

Vergleich verschiedener Methoden zur Erfassung interozeptiver Genauigkeit

Barbara Waßer

Hintergrund:

Interozeption wird als Fähigkeit definiert, körpereigene Empfindungen, wie zum Beispiel den eigenen Herzschlag wahrzunehmen (vgl. Domschke, 2010). Im klinischen Kontext ist Interozeption bedeutsam, da sie bspw. Zusammenhänge zu Emotionsregulation aufweist (Wiens, 2005). Populäre Methoden sind der „Heartbeat Detection Task“ (HDT) (Schandry, 1981) und der „Heartbeat Discrimination Task“ (DT) (Whitehead, 1977). Diese Studie befasst sich mit weiteren neu entwickelten oder abgewandelten Methoden der Interozeptionsmessung, die die Messung von Interozeption auch bei Kleinkindern ermöglichen sollen. Diese Methoden sollen mit den bereits existierenden Standards verglichen werden.

Hypothesen:

1. Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen allen Methoden der Interozeptionsmessung.
2. Die subjektiv empfundene Art und Ort der Wahrnehmung ist ein Moderator für die Leistung.
3. Es gibt Lerneffekte zwischen den Paradigmen.

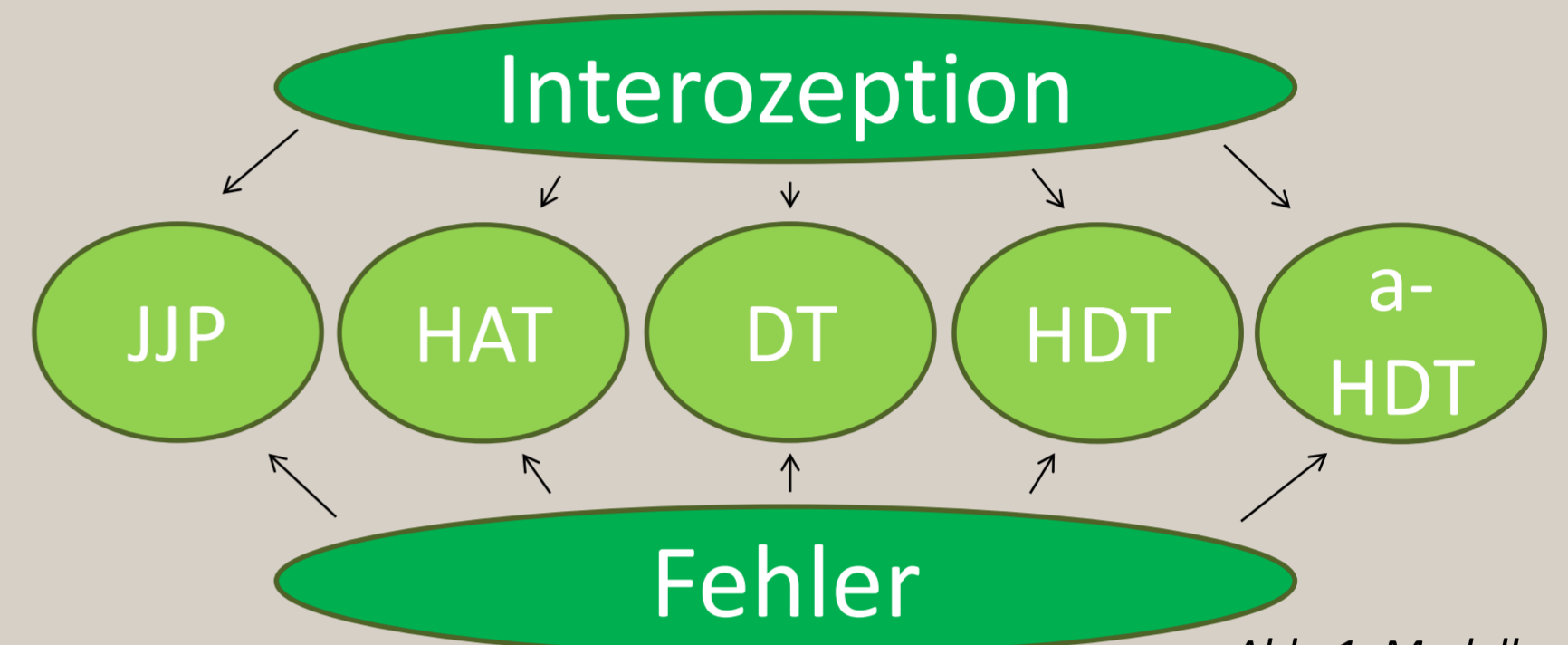


Abb. 1: Modell



Abb. 2: Möglicher Ablauf der Studie. Interozeptionsparadigmen werden interindividuell ausbalanciert.

Methodik:

Die Versuchspersonen (VPN) werden zu Beginn an ein EKG angeschlossen. Für die Programmierung wurde „uVariotest“ verwendet.

Im Folgenden gibt es kurze Erklärungen der Paradigmen.

HDT: Die VPN zählen ihren Herzschlag während einer vorgegebenen Zeitspanne leise mit.

aHDT: Die VPN tippen während einer vorgegebenen Zeitspanne immer, wenn sie einen Herzschlag wahrnehmen. (Melloni et al., 2013)

DT: Die VPN sollen beurteilen, ob ein dargebotener Reiz verzögert oder synchron zum eigenen Herzschlag auftritt.

HAT: Die VPN sollen einen blinkenden Reiz so einstellen, dass er synchron mit dem eigenen Herzschlag ist.

JJP: Die VPN sollen auf einer 5-stufigen Skala die Geschwindigkeit ihres Herzschlags einschätzen. (Hechler et al., 2016)

Im **Abschlussfragebogen** geben die VPN unter anderem an, ob sie ihren Herzschlag gehört, gefühlt oder gar nicht wahrgenommen haben.

Statistische Auswertung:

Die Leistungen der VPN werden mit paradigmenspezifischen Formeln berechnet und z-standardisiert. Die statistischen Zusammenhänge zwischen den Paradigmen werden mithilfe der Inter-Klassen-Korrelation berechnet.

Zusätzlich wird eine 3 (Sinnesmodalität) x 5 (Paradigma) x 4 (Reihenfolge) ANOVA gerechnet. Die AV ist die Leistung bei den Interozeptionsmessungen.

$$\frac{1}{n} \sum 1 - \frac{| \text{Gemessene Herzschläge} - \text{Gezählte Herzschläge} |}{\text{Gemessene Herzschläge}}$$

Abb. 3: Formel für den HDT und aHDT (vgl. Schandry, 1981).

$$\frac{1}{n} \sum 1 - \frac{| \text{gemessene Herzfrequenz} - \text{eingestellte Herzfrequenz} |}{| \text{gemessene Herzfrequenz} |}$$

Abb. 4: Formel für den HAT. Adaptiert an die Formel des HDT.

Literatur:

- Domschke, K., Stevens, S., Pfeleiderer, B., & Gerlach, A. L. (2010). Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: an overview and integration of neurobiological findings. *Clinical psychology review*, 30(1), 1-11.
- Hechler, T., Rach, H., Nuraydin, S., Hilger, A., & Schaan, L. (2016). *Emotionsregulation und Interozeption im Kindergartenalter*. Leipzig.
- Melloni, M., Sedeño, L., Couto, B., Reynoso, M., Gelormini, C., Favaloro, R., Canales-Johnson, A., Sigman, M., Manes, F., & Ibanez, A. (2013). Preliminary evidence about the effects of meditation on interoceptive sensitivity and social cognition. *Behavioral and Brain Functions*, 9(1), 1.
- Schandry, R. (1981). Heart beat perception and emotional experience. *Psychophysiology*, 18(4), 483-488.
- Whitehead, W. E., Drescher, V. M., Heiman, P., & Blackwell, B. (1977). Relation of heart rate control to heartbeat perception. *Biofeedback and Self-regulation*, 2(4), 371-392.
- Wiens, S. (2005). Interoception in emotional experience. *Current opinion in neurology*, 18(4), 442-447.

Entwicklung eines deutschsprachigen Messinstruments für allgemeine traumabezogene Symptomatik bei Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung (MATS-IB)

Claudia Müller

Universität Trier – Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Hintergrund

Das Traumatisierungsrisiko wird bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung fast fünfmal höher eingeschätzt als bei der Allgemeinbevölkerung.¹ Dennoch mangelt es im deutschsprachigen Raum an einem validen Messverfahren zur Erfassung einer Traumatisierung bei dieser Personengruppe.

Problemstellung

Mithilfe des MATS-IB soll das Ziel angestrebt werden, Aussagen über das Vorliegen posttraumatischer Symptome bei intellektuell beeinträchtigten Erwachsenen treffen zu können. Zusätzlich sollen Verhaltensauffälligkeiten erfasst werden, die auf ein traumatisches Erlebnis hinweisen könnten.

Methode

In einem mehrstufigen Prozess wurde in Kooperation mit der Diakonischen Stiftung Wittekindshof in Bad Oeynhausen ein Messinstrument konzipiert, welches eine Beurteilung der Symptomatik sowohl über eine Selbst- als auch eine Fremdeinschätzung ermöglicht. Als Grundlage dient das valide englischsprachige Verfahren *The Lancaster and Northgate Scale (LANTS)*².

MATS-IB – Interview

- Grundlage: *LANTS self report form*
- deutsche Version durch vier unabhängige Übersetzer
- gemeinsame Auswahl der jeweils geeignetsten Übersetzung

- Umwandlung der Items von Aussagen in Fragen
- Verwendung Leichter Sprache
- vierstufige Antwortskala von ‚Intensität‘ in ‚Häufigkeit‘
- Einschätzung der Antworten bezüglich zugrundeliegender diagnostischer Kriterien (ja/nein)

- 10 Items zu den Bereichen Vermeidungsverhalten, Hypervigilanz, Intrusionen, dissoziative Reaktionen sowie atypische Symptome

- deutschsprachiger Interviewleitfaden mit 33 Fragen
- Erfassung der PTBS-Kriterien (B-E) nach DSM-5 sowie atypischer Symptome
- vorgesehen für Menschen mit leichter bis mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung

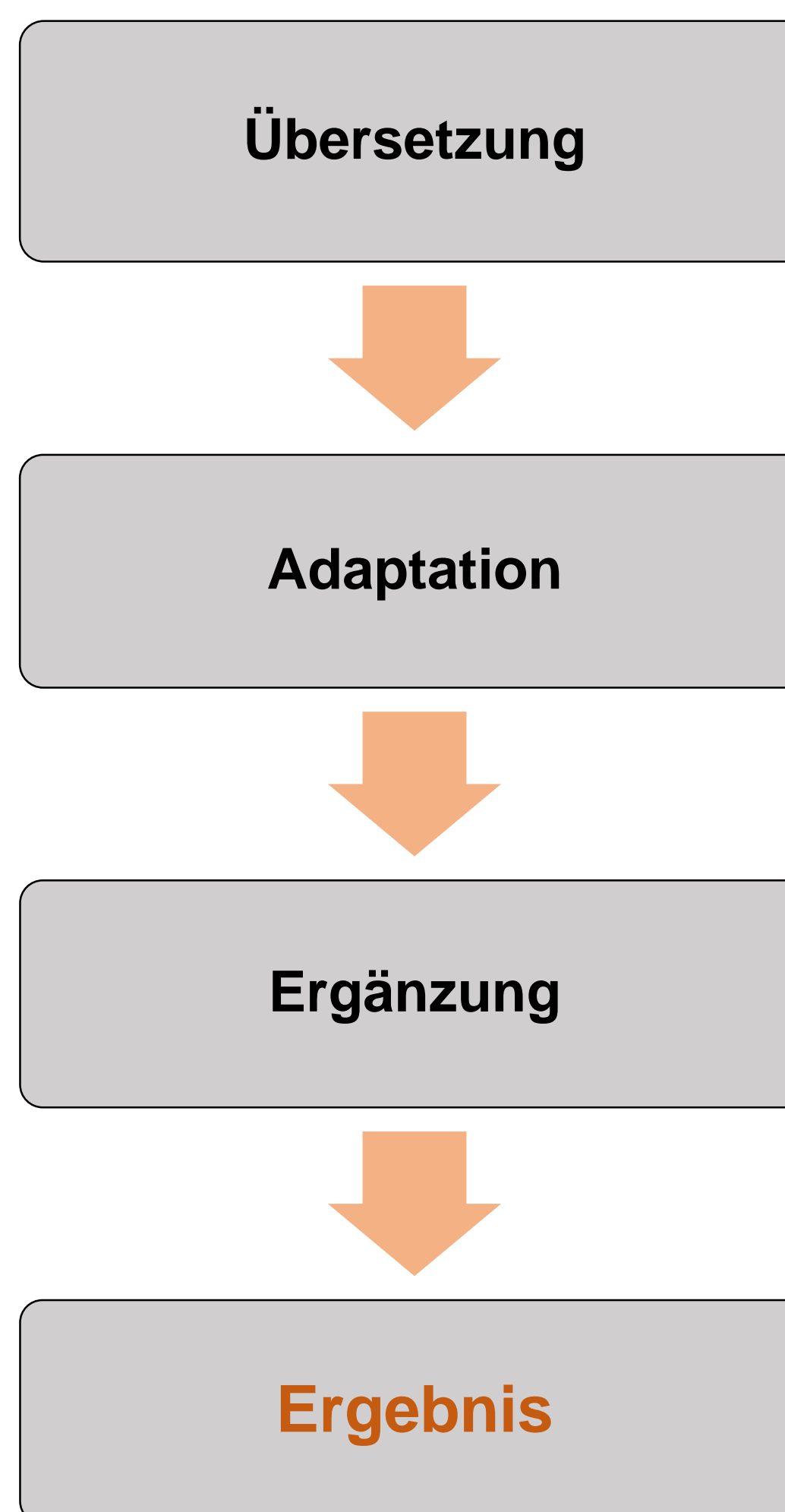
MATS-IB – Fragebogen

- Grundlage: *LANTS informant form*
- deutsche Version durch vier unabhängige Übersetzer
- gemeinsame Auswahl der jeweils geeignetsten Übersetzung

- Erfassung allgemeiner Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der letzten Wochen
- Antwort-Subskalen: ‚Häufigkeit‘ (sechsstufig), ‚Intensität‘ (dreistufig) und ‚Ich weiß es nicht‘-Kategorie

- Abfrage des A-Kriteriums mithilfe einer Liste mit 16 möglichen traumatischen Ereignissen
- 1 Item zur Erhebung eingenommener Psychopharmaka

- deutschsprachiger Fragebogen mit 44 Fragen
- Erhebung der Verhaltensbeobachtungen bezüglich PTBS-Kriterien (A-E) nach DSM-5 sowie atypischer Symptome
- vorgesehen für die BezugsmitarbeiterInnen der Betroffenen



Diskussion

Der MATS-IB soll als vorläufiger Entwurf verstanden werden, der in einer geplanten Pilotstudie auf seine Durchführbarkeit, Zumutbarkeit und Verständlichkeit hin überprüft wird. Diese wird ausführlich in einer weiteren Masterarbeit von Katharina Nagelschmidt dargestellt. Es ist anzumerken, dass eine reine Erfassung posttraumatischer Symptome bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgrund der Doppeldiagnose stets fehleranfällig sein kann.

Referenzen

¹ Emerson (2003). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58.

² Wigham et al. (2011). *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2651-2659.

Elternfragebogen zum Thema Teilleistungsstörungen – Wissen und Behandlungsmotivation von Eltern betroffener Kinder

Daniela Hartl
 Masterarbeit im Fachbereich I – Psychologie: Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters



Theorie

Teilleistungsstörungen gehören zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F81), z. B. sind Lese-Rechtschreibstörungen und Rechenstörung (Dyskalkulie), die häufigsten ihrer Art. Das Störungsbild ist im Vergleich zu anderen Störungen des Kindes- und Jugendalters noch sehr jung. Das Wissen um spezifische schulische Lernbeeinträchtigungen hat sich in den letzten Jahren beträchtlich erweitert, jedoch ist die Informationsverbreitung noch inkonstant (Asten & Lorenz, 2013). Bereits vor Schulbeginn können Vorläufersymptome erkannt werden und Hinweise auf eine Entwicklungsstörung geben (Jacobs, Petermann & Tischler, 2013; Warnke & Baier, 2013). Im Hinblick darauf erscheint Psychoedukation und Kooperationsbereitschaft von Eltern für die Behandlung betroffener Kinder von großer Bedeutung. Insbesondere die Behandlungsmotivation von Eltern stellt eine entscheidende Komponente innerhalb der Therapie mit Kindern und Jugendlichen dar (Hellwig-Brida, Mangold & Goldbeck, 2009). Bisher wurden das Wissen und die Behandlungsmotivation von Eltern betroffener Kinder zu dieser Entwicklungsstörung kaum untersucht.

Methode

Stichprobe

- 101 Eltern mit Kind Diagnose Teilleistungsstörung
 - Lese-Rechtschreibstörung (60 %)
 - Dyskalkulie (10 %)
 - Kombinierte Störung (30 %)
- 41 % ♀, 59 % ♂
- 11,3 Jahre ($SD = 3,87$, $Med = 10,0$)

Messinstrument

- Selbstentwickelter Fragebogen mit drei Skalen
 - Wissensfragen zum Thema Teilleistungsstörungen:
 - Basiswissen (BW)
 - Störungsspezifisches Wissen
 - Wissen LRS
 - Wissen DYS
 - Fragen zur Behandlungsmotivation
 - Fragen zu Einschränkungen im Alltag

N = 101	BW	LRS	DYS	Motivation	Einschränkungen
LRS	61	61	61	61	61
DYS	10	10	10	10	10
KOMBI	30	30	30	30	30

Abbildung 1: Versuchsaufbau

Hypothesen und Ergebnisse

Hypothese 1

- LRS: LRS > DYS
- DYS: DYS > LRS
- KOMBI: LRS = DYS

Hypothese 2

- BW: LRS = DYS = KOMBI
- LRS: LRS ≠ DYS ≠ KOMBI
- DYS: LRS ≠ DYS ≠ KOMBI

Hypothese 3

Positiver Zusammenhang zwischen Gesamtwissen und Behandlungsmotivation

Hypothese 4

Positiver Zusammenhang zwischen Einschränkungen im Alltag und Behandlungsmotivation

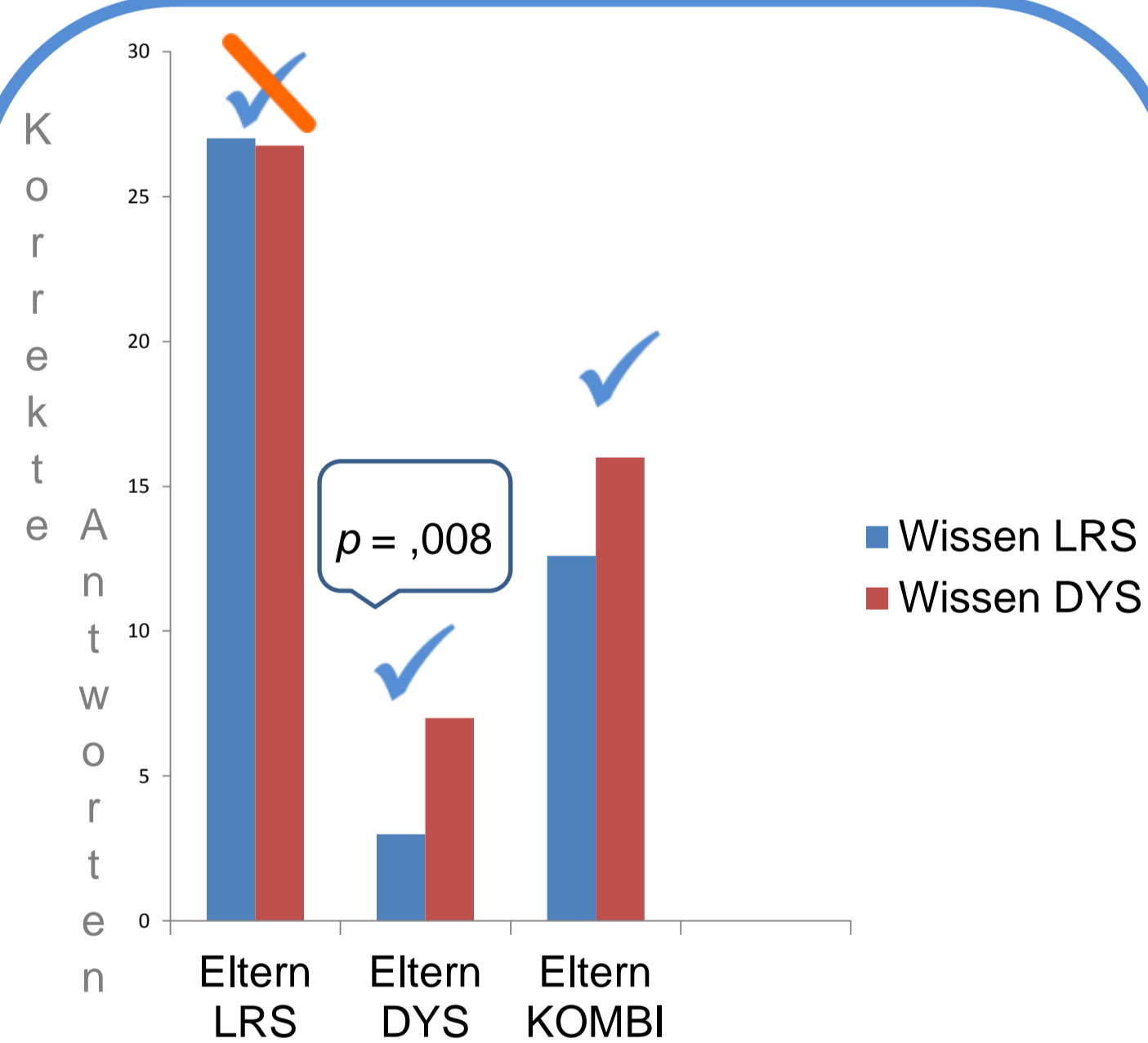


Abbildung 2: Unterschiede zwischen den Elterngruppen

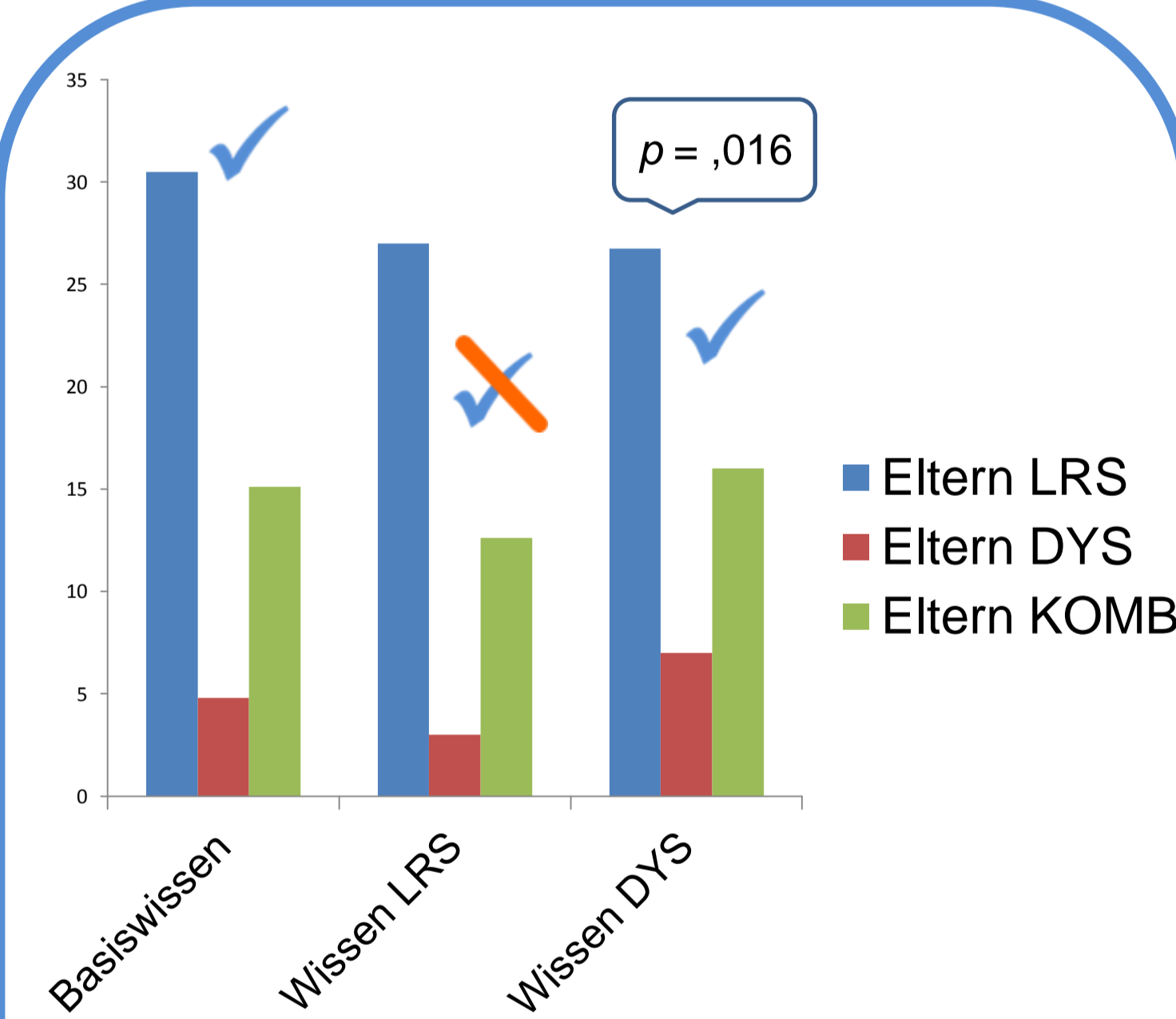
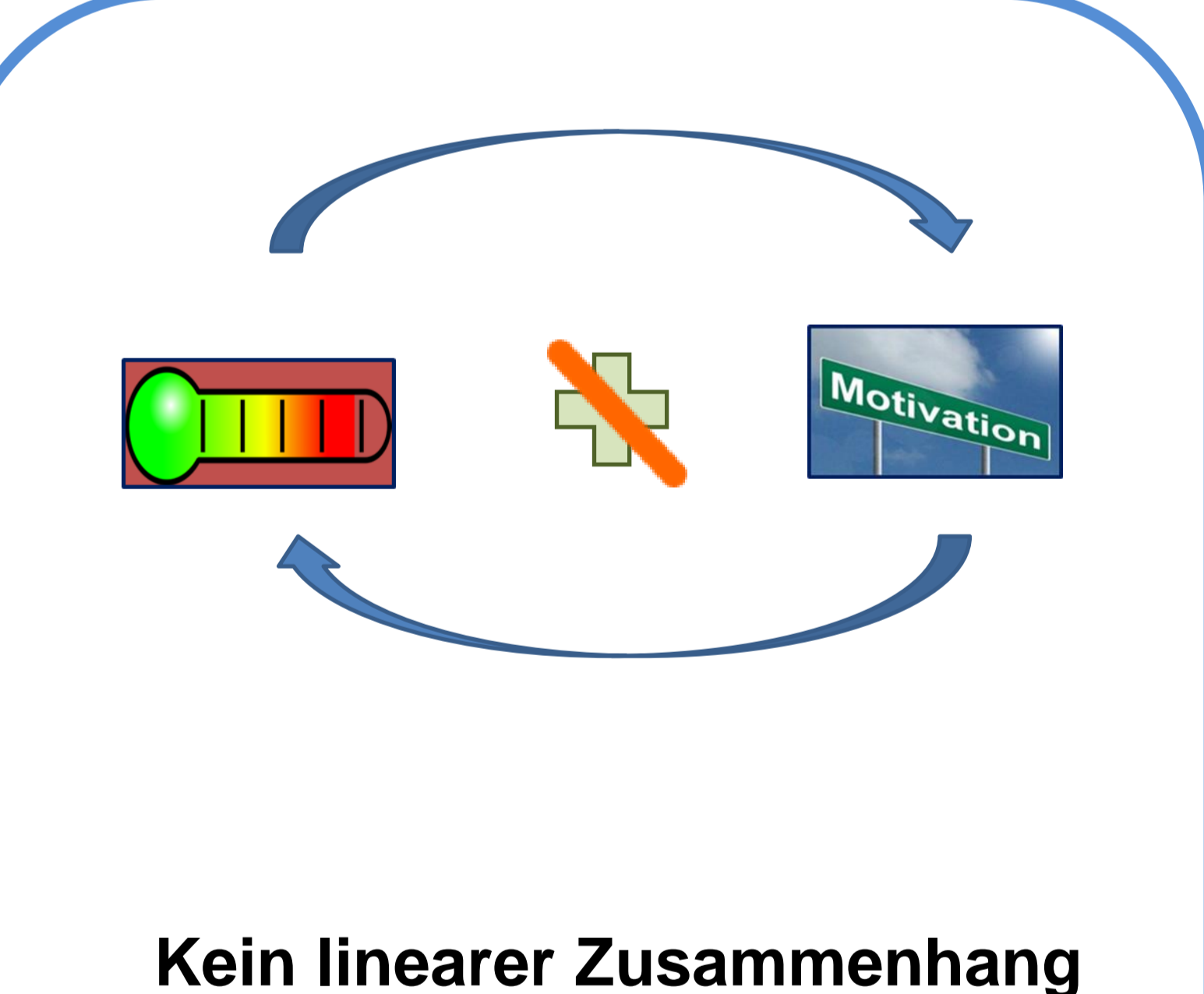
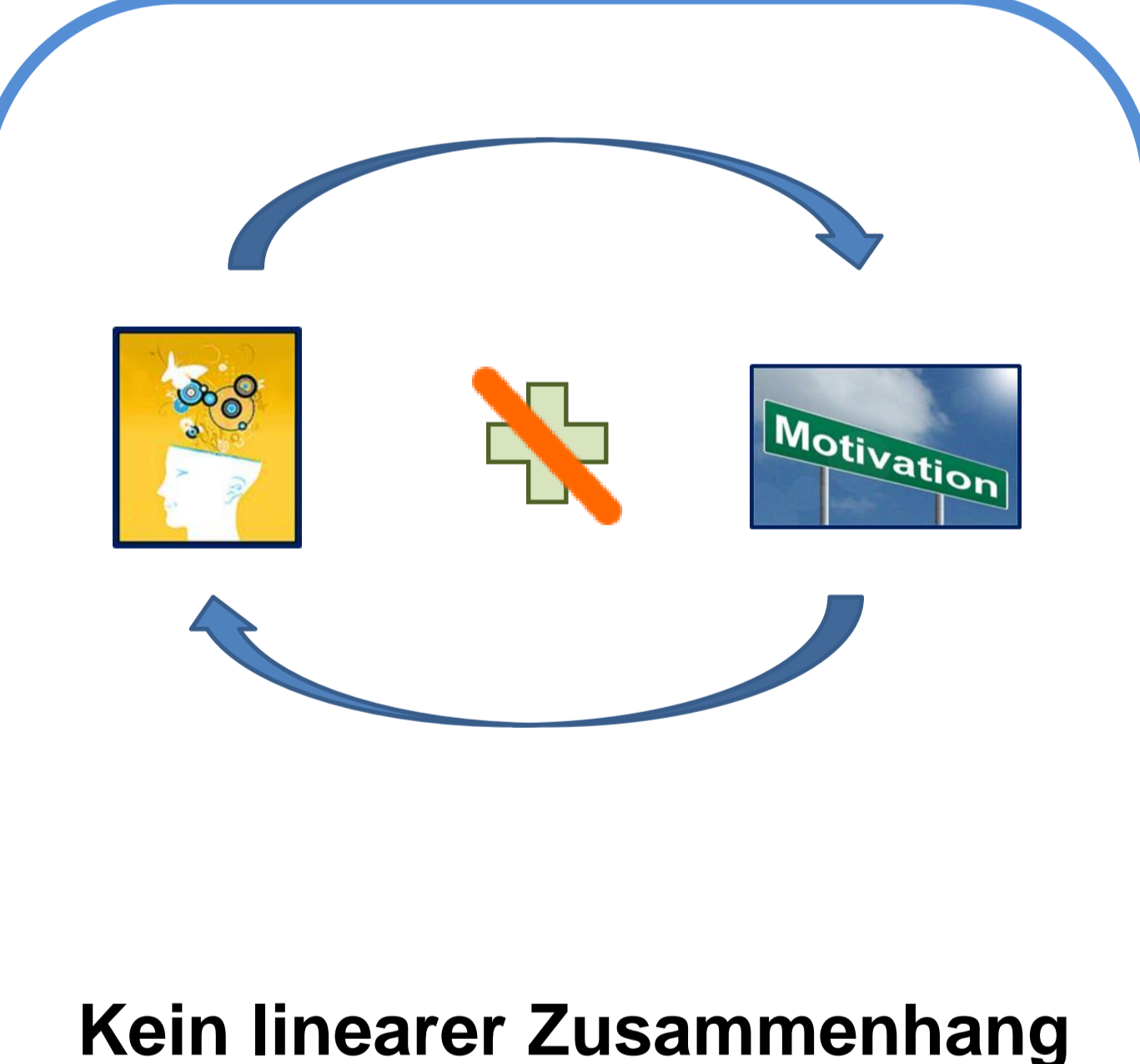


Abbildung 3: Unterschiede zwischen den Wissensformen



- DYS: DYS > LRS ✓
- KOMBI: LRS = DYS ✓

- BW: LRS = DYS = KOMBI ✓
- DYS: LRS ≠ DYS ≠ KOMBI ✓

Diskussion

Entgegen der Erwartungen konnten weniger Zusammenhänge von Wissen, Behandlungsmotivation und Einschränkungen im Alltag gefunden werden. Bestätigt werden konnte, dass Eltern, deren Kind eine Dyskalkulie hat, mehr über diese Störung wissen und Eltern, deren Kind vom kombinierten Typus betroffen ist, anteilig gleich viel wissen. Zwischen den Wissensformen fanden sich lediglich Differenzen im Bereich der Dyskalkulie. Verglichen mit den anderen Wissensbereichen, wird die Aneignung von Wissen über Dyskalkulie möglicherweise von weiteren Bedingungsgefügen beeinflusst. Ferner ist zu überlegen, ob die schon länger erforschte und bekannte Lese-Rechtschreibstörung als eine Art Alltagswissen und das Wissen über die noch junge Dyskalkulie als Spezialwissen aufgefasst werden kann. Als solche könnte sie z. B. von einer intensiveren Informationssuche abhängig sein. Entgegen der Ergebnisse aus anderen Studien (vgl. Hellwig-Brida et al., 2009) konnte hinsichtlich der Teilleistungsstörungen kein Zusammenhang zwischen Wissen und Behandlungsmotivation gefunden werden. Unter Umständen gibt es in diesem Störungsbereich ein solches Konstrukt nicht. Außerdem gab es keine Trennung der einzelnen Elterngruppen bzgl. des Gesamtwissens; Eltern wurden nicht ausschließlich diagnosekonform befragt. Darüber hinaus ist denkbar, dass Eltern die Einschränkungen im Alltag unterschiedlich wahrnehmen und bewerten, so dass nicht ohne weiteres von einer hohen Einschränkung zugleich auf eine hohe Motivation geschlossen werden darf. In zukünftigen Studien gilt es zu klären, welche weiteren Differenzierungen getroffen werden sollten. Limitierend bleibt zu beachten, dass die Stichprobe, vor allem die Eltern, deren Kind eine Dyskalkulie hat, sehr klein ausgefallen ist. Des Weiteren wurden die verschiedenen Skalen nicht einheitlich verrechnet. Die unterschiedliche Gewichtung der Items, könnte zu Ergebnisverzerrungen geführt haben.

Literatur

- Aster, M. von & Lorenz, J.H. (Hrsg.) (2013). Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (2. überarb. u. erw. Aufl.) Göttingen: Vandenhoecke & Ruprecht.
 Hellwig-Brida, Mangold & Goldbeck (2009). Der Elternfragebogen ADHS - Wissen und Behandlungsmotivation: Entwicklung und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37 (5), 441-449.
 Jacobs, C., Petermann, F. & Tischler, L. (2013). Rechenstörung. In F. Petermann (Hrsg.) Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. (7. überarb. u. erw. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
 Warnke, A. & Baier, E. (2013). Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In Petermann, F. (Hrsg.) Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. (7. überarb. u. erw. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.

Schmerzen besser verstehen: Kinder und Jugendliche mit chronischen Kopf- und Bauchschmerzen

Betrachtung von Angstreaktionen bei proximalen interozeptiven Empfindungen im Zusammenhang mit dem German Fear of Pain Questionnaire for Children

Postersession "Forschungshighlights der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie" der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der

Universität Trier

Dozent: Luca Schaan

Erstellerin: Katharina Habenicht



Universität Trier



Vor dem Hintergrund steigender Prävalenzraten von chronischen Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen und den damit verbundenen zunehmenden Beeinträchtigungen ist es notwendig, die Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen zu verstehen.

In Anlehnung an das Fear-Avoidance-Model von Vlaeyen (2000) können schmerzbezogene Ängste durch eine dysfunktionale Bewertung von Schmerzen entstehen und in Folge dazu führen, dass schmerzbezogene Situationen vermieden werden. Parallel zum Schmerzerleben können körpereigene (interoceptive) Empfindungen (z.B. Druckgefühle) auftreten und durch klassisches Konditionieren zu einem konditionierten Auslöser einer Angstreaktion bei chronischen Schmerzen werden (Meulders, Vansteenwegen, & Vlaeyen, 2011; Zaman et al., 2015).

Dabei haben interoceptive Empfindungen, die räumlich nahe (proximal) zum Entstehungsort des chronischen Schmerzes liegen eine höhere Wahrscheinlichkeit zum konditionierten Stimulus zu werden als interoceptive Empfindungen, die räumlich entfernt (distal) zum Entstehungsort des chronischen Schmerzes liegen (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001). In einer Studie von Flack, Pané-Farré, Zernikow, Schaan, und Hechler (submitted) zeigen Kinder und Jugendliche mit chronischen Bauchschmerzen eine höhere Angstreaktion bei interozeptiven Empfindungen, die proximal zum Entstehungsort des chronischen Schmerzes liegen, als interoceptive Empfindungen, die distal zum Entstehungsort des chronischen Schmerzes liegen. Eine Methode, um die Angst vor Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen, ist die deutsche Version des Fragebogens Fear of Pain for Children (GFOPQ-C) von Flack, Gerlach, Simons, Zernikow, und Hechler (in revision). Es wird angenommen, dass hohe schmerzbezogene Ängste mit einer hohen Angstreaktion bei proximalen interozeptiven Empfindungen einhergehen.



Hypothesen

(H1): Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen den Skalen schmerzbezogene Angst bzw. Vermeidung von Aktivitäten des GFOPQ-C Fragebogens und den subjektiven Ratings bzgl. schmerzbezogene Angst und Vermeidung von proximalen interozeptiven Empfindungen.

(H2): Die Korrelationskoeffizienten unterscheiden sich zwischen den untersuchten Populationen nicht.

Stichprobe:

40 Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen im Alter zwischen 11 und 18 Jahren. Davon waren:

- 20 Kinder und Jugendliche mit chronischen Kopfschmerzen (16 ♀, 4 ♂; $M= 15.0$ Jahre; $SD= 1.8$)
- 20 Kinder und Jugendliche mit chronischen Bauchschmerzen (13 ♀, 7 ♂; $M= 14.2$ Jahre; $SD= 2.0$)

Messmethode:

1. German Fear of Pain Questionnaire for Children (GFOPQ-C; Flack et al., in revision). Der Fragebogen erfasst das Konstrukt Angst vor Schmerzen über zwei Subskalen:

- Skala 1: "Schmerzbezogene Angst" über 15 Items
- Skala 2: "Vermeidung von Aktivitäten" über 9 Items

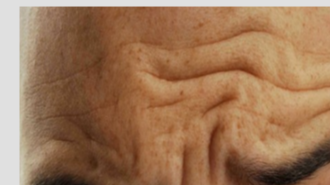
2. Selbstberichtete verbale Ratings:

- Selbstberichtete Angst (VAS: 0-100; 0=keine Angst, 100=sehr starke Angst)
- Selbstberichtete Vermeidung (VAS: 0-100; 0=kein Verlangen die Situation zu vermeiden; 100=sehr starkes Verlangen die Situation zu vermeiden)

Experimentelles Paradigma:

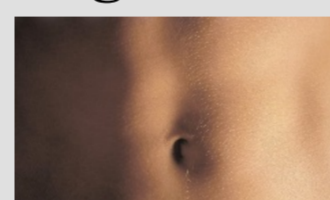
Aufgabe der Versuchspersonen war es in drei Tasks spezifische Muskelgruppen über 3 Minuten anzuspannen:

"Frown" task



Proximal: Kinder/Jugendliche mit chronischen Kopfschmerzen
Distal: Kinder/Jugendliche mit chronischen Bauchschmerzen

"Tighten stomach" task



Proximal: Kinder/Jugendliche mit chronischen Bauchschmerzen
Distal: Kinder/Jugendliche mit chronischen Kopfschmerzen

"Clench fist" task



Sicherer Task für alle Versuchspersonen

Ziel: Durchführung der Tasks um interoceptive Empfindungen proximal zum Entstehungsort des chronischen Schmerzes zu induzieren.

Anschließende Ratings bzgl. wahrgenommene Angst und Vermeidung während der Durchführung der Tasks.

Statistische Auswertung:

(H1): Die geplante statistische Auswertung erfolgt über 4 Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung):

- Kinder und Jugendliche mit chronischen Kopfschmerzen: Korrelationen zwischen den Skalen "schmerzbezogene Angst" sowie "Vermeidung von Aktivitäten" und der selbstberichteten Angst vor Schmerzen bzw. Vermeidung von proximalen interozeptiven Empfindungen.
- Kinder und Jugendliche mit chronischen Bauchschmerzen: Korrelationen zwischen den Skalen "schmerzbezogene Angst" sowie Vermeidung von Aktivitäten und der selbstberichteten Angst vor Schmerzen bzw. Vermeidung von proximalen interozeptiven Empfindungen.

(H2): Eine anschließende vergleichende Analyse (Fisher Z-Transformation) erlaubt einen Vergleich der Korrelationskoeffizienten.

Quellenangaben:

Bouton, M.E., Mineka, S., & Barlow, D.H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108 (1), 4-32.

Flack, F., Gerlach, A.L., Simons, L.E., Zernikow, B., & Hechler, T. (in revision). Validation of the German Fear of Pain Questionnaire in a sample of children with mixed chronic pain conditions. *European Journal of Pain*.

Flack, F., Pané-Farré, C., Zernikow, B., Schaan, L., & Hechler, T. (submitted). Fearful responses to the provocation of interoceptive sensations in adolescents with chronic pain disorders: A preliminary experimental study comparing adolescents with chronic headache to adolescents with chronic abdominal pain.

Meulders, A., Vansteenwegen, D., & Vlaeyen, J.W.S. (2011). The acquisition of fear of movement-related pain and associative learning: A novel pain-relevant human fear conditioning paradigm. *Pain*, 152 (11), 2460-2470.

Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85 (3), 317-332.

Zaman, J., Weltens, N., Ly, H.G., Struyf, D., Vlaeyen, J.W.S., van den Bergh, O., ... van Diest, I. (2015). Influence of interoceptive fear learning on visceral perception. *Psychosomatic Medicine*, 78 (2), 248-258.



Traumaunspezifische Aspekte auf Patientenseite in der Traumatherapie: Die Bedeutung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, der Kontrollüberzeugungen und der psychischen Inkongruenz für die Wirksamkeit stationärer Therapie bei PTBS

THEORETISCHER HINTERGRUND

Ein Trauma wird von der APA als „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ definiert (Falkai & Wittchen, 2015) und umfasst diverse sehr aversive Ereignisse (z. B. Unfälle, Kriegserlebnisse, Vergewaltigung, sexuellen Missbrauch, Gewalt). Das Erleben einer traumatischen Situation ist immer mit einem Kontrollverlust verbunden. Insbesondere menschlich verursachte Traumata (sog. *man-made* Traumata) wirken sich darüber hinaus auf das Bindungsbedürfnis aus. Nicht immer entwickeln traumatisierte Menschen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere Traumafolgestörungen. In diesem Zusammenhang spielen Schutz- und Risikofaktoren eine Rolle, z. B. die erlebte soziale Unterstützung (Brewin, Andrews & Valentine, 2000) und die subjektiven Kontrollüberzeugungen (Sattler, Boyd & Kirsch, 2014).

Das Konsistenztheoretische Modell von Grawe (2004) ist ein allgemeines Modell, das sich mit psychischen Grundbedürfnissen und allen voran ihrer Rolle für die psychische Gesundheit bzw. Krankheit beschäftigt. Die vier postulierten psychischen Grundbedürfnisse lauten Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung sowie Selbstwerterhöhung/-schutz. Grawe zufolge führen unbefriedigte Bedürfnisse zu einer psychischen Inkongruenz, welche wiederum zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beiträgt. Psychische Inkongruenz wird als „Nichtübereinstimmung der realen Erfahrungen mit den aktivierten motivationalen Schemata“ definiert (Grawe, 2004, S. 190), d.h. einer Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen eines Individuums und der erlebten Realität. Eine Metaanalyse zur psychischen Inkongruenz stützt diese Annahmen (Fries & Grawe, 2006). Es ist anzunehmen, dass bei Traumatisierten eine generelle prätraumatische psychische Kongruenz als Schutzfaktor für die Entwicklung von Traumafolgestörungen dient, aber auch im Kontext der Traumatherapie eine Rolle für das Bewältigen der Störungen spielt.

Bislang wurde wenig untersucht, welche Rolle diese traumaunspezifischen Aspekte in der Traumatherapie spielen. Das Ziel der traumaspezifischen Verfahren in der Traumatherapie besteht überwiegend im Wiedererlangen von Kontrolle und Vertrauen in Bindungspersonen. Die Psychotherapie kann nur im Rahmen einer guten psychotherapeutischen Beziehung gelingen. Es ist unklar, ob therapeutische Interventionen wie Stabilisierung, Ressourcenarbeit oder Traumakonfrontation auf Patientenseite mit einem Wiedererlangen von subjektiver Kontrolle, einem gestärkten und als unterstützend erlebten sozialen Netzwerk und damit letztendlich verbesserter psychischer Kongruenz einhergehen.

Ziel der Untersuchung: In der vorliegenden Studie soll ein Beitrag zur Klärung geleistet werden, inwiefern sich die wahrgenommene soziale Unterstützung, die subjektiven Kontrollüberzeugungen sowie die psychische Inkongruenz im Laufe einer integrativen stationären Traumatherapie bei PTBS-Patienten verändern und ob die Veränderungen mit Therapieerfolg assoziiert sind. Zudem soll untersucht werden, ob die wahrgenommene soziale Unterstützung und die Kontrollüberzeugungen unvermittelt als unspezifische Variablen die psychische Gesundheit verbessern oder die Reduktion der psychischen Inkongruenz als eigentlicher Mechanismus medierend auf den Therapieerfolg wirkt.

FRAGESTELLUNGEN

- Fragestellung 1:** Nehmen im Therapieverlauf a) die wahrgenommene soziale Unterstützung und b) die internen Kontrollüberzeugungen zu bzw. c) die Inkongruenz ab?
- Fragestellung 2:** Sind Maße des Therapieerfolgs zurückführbar auf einer Veränderung hinsichtlich a) der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, b) der Kontrollüberzeugungen und c) der Inkongruenz im Laufe der stationären Therapie?
- Fragestellung 3:** Ist die Inkongruenz eine bedeutsame Mediatorvariable für den Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und a) der Veränderung in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bzw. b) der Kontrollüberzeugungen?

METHODEN

Unabhängige Variablen:

- Wahrgenommene soziale Unterstützung → Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (*F-SozU*; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)
- Kontrollüberzeugungen → Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (*FKK*; Krampen, 1991)
- Psychische Inkongruenz → Inkongruenzfragebogen (*INK*; Grosse-Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004)

Maße der Veränderung und des Therapieerfolgs:

- | | | |
|---|------------|---------------------------------|
| a) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, Kurzform (<i>VEV-K</i> ; Kriebel, Paar, Schmitz-Buhl & Raatz, 2001) | direkt | Selbstbeurteilung des Patienten |
| b) Prä-Post-Differenz im PTBS-Schweregrad | } indirekt | Rating durch Studienleiter |
| c) Prä-Post-Differenz im Brief Symptom Inventory (<i>BSI</i> ; Franke, 2000) | | Selbstbeurteilung des Patienten |
| d) Prä-Post-Differenz des Globalen Funktionsniveaus (<i>GAF</i> ; APA, 2000) | | Therapeuteneinschätzung |

Statistische Analyse:

- **Fragestellung 1:** Prä-Post-Mittelwertvergleiche anhand von t-Tests für Differenzen (bei Vorliegen einer Normalverteilung) bzw. WILCOXON-Tests für Paardifferenzen (bei Nichtvorliegen)
- **Fragestellung 2:** anhand von multiplen Regressionen (metrische Daten) bzw. multinomiale logistische Regressionen (ordinale Daten)
- **Fragestellung 3:** Regressionsanalysen und Signifikanzprüfung des Mediationseffekts mittels des Sobel-Tests

Stichprobenbeschreibung:

- N = 24, stationäre Patienten der Klinik am Waldschlößchen in Dresden (Stationen 3 / 4) → klinische Gelegenheitsstichprobe
- Inklusion: stationäre Behandlung auf Station 3 / 4 sowie Diagnose einer PTBS laut SKID-I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997)
- Exklusion: schwerwiegende organische oder psychiatrische Krankheiten, akute psychotische Störungen, akute Suizidalität

ERSTE ERGEBNISSE

Deskriptive Statistik:

- Alter: MW = 45,67 Jahre (SD = 10,11 J.); Geschlecht: 14 Männer, 10 Frauen (58,3% männlich)
- Zeit seit Traumatisierung: MW = 19,01 Jahre
- Dauer des stationären Aufenthalts: MW = 89,79 Tage
- Anzahl der Einzelpsychotherapie-Sitzungen: MW = 35,42
- Traumaklassifikation (nach Maercker, 2013):
 - 7x ausschließlich Typ I, 16x ausschließlich Typ II, 1x Typ I+II
 - 13x man-made, 7x non-man-made, 4x beides

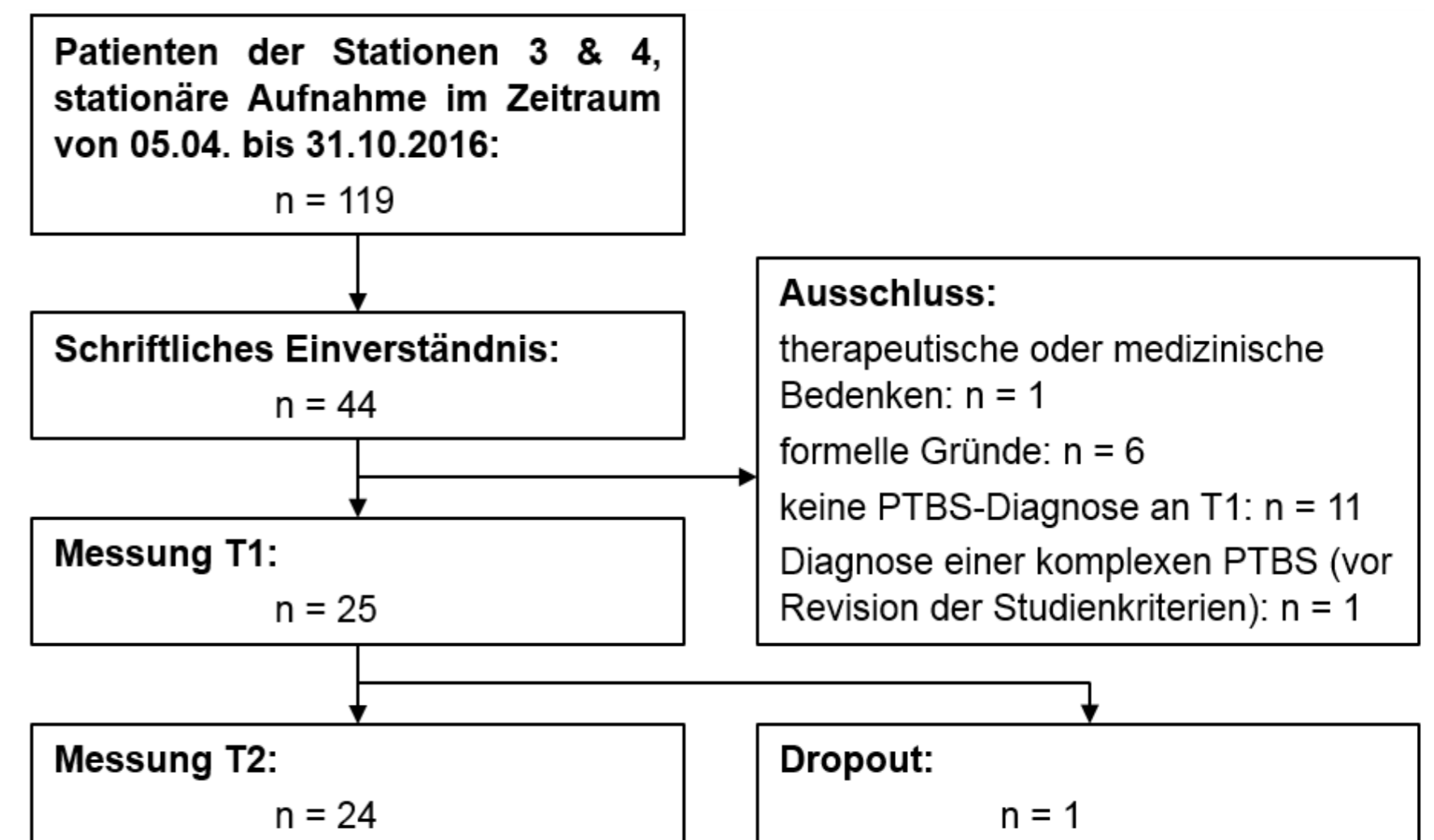


Abbildung 1. Flow-Chart der Erhebung.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. Ausgabe, revidiert). Washington, DC: The Association.
Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2014). *American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (deutsche Ausgabe). Göttingen: Hogrefe.
First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: Clinician version*. American Psychiatric Pub.
Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis. Kurzform der SCL-90-R (BSI)*. Göttingen: Beltz Test.
Fries, A. & Grawe, K. (2006). Inkonsistenz und psychische Gesundheit: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(2), 133-148.

Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung: F-SozU; Manual*. Göttingen: Hogrefe.
Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
Grosse Holtforth, M., Grawe, K., & Tamcan, Ö. (2004). *Inkongruenzfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M., & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit den Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 20-32.
Maercker, A. (Hrsg.) (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
Sattler, D. N., Boyd, B. & Kirsch, J. (2014). Trauma-exposed firefighters: Relationships among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience. *Stress and Health*, 30(5), 356-365.

Wie wird eine Forschungs Kooperation am Beispiel des KiKö-Projektes zwischen Universität und Kindertagesstätte bewertet?

Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Paula Rose, B.Sc.



Theoretischer Hintergrund

Bislang sind Evaluationen von Forschungs Kooperationen zwischen Universitäten und Kindertagesstätten kein Bestandteil der Evaluationsforschung.

Ziel der vorliegenden Evaluationsstudie ist es, anhand eines Interviewfragebogens Erfolge und Probleme der Forschungs Kooperation zwischen der Universität Trier und 15 Kindertagesstätten im Großraum Trier und Köln im Rahmen des Forschungsprojektes „KiKö - kindliches Körpergefühl: Mein Körper, mein Gefühl und Ich“ aufzuzeigen und ggf. Lösungsansätze für aufgetretene Probleme bzgl. der Kooperation sowie der Evaluation zu erarbeiten.

Ergebnisse

100% Zustimmung zu einer fortführenden Forschungs Kooperation.

Methodenteil

Stichprobe

- 15 Kindertagesstätten-Leitungen

Erhebungssetting

- 10-15 minütiges Telefoninterview

Evaluation der Forschungs Kooperation

- 16 Items umfassender Interviewfragebogen
 - Kooperationsgrund
 - Kooperationsbewertung
 - Mehraufwand
 - Projekterleben
 - Erzieherisches Eingreifen
 - Verbesserungsvorschläge
 - Fortführende Forschungs Kooperation
 - Serviceleistungen

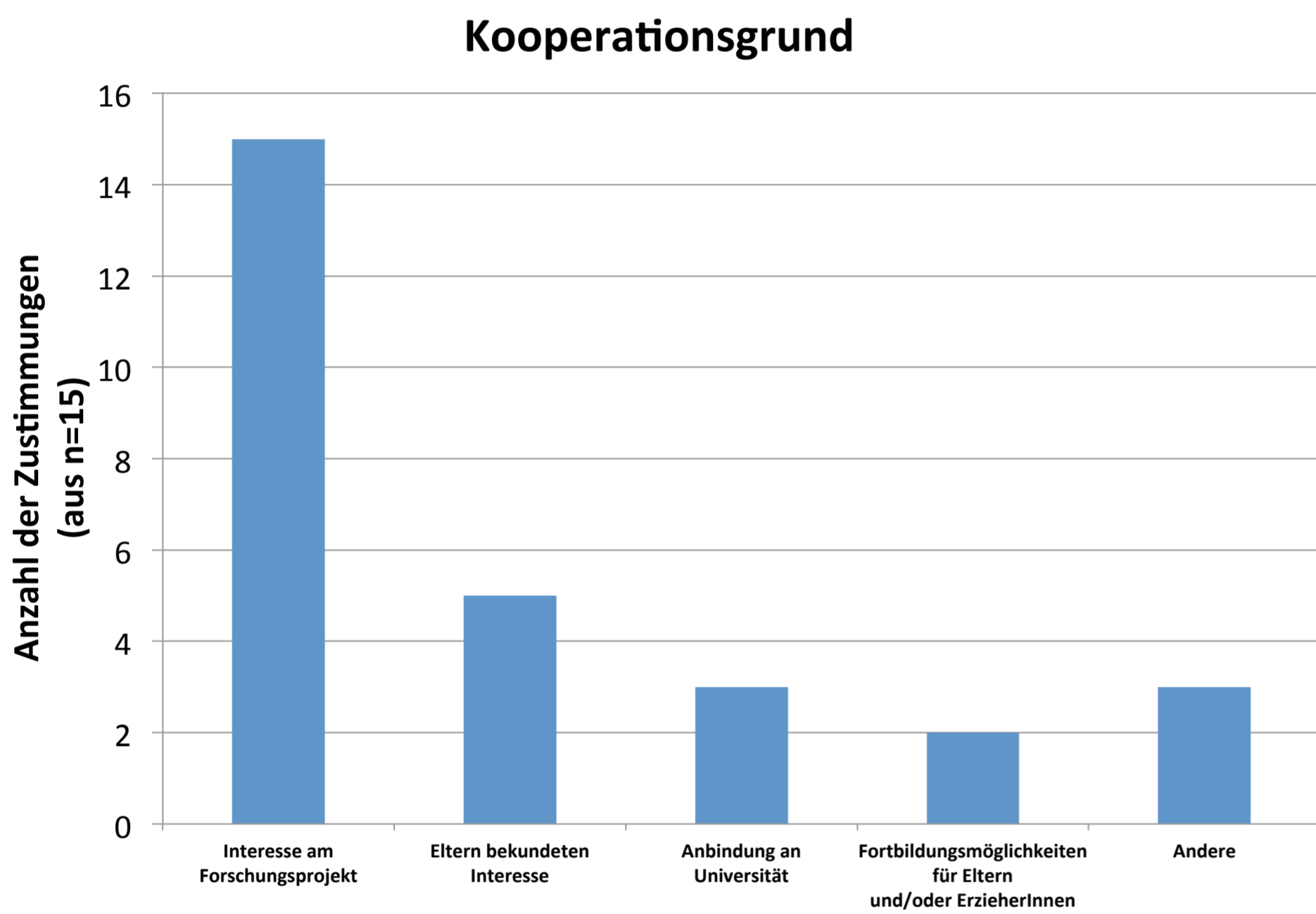


Abbildung 1: Ergebnisse des Items zum Kooperationsgrund

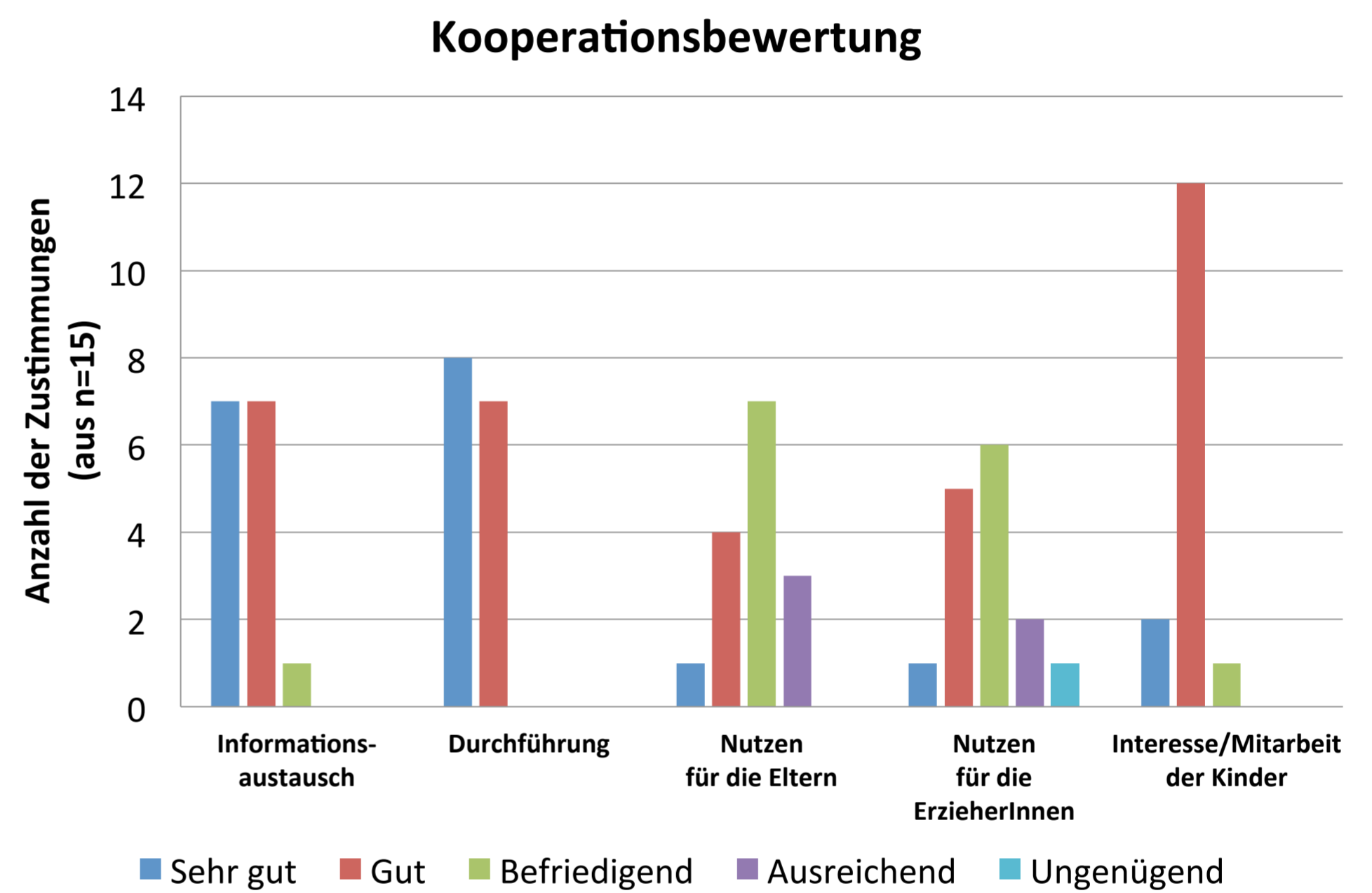


Abbildung 2: Ergebnisse des Items zur Kooperationsbewertung

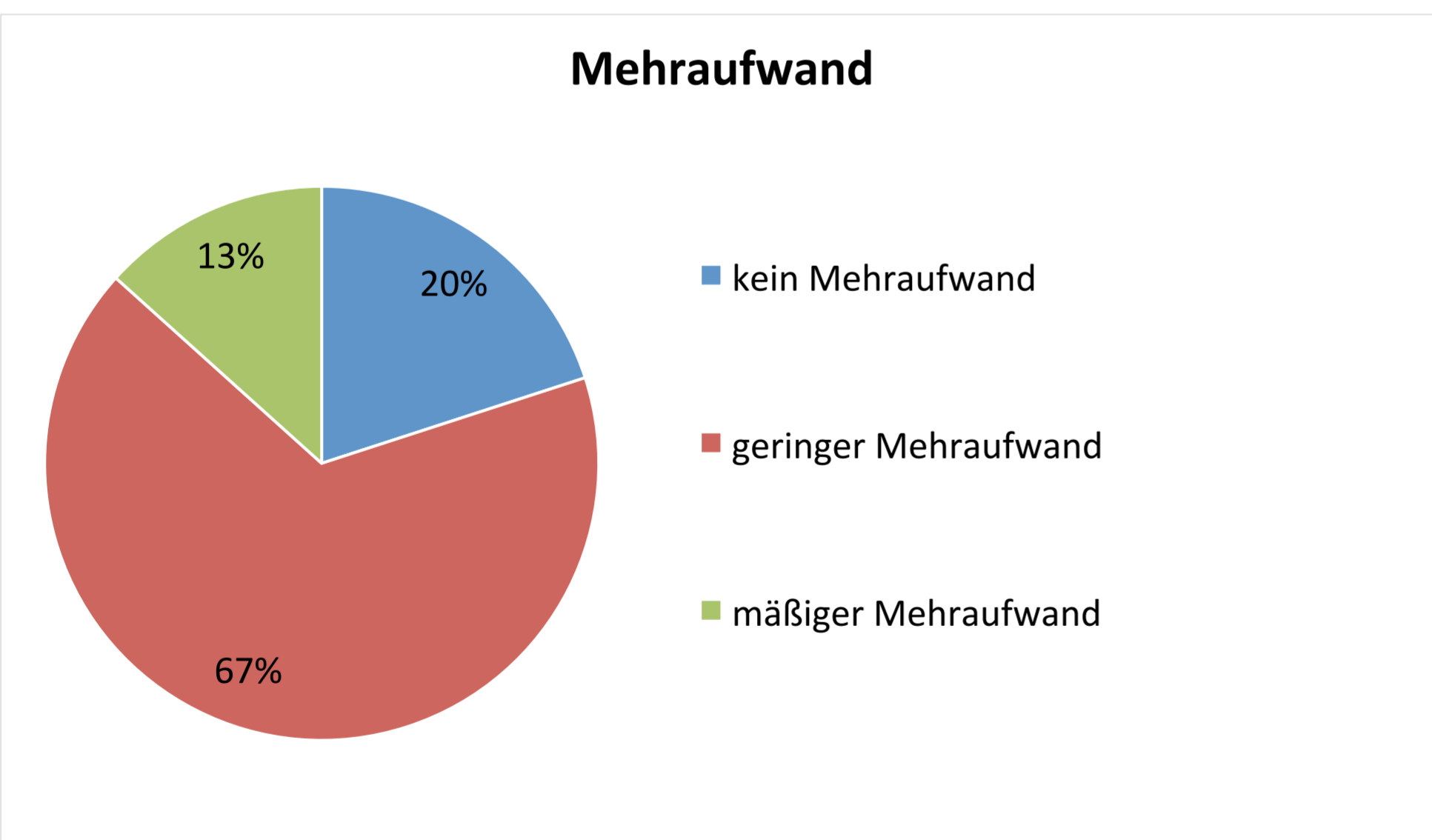


Abbildung 3: Ergebnisse des Items zum Mehraufwand

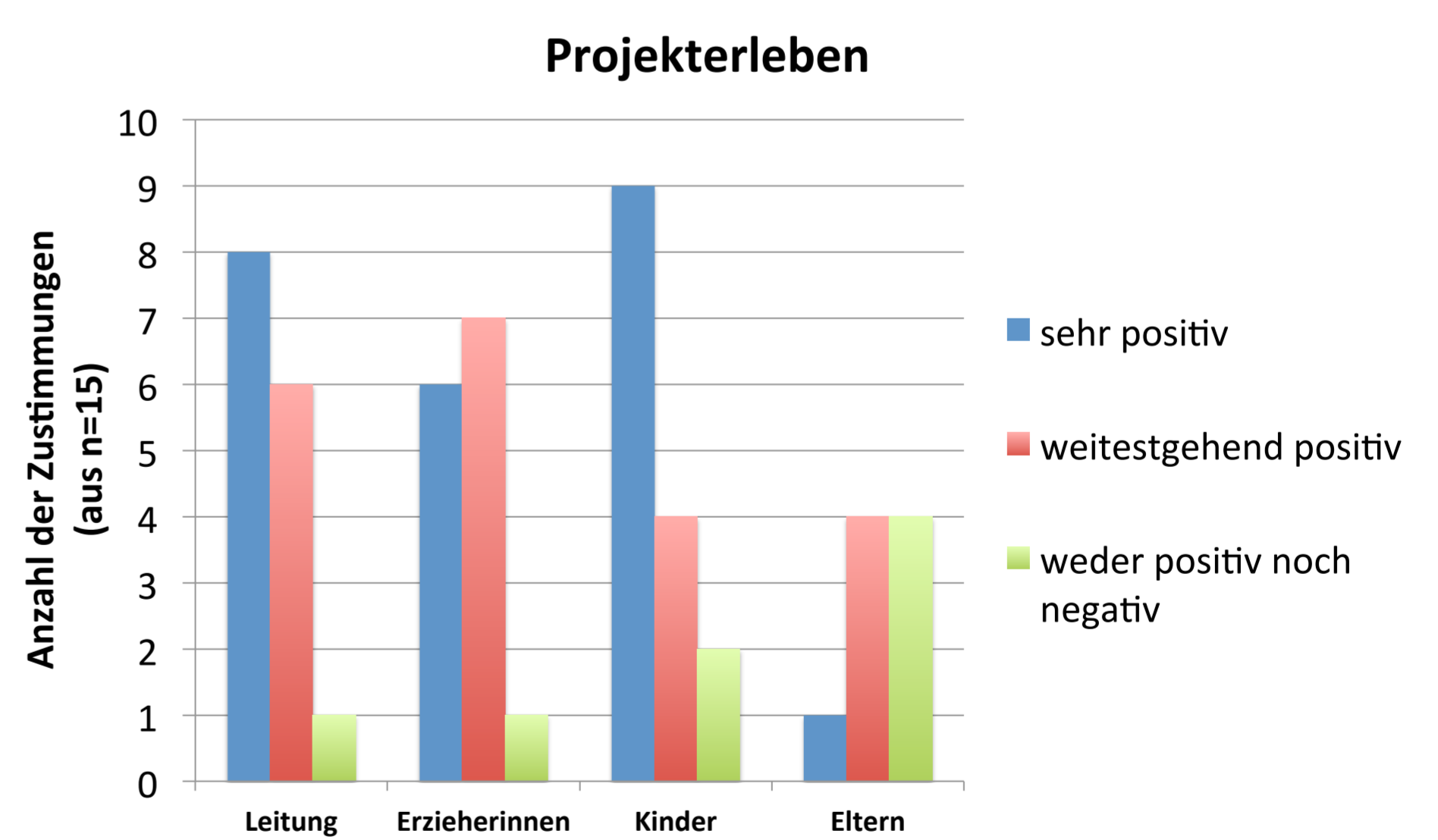


Abbildung 4: Ergebnisse des Items zum Projekterleben

Diskussion

Interpretation

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Evaluation des durchgeführten Forschungsprojektes positiv ausgefallen ist. Es konnte gezeigt werden, dass die Forschungs Kooperation von den Leitungen als positiv bewertet und einer weiterführenden Kooperation zugestimmt wurde.

Optimierungsvorschläge

- umfassenderer Informationsaustausch zwischen Projektmitarbeiterinnen und *gesamtem* Erzieher team vor der Durchführung des Projektes
- Konstruktion spezifischer Fragebögen für einzelne Personengruppen wie Leitungen, Erzieherinnen und Eltern
- spezifischere Differenzierung einzelner Items

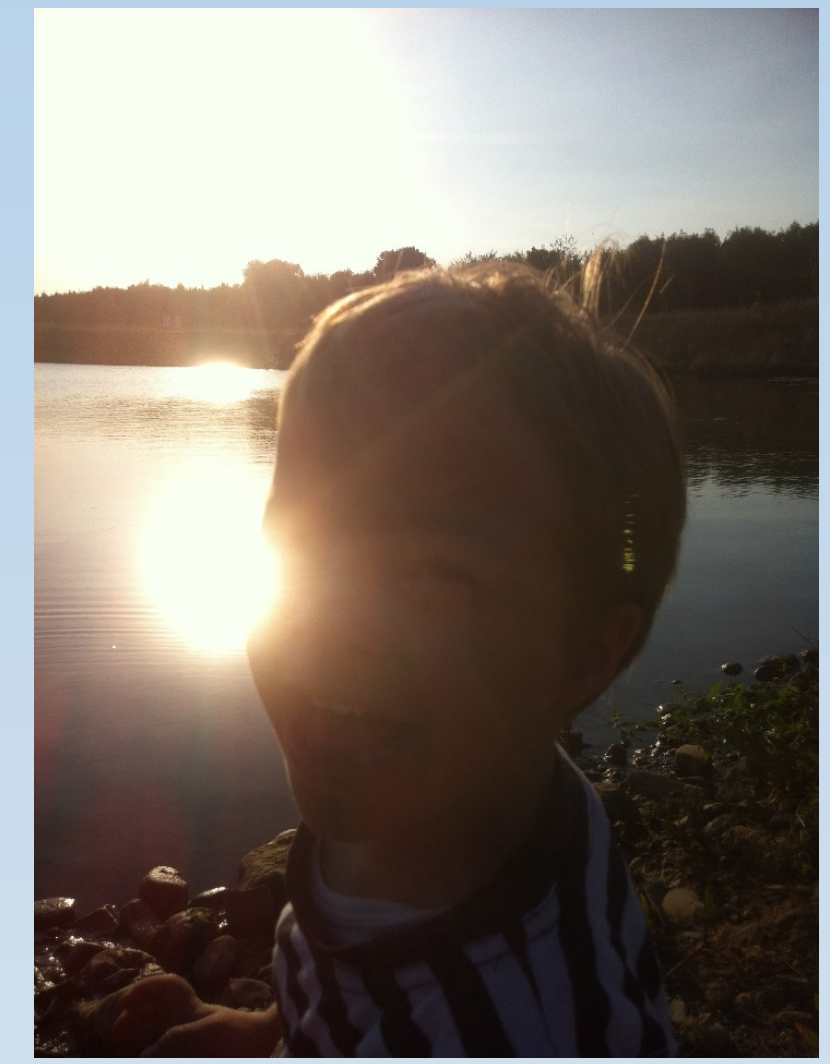
Ausblick

Zusammenfassend bietet die vorliegende Untersuchung eine gute Basis für folgende Evaluationsstudien dieser Art.

Literatur

- Balzer, L., Frey, A., Nenninger, P. (1999). Was ist und wie funktioniert Evaluation? Zeitschrift zu Theorie und Praxis erziehungswissenschaftlicher Forschung. *Empirische Pädagogik*, 13, S. 393 – 413.
 Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer.
 Gollwitzer, M. & Jäger R. (2014). *Evaluation Kompakt* (2., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
 Wottawa, H. & Thierau, H. (1990). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Hans Huber.

Kompetenzen in der Rolle von Eltern von Kindern mit Trisomie 21



Theorie

- Wandel der Forschungsperspektive auf die Situation von Familien mit behinderten Kindern von **defizitorientierter Sichtweise** hin zu Fragen nach **Kompetenzen und Lebensglück**
- Optimale **Förderung** von Erziehungskompetenzen erfolgt idealerweise **zielgruppenspezifisch**
→ Analyse der geforderten Kompetenzen von Eltern von Kindern mit Trisomie 21 könnte Beitrag zur Verbesserung der Erziehungsberatung leisten
- Thematische Einbettung:
 - Besonderheiten im Leben mit einem geistig behinderten Kind anhand der **Anforderungsanalyse Sarimskis (2001)** & dem theoretischen Hintergrund zum Umgang mit kritischen Lebensereignissen
 - **Erziehungs- und Beziehungskompetenzklassen** des Modell **Schneewinds (2005)**

Fragestellungen

1. Werden **andere** Kompetenzen in der Rolle von Eltern von Kindern mit Trisomie 21 benötigt als bei nicht betroffenen Eltern?
2. Welche Kompetenzen in der Rolle von Eltern eines Kindes mit Trisomie 21 sind **besonders stark gewichtet**?

Methode

- Literaturrecherche (PsycInfo, Google Scholar, Universitätsbibliothek, Fernleihe) zu Kompetenzen in der Erziehung von Kindern mit Trisomie 21 → keine Ergebnisse
- Modifizierung der Suche um spezifische Anforderungen und personale Veränderungen → zufriedenstellende Ergebnisse
- Systematisierung der Ergebnisse in einer Matrix aus Kategorisierung Sarimskis (2001) sowie den Erziehungs- und Beziehungskompetenzklassen Schneewinds (2005)
- Thematische Cluster-Bildung der Ergebnisse und daraus Ableitung von Kompetenzen

Ergebnisse

- Alle Ergebnisse ließen sich in die Matrix kategorisieren
- Es fanden sich in allen Kompetenzklassen Ergebnisse
- Manche Bereiche finden besondere Gewichtung in der Literatur

Elternkompetenzen	Anforderungsebenen			
	Emotionale Ebene	Kognitive Ebene	Handlungsebene	Soziale Ebene
Selbstbezogene Kompetenzen	+++	++	++	+++
Kindbezogene Kompetenzen	+	+	++	-
Kontextbezogene Kompetenzen	-	-	+	+
Handlungsbezogene Kompetenzen	++	+	+	-

Eigene Darstellung: Matrix aus Anforderungsebenen nach Sarimski (2001) und Kompetenzklassen des Erziehungs- und Beziehungsmodells Schneewinds (2005)

- keine passenden Ergebnisse
- + einzelne passende Ergebnisse (1 bis 5) und/oder geringe Forschungsgüte der Studien
- ++ mehrere passende Ergebnisse (6 bis 12) und akzeptable Forschungsgüte der Studien
- +++ sehr umfangreiche Ergebnisse (24 bis 26) und insgesamt zufriedenstellende Forschungsgüte der Studien

Diskussion

- Es fanden sich **keine grundsätzlich andersartigen Kompetenzen** bei Eltern von Kindern mit Trisomie 21
- Es ist von einer **besonders starken Ausprägung aller Kompetenzklassen** auszugehen, was durch die besondere **Intensität** und **Dauer** der Anforderungen erklärbar ist
- **Besondere Gewichtung erfährt Selbstbezogene Kompetenzklasse** → Zwei mögliche Begründungen:
 1. Kritisches Lebensereignis erfordert Neuorganisation sowie fortwährendes Coping im Umgang mit wiederkehrender Trauer
 2. Plädiere für Erweiterung des Modell Schneewinds um fünfte Kompetenzklasse (soziale Netzwerk- & Familienkompetenz)
→ Dort potentiell einzuordnenden Ergebnisse flossen überwiegend in Selbstbezogene Kompetenzklasse ein
→ Dennoch: Auch unter Annahme einer Konfundierung bleibt besondere Gewichtung der Selbstbezogenen Kompetenzklasse bestehen

Literatur

- Sarimski, K. (2001). *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneewind, K. A. (2005). „Freiheit in Grenzen“ - Plädoyer für ein integratives Konzept zur Stärkung von Elternkompetenzen. In Cierpka, M. (Hrsg.) *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (S. 172 - 199). Göttingen: Ruprecht & Vandenhoeck & Ruprecht.

Arbeitstitel: Vorschulkinder und die Entwicklung der Interozeption – ein systematischer Überblick des aktuellen Forschungsstandes

Hintergrund und Ziele

Interozeption beschreibt die Fähigkeit körpereigene Empfindungen zu erfassen oder wahrzunehmen. Dies beeinflusst sowohl unsere Denkprozesse als auch unsere Emotionen. Garfinkel et al. [15] unterscheiden drei eigenständige Dimensionen der Interozeption: **interozeptive Genauigkeit** (Leistung bezüglich objektiver, verhaltensbezogener Testverfahren wie zum Beispiel die Erfassung des eigenen Herzschlages; Fähigkeit physiologische Zustände wahrzunehmen), **interozeptive Sensibilität** (Selbstbewertung der Interozeption; wird anhand von Interviews oder Fragebögen erfasst) und **interozeptives Bewusstsein** (metakognitives Bewusstsein der interozeptiven Genauigkeit).

Das Ziel dieses Berichtes ist es, den aktuellen Wissensstand in der Forschung zum Thema Entwicklung der Interozeptionsfähigkeit bei Kindern im Vorschulalter (3-6 Jahre) in einem systematischen Überblick darzustellen und die gefundenen Ergebnisse den drei Dimensionen der Interozeption weitestgehend zuzuordnen. Dies geschieht u.a. im Rahmen des Forschungsprojektes zum kindlichen Körpergefühl (Kikö-Projekt) mit dem Thema Interozeption und emotionale Prozesse bei Kleinkindern im Alter von 4 – 6 Jahren, welches von Hechler et al. [16] im Jahre 2016 in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Trier durchgeführt wurde.

Methode

Die Erstellung des systematischen Überblicks orientierte sich an den PRISMA – Richtlinien zum Bericht einer systematischen Übersicht [17]. Ein Studienprotokoll der Kikö – Studie liegt vor [16].

Die Informationsquellen wurden im November 2016 anhand einer computergestützten Suche auf folgenden Datenbanken gesammelt: PubMed, PsychINFO, ScienceDirect und PubPsych.

Die Datenbank - Recherche erfolgte anhand eines spezifischen Suchpfades: **(pre schooler* OR children OR Kinder OR Kindergarten) AND (interoception OR interoceptive OR body awareness OR Körperwahrnehmung OR bodily sensation* OR symptom perception OR Körperbewusstsein OR heartbeat perception OR Herzschlag OR sensibility OR Sensitivität OR sensory perception) NOT (adult* OR erwachsen*)**.

Eingeschlossen in die Informationsanalyse wurden:

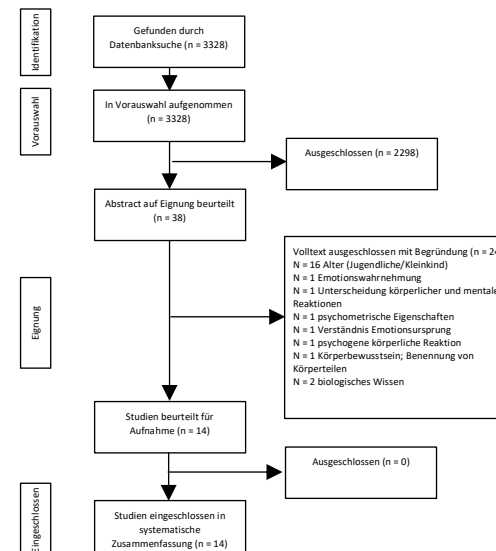
- nur englisch- und deutschsprachige Quellen.

Weitere **Einschlusskriterien** waren:

- **Alter** der Studienteilnehmer (Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren)
- **Publikationsjahr** (Studien aus dem Jahr 1920 bis 2016)
- **subjektive Bewertung oder Selbsteinschätzung** der Interozeptionsfähigkeit (vs. objektive Bewertung oder Fremdeinschätzung).

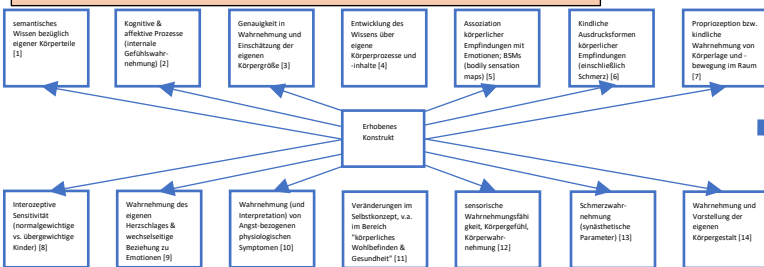
Anhand des Flussdiagrammes wird die Auswahl der Studien dargestellt. Die Eignung der Abstracts (n = 38) wurde von zwei Gutachtern beurteilt. Die restliche Auswahl erfolgte durch einen Gutachter.

Insgesamt wurden somit 14 Studien in den systematischen Überblick miteingeschlossen.



Hintergrund, Ziele und Methode

Erhobenes Konstrukt

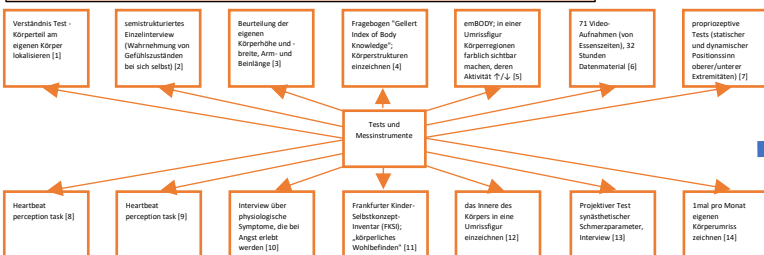


Ergebnisse

Autor	Ergebnisse	Autor	Ergebnisse	Autor	Ergebnisse	Autor	Ergebnisse	Autor	Ergebnisse																
Camões-Costa et al., 2011	Verständnis-Test: 21 Körperteile in >60% der Tests-Dix korrekt lokalisiert, positive Zusammenhang kindliches Verständnis-Test-Reparatur und Alter (r = 0,30, p = 0,07 und r = 0,48, p = 0,047) positive Zusammenhang Gesamtwert korrekter Antworten und Alter (r = 0,56, p = 0,02); positive Korrelation kindliches Körperwissen und Anzahl an sensorische, kortikale Repräsentation der Körperpart (M = 38,9, SD = 97,34, r = 0,88, N = 78, p < 0,001)	Koch & Pollatos, 2014a	Zum 1. Messzeitpunkt (MUP) konnten in beiden Gruppen keine Unterschiede bezüglich interozeptiver Sensitivität gefunden werden. Zum 2. MUP wies die Gruppe der Eltern ein signifikant niedrigeres HB-Ergebnis auf, gegenüber der Gruppe der normalgewichtigen Kinder (überwiegende Kinder: M = 0,53, SD = 0,24, n = 129; M = 0,57, SD = 0,24, n = 129) p < 0,05, d = 0,17).	Carroll & Steward, 1984	Genauigkeit korrelier positiv mit Ebene 2 in der kognitiv-affektiven Entwicklung eingestuft (Gefühle wurden von mindestens 2 Aussagen, die einen körperlichen Zustand beschreiben, definiert); 20 der 4-5jährigen Kinder: bezüglich kognitiver Fähigkeiten in Kategorie 1 (M _{max} = 5,47, weitere 2 Kinder in Kategorie 2 (M _{max} = 7,55), 1 Kind in Kategorie 3 (M _{max} = 8,19). Es konnte gezeigt werden, dass auch schon vier- bis fünfjährige Kinder über ein internes Empfindungsvorgemögen verfügen.	Koch & Pollatos, 2014b	Es wurde ein signifikanter Geschlechterunterschied gefunden, wobei Jungen (M = 56, SD = 24) ein signifikant höheres Ergebnis bezüglich der Wahrnehmung des Herzschlages erzielten als Mädchen (M = 53, SD = 26, n = 1348) t = 2,49, p < 0,05, d = 0,12). Zusammenfassend unterscheidet sich signifikant voneinander bezüglich aller das Herz betreffenden Testungen. Die Herzrate der Jungen war signifikant niedriger als die der Mädchen (Jungen: M = 86,09, SD = 9,67, Mädchen: M = 87,64, SD = 9,67, t(1348) = 2,34, p < 0,05, d = 0,16).	Dunphy-Lelii et al., 2014	Genauigkeit korreliert positiv mit Alter (r(98) = 0,87, p < 0,001); Über 80% der Selbsteinschätzung zu Körpergröße hinweg signifikant bessere Leistung (t(97) = 13,43, p < 0,001). Genauigkeit: 74% signifikant bessere Leistung (Selbsteinschätzung Körperhöhe) als Leistung (Selbsteinschätzung anderer Körpergrößen) (t(98) = 15,86, p < 0,001). Genauigkeit: 82%	Muris et al., 2004	Häufigste Körperempfindung, bei dem Gefühl der „Angst“ „zittern“ (43,4%), „Herz klopfen“ (32,6%), „frösteln“ (14,0%), „schwitzen“ (10,9%), „Kribbeln im Bauch“ (8,5%), „zittern“ wurde signifikant häufiger berichtet bei 10 bis 12-jährigen Kindern gegenüber 4 bis 6-jährigen und 7 bis 8-jährigen Kindern (39,3% vs. 30,4% und 30,4%, χ ² (2) = 7,4; p < 0,05). „Herzklopfen“ war stärker verbreitet unter 10 bis 12-jährigen Kindern (45,2%) gegenüber 4 bis 6-jährigen Kindern (23,8%) und 7 bis 8-jährigen Kindern (31,0%) (χ ² (2) = 10,8; p < 0,01)	Gellert, 1962	am häufigsten genannte Körpersysteme (4,9 - 6,13): Blutkreislaufsystem (5 - Nennungen), Muskel-Skelettsystem (14 Nennungen), 4,9 - 6,11 Jahre: Tendenz, Inhalte des Körpers wahrzunehmen als das, was beobachtet wurde (was in den Körper hineingelangt und wieder ausgeschieden wird vom Körper); 60 % der Kinder (4 - 6 Jahre) waren in der Lage die korrekte Lage des Herzes anzugeben; keine signifikanten Geschlechterunterschiede	Ruploh et al., 2013	Signifikanter Verbesserung für die Rohwerte in 4 von 11 Selbstkonzepten, bei mittleren bis großen Effektstärken: •Körperliche Effizienz (z = 1,50, p < 0,10, Tendenz, r = 0,28) •Angebotlichkeit (z = 1,88, p < 0,05, r = 0,34), •Selbstsicherheit (z = 2,50, p < 0,05, r = 0,29) •Moralorientierung = Selbstwertachtung (z = -2,38, p < 0,05, r = -0,40). Eine Verringerung der Werte zeigt sich für „emotionale Gesamtmerkmale als Tendenz“ (z = -1,62, p < 0,10, r = -0,33), keine signifikanten Veränderungen in den Selbstkonzepten Körperliche Erscheinung, Körperliches Betreten	Hietanen et al., 2016	Lineare Diskriminanzanalyse: Unabhängigkeit der verschiedenen BSMs über verschiedene Emotionen in allen Altersgruppen hinweg; zunehmend differenzierte interozeptive Repräsentationen verschiedener Emotionen; Kinder im Alter von 6 Jahren assoziierten unterschiedliche Muster körperlicher Empfindungen mit spezifischen Basis-Emotionen; relativ ähnliche Entwicklungskurven für Überachtung, Wut, Freude, Angst und BSMs im Alter von 6 Jahren (Kinder vs. Erwachsene); BSMs 'Trauer' fast verengte Entwicklung gegenüber erwachsenen Empfindungsmustern	Jenkins, 2015	Insgesamt: 30 verschiedene Ausdrucksformen körperlicher Empfindungen; 4 Komponenten des Ausdrucks; lexikalische Formulierung; prosodische Formulierung; prosodische Merkmale; Schmerzausfluß, 'verkörperte Handlungen'; Prosodie; Schmerzausfluß; emotionale Inhalte; lexikalische Formulierung der Extremitäten; Analyse ist fähig alle Testbewegungen korrekt zu replizieren (außer Bewegungen entgegen des Uhrzeigersinns sowohl in Schultern und Hüften)	Schneider et al., 2007	Jüngere Vorschulkinder malen ihre Umrisse für eher fähig aus, Kinder im Alter von 4,5 Jahren haben eher bildliche Körperkonzepte, wobei alle Organe, die in die Umrisse eingezeichnet wurden auf Wahrnehmungserfahrungen beruhen.	Scott, 1978	Schmerzwahrnehmung bildet signifikant häufiger als „zackig“ beschriebenen im Vergleich zu „glatt“; Wahrnehmung Hamerschlag eher „abnormaler“ als „diskontinuierlich“; synästhetische Wahrnehmung des Schmerzes bei 4-6-jährigen Kinder stärker differenziert bezüglich d der 5 Parameter (Farbe, Textur, Form, Struktur und kontinuierliche vs. diskontinuierliche Qualität des Schmerzes); synästhetische Schmerzwahrnehmung scheint eher für Kinder der präoperationalen Phase charakteristisch zu sein.	Serpentino, 2011	Die lexikalische Wahrnehmung und Vorstellung der eigenen Körpergestalt dargestellt als „glatt“; Wahrnehmung in Entwicklungsfortschritt auf insbesondere unter den 3 Jahre alten Kindern; von einem einfachen zirkulären „Geizitz“ hin zu vollständigen, detaillierten und strukturierten Zeichnungen; 4 Jahre alte Kinder verfügen über einen deutlichen Zwischen- und Kontrolle über Ihre motorischen und Gleichgewichtsbezogenen Fähigkeiten und über eine verbesserte Bewegungskoordination.

Analyse

Tests und Messinstrumente



Einordnung der Studien in 3 Dimensionen der Interozeption:

- **Interozeptive Genauigkeit** wurde bei Koch & Pollatos, (2014) und bei Dunphy-Lelii et al. (2014) erfasst.
- **Interozeptive Sensibilität** wurde durch Interviews oder Fragebögen erfasst bei Carroll & Steward (1984), Gellert (1962), Hietanen et al. (2016), Jenkins (2015), Muris et al. (2004), Ruploh et al. (2013), Schneider et al. (2007), Scott (1978) und Serpentino (2011).
- **Interozeptives Bewusstsein** wurde von Camões-Costa et al. (2011) in ihrer Studie beschrieben.

In der Studie von Kaufman und Schilling (2007) wurde die **Propriozeption** bzw. kindliche Wahrnehmung von Körperlage und -bewegung im Raum erfasst.

Schlussfolgerung

Referenzen:
 [1] Camões-Costa et al., 2011
 [2] Carroll & Steward, 1984
 [3] Dunphy-Lelii et al., 2014
 [4] Gellert, 1962
 [5] Hietanen et al., 2016
 [6] Jenkins, 2015
 [7] Kaufman & Schilling, 2007
 [8] Koch & Pollatos, 2014a
 [9] Koch & Pollatos, 2014b
 [10] Muris et al., 2004
 [11] Ruploh et al., 2013
 [12] Schneider et al., 2007
 [13] Scott, 1978
 [14] Serpentino, 2011
 [15] Garfinkel et al., 2015
 [16] Hechler et al., 2016
 [17] Moher et al., 2009

I feel you.

Der Zusammenhang von interozeptiver Genauigkeit und Emotionserkennung bei Kindern im Vorschulalter

Cora Bergert

Unter Interozeption versteht man die Wahrnehmung von Signalen aus dem Körperinneren des Menschen¹.

Die objektive Genauigkeit, mit welcher Personen körperinnere Empfindungen entdecken, ist bei Erwachsenen eng mit dem emotionalen Erleben², der Emotionsregulation³ sowie –erkennung⁴ verbunden. Wer seinen eigenen Herzschlag gut wahrnehmen kann, also eine hohe interozeptive Genauigkeit besitzt, dem fällt es auch leichter, emotionale Zustände in Gesichtern Anderer zu erkennen.

Wie sich die Fähigkeit, körpereigene Empfindungen, wie den eigenen Herzschlag, wahrzunehmen, bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren entwickelt und in welchem Zusammenhang sie zur Fähigkeit, Emotionen in Gesichtern zu erkennen, steht, ist bisher unerforscht.



Abbildung 1: Kinderbilder zur Emotionserkennung, Beispiele (FACS)

1. Sind Kinder im Vorschulalter in der Lage, ihren eigenen Herzschlag sowie Veränderungen in der Herzschlagfrequenz wahrzunehmen?

H₁: Kinder unterscheiden sich in ihrer Fähigkeit zur interozeptiven Genauigkeit.
H₂: Kinder zeigen eine höhere interozeptive Genauigkeit nach körperlicher Aktivität.

2. Unterscheiden sich Kinder im Vorschulalter in ihrer Fähigkeit zur Erkennung von Emotionen in Gesichtern?

H₃: Kinder unterscheiden sich in ihrer Fähigkeit zur Emotionserkennung (Gesamtleistung). Diese ist geschlechtsabhängig mit besseren Werten bei Mädchen und verbessert sich mit zunehmendem Alter.

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der interozeptiven Genauigkeit und der Emotionserkennung bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren?

H₄: Kinder mit höherer interozeptiver Genauigkeit haben eine bessere Emotionserkennungsfähigkeit (Gesamtleistung). Der größte Zusammenhang ergibt sich für die Emotion Freude.

Hintergrund

Fragestellungen & Hypothesen

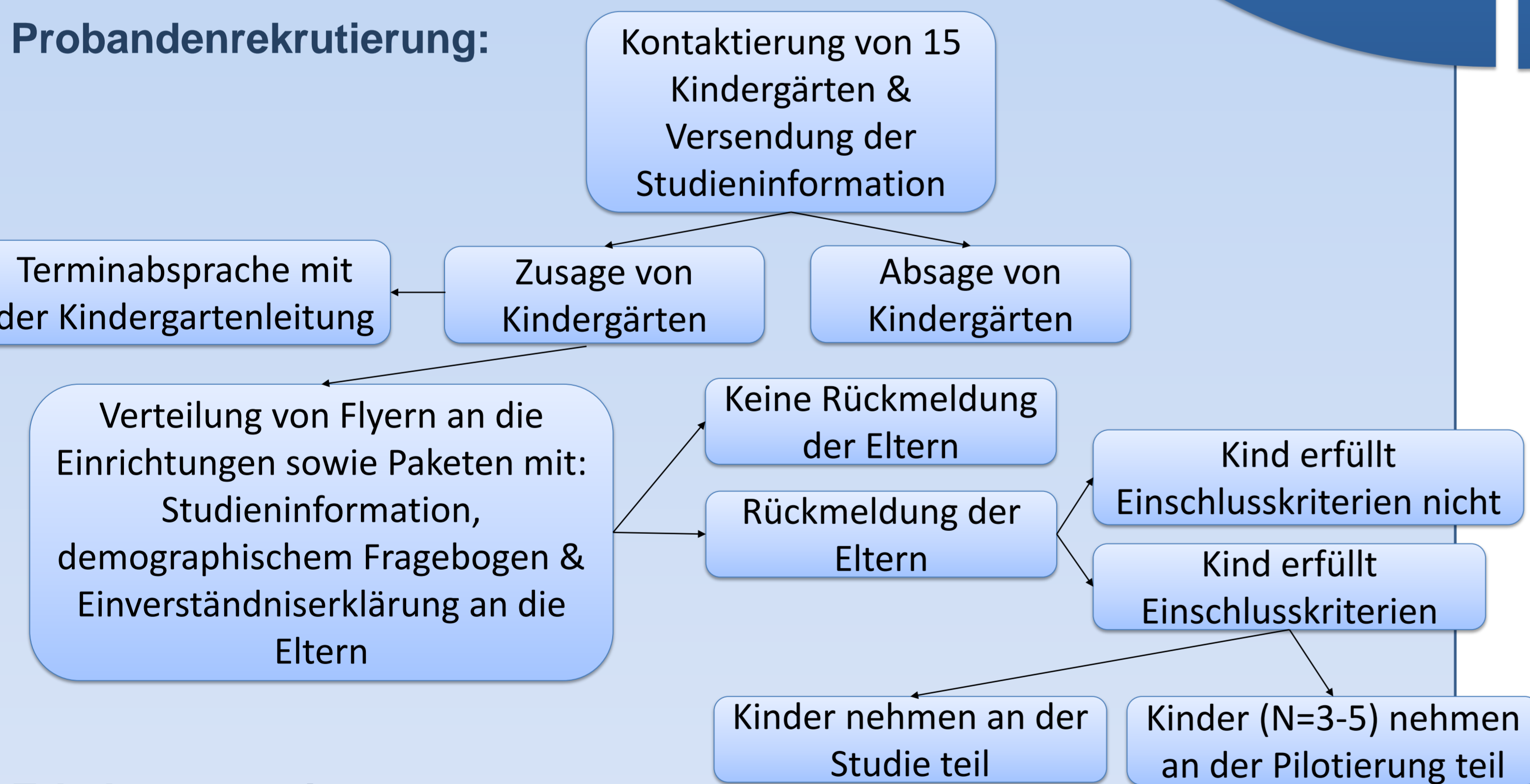
Methode

Statistische Auswertung

Stichprobe:

- Kinder im Alter von 4;0 bis 6;11 Jahren (N=60) sowie jeweils ein Elternteil
- Einschlusskriterien:** ausreichende Deutschkenntnisse, schriftliches Einverständnis für die Teilnahme
- Ausschlusskriterien:** Übergewicht des Kindes, frühere oder aktuelle Schmerzerfahrungen, Entwicklungsverzögerungen in Sprache und Motorik

Probandenrekrutierung:



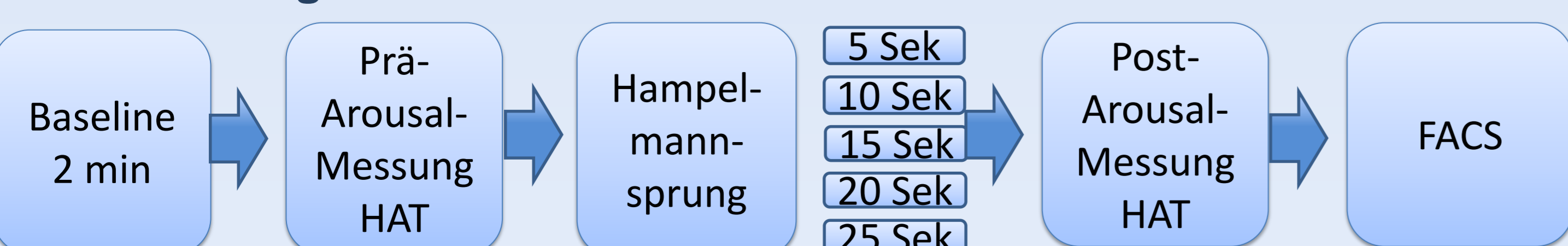
Erhebungssetting:

- Experimentelle Studie im Kindergarten (Einzelhebung) mit gleichzeitiger Online-Erhebung der Eltern

Messinstrumente:

- Heartbeat Adjustment Task (HAT)⁵
- Facial Action Coding System (FACS)⁶ (Abbildung 1)

Durchführung:



Serviceleistung:

...für die Kinder: das Buch „Mein großes Buch vom Körper“, Prof. Dr. Grönemeyer
...für die Eltern und Kindergärten: Informationsbroschüre mit Grundlagen zur Interozeption und den wichtigsten Ergebnissen der Studie „KiKö 2“

H₁: Kinder unterscheiden sich in ihrer Fähigkeit zur interozeptiven Genauigkeit.

H₂: Kinder zeigen eine höhere interozeptive Genauigkeit nach körperlicher Aktivität.

1. Berechnung der Differenz zwischen der objektiven Herzrate und der durch das Kind eingestellten Herzfrequenz anhand folgender Formel:

$$\frac{1}{n} \cdot \sum 1 - \frac{|\text{gemessene Herzfrequenz} - \text{eingestellte Herzfrequenz}|}{|\text{gemessene Herzfrequenz}|}$$

2. Berechnung einer 2x2x3-ANOVA (UV's: Arousal, Geschlecht & Alter; AV: Kennwert der interozeptiven Genauigkeit)

H₃: Kinder unterscheiden sich in ihrer Fähigkeit zur Emotionserkennung (Gesamtleistung). Diese ist geschlechtsabhängig mit besseren Werten bei Mädchen und verbessert sich mit zunehmendem Alter.

Berechnung einer 2x3-ANOVA (UV's: Alter & Geschlecht; AV: Gesamtleistung)

H₄: Kinder mit höherer interozeptiver Genauigkeit haben eine bessere Emotionserkennungsfähigkeit (Gesamtleistung). Der größte Zusammenhang ergibt sich für die Emotion Freude.

1. Median-Split: hohe vs. niedrige interozeptive Genauigkeit

2. Berechnung einer ANOVA:
UV: interozeptive Genauigkeit (hohe vs. niedrige Genauigkeit)
AV: Emotionserkennung (Gesamtleistung)

3. Berechnung einer MANOVA:
UV: interozeptive Genauigkeit (hohe vs. niedrige Genauigkeit)
AV's: Freude, Ärger, Trauer, Überraschung, Ekel und Angst

Referenzen

- 1) Vaitl, D. (1993). Psychophysiologie der Interozeption. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1: Grundlagen und Methoden (S. 85-112). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 2) Schandry, R. (1981). Heart beat perception and emotional experience. *Psychophysiology*, 18(4), 483-488.
- 3) Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911-917.
- 4) Terasawa, Y., Moriguchi, Y., Tochizawa, S. & Umeda, S. (2014). Interoceptive sensitivity predicts sensitivity to the emotions of others. *Cognition and Emotion*, 28(8), 1435-1448.
- 5) Brenner, J. & Kluitse, C. (1988). Heartbeat Detection: Judgments of the Simultaneity of External Stimuli and Heartbeats. *Psychophysiology*, 25(5), 554-561.
- 6) Juen, F., Bänninger-Huber, E. & Peham, D. (2012). Geschlechts- und Altersunterschiede in der Emotionserkennung von Kindern und Jugendlichen. Erste Analysen mit FACS codierten Kindergesichtern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 44(4), 178 - 191.

Was würdest du tun, um dich besser zu fühlen?

Emotionsregulation im Vorschulalter: Einfluss von Interozeption und Eltern

Denise Koester



Kernkonzepte und Hintergrund

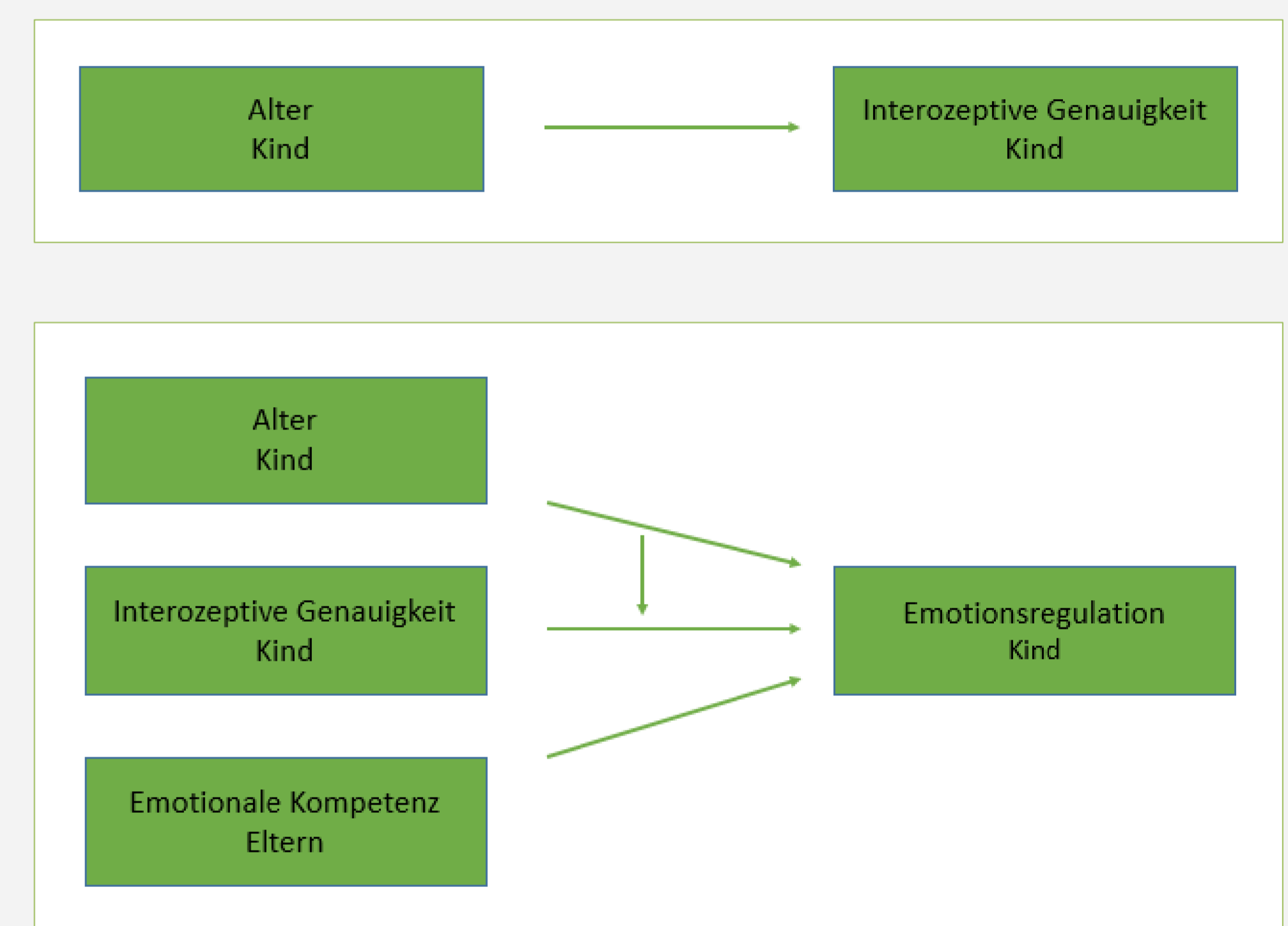
Das Vorschulalter stellt für die Entwicklung der Emotionsregulation (ER) eine zentrale Altersspanne dar: Im allmählichen Entwicklungsprozess von der Fremdregulation zur zunehmenden Selbstregulation wird im Alter von 3-6 Jahren der Wechsel von der inter- zur intrapsychischen Regulation allzu deutlich (Lohaus & Vierhaus, 2013). Eine effektive bzw. adaptive ER ist von großer Wichtigkeit für eine gesunde psychische Entwicklung und den Aufbau von emotionalen und sozialen Kompetenzen. Die vorliegende Arbeit soll zwei Einflüsse auf die ER untersuchen:

Interozeptive Genauigkeit (IG). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass insbesondere *bewusste Perzeption* von physiologischen Veränderungen von großer Bedeutung für die Beeinflussung von Erleben und Verhalten ist (Herbert & Pollatos, 2008). Füstös und Kollegen (2013) gehen davon aus, dass ein gutes Bewusstsein interozeptiver Signale förderlich für ER sein müsste, da dadurch körperliche Reaktionen auf emotionale Reize besser wahrgenommen würden. In ihrer Studie können sie zeigen, dass die interozeptive Sensibilität die Regulation von affektivem Arousal unterstützt. Koch und Pollatos (2014) finden in ihrer Studie zur IG und emotionaler Intelligenz bei Kindern im Alter von 6-11 Jahren positive Zusammenhänge von IG und emotionaler Anpassungsfähigkeit. Forschungserkenntnisse zur IG und emotionalen Prozessen im Vorschulalter fehlen gänzlich.

Emotionale Kompetenzen der Eltern. Im Rahmen der Sozialisation von ER entwickeln sich emotionale Kompetenzen des Kindes aus interaktiven Erfahrungen mit seinen Bezugspersonen (Friedlmeier, 1999). In ihrem „Tripartite Model“ beschreiben Morris und Kollegen (2007) drei grundlegende Einflusswege, über die der familiäre Kontext auf die kindliche ER wirkt: 1) Beobachtung elterlicher ER, 2) spezifisches emotionsbezogenes Erziehungsverhalten der Eltern und 3) emotionales Klima innerhalb der Familie. Es zeigt, dass elterliche emotionale Kompetenzen an verschiedenen Stellen auf die kindliche ER wirken können. Die Beobachtung der elterlichen ER scheint eine zentrale Rolle einzunehmen: Kinder lernen implizit etwas über die Akzeptanz von und den Umgang mit Emotionen (z.B. Morris et al, 2007; Bariola et al, 2011; Silk et al, 2006).

Fragestellungen und Hypothesen:

1. Wie entwickelt sich die IG mit zunehmendem Alter?
 - H1: Je älter das Kind, desto genauer die IG
2. Welchen Einfluss hat das Alter auf die ER?
 - H2: Je älter das Kind, desto mehr adaptive als maladaptive Strategien zur ER nutzen sie
3. Welchen Einfluss hat die IG auf die ER? Und wird dieser durch das Alter moderiert?
 - H3: Kinder mit genauer Interozeptionsfähigkeit können ihre Emotionen adaptiver regulieren
 - H4: Je älter das Kind, desto stärker wird dieser Zusammenhang
4. Welchen Einfluss haben elterliche emotionale Kompetenzen auf die ER?
 - H5: Kinder mit emotional kompetenten Eltern können ihre Emotionen adaptiver regulieren



Methode

Stichprobe

- N= 60 Kinder im Alter von 4-6 Jahren, davon circa 50% weiblich, aus lokalen Kindergärten
- Ausschluss bei Vorliegen von Adipositas, Entwicklungsverzögerungen im motorischen o. verbalen, Schmerzerfahrungen, Frühgeburt, Operationen oder Verbrennungen, unzureichenden Deutschkenntnissen

Messverfahren

- **Emotionsregulation:** Subskala Emotionsregulation des computerbasierten Verfahrens MeKKi (Messverfahren für emotionale Kompetenz im Vor- und Grundschulalter; In-Albon et al., 2014)
- **Interozeptive Genauigkeit:** Adaptation der heartbeat detection task nach Schandry (1981), mit Hilfe von Hampelmannsprüngen aus dem Motoriktest für 4-6 Jährige (MOT 4-6; Zimmer & Volkamer, 1987) wird das physiologische Arousal manipuliert
- Erfassung der physiologischen Daten mittels Varioport-e (Becker Meditec)
- **Emotionale Kompetenzen Eltern:** Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008)

Ablauf der Untersuchung

- Bewilligung des Ethikantrags liegt vor
- Voraussichtlicher Erhebungsbeginn Februar 2017
- Durchführung in Räumen der Kindergärten durch jeweils eine MSc-Studierende und BSc-Studierende



Abbildungen aus Zimmer R. und Volkamer M. 1984. MOT 4 – 6. Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz, S. 11.

Geplante statistische Auswertung

- **Bivariate Analysen:** Interkorrelationen der Variablen
- **Hypothese1: Lineare Regression**
mit Alter als UV, Interozeptive Genauigkeit als AV
- **Hypothese2,3,5: Multiple Regression**
mit Alter, Interozeptiver Genauigkeit und emotionale Kompetenzen als UV, Emotionsregulation des Kindes als AV
- **Hypothese 4: Moderationsanalyse**
mit Interozeptiver Genauigkeit als UV, Emotionsregulation als AV, Alter als Moderator

Literatur

- Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clinical child and family psychology review*, 14(2), 198–212.
- Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(2), 141–153.
- Friedlmeier, W. (1999). Sozialisation der Emotionsregulation. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*: ZSE, 35–51.
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(8), 911–917.
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2008). Interoceptive Sensitivität, Gefühle und Verhaltensregulation. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 19(3), 125–137.
- In-Albon, T., Groß, C., Haaß, C., Schwert, C., & Uhrig, K. (2014). MeKKi - Messverfahren für emotionale Kompetenz bei Kindern im Vor- und Grundschulalter.: Posterpräsentation im Rahmen des 32. Symposium der DGPs Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Braunschweig.
- Koch, A., & Pollatos, O. (2014). Cardiac sensitivity in children: sex differences and its relationship to parameters of emotional processing. *Psychophysiology*, 51(9), 932–941.
- Lohaus, A., & Vierhaus, M. (2013). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- 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 (Oxford, England)*, 16(2), 361–388.
- Schandry, R. (1981). Heart Beat Perception and Emotional Experience. *Psychophysiology*, 18(4), 483–488.
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A. A., & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(1), 69–78.
- Zimmer, R., & Volkamer, M. (1984). MOT 4 – 6. Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.

Gesprächsführung bei Kindern und Jugendlichen – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Erwachsenen



Moritz Burger

Dozentinnen: Karoline Weiland-Heil, Tanja Hechler

Einleitung

Zu allererst geht es darum die Gesprächsführung im Allgemeinen in die Psychologie einzuordnen. Die Gesprächsführung ist zum einen in der Diagnostik und zum anderen in der Beratung wichtig. Die Gesprächsführung in der Beratung soll in dieser Arbeit vor allem im Kontext der Klinischen Psychologie betrachtet werden. In der Diagnostik ist die Gesprächsführung neben Tests, Fragebögen und Schätzskaalen ein Erhebungsinstrument. (Rudolf & Henningsen, 2013, S. 292) Das diagnostische Gespräch ist nämlich eine Grundlage für eine etwaige Behandlung. Auch hier werden Gesprächsführungstechniken eingesetzt. Diese sind grundlegend die gleichen wie im therapeutischen Gespräch. (Rudolf & Henningsen, 2013, S. 295) Folglich liegt sowohl in der Diagnostik als auch in der Beratung eine Interviewsituation vor, in der die Gesprächsführung zentral ist, um Daten des Klienten zu erfassen und mit diesen zu arbeiten. Dadurch kann ein Problemlösen bzw. eine Klärung ermöglicht werden. Gesprächsführungsaspekte bei Erwachsenen, auf welche in dieser Arbeit eingegangen werden sollen, sind in der Beziehungsgestaltung z.B. die seit Rogers grundlegenden Therapeutenvariablen Bedingungsfreie Anerkennung/Wertschätzung, Empathie/Einfühlung und Kongruenz/Echtheit (Rogers & Tausch, 2014, S.61). Auch Fragetechniken sind wichtig, um das Feld zu sondieren (Culley & Müller, 1996, S. 86-93). Darüber hinaus sind verschiedene Techniken wie das Präsent sein, Beobachten, Zuhören und Reflektieren wichtig (Culley & Müller, 1996, S.64-79). Nach Sachse lassen sich diese Techniken unterschiedlichen Ebenen zuordnen - der Beziehungs-, Inhalts- und Bearbeitungsebene (Sachse, 2016, S.17). Diese Aspekte sollen bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden zur Gesprächsführung bei Erwachsenen dargestellt werden. Der Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen muss beachtet werden, da dieser Einfluss auf die Befragung bei Kindern und Jugendlichen hat (Walther, Preckel & Mecklenbräuker, 2010, S. 33, 45, 71). Da sich die Anwendung der Gesprächsführung über verschiedene Anwendungsbereiche erstreckt, soll mittels einschlägiger und aktueller Literatur zusätzlich auf diverse Bereiche wie der Familienberatungskontext und der forensische Kontext eingegangen werden. Mögliche Einschränkungen, Implikationen für die Forschung und Praxis werden am Ende aufgeführt.

Methoden

Systematische Literaturrecherche in ausgewählten Datenbanken:

Suche von Primärliteratur per:

PsycINFO/Ovid, PSYINDEX/Ovid, PubPsych, Bibliothek Universität Trier, Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB), Email-Korrespondenz mit Autoren

Suche von Sekundärliteratur per:

PsycINFO/Ovid, PSYINDEX/Ovid, PubPsych, Bibliothek Universität Trier, EZB, Email-Korrespondenz mit Autoren, Google Scholar

Suchbegriffe auf der Datenbank PubPsych:

“Psychotherapeutic Techniques“, “Counseling“, “Child Psychotherapy“, “Adolescent Psychotherapy“, “Häusliche Gewalt“, “child custody“, “Trauma“, “Strategies“, “Counseling Techniques“, “Adults“, “Children“

Auswahlkriterien:

- Relevanz für den Anwendungskontext
- Wissenschaftliche Fundiertheit
- Aktualität
- Sprache (deutsch, englisch)

Tabelle 1: Suchanfragen mittels Datenbank PubPsych

Nr. der Suchanfrage	Suchanfrage
1	SW*="Psychotherapeutic Techniques" AND SW="Counseling" AND SW="Child Psychotherapy"
2	SW="Psychotherapeutic Techniques" AND SW="Counseling" AND SW="Adolescent Psychotherapy"

Anmerkungen: Suchanfragen können in der Datenbank PubPsych eingegeben und somit repliziert werden.

*SW steht für Schlagwort

Ergebnisse

Methodisch

Tabelle 2 führt Tabelle 1 (s. Methoden) weiter aus

Tabelle 2: Suchanfragen mittels Datenbank PubPsych – Gesamtzahl Treffer & mögliche Relevanz

Nr. der Suchanfrage	Gesamtzahl Treffer	Mögliche Relevanz
1	19	6
2	12	7

Anmerkungen: Dargestellt sind Suchanfrage Nr. 1: SW="Psychotherapeutic Techniques" AND SW="Counseling" AND SW="Child Psychotherapy" und Suchanfrage Nr. 2: SW="Psychotherapeutic Techniques" AND SW="Counseling" AND SW="Adolescent Psychotherapy"

Inhaltlich

Fragetechniken allgemein

Familienberatungskontext

Erstgespräch, Techniken aus der Systemischen Theorie und Bindungstheorie

Forensik

Gütekriterien wie Genauigkeit, Detailliertheit, Konsistenz

Alternativen

Indirekte und Implizite Methoden

Therapeutenvariablen

Erweitert um a) Aktivität, Direktivität und pädagogische Aspekte, b) Flexibilität, c) Stützende Komponenten, d) Konkrete Hilfestellung

Modell Altersstufen

Kinder 4-12 Jahre / Jugendliche 12-25 Jahre (ca. zweijährige Schritte pro Stufe)

Diskussion

Für die Praxis ist es sehr hilfreich, wenn der Gesprächsführende über die geeigneten Gesprächsführungstechniken verfügt und den Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen berücksichtigt. Wie die Ergebnisse außerdem zeigen, sollte weitere Forschung betrieben werden, da es wenig aktuelle Literatur über allgemeine Aspekte der Gesprächsführung bei Kindern und Jugendlichen gibt. Zudem sollte die Gesprächsführung bei Kindern und Jugendlichen um den Aspekt der Entwicklungspsychopathologie erweitert werden. So könnte man weg vom therapieschulischen Denken hin zu einer „Entwicklungsorientierten Psychotherapie“ (Mattejat, 2003, zit. nach Remschmidt et al., 2008, S.53) gelangen (Remschmidt, Mattejat & Warnke, 2008, S.53).

Referenz:

Culley, S. & Müller, C. W. (1996). *Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten* (Edition sozial). Weinheim: Beltz.

Remschmidt, H., Mattejat, F. & Warnke, A. (Hrsg.). (2008). *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis ; 221 Tabellen*. Stuttgart: Thieme.

Rogers, C. R. & Tausch, R. (2014). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (Konzepte der Humanwissenschaften, 19. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rudolf, G. & Henningsen, P. (2013). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage* (7. Aufl.). s.l.: Georg Thieme Verlag KG.

Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2., aktualisierte und ergänzte Auflage 2016). Göttingen: Hogrefe.

Walther, E., Preckel, F. & Mecklenbräuker, S. (Hrsg.). (2010). *Befragung von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder*. Göttingen: Hogrefe.



Der Zusammenhang zwischen der elterlichen Emotionsregulation und der Emotionsregulation des Kindes. Eine Analyse

Betreuerin: Prof. Dr. Tanja Hechler

Bachelor-Master-Kolloquium, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am 08.02.2017

1 Hintergrund

Die Fähigkeit, Einfluss auf das Erleben und den Ausdruck der eigenen Emotionen zu nehmen, wird als Emotionsregulation bezeichnet¹. Im Kleinkind- und Vorschulalter findet eine maßgebliche Entwicklung der Emotionsregulation statt². Es wird davon ausgegangen, dass Kinder dieses Alters Emotionsregulationsstrategien durch Lernen am Modell, wie etwa durch Beobachtung oder soziales Referenzieren der Eltern, erlernen³. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern die elterliche subjektive Fähigkeit zur aktiven Einflussnahme auf negative Emotionen⁴ mit der kindlichen Fähigkeit zur kontextangemessenen Anwendung adaptiver oder maladaptiver Emotionsregulationsstrategien⁵ zusammenhängt.

2 Fragestellungen

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Emotionsregulation und der kindlichen Emotionsregulation?
2. Lässt sich die kindliche Emotionsregulation anhand der elterlichen Emotionsregulation sowie anhand des Alters und des Geschlechts des Kindes vorhersagen?

3 Methode

Design

- Experimentelle Studie: "KiKö 1" (Kind und Körper)

Erhebungssetting

- Erhebung der Kinder im Einzelsetting
- Erhebung der Eltern anhand eines Fragebogens in Papierform sowie online mithilfe der Umfrage-Software *unipark*

Messinstrumente

- Demographischer Fragebogen
- Messverfahren für emotionale Kompetenz bei Kindern im Vor- und Grundschulalter (*MeKK*)⁴
- Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (*SEK-27*)⁵, Subskala 9: "Emotionsregulation"

Stichprobe

- Je ein Elternteil pro Vorschulkind ($N = 47$)

	N	Prozent
Mutter	40	85,1
Vater	6	12,8
Mutter und Vater	1	2,1
Gesamt	47	100,0

Tabelle 1: Geschlechterverhältnis in der Stichprobe der Eltern

- Gesunde Vorschulkinder ($N = 47$) im Alter zwischen 4 und 6 Jahren
- Ausschlusskriterien: Adipositas, unzureichende Deutschkenntnisse, Entwicklungsverzögerungen, Schmerzerfahrungen

	N	Prozent	M (Alter)	SD
männlich	26	55,3	5,00	,632
weiblich	21	47,3	5,14	,727
Gesamt	47	100,0	5,06	,673

Tabelle 2: Charakteristiken der Stichprobe der Vorschulkinder

4 Geplante statistische Auswertung

1. Zusammenhang zwischen der elterlichen Emotionsregulation und der kindlichen Emotionsregulation

Schritt 1 Auswertung der elterlichen Emotionsregulation

Auswertung der kindlichen Emotionsregulation

Rechnen einer multiplen Regressionsanalyse

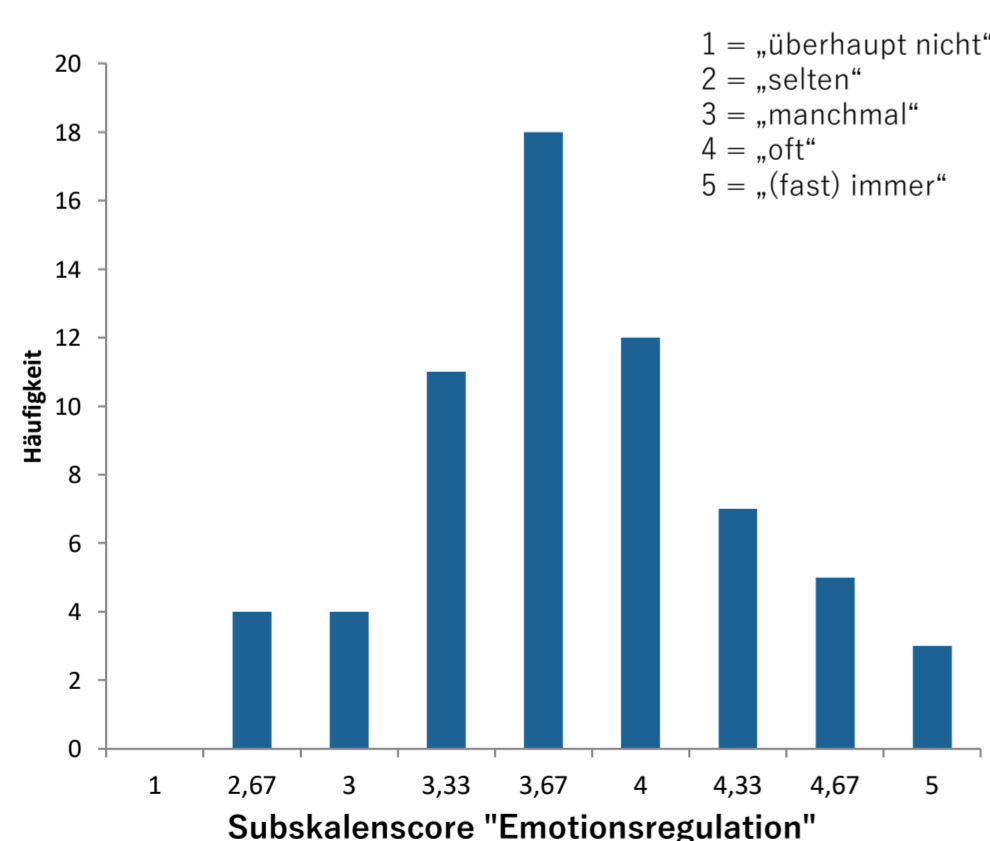


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung des Kennwertes der elterlichen Emotionsregulation

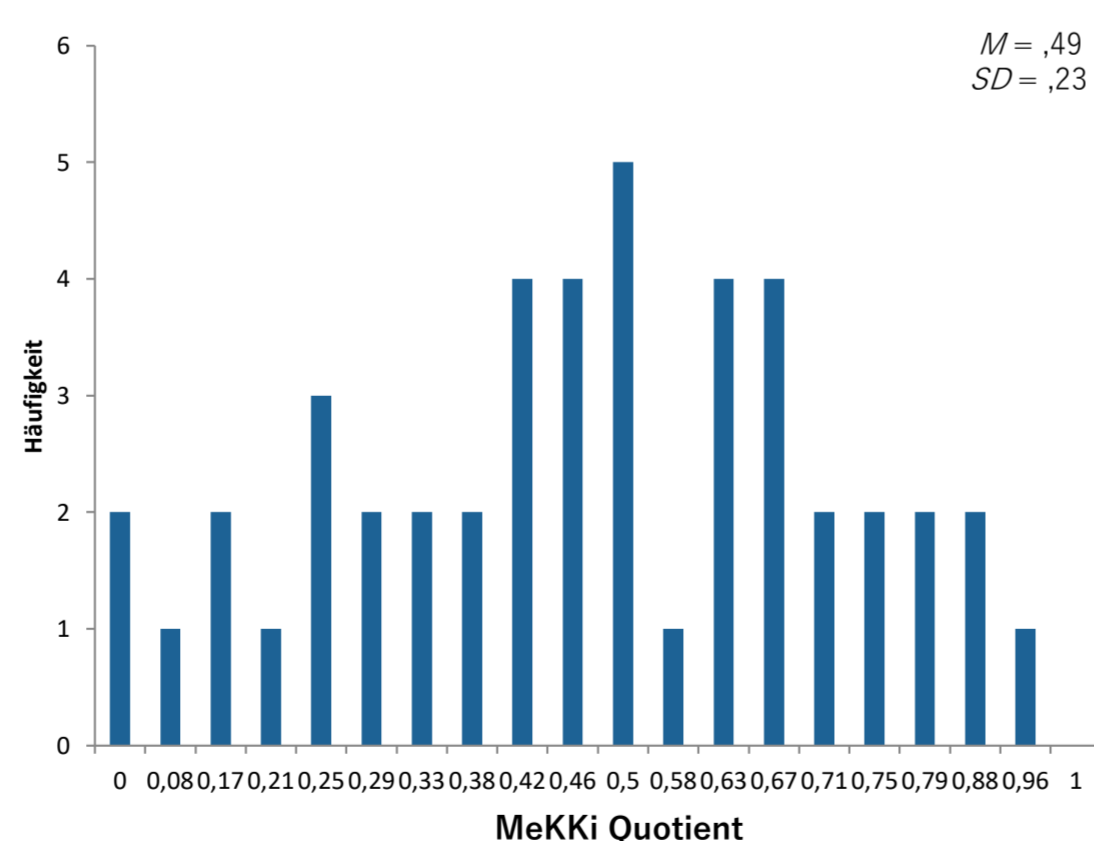


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung des Kennwertes der kindlichen Emotionsregulation

2. Vorhersage der kindlichen Emotionsregulation anhand der elterlichen Emotionsregulation sowie anhand des Alters und des Geschlechts des Kindes

Prädiktoren

- Elterliche Emotionsregulation
- Alter des Kindes
- Geschlecht des Kindes

Kriterium

- Kindliche Emotionsregulation

Referenzen

- 1) Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1–14.
- 2) Kullik, A., & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter* (Vol. 14). Hogrefe Verlag, S. 28.
- 3) Thomsen, T., Lessing, N., Greve, W. (2017). Transgenerationale Emotionsregulation: Modifiziert das emotionale Klima in der Familie den Zusammenhang von (dys-) funktionalen elterlichen und kindlichen Emotionsregulationsstrategien?. *Kindheit und Entwicklung*, 26(1).
- 4) In-Albon, T., Groß, C., Haas, C., Schwert, C., & Uhrig, K. (2014, Mai). MeKKi - Messverfahren für emotionale Kompetenz bei Kindern im Vor- und Grundschulalter. Posterpräsentation im Rahmen des 32. Symposium der DGPs Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Braunschweig, Deutschland.
- 5) Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(2), 141-153.

Schritt 2 Berechnung von Pearson-Korrelationen für jede Eltern-Kind-Paarung anhand des elterlichen Kennwertes (Subskalenscore) und anhand des kindlichen Kennwertes (MeKKi-Quotient)

Erfassung der interozeptiven Genauigkeit bei Vorschulkindern durch den adaptierten Heartbeat-Detection-Task

Aileen Preuß, B.Sc.



Universität Trier

Theorie

Interozeption ist die Wahrnehmung von Zuständen und Prozessen aus dem Körperinneren (Schandry, 1998). Nach Garfinkel et al. (2015) wird die Interozeption in drei distinkte Dimensionen eingeteilt: interozeptive Genauigkeit, interozeptive Sensibilität und interozeptive Bewusstheit. Die interozeptive Genauigkeit beschreibt die objektive Genauigkeit der Probanden, ihre körperliche Empfindungen (z.B. Herzschlag) zu entdecken. Bei Erwachsenen wurde die interozeptive Genauigkeit mit Hilfe des Heartbeat-Detection-Tasks (Schandry, 1981) bereits umfassend untersucht. Für Kinder im Alter von 6-11 Jahren zeigte sich, dass sie in der Lage sind, körpereigene Empfindungen wahrzunehmen (Eley et al., 2004). Strittig bleibt, welche Einflussfaktoren (z.B. Alter & Geschlecht) bei der Interozeption eine Rolle spielen. Koch und Pollatos (2014b) konnten in ihrer Studie einen schwachen korrelativen Zusammenhang zwischen Alter und interozeptiver Genauigkeit nachweisen. Andere Studien berichten hingegen keinen Einfluss des Alters (Eley et al., 2004; Koch & Pollatos, 2014a). Koch und Pollatos (2014a) stellten zudem im Rahmen ihrer Studie (N = 1350) fest, dass Jungen ihren Herzschlag besser einschätzen als Mädchen. Ob sich diese Befunde auch bei Kindern im Vorschulalter (4-6 Jahre) zeigen, ist bislang unerforscht.

Hypothesen

1. Kinder im Vorschulalter sind in der Lage, ihre körpereigenen Empfindungen akkurat wahrzunehmen.
2. Jungen haben eine bessere interozeptive Genauigkeit als Mädchen.
3. Die interozeptive Genauigkeit ist bei älteren Kindern besser als bei jüngeren Kindern.

Methode

Zur Operationalisierung der Fragestellung wurde der Heart-Beat-Detection-Task von Schandry (1981) adaptiert. Die Aufgabe der Kinder besteht darin in einem vorgegebenen Zeitintervall immer dann eine Taste zu drücken, wenn sie ihren eigenen Herzschlag spüren. Während dieser Aufgabe wird mit Hilfe eines Varioports die Herzrate erfasst. Die subjektiv sowie objektiv ermittelten Werte werden für das jeweilige Zeitintervall und die Probanden mit der Schandry Formel (vgl. Abbildung 1) verrechnet.

Ablauf:

1. Trainingsintervall (10 Sek.)
2. 3 Durchgänge (à 18, 20, 15 Sek.)
3. Motorische Tapping Aufgabe (18 Sek.)

Erhebungssetting: computergeleitete Einzelerhebung im Kindergarten

Ziel des aDHT ist es zu erfassen, ob Kinder in der Lage sind ihren eigenen Herzschlag zu tappen und somit Rückschlüsse auf die interozeptive Genauigkeit von Vorschulkindern zu ermöglichen.

$$\frac{1}{n} \sum 1 - \frac{| \text{Gemessene Herzschläge} - \text{Gezählte Herzschläge} |}{\text{Gemessene Herzschläge}}$$

Wobei n die Anzahl an Durchgängen bezeichnet

Abbildung 1: Original Formel aus dem Schandry Paradigma (1981)

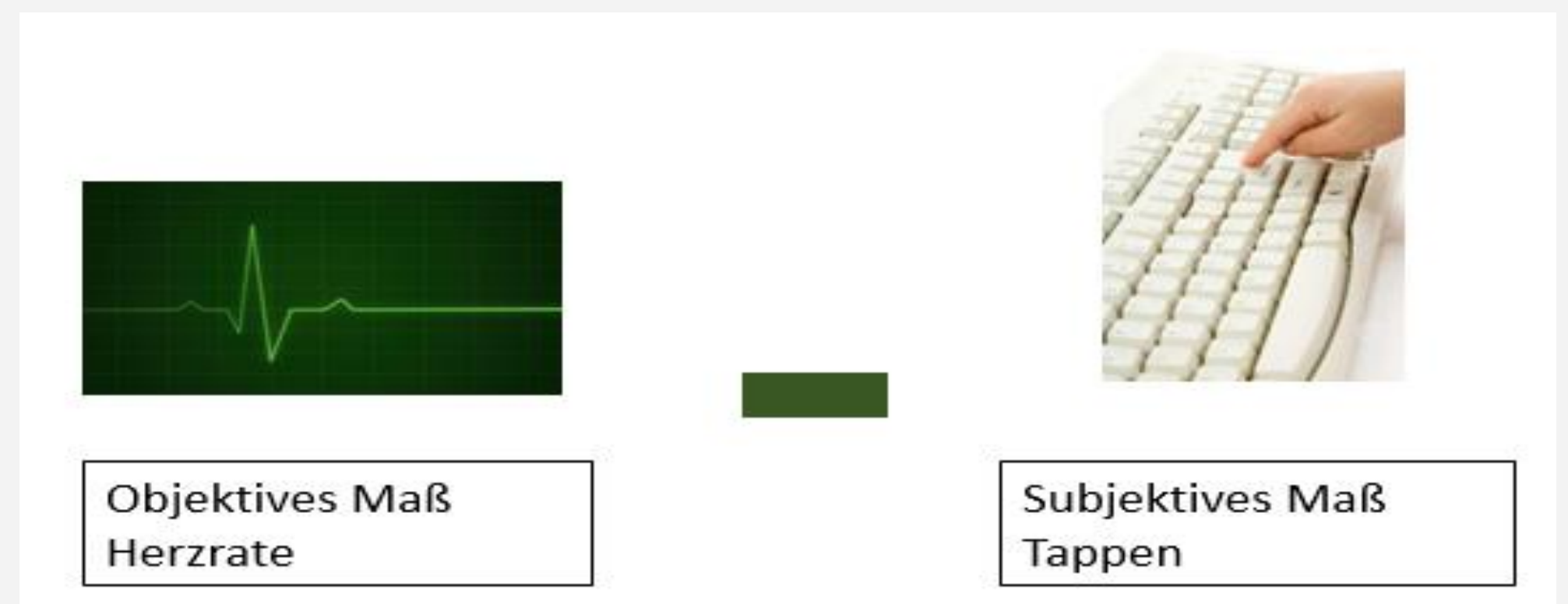


Abbildung 2: Graphische, vereinfachte Darstellung des Schandry Paradigmas

Stichprobe

- 60 Kinder zwischen 4-6 Jahren
- Aus Kindertagesstätten im Großraum Trier und Köln
- Ausschlusskriterien: Adipositas, unzureichende Deutschkenntnisse, Entwicklungsverzögerungen im motorischen und verbalen Bereich sowie Schmerzerfahrungen

Implikationen für die Praxis

Im Erwachsenenalter konnte durch ein Training der Interozeption eine Verbesserung psychischer Störungen nachgewiesen werden (Rief und Birbaumer, 2000). Daher ist die weitere Untersuchung der interozeptiven Genauigkeit ein zentraler Aspekt für die Therapie im Kindesalter. Die Forschung bildet somit die Grundlage, um Techniken zur Steigerung der Interozeption zu entwickeln und daraus Präventionsmöglichkeiten für beispielsweise affektive Störungen abzuleiten.

Literatur

- Eley, T. C., Stirling, L., Ehlers, A., Gregory, A. M. (2004). Rief, & Birbaumer. (2000). *Biofeedback- Therapie – Grundlagen, Indikation und praktisches Vorgehen*. Heart-beat perception, panic/somatic symptoms and anxiety sensitivity in children. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 439-448
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 65-74
- Koch, A., & Pollatos, O. (2014a). Cardiac sensitivity in children: Sex differences and its relationship to parameters of emotional processing. *Psychophysiology*, 932-941.
- Koch, A., & Pollatos, O. (2014b). Interoceptive sensitivity, body weight and eating behaviour in children: a prospective study. *Front. Psychol.* 5:1003.doi:10.3389/fpsyg.2014.01003
- Rief, & Birbaumer. (2000). *Biofeedback- Therapie – Grundlagen, Indikation und praktisches Vorgehen*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft.
- Schandry. (1998). *Lehrbuch der Psychophysilogie – Körperliche Indikatoren psychischen Geschehens*. München: Psychologie-Verlag-Union.
- Schandry, R. (1981). Heart Beat Perception and Emotional Experience. *Psychophysiology*, 483-488