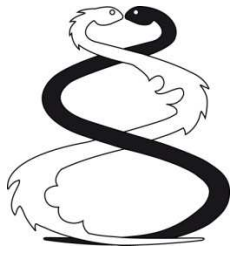


ZUSAMMENFASSUNG



Stressbelastung von Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern, insbesondere mit AD(H)S Die Veränderung durch gemeinsames Spiel und Dialog

Autorinnen: Angelika Reichartzeder, Katharina Ferner

Betreuer/in: Elke Mesenholl, Paul F Pass

1.1. Einleitung

Im pädagogischen Alltag – in der Schule und in der ergotherapeutischen Praxis – fällt der Anstieg der Diagnose AD(H)S auf. Ebenso erleben wir einen Zuwachs an verhaltensauffälligen Kindern.

Durch den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) wurden in Deutschland von 2003 bis 2006 erstmals auf Grund der Elternangaben 7,2% der Kinder und Jugendlichen im Verhalten als auffällig und 7,5% als grenzwertig auffällig klassifiziert. Für die Diagnose AD(H)S wurde eine Prävalenz von 4 – 6% im Kindes- und Jugendalter erhoben, wobei die Diagnose bei Jungen viermal häufiger als bei Mädchen festgestellt wird. Wir erleben in der Praxis teilweise einen undifferenzierten Umgang mit der Diagnose AD(H)S und eine eindimensionale medikamentöse Behandlung. Es fehlen häufig begleitende strukturgebende Maßnahmen und beziehungsorientierte Ansätze.

Die sehr unterschiedlichen Erklärungsansätze zur Entstehung von AD(H)S bedingen auch unterschiedliche Interventionsmaßnahmen. Dies gilt gleichermaßen für Verhaltensauffälligkeiten.

Neben Medikamentengaben und verhaltenstherapeutischen Programmen sehen wir die Notwendigkeit von Interventionsmaßnahmen auf der Basis von Ressourcen- und Beziehungsstärkung. Unsere Studie soll ein Beitrag sein, die Bedeutung dieses Ansatzes zu klären.

1.2. Hintergrund und Stand des Wissens

Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter werden in internalisierende Probleme (Trennungsängste, Phobien, Depressionen, etc.) und externalisierende Probleme (wie z.B. aggressives Verhalten, Trotzverhalten, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen) gegliedert. Sie beeinträchtigen die Kinder und Jugendlichen sowie das soziale Umfeld insbesondere Eltern und PädagogInnen in ihrem alltäglichen und sozialen Leben schwer (Petermann, 2005).

Die Diagnose AD(H)S wird 4 - 6% der Kinder und Jugendlichen zugeschrieben. Die Diagnostik dazu ist sehr umfangreich und bezieht neben neurologischer Diagnostik und Entwicklungs-

diagnostik auch die Befragung der Eltern und Pädagog/innen mit ein, und untersucht auch die Eltern-Kind-Interaktion.

Drei Kernsymptome prägen die Diagnose:

- Unaufmerksamkeit
- Impulsivität
- Hyperaktivität

Neben einer sehr hohen Komorbidität zu anderen Störungen (70%) kommt es bei diesen Kindern häufig zu mangelnder Integration in Gruppen und sozialem Rückzug. (Barkley, 1998) Oft bestehen chaotische Familienstrukturen oder entstehen diese durch die Symptome der Kinder. Die Scheidungsrate der Eltern 3 – 5x höher als im Durchschnitt. (Döpfner, 2002)

Die Entstehungsmodelle reichen von genetischen über epigenetische und neurobiologische bis zu neuropsychologischen, bindungstheoretischen, psychosozialen und psychoanalytischen Ansätzen.

Obwohl die Überlegenheit einer medikamentösen Behandlung langfristig nicht nachgewiesen werden konnte (Jensen, Arnold, & Swanson, 2007), steigt die Medikamentenverschreibung von Methyphenidat zwischen 2003 und 2006 um 50 Prozent. Ein multimodales Konzept mit Pharmako-, Verhaltens- und Lerntherapie ist heute empfohlener Standard bei AD(H)S. (Döpfner & Lehmkuhl, 2006)

Neuere Studien sehen den Zusammenhang von Regulationsstörungen (Papousek, 2004) und Bindungsstörungen (Brisch, 2010). Der Nachweis der positiven Wirkung von psychodynamischen Therapien wurde in mehreren Studien belegt (Saile & Forse, 2002), (Sant'Únione & Wildermuth, 2008). Sowohl der multimodale Ansatz als auch der psychodynamische Ansatz bindet die Eltern in die Behandlung mit ein. Familienintervention wirkt nach Mattejat (2009) auf Eltern- und Familienverantwortung und die Kompetenzstärkung (Erziehungsfähigkeit, Problemlösung, Kommunikation, Stärkung des elterlichen Subsystems).

Die Einbeziehung des gesamten Familiensystems in die therapeutische Behandlung von AD(H)S und Verhaltensauffälligkeiten erscheint deshalb so wichtig, weil sich das Verhalten der betroffenen Kinder ungünstig auf das psychosoziale Wohlbefinden aller Familienmitglieder auswirkt. Die Eltern erleben sich als gestresst und unzufrieden, sie fühlen sich als Erzieher inkompetent. Auch die Geschwisterkinder weisen ein höheres Risiko auf an psychischen Störungen zu leiden (Schilling, Petermann, & Hampel, 2006).

Allein die Herausforderungen der verschiedenen Entwicklungsphasen im Familiengeschehen sind für die Familienmitglieder Stressoren. Die Familienentwicklung ist ein Prozess, in dem Stressoren und Ressourcen wirken (Schneewind 2010).

Verhaltensauffällige Kinder mit AD(H)S bewirken durch ihr Verhalten ein höheres Ausmaß an Belastung. Die Eltern erleben sich als gestresst, unzufrieden und als unzureichend erziehungskompetent (Schilling, Petermann, & Hampel, 2006).

Ob ein Stressor auch als solcher erlebt wird, hängt stark von den Ressourcen der betroffenen Person ab. Kann sie die Situation interpretieren, hat Handlungsmöglichkeiten sie zu bewältigen

und sieht auch einen Sinn darin, so interpretiert sie die Lage als bewältigbare Herausforderung, die sie vielleicht auch gerne meistert. Jemand anders reagiert stark belastet oder überlastet.

Ungeeignete Coping-Strategien im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten haben selbst wiederum negative Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes (Gabriel 2007).

Brauchbare Copingstrategien zu üben und Ressourcen zu stärken, sollte daher in der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und AD(H)S einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Spiel in seinen verschiedenen Formen kann diese Aufgabe erfüllen. Der enge Zusammenhang zwischen Effektivität des Copings und der Spielfähigkeit wurde von Renate Ruckser-Scherb nachgewiesen (Ruckser-Scherb, 2009). Spiel wirkt auf entscheidende Entwicklungsbereiche wie sensorische Integration, Selbst-Entwicklung, motorisches Ausagieren und Symbolisierungsfähigkeit. Diese Bereiche sind in der Ätiologie der Hyperaktivität von Bedeutung (Ahrbeck 2007).

Im Spiel verschmilzt die Realität mit der Phantasiewelt. Es ist ein relativ unschädliches Ausprobieren möglich und doch sind die Erfahrungen ganz real. Das Spiel scheint sowohl bei Kindern als auch bei Eltern genetisch determiniert. Im Vergleich zu allen anderen biologischen Spielformen kommt beim Menschen die Einbindung von Sprache und Stimme als wesentlicher Faktor dazu. Eltern tragen einen wichtigen Anteil in der Spielentwicklung. (Papousek 2003) Eltern wirken u.a. im Spiel auf die Bindung ein. Das Spiel von sicher gebundenen Kindern erlangt ein höheres Spielniveau. Hopf (2004) bestätigt einen Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und Spielunfähigkeit.

Im Spiel werden verschiedene Coping-Strategien erprobt und die Handlungskompetenz geschult (Ruckser-Scherb, 2009).

Elterntrainings, die Handlungserprobung und positive Spielzeit miteinbeziehen, wirken nachhaltiger, weil sich Eltern mit der Zeit kompetenter und sicherer fühlen (Lauth & Heubeck, 2006). Außerdem hat das elterliche Verhalten in der Spiel-Interaktion einen Einfluss auf die Entwicklung der kindlichen Aufmerksamkeit (Kühnert, 2007).

Die Stressbelastung von Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern und Kindern mit AD(H)S ist hoch. Spiel wirkt auf viele Entwicklungsbereiche, die für die Bewältigung dieser Belastung hilfreich sein können. Es wirkt auch auf Entwicklungsbereiche, die der Entstehung von AD(H)S und Verhaltensauffälligkeit vorbeugen können. Elterntrainingsprogramme, die Spielzeiten beinhalten, wirken besser (Grimm, 2006).

Forschungsfrage

Für uns ergibt sich folgende Hypothese:

Eltern von AD(H)S-Kindern zeigen erhöhte Stressbelastung. Durch gemeinsame Spielzeiten reduziert sich die Stressbelastung der Eltern und das Verhalten der Kinder verändert sich.

Daher sind wir folgender Fragestellung nachgegangen:

1. Verändert sich durch gemeinsames freies Spiel die Stressbelastung der Eltern?
2. Verändert sich das Verhalten der Kinder durch freies Spiel mit den Eltern?

1.3. Methodik

Die Studie im Rahmen Qualitativer Sozialforschung untersucht den Prozess der Veränderung aus der subjektiven Sicht der Teilnehmer/innen als auch aus der reflexiven Sicht von teilnehmenden Beobachterinnen. Mehrere Methoden kommen zur Anwendung.

Die Stressbelastung der Eltern, deren Kinder entweder die Diagnose AD(H)S aufweisen oder deren Verhalten als auffällig beschrieben wird, wurde erhoben und mit der Stressbelastung nach der Intervention verglichen.. Über standardisierte Tests wurden die Stressbelastung der Eltern (PSI) sowie das Verhalten der Kinder (CBCL) vor und nach der Intervention erhoben.

Über einen nicht standardisierten Fragebogen wurden Spielzeiten, Daten über Spielqualität und Einstellungen dazu erhoben.

Die Intervention umfasste 3 Elternabende (Kennenlernen und Information, Selbsterfahrung, Reflexion) und 5 begleitete Spieleinheiten. An den Spieleinheiten nahm die ganze Familie teil.

Jede Spieleinheit schloss mit einer Reflexionsrunde ab. Zusätzlich wurden den Familien Aufgaben für den Alltag mitgegeben.

Jeweils nach der Spieleinheit führten die Gruppenleiterinnen halb-strukturierte Reflexionen durch. Die Auswertung dieser Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Die Gruppenleiterinnen verstehen sich als gleichberechtigt mit den Beforschten und fassen Forschung als Interaktionsprozess auf.

Die erste und die letzte Einheit mit den Eltern wurden videografiert. In der Abschlusseinheit wurde ein Gruppeninterview durchgeführt. Zur Anregung gab es fünf Fragen. Der Gesprächsprozess wurde nicht gelenkt. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse sollten daraus Erkenntnisse über die Qualität des Veränderungsprozesses gewonnen werden.

Versuchspersonen

Es nahmen 4 Familien an der Pilotgruppe teil, insgesamt 16 Personen. Das Alter der betroffenen Kinder wurde mit 5 – 10 Jahren begrenzt Auch Geschwisterkinder der verhaltensauffälligen Kinder waren dabei und teilweise selbst auffällig. Die Väter zweier Familien fehlten fallweise.

Durchführung

Die Messungen mittels standardisiertem Fragebogen (PSI) fanden in der Woche vor und 10 Tage nach der Intervention statt. Der Fragebogen wurde von beiden Eltern getrennt ausgefüllt. Zu denselben Terminen wurde das Verhalten der Kinder mittels standardisiertem Fragebogen (CBCL) erfasst.

Für die Klärung von Nebenfragen wurde mittels nicht-standardisiertem Fragebogen Daten über Spielgewohnheiten erhoben.

Nach 2 Elterneinheiten wurden 5 Spielinterventionen mit der gesamten Familie gesetzt, die thematisch 5 Spielformen zugeordnet waren. Die Spieleinheiten wurden von den Gruppenleiterinnen begleitet. Jede Spieleinheit beinhaltete eine Reflexionsrunde. Nach der Spieleinheit wurden halb-strukturierte Reflexionen aufgezeichnet, die am Ende mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Gruppe schloss mit einem Elternabend ab. Er beinhaltete ein Gruppeninterview, das auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurde.

1.4. Ergebnisse

Es wurde erhoben, was die Kinder gerne spielen und was die Eltern mit ihren Kindern spielen.

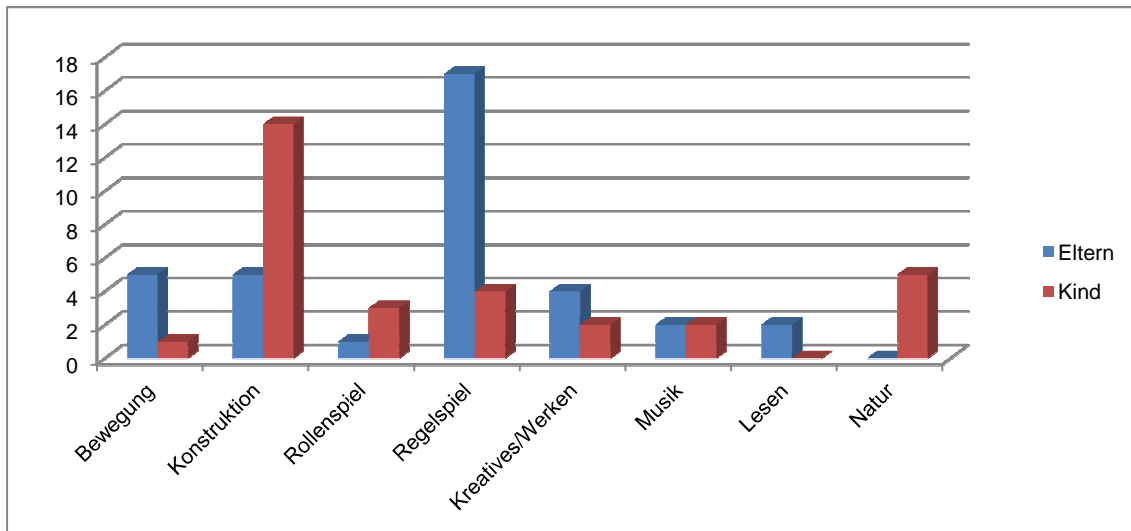


Abbildung 1: Vergleich der Lieblingsspiele der Kinder mit den Spielen, die die Eltern mit ihnen spielen.

Die rote Säule stellt die aktuellen Lieblingsspiele der Kinder dar, die blauen Säulen zeigen, was die Eltern aktuell mit den Kindern spielen.

Ein Vergleich von Lieblingsspielen der Kinder und den Spielen, die die Eltern mit ihren Kindern spielen, zeigt, dass die Eltern durch das Spielen ihre Kinder fördern wollen. Zum Beispiel wird Lesen, Kreatives/Werken, Regelspiel oder Bewegung von den Kindern nicht so bevorzugt. Die Anregung zu diesen Spielen geht stärker von den Eltern aus.

Das Verhalten der Kinder wurde mit dem CBCL-Fragebogen vor und nach der Intervention erhoben.

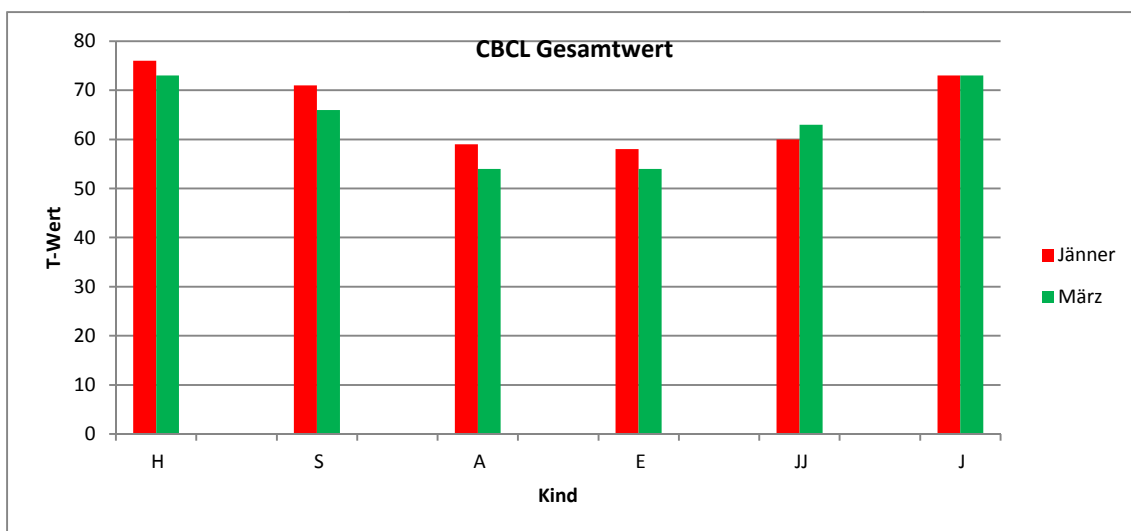


Abbildung 2: Verhaltensveränderungen der Kinder

Das Verhalten der Kinder hat sich bei allen zum Positiven verändert. Teilweise wurden bei der Zweitmessung kritische Werte, die bei der Erstmessung überschritten wurden, unterschritten.

Bei allen Eltern war die Stressbelastung bei der Erstmessung hoch. Nach der Intervention ist die Stressbelastung bei fast allen Eltern zurückgegangen. Auf Grund depressiven Verhaltens sank bei einer Familie die Gesamtbelastung nicht.

Die Stressbelastung der Eltern hat sich verlagert. Bei der Erstmessung war die elterliche Bindung bei den meisten Eltern mehr belastet als nach der Intervention. Bei 4 von 6 Eltern fand ein Zuwachs an elterlicher Kompetenz statt. Kindbezogene Stressbelastung wie „die Anforderung, die das Kind stellt“ ist bei allen Eltern, außer bei einer Mutter angestiegen.

Ein Vater, der bei der Intervention nicht teilgenommen hat, bildet eine Ausnahme. Seine Stressbelastung ist im Bereich „elterliche Bindung“ sogar angestiegen.

Aus der Beobachtung in den Spieleinheiten konnten für die Familie individuell beziehungsstärkende Spielformen genannt werden. Jene Spiele, bei denen Interaktion gelingt und Ressourcen für die Begegnung Eltern-Kind vorhanden sind, sind je nach Familie und Personen unterschiedlich.

Auch bei den Geschwisterkindern ist eine Verhaltensänderung festzustellen. Normalisiert sich das Verhalten des betroffenen Kindes, sinken auch die belasteten Werte des Geschwisterkindes. Treten beim betroffenen Kind mehr Verhaltensauffälligkeiten auf, reagiert auch das Geschwisterkind mit höheren Werten im Bereich „Verhaltensauffälligkeit“.

1.5. Diskussion

Die Frage, ob sich durch gemeinsames freies Spiel die Stressbelastung der Eltern verändert, können wir mit Ja beantworten. Insgesamt reduziert sich die Stressbelastung nicht. Es verlagert sich die Belastung:

Es kommt bei allen Familien zu einem Perspektivenwechsel. Ist zu Beginn der Fokus auf die Symptome der Kinder stark, verändert sich dieser hin auf die Stärken des Kindes.

Bei drei Familien haben sich die elterliche Bindung und die Eltern-Kind-Interaktion deutlich verbessert. Bei einer Familie konnten sie sich aufgrund der akuten Depression nicht verbessern.

Gleichzeitig wurden den Eltern die Anforderungen, die das Kind stellt, bewusster, und sie nahmen diese als belastend wahr. Dies bedeutet, dass die Stärkung der Bindung persönlichen Einsatz und Aufwand braucht. Durch die Spielintervention kamen bei den Eltern innere Prozesse in Gang. Es wurden keine Konzepte für das Erziehungsverhalten vermittelt, sondern Reflexion und beziehungsorientiertes Handeln initiiert. Die Zweifel an der elterlichen Kompetenz blieben teilweise erhalten.

Durch den Zuwachs an Eltern-Kind-Bindung erlebten sich die einzelnen Familienmitglieder wieder mehr als eine Familie. Die Veränderung der Eltern-Kind- Beziehung zu einem Kind wirkt sich auch auf die Geschwisterkinder aus, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Macht ein Familienmitglied gar nicht mit, kann es den Prozess nicht nachvollziehen und erlebt selbst Stagnation.

Überraschend war für uns, dass sich mit nur 5 Spieleinheiten auch das Verhalten der Kinder veränderte, sogar bei Kindern mit massiven Verhaltensauffälligkeiten.

Wir sehen das Ergebnis im Zusammenhang mit dem oben besprochenen Perspektivenwechsel. Da das Verhalten der Kinder über die Sichtweise der Eltern abgefragt wurde, hat es sich möglicherweise nicht objektiv verbessert, sondern wird verständnisvoller interpretiert. Die Eltern reagieren anders auf das Verhalten des Kindes, was wiederum eine Verhaltensänderung mit sich bringt. Das gesamte Klima in der Familie ist entspannter.

Zum Positiven haben sich die Probleme im sozialen Bereich entwickelt. Es kam zu einer Stärkung des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins der Kinder.

Zu Bedenken in diesem Zusammenhang ist, dass die teilnehmenden Eltern eine hohe Familienverantwortung mitbringen, indem sie bereit sind als gesamte Familie daran teilzunehmen.

Dass Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme nach nur 5 Spieleinheiten eine positive Veränderung erfahren, liegt vermutlich ebenfalls an der Einschätzung der Eltern, die den Fragebogen nun weniger symptomfixiert beantworten.

Spiel und Reflexion erwirkten eine Verhaltensänderung. Diese liegt nicht begründet in einer Anleitung oder einem Programm zur Verhaltensänderung, sondern in der Selbstwahrnehmung und in der Reflexion der eigenen Sichtweise. Die Anforderungen, die das Kind stellt, steigen an, die Bindung wird stärker. Das bedeutet, dass die Eltern die Investition in die Bindung ganz bewusst setzen. Wie und wodurch die Bindung im Spiel gestärkt wird, ist sehr unterschiedlich und individuell.

Spiel ist ein geeignetes Mittel, um Verhaltensauffälligkeiten von Kindern zu begegnen. Einerseits bietet es die Möglichkeit der freien Entwicklung andererseits zur Bindungsstärkung.

Alle Eltern erleben, dass die gute Beziehung zu den Kindern eine Aufgabe darstellt. Sie bedeutet den Einsatz von Zeit. Die Qualität der gemeinsamen Zeit hängt auch ab vom Blick auf das Kind. Wenn es gelingt, nicht Symptome, sondern Ressourcen und Stärken in den Vordergrund zu stellen und die Bindung zu stärken, verändert sich das Verhalten des Kindes zum Positiven. Diese Beziehungsarbeit wird als hohe Anforderung erlebt.

Die Studie bestätigt: „A family that plays together stays together.“

1.6. Literaturverzeichnis

Ahrbeck, B. (2007). *Hyperaktivität, Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer

Brisch, K.-H. (2010). Posttraumatische Belastungsstörung und Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. In B. d.-Z. e.V. (Hrsg.), *ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern* (S. 35-71). Köln: Die Kinderschutz-Zentren.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, Volume 11 Number 2/2002, S. 67-72.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2006). Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung. In M. Leuzinger-Bohleber, G. Hüther & Y. Brandl (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung* (Bd. 4, S. 118-134). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), S. 800-809

Gabriel, B., Zeender, N. & Bodenmann, G. (2005). Stress und Coping bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Down-Syndrom und angemessener

Entwicklung: Welche Rolle spielt das dyadische Coping? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53 (4), S. 315-327.

Grimm, K. (2006). Evaluation des Kompetenztrainings für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES). *Inaugural - Dissertation*. Universität Köln.

Jensen, P., Arnold, L., & Swanson, M. (2007). 3-Year follow-up of the NIMH MTA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, S. 989-1002.

Kühnert, N. (2007). Rolle der Mutter-Kind-Kommunikation für die aufmerksamkeitsregulativen Fähigkeiten im frühkindlichen Spiel. *Inaugural-Dissertation*. LMU München

Mattejat, F. (2005). Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. (H. Verlag, Hrsg.) *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), S. 3-11.

Papousek, M. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. (M. Papousek, M. Schieche, & H. Wurmser, Hrsg.) Bern: Huber.

Papousek, M. (2003). *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. Stuttgart: Klett- Cotta Verlag.

Ruckser-Scherb, R. (2009). Die Beziehung von Spielfähigkeit und Effektivität des Copings bei Kindergartenkindern im Alter von 4 - 6 Jahren. *Masterthesis*. Graz/Schloss Seggau: Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung.

Saile, H. & Forse, I. (2002). Allgemeine und differenzielle Effekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen von Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, S. 281-299.

Sant'Unione, A. & Wildermuth, M. (2008). Die Praxisstudie. In T. Neraal, & M. Wildermuth (Hrsg.), *ADHS. Symptome verstehen - Beziehungen verändern*. Gießen: Psychosozial Verlag.

Schilling, V., Petermann, F. & Hampel, P. (2006). Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (4), S. 293-301.

Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, S. 827-835

Schneewind, K. A. (2009). Familienpsychologie: Profil einer anwendungsorientierten Disziplin. (Berufsverband, Hrsg.) *Familien in Deutschland. Beiträge aus familienpsychologischer Sicht*, S. 12-20.