

**Fakultät für Psychologie der Universität Basel**



Dissertationsschrift

**Zur Rolle familiärer Faktoren  
bei der  
emotionalen Störung mit Trennungsangst im Kindesalter**

Gutachtende:

Prof. Dr. Silvia Schneider

PD Dr. Simone Munsch

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Judith Christina Blatter

Basel, im April 2008

*Fear is, I think, the greatest mental suffering for children.*

George Sand, französische Schriftstellerin und Frauenrechtlerin (1804-1876)

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen danken, die mich während der Zeit meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Silvia Schneider, die es mir ermöglicht hat, meine Dissertation über ein Thema zu schreiben, das mir sehr am Herzen liegt. Als Doktormutter stand sie mir nicht nur mit wertvollen, inhaltlichen und fachlichen Anmerkungen zur Seite, sondern hat mich auch in schwierigen Zeiten ermutigt und motiviert.

PD Dr. Simone Munsch möchte ich danken, dass sie mit Freude die Aufgabe der Zweitgutachterin meiner Doktorarbeit übernommen hat.

Mein Dank gilt zudem allen, die an der Datenerhebung beteiligt waren: lic. phil. Carmen Adornetto, Dr. Margarete Bolten, M.Sc. Chantal Herren, lic. phil. Tina In-Albon, lic. phil. Janine Jenal und Dr. Andrea Suppiger.

Herzlich danken möchte ich meinen beiden Masterstudentinnen M. Sc. Simone Helmig und M.Sc. Andrea Neuckel, die mit großem Engagement und auf fachlich hohem Niveau sowohl ihre Masterprojekte als auch die Auswertung der Videos durchgeführt und damit zu meiner Doktorarbeit beigetragen haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Familien, die an den verschiedenen Vor- und Teilstudien teilgenommen haben, vor allem jenen aus der alten Heimat, die sich gleich zu Beginn auf das Abenteuer psychologische Forschung mit Begeisterung und Neugier eingelassen haben.

Die Freundinnen und Freunde sowie mein Patenkind seien an dieser Stelle erwähnt, die durch ihre Freundschaft und Unterstützung wesentlich zu der Energie und dem Durchhaltevermögen beigetragen haben, die es für ein Projekt Dissertation braucht. Großen Anteil daran hatten vor allem auch Sébastien, meine Eltern und mein Bruder, die mich immer vorbehaltlos unterstützt und ermutigt haben, diesen Weg zu gehen. Herzlichen Dank dafür !

## **Erklärung über die Selbständigkeit**

Hiermit erkläre ich, dass ich außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsmittel verwendet habe. Die vorliegende Arbeit ist noch keiner anderen Fakultät zur Begutachtung eingereicht worden.

Basel, im April 2008

Dipl.-Psych. Judith C. Blatter

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	5
<b>I. Übergeordnete Theorie .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Theorie .....</b>	<b>8</b>
2.1. Die emotionale Störung mit Trennungsangst .....	8
2.1.1. Klinisches Erscheinungsbild .....	8
2.1.2. Klassifikation .....	9
2.1.3. Epidemiologie .....	11
2.1.4. Komorbidität .....	11
2.1.5. Symptomatik im Altersverlauf .....	12
2.2. Ätiologie .....	13
2.2.1. Theoretische Modelle zur Entstehung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter .....	13
2.2.2. Familiäre, ätiologische Faktoren .....	14
<b>3. Herleitung der übergeordneten Fragestellung .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Übergeordnete Methode .....</b>	<b>18</b>
4.1. Rekrutierung .....	18
4.2. Ablauf der Untersuchung .....	19
4.3. Einteilung in die drei Untersuchungsgruppen .....	20
4.3.1. Erhebungsinstrument .....	20
4.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....	20
<b>II. Studie 1: Eltern-Kind-Interaktion .....</b>	<b>22</b>
<b>1. Theorie .....</b>	<b>22</b>
1.1. Zur Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung in der Forschung zu Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter .....	22
1.2. Eltern-Kind-Interaktion und Angsterkrankungen .....	24
1.2.1. Erziehungsstil .....	25
1.2.2. Erziehungsverhalten .....	28
1.2.3. Exkurs: Zur Rolle des Vaters bei der Weitergabe von ängstlichem Verhalten.....	31
<b>2. Herleitung der Fragestellung und der Hypothesen .....</b>	<b>31</b>
<b>3. Methode .....</b>	<b>35</b>

3.1.	Vorstudien zur Entwicklung der störungsspezifisch bedrohlichen Situation .....	35
3.1.1.	Vorüberlegungen.....	35
3.1.2.	Ergebnisse .....	35
3.2.	Ablauf der Beobachtungssituation .....	39
3.3.	Erhebungsinstrumente.....	40
3.3.1.	Messinstrumente zur Gewährleistung der Validität.....	40
3.3.2.	Kodiersystem .....	41
3.4.	Untersucherinnen .....	44
3.5.	Technik.....	45
<b>4.</b>	<b>Datenaufbereitung und statistische Analysen .....</b>	<b>46</b>
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>48</b>
5.1.	Ergebnisse der Vorstudie zur Überprüfung der Einschlusskriterien.....	49
5.2.	Übersicht über den Ein- und Ausschluss von Familien in die Studie .....	49
5.3.	Stichprobenbeschreibung .....	51
5.3.1.	Soziodemographische Angaben .....	51
5.3.2.	Psychische Störungen .....	53
5.4.	Ergebnisse der Hauptstudie.....	53
5.4.1	Ergebnisse zur Validität .. ..	54
5.4.2.	Ergebnisse zur Eltern-Kind-Interaktion .....	59
5.4.3.	Ergebnisse der Zusatzanalysen .....	68
<b>6.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>71</b>
6.1.	Interpretation der Ergebnisse .....	71
6.2.	Kritische Anmerkungen und Ausblick.....	77
<b>III.</b>	<b>Studie 2: Familiäre Identifikation .....</b>	<b>81</b>
<b>1.</b>	<b>Theorie .....</b>	<b>81</b>
1.1.	Einführung zum Begriff der Identifikation .....	81
1.2.	Das Konzept der Identifikation nach Remschmidt und Mattejat.....	82
1.3.	Bedeutung der Identifikation für die psychische Entwicklung von Kindern .....	83
1.4.	Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Identifikation .....	85
<b>2.</b>	<b>Herleitung der Hypothesen .....</b>	<b>89</b>
<b>3.</b>	<b>Methode.....</b>	<b>90</b>
3.1.	Erhebungsinstrument: Der Familien-Identifikations-Test (FIT).....	90
3.1.1.	Theoretische Konzeption und Entwicklung.....	90

3.1.2.	Aufbau.....	90
3.1.3.	Psychometrische Eigenschaften .....	92
3.2.	Datenmanagement.....	94
3.2.1.	Datenaufbereitung .....	94
3.2.2.	Untersuchungsdesign und statistische Analysen.....	96
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>97</b>
4.1.	Stichprobenbeschreibung .....	98
4.1.1.	Soziodemographische Angaben .....	98
4.1.2.	Psychische Störungen .....	100
4.2.	Ergebnisse zur familiären Identifikation.....	101
4.2.1.	Reale Identifikation.....	101
4.2.2.	Ideale Identifikation .....	103
4.2.3.	Selbstkongruenz .....	104
4.2.4.	Zusatzanalysen .....	106
<b>5.</b>	<b>Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>106</b>
<b>IV.</b>	<b>Studie 3: Familienstruktur .....</b>	<b>111</b>
<b>1.</b>	<b>Theorie .....</b>	<b>111</b>
1.1.	Das Konzept der Familienstruktur nach Minuchin .....	111
1.2.	Weiterentwicklung des Konzepts.....	112
1.3.	Hierarchie.....	113
1.4.	Kohäsion .....	113
1.5.	Aktueller Forschungsstand zur Familienstruktur .....	115
1.5.1.	Instrumente zur Erfassung der Familienstruktur.....	115
1.5.2.	Studien zur Familienstruktur unter Verwendung des Familiensystemtest.....	115
<b>2.</b>	<b>Herleitung der Fragestellung und der Hypothese.....</b>	<b>117</b>
<b>3.</b>	<b>Methode.....</b>	<b>118</b>
3.1.	Erhebungsinstrument: Der Familiensystemtest (FAST) .....	118
3.1.1.	Aufbau.....	118
3.1.2.	Psychometrische Eigenschaften .....	119
3.1.3.	Auswertung .....	120
3.2.	Datenaufbereitung und statistische Analysen .....	122
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>123</b>
4.1.	Stichprobenbeschreibung .....	124

---

4.1.1.	Soziodemographische Angaben .....	124
4.1.2.	Psychische Störungen .....	126
4.2.	Ergebnisse zur Familienstruktur .....	127
<b>5.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>133</b>
5.1.	Interpretation der Ergebnisse .....	133
5.2.	Kritische Anmerkungen .....	135
5.2.1.	Kritische Anmerkungen zur Untersuchung.....	135
5.2.2.	Kritische Anmerkungen zum Familiensystemtest .....	136
5.3.	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	137
<b>V.</b>	<b>Gesamtdiskussion.....</b>	<b>139</b>
<b>1.</b>	<b>Zusammenfassung und Gesamtinterpretation der Ergebnisse der drei Teilstudien.....</b>	<b>139</b>
<b>2.</b>	<b>Kritische Anmerkungen und Ausblick .....</b>	<b>140</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>144</b>

## **Anhang**

## **Zusammenfassung**

Die emotionale Störung mit Trennungsangst ist eine der häufigsten Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Cartwright-Hatton et al., 2006; Kessler et al., 2005). Familiären Faktoren, die zu den so genannten geteilten Umweltbedingungen (*shared environment*) gehören, wird für die Entstehung der Störung mit Trennungsangst eine wichtige Rolle zugemessen (Eley, Rijdsdijk, Perrin, O'Connor & Bolton, 2008). Familienbeziehungen können für die Störung mit Trennungsangst besonders bedeutsam sein, da das Erstmanifestationsalter der Trennungsangst sehr früh ist und die Kinder mit Trennungsangst in einem Alter erkranken, in dem sie viel Zeit in der Familie verbringen und die Familie einen prägenden Einfluss nimmt. Zudem bezieht sich die Symptomatik dieses Störungsbildes direkt auf die Beziehungen zu den engsten Familienmitgliedern. Die vorliegende Arbeit betrachtete den Zusammenhang zwischen familiären Faktoren und der Entstehung und Aufrechterhaltung der Trennungsangst, indem sie in drei Teilstudien die Eltern-Kind-Interaktion, die familiäre Identifikation und die Familienstruktur in Familien von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zu Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und Familien gesunder Kinder untersuchte. Sie bezog dabei explizit neben Mutter und Kind auch den Vater mit ein.

### **Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion**

Viele Kinder zeigen im Rahmen ihrer gesunden frühkindlichen Entwicklung vorübergehend Angst vor der Trennung von der Bezugsperson. Etwa zeitgleich beginnen Kleinkinder zudem durch Blickkontakt nach sozialen Informationen zu suchen. Durch diesen Prozess der sozialen Rückversicherung und des verwandten Modelllernens lernen Kinder und Jugendliche, ihre Emotionen zu regulieren. Die Teilstudie zur Eltern-Kind-Interaktion untersuchte mittels Verhaltensbeobachtung, wie Familien von Kindern mit Trennungsangst in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation interagieren. Die Stichprobe bestand aus 38 Familien von Kindern mit Trennungsangst, 26 Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung und 13 Familien gesunder Kinder. Die Eltern-Kind-Interaktion wurde mit einem speziell für diese Studie entwickelten Kodiersystem erhoben. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sowohl Mütter als auch Väter von Kindern mit Trennungsangst in einer Trennungssituation spezifisches Verhalten zeigen. Mütter von Kindern mit Trennungsangst schauen häufiger und länger zu ihren Kindern als Mütter der beiden Kontrollgruppen. Mütter von Kindern mit Trennungsangst versuchen ihr Kind häufiger und Väter länger auf die Trennung vorzubereiten. Neben den Kindern mit Trennungsangst erleben auch deren Mütter im Vergleich zu den Müttern beider Kontrollgruppen und die Väter im Vergleich zu den Vätern der Klinischen Kontrollgruppe die Situation als beängstigender. Außerdem zeigen die

Ergebnisse, dass der Blickkontakt der Mutter zum Kind Prädiktor für die Dauer des Abschieds und das emotionale Coaching des Vaters Prädiktor für die State-Angst des Kindes ist.

### **Teilstudie Familiäre Identifikation**

Die Teilstudie zur familiären Identifikation untersuchte die reale und ideale Identifikation sowie die Selbstkongruenz von Kindern mit Trennungsangst und ihren Eltern. Die Stichprobe bestand aus 80 Familien von Kindern mit Trennungsangst, 37 Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung und 31 Familien gesunder Kinder. Die familiäre Identifikation wurde mit dem Familien-Identifikations-Test von Remschmidt und Mattejat (1999) erhoben. Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass Kinder mit Trennungsangst in ihren Familien eine Sonderrolle einnehmen. Die Kinder selbst, aber auch die Eltern von Kindern mit Trennungsangst nehmen sich weniger ähnlich zu anderen Familienmitgliedern wahr als Familienmitglieder aus Familien gesunder Kinder. Auffallend ist, dass die Eltern von Kindern mit Trennungsangst dies in ihrem Wunschbild nicht anders darstellen. Bezüglich der Selbstkongruenz berichten Kinder mit Trennungsangst über weniger Zufriedenheit mit ihrem Idealbild als gesunde Kinder. Für keine Analyse der Teilstudie zur familiären Identifikation fanden sich Hinweise auf ein störungsspezifisches Identifikationsmuster.

### **Teilstudie Familienstruktur**

Die Teilstudie zur Familienstruktur untersuchte, ob Familien von Kindern mit Trennungsangst häufiger verstrickte, also hochkohäsive und niedrig hierarchische, Familienbeziehungen aufweisen. Die Stichprobe bestand aus 71 Familien von Kindern mit Trennungsangst, 25 Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung und 29 Familien gesunder Kinder. Die Familienstruktur wurde mit dem Familiensystemtest von Gehring (1998) erhoben. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede bezüglich verstrickter Familienbeziehungen zwischen den Untersuchungsgruppen.

### **Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse der Studie deuten auf eine interaktionelle Komponente der Störung mit Trennungsangst hin. Eltern von Kindern mit Trennungsangst tragen möglicherweise aufgrund ihres spezifischen Verhaltens in Trennungssituationen und über die spezifischen familiären Identifikationsmuster zur Aufrechterhaltung der Störung bei. Erstmals wurden in der vorliegenden Studie die Väter mit einbezogen. Diese Befunde erweitern damit das Verständnis der emotionalen Störung mit Trennungsangst und sollten bei der Entwicklung einer störungsspezifischen, psychologischen Behandlung des Störungsbildes Berücksichtigung finden.

## **I. Übergeordnete Theorie**

### **1. Einleitung**

Angst oder Furcht kennt jedes Kind. Sowohl Angst als auch Furcht gehören zur normalen Entwicklung eines Kindes. Mit Furcht wird eine wichtige, fundamentale Emotion bezeichnet, die in allen Altersgruppen, Kulturen, Ethnien und Spezies zu beobachten ist. Sie richtet sich in der Regel auf Reize wie beispielsweise bedrohliche Situationen, Objekte oder Tiere. Unter Angst wird hingegen ein unangenehmes Gefühl verstanden, das Furcht und Besorgnis umfasst. Angst ist im Vergleich zur Furcht weniger präzise und ungenauer. Sie ist in der Regel ein Produkt aus verschiedenen, angeborenen, fundamentalen Emotionen, die durch Lernen und Erfahrungen modifiziert werden. Wenn die Angst eine sehr starke Intensität annimmt und Beeinträchtigung und Leiden mit sich zieht, kann Angst auch zur Krankheit werden. Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006; Costello, Egger & Angold, 2005; Essau, Conradt & Petermann, 2000). Die jüngste Forschung hat zudem gezeigt, dass Angststörungen im Kindesalter einen Risikofaktor für psychische Störungen im Erwachsenenalter darstellen. Trotz dieser Ergebnisse ist die Forschung zu Angststörungen im Kindesalter immer noch Stiefkind im Vergleich zu den Forschungsaktivitäten für Angststörungen im Erwachsenenalter. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass spezifische Forschungsarbeiten zu Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter benötigt werden, da im Vergleich mit Angsterkrankungen im Erwachsenenalter unterschiedliche Mechanismen beteiligt sein können (Eley, 2001). Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass das Bemühen um ein störungsspezifisches Verständnis der einzelnen Angsterkrankungen im Kindes und Jugendalter erst in den Anfängen steckt. Die meisten der vorliegenden Arbeiten zur Ätiologie von Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen differenzieren nicht zwischen den einzelnen Störungsbildern und beziehen den Vater nicht in die Untersuchung mit ein. Beide Punkte sind jedoch für ein besseres Verständnis und für die psychologische Behandlung der spezifischen Angsterkrankungen, die sehr unterschiedlich sind, unerlässlich. Störungsspezifische epidemiologische Studien weisen beispielsweise daraufhin, dass die emotionale Störung mit Trennungsangst zu den häufigsten Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehört (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006; Kessler et al., 2005). Sie zeigt einen sehr frühen Beginn und ist mit erheblichen Leiden und Beeinträchtigungen für die gesamte Familie verbunden. Dennoch liegt bislang kein umfassendes, spezifisches Modell und erst wenige Studien zur Ätiologie der Störung mit Trennungsangst vor. Die vorliegende Arbeit möchte dazu beitragen, diese Lücke zu schließen und einen ersten Beitrag zum störungsspezifischen Verständnis der Trennungsangst leisten.

Sie fokussiert dabei auf familiäre Faktoren. Ätiologische Studien, die Angsterkrankungen von Kindern und Jugendlichen in der Gesamtschau betrachten, theoretische Überlegungen sowie erste empirische Untersuchungen zur Trennungsangst weisen darauf hin, dass Familienbeziehungen bei der Störung mit Trennungsangst aus folgenden Gründen besonders bedeutsam sind (Eley, 2001). Das Erstmanifestationsalter der Trennungsangst ist so früh wie, abgesehen von einigen spezifischen Phobien (z. B. Angst vor Dunkelheit oder Monstern), für keine andere Angststörung (Schneider, 2004a; Kessler, Berlund, Demler, Jin & Walters, 2005). Kinder mit Trennungsangst erkranken in einem Alter, in dem sie viel Zeit in der Familie verbringen und die Familie einen prägenden Einfluss nimmt. Zudem bezieht sich die Symptomatik dieses Störungsbildes, im Gegensatz zu anderen Angststörungen, direkt auf die Beziehungen zu den engsten Familienmitgliedern. Die Trennungsproblematik betrifft die nahen Bezugspersonen, die Eltern, sodass Beeinträchtigung und Leiden für die ganze Familie mit diesem kindlichen Störungsbild einhergehen. Daher liegt es nahe, den Zusammenhang zwischen den Familienbeziehungen und der Entstehung und Aufrechterhaltung der Trennungsangst genauer zu betrachten. Die vorliegende Arbeit verfolgt dieses Ziel und untersucht die familiäre Identifikation, die Familienstruktur und die Eltern-Kind-Interaktion in Familien von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zu Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und Familien gesunder Kinder. Sie bezieht dabei explizit neben Mutter und Kind den Vater mit ein.

## **2. Theorie**

### **2.1. Die emotionale Störung mit Trennungsangst**

#### **2.1.1. Klinisches Erscheinungsbild**

Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst zeigen eine exzessive und unrealistische Angst in Erwartung oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen. Sie haben die Sorge, dass ihren Eltern oder ihnen selbst etwas Schlimmes zustoßen könnte, was zu einer dauerhaften Trennung führen würde (z. B. Autounfall der Eltern, Entführung des Kindes). Häufig vermeiden diese Kinder, abends alleine einzuschlafen, mit einem Babysitter zu Hause zu bleiben, alleine tagsüber zu Hause zu bleiben, bei Freunden zu übernachten oder zum Kindergarten bzw. zur Schule zu gehen.

Die Angst kann sich als gereizte, aggressive oder auch apathische Stimmung äußern. Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst weinen, schreien, schlagen um sich oder klammern sich an die Bezugsperson, um eine bevorstehende Trennung zu verhindern. Typische körperliche Symptome sind somatische Beschwerden wie Bauch- oder Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen. Diese sind häufig sehr stark und können zur Verunsicherung der Eltern beitragen.

Medizinische Untersuchungen zeigen, dass keine organischen Ursachen für die Beschwerden vorliegen, sondern dass diese im Kontext der Trennungsangst verstanden werden müssen. Oft nehmen die körperlichen Beschwerden ab, wenn die Kinder doch nicht in den Kindergarten oder in die Schule gehen müssen oder die Eltern entscheiden, den Kinobesuch aufzuschieben. Dieses Vermeidungsverhalten des Kindes wird häufig von den Eltern unterstützt, weil diese ihr Kind schützen möchten. Es führt tatsächlich auch kurzfristig zu einer Reduktion der Angst des Kindes in der Situation, trägt aber mittel- und langfristig zur Aufrechterhaltung und Generalisierung der Trennungsangst bei.

Besonders jüngere Kinder mit Trennungsangst versuchen in unmittelbarer Nähe der Bezugsperson zu bleiben. Viele Eltern berichten, dass sich ihr Alltag aufgrund der Trennungsangst stark verändert hat. Unternehmungen als Paar sind selten oder unmöglich, weil ein Elternteil beim Kind bleiben muss. Viele Eltern fühlen sich stark belastet und nicht mehr im Stande, das Kind an andere Betreuungspersonen zu gewöhnen. Aus diesen Gründen wird bei Vorschulkindern häufig auf einen regelmäßigen Kindergartenbesuch verzichtet. Erst wenn das Kind im Schulalter ist und der Schulbesuch gefährdet scheint, wird professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

### **2.1.2. Klassifikation**

Zum ersten Mal ist die Störung mit Trennungsangst (ICD-10: F93.0, DSM-IV: 309.21) im DSM 1980 und in der ICD 1974 erwähnt. Eine Übersicht über die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 für die Störung mit Trennungsangst ist in Tabelle 1 dargestellt. Für die Vergabe einer Diagnose „Störung mit Trennungsangst“ in der ICD-10 und dem DSM-IV müssen ähnliche Diagnosekriterien erfüllt sein. Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen beziehen sich auf den Beginn der Störung.

Für eine Diagnose nach DSM-IV muss ein Beginn bis zum 18. Lebensjahr vorliegen, wohingegen die ICD-10 einen Beginn der Trennungsangst vor dem 6. Lebensjahr vorsieht. Neuere Arbeiten zur Trennungsangst stützen das höhere Alterskriterium des DSM-IV. Sie weisen auf den Beginn der Trennungsangst auch nach dem 6. Lebensjahr hin. Ein weiterer Unterschied ist, dass im DSM IV im Gegensatz zur ICD-10 die Trennungsangst und die Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie im Jugend- und Erwachsenenalter nicht gleichzeitig diagnostiziert werden dürfen, wenn die Trennungsangst besser durch Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie erklärt werden kann. Grund hierfür ist, dass das DSM von einer großen Ähnlichkeit der beiden Störungsbilder ausgeht.

Tabelle 1 *Diagnosekriterien der Störung mit Trennungsangst nach DSM-IV und ICD-10*

DSM-IV	ICD-10
<p><b>A.</b> Eine entwicklungs­mässig, unangemessene und über­mäßige Angst vor der Trennung, von zu Hause oder von den Bezugspersonen, wobei mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:</p> <p>(1) wiederholter über­mäßiger Kummer bei einer möglichen oder tatsächlichen Trennung von zu Hause oder von wichtigen Bezugspersonen,</p> <p>(2) andauernde und über­mäßige Besorgnis, dass sie wichtige Bezugspersonen verlieren könnten oder dass diesen etwas zustoßen könnte,</p> <p>(3) andauernde und über­mäßige Besorgnis, dass ein Unglück sie von einer wichtigen Bezugsperson trennen könnte (z. B. verloren zu gehen oder entführt zu werden),</p> <p>(4) andauernder Widerwille oder Weigerung, aus Angst vor der Trennung zur Schule oder an einen anderen Ort zu gehen</p> <p>(5) ständige und über­mäßige Furcht oder Abneigung, allein oder ohne wichtige Bezugspersonen zu Hause oder ohne wichtige Erwachsene in einem anderen Umfeld zu bleiben,</p> <p>(6) andauernder Widerwillen oder Weigerung, ohne die Nähe einer wichtigen Bezugsperson schlafen zu gehen oder auswärts zu übernachten,</p> <p>(7) wiederholt auftretende Alpträume von Trennungen,</p> <p>(8) wiederholte Klagen über körperliche Beschwerden (wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen), wenn die Trennung von einer wichtigen Bezugsperson bevorsteht oder stattfindet.</p> <p><b>B.</b> Die Dauer der Störung beträgt mindestens vier Wochen.</p> <p><b>C.</b> Der Störungsbeginn liegt vor dem 18. Lebensjahr.</p> <p><b>D.</b> Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p><b>E.</b> Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und kann bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht besser durch die Panikstörung mit Agoraphobie erklärt werden.</p> <p><i>Bestimme, ob</i>  <b>Früher Beginn:</b> Die Störung beginnt vor dem 6. Lebensjahr</p>	<p><b>A.</b> Mindestens drei der folgenden Merkmale</p> <p>1. unrealistische und anhaltende Besorgnis über mögliches Unheil, das der Hauptbezugsperson zustoßen könnte oder über den möglichen Verlust solcher Personen (z. B. Furcht, dass sie weggehen und nicht wieder kommen könnten oder dass das Kind sie nie mehr wieder sehen wird) oder anhaltende Sorge um den Tod von Bezugspersonen;</p> <p>2. unrealistische und anhaltende Besorgnis, dass ein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen werde (z.B., dass das Kind verloren gehen, gekidnappt, ins Krankenhaus gebracht oder getötet werden könnte);</p> <p>3. aus Angst vor Trennung von einer Hauptbezugsperson oder um zuhause zu bleiben (weniger aus anderen Gründen, z. B. Angst vor bestimmten Ereignissen in der Schule) andauernde Abneigung oder Verweigerung, die Schule zu besuchen;</p> <p>4. Trennungsschwierigkeiten am Abend, erkennbar an einem der folgenden Merkmale:</p> <p>a. anhaltende Abneigung oder Weigerung, Schlafen zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist;</p> <p>b. häufiges Aufstehen nachts, um die Anwesenheit der Bezugsperson zu überprüfen oder bei ihr zu schlafen;</p> <p>c. anhaltende Abneigung oder Weigerung auswärts zu schlafen</p> <p>5. anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein;</p> <p>6. wiederholte Alpträume zu Trennungsthemen</p> <p>7. wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Gelegenheiten, die mit einer Trennung von einer Hauptbezugsperson verbunden sind, wie beim Verlassen des Hauses, um zur Schule zu gehen oder bei anderen Gelegenheiten, die mit einer Trennung verbunden sind (Urlaub, Ferienlager);</p> <p>8. extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (es zeigt sich in Angst, Schreien, Wutausbrüchen; in der anhaltende Weigerung, von zuhause wegzugehen; in dem intensiven Bedürfnis, mit den Eltern zu reden oder in dem Wunsch nach Hause zurückzukehren, in Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug)</p> <p><b>B.</b> Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80)</p> <p><b>C.</b> Beginn vor dem sechsten Lebensjahr</p> <p><b>D.</b> Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tief greifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen Störung oder einer substanzbedingten Störung.</p> <p><b>E.</b> Dauer mindestens vier Wochen.</p>

### **2.1.3. Epidemiologie**

Die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sind die Angststörungen. Die 6-Monats- bzw. 1-Jahresprävalenz liegt nach epidemiologischen Studien in Deutschland bei ca. 10 %, die Lebenszeitprävalenz zwischen 14 und 19 % (Essau, Conradt & Petermann, 2000). Ca. 10 % der Kinder im Alter von 8 Jahren sind aktuell an einer Angststörung erkrankt oder haben im letzten halben Jahr eine Angststörung gehabt (Federer, Margraf & Schneider, 2000). Bei der Häufigkeitsverteilung für die Gruppe der Achtjährigen stehen Spezifische Phobien an erster Stelle, gefolgt von der Störung mit Trennungsangst mit einer 6-Monats-Prävalenz von 2.8%. In ihrer 11 Studien umfassenden Übersicht fanden Cartwright-Hatton und Kolleginnen (2006) Prävalenzraten für die Trennungsangst im Kindesalter, die zwischen 0.5% und 20.2% (Median von fast 4%) liegen. Die Arbeitsgruppe um Kessler (2005) zeigte mit einer umfangreichen, retrospektiven Umfrage in der amerikanischen Bevölkerung für die Störung mit Trennungsangst nach DSM-IV eine Lebenszeitprävalenz von 5.2% auf. Im DSM-IV-TR werden durchschnittliche Prävalenzschätzungen von etwa 4% erwähnt (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003).

### **2.1.4. Komorbidität**

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter treten selten isoliert, sondern oft in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf (Essau, Conradt & Reiss, 2004). Einige der Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst erfüllen beispielsweise zusätzlich die Diagnosekriterien einer Sozialphobie oder einer Spezifischen Phobie. Bei zunehmender Chronifizierung der Angststörungen zeigen die Kinder vermehrt depressive Störungen (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1997). Etwa 10 % der betroffenen Kinder weisen eine Enuresis auf (Last, Strauss & Francis, 1987). Nicht selten leiden Kinder mit Angststörungen zudem unter einer externalisierenden Störung wie einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten oder Substanzmissbrauch. Diese letzt genannten Komorbiditätsraten sind laut Daten des „National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)“ etwas weniger hoch als die mit den internalisierenden Störungen (Shear, Jin, Meron Ruscio, Walters & Kessler, 2006). Zudem können trennungsängstliche Kinder somatische Beschwerden aufweisen, die körperliche Untersuchungen und ärztliche Behandlungen nach sich ziehen (APA, 2000).

### 2.1.5. Symptomatik im Altersverlauf

Das Erstauftreten der Störung mit Trennungsangst liegt bei ca. 7 Jahren (Compton, Nelson & March, 2000; Kessler et al., 2005, Shear et al., 2006). Dies ist im Vergleich zu den anderen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter der früheste Beginn. Die Trennungsangst tritt vorwiegend vor der Pubertät auf (Compton et al., 2000). Die Geschlechterverteilung unter Kindern mit Trennungsangst verändert sich mit dem Alter. Im Kindesalter ist die Verteilung zwischen Mädchen und Jungen annähernd gleich (Federer, Margraf & Schneider, 2000). Ab dem Alter von etwa 12 Jahren ist das Geschlechterverhältnis Mädchen : Jungen 4:1 (Bowen, Offord & Boyle, 1990).

Keller und Mitarbeiter (1992) befragten Kinder mit Trennungsangst oder Überängstlichkeit retrospektiv. Zum Verlauf der Störung zeigte sich bei 46 % der Kinder eine Dauer von mindestens 8 Jahren. Etwa ein Drittel der Kinder berichtete über mehrere Episoden klinischer Angst. In einer prospektiven Längsschnittuntersuchung von Kindern mit Trennungsangst und Schulverweigerung über eine Dauer von mehr als zwanzig Jahren zeigte sich eine ungünstige Prognose für Kinder mit Trennungsangst (Flakierska-Praquin, Lindström & Gillberg, 1997). Erwachsene mit Trennungsangst in der Kindheit suchten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe signifikant häufiger psychiatrische Behandlungen auf. In einer großen nationalen Befragung zur Komorbidität (*National Comorbidity Survey Replication; NCS-R*) wird von mehr als einem Drittel der Kinder mit Trennungsangst berichtet, die bis ins Erwachsenenalter unter einer psychischen Erkrankung litten (Shear et al., 2006). Dass Kinder mit Trennungsangst im Erwachsenenalter besonders häufig unter einer Panikstörung und/oder Agoraphobie leiden, ist durch mehrere Forschungsarbeiten belegt (beispielsweise Brückl, Wittchen, Höfler, Pfister, Schneider & Lieb, 2007; Schneider & Nündel, 2002). Zukünftige Arbeiten sollten untersuchen, ob die Trennungsangst in der Kindheit als spezifischer Risikofaktor für Panikstörung oder als kindliche Variante der Panikstörung betrachten werden kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kinder mit emotionaler Störung mit Trennungsangst oft mehrfach belastet sind, das Störungsbild einen ungünstigen Verlauf nimmt und als Risikofaktor für eine psychische Erkrankung im Erwachsenenalter gelten kann.

## **2.2. Ätiologie**

Bislang liegen erst wenige Studien und kein spezifisches Modell zur Ätiologie der Störung mit Trennungsangst vor. Aus diesem Grunde werden im Folgenden Modelle vorgestellt, die Angststörungen im Kindes- und Jugendalter gesamthaft betrachten, und anschließend wird auf Faktoren eingegangen, die allgemein bei der Entstehung von Angststörungen im Kindesalter eine Rolle spielen.

### **2.2.1. Theoretische Modelle zur Entstehung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter**

Zwei Prinzipien liegen vielen Modellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter zugrunde, die Äquifinalität und Multifinalität. Die Äquifinalität besagt, dass unterschiedliche Mechanismen zur Entstehung derselben Angststörung führen können (Wood, McLeod, Sigman, Hwang & Chu, 2003). Bei einem Kind, das unter einer Hundephobie leidet, kann ein traumatisches Erlebnis oder elterliches Modellverhalten zum Erwerb dieser Angsterkrankung beigetragen haben. Die Multifinalität geht davon aus, dass ein bestimmter Risikofaktor aufgrund zusätzlicher, anderer Einflüsse, die auf das Kind wirken, zu verschiedenen Ergebnissen führen kann (Wood et al., 2003). Ein Kind mit einer Prädisposition zur Ängstlichkeit hat ein höheres Risiko an einer Angststörung zu erkranken. Ob es tatsächlich eine Angsterkrankung entwickelt, kann auch von der elterlichen Reaktion auf diese Prädisposition beeinflusst werden. Der Äquifinalität und der Multifinalität wird in vielen Modellen Rechnung getragen, die von einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ausgehen. Die wichtigsten sollen im Folgenden dargestellt werden.

Einige der vorliegenden theoretischen Modelle betrachten die elterliche Überinvolviertheit und Kontrolle als zentralen Faktor für die Entstehung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Chorpita & Barlow, 1998). Chorpita und Barlow (1998) vermuten in ihrem Modell, dass frühe Erfahrungen von fehlender Kontrolle und Vorhersagbarkeit dazu führen, dass Situationen häufig als unkontrollierbar interpretiert werden. Dieser kognitive Stil kann als Vulnerabilität weiteren Einfluss auf die Entwicklung einer Angsterkrankung nehmen (Chorpita & Barlow, 1998). Ein anderes Modell geht davon aus, dass ein kontrollierender Erziehungsstil eine negative Erwartungshaltung von Kindern fördert. Diese Erwartungshaltung kann dann eine höhere Trait-Angst begünstigen. Im Gegensatz dazu fördert ein unterstützender Erziehungsstil die Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen von Kindern (Krohne & Hock, 1991). Das Modell von

Hudson und Rapee (2004) postuliert, dass ein Zusammenspiel des kindlichen Temperaments und des elterlichen Verhaltens zur Entwicklung von Angststörungen beiträgt. Eltern von Kindern mit ängstlichem Temperament können als Reaktion darauf einen beschützenden und einmischenden Erziehungsstil zeigen. Diese Überinvolviertheit kann wiederum die Kontrollwahrnehmung von Kindern beeinflussen und ihnen die Botschaft vermitteln, dass die Welt ein gefährlicher Ort sei, über den sie keine Kontrolle haben und vor dem sie geschützt werden müssen. Das Zusammenspiel dieser beiden Variablen kann die Vulnerabilität eines Kindes, ängstlich zu werden, verstärken, da bedrohliche Situationen vermieden werden. Das Modell geht des Weiteren davon aus, dass die elterliche Ängstlichkeit den Grad der elterlichen Überinvolviertheit beeinflusst. Ängstliche Eltern neigen eher dazu, ihr Kind zu kontrollieren und zu beschützen, da sie selbst die Umwelt als gefährlich wahrnehmen. Eltern, die nicht übermäßig ängstlich sind, tendieren hingegen eher dazu, die Autonomie und Selbstständigkeit eines Kindes zu fördern (Gar, Hudson & Rapee, 2005).

Integrative Modelle der Angst gehen von der Interaktion zwischen externen (z.B. familiären) und internen (z.B. genetischen) Risiko- und Schutzfaktoren aus, die zur Entstehung von Angsterkrankungen beitragen. Rubin und Mills (1991) beispielsweise postulieren, dass ein Zusammenspiel zwischen dem Temperament des Kindes, seinen Sozialisationserfahrungen mit den Eltern und Umweltfaktoren zur sozioemotionalen Anpassungsfähigkeit des Kindes beitragen. Ein ähnliches Modell nimmt an, dass die Interaktion zwischen Temperament, Bindung und dem größeren sozialen System die Entwicklung von internalisierenden Schwierigkeiten beeinflusst (Manassis, Hudson, Webb & Albano, 2004). Die vorgestellten Modelle tragen zum Verständnis der zahlreichen Mechanismen interagierender Faktoren wie Erziehungsstil, kindliches Temperament oder Bindung bei, differenzieren jedoch alle nicht zwischen den unterschiedlichen Angsterkrankungen.

### **2.2.2. Familiäre, ätiologische Faktoren**

Wie bereits ausgeführt, nehmen aktuelle Theorien an, dass für die Ätiologie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ein Zusammenspiel von genetischen und Umweltbedingungen entscheidend ist (Hudson & Rapee, 2004; Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner & Hedtke, 2004; Chorpita & Barlow, 1998; Rubin & Mills, 1991). Die Umweltfaktoren werden unterteilt in *shared environment*, also Umweltbedingungen, die von den Familienmitgliedern geteilt werden, und *non-shared environment*, individuumsspezifische Umweltfaktoren (Eley, 2001). Es liegen eindeutige Hinweise aus der Literatur vor, dass Umweltbedingungen, die von den Familienmitgliedern geteilt werden,

einen Einfluss auf die Entstehung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Eley, 2001) und speziell auf das Störungsbild der Trennungsangst (Eley, Rijdsdijk, Perrin, O'Connor & Bolton, 2008) haben. Den familiären Faktoren, die zu diesen Einflussfaktoren gezählt werden, wird dabei eine besondere Bedeutung zugemessen (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Field, Cartwright-Hatton, Reynolds & Creswell, 2008). Die meisten Forschungsarbeiten zum Zusammenhang familiärer Faktoren und Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter schließen jedoch die Väter nicht mit ein, sondern beschränken sich auf die Mutter (Field, Cartwright-Hatton, Reynolds & Creswell, 2008)<sup>1</sup>. Dabei ist es die gesamte Familie<sup>2</sup>, die für die gesunde Entwicklung eines Kindes den Rahmen darstellt, in dem Grundbedürfnisse befriedigt werden und Unterstützung für das Bewältigen von Entwicklungsaufgaben gegeben wird (Perrez, 2005). In der Familie erhalten Kinder zudem adäquate Impulse zur Entwicklung (Perrez, 2005). Die Angemessenheit dieser Anregungen hängt von den Eigenschaften der familiären Beziehungen, aber auch von Merkmalen der Familienmitglieder einschließlich des Kindes ab. Je nach Temperament braucht das Kind unterschiedliche Angebote aus seiner Umwelt. Psychische Erkrankungen können auf diesem Hintergrund als chronisch unangemessene Passung zwischen den individuellen Bedürfnissen des Kindes und den Bedingungen seiner Umwelt verstanden werden (Perrez, 2005). Ähnliche Sachverhalte legt das dreiteilige Modell zum Einfluss der Familie auf die Emotionsregulation und Anpassungsfähigkeit eines Kindes von Morris, Silk, Steinberg, Myers und Robinson (2007) dar, das in Abbildung 1 dargestellt ist. Die Arbeitsgruppe um Morris beschäftigt sich mit der Emotionsregulation, da diese ein wichtiger Schutzfaktor gegen psychische Erkrankungen ist. Das Modell postuliert, dass die Familie auf die Entwicklung der Emotionsregulation eines Kindes und damit auf seine Anpassungsfähigkeit einen entscheidenden Einfluss nimmt. Dabei können folgende drei Mechanismen beteiligt sein: Modelllernen und Soziale Rückversicherung, elterliches Erziehungsverhalten und emotionales Klima in der Familie. Die vorliegende Arbeit untersucht in den drei Teilstudien verschiedene Elemente des Modells: mit der Familiären Identifikation und der Familienstruktur zwei Aspekte des Familienklimas und mit der Verhaltensbeobachtung das Element Soziale Rückversicherung.

Bögels und Brechman-Toussaint (2006) unterscheiden in ihrer Übersicht vier Gruppen von familiären Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beitragen: I) die Bindung, II) familiäre Faktoren im weiteren Sinne

---

<sup>1</sup> Zur Bedeutung des Vaters siehe Abschnitt *Exkurs: Zur Rolle des Vaters bei der Weitergabe von ängstlichem Verhalten* in der Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion

<sup>2</sup> Familie ist ein Konstrukt, das verschiedene Formen aufweisen kann. In dieser Arbeit wird Familie als menschliches System verstanden, das ein erwachsenes Elternsystem, das für die Pflege und Sorge eines oder mehrerer Kinder verantwortlich ist, und ein oder mehrere Kinder umfasst.

wie die Paarbeziehung, die familiäre Funktionalität, Geschwisterbeziehungen oder Geburtenfolge, III) Erziehungsstil, Eltern-Kind-Interaktion sowie Modellverhalten und IV) elterliche Einstellung und Kognitionen.

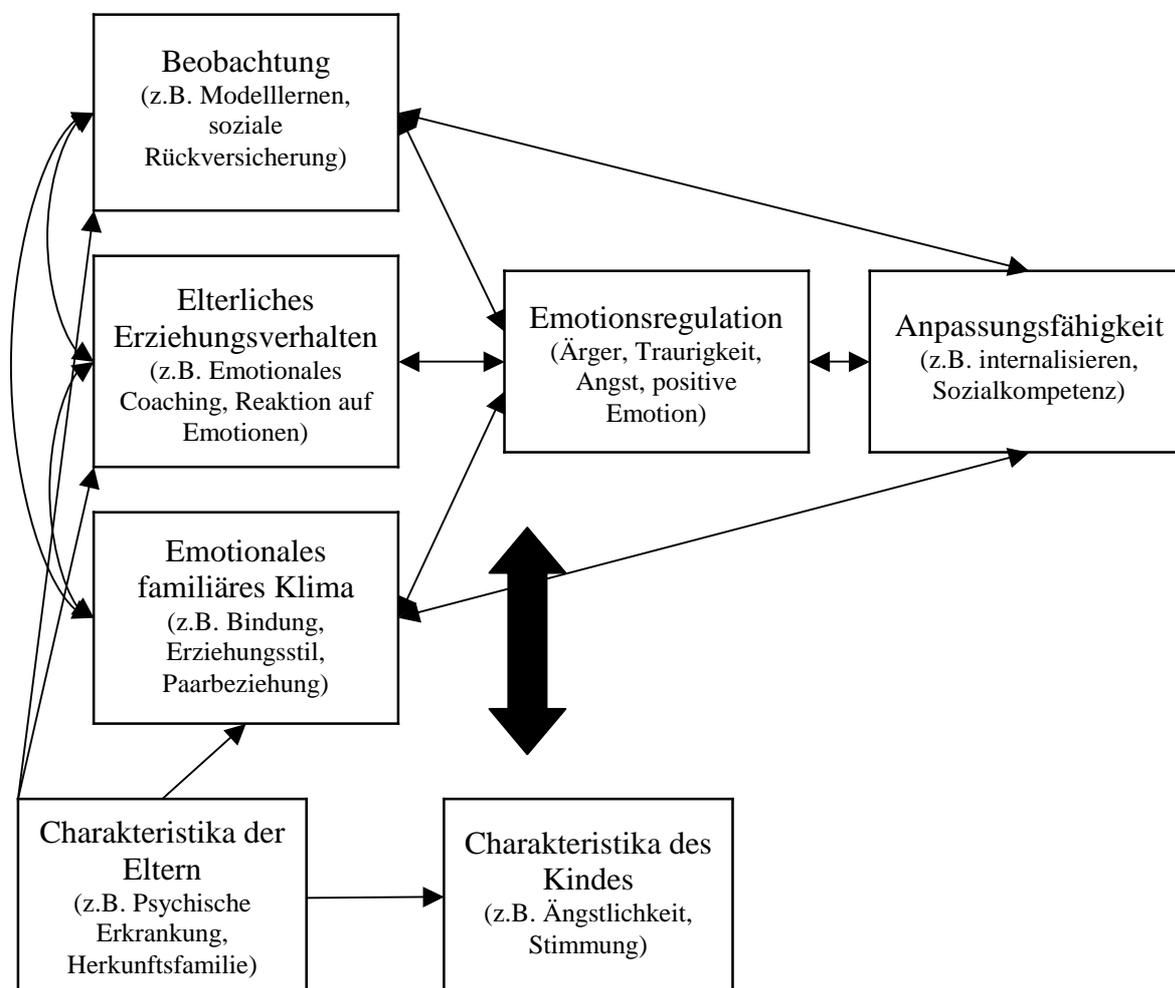


Abbildung 1. Dreiteiliges Modell zum Einfluss der Familie auf die Emotionsregulation und Anpassungsfähigkeit eines Kindes

Die drei verschiedenen familiären Faktoren, die in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, können zwei der Gruppen zugeordnet werden. Die familiäre Identifikation und die Familienstruktur sind Aspekte, die die familiäre Funktionalität umfassen, während die Eltern-Kind-Interaktion oder das Modellverhalten der dritten Gruppe *Erziehungsstil, Eltern-Kind-Interaktion sowie Modellverhalten* zugeordnet werden kann. Eine Übersicht über aktuelle Forschungsarbeiten zum Erziehungsstil und –verhalten, zur familiären Identifikation sowie zur Familienstruktur wird im Theorieteil der entsprechenden Teilstudie dargestellt. Für eine

ausführliche Übersicht der familiären Faktoren sei auf die Arbeit von Bögels und Brechman-Toussaint (2006) verwiesen.

### **3. Herleitung der übergeordneten Fragestellung**

Durch die bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass bislang keine gesicherten, spezifischen Aussagen zur Störung mit Trennungsangst möglich sind, da die vorliegenden Arbeiten verschiedene Angsterkrankungen gesamthaft betrachten. Auf der Grundlage der aktuellen Forschung kann allerdings vermutet werden, dass der Familie beim Störungsbild der Trennungsangst eine besondere Bedeutung zukommt. In der vorliegenden Arbeit sollen daher auf der Grundlage theoriegeleiteter und empirisch belegter Annahmen die drei familiären Faktoren Eltern-Kind-Interaktion, Familiäre Identifikation und Familienstruktur in Familien von Kindern mit Trennungsangst untersucht werden. Der Einbezug von Kindern mit anderen Angststörungen soll darüber Aufschluss geben, ob ein bestimmtes Muster dieser familiären Faktoren spezifisch bei Kindern mit Trennungsangst vorliegt oder allgemein bei Angststörungen auftritt. Da sich Familienbeziehungen durch die Beschreibungen eines Familienmitglieds nur beschränkt erfassen lassen (Gehring & Marti, 2001) und in der Literatur Konsens darüber herrscht, dass für ein umfassendes Bild zur Psychopathologie von Kindern verschiedene Perspektiven erhoben werden sollten (Kraemer et al., 2003), werden in der vorliegenden Arbeit das Kind, die Mutter und der Vater miteinbezogen.

Die erste Teilstudie untersucht die Eltern-Kind-Interaktion von Familien von Kindern mit Trennungsangst in einer für Kinder mit Trennungsangst störungsspezifisch bedrohlichen Situation. Die zweite Teilstudie beschäftigt sich mit den familiären Identifikationsmustern in Familien von Kindern mit Trennungsangst, während im Zentrum der dritten Studie die Familienstruktur dieser Familien steht. Die Fragestellungen der drei Teilstudien sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

*Fragestellungen der Teilstudien***Teilstudie I Eltern-Kind-Interaktion**

Zeigen Familien von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zu Familien gesunder Kinder und Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation häufiger und länger Nonverbale Rückversicherung, Verbale Rückversicherung oder Emotionales Coaching?

Zeigen neben den Kindern mit Trennungsangst auch deren Eltern in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation eine stärkere State-Angst?

**Teilstudie II Familiäre Identifikation**

Unterscheiden sich Familien von Kindern mit Trennungsangst bezüglich der realen und idealen Identifikation des Kindes mit den Eltern bzw. der Eltern mit dem Kind sowie der Selbstkongruenz jedes Familienmitglieds von Familien gesunder Kinder und Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung?

**Teilstudie III Familienstruktur**

Weisen Familien von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zu Familien gesunder Kinder und Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung häufiger verstrickte Familienbeziehungen auf?

**4. Übergeordnete Methode**

Bevor die einzelnen Teilstudien detailliert vorgestellt werden, sollen zunächst methodische Überlegungen aufgeführt werden, die für alle drei Teilstudien gelten.

**4.1. Rekrutierung**

Die Familien der drei Teilstudien nahmen alle an dem durch den Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekt *Ätiologie und psychologische Behandlung der Störung mit Trennungsangst PP001 – 68701* teil. Das Forschungsprojekt umfasste eine Ätiologie- und eine Therapiestudie und wurde am Institut für Psychologie der Universität Basel in der Abteilung Klinische Kinder- und Jugendpsychologie unter der Leitung von Silvia Schneider durchgeführt. Die drei vorliegenden Studien waren Teil der Ätiologiestudie, deren

Ziel es war, zu einem genaueren Verständnis der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung mit Trennungsangst beizutragen.

Die Therapiestudie umfasste die Entwicklung eines familienzentrierten kognitiv verhaltenstherapeutischen Manuals zur Behandlung der Störung mit Trennungsangst und dessen Überprüfung mittels Vergleich mit einem bereits empirisch validierten kindzentrierten Behandlungsansatz. Innerhalb dieses Forschungsprojekts wurden Familien auf verschiedenen Wegen rekrutiert. Zunächst wurden niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, niedergelassene psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Kinderärzte, psychosoziale Dienste, Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken über die Studie und ihre Zielsetzungen informiert. Sie erhielten weiter Informationen zur kostenfreien, diagnostischen Abklärung und psychologischen Behandlung von Kindern mit Trennungsangst und Sozialer Phobie im Rahmen des Forschungsprojekts. Diese Informationen wurden über die Presse an die Bevölkerung weitergegeben. Gesunde Kinder und ihre Familien wurden durch Artikel in der regionalen Presse, die Verteilung von Flyern, Postern und Elterninformationsabende zum Thema Angst rekrutiert. Sie erhielten pro Stunde 20 SFR Aufwandsentschädigung.

#### **4.2. Ablauf der Untersuchung**

Familien, die an einer Teilnahme an der Studie Interesse hatten, wurden zunächst am Telefon gescreent. Wenn die Zuordnung zu einer der drei im nächsten Abschnitt beschriebenen Untersuchungsgruppen wahrscheinlich war, wurden der Familie schriftliche Informationen zur Studie, eine Einverständniserklärung für Eltern und Kind, sowie eine Einladung zu einem Erstgespräch in der Abteilung Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Basel zugeschickt. Der schriftlichen Information war unter anderem zu entnehmen, dass das Kind während der diagnostischen Untersuchungen von seinen Eltern getrennt werden würde. Außerdem wurden die Eltern und das Kind über ihr Recht aufgeklärt, jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie zu beenden. Beide Punkte wurden im Erstgespräch nach der Begrüßung erneut erläutert. Nach einer Übersicht über den Ablauf der Untersuchung wurde im Erstgespräch die Verhaltensbeobachtung wie sie in der ersten Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion genauer beschrieben wird, durchgeführt. In Anschluss daran oder - je nach Wunsch der Familie - während eines zweiten Termins fand die Überprüfung des diagnostischen Status des Kindes mit dem strukturierten Interview statt. Genaueres zum eingesetzten Verfahren ist dem nächsten Kapitel entnehmen. Die Erhebung der familiendiagnostischen Verfahren, die in der Teilstudie Familiäre Identifikation und Familienstruktur ausgewertet wurden, schloss sich entweder daran an oder fand bei einem weiteren Termin statt.

### **4.3. Einteilung in die drei Untersuchungsgruppen**

#### **4.3.1. Erhebungsinstrument**

Um zu erfassen, ob ein Kind aktuell oder früher die Kriterien einer psychischen Störung erfüllt, wurde getrennt mit den Eltern und Kindern ab 8 Jahren das Kinder-DIPS (Kinder-DIPS, DSM-IV-TR Version; Schneider, Unnewehr & Margraf, in Druck) durchgeführt. Das Kinder-DIPS ist ein strukturiertes Interview, mit dem die relevanten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter basierend auf den Definitionen und Kriterien des DSM-IV-TR (APA, 2000) erfasst werden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass das Kinder-DIPS ein reliables und valides diagnostisches Instrument ist (Schneider, Unnewehr & Margraf, in Druck). Die Interrater-Reliabilitäten für die Oberklasse der Angststörungen auf der Störungsebene liegt für die Kindversion bei  $\text{Kappa}^3$  .67 und bei .85 für die Elternversion. Die Interrater-Reliabilitäten für die Trennungsangst ergeben für die Kindversion einen Kappawert von .64 und für die Elternversion ein Kappa von .85. Für alle anderen Angststörungen liegt die Interraterreliabilität zwischen Yule's  $Y = .88$  und  $Y = .96$  für die Kindversion und bei einem Kappawert von .74 für die Elternversion. Für die inhaltliche Validität wurde erhoben, ob der Inhalt der Interviewfragen das zu messende Konstrukt in seinen wichtigsten Merkmalen erfasst. Für jedes Störungsgebiet wurden 1-2 Experten angefragt und um Anmerkungen bzw. Verbesserungsvorschläge zu den Fragen gebeten. Die überarbeiteten Fragen wurden den Experten ein zweites Mal zur Ansicht vorgelegt. Bezüglich der Konstruktvalidität des Kinder-DIPS konnte gezeigt werden, dass sich Kinder mit Zieldiagnose erwartungsgemäss auf störungsspezifischen Fragebögen von Kindern mit anderen bzw. keiner psychischen Erkrankungen signifikant unterscheiden.

#### **4.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien**

Jede Familie wurde aufgrund des diagnostischen Status des Kindes einer der drei folgenden Untersuchungsgruppen zugeteilt. Die Trennungsangstgruppe bestand aus Kindern, die als aktuelle Primärdiagnose eine Störung mit Trennungsangst aufwiesen, in die Klinische Kontrollgruppe gingen Kinder ein, die als aktuelle Primärdiagnose eine andere Angsterkrankung aber weder aktuell noch früher eine Trennungsangst hatten.

Die gesunde Kontrollgruppe durfte keine aktuelle Diagnose einer psychischen Erkrankung und keine subklinischen Symptome von Angst haben. Ausschlusskriterien für alle drei Gruppen waren schlechte Deutschkenntnisse des Kindes oder beider Elternteile, dies wurde

---

<sup>3</sup> Die Berechnung des Kappa-Koeffizienten ist die gebräuchlichste Methode für den Vergleich von Diagnosen, da hiermit die zufällige Übereinstimmung zwischen zwei Diagnostikern korrigiert werden kann. Ein Problem des Kappa-Koeffizienten betrifft allerdings die Abhängigkeit von der Basisrate. Zur Lösung des Problems wurde daher bei zu kleinen Basisraten der Yule's Y-Koeffizienten berechnet, dieser ist von der beobachteten Basisrate unabhängig.

im Telefonscreening abgeklärt. Des Weiteren wurden keine Kinder aufgenommen, bei denen Hinweise auf eine Intelligenzminderung bestanden. Hierzu wurde ebenfalls während des Telefonscreenings erhoben, ob das Kind aufgrund von Leistungsproblemen die Regelschule nicht besuchen kann. Eine tief greifende Entwicklungsstörung oder die Einnahme von Psychopharmaka waren Ausschlusskriterien, die während des strukturierten Interviews abgeklärt wurden. Fehlendes Einverständnis der Eltern zur Teilnahme der Studie war ein weiterer Ausschlussgrund.

## II. Studie 1: Eltern-Kind-Interaktion

### 1. Theorie

#### 1.1. Zur Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung in der Forschung zu Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Die Verhaltensbeobachtung hat als grundlegende Methode im Fach Psychologie eine lange Tradition. Das Werk vieler bekannter Psychologen basiert auf systematischen Verhaltensbeobachtungen (Piaget, 1972; Bühler, 1928). Auch in der Forschung zur Ätiologie und Behandlung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter spielt die Verhaltensbeobachtung seit langem eine wichtige Rolle (Vasey & Lonigan, 2000). Vasey und Lonigan (2000) unterscheiden in ihrer Übersichtsarbeit drei Hauptgruppen von Beobachtungsverfahren, die im Forschungsfeld Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zum Einsatz kommen:

- Verfahren der Verhaltensbeobachtung, die Angst, Vermeidung und verwandte Konstrukte erheben,
- Verfahren zur Untersuchung von angstrelevanten Eltern-Kind-Interaktionen sowie
- Verfahren, die Verzerrungen der Informationsverarbeitungsprozesse untersuchen.

Auf die beiden erstgenannten wird im Folgenden eingegangen, da sie für die vorliegende Teilstudie von Bedeutung sind. *Behavioral Avoidance Tests* (BATs) und spezifische Kodiersysteme zur Erfassung von Angst gehören zur ersten Hauptgruppe der Untersuchungen, die Angst, Vermeidung und verwandte Konstrukte standardisiert erfassen. BATs werden eingesetzt, um die Reaktion von Kindern auf einen angstbesetzten Stimulus unter kontrollierten und replizierbaren Bedingungen zu beobachten und objektive Informationen zu erhalten. Es liegen bereits einige Verfahren zur Erfassung von ängstlichem und vermeidendem Verhalten für spezifische Ängste vor, allerdings sind deren psychometrischen Eigenschaften oft nicht untersucht worden (Muris, 2007). Dies verhält sich anders für die vorliegenden Kodiersysteme, mit denen ängstliches Verhalten erfasst wird. Viele wurden bereits umfangreich evaluiert und zeigen gute psychometrische Eigenschaften (Barrios & Hartmann, 1997). Die zweite Hauptgruppe der Beobachtungsverfahren hat zum Ziel, die Eltern-Kind-Interaktion in Familien ängstlicher Kinder zu erheben. Diese wird oft in einer strukturierten Situation erfasst, in der ein Kind mit Hilfe seiner Eltern eine Aufgabe löst. Beispielstudien sind im Abschnitt Eltern-Kind-Interaktion und Angsterkrankungen dargestellt.

Trotz der historischen Dimension der Verhaltensbeobachtung in der Psychologie finden in aktuellen Studien zur Ätiologie und Behandlung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter vorwiegend Fragebogenverfahren oder Interviews Verwendung (Vasey & Lonigan, 2000). Als Grund hierfür wird angeführt, dass die Verhaltensbeobachtung mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand verbunden (Fassnacht, 1995) und wenig tauglich für den klinischen Alltag ist (Vasey & Lonigan, 2000). Im Vergleich dazu sind Fragebogenverfahren oder Interviews in der Durchführung und Auswertung einfach und relativ kurz. Allerdings können diese Methoden der Datenerhebung bei der Erfassung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen auch an Grenzen stoßen. Ängste von Kindern über Selbstberichtsverfahren zu erfassen kann beispielsweise aufgrund von sozialer Erwünschtheit zu Verzerrungen führen (Barrios & Hartmann, 1997). Ängstliche Kinder scheinen aus Angst vor negativer sozialer Bewertung über weniger Angstsymptome und Vermeidungsverhalten zu berichten (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998). Zudem setzen Selbstberichtsverfahren ein bestimmtes Maß an verbalen und kognitiven Fähigkeiten voraus, über die besonders jüngere Kinder noch nicht verfügen. Des Weiteren kann die interaktionale Komponente von Angst mit Selbstberichtverfahren nur schwer erfasst werden. Kritisch muss auch der Bericht von Eltern und Lehrern zu den Ängsten von Kindern betrachtet werden. Es gibt Hinweise darauf, dass Außenstehende wenig valide über den internen Zustand eines Kindes berichten können (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998). Eine Untersuchung von Lonigan & Philips (2001) zeigte, dass die Auskünfte von Eltern zur negativen Affektivität ihrer Kinder wenig adäquat waren. Andere Forschungsarbeiten zeigen, dass Mütter, die selbst unter Ängsten leiden, bei ihren Kindern über mehr Angstsymptome berichten (Frick, Silverthorn & Evans, 1994). Des Weiteren ist die Übereinstimmung von Eltern- und Kindaussagen generell bei der Diagnostik psychischer Störungen (Schneider & Adornetto, 2006) und auch bei der Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter gering (z.B. Garber, Van Slyke & Walker, 1998). Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass Forschungsarbeiten, die Ängste von Kindern und Jugendlichen untersuchen und sich dabei lediglich auf Fragebogenverfahren oder Interviews stützen, möglicherweise wichtige Aspekte der Angst übersehen (Vasey & Lonigan, 2000) und/oder etwas anderes messen als Studien, die Verhaltensbeobachtung einsetzen (Ginsburg et al., 2004). Die Methode der Verhaltensbeobachtung hat den Vorteil, dass Informationen ökologisch valide und unabhängig vom Eindruck des Beobachteten, also als Fremdurteil erhoben werden (Dishion & Granic, 2004). Verhaltensbeobachtung kann außerdem direkten klinischen Nutzen haben, da mit ihr zusätzliche, wertvolle Hinweise für die Identifikation und Klassifikation spezifischer Aspekte von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfasst werden können. Dies ist

eine wichtige Voraussetzung für die Optimierung von Maßnahmen zur Prävention und Intervention. Ein weiterer direkter klinischer Nutzen der Verhaltensbeobachtung besteht darin, dass sie zur Evaluation von Behandlungsansätzen herangezogen werden kann. Ein indirekter klinischer Nutzen dieser Datenerhebungsmethode ist, dass mittels Verhaltensbeobachtung ein genaueres psychopathologisches Verständnis einer Störung gewonnen werden kann, was eine wichtige Voraussetzung für die Prävention und Behandlung darstellt (Vasey & Lonigan, 2000). Ein weiterer Vorteil der Verhaltensbeobachtung liegt darin, dass auch komplexe, dynamische Sachverhalte ohne Lesefertigkeiten erfasst werden können, beispielsweise Interaktionen zwischen Menschen (Hartmann, Barrios & Wood, 2004; Ginsburg et al., 2004). Elterliches Erziehungsverhalten und familiäre Interaktion sind hochkomplexe Konstrukte und benötigen sorgfältige, methodische Überlegungen und Planung. Sie werden daher meist mit der Methode der Verhaltensbeobachtung untersucht (Wood et al., 2003). Die vorliegende Teilstudie tut dies auch. Für ein umfassendes Bild zur Funktionalität einer Familie ist die Kombination mehrerer Methoden wie beispielsweise Selbstberichtsverfahren und Verhaltensbeobachtung empfehlenswert, da jede Datenerhebungsmethode ihre Vorzüge und Grenzen hat (Gar, Hudson & Rapee, 2005). Diesem Gedanken trägt die vorliegende Gesamtstudie Rechnung, indem sie in zwei Teilstudien Selbstberichtsverfahren einsetzt und in einer Teilstudie mit der Verhaltensbeobachtung arbeitet.

## **1.2. Eltern-Kind-Interaktion und Angsterkrankungen**

Mittlerweile liegen zahlreiche Forschungsarbeiten zum Zusammenhang zwischen und Eltern-Kind-Interaktion und Angststörungen vor. Die Untersuchungen können dabei in zwei Hauptgruppen gegliedert werden, die jeweils auf einen anderen Aspekt der Eltern-Kind-Interaktion fokussieren. Die erste Hauptgruppe beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Angsterkrankungen und dem Erziehungsstil, während die zweite das Erziehungsverhalten genauer betrachtet. Beim Erziehungsstil und –verhalten handelt es sich um zwei ähnliche Konstrukte, die jedoch unterschiedliche Aspekte umfassen (Wood et al., 2003). Unter Erziehungsstil werden elterliche Einstellungen, Ziele und Muster von Erziehungspraktiken verstanden, von denen angenommen wird, dass sie wesentlich zum emotionalen Klima der Eltern-Kind-Beziehung beitragen. Der Erziehungsstil beinhaltet somit allgemeine Erziehungsmuster, auf deren Grundlage sich situationsabhängig spezifisches, elterliches Erziehungsverhalten entwickeln kann. Der Erziehungsstil scheint dabei eher als Moderator oder Mediator und weniger als direkter Prädiktor für kindliche psychosoziale Probleme zu wirken. Im Gegensatz dazu sind Erziehungspraktiken oder –verhalten als

spezifisches, elterliches Verhalten in spezifischen Situationen definiert. Das Erziehungsverhalten scheint einen direkten Einfluss auf die Regulation der Emotionen und des Verhaltens eines Kindes zu haben. Während der elterliche Erziehungsstil meist mit Fragbogenstudien untersucht wird, ziehen Forschungsarbeiten zu Erziehungspraktiken häufig die Methode der Verhaltensbeobachtung heran (Wood et al., 2003). Beide Konstrukte können über zwei unterschiedliche Mechanismen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen beitragen (Craske, 1999). Craske geht in ihrem Modell davon aus, dass ein überdauernder Erziehungsstil über das daraus resultierende Familienklima die Entwicklung von Trait-Angst begünstigen kann. Spezifisches, elterliches Erziehungsverhalten kann Angsterfahrungen von Kindern mit Trait-Angst in spezifischen Situationen verstärken und dadurch die Entwicklung einer Angsterkrankung fördern. Dem Erziehungsverhalten wird somit eine spezifischere Rolle eingeräumt als dem Erziehungsstil. Allgemeine Muster eines Erziehungsstils können einen übergreifenden Einfluss auf die Trait-Angst eines Kindes haben, während situations- und verhaltensspezifisches Erziehungsverhalten zur Entwicklung spezifischer Angsterkrankungen beitragen kann. In den nächsten beiden Abschnitten werden aktuelle Studien zu den beiden Konstrukten Erziehungsstil und Erziehungsverhalten vorgestellt, bevor ein Exkurs zur Rolle des Vaters in der Eltern-Kind-Interaktion folgt.

### **1.2.1. Erziehungsstil**

Der Zusammenhang zwischen Erziehungsstil und Angsterkrankungen wurde bereits umfangreich untersucht. Die Arbeitsgruppe um Muris fand in zwei Forschungsarbeiten Hinweise für einen Zusammenhang zwischen einem kontrollierenden, einmischenden Erziehungsstil bzw. elterlicher Ablehnung und Angststörungen (Muris & Merckelbach, 1998; Roelofs, Meesters, ter Huurne, Bamelis & Muris, 2006). Ein Erziehungsstil, der durch mangelnde Akzeptanz, Ablehnung, fehlende Wärme und durch ein hohes Maß an Kritik charakterisiert ist, kann die kindliche Entwicklung nachhaltig beeinflussen. Die Welt wird durch diesen Erziehungsstil als unsicherer Ort dargestellt, an dem Kinder in bedrohlichen Situationen keine Unterstützung bekommen (Moore, Whaley & Sigman, 2004). Die Befunde hierzu sind allerdings uneindeutig (Wood et al., 2003). Eine Untersuchung mit Schulkindern zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem ablehnenden Erziehungsstil und kindlichen Angstsymptomen (Grüner, Muris & Merckelbach, 1999). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Hudson und Rapee (2001) in ihrer Studie, in der Mütter von ängstlichen Kindern in Bezug auf ihre Interaktionen als negativer eingeschätzt wurden als Mütter von gesunden Kindern. In Kontrast dazu stehen Befunde, die in einer Stichprobe von Schulkindern nur einen moderaten (Bögels & van Melick, 2004) und in einer klinischen

Stichprobe (Bögels, Bamelis & van der Bruggen, 2008) keinen Zusammenhang zwischen elterlicher Ablehnung und kindlicher Ängstlichkeit fanden.

Eindeutigere Hinweise finden sich für den Zusammenhang zwischen einem kontrollierenden, Autonomie einschränkenden Erziehungsstil und Angsterkrankungen. Beispielsweise zeigte eine der wenigen vorliegenden Studien, in die Väter miteinbezogen wurden, dass beide Elternteile von Kindern mit Angsterkrankungen einen stärker kontrollierenden Erziehungsstil aufwiesen als Eltern von Kindern aus der gesunden Kontrollgruppe (Bögels, Bamelis & van der Bruggen, 2008). Ähnliche Hinweise fanden McLeod, Wood und Weisz (2007) in ihrer Metaanalyse. Allerdings wird die Interpretation und der Vergleich der Forschungsbefunde zum kontrollierenden oder Autonomie einschränkenden Erziehungsstil durch die uneinheitliche Verwendung des Begriffs und durch die unterschiedliche Operationalisierung des Konstrukts der Kontrolle eingeschränkt. Beispielsweise führen Ginsburg und Kollegen aus, dass der Erziehungsstil von Eltern, die vorsichtig sind und häufig Befehle geben, in verschiedenen Studien als kontrollierend (*controlling*), überbehütend (*overprotective*) oder einmischend (*intrusive*) bezeichnet wird (Ginsburg et al., 2004). Ballash, Leyfer, Buckley und Woodruff-Borden (2006) weisen zudem kritisch daraufhin, dass in empirischen Studien häufig nicht zwischen den verschiedenen Aspekten des Konstrukts der Kontrolle unterschieden wird. Dabei haben unterschiedliche Formen der Kontrolle unterschiedliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Die Autorinnen empfehlen daher in Anlehnung an Barber und Kolleginnen (Barber, 1996; Barber, Olsen & Shagle, 1994) die Unterscheidung zwischen Verhaltenskontrolle und psychologischer Kontrolle. Verhaltenskontrolle umfasst die Überwachung und Disziplinierung durch die Eltern, während unter psychologischer Kontrolle elterliche Versuche verstanden werden, die Autonomie und Unabhängigkeitsentwicklung eines Kindes einzuschränken. Bögels und van Melick (2004) unterscheiden zusätzlich zwischen psychologischer Kontrolle und einem Autonomie einschränkenden Erziehungsstil. Sie betrachten diese als zwei ähnliche, jedoch voneinander unabhängige Konstrukte. Angststörungen scheinen mit einem einmischenden, überbehütenden Erziehungsstil und psychologischer Kontrolle assoziiert zu sein. Elterliche Kontrolle kann von Kindern einerseits als Unterstützung wahrgenommen werden, beispielsweise bei der Lösung schwieriger Aufgaben. Andererseits kann sie auch als Hinweis für die eigene Unfähigkeit, neue und herausfordernde Situationen zu bewältigen, aufgefasst werden. Beispielsweise wenn Eltern in Situationen, in denen sich das Kind eigentlich als kompetent und selbständig erlebt, übermäßige Kontrolle ausüben. In letzterem Fall können übermäßiges elterliches Kontrollverhalten und zu starke Überbehütung die Entwicklung der

Selbstwirksamkeitsüberzeugung eines Kindes erheblich einschränken (van Brakel, Muris, Bögels & Thomassen, 2006; Wood et al., 2003). Dies kann zu einem niedrigen Selbstwertgefühl bzw. zu einem eingeschränkten Explorationsverhalten führen und die Autonomieentwicklung beeinträchtigen (Muris & Merckelbach, 1998). Elterliche Überbehütung und Einmischung verhindert die Auseinandersetzung des Kindes mit neuen, möglicherweise bedrohlichen Situationen. Das Kind lernt weder angemessene Bewältigungsstrategien zur Angstreduktion noch adäquate Kontrollüberzeugungen zu entwickeln (Chorpita, 2001). Stattdessen macht es wiederholt die Erfahrung, keine Kontrolle über eine Situation zu haben. Dies kann zur Entstehung chronischer Ängstlichkeit beitragen (Chorpita & Barlow, 1998). Ebenfalls zur Aufrechterhaltung von Ängstlichkeit kann die Vermeidung von als beängstigend erlebten Situationen beitragen. Dadurch wird dem Kind die Erfahrung vorenthalten, beängstigende Situationen kompetent bewältigen zu können. Ängstliches Verhalten des Kindes kann andersherum eine schützende und behütende Reaktion der Eltern hervorrufen. Dadurch wird jedoch gleichzeitig das Vermeidungsverhalten gefestigt und die Angsterkrankung aufrechterhalten. Somit geht mit einem einmischenden und überbehütenden Erziehungsstil oft eine eingeschränkte Autonomie einher.

Mehrere Befunde verschiedener Forschungsarbeiten weisen auf den Zusammenhang zwischen einer eingeschränkten Autonomie und Angsterkrankungen hin. Eine Arbeit zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen kindlicher Ängstlichkeit und elterlichem Gewähren von Autonomie vs. Überbehütung (Bögels & van Melick, 2004). Die Korrelation mit dem väterlichen Erziehungsstil war dabei höher als die mit dem mütterlichen. Außerdem stellten die Autorinnen einen Zusammenhang zwischen dem Erziehungsstil und dem Ausmaß elterlicher Ängstlichkeit fest. Siqueland, Kendall und Steinberg (1996) sowie Whaley, Pinto und Sigman (1999) zeigten in frühen Arbeiten unter Einbezug von Beobachtungsverfahren, dass Eltern von ängstlichen Kindern weniger Autonomie gewähren als Eltern von nicht-ängstlichen Kindern. Eine Beobachtungsstudie von Hudson und Rapee (2001) kam zu ähnlichen Ergebnissen, nämlich dass Mütter von Kindern mit einer Angsterkrankung weniger Autonomie gewähren als Mütter von nicht-ängstlichen Kindern. Diese Studie ist eine der wenigen, die eine klinische Kontrollgruppe beinhaltete. Sie verglich zudem Mütter von ängstlichen Kindern mit Müttern von Kindern mit einer Störung des oppositionellen Trotzverhaltens. Hierfür fand sich kein signifikanter Unterschied. Da bislang nur wenige Studien dieser Art vorliegen, kann noch nicht geklärt werden, ob fehlende Autonomie der Eltern spezifisch mit Angststörungen oder generell mit einer psychischen Erkrankung einhergehen kann (Wood et al., 2003). Eine weitere offene Frage ist, ob dieses Konstrukt mit einer spezifischen Angsterkrankung oder generell mit Angsterkrankungen assoziiert ist. Eine

Studie von Wood (2006) kann hier einen ersten Hinweis geben. Sie untersuchte mit Fragebogen und Verhaltensbeobachtung elterliche Einmischung in 40 Familien von Kindern mit Störung mit Trennungsangst, Generalisierter Angststörung oder Sozialphobie. Das einzige Störungsbild, das einen signifikanten Zusammenhang mit elterlicher Einmischung aufwies, war die Trennungsangst. Der Autor interpretiert dies als Hinweis dafür, dass elterliche Einmischung ein spezifisches Merkmal der Störung mit Trennungsangst ist. Er führt aus, dass ein Kind sich in neuen, unbekanntem Situation überfordert und hilflos fühlen kann, weil es aufgrund der übermäßig starken elterlichen Einmischung keine Möglichkeiten hatte, unabhängig handeln zu lernen. Eine mögliche Folge davon kann eine Störung mit Trennungsangst sein.

Die Gesamtschau der Befunde legt nahe, dass ein kontrollierender und Autonomie einschränkender Erziehungsstil mit Angststörungen assoziiert ist. Die wenigen vorliegenden Längsschnittstudien zur Richtung des Zusammenhangs sind allerdings uneinheitlich (Wood et al., 2003). Es ist bislang unklar, ob die elterliche Kontrolle als Antwort auf die Angst des Kindes oder/und als Ergebnis eigener Ängste der Eltern zu verstehen ist (Bögels, Bamelis & van der Bruggen, 2008). Zukünftige Forschungsarbeiten müssen dies näher untersuchen. Des Weiteren muss der mögliche Zusammenhang zwischen einem kontrollierenden Erziehungsstil und einer spezifischen Angsterkrankung noch genauer untersucht werden, auch wenn erste Hinweise für einen spezifischen Zusammenhang mit der Störung mit Trennungsangst vorliegen.

### **1.2.2. Erziehungsverhalten**

Zum Erziehungsverhalten liegen erst wenige Forschungsarbeiten vor. Muris, Steerneman, Merckelbach und Meesters (1996) stellten in ihrer Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Ängstlichkeit eines Kindes und der Häufigkeit von ängstlichem Modellverhalten, über das die Mütter berichteten, fest. Die Autoren definieren dabei ängstliches Modellverhalten als Verstärken und Ermutigen ängstlichen Verhaltens, Löschen oder Bestrafen von Problemlöse- und Bewältigungsstrategien und Beschreiben von Situationen als gefährlich und unbewältigbar. Kinder, die in ihrem Alltag häufig dieser Art von Modellverhalten begegnen, lernen nicht, Probleme effektiv zu lösen oder effektive Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Angst zu entwickeln (Whaley, Pinto & Sigman, 1999). Im Gegensatz dazu können Kinder über den Prozess der Sozialen Rückversicherung ängstliches Verhalten in bedrohlichen Situationen erlernen. Soziale Rückversicherung ist ein Beispiel dafür, wie Eltern den Umgang ihrer Kinder mit Emotionen in bestimmten, zum Beispiel bedrohlichen Situationen, auf verschiedene Art und Weise fördern. Sie coachen,

verstärken und fungieren als Modell für die Emotionsregulation (Thompson, 2001). Soziale Rückversicherung wird dabei definiert als Prozess des Verwendens emotionaler Information oder Botschaften anderer Personen in einer unsicheren Situation, um zu einer eigenen Einschätzung und zum Verständnis der Situation zu gelangen (Sorce, Emde, Campos & Klinnert, 1985). Kinder erwerben in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahrs die Fähigkeit, den Gesichtsausdruck der Mutter zu überprüfen und eigenes Verhalten aufgrund emotionaler Hinweise zu steuern (Sorce et al. 1985). Mittlerweile liegen umfangreiche Befunde zur Sozialen Rückversicherung vor, die zeigen, dass Kinder ihr Verhalten in bedrohlichen Situationen regulieren, in dem sie sich nonverbal durch Blickkontakt zur Bezugsperson rückversichern (z.B. Sorce et al., 1985; Vaish & Striano, 2004). Einige Befunde, die sich mit den Bedingungen beschäftigen, unter welchen Soziale Rückversicherungsprozesse stattfinden können in Bezug auf die Entwicklung von ängstlichem Verhalten von besonderem Interesse sein (Murray et al., in Druck). Beispielsweise scheint der Einfluss der Reaktion der Bezugsperson besonders stark in ambivalenten Situationen zu sein (Gunnar & Stone, 1984). Negative Reaktionen der Bezugsperson und insbesondere ängstliche Reaktionen scheinen besonders festigend zu wirken (Moses, Baldwin, Rosicky & Tidball, 2001). Außerdem scheint vor allem die Mutter wichtige Informationsquelle für die Verhaltensregulierung in Trennungssituationen zu sein (Feiring, Lewis & Starr, 1984). Die Weitergabe von ängstlichem Verhalten kann dabei folgende drei verschiedene Mechanismen beinhalten.

- Zunächst scheint die Beobachtung der elterlichen Reaktion auf eine bestimmte Situation durch das Kind entscheidend. Dieser Beobachtungsprozess wird in der Literatur zur Sozialen Rückversicherung oft als indirekter Effekt bezeichnet (z.B. Feinman & Lewis, 1983).
- Ein weiterer Aspekt ist das anschließende Imitieren des elterlichen Verhaltens oder Affekts durch das Kind (z.B. Muris, Steerneman, Meckelbach & Meesters, 1996; Gerull & Rapee, 2002).
- Ein anderer Prozess betrifft die elterliche, direkt an das Kind gerichtete Kommunikation bzgl. der Situation und der darauf folgende elterliche Umgang mit der kindlichen Reaktion. Beispielsweise kann ein Elternteil das Kind ermutigen, die Situation auszuhalten und dadurch die Autonomie und Selbstwirksamkeitserwartung des Kindes fördern (z.B. Hornick & Gunnar, 1988). Eine andere mögliche elterliche Reaktion ist das Herausnehmen des Kindes aus der beängstigenden Situation, wodurch die Befürchtungen des Kindes verstärkt und aufrechterhalten werden (z.B. Nachmias, Gunnar, Mangelsdirf, Parritz & Buss, 1996; Rubin, Hastings, Stewart, Henderson & Chen, 1997).

Einige sehr aktuelle Forschungsarbeiten untersuchten vor allem an Kleinkindern, wie diese ängstliches Verhalten in Reaktion auf einen unbekanntem Stimulus aufgrund des negativen Ausdrucks einer anderen Person, in der Regel der Mutter, erwerben. Gerull & Rapee (2002) beschäftigten sich mit dem Verhalten 15 bis 20 Monate alter Kleinkinder, nachdem die Mutter eine ängstlich/angeekelt bzw. glücklich/ermutigende Reaktion auf ein bedrohliches Spielzeug gezeigt hatte. Die Kinder reagierten ängstlich und vermeidend auf das Spielzeug, das mit ängstlichem und angeekeltem mütterlichen Verhalten gekoppelt worden war. Murray und Kollegen (in Druck) untersuchten in einer prospektiven Längsschnittstudie die Interaktion von Kleinkindern sozialphobischer Mütter (n=79) und Kleinkindern nicht-ängstlicher Mütter (n=77) mit einer fremden Erwachsenen im 10. und 14. Lebensmonat. Zu beiden Messzeitpunkten interagierte eine Fremde zunächst mit der Mutter und anschließend mit dem Kind. Kinder von Müttern mit Sozialer Phobie zeigten über beide Messzeitpunkte hinweg eine zunehmende Vermeidung der Fremden, insbesondere wenn sie selbst Behavioral Inhibition aufwiesen. Für die Jungen wurde außerdem ein Zusammenhang zwischen mütterlicher Sozialer Phobie und zunehmend ängstlicher Reaktion des Kindes auf die Fremde deutlich. Kindliche Vermeidung konnte durch den Ausdruck mütterlicher Angst und ein niedriges Niveau an Ermutigungen mit der Fremden zu interagieren vorhergesagt werden. De Rosnay und Kollegen (2005) überprüften an einer Stichprobe von 24 Kleinkindern zwischen 12 und 14 Monaten, ob der indirekte Ausdruck von mütterlicher sozialer Angst einen Einfluss auf die Interaktion des Kindes mit einem Fremden hatte. Die Ergebnisse zeigten eindrücklich, dass das Verhalten der Kinder nach der Beobachtung einer normalen Interaktion zwischen ihrer Mutter und einem Fremden im Vergleich zum Verhalten nach einer sozial ängstlichen Interaktion zwischen ihrer Mutter und einem Fremden ängstlicher und vermeidender gegenüber dem Fremden war. Eine Studie von Dubi und Kollegen (in press) fand stärkere Angst und Vermeidung von 71 Kleinkindern sowohl auf einen angstrelevanten als auch auf einen nicht-angstrelevanten Reiz nachdem die Mutter eine negative Reaktion gezeigt hatte. Alle aufgeführten Studien zur nonverbalen Rückversicherung geben Müttern ein bestimmtes Verhaltensskript vor bzw. arbeiten mit Stimmungsinduktion. Forschungsarbeiten, die das natürliche und spontane Verhalten von Kindern und Müttern untersuchen, fehlen noch. Des Weiteren sind Studien zur sozialen Rückversicherung von älteren Kindern bislang selten (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007). Erste Hinweise liegen jedoch vor, dass Stimmung und negatives Verhalten der Mutter eine frühe Angstentwicklung bei Kindern beeinflussen können und somit ein Zusammenhang zwischen der Ängstlichkeit der Mutter und der des Kindes bestehen kann.

### **1.2.3. Exkurs: Zur Rolle des Vaters bei der Weitergabe von ängstlichem Verhalten**

Die meisten Beobachtungsstudien zum Zusammenhang zwischen Erziehungsverhalten und Erziehungsstil schließen Väter nicht mit ein, sondern beschränken sich auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind (Field, Cartwright-Hatton, Reynolds & Creswell, 2008; Bögels, Bamelis & van der Bruggen, 2008). Dabei scheint den Vätern eine entscheidende Rolle zuzukommen. So haben beispielsweise Längsschnittstudien verdeutlicht, dass die Nähe zum Vater und die väterliche Unterstützung von Jugendlichen ein Prädiktor für weniger Ängstlichkeit im Jugend- und im jungen Erwachsenenalter darstellt. Bögels und Kolleginnen (2008) fanden, dass Väter mit Angststörungen im Vergleich zu Müttern in Diskussionen dominierten, was wiederum mit höherer Kontrolle über das Kind assoziiert war. Neben diesem direkten Weg können Väter möglicherweise auch über ihre Unterstützung der Mutter positiv auf das Erziehungsverhalten der Mutter und somit indirekt auf die kindliche Angst Einfluss nehmen (Bögels & Phares, in Druck; zitiert nach Bögels, Bamelis & van der Bruggen, 2008). Eine Studie, die ausschließlich die Vater-Kind-Interaktion untersuchte, zeigte einen stärker kontrollierenden Erziehungsstil von Vätern von Kindern mit Sozialen Ängsten als von Vätern gesunder Kinder (Greco & Morris, 2002). Die Studie von Hudson und Rapee (2004) fand hingegen, dass Mütter aber nicht Väter von Kindern mit Angststörungen einen stärker kontrollierenden Erziehungsstil aufwiesen als die Mütter von nicht-ängstlichen Kindern. Zukünftige Forschungsarbeiten müssen demnach genauer untersuchen, welchen Einfluss Väter und das Zusammenspiel von Mutter und Vater auf eine Angsterkrankung des Kindes haben.

## **2. Herleitung der Fragestellung und der Hypothesen**

Wie im vorangehenden Kapitel ausgeführt gibt es ätiologische Studien zu Angsterkrankungen bei Kindern, welche die Eltern-Kind-Interaktion, in der Regel die Interaktion zwischen Mutter und Kind, mittels Verhaltensbeobachtung untersuchen. Die meisten dieser Studien betrachten in einer neutralen oder allgemein bedrohlichen Situation elterliche Variablen, die den direkten Umgang mit den Kindern betreffen, den Erziehungsstil (de Rosnay, Cooper, Tsigaras & Murray, 2005). Eine weitere Möglichkeit der Weitergabe von ängstlichem Verhalten ist das Modelllernen oder die Soziale Rückversicherung (Rapee, 2001). Kinder beobachten, wie sich ihre Eltern in einer spezifischen Situation verhalten und erlernen so über Prozesse der sozialen Rückversicherung und des Modelllernens, ihre eigenen Emotionen zu regulieren (Morris et al., 2007). Die Ergebnisse der Studien, die dies für die Angsterkrankungen genauer betrachten, zeigen, dass Kinder ihr Verhalten modifizieren, je nach dem wie sich die Mutter

einem bedrohlichem Gegenstand oder einer Person gegenüber verhält (Gerull & Rapee, 2002; de Rosnay et al., 2005, Murray et al., in Druck). Die vorliegende Studie möchte Mechanismen, die bei der nonverbalen Rückversicherung auftreten, in Familien von Kindern mit Trennungsangst untersuchen. Anders als in bisherigen Studien soll der Vater miteinbezogen und nicht nur die dyadische Mutter-Kind-Interaktion, sondern die familiäre Interaktion in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation erhoben werden. Diese Studie möchte die Eltern-Kind-Interaktion in einer natürlichen Situation beobachten, die einen affektiven Zustand hervorruft. Bisherige Untersuchungen zum Erwerb von ängstlichem Verhalten arbeiten mit standardisierter Stimmungsinduktion, die allerdings nur bedingt ökologisch valide ist. Eine Übersicht über die Studie und ihre Fragestellungen ist in den Tabellen 3 und 4 dargestellt.

Tabelle 3

*Übersicht über die Vorstudien und ihre Fragestellungen*

<b>Vorstudien</b>
<b>Entwicklung einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation</b>
I Überprüfung einer trennungsangstspezifisch bedrohlichen Situation und mehrerer allgemein bedrohlicher Situationen; gesunde Stichprobe
II Überprüfung einer trennungsangstspezifisch bedrohlichen Situation und mehrerer allgemein bedrohlicher Situationen; Trennungsangstgruppe
III Überprüfung einer veränderten trennungsangstspezifisch bedrohlichen Situation; Trennungsangstgruppe
<b>Überprüfung der Einschlusskriterien</b>
Trennungsangstgruppe: Für welche Familien ist die Situation störungsspezifisch bedrohlich und/oder ähnlich zu Alltagssituationen?
Klinische – und gesunde Kontrollgruppe: Für welche Familien ist die Situation ähnlich zu Alltagssituationen?

In einer ersten Vorstudie wurde eine störungsspezifisch bedrohliche Situation unter Berücksichtigung ethischer Aspekte entwickelt. Eine weitere Vorstudie beinhaltete die Überprüfung der Einschlusskriterien, so dass die Familien identifiziert werden konnten, für die diese Situation valide war. In der Hauptstudie wurde zunächst die Validität der störungsspezifisch bedrohlichen Situation für die Stichprobe überprüft. Mittels Selbstberichtsverfahren wurde zum einen der Verlauf der State-Angst und zum anderen die

Ähnlichkeit der Situation mit Alltagssituationen erhoben. Es wurde erfasst, wie viele Familien sich trennen konnten und wie lange sie dafür brauchten.

Tabelle 4

*Übersicht über die Hauptstudie und ihre Fragestellungen*

<b>Hauptstudie</b>
<b>Überprüfung der Validität der störungsspezifisch bedrohlichen Situation für die Stichprobe</b>
<i>Angststatefragebogen</i>
Wie verläuft die State-Angst der Familienmitglieder in der störungsspezifisch bedrohlichen Situation?
<i>Validierungsfragebogen</i>
Wie ähnlich nehmen die Familien die Situation im Vergleich mit Alltagssituationen wahr?
<i>Trennung</i>
Wie viele Familien können sich nicht trennen?
<i>Dauer Abschied</i>
Wie lange dauert der Abschied?
<b>Eltern-Kind-Interaktion</b>
<i>Nonverbale und verbale Rückversicherung</i>
Wie viele Mütter, Väter und Kinder mit Trennungsangst zeigen in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation nonverbale oder verbale Rückversicherung?
Wie häufig und wie lange zeigen diese Mütter, Väter und Kinder mit Trennungsangst nonverbale oder verbale Rückversicherung?
<i>Emotionales Coaching</i>
Wie viele Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst versuchen, ihr Kind in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation emotional zu coachen?
Wie häufig und wie lange versuchen diese Mütter und Väter ihr Kind emotional zu coachen?
<i>Affekt: State-Angst</i>
Zeigen Mütter, Väter und Kinder mit Trennungsangst in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation State-Angst?

Die primäre Fragestellung war, wie sich Eltern und Kind mit Trennungsangst in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation verhalten. Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Forschung zur Sozialen Rückversicherung und dem Modelllernen von ängstlichem Verhalten wurde ein Ratingsystem entwickelt, mit Hilfe dessen die Eltern-Kind-Interaktion analysiert wurde. Zunächst wurde beobachtet, ob die Familienmitglieder zueinander Blickkontakt suchten. Wenn dies der Fall war, wurde genauer untersucht, wie häufig und wie

lange der Blickkontakt auftrat. Außerdem wurde erhoben, ob die Familienmitglieder sich verbal rückversicherten. Eine weitere Frage betraf die elterliche Reaktion auf das Kind. Hier wurde untersucht, ob die Eltern versuchten, ihr Kind emotional zu coachen. Um Aussagen über das Imitieren des Affekts machen zu können, wurde zudem nicht nur erhoben, welcher Affekt bei den Kindern zu sehen war, sondern auch welchen Affekt die Eltern zeigten.

Zur Untersuchung störungsspezifischer Merkmale der Eltern-Kind-Interaktion sollen die Familien von Kindern mit Trennungsangst (Trennungsangstgruppe; TA) in Bezug auf alle Variablen mit zwei Kontrollgruppen verglichen werden, einer Gruppe von Kindern mit anderen Angsterkrankungen (Klinische Kontrollgruppe; KK) und einer Gruppe gesunder Kinder (Gesunde Kontrollgruppe; GK). Aufgrund der oben angeführten Studien und theoretischer Überlegungen können folgende gerichtete Hypothesen aufgestellt werden. Diese sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5

*Hypothesen der Hauptstudie zur Eltern-Kind-Interaktion*

<b>Verhaltenscodes</b>
<p><i>Nonverbale und verbale Rückversicherung</i></p> <p>Kinder mit Trennungsangst und deren Mütter und Väter zeigen in einer Trennungssituation häufiger und länger nonverbale Rückversicherung oder verbale Rückversicherung als Kinder mit einer anderen Angststörung und deren Eltern sowie gesunde Kinder und deren Eltern.</p> <p><i>Emotionales Coaching</i></p> <p>Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst zeigen in einer Trennungssituation häufiger und länger Emotionales Coaching als Eltern von Kindern mit einer anderen Angststörung und Eltern gesunder Kinder.</p>
<b>Affekt: State-Angst</b>
<p>Neben den Kindern mit Trennungsangst zeigen auch deren Mütter und Väter in einer Trennungssituation eine größere State-Angst als Kinder mit einer anderen Angststörung und deren Eltern, sowie gesunde Kinder und deren Eltern.</p>

### 3. Methode

#### 3.1. Vorstudien zur Entwicklung einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation

##### 3.1.1. Vorüberlegungen

Ziel der vorliegenden Teilstudie ist es, ähnlich wie ein *Behavioral Avoidance Test*, die Eltern-Kind-Interaktion standardisiert in einer für Kinder mit Trennungsangst und deren Eltern störungsspezifisch bedrohlichen Situation zu erfassen. Dabei muss aus ethischer Perspektive versucht werden, folgende Balance zu finden: Kinder auf eine sichere Art und Weise einem bedrohlichen Reiz in einer sicheren Umgebung auszusetzen und trotzdem eine hohe externe Validität zu erzielen. Um die externe oder ökologische Validität der beobachteten Situation zu erhöhen, soll daher die im Labor entwickelte Situation anderen alltäglichen Trennungssituationen gleichen. Aufgrund von ethischen Überlegungen soll zudem das Ausmaß an Angst, das durch die Situation ausgelöst wird, von geringer bis mittlerer Intensität sein. Außerdem muss gewährleistet werden, dass die Angst nach der Untersuchung wieder abfällt. Die zentrale Befürchtung von Kindern mit Trennungsangst ist, von den Eltern getrennt zu werden. Sie erleben daher die Ankündigung einer bevorstehenden Trennung oder den Moment des Abschieds als bedrohlich (Schneider & In-Albon, 2004). Die Verhaltensbeobachtung in der störungsspezifisch bedrohlichen Situation soll deshalb stattfinden, wenn die Eltern versuchen, ihr Kind zu verlassen. Da die Intensität der Angst für Kinder mit Trennungsangst bezüglich Distanz und Dauer der Trennung variiert, wurden in mehreren Pilotstudien verschiedene Situationen untersucht. Deren Ergebnisse werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Vorüberlegungen waren die ethischen Gesichtspunkte, die besonders bei Verhaltensbeobachtungsverfahren berücksichtigt werden müssen. In Anlehnung an Bussell (1994) wurden die Punkte Vertraulichkeit und Studienabbruch zu jedem Untersuchungszeitpunkt ohne Nennung von Gründen in die schriftliche Information- und Einverständniserklärung aufgenommen, die im Abschnitt *Ablauf der Untersuchung* vorgestellt wurde. Außerdem wurde ein Debriefing entwickelt, das in Anlehnung an die APA (2002) das Ziel verfolgte, die teilnehmenden Familien nach der Verhaltensbeobachtung so aufzuklären, dass die Untersuchung keine Nebeneffekte auslöst. Das Debriefing ist im Abschnitt *Beobachtete Situation* genau beschrieben.

##### 3.1.2. Ergebnisse

Insgesamt wurden drei Vorstudien durchgeführt, die unterschiedliche Ziele verfolgten. Zunächst beinhaltete die Fragestellung zusätzlich zu den vorangehend beschriebenen den Vergleich der Eltern-Kind-Interaktion in Familien von Kindern mit Trennungsangst in einer

störungsspezifisch bedrohlichen Situation mit der Eltern-Kind-Interaktion in Familien von Kindern mit anderen Angsterkrankungen und Familien gesunder Kinder in einer allgemein bedrohlichen Situation. In der ersten Vorstudie sollte daher eine Instruktion für eine trennungsangstspezifisch bedrohliche Situation mit gesunden Kindern und deren Müttern erprobt und eine für alle Kinder bedrohliche Situation entwickelt werden. An dieser Pilotstudie nahmen sieben Kinder und deren Mütter teil. Die Familien waren durch eine Lehrerin auf die Studie aufmerksam geworden und hatten sich freiwillig zur Teilnahme bereit erklärt. Zunächst füllten Mutter und Kind den Angststatefragebogen, der im Abschnitt *Messinstrumente zur Gewährleistung der Validität - Angststatefragebogen* vorgestellt wird, aus. Danach wurde das Kind gebeten, mit der Therapeutin alleine zu bleiben, während die Mutter den Raum verließ. Dann schätzten beide ihre aktuellen Angstsymptome während der Trennung mit dem Angststatefragebogen ein. Dies taten sie erneut, nachdem die Therapeutin die Mutter wieder in den Raum geholt hatte und Mutter und Kind vereint waren. Die Ergebnisse zeigten für die Mütter und die Kinder ein ähnliches Muster im Angststateverlauf. Die Angstintensität war vor der Trennung zum Praemesszeitpunkt niedrig, bei den Müttern durchschnittlich  $M = 1.5^1$  ( $SD = 1.02$ ), bei den Kindern  $M = 1.1$  ( $SD = .93$ ). Vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt nahm die Angst sowohl bei den Müttern ( $M = -.4^2$ ;  $SD = .47$ ) als auch bei den Kindern ( $M = -.76$ ;  $SD = .65$ ) ab. Die Angst ging des Weiteren vom Zwischen- zum Postmesszeitpunkt sowohl für die Mütter ( $M = -.07$ ;  $SD = .23$ ) als auch für die Kinder ( $M = -.22$ ;  $SD = .23$ ) zurück.

Zur Entwicklung einer allgemein bedrohlichen Situation wurden vier Aufgaben herangezogen, die sozial – und/oder leistungsbedrohliche Elemente enthielten. Aufgabe 1 wurde dem Kind als Gedächtnisaufgabe vorgestellt. Es wurde gebeten, sich an den Vortag zu erinnern und möglichst genau und frei seinen Tagesablauf zu schildern. Die Aufnahme der Präsentation werde anschließend von zwei Psychologinnen angeschaut und bewertet. Aufgabe 2 bestand aus einer unlösbaren Knobelaufgabe. Über ein brisantes Konfliktthema zu diskutieren war die dritte Aufgabe. Aufgabe 4 bestand darin, unter Zeitdruck ein schwieriges Puzzle fertig zu stellen. Die Mutter wurde bei jeder Aufgabe instruiert, dem Kind nur dann zu helfen, wenn es nicht mehr weiter komme. Mutter und Kind schätzten nach jeder dieser vier Aufgaben mit dem Angststatefragebogen ein, wie stark die körperlichen Symptome der Angst während der Aufgabe waren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 aufgelistet. Auch hier gleichen sich die Ergebnisse von Müttern und Kinder. Generell war die Angstintensität für alle Aufgaben niedrig. Die Mütter und die Kinder zeigten bei der Gedächtnisaufgabe die höchste

---

<sup>1</sup> 0=überhaupt keine Angst; 10=sehr starke Angst

<sup>2</sup> Dies ist der Mittelwert der Differenz der State-Angst zum Zwischenmesszeitpunkt und der State-Angst zum Praemesszeitpunkt. Negative Werte bedeuten einen Angstabfall, positive einen Angstanstieg.

State-Angst, gefolgt von der Diskussion, der Knobelaufgabe und der Puzzleaufgabe. Für die zweite Pilotstudie wurde daher die Gedächtnisaufgabe ausgewählt. Die Arbeit untersuchte, wie Kinder mit Trennungsangst und deren Familien auf die Gedächtnisaufgabe und die Trennungsaufgabe der ersten Pilotstudie reagieren.

Tabelle 6  
*Ergebnisse Angststatefragebogen Pilotstudie 1*

<b>Aufgabe</b>	<b>Kind</b>			<b>Mutter</b>			<b>Vater</b>		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	[ <i>N</i> ]	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	[ <i>N</i> ]	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	[ <i>N</i> ]
Gedächtnis	1.16	(.99)	[7]	1.64	(1.19)	[7]	-	(-)	[0]
Diskussion	.91	(1.26)	[7]	1.23	(1.75)	[7]	-	(-)	[0]
Puzzle	.38	(.46)	[7]	.53	(.60)	[7]			
Knobeln	.77	(.67)	[7]	.87	(.64)	[7]			

*Anmerkung.* *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobenumfang.

An der zweiten Pilotstudie nahmen 8 Familien mit einem Kind mit Trennungsangst teil. Informationen zur Rekrutierung dieser Familien können dem Abschnitt *Rekrutierung* im übergeordneten Theorieteil entnommen werden. Zunächst füllten Vater, Mutter und Kind den Angststatefragebogen aus. Danach wurde das Kind gebeten, mit der Therapeutin alleine zu bleiben, während die Eltern den Raum verließen. Dann schätzte jedes Familienmitglied seine aktuellen Angstsymptome während der Trennung mit dem Angststatefragebogen ein. Dies wurde wiederholt, nachdem die Therapeutin die Eltern in den Raum zurückgeholt hatte. Der Angstanstieg wurde durch die Differenz der State-Angst zum Messzeitpunkt *während der Trennung* und der State-Angst zum Messzeitpunkt *vor der Trennung* berechnet. In Anschluss an diese erste Trennungsaufgabe wurde die Gedächtnisaufgabe aus der ersten Pilotstudie mit den Familien durchgeführt. In Anschluss daran schätzte jedes Familienmitglied retrospektiv mit dem Angststatefragebogen die State-Angst während der Gedächtnisaufgabe ein. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7

*Ergebnisse Angststatefragebogen Pilotstudie 2*

<b>Aufgabe</b>	<b>Kind</b>			<b>Mutter</b>			<b>Vater</b>		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>[N]</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>[N]</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>[N]</i>
Trennung	.13	(.29)	[8]	-.36	(1)	[8]	-.07	(.27)	[7]
Gedächtnis	.52	(.96)	[8]	.33	(.47)	[8]	.14	(.26)	[7]

*Anmerkung.* *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobenumfang. Für die Aufgabe Trennung bedeuten negative Werte einen Angstabfall, positive einen Angstanstieg. Für die Interpretation des Mittelwerts der Aufgabe Gedächtnis ist der Range (0=garnicht ängstlich; 10=sehr ängstlich) hilfreich.

Es wird deutlich, dass weder die Trennungssituation noch die Gedächtnisaufgabe angstausslösend war. Aufgrund dieser Ergebnisse sowie regem Austausch mit internationalen Experten wie beispielsweise Kurt Hahlweg oder Edna Foa wurden nach reiflicher Überlegung zwei Konsequenzen gezogen. Zum einen wurde der Plan, eine allgemein bedrohliche Situation innerhalb dieser Studie zu entwickeln, fallen gelassen. Zum anderen wurde die Instruktion für die Trennungssituation dahingehend verschärft, dass die Therapeutin mit den Eltern den Raum verlassen sollte und das Kind weder genau weiß, wohin die Eltern gehen, noch wie lange sie weg bleiben. Die Ergebnisse der dritten Pilotstudie, die diese Instruktion an fünf Familien von Kindern mit Trennungsangst untersuchte, können Tabelle 8 entnommen werden. Auffällig ist der Angstanstieg der Mütter vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt. Die State-Angst der Kinder stieg ebenfalls während der Trennung an. Diese Instruktion wurde daher für die Hauptuntersuchung ausgewählt. Sie wird im nächsten Abschnitt ausführlich vorgestellt.

Tabelle 8

*Ergebnisse Angststatefragebogen Pilotstudie 3 Trennungsaufgabe „ganz allein“*

<b>Aufgabe „ganz allein“</b>	<b>Kind</b>			<b>Mutter</b>			<b>Vater</b>		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>[N]</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>[N]</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>[N]</i>
Zwischenmessung -Praemessung	.20	(6.5)	[5]	.60	(2.97)	[5]	-	(-)	[0]
Postmessung - Zwischenmessung	-2.60	(6.31)	[5]	-2.40	(2.07)	[5]	-	(-)	[0]

*Anmerkung.* *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobenumfang. Negative Werte bedeuten einen Angstabfall, positive einen Angstanstieg.

### 3.2. Ablauf der Beobachtungssituation

Im Folgenden wird der Ablauf der Verhaltensbeobachtung erläutert. Im Erstgespräch begrüßt die Versuchsleiterin die Familie kurz und informiert über den Ablauf des Gesprächs. Sie erklärt, dass zunächst einige Aufgaben durchgeführt werden, bevor die Eltern und das Kind ausreichend Zeit zur Schilderung ihres Anliegens haben. Manche Aufgaben mache sie mit dem Kind alleine, andere nur mit den Eltern, zudem seien Aufgaben für die gesamte Familie dabei. Die Therapeutin weist die Familie dann erneut auf das Recht hin, die Studie jederzeit ohne Nennung von Gründen abzubrechen. Außerdem klärt sie die Familie über die beiden Videokameras hinter der Einwegscheibe auf. Sie legt den vertraulichen Umgang mit den erhobenen Daten offen und bittet die Eltern und das Kind, die Einverständniserklärung zur Aufnahme auf Video zu unterschreiben. Dann verlässt sie den Raum und schaltet die Videoanlage ein. In Anschluss daran wird jedes Familienmitglied instruiert, den Angststatefragebogen, der im Abschnitt *Messinstrumente zur Gewährleistung der Validität - Angststatefragebogen* beschrieben wird, auszufüllen. Die Versuchsleiterin bittet dann das Kind auf folgende Art und Weise an einer Aufgabe teilzunehmen.

#### Instruktion

*„Nun möchte ich Dich, XX (Name des Kindes), um etwas bitten, wovon ich weiß, dass viele Kinder Angst davor haben. Ich weiß nicht, wie das bei Dir ist. Du sollst hier alleine bleiben, während ich mit Deinen Eltern zur Bearbeitung einer Aufgabe in ein anderes Gebäude gehe. Bitte fülle erneut dieses Blatt (Zwischenmessung Angststatefragebogen) aus und beschreibe, wie es Dir geht, wenn Du alleine bist.“*

Dann erhebt sich die Versuchsleiterin und wendet sich der Tür zu. Sie bleibt während der Eltern-Kind-Interaktion im Hintergrund und schließt die Tür, wenn die Eltern den Raum verlassen haben. Zeigt eine Familie Schwierigkeiten bei der Trennung, ermutigt die Versuchsleiterin die Eltern einmal, nochmals zu versuchen, sich von ihrem Kind zu verabschieden und den Raum zu verlassen. Wenn die Familie sich nach drei Minuten nicht trennen kann, unterbricht die Versuchsleiterin die Aufgabe und fährt direkt mit dem Debriefing fort. Nach dem Verlassen des Raumes bittet die Versuchsleiterin die Eltern, im Warteraum Platz zu nehmen und mit dem Angststatefragebogen anzugeben, wie sich die Eltern während der Trennung von ihrem Kind fühlen. Sie selbst geht in den Therapieraum zum Kind zurück. Dort lobt sie das Kind für seinen Mut und hilft ihm falls nötig beim Ausfüllen des Angststatefragebogens. Im Anschluss daran bearbeitet sie mit dem Kind eine

andere Aufgabe, bevor sie die Eltern wieder in den Therapieraum bittet. Nach dem die Familienmitglieder erneut den Angststatefragebogen ausgefüllt haben, führt die Versuchsleiterin ein Debriefing durch. Sie lobt das Kind nochmals in Beisein der Eltern und erklärt den Hintergrund der Aufgabe. Durch die Beobachtung der Trennungssituation bekommt sie wichtige Informationen für die Therapie des Kindes und/oder allgemein für die Behandlung von Kindern mit Trennungsangst. Die Familie füllt dann den Validierungsfragebogen aus, der im Abschnitt *Messinstrumente zur Gewährleistung der Validität - Validierungsfragebogen* dargestellt wird.

### **3.3. Erhebungsinstrumente**

#### **3.3.1. Messinstrumente zur Gewährleistung der Validität**

Die Validität in Beobachtungsstudien ist von großer Bedeutung, wird aber oft vernachlässigt (Gardner, 2000). Die vorliegende Studie trägt dem Rechnung und erfasst die Validität auf zwei Ebenen. Auf der subjektiven Ebene wurden zwei Selbstberichtsinstrumente eingesetzt, um die Validität der beobachteten Situation zu überprüfen: der Angststatefragebogen und der Validierungsfragebogen. Beide werden im folgenden Abschnitt vorgestellt. Im Rahmen der Videoauswertung durch unabhängige Raterinnen wurde durch die Validierungscodes Trennung und Dauer Abschied die Validität zusätzlich auf einer objektiven Ebene erfasst. Dies ist im Abschnitt *Kodiersystem* ausführlich beschrieben.

Der Angststatefragebogen wurde zu drei verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzt: vor, während und nach der Trennung. Mit ihm wird die State-Angst anhand von sechs Items, die den häufigsten körperlichen Symptomen von Angst im Jugendalter entsprechen (Schneider & Hensdiek, 2003), erhoben: Angst, Aufregung, Herzklopfen, Schwitzen, Zittern und komisches Gefühl im Bauch. Die Items werden von der Mutter, dem Vater und dem Kind auf einer 10-stufigen Ratingskala (0 = überhaupt nicht; 10 = sehr stark) eingeschätzt. Für die Auswertung wird ein Mittelwert über alle Items hinweg berechnet.

Der Validierungsfragebogen erhebt, wie die Eltern und das Kind die Trennungssituation im Institut verglichen mit den Trennungssituationen, die sie zu Hause im Alltag erleben, wahrnehmen. Der Fragebogen besteht aus drei verschiedenen Items zu den äußerlichen Rahmenbedingungen, zum Verhalten des Kindes und zum Verhalten der Eltern. Die Einschätzung der Items durch die Eltern und das Kind erfolgt mit einer 10-stufigen Ratingskala (0 = sehr unähnlich; 10 = sehr ähnlich). Für die Analysen wird ein Mittelwert gebildet.

### 3.3.2. Kodiersystem

In diesem Abschnitt wird zunächst das verwendete Kodiersystem im Überblick vorgestellt. In Anschluss daran werden die einzelnen Codes näher erläutert. Dann werden der Verlauf des Kodierens und die konkrete Durchführung der Videoauswertung ausgeführt, bevor am Ende des Abschnitts die Ergebnisse der Interraterreliabilitäten berichtet werden.

Das in dieser Teilstudie verwendete Kodiersystem basiert auf theoretischen und empirisch überprüften Erkenntnissen der Forschungsfelder zur Sozialen Rückversicherung (z.B. Sorce et al., 1985) und zum Modelllernen von ängstlichem Verhalten (z.B. Gerull & Rapee, 2002). Es ist in die zwei Teile Vorstudie und Hauptstudie gegliedert und in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9  
*Das verwendete Kodiersystem*

<b>Validierungscodes</b>
Trennung
Dauer Abschied
<b>Interaktionscodes</b>
Verhaltenscodes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nonverbale Rückversicherung (Mutter, Vater &amp; Kind)</li> <li>• Verbale Rückversicherung (Mutter, Vater &amp; Kind)</li> <li>• Emotionales Coaching (Mutter &amp; Vater)</li> </ul>
Affekt: State-Angst (Mutter, Vater & Kind)

Im Teil Validierungscodes wurde zunächst erhoben, ob eine Trennung möglich ist. Zudem wurde in Sekunden erfasst, wie lange es dauert bis die Eltern sich von ihrem Kind verabschieden. Beginn der Messung war das Ende der Instruktion durch die Versuchsleiterin, das Ende entsprach dem Schließen der Tür. Im Teil Interaktionscodes wurden zum einen die Häufigkeit und die Dauer der folgenden Verhaltenscodes sowie die State-Angst jedes Familienmitglieds erhoben.

- Blickkontakt

Der Blickkontakt des Kindes mit beiden Elternteilen oder jedes Elternteils mit dem Kind wurde mit dem Code Nonverbale Rückversicherung erfasst. Für die Entwicklung dieses Codes wurden die Forschungsarbeiten zur nonverbalen Rückversicherung herangezogen (z.B. Sorce et al. 1985; Feinman et al., 1992).

- Verbale Rückversicherung

Auf der Basis von Forschungsarbeiten zum dyadischen (Bodenmann, 2004) bzw. familiären Coping in Stresssituationen (Bodenmann-Kehl, 1997) wurde der Code Verbale Rückversicherung entwickelt. Damit wurde erhoben, ob sich ein Familienmitglied verbal in Bezug auf die Trennung rückversichert, indem es um genauere Informationen bittet. Dies konnte Fragen zur Trennung z. B. nach dem Ort oder der Dauer beinhalten. Mögliche Kombinationen, die erfasst wurden, waren: das Kind fragt Eltern oder Therapeutin nach zusätzlichen Informationen, die Eltern fragen die Therapeutin.

- Emotionales Coaching

Der Code emotionales Coaching basiert ebenfalls auf Befunden zum dyadischen (Bodenmann, 2004) bzw. familiären Coping in Stresssituationen (Bodenmann-Kehl, 1997). Damit wurde erfasst, ob die Eltern versuchten, ihr Kind auf die Trennung vorzubereiten. Dies konnte Verständnis, Zureden, Trost, Mithilfe bei Umbewertung der Situation, Bereitstellen von Information oder Glaube an das Kind beinhalten.

- State-Angst

Mit dem Code Affekt wurde die State-Angst jedes Familienmitglieds alle 15 Sekunden auf einer sechsstufigen Likertskala (1 = überhaupt nicht ängstlich; 6 = sehr ängstlich) erfasst. Die Angst wurde in Anlehnung an klassische Studien zur nonverbalen Rückversicherung (z.B. Sorce et al. 1985) durch die Kanäle Gesichtsausdruck, Stimme, Körperhaltung und Verhalten operationalisiert. Dabei wurde sowohl berücksichtigt, auf wie vielen Kanälen und in welcher Intensität die Angst gezeigt wurde als auch wie lange dies im Verhältnis zur Gesamtlänge des Videoausschnitts war. Für die Ausprägungen 1 = überhaupt nicht ängstlich, 2 = nicht ängstlich und 3 = eher nicht ängstlich wurden für den Gesichtsausdruck entspannt, lachend, fröhlich, motiviert oder interessiert, für die Stimme fröhlich, aufmunternd, motivierend oder fest und die Körperhaltung offene Arme, vorgebeugt, zugewandt oder locker als Beispiele angeführt. Das Verhalten konnte Folgendes umfassen: Person lacht, scheint glücklich zu sein, ist positiv in die Interaktion eingebunden, macht fröhliche Bemerkungen. Dies wurde in der Intensität sehr starke, starke und leichte Ausprägung, in der Dauer gesamter, überwiegender und kurzer Teil des Videoausschnitts sowie die Anzahl der Kanäle einer oder mehrere eingeschätzt. Für die Ausprägungen 4 = eher ängstlich, 5 = ängstlich und 6 = sehr ängstlich wurden folgende Beispiele definiert. Für den Gesichtsausdruck ängstlich, sorgenvoll, angespannt, besorgt, oder nervös. Die Stimme konnte zitternd, ängstlich oder unsicher sein, die Körperhaltung abwenden, angespannt sein, verschränkte Arme. Das Verhalten konnte Weinen, nervöses Lachen, Zappeln, nervöse Gestik, Brüllen, Schreien, Händereiben, oft auf den Tisch Schauen umfassen. Auch hierfür wurde die Intensität (leichte, starke oder sehr

starke Ausprägung), die Dauer (gesamter, überwiegender und kurzer Teil des Videoausschnitts) und die Anzahl der Kanäle (einer oder mehrere) eingeschätzt.

Der Verlauf des Kodierens sah folgendermaßen aus. Zwei Raterinnen, die nicht über die Fragestellungen dieser Studie informiert waren, kodierten jeweils die Hälfte der Videoausschnitte unter Verwendung des Softwareprogramms Interact 13 (Mangold, 2006). Die Videoaufnahmen wurden während des Abspielens der Videoaufnahme kodiert. Die Dauer des Abschieds wurde dabei folgendermaßen erhoben. Nach der Instruktion wurde eine Taste gedrückt gehalten, bis die Tür ganz geschlossen war. Die Raterin kodierte dann, ob eine Trennung erfolgt war oder nicht. Die Time-Sampling Methode wurde anschließend genutzt, um die State-Angst zu erfassen. Die Angst jedes Familienmitglieds wurde in 15 Sekunden-Intervallen auf der sechsstufigen Ratingskala eingeschätzt. Das Softwareprogramm Interact 13 wurde dafür so programmiert, dass das Videoband nach 15 Sekunden stoppte. Die Raterin schätzte dann die State-Angst für jedes Familienmitglieds ein und fuhr auf diese Art und Weise mit der Auswertung fort bis das gesamte Video geratet war. Für die Verhaltenscodes wurde die Auswertung des Event Samplings verwendet. Durch eine Programmierung wurde jedem Verhalten eine Taste zugeordnet. Die Raterin drückte immer dann die entsprechende Taste, wenn ein Familienmitglied ein Verhalten zeigte, zum Beispiel, wenn das Kind zur Mutter schaute. Sie hielt die Taste so lange gedrückt bis das Verhalten beendet war. Somit konnten zwei Aspekte der Verhaltenscodes, die Häufigkeit und durch Aufsummieren die Gesamtdauer, erfasst werden.

Um die Interraterreliabilität zu berechnen wurden 23 Videoausschnitte (30%) zufällig ausgewählt und von beiden Raterinnen ausgewertet. Die Intra-Class-Koeffizienten lagen zwischen .78 und 1 und sind in den Tabellen 10 und 11 dargestellt.

Tabelle 10  
*Interraterreliabilitäten 1*

<b>Code</b>	<i>Intra-Class-Korrelation</i>
Dauer Abschied	.99
State-Angst Kind	.82
State-Angst Mutter	.85
State-Angst Vater	1

Tabelle 11  
Interraterreliabilitäten 2

Code	Intra-Class-Korrelation	
	Häufigkeit	Dauer
Nonverbale Rückversicherung Kind - Mutter	.88	.93
Nonverbale Rückversicherung Mutter - Kind	.90	.97
Nonverbale Rückversicherung Vater - Kind	.90	.83
Emotionales Coaching Mutter	.95	.78
Emotionales Coaching Vater	.94	.91

### 3.4. Untersucherinnen

Im Folgenden werden die an der Datenerhebung und –auswertung beteiligten Personen aufgelistet und deren Schulungen erläutert. Die für die Schulungen verwendeten Materialien sind dem Anhang dieser Teilstudie zu entnehmen.

#### Versuchsleiterinnen

Sechs klinische Psychologinnen, die die Verhaltensbeobachtung durchführen sollten, nahmen an einem intensiven Training teil. Das Training gliederte sich in einen technischen und einen inhaltlichen Teil und umfasste 15 Stunden. Die Versuchsleiterinnen wurden im technischen Teil mit der komplexen Videoanlage, der standardisierten Einstellung der Kameras, sowie der standardisierten Sitzanordnung vertraut gemacht. Das inhaltliche Training umfasste die standardisierte Durchführung der Instruktion und des Debriefings. Die standardisierte und möglichst wortwörtliche Instruktion musste folgende Elemente beinhalten:

- „eine Aufgabe, die vielen Kindern Angst macht“
- direktes Ansprechen des Kindes mit seinem Namen und „ich weiß nicht, wie es bei dir ist“;
- Unklarheit über die Dauer der Trennung und den genauen Aufenthaltsort der Eltern.

Des Weiteren wurde im Rahmen des Trainings ausführlich und anhand von konkreten Beispielen und Übungen besprochen, wie sich die Versuchsleiterinnen standardisiert verhalten sollen, wenn Nachfragen an sie gerichtet werden, bzw. die Familie sich nicht trennen kann. Zuletzt wurde das standardisierte Debriefing vorgestellt.

#### Raterinnen

Die Auswertung der Videos nahmen zwei Masterstudentinnen vor. Das Training zur Auswertung der Videoausschnitte gliederte sich in die beiden Teile Schulung zur Anwendung des Softwareprogramms Interact 13 und Training zur Auswertung der Videoaufnahmen mit

dem Kodiersystem. Es umfasste insgesamt dreißig Stunden. Während der Schulung zur Anwendung der speziellen Computersoftware wurden die beiden Raterinnen mit dem Auswertungsprogramm vertraut gemacht. Im Rahmen der Schulung zur Auswertung der Videos erfolgte zunächst eine Einführung in das Ratingsystem, in der Ankerbeispiele für jede Stufe der Ratingskalen gezeigt und besprochen sowie erste Tests durchgeführt wurden. Dem schloss sich eine erste Testphase mit zehn Videos an, die beide Raterinnen auswerteten. Es folgte eine ausführliche Nachbesprechung und ein Feedback. Für die Codes Affekt Mutter, Kind und Vater, deren Interraterreliabilität nicht gleich oder höher als  $.7$  war, folgte eine zweite Testphase mit zehn neuen Videos. In Anschluss daran erfolgte eine erneute Nachbesprechung und eine letzte Testphase für den Code Affekt Vater mit zehn weiteren Videos, da die Interraterreliabilität unter  $.7$  lag. Nach dieser Testphase betrug die Interraterreliabilität für diesen Code  $.85$ , sodass das Training beendet werden konnte. Zu keiner Zeit wussten die beiden Raterinnen, zu welcher der Untersuchungsgruppe ein Kind und seine Familie gehörte. Ebenfalls unbekannt waren ihnen die Fragestellung und Hypothese dieser Untersuchung.

### 3.5. Technik

Die Aufnahmen zur Verhaltensbeobachtung der Eltern-Kind-Interaktion wurden in einem Raum mit einer Einwegscheibe gemacht. Die Anordnung ist Abbildung 2 zu entnehmen.

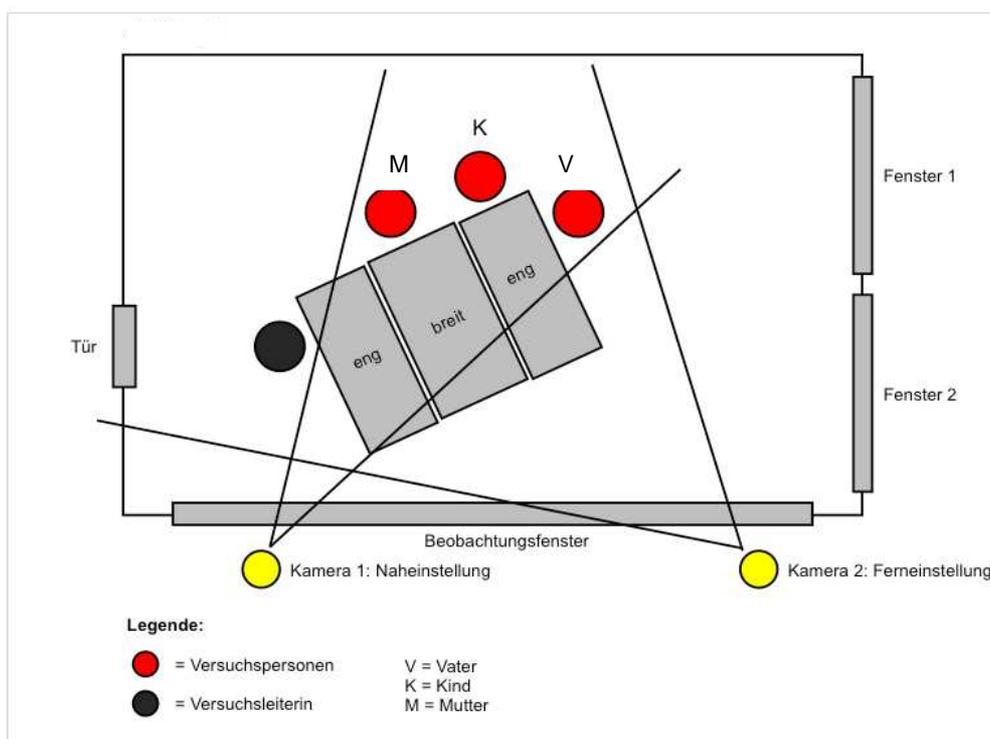


Abbildung 2. Anordnung für die Videoaufnahmen

In dem Raum stand ein großer Tisch, an dem die Therapeutinnen die Familien baten, standardisiert Platz zu nehmen. Hinter der Einwegscheibe befand sich eine fest installierte Videoanlage mit zwei Kameras, einem Videoturm und einem Mischpult. Dank der Verwendung zweier Kameras konnten zwei Bildeinstellungen in der Aufnahme kombiniert werden. Eine Kamera erfasste eine Nahaufnahme der Familie, während die andere Kamera auf den gesamten Raum gerichtet war. So konnte die Interaktion festgehalten werden, selbst wenn sich Familienmitglieder vom Tisch entfernten und Richtung Tür bewegten. Das erhobene Videobild ist Abbildung 3 zu entnehmen.



Abbildung 3. Beispiel für einen Videoausschnitt<sup>3</sup>

#### 4. Datenaufbereitung und statistische Analysen

Die Datenaufbereitung beinhaltete zunächst die Digitalisierung der Videoausschnitte. Zudem wurden mit dem Softwareprogramm Interact 13 folgende Programmierungen realisiert. Für jeden Code wurde eine Tastenzuordnung definiert, die den Ausprägungen des Codes einzelne Tasten zuwies.<sup>4</sup> Die Ergebnisse jedes Codes wurden in speziell angelegte Listendateien gespeichert. Für die Auswertung des Affekts wurde zusätzlich eine Einstellung vorgenommen, die das Videoband in 15-Sekunden-Intervalle unterteilte. Die aufgrund der Auswertung der Videos mit dem Softwareprogramm Interact gewonnen Daten wurden

<sup>3</sup> Die Gesichter der Familienmitglieder wurden absichtlich aus Datenschutzgründen unkenntlich gemacht.

<sup>4</sup> Die verwendeten Tastenzuordnungen sind im Anhang zur Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion beigefügt.

anschließend damit aufbereitet und für die statistischen Analysen ins Standard-Software-Paket SPSS (Version 11.0 für Mac OS X) exportiert. 10% der Daten wurden auf korrekte Eingabe kontrolliert. Da die Fehlerrate geringer als 5% war, wurde auf die Überprüfung aller Daten sowie auf eine doppelte Dateneingabe verzichtet. Die Analyse der Missings wurde getrennt für die Werte der Kinder, der Mütter und Väter durchgeführt. Bei allen Variablen fehlten weniger als 1% der Daten, weswegen eine genauere Betrachtung der fehlenden Werte nicht durchgeführt wurde. Da einzelne grobe Ausreißer die Ergebnisse stark beeinflussen können, wurde im Rahmen der Datenaufbereitung überprüft, ob univariate Ausreißer vorhanden sind. Dafür wurden die Daten mit der Z-Transformation standardisiert und Werte größer als 3 gelöscht. Für die Analyse der Gruppenunterschiede wurden einfaktorielle ANOVAs gerechnet. Zunächst wurden hierfür die Voraussetzungen überprüft. Die Ergebnisse zeigten, dass einige Variablen nicht normalverteilt waren bzw. die Varianzen nicht homogen waren. Lagen schwerwiegende Verletzungen der Voraussetzungen vor, wurde dies bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt. Im Rahmen der ANOVA wurde als erstes ein Globaltest durchgeführt. Wenn die Haupteffekte signifikant waren, wurden Einzelkontraste berechnet. Somit wurden die einzelnen Gruppen miteinander verglichen und damit die A-Priori-Hypothesen über die Art des statistischen Zusammenhangs getestet. Von einer Bonferroni-Korrektur wurde aufgrund der kleinen Stichprobengröße abgesehen, stattdessen wurden die Effektstärken (*Cohen's d*) nach Keppel und Wickens (2001) berechnet. Signifikante Ergebnisse werden wie üblich dargestellt (\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ). Für die Überprüfung der Gruppenunterschiede bezüglich der State-Angst im Rahmen der Vorstudien zur Validierung wurde die Differenz zwischen dem Mittelwert zum Messzeitpunkt während der Trennung und dem Mittelwert zum Messzeitpunkt vor der Trennung hinzugezogen. Die Auswertung der Fähigkeit zur Trennung und die Berechnungen zur Ähnlichkeit der Laborsituation und Alltagssituationen erfolgte rein deskriptiv. Für die Familien, die sich nicht trennen konnten, wurde für die Analyse der Dauer des Abschieds die Abbruchzeit von 180 Sekunden in die Berechnungen aufgenommen.

Als Zusatzanalysen wurde zum einen für den Zusammenhang zwischen der Dauer des Abschieds bzw. der subjektiv berichteten State-Angst des Kindes und den elterlichen Verhaltenscodes Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Um den Einfluss verschiedener Prädiktoren auf die Dauer des Abschieds und die subjektiv berichtete State-Angst des Kindes zu betrachten, wurden zum anderen multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Da die schrittweise Regression am besten als Screening oder Hypothesengenerierende Technik zu verstehen ist (Tabachnick & Fidell, 2001), wurde auf diese Methode zurückgegriffen. Dabei werden bei der Methode „schrittweise rückwärts“ zunächst alle

Prädiktoren in das Modell aufgenommen und dann nacheinander die Prädiktoren ausgeschlossen, die eine signifikante Abnahme der Modellanpassung bedeuten. In dieser Studie wurde als Grenzwert das Signifikanzniveau des F-Werts festgelegt. Schwellenwert für die Elimination einer Variablen war .10. Um die Voraussetzungen für die Regression, die Normalverteilung, Varianzhomogenität und die fehlende Korrelation zwischen den Prädiktoren zu gewährleisten, wurden lediglich die elterlichen Variablen der Dauer und nicht die Häufigkeiten untersucht.

Während der Vorüberlegungen zu den statistischen Analysen dieser und der beiden folgenden Teilstudien wurde auch eine Multivariate Varianzanalyse in Betracht gezogen. Für dieses Verfahren hätte gesprochen, dass die verschiedenen abhängigen Variablen jeder Teilstudie die Eltern-Kind-Interaktion, die familiäre Identifikation bzw. die Familienstruktur als gemeinsames komplexes Merkmal untersuchen und es somit nahe liegen könnte, diese in eine große Analyse zu integrieren. Mehrere separate Einfaktorielle Varianzanalysen hingegen könnten den Anschein erwecken, dass zwischen den abhängigen Variablen kein Zusammenhang besteht. Ein weiterer Vorteil der Multivariaten Varianzanalyse liegt darin, dass die Problematik der Kumulation des  $\alpha$ -Fehlers nicht auftritt. Zwischen den abhängigen Variablen dieser Untersuchung wurden jedoch hohe positive Korrelationen gefunden, was nach Tabachnick und Fidell (2001) die Power der Multivariaten Varianzanalyse stark reduzieren würde. Eine multivariate Analyse mit hoch korrelierenden Variablen sei verschwenderisch und führe oft zu mehrdeutigen Ergebnissen. Am besten geeignet sei ein multivariates Verfahren bei mittleren negativen Korrelationen. Zudem werde es vor allem bei experimentellen Designs mit gleichen Stichprobengrößen verwendet. Aus diesen Gründen wurden in der vorliegenden Arbeit univariate Verfahren herangezogen.

## **5. Ergebnisse**

Zu Beginn dieses Kapitel werden die Ergebnisse der Vorstudie zur Überprüfung der Einschlusskriterien berichtet. Daran schließt sich eine Übersicht über den Ein- und Ausschluss der Familien in die Stichprobe, die Beschreibung der Stichprobe und die Darstellung der Ergebnisse der Hauptstudie, zunächst die der Validitätsuntersuchung und dann die der Eltern-Kind-Interaktion, an. Die Angaben der soziodemographischen Variablen sowie die Beschreibung der psychischen Erkrankungen der Kinder beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von 77 Familien. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird lediglich ein abweichender Stichprobenumfang vermerkt.

### **5.1. Ergebnisse der Vorstudie zur Überprüfung der Einschlusskriterien**

Zur Gewährleistung der Validität der Situation wurden die beiden Verfahren Angststate- und Validierungsfragebogen eingesetzt. Die Familien von Kindern mit Trennungsangst, für die die erhobene Situation valide also störungsspezifisch bedrohlich war, konnten über folgende Kriterien identifiziert werden: Die Familien sollten eine Ähnlichkeit zwischen der Trennungssituation, die sie im Institut für Psychologie erlebten und Alltagstrennungssituationen feststellen. Dies wurde anhand der beiden Messinstrumente folgendermaßen operationalisiert: Um eine möglichst aussagekräftige Situation zu entwickeln sollten die Familien auf dem Validierungsfragebogen mit der Ratingskala von 0 = sehr unähnlich bis 10 = sehr ähnlich einen Wert von größer oder gleich sieben zeigen. Ein anderes Kriterium bezog sich auf den Angststatefragebogen mit der Skala 0 = gar keine Angst bis 10 = sehr starke Angst. Wenigstens ein Familienmitglied sollte eine Zunahme im Angststatefragebogen zum Messzeitpunkt „vor der Trennung“ bis „während der Trennung“ von drei oder mehr Punkten oder einen bereits zum Messzeitpunkt „vor der Trennung“ hohen Wert von mindestens drei zeigen. Für den Studieneinschluss genügte eines der Kriterien. Der Ausschluss erfolgte, wenn eine Familie keines dieser Kriterien erfüllte. Aufgrund dieser Vorgehensweise wurden acht Familien mit einem Kind mit Trennungsangst (17.39%) ausgeschlossen. 82.61% der Familien konnten demnach in die Studie aufgenommen werden. Für die Familien der Klinischen- und der Gesunden Kontrollgruppe sollte die Situation den alltäglichen Situationen ebenfalls möglichst ähnlich sein. Es wurde aber nicht davon ausgegangen, dass sie bedrohlich ist. Daher wurde Familien, die auf dem Validierungsfragebogen einen Wert von größer gleich sieben hatten, aufgenommen. Alle Familien der Klinischen Kontrolle sowie der Gesunden Kontrolle konnten in die Analysen einfließen.

### **5.2. Übersicht über den Ein- und Ausschluss von Familien in die Studie**

In Abbildung 4 ist dargestellt, wie viele Familien in die Studie aufgenommen wurden und wie viele aufgrund unterschiedlicher Kriterien ausgeschlossen wurden. Zunächst wird deutlich, dass 41 Familien, die sich angemeldet hatten, ausgeschlossen wurden, da der Vater nicht an der Studie teilnahm. Weitere vier Familien wurden nicht in die Studie aufgenommen, da sie kein Einverständnis für eine Videoaufnahme gaben. Bei drei Videoaufnahmen war die Bild- bzw. Tonqualität für eine Auswertung nicht ausreichend. Dreimal war die Instruktion fehlerhaft, so dass diese Familien von der Studie ausgeschlossen wurden.

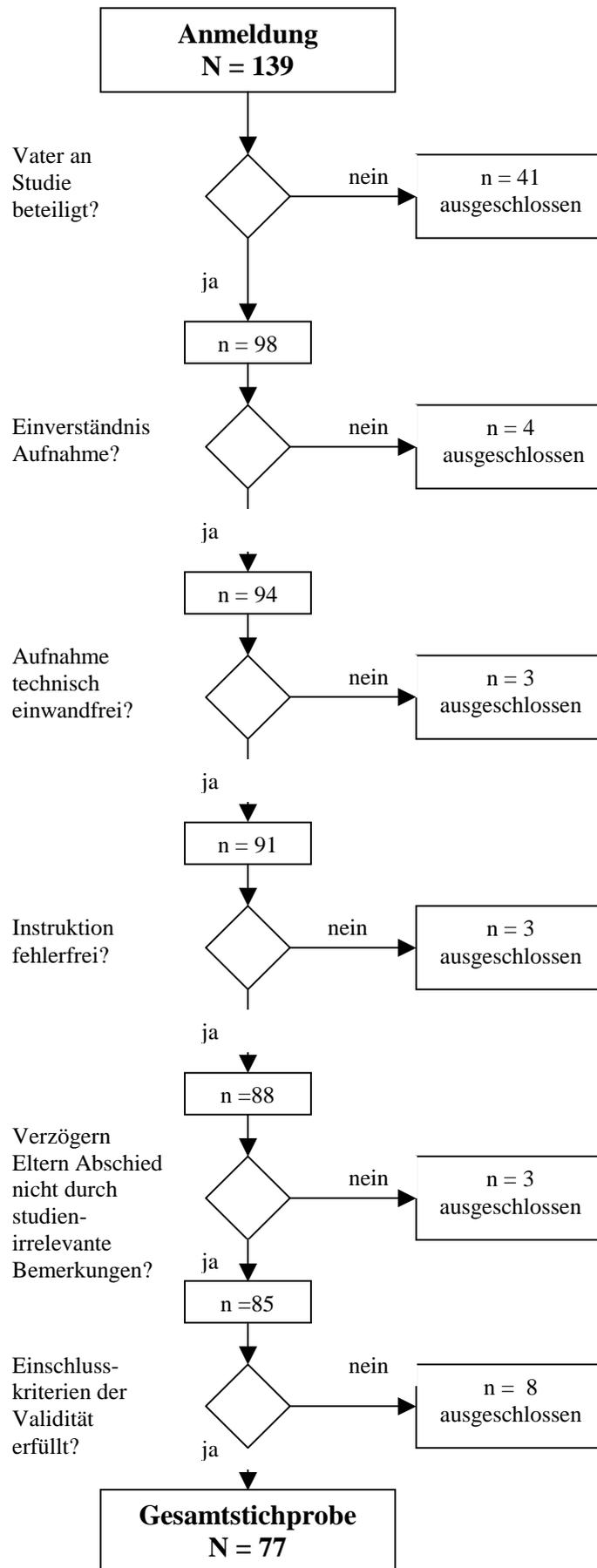


Abbildung 4. Übersicht über den Ein- und Ausschluss von Familien in die Studie

In drei Familien verzögerten die Eltern durch studienirrelevante Fragen den Abschied, so dass diese Familien nicht in die Studie aufgenommen werden konnten. Weitere acht Familien konnten aufgrund der Ergebnisse der Studie zu den Einschlusskriterien nicht aufgenommen werden. Die Gesamtstichprobe bestand daher aus 77 Familien. Diese werden im Folgenden beschrieben.

### **5.3. Stichprobenbeschreibung**

#### **5.3.1. Soziodemographische Angaben**

Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 37 Mädchen (48%) und 40 Jungen (52%) und ihren Eltern zusammen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 9.03 Jahren ( $SD = 2.56$ ), die Altersspanne lag zwischen 4.9 und 14.7 Jahren. Die Mehrzahl der Eltern war verheiratet oder lebte in einer festen Partnerschaft (92%), 5% waren geschieden oder getrennt, 3% waren ledig, allein stehend oder verwitwet. Tabelle 12 zeigt eine Übersicht über die soziodemographischen Angaben getrennt für die drei Untersuchungsgruppen. Mittels einfaktorieller Varianzanalyse oder Chi-Quadrattests wurde für alle soziodemographischen Variablen überprüft, ob sich die drei Gruppen signifikant unterscheiden. Für keine soziodemographische Variable wurden signifikante Gruppenunterschiede festgestellt.

Tabelle 12  
Soziodemographische Angaben zur Gesamtstichprobe, getrennt nach Gruppenzugehörigkeit aufgeführt

		Trennungsangstgruppe (n = 38)		Klinische Kontrollgruppe (n = 26)		Gesunde Kontrollgruppe (n = 13)	
Alter des Kindes <i>M</i> ( <i>SD</i> )		8.5	(2.71)	9.4	(2.33)	9.9	(2.29)
Anzahl Jungen (%)		19	(50.0%)	14	(53.8%)	7	(53.8%)
Anzahl Mädchen (%)		19	(50.0%)	12	(46.2%)	6	(46.2%)
Nationalität	Schweiz (%)	33	(86.6%)	19	(73%)	13	(100%)
	europäisches Land (%)	5	(13.4%)	7	(27%)	0	(0%)
Familienstand	verheiratet/feste Partnerschaft (%)	36	(94.7%)	23	(88.5%)	12	(92.3%)
	geschieden/getrennt (%)	2	(5.3%)	2	(7.7%)	1	(7.7%)
	ledig/allein stehend/verwitwet (%)	0	(0%)	1	(3.8%)	0	(0%)
höchster Schulabschluss Mutter	obligatorische Schulzeit (%)	0	(0%)	1	(23.1%)	0	(0%)
	Berufslehre/-schule (%)	11	(28.9%)	12	(36.4%)	3	(23.1%)
	Matur/Berufsmatur (%)	2	(7.9%)	3	(11.5%)	3	(23.1%)
	Höhere Fach-/Berufsausbildung (%)	16	(42.1%)	9	(34.7%)	4	(30.8%)
	Universitätsabschluss (%)	8	(21.1%)	7	(26.9%)	3	(23.1%)
höchster Schulabschluss Vater	obligatorische Schulzeit (%)	0	(0%)	1	(3.8%)	0	(0%)
	Berufslehre/-schule (%)	23	(60.5%)	11	(42.3%)	5	(38.5%)
	Matur/Berufsmatur (%)	4	(10.5%)	1	(3.8%)	4	(30.8%)
	Höhere Fach-/Berufsausbildung (%)	8	(21.1%)	9	(34.6%)	4	(30.8%)
	Universitätsabschluss (%)	3	(7.9%)	4	(15.4%)	0	(0%)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Anzahl Versuchspersonen

### 5.3.2. Psychische Störungen

Wie bereits erwähnt wurden die an der TAFF-Studie teilnehmenden Familien aufgrund der im Kinder-DIPS gestellten Diagnosen in eine der drei Untersuchungsgruppen eingeteilt, sofern sie die Aufnahmekriterien erfüllten. Die Trennungsangstgruppe setzt sich aus 38 Familien zusammen (49%), die Gesunde Kontrollgruppe aus 13 (17%) und die Klinische Kontrollgruppe aus 26 Familien (34%). Tabelle 13 zeigt eine Übersicht über die in der Klinischen Kontrollgruppe vorliegenden primären Diagnosen der Kinder.

Tabelle 13

*Primäre Diagnosen der klinischen Kontrollkinder (n = 26)*

Sozialphobie (DSM-IV-TR)/ Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10) (%)	13	(50%)
Generalisierte Angststörung (%)	2	(8%)
Spezifische Phobie (%)	9	(35%)
Panikstörung mit Agoraphobie (%)	2	(8%)
Agoraphobie ohne Panikstörung (%)	1	(4%)
Zwangstörung	1	(4%)

*Anmerkung.* Zwei Kinder wiesen zwei Angststörungen als primäre Diagnosen auf, welche beide in der Tabelle aufgeführt sind. Bei zwei Kindern wurde zudem eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten als zweite primäre Diagnose vergeben.

In der Trennungsangstgruppe wiesen 19 der 38 Kinder (53%) eine oder mehrere komorbide Störungen auf, wobei Angststörungen bei 18 Kindern (95%) am häufigsten vorlagen. Daneben zeigten 3 trennungsängstliche Kinder (16%) komorbide Schlafstörungen, jeweils 2 Kinder (11%) externalisierende Störungen bzw. Ticstörungen und 1 Kind Enuresis (5%). In der Klinischen Kontrollgruppe wiesen 7 der 26 Kinder (27%) eine komorbide Störung auf. Neben Angststörungen, welche auch in dieser Gruppe mit 5 Kindern (71%) die häufigsten komorbiden Störungen darstellten, wurden zusätzlich bei jeweils 2 Kindern Schlafstörungen

### 5.4. Ergebnisse der Hauptstudie

Im Rahmen Hauptstudie wurde untersucht, ob die beobachtete Situation für die Stichprobe valide war und sich die Eltern-Kind-Interaktion der drei Untersuchungsgruppen voneinander unterscheidet. Für die statistischen Analysen wurden einfaktorielle Varianzanalysen verwendet. Die Ergebnisse werden im Folgenden für jede Variable getrennt berichtet.

### 5.4.1. Ergebnisse zur Validität

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Validität der störungsspezifisch bedrohlichen Situation für die Stichprobe berichtet. Zunächst sind die Befunde der subjektiven Ebene, des Angststatefragebogens und des Validierungsfragebogens, aufgeführt. Abschließend werden die Resultate der objektiven Ebene, der Validierungscores Trennung und Dauer Abschied, dargestellt.

#### Angststatefragebogen

Der Verlauf der State-Angst der Kinder, erhoben mit dem Selbstberichtsfragebogen zur State-Angst, ist in Abbildung 5 dargestellt. Es wird deutlich dass der Verlauf für die Kinder der drei Untersuchungsgruppen ein ähnliches Muster aufweist. Die State-Angst steigt während der Trennung und nimmt danach wieder ab. Die Analysen zu den Gruppenunterschieden für den Anstieg zwischen Prae- und Zwischenmesszeitpunkt zeigen einen hoch signifikanten Haupteffekt ( $F(2,53) = 4.92, p = .01$ ). Die Einzelvergleiche weisen daraufhin, dass die Kinder mit Trennungsangst im Vergleich mit den gesunden Kindern einen hoch signifikant stärkeren Anstieg der State-Angst erleben ( $p < .001$ ).

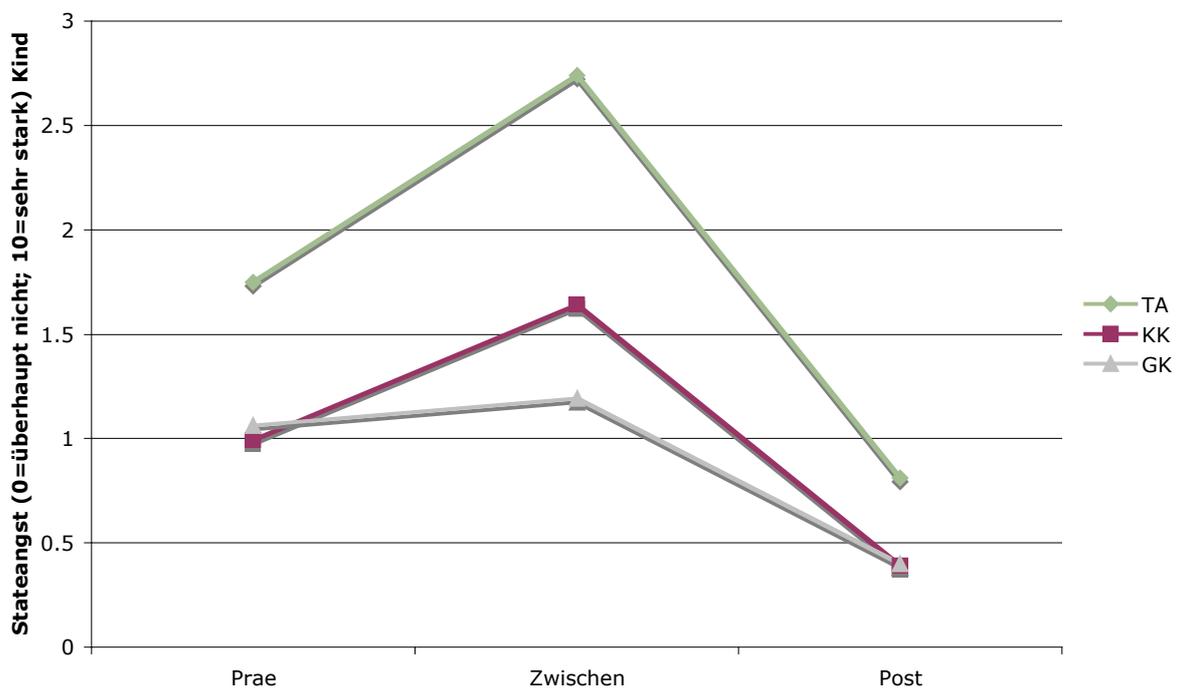


Abbildung 5. Verlauf der State-Angst des Kindes. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe zu jedem Messzeitpunkt.

Die Effektstärke für diesen Vergleich spricht für einen großen Effekt ( $d^5 = .77$ ). Für den Vergleich Trennungsangst und Klinische Kontrollgruppe liegt der Effekt bei  $d = .16$ , er wird nicht signifikant ( $p = .11$ ).

Die Ergebnisse zum Verlauf der State-Angst der Mütter sind Abbildung 6 zu entnehmen. Die Mütter der Kinder mit Trennungsangst berichten wie ihre Kinder über einen Angstanstieg vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt und über einen Angstabfall vom Zwischen- zum Postmesszeitpunkt. Die Mütter der klinischen bzw. gesunden Kontrollgruppe hingegen weisen eine gleich bleibende bzw. abnehmende State-Angst vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt auf. Der Haupteffekt zum Vergleich des Verlaufs vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt ist hoch signifikant ( $F(2,70) = 10.63, p = .001$ ). Die Einzelvergleiche machen deutlich, dass die Mütter der Kinder mit Trennungsangst sowohl im Vergleich mit den Müttern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $p = .004$ ) als auch im Vergleich zu den Müttern gesunder Kinder ( $p = .002$ ) einen hoch signifikant stärkeren Anstieg der State-Angst erleben. Die Effektstärken weisen auf einen großen Effekt (TA-KK:  $d = .84$ ; TA-GK:  $d = 1.35$ ) hin.

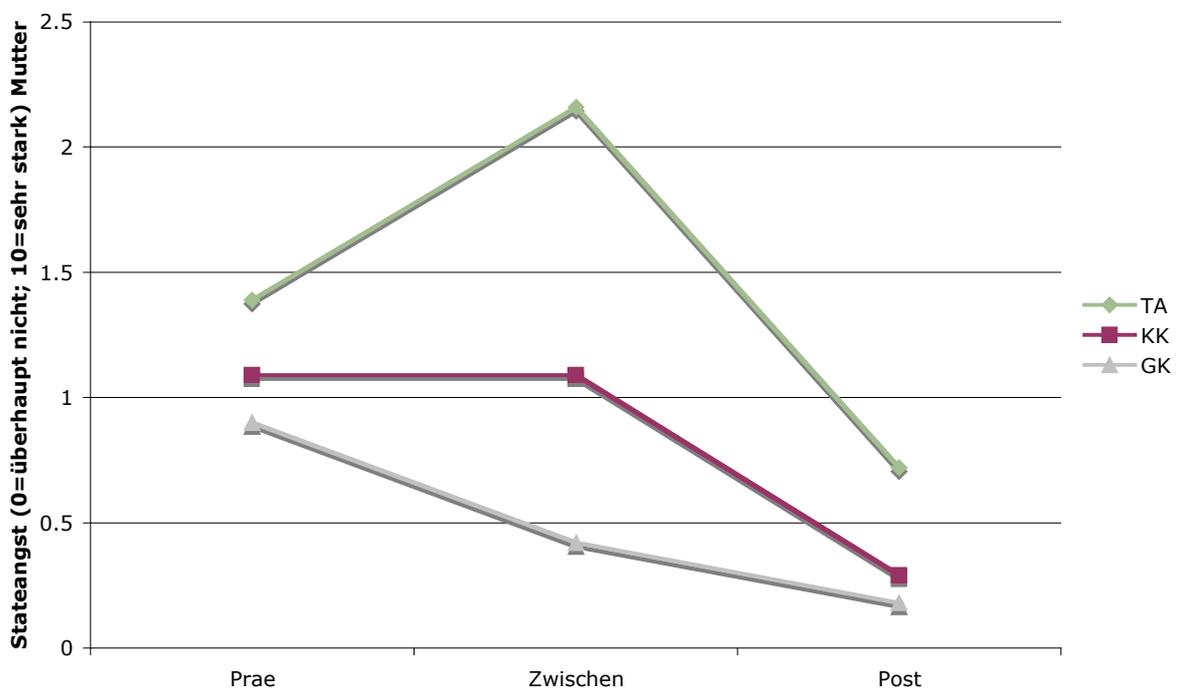


Abbildung 6. Verlauf der State-Angst der Mutter. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe zu jedem Messzeitpunkt.

<sup>5</sup> Cohen's  $d$

Die Ergebnisse des Selbstberichts der Väter bezüglich des Verlaufs der State-Angst sind in Abbildung 7 dargestellt. Sie weisen daraufhin, dass Väter von Kindern mit Trennungsangst, wie die Mütter und Kinder ebenfalls über einen Angstanstieg vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt und einen Angstabfall vom Zwischen- zum Postmesszeitpunkt berichten. Die Väter der klinischen bzw. gesunden Kontrollgruppe hingegen weisen eine gleich bleibende bzw. abnehmende State-Angst vom Prae- zum Zwischenmesszeitpunkt auf. Die Analyse der Gruppenunterschiede zur Differenz zwischen dem Zwischen- und Praemesszeitpunkt zeigte einen signifikanten Haupteffekt ( $F(2,69) = 3.37, p = .04$ ). Die Einzelvergleiche machen deutlich, dass die Väter von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zu den Vätern der klinischen Kontrollgruppe einen hoch signifikant höheren Angstanstieg zeigen ( $p = .01$ ). Die Effektstärke deutet auf einen großen Effekt hin ( $d = .81$ ). Der Einzelvergleich zwischen Trennungsangst- und gesunder Kontrollgruppe wird bei den Vätern nicht signifikant ( $p = .12$ ), die Effektstärke spricht für einen mittleren Effekt ( $d = .50$ ).

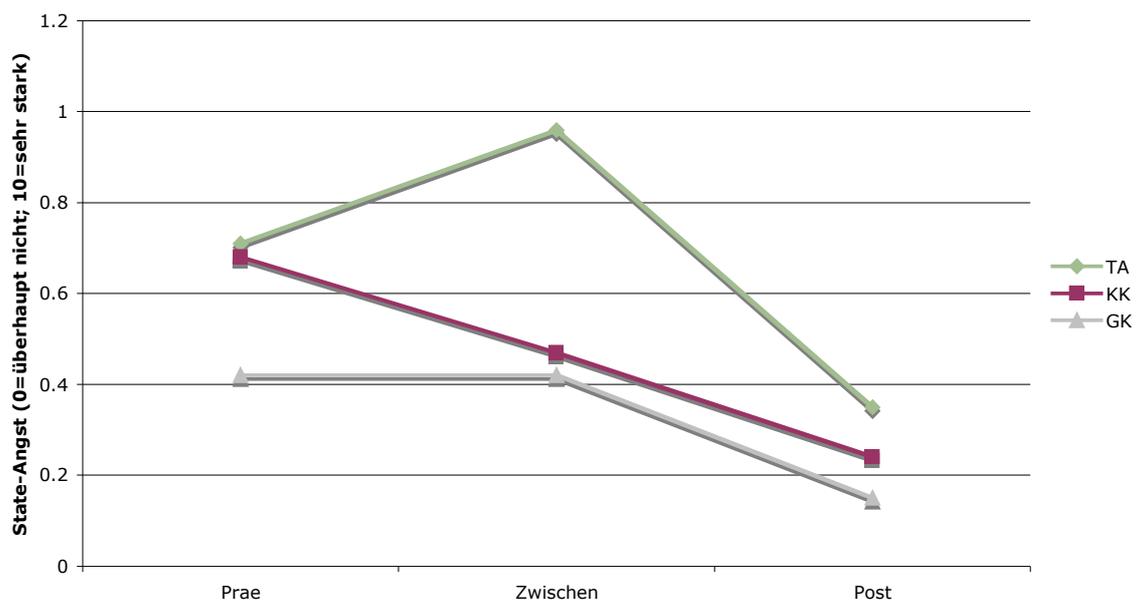


Abbildung 7. Verlauf der State-Angst des Vaters. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe zu jedem Messzeitpunkt.

## Validierungsfragebogen

Die Ergebnisse des Validierungsfragebogens sind Abbildung 8 zu entnehmen. Für die klinische Kontrollgruppe wird deutlich, dass sowohl die Kinder mit anderen Angststörungen ( $M = 9.04$ ,  $SD = 1.20$ ) als auch deren Eltern ( $M = 7.95$ ,  $SD = 1.97$ ) die Situation im Institut im Vergleich zu Situationen aus dem Alltag als ähnlich wahrnehmen. Gesunde Kinder ( $M = 9.24$ ,  $SD = 1.14$ ) und deren Eltern ( $M = 9.31$ ,  $SD = .95$ ) schätzen die Situation im Institut als noch ähnlicher ein. Kinder mit Trennungsangst ( $M = 5.24$ ,  $SD = 2.98$ ) und deren Eltern ( $M = 4.85$ ,  $SD = 2.63$ ) geben eine mittlere Ähnlichkeit an.

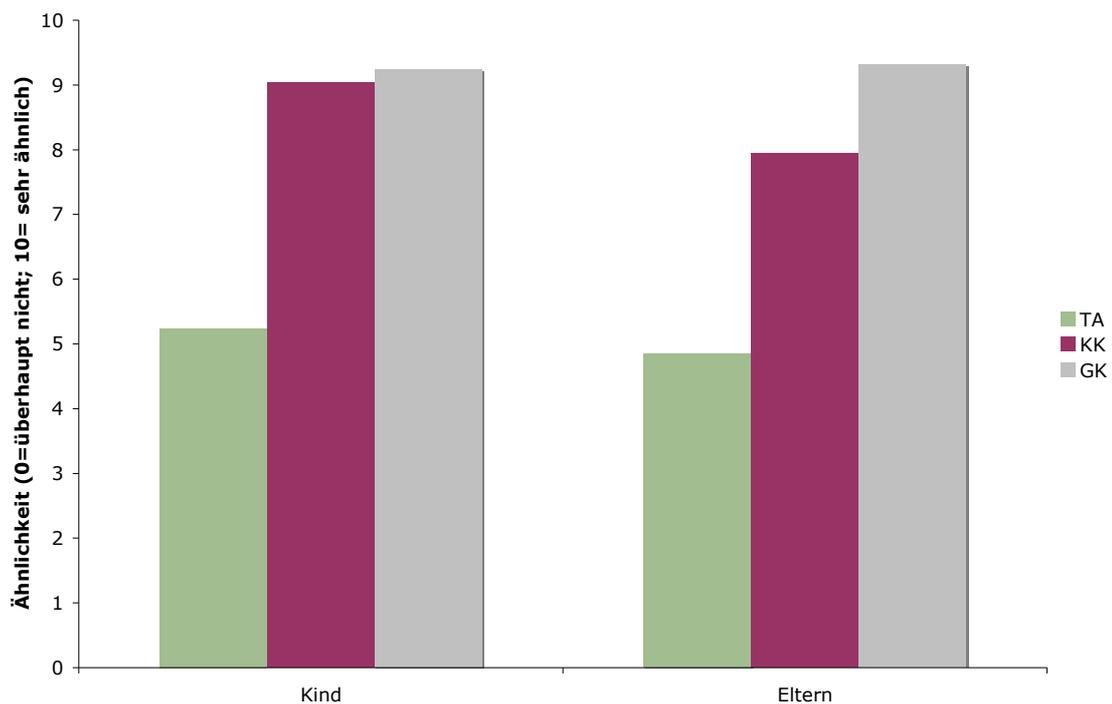


Abbildung 8. Ergebnisse des Validierungsfragebogens. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe.

## Trennung

Fünf Familien (13.16%) von Kindern mit Trennungsangst konnten sich nicht trennen. Für alle Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und von gesunden Kindern war eine Trennung möglich.

## Dauer Abschied

Die Ergebnisse für die Dauer des Abschieds sind Abbildung 9 zu entnehmen. Familien von Kindern mit Trennungsangst brauchen länger ( $M = 53.70$ ,  $SD = 55.93$ ) als Familien von Kindern mit anderen Angststörung ( $M = 26.22$ ,  $SD = 9.18$ ) und als Familien gesunder Kinder ( $M = 24.61$ ,  $SD = 6.22$ ). Auffallend ist die große Streuung in der Gruppe der Kinder mit Trennungsangst und der klinischen Kontrollgruppe. Die Überprüfung des Gruppenunterschieds zeigte einen hoch signifikanten Haupteffekt ( $F(2,74) = 4.73$ ,  $p = .01$ ). Die Einzelvergleiche machten deutlich, dass Familien von Kindern mit Trennungsangst sowohl im Vergleich zu Familien mit Kindern mit einer anderen Angststörungen ( $p = .01$ ) als auch im Vergleich zu Familien gesunder Kinder ( $p = .003$ ) hoch signifikant länger brauchten. Die Effektstärken wiesen auf starke Effekte (TA-GK:  $d = 20.73$ ; TA-KK:  $d = 16.58$ ) hin.

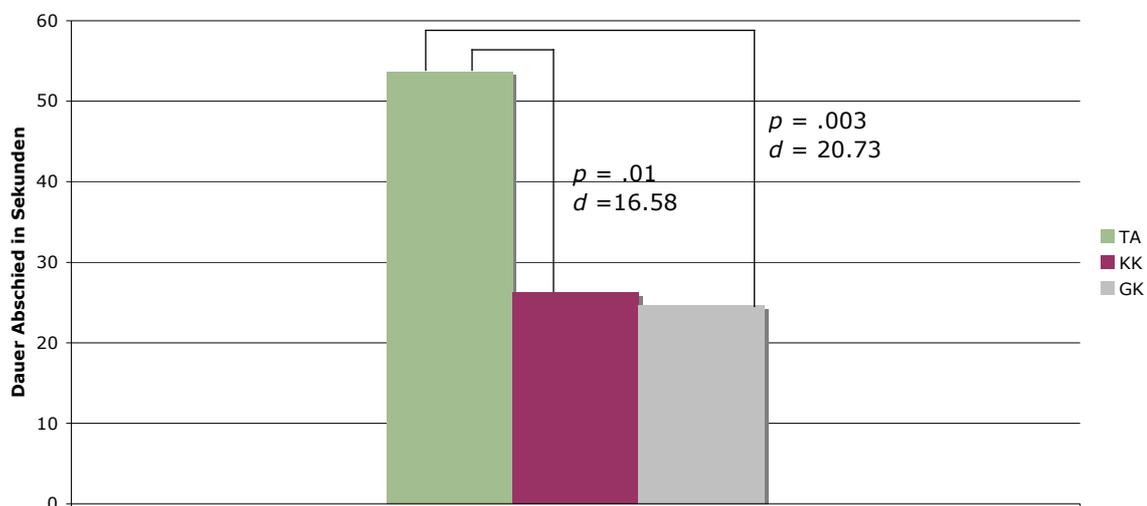


Abbildung 9. Dauer Abschied. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe in Sekunden sowie die  $p$ -Werte und Effektstärken Cohen's  $d$  der Einzelvergleiche TA-KK und TA-GK.

Zusammengefasst bestätigen die Ergebnisse zur Validität, dass die untersuchte Situation für alle drei Untersuchungsgruppen valide war. Für Familien von Kindern mit Trennungsangst war sie störungsspezifisch bedrohlich, da alle Familienmitglieder von Kindern mit Trennungsangst einen Anstieg der State-Angst zeigten und/oder die Situation im Vergleich mit Alltagssituationen als ähnlich empfanden. Im Vergleich dazu erlebten die Familien der klinischen Kontrolle die Situation als weniger beängstigend, aber als ähnlicher. Die Familien der gesunden Kontrollgruppe empfanden die Trennung als nicht beängstigend und sehr

ähnlich zu Alltagssituationen. Die Validität wurde des Weiteren durch die Befunde auf der objektiven Ebene bestätigt. Alle Familien beider Kontrollgruppen konnten sich trennen. Für 86.84% der Familien von Kindern mit Trennungsangst war dies ebenfalls möglich, 13.16% Familien mit einem Kind mit Trennungsangst konnten sich hingegen nicht trennen. Die Familien von Kindern mit Trennungsangst brauchten zudem signifikant länger als die Familien der Kontrollgruppen, um sich zu verabschieden.

## 5.4.2. Ergebnisse zur Eltern-Kind-Interaktion

### Verhaltenscodes

In einem ersten Schritt wurde analysiert, für wie viele Familienmitglieder ein durch die Verhaltenscodes erfasstes Verhalten festgestellt wurde. Für diese Familienmitglieder wurde anschließend erhoben, wie häufig und wie lange sie dieses Verhalten zeigten.

### Nonverbale Rückversicherung - Blickkontakt

In Tabelle 14 sind die Familienmitglieder dargestellt, die sich sozial rückversicherten. Es wird deutlich, dass die klinische Kontrollgruppe die Gruppe war, in der sich die meisten Kinder nonverbal bei ihrer Mutter rückversicherten ( $n = 16$ ; 61.54 %). Im Vergleich dazu schauten 22 (57.89%) Kinder mit Trennungsangst und 6 (46.15%) gesunde Kinder zu ihrer Mutter. Für den Blickkontakt zum Vater war es ebenfalls die Gruppe der Kinder mit einer anderen Angststörung, in der die meisten Kinder zu ihrem Vater schauten ( $n = 12$  [46.15%]). 4 (30.77%) gesunde Kinder und 10 (26.32%) Kinder mit Trennungsangst suchten nach nonverbaler Rückversicherung bei ihrem Vater.

Tabelle 14  
*Familienmitglieder, die nonverbale Rückversicherung zeigten*

<i>nonverbale Rückversicherung</i>	<b>TA</b>		<b>KK</b>		<b>GK</b>	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Kind-Mutter	22	(57.89)	16	(61.54)	6	(46.15)
Kind-Vater	10	(26.32)	12	(46.15)	4	(30.77)
Mutter-Kind	36	(94.74)	24	(92.31)	13	(100)
Vater-Kind	35	(92.11)	22	(84.62)	13	(100)

*Anmerkung.* *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengröße.  
TA = Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Alle 13 (100%) Mütter gesunder Kinder schauten auf ihre Kinder, während in der Trennungsangstgruppe 36 (94.74%) Mütter und in der Gruppe der Kinder mit anderen Angststörungen 24 (92.31%) Mütter dieses Verhalten zeigten. Für die Väter ergaben sich

ähnliche Ergebnisse. Die Väter der gesunden Kinder nahmen alle ( $n = 13$  [100%]) Blickkontakt mit ihrem Kind auf. 35 (92.11%) Väter von Kindern mit Trennungsangst und 22 (84.62%) Väter von Kindern mit anderen Angststörungen schauten zu ihren Kindern.

Die Ergebnisse für den Vergleich der Häufigkeiten des Blickkontakts der Familienmitglieder sind Abbildung 10 zu entnehmen. Für den Blickkontakt der Kinder zur Mutter wird deutlich, dass die Kinder mit Trennungsangst am häufigsten ( $M = 3.5$ ;  $SD = 4.26$ ), gefolgt von den Kindern mit einer anderen Angststörung ( $M = 2.00$ ;  $SD = 1.16$ ) und den gesunden Kindern ( $M = 1.83$ ;  $SD = .75$ ) zu ihrer Mutter schauten. Für den Blickkontakt des Kindes zum Vater ist ein ähnliches Muster zu erkennen. Kinder mit Trennungsangst suchten am häufigsten ( $M = 2.00$ ;  $SD = 2.49$ ) nonverbale Rückversicherung bei ihrem Vater, gefolgt von den Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = 1.25$ ;  $SD = .45$ ) und den gesunden Kindern ( $M = 1.25$ ;  $SD = .50$ ). Sowohl für die Häufigkeit des Blickkontakts des Kindes zur Mutter ( $F(2,41) = 1.34$ ,  $p = .27$ ), als auch für den Blickkontakt des Kindes zum Vater ( $F(2,23) = .68$ ,  $p = .52$ ) konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden. Die Effektstärken für den Vergleich der Trennungsangstgruppe mit der gesunden Kontrollgruppe sprechen für einen großen (Kind zu Mutter:  $d = 1.06$ ) bzw. mittleren (Kind zu Vater:  $d = .61$ ) Effekt. Für den Vergleich zwischen der Trennungsangst- und der Klinischen Kontrollgruppe ergeben sich Effektstärken von vergleichbarer Größe (Kind zu Mutter:  $d = .91$ ; Kind zu Vater:  $d = .62$ ).

Die Ergebnisse für den Blickkontakt von der Mutter zum Kind zeigten, dass am häufigsten Mütter von Kindern mit Trennungsangst ( $M = 4.70$ ;  $SD = 3.76$ ), dann die Mütter von Kindern mit anderen Angsterkrankungen ( $M = 3.04$ ;  $SD = 1.97$ ) und am wenigsten die Mütter von gesunden Kindern ( $M = 2.93$ ;  $SD = 1.64$ ) Blickkontakt zu ihrem Kind suchten. Der Haupteffekt für diese Variable war signifikant ( $F(2, 75) = 4.05$ ,  $p = .02$ ). Die Einzelvergleiche zeigten, dass Mütter von Kindern mit Trennungsangst sowohl im Vergleich zu Müttern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $p = .02$ ) als auch im Vergleich zu Müttern gesunder Kinder ( $p = .03$ ) signifikant häufiger zu ihren Kindern schauten. Die Effektstärken sprechen für den Vergleich Mütter von Kindern mit Trennungsangst und Mütter von gesunden Kindern für einen starken Effekt ( $d = 1.08$ ) und für den Vergleich Mütter von Kindern mit Trennungsangst und Mütter von Kindern mit anderen Angststörungen ebenfalls für einen starken Effekt ( $d = .98$ ).

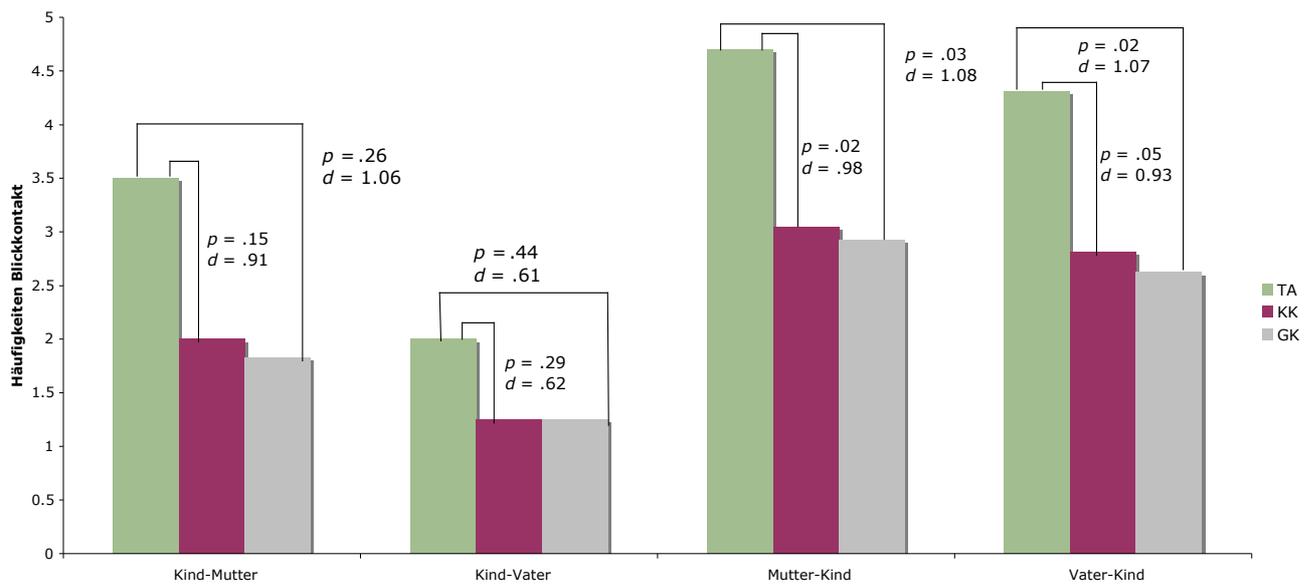


Abbildung 10<sup>6</sup>. Häufigkeit des Blickkontakts. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe sowie die  $p$ -Werte und Effektstärken Cohen's  $d$  der Einzelvergleiche TA-KK und TA-GK.

Die Ergebnisse der Väter wiesen tendenziell auf ein ähnliches Muster hin. Die Väter von Kindern mit Trennungsangst schauten am häufigsten ( $M = 4.31$ ;  $SD = 3.70$ ) zu ihren Kindern, während Väter von Kindern mit anderen Angststörungen dies am zweithäufigsten ( $M = 2.81$ ;  $SD = 1.47$ ) taten. Väter von gesunden Kindern suchten am wenigsten ( $M = 2.62$ ;  $SD = 1.33$ ) den Blickkontakt zu ihrem Kind. Es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $F(2, 68) = 2.82$ ,  $p = .07$ ) gefunden. Die Effektstärken sprachen für einen großen Effekt für den Vergleich von Vätern von Kindern mit Trennungsangst und Vätern von gesunden Kindern ( $d = 1.07$ ) und für den Vergleich von Vätern von Kindern mit Trennungsangst mit Vätern von Kindern mit anderen Angsterkrankungen ( $d = .93$ ).

Die Ergebnisse für die Gesamtdauer aller Blickkontakte sind in Abbildung 11 dargestellt. Kinder mit Trennungsangst schauten mit durchschnittlich 6.12 ( $SD = 10.48$ ) Sekunden am längsten zu ihrer Mutter, gefolgt von den Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = 2.53$ ;  $SD = 2.23$ ) und den gesunden Kindern ( $M = 1.90$ ;  $SD = .81$ ). Die Gruppenunterschiede waren

<sup>6</sup> Der Globaltest für den Blickkontakt Vater-Kind wird nicht signifikant, daher werden die Resultate der Einzelvergleiche nicht im Text erläutert.

nicht signifikant ( $F(2,41) = 1.89, p = .16$ ). Die Effektstärken deuteten auf einen großen Effekt für beide Vergleiche Kinder mit Trennungsangst mit gesunden Kindern ( $d = 2.07$ ) und Kindern mit Trennungsangst mit Kindern mit anderen Angststörungen ( $d = 1.70$ ) hin. Auch bei der nonverbalen Rückversicherung beim Vater waren es die Kinder mit Trennungsangst, die durchschnittlich am längsten Blickkontakt zu ihrem Vater ( $M = 5.38; SD = 10.44$ ) aufnahmen, dann die Kinder mit anderen Angststörungen ( $M = 1.25; SD = .45$ ) und die gesunden Kindern ( $M = 1.25; SD = .50$ ). Die Analyse der Gruppenunterschiede zeigte keine signifikanten Ergebnisse ( $F(2,23) = 1.10, p = .35$ ). Die Effektstärken sprachen hier für den Vergleich Kinder mit Trennungsangst mit gesunden Kindern ( $d = 1.85$ ) und für den Vergleich Kinder mit Trennungsangst mit Kindern mit anderen Angststörungen ( $d = 1.57$ ) für einen großen Effekt.

Für den Blickkontakt der Mütter wurde deutlich, dass die Mütter von Kindern mit Trennungsangst am längsten ( $M = 20.38; SD = 30.85$ ) den Blickkontakt zu ihrem Kind aufnahmen, die Mütter von Kindern mit anderen Angsterkrankungen am zweitlängsten ( $M = 5.99; SD = 6.26$ ) und die Mütter von gesunden Kindern am kürzesten ( $M = 5.31; SD = 4.09$ ). Der Haupteffekt für diese Variable war signifikant ( $F(2, 71) = 4.10, p = .02$ ). Die Einzelvergleiche verdeutlichten, dass Mütter von Kindern mit Trennungsangst sowohl im Vergleich zu Müttern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $p = .01$ ) als auch im Vergleich zu Müttern gesunder Kinder ( $p = .007$ ) hoch signifikant länger zu ihren Kindern schauten. Die Effektstärken deuteten für beide Vergleiche (TA-KK:  $d = 3.61$ ; TA-KK:  $d = 3.34$ ) auf einen starken Effekt hin.

Bei den Vätern ergab sich deskriptiv ein ähnliches Muster. Die Väter der Kinder mit Trennungsangst schauten am längsten zu ihrem Kind ( $M = 15.78; SD = 22.96$ ), gefolgt von den Vätern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = 7.46; SD = 6.35$ ) und den Vätern gesunder Kinder ( $M = 5.88; SD = 3.53$ ). Allerdings waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant ( $F(2, 67) = 2.50, p = .09$ ). Die Effektstärken sprachen für einen großen Effekt (TA-GK:  $d = 2.72$ ; TA-KK:  $d = 2.17$ ).

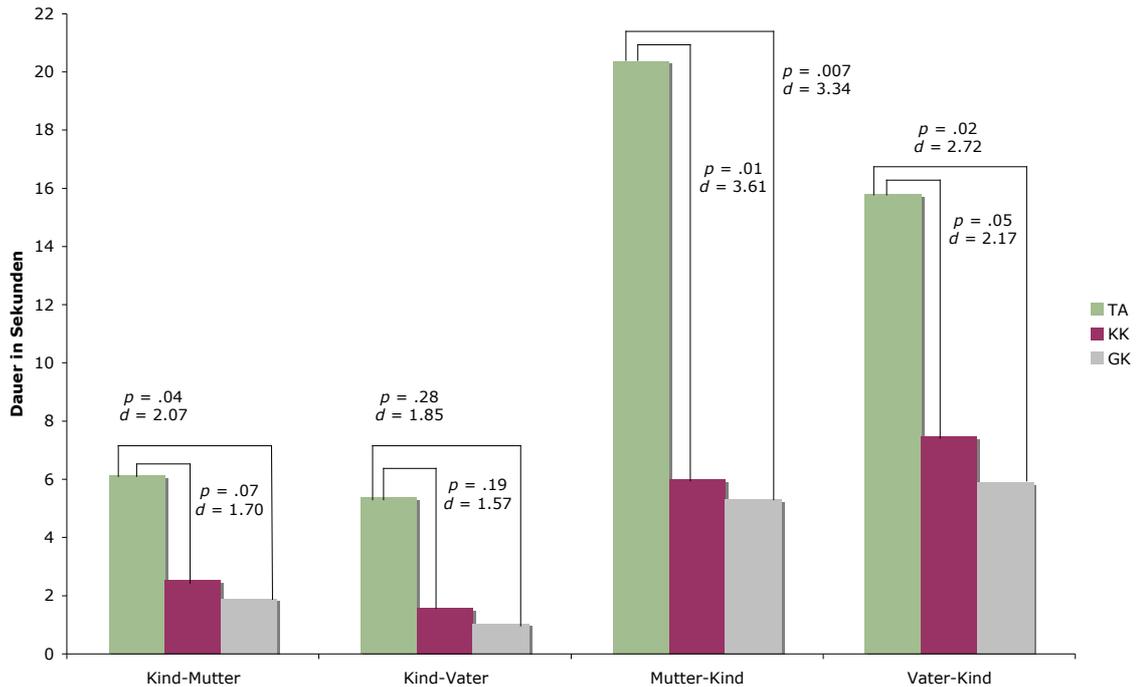


Abbildung 11. Dauer des Blickkontakts. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe in Sekunden sowie die  $p$ -Werte und Effektstärken Cohen's  $d$  der Einzelvergleiche TA-KK und TA-GK.

### Verbale Rückversicherung

In Tabelle 15 ist dargestellt wie viele Familienmitglieder sich verbal rückversicherten. Von den Kindern mit Trennungsangst taten dies 6 (15.79%). Im Vergleich dazu erfragten kein Kind mit einer anderen Angsterkrankung und kein gesundes Kind zusätzliche Informationen. Unter den Müttern von Kindern mit Trennungsangst versuchten 6 (15.79%) sich verbal rückzuversichern, im Vergleich zu 4 (15.38%) Mütter von Kindern mit anderen Angsterkrankungen. Von den Müttern gesunder Kinder suchte keine nach weiteren Informationen.

Tabelle 15  
*Familienmitglieder, die verbale Rückversicherung zeigen*

Verbale Rückversicherung	TA		KK		GK	
	<i>N</i>	(%)	<i>N</i>	(%)	<i>N</i>	(%)
Kind	6	(15.79)	0	(0)	0	(0)
Mutter	6	(15.79)	4	(15.38)	0	(0)
Vater	2	(5.88)	0	(0)	0	(0)

*Anmerkung.* *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengröße. TA = Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Bei den Vätern zeigten nur zwei (5.88%) Väter von Kindern mit Trennungsangst verbale Rückversicherung. Da die Basisrate, also die Anzahl der Familienmitglieder, die verbale Rückversicherung zeigten, so gering war, wurde auf weitere Analysen verzichtet.

### Emotionales Coaching

In Tabelle 16 sind die Eltern aufgeführt, die ihr Kind emotional coachten. Bei den Müttern waren dies 16 (42.11%) Mütter von Kindern mit Trennungsangst, 8 (30.77%) Mütter von Kindern mit anderen Angststörungen und 2 (15.38%) Mütter von gesunden Kindern. Im Vergleich dazu versuchten 11 (28.95%) Väter von Kindern mit Trennungsangst, vier (14.81%) Väter von Kindern mit anderen Angststörungen und kein Vater der gesunden Kontrollgruppe, ihr Kind auf die Trennung vorzubereiten.

Tabelle 16  
*Familienmitglieder, die emotionales Coaching zeigen*

Emotionales Coaching	TA		KK		GK	
	<i>N</i>	(%)	<i>N</i>	(%)	<i>N</i>	(%)
Mutter	16	(42.11)	8	(30.77)	2	(15.38)
Vater	11	(28.95)	4	(14.81)	0	-

*Anmerkung.* *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengröße. TA = Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

In Abbildung 12 ist dargestellt, wie oft die Eltern ihr Kind emotional coachten. Die Mütter der Trennungsangstgruppe coachten ihr Kind mit  $M = 4.62$  ( $SD = 3.90$ ) am häufigsten. Die Mütter von Kindern mit anderen Angsterkrankungen coachten 1.25-mal ( $SD = .46$ ), während die Mütter der gesunden Kinder durchschnittlich lediglich einmal Emotionales Coaching aufwiesen ( $SD = .00$ ). Der Haupteffekt der Gruppenunterschiede für das Emotionale Coaching der Mütter war signifikant ( $F(2,23) = 3.62$ ,  $p = .04$ ). Die Einzelvergleiche weisen daraufhin, dass Mütter von Kindern mit Trennungsangst sowohl im Vergleich zu Müttern von

Kindern mit anderen Angststörungen ( $p = .004$ ) als auch im Vergleich zu Müttern gesunder Kinder ( $p = .002$ ) hoch signifikant häufiger versuchten, ihre Kinder auf die Trennung vorzubereiten. Die Effektstärken sprachen für starke Effekte (TA-GK:  $d = 2.60$ ; TA-KK:  $d = 2.29$ ).

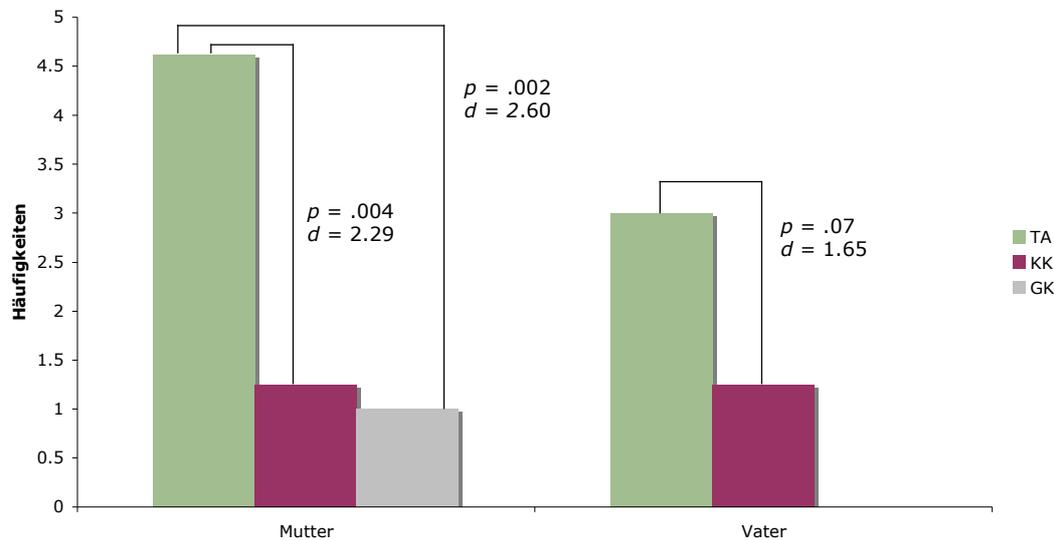


Abbildung 12. Häufigkeiten Emotionales Coaching. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe sowie die  $p$ -Werte und Effektstärken Cohen's  $d$  der Einzelvergleiche TA-KK und TA-GK.

Bei den Vätern ergab sich deskriptiv ein ähnliches Bild. Die Väter der Kindern mit Trennungsangst coachten ihr Kind am häufigsten ( $M = 3.00$ ;  $SD = 1.73$ ), gefolgt von den Vätern der Klinischen Kontrollgruppe ( $M = 1.25$ ;  $SD = .50$ ) und den Vätern der gesunden Kinder, die kein emotionales Coaching zeigten. Die Ergebnisse des t-Test für den Vergleich zwischen dem Emotionalen Coaching von Vätern von Kindern mit Trennungsangst und dem von Vätern von Kindern mit anderen Angsterkrankungen waren knapp nicht signifikant ( $t(13, 12.86) = 1.95$ ,  $p = .07$ ). Die Effektstärke deutete auf einen starken Effekt ( $d = 1.65$ ) hin.

Abbildung 13 ist zu entnehmen wie lange die Eltern der drei Untersuchungsgruppen ihre Kinder coachten. Die Mütter von Kindern mit Trennungsangst coachten ihr Kind am längsten ( $M = 9.43$ ;  $SD = 9.59$ ), gefolgt von den Müttern von Kindern mit anderen Angsterkrankungen ( $M = 2.47$  Sekunden;  $SD = 2.22$ ) und den Müttern der gesunden Kinder ( $M = 1.62$  Sekunden;

$SD = 1.05$ ). Der Haupteffekt der Gruppenunterschiede für die Dauer des Emotionalen Coachings der Mütter war nicht signifikant ( $F(2,23) = 2.55, p = .26$ ). Die Effektstärken sprachen für große Effekte (TA-GK:  $d = 3.38$ ; TA-KK:  $d = 2.86$ ). Der t-Test für die Väter war signifikant ( $t(13, 12.98) = 2.71, p = .05$ ). Die Väter von Kindern mit Trennungsangst ( $M = 6.16; SD = 4.11$ ) coachten signifikant länger als die Väter von Kindern der klinischen Kontrollgruppe ( $M = 1.50; SD = 1.41$ ). Die Effektstärke sprach für einen starken Effekt ( $d = 2.80$ ).

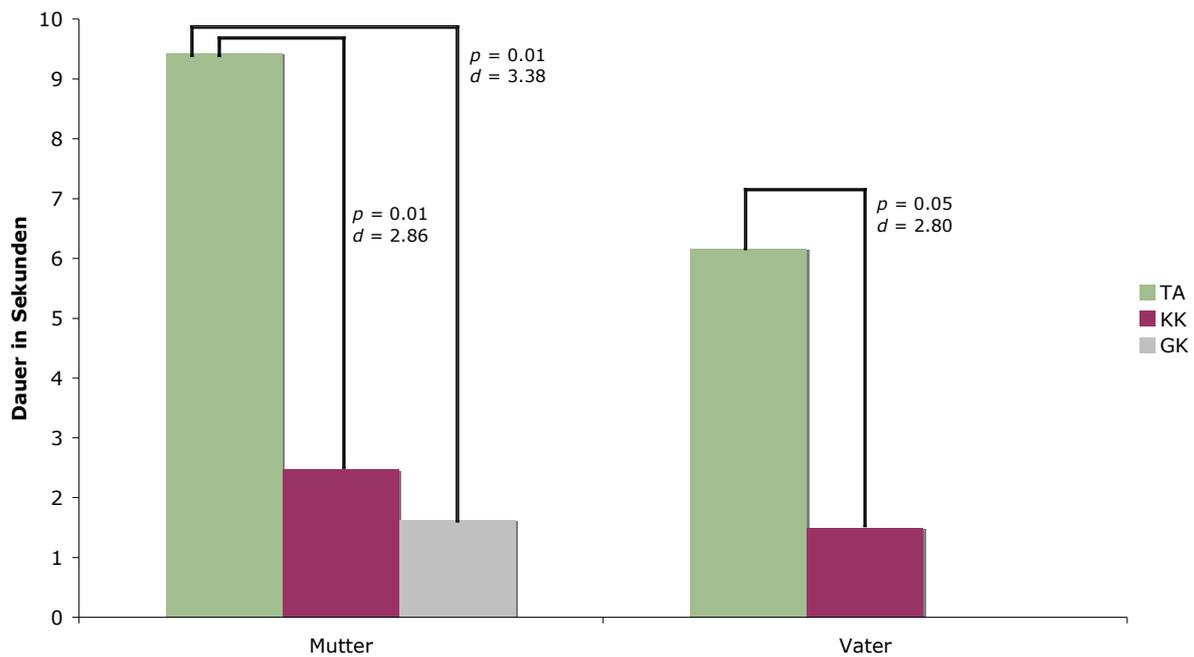


Abbildung 13. Dauer Emotionales Coaching. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe in Sekunden sowie die  $p$ -Werte und Effektstärken Cohen's  $d$  der Einzelvergleiche TA-KK und TA-GK.

**Affekt: State-Angst**

Die deskriptiven Ergebnisse für die State-Angst der einzelnen Familienmitglieder, die durch die unabhängigen Raterinnen eingeschätzt wurden, sind in Abbildung 14 dargestellt.

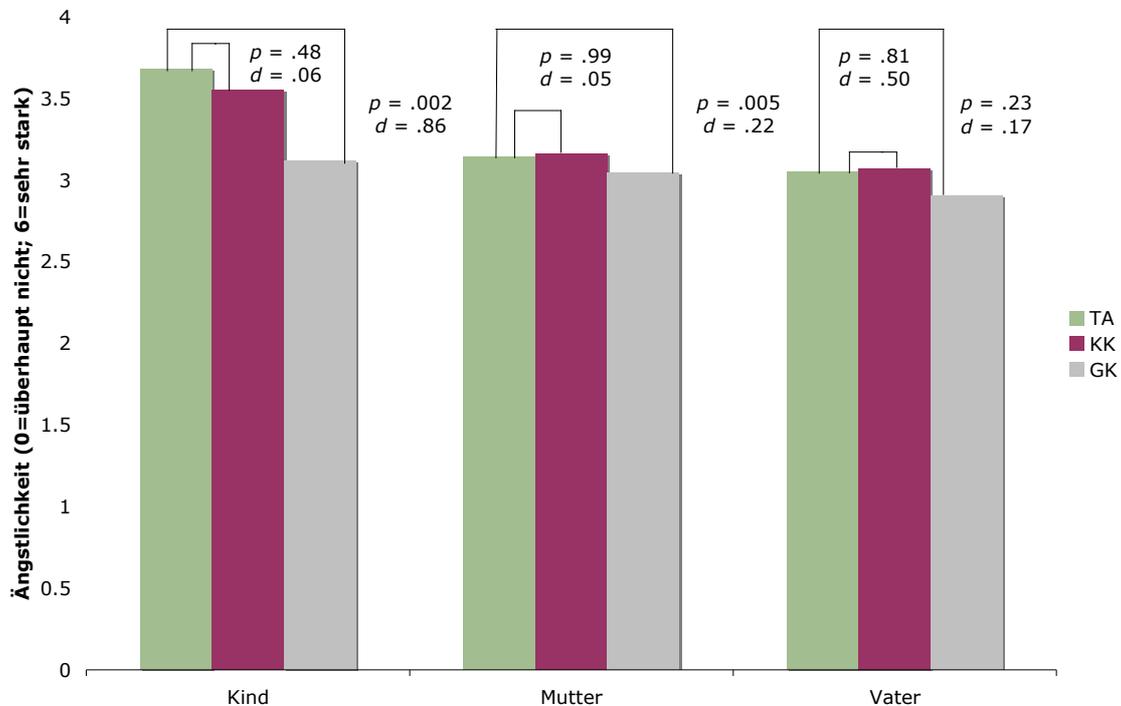


Abbildung 14. Ängstlichkeit der Familienmitglieder. Dargestellt sind die Mittelwerte jeder Untersuchungsgruppe sowie die  $p$ -Werte und Effektstärken Cohen's  $d$  der Einzelvergleiche TA-KK und TA-GK.

Es wird deutlich, dass Kinder mit Trennungsangst mit  $M = 3.68$  ( $SD = .83$ ) höhere Werte als Kinder der klinischen Kontrollgruppe mit  $M = 3.55$  ( $SD = .65$ ) und als gesunde Kinder ( $M = 3.12$ ;  $SD = .41$ ) zeigen. Mütter von Kindern mit Trennungsangst weisen stärkere State-Angst ( $M = 3.14$ ;  $SD = .41$ ) als Mütter gesunder Kinder ( $M = 3.04$ ;  $SD = .51$ ) auf. Die Mütter von Kindern mit anderen Angsterkrankungen zeigen die höchste State-Angst ( $M = 3.16$ ;  $SD = .33$ ). Bei den Vätern sieht das Muster ähnlich aus. Die Väter von Kindern mit Trennungsangst zeigen ( $M = 3.05$ ;  $SD = .39$ ) eine größere Ängstlichkeit als die Väter der gesunden Kontrollgruppe ( $M = 2.90$ ;  $SD = .16$ ). Die Väter der klinischen Kontrollgruppe zeigen mit  $M = 3.07$  ( $SD = .28$ ) die höchste Ängstlichkeit. Die Signifikanzüberprüfung der Gruppenunterschiede ergibt für die Kinder ( $F(2,75) = 3.13$ ,  $p = .05$ ) einen signifikanten und für die Mütter ( $F(2,75) = 4.74$ ,  $p = .01$ ) einen hoch signifikante Haupteffekt. Für die Väter

sind die Ergebnisse nicht signifikant ( $F(2,58) = .99, p = .38$ ). Die Effektstärken sprachen für einen kleinen (TA-GK:  $d = .17$ ) bzw. mittleren (TA-KK:  $d = .50$ ) Effekt.

Bei den Kindern wird der Einzelvergleich zwischen Trennungsangstgruppe ( $p = .002$ ) und Gesunder Kontrollgruppe hoch signifikant. Die Effektstärken deuteten auf einen starken (TA-GK:  $d = .86$ ) und einen kleinen (TA-KK:  $d = .06$ ) Effekt hin.

Die Mütter der Trennungsangstgruppe zeigen im Vergleich zu den Müttern gesunder Kinder einen hoch signifikant negativeren Affekt ( $p = .005$ ). Die Effektstärken der Mütter wiesen auf kleine (TA-GK:  $d = .22$ ; TA-KK:  $d = .05$ ) Effekte hin.

Die Gesamtschau der Ergebnisse zur Eltern-Kind-Interaktion macht deutlich, dass die Mütter von Kindern mit Trennungsangst signifikant häufiger und länger als Mütter von Kindern mit anderen Angststörungen und als Mütter gesunder Kinder zu ihren Kindern Blickkontakt aufnehmen. Tendenziell ist festzustellen, dass auch die anderen Familienmitglieder aus Familien von Kindern mit Trennungsangst häufiger und länger Blickkontakt zueinander haben als die beiden anderen Kontrollgruppen. Die Mütter von Kindern mit Trennungsangst coachten ihre Kinder im Vergleich mit beiden Kontrollgruppen hoch signifikant häufiger und die Väter coachten die Kinder signifikant länger. Neben den Kindern mit Trennungsangst waren auch deren Mütter im Vergleich mit gesunden Kindern und ihren Müttern in der Fremdbeurteilung ängstlicher. Allerdings müssen die kleinen Stichprobengrößen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

### 5.4.3. Ergebnisse Zusatzanalysen

Um zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen elterlichen Verhaltenscodes und der Dauer des Abschieds bzw. der State-Angst des Kindes besteht, wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Diese sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17

*Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen den elterlichen Verhaltenscodes und der Dauer des Abschieds bzw. der State-Angst des Kindes*

	Dauer Blickkontakt		Dauer Emotionales Coaching	
	Mutter	Vater	Mutter	Vater
Dauer Abschied	.79**	.78**	.81**	.46
State-Angst Kind	.19	.26*	.19	.66**

*Anmerkung.* Dargestellt sind Pearson-Korrelationskoeffizienten.

Es wird deutlich dass zwischen der Dauer des Blickkontakts beider Eltern sowie dem emotionalen Coaching der Mutter und der Dauer des Abschieds ein hoch signifikanter Zusammenhang besteht. Der Zusammenhang zwischen der State-Angst des Kindes und der Dauer des Blickkontakts des Vaters zum Kind ist signifikant und zur Dauer des emotionalen Coachings des Vaters hoch signifikant.

Tabelle 18 stellt die wichtigsten Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Dauer des Abschieds durch elterliche Verhaltensvariablen dar. Es werden für jeden Schritt des Variablenausschlusses die Regressionskoeffizienten und ihre Absicherung gegen null angegeben.

Tabelle 18  
Ergebnisse zur Vorhersage der Dauer des Abschieds durch die elterlichen Verhaltensvariablen

Prädiktorvariable		B	SEB	β
Schritt 1				
Blickkontakt	Mutter - Kind	2.11	4.01	.16
	Vater - Kind	.11	3.35	.02
Emotionales Coaching	Mutter	-.90	1.20	-.35
	Vater	1.64	1.20	1.02
Schritt 2				
Blickkontakt	Mutter - Kind	1.68	.65	1.04*
	Vater - Kind	-.91	1.1	-.35
Emotionales Coaching	Vater	2.05	3.38	.15
Schritt 3				
Blickkontakt	Mutter - Kind	1.66	.62	1.03*
	Vater - Kind	-.67	.99	-.26
Schritt 4				
Blickkontakt	Mutter - Kind	1.30	.32	.80**

Anmerkungen.  $R^2$  für Schritt 1 = .68,  $R^2$  für Schritt 2 = .68,  $R^2$  für Schritt 3 = .66,  $R^2$  für Schritt 4 = .65, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die schrittweise Regression in vier Schritten erfolgt. Im ersten Schritt werden alle Variablen in das Modell aufgenommen. Es ergibt sich keine signifikante Vorhersage der Dauer des Abschieds durch die elterlichen Verhaltensvariablen ( $F(4,6) = 3.20$ ,  $p = .10$ ). Dann werden im Schritt 2 zunächst die Variable Emotionales Coaching der Mutter und im Schritt 3 das Emotionales Coaching des Vaters aus dem Modell

ausgeschlossen. Die Vorhersage der Dauer des Abschieds durch die eingeschlossenen Variablen wird für Schritt 2 signifikant ( $F(3,7) = 4.98, p = .04$ ) und für Schritt 3 hoch signifikant ( $F(2,8) = 7.91, p = .01$ ). Die drei verbleibenden Variablen in Schritt 2 erklären 68%, die beiden Variablen in Schritt 3 66% der Varianz. Im letzten Schritt wird die Variable Blickkontakt der Mutter zum Kind in das Modell aufgenommen. Sie erklärt 65% der Varianz. Die Vorhersage wird hoch signifikant ( $F(1,9) = 16.34, p = .003$ ). Die Ergebnisse deuten daher darauf hin, dass die Dauer der Trennung durch den Blickkontakt der Mutter zum Kind am besten vorhergesagt wird.

Tabelle 19 stellt die wichtigsten Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage der State-Angst des Kindes durch elterliche Verhaltensvariablen dar.

Tabelle 19  
Ergebnisse zur Vorhersage der State-Angst des Kindes durch die elterlichen Verhaltensvariablen

Prädiktorvariable		B	SEB	$\beta$
Schritt 1				
Blickkontakt	Mutter - Kind	-.09	.06	-1.05
	Vater - Kind	.02	.06	.14
Emotionales Coaching	Mutter	.20	.16	.68
	Vater	.68	.19	1.02**
Schritt 2				
Blickkontakt	Mutter - Kind	-.07	.04	-.92
Emotionales Coaching	Mutter	.20	.14	.66
	Vater	.70	.17	1.04**
Schritt 3				
Blickkontakt	Mutter - Kind	-.02	.02	-.27
Emotionales Coaching	Vater	.59	.16	.88**
Schritt 4				
Emotionales Coaching	Vater	.51	.14	.76**

Anmerkungen.  $R^2$  für Schritt 1 = .73,  $R^2$  für Schritt 2 = .72,  $R^2$  für Schritt 3 = .56,  $R^2$  für Schritt 4 = .54, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

Es werden für jeden Schritt des Variablenausschlusses die Regressionskoeffizienten und ihre Absicherung gegen null angegeben. Die Ergebnisse zeigen, dass die schrittweise Regression zur Vorhersage der selbst berichteten State-Angst des Kindes in vier Schritten erfolgt. Im ersten Schritt werden alle Variablen in das Modell aufgenommen. Es ergibt sich keine signifikante Vorhersage der Dauer des Abschieds durch die elterlichen Verhaltensvariablen ( $F(4,6) = 4.00, p = .07$ ). In Schritt 2 wird die Variable Blickkontakt des Vaters zum Kind aus

dem Modell ausgeschlossen, in Schritt 3 die Variable Emotionales Coaching der Mutter. Die Vorhersage der State-Angst des Kindes wird durch die 3 Variablen des zweiten Schritts und durch die 2 verbleibenden Variablen des dritten Schritts signifikant (Schritt 2:  $F(3,7) = 4.98, p = .02$ ); Schritt 3:  $F(2,8) = 7.32, p = .02$ ). Die drei Variablen des zweiten Schritts erklären zusammen 72%, die beiden des dritten Schritts 56% der Varianz. Im letzten Schritt wird nur die Variable Emotionales Coaching des Vaters in das Modell aufgenommen. Sie erklärt 54% der Varianz. Die Vorhersage wird hoch signifikant ( $F(1,9) = 12.79, p = .01$ ). Die Ergebnisse zeigen demnach, dass die State-Angst des Kindes durch das Emotionale Coaching des Vaters am besten vorhergesagt wird.

## **6. Diskussion**

Im Diskussionsteil werden zunächst die Ergebnisse interpretiert. In Anschluss daran folgen kritische Anmerkungen und ein Ausblick.

### **6.1. Interpretation der Ergebnisse**

Das Erstaufretensalter für die emotionale Störung mit Trennungsangst ist sehr früh. Noch dazu zeigen bereits viele Kinder im Rahmen ihrer gesunden frühkindlichen Entwicklung vorübergehend Angst vor der Trennung von der Bezugsperson. Etwa zur Zeit des Fremdlns beginnen Kleinkinder zudem durch Blickkontakt nach sozialen Informationen zu suchen. Dieser Prozess der sozialen Rückversicherung und der des verwandten Modelllernens sind Mechanismen, durch die auch Kinder und Jugendliche lernen, ihre Emotionen zu regulieren. Während im Jugendalter die Peergroup wichtigste Referenz für die soziale Rückversicherung ist, sind dies im Kindesalter die Eltern (Morris et al., 2007). Die Eltern sind zudem für die Störung mit Trennungsangst wichtig, da sie direkt in die Symptomatik miteinbezogen sind. Aus diesen Gründen hatte die vorliegende Teilstudie zum Ziel, in Familien von Kindern mit Trennungsangst zu untersuchen, wie Familienmitglieder in einer bedrohlichen Situation interagieren. Explizit wurde die Eltern-Kind-Interaktion untersucht, also der Vater miteinbezogen. Die Interaktion wurde unter Bedingungen beobachtet, die speziell entwickelt wurden, um die zentrale Befürchtung der kindlichen Störung hervorzurufen. Ziel der Vorstudien war daher die Entwicklung und die Validierung einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation für Familien von Kindern mit Trennungsangst. Zunächst wurden demnach die Familien identifiziert, die die Einschlusskriterien erfüllten und für die die Situation valide war. Alle Familien der beiden Kontrollgruppen und 82.61% der Familien von Kindern mit Trennungsangst konnten daher in die Studie aufgenommen werden.

Die Ergebnisse zur Validität auf der subjektiven Ebene zeigten, dass die Situation für alle drei Untersuchungsgruppen valide war. Die beiden Kontrollgruppen empfanden die Situation im Vergleich zu Alltagssituationen als sehr ähnlich, Familien von Kindern mit Trennungsangst berichteten über eine mittlere Ähnlichkeit. Die Ergebnisse des Selbstberichts der State-Angst zeigten für alle Familienmitglieder von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zur gesunden bzw. klinischen Kontrollgruppe einen hoch signifikant höheren State-Angst-Anstieg. Diese Befunde werden zudem teilweise durch den mittels Fremdbesicht im Rahmen der Verhaltensbeobachtung erhobenen Affekt der State-Angst gestützt. Die Ergebnisse des Ratings dieses Codes verdeutlichen die Bedrohlichkeit der Situation nicht nur für Kinder mit Trennungsangst, sondern auch für deren Mütter und dem Selbstbericht nach für die Väter. Interessant sind zudem die Ergebnisse für Familien von Kindern mit anderen Angststörungen. Wenn die Situation störungsspezifisch bedrohlich für Kinder mit Trennungsangst sein soll, kann angenommen werden, dass sie für Kinder mit anderen Angststörungen zwar bedrohlicher als für gesunde Kinder ist, da ängstliche Kinder generell in Situationen ängstlich reagieren, aber dennoch nicht so bedrohlich wie für Kinder mit Trennungsangst. Beispielsweise kann für Kinder mit sozialer Phobie die Situation nicht aufgrund der Trennung von den Eltern, sondern aufgrund der Anwesenheit einer unbekanntem Versuchsleiterin beängstigend sein. Die Befunde der Selbstberichtsverfahren bestätigen die Annahme eines linearen Zusammenhangs. Kinder mit anderen Angsterkrankungen und deren Eltern geben auf dem Validierungsfragebogen an, dass die Situation im Institut mit Situationen aus dem Alltag vergleichbar sei. Die Ergebnisse des Angststatefragebogens zeigen im Vergleich mit der Trennungsangstgruppe niedrigere und im Vergleich mit der Gesunden Kontrollgruppe höhere State-Angst-Werte für die Klinische Kontrollgruppe. Die State-Angst wird von den Raterinnen jedoch für die Kinder der Klinischen Kontrollgruppe höher und für deren Mütter gleich stark eingeschätzt wurde wie für die Mütter der Kinder mit Trennungsangst. Die Fremdbeurteilung durch die Raterinnen deutet demnach an, dass die Situation nicht störungsspezifisch bedrohlich ist, während die Ergebnisse der beiden Selbstbeurteilungsverfahren Validierungs- und Angststatefragebogen dies nahe legen. Da jedoch die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2007) für die Diagnostik internalisierender Störungen eine stärkere Gewichtung des Selbstberichts empfehlen, wird dem auch hier Rechnung getragen. Die Situation kann demnach als störungsspezifisch bedrohlich betrachtet werden. Dies wird zudem durch die Ergebnisse gestützt, dass sich 13.16% der Familien von Kindern mit Trennungsangst nicht trennen konnten und diese Familien hoch signifikant länger für den

Abschied brauchten als die Familien der Kontrollgruppen. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten auch für einzelne andere Angsterkrankungen klären, ob die Situation bedrohlich ist.

Die Hauptfragestellung bezog sich auf die Eltern-Kind-Interaktion, es wurde die nonverbale Rückversicherung, die verbale Rückversicherung, das emotionale Coaching sowie der Affekt State-Angst in der störungsspezifisch bedrohlichen Situation untersucht. Für den Blickkontakt zeigte sich, dass der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Anteils der Familienmitglieder, der soziale Rückversicherung zeigte, gering war. Für drei der vier untersuchten Blickkontaktcodes suchten die Familienmitglieder der gesunden Familien etwas häufiger als die Familienmitglieder der anderen Untersuchungsgruppen nach Blickkontakt. Bei der Betrachtung von Häufigkeit und Dauer des Blickkontakts ergab sich folgendes Bild: Für den Blickkontakt der Kinder zu ihren Müttern und ihren Vätern zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Für den Blickkontakt von der Mutter zum Kind wurde deutlich, dass Mütter von Kindern mit Trennungsangst, die in einer bedrohlichen Trennungssituation nach Blickkontakt zu ihren Kindern suchen, dies hoch signifikant häufiger und länger tun als Mütter der Klinischen Kontrollgruppe und der Gesunden Kontrollgruppe. Für die Mütter konnte daher die Hypothese bestätigt werden. Für die Väter war dies nicht möglich, es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden. Diese Ergebnisse können als erster Hinweis für eine interaktionale Komponente der Störung mit Trennungsangst betrachtet werden. Wenn Mütter von Kindern mit Trennungsangst in Trennungssituationen häufiger und länger Blickkontakt mit ihren Kindern aufnehmen, könnte dies dem Kind vermitteln, dass die Mutter selbst Zweifel hat, dass es diese schwierige Situation bewältigen kann. Das Kind könnte möglicherweise daraus schließen, dass die Situation tatsächlich bedrohlich ist. Eine weitere Folge könnte eine negative Selbstwirksamkeitserwartung sein. Wenig Autonomiebestreben, fehlendes Explorationsverhalten und fehlende Erfahrungen, sich selbst als kompetent zu erleben, könnten so zur Aufrechterhaltung beitragen. Wie Craske (1999) in ihrem Modell zur Entwicklung von Angsterkrankungen ausführt, kann somit ein situationsspezifisches, elterliches Erziehungsverhalten in diesem Fall die nonverbale Rückversicherung der Mutter Angsterfahrungen eines Kindes mit Trait-Angst in Trennungssituationen verstärken und damit möglicherweise die Entwicklung einer Störung mit Trennungsangst fördern. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten untersuchen, ob Mütter von Kindern mit Trennungsangst dieses spezifische Verhalten bereits in frühen Fremdesituationen, wenn Kinder in der Regel eine entwicklungspezifische Trennungsangst zeigen, aufweisen. Wenn dies der Fall ist, könnte es ein weiterer Hinweis für die Beteiligung häufiger mütterlicher nonverbale Rückversicherung an der Entwicklung einer emotionalen Störung mit Trennungsangst sein. Des Weiteren

könnten Forschungsarbeiten auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie aufbauend schauen, ob sich Mütter, die selbst an einer Angsterkrankung leiden oder die früher selbst eine Trennungsangst aufwiesen von nicht-betroffenen Müttern hinsichtlich des Blickkontakts unterscheiden. Außerdem könnte der Verlauf des Blickkontakts in diesen Situationen sequenzanalytisch genauer untersucht werden. Interessant wäre zudem, ob die Art des Verlaufs des Blickkontakts einen Einfluss auf die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung dieser Situation nimmt. Um umfassendere Informationen bzgl. der Bedeutung des Blickkontakts zu bekommen, sollte in weiteren Studien die Art des Blickkontakts betrachtet werden (Vaish & Striano, 2004). Zukünftige Forschungsarbeiten sollten außerdem untersuchen, wie sich die Qualität des Blickkontakts in Familien von Kindern mit Trennungsangst von gesunden Familien und Familien von Kindern mit anderen Angststörungen unterscheidet.

Bezüglich der Variablen Verbale Rückversicherung zeigte sich, dass nur sehr wenige Familienmitglieder überhaupt dieses Verhalten zeigten. Von inferenzstatistischen Analysen wurde daher abgesehen. Möglicherweise deutet das daraufhin, dass der verbale Kanal nicht der bevorzugte Kanal für das Einholen von Informationen in bedrohlichen Situationen ist, sondern dass dies eher non-verbal über die soziale Rückversicherung geschieht. Eine andere mögliche Erklärung wäre ein Einfluss der Versuchsleiterin. Möglicherweise zeigen Familienmitglieder in einer natürlichen Situation aber nicht in der Laborsituation verbale Rückversicherung.

Für den Code Emotionales Coaching wurde deutlich, dass Mütter von Kindern mit Trennungsangst häufiger ihr Kind auf eine Trennungssituation vorbereiten als andere Mütter. Interessanterweise zeigten sich ähnliche Ergebnisse für die Väter. Väter von Kindern mit Trennungsangst versuchten länger ihre Kinder auf die Trennung vorzubereiten als Väter der Klinischen Kontrollgruppe. Die Väter der Gesunden Kontrollgruppe taten dies überhaupt nicht. Hiermit konnten die Hypothesen bezüglich dieses Codes teilweise bestätigt werden. Dies kann möglicherweise zu ähnlichen Folgen führen wie sie in den Ausführungen zur mütterlichen nonverbalen Rückversicherung bereits zu entnehmen waren. Auch häufigeres und längeres emotionales Coaching in einer beängstigenden Situation kann die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und das Explorationsverhalten des Kindes beeinträchtigen und möglicherweise zur Aufrechterhaltung bzw. im Zusammenspiel mit anderen Faktoren wie beispielsweise einer Behavioral Inhibition des Kindes zur Ausprägung einer Trennungsangst beitragen. Emotionales Coaching kann als Erziehungsverhalten also als spezifisches elterliches Verhalten in spezifischen Situationen betrachtet werden, hinter dem ein allgemeineres Erziehungsmuster eines überbehütenden - bzw. Autonomie einschränkenden Erziehungsstils steht. Daher stehen die Ergebnisse zum emotionalen Coaching im Einklang

zur Literatur zu einem überbehütenden - und Autonomie einschränkenden Erziehungsstil und Angsterkrankungen. Eine spannende Forschungsfrage wäre, zu schauen, welche Qualität das emotionale Coaching aufweist und ob ein Zusammenhang zwischen der Fähigkeit des Kindes, sich zu trennen, und der Qualität des elterlichen Coachings besteht. Dies ist zudem eine wichtige Information für die Therapie. Ziel der Elternarbeit könnte es sein, aktuelle Strategien zur Vorbereitung des Kindes auf die Trennung zu erheben, diese auf Funktionalität zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren.

Bezüglich des Affekts eingeschätzt durch die Raterinnen wiesen die Ergebnisse daraufhin, dass sowohl Kinder als auch Mütter von Kindern mit Trennungsangst einen ängstlicheren Affekt zeigten wie gesunde Kinder und deren Mütter. Dies ist auch auf der Grundlage von früheren Befunden aus dem Forschungsfeld der Sozialen Rückversicherung interessant. Sie wiesen darauf hin, dass besonders negative und ängstliche Reaktionen von Bezugspersonen bei der Weitergabe von ängstlichem Verhalten festigend wirken. Auf dem Hintergrund anderer Arbeiten zur Sozialen Rückversicherung, die Hinweise dafür fanden, dass die Mutter wichtige Informationsquelle für die Verhaltensregulierung in Trennungssituationen ist, sind die Ergebnisse zum Affekt von besonderer Bedeutung. Zusammen mit den Befunden zur State-Angst erhoben mit dem Selbstberichtsverfahren, die neben den Müttern auch für die Väter von Kindern mit Trennungsangst einen Anstieg der State-Angst verdeutlichten, sind die Ergebnisse zum Affekt auf dem Hintergrund der sehr aktuellen Literatur zur Weitergabe ängstlichen Verhaltens bedeutsam. Diese bereits vorliegenden Befunde haben gezeigt, dass Stimmung und negatives Verhalten der Mutter einen Einfluss auf eine frühe Angstentwicklung haben können. Die Ergebnisse dieser Studie weisen ebenfalls in diese Richtung, auch wenn keine kausalen Schlüsse möglich sind.

In Hinblick auf die Rolle des Vaters in der familiären Interaktion fällt auf, dass Väter von Kindern mit Trennungsangst ebenso wie die Mütter über einen State-Angst-Anstieg während der Trennungssituation berichten. In der Fremdbeurteilung schätzten die Raterinnen die State-Angst der Väter im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen jedoch nicht signifikant höher ein. Die Väter wiesen zudem ein längeres emotionales Coaching auf. Die Väter scheinen also ähnlich wie die Mütter die Trennungssituation als bedrohlich zu empfinden und reagieren auch vorbereitend. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten dies aufgreifen und untersuchen, ob sich das emotionale Coaching von Müttern und Vätern qualitativ unterscheidet und einen ähnlichen bzw. unterschiedlichen Einfluss auf die Bewältigung der Situation nimmt.

Die Zusatzanalysen zeigten einen sehr starken Zusammenhang zwischen der Dauer des Blickkontakts beider Eltern zu ihrem Kind und der Dauer des Abschieds sowie der Dauer

des emotionalen Coachings der Mutter und der Dauer des Abschieds. Für die State-Angst des Kindes scheint interessanterweise der Vater eine besondere Rolle zu spielen. Der Blickkontakt des Vaters hat einen signifikanten und das emotionale Coaching des Vaters einen hoch signifikanten Zusammenhang mit der State-Angst des Kindes. Die Regressionsanalysen zur Vorhersage der Dauer des Abschieds und der State-Angst des Kindes durch die elterlichen Verhaltensvariablen zeigten folgende Ergebnisse. Für die Dauer des Abschieds ist der Blickkontakt der Mutter zum Kind der beste Prädiktor. Je länger die Mutter das Kind anschaut, desto länger braucht die Familie, um sich zu trennen. Die beste Vorhersage für die selbst berichtete State-Angst des Kindes während der Trennung erfolgt durch die Dauer des Emotionalen Coachings des Vaters. Je länger der Vater coacht, desto ängstlicher fühlt sich das Kind. Der Blickkontakt der Mutter und das emotionale Coaching des Vaters erklärten beide einen Grossteil der Varianz für die Dauer des Abschieds und die State-Angst des Kindes. Aufgrund dieser Zusatzanalysen war es zusätzlich zu den Aussagen zur Assoziation zwischen Merkmalen der Eltern-Kind-Interaktion und Trennungsangst im Rahmen der Hauptuntersuchung möglich, eine zeitliche Abfolge zu verdeutlichen. Sowohl Blickkontakt als auch emotionales Coaching erfolgten vor der Trennung. Zunächst schaute die Mutter zu dem Kind, anschließend folgte der Abschied. Der Vater versuchte sein Kind zu coachen, bevor das Kind, nachdem die Eltern den Raum verlassen hatten, seine State-Angst einschätzte. Dies kann als erster Hinweis auf eine zeitliche Abfolge gedeutet werden. Darauf aufbauend können zukünftige Forschungsarbeiten genauer einen kausalen, zeitlichen Zusammenhang untersuchen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass den Eltern von Kindern mit Trennungsangst bei der Bewältigung einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation eine besondere Rolle zuzukommen scheint. Neben dem Kind selbst waren auch die Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst in dieser Situation ängstlicher als gesunde bzw. Eltern der klinischen Kontrollgruppe. Die Mütter schauten häufiger und länger auf ihre Kinder und versuchten das Kind häufiger vorzubereiten. Die Vorbereitung durch die Väter war im Vergleich zu den Kontrollgruppen länger. Damit können die Ergebnisse der vorliegenden Teilstudie folgende erste Hinweise für die drei Mechanismen, die an der Weitergabe von ängstlichem Verhalten beteiligt sind, geben. Der indirekte Effekt bezeichnet in der Literatur zur Sozialen Rückversicherung die Beobachtung der elterlichen Reaktion auf eine bestimmte Situation. Die Befunde der vorliegenden Arbeit machen deutlich, dass Kinder mit Trennungsangst dies nicht häufiger oder länger tun als Kinder aus den beiden Kontrollgruppen. Die Ergebnisse weisen allerdings auch darauf hin, dass Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst in Trennungssituationen eine höhere State-Angst zeigen als

Eltern der beiden Kontrollgruppen. Möglicherweise beobachten Kinder mit Trennungsangst zwar genauso häufig und lange wie andere Kinder die Reaktion ihrer Eltern in einer Trennungssituation, sehen aber ein anderes Modellverhalten als gesunde Kinder oder Kinder mit anderen Angsterkrankungen, nämlich, dass ihre Eltern ängstlich sind. Das Imitieren des elterlichen Verhaltens oder Affekts umfasst einen weiteren Mechanismus, der bei der Weitergabe von ängstlichem Verhalten eine Rolle spielt. Auch Kinder mit Trennungsangst zeigten in der vorliegenden Teilstudie eine höhere State-Angst als Kinder aus den Kontrollgruppen. Allerdings lassen sich aufgrund des Studiendesigns keine kausalen Aussagen zum elterlichen und kindlichen Affekt machen. Dies sollte in künftigen Forschungsarbeiten untersucht werden. Der dritte Mechanismus umfasst die elterliche Kommunikation in beängstigenden Situationen. Die elterliche Kommunikation an ein Kind mit Trennungsangst unterschied sich in einer Trennungssituation von der in den beiden anderen Kontrollgruppen. Eltern von Kindern mit Trennungsangst coachten ihr Kind häufiger bzw. länger. Mütter von Kindern mit Trennungsangst schauten häufiger und länger zu ihrem Kind. Auf der Grundlage dieser ersten Ergebnisse können zukünftige Forschungsarbeiten analog zum Forschungsfeld der Weitergabe ängstlichen Verhaltens durch Modelllernen genauer untersuchen, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen ängstlichem bzw. vorbereitendem elterlichen Verhalten in Trennungssituationen und einer kindlichen Trennungsangst besteht. Des Weiteren ist dieser Befund für die störungsspezifische Intervention bei der Störung mit Trennungsangst zu berücksichtigen. Da auch Eltern von Kindern mit Trennungsangst Trennungssituationen als beängstigend erleben und die Eltern ihr Kind auf die Trennung vorbereiten, tragen sie möglicherweise über ihr Verhalten zur Aufrechterhaltung der Störung bei.

## **6.2. Kritische Anmerkungen und Ausblick**

Die vorliegende, explorative Studie leistet einen wichtigen Beitrag zu dem erst wenig erforschten Gebiet der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung mit Trennungsangst. Trotzdem müssen verschiedene Aspekte der Untersuchung und der Gütekriterien des Ratingsystems kritisch betrachtet werden.

Die meisten der vorliegenden Studien, die Methoden der systematischen Verhaltensbeobachtung anwenden, berichten bezüglich der Reliabilität des Auswertungssystems die Interraterreliabilität. Vernachlässigt wird hingegen oft die Überprüfung der Retestreliaibilität des Beobachtungssystems (Stoolmiller, Eddy & Reid, 2000). Als Gründe hierfür können fehlende zeitliche und ökonomische Ressourcen zur wiederholten Erhebung von Verhalten geltend gemacht werden. Eine wiederholte

Beobachtung des Verhaltens im gleichen Setting und unter gleichen Instruktionen könnte jedoch zur Lösung zweier häufiger methodischer Probleme beitragen. Zum einen könnte eine mögliche Variabilität des Verhaltens von Tag zu Tag erfasst werden. Zum anderen könnte das Auftreten des *censoring*, des nicht Auftauchens von zu messendem Verhalten aufgrund zu kurzer Beobachtungseinheiten, reduziert werden (Gardner, 2000). Die vorliegende Studie reiht sich in die Kette vorangegangener Arbeiten ein, in dem sie lediglich die Interraterreliabilität berichtet. Allerdings sind die guten Ergebnisse der Interraterreliabilität, die auf ein intensives Training der Raterinnen gründen, hervorzuheben. Zukünftige Forschungsarbeiten, die dieser ersten, explorativen Untersuchung folgen werden, sollten dennoch bei der Planung die Erhebung der Retestreliabilität berücksichtigen.

Die Einschätzung der Validität von Beobachtungsverfahren umfasst die kritische Betrachtung drei verschiedener Aspekte: die Anwesenheit eines Beobachters, die Art der Aufgabe und den Ort der Beobachtung (Gardner, 2000). Zum Einfluss dieser Aspekte auf die Validität eines Beobachtungsverfahrens liegen bislang erst wenige Untersuchungen vor. Mehrere Studien zum Einfluss der Anwesenheit eines Beobachters konnten für Audio-Aufnahmetechniken zeigen, dass Beobachtungsverfahren auch durch verschiedene Abstufungen der Anwesenheit nicht beeinträchtigt waren (z.B. Jacob, Tennenbaum, Selhamer und Bargiel, 1994). Obwohl für den Einsatz von Videotechnik solche Nachweise noch ausstehen, kann auch auf dem Hintergrund der weiten Verbreitung der Videotechnik der Einfluss von Videokameras auf die Beobachtung weitgehend ausgeschlossen werden. Bleibt als kritische Anmerkung für die vorliegende Studie der Einfluss der anwesenden Versuchsleiterin. Die Ergebnisse der offenen Nachbefragung des Validierungsfragebogens, die explorativ bei Familien durchgeführt wurde, die die Situation im Institut als wenig ähnlich einschätzten, kann möglicherweise hierüber Aufschluss geben. Sowohl Eltern als auch Kinder gaben des Öfteren als Erklärung an, dass durch die Anwesenheit der Versuchsleiterin die Situation offizieller und daher vor allem das gezeigte Verhalten des Kindes wenig mit alltäglichen Trennungssituationen vergleichbar sei. Dies deutet daraufhin, dass die Anwesenheit der Versuchsleiterin für die Interaktion in diesen Familien möglicherweise einen Einfluss hatte. Allerdings wurden solche Familien, die eine geringe ökologische Validität angaben, aus der Studie ausgeschlossen. Um den Einfluss der Anwesenheit der Versuchsleiterin noch stärker einzugrenzen, wären zwei zusätzliche Möglichkeiten denkbar. Zum einen hätte die Versuchsleiterin den Therapieraum nach der Instruktion verlassen können. Die praktische Umsetzung dieser Idee hätte sich allerdings schwierig gestaltet, da zum einen die Eltern genaue Instruktionen für einen möglichen Treffpunkt mit der Versuchsleiterin hätten bekommen müssen, auf der anderen Seite hätte die Versuchsleiterin

die Aufgabe für Familien, die sich nicht trennen können, nicht sofort abbrechen können. Eine weitere Möglichkeit zur Verringerung des Einflusses der Anwesenheit der Versuchsleiterin wäre eine Messwiederholung gewesen. Hintergrund hierfür ist die Annahme, dass der Einfluss der Anwesenheit einer fremden Person während der Verhaltensbeobachtung aufgrund der Gewöhnung über die Zeit hinweg abnimmt. In der vorliegenden Studie hätte dies beispielsweise bedeuten können, zu Beginn jedes Diagnostiktermins die Verhaltensbeobachtung durchzuführen. Auf dem Hintergrund des Konfrontationsrationalis der Angstbehandlung wäre jedoch hier mit zunehmender Wiederholung ein Übungseffekt zu erwarten gewesen. Die Familien hätten mit jeder „Übung“ weniger Schwierigkeiten gehabt, sich zu trennen und die verschiedenen Situationen wären nicht vergleichbar gewesen.

Die Ergebnisse von Forschungsarbeiten zu den beiden anderen kritischen Aspekten der Validität, der Art der Aufgabe und dem Ort der Beobachtung, sind weniger eindeutig und aufgrund methodischer Mängel nur einschränkend zu interpretieren (Gardner, 2000). Beispielsweise gibt es zwar einige Studien, zur Frage, ob Verhaltensbeobachtung in einem künstlichen Setting vergleichbar ist zur Verhaltensbeobachtung in natürlichem Setting. Sie untersuchen beispielsweise die Interaktion zwischen Eltern und Kind zu Hause und in einem klinischen Setting an derselben Stichprobe und vergleichen dies miteinander. Jedoch werden hierfür oft unterschiedliche Instruktionen verwendet, was den Vergleich und die Interpretation der Befunde deutlich einschränkt. Arbeiten zum Vergleich von Verhalten auf eine standardisierte Instruktion hin und natürlichem Verhalten ohne Instruktion sind vergleichsweise selten und weisen methodische Mängel wie sehr kleine Stichproben auf. Forschungsarbeiten, die diese beiden Aspekte der Validität von Instrumenten zu Verhaltensbeobachtung untersuchen, werden daher dringend benötigt. In der vorliegenden Studie wurde das Verhalten von Eltern und Kind aus zeit- und finanzökonomischen Gründen nicht in einem natürlichen Setting, sondern im Institut für Psychologie untersucht. Um die ökologische Validität dennoch zu gewährleisten, wurden die beiden Fragebogen zur Validität eingesetzt. Ein Verfahren erhob direkt die subjektiv wahrgenommene Ähnlichkeit der Beobachtungssituation mit alltäglichen Situationen. Das andere Verfahren maß die Validität indirekt über eine Zunahme der Angstintensität. Aufgrund der Ergebnisse beider Verfahren wurden nur die Familien in die Analyse aufgenommen, für die die Situation valide war. Daher kann von einer guten Validität ausgegangen werden. In der vorliegenden Studie wurde zudem eine standardisierte Instruktion zur Beobachtung der Eltern-Kind Interaktion verwendet. Dadurch sollte das zu beobachtende Verhalten effizient hervorgerufen und die Vergleichbarkeit zwischen den beobachteten Familien gewährleistet werden. Außerdem wird so die Reliabilität der Ergebnisse erhöht, da ein möglicher situationaler Einfluss gering

gehalten wird. Dies bedeutet natürlich nicht, dass die Daten valider sind. Um mögliche situationale Einflüsse auszuschließen und die Durchführungsobjektivität zu erhöhen, nahmen die durchführenden Versuchsleiterinnen an einem intensiven Training teil.

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass die vorliegende Beobachtungsstudie versucht hat unter sorgfältiger Berücksichtigung der Gütekriterien Neuland zu betreten und die Eltern-Kind-Interaktion in Familien von Kindern mit Trennungsangst zu untersuchen. Sie stellt in vielerlei Hinsicht eine Fortführung bestehender Arbeiten dar. Zum einen fand die Verhaltensbeobachtung in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation statt. Außerdem wurden in der vorliegenden Studie die Väter miteinbezogen. Somit wurden nicht lediglich dyadische, sondern tryadische Interaktionen untersucht. Dies wirkte sich auf die Größe der Stichprobe aus. Für einige Variablen fiel der Stichprobenumfang sehr gering, dies hatte einen einschränkenden Einfluss auf die Normalverteilung und die Varianzhomogenität dieser Variablen. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten daher versuchen, den Stichprobenumfang zu erhöhen und die Ergebnisse zu replizieren. Eine weitere Fortführung bestand darin, dass neben einer genauen Erfassung der Interraterreliabilität ein Verfahren zur Validitätsüberprüfung des Beobachtungsinstruments entwickelt und durchgeführt wurde. Trotz der erwähnten, methodischen Bemühungen sollten zukünftige Forschungsarbeiten versuchen, die Gütekriterien zu erhöhen und beispielsweise die Eltern-Kind-Interaktion in einer Trennungssituation in einer natürlichen Umgebung beispielsweise zu Hause zu untersuchen. Aufgrund des Querschnittuntersuchungsdesigns lassen sich keine kausalen Aussagen zum Zusammenhang zwischen Sozialer Rückversicherung und Trennungsangst machen. Wünschenswert hierfür wären prospektive Längsschnittstudien, die mit verschiedenen Messzeitpunkten vom frühen Säuglingsalter über die Kindheit bis ins Jugendalter den Prozess der Sozialen Rückversicherung in Familien untersuchen. Eine weitere Möglichkeit wären Studien, die vor und nach einer psychotherapeutischen Behandlung die Eltern-Kind-Interaktion und somit deren Veränderung betrachten. Die Familien, die an dieser Studie teilgenommen haben, nehmen an solch einer Längsschnittstudie teil, die einen weiteren Schritt zur Interpretation des Zusammenhangs zwischen Eltern-Kind-Interaktion und der Störung mit Trennungsangst darstellen wird.

### **III. Studie 2: Familiäre Identifikation**

#### **1. Theorie**

Dieses Kapitel beginnt mit einer Einführung zum Begriff der Identifikation und führt im Weiteren aus, welche theoretischen Annahmen zur Identifikation dieser Arbeit zu Grunde liegen. Zudem wird die Bedeutung der Identifikation für die psychische Gesundheit eines Kindes hervorgehoben und ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben.

#### **1.1. Einführung zum Begriff der Identifikation**

Bereits Sigmund Freud (1962) beschäftigte sich intensiv mit dem Konstrukt der Identifikation und legte den Grundstein für die Bedeutung des Begriffs in der Psychologie (Trautner, 1991). Er betrachtete Identifikation als die Angleichung an ein anderes Ich durch dessen „Hereinnahme“ (Introjektion) ins eigene Ich. Das heißt, ein Kind nimmt bestimmte Verhaltensweisen, spezifische Merkmale oder Anschauungen einer Person in die eigene Persönlichkeit auf. Die wichtigsten Identifikationspersonen stellen dabei die Eltern dar. Identifikation ist seiner Meinung nach ein bedeutsamer Prozess für die Geschlechtsrollen- und Moralentwicklung. Später kamen lern- und verhaltenstheoretische Konzepte zur Identifikation hinzu. Sie verstanden Identifikation als Ergebnis verschiedener Lernprozesse wie dem operanten und stellvertretenden Lernen und dem Modelllernen (Remschmidt & Mattejat, 1999; Trautner, 1991). Kagan (1958) stellte heraus, dass das Ausmaß an Identifikation variieren und sich eine Person mit verschiedenen Modellen identifizieren kann. Die Motivation für Identifikationsprozesse liegt seiner Meinung nach im Erreichen positiver Zustände wie dem Gefühl von Liebe, Zuneigung oder dem Empfinden, den Anforderungen der Umwelt gewachsen zu sein. Es folgten Konzepte, die den kognitiven Aspekt noch stärker herausstellten. Kohlberg beispielsweise verstand Identifikation als Ergebnis kognitiver Leistungen (Trautner, 1991). Im Gegensatz zur analytischen Sicht ist er der Auffassung, dass die Identifikation nicht an die frühkindliche Eltern-Kind-Interaktion gebunden und somit nicht irreversibel ist. Er definiert Identifikation vielmehr als Prozess des Veränderns kognitiver Strukturen durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt. Identifikationsprozesse sind demnach Lösungsversuche von Entwicklungsaufgaben, welche sich mit neu aufkommenden Herausforderungen verändern können (Remschmidt & Mattejat, 1999). Identifikation stellt somit eine kognitiv-strukturelle Stufe innerhalb eines Prozesses sozialer Teilnahme dar. In Abgrenzung zur Lerntheorie, die postuliert, dass ein Kind sein Vorbild imitiert und sich mit ihm aufgrund von Belohnung und Zustimmung identifiziert, versteht Kohlberg soziale Verstärkung als Anhaltspunkt für die erfolgreiche Bewältigung einer Aufgabe (Trautner, 1991).

## 1.2. Das Konzept der Identifikation nach Remschmidt und Mattejat

Das Konzept der Identifikation nach Remschmidt und Mattejat (1999) ist eng verknüpft mit den Begriffen Selbstkongruenz, Selbstkonzept, Selbstwert und Fremdkonzept. Daher wird im Folgenden zunächst eine Erörterung dieser relevanten Konstrukte vorgenommen und erst in Anschluss daran auf den Begriff der Identifikation eingegangen.

Unter Selbstkonzept wird das Bild oder die Vorstellung verstanden, die eine Person von sich selbst hat. Dieses kognitive Schema basiert auf den Erfahrungen, die eine Person mit ihrer Umwelt macht, insbesondere mit anderen für sie bedeutungsvollen Personen. Das Selbstkonzept kann in zwei Bereiche gegliedert werden: in ein reales („so wie ich bin“) und ein ideales („so wie ich sein möchte“) Selbstbild. Die Übereinstimmung zwischen diesen Bildern wird als Selbstkongruenz bezeichnet. Die emotionale Komponente des realen Selbstbildes ist das Selbstwertgefühl. Eine geringe Selbstkongruenz ist mit einem niedrigen Selbstwert verbunden. Das Selbstkonzept und die eng damit verbundenen Konstrukte Selbstkongruenz und Selbstwertgefühl sind für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung. Eine niedrige Selbstkongruenz kann Ausdruck von psychischen Problemen sein und eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit zur Folge haben.

Analog zum Selbstkonzept können Fremdkonzepte als Vorstellungen verstanden werden, die ein Individuum von anderen Personen hat. Selbst- und Fremdkonzepte entwickeln sich parallel und beeinflussen sich gegenseitig. Dies geschieht über kognitive Vergleichsprozesse, bei denen sich das Individuum mit anderen Personen in Beziehung setzt und dabei Ähnlichkeiten und Unterschiede feststellt. Fremdkonzepte der wichtigsten Bezugspersonen sind dabei von besonders großer Bedeutung.

Remschmidt und Mattejat (1999) definieren Identifikation als Übereinstimmung zwischen Selbstkonzept und Fremdkonzept(en) eines Individuums. Je besser die Übereinstimmung zwischen ihnen, umso höher ist die Identifikation mit der jeweiligen Person. Identifikation bezieht sich bei ihnen demnach auf die kognitiven und emotionalen Repräsentationen einer Person. Nach Remschmidt und Mattejat (1999) bezieht sich Identifikation gleichermaßen auf individuelle und interaktionale Merkmale, weil Identifikation wesentlich an der Entwicklung des Selbstkonzeptes und der persönlichen Identität beteiligt ist und gleichzeitig in bedeutsamer Weise zum Aufbau und zur Gestaltung von Familienbeziehungen beiträgt. Besonders der letzte Aspekt ist für das Gefühl des Zusammenhalts und der Zugehörigkeit von großer Bedeutung. Identifikation umfasst den Prozess der Übernahme von Verhaltensweisen, Merkmalen und Einstellungen anderer Personen und auch das Resultat dieses Prozesses, nämlich inwieweit sich ein Individuum anderen gegenüber als ähnlich erlebt oder anderen ähnlich zu sein wünscht (Remschmidt &

Mattejat, 1999; Käppler, 2005). Unter der realen Identifikation eines Kindes mit seiner Mutter wird demnach verstanden, wie ähnlich ein Kind sich zu seiner Mutter wahrnimmt. Die ideale Identifikation eines Kindes mit seiner Mutter definieren Renschmidt und Mattejat (1999) als Ausmaß, inwieweit ein Kind seiner Mutter ähnlich sein möchte.

### **1.3. Bedeutung der Identifikation für die psychische Entwicklung von Kindern**

Aufgrund der Ausführungen wird deutlich, dass der Identifikationsbegriff viele Facetten aufweist und sehr unterschiedlich verstanden werden kann. Trotz dieser konzeptionellen Differenzen wird in der Literatur jedoch übereinstimmend davon ausgegangen, dass die Familie der primäre Ort ist, an dem Identifikation stattfindet (Käppler, 2002). Außerdem wird den familiären Identifikationsprozessen in allen Modellen eine hohe Bedeutung für die psychische Entwicklung zugemessen. Die Gründe hierfür sollen im Folgenden näher ausgeführt werden.

Die reale Identifikation mit den Eltern vermittelt dem Kind ein Gefühl der Bindung und Zugehörigkeit. Zudem empfindet es dadurch sein Beziehungssystem als sicher und stabil. Durch eine hohe ideale Identifikation mit den Eltern wird die Grundlage dafür geschaffen, dass das Kind die Eltern als Modelle und Vorbilder akzeptiert. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung für eine Veränderungsmotivation dar, eigenes Verhalten zu reflektieren und zu verändern.

Die Identifikation mit den Eltern ist somit ein zentraler Prozess, bei dem sich das Kind über den Vergleich mit seinen Bezugspersonen definiert und sich dadurch in seinem familiären Beziehungssystem verankert. Kinder zeigen dabei die Tendenz zur positiven Bewertung der wichtigsten Bezugspersonen und zu einer hohen idealen Identifikation mit diesen. Renschmidt und Mattejat (1999) gehen davon aus, dass die Identifikation mit den Eltern unter folgenden Bedingungen beeinträchtigt ist:

- Wenn elterliches Verhalten so instabil und wechselhaft ist, dass es dem Kind nicht möglich ist, ein ausreichend stabiles Fremdkonzept aufzubauen.
- Wenn das elterliche Verhalten und die Vorstellung, welche die Eltern dem Kind von sich vermitteln, nicht zusammenpassen. Als Folge davon ist es dem Kind nicht möglich, ein erfahrungskongruentes Fremdkonzept der Eltern zu entwickeln.
- Wenn negative Interaktionen zwischen Eltern und Kind vorherrschen oder die Eltern das Kind ablehnen. Das Kind kann dann nur ein gering ausgeprägtes positives Fremdbild der Eltern aufbauen.

- Wenn die Identifikation mit einem Elternteil zu Loyalitätskonflikten führt oder dazu, vom anderen Elternteil negativ sanktioniert zu werden (z. B. bei Paarkonflikten).

Es wird des Weiteren davon ausgegangen, dass unterschiedliche psychosoziale Belastungen Identifikationsprozesse von Kindern beeinträchtigen können. Deshalb wurde über die Erhebung der subjektiv empfundenen Lebensqualität versucht, indirekt Aufschluss über die psychosoziale Belastung eines Kindes zu erhalten. Teodoro (2005) konnte zeigen, dass eine niedrige Lebensqualität mit einer niedrigeren Selbstkongruenz und niedrigeren Identifikationen mit den Eltern insbesondere mit der Mutter verbunden ist.

Es gibt erste Hinweise dafür, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils für Kinder eine besonders starke psychosoziale Belastung darstellt. So zeigen Remschmidt und Mattejat (1999) beispielsweise, dass Kinder, in deren Familie ein Elternteil an einer psychischen Störung erkrankt war und die dadurch belastet waren, im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern ihre Eltern weniger stark als Vorbild wahrnahmen. In einer anderen Untersuchung weisen die Ergebnisse der beiden Autoren (1994) bei Familien mit einem depressiven oder einem psychotischen Elternteil daraufhin, dass sowohl die Art der psychischen Erkrankung als auch das Geschlecht des erkrankten Elternteils mit der kindlichen Identifikation in Zusammenhang steht. Besonders beeinträchtigt waren die Identifikationsbeziehungen der Kinder, wenn ein Elternteil an einer Schizophrenie litt oder die Mutter der erkrankte Elternteil war. Bislang liegen keine Studien zu den Identifikationsmustern von Kindern vor, deren Eltern an einer Angststörung leidet.

Verschiedene psychosoziale Belastungen können die kindlichen Identifikationsprozesse beeinträchtigen, eine negative Auswirkung auf die Entwicklung des Selbstkonzepts von Kindern haben und die Vulnerabilität für eine psychische Störung erhöhen (Remschmidt & Mattejat, 1999). Umgekehrt stellen psychische Störungen oder eingeschränkte Identifikationsmuster der Kinder eine psychosoziale Belastung für das Familiensystem dar (Abbildung 15). Daher können Zusammenhänge zwischen Identifikationsbeziehungen und psychischen Störungen nicht kausal interpretiert werden.

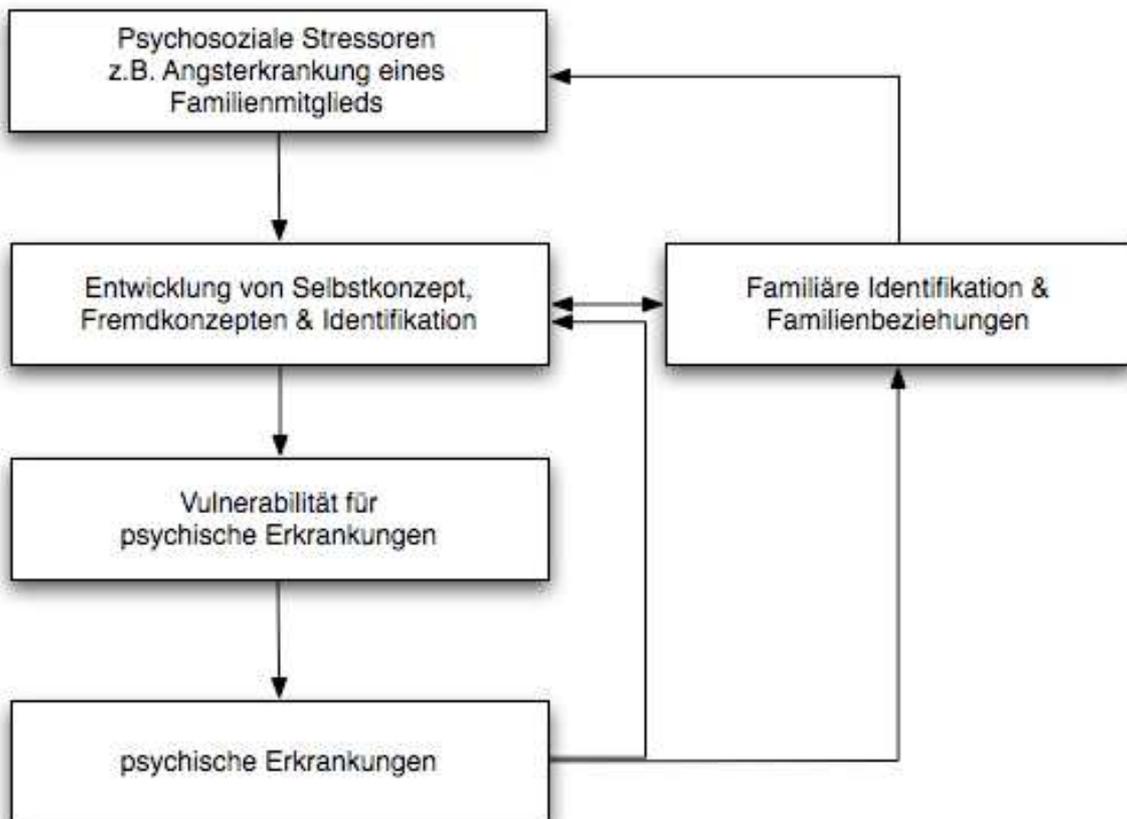


Abbildung 15. Beeinträchtigungen der Identifikation und ihr Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit (in Anlehnung an Remschmidt und Mattejat, 1999).

Zum Zusammenhang zwischen der Art der psychischen Störung eines Kindes und seiner Identifikation mit den Eltern äußern sich Remschmidt und Mattejat nicht eindeutig. Sie gehen nicht von einem direkten Zusammenhang aus, sondern nehmen an, dass bei Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung verschiedene Identifikationsmuster vorkommen können. Spezifische Zusammenhänge, die empirisch zu ermitteln sind, werden jedoch auch nicht ausgeschlossen (Remschmidt & Mattejat, 1999).

#### 1.4. Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Identifikation

Im Kontrast zur Anzahl der theoretischen Modellvorstellungen und der entwicklungspsychologischen und klinischen Bedeutung von Identifikationsprozessen steht die geringe Anzahl an aktuellen Forschungsarbeiten zur Identifikation, insbesondere Studien

mit klinischem Bezug. Dies mag eventuell an den fehlenden psychometrischen Verfahren zur Erfassung von Identifikationsprozessen liegen (Käppler, 2005).

Im Folgenden werden die wenigen, vorhandenen Studien vorgestellt. Da bislang keine Untersuchungen zu Identifikationsmustern von Kindern mit einer Angststörung vorliegen, wird versucht, aus den Erkenntnissen zu anderen Störungsbildern Annahmen für den Bereich der Angststörungen abzuleiten.

Käppler (2005) verglich in einer Querschnittsuntersuchung die Identifikationsmuster von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aus dem stationären Bereich mit Heimkindern, Kindern aus dem klinisch-stationären Bereich (verschiedene Störungsbilder) und Schulkindern. Die psychisch belasteten Kinder (klinische Kontrollgruppe, hyperaktive Kinder, Heimkinder) zeigten im Vergleich zu den Schulkindern signifikant geringere reale und ideale Identifikationen mit beiden Elternteilen sowie eine niedrigere Selbstkongruenz. Zudem konnte in dieser Untersuchung eine störungsspezifische Besonderheit im Identifikationsmuster der hyperaktiven Kinder identifiziert werden. Für hyperaktive Kinder schienen die Väter eine besonders ausgeprägte Vorbildfunktion einzunehmen. Die Kinder identifizierten sich mit ihren Vätern gleich stark wie gesunde Kinder, also signifikant höher als die Heimkinder und die Kinder aus der klinischen Kontrollgruppe. Auffallend waren außerdem die Unterschiede der elterlichen Identifikationswerte mit den anderen Familienmitgliedern. Mütter und Väter identifizierten sich in sehr geringem Ausmaß mit dem hyperaktiven Kind, wobei sich die Identifikationswerte zum Geschwisterkind im unauffälligen Bereich befanden.

In der sich anschließenden Längsschnittstudie fand Käppler (2005) zudem bei Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung während eines Behandlungsverlaufs von eineinhalb Jahren signifikante Veränderungen der familiären Identifikationsmuster. Sowohl die reale Identifikation mit den Eltern als auch die Selbstkongruenz der Kinder stieg bereits nach einem halben Jahr an. Die Kinder nahmen demnach während der Behandlung zwischen sich und den Eltern mehr Ähnlichkeit wahr und hatten stärker das Gefühl, so zu sein, wie sie gerne sein wollten. Im Bezug auf die ideale Identifikation mit den Eltern waren keine Veränderungen festzustellen. Die Identifikationswerte der Eltern mit den Kindern und Geschwisterkindern veränderten sich im Therapieverlauf nur unwesentlich. Käppler interpretiert dies als Abbild der Außenseiterrolle, die hyperaktive Kinder oftmals in ihren Familien einnehmen.

Tretrop (1997; zitiert nach Remschmidt & Mattejat, 1999, S. 45) untersuchte den Zusammenhang zwischen Identifikationsmustern und Depressivität bei einer Schüler- und einer Patientenstichprobe. Zur Erfassung der Depressivität diente das Depressionsinventar für

Kinder und Jugendliche (DIKJ) (Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 1989). Die Ergebnisse verdeutlichten bei höherer Depressivität eine geringere Selbstkongruenz sowie eine niedrigere reale und ideale Identifikation der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern. Dieser umgekehrte Zusammenhang zwischen Depressivität und Identifikation mit den Eltern fiel bei der Patientenstichprobe noch deutlicher aus als bei der Vergleichsstichprobe. In beiden Gruppen war er hoch signifikant.

Im Rahmen der Validitätstestung des Familien-Identifikations-Tests wurde an einer klinischen Stichprobe der Zusammenhang zwischen Identifikationsmustern und klinischen Diagnosen auf Achse I überprüft (Remschmidt & Mattejat, 1999). Die verschiedenen Störungsbilder wurden dabei in drei Kategorien unterteilt: Externalisierende Störungen (Hyperkinetische Störungen und Störung des Sozialverhaltens), Internalisierende Störungen (Neurotische und Emotionale Störungen) und Essstörungen. Die Ergebnisse zeigten Identifikationswerte der Patienten mit internalisierenden Störungen, die signifikant höher waren als diejenigen der Patienten mit externalisierenden Störungen. Besonders deutlich wurde dieser Unterschied bei der idealen Identifikation mit der Mutter.

Remschmidt und Mattejat (1999) vermuten, dass die Identifikation von Kindern mit ihren Eltern in engem Zusammenhang mit der Art und der Qualität der Familienbeziehungen steht. Sie stützen ihre Überlegungen hierbei auf Befunde, die auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen den mit dem Familien-Identifikations-Test gemessenen Identifikationswerten und den beiden Subskalen „emotionale Verbundenheit“ und „individuelle Autonomie“ des Familientests „Das Subjektive Familienbild“ (Mattejat & Scholz, 1994) hinweisen. Je höher die Kinder die emotionale Verbundenheit der Familie und die individuelle Autonomie der Familienmitglieder einschätzten, umso höher war ihre Identifikation mit den Eltern, insbesondere die ideale Identifikation. Die Vorbildfunktion der Eltern ist demnach besonders ausgeprägt, wenn die Familienbeziehungen von den Kindern positiv wahrgenommen werden.

Diese Ergebnisse können für die vorliegende Arbeit besonders interessant sein, da für die emotionale Störung mit Trennungsangst sowohl die Bindung („emotionale Verbundenheit“) als auch die Autonomie als Einflussfaktoren für die Entstehung diskutiert werden.

Alter und das Geschlecht des Kindes werden in der Literatur als weitere mögliche Einflussgrößen auf die kindliche Identifikation diskutiert. Es besteht Konsens darüber, dass die Identifikation mit den Eltern im Jugendalter meist abnimmt (Kagan, 1958; Remschmidt & Mattejat, 1994). Remschmidt und Mattejat (1999) konnten diesen Zusammenhang mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen zwölf und zwanzig Jahren

nachweisen. Dies steht in Übereinstimmung mit Ergebnissen von Palmonari, Kirchler und Pombeni (1990), die zeigen konnten, dass im Jugendalter die Identifikation mit Gleichaltrigen an Bedeutung gewinnt.

Bisherige Arbeiten zum Einfluss des Geschlechts auf die Identifikationsmuster von Kindern zeigen keine systematischen Effekte (Käppler, 2005; Teodoro, 2005). Vereinzelt wurden höhere Identifikationen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gefunden (Remschmidt & Mattejat, 1999), daher ist ein Zusammenhang nicht auszuschließen.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild. Bisher liegen keine spezifischen Untersuchungen zur Identifikation von Kindern mit einer Angststörung vor. Das bislang im Forschungsfeld Identifikation am intensivsten untersuchte Störungsbild ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Käppler (2005) fand bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung geringere Identifikationswerte mit den Eltern als bei Schülern. Die Untersuchung von Remschmidt und Mattejat (1999) zeigte, dass sich die Identifikationswerte von Kindern mit externalisierenden Störungsbildern und Kindern mit internalisierenden Störungen unterscheiden. In ihrer Studie weisen Kinder mit externalisierenden Störungen im Vergleich mit Kindern mit internalisierenden Störungen niedrigere Identifikationswerte auf. Die Befunde zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sind daher nur eingeschränkt für eine Forschungsarbeit zur Trennungsangst von Bedeutung. Näher an den Angststörungen sind die affektiven Störungen. Hier zeigte die Untersuchung von Tretrop (1997; zitiert nach Remschmidt & Mattejat, 1999, S. 45) einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Depressivität und der Höhe der Identifikation. Für die vorliegende Untersuchung können außerdem die Ergebnisse von Remschmidt und Mattejat (1999) von Bedeutung sein. Sie machen einen positiven Zusammenhang zwischen der Höhe der Identifikation und der emotionalen Verbundenheit sowie der individuellen Autonomie in einer Familie deutlich. Da bei Kindern mit Trennungsangst die individuelle Autonomie stark eingeschränkt ist (z.B. Bögels & van Melick, 2004), könnten eventuell niedrige Identifikationswerte mit dieser Angsterkrankung verbunden sein. Zusammenfassend scheint eine Vorhersage zur Identifikation von Kindern mit Trennungsangst auf der Grundlage der wenigen, bisher vorliegenden Studien jedoch nicht möglich.

## 2. Herleitung der Hypothesen

Ziel der vorliegenden Teilstudie ist es, die Identifikationsbeziehungen in Familien von Kindern mit Trennungsangst zu untersuchen. Um Aussagen über die Spezifität der Identifikationsmuster zu ermöglichen, sollen diese sowohl mit den Identifikationsmustern von Familien gesunder Kinder als auch mit Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung verglichen werden.

Eine erste Analyse möchte die realen Identifikationsmuster der Familienmitglieder untersuchen. Die reale Identifikation des Kindes mit den Eltern („ich bin so wie meine Mutter/mein Vater“) vermittelt dem Kind ein Gefühl der Zugehörigkeit und Verbundenheit mit der Familie. Die zweite Analyse umfasst die ideale Identifikation in Familien. Die ideale Identifikation eines Kindes mit seinen Eltern („ich möchte so sein wie mein Vater/meine Mutter“) ist eine wichtige Voraussetzung für das Akzeptieren der Eltern als Modell und Vorbild. Zusätzlich dazu soll drittens mit der Selbstkongruenz ein Konstrukt auf der Selbstkonzeptebene untersucht werden, das in engem Zusammenhang mit der Selbstzufriedenheit und dem psychischen Wohlbefinden einer Person stehen. Die Selbstkongruenz gibt an, ob ein Kind sich selbst so sieht, wie es gerne sein möchte. Sehr niedrige Werte sind assoziiert mit psychischen Auffälligkeiten (Renschmidt & Mattejat, 1999). Um ein möglichst umfassendes Bild der Familie zu erfassen (Gehring & Marti, 2001), wird die Identifikation aus der Sicht von drei Familienmitglieder, der Mutter, dem Vater und des Kindes erhoben. Aufgrund des bisherigen Forschungsstandes zur Identifikation, lassen sich keine gerichteten Hypothesen aufstellen. Folgende Hypothese soll für jedes Familienmitglied gelten.

Familien von Kindern mit Trennungsangst unterscheiden sich bezüglich der realen und idealen Identifikation sowie der Selbstkongruenz von Familien gesunder Kinder und Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung.

### **3. Methode**

#### **3.1. Erhebungsinstrument: Der Familien-Identifikations-Test (FIT)**

Der Familien-Identifikations-Test (FIT) wurde von Remschmidt und Mattejat (1999) entwickelt und ist ein psychometrisches Verfahren zur Erfassung familiärer Identifikationsmuster von Kindern und Erwachsenen.

##### **3.1.1. Theoretische Konzeption und Entwicklung**

Dem Familien-Identifikations-Test liegen Konzepte aus der Entwicklungs- und Sozialpsychologie sowie der kognitiven Psychologie zugrunde. Außerdem steht er inhaltlich der Persönlichkeitstheorie von Rogers nahe (Remschmidt & Mattejat, 1999). In den 70er Jahren entwickelt Remschmidt zunächst die Familien-Identifikationsprobe für Kinder depressiver und psychotischer Eltern (Remschmidt, Strunk, Methner & Tegeler, 1973). Für die Weiterentwicklung des Familien-Identifikations-Test wurden die verwendeten Adjektive und der Antwortmodus verändert. Diese Form wird im Folgenden dargestellt.

##### **3.1.2. Aufbau**

Der FIT dient in einem ersten Schritt der Erfassung von Personenbeschreibungen verschiedener Familienmitglieder. Die befragte Person beschreibt sich selbst und die anderen Familienmitglieder anhand von 12 vorgegebenen Adjektiven. Sie gibt an, wie gut die Adjektive auf die zu beschreibende Person zutreffen. Die Antwortmöglichkeiten entsprechen einer fünf-stufigen Ratingskala: 1=überhaupt nicht, 2=kaum, 3=etwas, 4=ziemlich, 5=ganz genau. Der Familien-Identifikations-Test liegt in zwei Paralleltest-Versionen vor, einer Legeversion für Kinder ab acht Jahren und einer Fragebogenversion für Erwachsene und Jugendliche ab etwa zwölf Jahren. Für die Legeversion wird ein DIN-A3-großes Legebrett verwendet, auf dem die fünf Antwortkategorien abgebildet sind. Das Kind ordnet die 12 Adjektivkärtchen einzeln den für das Kind selbst passenden Antwortkategorien zu. Dabei beschreibt es wie die Erwachsenen bei der Fragebogenform zunächst wie es selbst ist, dann wie es sein möchte und zuletzt die anderen Familienmitglieder.

Die im FIT verwendeten Adjektive orientieren sich an den wichtigsten fünf Persönlichkeitsdimensionen, den „big five“ (z.B. McCrae & Costa, 1987; Borkenau & Ostendorf, 1991). Aufgrund der klinischen und interaktionalen Relevanz fokussierten die Autoren auf die drei Dimensionen Extraversion (soziale Aktivität und Assertivität), soziale Resonanzfähigkeit und emotionale Labilität (Remschmidt & Mattejat, 1999). Dementsprechend wurden Adjektive ausgewählt, die diesen Dimensionen zuzuordnen sind. Außerdem sollten sie sowohl für Erwachsene als auch für Kinder verständlich sein und häufig

im Alltag Verwendung finden. Die verwendeten Adjektive sind in Tabelle 20 dargestellt. Im Familien-Identifikations-Test wird Identifikation demnach hinsichtlich interpersonal bedeutsamer Persönlichkeitsdimensionen und hinsichtlich emotionaler Stabilität erfasst. Die theoretische Struktur des FIT wurde durch faktorenanalytische Überprüfungen an mehreren Stichproben bestätigt (Renschmidt & Mattejat, 1999).

Tabelle 20  
*Adjektive des Familien-Identifikations-Tests und ihre theoretische Zuordnung*

<b>Adjektive des Familien-Identifikations-Test inkl. Polung</b>	<b>Zugehörige Persönlichkeitsdimension</b>
lebhaft (+) gesprächig (+) ruhig (-)	Soziale Aktivität
selbstsicher (+) selbständig (+) ängstlich (-)	Assertivität
verständnisvoll (+) rücksichtsvoll (+) freundlich (+)	Soziale Resonanzfähigkeit
nervös (+) launisch (+) zufrieden (-)	Emotionale Labilität

*Anmerkung.* Abbildung aus Renschmidt und Mattejat (1999, S. 10)

Zwischen den Selbst- und Fremdbildern lassen sich in einem zweiten Schritt Korrelationskoeffizienten berechnen, die als Maß für die Ähnlichkeit zwischen den erhobenen Repräsentationen gelten. Sie werden zudem als Indikatoren für die Selbstkongruenz und die Identifikation der Person mit anderen Familienmitgliedern interpretiert (Abbildung 16).

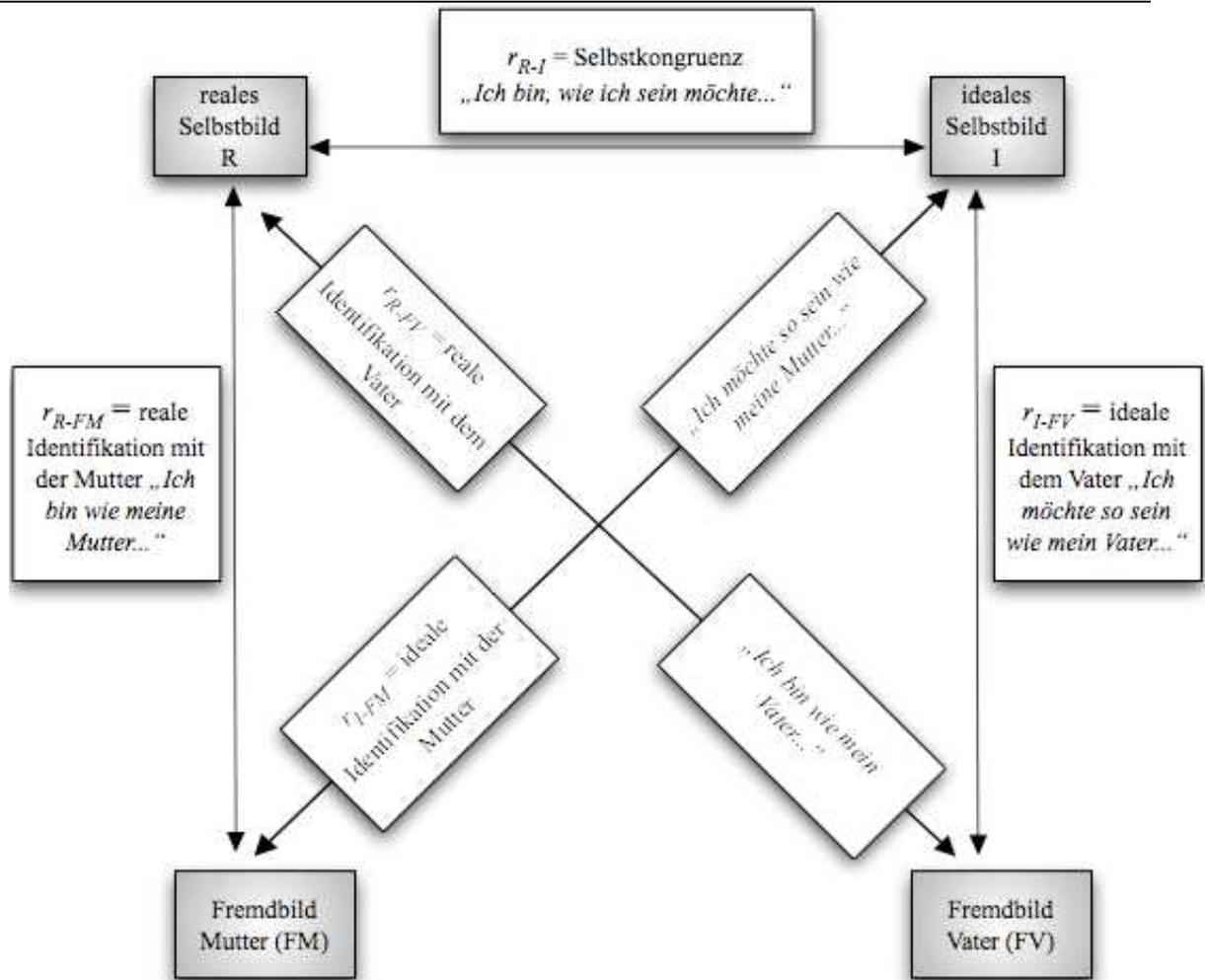


Abbildung 16. Darstellung der Identifikationskoeffizienten, die in dieser Arbeit erhoben wurden.

### 3.1.3. Psychometrische Eigenschaften

Die Studien zu den psychometrischen Eigenschaften des Familienidentifikationstest, die Renschmidt und Mattejat in den Jahren 1996 und 1997 durchführten, wurden teilweise bereits im Abschnitt *Überblick zum aktuellen Forschungsstand zur Identifikation* vorgestellt. Im Folgenden sollen nun die für die Einschätzung der Gütekriterien relevanten Studienaspekte dargestellt werden.

Die Autoren des Familienidentifikationstests untersuchten die Paralleltestreliabilität der Lege- und Fragebogenform an einer Stichprobe von  $n = 74$  stationär behandelten Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 12 und 21 Jahren, denen beide Formen vorgelegt wurden (Renschmidt & Mattejat, 1999). Die durchschnittliche Paralleltestreliabilität betrug  $r = .78$ .

Die Retestreliabilität wurde an einer Stichprobe von stationären Patienten der Uniklinik Marburg, die älter als 12 Jahre waren, überprüft. Ein erster Retest nach zwei Wochen ( $n = 51$ ) zeigte eine durchschnittliche Korrelation von  $r = .78$ , während ein zweiter Retest nach weiteren vier Wochen ( $n = 30$ ) eine durchschnittliche Korrelation von  $r = .75$  ergab.

Die Konstruktvalidität des Familienidentifikationstests konnte bislang nicht direkt überprüft werden, da keine anderen, bereits überprüfte Verfahren vorliegen, die dieselben oder zumindest ähnliche Konstrukte erheben. Deshalb untersuchten die Autoren in verschiedenen Validierungsstudien den Zusammenhang der Ergebnisse des Familienidentifikationstests und theoretisch relevanten Konstrukten. Beispielsweise wurde überprüft, wie die FIT-Werte und die „bewusste“ Identifikation, das heißt die bewusst wahrgenommene Ähnlichkeit bzw. Vorbildfunktion korrelieren. Die Untersuchung erfolgte an einer Stichprobe von Schülern und Schülerinnen ( $n = 65$ ), die im Durchschnitt 18.4 Jahre alt waren. Den Probanden wurde der FIT und ergänzende Items zur Erhebung der bewussten Identifikation vorgelegt. Die Ergebnisse zeigten mäßige Korrelationen zwischen .24 und .59. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass die mit FIT erfasste Identifikation nicht mit bewusster Identifikation gleich gesetzt werden kann. Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen Giessen Test (Beckmann, Brähler & Richter, 1991) und FIT an einer Studentinnenstichprobe ( $n = 145$ ) untersucht. Die mäßigen Korrelationen, im Durchschnitt  $r = .56$ , erklären Remschmidt und Mattejat mit den unterschiedlichen Frageformaten und den inhaltlich doch unterschiedlichen Persönlichkeitsdimensionen beider Verfahren. Bezüglich des Zusammenhangs mit dem Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 1989), der an einer Schüler- ( $n = 65$ ) und Patientenstichprobe ( $n = 74$ ) erhoben wurde, zeigten sich sehr deutliche Zusammenhänge. Je höher die Selbstkongruenz, desto geringer ist die Depressivität und je höher die Depressivität, desto geringer ist die Identifikation mit den Eltern. In einer weiteren Untersuchung mit derselben Stichprobe wurde überprüft, inwieweit Familienbeziehungen erhoben mit dem Subjektiven Familienbild (SFB; Mattejat & Scholz, 1994) und Identifikation erhoben mit dem FIT zusammenhängen. Für die emotionale Verbundenheit oder Valenz ergab sich folgender, signifikanter Zusammenhang. Je positiver Familienbeziehungen von Kindern erlebt wurden (SFB: emotionale Verbundenheit), desto höher die ideale Identifikation mit den Eltern. Anders formuliert scheinen Eltern eine stärkere Vorbildfunktion einzunehmen, wenn eine große emotionale Verbundenheit zwischen Eltern und Kind besteht. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang betraf die individuelle Autonomie. Je höher die individuelle Autonomie, desto höher die Identifikation mit den Eltern. Dieser Zusammenhang war in der Patientenstichprobe noch höher als in der Schülerstichprobe. Diese Ergebnisse entsprechen

den theoretischen Erwartungen und sprechen somit für die Konstruktvalidität des FIT. Eine andere Studie befasste sich mit dem Zusammenhang des FIT und klinischen Diagnosen der Achse I. Die Störungsbilder neurotische Störungen ( $n = 25$ ), Essstörungen ( $n = 56$ ), hyperkinetische Störungen ( $n = 17$ ), Störungen des Sozialverhaltens ( $n = 34$ ), emotionale Störungen ( $n = 21$ ) wurden dabei in die drei Klassen extraversive, introversive Störungen und Essstörungen unterteilt. Es konnte aufgezeigt werden, dass Patienten mit extraversiven Störungen eine geringere Identifikation mit ihren Eltern aufweisen als Patienten mit introversiven Störungen. Die zentrale Annahme, dass durch bedeutsame psychosoziale Belastungen die Identifikation in einer Familie eingeschränkt wird, wurde in einer weiteren Untersuchung mit einer Patientenstichprobe von  $n = 74$  überprüft. Als psychosoziale Belastung wurden dabei folgende Items der Achse V berücksichtigt, da sie mehr als zehnmal vorkamen: die psychische Störung eines Elternteils, Disharmonie in der Familie, Mangel an Wärme, Inadäquate Kommunikation, elterliche Überfürsorge, unzureichende Aufsicht, unzureichende Erfahrung, unangemessene Anforderungen sowie eine abweichende Elternsituation wie beispielsweise eine Einelternfamilie. Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung, Kinder aus Familien, in der ein Mangel an Wärme vorherrscht und Kinder aus Familien, in denen Elternkonflikte vorhanden sind, niedrigere Identifikationswerte aufweisen. Die Ergebnisse der zahlreichen und umfassenden empirischen Studien zur Überprüfung der Gütekriterien des FIT sprechen für die Reliabilität und Validität des Verfahrens. Die teststatistischen Kennwerte können als gut bezeichnet werden (Renschmidt & Mattejat, 1999).

### **3.2. Datenmanagement**

In diesem Abschnitt wird zunächst die Datenaufbereitung erläutert, bevor das Untersuchungsdesign der Teilstudie und die Überlegungen für die verwendeten statistischen Verfahren vorgestellt werden.

#### **3.2.1. Datenaufbereitung**

Die Werte der einzelnen Adjektive wurden in eine Excel-Datenmaske (Version 11.2.5 für Mac OS X) eingegeben und mit der bedingten Formatierung auf Eingabefehler überprüft. In Anschluss daran wurde für 10% der Daten die Eingabe nochmals kontrolliert. Da die Fehlerrate geringer als 5% war, wurde auf die Überprüfung aller Daten sowie auf eine doppelte Dateneingabe verzichtet.

Für die Auswertung auf Identifikationsebene wurden Korrelationen hinzugezogen, um das Ausmaß der Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Fremdbildern zu bestimmen. Beispielsweise wurde für das Maß der realen Identifikation des Kindes mit der Mutter Korrelationen für jedes Adjektivpaar gerechnet, zum Beispiel zwischen wie geschwätzig sich das Kind wahrnimmt und wie geschwätzig es die Mutter wahrnimmt. Ein Durchschnittswert wurde in Anschluss daran aus den neun berechneten Korrelationen gebildet. Dieser entspricht der realen Identifikation des Kindes mit seiner Mutter. Die so gewonnenen Korrelationskoeffizienten sind die abhängigen Variablen dieser Teilstudie. Renschmidt und Mattejat (1999) empfehlen im Manual des FIT die Verwendung von Pearson Korrelationskoeffizienten für die Berechnung der Korrelationskoeffizienten. Die Autoren begründen dies damit, dass Pearson Produkt-Moment-Korrelationen – nach einer Fisher's Z-Transformation – statistischen Kriterien entsprechend am besten zur Erfassung der Identifikationswerte geeignet sind. Die Fisher's Z-Werte verfügen zudem über eine hohe Korrelation mit anderen Korrelationsmassen wie die Lineare und Euklidische Distanz oder Z-transformierte Kappa-Werte und sind im Vergleich zu anderen Massen am ehesten normalverteilt. Außerdem sind Pearson-Korrelationskoeffizienten aufgrund ihres Wertebereichs zwischen -1 und +1 und ihrer häufigen Verwendung leicht verständlich.

Teodoro (2005) hat sich methodenkritisch mit dem FIT auseinandergesetzt und kritisiert die Empfehlung von Renschmidt und Mattejat (1999). Er empfiehlt als Ähnlichkeitsmaß die Verwendung von Koeffizienten, die mittels der Kongruenzmethode erhoben werden. Entscheidender Vorteil sei neben der Normalverteilung und einfachen Interpretation (Wertebereich zwischen 0 und 1), dass sie unabhängig von einer geringen Varianz der Items sind. Im Gegensatz dazu können bei der Pearson-Korrelation bei kleinen Varianzen von zwei Beschreibungsprofilen eine einzige Abweichung das Resultat so beeinflussen, dass die Gefahr von fälschlich negativen Korrelationen bestehe. In der vorliegenden Arbeit wird aus folgenden Gründen trotzdem die im Manual des Familien-Identifikations-Tests (Renschmidt & Mattejat, 1999) empfohlene Pearson-Korrelation verwendet. Nach eingehender Überprüfung des Datensatzes wurden keine fälschlich negativen Korrelationen gefunden. Außerdem liegen für die Auswertung mit der Kongruenzmethode keine Interpretationsrichtlinien vor.

Da viele statistische Verfahren eine Normalverteilung der abhängigen Variablen voraussetzen, wurde die Verteilung der Identifikationswerte genauer untersucht. Die mit Excel berechneten Pearson-Korrelationskoeffizienten waren nicht normalverteilt Sie wurden daher mit der Fisher's Z-Transformation transformiert wurden. Dabei trat folgendes Problem, auf: einige Korrelationskoeffizienten nahmen den exakten Wert von 1 an.

Korrelationskoeffizienten von exakt 1 können aber nicht transformiert werden, weil dann in der Berechnungsformel eine Division durch Null entsteht. In Anlehnung an Bortz (1999) wurden die wenigen im Datensatz vorhandenen Korrelationskoeffizienten mit Wert 1 auf den nächst möglichen kleineren Wert, der transformiert werden konnte herabgesetzt, also auf 0.995. Aufgrund dieser geringfügigen Veränderungen werden keine Unterschiede der Ergebnisse erwartet.

Für die statistischen Analysen wurden die Fisher's Z-transformierten Korrelationskoeffizienten ins Standard-Software-Paket SPSS (Version 11.0 für Mac OS X) exportiert und die Verteilung der Identifikationswerte mittels Q-Q-Plots, Histogrammen und den deskriptiven Massen Exzess (Kurtosis) und Schiefe (Skewness) untersucht. Außerdem wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test zur statistischen Untersuchung der Normalverteilung durchgeführt. Das Ergebnis zeigte, dass alle Identifikationswerte normalverteilt waren.

Einzelne grobe Ausreißer können die Ergebnisse statistischer Analysen wesentlich beeinflussen. Daher wurde überprüft, ob unter den Identifikationswerten univariate Ausreißer vorlagen. Dafür wurden die Fisher's Z-transformierten Identifikationswerte mit der Z-Transformation standardisiert und Werte größer als 3 gelöscht.

Die Stichproben, die in der vorliegenden Arbeit verglichen werden, sind unterschiedlich groß. Dies kann bei Verletzung der Varianzhomogenität besonders schnell zu Verzerrungen der Ergebnisse führen. Deshalb wurde für jede abhängige Variable die gruppenspezifischen Varianzen berechnet, um diese anschließend miteinander zu vergleichen. Lediglich bei zwei abhängigen Variablen (reale und ideale Identifikation des Vaters mit dem Kind) unterschieden sich die Varianzen um mehr als den Faktor 3, weshalb für diese neben dem parametrischen Verfahren auch der non-parametrische Kruskal-Wallis-Test durchgeführt wurde. Da sich die Ergebnisse der beiden Verfahren nicht unterschieden, wird im Folgenden nur noch auf das parametrische Verfahren eingegangen.

Die Analyse der Missings wurde getrennt für die Werte der Kinder, der Mütter und Väter durchgeführt. Bei allen Variablen fehlten weniger als 5% der Daten, weswegen eine genauere Betrachtung der fehlenden Werte nicht durchgeführt wurde.

### **3.2.2. Untersuchungsdesign und statistische Analysen**

Die vorliegende Studie untersucht, ob sich die Identifikationsbeziehungen der drei Untersuchungsgruppen voneinander unterscheiden. Die Gruppenunterschiede bezüglich der familiären Identifikation wurden in einem ersten Schritt mit einer Zweifaktoriellen Varianzanalyse mit unabhängigen Stichproben überprüft. Die Gruppenzugehörigkeit und das Geschlecht der Kinder sind die unabhängigen Variablen. Der Faktor Gruppenzugehörigkeit ist

dreistufig: Familien mit einem Kind mit einer Störung mit Trennungsangst, Familien mit einem gesunden Kind und Familien mit einem Kind, das an einer anderen Angststörung leidet. Die zu untersuchenden Hypothesen beziehen sich alle auf den Faktor Gruppenzugehörigkeit, der Faktor Geschlecht wird lediglich in das Untersuchungsdesign aufgenommen, um den Einfluss des Geschlechts auf die Identifikation der einzelnen Familienmitglieder zu kontrollieren. Hinsichtlich des Geschlechts werden jedoch keine spezifischen Effekte erwartet. Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse wurden dann mit den Ergebnissen einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit lediglich dem Faktor Gruppe verglichen. Da die Ergebnisse der beiden Modelle nicht unterschiedlich waren, wird im Folgenden das einfachere Modell dargestellt.

Frühere Studien zur Identifikation zeigen, dass die Identifikation mit den Eltern im Jugendalter tendenziell abnimmt (Remschmidt & Mattejat, 1999). Aus diesem Grund wurden in einem zweiten Schritt Korrelationen zwischen dem Alter der Kinder und den abhängigen Variablen berechnet. Die Ergebnisse der Varianzanalyse wurden anschließend mit den Ergebnissen einer Kovarianzanalyse mit der Kovariable Alter verglichen. Für keine Variable ergaben sich bedeutsame Korrelationen. Die Kovarianzanalyse ergab zudem im Vergleich zum varianzanalytischen Design keinen zusätzlichen Erklärungswert. Um ein einfacheres statistisches Modell anwenden zu können, wurde daher das Alter nicht kontrolliert.

Der bisherige Forschungsstand ließ die Aufstellung einseitiger Hypothesen nicht zu. Aufgrund der großen Anzahl durchgeführter Kontraste und der damit verbundenen  $\alpha$ -Kumulierungen wurde bei allen Mittelwertsvergleichen das Signifikanzniveau nach Bonferroni verschärft. Da die Stichprobengrößen ungleich waren, wurden die post-hoc Mittelwerte nicht über die gewichteten, sondern über die ungewichteten Mittelwerte berechnet (Tabachnick & Fidell, 2001; Diehl & Staufenbiel, 2002). Anschließend wurde der im Output dargestellte Standardfehler nach Bortz (1999) in die Standardabweichung umgewandelt. Anhand von Standardabweichung und Mittelwert wurde für jeden Einzelkontrast die Effektstärke (*Cohen's d*) nach Keppel und Wickens (2004) berechnet.

#### **4. Ergebnisse**

Dieses Kapitel beginnt mit einer Beschreibung der Stichprobe. Daran schließt sich die Darstellung der Ergebnisse an. Dabei ist zu beachten, dass zur einfacheren und übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse alle Fisher's Z-Werte in Korrelationskoeffizienten nach Pearson zurück transformiert wurden. Die Pearson-Korrelationskoeffizienten wurden anhand der Formale von Bortz (1999), die Standardabweichung mittels der Formel von Witting und Nölle (1970) rück transformiert. Der

Wertebereich von Pearson-Korrelationskoeffizienten liegt zwischen 1 und -1. Im Abschnitt *Familien-Identifikationstest - Aufbau* wurde bereits erwähnt, dass die Durchführung des FIT erst mit Kindern ab acht Jahren erfolgen kann. Von 52 Familien liegen lediglich die Daten der Eltern vor, da das Kind jünger als acht Jahre alt war. Die folgende Stichprobenbeschreibung sowie die Beschreibung der psychischen Erkrankungen der Kinder beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von 148 Familien. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird lediglich ein abweichender Stichprobenumfang vermerkt.

## **4.1. Stichprobenbeschreibung**

### **4.1.1. Soziodemographische Angaben**

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 80 Mädchen (54.1%) und 68 Jungen (45.9%) und ihren Eltern zusammen. Das Durchschnittsalter der Kinder beträgt 9.29 Jahren ( $SD = 2.46$ ), die Altersspanne liegt zwischen 4.9 und 14.7 Jahren. 117 Kinder sind Schweizer (79.1%), 30 stammen aus einem europäischen Land (20.3%). Die Mehrzahl der Eltern ist verheiratet oder lebt in einer festen Partnerschaft (79.1%), 14.2% sind geschieden oder getrennt, 4.1% sind ledig, allein stehend oder verwitwet.

Tabelle 21 zeigt eine Übersicht über die soziodemographischen Angaben getrennt für die drei Untersuchungsgruppen.

Tabelle 21

Soziodemographische Angaben zur Gesamtstichprobe, getrennt nach Gruppenzugehörigkeit aufgeführt

		Trennungsangstgruppe (n = 80)		Klinische Kontrollgruppe (n = 37)		Gesunde Kontrollgruppe (n = 31)	
Alter des Kindes <i>M (SD)</i>		8.85	(2.5)	9.78	(2.3)	9.52	(2.5)
Anzahl Jungen (%)		38	(47.5%)	14	(37.8%)	16	(51.6%)
Anzahl Mädchen (%)		42	(52.5%)	23	(62.2%)	15	(48.4%)
Nationalität	Schweiz (%)	68	(85%)	30	(81.1%)	20	(64.5%)
	europäisches Land (%)	12	(15%)	7	(18.9%)	11	(35.5%)
Familienstand	verheiratet/feste Partnerschaft (%)	68	(85%)	28	(75.7%)	21	(67.7%)
	geschieden/getrennt (%)	9	(11.3%)	6	(16.2%)	6	(19.4%)
	ledig/allein stehend/verwitwet (%)	3	(3.8%)	3	(8.1%)	4	(12.9%)
höchster Schulabschluss Mutter	obligatorische Schulzeit (%)	3	(3.8%)	1	(2.7%)	1	(3.2%)
	Berufslehre/-schule (%)	51	(63.7%)	20	(54.1%)	10	(32.3%)
	Matur/Berufsmatur (%)	4	(5%)	2	(5.4%)	7	(22.6%)
	Höhere Fach-/Berufsausbildung (%)	15	(18.8%)	11	(29.7%)	7	(22.6%)
	Universitätsabschluss (%)	7	(8.8%)	3	(8.1%)	6	(19.4%)
höchster Schulabschluss Vater	kein Schulabschluss (%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
	obligatorische Schulzeit (%)	2	(3.5%)	0	(0%)	0	(0%)
	Berufslehre/-schule (%)	18	(31.6%)	10	(37%)	3	(17.6%)
	Matur/Berufsmatur (%)	7	(12.2%)	4	(14.8%)	3	(17.6%)
	Höhere Fach-/Berufsausbildung (%)	21	(36.8%)	7	(25.9%)	5	(29.4%)
	Universitätsabschluss (%)	9	(15.8%)	6	(22.2%)	6	(35.3%)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Anzahl Versuchspersonen

Mittels einfaktorieller Varianzanalyse und Chiquadrattest wurde für alle soziodemographischen Variablen überprüft, ob sich die drei Gruppen signifikant unterscheiden. Ein signifikanter Gruppenunterschied findet sich nur für den Schulabschluss der Mutter ( $\chi^2 [2, n = 146] = 10.531, p = .005^1$ ). Der Anteil der Mütter mit einem höheren Schulabschluss (Matur bzw. Berufsmatur, höhere Fach- bzw. Berufsausbildung, Universitätsabschluss) liegt in der Klinischen Kontrollgruppe bei 43%, in der Gesunden Kontrollgruppe bei 65% und in der Trennungsangstgruppe bei 31%. Bezüglich der anderen soziodemographischen Variablen wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt.

#### 4.1.2. Psychische Störungen

Wie bereits erwähnt wurden die an der TAFF-Studie teilnehmenden Familien aufgrund der im Kinder-DIPS gestellten Diagnosen in eine der drei Untersuchungsgruppen eingeteilt, sofern sie die Aufnahmekriterien erfüllten. Die Trennungsangstgruppe setzt sich aus 80 Familien zusammen (54%), die Gesunde Kontrollgruppe aus 31 (21%) und die Klinische Kontrollgruppe aus 37 Familien (25%). Tabelle 22 zeigt eine Übersicht über die in der Klinischen Kontrollgruppe vorliegenden primären Diagnosen der Kinder.

Tabelle 22

*Primäre Diagnosen der klinischen Kontrollkinder (n = 37)*

Sozialphobie (DSM-IV-TR) oder Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10) (%)	18	(49%)
Generalisierte Angststörung (%)	5	(14%)
Spezifische Phobie (%)	12	(32%)
Panikstörung mit Agoraphobie (%)	2	(5%)
Agoraphobie ohne Panikstörung (%)	1	(3%)
Zwangstörung (%)	2	(5%)

*Anmerkung.* Drei Kinder wiesen zwei Angststörungen als primäre Diagnosen auf, welche beide in der Tabelle aufgeführt sind. Bei zwei Kindern wurde zudem eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten als zweite primäre Diagnose vergeben.

In der Trennungsangstgruppe wiesen 53 der 80 Kinder (66%) eine oder mehrere komorbide Störungen auf, wobei Angststörungen am häufigsten vorlagen (45%). Daneben zeigten die trennungsängstlichen Kinder komorbide Schlafstörungen (8%), externalisierende Störungen (8%), Ticstörungen (4%), Enuresis (1%) und affektive Störungen (1%). In der Klinischen Kontrollgruppe wiesen 15 der 37 Kinder (41%) eine komorbide Störung auf. Neben

<sup>1</sup> Dieser Gruppenunterschied wurde mittels Fisher's Exact Test mit der PC-Version von SPSS (12.0.1) gerechnet.

Angststörungen, welche auch in dieser Gruppe die häufigsten komorbiden Störungen darstellten (16%), wurden zusätzlich Schlafstörungen (11%), Ticstörungen (5%), externalisierende Störungen (3%), und affektive Störungen (3%) diagnostiziert.

## 4.2. Ergebnisse zur familiären Identifikation

### 4.2.1. Reale Identifikation

In Abbildung 17 sind die Korrelationen,  $p$ -Werte und die Effektstärken<sup>2</sup> für die reale Identifikation für die einzelnen Familienmitglieder dargestellt.

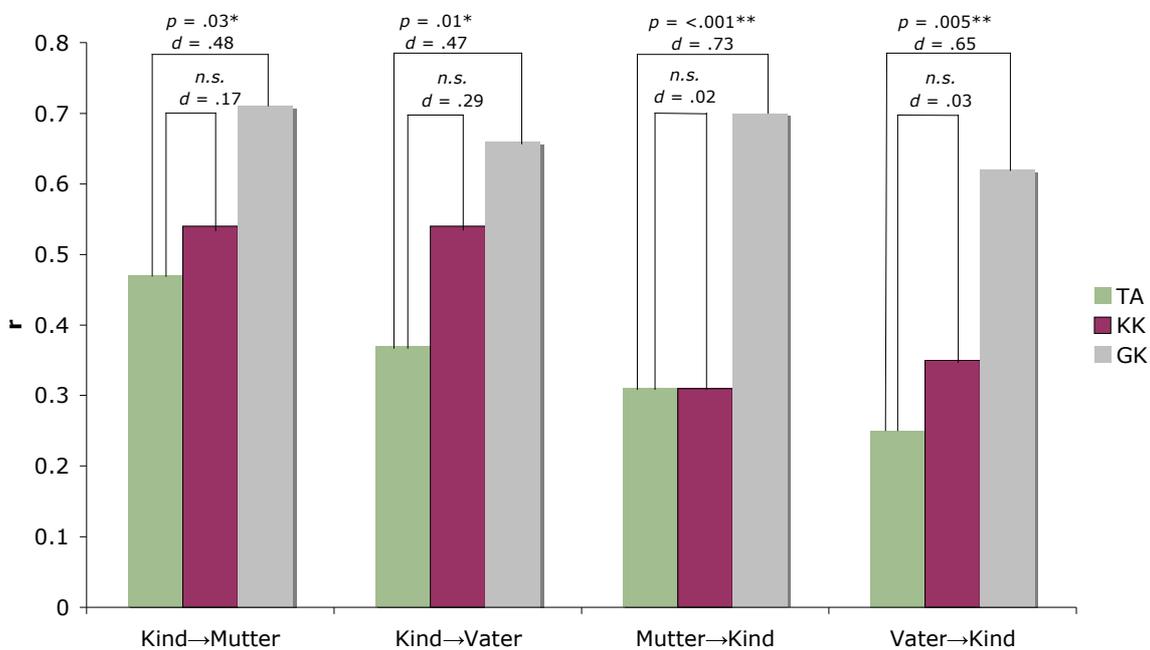


Abbildung 17. Reale Identifikation. Dargestellt sind Pearson-Korrelationskoeffizienten

Kinder mit Trennungsangst identifizierten sich am wenigsten mit ihrer Mutter ( $M^3 = .47$ ;  $SD = .42$ ), gefolgt von den Kindern der klinischen Kontrollgruppe ( $M = .54$ ;  $SD = .38$ ) und den gesunden Kindern ( $M = .71$ ;  $SD = .27$ ). Der Haupteffekt der Gruppenunterschiede war signifikant ( $F(2,86) = 3.45$ ,  $p = .04$ ). Die Einzelvergleiche wiesen darauf hin, dass der Vergleich zwischen Trennungsangst- und gesunder Kontrollgruppe signifikant ist ( $p = .03$ ).

<sup>2</sup> Cohen's  $d$

<sup>3</sup> Pearson-Korrelations-Koeffizienten

Für diesen Vergleich ergab sich eine mittlere Effektstärke ( $d = .48$ ). Die Effektstärke für den Vergleich zwischen Trennungsangst- und klinischer Kontrollgruppe war klein ( $d = .17$ ).

Die Ergebnisse für die reale Identifikation mit dem Vater sehen ähnlich aus. Kinder mit Trennungsangst wiesen die niedrigste reale Identifikation mit ihrem Vater auf ( $M = .37$ ;  $SD = .45$ ), gefolgt von den Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = .54$ ;  $SD = .36$ ) und den gesunden Kindern ( $M = .66$ ;  $SD = .29$ ). Der Haupteffekt der Gruppenunterschiede wurde hoch signifikant ( $F(2,82) = 4.50$ ,  $p = .01$ ). Die Einzelvergleiche zeigten einen hoch signifikanten Unterschied zwischen Trennungsangst- und gesunder Kontrollgruppe ( $p = .01$ ). Für diesen Vergleich ergab sich eine mittlere Effektstärke ( $d = .47$ ). Kein signifikanter Unterschied konnte für den Vergleich der Trennungsangstgruppe und der Gruppe mit anderen Angststörungen gefunden werden. Die Effektstärke für diesen Vergleich war klein ( $d = .29$ ).

Mütter von Kindern mit Trennungsangst ( $M = .31$ ;  $SD = .41$ ) identifizierten sich genauso wenig wie Mütter der klinischen Kontrollgruppe ( $M = .31$ ;  $SD = .41$ ) mit ihren Kindern. Mütter gesunder Kinder hingegen identifizierten sich deutlich stärker mit ihren Kindern ( $M = .70$ ;  $SD = .24$ ). Sowohl der Haupteffekt ( $F(2,130) = 15.13$ ,  $p < .001$ ) als auch der Einzelvergleich zwischen den Müttern der Kinder mit Trennungsangst und den Müttern der gesunden Kinder ( $p < .001$ ) wurde hoch signifikant. Auch hier zeigte der Vergleich mit den Müttern von Kindern mit anderen Angststörungen keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Untersuchungsgruppen. Die entsprechenden Effektstärken der beiden Einzelvergleiche waren groß bzw. klein.

Väter von Kindern mit Trennungsangst ( $M = .25$ ;  $SD = .47$ ) identifizierten sich weniger stark mit ihren Kindern als Väter der klinischen Kontrollgruppe ( $M = .35$ ;  $SD = .44$ ) und Väter der gesunden Kontrollgruppe ( $M = .62$ ;  $SD = .31$ ). Sowohl der Haupteffekt ( $F(2,97) = 5.58$ ,  $p = .01$ ) als auch der Einzelvergleich zwischen den Vätern der Kinder mit Trennungsangst und den Vätern der gesunden Kinder ( $p = .005$ ) war hoch signifikant. Auch für die Väter von Kindern mit Trennungsangst wurde der Vergleich mit den Vätern von Kindern mit anderen Angststörungen nicht signifikant. Die Effektstärken der beiden Einzelvergleiche deuteten auf einen großen und kleinen Effekt hin.

Zusammenfassend identifizierten sich alle Familienmitglieder von Kindern mit Trennungsangst signifikant bzw. hoch signifikant weniger mit den anderen Familienmitgliedern als die Familien gesunder Kinder. Sie nahmen sich ihren Familienmitgliedern weniger ähnlich wahr. Für den Vergleich zwischen Trennungsangstgruppe und Klinischer Kontrollgruppe konnte für kein Familienmitglied ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich der realen Identifikation gefunden werden. Die

Identifikationswerte aller Familienmitglieder der Klinischen Kontrollgruppe lagen jeweils zwischen denen der Trennungsangst- und der gesunden Kontrollgruppe.

#### 4.2.2. Ideale Identifikation

Die Korrelationen,  $p$ -Werte und die Effektstärken für die ideale Identifikation sind Abbildung 18 zu entnehmen. Sowohl für die ideale Identifikation des Kindes mit der Mutter als auch mit dem Vater identifizierten sich die Kinder mit Trennungsangst (Kind mit Mutter:  $M = .80$ ;  $SD = .18$ ; Kind mit Vater:  $M = .75$ ;  $SD = .24$ ) leicht weniger stark als die Kinder der klinischen Kontrollgruppe (Kind mit Mutter:  $M = .81$ ;  $SD = .18$ ; Kind mit Vater:  $M = .77$ ;  $SD = .22$ ) und die gesunden Kinder (Kind mit Mutter:  $M = .87$ ;  $SD = .12$ ; Kind mit Vater:  $M = .83$ ;  $SD = .16$ ). Weder für die ideale Identifikation des Kindes mit der Mutter ( $F(2,86) = 1.62$ ,  $p = .20$ ) noch für die ideale Identifikation des Kindes mit dem Vater ( $F(2,81) = 1.28$ ,  $p = .28$ ) wurde der Haupteffekt signifikant. Die Effektstärken wiesen alle auf kleine Effekte hin.

Anders sah das Bild bei den Eltern aus. Mütter von Kindern mit Trennungsangst identifizierten sich in ihrem Idealbild am wenigsten mit ihren Kindern ( $M = .20$ ;  $SD = .52$ ), gefolgt von Müttern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = .25$ ;  $SD = .50$ ) und Müttern von gesunden Kindern ( $M = .76$ ;  $SD = .22$ ). Der Haupteffekt ( $F(2,133) = 24.51$ ,  $p < .001$ ) und der Kontrast für den Vergleich zwischen den Müttern der Trennungsangst- und den Müttern der gesunden Kontrollgruppe ( $p < .001$ ) wurden hoch signifikant. Die Effektstärke deutete auf einen großen Effekt hin.

Für die Väter ergab sich ein ähnliches Muster. Auch die Väter von Kindern mit Trennungsangst identifizierten sich am wenigsten stark mit ihren Kindern ( $M = .22$ ;  $SD = .47$ ), gefolgt von den Vätern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = .32$ ;  $SD = .45$ ) und den Vätern der gesunden Kinder ( $M = .67$ ;  $SD = .28$ ). Sowohl der Haupteffekt ( $F(2,96) = 7.93$ ,  $p = .001$ ) als auch der Einzelvergleich zwischen den Vätern der Trennungsangst- und den Vätern der gesunden Kontrollgruppe ( $p < .001$ ) wurde hoch signifikant. Die Effektstärke deutete auf einen großen Effekt hin. Wie auch für die Mütter wurde für die Väter der Vergleich zwischen Trennungsangst- und klinischer Kontrollgruppe nicht signifikant. Die Effektstärken wiesen auf kleine Effekte hin.

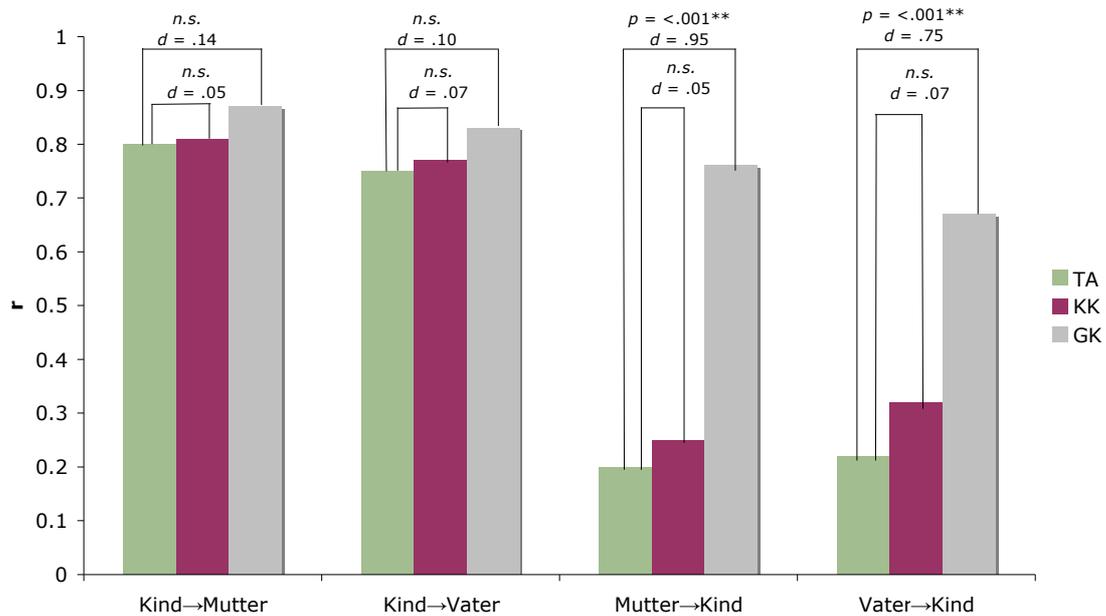


Abbildung 18. Ideale Identifikation. Dargestellt sind Pearson-Korrelationskoeffizienten.

Zusammenfassend lässt sich für die ideale Identifikation Folgendes festhalten. Die ideale Identifikation von Kindern mit Trennungsangst unterschied sich nicht von der von Kindern mit anderen Angststörungen oder der gesunder Kinder. Jedoch identifizierten sich Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst hoch signifikant weniger stark mit ihren Kindern als Eltern der gesunden Kontrollgruppe. Sie mochten ihren Kindern im Idealbild nicht ähnlicher sein oder wünschten sich auch nicht, dass ihre Kinder im Ideal ihnen ähnlicher sind. Keine Gruppenunterschiede konnten für den Vergleich von Eltern von Kindern mit Trennungsangst und Eltern von Kindern mit anderen Angststörungen in Bezug auf die ideale Identifikation gefunden werden.

### 4.2.3. Selbstkongruenz

Abbildung 19 zeigt die Korrelationen,  $p$ -Werte und die Effektstärken für die Selbstkongruenz aller Familienmitglieder.

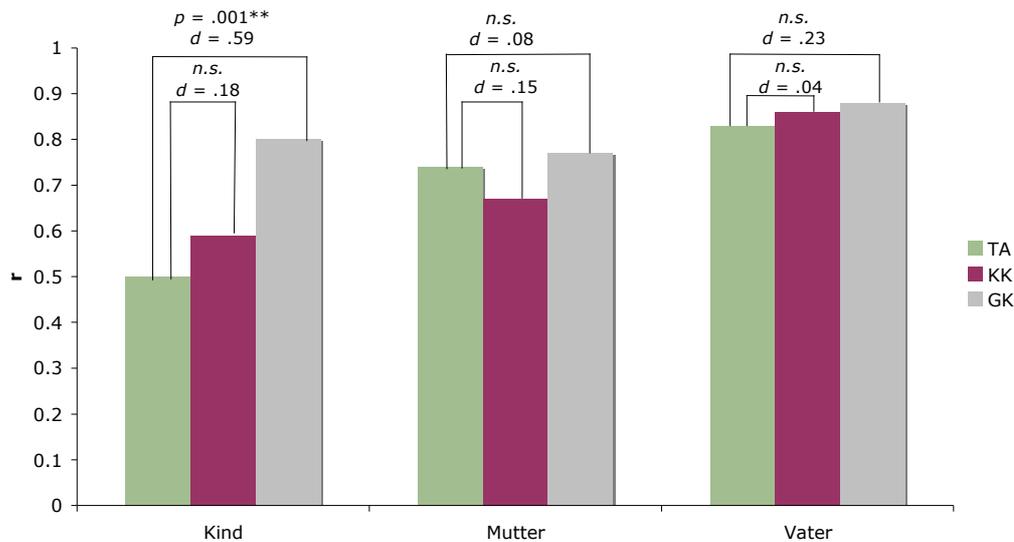


Abbildung 19. Selbstkongruenz. Dargestellt sind Pearson-Korrelationskoeffizienten.

Die Kinder mit Trennungsangst ( $M = .50$ ;  $SD = .41$ ) zeigten im Vergleich zur klinischen – ( $M = .59$ ;  $SD = .36$ ) und zur gesunden Kontrollgruppe ( $M = .80$ ;  $SD = .20$ ) die niedrigste Selbstkongruenz. Sowohl der Haupteffekt ( $F(2,86) = 7.11$ ,  $p = .001$ ) als auch der Einzelvergleich zwischen den Kindern mit Trennungsangst und den gesunden Kindern ( $p = .001$ ) wurde hoch signifikant. Kein signifikanter Unterschied wurde zwischen Kindern aus der Trennungsangstgruppe und Kindern aus der klinischen Kontrollgruppe gefunden. Die Effektstärken waren von mittlerer bzw. kleiner Größe.

Bei den Müttern zeigten die Mütter der klinischen Kontrollgruppe ( $M = .67$ ;  $SD = .29$ ) die niedrigste Selbstkongruenz, gefolgt von den Müttern der Kinder mit Trennungsangst ( $M = .74$ ;  $SD = .23$ ) und den Müttern der gesunden Kinder ( $M = .67$ ;  $SD = .29$ ). Der Haupteffekt wurde nicht signifikant ( $F(2,132) = 1.31$ ,  $p = .27$ ). Für die Väter wurde diesbezüglich ebenfalls kein signifikanter Unterschied gefunden ( $F(2,101) = .78$ ,  $p = .46$ ). Hier zeigten die Väter der Kinder mit Trennungsangst ( $M = .83$ ;  $SD = .20$ ) die niedrigste Selbstkongruenz, gefolgt von den Vätern von Kindern mit anderen Angststörungen ( $M = .86$ ;  $SD = .17$ ) und den Vätern der gesunden Kinder ( $M = .88$ ;  $SD = .14$ ). Die Effektstärken waren für alle Einzelvergleich bzgl. der Selbstkongruenz von Mutter und Vater klein. Zusammenfassend zeigten Kinder mit Trennungsangst eine hoch signifikant geringere Zufriedenheit mit ihrem realen Selbstbild. Für die Eltern konnte dies nicht nachgewiesen werden.

#### **4.2.4. Zusatzanalysen**

Zusätzlich dazu wurden folgende Berechnungen durchgeführt. Für die reale-, die ideale Identifikation und die Selbstkongruenz wurden Analysen mit der Trennungsangstgruppe, der gesunden Kontrollgruppe und einer störungsspezifischen klinischen Kontrollgruppe, die aus zwölf Kindern mit Sozialer Phobie bestand, gerechnet. Die Ergebnisse waren ähnlich, das heißt, dass keine Gruppenunterschiede zwischen Trennungsangst- und Klinischer Kontrollgruppe, in diesem Fall Sozialer Phobie Gruppe, gefunden wurden. Aus der Literatur geht hervor, dass psychische Erkrankungen der Eltern mit der kindlichen Identifikation zusammenhängen (Renschmidt & Matthejat, 1994). Aus diesem Grund sollte in der vorliegenden Studie zudem untersucht werden, ob das Ausmaß der elterlichen Ängstlichkeit/Depressivität einen Einfluss auf die Identifikationsmuster der Kinder haben. Für diese Berechnung wurde mit den beiden Fragebögen Beck-Angst-Inventar (BAI) (Margraf & Ehlers, 2002) und Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) ein dimensionaler Ansatz gewählt. Da sich die allermeisten Eltern bei beiden Fragebögen im klinisch nicht relevanten Bereich befanden, war die Streuung der Daten nicht groß genug, um aussagekräftige Angaben machen zu können. Zudem zeigten sich zwischen den Identifikationsvariablen und der elterlichen Ängstlichkeit/Depressivität keine hohen Korrelationen, weswegen auf die Berechnung einer Regressionsanalyse verzichtet wurde.

#### **5. Diskussion und Ausblick**

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse diskutiert, in Anschluss daran kritische Überlegungen angeführt und abschließend ein Ausblick gegeben.

Die vorliegende Teilstudie untersuchte Identifikationsmuster in Familien von Kindern mit einer Störung mit Trennungsangst. Der Familienidentifikationstest wurde eingesetzt, um die reale und ideale Identifikation sowie die Selbstkongruenz der Familienmitglieder zu erheben. Die Identifikationsmuster dieser Familien wurden mit denen von Familien gesunder Kinder und von Familien von Kindern mit einer anderen Angststörung verglichen. Erwartet wurde, dass sich die drei Gruppen in Bezug auf die Identifikationsmuster voneinander unterscheiden.

Die Ergebnisse der primären Analyse zur realen Identifikation zeigten, dass sich die Familienmitglieder von Kindern mit Trennungsangst weniger stark mit den anderen Familienmitgliedern identifizierten als die Familien gesunder Kinder. Sie nahmen sich selbst weniger ähnlich zu ihren Familienmitgliedern wahr. Die niedrigen realen Identifikationswerte

können darauf hinweisen, dass Kinder mit Trennungsangst in ihren Familien eine Außenseiterrolle einnehmen. Dieser Befund steht in Übereinstimmung zu früheren Forschungsarbeiten, die für Kinder mit AHDS zeigen konnten, dass diese mehr Unterschiede zwischen sich und ihren Eltern wahrnehmen und sich diesen als weniger ähnlich empfinden als gesunde Kinder (Käppler, 2005). Nach Remschmidt and Mattejat (1999) gibt eine hohe, reale Identifikation ein Gefühl der Sicherheit und Stabilität von Familienbeziehungen. Ein Kind fühlt sich aufgrund dessen seiner Familie zugehörig und empfindet ein Gefühl von Bindung. Wenn Kinder mit Trennungsangst sich weniger stark mit ihren Eltern identifizieren, fehlt ihnen im Vergleich mit gesunden Kindern möglicherweise dieses Zugehörigkeitsgefühl. Der Eindruck, dass Kinder mit Trennungsangst in ihren Familien eine Sonderrolle einnehmen, wird durch die Ergebnisse der Eltern von Kindern mit Trennungsangst gestützt. Diese Eltern nahmen sich im Vergleich zu ihren Kindern, die an einer Trennungsangst leiden, als signifikant weniger ähnlich wahr. Käpplers Studie von 2005 untersuchte bislang als einzige andere Arbeit ebenfalls die Identifikationsbeziehungen aus Sicht der Eltern. Die Ergebnisse für Eltern von Kindern mit ADHS sind den Ergebnissen der vorliegenden Teilstudie ähnlich. Auch die Eltern von Kindern mit ADHS identifizierten sich im Vergleich mit Eltern gesunder Kinder signifikant weniger stark mit ihren Kindern. Für die Interpretation der Befunde zur Analyse der realen Identifikation können frühere Forschungsarbeiten hinzugezogen werden, die auf einen Zusammenhang zwischen geringer realer Identifikation und hohem psychosozialen Stress hinweisen (Käppler, 2005; Teodoro, 2005). Die emotionale Störung mit Trennungsangst belastet durch ihre relationale Symptomatik die ganze Familie. Daher sind die niedrigen realen Identifikationswerte nicht nur aus der Sicht des Kindes, sondern auch aus der Sicht der Eltern wenig überraschend.

Die sekundären Analysen zur idealen Identifikation mit Mutter und Vater zeigten für den Vergleich zwischen Kindern mit Trennungsangst, Kindern mit anderen Angsterkrankungen und gesunden Kindern keine signifikanten Unterschiede. Kinder aller drei Untersuchungsgruppen mochten ihren Eltern in ihrer Wunschvorstellung sehr ähnlich sein. Dieser Befund deutet demnach daraufhin, dass Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst eine ebenso wichtig Vorbildfunktion übernehmen wie Eltern dies in gesunden Familien tun. Diese Ergebnisse stehen im Kontrast zu den Befunden von Käppler (2005), der zeigen konnte, dass Kinder mit ADHS eine geringere ideale Identifikation mit ihrer Mutter aufweisen als gesunde Kinder. Sie bestätigen allerdings die Ergebnisse derselben Studie zur idealen Identifikation von Kindern mit ADHS mit ihren Vätern. Werden die Ergebnisse von Remschmidt und Mattejat (1999) berücksichtigt, dass ideale

Identifikationsmuster von Kindern mit externalisierenden Störungen höher sind als die von Kindern mit internalisierenden Störungen, sind die Ergebnisse dieser Studie bestätigend.

Interessanterweise wurde für die ideale Identifikation der Mütter und Väter von Kindern mit Trennungsangst ein signifikanter Unterschied im Vergleich mit Eltern von Kindern mit anderen Angststörungen und Eltern gesunder Kinder entdeckt. Eltern von Kindern mit Trennungsangst nahmen sich ihren Kindern nicht nur weniger ähnlich wahr, sie wünschten sich auch keine stärkere Ähnlichkeit zu ihren Kindern. Hierfür können mehrere Erklärungen hinzugezogen werden. Eltern von Kindern mit Trennungsangst könnten nicht nur in Bezug auf ihr Kind, sondern allgemein hohe Erwartungen an andere und sich stellen. Wenn dies der Fall wäre, müssten sie allerdings auch niedrige Selbstkongruenzwerte aufweisen, was die Ergebnisse der dritten Analyse widerlegen. Alle Eltern, auch die Eltern von Kindern mit Trennungsangst zeigten eine hohe Übereinstimmung zwischen Real- und Idealselbstbild und schienen zufrieden mit ihrem Realselbstbild zu sein, da es den Erwartungen ihrer Idealvorstellung in hohem Masse zu entspricht. Die Hypothese zu den hohen Erwartungen ist daher nicht haltbar. Eine andere Erklärung für die niedrige, elterliche ideale Identifikation könnte sein, dass die Eltern ihre Kinder ablehnen. Allerdings zeigen die Ergebnisse der dritten Teilstudie dieser Dissertation eine hohe Kohäsion zwischen den Eltern und ihrem Kind mit Trennungsangst und weisen daher nicht in diese Richtung. Niedrige ideale Identifikationswerte der Eltern könnten auch als elterliche Reaktion auf die kindliche Störung verstanden werden. Wenn Eltern sich bewusst werden, dass ihr Kind aufgrund seiner Angsterkrankung im Alltag beeinträchtigt ist und stark darunter leidet, könnten sie sich wünschen, ihrem Kind nicht ähnlich zu sein. Die niedrigen idealen Identifikationswerte der Eltern können daher zur Stabilisierung von niedrigen realen Identifikationsmustern in der Familie und dem Modell von Remschmidt und Mattejat (1999)<sup>4</sup> entsprechend zur Aufrechterhaltung der Angsterkrankung beitragen. Diese Ergebnisse machen daher die Notwendigkeit des Einbezugs der Eltern in eine psychotherapeutische Behandlung des Kindes deutlich.

Die dritte Analyse untersuchte die Selbstkongruenz der Familienmitglieder. Die Ergebnisse der Kinder stehen in Einklang mit anderen Forschungsarbeiten, die für Kinder mit ADHS zeigen konnte, dass diese niedrigere Selbstkongruenzwerte aufweisen als gesunde Kinder (Käppler, 2005). Remschmidt and Mattejat (1999) sehen ein mittleres Niveau an Selbstkongruenz als förderlich für die gesunde Entwicklung eines Kindes, während zu hohe

---

<sup>4</sup> Das Modell wurde ausführlich im Abschnitt *Bedeutung der Identifikation für die psychische Entwicklung von Kindern* vorgestellt.

und zu niedrige Selbstkongruenzwerte auf eine psychische Erkrankung hinweisen können. Dementsprechend überraschen die niedrigen Selbstkongruenzwerte der Kinder, die an einer Trennungsangst leiden, nicht.

Keine Analyse fand einen Hinweis auf ein störungsspezifisches Identifikationsmuster. Der Vergleich zwischen Familien von Kindern mit Trennungsangst und Familien von Kindern mit anderen Angststörungen ergab für keine Variable signifikante Unterschiede. Für alle Variablen mit Ausnahme der realen Identifikation der Mutter mit dem Kind und der Selbstkongruenz der Mütter waren die Werte der Familien von Kindern mit anderen Angststörungen weniger hoch aber vergleichbar mit denen von Familien mit Kindern mit Trennungsangst. Dies deutet darauf hin, dass die Identifikationsmuster für alle Angsterkrankungen ähnlich, aber von unterschiedlicher Intensität sind. Diese Ergebnisse bestätigen frühere Befunde, bei denen im Vergleich mit nicht-klinischen Kontrollgruppen Kinder mit irgendeiner psychischen Erkrankung (Käppler, 2005; Remschmidt & Mattejat, 1999) und Kinder mit ADHS (Käppler, 2005) niedrigere Identifikations- und Selbstkongruenzwerte aufweisen. Außerdem bestätigen sie die Befunde von Treptrop (1997, zitiert in Remschmidt & Mattejat, 1999; S. 45), der einen negativen Zusammenhang zwischen der realen Identifikation und der Depressivität von Kindern fand. Daher scheinen Kinder mit irgendeiner psychischen Erkrankung ähnliche Muster bzgl. Identifikation und Selbstkongruenz zu zeigen.

Die Befunde der vorliegenden Teilstudie können zudem in Bezug auf den Zusammenhang zwischen niedriger Identifikation und psychischer Gesundheit wie er im Modell von Remschmidt und Mattejat postuliert und im Abschnitt *Bedeutung der Identifikation für die psychische Entwicklung von Kindern* des Theorieteils dieser Teilstudie erwähnt wurde, betrachtet werden. Remschmidt and Mattejat gehen darin davon aus, dass eine niedrige Identifikation mit eingeschränkter Gesundheit einhergeht. Die Befunde dieser Studie bestätigen diese Vermutung. Des Weiteren stellen sie einen Zusammenhang zwischen der emotionalen Störung mit Trennungsangst und familiärer Identifikation fest. Daran können sich zwei unterschiedliche Interpretationen anschließen. Zum einen können Kinder mit Trennungsangst eine Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung als Folge von niedriger Selbstkongruenz und niedrigerer familiärer Identifikation erworben haben. In diesem Fall trügen familiäre Identifikationsmuster zur Entwicklung einer Trennungsangst bei. Zum anderen ist denkbar, dass die Trennungsangst und die damit verbundenen familiären Belastungen zu diesen spezifischen Identifikationsmustern geführt haben. Dies würde eine wichtige Information für die Mechanismen der Aufrechterhaltung dieses Störungsbilds sein.

Aufgrund des Querschnittsuntersuchungsdesigns kann nicht entschieden, welche der beiden Interpretationsmöglichkeiten Vorzug zu geben ist. Die Ergebnisse weisen jedoch eindrücklich darauf hin, dass diese spezifischen Identifikationsmuster mit der Trennungsangst assoziiert sind. Dies ist ein wichtiger und notwendiger Schritt zur Identifizierung kausaler Zusammenhänge (Kraemer, 1997). Zukünftige Forschungsarbeiten sollten auf dieser Grundlage untersuchen, ob diese Identifikationsmuster einer Trennungsangst vorausgehen und das Risiko, eine solche Störung zu entwickeln, erhöhen. Wenn dies der Fall ist, kann in Längsschnittstudien überprüft werden, ob diese Identifikationsmuster veränderbar sind und zu einer Reduktion der Inzidenz der Störung mit Trennungsangst führen. Die Familien der vorliegenden Studie nehmen an einer Längsschnittstudie teil, die genau dies zum Ziel hat. Deren Ergebnisse werden einen weiteren, wichtigen Beitrag zu einer kausalen Interpretation des Zusammenhangs zwischen Identifikation und Trennungsangst leisten.

## IV. Studie 3: Familienstruktur

### 1. Theorie

#### 1.1. Das Konzept der Familienstruktur nach Minuchin

Minuchin entwickelte 1974 das Konzept der Familienstruktur (Minuchin, 1990). Familien werden darin als offene, soziale Systeme definiert, deren Struktur mit dem Konstrukt der Grenze (*boundary*) beschrieben werden kann. Unterschieden werden interpersonale Grenzen von Subsystemsgrenzen. Während sich interpersonale Grenzen auf zwei Familienmitglieder beziehen, nehmen Subsystemgrenzen Bezug auf die größere Einheit des Subsystems. Beide Arten der Grenzen regulieren die physische und emotionale Nähe und Distanz zwischen Familienmitgliedern. Mit Hilfe von Grenzen wird zum einen über den Ein- oder Ausschluss eines Familienmitglieds in ein Subsystem bestimmt. Zum anderen wird über die Grenzen entschieden, auf welche Art sich ein Familienmitglied an einem Subsystem beteiligen kann. Grenzen können starr, klar oder diffus sein. In Abbildung 20 ist das von Minuchin vorgelegte Kontinuum der Grenzen dargestellt. Die Art der Grenzen beeinflusst die Funktionalität und die erfolgreiche Anpassung einer Familie an sich verändernde Anforderungen. Klare Grenzen ermöglichen sowohl Intimität als auch Autonomie, was wichtige Voraussetzungen für die Funktionalität einer Familie sind. Wenn in einer Familie klare Grenzen zwischen den Familienmitgliedern und nach außen vorhanden sind, kann jedes Familienmitglied ohne Einmischung agieren und gleichzeitig in Kontakt mit den anderen Familienmitgliedern sein. Weisen Familien übermäßig starre intrafamiliäre Grenzen auf, spricht Minuchin von losgelösten (*disengaged*) Familien. Die Familienmitglieder können zwar autonom funktionieren, die Kommunikation untereinander gestaltet sich jedoch schwierig. Die Familienmitglieder nehmen ihre Familie als wenig unterstützend wahr und berichten über ein geringes Zugehörigkeitsgefühl. In verstrickten (*enmeshed*) Familien hingegen ist das Zugehörigkeitsgefühl stark ausgeprägt. Die Familienmitglieder differenzieren wenig zwischen sich und den anderen Familienmitgliedern. Dies hat die Eingrenzung der Autonomie der einzelnen Familienmitglieder zur Folge. Verstrickte Familien zeichnen sich zudem durch starke Kommunikation und wechselseitige Anteilnahme untereinander aus. Diese Familien schaffen sich ihren eigenen Mikrokosmos.

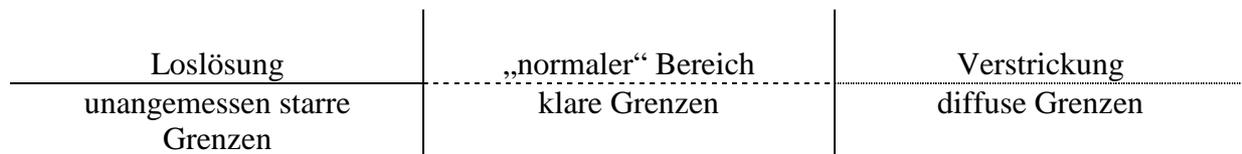


Abbildung 20. Das Konzept der Grenzen nach Minuchin

Die Klarheit der Grenzen wird nach Minuchin durch die Hierarchieverhältnisse in einer Familie bestimmt. Starke Hierarchieunterschiede weisen auf starre Grenzen hin, während geringe Hierarchieunterschiede mit diffusen Grenzen einhergehen können. Diese restriktive Kontrolle oder ausgeprägte „Partnerschaft“ zwischen Eltern und Kind sind wenig förderlich. Für die gesunde Funktionalität einer Familie sind ausgewogene Hierarchieverhältnisse günstig. Eltern können, wenn sie über ein gewisses Maß an Autorität verfügen, Familienregeln einführen, die Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Kindes sind. Für diese komplexe und anspruchsvolle Aufgabe der Kindererziehung muss über die Zeitspanne der kindlichen Entwicklung hinweg immer wieder neu eine förderliche Balance zwischen Schutz und Kontrolle gefunden werden. Dieses flexible Verhältnis zwischen Autonomie und Interdependenz ist Voraussetzung für die gesunde psychosoziale Entwicklung jedes Familienmitglieds. Voraussetzung hierfür sind angemessen durchlässige Grenzen. Dennoch werden verstrickte oder losgelöste Familien von Minuchin nicht automatisch als dysfunktional betrachtet. Diese Zustände können auch in funktionierenden Familien auftreten, sind dann aber lediglich vorübergehender Natur. Wenn die Ausprägung von Verstrickung und Loslösung hingegen sehr stark ist und/oder die Familienstrukturen so starr sind, dass sie nicht mehr an sich verändernde Umstände angepasst werden können, kann das ein Hinweis für die Dysfunktionalität einer Familie sein (Minuchin, 1990).

## 1.2. Weiterentwicklung des Konzepts

Wood und Talmon (1983) haben Minuchins Konzept der Grenze in ihrer Weiterentwicklung leicht verändert. Sie heben zwei Komponenten des Begriffs der Grenze, die Minuchin bereits erwähnte, noch stärker hervor. Die Nähe bezieht sich nach Wood und Talmon auf interpersonelle Grenzen, während mit Hierarchie Subsystemgrenzen beschrieben werden können. Verstrickung kann als Kombination von großer Nähe und niedriger Hierarchie verstanden werden. Verstrickte Familien weisen demnach sowohl diffuse interpersonelle als auch diffuse Subsystemgrenzen auf. Eine erste, nicht repräsentative Studie von Wood (1985) konnte diese Vermutung nicht bestätigen. Dennoch gelten mittlerweile Nähe – oder Kohäsion

– und Hierarchie als zwei der zentralsten Dimensionen zur Beschreibung der Familienstruktur (Teodoro, 2005; Wentzel & Feldman, 1996). Es liegen einige Arbeiten vor, die die familiäre Funktionalität untersuchen und sich auf diese beiden Dimensionen stützen. Allerdings werden die Begriffe in der Literatur recht unterschiedlich verwendet.

### **1.3. Hierarchie**

In der Literatur finden sich unterschiedliche Definitionen und Operationalisierungen des Konstrukts Hierarchie. Hierarchie kann nach Gehring (1998) Autorität, Entscheidungsmacht, Dominanz sowie gegenseitige Einflussmöglichkeiten von Familienmitgliedern umfassen. Die Hierarchie ist zudem situationsabhängig und kann je nach Lebensbereich stark variieren. Teodoro (2005) empfiehlt daher die Erfassung der Hierarchie in mehreren Lebensbereichen, beispielsweise wer in der Familie bzgl. Geld, Hausarbeit, Schule oder Urlaub die Entscheidungsmacht hat. Aufgrund der aufgeführten Schwierigkeiten ist die Inkonsistenz der Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Hierarchie und familiärer Funktionalität nicht verwunderlich. Theoretische Annahmen, wie sie weiter oben erwähnt werden, gehen jedoch übereinstimmend davon aus, dass für die Funktionalität einer Familie klare und nicht zu starre Hierarchieunterschiede zwischen der Eltern- und Kindgeneration günstig sind. Eine flexible Anpassung der Hierarchieunterschiede an sich verändernde Lebensumstände und an einen sich wandelnden Entwicklungsstand des Kindes sind des Weiteren wichtig (Beavers, 1985; Faber, 2002).

### **1.4. Kohäsion**

Der Begriff Kohäsion wird in der Literatur übereinstimmend als Ausdruck für die emotionale Nähe oder Bindung zwischen Familienmitgliedern verwendet. Damit wird das Ausmaß an Zuwendung, Zuneigung, Unterstützung und Sorge um andere Familienmitglieder verdeutlicht (Gehring, 1998; Olson, 1994). Unterschiedliche Auffassungen gibt es hingegen zum Zusammenhang zwischen Kohäsion und familiärer Funktionalität. Während weitgehend Konsens darüber herrscht, dass eine niedrige Kohäsion mit Dysfunktionalität einhergeht (Amerikaner, Monks, Wolfe & Thomas, 1994), unterscheiden sich die Meinungen bzgl. hoher Kohäsion. Hohe Kohäsion wird zum einen synonym zum Begriff der Verstrickung verwendet. In diesem Fall ist der Zusammenhang zwischen Kohäsion und familiärer Funktionalität kurvilinear. Bereits Epstein und Mitarbeiter (1983) postulieren in ihrem *Mc Master Model of Family Functioning* diesen Zusammenhang zwischen der Dimension affektive Beziehungsaufnahme und familiäres Funktionieren. Das bekannteste Beispiel hierfür ist

jedoch das *Circumplex Model of Marital and Family Systems* von Olson (1994). Es betrachtet die Familienstruktur anhand der beiden Dimensionen Kohäsion und Anpassungsfähigkeit bzw. Flexibilität. Eine mittlere Kohäsion wird als funktional und die beiden extreme der Kohäsion, die Verstrickung und Loslösung, als dysfunktional beschrieben. Dies konnte bislang jedoch nicht empirisch belegt werden (Cluff, Hicks & Madsen, 1994). Zum anderen wird in der Literatur die Auffassung vertreten, dass zwischen hoher Kohäsion und Verstrickung unterschieden werden muss, da es sich um zwei unterschiedliche Konstrukte handelt. Vertreter dieser Auffassung sehen hohe Kohäsion als funktional und Verstrickung als dysfunktional an. Green und Werner (1996) sind dieser Meinung. Sie führen die Begriffe *closeness-caregiving* und *intrusiveness* ein. Unter *closeness-caregiving* verstehen sie die körperliche Zuneigung, emotionale Konsistenz, Wärme und Pflege, die zu psychischer Gesundheit beitragen. Wo hingegen eine sehr große Nähe in Kombination mit Einmischung (*intrusiveness*) als dysfunktional betrachtet wird, da die Kombination eine Einschränkung der Autonomie und eine mangelnde Differenzierung zwischen sich und anderen zur Folge hat. Ähnlich argumentieren Barber und Buehler (1996), die zwischen Verstrickung als Einschränkung der Autonomie, psychologischer Kontrolle oder Einmischung und Kohäsion als unterstützender, positiver Interaktion unterscheiden. Für Mattejat (1993) ist das Konstrukt der Kohäsion zunächst wertfrei. Kohäsion kann sowohl entwicklungsfördernde wie entwicklungs-hemmende Aspekte umfassen. Entwicklungs-hemmend können beide Kombinationen der extremen Ausprägungen von emotionaler Verbundenheit und individueller Autonomie sein, also sowohl ein geringes Maß an emotionaler Verbundenheit und eine zu stark ausgeprägte Autonomie als auch ein geringes Maß an individueller Autonomie und eine zu starke Bindung. Ideal für die gesunde Entwicklung ist eine relativ hohe emotionale Verbundenheit in Kombination mit einer relativ hohen individuellen Autonomie.

Vertreter, die von der Unabhängigkeit der Konstrukte Verstrickung und Kohäsion ausgehen, nehmen des Weiteren einen linearen Zusammenhang zwischen Kohäsion und psychologischer Gesundheit an. Familien können demnach nicht zu kohäsiv sein (Green & Werner, 1996). Verschiedene Studien konnten Hinweise für den empirischen Beleg dieser Vermutung liefern. Eine Arbeit von Cooper, Grotevant und Condon (1983) legte einen linearen Zusammenhang zwischen Kohäsion und positiver Entwicklung von Jugendlichen und Familien nahe. Farrell & Barnes (1993) zeigten, dass eine höhere familiäre Kohäsion mit einer verbesserten Kommunikation zwischen Kindern und Eltern verbunden ist. Eine hohe

familiäre Kohäsion scheint psychosozialen Stress zu reduzieren und delinquentes Verhalten vorzubeugen (Feldman und Weinberger, 1994).

Zusammenfassend überwiegen in der Literatur die Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen hoher Kohäsion und familiärer Funktionalität im Vergleich zu hoher Kohäsion und Dysfunktionalität. Dies deutet zudem auf die bereits von Minuchin postulierte Unabhängigkeit der beiden Konstrukte hohe Kohäsion und Verstrickung hin. Verstrickung wird als mangelnde Selbst-Fremd-Differenzierung verstanden und eine sehr große Nähe erst in Kombination mit fehlender Autonomie als dysfunktional betrachtet. Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe in der Literatur erschwert jedoch die Interpretation der Forschungsarbeiten zum Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und verstrickten Familienbeziehungen und stellt die Aussagekraft verschiedener Ergebnisse in Frage.

## **1.5. Aktueller Forschungsstand zur Familienstruktur**

### **1.5.1. Instrumente zur Erfassung der Familienstruktur**

Olson und Kollegen (Olson, Sprenkle & Russel, 1979) entwickelten die *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES). Dieses Instrument zur Erfassung von Kohäsion und Anpassungsfähigkeit einer Familie ist das am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Beschreibung von Familien. Des Weiteren liegen die *Family Environment Scale* (FES; Moos & Moos, 1974), die *Family Assessment Device* (FAD; Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) so wie das *Family Assessment Measure* (FAM; Skinner, Steinhauer & Santa-Barbara, 1983) vor. Diese drei Instrumente erheben Kohäsion und affektive Kontrolle bzw. Involviertheit, die eng mit dem Konstrukt Hierarchie verbunden sind. Der Familiensystemtest von Gehring (1998) erfasst Hierarchie und Kohäsion in Familien und besitzt gute psychometrische Eigenschaften. Zudem verhilft ihm seine einfache Durchführbarkeit zu einer breiten Akzeptanz sowohl bei Anwendern als auch bei Familien. Der Familiensystemtest wird in der vorliegenden Studie verwendet und im Abschnitt Methoden vorgestellt.

### **1.5.2. Studien zur Erfassung der Familienstruktur unter Verwendung des Familiensystemtest**

Mehrere Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass klinische und nicht-klinische Probanden ihre Familienbeziehungen unterschiedlich wahrnehmen (z.B. Gehring & Marti, 1993; Marti & Gehring, 1992). Familien mit einem Familienmitglied, das unter einer klinischen Störung leidet, zeigen tendenziell eine niedrigere Kohäsion und eine starke oder schwache Hierarchie als gesunde Familien. Einschränkend muss jedoch auf daraufhin gewiesen werden, dass diese

Studien verschiedene Störungsbilder in einer klinischen Gruppe zusammenfassen. Aussagen über Familienstrukturen von Familien mit einem Familienmitglied, das unter einer spezifischen Störung leidet, sind daher nicht möglich. Eine explorative Studie von Saile und Kollegen (Saile, Röding & Friedrich-Löffler, 1999) untersuchte die Familienstruktur in sechs Familien von hyperaktiven Kindern. In einer typischen Situation nahmen sowohl hyperaktive Kinder als auch deren Eltern ihre Familien eher als hoch kohäsiv und niedrig- oder mittel-hierarchisch wahr. Während eines Konflikts beschrieben nur die Kinder ihre Familienbeziehungen im Durchschnitt als weniger kohäsiv. Für die Eltern hyperaktiver Kinder zeigten sich ausgewogene Werte für niedrig-, mittel- und hochkohäsiv. Übereinstimmend schätzten alle Familienmitglieder ihre Familienbeziehungen als niedrig hierarchisch ein. Dieser Befund steht im Kontrast zu den Ergebnissen von Gehring und Marti und könnte trotz der kleinen Stichprobe als ein Hinweis auf ein störungsspezifisches Muster gedeutet werden. Susan Bögels erwähnt in ihrem Review (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006) eine unveröffentlichte Studie zur Familienstruktur von ängstlichen Kindern. Sie konnte darin zeigen, dass hoch-ängstliche Kinder ihre Familien häufiger als hoch kohäsiv und niedrig hierarchisch bzw. als niedrig oder hochkohäsiv und hoch hierarchisch einschätzten als Kinder mit mittelstark ausgeprägter Ängstlichkeit.

Neben dem klinischen Status eines Kindes wurden verschiedene Faktoren identifiziert, die möglicherweise einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Familienstruktur haben. Einer dieser Faktoren ist das Alter. Generell wird davon ausgegangen, dass sich die Familienbeziehung im Verlauf der Kindheit und Adoleszenz ändern (Faber, 2002; Minuchin, 1990). Die Ergebnisse zum Einfluss des Alters auf die Wahrnehmung von Kohäsion und Hierarchie sind jedoch nicht einheitlich. Gehring und Marti konnten in ihren Studien (Gehring & Marti, 1993; Marti & Gehring, 1992) zeigen, dass jüngere Kinder ihre Familienbeziehungen in einer alltäglichen und in einer idealen Situation weniger kohäsiv darstellten als ältere. In Kontrast dazu stehen die Ergebnisse von Feldman und Gehring (1988). In ihrer Untersuchung nahm die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ( $M = 18.2$  Jahre) ihre Familien als weniger kohäsiv wahr als zwei jüngere Gruppen ( $M = 11.9$  und  $15.1$  Jahre<sup>1</sup>). Für die Hierarchie ergibt sich ein ähnlich uneinheitliches Bild. Manche Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen Alter und Hierarchie feststellen (Marti & Gehring, 1992). Feldman und Gehring (1988) fanden mit zunehmendem Alter eine Abnahme der Hierarchie, wohingegen Oswald (2002) einen gegenläufigen Zusammenhang nachweisen konnte. Der Einfluss des Alters auf die Wahrnehmung der Familienstruktur ist somit noch

---

<sup>1</sup> Die Standardabweichungen des Alters werden in der Publikation nicht erwähnt.

nicht eindeutig geklärt und sollte daher Gegenstand zukünftiger Forschung bleiben. Ebenso offen ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Geschlecht und Wahrnehmung der Familienstruktur. In der Untersuchung von gesunden Jugendlichen von Wentzel und Feldman (1996) stellten die weiblichen Jugendlichen ihre Familienbeziehungen als kohäsiver dar als die männlichen. Für diese schienen die Machtverhältnisse im Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl bedeutsamer zu sein. Andere Forschungsarbeiten konnten keinen signifikanten Einfluss des Geschlechts auf die Darstellung der Familienstruktur feststellen (z.B. Feldman & Gehring; Teodoro, 2005). Weiterer Einflussfaktor auf die Wahrnehmung der Familienstruktur ist der kulturelle Hintergrund. Teodoro verglich die Wahrnehmung von Schweizer Kinder mit denen von brasilianischen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Kinder aus Brasilien ihre Familien hierarchischer wahrnehmen als Schweizer Kinder.

## **2. Herleitung der Fragestellung und der Hypothese**

Dem Theorieteil der Gesamtarbeit sind verschiedene Faktoren zu entnehmen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beitragen können. Die Mehrzahl der Studien hierzu betrachtet alle Angststörungen, weshalb spezifische Aussagen zum Störungsbild der Trennungsangst nur einschränkend möglich sind. Es wird allerdings vermutet, dass familiäre Faktoren besonders für die emotionale Störung mit Trennungsangst von Einfluss sind. Zum einen ist die Familie bereits direkt in der Symptomatik dieses Störungsbildes beinhaltet. Zum anderen liegen erste Hinweise für einen Zusammenhang zwischen einer unsicheren Bindung (Horvath Dallaire & Weinraub, 2005) bzw. einem einmischenden und überbehütenden Erziehungsstil (Wood, 2006) und der Störung mit Trennungsangst vor. Beide Faktoren können dazu beitragen, dass ein Kind ein eingeschränktes Explorationsverhalten zeigt und in seiner Autonomieentwicklung gehemmt ist. Somit kann ein Zusammenhang zwischen der Trennungsangst und einem Bindungs-Autonomie-Konflikt bestehen (Rapee, 2001). Das Konzept der Verstrickung ist ebenfalls durch ein Muster großer Nähe und eingeschränkter Autonomie gekennzeichnet. Diese Teilstudie möchte untersuchen, ob Familien von Kindern mit Trennungsangst verstrickte Familienbeziehungen aufweisen. In der Literatur wird das Konzept der Verstrickung durch die Kombination von hoher Kohäsion und niedriger Hierarchie definiert. Mit Hilfe des Familiensystemtests (Gehring, 1998) wird untersucht, ob sich Familien von Kindern mit Trennungsangst, Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und Familien von gesunden Kindern in ihrer Familienstruktur unterscheiden. Der Vergleich mit Familien von Kindern mit anderen Angsterkrankungen soll zeigen, ob dieses Muster spezifisch für das

Störungsbild der Trennungsangst oder bei allen Angststörungen zu finden ist. Es wird angenommen, dass Familien von Kindern mit Trennungsangst verstrickte Familienbeziehungen aufweisen. Des Weiteren wird aufgrund eines ersten Hinweises aus der Literatur (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006) davon ausgegangen, dass Familien von Kindern mit anderen Angststörungen immer noch häufiger dieses Muster zeigen als Familien von gesunden Kindern. Ein weiterer Grund hierfür ist die Annahme, dass dysfunktionale Familienbeziehungen häufiger in Familien von psychopathologisch auffälligen Kindern zu erwarten sind als in Familien gesunder Kinder.

Um ein möglichst umfassendes Bild der Familie zu erfassen (Gehring & Marti, 2001), wird die Familienstruktur aus der Sicht von drei Familienmitglieder, der Mutter, dem Vater und des Kindes und in drei verschiedenen Situationen erhoben.

Folgende Hypothese soll für jedes Familienmitglied und jede Situation gelten und in dieser Teilstudie untersucht werden:

Die Kombination von hoher Kohäsion und niedriger Hierarchie tritt in der Trennungsangstgruppe signifikant häufiger auf als in der Klinischen und der Gesunden Kontrollgruppe. Diese Kombination tritt in der Klinischen Kontrollgruppe immer noch signifikant häufiger auf als in der Gesunden Kontrollgruppe.

### **3. Methode**

Im Folgenden wird das in dieser Teilstudie verwendete Messinstrument vorgestellt sowie die Datenaufbereitung und die verwendeten statistischen Analysen erläutert.

#### **3.1. Erhebungsinstrument: Der Familiensystemtest (FAST)**

##### **3.1.1. Aufbau**

Der Familiensystemtest (FAST) wurde in den 1980er Jahren von Thomas M. Gehring entwickelt. Er dient zur Erfassung der Familienstruktur aus der subjektiven Sicht der Familienmitglieder. Er erhebt daher nicht den Anspruch, objektiv zu sein oder zu den normativen Verfahren im Sinne der klassischen Testtheorie zu gehören (Gehring, 1998), sondern versteht sich als standardisiertes Skulpturverfahren. Der FAST wurde auf der Basis der Familiensystemtheorie entwickelt und erfasst Kohäsion und Hierarchie als zentrale Dimensionen der Familienstruktur auf Gesamtfamilien- und Subsystemebene. Der Autor

definiert Kohäsion als emotionale Bindung zwischen Familienmitgliedern und versteht unter Hierarchie die Verteilung von Autorität und Entscheidungsmacht in der Familie sowie die gegenseitigen Einflussmöglichkeiten von Familienmitgliedern. Für die Durchführung des FAST werden weibliche und männliche Holzfiguren auf einem 9 x 9 Felder umfassenden quadratischen Brett positioniert. Die Kohäsion wird durch die Distanz zwischen den Holzfiguren und die Hierarchie mit unterschiedlich hohen zylindrischen Holzklötzchen (1.5, 3 und 4.5 cm) dargestellt. Die Familienstruktur wird in drei unterschiedlichen Situationen erhoben. Die Typische Repräsentation erhebt die Familienbeziehungen in einer typisch alltäglichen Situation. Die Ideale Repräsentation entspricht der Wunschvorstellung des Probanden und die Konfliktrepräsentation stellt die Familienbeziehungen während eines Streits dar. Der FAST kann mit Kindern ab sechs Jahren im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden.

### 3.1.2. Psychometrische Eigenschaften

Gehring und Mitarbeiter untersuchten die psychometrischen Eigenschaften des FAST zwischen 1985 und 1988 in Kalifornien an einer Stichprobe von 598 nicht-klinischen Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis 21 Jahren und deren Eltern (Gehring, 1998). Im Folgenden werden die Befunde für die Ebene der Gesamtfamilie und nicht für die Dyadenebene dargestellt, da letztere für die vorliegende Teilstudie nicht relevant ist.

Die Ergebnisse zeigten sowohl für die Eltern ( $r = .08$ ) als auch für die Kinder und Jugendlichen ( $r = .16$ ) in der Typischen Repräsentation, dass die Dimensionen Kohäsion und Hierarchie nahezu unabhängig waren (Gehring, 1998). Nach Gehring und Feldman (1988) konnte dies auch für die Ideale und Konfliktrepräsentation gezeigt werden. Diese Studie umfasste eine Teilstichprobe von 137 jüngeren ( $M = 11.4$  Jahre, Range: 10.8 bis 12.7 Jahre) und 130 ältere Jugendliche ( $M = 16.2$ , Range: 14.1 bis 18.1 Jahre<sup>2</sup>). Konvergenz- und Diskriminanzvalidität wurden über die Vergleiche der Subskalen Kohäsion und Kontrolle der *Family Environment Scale* (FES; Moos & Moos, 1974) erfasst, die über gute psychometrische Eigenschaften verfügen (Benninghoven, Cierpka & Thomas, 2003). Des Weiteren wurde der Vergleich mit der *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES III; Olson, Portner & Lavee, 1985) untersucht. Die Skalen der FACES III erwiesen sich jedoch als nicht voneinander unabhängige Dimensionen und konnten somit laut Aussage der Autoren nicht als externes Kriterium zur Validierung verwendet werden. Die Konvergenzvalidität, die über den Vergleich mit dem FES erfasst wurde, war für die Kohäsion (jüngere Jugendliche:  $r = .43$ ;

---

<sup>2</sup> Die Standardabweichungen sind in der Publikation nicht angegeben.

ältere Jugendliche:  $r = .57$ ) höher als für die Hierarchie (jüngere Jugendliche:  $r = .20$ ; ältere Jugendliche:  $r = .30$ ). Als mögliche Erklärung hierfür kann die klarere Definition der Kohäsion herangezogen werden. Der FAST ist eine Figurenlegetechnik, während die FES ein Papier-und-Bleistift-Test ist. Dieser Unterschied kann des Weiteren als mögliche Erklärung für die moderaten Korrelationen angeführt werden. Die Diskriminanzvalidität wurde über den Vergleich der konzeptuell unterschiedlichen Dimensionen von FAST und FES bestimmt, beispielsweise FAST Hierarchie und FES Kohäsion. Sie konnte lediglich für die älteren Jugendlichen nachgewiesen werden. Für die Reliabilitätstestung wurden von den 130 älteren Jugendlichen nur 28 berücksichtigt. Die Untersuchung zeigte eine zufrieden stellende Test-Retest-Reliabilität von einer Woche in der Typischen Repräsentation für beide Altersgruppen. Die Variabilität war dabei für die älteren Jugendlichen ( $r = .87$  für Kohäsion und  $r = .83$  für Hierarchie) geringer als für die jüngeren ( $r = .63$  für Kohäsion und Hierarchie). Die Werte für die Ideale und die Konfliktpäsentation lagen zwischen  $r = .54$  und  $r = .96^3$ .

Zusammenfassend ist die Reliabilität des FAST als gut zu betrachten. Die Validität ist weniger gut, entspricht jedoch der Validität der beiden gängigen Verfahren FACES und FES. Der FAST ist hiermit ein hinreichend überprüfbares Instrument zur Erfassung der Familienstruktur (Teodoro, 2005).

### 3.1.3. Auswertung

Grundsätzlich liegen zwei verschiedene Auswertungsmethoden für den FAST vor. Eine heuristisch-holistische Auswertungsmethode, die neben geometrischen Kriterien auch den Gestaltaspekt der Repräsentation berücksichtigt, ist die kategoriale Auswertung (Teodoro, 2005). Um einzuschätzen, ob die Familie niedrig, mittel oder hoch kohäsiv ist, wird hierbei ein Quadrat von 3x3 Feldern auf das Brett gelegt. Befinden sich alle Figuren in unmittelbar benachbarten Feldern, entspricht dies einer hoch kohäsiven Familienstruktur. Bei einer mittleren Kohäsion stehen alle Figuren innerhalb des 3x3 Felder Quadrats, während bei einer tiefen Kohäsion eine oder mehrere Figuren außerhalb des Quadrats stehen. Die unterschiedlichen Höhen zwischen Eltern- und Kinderfiguren werden zur Bestimmung der familiären Hierarchie herangezogen. Eine niedrig hierarchische Familie zeichnet sich dadurch aus, dass zwischen dem weniger mächtigen Elternteil und dem mächtigsten Kind kein Unterschied in der Höhe liegt oder eine Kindfigur höher ist als eine Elternfigur. Wenn zwischen dem weniger mächtigen Elternteil und der mächtigsten Kindfigur ein Unterschied

---

<sup>3</sup> In der Publikation wird nicht ersichtlich, welche Werte sich auf welche Altersgruppe und welche Untersuchungsebene beziehen.

von einem oder zwei Klötzchen besteht, weist dies auf eine mittel hierarchische Familie hin. Eine hohe Hierarchie wird durch einen Unterschied von drei oder mehr Klötzchen definiert. Durch Kombinationen von verschiedenen Kohäsions- und Hierarchieausprägungen werden folgende drei Beziehungsstrukturtypen definiert: balanciert, labil-balanciert und unbalanciert. Zugrunde liegende theoretische Überlegungen für die kategoriale Auswertung werden im Manual nicht ersichtlich.

Die arithmetische Auswertungsmethode verwendet zur Berechnung der Kohäsion die mathematische Formel  $\sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2}$ .  $x_1$ ,  $y_1$  sowie  $x_2$  und  $y_2$  sind hierbei die Koordinaten zweier Figuren. Das Pythagoras-Theorem wird als Standardmaß für die Berechnung der Distanz zwischen zwei Punkten betrachtet (Teodoro, 2005). Um einen linearen Kohäsionswert zu erhalten, wird der berechnete Abstand anschließend von 12 subtrahiert. Der Minimalwert der Kohäsion jeder Dyade liegt damit bei 0,7, während der Maximalwert bei 11 liegt. Die Familienkohäsion wird durch die Bestimmung des Durchschnitts aller Dyadendistanzen berechnet. Die Hierarchie wird über den Vergleich der Höhen zwischen zwei Figuren ermittelt. Ein Unterschied von 0 deutet auf gleichwertige Beziehungen zwischen zwei Familienmitgliedern hin, während Werte  $> 0$  Hierarchieunterschiede widerspiegeln. Der Durchschnitt der Hierarchiewerte aller Dyaden ist die familiäre Hierarchie.

Teodoro (2005) hat in seiner Arbeit beide Auswertungsmethoden genau betrachtet. Er kommt zu dem Schluss, dass der kategorialen und arithmetischen Auswertung teilweise unterschiedliche Konzepte zugrunde liegen. Die Verwendung beider Methoden kann sogar zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Der direkte Vergleich beider Methoden zeigte zudem, dass die bei der kategorialen Methode verwendeten Klassen nicht trennscharf sind. Eine mittel-kohäsive Familie konnte beispielsweise einen niedrigeren Kohäsionswert in der arithmetischen Berechnung aufweisen als eine niedrig kohäsive Familie. Teodoro (2005) bemängelt, dass die kategoriale Auswertung für wissenschaftliche Arbeiten einer zu starken Vereinfachung der Familiendarstellung entspricht und zudem mathematische Kriterien nicht erfüllt. Seiner Empfehlung zur Verwendung der arithmetischen Auswertung in empirischen Studien wird in dieser Teilstudie Rechnung getragen. Die Einschränkung der Untersuchung einer gerichteten Hypothese aufgrund der fehlenden Cut-Off-Werte für niedrig, mittel oder hoch kohäsive bzw. hierarchische Familien wird dabei in Kauf genommen.

### 3.2. Datenaufbereitung und statistische Datenanalyse

Zur arithmetischen Auswertung des FAST liegt eine kommerzielle Software vor, die jedoch Mängel aufweist (Teodoro, 2005). Daher wurde für diese Teilstudie eine spezifische Excel-Datei zur Berechnung von Kohäsion und Hierarchie nach der arithmetischen Methode erstellt. Zunächst wurden die Rohdaten in diese Excel-Datei eingegeben und die Kohäsion und Hierarchie für jede Dyade berechnet. Anschließend wurden über die Mittelwerte über alle Dyaden hinweg die familiäre Kohäsion und Hierarchie ermittelt. Dabei wurden folgende Verwandtschaftsbeziehungen berücksichtigt: Vater, Mutter, Indexkind, Geschwister, Grosseltern, neuer Partner der Eltern. In einem weiteren Schritt wurde die korrekte Eingabe von 10% der Daten überprüft. Da die Fehlerrate geringer als 5% war, wurde auf die Überprüfung aller Daten sowie auf eine doppelte Dateneingabe verzichtet. Trotzdem wurden in Excel verschiedene Checks eingebaut, um alle Daten auf unmögliche Werte zu prüfen. Zur eigentlichen Datenanalyse wurden die berechneten familiären Kohäsions- und Hierarchiewerte zusammen mit den soziodemographischen Angaben und den Diagnosen der Kinder in das Standard-Software-Programm SPSS 13.0 für Mac OS X exportiert.

Wie im Theorieteil dieser Arbeit dargestellt, sollen Kohäsion und Hierarchie aufgrund theoretischer Überlegungen nicht separat, sondern kombiniert betrachtet werden. Ziel ist es, die Verstrickung als spezifisches Muster dieser Variablen zu untersuchen. Mit der kategorialen Auswertung ist die Untersuchung der Kombination durch die Klassifizierung der Familien in verschiedene Familienstrukturtypen möglich. Bei der arithmetischen Auswertung liegen hingegen keine Richtwerte vor, wann eine Familie niedrig, mittel oder hoch kohäsiv bzw. hierarchisch ist. Durch die Kategorisierung der intervallskalierten Daten geht zwar Präzision verloren, da nicht mehr die tatsächlichen Messwerten verwendet werden, sie ist jedoch Voraussetzung für die Betrachtung der Kombination von hochkohäsiv und niedrig hierarchisch. Außerdem wurde sie herangezogen, da die Verteilung der Daten schief war, was zur Folge hat, dass der Verlust der Präzision doch zu vernachlässigen ist. In der vorliegenden Arbeit wurden daher die Gruppen mittels Mediansplit in niedrig und hoch kohäsiv bzw. hierarchisch eingeteilt. In Anschluss daran wurden Vierfeldertafeln für jede Untersuchungsgruppe und jede Situation aufgestellt. Beispielsweise stellt die Vierfeldertafel der Kinder der Trennungsangstgruppe zur Familienstruktur in einer typischen Situation dar, wie viele Kinder mit Trennungsangst ihre Familien als hoch kohäsiv – hoch hierarchisch, hoch kohäsiv – niedrig hierarchisch, niedrig hierarchisch – niedrig kohäsiv und niedrig kohäsiv – hoch hierarchisch wahrnehmen. Wie bereits im Theorieteil erwähnt, liegt der Fokus in der vorliegenden Arbeit auf dem Feld hoch kohäsiv – niedrig hierarchisch. Daher wurde

zur Vorbereitung des statistischen Modells eine neue binäre Variable „verstrickt“ versus „nicht verstrickt“ aufgestellt. Die drei Felder hoch kohäsiv – hoch hierarchisch, niedrig kohäsiv – niedrig hierarchisch und niedrig kohäsiv – hoch hierarchisch der Vierfeldertafel wurden zur Ausprägung „nicht verstrickt“ zusammengefasst, das Feld hoch kohäsiv – niedrig hierarchisch entsprach der Ausprägung „verstrickt“. Zur Analyse von Gruppenunterschieden bzgl. der Häufigkeiten der Familienstruktur „verstrickt“ wurde dann eine logistische Regression gerechnet. Mit diesem statistischen Modell wird die Chance (*odds*) für das Eintreten eines bestimmten Zustandes, im vorliegenden Fall die Chance für das Vorhandensein verstrickter, also hoch kohäsiver und niedrig hierarchischer Familienstrukturen, betrachtet. In dieser Studie soll demnach festgestellt werden, ob die Zugehörigkeit zu einer der drei Untersuchungsgruppen die Chance verstrickte Familienbeziehungen aufzuweisen, erhöht, verringert oder nicht beeinflusst. Wie im Abschnitt *Herleitung der Fragestellung und der Hypothese* erwähnt wird von einem linearen Zusammenhang ausgegangen, dass das Muster verstrickter Familienbeziehungen am häufigsten in Familien von Kindern mit Trennungsangst, am zweithäufigsten in Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und am wenigsten häufig in Familien gesunder Kinder aufzufinden ist. Aus diesem Grund wurde innerhalb des logistischen Regressionsmodells der lineare Zusammenhang analysiert, um eine lineare Ab- oder Zunahme zu überprüfen. Wie außerdem im Abschnitt *Studien zur Erfassung der Familienstruktur unter Verwendung des Familientest* dargestellt, wurden in einigen Studien signifikante Alter- und Geschlechtereffekte bei der Darstellung der Familienstruktur gefunden. Daher wurde zusätzlich überprüft, ob die Variablen Alter und Geschlecht einen Einfluss auf die Chance, hoch kohäsive und niedrig hierarchische Familienbeziehungen zu zeigen, haben. Diese beiden Variablen wurden jeweils in einem zusätzlichen Logistischen Regressionsmodell als Kovariablen eingebaut.

#### **4. Ergebnisse**

Dieses Kapitel beginnt mit einer Beschreibung der Stichprobe. Daran schließt sich die Darstellung der Ergebnisse an. Im Abschnitt *Familiensystemtest* wurde bereits erwähnt, dass die Durchführung des FAST mit jüngeren Kinder schwierig sein kann. Mit 15 Kindern unter 8 Jahren aus der vorliegenden Stichprobe konnte er nicht durchgeführt werden. Von diesen Familien liegen jedoch die Daten der Eltern vor. Die folgende Stichprobenbeschreibung sowie die Beschreibung der psychischen Erkrankungen der Kinder beziehen sich auf die

Gesamtstichprobe von 125 Familien. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird lediglich ein abweichender Stichprobenumfang vermerkt.

#### **4.1. Stichprobenbeschreibung**

##### **4.1.1. Soziodemographische Angaben**

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 67 Mädchen (53.6%) und 58 Jungen (46.4%) und ihren Eltern zusammen. Das Durchschnittsalter der Kinder beträgt 9.33 Jahren ( $SD = 2.48$ ), die Altersspanne liegt zwischen 5 und 14.7 Jahren. 102 Kinder sind Schweizer (81.6%), 21 stammen aus einem europäischen Land (16.8%). Die Mehrzahl der Eltern ist verheiratet oder lebt in einer festen Partnerschaft (81.6%), 12.8% sind geschieden oder getrennt, 4% sind ledig, allein stehend oder verwitwet.

Tabelle 23 zeigt eine Übersicht über die soziodemographischen Angaben getrennt für die drei Untersuchungsgruppen.

Tabelle 23

Soziodemographische Angaben zur Gesamtstichprobe, getrennt nach Gruppenzugehörigkeit aufgeführt

		Trennungsangstgruppe (n = 71)		Klinische Kontrollgruppe (n = 25)		Gesunde Kontrollgruppe (n = 29)	
Alter des Kindes <i>M</i> ( <i>SD</i> )		8.83	(2.3)	10.03	(2.6)	9.95	(2.5)
Anzahl Jungen (%)		33	(46.5%)	10	(40%)	15	(51.7%)
Anzahl Mädchen (%)		38	(53.5%)	15	(60%)	14	(48.3%)
Nationalität	Schweiz (%)	61	(85.9%)	18	(72%)	23	(79.3%)
	europäisches Land (%)	10	(14.1%)	7	(28%)	6	(20.7%)
Familienstand	verheiratet/feste Partnerschaft (%)	61	(85.9%)	20	(80%)	21	(72.4%)
	geschieden/getrennt (%)	8	(11.3%)	3	(12%)	5	(17.2%)
	ledig/alleinstehend/verwitwet (%)	2	(2.8%)	2	(8%)	3	(10.4%)
höchster Schulabschluss Mutter	obligatorische Schulzeit (%)	2	(2.8%)	1	(4%)	0	(0%)
	Berufslehre/-schule (%)	48	(63.7%)	13	(52%)	11	(37.9%)
	Matur/Berufsmatur (%)	4	(5.6%)	2	(8%)	6	(20.7%)
	Höhere Fach-/Berufsausbildung (%)	10	(14.1%)	7	(28%)	6	(20.7%)
	Universitätsabschluss (%)	7	(9.8%)	2	(8%)	6	(20.7%)
höchster Schulabschluss Vater	kein Schulabschluss (%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
	obligatorische Schulzeit (%)	2	(3.7%)	0	(0%)	0	(0%)
	Berufslehre/-schule (%)	16	(29.6%)	5	(27.8%)	3	(25%)
	Matur/Berufsmatur (%)	9	(16.7%)	3	(16.7%)	3	(25%)
	Höhere Fach-/Berufsausbildung (%)	18	(33.3%)	4	(22.2%)	3	(25%)
	Universitätsabschluss (%)	9	(16.7%)	6	(33.3%)	3	(25%)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Anzahl Versuchspersonen

Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab, dass sich die drei Gruppen signifikant in Bezug auf das Alter unterscheiden ( $F[2,122] = 3.482, p = .34$ ), wobei das Durchschnittsalter in der Trennungsangstgruppe am niedrigsten war (siehe Tabelle 23). Allerdings zeigen die Gruppen, wie in Abbildung 21 ersichtlich, deutliche Überlappungen im Altersbereich.

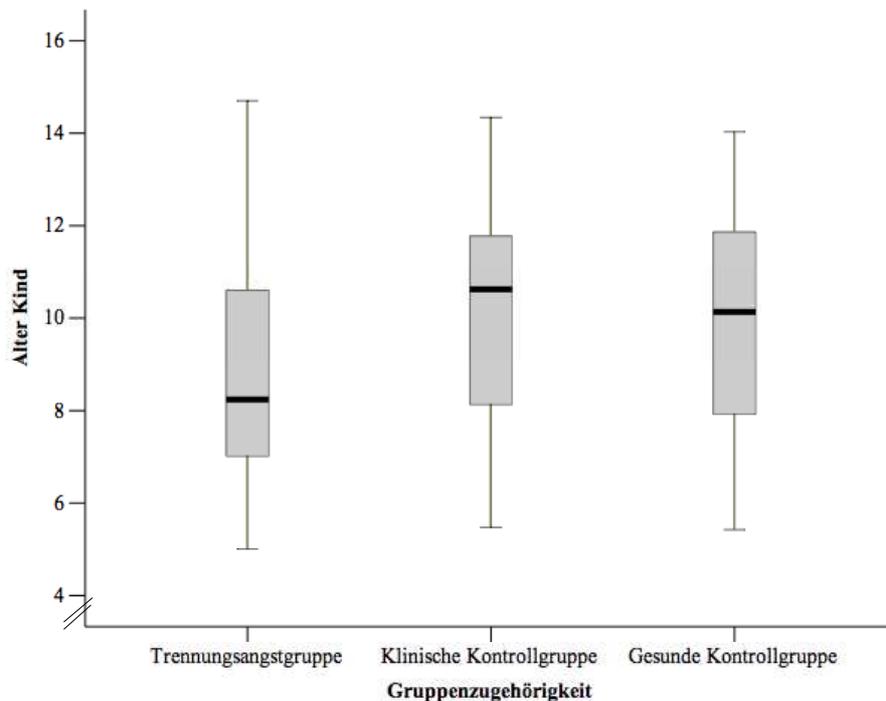


Abbildung 21. Verteilung des Alters der Kinder in den drei Untersuchungsgruppen.

Bezüglich der anderen soziodemographischen Variablen wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt.

#### 4.1.2. Psychische Störungen

Wie bereits im Theorieteil der vorliegenden Arbeit im Abschnitt *Einteilung in die drei Untersuchungsgruppen* erwähnt, wurden die an der TAFF-Studie teilnehmenden Familien aufgrund der im Kinder-DIPS gestellten Diagnosen in eine der drei Untersuchungsgruppen eingeteilt, sofern sie die Aufnahmekriterien erfüllten. Die Trennungsangstgruppe setzt sich aus 71 Familien zusammen (57%), die Gesunde Kontrollgruppe aus 29 (23%) und die Klinische Kontrollgruppe aus 25 Familien (20%). Tabelle 24 zeigt eine Übersicht über die in der Klinischen Kontrollgruppe vorliegenden primären Diagnosen der Kinder.

Tabelle 24

*Primäre Diagnosen der klinischen Kontrollkinder (n = 25)*

Panikstörung mit Agoraphobie (%)	2	(7%)
Spezifische Phobie (%)	9	(34%)
Sozialphobie (DSM-IV-TR) oder Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10) (%)	12	(45%)
Generalisierte Angststörung (%)	2	(7%)
Zwangsstörung (%)	2	(7%)

*Anmerkung.* Zwei Kinder wiesen zwei Angststörungen als primäre Diagnosen auf, welche beide in der Tabelle aufgeführt sind. Bei einem Kind wurde zudem eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten als zweite primäre Diagnose vergeben.

In der Trennungsangstgruppe weisen 34 der 71 Kinder (48%) eine oder mehrere komorbide Störungen auf, wobei Angststörungen am häufigsten vorliegen (69%). Daneben zeigen die trennungsängstlichen Kinder komorbide Schlafstörungen (11%), externalisierende Störungen (10%), Ticstörungen (6%), Enuresis (2%) und affektive Störungen (2%). In der klinischen Kontrollgruppe weisen acht der 25 Kinder (32%) eine komorbide Störung auf. Neben Angststörungen, welche auch in dieser Gruppe die häufigsten komorbiden Störungen darstellen (47%), wurden zusätzlich Schlafstörungen (20%), Ticstörungen (12%), externalisierende Störungen (7%), Enuresis (7%) und affektive Störungen (7%) diagnostiziert.

#### **4.2. Ergebnisse zur Familienstruktur**

In der Literatur fehlen spezifische Studien zur Ausprägung von Verstrickung in Familien von Kindern mit Angststörung. Es liegen lediglich Arbeiten vor, die darauf hinweisen, dass sich klinische und nicht-klinische Familien in ihrer Struktur unterscheiden. Aufgrund der oben aufgeführten theoretischen Überlegungen und eines ersten Hinweises einer Studie wurde dennoch eine gerichtete Hypothese aufgestellt.

## Deskriptive Ergebnisse zur Familienstruktur aus der Sicht des Kindes

In den Tabellen 25 sind die deskriptiven Statistiken zur Familienstruktur aus der Sicht des Kindes dargestellt.

Tabelle 25

*Verteilung typische Repräsentation aus der Sicht des Kindes (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	22.0	20.8	28.0	<b>32.2</b>	<b>20.8</b>	<b>16.0</b>
Hoch	22.0	29.2	40.0	23.7	29.2	16.0

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Es wird deutlich, dass die Kinder mit Trennungsangst für jede Repräsentation am häufigsten verstrickte Familienbeziehungen angeben. Mit einem Prozentsatz zwischen 29.3% und 34.5% je nach Repräsentation nimmt rund ein Drittel der Kinder mit Trennungsangst seine Familien als hoch kohäsiv und niedrig hierarchisch wahr. Tabelle X ist zudem zu entnehmen, dass der vermutete lineare Zusammenhang in der Typischen Repräsentation gegeben ist, da 20.8% der Kinder mit anderen Angststörungen ihre Familien als verstrickt erleben, gefolgt von 16% der gesunden Kindern. Anders verhält es sich bzgl. der Idealen und der Konfliktrepräsentation (Tabelle 26 und 27). In der Wunscharstellung und während eines Streits nehmen mehr gesunde Kinder (24% bzw. 29.2%) als Kinder mit einer anderen Angststörung (20.8 bzw. 18.2%) ihre Familien als verstrickt wahr.

Tabelle 26

*Verteilung ideale Repräsentation aus der Sicht des Kindes (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	19.0	29.2	32.0	<b>29.3</b>	<b>20.8</b>	<b>24.0</b>
Hoch	25.9	29.2	28.0	25.9	20.8	16.0

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Tabelle 27

*Verteilung Konfliktrepräsentation aus der Sicht des Kindes (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	9.1	27.3	33.3	<b>34.5</b>	<b>18.2</b>	<b>29.2</b>
Hoch	32.7	27.3	29.2	23.6	27.3	8.3

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

### Deskriptive Ergebnisse zur Familienstruktur aus der Sicht der Mutter

Die Ergebnisse aus der Sicht der Mutter sind den Tabellen 28, 29 und 30 zu entnehmen. Die Befunde für die typische Repräsentation zeigen, dass die Mütter von Kindern mit anderen Angststörungen ihre Familienbeziehungen mit einem Prozentsatz von 33.3% am häufigsten als hoch kohäsiv und niedrig hierarchisch wahrnehmen. 29.0% der Mütter von Kindern mit Trennungsangst und 28.6% der Mütter von gesunden Kindern stellen ihre Familienstruktur als verstrickt dar. Die Befunde der idealen Situation zeigen, dass 30.9% der Mütter von Kindern mit Trennungsangst ihre Familienbeziehungen als verstrickt darstellen im Vergleich zu 37.5% der Mütter von Kindern mit anderen Angststörungen und 35.7% der Mütter von gesunden Kindern.

Tabelle 28

*Verteilung typische Repräsentation aus der Sicht der Mutter (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	20.3	16.7	21.4	<b>29.0</b>	<b>33.3</b>	<b>28.6</b>
Hoch	30.4	25.0	25.0	20.3	25.0	25.0

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Tabelle 29

*Verteilung ideale Repräsentation aus der Sicht der Mutter (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	16.2	16.7	21.4	<b>30.9</b>	<b>37.5</b>	<b>35.7</b>
Hoch	30.9	20.8	32.1	7.4	25.0	10.7

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Tabelle 30

*Verteilung Konfliktrepräsentation aus der Sicht der Mutter (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	22.1	17.4	25.0	<b>32.4</b>	<b>21.7</b>	<b>25.0</b>
Hoch	29.4	26.1	28.6	16.2	34.8	21.4

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Der vermutete lineare Zusammenhang konnte für diese beiden Situationen demnach nicht nachgewiesen werden. Für die Konfliktsituation war dies jedoch der Fall. Hier schätzten 32.4% der Mütter von Kindern mit Trennungsangst ihre Familienbeziehungen als verstrickt sein, im Vergleich zu 21.7% der Mütter aus der Klinischen und 25% der Mütter aus der gesunden Kontrollgruppe.

### **Deskriptive Ergebnisse zur Familienstruktur aus der Sicht des Vaters**

Tabelle 31 stellt die Ergebnisse aus der Sicht des Vaters dar. Für die typische Situation zeigen Väter gesunder Kinder mit 43.8% am häufigsten das Muster verstrickter Familienbeziehungen. Danach folgen die Väter von Kindern mit Trennungsangst mit 22.8% und mit 21.1% die Väter von Kindern mit anderen Angststörungen.

Tabelle 31

*Verteilung typische Repräsentation aus der Sicht des Vaters (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	17.5	31.6	18.8	<b>22.8</b>	<b>21.1</b>	<b>43.8</b>
Hoch	28.1	31.6	31.3	31.6	15.8	6.3

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

Tabelle 32

*Verteilung ideale Repräsentation aus der Sicht des Vaters (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	17.5	42.1	31.3	<b>38.6</b>	<b>15.8</b>	<b>37.5</b>
Hoch	28.1	26.3	25.0	15.8	15.8	6.3

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

In der idealen Repräsentation nehmen die Väter von Kindern mit Trennungsangst am häufigsten verstrickte Familienbeziehungen wahr (38.6%), gefolgt von den Vätern der gesunden Kinder (37.5%) und den Vätern der Kinder mit anderen Angststörungen (15.8%). In einer Konfliktsituation nehmen 21.8% der Väter von Kindern mit Trennungsangst im Vergleich zu 31.6% der Väter von Kindern mit anderen Angststörungen und 40% der Väter der gesunden Kinder ihre Familienbeziehungen verstrickt wahr.

Tabelle 33

*Verteilung Konfliktrepräsentation aus der Sicht des Vaters (%)*

Hierarchie	Kohäsion					
	Niedrig			Hoch		
	TA	KK	GK	TA	KK	GK
Niedrig	23.6	15.8	33.3	<b>21.8</b>	<b>31.6</b>	<b>40.0</b>
Hoch	29.1	31.6	6.7	25.5	21.1	20.0

*Anmerkungen.* TA =Trennungsangstgruppe, KK = Klinische Kontrollgruppe, GK = Gesunde Kontrollgruppe.

### Ergebnisse der logistischen Regression zur Familienstruktur

Die Ergebnisse der logistischen Regression für den Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zu einer Untersuchungsgruppe und verstrickten Familienbeziehungen, adjustiert nach Alter und Geschlecht sind in den Tabellen 34-36 dargestellt.

Tabelle 34

Ergebnisse logistische Regression aus der Sicht des Kindes

<b>Repräsentation</b>	<i>OR</i>	<i>CL</i> (95%)	<i>CU</i> (95%)	<i>p</i>
<b>Typisch (n = 108)</b>				
Gruppe	.63	.35	1.11	.26
Geschlecht	1.33	.55	3.22	.51
Alter	.97	.80	1.17	.74
<b>Ideal (n = 107)</b>				
Gruppe	.78	.45	1.37	.38
Geschlecht	1.30	.54	3.13	.56
Alter	1.10	.91	1.33	.31
<b>Konflikt (n = 101)</b>				
Gruppe	.79	.46	1.36	.39
Geschlecht	1.07	.45	2.52	.88
Alter	1.07	.88	1.29	.51

Anmerkungen. OR = Odds ratio; CL = untere Konfidenzgrenze; CU = obere Konfidenzgrenze; *p* = Signifikanzprüfung; *n* = Anzahl Versuchspersonen.

Tabelle 35

Ergebnisse logistische Regression aus der Sicht der Mutter

<b>Repräsentation M</b>	<i>OR</i>	<i>CL</i> (95%)	<i>CU</i> (95%)	<i>P</i>
<b>Typisch (n = 122)</b>				
Gruppe	1.01	.63	1.64	.96
Geschlecht	1.34	.61	2.95	.47
Alter	1.04	.88	1.22	.66
<b>Ideal (n = 122)</b>				
Gruppe	.79	.50	1.24	.30
Geschlecht	1.00	.48	2.09	.99
Alter	1.07	.92	1.25	.39
<b>Konflikt (n = 122)</b>				
Gruppe	.85	.51	1.41	.52
Geschlecht	1.35	.60	3.02	.47
Alter	.95	.80	1.12	.53

Anmerkungen. OR = Odds ratio; CL = untere Konfidenzgrenze; CU = obere Konfidenzgrenze; *p* = Signifikanzprüfung; *n* = Anzahl Versuchspersonen.

Es zeigt sich, dass die Zugehörigkeit zu einer der drei Untersuchungsgruppen für kein Familienmitglied in keiner Repräsentation einen signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein verstrickter Familienbeziehungen hat. Auch die beiden Variablen Alter und Geschlecht beeinflussen die Chance, eine verstrickte Familienstruktur aufzuweisen, nicht.

*Tabelle 36*  
Ergebnisse logistische Regression aus der Sicht des Vaters

<b>Repräsentation</b>	<i>OR</i>	<i>CL</i> (95%)	<i>CU</i> (95%)	<i>p</i>
<b>Typisch</b> ( <i>n</i> = 92)				
Gruppe	1.47	.81	2.67	.30
Geschlecht	.47	.18	1.24	.15
Alter	1.07	.88	1.30	.46
<b>Ideal</b> ( <i>n</i> = 92)				
Gruppe	.84	.46	1.51	.55
Geschlecht	.57	.24	1.36	.20
Alter	.97	.81	1.17	.75
<b>Konflikt</b> ( <i>n</i> = 90)				
Gruppe	1.47	.80	2.71	.22
Geschlecht	1.22	.47	3.18	.69
Alter	1.14	.93	1.39	.21

*Anmerkungen.* OR = Odds ratio; CL = untere Konfidenzgrenze; CU = obere Konfidenzgrenze; *p* = Signifikanzprüfung; *n* = Anzahl Versuchspersonen.

## 5. Diskussion

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse diskutiert und in Anschluss daran kritische Überlegungen angeführt. Abschließend wird ein Ausblick gegeben.

### 5.1. Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Teilstudie untersuchte, ob in Familien von Kindern mit Trennungsangst häufiger verstrickte Familienbeziehungen auftreten als in Familien von Kindern mit anderen Angststörungen oder in Familien von gesunden Kindern. Sie berücksichtigt dabei folgende

wichtige Weiterführungen, die über bestehende Forschungsarbeiten hinausgehen. Erstens wurde in dieser Studie eine spezifische Angsterkrankung, nämlich das Störungsbild der Trennungsangst, genauer untersucht, um störungsspezifisch ein besseres Verständnis der Trennungsangst zu erlangen. Zweitens wurde die genauere, arithmetische Auswertungsmethode verwendet. Drittens war die Kombination von Kohäsion und Hierarchie im Zentrum der Betrachtung, um eine Aussage über das Konstrukt der Verstrickung machen zu können. Viertens ging in diese Studie die Wahrnehmung der Eltern und insbesondere der Väter mit ein, um eine umfassende Beschreibung der Familie zu erhalten.

Die Annahme über einen spezifischen Zusammenhang zwischen verstrickten Familienbeziehungen und einer emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindes stützt sich auf Arbeiten und theoretische Ansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Störungsbildes. Diese Vermutung konnte in der vorliegenden Teilstudie nicht bestätigt werden. Die statistischen Analysen zeigten über alle Familienmitglieder und Repräsentationen hinweg keinen signifikanten Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf das Vorhandensein verstrickter Familienbeziehungen. Dies steht in Kontrast zu Ergebnissen früherer Forschungsarbeiten. Wie bereits dem Abschnitt *Studien zur Erfassung der Familienstruktur unter Verwendung des Familiensystemtest* zu entnehmen war, wiesen Gehring und Marti (1993) und Marti und Gehring (1992) in ihren Untersuchungen auf systematische Unterschiede in der Familienstruktur zwischen klinischen und nicht-klinischen Familien hin. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Auswertung in diesen Studien mit der kategorialen und für empirische Untersuchungen unzulänglichen Methode erfolgte. Außerdem lässt sich nicht zwingend vom Vergleich nicht klinischer und klinischer Gruppen auf den Vergleich zwischen Familien von Kindern mit Trennungsangst bzw. mit anderen Angsterkrankungen und Familien von gesunden Kindern übertragen. Unterschiede in der Familienstruktur von Familien mit Kindern mit Trennungsangst und Familien mit gesunden Kindern wären durchaus auch auf dem Hintergrund dieser Befunde denkbar. Dies würde darauf hinweisen, dass zwischen Familienstruktur und psychischer Gesundheit eines Kindes kein Zusammenhang besteht.

Grundsätzlich können auf die Befunde der vorliegenden Studie zwei verschiedene Interpretationen folgen. Zum einen kann das Fehlen eines Effekts darauf hinweisen, dass es keinen Effekt gibt. Dies würde bedeuten, dass die aus theoretischen und empirisch überprüften Überlegungen zum Störungsbild der Trennungsangst hervorgegangene Hypothese falsch ist. Zum anderen können die Befunde so interpretiert werden, dass aufgrund von Limitierungen des Studiendesigns oder des verwendeten Messinstruments ein vorhandener

Effekt nicht gefunden wurde. Mögliche Gründe hierfür sollen in den folgenden Abschnitten diskutiert werden.

## **5.2. Kritische Anmerkungen**

### **5.2.1. Kritische Anmerkungen zur Untersuchung**

Bezüglich der vorliegenden Studie müssen zwei Punkte kritisch betrachtet werden, zum einen die Stichprobe und zum anderen der Untersuchungsablauf. Eine Generalisierung der Ergebnisse sollte mit Vorbehalt erfolgen, da die Stichprobe, insbesondere die gesunde Kontrollgruppe, möglicherweise nicht repräsentativ ist. Die teilnehmenden Familien wurden nicht zufällig aus der Gesamtpopulation ausgewählt, sondern hatten sich freiwillig gemeldet. Selektionseffekte können so nicht ausgeschlossen werden. Außerdem könnte damit die auffällig geringe Varianz insbesondere bezüglich der Kohäsion über alle Repräsentationen hinweg erklärt werden. Eine geringe Varianz kann dazu führen, dass kein Effekt gefunden wird. Ein weiterer Grund für das Fehlen einer breiten Streuung kann sein, dass die Ergebnisse tatsächlich Verhältnisse in der Population abbilden. Dies würde bedeuten, dass die familiäre Kohäsion generell eher hoch und die familiäre Hierarchie generell eher niedrig ist. Ein anderer Grund für die geringe Streuung könnten verzerrte Testergebnisse sein. Der Selbstbericht mit dem FAST wird in Interaktion mit einer Diagnostikerin durchgeführt. Verfälschungen aufgrund von sozialer Erwünschtheit sind denkbar. Hohe Kohäsion und niedrige Hierarchie könnten im Alltagsverständnis als wünschenswert betrachtet werden. Die vorliegenden Ergebnisse gleichen den Befunden von Oswald (2002). Dort lagen die Mittelwerte und Standardabweichungen der nicht klinischen Stichprobe aus Brasilien in ähnlichen Bereichen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die geringe Varianz in der vorliegenden Studie weniger auf die Stichprobe als auf die anderen Aspekte zurückzuführen ist. Auffallend war des Weiteren die Ähnlichkeit zwischen Typischer und Idealer Repräsentation. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die standardisierte Testdurchführung. Es wurde immer zunächst die typische, dann die ideale und dann die Konfliktsituation erhoben. Möglicherweise hätten die Ergebnisse bei einer randomisierten Durchführung der drei Repräsentationen anders ausgesehen. Des Weiteren könnte eine zu kleine Power als Erklärung für das nicht Auffinden eines vorhandenen Effekts dienen. Die tatsächliche Power wurde post-hoc berechnet und war gut für einen mittleren und sehr gut für einen großen Effekt ( $1-\beta=.7$  und  $.98$ ). Ein weiterer Aspekt ist die ungleiche Stichprobengröße. Die Trennungsangstgruppe war sehr viel größer als die beiden anderen Untersuchungsgruppen.

### 5.1.2. Kritische Anmerkungen zum Familiensystemtest

Der Familiensystemtest ist ein Verfahren, das in der Praxis aufgrund seiner Akzeptanz sowie der einfachen und zeitökonomischen Durchführung häufig angewendet wird. Im Kontrast zu Fragebogenverfahren ermöglicht er durch das Darstellen der Familienbeziehungen mit Hilfe der Figuren und dem Brett eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit der eigenen Familienstruktur. Aufgrund dessen kann er bei Kindern oder fremdsprachigen Menschen, die über wenig Sprachkenntnis verfügen und Mühe haben Sachverhalte sprachlich darzustellen, gut eingesetzt werden. Allerdings muss bei den Probanden ein gewisses Maß an Abstraktionsfähigkeit vorhanden sein (Gehring, 1998). Dies mag auch einer der Gründe dafür sein, dass in der vorliegenden Teilstudie die Durchführung mit Kinder unter sechs Jahren entgegen der Angaben im Manual manchmal nicht möglich war. Der FAST musste bei einigen jüngeren Kindern abgebrochen werden, weil sie auch nach mehreren Erklärungsversuchen die Instruktion nicht verstanden. Oswald (2002) berichtet in ihrer Studie von ähnlichen Verständnisschwierigkeiten bei der Durchführung des FAST bei jüngeren Kindern. Andere Verständnisschwierigkeiten könnten auch für ältere Probanden aufgrund der Dimensionen Kohäsion und Hierarchie bestanden haben. Wie bereits im Abschnitt *Kohäsion und Hierarchie* erwähnt, wird in der Literatur die Eindeutigkeit der Begriffe Kohäsion und Hierarchie in Frage gestellt. Dem wurde zwar versucht nach Teodoros (2005) Empfehlungen durch eine standardisierte und ausführliche Instruktion, die verschiedene Facetten der Begriffe umfasst, entgegenzuwirken, dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass unterschiedliche Definitionen der Konstrukte die Darstellung der Familienstruktur über alle Probanden hinweg beeinflusst haben könnte. Eine Befragung über die Bedeutung der beiden Konstrukte könnte eventuell dazu aufschlussreich sein. Eine weitere Anmerkung betrifft die Darstellung der Kohäsion mit dem FAST. Sie wird bezüglich zweier Familienmitglieder dargestellt, wobei nicht ersichtlich wird, wie viel jedes Familienmitglied zur Kohäsion in dieser Familienbeziehung beiträgt (Teodoro, 2005). Beispielsweise kann sich ein Kind seiner Mutter als sehr nahe empfinden, die Mutter ihm gegenüber aber sehr distanziert sein. Dies lässt sich mit dem FAST nicht darstellen, entweder sind Kind und Mutter gleich hoch oder niedrig kohäsiv aufzustellen. Weiter ist kritisch anzumerken, dass aufgrund der geometrischen Konzeption des FAST eine gleich hohe Kohäsion zwischen drei Familienmitgliedern nicht dargestellt werden kann. Gehring (1998) berichtet hierzu, dass damit das Problem der sozialen Erwünschtheit eingeschränkt wird, da nicht alle Familienmitglieder als sehr hoch kohäsiv dargestellt werden können. Eine Verfälschung der Darstellung ist dennoch möglich, wenn drei Familienbeziehungen tatsächlich gleich nahe sind. Aufgrund der im Abschnitt Hierarchie

erwähnten Schwierigkeiten bezüglich einer eindeutigen Operationalisierung des Konstrukts der Hierarchie wurden in Anlehnung an Teodoro (2005) die Instruktionen so standardisiert, dass die Hierarchie in unterschiedlichen Facetten erhoben wurde. Daher wurde allerdings von den Probanden verlangt, dass sie bei unterschiedlichen Hierarchien in den unterschiedlichen Bereichen einen Durchschnittswert bilden sollten. Auch dies kann zu Schwierigkeiten geführt haben. Bezüglich der Instruktion ist des Weiteren anzumerken, dass in Anlehnung an Gehring (1998) die einführende Bemerkung standardisiert auf die Momentaufnahme der Darstellung der Familienbeziehungen hinwies. Dies mag widersprüchlich zur Anleitung, ein typisches Bild der Familien darzustellen, aufgefasst werden. Allerdings zeigten sich solche mögliche Schwierigkeiten während der Testdurchführung nicht, weshalb eine Verzerrung aufgrund der genannten Formulierung als wenig wahrscheinlich gelten kann. Die Anmerkungen zeigen Grenzen eines Testverfahrens auf, das als Kompromiss zwischen einem Testverfahren, das sich an den Gütekriterien der klassischen Testtheorie orientiert, und einem praxisrelevanten, anwenderfreundlichen und ökonomischen Testverfahren gelten kann. Wie sehr oft in der psychologischen Diagnostik wird versucht, komplexe Zusammenhänge, in diesem Fall Familienbeziehungen, auf eine einfache Art und Weise zu erfassen. Dies hat beinahe notwendigerweise Einschränkungen zur Folge. Die vorliegende Arbeit weist auf Mängel beim Einsatz des FAST in der Forschung hin. Dabei sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass der FAST ein auch im klinischen Setting breit akzeptiertes Verfahren ist, das diagnostische und therapierelevante Informationen erheben kann. Zudem ist der FAST eines der wenigen Messinstrumente zur Erfassung von Familienbeziehungen, das überprüfte und angemessene psychometrische Eigenschaften besitzt.

### **5.3. Schlussfolgerung und Ausblick**

Die Analysen zur Familienstruktur von Familien von Kindern mit Trennungsangst, Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und Familien von gesunden Kindern zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede. Da mögliche Effekte jedoch aus oben genannten Gründen nicht ausgeschlossen werden können, müssen die Ergebnisse unter Vorbehalt interpretiert werden. Zukünftige Studien sollten mit verändertem Design in diese Richtung weiterforschen. Wichtige Punkte für die Replikation dieser Untersuchung sind eine umfassendere und ausgewogenere Stichprobe, eine noch standardisiertere Durchführung und der Einbezug einer störungsspezifischen Kontrollgruppe. Beispielsweise könnte der Vergleich mit Familien von Kindern mit externalisierenden Störungen Aufschluss darüber geben, ob mögliche Befunde für ein spezifisches Störungsbild gelten oder generell mit psychischen Erkrankungen in

Zusammenhang stehen. In der vorliegenden Studie wurde die Familienstruktur auf Gesamtfamilienebene untersucht. Interessante Forschungsfragen ergeben sich auch auf der Ebene der Subsysteme. Des Weiteren wäre es von Vorteil Richtwerte wie sie bereits für die kategoriale Auswertung vorliegen, in zukünftigen Forschungsarbeiten auch für die genauere arithmetische Auswertungsmethode zu ermitteln, um die Befunde unterschiedlicher Studien vergleichen zu können.

## **V. Gesamtdiskussion**

### **1. Zusammenfassung und Gesamtinterpretation der Ergebnisse der drei Teilstudien**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass sich Familien von Kindern mit Trennungsangst in bestimmten familiären Faktoren von Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und von Familien gesunder Kinder unterscheiden. Interessanterweise scheinen die Eltern für Kinder mit Trennungsangst eine besondere Rolle zu spielen, sie unterscheiden sich häufiger bezüglich der untersuchten Variablen von den beiden Kontrollgruppen als die Kinder. Die Eltern zeigen in einer Trennungssituation spezifisches Verhalten. Neben den Kindern scheinen auch die Mütter und Väter die Situation beängstigender zu erleben als die Mütter der beiden Kontrollgruppen und die Väter der klinischen Kontrollgruppe. Mütter von Kindern mit Trennungsangst schauen zudem häufiger und länger zu ihren Kindern. Die Mütter von Kindern mit Trennungsangst versuchen ihr Kind häufiger, die Väter länger auf die Trennung vorzubereiten. Diese spezifischen elterlichen Verhaltensweisen können die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und das Explorationsverhalten des Kindes beeinträchtigen und möglicherweise zur Aufrechterhaltung bzw. im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zur Ausprägung einer Trennungsangst beitragen. Die Ergebnisse der Teilstudie weisen des Weiteren auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer des Blickkontakts beider Eltern und der Dauer des Abschieds sowie der Dauer des emotionalen Coachings der Mutter und der Dauer des Abschieds. Zur State-Angst des Kindes und der Dauer des Blickkontakts und des emotionalen Coachings besteht ebenfalls ein Zusammenhang. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass der Blickkontakt der Mutter zum Kind Prädiktor für die Dauer des Abschieds und das emotionale Coaching des Vaters Prädiktor für die State-Angst des Kindes ist. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse können zukünftige Forschungsarbeiten noch genauer untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen ängstlichem bzw. vorbereitendem elterlichen Verhalten in Trennungssituationen und einer kindlichen Trennungsangst besteht und ängstliches Verhalten in Trennungssituationen über das Modelllernen weitergegeben wird.

Die Ergebnisse der Teilstudie zur Identifikation in Familien von Kindern mit Trennungsangst weisen daraufhin, dass diese Kinder in ihren Familien eine Sonderrolle einnehmen. Die Kinder selbst, aber auch die Eltern von Kindern mit Trennungsangst nehmen sich weniger ähnlich zu anderen Familienmitgliedern wahr als Familienmitglieder aus Familien gesunder Kinder. Auffallend ist, dass die Eltern von Kindern mit Trennungsangst sich dies auch nicht anders in ihrem Wunschbild wünschen. Sie möchten ihrem Kind nicht ähnlicher werden oder möchten nicht, dass ihr Kind ihnen ähnlicher wird. Bezüglich der Selbstkongruenz berichten Kinder mit Trennungsangst über weniger Zufriedenheit mit ihrem

Wunschbild als gesunde Kinder. Anders als für die Studie zur Eltern-Kind-Interaktion fanden sich in keiner Analyse der Teilstudie zur familiären Identifikation Hinweise auf ein störungsspezifisches Identifikationsmuster.

Die Analysen zur Familienstruktur von Familien von Kindern mit Trennungsangst, Familien von Kindern mit anderen Angststörungen und Familien von gesunden Kindern zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich verstrickter Familienbeziehungen. Da mögliche Effekte jedoch aus verschiedenen in der Teilstudie bereits diskutierten Gründen nicht ausgeschlossen werden können, müssen die Ergebnisse unter Vorbehalt interpretiert werden. Zukünftige Studien sollten mit verändertem Design in diese Richtung weiterforschen.

Die vorliegende Studie zeigt demnach, dass zwei der drei untersuchten familiären Faktoren mit der emotionalen Störung mit Trennungsangst assoziiert sind. Spezifische Muster der Eltern-Kind-Interaktion in einer Trennungssituation und spezifische familiäre Identifikationsmuster stehen in Zusammenhang mit diesem Störungsbild. Verstrickte Familienstrukturen sind jedoch kein Merkmal von Familien von Kindern mit Trennungsangst. Damit wurden für zwei Mechanismen aus dem dreiteiligen Modell zum Einfluss der Familie auf die Emotionsregulation und Anpassungsfähigkeit eines Kindes von Morris, Silk, Steinberg, Myers und Robinson (2007) Hinweise gefunden. Wie bereits ausführlich im übergeordneten Theorieteil im Abschnitt *familiäre, ätiologische Faktoren* dargestellt legt das Modell zum einen nahe, dass Eltern über das Modelllernen bzw. den Prozess der Sozialen Rückversicherung die Emotionsregulation ihres Kindes beeinflussen. Die Ergebnisse der Teilstudie zur Eltern-Kind-Interaktion weisen darauf hin, dass Familien von Kindern mit Trennungsangst in einer störungsspezifisch bedrohlichen Situation spezifisches Verhalten zeigen. Dadurch dass Mütter in beängstigenden Trennungssituationen häufiger und länger zu ihrem Kind schauen, sie und die Väter eine stärkere State-Angst aufweisen und versuchen ihr Kind häufiger bzw. länger auf die Trennung vorzubereiten, könnten Eltern von Kindern mit Trennungsangst ängstliche Modelle in Trennungssituationen sein. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass Kinder mit Trennungsangst nicht häufiger oder länger soziale Rückversicherung aufweisen. Die Befunde deuten jedoch darauf hin, dass Kinder mit Trennungsangst im Vergleich zu Kindern mit anderen Angststörungen oder gesunden Kindern in Trennungssituationen auf andere elterliche Modelle treffen. Aufgrund der Zusatzanalysen ist es zudem möglich, einen ersten Hinweis auf eine zeitliche Abfolge zu verdeutlichen. Sowohl der Blickkontakt der Mutter zum Kind als auch das emotionale Coaching des Vaters, die zur Vorhersage der Dauer des Abschieds bzw. der State-Angst des Kindes beitragen, erfolgten vor der Trennung bzw. vor der Erhebung der State-Angst. Darauf aufbauend können zukünftige Forschungsarbeiten genauer einen kausalen, zeitlichen Zusammenhang und damit

den Mechanismus des Modelllernens von ängstlichem Verhalten in Trennungssituationen untersuchen. Zum anderen postuliert das Modell der Arbeitsgruppe um Morris, dass die Familie über das Familienklima Einfluss auf die Emotionsregulation des Kindes nehmen kann. Aspekte dieses Mechanismus wurden mit der Teilstudie zur familiären Identifikation und der Teilstudie zur Familienstruktur untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass spezifische Muster der familiären Identifikation jedoch nicht der Familienstruktur in Familien von Kindern mit Trennungsangst zu finden sind. Kinder mit Trennungsangst und ihre Eltern nehmen wenig Ähnlichkeit zwischen dem Kind und sich wahr. Die Eltern geben dies auch in ihrem Wunschbild an. Dies kann einen Einfluss auf die Familienbeziehungen bzw. das Familienklima und somit dem Modell nach auf die Emotionsregulation und die Anpassungsfähigkeit des Kindes sowie auf die Entwicklung einer Angststörung haben.

Des Weiteren wurde im übergeordneten Theorieteil die Übersicht von Bögels und Brechman-Toussaint (2006) erwähnt, in der vier Gruppen von familiären Faktoren unterschieden werden, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beitragen. Dieser Einteilung zufolge konnte durch die Befunde der vorliegenden Studie einer der beiden untersuchten Aspekte der *familiären Funktionalität*, nämlich die familiäre Identifikation, als mit dem Störungsbild der Trennungsangst assoziiert bestätigt werden. Für den familiären Faktor, der in der Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion untersucht wurde und zur Gruppe *Erziehungsstil, Eltern-Kind-Interaktion sowie Modellverhalten* gezählt werden kann, konnte ebenfalls ein Zusammenhang mit der Trennungsangst nachgewiesen werden.

In Bezug auf die vorliegenden theoretischen Modelle zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Angststörungen sind die Befunde dieser Studie eine Bestätigung für Modelle, die elterliche Überinvolviertheit und/oder einen kontrollierender Erziehungsstil als zentralen Faktor für die Entstehung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Chorpita & Barlow, 1998; Krohne & Hock, 1991) betrachten. Die Befunde können möglicherweise zudem als Hinweis für ein spezifisches ätiologisches Modell der Störung mit Trennungsangst dienen. Wenn auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse andere Forschungsarbeiten nachweisen können, dass Eltern von Kindern mit Trennungsangst das spezifische Verhalten schon früh in Trennungssituationen zeigen, könnte dies folgenden Schluss zulassen. Diese frühen Erfahrungen von fehlender Kontrolle könnten dazu führen, dass Trennungssituationen häufig als unkontrollierbar interpretiert werden. Dies kann als Vulnerabilität eine negative Erwartungshaltung anstatt einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung von Kindern in Trennungssituationen fördern und somit weiteren Einfluss auf die Entwicklung einer Trennungsangst nehmen. Die Ergebnisse können

zudem im Rahmen des Modells von Hudson und Rapee (2004) interpretiert werden. Das spezifische elterliche Verhalten in Trennungssituationen kann als Reaktion auf ein ängstliches Temperament des Kindes und als beschützender und einmischender Erziehungsstil verstanden werden. Das elterliche emotionale Coaching und der häufige und lange Blickkontakt der Mutter können als Überinvolviertheit betrachtet werden und die Kontrollwahrnehmung eines Kindes in Trennungssituationen beeinflussen. Dadurch kann die Botschaft vermittelt werden, dass die Welt ein gefährlicher Ort ist, vor dem Kinder geschützt werden müssen. Das Zusammenspiel dieser beiden Variablen kann wiederum über Vermeidungsverhalten die Vulnerabilität eines Kindes, vor Trennungssituationen Angst zu haben, verstärken.

Die Ergebnisse dieser Studie können zudem als aufrechterhaltende Mechanismen interpretiert werden. Da auch die Eltern von Kindern mit Trennungsangst Trennungssituationen als beängstigend erleben und beide Elternteile ihr Kind speziell auf die Trennung vorbereiten, kann dies möglicherweise zur Vermeidung dieser Situationen führen und damit zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Auch die Befunde zur familiären Identifikation können zum Verständnis aufrechterhaltender Mechanismen herangezogen werden. Die Eltern nehmen wenig Ähnlichkeit zwischen sich und ihrem Kind wahr. Sie möchten dies im Unterschied zum Kind in ihrem Wunschbild auch nicht verändern. Somit verfestigt sich möglicherweise die geringe wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen Eltern und Kind und mögliche Veränderungen der Familienbeziehungen, die einen positiven Einfluss auf das Störungsverhalten hätten, werden verhindert. Unter Berücksichtigung der unten angeführten Einschränkungen weisen die Befunde demnach auf eine interaktionelle Komponente der Trennungsangst und auf die besondere Rolle von Mutter und Vater hin. Da bislang die meisten der vorliegenden Arbeiten zur Ätiologie von Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen weder zwischen den einzelnen Störungsbildern differenzieren noch den Vater in die Untersuchung mit einbeziehen, erweitern die Befunde der drei Teilstudien das Verständnis der emotionalen Störung mit Trennungsangst. Sie sollten bei der Entwicklung einer störungsspezifischen psychologischen Behandlung der Störung mit Trennungsangst Berücksichtigung finden.

## **2. Kritische Anmerkungen und Ausblick**

Verschiedene theoretische und methodische Schwierigkeiten treten bei Untersuchungen zum Einfluss der Familie auf die Psychopathologie von Kindern zu Tage. Die für die vorliegende Arbeit relevanten sollen im Folgenden diskutiert werden. Familien an sich sind komplexe, nicht statische Systeme. Sie verändern ihre Struktur und ihr Funktionieren (*functioning*) parallel zur Entwicklung ihrer Mitglieder. Um der Komplexität von Familien Rechnung zu

tragen, wurden in die vorliegende Studie drei Familienmitglieder eingebunden. Dies ist positiv hervorzuheben, da sich in vielen anderen Arbeiten zu familiären Faktoren die Untersuchung auf Kind und Mutter beschränkt (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006) und viele Informanten zur Problematik eines Kindes erstrebenswert sind (Kraemer et al., 2003). Um ein noch umfassenderes Bild familiärer Merkmale zu erheben, sollte in zukünftigen Arbeiten auch die Perspektive von Geschwisterkindern einfließen. Ebenfalls positiv anzumerken ist, dass die vorliegende Studie keine retrospektive Analyse enthält. Retrospektive Analysen ätiologischer Bedingungen sind begrenzt, da zurückliegende Informationen aus der Erinnerung wiedergegeben werden und daher mit Unsicherheit behaftet sind. In der vorliegenden Studie wurden jedoch die verschiedenen Variablen zeitnah erhoben. Ein weiterer positiver Punkt bezieht sich auf den Einsatz von mehreren durchführenden Diagnostikerinnen. Sie bekamen für alle drei Teilstudien eine sehr sorgfältige und ausführliche Anleitung, um mögliche Unterschiede in der Durchführung und somit Versuchsleitereffekte zu kontrollieren.

Als ein Kritikpunkt könnte angeführt werden, dass mit der Verhaltensbeobachtung und mit dem Familiensystemtest möglicherweise nicht das natürliche Verhalten der Familien erhoben wurde. Aufgrund der indirekten Erhebung der Familienbeziehungen mag diese mögliche Kritik weniger auf den Familienidentifikationstest zutreffen. Im Forschungsprojekt, in das die vorliegende Arbeit eingebettet war, wurde während des Telefonscreenings daraufhin gewiesen, dass erst die Ergebnisse der umfassenden Diagnostik Aufschluss darüber geben können, ob eine kostenfreie Behandlung im Rahmen des Forschungsprojekts oder eine kostenpflichtige Behandlung in der Hochschulambulanz indiziert ist. Dies kann möglicherweise die Angaben von Familien in zwei denkbare Richtungen beeinflusst haben. Kendall und Chansky (1991) fanden beispielsweise Hinweise darauf, dass die Überzeugung, Diagnostikergebnisse tragen zur Entscheidung über eine mögliche Behandlung bei, Familien dazu veranlasste, stärkere Belastungen und Leiden anzugeben. Zum anderen führte Siqueland (1996) an, dass Eltern und Kinder mit Angsterkrankungen in einem klinischen Setting tendenziell versuchen, sich gut darzustellen. Gar, Hudson und Rapee (2005) weisen in ihrer Arbeit auch darauf hin, dass sich die Aussagen, die in einer unbekanntem, klinischen bzw. in einer gewohnten Umgebung gemacht werden, unterscheiden. Dies muss bei der Interpretation der vorliegenden Befunde berücksichtigt werden.

Zudem ist kritisch auf die kleinen Stichprobengrößen der Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion sowie auf das unausgewogene Design der drei Teilstudien hinzuweisen. Die Trennungsangstgruppe ist für eine klinische Teilstichprobe relativ groß, wohingegen sowohl die Klinische als auch die Gesunde Kontrollgruppe vergleichsweise klein sind. Der Einbezug

mehrerer Kontrollgruppen ist positiv hervorzuheben, da das Fehlen von Kontrollgruppen in der Literatur oft bemängelt wird (Gar, Hudson & Rapee, 2005). Die separate Untersuchung von Familien von Kindern mit Trennungsangst und Familien von Kindern mit anderen Angststörungen steht im Zeichen der Bemühungen der letzten Jahre, einzelne Störungsbilder spezifisch zu untersuchen. Ein weiterführender Vergleich wäre wünschenswert. Beispielsweise sollten in zukünftigen Forschungsarbeiten die Befunde von Kindern mit Trennungsangst mit einer homogenen anderen Angststörungsgruppe oder mit entfernteren Störungsbildern wie beispielsweise den externalisierenden Störungen verglichen werden. Somit können Fragen geklärt werden, ob mögliche Befunde für Kinder mit jeglicher Psychopathologie gelten oder spezifisch für ein Störungsbild sind.

Neben Familien sind auch Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beitragen können, aufgrund der beiden Prinzipien Äquifinalität und Multifinalität komplex (Gar, Hudson & Rapee, 2005). Unterschiedliche Wege können zur gleichen Störung führen und ein bestimmter Risikofaktor zur Ausbildung verschiedener Störungsbilder beitragen. Dies bedeutet für Studien zu Angststörungen in der Kindheit, dass sie nicht nur untersuchen müssen, wie pathogene Faktoren wie beispielsweise ein frühes Trauma zur Entwicklung einer Erkrankung beitragen können, sondern auch warum diese Faktoren auch bei vielen Kindern vorhanden sind, die keine Angststörung entwickeln und warum ein Kind auch ohne diese Merkmale an einer Angststörung erkranken kann (Vasey & Lonigan, 2000). Außerdem muss die Richtung verschiedener Risikofaktoren geklärt werden (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). Die Begriffe Risiko, Risikofaktor und Richtung werden in der Literatur oft unpräzise und oder uneinheitlich benutzt (Kraemer et al., 2003). Für eine störungsspezifische Betrachtung wie sie in dieser Arbeit vorgenommen wird, können grundsätzlich zwei Konzepte hinzugezogen werden, die als konkurrierend betrachtet werden können: Der Erklärungsansatz der spezifischen Mechanismen (vgl. Rutter, 1994) und das Modell der spezifischen Vulnerabilitäten (vgl. Ingram & Price, 2001). Der Erklärungsansatz der spezifischen Mechanismen postuliert, dass das Störungsbild, das durch einen Risikofaktor ausgelöst wird, durch spezifische Adaptations- und Lernmechanismen beeinflusst wird, die auf dem familiären Hintergrund möglich sind. Daher werden die Störungsmechanismen der Umgebung eines Kindes erfasst, um die Art der Störung vorherzusagen. Aufgrund theoretischer Überlegungen aus der Verhaltenspsychologie lassen sich verschiedene Typen solcher Störungsmechanismen formulieren. Als Beispiel seien hier familiäre Bedingungen erwähnt, die den Aufbau adäquaten Verhaltens aufgrund des Mangels an Verstärkern verhindern.<sup>1</sup> Für Angsterkrankungen kann das fehlende Förderung von

---

<sup>1</sup> Für eine ausführliche Diskussion wird auf Perrez (2005) verwiesen.

mutigem Verhalten bedeuten. Das Modell der spezifischen Vulnerabilitäten oder das Diathese-Stress-Modell (Ingram & Price, 2001) zieht zur Vorhersage spezifischer Störungsbilder spezifische Vulnerabilitäten heran. Die beiden Autoren definieren eine spezifische Vulnerabilität als latente und vergleichsweise stabile Eigenschaft einer Person, die zu einer erhöhten Anfälligkeit für eine spezifische Störung führt. Die Wahrscheinlichkeit, an einer spezifischen Störung zu erkranken, wird erhöht, wenn ein Kind unspezifischen Stressoren ausgesetzt ist. In diesem Konzept werden Risikofaktoren demnach nicht als Mechanismen verstanden, sondern stellen Faktoren dar, die empirisch mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer Störung einhergehen. Sie sind deskriptiv und besitzen keinen Erklärungswert. Die Familie kann im Vulnerabilitätskonzept auf zwei Wegen zur Entwicklung einer Störung beitragen. Zum einen kann sie den Aufbau einer erworbenen Vulnerabilität begünstigen, zum anderen kann sie als unspezifischer Stressor die angeborene oder erworbene Vulnerabilität aktivieren und die Störung auslösen. Als Beispiel für diesen Ansatz kann das ängstliche Temperament des Kindes als angeborene Vulnerabilität betrachtet werden, die bei einer starken Exposition auf einen kontrollierenden Erziehungsstil zur Entwicklung einer Angsterkrankung führen kann.

Die vorliegende Studie kann im Sinne der Identifikation kausaler Faktoren bzw. spezifischer Mechanismen wie es das Modell der spezifischen Mechanismen impliziert keine hinreichenden Aussagen zur Entstehung der Trennungsangst machen. Hierzu wäre ein experimentelles oder prospektives Längsschnittdesign erforderlich. Die Studie kann aber einen Beitrag zur Ätiologie der Entstehung der Trennungsangst im Sinne des Modells der spezifischen Vulnerabilitäten leisten. Ähnliche Überlegungen finden sich in einer Arbeit von Helena Kraemer (1997), in der die notwendigen Schritte zur Identifizierung kausaler Risikofaktoren beschrieben werden. Aufgrund der nur spärlich vorliegenden Forschungsbefunde zu familiären, ätiologischen Faktoren der Trennungsangst, ging es in der vorliegenden Studie zunächst darum zu prüfen, welche familiären Merkmale mit dem Störungsbild der Trennungsangst assoziiert sind. Hierzu liegt bislang kein gesichertes Wissen vor. Nach dem Modell von Kraemer ist eine solche Assoziation aber Voraussetzung für die begründete Überprüfung, ob diese Merkmale dem Störungsbild vorausgehen und das Risiko für das Auftreten der Störung sogar erhöhen. Im letzten Schritt müsste schließlich geprüft werden, ob die risikoerhöhenden Merkmale veränderbar sind und ihre Reduktion zu einer Erniedrigung der Inzidenzrate führen. Hierfür hat die vorliegende Studie einen wichtigen und neuen Beitrag zur Ätiologie der Trennungsangst geleistet.

**Literaturverzeichnis**

- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles in the conduct of research with human participants*. Washington DC: American Psychological Association.
- Amerikaner, M., Monks, G., Wolfe, P. & Thomas, S. (1994). Family interaction and individual psychological health. *Journal of Counseling and Development*, 72, 614-620.
- Ballash, N., Leyfer, O., Buckley, A. F. & Woodruff-Borden, J. (2006). Parental control in the etiology of anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(2), 113-133.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Barber, B. K. & Buehler, C. (1996). Family cohesion and enmeshment: Different constructs, different effects. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 433-441.
- Barber, B. K., Olsen, J. E. & Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65, 1120-1136.
- Barrios, B. A. & Hartmann, D.P. (1997). Fears and anxieties. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.) *Behavioral assessment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 230-327). New York: Guilford.
- Beavers, W. R. (1985). *Successful marriage. A family systems approach to couples therapy*. New York: Norton.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.E. (1991). *Der Giessen-Test (GT)*. Bern: Huber.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.
- Benninghoven, D., Cierpka, M. & Thomas, V. (2003). Überblick über familiendiagnostische Fragebogeninventare. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (2., aktualisierte und ergänzte Auflage) (S. 487-511). Berlin: Springer.
- Bodenmann, G. (2004). Neuere Entwicklungen und die Zukunft des dyadischen Copings. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.). *Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen: Hogrefe.

- Bodenmann-Kehl, C. (1997). An integrative model of family competence. *European Review of Applied Psychology*, 47(2), 143-147.
- Bögels, S.M., Bamelis, L. & van der Bruggen, C. (2008). Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference. *Cognition and Emotion*, 22 (3), 522-538.
- Bögels, S. M. & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856.
- Bögels, S.M., van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1583-1596.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1991). Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren / A questionnaire for assessing five robust personality factors. *Diagnostica*, 37(1), 29-41.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Bowen, R. C., Offord, D. R. & Boyle, M. H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario child health study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 753-758.
- Brückl, T. M., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 47-56.
- Bühler, C. (1928). *Kindheit und Jugend*. Leipzig: Hirzel.
- Bussell, D. A. (1994). Ethical issues in observational family research. *Family Process*, 3, 361-376.
- Cartwright-Hatton, S. (2006). Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities [Editorial]. *Clinical Psychology Review*, 26, 813-816.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833.
- Chorpita, B. F. (2001). Control and the development of negative emotion. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 112-142). New York: Oxford University Press.

- Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Cluff, R. B., Hicks, M. W. & Madsen, C. H. (1994). Beyond the Circumplex Model: I. A moratorium on curvilinearity. *Family Process*, 33, 455-470.
- Compton, S. N., Nelson, A. H. & March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1040-1046.
- Cooper, C. R., Grotevant, H. D. & Condon, S. M. (1983). Individuality and connectedness in the family as a context for adolescent identity formation and role-taking skill. In H. D. Grotevant & C. R. Cooper (Eds.), *Adolescent development in the family* (pp. 43-59). San Francisco: Jossey-Bass.
- Costello, E.J., Egger, H. & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder: Westview Press.
- De Rosnay, M., Cooper, P. J., Tsigaras, N. & Murray, L. (2005). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1165-1175.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2002). *Statistik mit SPSS – Version 10 und 11*. Eschborn: Klotz.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (3., korrigierte Auflage). Bern: Hans Huber.
- Dishion, T. J. & Granic, I. (2004). Naturalistic observation of relationship processes. In S. N. Haynes, E. M. Heilby & M. Hersen (Eds.) *Behavioral Assessment*. Hoboken: Wiley & sons.
- Dubi, K., Rapee, R.M., Emerton, J.K. & Schniering, C.A. (in press). Maternal modeling and the acquisition of fear and avoidance in toddlers: Influence of stimulus preparedness and child temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

- Eley, T. C., Rijdsdijk, F. V., Perrin, S., O'Connor, T. G. & Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analyses of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetic research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (2), 263-279.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Reiss (2004). In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 79-102). Berlin: Springer.
- Faber, A. J. (2002). The role of hierarchy in parental nurturance. *American Journal of Family Therapy*, 30, 73-84.
- Farrell, M. P. & Barnes, G. M. (1993). Family systems and social support: A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 119-132.
- Fassnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung. Eine Einführung in die Methodologie und Praxis*. München: Reinhardt.
- Federer, M., Margraf, J. & Schneider, S. (2000). Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28, 205-214.
- Feinman, S. & Lewis, M. (1983). Social referencing at ten months: a second-order effect on infants' responses to strangers. *Child Development*, 54, 878-887.
- Feiring, C., Lewis, M. & Starr, M.D. (1984). Indirect effects and infants' reaction to strangers. *Developmental Psychology*, 20, 485-491.
- Feldman, S. S. & Gehringer, T. M. (1988). Changing perceptions of family cohesion and power across adolescence. *Child Development*, 59, 1034-1045.
- Feldman, S. S. & Weinberger, D. A. (1994). Self-restraint as a mediator of family influences on boys' delinquent behavior: A longitudinal study. *Child Development*, 65, 195-211.
- Field, A.P., Cartwright-Hatton, S., Reynolds, S. & Creswell, C. (2008). Future directions for child anxiety theory and treatment. *Cognition and Emotion*, 22 (3), 385-394.

- Flakierska-Praquin, N., Lindström, M. & Gillberg, C. (1997). School phobia with separation anxiety disorder: A comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 17-22.
- Freud, S. (1962). *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Frick, P.J., Silverthorn, P. & Evans C. (1994). Assessment of childhood anxiety using structured interviews: Patterns of agreement among informants and association with maternal anxiety. *Psychological Assessment*, 6, 372-379.
- Gar, N.S., Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders. In J.L. Hudson & R.M. Rapee (Eds), *Psychopathology and the family* (pp.125-145). New York: Elsevier.
- Garber, J., Van Slyke, D.A. & Walker, L.S. (1998). Concordance between mothers' and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 381-391.
- Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: Do observational findings reflect the natural behavior of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 185-198.
- Gehring, T. M. (1998). *Familiensystemtest – Manual* (2., erweiterte Auflage). Göttingen: Beltz Test.
- Gehring, T. M. & Feldman, S. S. (1988). Adolescents' perceptions of family cohesion and power: A methodological study of the Family System Test. *Journal of Adolescent Research*, 3(1), 33-52.
- Gehring, T. M. & Marti, D. (1993). The Family System Test: Differences in perception of family structures between nonclinical and clinical children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(3), 363-377.
- Gehring, T. M. & Marti, D. (2001). Concept and psychometric properties of the FAST. In T. M. Gehring, M. Debry & P. K. Smith (Eds.), *The Family System Test (FAST): Theory and application* (pp. 3-27). New York: Brunner-Routledge.
- Gerull, F. & Rapee, R. (2002). Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 279-287.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C. & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28-43.

- Green, R.-J. & Werner, P. D. (1996). Intrusiveness and closeness-caregiving: Rethinking the concept of family „enmeshment“. *Family Process*, 35, 115-136.
- Greco, L.L.A. & Morris, T.T.L. (2002). Parental child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and real father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 259-267.
- Grüner, K., Muris, P. & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 27-35.
- Gunnar, M.R. & Stone, C. (1984). The effects of positive maternal affect on infant responses to pleasant, ambiguous and fear-provoking toy. *Child Development*, 55, 1231-1236.
- Hartmann, D. P., Barrios, B. A. & Wood, D. D. (2004). Principles of behavioral observation. In S. N. Haynes, E. M. Heilby & M. Hersen (Eds.), *Behavioral Assessment*. Hoboken: Wiley & sons.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch* (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Horvath Dallaire, D. & Weinraub, M. (2005). Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment and Human Development*, 7(4), 393-408.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorders: An etiological model. In: R.G. Heimberg, C.L. Turk & D.S. Mennin (Eds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp.51-76). New York: The Guilford Press.
- Ingram, R.E. & Price, J. M. (Eds.). (2001). *Vulnerability to Psychopathology. Risk across the Lifespan*. New York: The Guilford Press.
- Jacob, T., Tennenbaum, D., Seilhamer, R.A. and Bargiel, K. (1994). Reactivity effects during naturalistic observation of distressed and non-distressed families. *Journal of Family Psychology*, 8, 354-363.
- Kagan, J. (1958). The concept of identification. *Psychological Review*, 65(5), 296-305.
- Käppler, C. (2002). Die Person im familiären und soziokulturellen Kontext - eine Vergleichsuntersuchung zu Identifikationsbeziehungen von Kindern und Jugendlichen in Brasilien und Deutschland. In M. Myrtek (Hrsg.), *Die Person im biologischen und sozialen Kontext*. (S. 229-247). Göttingen: Hogrefe.

- Käppler, C. (2005). Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. *Kindheit und Entwicklung, 14*(1), 21-29.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schartz, C. E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(4), 595-599.
- Kendall, P. C. & Chansky, T.E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorder, 5*, 167-185.
- Kendall, P. C. & Flannery-Schroeder, E. C. (1998). Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Psychology, 26*, 27-38.
- Keppel, G. & Wickens, T. D. (2004). *Design and Analysis: A Researcher's Handbook* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- Kraemer, H.C, Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T. & Kupfer, D.J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1566-1577.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research, 42*, 109-124.
- Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*(12), 726-730.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1997). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 133-144.
- Lonigan, C. J. & Philips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Manassis, K., Hudson, J.L., Webb, A. & Albano, A. (2004). Beyond behavioral inhibition: Etiological factors in childhood anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 3-12.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2002). *Beck Angstinventar. Deutsche Version (BAI) – Testhandbuch*. Göttingen: Hogrefe.

- Marti, D. & Gehring, T. M. (1992). Is there a relationship between children's mental disorders and their ideal family constructs? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3), 490-494.
- Mattejat, F. (1993). *Subjektive Familienstrukturen. Untersuchungen zur Wahrnehmung der Familienbeziehungen und zu ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheit von Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Scholz, M. (1994). *Das subjektive Familienbild (SFB). Leipzig-Marburger Familientest. Testmappe*. Göttingen: Hogrefe.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- McLeod, B.D., Wood, J.J. & Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- Minuchin, S. (1990). *Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie* (8., verbesserte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Moore, P. S., Whaley, S. E. & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1974). *Family Environment Scale (FES)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Moses, L., Baldwin, D., Rosicky, J. & Tidball, G. (2001). Evidence for referential understanding in the emotions domain at twelve and eighteen months. *Child Development*, 72, 718-735.
- Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. New York: Elsevier.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199-1206.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 265-268.

- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Sack, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M. & et al. (in Druck). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy.
- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. & Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Development, 67*, 508-522.
- Olson, D. H. (1994). Curvilinearity survives: The world is not flat [Commentary]. *Family Process, 33*, 471-478.
- Olson, D. H., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). FACES III. In D. H. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen & D. H. Wilson (Eds.), *Family inventories* (pp. 7-42). St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H. & Russel, C. S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process, 18*(1), 3-28.
- Oswald, S. H. (2002). *Eine Untersuchung von Beziehungsstrukturen brasilianischer Familien mit dem Familiensystemtest (FAST)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Freiburg im Breisgau, Deutschland.
- Palmonari, A., Kirchler, E. & Pombeni, M. L. (1990). Differential effects with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence. *European Journal of Social Psychology, 21*(5), 381-402.
- Perrez, M. (2005). Stressoren in der Familie und Familie als Stressor im Vorfeld der Entwicklungen von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In P.F. Schlottke, R.K. Silbereisen, G.W. Lauth & S. Schneider (Hrsg.), *Klinische Psychologie, Band 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter (Enzyklopädie der Psychologie)*. Göttingen: Hogrefe.
- Piaget, J. (1972). *Theorien und Methoden der modernen Erziehung*. Wien: Molden.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York: Oxford University Press.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern – mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT)*. Göttingen: Hogrefe.

- Remschmidt, H., Strunk, P., Methner, C. & Tegeler, E. (1973). Kinder endogen-depressiver Eltern. Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 41(6), 326-340.
- Roelofs, J., Meesters, C., ter Huurne, M., Bamelis, L. & Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 331-344.
- Rubin, K.H., Hastings, P.D., Stewart, S.L., Henderson, H.A.M. & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children all of the time. *Child Development*, 68, 467-483.
- Rubin, K.H. & Mills, R.S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 23, 300-317.
- Rutter, M. (1994). Family discord and conduct disorder: Cause, consequence, or correlate? *Journal of Family Psychology*, 8, 170-186.
- Saile, H., Röding, A. & Friedrich-Löffler, A. (1999). Familienprozesse bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 19-26.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. (2004a). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 3-16). Berlin: Springer.
- Schneider, S. (2004b). Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 55-77). Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Hensdiek, M. (2003). Panikanfälle und Angstsensitivität im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32(3), 219-227.
- Schneider, S. & In-Albon, T. (2004). Störung mit Trennungsangst. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 105-131). Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Nündel, B. (2002). Familial transmission of panic disorder: the role of separation anxiety disorder and cognitive factors. *European Neuropsychopharmacology*, 3, 149-150.

- Schneider, S. Unnewehr, S. & Margraf, J. (in Druck). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Shear, K., Jin, R., Meron Ruscio, A., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1074-1083.
- Siqueland, L., Kendall, P. C. & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*(2), 225-237.
- Skinner, H. A., Steinhauer, P. D. & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community and Mental Health*, *2*(2), 91-105.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J. & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effects on the visual cliff behaviour of 1-year-olds. *Developmental Psychology*, *21*, 195-200.
- Stevens, J. (1986). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (1989). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Testmappe und Handanweisung*. Göttingen. Hogrefe.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Teodoro, M. L. M. (2005). *Kognitive Repräsentationen familiärer Beziehungen. Methodenkritische Untersuchungen zu Kohäsion und Hierarchie innerhalb des familiären Systems*. Hamburg: Kovac.
- Trautner, H. M. (1991). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Vaish, A. & Striano, T. (2004). Is visual reference necessary? Contributions of facial versus vocal cues in 12-month-olds' social referencing behaviour. *Developmental Science*, *7*, 261-269.
- Van Brakel, A. M. L., Muris, P., Bögels, S. M. & Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in non-clinical adolescents: Main and interactive effects of behavioral inhibition, attachment and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies*, *15*, 569-579.
- Vasey, M. W. & Lonigan, C. J. (2000). Considering the clinical utility of performance-based measures of childhood anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(4), 493-508.

- Wentzel, K. R. & Feldman, S. S. (1996). Relations of cohesion and power in family dyads to social and emotional adjustment during early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 6(2), 225-244.
- Whaley, S., Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826-836.
- Witting, H. & Nölle, G. (1970). *Angewandte mathematische Statistik*. Stuttgart: Teubner.
- Wood, B. (1985). Proximity and hierarchy: Orthogonal dimensions of family interconnectedness. *Family Process*, 24, 487-507.
- Wood, B. & Talmon, M. (1983). Family boundaries in transition: A search for alternatives. *Family Process*, 22, 347-357.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 73-87.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C. & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151.

## **Anhangverzeichnis**

### **Anhang Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion**

- Ablauf des Erstgesprächs
- Anleitung für die Videoaufnahme des Erstgesprächs
- Anleitung zur Videoauswertung mit der Software Interact

### **Anhang Teilstudie Familiäre Identifikation**

- Testinstruktion des Familien-Identifikations-Tests für Kinder
- Familien-Identifikations-Test – Protokollbogen
- Erklärung der Adjektive bei Verständnisschwierigkeiten

### **Anhang Teilstudie Familienstruktur**

- Testinstruktion des Familiensystemtests für Kinder
- Familiensystemtest - Protokollbogen

### **Anhang Daten**

- CD-ROM der statistischen Analysen mit SPSS

## **Anhang Teilstudie Eltern-Kind-Interaktion**

- Anleitung für das Erstgespräch
- Anleitung für die Videoaufnahme des Erstgesprächs
- Anleitung zur Videoauswertung mit der Software Interact

## **Anleitung für das Erstgespräch (mit Eltern und Kind)**

- ⇒ Videokamera
- ⇒ großer Therapieraum
- ⇒ Anleitung zur Vorbereitung der Videoaufnahme

### **I. Sitzungsablauf**

1. Kurze Einführung mit Eltern und Kind
  - a) Begrüßung
  - b) Praemessung Trennungssituation
2. Trennungssituation
  - a) Zwischenmessung Trennungssituation
  - b) TAFF-Tagebuch Kind
3. Besprechung mit Eltern und Kind
  - a) Postmessung Trennungssituation
  - b) Debriefing & Validierung Trennungssituation
  - c) *Beziehungsaufbau*

### **II. Therapeutisches Vorgehen**

#### **1. Kurze Einführung mit Eltern und Kind**

##### **a) Begrüßung**

Die Therapeutin begrüßt die Familie, stellt sich kurz vor und informiert über den Ablauf des ersten Termins (Aufgabe mit Eltern und Kind, Aufgabe mit Kind alleine, gemeinsamer Teil mit Eltern und Kind mit ausreichend Zeit, um Anliegen zu schildern). Die Familie sollte für ihr Erscheinen unbedingt gelobt werden („*Schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben und heute alle zu diesem Termin gekommen sind. Das war sicher nicht einfach zu arrangieren.*“).

##### **b) Praemessung Trennungssituation**

- ⇒ Praemessung M, V, K Trennungssituation

Zunächst wird eine Praemessung bzgl. Angst und einigen körperlichen Symptomen durchgeführt.

*„Mich interessiert nun, wie Du Dich im Moment fühlst, wie Sie sich im Moment fühlen. Dazu verwenden wir diese kurzen Fragebogen. Schau Dir mal diese Männchen an: Bist Du gerade überhaupt nicht ängstlich, dann mache über die 0 ein Kreuz. Wenn Du gerade extrem ängstlich bist, machst Du über der 10 ein Kreuz. Je größer die Zahl, desto mehr Angst hast Du gerade. Wo machst Du Dein Kreuz hin? Gut. Nun möchte ich wissen, wie aufgereggt Du bist: Gar nicht, ein bisschen, stark oder extrem aufgereggt? Wo machst Du Dein Kreuz hin? Das hast Du sehr gut gemacht...“*

## 2. Trennungssituation

- ⇒ Zwischenmessung M, V Trennungssituation
- ⇒ Zusatzdiagnostik M, V

Die Eltern werden gebeten, mit der Therapeutin den Raum zu verlassen, während das Kind alleine die Zusatzdiagnostik (*bei jüngeren Kindern einen zusätzlichen Angststatefragebogen*) bearbeitet.

*Wortwörtliche Instruktion:*

*„Nun möchte ich Dich um etwas bitten, wovon ich weiß, dass viele Kinder Angst davor haben. Ich weiß nicht, XX, wie das bei Dir ist. Du sollst hier alleine bleiben, während ich mit Deinen Eltern zur Bearbeitung einer Aufgabe in ein anderes Gebäude gehe. Bitte fülle erneut dieses Blatt (Zwischenmessung Trennung) aus und beschreibe, wie es Dir geht, wenn Du alleine bist.*

*(nur für 8-13jährige: Du kannst außerdem anfangen, dieses Fragebogenheft (Zusatzdiagnostik) auszufüllen. Schau, wie weit Du kommst.)“ Die Therapeutin erhebt sich und wendet sich der Tür zu.*

Die Therapeutin verlässt mit den Eltern den Raum und geht mit ihnen in den Wartebereich des anderen Stockwerks (vor 109 oder vor 204). Sie gibt ihnen die Zusatzdiagnostik und die Zwischenmessung Trennung. Sie erläutert, dass sie nun eine Aufgabe mit dem Kind alleine bearbeiten wird und anschließend die Eltern wieder ins Therapiezimmer bitten wird. Dann kehrt sie in den Therapieraum zurück.

Anmerkungen für die Therapeutin

- Falls sich das Kind an die Eltern anklammert bzw. die Eltern anderweitig am Verlassen des Raumes zu hindern versucht, greift die Therapeutin nicht ins Geschehen ein.
- Suchen die Eltern explizit nach Unterstützung der Therapeutin, gibt diese folgende standardisierte Instruktionen: *„Es ist wichtig, dass Sie selbst versuchen, Ihr Kind dazu zu bringen, alleine zu bleiben. Versuchen Sie es, noch einmal.“*
- Die Therapeutin schaut nach der Instruktion auf die Uhr. Falls sich das Kind nach 5 Minuten immer noch gegen die Trennung wehrt, unterbricht die Therapeutin: *„Okay, dann werden wir die Aufgabe im Beisein Deiner Eltern bearbeiten.“*
- Bei Nachfragen bzgl. des Raums, in den die Therapeutin mit den Eltern geht, gibt sie folgende standardisierte Antwort: *„in das andere Gebäude.“*
- Bei Nachfragen wie lange die Eltern und die Therapeutin wegbleiben werden, gibt die Therapeutin standardisiert die Antwort: *„nicht lange“.*
- Machen die Eltern keine Anstalten den Raum zu verlassen, fordert die Therapeutin sie explizit in neutralem, sachlichen Ton dazu auf: *„Bitte nehmen Sie die Stifte mit und folgen Sie mir.“*

- Die Therapeutin erhebt sich nach der Instruktion, bleibt aber in der Tür stehen, wenn sie bemerkt, dass eine Eltern-Kind-Interaktion stattfinden wird, damit die Familie im Raum bleibt und die Interaktion tatsächlich auf Video aufgenommen wird.

#### **a. Zwischenmessung Trennung**

Das Kind sollte zunächst unbedingt dafür gelobt werden, dass es allein im Raum geblieben ist. Es sollte ihm genügend Zeit und Raum gegeben werden, sich mit der Therapeutin, den Räumlichkeiten und dem therapeutischen Setting vertraut zu machen. Da gerade trennungsängstliche Kinder auf die Trennung von ihren Eltern sensibel und symptomatisch reagieren, ist es wichtig, nicht zu hastig mit dem Programm zu beginnen. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg der Therapie, weshalb ausreichend Zeit für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung verwendet werden sollte.

Dann wird die Zwischenmessung zur Eltern-Kind-Interaktion durchgeführt.

⇒ Zwischenmessung Trennung

#### **b. Einführung „TAFF-Tagebuch“ Kind**

⇒ TAFF-Tagebuch (Kind)

Nach der Einführung in das TAFF-Tagebuch dankt die Therapeutin dem Kind für seine Mitarbeit und holt die Eltern zurück in den Therapieraum.

### **3. Besprechung mit Eltern und Kind**

#### **a. Postmessung State-Angst**

⇒ Postmessung M, V, K Trennungssituation

Zunächst wird die Postmessung bzgl. der State-Angst nach der Trennungssituation durchgeführt.

*„Nun interessiert mich wieder, wie Du Dich im Moment fühlst, wie Sie sich im Moment fühlen. Dazu verwenden wir wieder den Fragebogen. Schau Dir mal diese Männchen an: Bist Du gerade überhaupt nicht ängstlich, dann mache über die 0 ein Kreuz. Wenn Du gerade extrem ängstlich bist, machst Du über der 10 ein Kreuz. Je größer die Zahl, desto mehr Angst hast Du gerade. Wo machst Du Dein Kreuz hin? Gut. Nun möchte ich wissen, wie aufgeregt Du bist: Gar nicht, ein bisschen, stark oder extrem aufgeregt? Wo machst Du Dein Kreuz hin? Das hast Du sehr gut gemacht...“*

## **b. Debriefing und Validierung Trennungssituation**

⇒ Validierung Trennungssituation E, K

Die Therapeutin erläutert, dass es ihr wichtig war, die Familie während einer konkreten Trennungssituation zu erleben und sie deshalb die Eltern gebeten hat, mit ihr zu kommen. Sie wendet sich explizit an das Kind und bemerkt, dass die erlebte Situation für das Kind sicher nicht einfach war. Sie erklärt ihm, dass sie dank der Beobachtung die Therapie genau auf das Kind abstimmen kann.

*„Sie haben soeben eine Trennungssituation erlebt. Es war mir wichtig, eine echte Situation mitzuerleben, in der Sie XXX alleine lassen. (Blick zum Kind) Es war sicher nicht einfach für Dich. Ich bin froh, dass Du es trotzdem versucht hast. Wenn ich weiß, wie Du und Deine Eltern, wie Ihr Euch in einer Angstsituation verhaltet, kann ich schauen, wie ich Dir am besten helfen kann.“*

Sie erkundigt sich zudem, ob die heute im Erstgespräch erlebte Trennungssituation ähnlich war wie die Trennungssituationen, die das Kind im Alltag erlebt.

*„Mich interessiert nun, ob die Trennungssituationen, die Ihr Kind zu Hause im Alltag erlebt, ähnlich sind? Was unterscheidet sie von der Situation, die Sie gerade erlebt haben? Was war ähnlich?...“  
Nun interessiert mich deine Meinung. Was denkst du, war diese Trennungssituation eine typische Situation wie du sie zu Hause erlebst, wenn deine Eltern dich allein lassen? Was war anders?“*

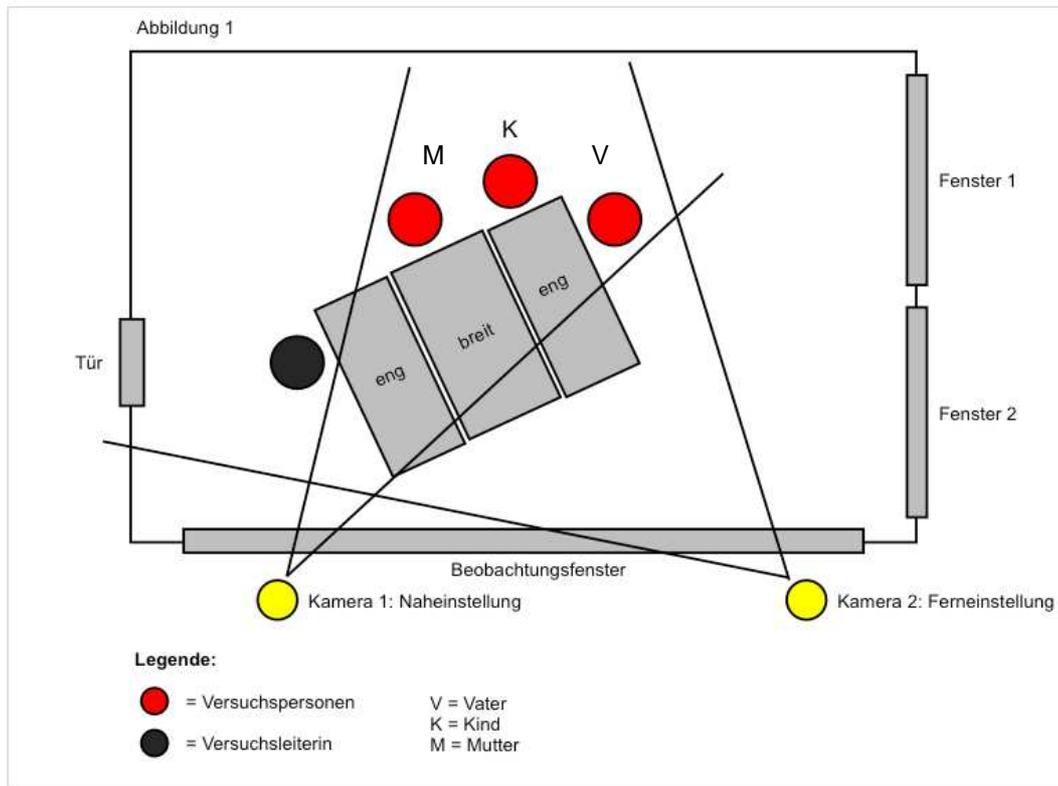
## **c. Beziehungsaufbau**

Anschließend erklärt die Therapeutin, dass sie nun der gesamten Familie Raum geben möchte, ihr Problem bzw. Anliegen vorzutragen, mit dem sie zur Therapie kommen.

## Anleitung für die Videoaufnahme des Erstgesprächs

### Im Therapieraum (109):

- Standardisierte Sitzposition siehe Abbildung vorbereiten: auf dem Boden Markierungen zur Platzierungen der Tische beachten, der breitere Tisch ist in der Mitte



- Fenster schließen
- bei Fenster 1 (siehe Abbildung 1) den Rollladen runterlassen
- Licht anmachen

### Im Beobachtungsraum (108):

**Einschalten der Videoanlage:** beim Tower rechts oben den großen roten Schalter "Power" betätigen

**Einschalten Panasonic Videogerät:** auf Power drücken

#### Kassette einlegen:

- am Videogerät Knopf "open/close" einmal drücken → die Klappe öffnet sich
- 2. Mal drücken → das Kassettendeck fährt aus
- Kassette mit dem beschriftbaren Ende nach vorne in die passende Vorrichtung einlegen

- “open/close” erneut drücken → Kassettendeck fährt ein

### **Naheinstellung Kamera 1** (Monitor: MON CAM1) auf kleinem Mischpult (CAM CP):

Gesichter der Familie im Großformat erkennbar, so wenig Tisch wie möglich

- Kamera 1 auswählen: Reihe 1 (CAMERA) Knopf 1 drücken  
→ grünes Licht leuchtet auf
- Naheinstellung vornehmen:
  - den Schalthebel benutzen, um die richtige Einstellung zu finden (siehe Abbildung 1).
  - zum Zoomen bei den Knöpfen “ZOOM”: WD für die Weite und TEL für die Nähe
- Bild scharf stellen:
  - Autofokus ausschalten: unterste Reihe 2. Knopf (FOCUS, AUTO/MAN) von links drücken (Licht leuchtet nicht mehr)
  - Scharf stellen: mit “FOCUS”: FR und NR. Beim Scharfstellen bitte das Bild auf dem großen Monitor beachten (MON PGM) Fixationspunkt Stuhl des Kindes in der Mitte
- Einstellung Kamera 1 speichern: in der 2. Reihe (PRESET) Knopf Nummer 1 ca. 3 sek. drücken bis das Lämpchen leuchtet

### **Bildkombination wählen:** (auf dem großen Mischpult (VMIX))

die Nahaufnahme soll als Hintergrundbild unten im Bildschirm erscheinen und die Fernaufnahme soll oben zu sehen sein

- Knopf “PIP’s” drücken und den Hebel umlegen (entweder von oben nach unten oder umgekehrt)
- “SHIFT” drücken und unbedingt gedrückt halten, gleichzeitig den unteren Pfeil drücken, damit das Bild im Größenverhältnis abgeschnitten wird (ca. 1/3 bleibt vom oberen Bild übrig)

### **für einen Kamerawechsel am großen Mischpult bei “NEXT” den Knopf “B” drücken**

### **Einstellung Kamera 2** (Monitor: MON CAM2) auf kleinem Mischpult (CAM CP):

Aufnahme des ganzen Raums, falls Familie sich zur Tür bewegt.

- Kamera 2 auswählen: Reihe 1 (CAMERA) Knopf 2 drücken  
→ grünes Licht leuchtet auf
- Naheinstellung vornehmen:
  - den Schalthebel benutzen, um die richtige Einstellung zu finden (siehe Abbildung 2).
  - zum Zoomen bei den Knöpfen "ZOOM": WD für die Weite und TEL für die Nähe
- Bild scharf stellen:
  - Autofokus ausschalten: unterste Reihe 3. Knopf (FOCUS, AUTO/MAN) von links drücken (Licht leuchtet nicht mehr)
  - Scharf stellen: mit "FOCUS": FR und NR. Beim Scharfstellen bitte das Bild auf dem großen Monitor beachten (MON PGM) Fixationspunkt Stuhl des Kindes in der Mitte
- Einstellung Kamera 2 speichern: in der 2. Reihe (PRESET) Knopf Nummer 2 ca. 3 sek. drücken bis das Lämpchen leuchtet

**Aufnahmebild auf dem großen Monitor** (MON PGM) beim Tower sichtbar machen:  
auf großem Mischpult "PLAY" drücken

Fenster schließen

Rollladen runterlassen und die Vorhänge zuziehen

Licht löschen

rotes Schild "Bitte nicht eintreten! Aufnahme läuft!" an die Türe kleben

Zimmer mit Schlüssel abschließen (um Spiegelung während der Aufnahme durch eintretende Personen zu verhindern)

### **Im Therapieraum**

- Begrüßung Familie,
- Unterschreiben der Einverständniserklärung zur Videoaufnahme

### **Im Beobachtungsraum**

**Aufnahme starten:** beim Videogerät zuerst REC und dann PLAY drücken bis rot leuchtend REC erscheint und Zähler läuft

Nach Ende des Gesprächs:

- beim Videogerät auf STOP drücken, Kassette entnehmen und um die Anlage auszuschalten, beim Tower den großen roten Schalter betätigen
- die rotes Schild von der Tür entfernen

## Anleitung zur Videoauswertung mit der Software Interact

### Allgemeines

#### Vorbereitung des PCs

Computer einschalten und den Dongel für das Interact-Programm in USB-Anschluss stecken. Die DVD in das Laufwerk einlegen.

#### Interact starten

Interact mit Doppelklick auf das Interact Symbol auf dem Desktop öffnen: Im oberen Teil des Bildschirms erscheint die Hauptmenüleiste von Interact, darunter ein grosses Feld, in dem Windows Media steht, und im rechten Teil ist das Fernsteuerungsfenster zu sehen.

*Falls das Dialogfenster „Neue DVD, Wiedergabe mit Windows Media Player“ automatisch geöffnet und dies durch „Abbrechen“ schließen.*

### Dauer Abschied

Hier wird die Dauer des Abschieds erfasst. Anfangspunkt ist das Ende der Instruktion durch die Therapeutin. Die Instruktion lautet: *„Nun möchte ich Dich um etwas bitten, wovon ich weiß, dass viele Kinder Angst davor haben. Ich weiß nicht, wie das bei Dir ist. Du sollst hier alleine bleiben, während ich mit Deinen Eltern zur Bearbeitung einer Aufgabe in ein anderes Gebäude gehe. Bitte fülle erneut dieses Blatt (Zwischenmessung Trennung) aus und beschreibe, wie es Dir geht, wenn Du alleine bist.*

*(nur für 8-13jährige: Du kannst außerdem anfangen, dieses Fragebogenheft (Zusatzdiagnostik) auszufüllen. Schau, wie weit Du kommst.)“ Die Therapeutin erhebt sich und wendet sich der Tür zu.*

Zusätzliche Äußerungen wie beispielsweise „Bitte nehmen Sie die Stifte mit.“, die nach der zusammenhängenden Instruktion, nach einer Pause gelten NICHT als Instruktion. Ebenso wenig Antworten auf zusätzliche Fragen der Familie, die nach der Instruktion gegeben werden. Startpunkt ist das Ende der zusammenhängenden Instruktion. Der Endzeitpunkt ist dann, wenn die Tür vollständig geschlossen ist.

### Vorbereitung Kodierung

#### Liste D (=Dateiart, in der die Auswertung gespeichert ist) für die Dauer öffnen:

im Hauptmenü *Datei* → *Öffnen* anklicken, Datei Liste D auswählen aus Ordner auf dem *Desktop* → *Judith* und mit *OK* öffnen.

Links oben befinden sich die „Takes“. Ein Take ist der Videoausschnitt einer Familie. Um den ersten Take zu beschriften mit der Maus den ersten Take anklicken und dann in der Leerzeile im Hauptmenü die VPNummer der ersten Familie eingeben.

Im Fernsteuerungsmenü unter Optionen den Drücke- und Halte Modus aktivieren, in dem das Häkchen eingefügt wird. Es kann zusätzlich die Option Stopp nach Ereigniserfassung angeklickt werden.

Video starten: Im Hauptmenü *Datei* → *Öffnen* anklicken, auf das DVD-Laufwerk gehen (*Suchen in*), auszuwertendes Video durch Doppelklick öffnen. Nun sollte in dem großen schwarzen Feld auf dem Bildschirm die Video zu sehen sein. Es dauert einen Moment bis das Bild zu sehen ist! Dann klickt man auf die Schaltfläche 

(unterste Zeile) im Fernsteuerungsfenster, um den Ereignismodus zu aktivieren. Video starten, in dem auf den nach rechts zeigenden grünen Pfeil geklickt wird.

### **Kodierung**

Sobald Instruktion durch Therapeutin beendet ist, Leertaste drücken und gedrückt halten bis Türe im Schloss. Dann loslassen. Nun wird unter dem Take neben dem grünen Bleistift das Ereignis angegeben: die Anfangs- und die Endzeit.

### **Speichern**

Liste speichern durch das Speichersymbol im Hauptmenü. Einen weiteren Take definieren. Durch Klicken der Taste T plus im Hauptmenü. Take beschriften. Neues Video öffnen, verfahren wie oben.

### **Trennung**

Die ersten beiden Auswertungen bzgl. Dauer Abschied und Trennung werden in einem Videodurchgang gemacht.

Wenn Eltern Raum verlassen mit 1 kodieren, wenn dies nicht möglich mit 0. Dies wird zunächst in ein vorgedrucktes Blatt eingetragen. Danach werden diese Daten in eine SPSS-Datei Trennung auf *TAFF-Server* unter *Eltern-Kind-Interaktion* übertragen.

### **Affekt: Ängstlichkeit**

Hier wird der Affekt jedes Familienmitglieds mit Hilfe einer Ratingskala (6 sehr ängstlich, 5 ängstlich, 4 eher ängstlich, 3 eher nicht ängstlich, 2 nicht ängstlich, 1 überhaupt nicht ängstlich)

erhoben. Hinweise auf den Affekt eines Familienmitglieds können bzgl. folgender Kanäle eingeholt werden: Gesichtsausdruck, Stimme, Körperhaltung und Verhalten. Eingeschätzt werden die Intensität der State-Angst, die Dauer im Verhältnis zur Gesamtlänge des Videoausschnitts und die Anzahl der Kanäle.

#### **A. 6, 5, 4**

Gesichtsausdruck: ängstlich, sorgenvoll, angespannt, besorgt, nervös, starr, versteinert

Stimme: zitternd, ängstlich, unsicher

Körperhaltung: abwenden, angespannt sein, verschränkte Arme

Verhalten: Weinen, nervöses lachen, zappeln, nervöse Gestik, sich die Hände reiben, oft auf den Tisch schauen

#### **B.**

#### **C. 3, 2, 1**

Gesichtsausdruck: entspannt, lachend, fröhlich, motiviert, interessiert

Stimme: hohe, fröhliche, aufmunternde, beruhigende, motivierende, feste Stimme

Körperhaltung: offene Arme, vorgebeugt, zugewandt, locker

Verhalten: Person lächelt, scheint glücklich zu sein, ist positiv in die Interaktion eingebunden, macht überwiegend fröhliche Bemerkungen

### **Tastenzuordnung**

Mutter: 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=6

Vater: q=1, w=2, e=3, r=4, t=5, z=6

Kind:a=1, s=2, d=3, f=4, g=5, h=6

## Vorbereitung Kodierung

### Liste A für die Affektivität öffnen:

im Hauptmenü *Datei* → *Öffnen* Desktop → Judith anklicken, Datei Liste A auswählen und mit *OK* öffnen.

Im linken Teil der Liste steht jetzt „Scene1 Affektivität“, hiermit ist klar, dass dies die Auswertungsliste für die Affektivität ist.

Darunter befinden sich die „Takes“. Ein Take ist der Videoausschnitt einer Familie.

Um den ersten Take zu beschriften mit der Maus den ersten Take anklicken und dann in der Leerzeile im Hauptmenü unter den Kategorien Person AffektV, AffektM & AffektK die VPNummer der ersten Familie eingeben.

Auf den Take mit Cursor gehen und doppel klicken. Unter dem Take sind nun die einzelnen Events aufgelistet. Ein Event ist ein Zeitintervall, das in unserer Auswertung 15 Sekunden beträgt. Jeder Videoausschnitt (Take) wird in mehrere Zeitintervalle (Events) unterteilt, in denen Ratings vorgenommen werden, um dann einen Durchschnittswert über alle Events hinweg zu ermitteln.

### Tastenzuordnungsdatei für die Affektivität öffnen:

Im Hauptmenü *Definitionen* anklicken, dann *Tastenzuordnung*. Nun erscheint ein neues Fenster Tastenzuordnung. In diesem Fenster auf *Datei* → *Öffnen* klicken und die Datei Tastenzuordnung A durch Doppelklick öffnen. Danach das Fenster der Tastenzuordnung mit der Schaltfläche  rechts oben wieder schließen.

### Einstellungen für Auswertung aktivieren:

Im Fernsteuerungsfenster letzte Schaltfläche in der obersten Zeile (lila Zahnrad) anklicken. Es öffnet sich ein Fenster *Optionen*. Im Blatt *Codierung* folgende Einstellungen durch anklicken des Kästchens aktivieren:

- *Drücke & Haltemodus*
- *bei Erfassung mit Leertaste das Video starten*
- *Stopp nach Ereigniserfassung*
- *Lexikalisches Kodieren*

Schaltfläche *OK* drücken und damit Fenster wieder schließen.

### Video starten

Im Hauptmenü *Datei* → *Öffnen* anklicken, auf das DVD-Laufwerk gehen (*Suchen in*), auszuwertendes Video durch Doppelklick öffnen. Nun sollte in dem großen schwarzen Feld auf dem Bildschirm die Video zu sehen sein. Es dauert einen Moment bis das Bild zu sehen ist. Dann klickt man auf die Schaltfläche  (unterste Zeile) im Fernsteuerungsfenster, um den Rekodierungsmodus zu aktivieren.

### Kodierung Affektivität

Man klickt nun auf den ersten Take doppelt → die einzelnen Events werden geöffnet. Dann auf das erste Event in der Liste klicken (genauer: auf den Anfangszeitwert) und die dazugehörige Zeile für das erste Ereignis erscheint jetzt blau. Bei Doppelklick auf den blauen Balken startet das Video und hält automatisch nach 15 Sekunden wieder an.

Das Video hält automatisch nach dem voreingestellten Zeitintervall. Nun im Steuerungsfenster mit der Maus in die weiße Fläche klicken und entsprechende Taste zur Einschätzung drücken. Dann das nächste Event anklicken und dieses wenn das Video stoppt raten. Sobald die Türe geschlossen ist eigenständig Video anhalten.

*Dies getrennt nach Person machen. Zunächst auf Mutter konzentrieren, alle Zeitintervalle durch für Mutter, dann für den Vater und am Ende für das Kind.*

Um das nächste Intervall zu kodieren, das zweite Event auswählen und durch Doppelklick auf den dunkelblauen Streifen Video starten. Warten bis das Video automatisch anhält → Kodierung wie oben vornehmen.

Wenn alle Codes für die Mutter vergeben sind, spult man das Video auf den Anfang zurück, indem man im Fernsteuerungsfenster auf die Rückspultaste drückt. Nun können die Einschätzungen für den Vater vorgenommen werden.

### **Speichern**

Im Hauptmenü Datei → speichern unter Liste A Datum Initialen der Raterin im Ordner Judith → Interact → Daten auf Desktop speichern und auf Memory stick.

### **Verhaltenscodes**

Hier werden folgende Verhaltensweisen erfasst:

M, V & K nonverbale Rückversicherung: Blickkontakt

M, V & K verbale Rückversicherung

M & V Elterliches emotionales Coaching

#### **D. Blickkontakt / nonverbale Rückversicherung**

Hier wird erfasst, ob und wann ein Familienmitglied zu einem anderen den Blickkontakt sucht.

#### **verbale Rückversicherung bzgl. Trennung**

Die Häufigkeit und Dauer, mit der die Person verbal nach zusätzlichen Informationen sucht, um sich abzusichern, wird hier bewertet. Das beinhaltet Fragen zur Trennung, beispielsweise nach dem Ort oder der Dauer wie lange die Eltern wegbleiben. Wann kommt Ihr/kommen wir wieder? Wo gehen wir/ihr genau hin?

#### **E. Elterliches emotionales Coaching**

Dieser Code wird nur für Mutter und Vater erhoben. Die Häufigkeit & Dauer, mit der ein Elternteil versucht das Kind auf die Trennung vorzubereiten wird hiermit bewertet. Das kann Verständnis, Zureden, Trost, Mithilfe bei Umbewertung der Situation, Bereitstellen von Info, Glaube an das Kind beinhalten.

Bsp.: Du schaffst das schon! Wir gehen nur kurz rüber und kommen dann wieder.

Wir machen das so, wie wenn Du in die Schule gehst. Schau, ich lasse meine Jacke da, das heißt, ich komme auf jeden Fall wieder!

### **Tastenzuordnung**

Mutter: M-K=1, M-V=2, Verbale Rückversicherung=3, Emotionales Coaching=4

Vater: Nonverbale Rückversicherung: V-K=q, V-M=W, Verbale Rückversicherung=e, Emotionales Coaching=r

Kind: Nonverbale Rückversicherung: K-M=a, K-V=s, Verbale Rückversicherung=d

## Vorbereitung Kodierung

### Liste V für die Verhaltenscodes öffnen:

Es ist nicht notwendig, eine zusätzliche Liste für die Verhaltenscodes zu öffnen. Sie wird automatisch mit Öffnen der Tastenzuordnung erzeugt.

Take anklicken und in Zeile die VPNummer der entsprechenden Familie eingeben.

### Tastenzuordnungsdatei für die Verhaltenscodes öffnen:

Im Hauptmenü *Definitionen* anklicken, dann *Tastenzuordnung*. Nun erscheint ein neues Fenster Tastenzuordnung (XXXName). In diesem Fenster auf *Datei* → *Öffnen* klicken und die Datei XXXX durch Doppelklick öffnen.

Danach das Fenster der Tastenzuordnung mit der Schaltfläche  rechts oben wieder schließen.

### Einstellungen für Auswertung aktivieren:

Im Fernsteuerungsfenster letzte Schaltfläche in der obersten Zeile (lila Zahnrad) anklicken. Es öffnet sich ein Fenster Optionen

Im Blatt „Codierung“ folgende Einstellungen durch anklicken des Kästchens aktivieren:

- Drücke & Haltemodus
- bei Erfassung mit Leertaste das Video starten
- Stopp nach Ereigniserfassung
- Lexikalisches Kodieren

Schaltfläche *OK* drücken und damit Fenster wieder schließen.

### Video starten

Im Hauptmenü *Datei* → *Öffnen* anklicken, auf das DVD-Laufwerk gehen (*Suchen in*), auszuwertendes Video durch Doppelklick öffnen ausgewählt werden.

Nun sollte in dem großen schwarzen Feld auf dem Bildschirm die Video zu sehen sein. Es dauert einen Moment bis das Bild zu sehen ist!

Dann klickt man auf die Schaltfläche  (unterste Zeile) im Fernsteuerungsfenster, um den Rekodierungsmodus zu aktivieren.

Grüner Pfeil nach rechts anklicken, das Video läuft.

### Kodieren Verhalten

Sich auf die Mutter konzentrieren, sobald sie eine der in den Codes beschriebenen Verhaltensweisen zeigt, Leertaste drücken und so lange gedrückt lassen, wie die Verhaltensweise gezeigt wird. Anschließend loslassen, das Video hält automatisch an. Nun entscheiden, welcher Code zu sehen war und die entsprechende Taste

drücken. Mit der Maus und dem grünen Pfeil nach rechts Video weiterlaufen lassen. Anschließend für den Vater und dann für das Kind.  
Falls die Leertaste fälschlicherweise gedrückt wurde und somit der falsche Code vergeben wurde, wird das entsprechende Zeitintervall angeklickt und mit *Bearbeiten* → *löschen* gelöscht.

### **Daten speichern**

Im Hauptmenü Datei → speichern unter Liste V Datum Initialen der Raterin im Ordner Rating auf Desktop speichern und auf Memory stick.

## **Anhang Teilstudie Familiäre Identifikation**

- Testinstruktion des Familien-Identifikations-Tests für Kinder
- Familien-Identifikations-Test - Protokollbogen
- Erklärung der Adjektive bei Verständnisschwierigkeiten

## Testinstruktion des Familien-Identifikations-Test für Kinder

### Material:

- Fragebogen FIT Kind
- Brett mit Spalten
- Kärtchen mit Adjektiven

### Instruktion

„Stell Dir vor, Du möchtest jemandem, den Du nicht kennst, etwas über Dich erzählen, ohne zu reden. Dazu gibt es hier 9 Kärtchen, auf denen verschiedene Wörter stehen. Schau Dir nun alle Kärtchen an. Mit diesen Kärtchen kannst du mir zeigen, wie Du Dich selbst siehst. Dazu legst Du jedes Kärtchen nach und nach in die dazu passende Spalte und überlegst Dir dabei, ob dies ganz genau stimmt oder ziemlich oder etwas oder kaum oder überhaupt nicht. Es gibt dabei kein richtig oder falsch. Ist das soweit klar oder hast du deine Frage? Probieren wir das mit dem ersten Wort einmal aus.“

Das Verständnis der Adjektive abklären:

„Weißt Du, was launisch bedeutet? Kennst Du eine Person, die verständnisvoll ist? Woran merkst Du das?...“

Launisch: schneller Wechsel von fröhlich, traurig, wütend

Zufrieden: mit anderen Kindern spielen, gut finden, wie und was gespielt wird

Selbständig: ohne Hilfe etwas selber machen, ohne dass jemand aufpassen muss

Verständnisvoll: einem Freund zuhören, dem es nicht gut geht; sich vorstellen können, wie es ihm geht

Rücksichtsvoll: jemand ist krank und braucht Ruhe, dann leiser sein beim spielen

Gesprächig: sich gerne mit anderen unterhalten und dabei von sich erzählen

Nervös: in der Schule, wenn man ruhig sitzen soll: sich am liebsten bewegen, Mühe haben, ruhig zu sitzen

Lebhaft: sich gerne bewegen, etwas mit anderen Kindern machen

Selbstsicher: vor der Klasse ein Gedicht aufsagen ohne grosse Angst zu haben, dass es schief geht, weil man weiss, dass man es gut macht

Ruhig: nicht viel reden, entspannt

„Dann kommen wir jetzt zur eigentlichen Aufgabe:

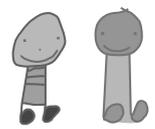
Zeige mir nun, wie du selbst bist. (TI notiert Einschätzungen auf dem Protokollbogen FIT K).

Zeige nun, wie Du selbst gerne sein möchtest. (TI notiert Einschätzungen auf dem Protokollbogen FIT K).

Zeige mir nun, wie Du denkst, dass Du nach Meinung Deiner Eltern, Lehrer, Grosseltern, Freunde sein sollst.

Zeige mir nun, wie deine Mutter ist. (TI notiert Einschätzungen auf dem Protokollbogen FIT K).

Zeige mir nun wie dein Vater ist. (TI notiert Einschätzungen auf dem Protokollbogen FIT K).“



Die folgenden Seiten dienen dazu, verschiedene Personen mit Hilfe von Eigenschaftswörtern zu beschreiben.  
 Sie werden gebeten, jeweils anzugeben, wie gut jedes Eigenschaftswort auf die zu beschreibende Person zutrifft.

Beispiele:

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	ganz genau
ehrgeizig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Kreuz würde bedeuten, dass Sie die betreffende Person als **ziemlich** ehrgeizig beschreiben.

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	ganz genau
ehrgeizig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Kreuz würde bedeuten, dass Sie die betreffende Person als **überhaupt nicht** ehrgeizig beschreiben.

Bitte beschreiben **Sie sich selbst**, wie Sie Ihrer Meinung nach **sind**.  
Wie gut treffen folgende Eigenschaftswörter auf Sie zu?

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	ganz genau
1. ängstlich	<input type="checkbox"/>				
2. launisch	<input type="checkbox"/>				
3. nervös	<input type="checkbox"/>				
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>				
5. ruhig	<input type="checkbox"/>				
6. lebhaft	<input type="checkbox"/>				
7. gesprächig	<input type="checkbox"/>				
8. selbstsicher	<input type="checkbox"/>				
9. selbständig	<input type="checkbox"/>				
10. verständnisvoll	<input type="checkbox"/>				
11. rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>				
12. freundlich	<input type="checkbox"/>				

Und nun beschreiben **Sie sich** bitte so, **wie Sie sein möchten**.  
Wie gut treffen folgende Eigenschaftswörter zu?

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	ganz genau
1. ängstlich	<input type="checkbox"/>				
2. launisch	<input type="checkbox"/>				
3. nervös	<input type="checkbox"/>				
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>				
5. ruhig	<input type="checkbox"/>				
6. lebhaft	<input type="checkbox"/>				
7. gesprächig	<input type="checkbox"/>				
8. selbstsicher	<input type="checkbox"/>				
9. selbständig	<input type="checkbox"/>				
10. verständnisvoll	<input type="checkbox"/>				
11. rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>				
12. freundlich	<input type="checkbox"/>				

Auf dieser Seite beschreiben Sie bitte das **Kind**, wegen dem Sie mit uns Kontakt aufgenommen haben, **wie er/sie Ihrer Meinung nach ist**.

Wie gut treffen folgende Eigenschaftswörter auf Ihr **Kind** zu?

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	ganz genau
1. ängstlich	<input type="checkbox"/>				
2. launisch	<input type="checkbox"/>				
3. nervös	<input type="checkbox"/>				
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>				
5. ruhig	<input type="checkbox"/>				
6. lebhaft	<input type="checkbox"/>				
7. gesprächig	<input type="checkbox"/>				
8. selbstsicher	<input type="checkbox"/>				
9. selbständig	<input type="checkbox"/>				
10. verständnisvoll	<input type="checkbox"/>				
11. rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>				
12. freundlich	<input type="checkbox"/>				

Auf dieser Seite beschreiben Sie bitte, wie **Sie sich wünschen**, dass Ihr **Kind**, wegen dem Sie mit uns Kontakt aufgenommen haben, **sein sollte**.

Wie gut treffen folgende Eigenschaftswörter auf Ihr **Wunschkind** zu?

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	ganz genau
1. ängstlich	<input type="checkbox"/>				
2. launisch	<input type="checkbox"/>				
3. nervös	<input type="checkbox"/>				
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>				
5. ruhig	<input type="checkbox"/>				
6. lebhaft	<input type="checkbox"/>				
7. gesprächig	<input type="checkbox"/>				
8. selbstsicher	<input type="checkbox"/>				
9. selbständig	<input type="checkbox"/>				
10. verständnisvoll	<input type="checkbox"/>				
11. rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>				
12. freundlich	<input type="checkbox"/>				

## Erklärung der Adjektive bei Verständnisschwierigkeiten

---

<i>nervös</i>	„Stell Dir vor, du bist in der Schule und sollst ruhig sitzen. Wenn das schwer für dich ist und du dich dann am liebsten viel bewegen möchtest, dann bist du nervös.“ (auch unruhig, leicht reizbar, aufgeregt)
<i>launisch</i>	„Ein Kind kann fröhlich sein oder ein anderes Mal traurig sein oder dann einmal wütend sein. Wenn es oft bei dir wechselt, dass du einmal fröhlich oder traurig wirst, dann bist du launisch.“
<i>zufrieden</i>	„Stell dir vor, du spielst mit anderen Kindern. Wenn du es gut findest, wie du selbst spielst und was ihr spielt, dann bist du zufrieden.“
<i>lebhaft</i>	„Wenn du gerne etwas mit anderen Kindern machst und dich viel bewegst, dann bist du lebhaft.“
<i>selbstsicher</i>	„Stell dir vor, du sollst vor deiner Schulklasse ein Gedicht aufsagen. Wenn du vor die Klasse treten kannst, ohne Angst zu haben, dass etwas schief geht oder dass du dich versprechen könntest, weil du weißt, dass du das gut machen kannst, dann bist du selbstsicher.“
<i>selbstständig</i>	„Wenn du etwas machst ohne fremde Hilfe und ohne dass jemand aufpassen muss, dann bist du selbstständig.“
<i>verständnisvoll</i>	„Stell dir vor, einem Freund (einer Freundin) von dir geht es nicht gut. Er (sie) kommt zu dir und erzählt dir davon. Wenn du ihm (ihr)zuhörst und dir dann gut vorstellen kannst, wie es ihm (ihr) geht, dann bist du verständnisvoll.“
<i>rücksichtsvoll</i>	„Stell dir vor, jemand aus deiner Gruppe ist krank und braucht viel Ruhe. Wenn du dann leiser als sonst bist, z.B. beim Spielen, dann bist du rücksichtsvoll.“
<i>gesprächig</i>	„Wenn du dich gerne mit anderen unterhältst und dabei auch von dir erzählst, dann bist du gesprächig.“

---

## **Anhang Teilstudie Familienstruktur**

- Testinstruktion des Familiensystemtests für Eltern und Kinder
- Familiensystemtest – Protokollbogen

### **FAST Testinstruktion Eltern**

Die Testleiterin legt das Brett sowie die Holzfiguren und –klötzchen zwischen sich und den ihr gegenüberstehenden Probanden auf den Tisch und gibt folgende Erklärung

„Als nächsten schauen wir uns Ihre Familienbeziehungen an. Wir werden dabei folgendermassen vorgehen: Mit diesem Brett, den Figuren und den Klötzchen können Sie darstellen, wie nahe sich die Familienmitglieder sind und wie viel Macht und Einfluss jedes Mitglied in Ihrer Familie hat. In der Regel beurteilen die Familienmitglieder ihre Beziehungen unterschiedlich. Die Darstellung ist ein subjektives Bild - wie ein Photo Ihrer Familie. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Lösungen. Ich möchte Sie bitten, Ihre Familienbeziehungen so darzustellen, damit es für Sie stimmig ist. Das kann morgen ganz anders aussehen wie heute.“

Anschliessend erklärt die Testleiterin dem Probanden die Durchführung des Verfahrens.

Anhand von einigen Beispielen wird erklärt, wie die Figuren auf dem Brett aufgestellt werden können und welche Funktion die Holzklötzchen haben. Zur Erläuterung der Kohäsion wird folgende Erklärung gegeben:

„Hier gibt es männliche und weibliche Figuren mit angedeuteten Gesichtern. Diese Figuren symbolisieren Familienmitglieder. Indem Sie die Figuren in die Felder des Brettes stellen, können Sie zeigen, wie nahe sich die Familienmitglieder sind. Es dürfen alle Felder auf dem Brett benützt werden.“

Die Testleiterin stellt ein Figuren paar in zwei seitlich aneinandergrenzende Felder (= minimale Distanz) und sagt:

„Dies bedeutet, dass die zwei Familienmitglieder eine sehr enge Beziehung haben.“

Die Testleiterin zeigt weitere Distanzabstufungen (zwei diagonal aneinandergrenzende Felder= zweitkleinste Distanz; zwei diagonal gegenüberliegende Eckfelder= maximale Distanz) und sagt:

„Je grösser der Abstand zwischen den Figuren ist, desto weniger nah sind die Beziehungen zwischen den Figuren. Wenn Figuren in gegenüberliegende Eckfelder gestellt werden, bedeutet das, dass Beziehungen gar nicht nahe eingeschätzt werden.“

Zur Erläuterung der Hierarchie weist die Testleiterin auf die Holzklötzchen und sagt:

„Hier hat es Klötzchen in drei verschiedenen Grössen, mit denen Sie die Figuren erhöhen können. Mit diesen Klötzchen kann die Macht beziehungsweise der Einfluss der Familienmitglieder eingestuft werden. Wer Entscheidungen trifft. Beispielsweise wohin in Urlaub gefahren wird, was es zum Mittagessen gibt oder bis wann das Kind

aufbleiben darf. Sie dürfen die Figuren mit einer beliebigen Anzahl von Klötzchen erhöhen.“

Die Testleiterin erhöht zwei Figuren mit je einem Klötzchen und sagt:

„Dies bedeutet, dass die beiden Familienmitglieder keine beziehungsweise wenig Macht/Einfluss haben. Zwischen ihnen besteht keiner/ein geringer Hierarchieunterschied.“

Die Testleiterin erhöht mehrere Figuren mit verschieden grossen Klötzchen und sagt:

„Je grösser der Höhenunterschied zwischen den Figuren, desto hierarchischer werden die Beziehungen eingestuft.“

Die Testleiterin erhöht zwei Figuren mit mehreren gleich grossen Klötzchen und sagt:

„Wenn zwei Figuren gleich hoch sind, bedeutet dies, dass die Macht beziehungsweise der Einfluss dieser Familienmitglieder ausgeglichen eingeschätzt wird.“

Nach dieser Einführung wird der Proband dazu aufgefordert, diejenige Anzahl von Figuren auszuwählen, die er für die Darstellung seiner Familie benötigt, wobei ihm offen gelassen wird, wie viele und welche Personen er aufstellen will:

„Bitte wählen Sie nun die Figuren aus, die sie zur Darstellung Ihrer Familie brauchen. Wer gehört zu Ihrer Familie?“

Die Testleiterin notiert sich auf dem Protokollbogen, welche Familienmitglieder der Proband ausgewählt hat und gibt anschliessend folgende Instruktion (*Typische Repräsentation*):

„Ich möchte nun, dass Sie die Familienbeziehungen so darstellen, wie sie jetzt typischerweise für Sie sind. Zuerst müssen die Figuren aufgestellt werden, um zu zeigen, wie nahe sich die Familienmitglieder sind.“

Um zu überprüfen, ob der Proband das Konzept der Kohäsion richtig verstanden hat, werden die Repräsentation gemeinsam mit ihm betrachtet und klärende Fragen dazu gestellt. Eine solche Frage kann beispielsweise so aussehen:

„ Sie haben jetzt dargestellt, dass ihre Tochter eine enge Beziehung zu Ihrem Mann hat und Sie sich Ihrem Sohn etwas näher fühlen. Habe ich das so richtig verstanden?“

Stellt sich heraus, dass der Proband die Familienbeziehungen ursprünglich anders darstellen wollte, kann er die Anordnung der Figuren so lange ändern, bis er das Gefühl hat, dass es für ihn stimmt. Danach wird er aufgefordert, die Hierarchieverhältnisse in der Familie darzustellen:

„Als nächstes können Sie nun die Klötzchen dafür verwenden, um zu zeigen, wer in Ihrer Familie typischerweise viel zu sagen und zu bestimmen hat.“

Auch hier folgt wieder eine Nachbefragung, um sicherzustellen, dass auch das Konzept der Hierarchie richtig verstanden wurde, und es wird dem Probanden die Möglichkeit gegeben, Veränderungen an der Darstellung vorzunehmen. Anschliessend notiert die Testleiterin die Position und die Höhe der Figuren auf dem Protokollbogen. Dann werden die Figuren und Klötzchen vom Brett entfernt und folgende Instruktion gegeben (*Ideale Repräsentation*):

„Familienbeziehungen werden nicht immer als ideal erlebt. Ich möchte wissen, wie Sie sich die Beziehungen in Ihrer Familie wünschen, anders gesagt, was sich an den typischen Beziehungen ändern müsste, damit sie Ihrem Idealbild entsprechen würden. Ich möchte nun, dass Sie die Familienbeziehungen so darstellen, wie sie idealerweise für Sie wären. Zuerst müssen wieder die Figuren aufgestellt werden und danach können diese noch erhöht werden.“

Nach der Protokollierung wird das Brett erneut leer geräumt und zur Darstellung der *Konfliktrepräsentation* folgende Instruktion gegeben:

„In jeder Familie gibt es Konflikte. Ich möchte, dass Sie sich den bedeutendsten Konflikt in Ihrer Familie vorstellen. Sie müssen mir gar nicht genau erzählen, um was es damals ging.“  
„Ich möchte Sie nun bitten, Ihre Familienbeziehungen so darzustellen, wie sie Ihrer Meinung nach während diesem Konflikt sind. Zuerst müssen wieder die Figuren aufgestellt werden und danach noch erhöht werden.“

Positionen und Höhe der Figuren werden wiederum protokolliert und anschliessend dem Probanden für die Teilnahme an dem Test gedankt.

## **FAST Testinstruktion Kinder**

Die Testleiterin legt das Brett sowie die Holzfiguren und –klötzchen zwischen sich und den ihr gegenüberstehenden Probanden auf den Tisch und gibt folgende Erklärung:

„Als nächstes schauen wir uns Deine Familie an. Wir werden dabei folgendermassen vorgehen: Mit diesem Brett, den Figuren und den Klötzchen kannst Du ein Bild von Deiner Familie machen. Du kannst zeigen, wie nahe Ihr Euch seid und wer wie viel Macht und Einfluss in Deiner Familie hat.

Oft ist es so, dass die Bilder der Mutter, des Vater oder des Kindes sehr unterschiedlich sind. Jeder hat sein eigenes Bild der Familie im Kopf. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Bilder. Ich möchte Dich bitten, Deine Familie so hinzustellen, damit es für Dich passt. Das kann morgen ganz anders aussehen wie heute.“

Anschliessend erklärt die Testleiterin dem Probanden die Durchführung des Verfahrens.

Anhand von einigen Beispielen wird erklärt, wie die Figuren auf dem Brett gestellt werden können und welche Funktion die Holzklötzchen haben. Zur Erläuterung der Kohäsion wird folgende Erklärung gegeben:

„Hier gibt es Figuren, Männer und Frauen. Diese Figuren stehen für die Personen, die zu Deiner Familie gehören. Indem Du die Figuren in die Felder des Brettes stellst, kannst Du zeigen, wie nahe sich die Familienmitglieder sind. Es dürfen alle Felder auf dem Brett benützt werden.“

Die Testleiterin stellt ein Figuren paar in zwei seitlich aneinandergrenzende Felder (= minimale Distanz und sagt:

„Dies bedeutet, dass die zwei Familienmitglieder eine sehr enge Beziehung haben. Sie sind sich nahe und verstehen sich sehr gut.“

Die Testleiterin zeigt weitere Distanzabstufungen (zwei diagonal aneinandergrenzende Felder = zweitkleinste Distanz; zwei diagonal gegenüberliegende Eckfelder= maximale Distanz) und sagt:

„Je grösser der Abstand zwischen den Figuren ist, desto weniger nah sind die Beziehungen zwischen den Figuren. Wenn Figuren in gegenüber liegende Eckfelder gestellt werden, bedeutet das, dass Beziehungen gar nicht nahe sind.“

Zur Erläuterung der Hierarchie weist die Testleiterin auf die Holzklötzchen und sagt:

„Hier hat es Klötzchen in drei verschiedenen Grössen, mit denen Du die Figuren erhöhen kannst. Mit diesen Klötzchen kann die Macht oder der Einfluss der Person ausgedrückt werden. Wenn jemand sehr hoch ist, heisst das, dass er in der Familie oft bestimmt, was passiert. Wenn er etwas sagt, wird das auch gemacht. Du darfst die Figuren mit so vielen Klötzchen erhöhen wie Du möchtest.“

Die Testleiterin erhöht zwei Figuren mit je einem Klötzchen und sagt:

„Dies bedeutet, dass die beiden Familienmitglieder keine beziehungsweise wenig Einfluss haben. Zwischen ihnen besteht keiner/ein geringer Unterschied.“

Die Testleiterin erhöht mehrere Figuren mit verschiedenen grossen Klötzchen und sagt:

„Je grösser der Höhenunterschied zwischen den Figuren, desto unterschiedlicher sind die Beziehungen. Diese Person bestimmt oft, was in der Familie gemacht wird. Diese hier hat nicht viel Einfluss in der Familie.“

Sie zeigt auf die höchste Figur und sagt:

„Diese Person bestimmt oft, was in der Familie gemacht wird.“

Dann zeigt sie auf die niedrigste Figur und sagt:

„Diese hier hat nicht viel Einfluss in der Familie.“

Anschliessend erhöht die Testleiterin zwei Figuren mit mehreren gleich grossen Klötzchen und sagt:

„Wenn zwei Figuren gleich hoch sind, bedeutet dies, dass beide ungefähr gleich oft bestimmen, was gemacht wird.“

Nach dieser Einführung wird der Proband dazu aufgefordert, diejenige Anzahl von Figuren auszuwählen, die er für die Darstellung seiner Familie benötigt, wobei ihm offen gelassen wird, wie viele und welche Personen er aufstellen will:

„Bitte wähle nun die Figuren aus, die du zur Darstellung deiner Familie brauchst. Wer gehört zu deiner Familie?“

Die Testleiterin notiert sich auf dem Protokollbogen, welche Familienmitglieder der Proband ausgewählt hat und gibt anschliessend folgende Instruktion (*Typische Repräsentation*):

„Ich möchte nun, dass Du Deine Familie so hinstellst, wie sie typisch für Dich ist. Zuerst musst Du Dir überlegen, welche Personen zu Deiner Familie gehören, für wen Du eine Figur aussuchen möchtest. Dann kannst Du die Figuren aufstellen, um zu zeigen, wie nahe sich die Familienmitglieder sind.“

Um zu überprüfen, ob der Proband das Konzept der Kohäsion richtig verstanden hat, werden die Repräsentation gemeinsam mit ihm betrachtet und klärende Fragen dazu gestellt. Eine solche Frage kann beispielsweise so aussehen:

„Du hast jetzt dargestellt, dass du eine engere Beziehung zu deinem Vater hast, während dein Bruder eine engere Beziehung zu deiner Mutter hat. Habe ich das richtig verstanden?“

Stellt sich heraus, dass der Proband die Familienbeziehungen ursprünglich anders darstellen wollte, kann er die Anordnung der Figuren so lange ändern, bis er das Gefühl hat, dass es für ihn stimmt. Danach wird er aufgefordert, die Hierarchieverhältnisse in der Familie darzustellen:

„Als nächstes möchte ich dich bitten, die Klötzchen zu verwenden, um zu zeigen, wie viel Einfluss jedes Familienmitglied in der Familie hat, wer bestimmen kann.“

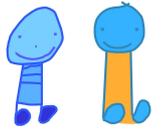
Auch hier folgt wieder eine Nachbefragung, um sicherzustellen, dass auch das Konzept der Hierarchie richtig verstanden wurde, und es wird dem Probanden die Möglichkeit gegeben, Veränderungen an der Darstellung vorzunehmen. Anschliessend notiert die Testleiterin die Positionen und die Höhe der Figuren auf dem Protokollbogen. Dann werden die Figuren und Klötzchen vom Brett entfernt und folgende Instruktion gegeben (*Ideale Repräsentation*):

„Nun möchte ich wissen, wie Du Dir Deine Familie wünschen würdest. Stell Dir vor, ein Zauberer kommt zur Tür rein und Du kannst Dir Deine Traumfamilie zaubern. Wie sieht das Bild von Deiner Traumfamilie aus? Zuerst müssen wieder die Figuren aufgestellt werden und danach können diese noch erhöht werden.“

Nach der Protokollierung wird das Brett erneut leer geräumt und zur Darstellung der *Konfliktrepräsentation* folgende Instruktion gegeben:

„In jeder Familie gibt es Streit. Ich möchte, dass Du Dich an den schlimmsten Streit in Deiner Familie erinnerst. Ich möchte Dich nun bitten, Deine Familie so hinzustellen, wie sie während diesem Streit waren. Du musst mir auch gar nicht unbedingt erzählen, um was es in dem Streit ging. Zuerst müssen wieder die Figuren aufgestellt werden und danach noch erhöht werden.“

Positionen und Höhe der Figuren werden wiederum protokolliert und anschliessend dem Probanden für die Teilnahme am Test gedankt.



# FAST

VPNr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durchführende \_\_\_\_\_

	V	M	K <sub>1</sub>	K <sub>2</sub>	K <sub>3</sub>			
Verwendete F								
VPat								
Alter								
Geschlecht								
Pb								

## Typische Repräsentation (TR)

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

## Bemerkungen

	V	M	K <sub>1</sub>	K <sub>2</sub>	K <sub>3</sub>			
FH								

---



---



---



---



---



---

**Ideale Repräsentation (IR)**

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	V	M	K <sub>1</sub>	K <sub>2</sub>	K <sub>3</sub>			
FH								

**Bemerkungen**

---



---



---



---



---



---

### Konfliktrepräsentation (KR)

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	V	M	K <sub>1</sub>	K <sub>2</sub>	K <sub>3</sub>			
FH								

### Bemerkungen

---



---



---



---



---