kontexten bezieht sich üblicherweise auf den Zeitraum der letzten sechs Monate.

Bei der Durchführung des CASCAP-D wird der Befragte nach dem Vorhandensein eines Merkmals und gegebenenfalls nach dessen Ausprägungsgrad gefragt. In einem Glossar ist für jedes Item angegeben, ob die Selbsteinschätzung des Befragten oder die Fremdeinschätzung der Bezugsperson bzw. die Verhaltensbeobachtung des Untersuchers bei der Merkmalsbeurteilung während der Exploration stärker gewichtet wird. Bei einigen Merkmalen ist die Selbst- und Fremdeinschätzung als gleichwertig zu betrachten. Der Befundbogen befindet sich im Anhang der Arbeit unter Punkt 10.1.

Das Psychopathologische Befund-System ist besonders für den Einsatz in einer ersten diagnostischen Phase geeignet. Es deckt ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten ab. Das Befundsystem spiegelt die klinische Beurteilung der Symptomatik wider. In einer zweiten diagnostischen Phase kann dann eine störungsspezifische Verhaltens- und Psychodiagnostik angeschlossen werden.

Der Einsatz des CASCAP-D diene in der vorliegenden Arbeit insbesondere dazu, das Vorhandensein von Symptomen komorbider Störungen zu erfassen. Außerdem konnte mittels des Moduls „Aktivität und Aufmerksamkeit“ die Selbsteinschätzung der untersuchten Kinder und die Fremdeinschätzung durch die Untersucherin ermittelt werden.

Die psychopathologische Befundung mittels CASCAP-D wurde direkt im Anschluss an den HAWIK-III durchgeführt. Die Dauer des ersten Untersuchungstermins betrug somit etwa 1,5 Stunden. Sämtliche Kinder zeigten sich hierbei sehr kommunikativ und beantworteten alle gestellten Fragen. Einige Kinder hatten so viel Freude daran, über sich zu erzählen, dass es nicht ganz leicht fiel, sie auf die Beantwortung der darauf folgenden Fragen hinzuleiten.

#### **4.3.3 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)**

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (DÖPFNER et al. 1998) ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist for ages 4-18 (CBCL/4-18). Die CBCL wurde mittlerweile in mehr als 50 Sprachen übersetzt und ist bereits in über 2.000 Studien angewendet worden. Der Elternfragebogen besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil umfasst die Einschätzung psychosozialer Kompetenzen. Im zweiten Teil wird das Urteil der Eltern über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern im Alter von vier bis 18 Jahren erfasst.

Die Items des ersten Teils werden in den drei Kompetenzskalen *Aktivitäten*, *soziale Kompetenz* und *Schule* zusammengefasst. Die Items des zweiten Teils werden acht Problemskalen zugeordnet. Die Skalen *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden* und *Ängstlich/Depressiv* werden zu der übergeordneten Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ zusammengefasst. Ebenso werden die Skalen *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten* der übergeordneten Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ zugeordnet. Die Problemskalen *Soziale Probleme*, *Schizoid/Zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsprobleme* werden zu keiner übergeordneten Skala zusammengefasst. Der Gesamtauffälligkeitswert setzt sich aus insgesamt 118 Items zusammen.

Die Normierung der Problemskalen erfolgte anhand einer bundesweit repräsentativen nicht-klinischen Stichprobe von fast 2.900 Kindern und Jugendlichen. Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Skalen konnte inzwischen auch für deutsche Stichproben weitestgehend bestätigt werden.

Die CBCL wurde ebenfalls eingesetzt, um das Vorhandensein und den Ausprägungsgrad von Merkmalen komorbider Störungsbilder zu erfassen. Außerdem konnte über die Problemskala „Aufmerksamkeitsprobleme“ eine zusätzliche Einschätzung dieses Problembereichs durch die Eltern erfolgen. Der Fragebogen befindet sich im Anhang der Arbeit unter Punkt 10.2.

Der Elternfragebogen (CBCL) wurde den Eltern der Probanden wie bereits erwähnt, nach dem ersten Untersuchungstermin mit der Bitte, ihn bis zum zweiten Termin auszufüllen mit der Post zugeschickt. Insgesamt wurden in der Untersuchungs- und in der Kontrollgruppe je 24 der ausgeteilten 30 Fragebögen zurückerhalten. Die Elternfragebögen waren größtenteils vollständig von den Eltern ausgefüllt worden.

#### **4.3.4 Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 / DSM-IV (DISYPS-KJ)**

Das DISYPS-KJ (Döpfner und Lehmkuhl 2000) ist ein Diagnostik-System, welches der Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV dient. Es umfasst sieben wichtige Störungsbereiche des Kindes- und Jugendalters, darunter auch den für die vorliegende Arbeit relevanten Bereich der hyperkinetischen Störungen.

Das Diagnostik-System ist neben der praktischen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychologischen Diagnostik besonders für Ausbildung und Forschung geeignet.

Das DISYPS-KJ stellt eine Kombination kategorialer und dimensionaler Diagnostikansätze dar. Hierdurch wird eine Kompensation der Nachteile eines rein kategorialen bzw. rein dimensional Ansatzes ermöglicht. Anhand der Diagnose-Checklisten können sowohl Diagnosen gestellt als auch Kennwerte für einzelne Symptomgruppen berechnet werden.

Die Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen (DCL-HKS) umfasst die drei Bereiche Aufmerksamkeitsstörung (neun Items), Überaktivität (fünf Items) und Impulsivität (vier Items). Beim Einsatz der Diagnose-Checkliste werden die Befragten gebeten, vom Untersucher erläuterte Verhaltensweisen in ihrer Auftretensintensität einzuschätzen. Es besteht die Möglichkeit eine Verhaltensweise als 0 = nicht vorhanden, 1 = leicht ausgeprägt, 2 = deutlich ausgeprägt und 3 = sehr stark ausgeprägt einzuschätzen.

Bei der Berechnung der Kennwerte werden sämtliche Items der drei Hauptbereiche (Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität, Impulsivität) summiert, so dass drei Kennwerte und ein Gesamtkennwert gebildet werden können.

Mittels eines Entscheidungsbaumes kann anhand der Anzahl der erfüllten Kriterien in den Hauptbereichen unter Berücksichtigung der für die Diagnosestellung erforderlichen Zusatz- und Ausschlusskriterien eine kategoriale Diagnose gestellt werden. Ein Kriterium gilt ab einem Wert von 2 als erfüllt.

Das DISYPS-KJ umfasst neben der Diagnose-Checkliste Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen. Mittels der Fragebögen ist eine zusätzliche dimensionale Einschätzung der Symptomatik möglich. In der vorliegenden Arbeit wurde der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen für Eltern, Lehrer und Erzieher (FBB-HKS) zur Einschätzung der Ausprägung der Symptomatik im Lehrerurteil eingesetzt. Die Diagnosecheckliste und der Fremdbeurteilungsbogen sind im Anhang unter Punkt 10.3 und 10.4 abgebildet.

Die Diagnosecheckliste (DCL-HKS) wurde mit den Eltern beim zweiten Untersuchungstermin durchgeführt. Wenn beide Elternteile anwesend waren, wurden sie gebeten, sich auf eine Einschätzung der Ausprägung der beschriebenen Verhaltensweise zu einigen. Mehreren Eltern aus der Untersuchungsgruppe fiel die Festlegung auf einen bestimmten Wert relativ schwer. Viele Eltern aus der UG tendierten zu einer sehr ausführlichen Beschreibung der einzelnen Verhaltensweisen. Die Durchführungsdauer des DISYPS-KJ betrug somit in der Untersuchungsgruppe bis zu 40 Minuten, wohingegen sie in der Kontrollgruppe lediglich bei maximal 20 Minuten lag. Von den Lehrern konnten in der Untersuchungsgruppe 29 und in der Kontrollgruppe 27 Beurteilungsbögen zurückerhalten werden.

#### **4.3.5 Geschichtenergänzungsverfahren (GEV) zur Erfassung der kindlichen Bindungsqualität**

Zur Erfassung der Bindungsqualität von Vorschulkindern und jungen Schulkindern wird in der Bindungsforschung zunehmend die Methode des Weitererzählens von Geschichten angewandt. Diese den projektiven Verfahren entlehnte Methode basiert auf der Annahme, dass die Präsentation eines Geschichtenanfanges eine Aktivierung des Bindungssystems bewirkt und die individuellen Geschichtenergänzungen eine Aussage über das kindliche interne Arbeitsmodell erlauben (Zach 2000).

Bretherton und Ridgeway haben diese Methode zur Erfassung der Bindungsrepräsentation von Vorschulkindern und jungen Schulkindern entwickelt. Sie erfanden eine Reihe von Geschichtenstämmen, die bindungsrelevante Szenen enthalten. Diese Geschichtenanfänge wurden den Kindern mit Worten erzählt und zugleich mit kleinen Familienfiguren und anderen Requisiten vorgespielt. Anschließend wurden die Kinder aufgefordert, der Interviewerin zu zeigen und zu erzählen, was nun passieren wird (Bretherton 2002).

Inzwischen wurde das so genannte ASCT-Verfahren (Attachment Story Completion Tasks) in mehreren Studien überprüft, in denen die Validität dieser Methode bestätigt werden konnte (z.B. Gloger-Tippelt 1999, Heller 2000).

Gloger-Tippelt und König (2000) haben eine eigene deutsche Übersetzung des ASCT-Verfahrens erstellt. Das so genannte Geschichtenergänzungsverfahren (GEV) wurde in der vorliegenden Untersuchung angewandt.

Gloger-Tippelt und König konnten eine hohe Übereinstimmung (87%) zwischen den Einstufungen von Müttern im AAI und den Sicherheitswerten ihrer fünf- bis siebenjährigen Kinder aus dem ASCT-Verfahren belegen (Bretherton et al. 2001).

Die GEV-Interviews werden auf Video aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert. Im Transkript wird auch die nonverbale Erzählung des Kindes erfasst.

Bei der Auswertung werden die bindungsbezogenen Repräsentationen anhand vorab festgelegter Kriterien eingeschätzt. Hierbei wird beispielsweise bewertet, ob Erwachsene als tröstend, beschützend, bedrohlich oder gleichgültig dargestellt werden, ob Personen verletzt oder getötet werden und ob die Geschichten bizarre Elemente enthalten. Außerdem wird die Art des Umgangs mit der gestellten Aufgabe bewertet. Hierbei wird besonders auf Vermeidungsreaktionen geachtet (Steele et al. 2002).

Die Klassifikation erfolgt nach Inhalt und Struktur. Die Bewertung der Struktur beinhaltet die Komponenten Kohärenz, Abwehrprozesse und Bindungsstrategie. Dieses Prozedere führt zu einer Bindungsklassifikation und zur Ermittlung eines Bindungssicherheitswertes (engl. Bindungsscore) (Gloger-Tippelt und König 2002).

**Eine sichere Bindungsrepräsentation** zeigt sich darin, dass in den Geschichten deutlich wird, dass Vertrauen in die Bindungsperson besteht. Positive und negative Affekte werden spontan geäußert. Die Geschichten sind kohärent und beinhalten kompetente Lösungen.

**Eine unsicher-vermeidende Bindung** zeigt sich durch Vermeidung und Leugnung der Bedürfnisse nach Nähe und Schutz sowie durch eine Minimierung von Gefühlsäußerungen.

**Eine ambivalente Bindung** zeigt sich durch Dramatisierung, Maximierung und Verschlimmerung des Bindungsthemas. Die Geschichten beinhalten oftmals keine Lösungen oder sind widersprüchlich. Es zeigt sich kein Vertrauen in die Bindungsperson. Das Kind schweift häufig vom Thema ab.

**Die Geschichten desorganisiert gebundener Kinder** sind zumeist durch Destruktion, Verletzung und andere negative Erlebnisse gekennzeichnet. Die Geschichten sind oftmals bizarr und chaotisch. Es wird zumeist keine Lösung für die Bindungsthemen gefunden (Gloger-Tippelt und König 2002).

Gloger-Tippelt (1999a) hat die Auswertungssysteme von Bretherton et al. (1990) und George und Solomon (1990) für ein eigenes Auswertungssystem adaptiert.

Da die meisten Familien mit einem Hausbesuch einverstanden waren, wurden das Geschichtenergänzungsverfahren und das Erwachsenenbindungsinterview überwiegend parallel in verschiedenen Wohnräumen der Familien durchgeführt.

Die GEV-Interviews wurden mit einer Videokamera aufgezeichnet. Die meisten Kinder zeigten sich hierdurch entgegen unserer Befürchtungen wenig beeindruckt. Viele Kinder haben die ihnen zukommende Aufmerksamkeit, die durch den Einsatz der Videokamera verstärkt wurde, scheinbar sehr genossen. Einzelne Kinder zeigten anfangs etwas Unbehagen vor der Kamera, das sich jedoch mit Beginn des Geschichtenergänzungsverfahrens schnell legte. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch Frau Dr. Lilith König.

#### **4.3.6 Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (AAP) zur Erfassung der elterlichen Bindungsrepräsentation**

Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (Adult Attachment Projective), oder kurz AAP genannt ist ein neues projektives Verfahren, das von George, West und Pettem (1997) zur Erhebung von Bindungsrepräsentationen im Erwachsenenalter entwickelt wurde.

Die Interviewtechnik des AAP besteht in einer Kombination aus Strategien projektiver und semi-strukturierter Interviews. Dem Probanden werden nacheinander acht schwarz-weiß gezeichnete Bilder vorgelegt, auf denen unterschiedliche Szenen abgebildet sind, die das Bindungsverhaltenssystem des Betrachters aktivieren sollen. Die Anordnung der Bilder soll eine zunehmende Aktivierung des Bindungssystems bewirken. Die Personen und Örtlichkeiten sind so dargestellt, dass dem Betrachter ein breiter Interpretationsspielraum zur Verfügung steht.

Während des Interviews werden die Probanden bei jedem einzelnen Bild gebeten zu beschreiben, was dort passiert, was zu der dargestellten Szene geführt haben könnte, was die Personen denken oder fühlen und was als nächstes passieren wird.

Die Entwicklung des AAP basiert auf drei wesentlichen Aspekten der Bindungstheorie. Der erste beinhaltet die Tatsache, dass Bindungsverhalten nur dann beobachtet werden kann, wenn das Bindungsverhaltenssystem aktiviert ist. Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Verfügbarkeit von Bindungspersonen. Im AAP soll die potentielle Verfügbarkeit von

Bindungsfiguren und die Repräsentation internalisierter Bindungspersonen hervorgerufen werden. Der dritte Aspekt bezieht sich auf die Wirksamkeit von Bindung über die gesamte Lebensspanne. Dementsprechend sind auf den AAP-Bildern Kinder, Erwachsene und ältere Personen abgebildet. Im Anhang der Arbeit befinden sich zwei AAP-Bilder unter Punkt 10.5. Die zu den Bildern erzählten Geschichten der Probanden werden im Anschluss an das Interview wörtlich transkribiert.

Das AAP-Klassifikationssystem basiert auf Elementen bestehender Klassifikationssysteme zur Fremden Situation (Ainsworth et al. 1978), zum AAI (George et al. 1984, 1985, 1996, Main und Goldwyn 1985, 1991, 1994) und zu Geschichtenvervollständigungsverfahren (Solomon et al. 1995). Das AAP-Klassifikationssystem beinhaltet die folgenden drei Dimensionen, auf deren Basis die individuellen Geschichten analysiert werden: 1. Inhalt der Geschichte, 2. Diskurs und 3. Abwehrprozesse. Die AAP-Transkripte können in die für das AAI konzipierten Hauptgruppen: sicher-autonom, unsicher-distanziert, unsicher-präokkupiert und unverarbeiteter Bindungsstatus klassifiziert werden.

Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv wird aufgrund seiner Konstruktvalidität und seiner ökonomischen Natur als ein sehr gut geeignetes Instrument für den Einsatz in der Bindungsforschung betrachtet. Die Durchführungszeit beträgt nur etwa 30 Minuten und der zeitliche Aufwand für die Kodierung liegt ebenfalls deutlich unter der benötigten Auswertungszeit für das AAI. Dementsprechend günstiger ist der Kostenaufwand für die Auswertung des AAP durch trainierte und reliable Auswerter. Ein Nachteil des AAP besteht in den fehlenden biographischen Informationen zur befragten Person (George et al. im Druck).

Die Auswertung der Interviews erfolgte durch die zertifizierte Auswerterin Frau Dr. K. Stöcker.

Viele Eltern reagierten zunächst befremdet auf die Aufforderung, Geschichten zu Bildern zu erzählen. Die meisten Eltern konnten sich nach der ersten Geschichte jedoch relativ gut auf das Bindungsinterview einlassen.

Zwei Mütter aus der Untersuchungsgruppe lehnten die AAP-Durchführung zunächst ab. Beide erklärten sich jedoch nach einigen Erläuterungen dazu bereit, das Interview durchzuführen. Eine der beiden Mütter brach das Interview nach etwa einem Drittel ab und verweigerte die Fortführung.

Bei einer Familie aus der Kontrollgruppe konnte das AAP aufgrund geringerer deutscher Sprachkompetenzen der Eltern nicht eingesetzt werden. In zwei Fällen aus der Kontrollgruppe konnten die Aufnahmen aufgrund technischer Schwierigkeiten nicht ausgewertet werden.

Das AAP wurde überwiegend mit den Müttern durchgeführt. Bei einem Kind aus der Untersuchungsgruppe wurde das Interview mit dem Vater durchgeführt, da die Eltern getrennt lebten. Bei drei Elternteilen aus der Untersuchungsgruppe und bei vier Elternteilen aus der Kontrollgruppe wurden die Väter interviewt, weil die Deutsch-Sprachkenntnisse der Mütter für die Interviewdurchführung nicht hinreichend waren. Bei insgesamt drei Elternteilen aus der Untersuchungsgruppe und bei den Eltern von fünf Kindern aus der Vergleichsgruppe konnte aufgrund von sprachlichen Defiziten nur die Zuordnung „organisiert“ oder „desorganisiert“ getroffen werden.

In einigen Familien wurde die Datenerhebung durch fehlende Zimmertüren beeinträchtigt. Insbesondere die Transkription der Interviews wurde durch störende Hintergrundgeräusche spielender Geschwisterkinder erschwert. Diese Erschwernisse traten insbesondere in der Untersuchungsgruppe auf.

#### 4.4 Überblick über verwendete Variablen

Tabelle 1 enthält eine zusammenfassende Darstellung der untersuchten Variablen und der verwendeten Untersuchungsverfahren mit den zugehörigen Skalenniveaus. In der mittleren Spalte ist zusätzlich aufgeführt, durch wessen Einschätzung die Beurteilung der Variablen erfolgte.

**Tabelle 1: Überblick über verwendete Variablen**

Variablen	Beurteiler	Skalenniveau
<b><u>Kind</u></b>		
Kognitiver Entwicklungsstand (HAWIK-III)	Untersucherin	Intervall
Belastung durch psychopathologische Merkmale (CASCAP-D)	Untersucherin/ Kind	Ordinal
Psychosoziale Kompetenzen, Verhaltens- auffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden (CBCL 4-18)	Eltern	Ordinal
Kategoriale ADHS-Diagnostik (DISYPS-KJ)	Eltern	Ordinal
Dimensionale ADHS-Diagnostik (DISYPS-KJ)	Eltern/Lehrer	Ordinal
Kindliche Bindungsqualität (GEV)	Untersucherin	Nominal
<b><u>Eltern</u></b>		
Elterliche Bindungsqualität (AAP)	Untersucherin	Nominal

#### 4.5 Statistische Datenverarbeitung

Sämtliche statistischen Berechnungen für die vorliegende Arbeit wurden mit dem SPSS Programmpaket 12.0 durchgeführt. Da die Daten überwiegend Ordinalskalenniveau besaßen, wurde vorwiegend mit nonparametrischen Verfahren gerechnet.

Folgende nonparametrische Verfahren kamen in den vorliegenden Berechnungen zum Einsatz:  $\chi^2$ -Test nach Pearson, bei einer erwarteten Zellenhäufigkeit  $\leq 5$  Exakter Test nach Fisher, U-Test nach Mann-Whitney, Rangkorrelationen nach Spearman, Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben.

Lediglich bei der Berechnung der Ergebnisse des HAWIK-III war der Einsatz des  $t$ -Tests als parametrisches Verfahren aufgrund des Datenniveaus möglich. Der  $t$ -Test setzt Intervallskalenniveau, Normalverteilung und Varianzhomogenität voraus. Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen wurde mittels des Levene-Tests (F-Wert) vorgenommen. Von einer Normalverteilung der Daten konnte aufgrund der Stichprobengröße ausgegangen werden.

Als Kriterium für statistische Signifikanz wurde die übliche Irrtumswahrscheinlichkeit  $\alpha = .05$  gewählt. Korrelationen bis zu einem Signifikanzniveau von  $\alpha = .10$  wurden als Tendenzen berücksichtigt. Bei den hypothesengebundenen statistischen Tests wurden einseitige Fragestellungen angenommen. Bei den nicht hypothesengebundenen Berechnungen wurde zweiseitig getestet.

Obwohl bei einigen Verfahren mehrere Korrelationen bzw. Unterschiede berechnet wurden, wurde das Alpha-Niveau konstant auf  $.05$  gehalten. Dies geschah, um das Risiko zu vermeiden,  $\beta$ -Fehler zu begehen. Bei einem  $\beta$ -Fehler würden tatsächlich vorhandene Unterschiede oder Zusammenhänge übersehen werden.

Diese Entscheidung wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass nonparametrische Verfahren eine geringere Teststärke aufweisen als parametrische Testverfahren. Um die Teststärke nicht noch weiter zu reduzieren, wurde das Alpha-Niveau von 5% auch bei den Berechnungen beibehalten, bei denen eigentlich eine Bonferoni-Korrektur hätte durchgeführt werden sollen.

## 5. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in acht Teilen dem Ablauf des vorherigen Kapitels folgend referiert: Beschreibung der Stichprobe (5.1), Ergebnisse der Leistungsdiagnostik (5.2), Ergebnisse der psychopathologischen Befunderhebung (5.3), Auswertung des Elternfragebogens (5.4), Resultate der ADHS-Diagnostik (5.5), Ergebnisse zur kindlichen Bindungsqualität (5.6) und Ergebnisse zur elterlichen Bindungsrepräsentation (5.7). Den Abschluss bildet die Zusammenfassung der Ergebnisse (5.8).

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Probanden wurden aus insgesamt zehn Kölner Grundschulen rekrutiert. Die Kinder der Kontrollgruppe (KG) stammten aus denselben Grundschulen wie die Kinder der Untersuchungsgruppe (UG).

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte nach dem Zufallsprinzip, wobei der Zeitpunkt des Rückerhalts der Einverständniserklärung zur Teilnahme am Projekt entscheidend war. Insbesondere bei der Rekrutierung der Untersuchungsgruppe konnten nicht alle interessierten Teilnehmer mit in das Projekt einbezogen werden. Kinder mit ADHS-Symptomen, die nicht mehr in das Projekt einbezogen werden konnten, wurden an kinderpsychiatrische Praxen und andere Institutionen verwiesen, die mit der Diagnostik des Störungsbildes vertraut sind.

Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus 24 Jungen und sechs Mädchen zusammen. In der Kontrollgruppe befanden sich 14 Jungen und 15 Mädchen. Ein Kind musste, wie bereits erwähnt, aufgrund des Todes der Mutter von der Untersuchung ausgeschlossen werden.

Wie Tabelle 2 zeigt, lag das Durchschnittsalter in beiden Untergruppen sehr nah beieinander. Das Verhältnis von deutschen zu ausländischen Kindern ist in beiden Gruppen ebenfalls sehr ähnlich gewesen. Während sich die Kontrollgruppe aus etwa ebenso viel männlichen (48.3%) wie weiblichen (51.7%) Probanden zusammensetzte, bestand die Untersuchungsgruppe zu 80% aus Jungen und zu 20% aus Mädchen.

Bei vier Kindern aus der Untersuchungsgruppe und bei zwei Kindern aus der Vergleichsgruppe (KG) handelte es sich um Geschwisterkinder, wobei jeweils eines der beiden Kinder die erste und das andere die zweite Grundschulklasse besuchte.

Bei zwei Kindern aus der Kontrollgruppe sowie einem Kind aus der Untersuchungsgruppe handelte es sich um Adoptivkinder.

**Tabelle 2: Stichprobenkennwerte zu Geschlecht, Alter und Nationalität der Kinder aus der Untersuchungsgruppe (UG) und der Kontrollgruppe (KG)**

Stich- probe	Geschlecht				Alter		Nationalität			
	Männlich		Weiblich		M	SD	Deutschland		Ausland	
	n	%	n	%			n	%	n	%
UG (n = 30)	24	80%	6	20%	7.3	0.8	20	66.7%	10	33.3%
KG (n = 29)	14	48.3%	15	51.7%	7.2	0.6	19	65.5%	10	34.5%

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

## 5.2 Ergebnisse der Leistungsdiagnostik (HAWIK-III)

Wie unten stehende Tabelle zeigt, lagen die berechneten IQ-Standardwerte in der Untersuchungsgruppe durchschnittlich zwischen 6.75 und 10.19 Punkten unter denen der Kontrollgruppe. Der Gesamt-IQ lag in der Untersuchungsgruppe im Durchschnitt im unteren (85 – 100) und in der Vergleichsgruppe im oberen Normbereich (100 – 115).

Die höchsten Durchschnittswerte wurden in beiden Gruppen jeweils im Indexbereich „Sprachliches Verständnis“ erzielt, welcher in den Verbal-IQ einfließt. Die niedrigsten Werte lagen in beiden Gruppen jeweils im Indexbereich „Wahrnehmungsorganisation“, welcher in den Handlungs-IQ einfließt. In der Untersuchungsgruppe lag der Mittelwert für die „Wahrnehmungsorganisation“ mit 84.40 Punkten (normal 100 +/- 15) im leicht unterdurchschnittlichen Bereich. In der Kontrollgruppe wurde ein Durchschnittswert im unteren Normbereich (85 – 100) ermittelt.

Die größte Differenz (10.19 Punkte) zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe ergab sich bezogen auf den durchschnittlichen Standardwert für den Indexbereich „Unablenkbarkeit“, welcher ebenfalls in den Verbal-IQ einfließt.

Die Ergebnisse des Signifikanztests (*t*-Test) zeigten, dass es sich bei sämtlichen Differenzen um statistisch signifikante Unterschiede handelt. Bezogen auf den Handlungsteil-IQ zeigte sich eine Differenz auf dem .05-Niveau. In den anderen IQ-Bereichen ergaben sich Differenzen auf dem .01-Niveau.

**Tabelle 3: Unterschiedstestung der Mittelwerte des Intelligenztests HAWIK-III für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe (t-Test für unabhängige Stichproben)**

HAWIK-III	Untersuchungsgruppe (n = 30)			Kontrollgruppe (n = 29)			t-Test
	M	SD	Range	M	SD	Range	T-Wert
Verbalteil	97.13	12.1	82–137	106.83	13.5	82–134	- 2.904**
Handlungsteil	87.63	10.8	68–111	94.38	10.4	76–120	- 2.435*
Gesamttest	91.63	10.7	78–124	100.83	10.6	78–129	- 3.317**
Sprachl. Verständnis	99.73	13.0	84–142	109.86	14.5	80–137	- 2.831**
Wahrnehmungsorg.	84.40	9.9	67–105	92.59	10.4	75–116	- 3.101**
Unablenkbarkeit	89.57	12.4	69–124	99.76	12.8	78–124	- 3.111**

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### 5.3 Ergebnisse der psychopathologischen Befunderhebung (CASCAP-D)

Die psychopathologische Befundung *während der Exploration* setzte sich zusammen aus dem Eindruck der Untersucherin und der Selbsteinschätzung der Probanden. Die Beurteilung der Merkmalsausprägung *in anderen Kontexten* basierte ausschließlich auf der Einschätzung der Probanden.

Wie Tabelle 4 zeigt, lagen die *während der Exploration* eingeschätzten psychopathologischen Merkmale in der Untersuchungsgruppe durchweg über den Einschätzungen der Merkmale in der Kontrollgruppe. Lediglich die Bereiche „Essverhalten“, „Denken und Wahrnehmung“ und „Andere“ wurden bei sämtlichen Probanden mit „0“ bewertet. Die Testungen auf Gruppenunterschiede (Mann-Whitney U-Test) zeigten, dass die Bereiche „Interaktion“, „Entwicklungsstörungen“ und „Angst“ auf dem .05-Niveau und die Bereiche „Stimmung und Affekt“ sowie „Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein“ auf dem .01-Niveau und der Bereich „Aktivität und Aufmerksamkeit“ auf dem .001-Niveau in der Untersuchungsgruppe signifikant höher eingeschätzt wurden als in der Kontrollgruppe.

**Tabelle 4: Unterschiedstestungen für die während der Exploration beurteilten Module des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe**

CASCAP-D	Untersuchungsgruppe (n = 30)			Kontrollgruppe (n = 29)			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
Interaktion	0.0	33.97	0-3	0.0	25.90	0-1	316*
Oppositionell-dissoziales Verhalten	0.0	31.00	0-5	0.0	28.97	0-1	405
Entwicklungsstörungen	0.1	34.75	0-6	0.0	25.09	0-4	292.5*
Aktivität und Aufmerksamkeit	4.5	42.97	0-9	0.0	16.59	0-2	46***
Psychomotorik	0.0	31.93	0-2	0.0	28.00	0-0	377
Angst	0.0	31.93	0-5	0.0	28.00	0-0	377*
Zwang	0.0	30.48	0-1	0.0	29.50	0-0	420.5
Stimmung und Affekt	1.0	35.20	0-6	0.0	24.62	0-3	279**
Essverhalten	0.0	30.00	0-0	0.0	30.00	0-0	435
Körperliche Beschwerden	0.0	29.93	0-3	0.0	30.07	0-4	433
Denken und Wahrnehmung	0.0	30.00	0-0	0.0	30.00	0-0	435
Gedächtnis, Orientierung, Bewusstsein	0.0	34.93	0-3	0.0	24.94	0-1	287**
Andere	0.0	30.00	0-0	0.0	30.00	0-0	435

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabelle 5 zeigt, dass bei der Beurteilung der Merkmalsausprägungen *in anderen Kontexten* lediglich beim Modul „Interaktion“ durchschnittlich höhere Einschätzungen durch die Probanden der Vergleichsgruppe abgegeben wurden. Im Modul „Essverhalten“ wurden abermals alle Items von sämtlichen Probanden mit „0“ bewertet. In allen anderen Modulen lagen die Einschätzungen der Probanden aus der Untersuchungsgruppe deutlich über den Einschätzungen der Kinder aus der Kontrollgruppe. Der Mann-Whitney U-Test ergab signifikant höhere Bewertungen durch die Probanden der Untersuchungsgruppe im Modul „Stimmung und Affekt“ auf dem .05-Niveau, in den Modulen „Entwicklungsstörungen“, „Psychomotorik“, „Angst“ sowie „Körperliche Beschwerden“ auf dem .01-Niveau und in den Modulen „Oppositionell-dissoziales Verhalten“, „Aktivität und Aufmerksamkeit“, sowie „Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein“ auf dem .001-Niveau.

**Tabelle 5: Unterschiedstestungen für die in anderen Kontexten beurteilten Module des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe**

CASCAP-D	Untersuchungsgruppe (n = 30)			Kontrollgruppe (n = 29)			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
Interaktion	0.0	28.45	0-2	0.0	31.60	0-3	388.5
Oppositionell-dissoziales Verhalten	7.0	40.45	2-14	3.0	19.19	0-8	121.5***
Entwicklungsstörungen	2.0	35.90	0-10	0.0	23.90	0-8	258.0**
Aktivität und Aufmerksamkeit	6.0	43.58	3-9	1.0	15.95	0-5	27.5***
Psychomotorik	0.0	34.55	0-3	0.0	25.29	0-1	298.5**
Angst	2.0	35.87	0-8	0.0	23.93	0-7	259**
Zwang	0.0	30.03	0-2	0.0	29.97	0-1	434
Stimmung und Affekt	3.5	35.47	0-11	0.0	24.34	0-10	271*
Essverhalten	0.0	30.00	0-0	0.0	30.00	0-0	435
Körperliche Beschwerden	3.0	36.12	0-10	0.0	23.67	0-8	251.5**
Denken und Wahrnehmung	0.0	30.48	0-1	0.0	29.50	0-0	420.5
Gedächtnis, Orientierung, Bewusstsein	1.0	36.75	0-3	0.0	23.02	0-3	232.5***
Andere	0.0	31.45	0-2	0.0	28.50	0-0	391.5

\*p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

Nachstehende Tabelle zeigt, dass die Probanden beider Gruppen fast durchgängig höhere Bewertungen für die Merkmalsausprägung *in anderen Kontexten* als für die Bewertung *während der Exploration* angegeben haben. Lediglich das Modul „Interaktion“ wurde durch die Probanden der Untersuchungsgruppe *während der Exploration* höher eingeschätzt als *in anderen Kontexten*.

Die Unterschiedstestung (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben) zeigt, dass in der Untersuchungsgruppe die Module „Entwicklungsstörungen“, „Aktivität und Aufmerksamkeit“ sowie „Psychomotorik“ auf dem .01-Niveau und die Module „Oppositionell-dissoziales Verhalten“, „Angst“, „Stimmung und Affekt“ sowie „Körperliche Beschwerden“ auf dem .001-Niveau *in anderen Kontexten* signifikant höher eingeschätzt wurden als *während der Exploration*.

In der Kontrollgruppe wurde das Modul „Psychomotorik“ auf dem .05-Niveau, die Module „Interaktion“, „Entwicklungsstörungen“, „Angst“, „Stimmung und Affekt“ sowie „Körperliche Beschwerden“ auf dem .01-Niveau und die Bereiche „Oppositionell-dissoziales Verhalten“ sowie „Aktivität und Aufmerksamkeit“ auf dem .001-Niveau *in anderen Kontexten* signifikant höher eingeschätzt als *während der Exploration*.

**Tabelle 6: Unterschiedstestungen für die während der Exploration (Exp.) und die in anderen Kontexten (AK) beurteilten Module des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe (Wilcoxon Test für abhängige Stichproben)**

CASCAP-D	Untersuchungsgruppe (n = 30)			Kontrollgruppe (n = 29)		
	AK- Exp.			AK- Exp.		
	Ränge	n	Z-Wert	Ränge	n	Z-Wert
Interaktion	Negative Ränge	7	- .504 (a)	Negative Ränge	1	- 2.812 (b)**
	Positive Ränge	5		Positive Ränge	11	
	Bindungen	18		Bindungen	17	
Oppositionell- dissoziales Verhalten	Negative Ränge	0	- 4.789 (b)***	Negative Ränge	1	- 4.654 (b)***
	Positive Ränge	30		Positive Ränge	28	
	Bindungen	0		Bindungen	0	
Entwicklungs- störungen	Negative Ränge	4	- 2.681 (b)**	Negative Ränge	1	- 2.791 (b)**
	Positive Ränge	18		Positive Ränge	10	
	Bindungen	8		Bindungen	18	
Aktivität und Aufmerksamkeit	Negative Ränge	5	- 2.991 (b)**	Negative Ränge	2	- 3.814 (b)***
	Positive Ränge	18		Positive Ränge	23	
	Bindungen	7		Bindungen	4	
Psychomotorik	Negative Ränge	0	- 3.276 (b)**	Negative Ränge	0	- 2.000 (b)*
	Positive Ränge	12		Positive Ränge	4	
	Bindungen	18		Bindungen	25	
Angst	Negative Ränge	0	- 4.126 (b)***	Negative Ränge	0	- 2.818 (b)**
	Positive Ränge	22		Positive Ränge	10	
	Bindungen	8		Bindungen	19	
Zwang	Negative Ränge	0	- 1.342 (b)	Negative Ränge	0	- 1.414 (b)
	Positive Ränge	2		Positive Ränge	2	
	Bindungen	28		Bindungen	27	
Stimmung und Affekt	Negative Ränge	0	- 4.120 (b)***	Negative Ränge	0	- 3.306 (b)**
	Positive Ränge	22		Positive Ränge	14	
	Bindungen	8		Bindungen	15	
Essverhalten	Negative Ränge	0	.000 (c)	Negative Ränge	0	.000 (c)
	Positive Ränge	0		Positive Ränge	0	
	Bindungen	30		Bindungen	29	
Körperliche Beschwerden	Negative Ränge	0	- 4.123 (b)***	Negative Ränge	0	- 2.952 (b)**
	Positive Ränge	2		Positive Ränge	11	
	Bindungen	8		Bindungen	18	
Denken und Wahrnehmung	Negative Ränge	0	- 1.000 (b)	Negative Ränge	0	.000 (c)
	Positive Ränge	1		Positive Ränge	0	
	Bindungen	29		Bindungen	29	
Gedächtnis, Orientierung, Bewusstsein	Negative Ränge	4	- 1.259 (b)	Negative Ränge	0	- 1.342 (b)
	Positive Ränge	8		Positive Ränge	2	
	Bindungen	18		Bindungen	27	
Andere	Negative Ränge	0	- 1.633 (b)	Negative Ränge	0	.000 (c)
	Positive Ränge	3		Positive Ränge	0	
	Bindungen	27		Bindungen	29	

Negative Ränge: AK<Exp., Positive Ränge: AK>Exp., Bindungen: AK=Exp.

a ) Basiert auf positiven Rängen.

b ) Basiert auf negativen Rängen.

c ) Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

#### 5.4 Auswertung des Elternfragebogens (CBCL 4-18)

Nachfolgender Tabelle ist zu entnehmen, dass die Probanden der Untersuchungsgruppe niedrigere Werte in den Kompetenzskalen und höhere Auffälligkeitswerte in den Syndromskalen erzielten als die Teilnehmer der Kontrollgruppe.

Verglichen mit den aus einer bundesweiten repräsentativen epidemiologischen Studie an deutschen Kindern und Jugendlichen ermittelten Normtabellen (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, Döpfner et al. 1994) lagen die weiblichen Teilnehmer der Kontrollgruppe im Bereich *Kompetenzen* im überdurchschnittlichen Bereich (> 55). Die anderen Untergruppen lagen im Normbereich (34-55). Bei der Auswertung der *Syndromskalen* lagen alle Untergruppen im unauffälligen Bereich. Die Teilnehmer der Untersuchungsgruppe lagen jedoch deutlich näher am Grenzbereich zur Auffälligkeit (> 66) als die Probanden der Vergleichsgruppe. In der Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* lagen die Jungen aus der Untersuchungsgruppe mit einem T-Wert von 58.33 ebenfalls nah am Grenzbereich zur Auffälligkeit (> 59). In der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* lagen beide Untergruppen (männlich und weiblich) der Untersuchungsgruppe im Grenzbereich Auffälligkeit (> 60). Die Probanden aus der Kontrollgruppe lagen im unauffälligen Bereich.

**Tabelle 7: T-Mittelwerte der Kompetenz- und Syndromskalen des Elternfragebogens (CBCL)**

CBCL	Untersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	männlich (n = 18)	weiblich (n = 6)	männlich (n = 11)	weiblich (n = 13)
T-Mittelwert Kompetenzen	51.18	46.67	52.91	60.54
T-Mittelwert Syndromskalen	63.44	61.00	53.18	53.85
T-Mittelwert Internalisierend	58.33	54.00	53.00	52.00
T-Mittelwert Externalisierend	63.28	63.17	51.73	53.15

Wie untenstehende Tabelle zeigt, erzielten die Probanden aus der Untersuchungsgruppe in sämtlichen Kompetenzbereichen geringere Werte und mit Ausnahme der Syndromskala „Körperliche Beschwerden“ auf sämtlichen Syndromskalen sowie den Skalen 2. Ordnung (internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten) und im Gesamtwert höhere Auffälligkeitswerte als die Probanden der Kontrollgruppe.

Die Testung auf Gruppenunterschiede (Mann-Whitney U-Test) belegt signifikante Differenzen für die Syndromskala „Soziale Probleme“ sowie für die Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ auf dem .05-Niveau, für den Gesamtwert „Kompetenzen“ sowie für die Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“ auf dem .01-Niveau und für den Kompetenzbereich „Schule“, für die Syndromskalen „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“, sowie für den „Gesamtwert der Syndromskalen“ und für die Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ auf dem .001-Niveau.

**Tabelle 8: Unterschiedstestungen für die Kompetenz- und Syndromskalen des Elternfragebogens (CBCL) mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe**

CBCL	Untersuchungsgruppe (n = 24)			Kontrollgruppe (n = 24)			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
Aktivitäten	4.6	20.69	2.0-8.6	5.9	28.31	1.0-8.6	196.5
Soziale Kompetenz	6.0	22.75	2.7-8.0	6.6	26.25	2.0-9.5	246
Schule	4.0	16.57	2.5-5.3	5.0	31.13	3.0-7.6	105****
Kompetenzen Summe	14.0	18.63	9.9-19.0	16.6	29.15	10.5-22.7	152.5**
Sozialer Rückzug	1.0	25.73	0.0-5.0	1.5	23.27	0.0-4.0	258
Körperliche Beschwerden	0.0	23.46	0.0-5.0	0.5	25.54	0.0-3.0	263
Ängstlich/Depressiv	4.0	29.94	0.0-10.0	2.0	19.06	0.0-5.0	1578.5**
Soziale Probleme	1.5	28.77	0.0-9.0	1.0	20.23	0.0-4.0	185.5*
Schizoid/Zwanghaft	0.0	27.23	0.0-3.0	0.0	21.77	0.0-2.0	222.5
Aufmerksamkeits- Probleme	6.0	33.38	2.0-14.0	1.0	15.63	0.0-7.0	75****
Dissoziales Verhalten	3.0	32.33	1.0-7.0	1.0	16.67	0.0-5.0	100****
Aggressives Verhalten	11.5	32.63	0.0-28.0	4.0	16.38	0.0-14.0	93****
Andere Probleme	4.5	27.06	2.0-13.0	4.0	21.94	1.0-11.0	226.5
Gesamt-Rohwert Syndromskalen	36.0	32.88	11.0-79.0	17.0	16.13	2.0-39.0	87****
Internalisierend Rohwert	6.0	28.52	2.0-14.0	3.0	20.48	0.0-9.0	191.5*
Externalisierend Rohwert	15.5	33.38	2.0-34.0	6.0	15.63	0.0-16.0	75****

\*p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

## 5.5 Resultate der ADHS-Diagnostik (DISYPS-KJ)

Wie Tabelle 9 zeigt, konnte in der Untersuchungsgruppe mittels der Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen (DCL-HKS) gemäß DISYPS-KJ bei etwa einem Drittel der untersuchten Kinder (30%) die Diagnose einer „Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) nach ICD-10 gestellt werden. Knapp zwei Drittel der Kinder aus der Untersuchungsgruppe (63.3%) erhielten die Diagnose einer „Nicht näher bezeichneten hyperkinetischen Störung“ (F90.9).

Bei zwei Kindern (6.7%) konnte die Diagnose einer hyperkinetischen Störung gemäß ICD-10 nicht bestätigt werden. Die Ursache für den Ausschluss einer hyperkinetischen Störung bestand darin, dass die Eltern angaben, dass die Symptome ihres Kindes keine Beeinträchtigung der sozialen oder schulischen Funktionsfähigkeit verursachten.

In der DSM-IV-Beurteilung konnte in der Untersuchungsgruppe mittels DCL-HKS bei etwa einem Viertel der Kinder (26.7%) die Diagnose eines „ADHS-Mischtyps“ gestellt werden. Bei fast ebenso vielen Kindern (23.3%) wurde die Diagnose „ADHS – vorherrschend unaufmerksamer Typ“ und bei einem Fünftel der Probanden (20%) die Diagnose „ADHS – vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ“ vergeben. Knapp ein Viertel der Kinder (23.3%) erhielt die Diagnose einer „Nicht näher bezeichneten ADHS“. Bei zwei Kindern (6.7%) musste ebenfalls aufgrund der fehlenden Beeinträchtigung durch die vorhandenen Symptome eine ADHS nach DSM-IV-Kriterien ausgeschlossen werden.

In der Kontrollgruppe konnte bei allen Kindern das Vorliegen einer hyperkinetischen Störung gemäß ICD-10- und DSM-IV-Kriterien nach DISYPS-KJ ausgeschlossen werden.

**Tabelle 9: Verteilung der mittels der Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen nach DISYPS-KJ erhobenen ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen in absoluter und relativer Häufigkeit**

DISYPS-KJ	Untersuchungsgruppe (n = 30)		Kontrollgruppe (n = 29)	
	absolut	%	absolut	%
<b>ICD-10</b>				
F90.0	9	30.0%	0	0%
F90.9	19	63.3%	0	0%
Keine HKS	2	6.7%	29	100%
<b>DSM-IV</b>				
ADHS-Mischtyp	8	26.7%	0	0%
Unaufmerksamer Typ	7	23.3%	0	0%
Hyperaktiv-impulsiver Typ	6	20.0%	0	0%
Nicht näher bezeichnete ADHS	7	23.3%	0	0%
Keine ADHS	2	6.7%	29	100%

Nachstehender Tabelle ist zu entnehmen, dass sowohl im Eltern- als auch im Lehrerurteil sämtliche Kernsymptombereiche in der Untersuchungsgruppe deutlich höher bewertet wurden als in der Kontrollgruppe. Die Testungen auf Gruppenunterschiede (Mann-Whitney U-Test) zeigten, dass es sich bei sämtlichen Differenzen um statistisch signifikante Unterschiede auf dem .001-Niveau handelte.

Von einem Lehrer aus der Untersuchungsgruppe und von zwei Lehrern aus der Kontrollgruppe konnte der Fremdbeurteilungsbogen nicht zurückerhalten werden, so dass in der Untersuchungsgruppe 29 und in der Vergleichsgruppe 27 Bögen in die Auswertung einbezogen werden konnten.

**Tabelle 10: Unterschiedstestungen für die ADHS-Kennwerte im Eltern- und im Lehrerurteil mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe**

DISYPS-KJ	Untersuchungsgruppe			Kontrollgruppe			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
<b>Elternurteil (DCL-HKS)</b>	(n = 30)			(n = 29)			
Aufmerksamkeit	1.5	44.37	0.7 – 2.6	0.3	15.14	0.1 – 0.8	4.0***
Überaktivität	1.4	43.87	0.4 – 3.0	0.2	15.66	0.0 – 0.8	19.0***
Impulsivität	1.8	41.35	0.0 – 3.0	0.5	18.26	0.0 – 1.8	94.5***
Gesamt	1.5	44.15	0.7 – 3.8	0.4	15.36	0.1 – 1.1	10.5***
<b>Lehrerurteil (FBB-HKS)</b>	(n = 29)			(n = 27)			
Aufmerksamkeit	2.2	39.90	0.7 – 2.8	0.3	14.73	0.0 – 2.3	32.0***
Überaktivität	1.7	40.97	0.3 – 2.9	0.0	15.54	0.0 – 0.3	1.0***
Impulsivität	1.8	39.84	0.3 – 3.0	0.0	14.79	0.0 – 1.3	33.5***
Gesamt	1.9	40.71	0.3 – 2.7	0.2	13.83	0.0 – 1.1	8.5***

\*\*\*p < .001

Tabelle 11 zeigt, dass in der Untersuchungsgruppe die Beurteilungen der Lehrer im Durchschnitt in allen Kernbereichen höher ausfielen als die Beurteilungen der Eltern. In der Kontrollgruppe verhielt es sich genau umgekehrt. Hier gaben die Eltern in sämtlichen Bereichen durchschnittlich höhere Bewertungen ab als die Lehrer.

Die Unterschiedstestung (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben) zeigte, dass in der Untersuchungsgruppe die Beurteilungen der Lehrer in den Bereichen „Aufmerksamkeit“, „Überaktivität“ sowie der „Gesamtwert“ auf dem .05-Niveau signifikant höher lagen als die Beurteilungen durch die Eltern. Lediglich die Differenz im Bereich „Impulsivität“ war nicht signifikant.

In der Vergleichsgruppe lagen die Beurteilungen durch die Eltern in den Bereichen „Überaktivität“, „Impulsivität“ und der „Gesamtwert“ auf dem .01-Niveau signifikant höher als die Bewertungen durch die Lehrer. Lediglich die Differenz im Bereich „Aufmerksamkeit“ war nicht signifikant.

**Tabelle 11: Unterschiedstestungen für die im Lehrerurteil (FBB-HKS) und die im Elternurteil (DCL-HKS) eingeschätzten ADHS-Kennwerte für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben)**

DISYPS-KJ	Untersuchungsgruppe (FBB: n = 29, DCL: n = 30)			Kontrollgruppe (FBB: n = 27, DCL: n = 29)		
	FBB-HKS – DCL-HKS			FBB-HKS – DCL-HKS		
	Ränge	n	Z-Wert	Ränge	n	Z-Wert
Aufmerksamkeit	Negative Ränge	8	- 2.435 (a)*	Negative Ränge	14	- .407 (b)
	Positive Ränge	21		Positive Ränge	8	
	Bindungen	0		Bindungen	4	
Überaktivität	Negative Ränge	8	- 2.110 (a)*	Negative Ränge	18	- 3.336 (b)**
	Positive Ränge	20		Positive Ränge	4	
	Bindungen	1		Bindungen	4	
Impulsivität	Negative Ränge	9	- 1.187 (a)	Negative Ränge	18	- 3.489 (b)**
	Positive Ränge	16		Positive Ränge	2	
	Bindungen	4		Bindungen	6	
Gesamt	Negative Ränge	8	- 2.498 (a)*	Negative Ränge	16	- 2.864 (b)**
	Positive Ränge	20		Positive Ränge	4	
	Bindungen	1		Bindungen	6	

Negative Ränge: FBB<DCL, Positive Ränge: FBB>DCL, Bindungen: FBB=DCL

a ) Basiert auf negativen Rängen.

b ) Basiert auf positiven Rängen.

\*p < .05, \*\*p < .01

Tabelle 12 zeigt, dass kein Zusammenhang zwischen dem Gesamt-IQ-Wert und der Ausprägung der ADHS-Symptomatik festzustellen war. Es konnten keine Korrelationen zwischen IQ und Elternurteil (DCL-HKS), IQ und Lehrerurteil (FBB-HKS), IQ und Urteil der Untersucherin (CASCAP-D Exp.) sowie IQ und Urteil des Kindes (CASCAP-D AK) festgestellt werden.

Da beim CASCAP-D bei der Bewertung des Moduls „Aktivität und Aufmerksamkeit“ während der Exploration die Einschätzung des Untersuchers stärker gewichtet wird als die des Probanden wurde diese Bewertung als Untersucherurteil verwendet. Die Einschätzung des Moduls in anderen Kontexten bezieht sich ausschließlich auf die Angaben des Probanden und wurde daher als Selbsturteil betrachtet.

**Tabelle 12: Zusammenhänge zwischen der ADHS-Ausprägung (Eltern-, Lehrer-, Untersucher- und Selbsterurteil) und dem Gesamt-IQ (Spearman-Rangkorrelation)**

ADHS-Ausprägung	Untersuchungsgruppe	Kontrollgruppe
	(n = 30)	(n = 29)
DCL-Gesamtkennwert (Elternurteil) (UG: N=30, KG: N=29)	.000	.041
FBB-Gesamtkennwert (Lehrerurteil) (UG: N=29, KG: N=27)	-.205	.304
CASCAP-D Exp. <sup>1</sup> (Untersucherurteil) (UG: N=30, KG: N=29)	-.231	.138
CASCAP-D AK <sup>1</sup> (Selbsteinschätzung) (UG: N=30, KG: N=29)	-.144	-.131

<sup>1</sup>Modul Aktivität und Aufmerksamkeit

Nachstehender Tabelle ist zu entnehmen, dass weder in der Untersuchungs- noch in der Kontrollgruppe signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Beurteilung der Ausprägung der ADHS-Symptomatik festgestellt werden konnten.

Lediglich im Lehrerurteil (FBB-HKS) zeigte sich in der Kontrollgruppe eine statistische Tendenz. Die Lehrer schätzten die Mädchen der Vergleichsgruppe auf dem .10-Niveau tendenziell auffälliger ein als die Jungen der Vergleichsgruppe.

Im Modul „Aktivität und Aufmerksamkeit“ des Befundsystems (CASCAP-D) erhielten die Mädchen der Kontrollgruppe ebenfalls höhere Werte. Dieser Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant.

In der Untersuchungsgruppe wurden die ADHS-Merkmale der Mädchen im Eltern- und Lehrerurteil höher eingeschätzt als die der Jungen. Dieser Unterschied erwies sich jedoch ebenfalls nicht als statistisch signifikant.

**Tabelle 13: Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-; Lehrer-; Untersucher- und Selbsturteil in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe**

ADHS-Ausprägung	Männliches Geschlecht			Weibliches Geschlecht			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	
<b>Untersuchungsgruppe</b>	männlich (n = 24)			weiblich (n = 6)			
DCL-Gesamtkennwert Elternurteil (N = 30)	1.6	15.25	0.7-2.8	1.5	16.5	0.8-2.3	66.0
FBB-Gesamtkennwert Lehrerurteil (N = 29)	1.8	14.26	0.3-2.7	2.2	17.8	1.1-2.7	52.0
CASCAP-D Exp <sup>1</sup> Untersucherurteil (N = 30)	5.0	16.06	0-9.0	3.5	13.2	0-7.0	58.5
CASCAP-D AK <sup>1</sup> Selbsturteil (N = 30)	6.0	16.31	3-9.0	4.5	12.3	3.0-9.0	52.5
<b>Kontrollgruppe</b>	männlich (n = 14)			weiblich (n = 15)			
DCL-Gesamtkennwert Elternurteil (N = 29)	0.4	17.39	0.1-1.1	0.4	12.77	0.2-0.6	71.5
FBB-Gesamtkennwert Lehrerurteil (N = 27)	0.1	10.88	0-0.7	0.2	15.75	0-1.1	52.5 <sup>+</sup>
CASCAP-D Exp <sup>1</sup> Untersucherurteil (N = 29)	0.0	14.61	0-2.0	0.0	15.37	0-2.0	99.5
CASCAP-D AK <sup>1</sup> Selbsturteil (N = 29)	1.0	14.39	0-5.0	1.0	15.57	0-4.0	96.5

<sup>1</sup> Modul Aktivität und Aufmerksamkeit

+p < .10

## 5.6 Ergebnisse zur kindlichen Bindungsqualität (GEV)

Untenstehende Tabelle zeigt, dass bei etwa Dreiviertel (75.9%) der Kinder aus der Untersuchungsgruppe unsichere Bindungsmuster und bei knapp einem Viertel (24.1%) der Probanden sichere Bindungsstile klassifiziert werden konnten.

In der Kontrollgruppe wiesen die Probanden jeweils etwa zur Hälfte sichere (48.1%) und zur Hälfte unsichere Bindungsmuster (51.9%) auf.

In Bezug auf die Bindungsorganisation zeigt sich, dass in der Untersuchungsgruppe 34.5% der Kinder desorganisiert und 65.5% organisiert gebunden waren. In der Kontrollgruppe waren lediglich 11.1% der Kinder desorganisiert und 88.9% organisiert gebunden.

In der Untersuchungsgruppe dominierte das unsicher-vermeidende Bindungsmuster (A). Am zweithäufigsten trat das desorganisierte Bindungsmuster (D) auf, gefolgt vom sicheren Bindungsmuster (B). Das unsicher-ambivalente Bindungsmuster wurde zweimal klassifiziert und zweimal wurden Mischtypen mit desorganisierten Elementen (AD, CD) klassifiziert.

In der Kontrollgruppe konnte das sichere Bindungsmuster (B) genauso häufig klassifiziert werden wie das unsicher vermeidende Bindungsmuster (A). Hier wurde das desorganisierte Bindungsmuster (D) lediglich einmal klassifiziert. Es konnten ebenso wie in der Untersuchungsgruppe zweimal Mischtypen mit desorganisierten Elementen (AD, BD) klassifiziert werden. Das unsicher-ambivalente Bindungsmuster (C) trat in der Kontrollgruppe nicht auf.

**Tabelle 14: Verteilung der mittels des Geschichtenergänzungsverfahrens (GEV) erhobenen kindlichen Bindungsmuster in absoluter und relativer Häufigkeit**

GEV	Untersuchungsgruppe (n = 29)		Kontrollgruppe (n = 27)	
	absolut	%	absolut	%
A- unsicher-vermeidend	10	34.5%	12	44.4%
B- sicher	7	24.1%	12	44.4%
C- unsicher-ambivalent	2	6.9%	0	0%
D- desorganisiert	8	27.6%	1	3.7%
A/D-Muster	1	3.4%	1	3.7%
B/D-Muster	0	0%	1	3.7%
C/D-Muster	1	3.4%	0	0%
Sicher gebunden	7	24.1%	13	48.1%
Unsicher gebunden	22	75.9%	14	51.9%
Organisiert	19	65.5%	24	88.9%
Desorganisiert	10	34.5%	3	11.1%

Der Chi-Quadrat-Test (Tabelle 15) zeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang auf dem .05-Niveau zwischen der Zugehörigkeit zur Untersuchungs- bzw. Kontrollgruppe und der Verteilung der Bindungsmuster besteht. Die Mischtypen mit desorganisierten Elementen wurden nach Rücksprache mit der Auswerterin den Hauptbindungsmustern (A,B,C) zugeordnet. Die deutlichsten Unterschiede zeigten sich in der Verteilung des sicheren und des desorganisierten Bindungsstils. Das sichere Bindungsmuster ist in der Untersuchungsgruppe deutlich seltener und das desorganisierte Bindungsmuster deutlich häufiger vertreten als in der Kontrollgruppe.

**Tabelle 15: Zusammenhänge zwischen der Verteilung der kindlichen Bindungsmuster und der Gruppenzuordnung der Kinder (Exakter Test nach Fisher)**

GEV	Untersuchungsgruppe (n = 29)				Kontrollgruppe (n = 27)				Exakter Test nach Fisher		
	Bindungs- muster	A	B	C	D	A	B	C	D	df	$\chi^2$
N	11	7	3	8	13	13	0	1			
(%)	(37.9%)	(24.1%)	(10.3%)	(27.6%)	(48.1%)	(48.1%)	(0%)	(3.7%)	3	9.910*	

\*p &lt; .05

Neben der Klassifikation der Interviews wurde für jedes Interview ein Bindungsscore ermittelt, welcher die Bindungssicherheit anhand einer vierstufigen Skala von 1 = sehr unsicher bis 4 = sehr sicher angibt. Tabelle 16 zeigt, dass die Probanden der Untersuchungsgruppe niedrigere Bindungsscores erreichten als die Kinder der Kontrollgruppe. In der Untersuchungsgruppe erhielten fast doppelt so viele Probanden den Bindungsscore 1 (sehr unsicher) wie in der Kontrollgruppe. Der Bindungsscore 4 (sehr sicher) wurde in der Kontrollgruppe hingegen fast viermal so häufig vergeben wie in der Untersuchungsgruppe.

**Tabelle 16: Verteilung der Bindungssicherheitswerte (Bindungsscores) in absoluter und relativer Häufigkeit**

GEV	Untersuchungsgruppe (n = 29)		Kontrollgruppe (n = 27)	
	absolut	%	absolut	%
Bindungsscore 1	10	34.5%	5	18.5%
Bindungsscore 2	11	37.9%	9	33.3%
Bindungsscore 3	7	24.1%	10	37.0%
Bindungsscore 4	1	3.4%	3	11.1%
Bindungsscore sicher (3,4)	8	27.6%	13	48.1%
Bindungsscore unsicher (1,2)	21	72.4%	14	51.9%

Die Testung auf Gruppenunterschiede (Mann-Whitney-U-Test) in Tabelle 17 zeigt, dass es sich bei der genannten Differenz um eine statistische Tendenz auf dem .10-Niveau handelt. Die Kinder der Untersuchungsgruppe erreichten tendenziell geringere Bindungssicherheitswerte als die Kinder aus der Kontrollgruppe.

**Tabelle 17: Unterschiedstestung für die Verteilung der Bindungsscores mittels U-Test nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe**

GEV	Untersuchungsgruppe (n = 29)			Kontrollgruppe (n = 27)			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
Bindungsscores	2.0	24.93	1 – 4	2.0	32.33	1 – 4	288+

+ p < .10

Tabelle 18 ist zu entnehmen, dass ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zur Untersuchungsgruppe und dem Vorliegen eines unsicheren Bindungsstils besteht. Die Kinder der Untersuchungsgruppe waren auf dem .10-Niveau tendenziell häufiger unsicher gebunden als die Kinder der Kontrollgruppe.

**Tabelle 18: Zusammenhänge zwischen den Variablen kindliche Bindungssicherheit und Gruppenzuordnung (Chi-Quadrat nach Pearson)**

GEV	Untersuchungsgruppe (n = 29)		Kontrollgruppe (n = 27)		$\chi^2$ -Test	
	sicher	unsicher	sicher	unsicher	df	$\chi^2$
N (%)	7 (24.1%)	22 (75.8%)	13 (48.1%)	14 (51.8%)	1	3.511+

+p < .10

Tabelle 19 zeigt, dass die Kinder der Untersuchungsgruppe auf dem .05-Niveau signifikant häufiger desorganisiert gebunden waren als die Kinder der Kontrollgruppe.

**Tabelle 19: Zusammenhänge zwischen den Variablen Bindungsdesorganisation und Gruppenzuordnung (Chi-Quadrat nach Pearson)**

GEV	Untersuchungsgruppe (n = 29)		Kontrollgruppe (n = 27)		$\chi^2$ -Test	
	organisiert	desorganisiert	organisiert	desorganisiert	df	$\chi^2$
N (%)	19 (65.5%)	10 (34.5%)	24 (88.9%)	3 (11.1%)	1	4.285*

\*p < .05

Tabelle 20 zeigt, dass die Eltern der desorganisiert gebundenen Kinder aus der Untersuchungsgruppe ihre Kinder in den Bereichen „Aufmerksamkeit“, „Impulsivität“ und im Gesamtwert etwas unauffälliger eingeschätzt haben als die Eltern der organisierten Probanden. Lediglich der Bereich „Überaktivität“ wurde bei den desorganisierten Kindern höher eingeschätzt.

Im Lehrerurteil wurden sämtliche Kernbereiche sowie der Gesamtwert bei den desorganisiert gebundenen Probanden höher eingeschätzt. Im Selbsturteil und in der Einschätzung durch die Untersucherin wurden die desorganisierten Kinder ebenfalls als stärker von der Symptomatik betroffen eingeschätzt. Sämtliche Differenzen erwiesen sich jedoch nicht als signifikant.

**Tabelle 20: Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-, Lehrer-, Selbst- und Untersucherurteil in Abhängigkeit von der kindlichen Bindungsorganisation mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungsgruppe (UG)**

ADHS-Ausprägung in der UG	Organisiert (n = 19)			Desorganisiert (n = 10)			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
DCL-HKS (n = 30) FBB-HKS (n = 29) CASCAP-D (n = 29)							
Aufmerksamkeit DCL-HKS (Elternurteil)	1.6	15.16	0.7-2.6	1.55	14.70	1.0-2.1	92.0
Überaktivität DCL-HKS (Elternurteil)	1.4	14.21	0.4-3.0	1.7	16.50	0.6-2.4	80.0
Impulsivität DCL-HKS (Elternurteil)	1.8	15.42	1.0-2.8	1.8	14.20	0.0-3.0	87.0
Gesamtwert DCL-HKS (Elternurteil)	1.5	15.03	0.8-2.8	1.7	14.95	0.7-2.2	94.5
Aufmerksamkeit FBB-HKS (Lehrerurteil)	1.9	14.45	0.7-2.8	2.2	16.05	0.9-2.8	84.5
Überaktivität FBB-HKS (Lehrerurteil)	1.7	13.84	0.3-2.7	2.15	17.20	0.7-2.9	73.0
Impulsivität FBB-HKS (Lehrerurteil)	1.8	14.45	0.3-3.0	1.9	16.05	0.5-3.0	84.5
Gesamtwert FBB-HKS (Lehrerurteil)	1.9	13.97	0.3-2.7	2.05	16.95	1.1-2.7	75.5
CASCAP-D Exp. <sup>1</sup> (Untersucherurteil)	4.0	14.42	0.0-8.0	4.5	16.10	1.0-9.0	84.0
CASCAP-D AK <sup>1</sup> (Selbsturteil)	6.0	14.82	3.0-9.0	6.0	15.35	3.0-8.0	91.5

<sup>1</sup>Modul Aktivität und Aufmerksamkeit

Tabelle 21 zeigt, dass die desorganisiert gebundenen Kinder der Kontrollgruppe von ihren Eltern insgesamt als stärker von der Symptomatik betroffen eingeschätzt wurden als die organisiert gebundenen Probanden. Lediglich im Kernbereich „Überaktivität“ wurden die organisiert und desorganisiert gebundenen Kinder als gleich auffällig eingeschätzt.

Im Urteil der Lehrer wurden die desorganisierten Probanden mit Ausnahme des Bereichs „Impulsivität“ als stärker von der Symptomatik betroffen beurteilt. In der Selbsteinschätzung und in der Einschätzung durch die Untersucherin wurden die desorganisierten Kinder ebenfalls als auffälliger beurteilt. Mit Ausnahme des Unterschieds in der Selbsteinschätzung erwiesen sich sämtliche anderen Differenzen nicht als signifikant.

**Tabelle 21: Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-, Lehrer-, Selbst- und Untersucherurteil in Abhängigkeit von der kindlichen Bindungsorganisation mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Kontrollgruppe (KG)**

ADHS-Ausprägung in der KG	Organisiert			Desorganisiert			U-Test
	Median	Mittl. Rang	Range	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
DCL-HKS (n=29) FBB-HKS (n=27) CASCAP-D (n=27)	(DCL: n=24, FBB: n=23)			(DCL: n=3, FBB: n=1)			
Aufmerksamkeit DCL-HKS (Elternurteil)	0.4	14.23	0.1-0.8	0.3	12.17	0.2-0.6	30.5
Überaktivität DCL-HKS (Elternurteil)	0.2	14.00	0.0-0.8	0.2	14.00	0.2-0.2	36.0
Impulsivität DCL-HKS (Elternurteil)	0.5	14.04	0.0-1.8	0.8	13.67	0.3-1.0	35.0
Gesamtwert DCL-HKS (Elternurteil)	0.4	13.92	0.1-1.1	0.4	14.67	0.4-0.5	34.0
Aufmerksamkeit FBB-HKS (Lehrerurteil)	0.3	12.13	0.0-2.3	0.8	21.00	0.8-0.8	3.0
Überaktivität FBB-HKS (Lehrerurteil)	0.0	12.20	0.0-0.3	0.1	19.50	0.1-0.1	4.5
Impulsivität FBB-HKS (Lehrerurteil)	0.0	12.74	0.0-1.3	0.0	07.00	0.0-0.0	6.0
Gesamtwert FBB-HKS (Lehrerurteil)	2.0	12.26	0.0-1.1	0.3	18.00	3.0-3.0	6.0
CASCAP-D Exp. <sup>1</sup> (Selbsturteil)	0.0	13.79	0.0-2.0	0.0	15.67	0.0-1.0	31.0
CASCAP-D AK <sup>1</sup> (Untersucherurteil)	1.0	12.90	0.0-4.0	3.0	22.83	2.0-5.0	9.5*

<sup>1</sup> Modul Aktivität und Aufmerksamkeit

\*p < .05

## 5.7 Ergebnisse zur elterlichen Bindungsrepräsentation (AAP)

Unten stehende Tabelle zeigt, dass in der Untersuchungsgruppe die Hälfte der Eltern als sicher und die andere Hälfte als unsicher gebunden klassifiziert wurden. Bei den unsicher gebundenen Eltern wurde bei 21.4% das vermeidende, bei 10.7% das verwickelte und bei 17.9% das desorganisierte Bindungsmuster zugeordnet.

In der Kontrollgruppe waren 64% der Eltern sicher und lediglich 36% unsicher gebunden. Von den Eltern mit unsicheren Bindungsrepräsentanzen wiesen 12% das vermeidende, 4% das verwickelte und 20% das desorganisierte Bindungsmuster auf. Folglich konnten in der

Untersuchungsgruppe mehr Eltern-Interviews als unsicher klassifiziert werden als in der Kontrollgruppe. Das vermeidende und das verwickelte Bindungsmuster wurde in der Untersuchungsgruppe etwa doppelt so oft klassifiziert wie in der Kontrollgruppe.

In der Kontrollgruppe lag der Anteil der Eltern mit desorganisierter Bindungsrepräsentation etwas höher (19.2% im Vergleich zu 16.7%) als in der Untersuchungsgruppe.

Bei insgesamt drei Eltern aus der Untersuchungsgruppe und fünf Eltern aus der Kontrollgruppe konnte, wie bereits in Kapitel 4.3.6 erwähnt, aufgrund von sprachlichen Defiziten nur die Zuordnung „organisiert“ oder „desorganisiert“ getroffen werden.

**Tabelle 22: Verteilung der mittels des Erwachsenenbindungsinterviews (AAP) erhobenen elterlichen Bindungsmuster in absoluter und relativer Häufigkeit**

AAP	Untersuchungsgruppe (n = 30)		Kontrollgruppe (n = 26)	
	absolut	%	absolut	%
F – sicher	14	50.0%	16	64.0%
Ds – vermeidend	6	21.4%	3	12.0%
E – verwickelt	3	10.7%	1	4.0%
U – desorganisiert	2	7.1%	5	20.0%
Ds/U-Muster	1	3.6%	0	0%
F/U-Muster	1	3.6%	0	0%
E/U-Muster	1	3.6%	0	0%
Sicher gebunden	14	50.0%	16	64.0%
Unsicher gebunden	14	50.0%	9	36.0%
Organisiert	25	83.3%	21	80.8%
Desorganisiert	5	16.7%	5	19.2%

Wie Tabelle 23 zeigt, erwies sich der Zusammenhang zwischen einer unsicheren elterlichen Bindungsrepräsentanz und der Zugehörigkeit des Kindes zur Untersuchungsgruppe nicht als signifikant.

**Tabelle 23: Zusammenhänge zwischen den Variablen elterliche Bindungssicherheit und Gruppenzugehörigkeit des Kindes (Chi-Quadrat nach Pearson)**

AAP	Untersuchungsgruppe (n = 28)	Kontrollgruppe (n = 25)	$\chi^2$ -Test	
			df	$\chi^2$
Sicher	14	16	1	1.054
Unsicher	14	9		

Tabelle 24 ist zu entnehmen, dass die Eltern mit unsicherer Bindungsrepräsentation aus der Untersuchungsgruppe ihre Kinder auf dem .05-Niveau signifikant weniger auffällig eingeschätzt haben als die Eltern mit sicherer Bindungsrepräsentation. Die Kinder der unsicher gebundenen Eltern aus der Untersuchungsgruppe haben sich ebenfalls als weniger auffällig in den ADHS-Kernsymptomen eingeschätzt (CASCAP-D AK) als die Kinder sicher gebundener Eltern. Dieser Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant. Die Lehrer (FBB-HKS) und die Untersucherin (CASCAP-D Exp.) haben hingegen die Untersuchungsgruppen-Kinder mit unsicher gebundenen Elternteilen auffälliger eingeschätzt als die Untersuchungsgruppen-Kinder sicher gebundener Eltern. Diese Differenzen erwiesen sich jedoch ebenfalls nicht als signifikant.

In der Kontrollgruppe haben die unsicher gebundenen Eltern ihre Kinder ebenfalls als weniger auffällig eingeschätzt als die sicher gebundenen Eltern. Im Lehrer- und im Untersucherurteil wurden die Kinder der unsicher gebundenen Eltern ebenso wie in der Untersuchungsgruppe auffälliger eingeschätzt als die Kinder der sicher gebundenen Eltern. Die Kinder unsicher gebundener Eltern der Kontrollgruppe schätzten sich jedoch im Gegensatz zu den Kindern unsicher gebundener Eltern aus der Untersuchungsgruppe als etwas auffälliger ein als die Kinder sicher gebundener Eltern. Wie die Testung auf Gruppenunterschiede (U-Test nach Mann-Whitney) zeigt, erwiesen sich sämtliche Differenzen in der Kontrollgruppe nicht als signifikant.

**Tabelle 24: Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-; Lehrer-; Untersucher- und Selbsturteil in Abhängigkeit von der Bindungssicherheit der Eltern mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungsgruppe (UG) und die Kontrollgruppe (KG)**

ADHS-Ausprägung		Bindungs-klassifikation					U-Test
		AAP	n	Median	Mittl. Rang	Range	U-Wert
<b>UG</b>	KW DCL-HKS (n = 30) (Elternurteil)	Sicher	14	1.8	17.89	0.9-2.3	50.5*
		Unsicher	14	1.45	11.11	0.7-2.0	
	KW FBB-HKS (n = 29) (Lehrerurteil)	Sicher	14	1.75	12.86	0.3-2.7	75.0
		Unsicher	13	2.0	15.23	1.3-2.4	
	CASCAP-D Exp <sup>1</sup> (n = 30) (Untersucher)	Sicher	14	4.0	13.36	0-9	82.0
		Unsicher	14	5.5	15.64	0-9	
	CASCAP-D AK <sup>1</sup> (n = 30) (Selbsturteil)	Sicher	14	6.5	16.29	3-9	73.0
		Unsicher	14	6.0	12.71	3-9	
<b>KG</b>	KW DCL-HKS (n = 29) (Elternurteil)	Sicher	16	0.4	13.59	0.1-1.1	62.5
		Unsicher	09	0.4	11.94	0.2-0.8	
	KW FBB-HKS (n = 27) (Lehrerurteil)	Sicher	15	0.2	11.93	0-0.7	59.0
		Unsicher	09	0.2	13.44	0-1.1	
	CASCAP-D Exp <sup>1</sup> (n = 29) (Untersucher)	Sicher	16	0	11.72	0-1	51.5
		Unsicher	09	0	15.28	0-2	
	CASCAP-D AK <sup>1</sup> (n = 29) (Selbsturteil)	Sicher	16	1.0	12.56	0-3	65.0
		Unsicher	09	2.5	13.78	0-4	

\*p < .05, Exakte Signifikanz einseitig

<sup>1</sup> Modul Aktivität und Aufmerksamkeit

Zum Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung der Eltern und Ausprägung der ADHS-Symptomatik des Kindes fanden sich keine statistisch signifikanten Korrelationen.

Tabelle 25 zeigt, dass es in der Untersuchungsgruppe elf Übereinstimmungen und 16 Nicht-Übereinstimmungen zwischen Bindungssicherheit der Eltern im AAP und Bindungssicherheit des Kindes im GEV gab. Lediglich zwei sicher gebundene Elternteile hatten auch sicher gebundene Kinder und neun unsicher gebundene Elternteile hatten auch unsicher gebundene Kinder. Zwölf Elternteile mit sicherer Bindungsrepräsentation hatten hingegen unsicher gebundene Kinder und vier Elternteile mit unsicherer Bindungsrepräsentation hatten sicher gebundene Kinder.

In der Kontrollgruppe gab es 14 Übereinstimmungen und neun Nicht-Übereinstimmungen zwischen Bindungssicherheit in GEV und AAP. Hier hatten acht sicher gebundene Elternteile auch sicher gebundene Kinder und sechs unsicher gebundene Elternteile hatten ebenfalls unsicher gebundene Kinder. Sechs Elternteile mit sicherer Bindungsrepräsentation hatten unsicher gebundene Kinder und drei Elternteile mit unsicherer Bindungsrepräsentation hatten sicher gebundene Kinder.

Tabelle 25 zeigt, dass sowohl in der Untersuchungs- als auch in der Kontrollgruppe kein signifikanter Zusammenhang zwischen elterlicher Bindungssicherheit im AAP und kindlicher Bindungssicherheit im GEV nachgewiesen werden konnte.

Der Vergleich der GEV- und AAP-Klassifikationen zeigt, dass es sowohl in der Untersuchungs- als auch in der Kontrollgruppe mehr unsicher gebundene Kinder als unsicher gebundene Elternteile gibt.

**Tabelle 25: Zusammenhänge zwischen den Variablen elterliche und kindliche Bindungssicherheit (Exakter Test nach Fisher)**

GEV-Klassifikation (Kinder)  (UG <sup>1</sup> : n = 29, KG <sup>2</sup> : n = 27)	AAP-Klassifikation (Eltern)  (UG: n = 28, KG: n = 25)		Exakter Test nach Fisher	
	Sicher	Unsicher	df	$\chi^2$
UG: Sicher	2	4	1	1.060
Unsicher	12	9		
KG: Sicher	8	3	1	1.245
Unsicher	6	6		

<sup>1</sup> Untersuchungsgruppe

<sup>2</sup> Kontrollgruppe

Es fand sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Organisationsgrad (Desorganisierte vs. organisierte Bindung) der AAPs und der GEVs (UG:  $\chi^2 = .495$ ,  $p = .429$ ; KG:  $\chi^2 = 3.965$ ,  $p = .208$ ).

## 5.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

**Beim Vergleich der Stichprobenkennwerte** zu Alter, Geschlecht und Nationalität (Kapitel 5.1) zeigte sich, dass die untersuchten Kinder der Untersuchungs- und Kontrollgruppe im Hinblick auf die Variablen Alter und Ausländeranteil eine relativ homogene Stichprobe bildeten. Die Untersuchungsgruppe umfasste jedoch deutlich mehr Jungen (80%) als die Kontrollgruppe (48.3%).

**Die Untersuchung des kognitiven Entwicklungsstandes** (Kapitel 5.2) ergab, dass die Probanden der Untersuchungsgruppe signifikant schlechtere Ergebnisse erzielten als die Probanden der Kontrollgruppe. Der Gesamt-IQ lag in der Untersuchungsgruppe im Durchschnitt im unteren und in der Kontrollgruppe im oberen Normbereich.

**Bei der psychopathologischen Befundung** der Kinder (Kapitel 5.3) zeigte sich, dass sämtliche *während der Exploration* beurteilten Module und mit einer Ausnahme alle Module bei der Einschätzung *in anderen Kontexten* in der Untersuchungsgruppe höher eingeschätzt wurden als in der Kontrollgruppe. Bei sechs Bereichen, die während der Exploration eingeschätzt wurden und bei acht Merkmalsbereichen in anderen Kontexten fanden sich signifikante Differenzen zwischen den Gruppen. Das Modul „Aktivität und Aufmerksamkeit“ wurde innerhalb und außerhalb der Untersuchungssituation auf dem .001-Niveau durch die Kinder der Untersuchungsgruppe signifikant höher eingeschätzt als durch die Kinder der Kontrollgruppe. Es konnte zudem gezeigt werden, dass die Probanden beider Gruppen die Merkmalsausprägung *in anderen Kontexten* mit Ausnahme des Moduls „Interaktion“ in der Untersuchungsgruppe durchweg höher eingeschätzt haben als die Merkmalsausprägung *während der Exploration*.

**Bei der Auswertung des Elternfragebogens** (Kapitel 5.4) wurden für die Probanden der Untersuchungsgruppe niedrigere Werte in den Kompetenzskalen und höhere Auffälligkeitswerte in den Syndromskalen ermittelt. Signifikante Differenzen zeigten sich in den Syndromskalen „Soziale Probleme“, „Ängstlich/Depressiv“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“, „Aggressives Verhalten“, im „Gesamtwert der Syndromskalen“, im Kompetenzbereich „Schule“ sowie in den beiden Skalen zweiter Ordnung „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Externalisierende Auffälligkeiten“.

**Bei der kategorialen ADHS-Diagnostik** (Kapitel 5.5) konnte in der Untersuchungsgruppe bei 93.3% der Probanden eine ADHS nach ICD-10 und DSM-IV diagnostiziert werden. Bei zwei Kindern (6.7%) musste die Diagnose ausgeschlossen werden. In der Kontrollgruppe konnte bei allen Kindern das Vorliegen einer ADHS gemäß ICD-10- und DSM-IV-Kriterien ausgeschlossen werden.

**Bei der dimensionalen Beurteilung der Symptomatik** (Kapitel 5.5) zeigte sich, dass im Eltern- und im Lehrerurteil alle drei Kernsymptombereiche in der Untersuchungsgruppe auf dem .001-Niveau signifikant höher bewertet wurden als in der Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass in der Untersuchungsgruppe die Beurteilungen der Lehrer in allen Kernbereichen höher ausfielen als die Beurteilungen durch die Eltern. Signifikante Unterschiede auf dem .05-Niveau wurden in den Bereichen „Aufmerksamkeit“, „Überaktivität“ sowie im „Gesamtwert“ nachgewiesen. In der Kontrollgruppe fielen die Beurteilungen durch die Eltern in allen Bereichen höher aus als die Beurteilungen durch die Lehrer. Hier erwiesen sich die Differenzen in den Bereichen „Überaktivität“, „Impulsivität“ und der „Gesamtwert“ auf dem .01-Niveau als signifikant.

Es konnte weder in der Untersuchungs- noch in der Kontrollgruppe ein Zusammenhang zwischen den ermittelten IQ-Werten und der Ausprägung der ADHS-Symptomatik festgestellt werden.

Es konnten keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Beurteilung der Ausprägung der ADHS-Symptomatik festgestellt werden.

**Bei der Untersuchung der kindlichen Bindungsorganisation** (Kapitel 5.6) zeigte sich, dass etwa Dreiviertel (75.9%) der Kinder aus der Untersuchungsgruppe unsichere Bindungsmuster aufwiesen und knapp ein Viertel (24.1%) der Probanden sichere Bindungsmuster. In der Kontrollgruppe wiesen die Probanden jeweils etwa zur Hälfte sichere (48.1%) und zur Hälfte unsichere Bindungsmuster (51.9%) auf. Zudem zeigte sich, dass in der Untersuchungsgruppe 34.5% der Probanden desorganisierte Bindungsmuster aufwiesen im Vergleich zu 11.1% desorganisiert gebundenen Probanden aus der Kontrollgruppe.

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang auf dem .05-Niveau zwischen der Zugehörigkeit zur Untersuchungs- bzw. Kontrollgruppe und der Zuordnung der Bindungsmuster nachgewiesen werden. Die Probanden der Untersuchungsgruppe erhielten tendenziell geringere Bindungssicherheitswerte als die Probanden der Kontrollgruppe. Die Kinder der Untersuchungsgruppe waren auf dem .10-Niveau tendenziell häufiger unsicher gebunden als die Probanden der Kontrollgruppe. Die Probanden der Untersuchungsgruppe waren auf dem .05-Niveau signifikant häufiger desorganisiert gebunden als die Kinder aus der Kontrollgruppe.

Es zeigte sich, dass die desorganisierten Probanden der Untersuchungsgruppe im Lehrerurteil, in der Selbsteinschätzung und in der Einschätzung durch die Untersucherin als stärker von der Symptomatik betroffen eingeschätzt wurden. Im Elternurteil wurden die desorganisierten Kinder hingegen etwas unauffälliger eingeschätzt. Sämtliche Differenzen erwiesen sich

jedoch nicht als signifikant. In der Vergleichsgruppe wurden die desorganisierten Kinder im Eltern- und im Lehrerurteil, in der Selbsteinschätzung und in der Einschätzung durch die Untersucherin als stärker von der Symptomatik betroffen beurteilt. Die Differenz in der Selbsteinschätzung der desorganisierten Probanden im Vergleich mit den organisierten Kindern erwies sich als signifikant auf dem .05-Niveau.

**Bei der Untersuchung der elterlichen Bindungsrepräsentation** (Kapitel 5.7) zeigte sich, dass in der Untersuchungsgruppe 50% der Eltern sicher und 50% der Eltern unsicher gebunden waren. In der Kontrollgruppe waren 64% der Eltern sicher und 36% unsicher gebunden. Der Zusammenhang zwischen einer unsicheren Elternbindung und der Zugehörigkeit des Kindes zur Untersuchungsgruppe erwies sich nicht als signifikant.

Die unsicher gebundenen Eltern der Untersuchungsgruppe haben ihre Kinder auf dem .05-Niveau signifikant weniger auffällig eingeschätzt als die Eltern mit sicherer Bindungsrepräsentation. In der Vergleichsgruppe waren die Einschätzungen der unsicher gebundenen Eltern ebenfalls geringer. Der Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant. Die Lehrer und die Untersucherin haben hingegen die Untersuchungs- und die Kontrollgruppen-Kinder mit unsicher gebundenen Eltern auffälliger in Bezug auf die Ausprägung der ADHS-Symptomatik eingeschätzt als die Kinder sicher gebundener Eltern. Diese Differenzen erwiesen sich jedoch nicht als signifikant.

Zum Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung der Eltern und Ausprägung der ADHS-Symptomatik des Kindes fanden sich keine signifikanten Korrelationen.

In der Untersuchungs- und in der Kontrollgruppe konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen elterlicher Bindungssicherheit im AAP und kindlicher Bindungssicherheit im GEV nachgewiesen werden. In beiden Gruppen gab es jeweils mehr unsicher gebundene Kinder als unsicher gebundene Elternteile. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Organisationsgrad (Desorganisierte vs. organisierte Bindung) der AAPs und der GEVs.

## 6. Diskussion

Im Folgenden werden die im vorangegangenen Kapitel aufgeführten Ergebnisse diskutiert. Die Diskussion der Ergebnisse folgt im wesentlichen dem Aufbau des Ergebnisteils. Im ersten Abschnitt (6.1) werden die Stichprobenkennwerte und die Ergebnisse der Intelligenz-Diagnostik erörtert. Im zweiten Teil (6.2) werden die Resultate der psychopathologischen Befundung und des Elternfragebogens diskutiert. Im Anschluss daran erfolgt die Diskussion der Resultate der ADHS-Diagnostik (6.3). Hierauf folgt die Erörterung der Ergebnisse der kindlichen Bindungsqualität (6.4) und die Diskussion der Ergebnisse der elterlichen Bindungsqualität (6.5). In den letztgenannten Kapiteln wird insbesondere auf die unter Kapitel 3 formulierten Fragestellungen und Hypothesen Bezug genommen.

### 6.1 Zur Bedeutung der Variablen Geschlecht, Alter, Nationalität und Intelligenz im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik

In der Untersuchungsgruppe zeigte sich eine den bisherigen Forschungserkenntnissen entsprechende deutlich höhere Anzahl an männlichen Probanden (s. Tab. 2). In den meisten Studien liegt die Anzahl der betroffenen Jungen etwa drei bis neun mal so hoch wie die der Mädchen (Lauth und Schlottke 2002). In der vorliegenden Arbeit wurde ein Geschlechterverhältnis von etwa 5:1 ermittelt.

Im Hinblick auf das Alter und den Ausländeranteil (s. Tab. 2) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Das Durchschnittsalter lag in beiden Gruppen erwartungsgemäß sehr nah beieinander, da die Gesamtgruppe aus Kindern der ersten beiden Grundschulklassen rekrutiert worden war.

Der Ausländeranteil lag in beiden Gruppen bei etwa einem Drittel. In Bezug auf den Anteil an ausländischen Kindern muss jedoch erwähnt werden, dass nicht genauer erhoben wurde, welche Nationalität die Kinder besaßen. Aus diesem Grund wurden keine weiteren Berechnungen bezogen auf den Einfluss nationaler Unterschiede durchgeführt.

In Bezug auf den kognitiven Entwicklungsstand der untersuchten Kinder (s. Tab. 3) zeigte sich eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer Studie von Ackerman et al. (1986). In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Intelligenzleistungen von Kindern mit hyperkinetischen Störungen um etwa 7-15 IQ-Punkte vermindert waren. In der vorliegenden Arbeit konnten diese Resultate bestätigt werden. Die berechneten IQ-Standardwerte der

Kinder mit ADHS-Symptomen lagen durchschnittlich zwischen 6.75 und 10.19 Punkten unter denen der Kinder ohne ADHS-Symptome.

Mit Ausnahme des knapp unterdurchschnittlichen Indexbereichs „Wahrnehmungsorganisation“ lagen sämtliche IQ-Werte inklusive des Gesamt-IQ´s bei den ADHS-Kindern im unteren Normbereich. Eine schulische Über- oder Unterforderung konnte somit als Ursache für die ADHS-Symptomatik ausgeschlossen werden.

Obgleich die Ergebnisse der Leistungsdiagnostik in der Untersuchungsgruppe im Normbereich lagen, zeigte sich ein signifikanter Unterschied zur kognitiven Leistungsfähigkeit der Kinder aus der Vergleichsgruppe. Das kognitive Leistungsniveau letztgenannter Kinder lag signifikant höher als das der ADHS-Kinder.

Sämtliche berechneten Unterschiede in den einzelnen IQ-Bereichen zwischen den Probanden aus der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe erwiesen sich als signifikant (s. Tab. 3). Die größte Differenz zwischen den Kindern mit und ohne ADHS-Symptomatik ergab sich bezogen auf den Standardwert für den Indexbereich „Unablenkbarkeit“. Die ADHS-Kinder schnitten in diesem Bereich deutlich schlechter ab als die Kinder der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis weist auf die definitionsgemäß mit dem Störungsbild ADHS verknüpfte erhöhte Ablenkbarkeit und reduzierte Aufmerksamkeitsleistung der ADHS-Kinder hin.

Obgleich die ADHS-Kinder signifikant schlechter im IQ-Test abschnitten als die Kinder ohne ADHS-Symptome, konnte weder in der Untersuchungs- noch in der Kontrollgruppe ein Zusammenhang zwischen den ermittelten IQ-Werten und der Ausprägung der ADHS-Symptomatik festgestellt werden (s. Tab. 12). Es zeigte sich somit, dass kein linearer Zusammenhang zwischen einer hohen Ausprägung der ADHS-Symptomatik und einer reduzierten intellektuellen Leistungsfähigkeit nachgewiesen werden konnte. Dieses Resultat lässt auf die etwaige Relevanz weiterer Einflussfaktoren schließen. Möglicherweise sind hierbei Entwicklungsverzögerungen oder die Prävalenz zusätzlicher psychopathologischer Symptome von Bedeutung. Das ermittelte Ergebnis stimmt mit der Ansicht mehrerer Autoren (z.B. Neuhaus 2000b, Spallek 2001, Wender 2002) überein, dass ADHS bei Kindern mit unterschiedlichen intellektuellen Entwicklungsniveaus auftritt und nicht per se mit einer unterdurchschnittlichen Intelligenz verknüpft ist. Aufgrund der ermittelten Ergebnisse kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das Vorliegen einer ADHS das Risiko für eine geringere intellektuelle Leistungsfähigkeit verglichen mit nicht betroffenen Kindern erhöht.

Die Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Beurteilung der Ausprägung der ADHS-Symptomatik (s. Tab. 13) ergab, dass die weiblichen Probanden der Untersuchungsgruppe im Eltern- und im Lehrerurteil als stärker von der ADHS-Symptomatik

betroffen beurteilt wurden. Die Mädchen der Kontrollgruppe erhielten im Lehrerurteil ebenso wie in der Selbsteinschätzung und der Beurteilung durch die Untersucherin höhere Bewertungen als die Jungen der Vergleichsgruppe. Es zeigte sich jedoch ausschließlich im Lehrerurteil in der Kontrollgruppe eine statistische Tendenz. Die anderen berechneten Unterschiede erwiesen sich nicht als signifikant. In Bezug auf die höheren Ergebnisse der weiblichen Probanden der Vergleichsgruppe sollte berücksichtigt werden, dass sämtliche Einschätzungen der Ausprägung der ADHS-Symptome für die Kinder aus der Kontrollgruppe sehr niedrig waren.

Die stärkere Symptombelastung der Mädchen in der Untersuchungsgruppe entspricht den Ergebnissen verschiedener Studien an Heimkindern (z.B. Schleiffer 2001), in denen gezeigt werden konnte, dass Mädchen mit psychopathologischen Auffälligkeiten in der Regel eine stärkere Symptombelastung aufweisen als Jungen. Möglicherweise konnten in der Untersuchungsgruppe aufgrund des geringen Anteils an weiblichen Probanden keine signifikanten Differenzen ermittelt werden.

## **6.2 Zur Bedeutung von psychopathologischer Belastung und psychosozialen Kompetenzen im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik**

Mittels des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) wurde das Ausmaß an psychopathologischen Merkmalen in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe untersucht. Die Ergebnisse der Befundung (s. Tab. 4 und 5) ergaben, dass die ADHS-Kinder eine deutlich höhere Belastung an psychopathologischen Merkmalen aufwiesen als die Kinder der Kontrollgruppe.

Es zeigte sich, dass die Module „Entwicklungsstörungen“, „Angst“, „Stimmung und Affekt“, „Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein“ und „Aktivität und Aufmerksamkeit“ sowohl in der Merkmalsausprägung *während der Exploration* als auch bei der Beurteilung *in anderen Kontexten* in der Untersuchungsgruppe als signifikant stärker ausgeprägt beurteilt wurden als in der Vergleichsgruppe. Bei der Beurteilung *während der Exploration* wurde außerdem der Bereich „Interaktion“ durch die Probanden der ADHS-Gruppe signifikant höher bewertet als durch die Kinder der Kontrollgruppe. Bei der Beurteilung der Merkmalsausprägung *in anderen Kontexten* wurden zusätzlich die Module „Psychomotorik“, „Körperliche Beschwerden“ und „Oppositionell-dissoziales Verhalten“ durch die ADHS-Kinder als signifikant stärker ausgeprägt eingeschätzt.

Wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, leiden ADHS-Kinder in der Mehrzahl an einer oder mehreren komorbiden Störungen. Zu den häufigsten koexistierenden Störungen zählen Lern- und Verhaltensstörungen, emotionale Störungen sowie Angst-, Zwangs- und Ticserkrankungen. Die Resultate der psychopathologischen Befundung ergaben, dass die untersuchten ADHS-Kinder mit Ausnahme von Zwangserkrankungen signifikant mehr Symptome der häufigsten komorbiden Störungsbilder aufwiesen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis kann als Beleg dafür betrachtet werden, dass mittels der Auswahl der Kinder durch Lehrer und Eltern wie angestrebt eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit der ADHS-Kinder in die Untersuchung einbezogen werden konnte. Es handelt sich bei der untersuchten Stichprobe demzufolge nicht um eine besondere Untergruppe von ADHS-Kindern, die nicht von weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten betroffen sind.

Es sei an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen, dass lediglich die Anzahl und die Ausprägung psychopathologischer Symptome ermittelt wurde und keine Diagnosestellung komorbider Störungen erfolgte. Es zeigte sich, dass die ADHS-Kinder in der Mehrzahl der Störungsbereiche signifikant mehr und stärker ausgeprägte Symptome aufwiesen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Es konnte jedoch nicht beurteilt werden, ob sämtliche erforderlichen Kriterien für eine Diagnosestellung zusätzlicher Störungsbilder zum Untersuchungszeitpunkt erfüllt waren.

Die Beurteilung *während der Exploration* setzte sich, wie bereits beschrieben, aus dem Eindruck der Untersucherin und der Selbsteinschätzung der Probanden zusammen. Die Beurteilung der Merkmalsausprägung *in anderen Kontexten* basierte ausschließlich auf der Einschätzung des Probanden. Ein Vergleich der Merkmalsbeurteilung *während der Exploration* mit der Einschätzung der Merkmale außerhalb der Untersuchungssituation (s. Tab. 6) zeigte, dass sowohl die Kinder der Untersuchungs- als auch die Probanden der Kontrollgruppe durchschnittlich höhere Bewertungen für die Auftretensintensität der Merkmale *in anderen Kontexten* angaben. In beiden Gruppen wurde die Mehrzahl der Module *in anderen Kontexten* als signifikant stärker ausgeprägt beurteilt als *während der Exploration*. Dieses Resultat deutet darauf hin, dass die untersuchten Kinder keine Tendenz zeigten, sich als unauffälliger darzustellen, als sie von der Untersucherin beurteilt wurden. Gleichzeitig spricht dieses Resultat gegen eine etwaige Tendenz der Untersucherin, die Probanden aus der Untersuchungsgruppe aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit als auffälliger zu beurteilen.

Das Modul „Aktivität und Aufmerksamkeit“ wurde von den Probanden beider Gruppen bei der Beurteilung *in anderen Kontexten* als signifikant stärker ausgeprägt bewertet als *während der Exploration*. Von Lehrern, Eltern und Erziehern wird häufig beschrieben, dass ADHS-

Kinder in der 1:1-Betreuung eine deutlich reduzierte Symptomausprägung aufweisen. Das letztgenannte Ergebnis bestätigt diese Beschreibungen. In der Situation allein mit der Untersucherin, wurden die Kinder als deutlich unauffälliger beurteilt als in der Selbsteinschätzung der Kinder, bei der die Ausprägung der Symptomatik in anderen Situationen eingeschätzt wurde. Das Ergebnis spricht außerdem wiederum gegen eine etwaige Tendenz der Untersucherin, Kinder aus der Untersuchungsgruppe aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit als auffälliger in der Ausprägung der ADHS-Symptomatik zu beurteilen.

Das Modul „Aktivität und Aufmerksamkeit“ wurde sowohl während der Exploration als auch in anderen Kontexten in der ADHS-Gruppe auf dem .001-Niveau als signifikant stärker ausgeprägt eingeschätzt als in der Vergleichsgruppe. Dieses Resultat belegt, dass die Kinder aus der Untersuchungsgruppe sowohl von der Untersucherin als auch in der Selbsteinschätzung als deutlich auffälliger in den ADHS-Kernsymptomen eingestuft wurden als die Kinder der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis zeigt, dass sich die beiden Gruppen sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil, wie angestrebt, in den Kernsymptombereichen „Aufmerksamkeitsstörung“, „Überaktivität“ und „Impulsivität“ signifikant voneinander unterscheiden. Die deutlich stärker ausgeprägte ADHS-Symptomatik der Probanden aus der ADHS-Gruppe stellt zudem einen zusätzlichen Beleg für die ADHS-Diagnose der Kinder aus der Untersuchungsgruppe dar.

Bei der Auswertung des Elternfragebogens (CBCL 4-18) zeigte sich ebenfalls eine deutlich höhere Auftretensrate an Symptomen kinderpsychiatrischer Störungsbilder bei den Kindern aus der Untersuchungsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe (s. Tab. 7 und 8). Die ADHS-Kinder wurden in der Gesamtbewertung der Syndromskalen und in den übergeordneten Skalen *Externalisierende Störungen* und *Internalisierende Störungen* von ihren Eltern als signifikant auffälliger eingeschätzt als die Kinder der Vergleichsgruppe (s. Tab. 8). Dieses Ergebnis belegt, dass die Kinder der Untersuchungsgruppe neben der Selbsteinschätzung und der Einschätzung durch die Untersucherin auch durch die Eltern als signifikant stärker von Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten betroffen beurteilt wurden als die Kinder der Kontrollgruppe.

Auf den einzelnen Syndromskalen zeigten sich signifikant höhere Auffälligkeitswerte auf den Skalen „Soziale Probleme“, „Ängstlich/Depressiv“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. Hier zeigte sich erneut ein Zusammenhang mit bei Vorliegen einer ADHS oftmals koexistierenden Angst- und emotionalen Störungen sowie Verhaltensstörungen. Diese Resultate weisen darauf hin, dass

auch im Elternurteil signifikant mehr Symptome häufiger komorbider Störungsbilder bei den Kindern der Untersuchungsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe angegeben wurden.

Auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ erhielten die ADHS-Kinder auf dem .001-Niveau signifikant auffälliger Bewertungen als die Kinder der Vergleichsgruppe (s. Tab. 8). Die Skala enthält unter anderem die Items Konzentrationsprobleme, motorische Unruhe und Impulsivität. Dieses Ergebnis belegt, dass die Kinder aus der Untersuchungsgruppe neben der Selbsteinschätzung und der Einschätzung der Untersucherin mittels psychopathologischem Befundsystem auch im Urteil der Eltern als signifikant auffälliger in der Ausprägung der ADHS-Symptomatik eingeschätzt wurden.

Die ADHS-Kinder wurden von ihren Eltern zudem im Bereich *Kompetenzen* auf dem .01-Niveau als signifikant auffälliger bewertet als die Kinder der Vergleichsgruppe. Betrachtet man die einzelnen Kompetenzbereiche, so zeigt sich, dass die Kinder aus der Untersuchungsgruppe in allen drei Bereichen auffälliger eingeschätzt wurden als die Probanden der Kontrollgruppe. Die Differenzen in den Bereichen „Aktivitäten“ und „soziale Kompetenz“ erwiesen sich nicht als signifikant. Im Kompetenzbereich „Schule“ schnitten die ADHS-Kinder jedoch auf dem .001-Niveau signifikant schlechter ab als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Die ermittelte niedrigere psychosoziale Kompetenz von ADHS-Kindern stimmt mit den Beschreibungen zahlreicher Erzieher, Lehrer und Eltern überein, dass diese Kinder aufgrund mangelnder Verhaltenssteuerung und Impulskontrolle häufig sozial desintegriert sind (Steinhausen 2002, Warnke und Remschmidt 1990).

Die besonders signifikante Differenz im Bereich „Schule“ stimmt mit den in der Literatur beschriebenen oftmals auftretenden schulischen Misserfolgen von ADHS-Kindern überein (Warnke 2000, Döpfner et al. 2002, Trott 2006).

### **6.3 Zu den Resultaten der kategorialen und dimensional ADHS-Diagnostik**

Die Darstellung der Verteilung der ADHS-Diagnosen (s. Tab. 9) zeigt, dass die Diagnose bei sämtlichen Probanden aus der Vergleichsgruppe und bei zwei Kindern aus der Untersuchungsgruppe ausgeschlossen wurde. Den Grund für den Ausschluss der Diagnose bei den zwei Probanden aus der ADHS-Gruppe stellte die Angabe der Eltern dar, dass die Symptome ihres Kindes keine Beeinträchtigung der sozialen oder schulischen Funktionsfähigkeit bewirkten.

Im Zusammenhang mit den Diagnostikterminen, die in den Schulen stattfanden, ergaben sich mehrfach Gespräche mit den Lehrern der in das Forschungsprojekt einbezogenen Probanden. Hierbei wurde deutlich, dass die Lehrer ausschließlich Schüler zur Teilnahme am Projekt ausgewählt hatten, bei denen es ihrer Einschätzung nach aufgrund der Intensität der Symptomatik zu einer Beeinträchtigung der schulischen Leistungsfähigkeit gekommen war. In einzelnen Elterngesprächen, die in der Regel zur Befunderläuterung stattfanden, wurde wiederum deutlich, dass sich einige Eltern von den Lehrern zur Teilnahme am Forschungsprojekt gedrängt gefühlt hatten. Diese Eltern gaben an, dass der Zweck ihrer Teilnahme an der Untersuchung für sie in erster Linie darin bestand, den Lehrern zu demonstrieren, dass ihr Kind keinerlei Auffälligkeiten aufwies. Es ist zu vermuten, dass diese Eltern dazu tendierten, ihre Kinder möglichst unauffällig zu beurteilen. Aufgrund der Informationen durch die Lehrer wurde entschieden, dass die zwei Kinder aus der Untersuchungsgruppe, bei denen die ADHS-Diagnose auf kategorialer Ebene ausgeschlossen werden musste, trotzdem in sämtliche Berechnungen eingeschlossen wurden.

Einige Autoren wie Döpfner et al. (2000) und Steinhausen (2002) weisen darauf hin, dass es durch den Einsatz unterschiedlicher Klassifikationssysteme zu erheblichen Differenzen in den Prävalenzraten der ADHS kommt. Döpfner et al. (2000) sind der Ansicht, dass die Prävalenz von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV aufgrund der niedrigeren DSM-IV-Kriterien deutlich höher ist als die der Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit nach ICD-10. Ein derartiger Unterschied in der Diagnoseprävalenz je nach verwendetem Klassifikationssystem zeigte sich insbesondere in der Studie von Brühl et al. (2000) (vgl. Kap. 2.2.2).

In der vorliegenden Untersuchung konnte hingegen kein besonders auffälliger Unterschied in der Diagnoseprävalenz in Abhängigkeit von dem verwendeten Klassifikationssystem festgestellt werden. Die „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)“ nach ICD-10 wurde bei 30% der Kinder diagnostiziert. Nach DSM-IV-Kriterien erhielten 26,7% der Kinder die Diagnose „ADHS-Mischtyp“. Der erwartungsgemäß knapp dreimal so hohe Anteil an „nicht näher bezeichneten hyperkinetischen Störungen (F90.9)“ nach ICD-10 ist auf die zusätzliche Einteilung in vorherrschend aufmerksamkeitsgestörte und vorherrschend hyperaktiv-impulsive ADHS-Subtypen im DSM-IV zurückzuführen. Kinder, die nur in ein oder zwei Bereichen hinreichend hohe Auffälligkeitswerte erzielen, werden in der DSM-IV-Beurteilung den letztgenannten Diagnosegruppen zugeordnet. In der ICD-10 erhalten diese Kinder unabhängig von der Symptomausprägung in einzelnen Bereichen die Diagnose „nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.9)“.

In verschiedenen Untersuchungen, die anhand der DSM-IV-Kriterien durchgeführt wurden, überwiegt der vorwiegend unaufmerksame Typus, der etwa die Hälfte der DSM-IV-Diagnosen ausmacht (z.B. Baumgärtel et al. 1995, Gomez et al. 1999).

In der vorliegenden Untersuchung ist jedoch der ADHS-Mischtyp am häufigsten vertreten gewesen. Der Anteil an Diagnosen vom vorherrschend unaufmerksamen Subtyp lag lediglich bei 23.3%. Brühl et al. (2000) ermittelten in ihrer Studie ebenfalls eine relativ geringe Anzahl von Kindern des unaufmerksamen Subtyps. Wie bereits in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, führen die Autoren dieses Ergebnis unter anderem darauf zurück, dass die Studie auf dem Elternurteil und nicht wie die meisten anderen Studien auf Lehrerbeurteilungen basiert. Döpfner und Mitarbeiter (1998) und Gomez et al. (1999) konnten in ihren Untersuchungen nachweisen, dass Lehrer im Vergleich zu den Eltern eher dazu tendieren, Aufmerksamkeitsstörungen als stärker ausgeprägt zu beurteilen. Der vergleichsweise geringe Anteil an Störungen vom unaufmerksamen Typus in der vorliegenden Arbeit könnte demnach möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass die kategoriale ADHS-Diagnostik auf dem Elternurteil basiert.

Einige Autoren sind der Ansicht, dass Mädchen überwiegend vom vorherrschend unaufmerksamen Subtyp betroffen sind, während Jungen eher von Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität betroffen sind (vgl. Kap. 2.2.2). Eine dementsprechende geschlechtsabhängige Häufigkeitsverteilung zeigte sich z.B. in der Studie von Baumgärtel und Mitarbeitern (1995). Ein weiterer Grund für den im Vergleich mit anderen Studien verhältnismäßig geringen Anteil an Diagnosen vom unaufmerksamen Subtyp könnte demnach darin bestehen, dass die untersuchte Stichprobe einen sehr geringen Anteil an weiblichen Probanden aufwies.

Bei der dimensionalen Betrachtung der ADHS-Symptomatik (s. Tab. 10) zeigte sich, dass bei den Kindern aus der Untersuchungsgruppe sämtliche Kernsymptombereiche (Aufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität) sowohl im Eltern- als auch im Lehrerurteil auf dem .001-Niveau als signifikant stärker ausgeprägt eingeschätzt wurden als in der Vergleichsgruppe. Diese Ergebnisse bestätigen eine signifikant stärkere Ausprägung der ADHS-Symptomatik bei den Kindern der Untersuchungsgruppe.

Hiermit zeigt sich eine Übereinstimmung mit den signifikanten Differenzen im Modul „Aktivität und Aufmerksamkeit“ des psychopathologischen Befundsystems und der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ aus dem Elternfragebogen. Mittels verschiedener Untersuchungsinstrumente konnte somit belegt werden, dass sich die Kinder aus der Untersuchungsgruppe sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Einschätzung durch

die Eltern, die Lehrer und die Untersucherin in der Beurteilung der ADHS-Symptomatik signifikant von den Kindern der Vergleichsgruppe unterschieden. Die Ausprägung der Symptomatik wurde mittels aller verwendeten Verfahren (CASCAP-D, CBCL 4-18, DISYPS-KJ) bei den Kindern der Untersuchungsgruppe als signifikant stärker ausgeprägt eingeschätzt als in der Kontrollgruppe.

Beim Vergleich des Lehrer- und Elternurteils (s. Tab. 11) zeigte sich, dass in der Untersuchungsgruppe die Beurteilungen der Lehrer in allen Kernbereichen höher ausfielen als die Beurteilungen der Eltern. In der Kontrollgruppe verhielt es sich genau umgekehrt. Hier gaben die Eltern in sämtlichen Bereichen höhere Bewertungen ab als die Lehrer. In der Untersuchungsgruppe wurden die Bereiche „Aufmerksamkeit“, „Überaktivität“ sowie der „Gesamtwert“ von den Lehrern auf dem .05-Niveau signifikant höher beurteilt als von den Eltern. Lediglich die Differenz im Bereich „Impulsivität“ war nicht signifikant. In der Vergleichsgruppe lagen die Beurteilungen durch die Eltern in den Bereichen „Überaktivität“, „Impulsivität“ und der „Gesamtwert“ auf dem .01-Niveau signifikant höher als die Bewertungen durch die Lehrer. Lediglich die Differenz im Bereich „Aufmerksamkeit“ war nicht signifikant.

Die durchschnittlich höhere Bewertung der Symptomatik durch die Lehrer in der Untersuchungsgruppe könnte damit im Zusammenhang stehen, dass die Lehrer vorwiegend Schüler ausgewählt haben, deren Symptomatik sie im Vergleich mit den anderen Schülern als besonders ausgeprägt erlebt haben. In der Kontrollgruppe waren die Lehrer hingegen gebeten worden, solche Schüler auszuwählen, die sie als unauffällig in den Kernsymptombereichen einschätzten. Diese Ausgangsbedingungen haben möglicherweise dazu beigetragen, dass die Lehrer im Vergleich mit den Eltern bei der Beurteilung der Kinder aus der ADHS-Gruppe zu etwas auffälligeren und bei den Kindern aus der Vergleichsgruppe zu etwas unauffälligeren Beurteilungen tendierten. Hinzu kommt, dass einige Eltern aus der Untersuchungsgruppe, wie bereits erwähnt, nicht der Ansicht waren, dass ihre Kinder in den untersuchten Bereichen besonders auffällig waren und vermutlich zu tendenziell niedrigeren Einschätzungen neigten. Der Bereich „Aufmerksamkeitsstörung“ wurde von den Lehrern in der Vergleichsgruppe als einziger Bereich nicht als signifikant geringer ausgeprägt eingeschätzt als von den Eltern. Dies könnte möglicherweise auf die bereits beschriebene Tendenz von Lehrern hinweisen, Aufmerksamkeitsprobleme als stärker ausgeprägt einzuschätzen als hyperaktiv-impulsive Verhaltensweisen. Bei der Interpretation der Daten aus der Kontrollgruppe sollte berücksichtigt werden, dass die Einschätzungen durch die Lehrer ebenso wie die der Eltern sehr niedrig sind. Auch die im Vergleich mit den Beurteilungen durch die Lehrer signifikant

höheren Einschätzungen durch die Eltern sind äußerst gering und in ihrem Ausprägungsgrad als unauffällig zu bewerten.

#### **6.4 Zur Bindungsqualität von ADHS-Kindern**

Das zentrale Anliegen der Arbeit besteht in der Untersuchung von möglichen Zusammenhängen zwischen dem Vorliegen der ADHS-Symptomatik und einer bestimmten Bindungsqualität. Nachdem wie in den vorangegangenen Kapiteln geschildert mittels verschiedener Erhebungsverfahren eine signifikant stärkere Ausprägung der ADHS-Symptomatik bei den Kindern der Untersuchungsgruppe im Vergleich mit den Probanden der Kontrollgruppe belegt werden konnte, sollen nun die Ergebnisse der Erfassung der kindlichen Bindungsstile in den beiden untersuchten Gruppen diskutiert werden.

Die Darstellung der Verteilung der Bindungsmuster in absoluter und relativer Häufigkeit (s. Tab. 14) weist auf einen deutlichen Unterschied in der Verteilung der Bindungsstile in den beiden Gruppen hin. In der Untersuchungsgruppe zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe ein deutlich geringerer Anteil an sicheren Bindungsstilen und ein deutlich höherer Anteil an desorganisierten und ambivalenten Bindungsmustern. In der Kontrollgruppe lag hingegen der Anteil an vermeidenden Bindungsstilen höher als in der Untersuchungsgruppe. Beim Vergleich der Verteilung der Bindungsmuster (s. Tab. 15) konnte ein signifikanter Zusammenhang auf dem .05-Niveau zwischen der Zugehörigkeit zur Untersuchungs- bzw. Kontrollgruppe und der Zuordnung der Bindungsmuster nachgewiesen werden.

Van Ijzendoorn (1992) gibt unter Einschluss der D-Kategorie folgende Standardverteilung für nicht-klinische Mutter-Kind-Dyaden in den USA an: 55% B, 23% A, 8% C und 15% D. Gloger-Tippelt et al. (2000) zeigen anhand eines Überblicks über deutschsprachige Untersuchungen mit der Fremden Situation, dass im Vergleich mit amerikanischen Referenzstudien in Deutschland bislang ein höherer Anteil an A- und D-Klassifikationen und ein geringerer Anteil an sicheren Bindungsklassifikationen ermittelt werden konnte. In ihrem Überblick über Studien aus dem deutschen Sprachraum ermitteln Gloger-Tippelt et al. (2000) folgende durchschnittliche Verteilung: 44.9% B, 27.7% A, 6.9% C, 19.9% D.

Im Vergleich mit den amerikanischen und deutschen Metaanalysen zeigte sich in der vorliegenden Arbeit in der Untersuchungsgruppe ein deutlich geringerer Anteil an sicheren Bindungsmustern und ein überdurchschnittlich hoher Anteil an vermeidenden und desorganisierten Bindungsstilen. Der Anteil an ambivalenten Bindungen entspricht den in den Metaanalysen ermittelten prozentualen Anteilen. In der Kontrollgruppe zeigte sich im

Vergleich mit den deutschen und amerikanischen Untersuchungen ein deutlich erhöhter Anteil an A-Klassifikationen und ein etwas geringerer Anteil an C- und D-Klassifikationen.

Beim Vergleich des Anteils sicherer und unsicherer Bindungsmuster in den untersuchten Gruppen (s. Tab. 18) ergab sich eine statistische Tendenz auf dem .10-Niveau. Die Kinder der Untersuchungsgruppe waren tendenziell häufiger unsicher gebunden als die Probanden der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis spiegelte sich auch in der Verteilung der Bindungssicherheitswerte wider (s. Tab. 16). Hier ergab sich ebenfalls eine statistische Tendenz (s. Tab. 17). Es zeigte sich, dass die Probanden der Untersuchungsgruppe tendenziell niedrigere Bindungssicherheitswerte erzielten als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Neben dem tendenziell größeren Anteil an unsicher gebundenen Kindern in der ADHS-Gruppe fällt der hohe Anteil an desorganisiert gebundenen Probanden in dieser Gruppe auf. In der Untersuchungsgruppe sind mit 34.5% etwa dreimal so viele Kinder desorganisiert gebunden wie in der Kontrollgruppe (11.1%). Sowohl im Vergleich mit den Ergebnissen der Kontrollgruppe als auch im Vergleich mit den Verteilungen der D-Kategorie in deutschsprachigen und amerikanischen Studien zeigte sich eine deutlich erhöhte Anzahl an desorganisierten Bindungen in der ADHS-Gruppe. Beim Vergleich der beiden untersuchten Gruppen (s. Tab. 19) ergab sich eine signifikante Differenz auf dem .05-Niveau. Die ADHS-Kinder waren signifikant häufiger desorganisiert gebunden als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Dieses Ergebnis stimmt mit den Resultaten der klinischen Studie von Clarke et al. (2002) überein, in der bei ADHS-Kindern vorwiegend ambivalente und desorganisierte Bindungsmuster klassifiziert werden konnten (vgl. Kap. 2.3).

Nachdem ein signifikant höherer Anteil an desorganisiert gebundenen Probanden in der ADHS-Gruppe nachgewiesen werden konnte, wurde untersucht, ob sich die desorganisiert gebundenen Kinder der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Ausprägung der ADHS-Symptome von den organisiert gebundenen Probanden unterschieden (s. Tab. 20 und 21). In der Untersuchungsgruppe zeigte sich, dass die Eltern der desorganisiert gebundenen Probanden letztere im Vergleich mit den Eltern der organisiert gebundenen Kinder insgesamt etwas unauffälliger einschätzten. Die Eltern der desorganisierten Kinder schätzten ihre Kinder in zwei von drei Kernbereichen weniger auffällig ein als die Eltern der organisiert gebundenen Probanden. Die Lehrer schätzten die desorganisiert gebundenen Kinder aus der Untersuchungsgruppe hingegen in allen Bereichen auffälliger ein als die organisiert gebundenen Kinder. Auch das Selbsturteil der desorganisierten Probanden war auffälliger als das der organisierten Probanden. Außerdem schätzte die Untersucherin die

desorganisierten Kinder der Untersuchungsgruppe als stärker von der ADHS-Symptomatik betroffen ein als die organisierten Kinder. Sämtliche Differenzen erwiesen sich jedoch nicht als signifikant. Diese Resultate weisen auf eine Tendenz der Eltern desorganisiert gebundener Kinder hin, ihre Kinder unauffälliger zu bewerten.

In der Kontrollgruppe war die Gesamtbewertung im Eltern- und im Lehrerurteil, die Selbsteinschätzung und die Einschätzung durch die Untersucherin bei den desorganisiert gebundenen Probanden etwas höher als bei den organisierten Kindern (s. Tab. 21). Die Differenzen erwiesen sich jedoch mit Ausnahme des Unterschieds in der Selbsteinschätzung ebenfalls nicht als signifikant.

Es zeigte sich somit, dass die desorganisiert gebundenen Kinder in beiden Gruppen - mit Ausnahme des Elternurteils in der ADHS-Gruppe - hinsichtlich der Ausprägung der ADHS-Symptomatik als auffälliger eingeschätzt wurden als die organisiert gebundenen Probanden.

Der im Vergleich zu den Probanden der Untersuchungsgruppe relativ geringe Anteil an desorganisiert gebundenen Probanden sowie die geringe Ausprägung der ADHS-Symptomatik bei den Probanden der Kontrollgruppe ist vermutlich bedeutsam dafür, dass sich der Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und hoher Ausprägung der ADHS-Symptomatik mit Ausnahme der Differenz in der Selbsteinschätzung in der Vergleichsgruppe nicht als signifikant erwies.

In der ADHS-Gruppe ist die geringere Einschätzung der Symptomatik durch die Eltern der desorganisierten Kinder möglicherweise als Hinweis dafür zu betrachten, dass die Eltern besonders belasteter Kinder, in diesem Fall durch eine ADHS und einen desorganisierten Bindungsstil, im Vergleich mit den Eltern weniger belasteter Kinder eine Tendenz zur Verharmlosung der Probleme ihres Kindes aufweisen.

In mehreren Studien konnte bislang nachgewiesen werden, dass desorganisierte Kinder stärker von psychopathologischen Auffälligkeiten betroffen sind als andere Kinder. Die ermittelten Resultate der vorliegenden Studie stimmen mit den bisherigen Untersuchungsergebnissen aus Studien mit desorganisierten Kindern überein. In der vorliegenden Untersuchung konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Bindungsdesorganisation und dem Ausprägungsgrad der ADHS-Symptomatik festgestellt werden. Somit muss davon ausgegangen werden, dass kein linearer Zusammenhang zwischen beiden Variablen besteht. Es konnte nicht belegt werden, dass die Existenz eines desorganisierten Bindungsstils desto wahrscheinlicher ist, je ausgeprägter die ADHS-Symptomatik ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Einwirkung weiterer Variablen von Bedeutung ist. Eine solche Variable könnte in einer bestimmten

psychopathologischen Auffälligkeit bestehen, so dass beispielsweise alle Kinder mit einer ausgeprägten ADHS-Symptomatik und einer motorischen Entwicklungsverzögerung ein hohes Risiko für einen desorganisierten Bindungsstil aufweisen würden.

Die ermittelten Ergebnisse belegen einen Zusammenhang zwischen einem desorganisierten Bindungsstil und dem Störungsbild ADHS. Die Datenauswertung lässt unterschiedliche Schlussfolgerungen hinsichtlich der Art des Zusammenhangs zwischen beiden Variablen zu. Eine mögliche Schlussfolgerung lautet, dass das Vorliegen der ADHS-Symptomatik die Wahrscheinlichkeit einer Bindungsdesorganisation beim Kind erhöht. Kinder, die eine ADHS entwickeln, weisen oftmals bereits im Säuglingsalter Symptome einer Regulationsstörung auf (vgl. Kap. 2.2.3 und 2.3). Die bereits früh einsetzende Unruhe dieser Kinder wird auf eine entsprechende genetische Disposition oder negative pränatale Einflussfaktoren und ungünstige frühe Interaktionserfahrungen zurückgeführt (vgl. Kap. 2.3). Möglicherweise sind beide Komponenten wirksam. Dies würde bedeuten, dass solche Kinder eine ADHS entwickeln, die eine entsprechende genetische Disposition aufweisen und in einem frühen Entwicklungsstadium ungünstige Beziehungserfahrungen machen. Die bereits früh einsetzenden Symptome der Kinder stellen eine besondere Belastung für die primären Bezugspersonen dar. Die früh beginnenden Erschwernisse in der Eltern-Kind-Interaktion könnten insbesondere bei Eltern, die selbst ein Defizit an positiven Beziehungserfahrungen mit den eigenen Eltern erlebt haben oder die aufgrund von aktuellen Problemen belastet sind, leicht zu einer Überforderungssituation führen (vgl. Kap. 3). Aktuelle Schwierigkeiten könnten beispielsweise in einer Wochenbettdepression, einer komplizierten Geburt, einer schwierigen Paarbeziehung, Erkrankungen innerhalb der Familie oder finanziellen Sorgen bestehen. Eine Folge dieser Überforderungssituation könnte in der Abwendung vom kaum zu beruhigenden Säugling oder in anderweitigen inadäquaten Reaktionen bestehen, z.B. in Form von Anschreien oder Schütteln des Kindes. Auf der Grundlage dieser ungünstigen und mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisierenden Beziehungserfahrungen ist das Risiko für die Entwicklung eines desorganisierten Bindungsstils deutlich erhöht.

Eine zweite Erklärungshypothese für die erhobenen Daten lautet, dass das Vorliegen einer Bindungsdesorganisation die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung des Störungsbildes ADHS erhöht. Die Entstehung eines desorganisierten Bindungsstils wird vorwiegend auf ungünstige, für das Kind wenig vorhersehbare und zum Teil ängstigende Interaktionserfahrungen mit den Bindungspersonen zurückgeführt (vgl. Kap. 2.1.2). Eine Möglichkeit auf diese traumatisierenden Beziehungserfahrungen zu reagieren, besteht in der Flucht in die Bewegung (vgl. Kap. 2.2.4). Belastende Erfahrungen mit den unter Umständen selbst traumatisierten

oder anderweitig belasteten Bezugspersonen könnten dazu führen, dass das Kind jeglicher Art von engerer Beziehung ausweicht, indem es in motorische Aktivität oder bei den stärker aufmerksamkeitsgestörten Kindern in eine gedankliche Traumwelt entflieht. Im Verlaufe der kindlichen Entwicklung kommt es dann vermutlich zu einer Generalisierung der hyperaktiven Verhaltensweisen. Die ungünstigen frühen Interaktionserfahrungen würden demnach einen desorganisierten Bindungsstil begünstigen und im Sinne eines Konfliktlösungsversuchs die Entwicklung der ADHS-Symptomatik nach sich ziehen.

Eine dritte Erklärungshypothese für das häufige Auftreten des desorganisierten Bindungsstils bei ADHS-Kindern besteht darin, dass beiden Phänomenen ähnliche Risikofaktoren zu Grunde liegen. Ein gemeinsamer Risikofaktor könnte in einer bestimmten Disposition des Kindes bestehen, welche sowohl die Entwicklung eines desorganisierten Bindungsstils als auch die Entstehung der ADHS begünstigt. Zahlreiche ADHS-Forscher gehen von einer starken genetischen Komponente bei der Genese der ADHS aus (vgl. Kap. 2.2.4). Ein genetischer Faktor könnte, - wie bereits beschrieben, in einem Polymorphismus des Dopamin-D4-Rezeptor-Gens (vgl. Lakatos 2000) bestehen und eine erhöhte Irritabilität des Säuglings oder sogar bereits des Fetus bewirken. Im Bereich der klinischen Bindungsforschung hat Spangler (2000) aufgrund seiner Forschungsergebnisse die Hypothese aufgestellt, dass neben sozialen Erfahrungen mit den Bezugspersonen individuelle Dispositionen in der kindlichen Verhaltensorganisation bei der Entwicklung von desorganisiertem Bindungsverhalten bedeutsam sind (vgl. Kap. 2.1.2). Es ist denkbar, dass es eine gemeinsame Disposition zur Entwicklung einer ADHS und einem desorganisierten Bindungsstil gibt. Diese gemeinsame Disposition könnte in einer genetischen Variation des D4-Rezeptorgens bestehen, welche eine erhöhte Irritabilität des Säuglings bewirkt, die einerseits in die Entwicklung der ADHS-Symptomatik mündet und andererseits positive Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen verhindert und dadurch zur Entstehung einer desorganisierten Eltern-Kind-Bindung beiträgt.

Andererseits lassen neuere Studien im Bereich der Pränatalforschung die Annahme zu, dass es möglicherweise pränatale Risikofaktoren gibt, welche die Wahrscheinlichkeit zur Entstehung beider Phänomene erhöhen könnten. Hier ist beispielsweise der Einfluss negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft (NMES) zu nennen (vgl. Kap. 2.3). Dieser vorgeburtliche Risikofaktor könnte zum einen die von Spangler et al. (2000, 1996) unmittelbar nach der Geburt beobachtete eingeschränkte Verhaltensorganisation von Kindern erklären, die später einen desorganisierten Bindungsstil entwickeln. Zum anderen konnten mehrere Studien einen Zusammenhang zwischen NMES und der späteren Entwicklung von

ADHS-Symptomen belegen, z.B. Van den Bergh und Marcoen (2004). Für die Existenz gemeinsamer Einflussfaktoren sprechen unter anderem die Ähnlichkeiten in den Entwicklungsgeschichten desorganisierter und hyperaktiver Kinder (vgl. Kap. 2.3). Hier sind insbesondere die interpersonellen Schwierigkeiten beider Personengruppen zu nennen, die vor allem durch das zumeist hochgradig feindselige und stark kontrollierende Verhalten der Kinder ausgelöst werden. Zudem weisen desorganisierte und hyperaktive Kinder ein deutliches Defizit in der Selbstregulationsfähigkeit auf (vgl. Kap. 2.3).

Neben dem ausschließlichen Einfluss bestimmter individueller Dispositionen oder spezifischer pränataler Risikofaktoren, ist im Sinne einer multifaktoriellen Genese selbstverständlich die Einwirkung beider Faktorengruppen denkbar. Demnach wären solche Kinder besonders gefährdet, eine ADHS und einen desorganisierten Bindungsstil zu entwickeln, die einerseits eine entsprechende Disposition aufweisen und dadurch vulnerabler für interaktionelle Belastungen sind und andererseits bestimmten ungünstigen prä- und postnatalen Einflüssen ausgesetzt sind. Dies entspräche der Ansicht mehrerer Autoren, wie z.B. Leuzinger-Bohleber (2006) und Van den Bergh (2004), die darauf hinweisen, dass angeborene Eigenschaften nicht unbedingt genetisch bedingt sein müssen, sondern auch pränatal erworben sein können und dass etwaige Genkonstellationen durch bestimmte Umweltfaktoren, wie beispielsweise ungünstige frühe Beziehungserfahrungen, erst aktiviert werden müssen.

Da fast ein Viertel (24.1%) der Kinder aus der ADHS-Gruppe als sicher gebunden klassifiziert wurde, scheint keine zwingende Verbindung zwischen der ADHS und einem unsicheren bzw. desorganisierten Bindungsstil zu bestehen. Es ist demzufolge zu vermuten, dass es Kinder gibt, die die ADHS-Symptomatik in erster Linie in Folge einer genetischen Disposition entwickeln und deren Eltern es gelingt, ihnen trotz hoher Irritabilität positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Diese Kinder könnten trotz früh einsetzender Symptomatik bei entsprechender elterlicher Sensitivität eine sichere Bindungsqualität entwickeln. Bei dem größeren Anteil der unsicher gebundenen ADHS-Kinder könnten möglicherweise negative pränatale Einflüsse und/oder ungünstige frühe Interaktionserfahrungen zusätzlich oder anstelle einer genetischen Disposition die Entstehung der ADHS-Symptomatik und eines unsicheren oder desorganisierten Bindungsstils bewirken.

Welche der ausgeführten Erklärungshypothesen in Bezug auf das häufige Zusammentreffen der ADHS und dem desorganisierten Bindungsstil zutrifft oder ob entsprechend eines multifaktoriellen Erklärungsmodells unterschiedliche Hypothesen in Bezug auf die Erklärung der häufigen Koexistenz beider Phänomene zutreffend sind, kann auf der Grundlage der

erhobenen Daten nicht entschieden werden. Die geschilderten Ergebnisse belegen einen Zusammenhang zwischen der ADHS-Symptomatik und einem desorganisierten Bindungstyp. Sie ermöglichen jedoch keine Aussage darüber, ob ein desorganisierter Bindungsstil die Folge einer ADHS sein kann, ob Bindungsdesorganisation als Ursache einer ADHS fungieren kann oder ob bestimmte individuelle und/oder psychosoziale Faktoren die Entstehung der ADHS und eines desorganisierten Bindungsmusters begünstigen. Eine genaue Unterscheidung zwischen den Erklärungsmodellen ist insbesondere deshalb schwierig, weil sich sowohl die Entwicklung eines desorganisierten Bindungsstils als auch die Manifestation erster ADHS-Symptome bereits in den ersten Lebensmonaten vollzieht und erste Einflussfaktoren möglicherweise bereits pränatal wirksam sind.

In Bezug auf die in Kapitel 3 formulierten Hypothesen lässt sich festhalten, dass die ermittelten Ergebnisse darauf hinweisen, dass Hypothese 1 zutreffend sein könnte. Die Kinder aus der ADHS-Gruppe wiesen tendenziell häufiger unsichere Bindungsmuster auf als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Hypothese 2 kann auf der Grundlage der erhobenen Daten als bestätigt betrachtet werden. Die Kinder mit ADHS-Symptomen wiesen signifikant häufiger desorganisierte Bindungsmuster auf als die Kinder der Kontrollgruppe.

## **6.5 Zur Bindungsqualität der Eltern von ADHS-Kindern**

Bei der Darstellung der Verteilung der elterlichen Bindungsmuster (s. Tab. 22) fällt in beiden untersuchten Gruppen ein relativ hoher Anteil an sicher gebundenen Elternteilen im Vergleich zur Verteilung der kindlichen Bindungsmuster auf. Insbesondere in der Kontrollgruppe liegt der Anteil sicher gebundener Elternteile mit 64% deutlich über den bislang in Deutschland und den USA durchschnittlich ermittelten prozentualen Anteilen an sicheren Bindungsmustern (vgl. Kap. 2.1.2).

Ogleich in der Kontrollgruppe mehr Elternteile als sicher gebunden eingestuft worden sind als in der Untersuchungsgruppe, erwies sich der Unterschied nicht als signifikant (s. Tab. 23). Dieses Ergebnis ist auf die relativ hohe Anzahl an Eltern mit sicherer Bindungsrepräsentation in der Untersuchungsgruppe zurückzuführen.

Bezogen auf die Verteilung der unsicheren Bindungsmuster zeigte sich in der ADHS-Gruppe ein deutlich höherer Anteil an A- und C-Klassifikationen als in der Vergleichsgruppe. In der Kontrollgruppe lag jedoch der Anteil der Eltern mit desorganisiertem Bindungsstil etwas

höher als in der Untersuchungsgruppe. Es konnte jedoch kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Verteilung der Bindungsmuster in beiden Gruppen festgestellt werden.

In Bezug auf den etwas höheren Anteil an desorganisierten Bindungsklassifikationen in der Vergleichsgruppe sind möglicherweise die deutlichen Sprachschwierigkeiten mehrerer Eltern bedeutsam. Etwa ein Fünftel der Kontrollgruppen-Interviews konnte aufgrund fehlender sprachlicher Fähigkeiten der Interviewten nur in Bezug auf die Unterscheidung Organisiert/-Desorganisiert ausgewertet werden. Diese Eltern wiesen dem Eindruck der Untersucherin nach im Vergleich zu den ausländischen Eltern der Untersuchungsgruppe eine deutlich reduzierte Sprachkompetenz auf. Bei einigen Eltern konnte nicht ganz sichergestellt werden, ob sie die Interviewanweisungen und -fragen vollständig verstanden hatten. Möglicherweise hatten die stärker ausgeprägten sprachlichen Probleme einen Einfluss auf den relativ hohen Anteil an D-Klassifikationen in der Vergleichsgruppe. Hierfür spräche, dass vier der fünf Eltern aus der Kontrollgruppe, bei denen nur die Zuordnung Organisiert/-Desorganisiert getroffen werden konnte, als desorganisiert gebunden eingestuft wurden. In der ADHS-Gruppe wurden hingegen zwei der drei Interviews, bei denen Sprachschwierigkeiten bestanden als organisiert klassifiziert.

Obgleich das unsichere Bindungsmuster in der Untersuchungsgruppe nicht signifikant häufiger vertreten war als in der Vergleichsgruppe, wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen einem unsicheren Bindungsstil der Eltern und der ADHS-Ausprägung der Kinder besteht (s. Tab. 24). In der ADHS-Gruppe zeigte sich, dass die Eltern mit unsicherer Bindungsrepräsentation ihre Kinder deutlich weniger auffällig eingeschätzt haben als die sicher gebundenen Eltern. Es konnte eine signifikante Differenz auf dem .05-Niveau ermittelt werden. Die Lehrer und die Untersucherin haben hingegen die ADHS-Kinder mit unsicher gebundenen Eltern auffälliger eingeschätzt als die ADHS-Kinder sicher gebundener Eltern. Diese Differenzen erwiesen sich jedoch nicht als signifikant.

In der Vergleichsgruppe haben die unsicher gebundenen Eltern ihre Kinder ebenfalls als weniger auffällig eingeschätzt als die sicher gebundenen Eltern. Im Lehrer- und im Untersucherurteil wurden die Kinder der unsicher gebundenen Eltern ebenso wie in der Untersuchungsgruppe auffälliger eingeschätzt als die Kinder der sicher gebundenen Eltern. Sämtliche Differenzen in der Kontrollgruppe erwiesen sich nicht als signifikant.

Obgleich sich die Mehrzahl der aufgezeigten Differenzen nicht als signifikant erwies, sprechen die Ergebnisse für eine Tendenz unsicher gebundener Eltern, ihre Kinder im Vergleich mit sicher gebundenen Eltern als weniger auffällig einzuschätzen. Darüber hinaus zeigt sich eine, wenn auch nicht signifikante, aber dennoch durchgängig höhere Einschätzung

der Ausprägung der ADHS-Symptomatik bei Kindern unsicher gebundener Elternteile durch die Lehrer und die Untersucherin. Die Tendenz zur weniger auffälligen Einschätzung der Eltern mit unsicherer Bindungsrepräsentanz im Vergleich zu der Einschätzung durch die Lehrer und die Untersucherin könnte möglicherweise auf eine Verleugnungstendenz unsicher gebundener Eltern in Bezug auf psychische Probleme des Kindes hindeuten.

Zum Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung der Eltern und Ausprägung der ADHS-Symptomatik des Kindes fanden sich keine statistisch signifikanten Korrelationen. Dieses Ergebnis steht vermutlich im Zusammenhang mit der relativ geringen Anzahl an desorganisierten elterlichen Bindungsmustern in der Gesamtgruppe. Zudem ist die ADHS-Symptomatik der Kinder aus der Kontrollgruppe, in der der Anteil desorganisierter Elternteile etwas höher lag, insgesamt als sehr gering ausgeprägt eingeschätzt worden.

Entsprechend dem Konzept der intergenerationalen Transmission sollte eine relativ hohe Übereinstimmung zwischen elterlichem und kindlichem Bindungsstil zu erwarten sein (vgl. Kap. 2.1.3). Beim Vergleich der Verteilung der elterlichen und kindlichen Bindungsmuster (s. Tab. 25) zeigte sich jedoch, dass in beiden Gruppen deutlich mehr Elternteile sichere Bindungsmuster aufwiesen als Kinder. In der Untersuchungsgruppe sind mit 50% sicheren elterlichen Bindungsklassifikationen etwa doppelt so viele Elternteile sicher gebunden wie Kinder (24.1%). In der Vergleichsgruppe ist der Unterschied etwas geringer. Hier sind knapp die Hälfte der Kinder (48.1%) und 64% der Elternteile sicher gebunden. Der Vergleich der AAP- und GEV-Ergebnisse zeigte in beiden Gruppen einen hohen Anteil an Nicht-Übereinstimmungen zwischen Bindungssicherheit im AAP und im GEV. Bei der Verteilung der Bindungsmuster fällt insbesondere eine relativ große Gruppe an sicher gebundenen Eltern mit unsicher gebundenen Kindern in der Untersuchungsgruppe auf.

Für sich betrachtet würde dieses Ergebnis für die Hypothese sprechen, dass eine starke genetische Komponente bei der Entstehung der ADHS bedeutsam ist und psychosoziale Erfahrungen eher als nachrangig zu betrachten sind. Eine entsprechende genetische Veranlagung würde demnach die Genese der ADHS auslösen und die Entstehung einer sicheren Bindung an die Eltern trotz hinreichender elterlicher Feinfühligkeit verhindern. Die auf einer genetischen Disposition basierende kindliche Unruhe könnte die sensitiven Fähigkeiten der Eltern überfordern und die für die Entstehung einer sicheren Bindungsbeziehung erforderlichen befriedigenden Interaktionserfahrungen des Kindes dadurch negativ beeinträchtigen. Gegen diese Annahme spricht jedoch der ebenfalls nicht unbedeutende Anteil an unsicher gebundenen Kindern mit sicher gebundenen Elternteilen in der Vergleichsgruppe. Zudem gab es sowohl in der Untersuchungs- als auch in der

Kontrollgruppe auch einige unsicher gebundene Elternteile mit sicher gebundenen Kindern. Der Signifikanztest (s. Tab. 25) ergab, dass sowohl in der ADHS-Gruppe als auch in der Vergleichsgruppe kein signifikanter Zusammenhang zwischen elterlicher Bindungssicherheit im AAP und kindlicher Bindungssicherheit im GEV bestand.

Es konnte ebenfalls kein Zusammenhang zwischen dem Organisationsgrad (Organisiert vs. Desorganisiert) der elterlichen und kindlichen Bindungsstile in den beiden Gruppen festgestellt werden. Das Ergebnis der Untersuchungsgruppe ist sehr wahrscheinlich auf den hohen Anteil desorganisiert gebundener Kinder und den verhältnismäßig geringen Anteil desorganisiert gebundener Eltern zurückzuführen. Das Ergebnis in der Vergleichsgruppe dürfte mit dem umgekehrten Fall zu erklären sein. Hier zeigte sich ein höherer Anteil an desorganisiert gebundenen Eltern und ein relativ geringer Anteil an desorganisierten Kindern. Der fehlende Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Bindungssicherheit in beiden untersuchten Gruppen stellt ein ungewöhnliches Ergebnis dar. In mehreren Studien konnte eine generationale Weitergabe des mütterlichen Bindungsstils an das Kind in 75 – 81% der Fälle nachgewiesen werden (vgl. Kap. 2.1.3). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sämtliche bisherigen Studien zur intergenerationalen Transmission mittels des AAI und der Fremden Situation durchgeführt wurden. Es liegen bislang keine Studien vor, in denen das AAP und das GEV angewandt wurden. Das AAP stellt, wie in Kapitel 4.3.6 ausgeführt, ein relativ neues Verfahren dar. Das GEV stellt in der deutschen Adaptation ebenfalls ein verhältnismäßig junges Verfahren dar, das im Vergleich mit der Fremden Situation bislang noch relativ selten in Studien eingesetzt wurde. Möglicherweise ist die fehlende Übereinstimmung der kindlichen und elterlichen Bindungstypen unter anderem auf den Einsatz dieser beiden relativ jungen Untersuchungsinstrumente zurückzuführen.

Da der Anteil an sicher gebundenen Eltern in der Untersuchungsgruppe deutlich höher lag als es für Eltern psychisch belasteter Kinder normalerweise zu erwarten wäre und zudem der Anteil an sicheren elterlichen Bindungsklassifikationen in der Vergleichsgruppe höher liegt als in den meisten anderen Studien, sollten die Ergebnisse des Erwachsenen-Bindungsinterviews mit Vorsicht betrachtet werden. Möglicherweise ist die Auswertung der Eltern-Interviews durch die geschilderten Probleme bei der Transkription (vgl. Kap. 4.3.6) beeinträchtigt worden. Für eine etwaige Auswirkung der erschwerten Transkriptionsbedingungen spricht die Tatsache, dass die Störungen bei der Datenerhebung überwiegend in der Untersuchungsgruppe auftraten, in der die Ergebnisse besonders deutlich von den erwarteten Resultaten abwichen. Neben den Erschwernissen der Transkription durch störende Hintergrundgeräusche bei der Datenerhebung hat sich möglicherweise die

eingeschränkte Sprachkompetenz mehrerer Eltern beeinträchtigend auf die Datenauswertung ausgewirkt. Ein Drittel der interviewten Eltern stammten nicht aus Deutschland. Ein Großteil der ausländischen Elternteile wies deutliche Sprachprobleme auf. Hinzu kam, dass bei einem Teil der ausländischen Familien der Vater interviewt werden musste, da sich die Mutter nicht hinreichend mittels der deutschen Sprache verständigen konnte. Möglicherweise hätte es eine höhere Übereinstimmung zwischen kindlicher und mütterlicher Bindungsqualität gegeben, da insbesondere in den östlichen Kulturkreisen die Mutter fast ausschließlich für die Kinderversorgung zuständig ist. Außerdem handelte es sich bei drei Probanden um Adoptivkinder, die erst seit dem Kleinkindalter in ihren derzeitigen Familien leben, so dass in diesen Fällen nicht unbedingt eine Übereinstimmung zwischen elterlicher und kindlicher Bindungsqualität zu erwarten war. Möglicherweise ist der unerwartet hohe Anteil an sicheren elterlichen Bindungsklassifikationen und die fehlende Übereinstimmung der elterlichen und kindlichen Bindungssicherheit auf die Summe der genannten Besonderheiten der Stichprobe und Schwierigkeiten bei der Datenerhebung und –aufbereitung zurückzuführen.

In Bezug auf die zu prüfenden Hypothesen muss festgehalten werden, dass Hypothese 3 nicht als bestätigt betrachtet werden kann. Die Eltern der ADHS-Kinder wiesen zwar häufiger unsichere Bindungsstile auf als die Eltern der Kontrollgruppe. Der Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant.

Hypothese 4 kann ebenfalls nicht als zutreffend angesehen werden. Es konnte kein Zusammenhang zwischen einem desorganisierten elterlichen Bindungsstil und dem Bestehen einer ADHS-Symptomatik des Kindes ermittelt werden.

Die geschilderte Verteilung der elterlichen Bindungsstile in der ADHS-Gruppe spricht zunächst eher gegen die Annahme, dass ein bestimmter Bindungsstil der Eltern zur Entstehung der ADHS beim Kind beiträgt. Insbesondere spricht der relativ hohe Anteil an sicher gebundenen Elternteilen gegen die Hypothese, dass ein unsicherer elterlicher Bindungsstil die ADHS-Genese begünstigt. Da in beiden Gruppen der Anteil an sicheren Elternbindungen jedoch deutlich höher lag als der Anteil an sicher gebundenen Kindern und keine eindeutigen Übereinstimmungen zwischen elterlicher und kindlicher Bindungssicherheit gefunden werden konnten, ist der Einfluss der elterlichen Bindungssicherheit auf die Entstehung einer ADHS beim Kind unklar. Es muss offen bleiben, ob eine unsichere elterliche Bindungsrepräsentation einen Risikofaktor und ob eine sichere Elternbindung möglicherweise einen protektiven Faktor in Bezug auf die Entstehung der ADHS beim Kind

bedeutet oder nicht. Aufgrund der fehlenden Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher Bindungsqualität kann keine Aussage darüber gemacht werden, welche der im vorangegangenen Kapitel formulierten Hypothesen zur Erklärung der häufigen Koexistenz eines desorganisierten Bindungsstils und der ADHS eher zutreffend sein könnte.

Obgleich offen bleiben muss, ob die ADHS die Entstehung eines desorganisierten Bindungsstils begünstigt oder umgekehrt, unterstreicht der gefundene Zusammenhang zwischen beiden Variablen die Relevanz frühzeitiger Interventionen zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion bei dieser Personengruppe. Ein desorganisierter Bindungsstil entwickelt sich in der Regel auf der Grundlage ungünstiger früher Interaktionserfahrungen. Eltern von ADHS-Kindern beschreiben erhebliche Interaktionsstörungen, die oftmals bereits in den ersten Lebensmonaten beginnen (vgl. Kap. 3). Sowohl die ADHS als auch ein desorganisierter Bindungsstil stellen beträchtliche Entwicklungsrisiken dar. Die Koexistenz von ADHS und Bindungsdesorganisation kann dementsprechend als prognostisch besonders ungünstig betrachtet werden.

Ein aus den ermittelten Resultaten abzuleitender Interventions- bzw. Präventionsansatz könnte in Feinfühligkeitstrainings für Eltern von Kindern bestehen, die bereits in den ersten Lebenswochen und –monaten durch ausgeprägte motorische Unruhe und erhöhte Irritabilität sowie durch weitere Symptome einer Regulationsstörung auffallen. Hierbei ist es von nachrangiger Bedeutung, ob die Feinfühligkeit der Eltern aufgrund von elterlichen Sensibilitätsdefiziten gefördert werden sollte, oder weil eine durchschnittliche elterliche Feinfühligkeit bei diesen Kindern aufgrund individueller Dispositionen nicht hinreichend ist. Eine frühe Intervention, beispielsweise in Form einer Mutter-Kind-Therapie oder eines Feinfühligkeitstrainings, könnte zum einen die Entstehung eines desorganisierten Bindungsstils beim Kind verhindern. Zum anderen könnte möglicherweise die Entstehung der ADHS verhindert oder zumindest die Ausprägung der Symptomatik reduziert werden. Der Entstehung oder dem hohen Ausprägungsgrad der ADHS-Symptomatik könnte auf diese Weise insbesondere bei den Kindern entgegengewirkt werden, bei denen die Symptomatik unter anderem auf ungünstige prä- oder postnatale Interaktionserfahrungen zurückgeführt werden kann.

## 7. Zusammenfassung

Die Bindungsforschung hat sich in den letzten Jahren zunehmend mit entwicklungspsychopathologischen Fragestellungen auseinandergesetzt. Obgleich die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen zählt, existieren bislang jedoch kaum Untersuchungen zur Bindungsqualität hyperaktiver Kinder. Das Anliegen der vorliegenden Arbeit bestand daher in der Untersuchung der Bindungsrepräsentanzen von Kindern mit einer ADHS.

Es wurden 30 Kinder mit ADHS-Symptomen mit 29 Kontrollprobanden verglichen. Die Kinder waren aus den ersten beiden Klassen aus Kölner Grundschulen rekrutiert worden. Ein Drittel der Kinder stammte aus Familien mit Migrationshintergrund. Unter den ADHS-Kindern fanden sich erwartungsgemäß mehr männliche Probanden als in der Vergleichsgruppe.

Die Intelligenzdiagnostik (HAWIK-III) ergab signifikant schlechtere Ergebnisse für die Kinder aus der ADHS-Gruppe verglichen mit den Probanden der Kontrollgruppe. Die psychopathologische Befundung (CASCAP-D) und der Elternfragebogen (CBCL 4-18) zeigten, dass die ADHS-Kinder signifikant stärker von psychopathologischen Merkmalen betroffen waren als die Kinder der Vergleichsgruppe. Die Störungsdiagnostik (DISYPS-KJ) ergab, dass die ADHS-Kinder signifikant stärker von den Kernsymptomen des Störungsbildes betroffen waren. Bei 28 Kindern konnte die Verdachtsdiagnose ADHS bestätigt werden.

Die Untersuchung der kindlichen Bindungsqualität mittels des Geschichtenergänzungsverfahrens (GEV) belegte, dass die ADHS-Kinder tendenziell häufiger unsicher gebunden waren und signifikant häufiger desorganisiert gebunden waren als die Kinder der Vergleichsgruppe. Die Klassifikation der elterlichen Bindungsstile mittels des Erwachsenen-Bindungs-Projektivs (AAP) ergab keine eindeutigen Resultate. Die Eltern der ADHS-Kinder wiesen häufiger unsicher-vermeidende und ambivalente Bindungsstile auf als die Eltern der Kontrollgruppe. Die Unterschiede erwiesen sich jedoch nicht als signifikant. Schwierigkeiten bei der Datenerhebung, der Datenaufbereitung und der Sprachkompetenz der Eltern haben möglicherweise die Auswertung der Daten beeinträchtigt. Weitere Untersuchungen zur Bindungsdiagnostik von Eltern hyperaktiver Kinder sind notwendig, um entscheiden zu können, ob eine unsichere elterliche Bindungsqualität einen Risikofaktor für die Entstehung einer ADHS des Kindes darstellt. Die ermittelten Ergebnisse sprechen für die Relevanz frühzeitiger Interventionen bei motorisch unruhigen Säuglingen und Kleinkindern. Weitere Forschungsarbeiten insbesondere im Bereich der Pränatalforschung sind bedeutsam für die Identifikation von frühen Risikofaktoren.

## 8. Literatur

- Ackerman, P.T.; Anhalt, J.M.; Dykman, R.A. und Holcomb, P.J. (1986): Effortful processing deficits in children with reading and/or attention disorders. *Brain and Cognition*, 5, 22-40
- Adam, K.S.; Sheldon-Keller, A.E. und West, M. (1995): Attachment organisation and vulnerability to loss, separation, and abuse in disturbed adolescents. In: Goldberg, R.M. und Kerr, J. (Hg.): *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, The Analytic Press, 309-341
- Ainsworth, M.D.S. (1967): *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore, John Hopkins University Press
- Ainsworth, M.D.S. und Wittig, B.A. (1969): Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. Hillsdale NJ. Erlbaum
- Ainsworth, M.D.S. (1973): The development of infant-mother attachment. In: Caldwell, B.M. und Riciutti, H.N. (Hg.): *Review of child development research*. Vol. 3. Chicago. University of Chicago Press, 1-94
- Ainsworth, M.D.S.; Bell, S. und Stayton, D. (1974): Infant-mother attachment and social development: „Socialisation“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards, M. (Hg.): *The integration of a Child into a Social World*. New York. Cambridge University Press, 99-135
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. und Wall, S. (1978): *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J., Erlbaum
- Altherr, P. (2000): ADS international – was tut sich im Ausland? In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 195-208
- American Psychiatric Association (1984): *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV*. Weinheim, Beltz Verlag
- Amft, H. (2006): ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 70-90
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H.L. und Costello, E.J. (2000): Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 975-984
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit

- deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J.Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers und K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD)
- Barkley, R.A., Karlsson, A.; Polard, S. und Murphy, J.V. (1985): Developmental changes in the mother-child-interactions of hyperactive boys: effects of two dese levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatrie*, 26, 705-715
- Barkley, R. A. (1990): *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* New York, Guilford Press
- Barkley, R. A. (1999): *Hyperaktive Kinder.* Spektrum der Wissenschaft, 1999, 30-36
- Baumgärtel, A.; Wolraich, M.L. und Dietrich, M. (1995): Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a german elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolscnt Psychiatry*, 34, 629-638
- Becker-Stoll, F. (1997): *Interaktionsverhalten zwischen Jugendlichen und Müttern im Kontext längsschnittlicher Bindungsentwicklung.* Dissertation. Universität Regensburg
- Becker-Stoll, F. (2002): *Bindung und Psychopathologie im Jugendalter.* In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse.* Stuttgart, Schattauer GmbH, 196-208
- Belsky, J. (1991): *Ehe, Elternschaft und kindliche Entwicklung.* In: Engfer, A.; Minsel, B. und Walper, S. (Hg.): *Zeit für Kinder! Kinder in Familie und Gesellschaft.* Weinheim. Beltz Verlag, 134-59
- Benoit, D. und Parker, K.H.C. (1994): *Stability and transmission of attachment across the generations.* *Child Development*, 65, 1444-1456
- Berger, M. (1993): „Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum.“ Anmerkungen zur Diskussion über das hyperkinetische Syndrom. *Kinderanalyse* 2/1993
- Biederman, J., MD, Milberger, S., ScD; Faraone, S.V., PhD; Kiely, K.; Guite, J.; Mick, E.; Ablon, S.; Warburton, R.; und Reed, E. (1995): *Family-Environment Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Test of Rutter’s Indicators of Adversity.* *Archives of General Psychiatry* Vol 52, June 1995
- Biederman, J.; Wilens, T.; Mick, E.; Spencer, T.; Faraone, S.V. (1999): *Pharmakotherapie of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder.* *Pediatrics* 1999, August, 104 2): e20
- Bittner, G. (1996): *Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten.* Göttingen, Zürich. Vandenhoeck und Ruprecht, 2. Auflage
- Bonney, H. (2000): *Neues vom Zappelphilipp.* *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49, 285-299
- Borland, B.L. und Heckman, H.K. (1976): *Hyperactive boys and their brothers.* *Archives of general Psychiatry* 33, 669

- Bovensiepen, G. (2002): Einführung. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt, Brandes & Apsel
- Bovensiepen, G., Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M., Brandes & Apsel
- Bowlby, J. (1969/1975/1982/1986): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag
- Bowlby, J. (1973/1976/1986): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag
- Bowlby, J. (1980/1983/1991): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag
- Bowlby, J. (1988): Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10
- Bowlby, J. (1995): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg, Dexter
- Bradley, C (1937): The behaviour of children receiving benzedrine. *Am. J. Psych.* 94, 577-585
- Braun, A.K.; Bock, J.; Gruss, M.; Hermeke, C.; Ovtscharoff, W. jr.; Schnabel, R.; Ziabreva, I. und Poeggel, G. (2002): Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH, 121-128
- Braun, K. und Bock, J. (2003): Die Narben der Kindheit. *Gehirn und Geist* (1), 50-53
- Bretherton, I.; Ridgeway, D. und Cassidy, J. (1990): Assessing working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In: Greenberg, M.T.; Cicchetti, D. und Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the Preadolescent Years*. Chicago, The University of Chicago Press, 273-310
- Bretherton, I.; Suess, G.J.; Golby, B. und Oppenheim, D. (2001): „Attachment Story Completion Task“ (ASCT). Methode zur Erfassung der Bindungsqualität im Kindergartenalter durch Geschichtenergänzungen im Puppenspiel. In: Suess, G. J.; Scheuerer-Englisch, H. und Pfeifer, W-K. (Hg.): *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen, Psychosozial-Verlag, 83-125
- Bretherton, I. (2002): Konstrukt des inneren Arbeitsmodells. Bindungsbeziehungen und Bindungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In: Brisch, K.-H., Grossmann, K.E., Grossmann, K. und Köhler, L. (2002): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag, 13-46

- Brisch, K.-H. (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag
- Brisch, K.-H. (2002): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt, Brandes & Apsel, 45-70
- Brisch, K.-H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K. und Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag
- Brouwers, E.P.M.; Baar, A.L. van und Pop, V.J.M. (2001): Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development* 24, 95-106
- Brown, T. E. (2000): Chronisch, aber nicht allgegenwärtig – Neue Erkenntnisse zu Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Erkennung und Behandlung. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 132-139
- Brühl, B.; Döpfner, M. und Lehmkuhl, G. (2000): Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung* 9, 115-125
- Buchheim, A. und Strauß, B. (2002): Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Stuttgart, Schattauer GmbH, 27-53
- Bürgin, D. und Steck, B. (2007): Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 4/2007, 310-333
- Carlson, E.A.; Cocchetti, D.; Barnett, D. und Braunwald, K. (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25 (4), 525-31
- Carlson, E.A.; Jacobvitz, D. und Sroufe, L.A. (1995): A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37-54
- Cassidy, J. (1994): Emotional regulation: Influences of attachment relationships. In: Fox, N. (Hg.): The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (Serial 240, 2-3), 228-249
- Cassidy, J. und Shaver, P. (1999): *Handbook of Attachment*. New York, London, Guilford Press
- Clarke, L.; Ungerer, J.; Chahoud, K.; Johnston S. und Stiefel, I. (2002): Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 7 (2), 179-198

- Cole-Detke, H. und Kobak, R. (1996): Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-90
- Cunningham, C.E. und Barkley, R.A. (1979): A comparison of hyperactive and normal children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Development*, 50, 217-224
- Dammasch, F. (2006): ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 189-221
- Danforth, J.S.; Barkley, R.A. und Stokes, T.F. (1991): Observations of interactions between parents and their hyperactive children: an analysis of reciprocal influence. *Clinical Psychology Review* 11, 703-727
- Dilling, H.; Mombour, W. und Schmidt, M.H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Huber
- Döpfner, M.; Plück, J.; Bölte, S.; Melchers, P. und Heim, K. (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), 2. Auflage
- Döpfner, M.; Berner, W.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, G. und Steinhausen, H.-C. (1999): Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. Hogrefe Verlag für Psychologie
- Döpfner, M. und Lehmkuhl, G. (2000): DISYPS-KJ: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. Manual. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber, 2. Auflage
- Döpfner, M.; Fröhlich J. und Lehmkuhl, G. (2000): Hyperkinetische Störungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe Verlag für Psychologie
- Döpfner, M. und Lehmkuhl, G. (2001): Gibt der Verbrauch von Methylphenidat für hyperaktive Kinder Anlass zur Besorgnis? ADHS-Report (6), 2. Jahrgang, Oktober 2001
- Döpfner, M.; Schürmann, S. und Fröhlich, J. (2002): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP. Weinheim, Verlagsgruppe Beltz, Psychologie Verlags Union, 3. Auflage
- Döpfner, M. und Lehmkuhl, G. (2004): Differenzialdiagnostik des ADHS. ADHS-Report (16), 5. Jg, April 2004
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. und Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS Kinder-Diagnostik-System 1. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Göttingen, Hogrefe

- Dornes, M. (2000): Die Eltern der Bindungstheorie: Biographisches zu John Bowlby und Mary Ainsworth. In: Endres, M. und Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München, Reinhardt, 18-38
- Du Bois, F. (Hg.) (2001): Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die klinische Praxis. Wiesbaden, Müller Verlag
- Du Bois, R. (2007): Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 4/2007, 300-310
- Edelbrock, C.S.; Rende, R.; Plomin, R. und Thompson, L. (1995): A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 775-86
- Egeland, B. (2002): Ergebnisse einer Langzeitstudie an Hoch-Risiko-Familien. Implikationen für Prävention und Intervention. In: Brisch, K.-H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K. und Köhler, L. (Hg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta, 305-324
- Endres, M. und Hauser, S. (Hg.) (2000): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München, Reinhardt
- Erickson; M.F.; Egeland, B. und Pianta, R. (1989): The effects of maltreatment on the development of young children. In: Cicchetti, D. und Carlson, V. (Hg.): *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes of Child Abuse and Neglect*. New York, Cambridge University, 674-84
- Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.) (2000): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim und Basel, Beltz Verlag
- Fonagy, P.; Steele, H. und Steele, M. (1991): Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R. und Target, M. (1993): The predictive specificity of Mary Main's Adult Attachment Interview. Implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. Paper presented at conference on John Bowlby's attachment theory: Historical clinical and social significance at Toronto, October 1993
- Fonagy, P.; Leigh, T.; Steele, M.; Steele, H.; Kennedy, R.; Mattoon, G.; Target M. und Gerber, A. (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31
- Fox, N.A. (1992): Frontal brain asymmetry and vulnerability to stress: Individual differences in infant temperament. In: Field, T.M.; McCabe, P.M. und Schneiderman, N. (Hg.): *Stress and coping in infancy and childhood*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 83-99

- Fox, N.A.; Kimmery, N.L. und Schafer, W.D. (1991): Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225
- Freud, A. (1960): Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 53-62
- George, C. und Solomon, J. (1996): Representational models of relationships: Links between caregiving and representation. *Infant Mental Health Journal*, 17 (3), 198-216
- George, C. und Solomon, J. (1999): Attachment and caregiving: the Caregiving behavioral system. In: Cassidy, J. und Shaver, P. (1999): *Handbook of Attachment*. New York, London. Guilford Press, 649-670
- George, C. und Main, M. (1979): Social interactions of young abused youth: Approach, avoidance, and aggression. *Child Development*, 50, 306-18
- George, C. und Solomon, J. (1990): Six-year attachment doll play classification system. Unpublished manuscript. Mills College, Oakland, CA.
- George, Kaplan und Main (1984, 1985, 1996): Attachment interview for adults. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley
- George, C.; West, M. und Pettem, O. (1997): The adult attachment projective. Unpublished attachment measure and coding manual. Mills College, Oakland, CA
- George, C.; West, M. und Kißgen, R. (im Druck): The Projective Assessment of Adult Attachment: Introducing the Adult Attachment Projective
- Gerlach, M. (2003): Stimulanzen-Therapie: Gefahr für Kinder und Jugendliche? *Pädiatrie hautnah* 2 , 83-87
- Gillis, J.J.; Gilger, J.W.; Pennington, B.F. und Defries, J.C. (1992): Attention deficit disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20, 303-315
- Goldberg, S. (1997): Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk, and clinical samples. In: Atkinson, L. und Zucker, K.J. (Hg.): *Attachment and psychopathology*. New York. Guilford Press, 171-195
- Gloger-Tippelt, G. (1999): Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult Attachment Interview. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 73-85
- Gloger-Tippelt, G. (1999a): Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 113-128
- Gloger-Tippelt, G. und König, L. (2000, 2002): Kodier- und Auswertungsmanual für das Geschichtenergänzungsverfahren zur Erfassung der Bindungsrepräsentationen 5- bis 7-jähriger Kinder im Puppenspiel. Unpublished manual, Psychologisches Institut, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

- Gloger-Tippelt, G.; Vetter, J. und Rauh, H. (2000): Untersuchungen mit der „Fremden Situation“ in deutschsprachigen Ländern: Ein Überblick. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 87-98
- Glover, V. und O'Connor, T.G. (2002): Effects of antenatal stress and anxiety – implications for development and psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 180, 380-391
- Goldberg, R.M. und Kerr, J. (Hg.) (1995): *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale. The Analytic Press, 309-341
- Goldberg, S. (1997): Attachment and childhood behaviour problems in normal, at-risk, and clinical samples. In: Atkinson, L. und Zucker, K.J. (Hg.): *Attachment and psychopathology*. New York, Guilford Press, 171-195
- Gomez, R.; Harvey, J.; Quick, C.; Scharer, I. und Harris, G. (1999): DSM-IV AD/HD: Confirmatory factor models, prevalence and gender and age differences based of parent and teacher ratings of Australian Primary School children. *Jornal of child Psychology and Psychiatry*, 40, 265-274
- Gomille, B. und Gloger-Tippelt, G. (1999): Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 101-112
- Grossmann, E.; Grossmann, K.; Huber, F. und Wartner, U. (1981): German children's behavior towards their mothers at 12 months and their fathers at 18 months in Ainsworth's Strange Situation. *International Journal of Behavioral Development*, 4, 157-181
- Grossmann, K.; Grossmann, K.E.; Spangler, G; Suess, G.J. und Unzner, L. (1985): Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In: Bretherton, I. und Waters, E. (Hg.): *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 233-278
- Grossmann, K.E. und Grossmann, K. (1986): Phylogenetische und ontogenetische Aspekte der Entwicklung der Eltern-Kind Bindung und der kindlichen Sachkompetenz. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 18, 287-315
- Grossmann, K.E. und Grossmann, K. (1994): Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. *GWG-Zeitschrift*, 96, 26-41
- Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Kindler, H.; Scheuerer-Englisch, H.; Spangler, G.; Stöcker, K.; Suess, G.J. und Zimmermann, P. (2003a): Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller, H. (Hg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Bern, Verlag Hans Huber, 3. Auflage, 223-283
- Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Becker-Stoll, F.; Maier, M.; Scheuerer-Englisch, H.; Schieche, M.; Stöcker, K.; Suess, G. J.; Wensauer, M. und Zimmermann, P. (2003b): Internalisierung unterschiedlicher kindlicher Bindungserfahrungen und ihre klinische

- Relevanz. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Bern, Verlag Hans Huber, 3. Auflage, 1153-1195
- Grossmann, K. E. und Grossmann, K. (2000): Bindung, Exploration und interne Arbeitsmodelle – der Stand der Forschung. In: Parfy, E.; Redtenbacher, H.; Sigmund, R.; Schoberberger, R.; Butschek, Ch. (Hg.) (2000): Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung. Wien, Facultas, 13-38
- Grossmann, K. E. und Grossmann, K. (2002): Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Stuttgart, Schattauer, 295-318
- Hampel, P. und Desman, C. (2006): Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, 425-443, 6/2006
- Harlow, H.F. (1971): Learning to love. San Francisco. Albion Publishing Co
- Häußler, G. (2002): Im Vorfeld der psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung. Wege – Umwege – Irrwege. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt, Brandes & Apsel, 136-165
- Häußler, G. und Hopf, H. (2001): Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 112, 32 (4), 487-507
- Häußler, G. und Hopf, H. (2002): Psychoanalytische Theorien. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M., Brandes & Apsel, 20-44
- Hédervári-Heller, E. (2001): Tagungsbericht. 7. Konferenz der VAKJP-Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlichen Austausch in Frankfurt am Main. „Neues vom Zappelphilipp“? – Neurobiologie, Psychodynamik und Psychotherapie des Hyperkinetischen Syndroms. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 112, 32, (4), 592-598
- Heller, C. (2000): Attachment and social competence in preschool children. Unpublished masters thesis. Auburn University, AL
- Hertsgaard, L.; Gunnar, M.; Erickson, M.F. und Nachmias, M. (1995): Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. Child Development, 66, 1100-7
- Heiduk, V. und Trott, G.-E. (1997): Das hyperkinetische Syndrom des Kindes- und Jugendalters. Symptome, Ursachen und therapeutische Möglichkeiten. In: Bundesverband Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder (BvdE) e.V.: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom aus medizinischer Sicht. Forchheim, BvdE, 11-27

- Heinemann, E. (2003): ADS mit und ohne Hyperaktivität bei Jungen und Mädchen – ein psychoanalytisches Forschungsprojekt zur Genderforschung. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Heft 117, 34 (1), 25-41
- Heinemann, E. und Hopf, H. (2004): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Stuttgart, Kohlhammer
- Heinz, J. (2002): Nervosität in der Moderne. Vom Leiden in der, an der und durch die Gesellschaft. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes & Apsel, 315-344
- Hesse, E. (1994): Discourse, Memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11
- Hesse, E. und Main, M. (2002): Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen. Zusammenbruch von Strategien des Verhaltens und der Aufmerksamkeit. In: Brisch, K.-H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K. und Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart, Klett-Cotta, 219-248
- Hocke, R. (1993): Zur Problematik des hyperkinetischen Syndroms. *Kinderanalyse*, 2/1993, 118-130
- Holmes, J. (2002): *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München und Basel, Reinhardt
- Hopf, H. (2000): Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Heft 107, 30 (3), 279-307
- Hopf, H. (2003): „Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon...?“ Vom psychoanalytischen Verstehen der hyperkinetischen Störung und des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Heft 117, 34 (1), 7-23
- Huizink, A.C.; Robles De Medina, R.G.; Mulder, E.J.; Visser, G.H. und Buitelaar, J.K. (2002): Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1078-85
- Huizink, A.C.; Robles De Medina, R.G.; Mulder, E.J.; Visser, G.H. und Buitelaar, J.K. (2003): Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 810-818
- Huss, M.; Schmidt-Schulz, A.; Hoffmann, K.; Vogle, R. und Lehmkuhl, U. (2000): Wenn ADS „erwachsen“ wird – Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig? In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 184-195

- Huss, M. (2004): Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts – Abschlussbericht. Forschungsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS). Bonn
- Hüther, G. (2001a): Tagungsbericht. In: Hédervári-Heller, E. (2001): Tagungsbericht. 7. Konferenz der VAKJP-Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlichen Austausch in Frankfurt am Main. „Neues vom Zappelphilipp“? – Neurobiologie, Psychodynamik und Psychotherapie des Hyperkinetischen Syndroms. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 112, 32, (4), 592-598
- Hüther, G. (2001): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen
- Hüther, G. (2002): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): Unruhe und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt, Brandes & Apsel, 70-92
- Hüther, G. und Bonney, H. (2005): Neues vom Zappelphilipp. ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln. Düsseldorf und Zürich, Walter Verlag, 6. akt. Auflage
- Hüther, G. (2006): Die nutzungsabhängige Herausbildung hirngorganische Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 222-237
- Jacobvitz, D.; Hazan, N. und Thalhuber, K. (2001): Die Anfänge von Bindungs-Desorganisation in der Kleinkindzeit: Verbindungen zu traumatischen Erfahrungen der Mutter und gegenwärtiger seelisch-geistiger Gesundheit. In: Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H. und Pfeifer, K-W.P. (Hg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag, 125-157
- Kaplan, B.J.; Crawford, S.G.; Fisher, G.C. und Dewey, D.M. (1998): Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. Journal of Attention Disorders, Vol. 2, No. 4 (November 1998), 209-216
- Köhler, L. (1998): Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. Psyche, 52, 369-403
- Krens, Inge und Krens, Hans (2005): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Lakatos, K.; Toth, I.; Nemoda, Z.; Ney, K.; Sasvari-Szekely, M. und Gervai, J. (2000): Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. Molecular Psychiatry (5), 633-637

- Lauth, G. und Schlotzke, P.F. (2002): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim, Basel, Berlin; Beltz Verlag, 5. Auflage
- Lehmann, K.; Teuchert-Noodt, G. und Dawirs, R.R. (2002): Postnatal rearing conditions influence ontogeny of adult dopamin transporter (DAT) immunoreactivity of the striatum in gerbils. *Journal of Neural Transmission* 109, 1129-1137.
- Lehmkuhl, G. (2006): Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS. Auch Angst und Aggression beachten. *Neurotransmitter* 17 (2), 57-59
- Lehmkuhl, G.; Adam, C. und Döpfner, M. (1998): Impulskontrollgestörte Kinder und ihre weitere Entwicklung. In: Klosterkötter, J. (Hg.): Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen. Berlin, Springer, 97-121
- Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (2006): ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Lynskey, M.T. und Fergusson, D.M. (1995): Childhood Conduct Problems, Attention Deficit Behaviors, and Adolescent Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23, 1995, 281-302
- Lyons-Ruth, K. (1996): Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 64-73
- Lyons-Ruth, K. und Jacobvitz, D. (1999): Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In: Cassidy, J. und Shaver, P.R. (Hg.): Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications. New York, London. Guilford Press, 520-544
- Lyons-Ruth, K.; Repacholi, B.; McLeod, S. und Silva, E. (1991): Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-96
- Lyons-Ruth, K.; Melnick, S. und Bronfman, E. (2002): Desorganisierte Kinder und ihre Mütter. Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K. und Köhler, L. (Hg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta, 249-276
- Magai, C. (1996): Affect, imagery, attachment. Plenary address presented at the International Society of Research on Emotion. Toronto, Canada
- Magai, C. (1999): Affect, Imagery, and Attachment. Working Models of Interpersonal Affect and Socialization of Emotion. In: Cassidy, J. und Shaver, P. (1999): Handbook of Attachment. New York, London; Guilford Press
- Main, M. (1977): Analysis of a peculiar form of reunion behaviour seen in some day care children: its history and sequelae in children who are home reared. In: Main, M. (Hg.): Social Development in Childhood: Daycare Programs and Research. Baltimore. John Hopkins University Press

- Main, M. und Weston, D.R. (1981): The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940
- Main, M. und Solomon, J. (1986): Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In: Brazelton, T.B. und Yogman, M. (Hg.): *Affective development in infancy*. Norwood, NJ. Ablex, 95-124
- Main, M. und Solomon, J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M.T., Cicchetti, D. und Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention*. Chicago. London. The University of Chicago Press, 121-160
- Main, M. und Goldwyn, R. (1985/1991/1994): Adult attachment scoring and classification systems. Unpublished classification manual. University of California. Berkeley
- Main, M. (1995): Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In: Goldberg, S.; Muir, R. und Kerr, J. (Hg.): *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale, London. The Analytic Press, 407-74
- Main, M. (2002): Organisierte Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenen. Flexible bzw. unflexible Aufmerksamkeit unter bindungsrelevantem Streß. In: Brisch, K.-H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K. und Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart, Klett-Cotta, 165-218
- Mash, E.J. und Johnston, C. (1982): A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Development* 53, 1371-1381
- Mattner, D. (2006): ADS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 51-69
- McGee, R.; Williams, S. und Silva, P.A. (1984): Behavioral and developmental characteristics of aggressive, hyperactive, and aggressive-hyperactive boys. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 270-279
- Mestel, R. (2001): Bindungstheorie, klinische Psychologie und Psychotherapie bei Erwachsenen. In: Du Bois, F. (2001): *Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die klinische Praxis*. Wiesbaden, Müller Verlag
- Molitor, G. (2002): Prolog. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt, Brandes & Apsel, 7-12
- Munz, D. (2002): Die pränatale Mutter-Kind-Beziehung. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH

- Neddens, J.; Brandenburg, K.; Teuchert-Noodt, G. und Dawirs, R.R. (2001): Differential environment alters ontogeny of dopamine innervation of the orbital prefrontal Cortex in gerbils *Journal of Neuroscience Research*. 63, 209-213
- Neuhaus, C. (2000): Das ist ja wieder typisch! – ADS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Extravaganzen, Stimmungsstabilitäten, Somatisierungstendenzen. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 91-118
- Neuhaus, C. (2000b): Das funktionelle Verstehen der Symptomatik Hyperaktivität – Notwendigkeit eines multimodalen Behandlungsansatzes? In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund, Borgmann publishing, 187-211
- O'Connor, T.G. und Rutter, M. (2000): Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (6), 703-712
- O'Connor, T.G.; Heron, J.; Golding, J.; Beveridge, M. und Glover, V. (2002): Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry* 180, 502-508
- O'Connor, T.G.; Heron, J.; Golding, J.; Glover, V. (2003): Maternal anxiety and behavioural/emotional problems in children. A test of programming hypothesis. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 44, 1025-1036
- Paquette, V. Lévesque, J.; Mensour, B.; Leroux, J.M.; Beaudoin, G.; Bourgouin, P. und Beaugard, M. (2003): Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage* 18 (2), 401-409
- Pauli-Pott, U. und Bade, U. (2002): Bindung und Temperament. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Stuttgart, Schattauer GmbH
- Perry, B.D.; Pollard, R.A.; Blakeley, T.L.; Baker, W.L. und Vigilante, D. (1998): Kindheitstrauma, Neuorbiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, Heft 99, 3/1998, 277-307
- Petermann, F.; Niebank, K. und Scheithauer, H. (Hg.) (2000): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. *Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hogrefe Verlag
- Poustka, F. (2000): Zur Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms (HKS) mit Stimulanzien. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund, Borgmann publishing, 165-175

- Pozzi, M. E. (2002): Ritalin für wen? Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien mit Kindern unter fünf Jahren verstehen? In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. und Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt, Brandes & Apsel, 165-189
- Reuner, G. und Oberle, A. (2000): ADS und was sonst noch? Anfallsleiden, Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen – Komorbiditäten, Ursachen, Konsequenzen. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 139-150
- Riedesser, P. (2006): Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (2006): ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 111-117
- Rosenstein, D.S. und Horowitz, H.A. (1996): Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253
- Rothenberger, A. (2002): Methylphenidat und Parkinson-Syndrom – Eine Spekulation macht ihre Runde und wird als Gerücht entlarvt. *ADHS-Report* (9), 3. Jg, Juli 2002
- Rothenberger, A. und Neumärker, K.J. (2005): Wissenschaftsgeschichte der ADHS – Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit. Darmstadt, Steinkopff Verlag
- Saile, H.; Röding, A. und Löffler-Friedrich, A. (1999): Familienprozesse bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (1), 19-26
- Saile, H. und Forse, I. (2002): Allgemeine und differenzielle Aspekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern. 50 (3), 281-299.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U. und Zaudig, M. (2000): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen, Hogrefe
- Scahill, L.H.; Schwab-Stone, M.; Merkingas K.R.; Leckman, J.F.; Zhang, H. und Kasl, S. (1999): Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 976-84.
- Schaff, C. und Bittner, G. (1996): Das „Zappelphilipp“-Syndrom. In: Bittner, G. (Hg.): Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten. Göttingen, Zürich. Vandenhoeck und Ruprecht, 2. Auflage, 190-206
- Scheidt, C. E. und Waller, E. (2002): Bindungsforschung und Psychosomatik. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (2002): Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Stuttgart, Schattauer GmbH, 242-254

- Schlack, H.G. (2004): ADHS: Eine soziogene Epidemie? *Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin*. 75. Jg., Sonderheft ADHS, 6-10
- Schleiffer, R. (2001): *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Münster, Votum Verlag
- Schmidt, S. und Strauß, B. (2002): Bindung und Coping. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH, 255-271
- Schmücker, G. und Buchheim, A. (2002): Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH, 173-190
- Schore, A.N. (2002): Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 9-30
- Schubert, I.; Köster, I.; Ihle, P. und Lehmkuhl, G. (2004): Häufigkeit und Behandlung der Hyperkinetischen Störung im Kindes- und Jugendalter. Aktuelle Daten zur Versorgungsepidemiologie aus Hessen. *Kinderärztliche Praxis* (2004) Sonderheft „ADHS“. Mainz, Kirchheim-Verlag
- Schulte-Markwort, M. und Düsterhus, P. (2003): ADS/ADHS und Familie – die Bedeutung familiärer Faktoren für die Symptomenese. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 95-104
- Schur, M. (1960): Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 63-84
- Schore, A.N. (2002): Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 9-30
- Seifer, R.; Schiller, M. ; Sameroff, A.J.; Resnick, S. und Riordan, K. (1996) : Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 32, 12-25
- Simchen, H. (2003): *Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag
- Skeels, H.M. (1966): Adult status of children with contrasting early life experiences: a follow-up study. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 31, (3), 1-65
- Skrodzki, K. (2000): Leben mit Hyperaktivität in Deutschland vor der Jahrtausendwende. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 21-43
- Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.) (2000): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing

- Solomon, J.; George, C. und De Jong, A. (1995): Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-464
- Spallek, R. (2001): *Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom ADS*. Düsseldorf, Walther
- Spangler, G. und Grossmann, K. E. (1993): Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450
- Spangler, G. und Schieche, M. (1995): Psychobiologie der Bindung. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart. Klett-Cotta, 297-310
- Spangler, G.; Fremmer-Bombik, E. und Grossmann, K. (1996): Social and individual determinants of attachment security and disorganization during the first year. *Infant Mental Health Journal*, 17, 127-139
- Spangler, G. und Zimmermann, P. (1999): Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter, R.; von Hagen, C.; Röper, G. und Noam, G. (Hg.): *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim, Beltz Verlags Union, 170-195
- Spangler, G.; Grossmann, K.; Grossmann, K.E. und Fremmer-Bombik, E. (2000): Individuelle und soziale Grundlagen von Bindungssicherheit und Bindungsdesorganisation. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 3/2000, 203-220
- Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hg.) (2002): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Spangler, G.; Grossmann, K.E. und Schieche, M. (2002): Psychobiologische Grundlagen der Organisation des Bindungsverhaltenssystems im Kleinkindalter. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 49, 102-120
- Spitz, R. (1960): Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 85-94
- Sroufe, L.A. und Rutter, M. (1984): The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 55, 17-29
- Sroufe, L.A. (1985): Attachment-classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1-14
- Sroufe, A. und Egeland, B. (1991): Illustrations of Person-Environment Interaction from a Longitudinal Study. In: Wachs, T. und Plomin, R. (Hg.): *Conceptualization and Measurement of Organism-Environment Interaction* Washington DC, American Psychological Association, 64-84
- Steele, H. und Steele, M. (1994): Intergenerational patterns of attachment. *Advances in Personal Relationships*, 5, 93-120

- Steele, H.; Steele, M und Fonagy, P. (1996): Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 541-555
- Steele, M.; Hodges, J.; Kaniuk, J.; Henderson, K.; Hillman, S.; Bennet, P. (2002): Weitererzählungen von Geschichten als Methode zur Erfassung der inneren Welt des Kindes. Implikationen für die Adoption. In: Brisch, K.-H., Grossmann, K. E., Grossmann, K. und Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart, Klett-Cotta, 339-352
- Steinhausen, H.-C. (Hg.) (2000): *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart, Kohlhammer, 2. Auflage
- Steinhausen, H.-C. (2002): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München und Jena, Urban & Fischer Verlag, 5. Auflage
- Stiefel, I. (1997): Can disturbance in attachment contribute to Attention Deficit Hyperactivity Disorder? A case discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatrie* 2 (1), 45-64
- Stork, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse*, 2/1993, 203-230
- Stollhoff, K.; Mahler, W. und Duscha, K. (2003): *Hochrisiko ADHS. Plädoyer für eine frühe Therapie*. Lübeck, Verlag Schmidt-Römhild, 2. ergänzte Auflage
- Strauß, B., Buchheim, A. und Kächele, H. (Hg.) (2002): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer
- Suess, G.J.; Grossmann, K.E. und Sroufe, L.A. (1992): Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaption in preeschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 43-65
- Suess, G. J.; Scheuerer-Englisch, H. und Pfeifer, W-K. (Hg.) (2001): *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen, Psychosozial-Verlag
- Suess, G. J. und Zimmermann, P. (2001): Anwendung der Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie. Eine neue Sichtweise für Entwicklung und (Problem-) Abweichung. In: Suess, G. J.; Scheuerer-Englisch, H. und Pfeifer, W-K. (Hg.): *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen, Psychosozial-Verlag, 241-271
- Taylor, E. (1994): Syndromes of attention deficit and overactivity. In: Rutter, M.; Taylor, E. und Hersov, L. (Hg.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford, Blackwell Scientific
- Tewes, U.; Rossmann, R. und Schallenberger, U. (Hg.) (2002): *HAWIK-III: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder; Manual; Übersetzung und Adaptation der WISC-III Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition von David Wechsler*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Huber, 3. Auflage

- Tischler, L. (2001): Was ist ADS/ADHS? Theorien über Ursachen und Behandlungsmethoden. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 112, XXXII. Jg. 4/2001, 509-517
- Trautmann-Villalba, P.; Gerhold, M.; Polowczyk, M.; Dinter-Jörg, M; Laucht, M.; Esser, G. und Schmidt, M.H. (2001): Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (4), 263-273
- Trott, G.-E. (2000): Pillen für den Zappelphilipp? Medikation – Ritalin und andere Medikamente. In: Fitzner, T. und Stark, W. (Hg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 270-281
- Trott, G.-E. (2000b): Biologische Ursachen und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie des Hyperkinetischen Syndroms. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund, Borgmann publishing, 107-123
- Trott, G.-E. (2006): Fortschritte der Pharmakotherapie. Förderung und Perspektiven für Patienten mit ADHS. Neurotransmitter, 17 (2), 50-56
- Urzinger, M.S. (2002): ADHD-Kinder in der Schule: praktische Tips für Lehrer. In: Von Voss, H. (Hg.): Unaufmerksam & hyperaktiv. Wissen + Praxis zur ADHD. Sozialpädiatrie aktuell. Band 2, Mainz, Kirchheim + Co GmbH, 138-146
- Van den Bergh, B.R.H.; Vandenberghe, K.; Daniels, H.; Casaer, P. und Marcoen, A. (1989): The relationship between maternal emotionality during pregnancy and the behavioural of the development of the fetus and neonatus. In: Gennser, G.; Marsal K.; Svenningen, N. und Lindström K. (Hg.): Fetal and Neonatal Physiological Measurements III. Malmö, 359-363
- Van den Bergh, B.R.H. (2001): Gender-related effects of maternal anxiety during pregnancy on temperament, emotions and behavior in eight- and nine-years olds. Vortrag auf dem Kongress der „Society for Research in Child Development“. Symposium „Prenatal maternal stress and/or anxiety and infant/child outcome“ (Chair: M. Schneider). Minneapolis
- Van den Bergh, B.R.H. und Marcoen, A. (2004): High maternal anxiety during pregnancy is related to ADHD symptoms, externalizing problems and self reported anxiety in 8/9-year-olds. Child Development 75, 1085-1097
- Van den Bergh, B.R.H. (2004): Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 4, 221-236
- Van den Bergh, B.R.H. (2005): Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft. In: Krens, I. und Krens, H. (Hg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 94-105
- Van den Boom, D.C. und Hoeksma, J.B. (1994): The effect of infant irritability on mother-infant interaction: A growth-curve analysis. Developmental Psychology, 30, 581-590

- Van den Boom, D.C. (1994): The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477
- Van Ijzendoorn, M.H. (1992): Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review* 12, 76-99
- Van Ijzendoorn, M.H. (1995): Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403
- Van Ijzendoorn, M.H. und Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996): Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21
- Van Ijzendoorn, M.H. und Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997): Intergenerational transmission of attachment: a move to the contextual level. In: Atkinson, L. und Zucker, K.J. (Eds.): *Attachment and Psychopathology*. New York, London; Guilford Press, 135-170
- Van Ijzendoorn, M.H.; Feldbrugge, J.T.; Derks, F.C.; De Ruiter, C.; Verhabeen, M.F.; Philipise, M.W.; Van der Staak, C.P. und Riksen-Walraven, J.M. (1997): Attachment representations of personality disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry* 67, 449-459
- Van Ijzendoorn, M.H. und Sagi, A. (1999): Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual determinants. In: Cassidy, J. und Shaver, P. (1999): *Handbook of Attachment*. New York, London; Guilford Press, 713-734
- Van Ijzendoorn, M.H.; Schuengel, C. und Bakermans-Kranenburg, M. (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249
- Vaughn, B.E.; Stevenson-Hinde, J.; Waters, E.; Kotsaftis, A.; Lefever, G.B.; Shouldice, A.; Trudel, M. und Belsky, J. (1992): Attachment security and temperament in infancy and early childhood: Some conceptual clarifications. *Developmental Psychology*, 28, 463-473
- Von Lüpke, H. (2006): Der Dialog in Bewegung. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. und Hüther, G. (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 169-188
- Von Thadden, E. (2000): Sagt ADS-Kind zu mir. *DIE ZEIT*, 10/2000
- Von Voss, H. (2002): Unaufmerksam & hyperaktiv. Wissen + Praxis zur ADHD. *Sozialpädiatrie aktuell*. Band 2, Mainz, Kirchheim + Co GmbH
- Von Voss, H. (2002a): Wem gehört das ADHD-Kind? Fachgruppen zwischen Kompetenzgerangel und Vernetzung. In: Von Voss, H.: *Unaufmerksam & hyperaktiv. Wissen + Praxis zur ADHD. Sozialpädiatrie aktuell*. Band 2, Mainz, Kirchheim + Co GmbH, 8-20

- Wadhwa, P.D.; Glynn, L.; Hobel, C.J.; Garite, T.J.; Porto, M.; Chicz-Demet, A.; Wigglesworth, A.K. und Sandman, C.A. (2002): Behavioral perinatology. Biobehavioral processes in human fetal development. *Regulatory Peptides*, 108, 149-157
- Warnke, A. und Remschmidt, H. (1990): Zur Prognose des Kindes mit Hyperkinetischem Syndrom. *Frühförderung interdisziplinär* 9 (1990) 4, 153-161
- Warnke, A. (2000): Möglichkeiten der Frühintervention bei hyperkinetischen und aufmerksamkeits-beeinträchtigten Vorschulkindern. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 221-231
- Warnke, A. und Wewetzer, C. (2003): Therapie der ADHS. *Kinder- und Jugendmagazin*, Schattauer, 3, 135-66
- Wechsler, D. (1991): *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for children – Third Edition.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wender, P. (2000): Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität ADHD bei Erwachsenen. In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.) (2000): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Borgmann publishing, Dortmund, 43-75
- Wender, P.H. (2002): *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer.* Stuttgart, Kohlhammer
- Wenke, M. (2006): *ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird. Eine phänomenologische Kritik.* Frankfurt am Main, Brandes & Apsel
- Wettig, J. (2006): Eltern-Kind-Bindung. Kindheit bestimmt das Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 103, Heft 36, September 2006
- Winnicott, D.W. (1935): Die manische Abwehr. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse.* München. Kindler, 1976, 238-259
- Winterfeld, K.T.; Teuchert-Noodt, G. und Dawirs, R.R. (1998): Social environment alters both ontogeny of dopamine innervation of the medial prefrontal Cortex and maturation of working memory in gerbils (*Meriones unguiculatus*). *Journal of Neuroscience Research* 52, 201-209.
- Wolff, G.; Collin, H.; Rückeis-Winter, D.; Siedersleben, S.; Heyer, R.; Schweitzer, S.; Hartmann, M.; und Stritt, K. (2000): Zum spezifischen Verhaltensmuster beim Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) / Hyperkinetischen Syndrom (HKS). In: Skrodzki, K. und Mertens, K. (Hg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund, Borgmann publishing, 89-107
- Wolke, D.; Rizzo, P. und Woods, S. (2002): Persistent Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood. *Pediatrics* Vol. 109, No 6, June 2002

- Wolraich, M.L.; Hannah, J.N.; Baumgärtel, A. und Feuerer, I.C. (1998): Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 162-168
- Zach, U. (2000): Bindungssicherheit im Kleinkindalter und Konfliktregulation während einer Geschichtenvervollständigungsaufgabe im Vorschulalter. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 1/2000, 161-175
- Zimmermann, P. (1994): Bindung im Jugendalter. Entwicklung und Umgang mit aktuellen Anforderungen. Dissertation. Universität Regensburg.
- Zimmermann, P. (1995): Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart. Klett-Cotta, 203-231
- Ziegenhain, U. (1999): Die Stellung mütterlicher Sensivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 86-100
- Zimmermann, P.; Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H. und Grossmann, K.E. (1999): Bindungsforschung – Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 8 (1), 36-48
- Zimmermann, P.; Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H. und Grossmann, K. (2000): Der Einfluss der Eltern-Kind-Bindung auf die Entwicklung psychischer Gesundheit. In: Petermann, F.; Niebank, K. und Scheithauer, H. (Hg.) (2000): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung*. Göttingen, 301-328
- Zimmermann, P. (2002): Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In: Strauß, B.; Buchheim, A. und Kächele, H. (2002): *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, Schattauer GmbH, 147-161

## 9. Tabellenverzeichnis

<b>Tabellen</b>	<b>Seite</b>
Tabelle 1: Überblick über verwendete Variablen.....	69
Tabelle 2: Stichprobenkennwerte zu Geschlecht, Alter und Nationalität der Kinder aus der Untersuchungsgruppe (UG) und der Kontrollgruppe (KG).....	72
Tabelle 3: Unterschiedstestung der Mittelwerte des Intelligenztests HAWIK-III für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe ( <i>t</i> -Test für unabhängige Stichproben).....	73
Tabelle 4: Unterschiedstestungen für die während der Exploration beurteilten Module des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe.....	74
Tabelle 5: Unterschiedstestungen für die in anderen Kontexten beurteilten Module des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe.....	75
Tabelle 6: Unterschiedstestungen für die während der Exploration (Exp.) und die in anderen Kontexten (AK) beurteilten Module des psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe (Wilcoxon Test für abhängige Stichproben).....	77
Tabelle 7: T-Mittelwerte der Kompetenz- und Syndromskalen des Elternfragebogens (CBCL).....	78
Tabelle 8: Unterschiedstestungen für die Kompetenz- und Syndromskalen des Elternfragebogens (CBCL) mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe.....	79
Tabelle 9: Verteilung der mittels der Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen nach DISYPS-KJ erhobenen ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen in absoluter und relativer Häufigkeit.....	81
Tabelle 10: Unterschiedstestungen für die ADHS-Kennwerte im Eltern- und im Lehrerurteil mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe.....	82
Tabelle 11: Unterschiedstestungen für die im Lehrerurteil (FBB-HKS) und die im Elternurteil (DCL-HKS) eingeschätzten ADHS-Kennwerte für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben).....	83
Tabelle 12: Zusammenhänge zwischen der ADHS-Ausprägung (Eltern-; Lehrer-, Untersucher- und Selbsturteil) und dem Gesamt-IQ (Spearman-Rangkorrelation).....	84

Tabelle 13:	Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-; Lehrer-; Untersucher- und Selbsturteil in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe.....	85
Tabelle 14:	Verteilung der mittels des Geschichtenergänzungsverfahrens (GEV) erhobenen kindlichen Bindungsmuster in absoluter und relativer Häufigkeit.....	86
Tabelle 15:	Zusammenhänge zwischen der Verteilung der kindlichen Bindungsmuster und der Gruppenzuordnung der Kinder (Exakter Test nach Fisher).....	87
Tabelle 16:	Verteilung der Bindungssicherheitswerte (Bindungsscores) in absoluter und relativer Häufigkeit.....	87
Tabelle 17:	Unterschiedstestung für die Verteilung der Bindungsscores mittels U-Test nach Mann-Whitney für die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe.....	88
Tabelle 18:	Zusammenhänge zwischen den Variablen kindliche Bindungssicherheit und Gruppenzuordnung (Chi-Quadrat nach Pearson).....	88
Tabelle 19:	Zusammenhänge zwischen den Variablen Bindungsdesorganisation und Gruppenzuordnung (Chi-Quadrat nach Pearson).....	89
Tabelle 20:	Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-, Lehrer-, Selbst- und Untersucherurteil in Abhängigkeit von der kindlichen Bindungsorganisation mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungsgruppe (UG).....	90
Tabelle 21:	Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-, Lehrer-, Selbst- und Untersucherurteil in Abhängigkeit von der kindlichen Bindungsorganisation mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Kontrollgruppe (KG).....	91
Tabelle 22:	Verteilung der mittels des Erwachsenenbindungsinterviews (AAP) erhobenen elterlichen Bindungsmuster in absoluter und relativer Häufigkeit.....	92
Tabelle 23:	Zusammenhänge zwischen den Variablen elterliche Bindungssicherheit und Gruppenzugehörigkeit des Kindes (Chi-Quadrat nach Pearson).....	93
Tabelle 24:	Unterschiedstestungen für die Einschätzungen der ADHS-Ausprägung im Eltern-; Lehrer-; Untersucher- und Selbsturteil in Abhängigkeit von der Bindungssicherheit der Eltern mittels U-Tests nach Mann-Whitney für die Untersuchungsgruppe (UG) und die Kontrollgruppe (KG).....	94
Tabelle 25:	Zusammenhänge zwischen den Variablen elterliche und kindliche Bindungssicherheit (Exakter Test nach Fisher).....	95

## 10. Anhang

### 10.1 Befundbogen des Psychopathologischen Befund-Systems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)

M. Döpfner, W. Berner, H. Flechtner, G. Lehmkuhl und H.-C. Steinhausen										
<b>Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)</b>								Befundbogen		
<b>Beurteiler:</b>			<b>Beruf:</b>			in Ausbildung mit Abschluß		1 2	Psychiater Psychologe	1 2
<b>Patient:</b>					<b>Fall-Nr.:</b>			<b>Episode</b>		
<b>Therapie:</b>		ambulant	1	stationär	2	teilstationär		3		
<b>Alter (J.):</b>		männlich	1	weiblich	2					
<b>Zeitraum für die Beurteilung „anderer Kontext“</b>								(In Monaten) <sup>1</sup> :		
<b>Die Beurteilung beruht auf</b>								(Anzahl der Sitzungen) <sup>2</sup> :		
								ja	nein	
Exploration mit Kind und Begleitperson(en) gemeinsam _____								1	0	
Exploration mit dem Kind alleine _____								1	0	
Exploration mit der (den) Begleitperson(en) alleine _____								1	0	
Andere Informationsquellen (z. B. Lehrer) _____								1	0	
<b>CASCAP-Kodierung:</b>		<b>Ausprägungsgrad</b>					<b>während der Exploration</b>	<b>anderer Kontext</b>		
3 = stark		1 = leicht		9 = nicht bekannt						
2 = deutlich		0 = nicht vorhanden								
<b>1 Interaktion</b>							<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
1 Überangepaßt _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
2 Scheu/unsicher _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
3 Sozial zurückgezogen/isoliert _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
4 Sprechverweigerung/Mutismus _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
5 Demonstrativ _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
6 Distanzgemindert/enthemmt _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
7 Verminderte Empathie _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
8 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/Kommunikation _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
<b>2 Oppositionell-dissoziales Verhalten</b>							<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
1 Dominant _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
2 Oppositionell/verweigernd _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
3 Verbale Aggression _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
4 Körperliche Aggression _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
5 Lügen/Betrügen _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
6 Stehlen _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
7 Weglaufen/Schuleschwänzen _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
8 Zerstören von Eigentum/Feuerlegen _____						3 2 1 0 9		3 2 1 0 9		
1) Im allgemeinen sollte sich die Beurteilung auf einen Zeitraum von 6 Monaten beziehen.										
2) Im allgemeinen sollte sich die Beurteilung auf nicht mehr als 3 Sitzungen stützen.										
Deutsche Fassung der Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP)										
© Hogrefe • Verlag für Psychologie, Göttingen • Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten • Bestell-Nummer: 01 102 02										

<b>CASCAP-Kodierung:</b>	<b>Ausprägungsgrad</b>		<b>während der Exploration</b>	<b>anderer Kontext</b>
3 = stark 2 = deutlich	1 = leicht 0 = nicht vorhanden	9 = nicht bekannt		
<b>3 Entwicklungsstörungen</b>			<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Intelligenzminderung _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Artikulationsstörung _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Expressive Sprachstörung _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 Rezeptive Sprachstörung _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5 Stottern/Poltern _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6 Störung der Motorik _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7 Spielstörung _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8 Störung schulischer Fertigkeiten _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>4 Aktivität und Aufmerksamkeit</b>			<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Verminderte körperliche Aktivität _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Gesteigerte körperliche Aktivität _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Impulsivität _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 Unaufmerksam/ablenkbar _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>5 Psychomotorik</b>			<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Motorische Tics _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Vokale Tics _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Manierismen/Stereotypien _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 Abnorme Gewohnheiten (z. B. Nägelbeißen) _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>6 Angst</b>			<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Trennungsangst _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Umschriebene Phobie (beschreibe): _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Leistungsangst _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 Soziale Angst _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5 Agoraphobie _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6 Panikattacken _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7 Generalisierte Angst _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>7 Zwang</b>			<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Zwangsgedanken _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Zwangshandlungen _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

<b>CASCAP-Kodierung:</b>	<b>Ausprägungsgrad</b>			<b>während der Exploration</b>	<b>anderer Kontext</b>
3 = stark 2 = deutlich	1 = leicht 0 = nicht vorhanden	9 = nicht bekannt			
<b>8 Stimmung und Affekt</b>				<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1	Depressiv/traurig _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2	Reizbar/dysphorisch _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3	Anhedonie _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4	Mangelndes Selbstvertrauen _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5	Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6	Schuldgefühle/Selbstanklage _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7	Affektarm _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8	Interesselosigkeit/Apathie _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
9	Affektlabil _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
10	Innere Unruhe/getrieben _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
11	Gesteigertes Selbstwertgefühl/euphorisch _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>9 Eßverhalten</b>				<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1	Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust _____				3 2 1 0 9
2	Verminderte/auffällig kontrollierte Nahrungsaufnahme _____				3 2 1 0 9
3	Heißhunger- und Eßattacken _____				3 2 1 0 9
4	Erhöhte Nahrungsaufnahme _____				3 2 1 0 9
5	Rumination _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6	Pica _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>10 Körperliche Beschwerden</b>				<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1	Appetitverlust _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2	Erbrechen _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3	Einnässen (tagsüber) _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4	Bettnässen _____				3 2 1 0 9
5	Einkoten _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6	Schlafprobleme (beschreibe): _____				3 2 1 0 9
7	Dissoziation/Konversion (beschreibe): _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8	Autonome Dysfunktionen (beschreibe): _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
9	Schmerzen (beschreibe): _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
10	Fatigue _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
11	Hypochondrie _____			3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

<b>CASCAP-Kodierung:</b>	<b>Ausprägungsgrad</b>		
3 = stark	1 = leicht	9 = nicht	
2 = deutlich	0 = nicht vorhanden	bekannt	
		<b>während der</b>	<b>anderer</b>
		<b>Exploration</b>	<b>Kontext</b>
<b>11 Denken und Wahrnehmung</b>		<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Gehemmt/verlangsamt _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Umständlich/weitschweifig _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Eingeengt _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 Perseveration _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5 Grübeln _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6 Ideenflucht _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7 Inkohärenz/Zerfahrenheit/Paralogik _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8 Gedankenlautwerden/-entzug/-eingungung/-ausbreitung _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
9 Sensitiv/mißtrauisch _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
10 Derealisation/Depersonalisation _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
11 Illusionäre Verkennung _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
12 Halluzination _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
13 Wahn _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>12 Gedächtnis, Orientierung und Bewußtsein</b>		<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Merkfähigkeits-Gedächtnisstörungen _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Orientierungsstörungen _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Störungen der Wachheit/des Bewußtseins _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
<b>13 Andere</b>		<b>0 9</b>	<b>0 9</b>
1 Abnorme Bindung an Objekte (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
2 Abnorme Vorlieben/Interessen (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
3 Selbstverletzendes Verhalten (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
4 Suizidgedanken (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5 Suizidale Handlungen (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6 Alkoholmißbrauch _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7 Drogenmißbrauch (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8 Körperschemastörung _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
9 Geschlechtsidentitäts-/sexuelle Störungen (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
10 Sexualisiertes Verhalten (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
11 Nicht andernorts beschrieben (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
12 Nicht andernorts beschrieben (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
13 Nicht andernorts beschrieben (beschreibe): _____		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9



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. <b>Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelkind
b. <b>Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <b>Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <b>Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?</b>	<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. <b>Lesen, Deutsch</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <b>Rechnen oder Mathematik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <b>Naturwissenschaften</b> (falls zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>andere Fächer</b> e. _____ (wie Erdkunde, Fremdsprachen; nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?**

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

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 Alter ..... 0 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 viel ..... 0 1 2  | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen..... 0 1 2  |
| 4. Hat Asthma..... 0 1 2  | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen ..... 0 1 2  |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen<br>Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge..... 0 1 2                                     | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien..... 0 1 2  |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, 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  | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen ..... 0 1 2   |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv ..... 0 1 2  | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen..... 0 1 2  |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig ..... 0 1 2  | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt..... 0 1 2   |
| 12. Klagt über Einsamkeit..... 0 1 2  | 44. Kaut Fingernägel ..... 0 1 2   |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut..... 0 1 2  | 45. Ist nervös oder angespannt ..... 0 1 2   |
| 14. Weint viel ..... 0 1 2  | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ 0 1 2  |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie ..... 0 1 2  | 47. Hat Alpträume ..... 0 1 2  |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein ..... 0 1 2  | 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt..... 0 1 2  |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren ..... 0 1 2   | 49. Leidet an Verstopfung..... 0 1 2   |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord..... 0 1 2   | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich..... 0 1 2   |
| 19. Verlangt viel Beachtung..... 0 1 2  | 51. Fühlt sich schwindelig..... 0 1 2  |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt ..... 0 1 2  | 52. Hat zu starke Schuldgefühle..... 0 1 2   |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören..... 0 1 2   | 53. Ißt zu viel ..... 0 1 2  |
| 22. Gehorcht nicht zu Hause ..... 0 1 2   | 54. Ist immer müde ..... 0 1 2   |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule ..... 0 1 2  | 55. Hat Übergewicht ..... 0 1 2  |
| 24. Ißt schlecht ..... 0 1 2  | 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:<br>a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) ..... 0 1 2 |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus..... 0 1 2   | b) Kopfschmerzen..... 0 1 2  |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat ..... 0 1 2   | c) Übelkeit ..... 0 1 2  |
| 27. Ist leicht eifersüchtig..... 0 1 2  | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 0 1 2                     |
| 28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ 0 1 2 | e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme ..... 0 1 2   |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____ 0 1 2                | f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe ..... 0 1 2  |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen ..... 0 1 2   | g) Erbrechen ..... 0 1 2   |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun ..... 0 1 2  | h) andere Beschwerden; bitte beschreiben..... 0 1 2  |
| 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen ..... 0 1 2  |  |

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

- |  |   |
|--|---|
| <p>57. Greift andere körperlich an..... 0 1 2</p> <p>58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen ..... 0 1 2</p> <p>60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen ..... 0 1 2</p> <p>61. Ist schlecht in der Schule ..... 0 1 2</p> <p>62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt..... 0 1 2</p> <p>63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen ..... 0 1 2</p> <p>64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen ..... 0 1 2</p> <p>65. Weigert sich zu sprechen..... 0 1 2</p> <p>66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>67. Lläuft von zu Hause weg..... 0 1 2</p> <p>68. Schreit viel..... 0 1 2</p> <p>69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich..... 0 1 2</p> <p>70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>71. Ist befangen oder wird leicht verlegen ..... 0 1 2</p> <p>72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt..... 0 1 2</p> <p>73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>74. Produziert sich gern oder spielt den Clown..... 0 1 2</p> <p>75. Ist schüchtern oder zaghaft..... 0 1 2</p> <p>76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen..... 0 1 2</p> <p>77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>78. Schmiert oder spielt mit Kot ..... 0 1 2</p> <p>79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>80. Starrt ins Leere..... 0 1 2</p> <p>81. Stiehlt zu Hause ..... 0 1 2</p> <p>82. Stiehlt anderswo..... 0 1 2</p> <p>83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar ..... 0 1 2</p> <p>87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel ..... 0 1 2</p> <p>88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt ..... 0 1 2</p> <p>89. Ist mißtrauisch..... 0 1 2</p> <p>90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter..... 0 1 2</p> | <p>91. Spricht davon, sich umzubringen..... 0 1 2</p> <p>92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>93. Redet zuviel..... 0 1 2</p> <p>94. Hänzelt andere gern ..... 0 1 2</p> <p>95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament ..... 0 1 2</p> <p>96. Denkt zuviel an Sex..... 0 1 2</p> <p>97. Bedroht andere ..... 0 1 2</p> <p>98. Lutscht am Daumen..... 0 1 2</p> <p>99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht ..... 0 1 2</p> <p>100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) ..... 0 1 2</p> <p>102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge ..... 0 1 2</p> <p>103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen ..... 0 1 2</p> <p>104. Ist ungewöhnlich laut..... 0 1 2</p> <p>105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>106. Richtet mutwillig Zerstörungen an ..... 0 1 2</p> <p>107. Näßt bei Tag ein ..... 0 1 2</p> <p>108. Näßt im Schlaf ein ..... 0 1 2</p> <p>109. Quengelt oder jammert ..... 0 1 2</p> <p>110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein<br/>Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein..... 0 1 2</p> <p>111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf ..... 0 1 2</p> <p>112. Macht sich zuviel Sorgen..... 0 1 2</p> <p>113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:<br/>_____<br/>_____ 0 1 2<br/>_____<br/>_____ 0 1 2<br/>_____<br/>_____ 0 1 2</p> |
|--|---|

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

**Vielen Dank !**

### 10.3 Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen (DISYPS-KJ)

<b>DCL-HKS</b> <b>Diagnose-Checkliste</b> <b>Hyperkinetische Störungen</b>	
Patient(in)	Alter
Untersucher(in)	Datum
Beurteilung basiert auf: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Exploration der Eltern / Hauptbezugsperson</li> <li><input type="checkbox"/> Exploration des Patienten (der Patientin)</li> <li><input type="checkbox"/> Informationen vom Kindergarten / von der Schule</li> <li><input type="checkbox"/> Klinischer Beobachtung</li> <li><input type="checkbox"/> Anderen Informationen:</li> </ul>	
Diagnose nach ICD-10 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Keine Hyperkinetische Störung</li> <li><input type="checkbox"/> F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung</li> <li><input type="checkbox"/> F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</li> <li><input type="checkbox"/> F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung</li> <li><input type="checkbox"/> F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien</li> </ul>	
Diagnose nach DSM-IV: Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (AD-/HS): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Keine AD-/HS</li> <li><input type="checkbox"/> F90.0 AD-/HS - Mischtyp</li> <li><input type="checkbox"/> F98.8 AD-/HS - vorherrschend unaufmerksamer Typ</li> <li><input type="checkbox"/> F90.0 AD-/HS - vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ</li> <li><input type="checkbox"/> F90.9 Nicht näher bezeichnete AD-/HS</li> </ul>	
© Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 1998/2005 <span style="float: right;">Bestellnummer 03 088 03</span>	

**Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV**

[ ] = nur ICD-10; { } = nur DSM-IV

Dauer der Symptomatik: mindestens 6 Monate

**A. Aufmerksamkeitsstörung**

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten)
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengung erfordern (z.B. im Unterricht, Hausaufgaben)
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
8. Läßt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
9. Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergeblich

Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Summe der Beurteilungen/9):

Urteil		Anzahl erfüllter Kriterien		
nicht vorhanden	leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt	2	3	(Ausprägung 2 oder 3)
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>

**B. Überaktivität**

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
2. Steht {oft} im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
5. [Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist]
5. [Ist häufig 'auf Achse' oder handelt oftmals, als wäre er/sie 'getrieben']

Kennwert Überaktivität (Summe der Beurteilungen/5):

Urteil		Anzahl erfüllter Kriterien		
nicht vorhanden	leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt	2	3	(Ausprägung 2 oder 3)
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>

**C. Impulsivität**

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder in Gruppensituationen]
3. Unerbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein)
4. Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren] (im DSM-IV unter Überaktivität)

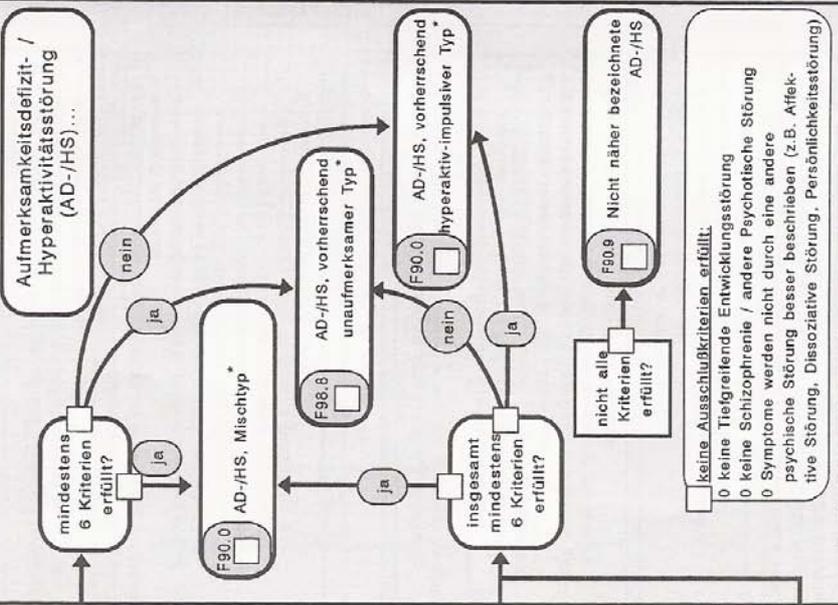
Kennwert Impulsivität (Summe der Beurteilungen/4):

Urteil		Anzahl erfüllter Kriterien		
nicht vorhanden	leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt	2	3	(Ausprägung 2 oder 3)
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>
0	1	2	3	<input type="radio"/>

**Diagnose nach DSM-IV**  
(mit F-Nummer)

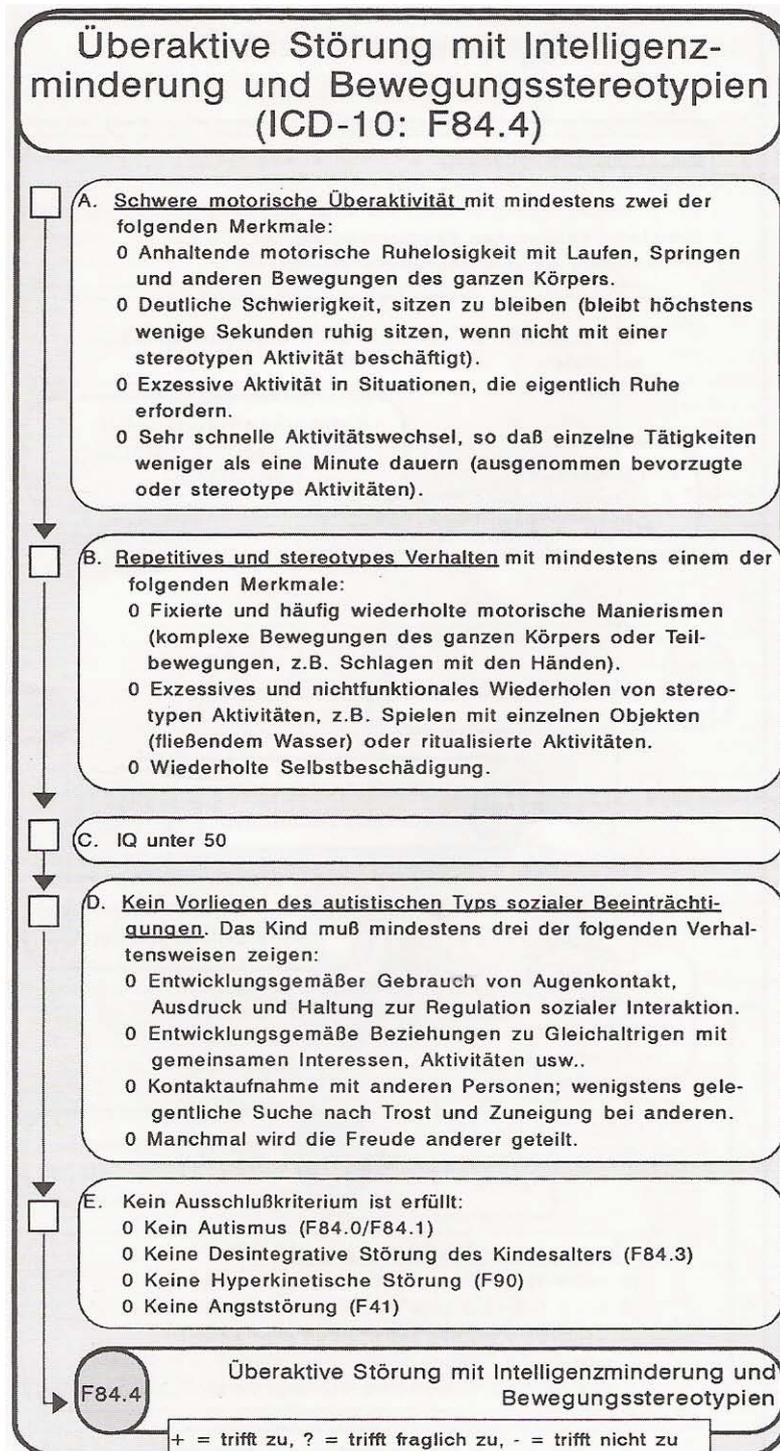
alle Zusatzkriterien erfüllt:  
 0 einige Symptome vor dem Alter von 7 Jahren  
 0 Symptomausprägung in mehr als einer Situation (Familie, Schule)  
 0 Symptome verursachen Beeinträchtigung der sozialen / schulischen / beruflichen Funktionsfähigkeit

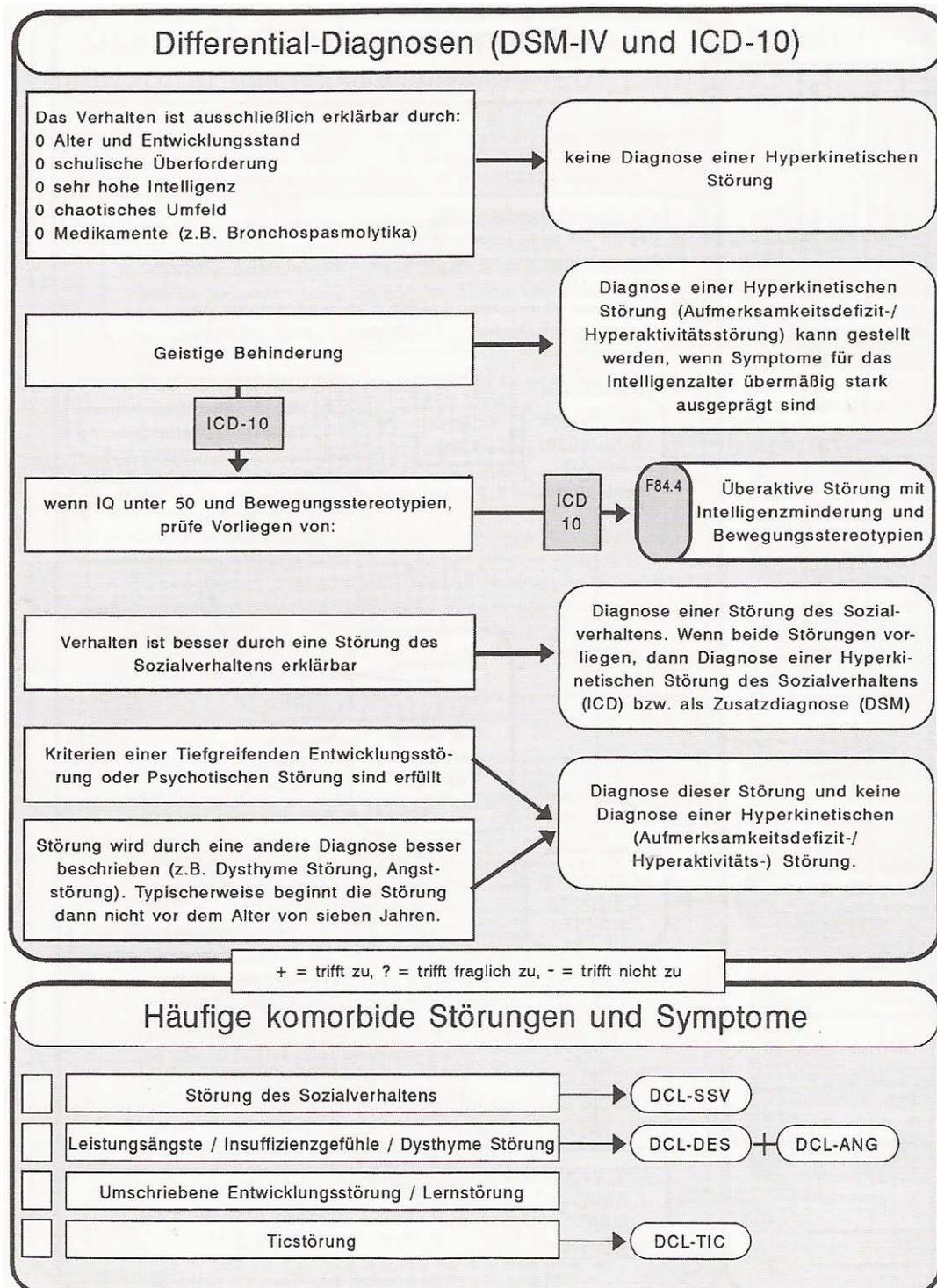
\* = bei Jugendlichen, die nicht mehr alle Kriterien erfüllen, spezifiziere "in partieller Remission".



+ = trifft zu, ? = trifft fraglich zu, - = trifft nicht zu

Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV [ ] = nur ICD-10; { } = nur DSM-IV	Urteil	Diagnose nach ICD-10 (Forschungskriterien)																				
<input type="checkbox"/> Dauer der Symptomatik: mindestens 6 Monate	<table border="1"> <tr> <td>nicht vorhanden</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kriterium nicht erfüllt</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>deutlich ausgeprägt</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>sehr stark ausgeprägt</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	nicht vorhanden	0	1	2	3	Kriterium nicht erfüllt	0	1	2	3	deutlich ausgeprägt	0	1	2	3	sehr stark ausgeprägt	0	1	2	3	<p>alle Zusatzkriterien erfüllt:                      0 Beginn vor dem 7. Lebensjahr                      0 Symptomausprägung in mehr als einer Situation (Familie, Schule, Untersuchung)                      0 Symptome verursachen Leiden / Beeinträchtigung der sozialen / schulischen / beruflichen Funktionsfähigkeit</p>
nicht vorhanden	0	1	2	3																		
Kriterium nicht erfüllt	0	1	2	3																		
deutlich ausgeprägt	0	1	2	3																		
sehr stark ausgeprägt	0	1	2	3																		
<b>A. Aufmerksamkeitsstörung</b>	<table border="1"> <tr> <td>Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):	0	1	2	3	<p>mindestens 6 Kriterien erfüllt?</p>															
Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):	0	1	2	3																		
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>nicht alle Kriterien erfüllt?</p>																
0	1	2	3																			
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung</p>																
0	1	2	3																			
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>F90.0 Einfache Aktivitäts- u. Aufmerksamkeitsstörung</p>																
0	1	2	3																			
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt? (siehe DCL-ssv)</p>																
0	1	2	3																			
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>mindestens 3 Kriterien erfüllt?</p>																
0	1	2	3																			
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschämt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengung erfordern (z.B. im Unterricht, Hausaufgaben)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>mindestens 1 Kriterium erfüllt?</p>																
0	1	2	3																			
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>keine Ausschlußkriterien erfüllt:                      0 keine Tiefgreifende Entw.-störung (F84)                      0 keine Manische Episode (F30)                      0 keine Depressive Episode (F32)                      0 keine Angststörung (F41)</p>																
0	1	2	3																			
8. Läßt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
9. Ist bei Alltagsstätigkeiten häufig vergesslich	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
<b>B. Überaktivität</b> Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Summe der Beurteilungen/9):	<table border="1"> <tr> <td>Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):	0	1	2	3	<p>+</p>															
Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):	0	1	2	3																		
1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
2. Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
5. [Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist] 6. {ist häufig auf Achse oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben"}	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
<b>C. Impulsivität</b> Kennwert Überaktivität (Summe der Beurteilungen/5):	<table border="1"> <tr> <td>Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):	0	1	2	3	<p>+</p>															
Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3):	0	1	2	3																		
1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
3. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessene soziale Beschränkungen zu reagieren) (im DSM-IV unter Überaktivität)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			
Kennwert Impulsivität (Summe der Beurteilungen/4):	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	0	1	2	3	<p>+</p>																
0	1	2	3																			





**10.4 Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher (DISYPS-KJ)**

Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher: FBB-HKS									
Name des Kindes / Jugendlichen:		Alter:		Datum:					
beurteilt von: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Lehrer(in) <input type="checkbox"/> Erzieher(in) <input type="checkbox"/> Anderem:									
Name:									
<p>Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>zuerst</u> die Zahl an, die angibt, <u>wie zutreffend</u> die Beschreibung für das Kind / den (die) Jugendliche(n) ist</li> <li>- und <u>danach</u> die Zahl, die angibt, <u>wie problematisch</u> Sie dieses Verhalten erleben.</li> </ul>									
		Wie zutreffend ist die Beschreibung?				Wie problematisch erleben Sie das Verhalten?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
01.	Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	3	0	1	2	3
02.	Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben).	0	1	2	3	0	1	2	3
03.	Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.	0	1	2	3	0	1	2	3
04.	Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.	0	1	2	3	0	1	2	3
05.	Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	0	1	2	3	0	1	2	3
06.	Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muß (z.B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.	0	1	2	3	0	1	2	3
07.	Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0	1	2	3	0	1	2	3
08.	Läßt sich oft durch seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	0	1	2	3	0	1	2	3
09.	Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeßlich (z.B. vergißt Schulsachen oder Kleidungsstücke).	0	1	2	3	0	1	2	3
10.	Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.	0	1	2	3	0	1	2	3
11.	Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	0	1	2	3	0	1	2	3
12.	Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0	1	2	3	0	1	2	3
13.	Läuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
14.	Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).	0	1	2	3	0	1	2	3
15.	Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
16.	Ist häufig "auf Achse" oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.	0	1	2	3	0	1	2	3
17.	Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0	1	2	3	0	1	2	3
18.	Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0	1	2	3	0	1	2	3
19.	Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	0	1	2	3	0	1	2	3
20.	Redet häufig übermäßig viel.	0	1	2	3	0	1	2	3

bitte wenden

Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der auf der ersten Seite beschriebenen Verhaltensprobleme für das Kind / die (den) Jugendliche(n) zutrifft.	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
A1. Die beschriebenen Verhaltensprobleme sind insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2. <u>Bei Schulkindern und berufstätigen Jugendlichen:</u> Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit erheblich.  <u>Bei Vorschulkindern:</u> Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Fähigkeit des Kindes erheblich, intensiv und ausdauernd zu spielen oder sich selbst zu beschäftigen.	0	1	2	3
A3. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Erwachsenen (Eltern, Erziehern, Lehrern) erheblich.	0	1	2	3
A4. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen erheblich.	0	1	2	3
Nur von den Eltern zu beantworten:				
B1. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten in der Familie auf.	0	1	2	3
B2. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten im Kindergarten bzw. in der Schule auf.	0	1	2	3
B3. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten außerhalb der Familie und des Kindergartens bzw. der Schule auf (z.B. in Freizeitgruppen oder wenn das Kind zu Besuch ist).	0	1	2	3
B4. Die beschriebenen Verhaltensprobleme haben vor dem Alter von 7 Jahren begonnen.	0 stimmt nicht	1 stimmt		
B5. Die beschriebenen Verhaltensprobleme bestehen seit mindestens 6 Monaten.	0 stimmt nicht	1 stimmt		

Bemerkungen:

Vielen Dank für ihre Mitarbeit

10.5 AAP-Bilder

