



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Validität der Moduskarten zur Erhebung der Kind-Modi
von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischen
Betreuungszentren“

verfasst von / submitted by

Christian Joachim Meyer, BA BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Lueger-Schuster

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Inhaltsverzeichnis

Emotionale Grundbedürfnisse und Entwicklungsressourcen	6
Entstehung von Schemata	8
Schemaaktivierung: Von Schemata (Traits) zu Modi (States)	13
Kindmodi	14
Maladaptive Kindmodi als dissoziative Zustände	18
Kindmodi und Psychopathologie	20
Verfahren zum Assessment von Kindmodi	22
Moduskarten (Graaf, 2016)	23
Bildkarten für Kindmodi	25
Validität	30
Fragestellungen und Hypothesen	31
Methode	33
Stichprobenbeschreibung	33
Datenerhebung	35
Eingesetzte Verfahren	35
Auswertung	42
Ergebnisse	45
Ergebnisse der Voranalyse	45
Unterschiede in Entwicklungsressourcen	46
Zusammenhang mit aversiven Kindheitserfahrungen	49
Unterschiede in adaptiver Emotionsregulation	50
Unterschiede in maladaptiver Emotionsregulation	53
Zusammenhang mit internalen Verhaltensproblemen	56
Zusammenhang mit externalen Verhaltensproblemen	57
Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen	59
Zusammenhang mit ängstlichen Symptomen	60
Zusammenhang mit depressiven Symptomen	61

Diskussion	63
Einfluss des Geschlechts und des Alters auf die Wahl der Moduskarte	63
Unterschiede in Entwicklungsressourcen	64
Zusammenhang mit aversiven Kindheitserfahrungen	65
Unterschiede in adaptiver Emotionsregulation	67
Unterschiede in maladaptiver Emotionsregulation	67
Zusammenhang mit internalen Verhaltensproblemen	69
Zusammenhang mit externalen Verhaltensproblemen	69
Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen	70
Zusammenhang mit ängstlichen Symptomen	71
Zusammenhang mit depressiven Symptomen	71
Conclusio	72
Zukünftige Forschung	76
Limitationen	79
Stärken	80
Implikationen für die klinische Praxis	80
Schlussbemerkung	80
Literaturverzeichnis	81
Abbildungsverzeichnis	95
Tabellenverzeichnis	96
Abkürzungsverzeichnis	97
Appendix A	98
Abstract (deutsch)	114
Abstract (english)	115

Validität der Moduskarten zur Erhebung der Kind-Modi von Kindern und Jugendlichen in
sozialpädagogischen Betreuungszentren

Aversive Erfahrungen in der Kindheit können die bio-psycho-soziale Entwicklung beeinträchtigen (Christoffersen, 2012; Deighton, Neville, & Pusch, 2018; Harden, 2004; Oswald, Heil, & Goldbeck, 2010; Poole, Dobson, & Pusch, 2018; Teicher & Samson, 2016; van Ijzendoorn, Luijk, & Juffer, 2008), die Vulnerabilität für riskantes Gesundheitsverhalten, chronische Erkrankungen und psychische Störungen erhöhen und die Lebenserwartung drastisch verringern (Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010). Die Schematherapie nach Young, Klosko, und Weishaar (2003) liefert ein psychologisches Rahmenmodell, das den Einfluss aversiver Kindheitserfahrungen auf die spätere Lebensqualität erklärt.

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie und beinhaltet Einflüsse aus der Psychoanalyse, der Gestalttherapie, systemischer Ansätze, der Neuropsychotherapie und der Hypnotherapie. In der Schematherapie wird der Einfluss der "frühen und frühesten Beziehungserfahrungen" (Roediger, 2016, S. 6) auf das gegenwärtige Wohlbefinden betont. Aversive Kindheitserfahrungen verankern sich im Individuum in Form von *frühen maladaptiven Schemata* (Early Maladaptive Schemas [EMS]; Young et al., 2003). EMS werden später in Alltagssituationen aktiviert, bedingen negative emotionale Gefühlszustände, dysfunktionale Grundüberzeugungen und maladaptive Bewältigungsreaktionen und begünstigen die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Um besser mit aktivierten Schemata arbeiten zu können, wurde das Moduskonzept eingeführt. Ein *Modus* ist ein passagerer, funktioneller und teilweise dissoziierter Bewusstseinszustand, der durch Aktivierungen von Schemata entsteht (Roediger, 2016).

Graaf (2016) entwickelte mit der Illustratorin Claudia Styrsky ein Set aus Bildkarten, auf denen jeweils Personen oder Szenen abgebildet sind. Jede Bildkarte wurde theoriegeleitet einem bestimmten Modus (Young et al., 2003) zugeordnet. Die Moduskarten sind ein projektives Bild-Auswahlverfahren für SchematherapeutInnen, mithilfe derer sie "spielend leicht die unterschiedlichen Modi einer Person erkennen und zuordnen" (Graaf, 2016, S. 1) können.

Die Validität der Moduskarten als Verfahren zur Erhebung von Informationen über die Modi einer Person wurde noch nicht untersucht und ist Gegenstand der Master-These.

Emotionale Grundbedürfnisse und Entwicklungsressourcen

Zusätzlich zu den körperlichen Grundbedürfnissen, beispielsweise nach Nahrung, Sauberkeit, Wärme und Unversehrtheit, gibt es auch *emotionale Grundbedürfnisse*.

Die Liste emotionaler Grundbedürfnisse von Young et al. (2003) orientiert sich an der UN-Kinderrechtskonvention (Bach, Lockwood, & Young, 2018):

- 1.) sichere, stabile, wertschätzende Bindungen zu Anderen
- 2.) Autonomie, Kompetenz, Gefühl für die eigene Identität
- 3.) Freiheit, Bedürfnisse und Gefühle ausdrücken zu können
- 4.) Spontanität und Spaß
- 5.) Selbstkontrolle und realistische Grenzen gesetzt bekommen

Die emotionalen Grundbedürfnisse im Modell von Grawe (2004) basieren auf neurobiologischer Forschung:

- 1.) Bindung
- 2.) Kontrolle, Orientierung und Kohärenz
- 3.) Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
- 4.) Lust und Unlustvermeidung
- 5.) sowie das übergeordnete Bedürfnis nach Konsistenz

Zarbock, Loose, und Graaf (2013) kombinierten die Modelle von Young und Grawe mit dem von Brazelton und Greenspan (2000) zu einem Modell für Kinder und Jugendliche:

- 1.) Bindung
- 2.) Autonomie, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung
- 3.) Selbstwert und Anerkennung
- 4.) Lustgewinn, Spontanität, Spiel und Spaß, Freiheit im Selbstausdruck
- 5.) sowie das übergeordnete Bedürfnis nach Konsistenz, Identität, Struktur und Grenzen

Emotionale Grundbedürfnisse sind universelle neurologische Strukturen, die Menschen proaktiv dazu motivieren, Situationen aufzusuchen, in denen bedürfnisbefriedigende sensorische Erfahrungen gemacht werden (Flanagan, 2010).

Die Modelle emotionaler Grundbedürfnisse beinhalten psychologische Konstrukte, die andernorts unter dem Begriff *Entwicklungsressource* diskutiert werden (Tabelle 1).

Entwicklungsressourcen sind Faktoren, welche die Entwicklung eines Menschen unterstützen, indem sie allgemein förderlich wirken oder präventiv die negativen Einflüsse von Risikofaktoren abschwächen. Entwicklungsressourcen fördern das Bewältigen von Entwicklungsaufgaben und unterstützen die Weiterentwicklung positiv (Lohaus & Nussbeck, 2016).

Tabelle 1

Gegenüberstellung: Emotionale Grundbedürfnisse und Entwicklungsressourcen

Emotionales Grundbedürfnis ^a	Entwicklungsressource ^b
Bindung	Integration in die Peergruppe Integration in Schule / Arbeit
Autonomie / Selbstwirksamkeit / Kontrolle / Kohärenz	Selbstwirksamkeit Kohärenzgefühl Emotionale und soziale Unterstützung
Selbstwert	Selbstwert Optimismus
Struktur / Grenzen / Selbstkontrolle	Autoritative Erziehung Selbstkontrolle Empathie

Notiz. ^a(Grawe, 2004; Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013); ^b(Lohaus & Nussbeck, 2016).

Die Ressourcen- und Grundbedürfnismodelle diskutieren dieselben Konstrukte aus unterschiedlichen Blickwinkeln: Ein Bedürfnis ist das Benötigen einer Ressource (Metselaar, van Yperen, van den Bergh, & Knorth, 2015). Das Bedürfnis ist befriedigt, wenn die benötigten Ressourcen zu genüge vorhanden sind. Aus dieser Sicht sind emotionale Grundbedürfnisse motivationale Strukturen, die dazu anleiten, Entwicklungsressourcen zu sammeln, aufzubauen und aufrecht zu erhalten, damit die Gesundheit und Weiterentwicklung des Organismus abgesichert sind. Die Nichtbefriedigung emotionaler Grundbedürfnisse wird als Ursache psychischer Störungen gesehen (Grawe, 2004; Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013).

Entstehung von Schemata

Die Schematherapie betont die Wichtigkeit der frühen und frühesten Beziehungserfahrungen für die Entwicklung des Menschen. Ein Kind tritt bedürftig und mitsamt seinem / ihrem mehr oder weniger herausfordernden Temperament in Interaktion mit seiner / ihrer frühen Bezugspersonendynamik, welche zu einem großen Teil die Dynamik seiner / ihrer gesamten frühen Welt sein wird (Young et al., 2003). In diesen Beziehungen macht das Kind die ersten Erlebnisse mit der Befriedigung und Frustration seiner / ihrer Grundbedürfnisse. Diese Erfahrungen "brennen" sich in die neuronale Struktur des Kindes ein (Roediger, 2016, S. 14).

Aus einer lerntheoretischen Sicht stellen emotionale Grundbedürfnisse ein neuronal verankertes, körpereigenes Verstärkersystem dar, das den Organismus darauf konditioniert, bedürfnisbefriedigende sensorische Erfahrungen zu machen und bedürfnisfrustrierende Erfahrungen zu vermeiden (Grawe, 2004). Diesem System steht bereits in der frühen Entwicklung ein Repertoire aus Basisemotionen zur Verfügung (Tracy & Randles, 2011), mit dem diese Konditionierungsleistung realisiert wird: Die Befriedigung eines Bedürfnisses geht einher mit dem angenehmen und belohnenden Gefühl der Freude und der Anwesenheit der benötigten Ressource. Die Frustration des Bedürfnisses geht einher mit schmerzhaften, bestrafenden Empfindungen wie Angst, Wut oder Trauer und der Abwesenheit der Ressource (Zarbock & Zens, 2006). Die Grundbedürfnisse motivieren kontinuierlich dazu, bedürfnisrelevante Situationen aufzusuchen, was den Prozess immer weiter vorantreibt.

Die frühen Beziehungserfahrungen finden ihren Niederschlag im Individuum in Form von Schemata. Neurobiologisch betrachtet, werden die perzeptiven, interozeptiven, motorischen, emotionalen und später dann die verbalen internen Repräsentationen aus thematisch ähnlichen, bedürfnisrelevanten Situationen zu einem Neuronenverband verdichtet, dessen Elemente zwar assoziativ miteinander verknüpft sind, aber auch unabhängig voneinander abgerufen werden können (Blouw, Solodkin, Thagard, & Eliasmith, 2016; Thagard & Stewart, 2014). In anderen Worten werden die neuronalen Erregungsmuster aus den Situationen durch Wiederholung zu neuronalen Erregungsbereitschaften gebahnt (Grawe, 2004). Schemata werden später in ähnlichen Situationen *bottom up* aktiviert (Barsalou, 2016) und lösen unter anderem eine klassisch konditionierte emotionale Reaktion auf die neue Situation aus (Roediger, 2016).

Zur Verdeutlichung soll das Beispiel von einem Kind herangezogen werden, dass bei einer alleinerziehenden, emotional vernachlässigenden Mutter aufwächst, welche es unregelmäßig nachts und den darauffolgenden Tag allein lässt. Allein gelassen (Frustration des Bindungsbedürfnis) fühlt sich das Kind ängstlich (unmittelbare emotionale Reaktion). Bereits nach ein paar Malen hat das Kind immer wieder die selbe Erfahrung gemacht: der Einbruch der Dunkelheit, das Klacken der Stöckelschuhe der Mutter im Flur, der Geruch ihres Parfums, die Abschiedsfloskel, das Zufallen der Tür, die plötzliche Stille, die eigene Angst. Diese Erfahrungen verdichten sich mit der Zeit zum Schema *Verlassenheit*. Sobald das EMS gebildet ist, beginnt das Kind bereits bei Einbruch der Dunkelheit (schemaaktivierender Reiz) eine große Angst zu spüren, allein gelassen zu werden (konditionierte emotionale Reaktion), auch wenn die Mutter gar nicht vor hat auszugehen.

Schemata sind "Mittel, die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzungen zu schützen" (Grawe, 2004, S. 188). Sie ermöglichen ein "vorbewusstes Wiedererkennen strukturähnlicher Situationen bzw. Szenen" (Roediger, 2016, S. 13). Eine *Schemaaktivierung* hat eine Verlagerung der Aufmerksamkeit auf die schemarelevanten Inhalte der gegenwärtigen Situation zur Folge (attention bias; Mack, Love, & Preston, 2018). Es werden voreilige Schlüsse über die Beschaffenheit der gegenwärtigen Situation getroffen (pattern completion), wodurch ihr ein inhärenter Sinn zugeschrieben wird. Ausgehend von den Erfahrungen, die einem Schema zugrunde liegen, wird eine verzerrte Vorhersage darüber gefällt (memory based prediction error), ob die gegenwärtige Situation zu einer Befriedigung oder Frustration von Bedürfnissen führt (Mack et al., 2018). Dabei kommt es zu einer "Flutung" des Bewusstseins mit Emotionen aus früheren, ähnlichen Situationen (Lebois, Wilson-Mendenhall, Simmons, Barrett, & Barsalou, in Druck; Young et al., 2003).

Im Grunde bieten Schemata dem Organismus einen Überlebensvorteil (Flanagan, 2010). Sie richten das Erleben und Verhalten automatisiert, energiesparend und kontinuierlich auf die eigenen Bedürfnisse aus. Zusätzlich ermöglichen die schematischen emotionalen Reaktionen es, das Individuum ohne kognitiven Aufwand dazu zu bewegen, bedürfnisfrustrierende Situationen zu meiden und bedürfnisbefriedigende Situationen aufzusuchen (Grawe, 2004). Nicht alle Schemata eignen sich jedoch gleich gut dazu, die Bedürfnisbefriedigung zu unterstützen.

Frühe maladaptive Schemata. EMS entstehen in toxischen Entwicklungskontexten. Sie werden *früh* genannt, weil hiermit explizit Schemata gemeint sind, die sich in der Kindheit und Jugend formen. Sie sind maladaptiv, wenn sie in Situationen außerhalb ihres toxischen Entwicklungskontextes aktiviert werden. So hat das Kind aus dem Fallbeispiel mit dem EMS Verlassenheit eine berechtigte Annahme darüber, erneut von der Mutter allein gelassen zu werden. Das Schema Verlassenheit wäre z. B. dann als maladaptiv zu bewerten, wenn es bis in das Erwachsenenalter hinein persistiert und in Situationen mit wohlwollenden FreundInnen und PartnerInnen aktiviert wird.

In der Theorie wird davon ausgegangen, dass es systematische Unterschiede im Zeitpunkt der Entwicklung spezifischer EMS gibt (Young et al., 2003). Sogenannte *unkonditionale Schemata* bilden sich sehr früh auf der Basis von Beziehungserfahrungen. *Konditionale Schemata* entwickeln sich später als Reaktion auf unkonditionale Schemata. Beispielsweise könnte ein Kind mit dem unkonditionalen EMS Verlassenheit das konditionale EMS *Streben nach Anerkennung* hervorbringen, die Überzeugung Anderen ausgiebig zeigen zu müssen, wie gut es ist, damit es von ihnen nicht verlassen wird.

Es wird angenommen, dass EMS in der frühen Kindheit entstehen, in der mittleren und späten Kindheit an Stabilität dazu gewinnen und sich während der Adoleszenz zu schwer veränderbaren Persönlichkeitstraits erhärten (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013). Die Forschung stützt diese Annahme teilweise. Bei der Untersuchung der EMS von Kindern ($M = 10.8$ Jahre) über einen Zeitraum von vier Wochen wiesen sowohl unkonditionale als auch konditionale Schemata eine hohe zeitliche Stabilität auf (Rijkeboer & de Boo, 2010). Bei der Untersuchung derselben Altersgruppe über einen längeren Zeitabschnitt von sechs Monaten blieben nur die unkonditionalen EMS stabil (Stallard, 2007). In der Adoleszenz findet sich dieselbe Faktorenstruktur der EMS wie bei Erwachsenen (van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010). EMS können im Erwachsenenalter über eine längere Zeitspanne von neun Jahren eine mittlere Stabilität aufweisen (Wang, Halvorsen, Eisemann, & Waterloo, 2010). Dabei ändern kritische Lebensereignisse, wie die Geburt eines Kindes (Blissett & Farrow, 2007) oder Psychotherapie (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, & Huibers, 2012; Riso et al., 2006) die EMS Erwachsener nur bedingt.

Tabelle 2

Übersicht über frühe Schemata und deren Organisation

Frühe maladaptive Schemata (EMS)	Frühe adaptive Schemata (EAS)
Abgetrenntheit und Ablehnung	Verbundenheit und Akzeptanz
Emotionale Entbehrung ^U	Emotionale Erfüllung
Soziale Isolation und Entfremdung ^U	Zugehörigkeit
Emotionale Gehemmtheit	Emotionale Offenheit / Spontanität
Unzulänglichkeit und Scham ^U	Akzeptanz / Selbstwert
Misstrauen / Missbrauch ^U	Grundvertrauen
Negativität und Pessimismus ^U	Optimismus
Beeinträchtigung der Autonomie	Unbeeinträchtigte Autonomie
Abhängigkeit und Inkompetenz ^U	Selbstvertrauen und Kompetenz
Erfolglosigkeit und Versagen ^U	Erfolg
Unterwerfung	Durchsetzungsfähigkeit
Verlassenheit / Instabilität ^U	Sichere Bindung
Verstrickung / unterentwickeltes Selbst ^U	Gesunde Grenzen
Verletzbarkeit ^U	Sicherheit
Übertriebene Verantwortung / Standards	Ausgewogene Verantwortung / Standards
Selbstaufopferung	Selbstfürsorge
Überhöhte Standards	Realistische Standards / Erwartungen
Bestrafen ^U	Selbstvergebung
Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen	Adäquater Umgang mit Grenzen
Anspruchshaltung und Grandiosität	Empathie
Streben nach Anerkennung	Selbstgenügsamkeit
Unzureichende Selbstkontrolle ^U	Gesunde Selbstkontrolle

Notiz. Übersicht entspricht Bach et al. (2018) und Zarbock et al. (2013); ^UUnkonditionales EMS.

EMS und EAS sind Gegenstücke. Je nachdem wie stark das zu Grunde liegende Bedürfnis befriedigt ist, entwickelt sich ein Individuum hin zum einen oder anderen Extrem (Tabelle 2).

EMS entstehen durch toxische Kindheitserfahrungen (Young et al., 2003). Das sind lang anhaltende, intensive oder wiederholte Frustrationen von emotionalen Grundbedürfnissen.

Ein herausforderndes Temperament des Kindes (Calvete, 2014; Halvorsen et al., 2009; Thimm, 2010a), andere biologische Dispositionen (z. B. Inhibitionsdefizite; Loose, Graaf, & Zarbock, 2015) oder schwere Erkrankungen des Kindes (Pinquart, 2017) gestalten die Interaktion mit dem Kind schwieriger und sind somit Risikofaktoren für das Erleben intensiver oder chronischer Frustrationen emotionaler Grundbedürfnisse.

Zudem erhöht emotional vernachlässigendes, herabwürdigendes, überbehütendes, perfektionistisches, ängstliches, kontrollierendes, emotional gehemmtes, bestrafendes und narzisstisches Elternverhalten das Risiko, chronische oder intensive Bedürfnisfrustrationen in der Kindheit zu erleben (Bach et al., 2018; Fischer, Smout, & Delfabbro, 2016; Muris, 2006; Thimm, 2010b; Zonnevijlle & Hildebrand, 2018).

Auch traumatische Erfahrungen in der Kindheit sind ein Risikofaktor für intensive, wiederholte oder lang anhaltende Frustrationen emotionaler Grundbedürfnisse. Jegliche Form der Verletzung oder Viktimisierung frustriert emotionale Grundbedürfnisse und trägt zur Entwicklung von EMS bei (Young et al., 2003). Die Forschung stützt diese Annahme. Körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung sind Prädiktoren für die Ausprägung von EMS (Cecero, Nelson, & Gillie, 2004). Zudem konnte gezeigt werden, dass EMS den Zusammenhang von aversiven Kindheitserfahrungen (darunter auch körperliche Vernachlässigung) mit psychopathologischen Symptomen medieren, beispielsweise depressiven Symptomen (Gong & Chan, 2018; Lumley & Harkness, 2007). Auch wenn jegliche Form der Misshandlung dazu in der Lage ist, im Kind psychische "Wunden" (EMS; Loose et al., 2015, S. 56) zu hinterlassen, wird die Rolle des emotionalen Missbrauchs in der Entwicklung von EMS betont (McCarthy & Lumley, 2012; Wright, Crawford, & del Castillo, 2009). Wenn Bezugspersonen das Kind anschreien, herabwürdigen und das Gefühl vermitteln wertlos zu sein, werden emotionale Grundbedürfnisse intensiv frustriert. Emotionale Gewalt ist weit verbreitet (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & van Ijzendoorn, 2015). Zudem werden körperliche und sexuelle Übergriffe und Vernachlässigung häufig von emotionaler Gewalt begleitet (Dong et al., 2004).

Schemaaktivierung: Von Schemata (Traits) zu Modi (States)

Es wurde bereits besprochen, wie Schemata sich im Laufe der Entwicklung zu zunehmend stabilen Persönlichkeitstraits herausbilden und wie diese situativ aktiviert werden können. Unter *Trait* wird ein im Individuum befindliches, zeitlich stabiles und schwer veränderbares, latentes, das heißt nicht direkt beobachtbares Merkmal verstanden. Schemata weisen diese Charakteristiken als klassisch konditionierte, responsive, neuronal verankerte kognitiv-emotionale Strukturen auf.

Schemata reagieren hyperreaktiv (Flanagan, 2010) auf schemarelevante Triggerreize. Beispielsweise ist es normal, dass sich ein Mensch verlassen fühlt, wenn sich jemand von ihm / ihr verabschiedet. Menschen mit dem EMS Verlassenheit reagieren jedoch hypersensibel auf Verabschiedungen, weil solche Situationen in ihnen das EMS triggern und sie von früheren, kindlichen Verlassenheitsgefühlen überwältigt werden (Young et al., 2003). Bei einer Schemaaktivierung werden zudem häufig keine Erinnerungen abgerufen, aus denen das ausgelöste Gefühl stammt (Roediger, 2016), was zu Fehlern in der Ursachenzuschreibung führt (Ahmed, 2004). Dies wird mit der Metapher des "Knöpfe Drückens" umschrieben: Der an der Tür klingelnde Besucher (Auslöser) ist nicht die Ursache für das Klingeln. Der Grund warum es klingelt (emotionale Reaktion), ist die Klingelanlage (Schema; Roediger, 2016, S. 27).

Wird ein Schema durch einen Trigger aktiviert, dann feuert der Neuronenverband und es kommt zu einer Änderung des gegenwärtigen Bewusstseinszustandes (Cavanna, Vilas, Palmucci, & Tagliazucchi, 2018). Eine Schemaaktivierung bewirkt im Individuum eine Veränderung des momentanen Ordnungszustandes (Grawe, 2004). Das gegenwärtige Erleben wird mit früher ausgebildeten Assoziationen unbemerkt emotional bewertet, wodurch es zum Erleben einer "erinnerten Gegenwart" (Roediger, 2016, S. 40) kommt, in welcher alte Gefühle im Hier und Jetzt gefühlt werden. Eine solche Flutung mit erinnerten Emotionen erschwert oder verhindert ein achtsames Erleben der Gegenwart und ein mit den eigenen Werten konsistentes Handeln (Calvete, Morea, und Orue, 2018; Fischer et al., 2016; Thimm, 2017).

Das Produkt der Aktivierung eines Schemas (Trait) ist somit ein passagerer, funktioneller Zustand (State; Roediger, 2016). Ein solcher Zustand, der durch das Erleben von Basisemotionen charakterisiert ist, wird *Kindmodus* genannt (Young et al., 2003).

Kindmodi

Im ursprünglichen Modell der Kindmodi (Young et al., 2003) wird davon ausgegangen, dass es folgende vier Kindmodi gibt:

- 1.) Verletzlicher Kindmodus
- 2.) Ärgerlich–Wütender Kindmodus
- 3.) Glücklicher Kindmodus
- 4.) Impulsiv–Undisziplinierter Kindmodus

Die vier Kindmodi sind als übergeordnete Kategorien zu verstehen. Jeder Kindmodus besitzt eine undefinierte Menge an *Spielarten*, die durch Unterschiede in den aktivierten Schemata zustande kommen. Beispielsweise gibt es für den verletzlichen Kindmodus die Spielarten *Zurückgewiesen*, *Misshandelt* und *Verlassen*, je nachdem welche Schemata gerade aktiv sind. Allen Spielarten eines Kindmodus liegen dieselben Basisemotionen zugrunde, die aber eben nicht pur erlebt werden (Tracy & Randles, 2011), sondern durch die verschiedenen, momentan aktivierten schematischen Grundüberzeugungen eine besondere "emotionale Tönung" (Zens & Hagen, 2013, S. 160) erhalten. Aufgrund dieser relativen Flexibilität des Kindmodus-Modells finden sich in der Literatur marginal unterschiedliche taxonomische Organisationen der Kindmodi (Abbildung 1).

1. Verletzlich	1. Verletzlich
1.1. Einsam	1.1. Einsam, wertlos
1.2. Verlassen, missbraucht	1.2. Verlassen, missbraucht
2. Ärgerlich	1.3. Abhängig
3. Wütend	1.4. Verletzlich, nicht anders spezifiziert
4. Glücklich	2. Ärgerlich–Wütend
5. Undiszipliniert	3. Glücklich
6. Impulsiv	4. Impulsiv–Undiszipliniert

Abbildung 1. Gegenüberstellung zweier Modelle für Kindmodi

Links: Schema-Modus-Inventar (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010); Rechts: Client's Modes Rating Scale (Peled, Bar-Kalifa, & Rafaeli, 2017).

Die Aktivierung und Deaktivierung von Kindmodi sind automatische Operationen, die bei gegebener Unachtsamkeit außerhalb unseres Bewusstseins stattfinden (Flanagan, 2010), wenn un konditionale EMS aktiviert werden (Roediger, 2016). Das Kindmodus-Modell wird von der aktuellen Forschung gestützt. So korrelieren die maladaptiven Kindmodi (Verletzlich, Wütend, Impulsiv–Undiszipliniert) positiv und der adaptive, glückliche Kindmodus negativ mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit (Lobbestael et al., 2010), EMS (Lyrakos, 2014), Verhaltensproblemen (van Wijk-Herbrink et al., 2017) und psychopathologischen Symptomen (Harris, 2010; Keulen-de Vos et al., 2018). Es konnte auch gut beobachtet werden, wie PatientInnen innerhalb von Therapieeinheiten zwischen den Kindmodi hin und her wechseln (Peled et al., 2017; van den Broek, Keulen-de Vos, & Bernstein, 2011).

Die Maladaptivität von Kindmodi ergibt sich nicht durch die mit ihnen verbundenen Basisemotionen, sondern durch deren wiederholte, unbemerkte schematische Aktivierung. Durch diese wird sich so gefühlt, als ob die Bedürfnisfrustration von damals im Hier und Jetzt Realität ist (Roediger, 2016), wodurch das Dasein zunehmend von unbefriedigten Bedürfnissen und schmerzhaften Emotionen charakterisiert wird (Flanagan, 2010). Die schematische Aktivierung erhöht dabei einerseits das Risiko, dass Basisemotionen unangepasst an die Situation (Zarbock et al., 2013), mit einer besonders starken Intensität oder mit einer ausgeprägten Dauer und Frequenz auftreten (Peled et al., 2017). Andererseits kann es zu spezifischen, maladaptiven Kombinationen gleichzeitig aktiver Kindmodi kommen (z. B. wütender und impulsiver Kindmodus; Khalily, Wota, & Hallahan, 2011), oder zu maladaptiven, wiederkehrenden Sequenzen im Wechsel zwischen Kindmodi (verletzlicher Kindmodus -> wütender Kindmodus; Edwards, 2017). Das Modell der Kindmodi soll dabei kein starres Modell darstellen, in dem auf dieselben Schemaaktivierungen immer dieselben emotionalen Reaktionen folgen. Je nach Temperament und aktueller Verfassung kann beispielsweise die Aktivierung der dysfunktionalen Überzeugung, bald wieder verlassen zu werden (EMS Verlassenheit), zu einem verletzlichen oder wütenden Kindmodus führen (Roediger, 2016).

Die intensiven und schmerzhaften Emotionen, die in einem maladaptiven Kindmodus gefühlt werden, können für das Individuum unerträglich und überwältigend sein. Der dabei eingenommene Ordnungszustand ist von innerer Anspannung gekennzeichnet (Grawe, 2004).

Bewältigung von Kindmodi. Menschen besitzen ein übergeordnetes Bedürfnis danach, sich in einem möglichst spannungs- und konfliktfreien Zustand zu befinden (Grawe, 2004). Die Aktivierung eines EMS bewirkt jedoch einen maladaptiven Kindmodus, in dem schmerzhaftes Emotionen gespürt werden. Daher folgt auf die Schemaaktivierung eine Bewältigungsreaktion.

In der Schematherapie wird davon ausgegangen, dass es drei angeborene Bewältigungsreaktionen gibt. Diese folgen bereits sehr früh in der Entwicklung auf die Aktivierung von EMS. Beim *Erdulden* wird das Schema als wahr akzeptiert und die damit verbundenen Kindmodi werden bewusst und intensiv gefühlt. Beispielsweise werden beim Erdulden des EMS Verlassenheit immer wieder unbeständige Freundschaften geknüpft, bei denen die Wahrscheinlichkeit tatsächlich hoch ist, dass sie bald enden. Beim *Vermeiden* werden Situationen, die das Schema auslösen sowie eine Auseinandersetzung mit den Kindmodi vermieden. Beim Vermeiden des EMS Verlassenheit wird vorerst gemeint Beziehungen angeboten die Flucht ergriffen. Beim *Überkompensieren* wird das Schema ins Gegenteil verkehrt, um das Erleben des damit verbundenen Kindmodus zu vermeiden. Beim Überkompensieren des EMS Verlassenheit werden überenge Beziehungen geführt (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013).

Die kindlichen Bewältigungsreaktionen auf die Aktivierung von EMS führen zu einer kurzfristigen Reduktion innerer Anspannung, was zu einer operanten Konditionierung der Bewältigungsreaktion über das Prinzip der negativen Verstärkung führt (Brockman & Stravopoulos, 2017). "Kindliche Notlösungen", die sich in der Spannungsreduktion innerhalb des toxischen Entwicklungskontextes wiederholt bewähren, werden auf diese Weise mit EMS verknüpft und später auch außerhalb ihres Entstehungskontextes automatisch als Bewältigungsreaktion eingesetzt. Dabei besteht die Gefahr, dass die kindlichen Notlösungen bis in das Erwachsenenalter hinein situationsübergreifend und unflexibel zur Bewältigung der Kindmodi zum Einsatz kommen (Roediger, 2016) und dass zugunsten der vertrauten Strategien auf adaptivere Strategien verzichtet wird, obwohl "neue Wege" geeigneter wären, um die eigenen Bedürfnisse adäquat zu befriedigen (Zarbock et al., 2013).

Bisherige Forschung unterstützt die Annahme, dass die bei einer Schemaaktivierung automatisch ausgelösten Bewältigungsstrategien häufig maladaptiv sind und auf diesem Weg die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen begünstigen. Eine starke Ausprägung von EMS hängt mit dem Einsatz von neurotischen (z. B. Ungeschehenmachen) und unreifen (z. B. Verleugnung) Abwehrmechanismen zur Bewältigung alltäglichen Stress zusammen (Walburg & Chiaramello, 2015). Unreife Abwehrmechanismen haben ein niedriges und neurotische ein mittleres adaptives Funktionsniveau. Zudem korrelieren EMS negativ mit adaptiven Bewältigungsstrategien (Gallagher & Gardner, 2007).

Es konnte auch gezeigt werden, dass EMS über eine verzerrte Informationsverarbeitung die Verwendung von aggressivem Verhalten begünstigen (Calvete & Orue, 2012) und den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterem aggressiven, impulsiven Verhalten mediierten (Estévez, Ozerinjauregi, & Herrero-Fernández, 2016; Estévez, Ozerinjauregi, Herrero-Fernández, & Jauregui, 2016). Aggressives Verhalten ist eine maladaptive Strategie zur Regulation von Emotionen. Darüber hinaus mediierten EMS den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit mit depressiven Symptomen und begünstigen über die maladaptive Bewältigungsstrategie der Vermeidung die depressive Symptomatik (Rezaei, Ghazanfari, & Rezaee, 2016). Außerdem mediert die Strategie der Vermeidung den Zusammenhang zwischen maladaptiven Kindmodi und Rumination sowie Sorgen (Brockman & Stravopoulos, 2017). Zusätzlich korrelieren maladaptive Kindmodi positiv und der glückliche Kindmodus negativ mit den Strategien Erdulden, Vermeiden und Überkompensation (van Wijk-Herbrink et al., 2017).

Emotionsregulationsstrategien sind adaptiv, wenn sie situationsangepasst und auf den gegenwärtigen Stressor fokussiert sind und wenn ihre Anwendung die kognitive Leistungsfähigkeit und den Selbstwert aufrecht erhält, die Beziehungen zu anderen Menschen nicht beeinträchtigt und das Wohlbefinden (wieder) herstellt (Grob & Smolenski, 2009). Eine adaptive Emotionsregulation setzt eine angemessene Wahrnehmung der aktuellen Situation und eine adäquate Informationsverarbeitung voraus.

Young et al. (2003) inkludierten in das Moduskonzept auch Bewältigungsmodi (z. B. der / die distanzierte BeschützerIn), die andernorts im Detail diskutiert werden (Roediger, 2016).

Maladaptive Kindmodi als dissoziative Zustände

Das Erleben der Kindmodi steht im Kontext automatisiert ablaufender Prozesse, die bei gegebener Unachtsamkeit außerhalb unseres Bewusstseins ablaufen (Flanagan, 2010). Schemata werden automatisch aktiviert und führen zu Kindmodi, die daraufhin reflexartig bewältigt werden. Zwischen der Aktivierung und der Bewältigung von Kindmodi bleibt daher in der Regel nur ein kurzes Zeitfenster. Außer bei der Bewältigungsstrategie des Erduldens werden maladaptive Kindmodi sehr schnell vermeidend oder überkompensierend–vermeidend bewältigt, weshalb sie kaum in das bewusste Erleben integriert sind (Roediger, 2016; Zarbock et al., 2013).

Dissoziation als Bewältigungsstrategie ist in dem Sinne ein "Beiseiteschieben unwichtiger oder unliebsamer Erlebnisinhalte" (Zarbock et al., 2013, S. 37). Durch die automatisierte, vermeidende Bewältigung der Kindmodi wird deren Zusammenhang mit dem Erleben im Hier und Jetzt wiederholt unterbrochen. Dabei wird die Grundbedürfnisebene sowie die Kindmodusebene auf einer "hinteren Bühne" (Roediger, 2016, S. 101) außerhalb des bewussten Erlebens gehalten, während das Individuum auf einer "vorderen Bühne" mit der Bewältigung der emotionalen Reaktionen beschäftigt ist (z. B. mit Tagträumen oder Suchtverhalten).

Durch eine wiederholte Vermeidung einer Auseinandersetzung mit den eigenen Kindmodi, wird deren Prozess der Integration in die Persönlichkeitsstruktur erschwert oder verhindert und es kommt zu einer strukturellen Dissoziation. Unter Integration wird das bewusste Wahrnehmen aktueller Empfindungen verstanden, sodass diese zu einem Ganzen synthetisiert und mit dem Selbst als aktivem oder passivem Agenten verbunden werden können. Zur Integration gehört auch eine Übersetzung der Empfindungen in Symbole, z. B. durch Versprachlichung, das Wissen, dass die Empfindungen real sind und eine Orientierung an diesen Erfahrungen. Werden Kindmodi wiederholt beiseitegeschoben, bilden sie eigene bio-psycho-soziale Subsysteme, die nicht vollständig mit der Gesamtpersönlichkeit verbunden sind (Nijenhuis, 2017). Je stärker Kindmodi dissoziiert sind, desto mehr dissoziative (und psychosomatische) Symptome werden erlebt (Zarbock et al., 2013).

Zu den dissoziativen Symptomen zählt die Depersonalisation (z. B. das Gefühl, sich selbst von Außen zu betrachten), die Derealisation (z. B. sich wie im Nebel fühlen) und die dissoziative Amnesie (z. B. den eigenen Namen vergessen; World Health Organization, 2018).

Strukturelle Dissoziation kann als Kontinuum verstanden werden (Young et al., 2003). Gesunde Individuen mit wenig struktureller Dissoziation sind dazu in der Lage, mehrere Kindmodi gleichzeitig bewusst zu erleben. Ein Wechsel des Ordnungszustandes in einen Kindmodus ("mode-switching") wird in diesem Fall als Stimmungsschwankung erfahren. Individuen mit einem hohen Grad an struktureller Dissoziation (z. B. bei der dissoziativen Identitätsstörung), wissen möglicherweise nicht, wenn sie sich in einem Kindmodus befinden, dass sie sich manchmal auch in anderen Modi befinden. Je stärker ein Kindmodus dissoziiert ist, desto eher findet ein Wechsel in diesen Kindmodus ("mode-flipping") abrupt und intensiv statt.

Kindmodi können als Teile des Selbst oder als psychologische Einheiten der Persönlichkeitsstruktur (Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles, & O’Kane, 2009) gesehen werden, die mehr oder weniger stark dissoziiert sind. Wie stark Kindmodi dissoziiert sind, ist mitunter abhängig vom Ausmaß potenziell traumatischer Erlebnisse in der Kindheit und wie sehr diese in das autobiografische Narrativ integriert wurden (Young et al., 2003). So wird beispielsweise der Zusammenhang zwischen EMS und den Symptomen einer komplexen Trauerfolgestörung durch das Ausmaß mediert, in dem Personen dazu neigen, aversiven Lebensereignissen eine Bedeutung zu geben und sie in ihr autobiografisches Narrativ zu integrieren (Thimm & Holland, 2017). Kindmodi sind emotionale Teile der Persönlichkeit, die in potenziell traumatischen Kindheitserinnerungen feststecken (Nijenhuis, 2017).

Bei der Untersuchung von Erwachsenen mit einer Diagnose für die Borderline Persönlichkeitsstörung, korrelierte die Ausprägung des verletzlichen und des wütenden Kindmodus mit dem Ausmaß an dissoziativen Symptomen (Johnston et al., 2009). Dies wurde dadurch erklärt, dass mit steigendem Ausmaß an traumatischen Kindheitserfahrungen die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit zunimmt, sich dissoziierte verletzliche und wütende Kindmodi stark ausgeprägt entwickeln und sich deswegen dissoziative Symptome herausbilden. Die Ergebnisse wurden bei Jugendlichen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung repliziert, hier korrelierten der verletzliche, ärgerliche und impulsive Kindmodus mit dissoziativen Symptomen (Barazandeh, Kissane, Saeedi, & Gordon, 2018).

Kindmodi und Psychopathologie

In der bisherigen Forschung wurde ein Zusammenhang zwischen Kindmodi und psychopathologischen Symptomen gefunden. So wurde beobachtet, dass sich Personen in psychotherapeutischer Behandlung am häufigsten und am intensivsten im verletzlichen Kindmodus befinden (Peled et al., 2017). Innerhalb einer Psychotherapie ist die Häufigkeit des Auftretens maladaptiver Kindmodi, wie dem verletzlichen Kindmodus, abhängig von den verwendeten Therapietechniken (van den Broek et al., 2011). Die Aktivierung des verletzlichen Kindmodus als "Ort der Therapie" (Graaf & Loose, 2013, S. 178) ist zentraler Bestandteil schematherapeutischer Interventionen (Young et al., 2003). Der verletzliche Kindmodus bietet direkten Zugang zu den frustrierten Grundbedürfnissen. Dessen Aktivierung ermöglicht es erst, in der Therapie korrektive Erfahrungen zu machen (Peled et al., 2017). Gleichzeitig sollen PatientInnen dabei unterstützt werden, sich häufiger im glücklichen Kindmodus befinden zu können (Fischer, Graaf, & Eckardt, 2015). Ein Zusammenhang zwischen Kindmodi und psychopathologischen Symptomen ist daher naheliegend.

So konnte gezeigt werden, dass sich die Ausprägung maladaptiver Modi im Zuge einer schematherapeutischen Gruppentherapie reduziert (Renner et al., 2013; Skewes, Samson, Simpson, & van Vreeswijk, 2015). Gleichzeitig reduzierte sich die psychopathologische Symptomausprägung (ängstliche und depressive Symptome), die Verwendungshäufigkeit dysfunktionaler Bewältigungsstrategien nahm ab und die Ausprägung adaptiver Modi erhöhte sich. Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung maladaptiver Kindmodi und psychopathologischen Symptomen war positiv und der der Zusammenhang zwischen adaptiven Kindmodi und psychopathologischen Symptomen war in beiden Studien negativ, wenn auch nicht immer signifikant. Die nicht-signifikanten Ergebnisse können darauf zurückgeführt werden, dass Gesamtwerte für maladaptive Modi gebildet wurden und somit der Zusammenhang zwischen spezifischen Kindmodi und psychopathologischen Symptomen nicht untersucht werden konnte. In der bisherigen Forschung zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Kindmodi und psychopathologischen Symptomen, wenn statt der Gesamtwerte die Werte der einzelnen Kindmodus-Skalen zur Berechnung herangezogen wurden (Harris, 2010).

Alle maladaptiven Kindmodi korrelierten in der bisherigen Forschung sowohl mit internalen Problemen (ängstliche, depressive und körperliche Probleme) als auch mit externalen Problemen positiv (aggressives Verhalten, regelverletzendes Verhalten; Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Einige AutorInnen fanden mit Faktoranalysen allerdings eine Unterteilung der maladaptiven Kindmodi in externalisierende und internalisierende Kindmodi (Jacobs, Lenz, Wollny, & Horsch, 2018; Keulen-de Vos et al., 2018).

So wird beispielsweise der verletzliche Kindmodus zu den internalisierenden Modi gezählt. Der verletzliche Kindmodus korreliert stärker mit nach innen gerichtetem Ärger ($r = .78$) als mit nach außen gerichtetem Ärger ($r = .55$; Harris, 2010) und etwas stärker mit internalen Problemen ($r = .77$) als mit externalen Problemen ($r = .45$; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Der ärgerlich-wütende Kindmodus wird zu den externalisierenden Modi gezählt. Die Korrelationen des ärgerlichen Kindmodus mit internalen ($r = .67$) und externalen Problemen ($r = .68$) unterscheiden sich jedoch kaum voneinander, dafür hängt der wütende Kindmodus stärker mit externalen Problemen ($r = .71$) zusammen als mit internalen Problemen ($r = .37$). Auch der impulsiv-undisziplinierte Kindmodus wird zu den externalisierenden Modi gezählt. Der undisziplinierte Kindmodus korreliert ähnlich stark mit internalen ($r = .60$) und externalen Problemen ($r = .64$). Der impulsive Kindmodus korreliert stärker mit externalen ($r = .66$) als mit internalen Problemen ($r = .44$). Der glückliche Kindmodus korreliert negativ mit nach innen gerichtetem ($r = -.78$) und nach außen gerichtetem Ärger ($r = -.51$), sowie negativ mit internalen ($r = -.50$) und externalen Problemen ($r = -.40$; Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017).

Verfahren zum Assessment von Kindmodi

Bei der Erfassung von Modi gibt es zwei Zugänge (Arntz, Klokman, & Sieswerda, 2005). In der bisherigen Forschung wurde vor allem der Zugang gewählt, zu untersuchen, welche Modi bei einer Person üblicherweise aktiv sind. Daneben können auch die Modi, die in diesem Moment aktiv sind, untersucht werden.

Um die Modi einer Person zu messen, kommen in der Forschung vor allem Fragebögen zum Einsatz. Dazu zählen beispielsweise der Schema Mode Questionnaire (Arntz et al., 2005), das Young-Atkinson Mode Inventory (van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe, & Broersen, 2012), das Schema Mode Inventory (SMI; Lobbestael, van Vreeswijk, & Arntz, 2008) und dessen revidierte Kurzversion (SMI-r; Lobbestael et al., 2010). Von den genannten Fragebögen gehört das SMI-r zu den international anerkannten Verfahren (Roediger, 2016). Im Vergleich zu den anderen Instrumenten erfasst das SMI die meisten Kindmodi, wobei im SMI-r das Einsame Kind und das Verlassene, Missbrauchte Kind aufgrund von inadäquaten Faktorladungen zum Verletzlichen Kind zusammengefasst wurden.

Die Messung von Modi durch systematische Beobachtung einer Person ist in der Forschung bisher nur wenig verbreitet. Es existieren aber entsprechende standardisierte Verfahren, beispielsweise die Client's Modes Rating Scale (CMRS; Peled et al., 2017) oder die Mode Observation Scale (van den Broek et al., 2011).

Innerhalb der Schematherapie existiert auch eine Reihe projektiver Verfahren zur Erhebung von Informationen über die Kindmodi einer Person (Graaf & Loose, 2013). Zu den projektiven Methoden zählen imaginative Herangehensweisen, aber auch Techniken mit Hilfsmaterialien wie z. B. Spielfiguren, Puppen, Geschichten, Bildern oder Stühlen. Dem Autor sind keine Studien bekannt, in denen diese projektiven Strategien zum Einsatz kamen.

Projektive Verfahren. Die Verwendung von projektiven Methoden als Tests wird kritisiert (Kubinger, 2009). Ihre Anwendung in der klinischen Praxis ist trotzdem weit verbreitet (Lilienfeld, Wood, & Garb, 2000). Die Uneindeutigkeit der Interpretation, die geringe Verrechnungssicherheit, die geringe Objektivität und die Zumutbarkeit von projektiven Verfahren werden bemängelt. Dieser Kritik wird entgegengesetzt, dass projektive Methoden keine Tests sind, sondern Praktiken zur Generierung von Daten (Weiner, 1994).

Das Ergebnis dieses Methodenstreits ist, dass projektive Verfahren in die klinische Praxis nicht als Tests, sondern als Hilfsmittel der Exploration (Kubinger, 2009) eingebunden werden. Als klinisches Hilfsmittel können sie z. B. dazu eingesetzt werden, um einen Zugang zu PatientInnen zu ermöglichen oder zu Themen zu finden, die anders schwer zu erreichen oder anzusprechen sind. Beispielsweise kommt im Bereich der Kinderdiagnostik vor dem Anamnesegegespräch mit dem Kind immer noch das Verfahren "Familie in Tieren" (Brem-Gräser, 1957) zum Einsatz, um das Kind auf ein Gespräch über seine / ihre FamilienmitgliederInnen spielerisch vorzubereiten. Für dieses Verfahren wurde eine Null-Validität festgestellt (Kubinger, Schrott, & Maitz, 2003), weshalb eine ernsthafte Interpretation der Zeichnung ausbleibt.

Wenn eine projektive Methode in der Diagnostik oder in der Therapie zum Einsatz kommen soll, ist eine Validierungsstudie unumgänglich. In jedem Fall sollte eine empirische Überprüfung stattfinden, welche Interpretationen der generierten Daten zulässig sind. Das Fehlen von Validierungsstudien für die projektiven Verfahren der Schematherapie stellt ein potenzielles Risiko für unzuverlässige Schlussfolgerungen dar.

Moduskarten (Graaf, 2016)

Das orangefarbene Moduskarten-Set (Graaf, 2016) besteht aus 56 Bildkarten, auf denen Comic-Personen allein oder in sozialen Szenen farbig dargestellt sind. Jede Bildkarte wurde, entsprechend dem Modusmodell (Young et al., 2003) einem Kindmodus, Elternmodus, Bewältigungsmodus oder einem gesunden, kompetenten Modus zugeordnet.

Im Kartenset gibt es Bildkarten für folgende Kindmodi:

1. Verletzlicher Kindmodus
 - 1.1. Verletzbarer, ängstlicher, unsicherer Kindmodus
 - 1.2. Verletzbarer, unglücklicher, trauriger Kindmodus
2. Ärgerlich–Wütender Kindmodus
3. Glücklicher, zufriedener, ausgelassener Kindmodus
4. Impulsiver, rücksichtsloser Kindmodus
5. Undisziplinierter Kindmodus
6. Verwöhnter Kindmodus, Prinz / Prinzessin

Entlang psychoanalytischer Theorien zur Projektionsneigung des Menschen (Erdheim, 2002), wird angenommen (Graaf, 2016), dass Menschen innere Anteile (Gefühle, Gedanken, Wünsche, Persönlichkeitsmerkmale) auf geeignete Projektionsflächen in der Außenwelt projizieren (andere Menschen, Bilder). Weiter wird davon ausgegangen, dass jede Kindmoduskarte eine symbolische, emotionale Repräsentation eines Kindmodus ist. Außerdem wird angenommen, dass es geeignete Fragen und Aufforderungen gibt, die Menschen dazu motivieren, ihre eigenen Kindmodi in den gezeichneten Personen auf den Bildkarten wiederzuerkennen. Noch dazu wird vorausgesetzt, dass die Befragten Zugriff auf ihre Gefühlswelt haben und Emotionen adäquat erkennen können. Aufbauend auf diesen Annahmen ist die Hypothese hinter den Moduskarten, dass die Auswahl einer Kindmoduskarte Rückschlüsse über die Kindmodi einer Person zulässt (Graaf, 2016). Bisher gab es noch keine Untersuchungen zur Validität der Kindmoduskarten zur Erhebung von Kindmodi.

Die Moduskarten erfassen, so wie das SMI und die CMRS, alle ursprünglich postulierten Kindmodi (Young et al., 2003). Zusätzlich erfassen die Moduskarten auch den bisher unerforschten verwöhnten Kindmodus. Das Moduskarten-Set beinhaltet somit genügend Bildkarten für Kindmodi (Abbildung 2 bis Abbildung 8), um die Zieldomäne der Kindmodi repräsentativ abzubilden, was für deren Inhaltsvalidität spricht. Die Inhaltsvalidität eines Verfahrens ist von besonderer Wichtigkeit, um dessen Güte einzuschätzen (Kane, 2006), sagt jedoch nichts darüber aus, ob die projektive Hypothese der Moduskarten zulässig ist.

Bildkarten für Kindmodi

Glücklicher Kindmodus. Der glückliche Kindmodus (GK) ist ein Zustand der Freude und des Wohlbefindens. Es wird angenommen, dass im GK keine EMS aktiv sind (Young et al., 2003), weil alle Kernbedürfnisse erfüllt sind (Zarbock et al., 2013).

Menschen im GK sind

zufrieden, optimistisch, spontan, verspielt und entspannt. Dieser Kindmodus fühlt sich mit Anderen verbunden, geliebt, zugehört, verstanden, unterstützt, akzeptiert, sicher und vertraut den meisten Anderen (Lobbestael et al., 2010).

GK ist assoziiert mit Optimismus, dem Gefühl der Sinnhaftigkeit des eigenen Daseins, Selbstakzeptanz (Lobbestael et al., 2010) und mit funktionalem, adaptiven Verhalten, welches Bedürfnisse adäquat befriedigt, ohne dabei andere Bedürfnisse zu frustrieren (Roediger, 2016; van Wijk-Herbrink et al., 2017). GK korreliert negativ mit den meisten EMS (Lyrakos, 2014), Verhaltensproblemen, interpersonalen Problemen und psychopathologischen Symptomen (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Es wird als Ziel betrachtet, PatientInnen dabei zu unterstützen, sich häufiger im GK befinden zu können (Fischer et al., 2015; Renner et al., 2013; Skewes et al., 2015).

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit können dazu führen, dass sich GK nur unterentwickelt ausbildet (Lobbestael et al., 2010; Young et al., 2003).



Abbildung 2
Glücklicher Kindmodus
(GK; Graaf, 2016)

Verletzlicher Kindmodus. Der Verletzliche Kindmodus (VERL) ist ein Zustand der Angst oder Trauer, in dem viele verschiedene EMS aktiv sein können, je nachdem wie stark die emotionalen Grundbedürfnisse frustriert sind (Young et al., 2003).

Im VERL fühlt sich eine Person ausgeschlossen, einsam, allein, erniedrigt, von Niemandem geliebt und erlebt sich selbst als schwach, unzureichend, mangelhaft, hilflos oder wertlos (Lobbestael et al., 2010).

VERL steht im Zusammenhang mit mangelnder Selbstakzeptanz, geringem Optimismus, wahrgenommener Sinnlosigkeit im Leben (Lobbestael et al., 2010) und korreliert positiv mit den meisten EMS (Lyrakos, 2014), Verhaltensproblemen, interpersonalen Problemen und psychopathologischen Symptomen (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Der Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit ist für VERL besonders hoch (Lobbestael et al., 2010). Verletzliche Kindmodi "tragen das traumatische Erlebnis als Kognition, Gefühl, Körpererinnerung, Bild und Handlungsimpuls in sich" (Zarbock et al., 2013, S. 38).

VERL wird auch als Ort der Therapie bezeichnet und steht in vielen Fällen im Zentrum schematherapeutischer Psychotherapieeinheiten (Peled et al., 2017; Young et al., 2003). Dieser Modus wird als Quelle einer zentralen pathogenen Spannung gesehen, wenn sich Menschen selbstkritisch dafür bestrafen, traurig oder ängstlich zu sein (Roediger, 2016; Zarbock et al., 2013). In der Schematherapie werden PatientInnen dabei unterstützt, die Bedürfnisse des eigenen VERL wahrzunehmen und VERL zu lieben, zu unterstützen und zu trösten (Young et al., 2003).



Abbildung 3
Verletztlicher, trauriger
Kindmodus
(VERL; Graaf, 2016)



Abbildung 4
Verletztlicher, ängstlicher
Kindmodus
(VERL; Graaf, 2016)

Ärgerlich–Wütender Kindmodus. Der ärgerlich–wütende Kindmodus (WK) ist ein Zustand der Wut, des Ärgers und der Frustration darüber, dass Grundbedürfnisse nicht befriedigt oder unangemessen begrenzt werden (Zarbock et al., 2013). Es gibt mehrere Spielarten des WK, die sich im Ausmaß der Externalisierung der Wut unterscheiden.

Menschen im ärgerlichen Kindmodus glauben, dass Andere gegen sie sind und dass sie kämpfen müssen, um nicht missbraucht oder ignoriert zu werden. Sie sind wütend auf Andere, weil sie sich als verlassen oder allein gelassen erleben, weil sie sich in ihrer Freiheit und Unabhängigkeit eingeschränkt sehen und weil Andere ihnen sagen, wie sie sich fühlen oder verhalten sollen. Menschen in diesem Modus haben sehr viel Wut in sich, die sie herauslassen wollen indem sie Anderen ihre Meinung sagen oder sie verletzen, für das was sie getan oder gesagt haben.



Abbildung 5
Wütender Kindmodus
(WK; Graaf, 2016)

Menschen im wütenden Kindmodus haben Wutanfälle und verlieren die Beherrschung, wenn sie wütend werden. Sie können so wütend werden, dass sie Andere bedrohen, verletzen, körperlich angreifen, mit Dingen werfen oder Sachen zerstören. Sie haben das Gefühl, dass ihre Wut außer Kontrolle gerät, und fühlen sich manchmal so wütend, dass sie sich in der Lage fühlen Andere umzubringen (Lobbestael et al., 2010).

Im WK können, wie im VERL, zahlreiche verschiedene EMS aktiv sein (Lyrakos, 2014; Young et al., 2003). WK steht im Zusammenhang mit geringem Optimismus, geringer Selbstakzeptanz, einem Gefühl der Sinnlosigkeit im Leben (Lobbestael et al., 2010), sowie Verhaltensproblemen, interpersonalen Problemen und psychopathologischen Symptomen (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). In der Schematherapie werden PatientInnen dabei unterstützt, die Energie des WK so umzulenken, sodass sie die Befriedigung ihrer Bedürfnisse auf eine nicht destruktive Art und Weise durchsetzen können (Fischer et al., 2015).

Impulsiv–Undisziplinierter Kindmodus. Der impulsiv–undisziplinierte Kindmodus (IUK) ist auf unmittelbare Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet. Es werden zwei Spielarten dieses Modus unterschieden, bei denen das Bedürfnis nach Grenzen unzureichend befriedigt ist, weshalb bei der Bedürfnisbefriedigung soziale Normen verletzt werden.

Im impulsiven Kindmodus (Lobbestael et al., 2010) ist es schwer oder unmöglich, Impulse zu kontrollieren. Personen in diesem Modus handeln unüberlegt so wie sie sich gerade fühlen und bringen sich oder Andere deshalb in Schwierigkeiten oder verletzen Andere. Sie denken nicht über Konsequenzen nach, brechen Regeln und bereuen es hinterher. Im undisziplinierten Kindmodus fällt es schwer, Routinen und unangenehme Aufgaben zu erledigen. Menschen in diesem Modus werden schnell frustriert, wenn sie auf Herausforderungen stoßen, verlieren das Interesse an Aufgaben, geben rasch auf und können sich nur sehr schwer dazu bewegen, unangenehme Dinge zu tun.



Abbildung 6
Impulsiver Kindmodus
(IUK; Graaf, 2016)

IUK steht im Zusammenhang mit mangelnder Selbstakzeptanz, geringem Optimismus, wahrgenommener Sinnlosigkeit im Leben (Lobbestael et al., 2010) und korreliert positiv mit EMS (darunter *Unzureichende Selbstkontrolle*; Lyrakos, 2014), Verhaltensproblemen, interpersonalen Problemen und psychopathologischen Symptomen (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). IUK wird vor allem mit mangelnder Selbstkontrolle und Schwierigkeiten im Bedürfnisaufschub assoziiert (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013) und korreliert positiv mit Impulsivität, unverantwortlichem Verhalten, mangelndem Durchhaltevermögen und mit der Unfähigkeit, die Konsequenzen eigener Handlungen vorzusehen (Harris, 2010; Keulen-de Vos et al., 2018).



Abbildung 7
Undisziplinierter
Kindmodus
(IUK; Graaf, 2016)

Verwöhnter Kindmodus. Der verwöhnte Kindmodus (VERW) ist ein Zustand, in dem die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse zur Gewohnheit geworden ist und die Bedürfnisse in einem übermäßig starken Maß befriedigt werden. VERW wurde nicht explizit in das ursprüngliche Kindmodus-Modell aufgenommen, aber im Zusammenhang mit überbehütender und verwöhnender Erziehung diskutiert (Young et al., 2003).

VERW ist trotz der übermäßigen Befriedigung einiger Bedürfnisse nicht mit einer Befriedigung aller Bedürfnisse assoziiert (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013). Es gibt mehrere Spielarten von VERW.

Bei einer überbehütenden Erziehung wird auf eine adäquate Bedürfnisbefriedigung geachtet und die überinvolvierten Bezugspersonen erfüllen alle Wünsche des Kindes.

Dabei wird dem Kind jedoch zu wenig Freiheit und Raum für Eigeninitiative gelassen, wodurch das Bedürfnis nach Autonomie frustriert wird. Bei einer verwöhnenden oder bei einer laissez faire Haltung der Bezugspersonen werden

ebenfalls alle Bedürfnisse und Wünsche des Kindes befriedigt, dabei werden die Forderungen und das Verhalten des Kindes aber nicht angemessen begrenzt, was zu einer Frustration des Bedürfnisses nach Struktur und Grenzen führt.

VERW ist ein unerforschter Kindmodus, zu dem es noch keine empirischen Untersuchungen gibt. Dies liegt vor allem daran, dass er nicht explizit im ursprünglichen Kindmodus-Modell (Young et al., 2003) auftaucht. Andere AutorInnen nahmen VERW aber mit in ihr Kindmodus-Modell auf (Zarbock et al., 2013; Zarbock, Loose, & Graaf, 2015).

VERW wird mit dem EMS *Grandiosität und Anspruchshaltung* in Verbindung gebracht (Zarbock et al., 2013), einer Überzeugung etwas Besseres als Andere zu sein. Dieses EMS wird wiederum mit einer eingeschränkten Fähigkeit zur empathischen Perspektivübernahme verbunden (Bach et al., 2018; Lockwood & Perris, 2012). Es wird zudem davon ausgegangen, dass VERW mit der Abwesenheit von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit in Zusammenhang steht (Young et al., 2003).



Abbildung 8
Verwöhnter
Kindmodus
(VERW; Graaf, 2016)

Validität

Validität bezeichnet das Ausmaß, in dem Theorie und empirische Evidenz die interpretativen Argumente eines Verfahrens stützen (Kane, 2006). Bei der Beobachtung des Antwortverhaltens einer Person während der Vorgabe der Moduskarten, ist im ersten Schritt lediglich die oberflächliche Information beobachtbar, welche Karte die Person auswählt. Beispielsweise wählt die Person die Karte des glücklichen Kindmodus. Die Schlussfolgerung, dass die Person sich also häufig im glücklichen Kindmodus (Young et al., 2003) befindet, geht über die oberflächliche Information hinaus und beruht auf einem interpretativen Argument, welches es durch empirische Befunde zu stützen gilt.

Unter der Konstruktvalidität eines Verfahrens wird das Ausmaß verstanden, in dem empirische Befunde die theoretischen Annahmen darüber stützen, wie das mit dem zu überprüfenden Verfahren erhobene Konstrukt mit anderen theoretisch relevanten Konstrukten zusammenhängt (Kane, 2006). Beispielsweise wird der glückliche Kindmodus in der Schematherapie als adaptiver Modus beschrieben, der mit dem Vorhandensein von Ressourcen und funktionalem Verhalten assoziiert ist (Young et al., 2003). Wenn Personen, die die Karte des glücklichen Kindmodus auswählen viele Ressourcen besitzen und funktionales Verhalten zeigen, wäre dies ein Hinweis auf die Konstruktvalidität der Bildkarte des glücklichen Kindmodus.

Unter prädiktiver Validität wird das Ausmaß verstanden, in dem empirische Befunde die theoretischen Annahmen darüber stützen, welche relevanten Außenkriterien mit dem zu überprüfenden Verfahren vorhergesagt werden können (Kane, 2006). Beispielsweise wird davon ausgegangen, dass der verletzliche Kindmodus im positiven Zusammenhang mit depressiven Symptomen steht (Fischer et al., 2015). Wenn mithilfe der Information, dass eine Person die Bildkarte des verletzlichen Kindes ausgewählt hat, eine bessere Vorhersage über die depressiven Symptome dieser Person getroffen werden kann, als mit einer einfachen Zufallsschätzung, wäre das ein Hinweis auf die prädiktive Validität der Bildkarte für den verletzlichen Kindmodus.

In jedem Fall ist Validität nicht als dichotome Kategorie (valide / nicht valide), sondern als ein Kontinuum zu betrachten (valide $\longleftrightarrow$ nicht valide; Kane, 2006; Lilienfeld et al., 2000; Smith, 2005). So kann es für die Elemente eines Verfahrens mehr oder weniger Befunde geben, die für die Zulässigkeit der mit ihnen verknüpften interpretativen Argumente sprechen.

Fragestellungen und Hypothesen

Wie sind die Moduskarten bezüglich Validität im Hinblick auf deren Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zu bewerten, die aufgrund von Kindeswohlgefährdungen von der niederösterreichischen Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Vollen Erziehung in sozialpädagogischen Betreuungszentren betreut werden?

1. Wie ist die Konstruktvalidität der Moduskarten bezüglich Unterschiede zwischen glücklichen und nicht-glücklichen Kindmodi im Hinblick auf Entwicklungsressourcen und Emotionsregulationsstrategien und bezüglich des Zusammenhangs zwischen Kindmodi und aversiven Kindheitserfahrungen zu bewerten?

H1 Entwicklungsressourcen sind bei Kindern und Jugendlichen, die die glückliche Kindmoduskarte auswählen, signifikant höher ausgeprägt als bei Kindern und Jugendlichen, die eine andere Kindmoduskarte auswählen, mit Ausnahme des verwöhnten Kindmodus.

H2 Mit zunehmenden aversiven Kindheitserfahrungen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder und Jugendlichen statt der glücklichen Kindmoduskarte eine andere Kindmoduskarte, mit Ausnahme des verwöhnten Kindmodus, auswählen.

H3 Adaptive Emotionsregulationsstrategien werden von Kindern und Jugendlichen, die die glückliche Kindmoduskarte auswählen, signifikant häufiger verwendet, als von Kindern und Jugendlichen, die eine andere Kindmoduskarte auswählen.

H4 Maladaptive Emotionsregulationsstrategien werden von Kindern und Jugendlichen, die die glückliche Kindmoduskarte auswählen, signifikant weniger häufig verwendet, als von Kindern und Jugendlichen, die eine andere Kindmoduskarte auswählen.

2. Wie ist die prädiktive Validität der Moduskarten bezüglich Zusammenhänge zwischen Verhaltensproblemen und psychopathologischen Symptomen mit Kindmodi im Hinblick auf internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme, dissoziative Symptome, depressive Symptome und ängstliche Symptome zu bewerten?

H5 Es gibt einen Zusammenhang zwischen internalen Verhaltensproblemen und der Kindmoduskarte, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen.

H6 Es gibt einen Zusammenhang zwischen externalen Verhaltensproblemen und der Kindmoduskarte, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen.

H7 Es gibt einen Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und der Kindmoduskarte, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen.

H8 Es gibt einen Zusammenhang zwischen ängstlichen Symptomen und der Kindmoduskarte, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen.

H9 Es gibt einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und der Kindmoduskarte, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen.

Methode

Die Master-These ist eine quantitative Feldstudie mit korrelativem Querschnittsdesign an Kindern und Jugendlichen, die an der Baseline-Erhebung der Schemastudie teilnahmen (Schemastudie, 2019). Die Schemastudie wurde von der Ethikkommission der Universität Wien genehmigt. Die Daten der Baseline Erhebung wurden dem Autor von Univ.-Prof.in Dr.in Brigitte Lueger-Schuster für die Erstellung der Master-These zur Verfügung gestellt.

Stichprobenbeschreibung

Alle TeilnehmerInnen sind von der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen von Maßnahmen der Vollen Erziehung (Bundes-Kinder und Jugendhilfegesetz, 2013) ihren Herkunftsmilieus entnommen worden, da ihren obsorgeberechtigten Bezugspersonen aufgrund von massiven Kindeswohlgefährdungen das Recht auf Erziehung entzogen worden ist (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, 2013). Volle Erziehung dient der Prävention fortgesetzter Gefährdung des Kindeswohls durch Übertragung der Erziehungsrechte auf beauftragte Personen. Etwa 60 % der Fälle in Voller Erziehung werden in sozialpädagogischen Einrichtungen untergebracht (Bundeskanzleramt, 2018).

Sozialpädagogische Betreuungszentren (SBZ) stellen Minderjährigen einen institutionalisierten Lebensraum außerhalb der eigenen Familie zur Verfügung, "in dem die angemessene Versorgung ihrer individuellen, entwicklungsbedingten, materiellen, psychischen, körperlichen und sozialen Bedürfnisse erfolgen kann" (Niederösterreichische Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungsverordnung, 2014, § 2). In einem SBZ werden die Kinder und Jugendlichen zu Gruppen von maximal 10 Personen zusammengefasst. Jede Gruppe wird von drei bis vier SozialpädagogInnen betreut. SBZ sind von sozialtherapeutischen Betreuungszentren zu unterscheiden, in welchen mehrfach oder schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche untergebracht werden.

Kinder und Jugendliche, die zum Erhebungszeitpunkt noch mindestens ein Jahr im SBZ verbleiben und von den SozialpädagogInnen als psychisch stabil und testbar eingeschätzt wurden, durften an der Studie teilnehmen. Schlechte Deutschkenntnisse, eine mittlere bis schwere Intelligenzminderung und akute psychiatrische Krisen waren Ausschlusskriterien.

Tabelle 3

Merkmale der in den Analysen verwendeten Gesamtstichprobe

Gesamtstichprobe, <i>N</i>	183
Alter, <i>M</i> (<i>SD</i>)	14.03 (2.41)
Spannweite	8-18
fehlende Angaben, <i>n</i> (%)	1 (0.5 %)
Geschlecht, <i>n</i> (%)	
männlich	120 (65.6 %)
Bildungsweg, <i>n</i> (%)	
Sonderschule	59 (32.2 %)
Volksschule	8 (4.4 %)
Hauptschule / Neue Mittelschule	44 (24.0 %)
Höhere Schule (AHS ^a , HAK ^b , HTL ^c)	4 (2.2 %)
Berufsschule	26 (14.2 %)
Lehre ohne Berufsschule	10 (5.5 %)
fehlende Angaben	32 (17.5 %)
Nationalität, <i>n</i> (%)	
Österreich	160 (87.4 %)
Deutschland	4 (2.2 %)
Andere ^d	11 (6.0 %)
fehlende Angaben	8 (4.4 %)

Notiz. ^aAllgemeinbildende höhere Schule; ^bHandelsakademie; ^cHöhere technische Lehranstalt; ^dÄgypten, England, Iran, Israel, Rumänien, Russland, Serbien, Slowakei, Thailand, Tschechien, USA.

Die Schemastudie erhob Selbsteinschätzungen von 195 Kindern und Jugendlichen. Es wurden 12 Fälle aus der Analyse ausgeschlossen, da sie entweder gar keine oder mehr als eine Moduskarte auswählten. Daher beruht die Master-These auf einer Stichprobe von *N* = 183 Kindern und Jugendlichen. Tabelle 3 liefert einen Überblick über die demografischen Merkmale der untersuchten Stichprobe.

Datenerhebung

Die Rekrutierung der Kinder und Jugendlichen fand im Zeitraum von Mai bis November 2018 in Kooperation mit dem Land Niederösterreich in sechs niederösterreichischen SBZ statt. Die Testungen wurden von psychologischen und studentischen MitarbeiterInnen der Schemastudie in möglichst neutralen Räumen innerhalb der SBZ durchgeführt. Alle TeilnehmerInnen wurden vorab über den Zweck der Studie und über die Freiwilligkeit und Anonymität der Teilnahme informiert und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Erhebung und Verwendung ihrer Daten. Die Kinder und Jugendlichen wurden auch über die Möglichkeit aufgeklärt, ihre Daten nach erfolgter Beteiligung innerhalb von einem Monat löschen zu lassen.

Die Kinder und Jugendlichen wurden in der Regel zu zweit oder einzeln getestet. Die SozialpädagogInnen begleiteten die TeilnehmerInnen in den Testungsraum. Da die meisten Testungen vormittags stattfanden, erhielten die Kinder und Jugendlichen bei Bedarf Freistunden in ihrer Schule oder in ihrem Lehrbetrieb, um an der Testung teilnehmen zu können. Als Belohnung wurden den Kindern und Jugendlichen während und nach der Testung Bonbons und Schokolade angeboten. Die TeilnehmerInnen erhielten bei der Testung so viel Zeit, Pausen und Unterstützung wie nötig, um den zweiteiligen Fragebogen auszufüllen. Einige TeilnehmerInnen bearbeiteten den Fragebogen an einem Stück, andere über mehrere Termine hinweg. Die Daten von TeilnehmerInnen, die bei der Testung auffällig viele Verständnisschwierigkeiten bezüglich der Fragen zeigten, wurden nicht verwendet.

Eingesetzte Verfahren

Kindmodi. Die Moduskarten (Graaf, 2016) wurden eingesetzt, um Informationen über den Kindmodus zu erheben, in welchem sich die Kinder und Jugendlichen meistens befinden. Aus dem Kartenset wurden die Kindmoduskarten benutzt: das *Verletzliche, Ängstliche Kind*, das *Verletzliche, Traurige Kind*, das *Wütende Kind*, das *Glückliche Kind*, das *Impulsive Kind*, das *Undisziplinierte Kind*, sowie das *Verwöhnte Kind*. Im Gesamtkartenset gab es für die meisten Kindmodi je eine männliche und eine weibliche Kartenversion. In der vorliegenden Studie wurden nur die männlichen Versionen der Karten verwendet.

Im Fragebogen wurden auf einer querformatigen DIN A4 Seite Abbildungen von den sieben Kindmoduskarten in zwei Reihen nebeneinander unkommentiert präsentiert. Die Aufgabenstellung wurde im single-best-answer multiple-choice Format formuliert: "Bitte schau dir die folgenden Bilder an und kreuze an, welches Bild am besten zeigt, wie du dich meistens fühlst". Im Sinne der projektiven Hypothese der Moduskarten (Graaf, 2016) wird davon ausgegangen, dass die Kinder und Jugendlichen aufgrund der Formulierung der Fragestellung eine Bildkarte auswählen, die einem Kindmodus entspricht, welcher stark ausgeprägt, hochfrequent oder wiederholt mit einer großen zeitlichen Stabilität auftritt.

Entwicklungsressourcen. Entwicklungsressourcen wurden mit dem Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ; Lohaus & Nussbeck, 2016) auf einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = *stimmt nie* und 4 = *stimmt immer*) mehrdimensional erfasst. Der FRKJ umfasst insgesamt 60 Items und erhebt zehn personale und soziale Ressourcen. Um den Wert einer Skala zu bilden, werden die Itemrohwerte der Skala summiert. Der Gesamtwert des FRKJ ist das arithmetische Mittel aller Skalenrohwerte.

Die Reliabilität der Skalen für personale Ressourcen (Lohaus & Nussbeck, 2016) war akzeptabel bis gut. Die Skala *Empathie* ($\alpha = .82$) misst die Fähigkeit, sich in eine andere Person hineinzuversetzen und deren Gedanken und Gefühle nachzuempfinden (z. B. "Ich weiß, wie sich andere Menschen fühlen"). *Selbstwirksamkeit* ($\alpha = .87$) ist die Annahme, mit den eigenen Kompetenzen eine Handlung erfolgreich ausführen zu können. Im FRKJ wird Selbstwirksamkeit domänenübergreifend gemessen (z. B. "Wenn ich mir etwas vornehme, schaffe ich es auch"). Unter *Selbstwertschätzung* ($\alpha = .89$) werden positive Bewertungen der eigenen Person sowie positive selbstbezogene Emotionen zusammengefasst (z. B. "Ich mag mich selbst"). *Kohärenzsinn* ($\alpha = .82$) bezeichnet die Überzeugung, dass das eigene Leben sinnvoll, verstehbar und beeinflussbar ist (z. B. "Ich denke, mein Leben hat einen Sinn"). *Optimismus* ($\alpha = .87$) bezeichnet zuversichtliche und hoffnungsvolle Erwartungen zum Ausgang künftiger Ereignisse (z. B. "Wenn es mir mal nicht so gut geht, weiß ich, dass es mir bald wieder besser geht"). *Selbstkontrolle* ($\alpha = .73$) ist die Fähigkeit, einen unmittelbaren Handlungsimpuls zu unterdrücken, um später eine wertvollere Belohnung zu bekommen (z. B. "Ich kann mich gut ablenken, wenn ich auf etwas warten muss").

Die Skalen für soziale Ressourcen (Lohaus & Nussbeck, 2016) hatten eine akzeptable bis hervorragende interne Konsistenz. Die Skala *Soziale und emotionale Unterstützung* ($\alpha = .90$) misst das Ausmaß der erlebten Unterstützung durch die SozialpädagogInnen bei der Problemlösung und -bewältigung. Die Items der Skala wurden so umformuliert, sodass sie sich auf die SozialpädagogInnen beziehen (z. B. "Meine Betreuer können mich gut trösten"). *Autoritative Erziehung* ($\alpha = .76$) bezieht sich auf das wahrgenommene Ausmaß, in welchem die SozialpädagogInnen das Kind lenken und dessen Bedürfnisse berücksichtigen. Die Items der Skala wurden so umformuliert, sodass sie sich auf die SozialpädagogInnen beziehen (z. B. "Meine Betreuer sind warmherzig, setzen mir aber auch Grenzen"). *Integration in die Peergruppe* ($\alpha = .85$) bezieht sich auf positive Beziehungen zu Gleichaltrigen (z. B. "Ich habe Freunde, auf die ich mich verlassen kann"). Unter *Integration in die Schule* ($\alpha = .90$) wird ein positives Klima in der Schule, Arbeit oder Lehrstelle verstanden. Die Items der Skala wurden so umformuliert, sodass sie sich nicht nur auf die Schule, sondern auch auf die Arbeit und Lehrstelle beziehen (z. B. "Ich fühle mich wohl in meiner Klasse / Lehrstelle / Arbeit").

Anhand der Normtabellen des FRKJ können aus den Skalenrohwerten des FRKJ alters- und geschlechtsspezifische Normwerte gebildet werden. Die Normen basieren auf einer Stichprobe von 2513 SchülerInnen im Alter von 10 bis 19 Jahren aus dem deutschsprachigen Raum. Als Normwerte werden im FRKJ Stanine-Werte verwendet. Stanine-Werte zwischen 3 und 7 sprechen für eine für die Altersgruppe durchschnittliche und Werte größer 7 für eine überdurchschnittliche Ausprägung der Entwicklungsressource (Lohaus & Nussbeck, 2016).

Aversive Kindheitserfahrungen. Mit der deutschen Kurzversion des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingenfeld et al., 2010) wurden aversive Kindheitserfahrungen auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1 = *überhaupt nicht* und 5 = *sehr häufig*) fünffaktoriell erfasst. Der CTQ umfasst 28 Items und erhebt fünf Formen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Um den Wert einer Skala zu bilden, werden die Itemrohwerte der Skala summiert.

Bis auf die Skala körperliche Vernachlässigung war die interne Konsistenz der Skalen gut. Alle Items beginnen mit der Einleitung "Als ich aufwuchs ... ". Die Skala *Emotionaler Missbrauch* (EMB; $\alpha = .88$) bezieht sich auf verbale Übergriffe und erniedrigendes Verhalten dem Kind gegenüber (z. B. "... bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als 'dumm',

'faul' oder 'hässlich'"). *Körperlicher Missbrauch* (KMB; $\alpha = .86$) misst den Schweregrad körperlicher Übergriffe auf das Kind (z. B. "... wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft"). *Sexueller Missbrauch* (SMB; $\alpha = .88$) bezieht sich auf sexuellen Kontakt oder sexuelle Handlungen zwischen Bezugspersonen und dem minderjährigen Kind (z. B. "... versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen"). Die Items der Skala *Emotionale Vernachlässigung* (EV; $\alpha = .83$) werden invers codiert. Die Skala bezieht sich auf das Vernachlässigen der Befriedigung emotionaler Grundbedürfnisse des Kindes (z. B. "... hatte ich das Gefühl geliebt zu werden"). Die Reliabilität der Skala *Körperliche Vernachlässigung* (KV; $\alpha = .40$) war fragwürdig. Sie misst den Grad, in welchem Bezugspersonen die körperlichen Grundbedürfnisse des Kindes vernachlässigten (z. B. "... musste ich dreckige Kleidung tragen").

Die Skalengesamtwerte werden zur Schätzung des Schweregrads (Tabelle 4) der aversiven Kindheitserfahrungen herangezogen (Häuser, Schmutzer, Brähler, & Glaesmer, 2011).

Tabelle 4

Richtlinie zur Bestimmung des Schweregrads der aversiven Kindheitserfahrungen im CTQ

	minimal	leicht	moderat	schwer
Emotionaler Missbrauch (EMB)	5-8	9-12	13-15	16-25
Körperlicher Missbrauch (KMB)	5-7	8-9	10-12	13-25
Sexueller Missbrauch (SMB)	5	6-7	8-12	13-25
Emotionale Vernachlässigung (EV)	5-9	10-14	15-17	18-25
Körperliche Vernachlässigung (KV)	5-7	8-9	10-12	13-25

Notiz. Cut-Off Werte entsprechen denen von Häuser et al. (2011).

Emotionsregulationsstrategien. Mit dem Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL; Grob & Smolenski, 2009) wurden Strategien zur Bewältigung von Emotionen auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1 = *fast nie* und 5 = *fast immer*) mehrdimensional gemessen. Der FEEL umfasst 90 Items und erhebt sieben adaptive und fünf maladaptive Emotionsregulationsstrategien. Jede Strategie wird jeweils für die Emotionen Wut, Trauer und Angst einzeln gemessen.

Es können strategiespezifische Primärskalen, emotionsspezifische und emotionsübergreifende Sekundärskalen berechnet werden. Um den Wert einer Skala zu bilden, werden die Itemrohwerte der Skala summiert. Alle Items beginnen mit der Einleitung "Wenn ich Wütend / Traurig bin / Angst habe ...".

Die strategiespezifischen Primärskalen für adaptive Emotionsregulationsstrategien hatten eine akzeptable bis hervorragende Reliabilität: *Problemorientiertes Handeln* ($\alpha = .81$; z. B. "... versuche ich selber, das Beste aus der Situation zu machen"); *Zerstreuung* ($\alpha = .90$; z. B. "... tue ich etwas, was mir Spaß macht"); *Stimmung anheben* ($\alpha = .89$; z. B. "... erinnere ich mich an fröhliche Dinge"); *Akzeptieren* ($\alpha = .79$; z. B. "... mache ich das Beste daraus"); *Vergessen* ($\alpha = .80$; z. B. "... denke ich, dass es vorbei geht"); *Kognitives Problemlösen* ($\alpha = .89$; z. B. "... denke ich darüber nach, was ich tun könnte"); *Umbewertung* ($\alpha = .86$; z. B. "... sage ich mir, dass es nichts Wichtiges ist").

Bis auf die Skala *Perseveration* ($\alpha = .65$; z. B. "... will es mir einfach nicht aus dem Kopf gehen") waren die internen Konsistenzen der strategiespezifischen Primärskalen für maladaptive Regulationsstrategien akzeptabel bis gut: *Aufgeben* ($\alpha = .76$; z. B. "... mag ich nichts mehr tun"); *Aggressives Verhalten* ($\alpha = .82$; z. B. "... fang ich mit Anderen Streit an"); *Rückzug* ($\alpha = .82$; z. B. "... will ich niemanden sehen"); *Selbstabwertung* ($\alpha = .81$; z. B. "... suche ich den Fehler bei mir").

Die Reliabilität der emotionsübergreifenden Sekundärskalen *Adaptive Strategien Gesamt* ($\alpha = .97$) und *Maladaptive Strategien Gesamt* ($\alpha = .89$) sowie die der emotionsspezifischen Sekundärskalen *Adaptive Strategien Wut* ($\alpha = .91$), *Adaptive Strategien Angst* ($\alpha = .92$), *Adaptive Strategien Trauer* ($\alpha = .92$), *Maladaptive Strategien Wut* ($\alpha = .70$), *Maladaptive Strategien Angst* ($\alpha = .77$) und *Maladaptive Strategien Trauer* ($\alpha = .76$) war akzeptabel bis hervorragend.

Für den FEEL liegen Normwerte für Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren vor. Die Normen basieren auf einer Stichprobe von 780 SchülerInnen aus dem deutschsprachigen Raum. Anhand der Normtabellen können aus den Skalen-Gesamtwerten T-Werte gebildet werden. T-Werte kleiner als 40 signalisieren einen im Vergleich zur Altersgruppe unterdurchschnittlich häufigen Einsatz einer Strategie und T-Werte größer als 60 eine überdurchschnittlich häufige Verwendung (Grob & Smolenski, 2009).

Internale und externale Verhaltensprobleme. Internale und externale Verhaltensprobleme wurden mit der deutschen Version des revidierten Achenbach Systems für empirisch basiertes Assessment im Schulalter (Döpfner, Plück, & Kinnen, 2014) auf einer 3-stufigen Likert Skala (0 = *nicht zutreffend* und 2 = *genau oder häufig zutreffend*) mehrdimensional gemessen. Aus dem Achenbach System kam zur Selbsteinschätzung der Verhaltensprobleme der Fragebogen für Jugendliche zum Einsatz (Youth Self Report [YSR/11-18R]). Aus dem YSR wurden nur solche Skalen verwendet, die zur Bildung der Sekundärskalen für internale und externale Verhaltensprobleme benötigt wurden. Um den Wert einer Skala zu bilden, werden die Itemrohwerte der Skala summiert.

Einige Items des YSR wurden so umformuliert, dass sich deren Inhalt auf die SozialpädagogInnen oder das SBZ bezieht, anstatt auf die Eltern oder das Elternhaus. Die Reliabilität der Skalen des YSR war gut bis hervorragend.

Die Skala *Internale Probleme* ($\alpha = .92$) bildet sich aus den Primärskalen Ängstlich-Depressiv (z. B. "Ich bin lieber allein als mit Anderen zusammen"), Rückzüglich-Depressiv (z. B. "Ich habe Angst etwas Schlimmes zu denken oder zu tun") und körperliche Beschwerden (z. B. "Ich bin übermüdet ohne Grund").

Die Skala *Externale Probleme* ($\alpha = .86$) bildet sich aus den Primärskalen Regelverletzendes Verhalten (z. B. "Ich laufe aus dem Betreuungszentrum weg") und Aggressives Verhalten (z. B. "Ich greife Andere körperlich an").

Für den YSR liegen Normwerte für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren vor. Die Normen basieren auf einer repräsentativen Feldstichprobe von 1798 Kindern und Jugendlichen aus Deutschland. Anhand der Normwerte können aus den Skalen-Gesamtwerten T-Werte gebildet werden. T-Werte über 63 gelten als klinisch auffällig (Döpfner et al., 2014).

Dissoziative Symptome. Dissoziative Symptome wurden mit der deutschen Kurzform der Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES-8; Martínez-Taboas et al., 2004; Zaoui, Traub, & Hensel, 2006) auf einer 11-stufigen Likert-Skala (0 = *niemals* und 10 = *immer*) einfaktoriell gemessen. Die ADES umfasst acht Items. In der Langversion des Instruments (Armstrong, Putnam, Carlson, & Libero, 1997) laden die Items der ADES auf die Faktoren Derealisation/ Depersonalisation (z. B. "Mein Körper fühlt sich so an, als ob er nicht zu mir

gehören würde") und dissoziative Amnesie (z. B. "Ich finde mich an irgendeinem Ort wieder, aber ich erinnere mich nicht, wie ich dahin gekommen bin"; Kerig et al., 2016).

Die interne Konsistenz der ADES war gut ($\alpha = .83$). Der Gesamtwert wird aus dem arithmetischen Mittel aller Itemrohwerter gebildet. Ab einem Gesamtwert ≥ 3 wird vom Vorliegen klinisch auffälliger Dissoziation ausgegangen (Martínez-Taboas et al., 2004).

Ängstliche Symptome. Die Symptome der generalisierten Angststörung (Generalized Anxiety Disorder [GAD]) in den letzten 14 Tagen wurden mit der deutschen Version (Löwe et al., 2008) des Screeningverfahrens für GAD (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 = *überhaupt nicht* und 3 = *beinahe jeden Tag*) einfaktoriell erhoben. Der GAD umfasst sieben Items. Die Summe der Rohwerte aller Items (z. B. "Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren") bildet den Gesamtwert.

Die interne Konsistenz der GAD war gut ($\alpha = .86$). Ein Gesamtwert < 5 signalisiert eine minimale Ängstlichkeit, ≥ 5 eine leicht erhöhte Ängstlichkeit, ≥ 8 eine leichte Angststörung (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, 2007; Plummer, Manea, Trepel, & McMillan, 2016), ≥ 10 eine mittelgradige (Löwe et al., 2008) und ≥ 15 eine schwere Angststörung.

Depressive Symptome. Depressive Symptome in den letzten 14 Tagen wurden mit dem deutschen Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Gräfe, Zipfel, Herzog, & Löwe, 2004; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Löwe, Spitzer, Zipfel, & Herzog, 2002) auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 = *überhaupt nicht* und 3 = *beinahe jeden Tag*) mit neun Items einfaktoriell gemessen.

Die Reliabilität des PHQ war gut ($\alpha = .84$). Die Summe der Rohwerte aller Items (z. B. "Gedanken, dass du lieber tot wärst oder dir Leid zufügen möchtest") bildet den Gesamtwert. Ein Gesamtwert < 5 signalisiert eine minimale Depressivität, ≥ 5 eine leicht erhöhte Depressivität, ≥ 8 eine leichte depressive Episode (Allgaier, Pietsch, Frühe, Sigl-Glöckner, & Schulte-Körne, 2012), ≥ 11 eine mittelgradige (Gräfe et al., 2004; Richardson et al., 2010; Tsai et al., 2014), ≥ 15 eine schwere und ≥ 20 eine sehr schwere depressive Episode.

Auswertung

Alle statistischen Analysen wurden, wenn nicht anders angegeben, mit SPSS Version 25 durchgeführt (IBM Corp., 2017). Wenn Analysen mit R (R Core Team, 2013) erledigt wurden, wird dies gesondert angeführt. Effektstärkemaße wurden mit Psychometrica berechnet (Lenhard & Lenhard, 2016). Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt.

Effektstärkemaße. In der Master-These kamen drei verschiedene Maße für die Effektstärke zum Einsatz. Tabelle 5 zeigt, wie die Effektstärken interpretiert wurden.

Tabelle 5

Richtlinien zur Interpretation der verwendeten Effektstärkemaße

Effektstärkemaß	kleiner Effekt	mittlerer Effekt	großer Effekt
Cohens d^a	$0.2 \leq d < 0.5$	$0.5 \leq d < 0.8$	$0.8 \leq d$
Cramers V^b	$0.1 \leq V < 0.2$	$0.2 \leq V < 0.4$	$0.4 \leq V$
Odds Ratio (OR) ^c	$1.44 \leq OR < 2.48$	$2.48 \leq OR < 4.27$	$4.27 \leq OR$

Notiz. ^a(Cohen, 1988); ^b(Rea & Parker, 2014); ^c(Lenhard & Lenhard, 2016)

Umgang mit fehlenden Werten. Das allgegenwärtige Problem der fehlenden Werte wurde in der vorliegenden Arbeit mit der Methode des listenweisen Fallausschlusses gelöst. Alle Analysen wurden somit nur mit Fällen berechnet, die in den jeweils analyserelevanten Variablen keine fehlenden Werte aufwiesen. Aus diesem Grund wird im Ergebnisteil zu jeder Analyse der jeweilige Umfang der zur Berechnung herangezogenen Stichprobe N angegeben.

Voranalyse. In einer Voranalyse wurde die Häufigkeit der Auswahl bestimmter Moduskarten deskriptiv untersucht. Schwach besetzte Kindmodusgruppen ($n < 10$) wurden zugunsten einer besseren statistischen Power theoriegeleitet (Young et al., 2003) kombiniert.

Ebenso wurde in der Voranalyse der mögliche Einfluss des Geschlechts und des Alters der Kinder und Jugendlichen auf die Wahl der Moduskarte explorativ untersucht.

Statistisches Vorgehen. Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der StudienteilnehmerInnen und der Wahl der Moduskarte wurde mit einem Chi-Quadrat Test überprüft. Als Maß der Effektstärke wurde Cramers V verwendet. Der Zusammenhang mit dem Alter wurde mit einer ANOVA überprüft.

Um zu testen, ob Kinder und Jugendliche, die die glückliche Kindmoduskarte auswählen, signifikant mehr Entwicklungsressourcen haben als solche, die eine andere Karte auswählen (mit Ausnahme von VERW; H1), wurde eine ANOVA mit dem Gesamtwert des FRKJ als abhängige und der ausgewählten Kindmoduskarte als Gruppierungsvariable durchgeführt. Anschließend wurden mit einfachen, orthogonalen, gerichteten Kontrasten Einzelvergleiche zur glücklichen Kindmodusgruppe angestellt. In einem zweiten Schritt wurde das Vorgehen mit spezifischen Entwicklungsressourcen als abhängige Variablen wiederholt. Zur weiterführenden Exploration der Ergebnisse wurden die Normwerte für spezifische Entwicklungsressourcen berechnet, in Form von nach Kindmodusgruppen aufgeteilten Box-Plots grafisch aufbereitet und auf über- und unterdurchschnittliche Ausprägungen hin untersucht. Da im FRKJ nur Normen für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 16 Jahre zur Verfügung stehen, wurden in der Master-These zur Bildung der Normwerte für die 17-18-jährigen StudienteilnehmerInnen die Normtabellen der 14-16-Jährigen herangezogen.

Hypothese 2 war, dass mit zunehmenden aversiven Kindheitserfahrungen die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Kinder und Jugendliche anstatt der glücklichen Kindmoduskarte eine andere Kindmoduskarte, mit Ausnahme des verwöhnten Kindmodus, auswählen. Diese Annahme wurde mit einer multinomialen logistischen Regression überprüft, mit der ausgewählten Kindmoduskarte als abhängige Variable und dem unstandardisierten Gesamtwert des CTQ als Prädiktorvariable. Die Referenzgruppe der abhängigen Variable war die glückliche Kindmodusgruppe. In einem zweiten Schritt wurde die Analyse mit den Subskalen des CTQ wiederholt. Um ein Overfitting durch zu viele Prädiktoren zu vermeiden, wurde für jede Skala des CTQ ein eigenes Regressionsmodell berechnet. Um die Modelle miteinander zu vergleichen, wurden jeweils Nagelkerke R^2 und die Odds-Ratios angegeben. Zur weiterführenden Exploration der Ergebnisse wurden mit den Sekundärskalen des CTQ nach Kindmodusgruppen aufgeteilte Box-Plots erstellt und auf moderate und schwere Schweregrade hin untersucht.

Es wurde angenommen, dass Kinder und Jugendliche, die die glückliche Kindmoduskarte auswählen, signifikant häufiger adaptive (H3) und weniger häufig maladaptive Emotionsregulationsstrategien (H4) verwenden als solche, die eine andere Karte auswählen. Um diese beiden Annahmen zu testen, wurden ANOVAs mit den emotionsübergreifenden Sekundärskalen des FEEL für adaptive / maladaptive Emotionsregulationsstrategien als abhängige und der ausgewählten Kindmoduskarte als Gruppierungsvariable durchgeführt. Anschließend wurden mit einfachen, orthogonalen, gerichteten Kontrasten Einzelvergleiche zur glücklichen Kindmodusgruppe angestellt. In einem zweiten Schritt wurde die Analyse für die emotionsspezifischen adaptiven / maladaptiven Sekundärskalen und in einem dritten Schritt für die strategiespezifischen adaptiven / maladaptiven Primärskalen des FEEL wiederholt. Bei Heteroskedastizität wurde auf eine Welch ANOVA ausgewichen. Zur weiterführenden Exploration der Ergebnisse wurden die Normwerte des FEEL berechnet, in Form von nach Kindmodusgruppen aufgeteilten Box-Plots grafisch aufbereitet und auf über- und unterdurchschnittliche Ausprägungen hin untersucht. Da im FEEL nur Normen für Kinder und Jugendliche zwischen 10 bis 19 Jahren vorliegen, wurden die Normwerte des 8-jährigen Studienteilnehmers anhand dieser Normen gebildet.

Es wurde angenommen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Wahl der Kindmoduskarte und internalen Verhaltensproblemen (H5), externalen Verhaltensproblemen (H6), dissoziativen Symptomen (H7), ängstlichen Symptomen (H8) und depressiven Symptomen (H9) gibt. Um diese Hypothesen zu testen, wurden multiple lineare Regressionen durchgeführt. Da die Residuen der Skalen des YSR für internale (H5) und externale Verhaltensprobleme (H6), der ADES Skala (H7), der GAD Skala (H8) und der PHQ Skala (H9) nicht über alle Kindmodusgruppen hinweg normalverteilt waren und zusätzlich Heteroskedastizität aufwiesen, wurde auf robuste multiple lineare Regressionen ausgewichen. Die robusten multiplen linearen Regressionen wurden mit R Version 3.5.2 (R Core Team, 2013), mit dem Paket *robustbase* (Maechler et al., 2018) durchgeführt. Um die Auswahl der Moduskarte als Prädiktor in das Modell aufnehmen zu können, wurde eine gewichtete Effektcodierung (te Grotenhuis et al., 2017) durchgeführt. Zur weiterführenden Exploration wurden Box-Plots erstellt und auf klinische Auffälligkeiten hin untersucht.

Ergebnisse

Ergebnisse der Voranalyse

Die Häufigkeiten, mit denen einzelne Kindmoduskarten ausgewählt wurden, sind in Tabelle 6 angeführt. Der *Verletzliche, ängstliche Kindmodus* ($n = 8$) wurde mit dem *Verletzlichen, traurigen Kindmodus* zur Kategorie *Verletzlicher Kindmodus* (VERL) zusammengefasst. Der *Impulsive Kindmodus* ($n = 5$) wurde mit dem *Undisziplinierten Kindmodus* zur Kategorie *Impulsiv–Undisziplinierter Kindmodus* (IUK) zusammengefasst.

Tabelle 6

Häufigkeit der Wahl einzelner Kindmoduskarten in der Gesamtstichprobe, nach Geschlecht und durchschnittliches Alter in den Kindmodusgruppen

	männlich		weiblich		Gesamt		Alter
Kindmoduskarte	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>M (SD)</i>
Vor dem Zusammenfügen der Kategorien							
Verletzlich–Traurig	7	(5.8 %)	17	(27.0 %)	24	(13.1 %)	
Verletzlich–Ängstlich	4	(3.3 %)	4	(6.3 %)	8	(4.4 %)	
Ärgerlich–Wütend	6	(5.0 %)	6	(9.5 %)	12	(6.6 %)	
Glücklich	57	(47.5 %)	28	(44.5 %)	85	(46.4 %)	
Impulsiv	5	(4.2 %)	0	(0.0 %)	5	(2.7 %)	
Undiszipliniert	34	(38.3 %)	5	(7.9 %)	39	(21.3 %)	
Verwöhnt	7	(5.8 %)	3	(4.8 %)	10	(5.5 %)	
Nach dem Zusammenfügen der Kategorien							
VERL	11	(9.2 %)	21	(33.3 %)	32	(17.5 %)	14.81 (2.16)
WK	6	(5.0 %)	6	(9.5 %)	12	(6.6 %)	14.82 (2.79)
GK	57	(47.5 %)	28	(44.5 %)	85	(46.4 %)	14.07 (2.31)
IUK	39	(32.5 %)	5	(7.9 %)	44	(24.0 %)	13.48 (2.41)
VERW	7	(5.8 %)	3	(4.8 %)	10	(5.5 %)	12.80 (2.86)

Notiz. VERL = Verletzlicher Kindmodus; WK = Ärgerlich–Wütender Kindmodus; GK = Glücklicher Kindmodus; IUK = Impulsiv–Undisziplinierter Kindmodus; VERW = Verwöhnter Kindmodus.

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Wahl der Moduskarte wurde mit einem Chi-Quadrat Test untersucht. Der prozentuale Anteil erwarteter Zelhäufigkeiten < 5 war gerade noch im akzeptablen Bereich (20 %), die minimale erwartete Häufigkeit betrug 3.44. Es gab einen mittelgradigen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Wahl der Kindmoduskarte, $\chi^2(4, N = 183) = 25.62, p < .001, V = .374$. Mädchen wählten häufiger VERL und weniger häufig IUK als Jungen (Tabelle 6). Das Geschlecht hatte einen Einfluss auf die Wahl der Kindmoduskarte.

Vorab wurde auch untersucht, ob sich Kinder und Jugendliche, die verschiedene Kindmoduskarten auswählen, in ihrem Alter unterscheiden. Die ANOVA wurde zwar signifikant, $F(4, 177) = 2.46, p = .047$, aber in der Post-Hoc Analyse konnte mit der Bonferroni-Methode kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden ($p > .162$; Tabelle 6). Das Alter hatte keinen Einfluss auf die Wahl der Kindmoduskarte.

Unterschiede in Entwicklungsressourcen

Hypothese 1 war, dass Entwicklungsressourcen bei Kindern und Jugendlichen, die den Glücklichen Kindmodus (GK) auswählen, signifikant höher ausgeprägt sind als bei Kindern und Jugendlichen, die eine andere Kindmoduskarte wählen (mit Ausnahme des Verwöhnten Kindmodus [VERW]). Hypothese 1 konnte zum Teil bestätigt werden. Ein detaillierter Bericht zu den durchgeführten Analysen findet sich in Tabelle A1.

Allgemeine Ausprägung von Entwicklungsressourcen. Die Kindmodusgruppen unterschieden sich signifikant im FRKJ Gesamtwert, $F(4, 112) = 4.22, p = .003$. Die Kontrastanalyse ergab, dass Kinder und Jugendliche, die GK wählten, signifikant mehr Entwicklungsressourcen hatten als solche, die VERL ($d = 0.92$) oder den Ärgerlich–Wütenden Kindmodus (WK) wählten ($d = 1.05$). Die Effektstärken waren groß, GK wies rund eine Standardabweichung mehr Entwicklungsressourcen auf als VERL und WK. GK unterschied sich nicht signifikant von VERW. Entgegen Hypothese 1 unterschied sich GK nicht signifikant von IUK in der *generellen* Ausprägung von Ressourcen.

Spezifische Entwicklungsressourcen. Die Kindmodusgruppen unterschieden sich nicht signifikant auf der Skala Empathie.

GK wies höhere Selbstwirksamkeit ($d = 0.74$), höheren Selbstwert ($d = 1.55$), ein höheres Kohärenzgefühl ($d = 0.92$), höheren Optimismus ($d = 1.30$), höhere Selbstkontrolle ($d = 0.76$), höhere wahrgenommene soziale und emotionale Unterstützung ($d = 0.67$), sowie eine bessere Integration in die Peergruppe ($d = 0.92$) und in die Schule ($d = 0.74$) auf als VERL. GK und VERL unterschieden sich nicht signifikant in der wahrgenommenen Autoritativität des Erziehungsstils ihrer BetreuerInnen.

GK erzielte höheren Selbstwert ($d = 1.36$), ein höheres Kohärenzgefühl ($d = 0.59$), höheren Optimismus ($d = 1.52$), höhere Selbstkontrolle ($d = 0.79$), höhere wahrgenommene soziale und emotionale Unterstützung ($d = 1.52$), eine höhere wahrgenommene Autoritativität des Erziehungsstils ($d = 1.10$) und bessere Integration in die Peergruppe ($d = 0.77$) und in die Schule ($d = 0.89$) als WK. GK und WK unterschieden sich nicht signifikant in ihrer Selbstwirksamkeit.

GK zeigte höhere wahrgenommene soziale und emotionale Unterstützung ($d = 0.36$) als IUK, sonst unterschieden sich die beiden Gruppe nicht signifikant voneinander. GK unterschied sich in keiner Ressource signifikant von VERW.

Vergleich zur Altersgruppe. Die grafische Aufbereitung der Normwerte der Kindmodusgruppen für spezifische Entwicklungsressourcen ist in Abbildung 9 zu finden.

Im Schnitt (Median) wies VERL einen im Vergleich zur Altersgruppe unterdurchschnittlichen Selbstwert und Optimismus, ein unterdurchschnittlich ausgeprägtes Kohärenzgefühl und eine unterdurchschnittliche Integration in die Peergruppe auf. Alle anderen Entwicklungsressourcen waren bei VERL im Schnitt altersentsprechend ausgeprägt.

WK erzielte eine im Schnitt unterdurchschnittliche Ausprägung in der wahrgenommenen sozialen und emotionalen Unterstützung durch die SozialpädagogInnen und einen unterdurchschnittlich ausgeprägten Optimismus. Auffällig viele Fälle in der WK Gruppe wiesen einen unterdurchschnittlichen Selbstwert auf. Alle anderen Ressourcen waren bei WK im Schnitt durchschnittlich ausgeprägt.

Die übrigen Kindmodusgruppen wiesen in allen untersuchten Entwicklungsressourcen im Schnitt eine altersentsprechende Ausprägung auf. Keine Kindmodusgruppe erzielte im Schnitt überdurchschnittliche Ausprägungen von Entwicklungsressourcen.

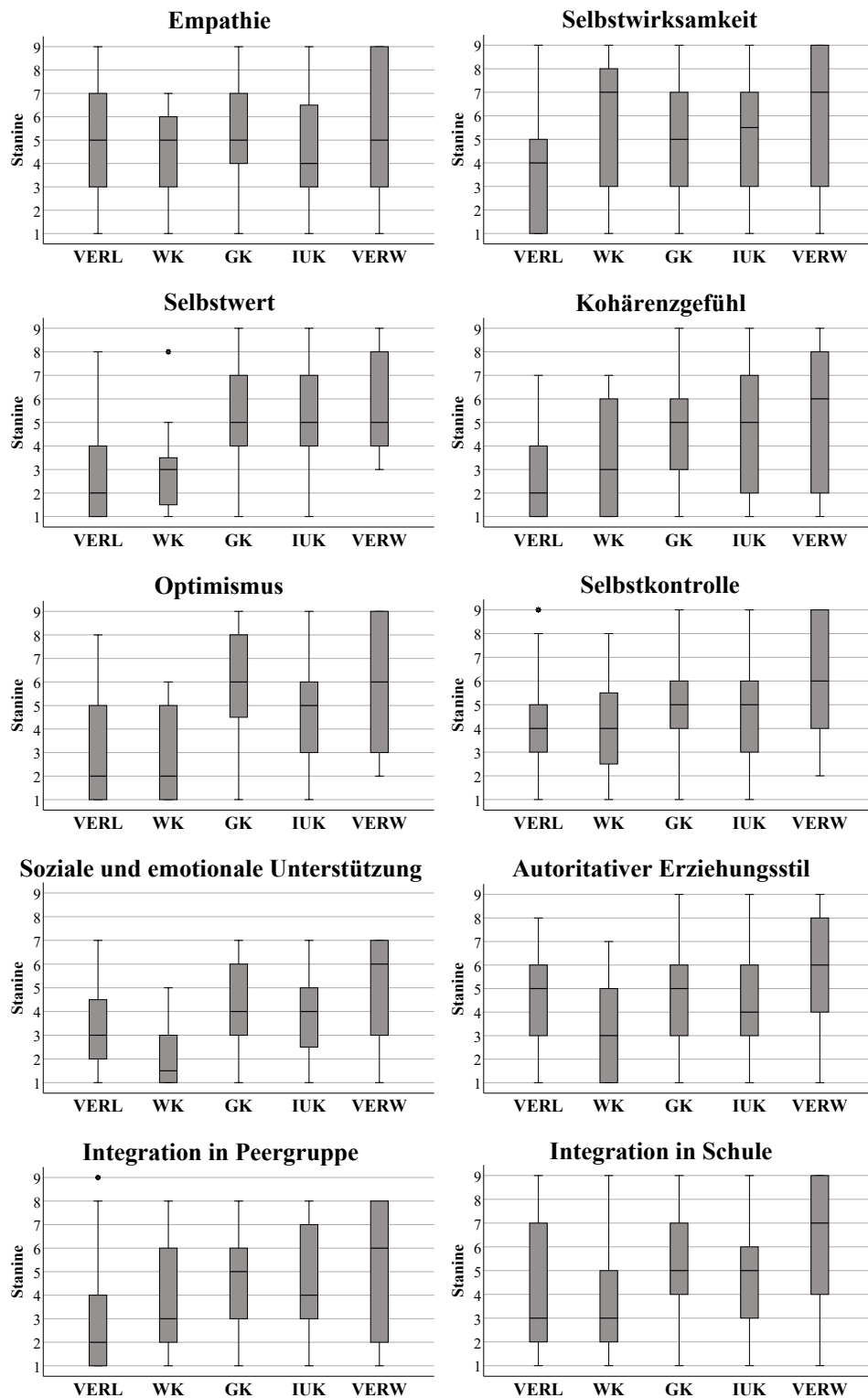


Abbildung 9. Normwerte der Kindmodusgruppen für Entwicklungsressourcen im FRKJ.

Abgebildet ist die Normwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots. Stanine-Werte zwischen 3 und 7 sprechen für eine im Vergleich zur Altersgruppe durchschnittliche Ressourcenausprägung.

Zusammenhang mit aversiven Kindheitserfahrungen

Hypothese 2 war, dass mit zunehmenden aversiven Kindheitserfahrungen die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Kinder und Jugendlichen anstatt GK eine andere Kindmoduskarte, mit Ausnahme von VERW, auswählen. Hypothese 2 konnte nur teilweise bestätigt werden, da auch VERW mit dem CTQ assoziiert war.

Der CTQ Gesamtwert war ein signifikanter Prädiktor für die Wahl der Kindmoduskarte, $\chi^2(4, N = 135) = 21.14, p < .001$. Der CTQ Gesamtwert erklärte 16 % der Varianz in der Wahl der Moduskarte. Mit steigender Schwere aversiver Kindheitserfahrungen wurde es wahrscheinlicher, dass VERL anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.08, p < .001$).

Spezifische aversive Kindheitserfahrungen. EMB war ein signifikanter Prädiktor für die Kartenwahl, $\chi^2(4, N = 160) = 33.43, p < .001$. EMB erklärte 20 % der Varianz in der Wahl der Moduskarte. Mit steigender Schwere von EMB wurde es wahrscheinlicher, dass VERL anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.23, p < .001$).

KMB war ein signifikanter Prädiktor für die Kartenwahl, $\chi^2(4, N = 170) = 14.04, p = .007$. KMB erklärte 9 % der Varianz in der Wahl der Moduskarte. Mit steigender Schwere von KMB wurde es wahrscheinlicher, dass VERL anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.20, p = .001$).

SMB war ein signifikanter Prädiktor für die Kartenwahl, $\chi^2(4, N = 167) = 24.78, p < .001$. SMB erklärte 15 % der Varianz in der Wahl der Moduskarte. Mit steigender Schwere von SMB wurde es wahrscheinlicher, dass VERL anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.31, p = .001$).

EV war ein signifikanter Prädiktor für die Kartenwahl, $\chi^2(4, N = 158) = 15.73, p = .003$. EV erklärte 10 % der Varianz in der Wahl der Moduskarte. Mit steigender Schwere von EV wurde es wahrscheinlicher, dass VERL anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.17, p = .001$) und dass VERW anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.16, p = .037$).

KV war ein signifikanter Prädiktor für die Kartenwahl, $\chi^2(4, N = 171) = 14.90, p = .005$. KV erklärte 9 % der Varianz in der Wahl der Moduskarte. Mit steigender Schwere von KV wurde es wahrscheinlicher, dass VERL anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.32, p = .001$), dass IUK anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.22, p = .011$) und dass VERW anstatt GK gewählt wurde ($OR = 1.28, p = .032$).

Ein detaillierter Bericht der Analysen ist im Appendix (Tabelle A2.1 bis Tabelle A2.6).

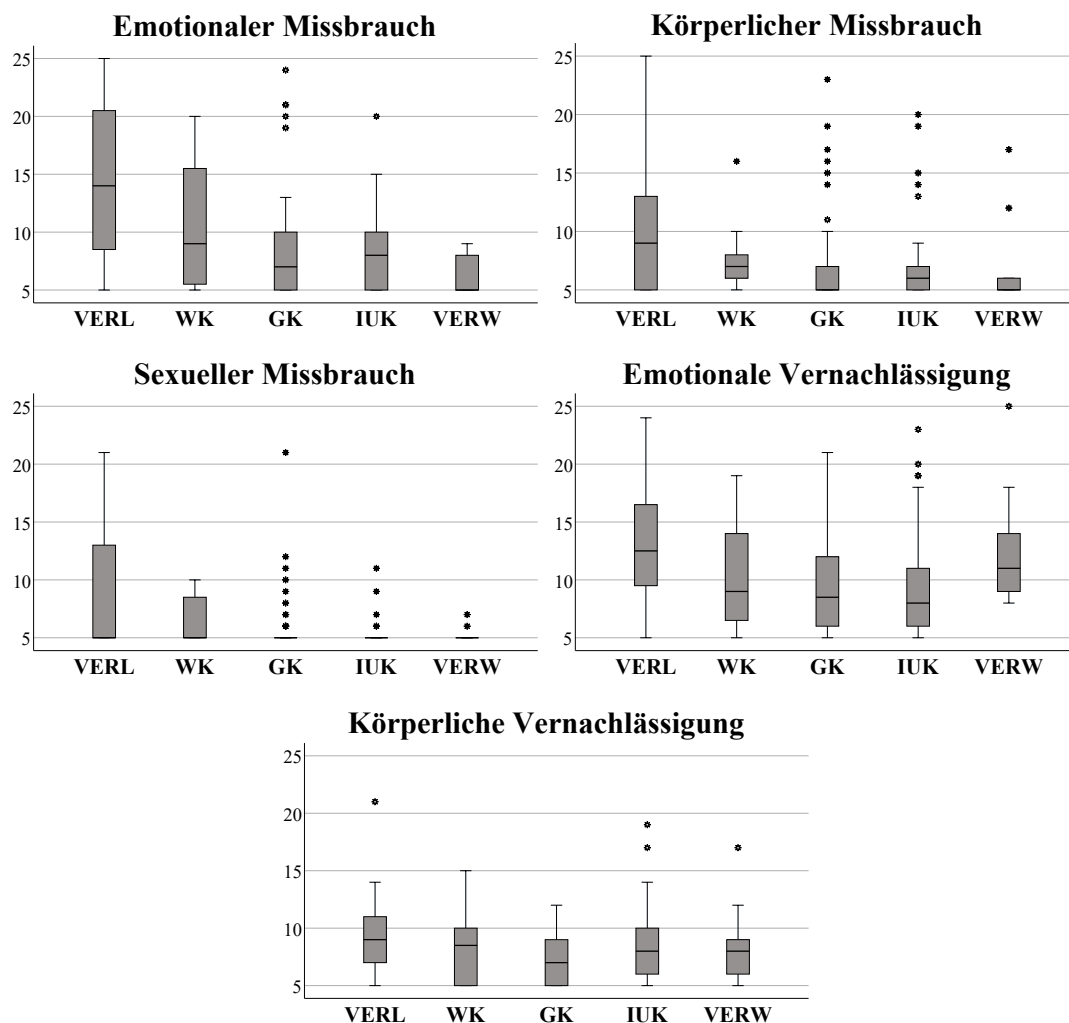


Abbildung 10. Rohwerte der Kindmodusgruppen für aversive Kindheitserfahrungen im CTQ.

Abgebildet ist die Rohwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots.

Moderate Schweregrade. Kinder und Jugendliche die VERL wählten, berichteten im Schnitt von moderatem EMB und auffällig viele Fälle in der VERL Gruppe berichteten von moderatem bis schweren KMB und SMB (Abbildung 10). Die anderen Kindmodusgruppen berichteten im Schnitt von minimalen bis leichten Traumata.

Unterschiede in adaptiver Emotionsregulation

Hypothese 3 war, dass Kinder und Jugendliche, die GK auswählen, signifikant häufiger adaptive Emotionsregulationsstrategien verwenden als solche, die eine andere Karte auswählen. Hypothese 3 konnte bestätigt werden. Ein detaillierter Bericht zu den durchgeführten Analysen findet sich in Tabelle A3.

Allgemeine Verwendungshäufigkeit adaptiver Strategien. Die Kindmodusgruppen unterschieden sich signifikant auf der emotionsübergreifenden Skala für adaptive Emotionsregulationsstrategien, $N = 142$, $F_{\text{Welch}}(4, 26.8) = 9.92$, $p < .001$. Die Kontrastanalyse ergab, dass Kinder und Jugendliche, die GK wählten, signifikant häufiger adaptive Emotionsregulationsstrategien verwendeten, als solche, die VERL ($d = 1.22$), WK ($d = 1.58$) oder IUK wählten ($d = 0.60$). Die Effektstärken der Unterschiede zwischen GK und VERL und WK waren groß, GK verwendete über eine Standardabweichung häufiger adaptive Emotionsregulationsstrategien als VERL und WK. Die Effektstärke des Unterschieds zu IUK war moderat. Entgegen Hypothese 3.1 unterschied sich GK nicht signifikant von VERW in der *allgemeinen* Verwendungshäufigkeit adaptiver Emotionsregulationsstrategien.

Verwendung adaptiver Strategien hinsichtlich spezifischer Emotionen. Kinder und Jugendliche die GK wählten, regulierten Wut ($d = 0.94$), Angst ($d = 1.06$) und Trauer ($d = 1.10$) signifikant häufiger adaptiv als solche, die VERL wählten.

Kinder und Jugendliche die GK wählten, regulierten Wut ($d = 1.68$), Angst ($d = 1.09$) und Trauer ($d = 1.29$) signifikant häufiger adaptiv als solche, die WK wählten.

Kinder und Jugendliche die GK wählten, regulierten Wut ($d = 0.51$) und Trauer ($d = 0.68$) signifikant häufiger adaptiv als solche, die IUK wählten. GK und IUK unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Verwendungshäufigkeit adaptiver Strategien bei Angst.

GK und VERW unterschieden sich nicht signifikant im Bezug auf die Häufigkeit der Verwendung adaptiver Regulationsstrategien bei Wut, Angst und Trauer.

Spezifische adaptive Emotionsregulationsstrategien. GK verwendete signifikant häufiger als VERL die Strategien Problemorientiertes Handeln ($d = 1.08$), Zerstreuung ($d = 1.14$), Stimmung anheben ($d = 1.03$), Akzeptieren ($d = 1.12$), Vergessen ($d = 0.63$) und Kognitives Problemlösen ($d = 0.97$). GK und VERL unterschieden sich nicht signifikant in der Verwendungshäufigkeit der Strategie des Umbewertens.

GK verwendete alle adaptiven Strategien signifikant häufiger als WK: Problemorientiertes Handeln ($d = 0.96$), Zerstreuung ($d = 1.26$), Stimmung anheben ($d = 1.25$), Akzeptieren ($d = 1.47$), Vergessen ($d = 1.13$), Kognitives Problemlösen ($d = 1.26$) und Umbewerten ($d = 1.18$).

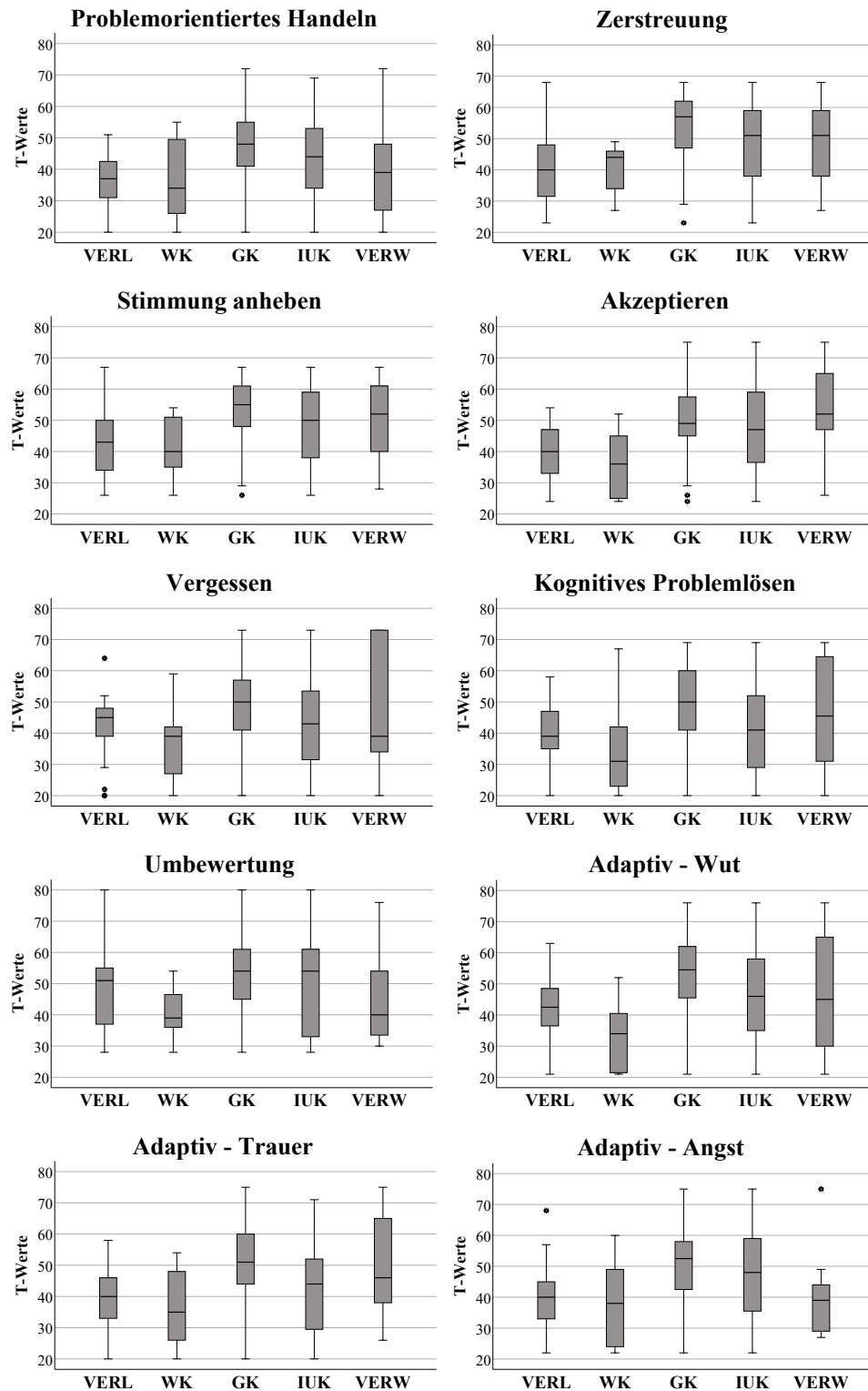


Abbildung 11. Normwerte der Kindmodusgruppen für adaptive Strategien im FEEL.

Abgebildet ist die Normwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots. T-Werte zwischen 40 und 60 sprechen für eine im Vergleich zur Altersgruppe durchschnittlich häufige Anwendung adaptiver Strategien.

GK verwendete signifikant häufiger als IUK die Strategien Problemorientiertes Handeln ($d = 0.42$), Zerstreuung ($d = 0.45$), Stimmung anheben ($d = 0.56$), Vergessen ($d = 0.51$) und kognitives Problemlösen ($d = 0.71$). GK und IUK unterschieden sich nicht in der Verwendungshäufigkeit der Strategien des Akzeptierens und des Umbewertens.

GK verwendete signifikant häufiger als VERW die Strategie Umbewerten ($d = 0.68$). In der Verwendungshäufigkeit aller anderen adaptiven Strategien unterschieden sich GK und VERW nicht signifikant voneinander.

Vergleich zur Altersgruppe. Die grafische Aufbereitung der Normwerte der Kindmodusgruppen für adaptive Emotionsregulationsstrategien ist in Abbildung 11 zu finden.

Auffällig viele Fälle in der VERL Gruppe regulierten Trauer und Angst unterdurchschnittlich oft mit adaptiven Emotionsregulationsstrategien. VERL wies im Schnitt unterdurchschnittliche Werte auf den Skalen für Problemorientiertes Handeln und Kognitives Problemlösen auf. Zudem wiesen auffällig viele Fälle in der VERL Gruppe unterdurchschnittliche Werte auf der Skala für Akzeptieren auf.

WK regulierte im Schnitt Wut, Trauer und Angst unterdurchschnittlich oft adaptiv. WK erzielte im Schnitt unterdurchschnittliche Werte im Problemorientierten Handeln, Akzeptieren, Vergessen, kognitiven Problemlösen und Umbewerten. Auffällig viele Fälle in der WK Gruppe verwendeten die Strategie Zerstreuung unterdurchschnittlich häufig.

VERW regulierte im Schnitt Angst unterdurchschnittlich häufig adaptiv. VERW erzielte im Schnitt unterdurchschnittliche Werte im Problemorientierten Handeln und Vergessen.

Alle anderen Kindmodusgruppen verwendeten adaptive Emotionsregulationsstrategien im Schnitt altersentsprechend oft. Keine Kindmodusgruppe verwendete im Schnitt überdurchschnittlich häufig adaptive Strategien zur Emotionsregulation.

Unterschiede in maladaptiver Emotionsregulation

Hypothese 4 war, dass Kinder und Jugendliche, die GK auswählen, signifikant weniger häufig maladaptive Emotionsregulationsstrategien verwenden als solche, die eine andere Karte auswählen. Hypothese 4 konnte zum Teil bestätigt werden. Ein detaillierter Bericht zu den durchgeführten Analysen findet sich in Tabelle A4.

Allgemeine Verwendungshäufigkeit maladaptiver Strategien. Die Kindmodusgruppen unterschieden sich signifikant auf der emotionsübergreifenden Skala für maladaptive Emotionsregulationsstrategien, $F(4, 146) = 5.78, p < .001$.

Die Kontrastanalyse ergab, dass Kinder und Jugendliche, die GK wählten, signifikant weniger häufig maladaptive Emotionsregulationsstrategien verwendeten, als solche, die VERL ($d = 1.08$) oder VERW wählten ($d = 0.75$). Die Effektstärken der Unterschiede zwischen GK und VERL waren groß, GK verwendete über eine Standardabweichung weniger häufig maladaptive Emotionsregulationsstrategien als VERL. Die Effektstärke des Unterschieds zu VERW war moderat. Entgegen Hypothese 4 unterschied sich GK nicht signifikant von WK und IUK in der *allgemeinen* Verwendungshäufigkeit maladaptiver Emotionsregulationsstrategien.

Verwendung maladaptiver Strategien hinsichtlich spezifischer Emotionen. Die Kindmodusgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Verwendungshäufigkeit maladaptiver Emotionsregulationsstrategien bei Angst.

Kinder und Jugendliche, die GK wählten regulierten Wut ($d = 0.94$) und Trauer ($d = 1.04$) signifikant weniger häufig maladaptiv als solche, die VERL wählten.

Kinder und Jugendliche, die GK wählten regulierten Wut ($d = 0.60$) signifikant weniger häufig maladaptiv als solche, die WK wählten. GK und WK unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Verwendungshäufigkeit maladaptiver Strategien bei Trauer.

Kinder und Jugendliche, die GK wählten regulierten Trauer ($d = 0.92$) signifikant weniger häufig maladaptiv als solche, die VERW wählten. GK und VERW unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Verwendungshäufigkeit maladaptiver Strategien bei Wut.

GK und IUK unterschieden sich nicht signifikant im Bezug auf die Häufigkeit der Verwendung maladaptiver Regulationsstrategien bei Wut, Angst und Trauer.

Spezifische maladaptive Emotionsregulationsstrategien. Die Kindmodusgruppen unterschieden sich nicht signifikant in der Häufigkeit der Verwendung aggressiven Verhaltens und Selbstabwertung zur Emotionsregulation. GK verwendete signifikant weniger häufig als VERL die Strategien Aufgeben ($d = 1.31$), Rückzug ($d = 1.19$) und Perseveration ($d = 0.50$). GK verwendete signifikant häufiger als IUK Perseveration ($d = 0.44$). GK und IUK unterschieden sich nicht signifikant in der Häufigkeit der Verwendung von Aufgeben und Rückzug.

GK verwendete signifikant weniger häufig als VERW die Strategie Perseveration ($d = 0.76$). GK und VERW unterschieden sich nicht signifikant in der Häufigkeit der Verwendung von Aufgeben und Rückzug als Emotionsregulationsstrategien.

GK und WK unterschieden sich nicht signifikant in der Häufigkeit der Verwendung spezifischer maladaptiver Emotionsregulationsstrategien.

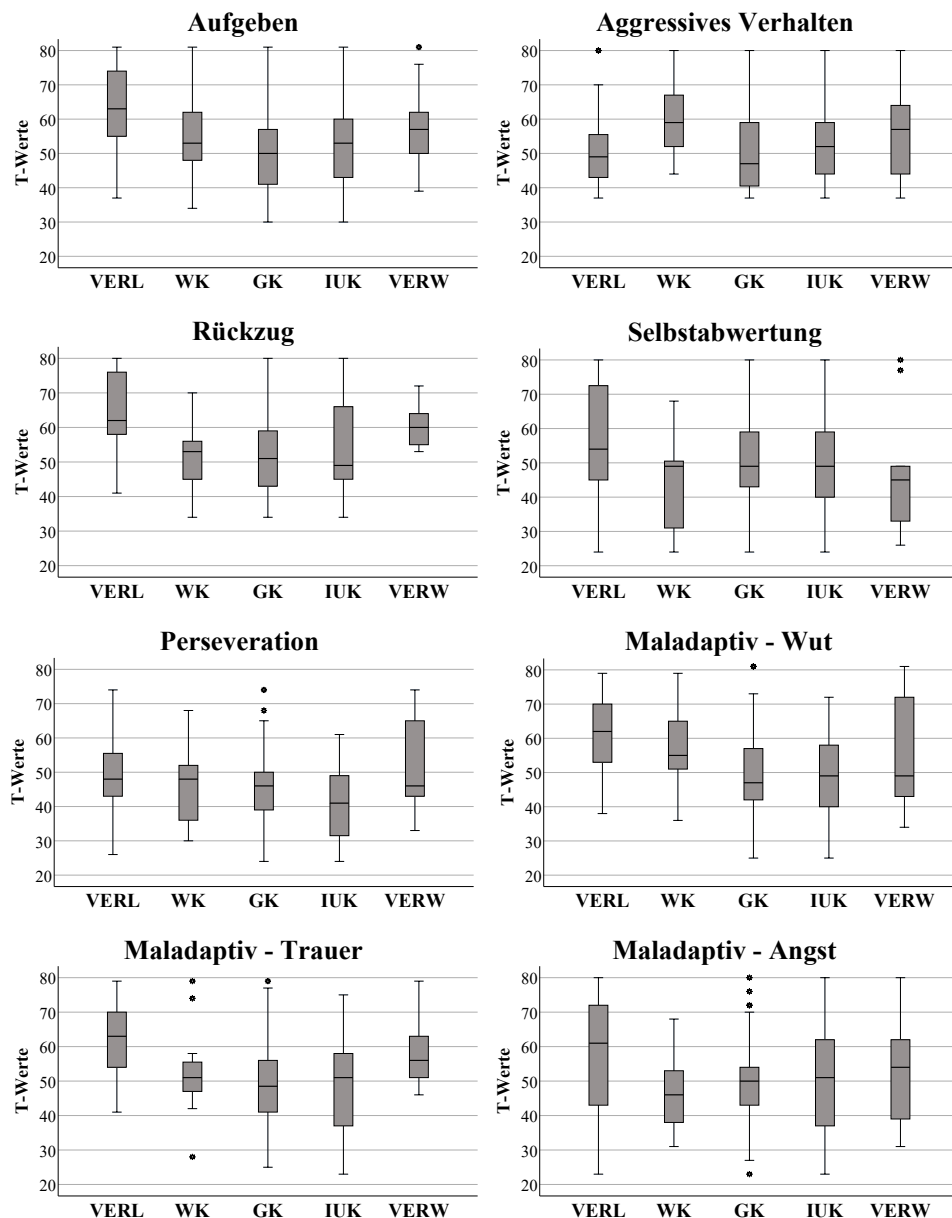


Abbildung 12. Normwerte der Kindmodusgruppen für maladaptive Strategien im FEEL.

Abgebildet ist die Normwertverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots. T-Werte zwischen 40 und 60 sprechen für eine im Vergleich zur Altersgruppe durchschnittlich häufige Anwendung maladaptiver Strategien.

Vergleich zur Altersgruppe. Die grafische Aufbereitung der Normwerte der Kindmodusgruppen für maladaptive Regulationsstrategien ist in Abbildung 12 zu finden.

Im Schnitt verwendete VERL überdurchschnittlich oft maladaptive Strategien, um Wut, Angst und Trauer zu regulieren. VERL zeigte im Schnitt überdurchschnittliche Werte auf den Skalen Aufgeben und Rückzug.

Auffällig viele Fälle in der WK Gruppe erzielten überdurchschnittliche Werte im aggressiven Verhalten. Alle anderen Kindmodusgruppen verwendeten maladaptive Emotionsregulationsstrategien im Schnitt altersentsprechend oft. Keine Kindmodusgruppe verwendete unterdurchschnittlich oft maladaptive Strategien.

Zusammenhang mit internalen Verhaltensproblemen

Hypothese 5 war, dass es einen Zusammenhang zwischen internalen Verhaltensproblemen und der Wahl der Kindmoduskarte gibt. Hypothese 5 konnte bestätigt werden.

Das Regressionsmodell mit der Auswahl der Kindmoduskarte als Prädiktor für interne Probleme war signifikant, $F(4, 138) = 4.22, p < .001$, und erklärte 28 % der Varianz internaler Probleme (Tabelle 7). VERL und WK waren signifikant positive Prädiktoren für interne Probleme. GK und IUK waren signifikant negative Prädiktoren für interne Probleme. VERW war kein signifikanter Prädiktor für interne Probleme.

Tabelle 7

Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage internaler Probleme durch die Auswahl der Kindmoduskarte

Prädiktor	R^2	b	$SE\ b$	95 % KI für b	β	p
Konstante	0.28	14.84	0.90	[13.06, 16.62]		< .001
VERL		13.25	3.51	[6.30, 20.19]	0.52***	< .001
WK		9.357	4.60	[0.26, 18.45]	0.20*	.044
GK		-2.75	0.86	[-4.45, -1.06]	-0.38***	< .001
IUK		-3.82	1.24	[-6.27, -1.36]	-0.21**	.003
VERW		-1.31	2.05	[-5.37, 2.75]	-0.03	.526

Notiz. $F(4, 138) = 17.97, p < .001$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Klinische Auffälligkeiten. Im Schnitt erzielten VERL und WK Werte im Bereich klinisch auffälliger internaler Probleme. Auffällig viele Fälle in der VERW Gruppe erzielten Werte im Bereich grenzwertig auffälliger internaler Probleme (Abbildung 13).

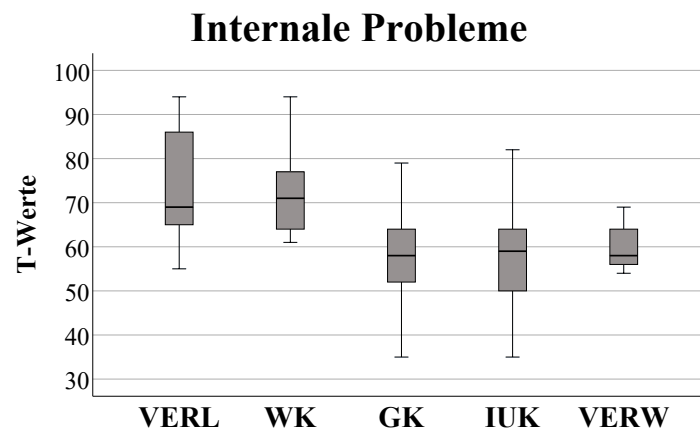


Abbildung 13. Normwerte der Kindmodusgruppen für internale Probleme im YSR.

Abgebildet ist die Normwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots. T-Werte > 63 sprechen für klinisch auffällige internale Symptome. Werte im Bereich 60 bis 63 gelten als grenzwertig auffällig.

Zusammenhang mit externalen Verhaltensproblemen

Hypothese 6 war, dass es einen Zusammenhang zwischen externalen Verhaltensproblemen und der Wahl der Kindmoduskarte gibt. Hypothese 6 konnte bestätigt werden.

Das Regressionsmodell mit der Auswahl der Kindmoduskarte als Prädiktor für externaler Probleme war signifikant, $F(4, 145) = 7.19, p < .001$, und erklärte 13 % der Varianz externaler Probleme (Tabelle 8). VERL und WK waren signifikant positive Prädiktoren für externaler Probleme. GK war ein signifikant negativer Prädiktor für externaler Probleme. IUK und VERW waren keine signifikanten Prädiktoren für externaler Probleme.

Klinische Auffälligkeiten. Im Schnitt erzielte WK Werte im Bereich klinisch auffälliger externaler Probleme. VERL erzielte im Schnitt Werte im Bereich grenzwertig auffälliger externaler Probleme (Abbildung 14).

Tabelle 8

Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage externaler Probleme durch die Auswahl der Kindmoduskarte

Prädiktor	R^2	b	$SE\ b$	95 % KI für b	β	p
Konstante	0.13	14.26	0.69	[12.90, 15.63]		< .001
VERL		4.00	1.63	[0.79, 7.22]	0.23*	.015
WK		7.63	2.68	[2.33, 12.93]	0.24**	.005
GK		-3.33	0.74	[-4.79, -1.87]	-0.48***	< .001
IUK		0.94	1.11	[-1.25, 3.14]	0.07	.397
VERW		0.20	2.93	[-5.59, 5.98]	0.01	.946

Notiz. $F(4, 145) = 7.19, p < .001$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

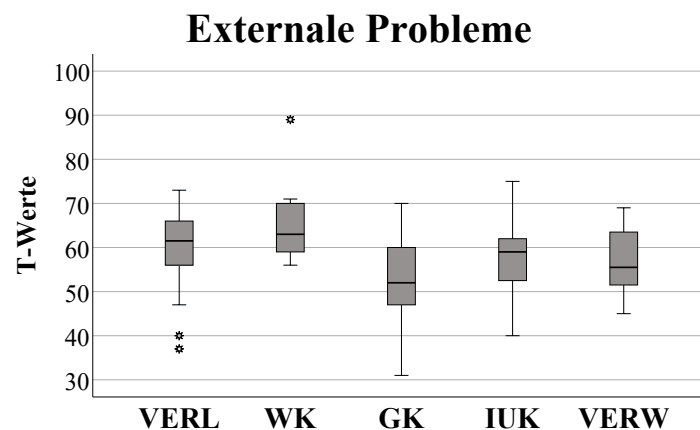


Abbildung 14. Normwerte der Kindmodusgruppen für externale Probleme im YSR.

Abgebildet ist Normwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots. T-Werte größer als 63 sprechen für klinisch auffällige externe Symptome. Werte im Bereich 60 bis 63 gelten als grenzwertig auffällig.

Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen

Hypothese 7 war, dass es einen Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und der Wahl der Kindmoduskarte gibt. Hypothese 7 konnte bestätigt werden.

Das Regressionsmodell mit der Auswahl der Kindmoduskarte als Prädiktor für dissoziative Symptome war signifikant, $F(4, 162) = 8.97, p < .001$, und erklärte 31 % der Varianz dissoziativer Symptome (Tabelle 9). VERL war ein signifikant positiver Prädiktor für dissoziative Symptome. GK war ein signifikant negativer Prädiktor für dissoziative Symptome. WK, IUK und VERW waren keine signifikanten Prädiktoren für dissoziative Symptome.

Klinische Auffälligkeiten. Im Schnitt erzielte VERL Werte im Bereich klinisch auffälliger dissoziativer Symptome (Abbildung 15).

Tabelle 9

Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage dissoziativer Symptome durch die Auswahl der Kindmoduskarte

Prädiktor	R^2	b	$SE\ b$	95 % KI für b	β	p
Konstante	0.31	1.37	0.18	[1.02, 1.72]		< .001
VERL		1.81	0.68	[0.47, 3.15]	0.46**	.008
WK		0.22	0.67	[-1.10, 1.55]	0.03	.742
GK		-0.64	0.16	[-0.95, -0.33]	-0.43***	< .001
IUK		-0.19	0.21	[-0.59, 0.22]	0.06	.359
VERW		0.27	0.54	[-0.78, 1.33]	0.03	.611

Notiz. $F(4, 162) = 8.97, p < .001$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

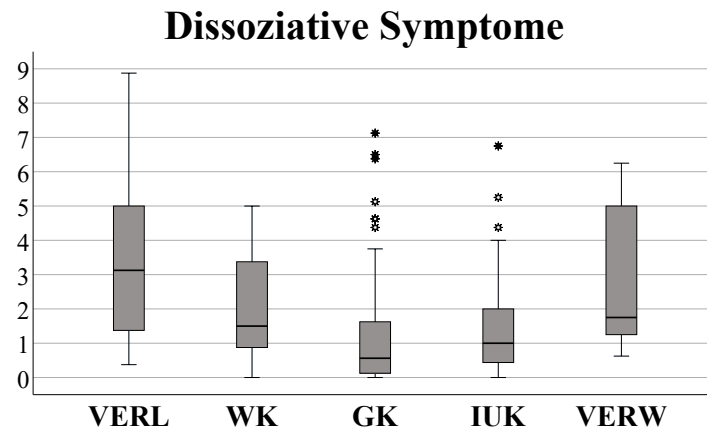


Abbildung 15. Rohwerte der Kindmodusgruppen für dissoziative Symptome im ADES.

Abgebildet ist die Rohwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots. Ein Gesamtwert ≥ 3 spricht für klinisch auffällige dissoziative Symptome.

Zusammenhang mit ängstlichen Symptomen

Hypothese 8 war, dass es einen Zusammenhang zwischen ängstlichen Symptomen und der Wahl der Kindmoduskarte gibt. Hypothese 8 konnte bestätigt werden.

Das Regressionsmodell mit der Auswahl der Kindmoduskarte als Prädiktor für ängstliche Symptome war signifikant, $F(4, 157) = 16.76, p < .001$, und erklärte 31 % der Varianz ängstlicher Symptome (Tabelle 10). VERL war ein signifikant positiver Prädiktor für ängstliche Symptome. GK, IUK sowie VERW waren signifikant negative Prädiktoren für ängstliche Symptome. WK war kein signifikanter Prädiktor für ängstliche Symptome.

Klinische Auffälligkeiten. Im Schnitt erzielte VERL Werte im Bereich einer mittelgradigen Angststörung (Abbildung 16).

Tabelle 10

Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage ängstlicher Symptome durch die Auswahl der Kindmoduskarte

Prädiktor	R^2	b	$SE\ b$	95 % KI für b	β	p
Konstante	0.31	5.86	0.39	[5.10, 6.63]		< .001
VERL		6.18	1.10	[4.02, 8.35]	0.60***	< .001
WK		1.51	1.26	[-0.98, 4.00]	0.08	.233
GK		-1.06	0.39	[-1.83, -0.28]	-0.27**	.008
IUK		-2.40	0.58	[-3.54, -1.25]	-0.27***	< .001
VERW		-3.15	1.01	[-5.14, -1.16]	-0.15**	.002

Notiz. $F(4, 157) = 16.76, p < .001$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

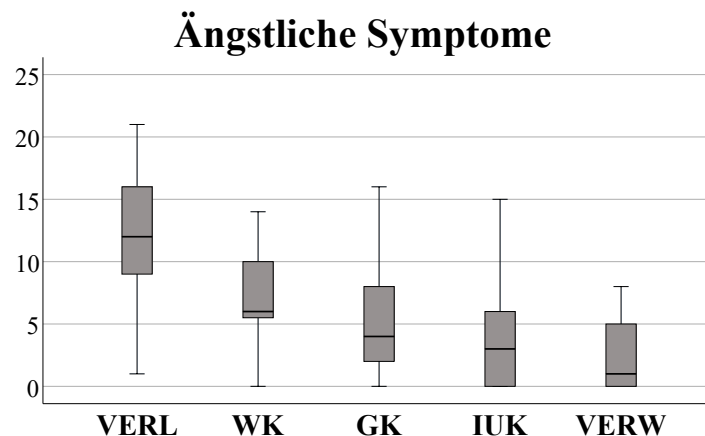


Abbildung 16. Rohwerte der Kindmodusgruppen für ängstliche Symptome im GAD.

Abgebildet ist die Rohwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots.

Zusammenhang mit depressiven Symptomen

Hypothese 9 war, dass es einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und der Wahl der Kindmoduskarte gibt. Hypothese 9 konnte bestätigt werden.

Das Regressionsmodell mit der Auswahl der Kindmoduskarte als Prädiktor für depressive Symptome war signifikant, $F(4, 156) = 14.85, p < .001$, und erklärte 32 % der Varianz depressiver Symptome (Tabelle 10).

VERL war ein signifikant positiver Prädiktor für depressive Symptome. GK, IUK sowie VERW waren signifikant negative Prädiktoren für depressive Symptome. WK war kein signifikanter Prädiktor für depressive Symptome.

Tabelle 11

Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage depressiver Symptome durch die Auswahl der Kindmoduskarte

Prädiktor	R^2	b	$SE\ b$	95 % KI für b	β	p
Konstante	0.32	7.54	0.45	[6.66, 8.43]		< .001
VERL		7.24	1.28	[4.71, 9.76]	0.58***	< .001
WK		2.53	1.63	[-0.68, 5.75]	0.12	.122
GK		-1.65	0.43	[-2.50, -0.80]	-0.37***	< .001
IUK		-1.84	0.93	[-3.68, -0.01]	-0.18*	.049
VERW		-3.06	0.76	[-4.57, -1.56]	-0.13***	< .001

Notiz. $F(4, 156) = 14.85, p < .001$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

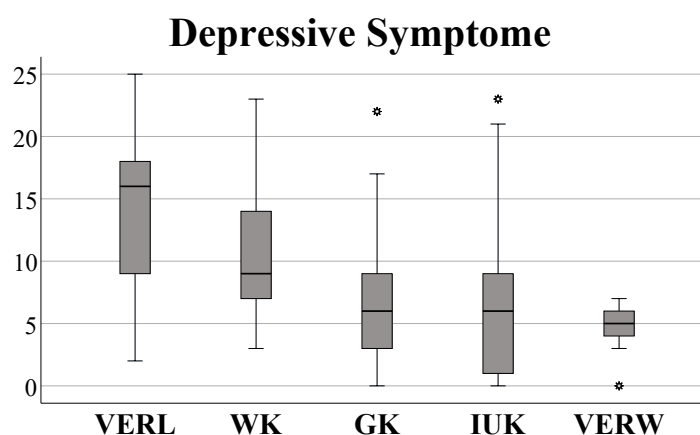


Abbildung 17. Rohwerte der Kindmodusgruppen für depressive Symptome im PHQ.

Abgebildet ist die Rohwerteverteilung in den Kindmodusgruppen mittels Box-Plots.

Klinische Auffälligkeiten. Im Schnitt erzielte VERL Werte im Bereich einer mittelgradigen depressiven Episode (Abbildung 17). WK wies im Schnitt Werte im Bereich einer leichten depressiven Episode auf.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Master-These war es, die Konstruktvalidität und die prädiktive Validität der Moduskarten (Graaf, 2016) zur Erhebung der Kindmodi (VERL, WK, GK, IUK und VERW) von 183 Kindern und Jugendlichen zu überprüfen. Die Konstruktvalidität wurde hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in Entwicklungsressourcen und der Verwendungshäufigkeit adaptiver und maladaptiver Emotionsregulationsstrategien sowie hinsichtlich des Zusammenhangs mit aversiven Kindheitserfahrungen überprüft. Die prädiktive Validität wurde im Bezug auf Zusammenhänge mit internalen und externalen Problemen, dissoziativen, ängstlichen und depressiven Symptomen untersucht.

Die Bildkarte für den verletzlichen, ängstlichen Kindmodus wurde nur acht Mal ausgewählt und mit dem verletzlichen, traurigen Kindmodus zur Kategorie VERL zusammengeführt. Der impulsive Kindmodus wurde nur fünf Mal gewählt und mit dem undisziplinierten Kindmodus zur Kategorie IUK zusammengefasst.

Einfluss des Geschlechts und des Alters auf die Wahl der Moduskarte

Das Geschlecht wies einen mittleren Zusammenhang mit der Wahl der Kindmoduskarte auf. Im Einklang mit bisheriger Forschung (van Wijk-Herbrink et al., 2017) unterschieden sich Mädchen und Jungen in der Ausprägung von GK und WK kaum und Mädchen wählten häufiger VERL als Jungen, was für die Validität der Bildkarten für GK, WK und VERL spricht. In der Master-These wählten Jungen allerdings häufiger IUK als Mädchen, was im Widerspruch zu bisherigen Untersuchungen steht. In der nicht-klinischen Stichprobe unterschieden sich Jungen in der Ausprägung von IUK nicht von Mädchen und in der klinischen Stichprobe erzielten Mädchen sogar höhere Werte auf der Skala für IUK als Jungen (van Wijk-Herbrink et al., 2017). Dieses Ergebnis unterstützt die Annahme der Validität der Bildkarten für IUK nicht.

Das Alter hatte keinen messbaren Einfluss auf die Wahl der Kindmoduskarte. Die signifikante ANOVA und die nicht signifikanten Post-Hoc-Tests in der vorliegenden Studie sind jedoch als Hinweis darauf zu sehen, dass es sich beim Einfluss des Alters auf die Wahl der Kindmoduskarte um einen kleinen Effekt handelt. Auffällig war, dass das mittlere Alter in der VERW Gruppe etwas niedriger war, als in den anderen Kindmodusgruppen.

Unterschiede in Entwicklungsressourcen

Hypothese 1 war, dass Entwicklungsressourcen bei Kindern und Jugendlichen, die GK auswählen, signifikant höher ausgeprägt sind, als bei solchen, die eine andere Karte (mit Ausnahme von VERW) wählen. Hypothese 1 konnte nur zum Teil bestätigt werden, da sich GK nicht in der allgemeinen Ausprägung von Entwicklungsressourcen von IUK unterschied.

GK hatte signifikant mehr Entwicklungsressourcen als VERL und WK. Dieses Ergebnis entspricht den schematherapeutischen Annahmen, dass GK ein Zustand befriedigter Grundbedürfnisse ist und VERL und WK dann auftreten, wenn Grundbedürfnisse frustriert oder begrenzt werden (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013). Die gefundenen Unterschiede entsprechen auch den positiven Korrelationen von VERL und WK und den negativen Korrelationen von GK mit EMS (Lyrakos, 2014). Alle emotionalen Grundbedürfnisse von GK waren um etwa eine Standardabweichung befriedigter als die von VERL und WK.

Die gefundenen Unterschiede zwischen GK und VERL sowie WK im Selbstwert, Kohärenzgefühl und im Optimismus entsprechen zudem bisheriger Forschung. VERL und WK waren dort assoziiert mit geringer Selbstakzeptanz, einer wahrgenommenen Sinnlosigkeit im Leben und einem schwach ausgeprägten Optimismus (Lobbestael et al., 2010). In der vorliegenden Studie spielten sich die meisten Unterschiede zwischen GK und VERL sowie WK allerdings in einem Normwertebereich ab, der für die Altersgruppe angemessen war. So hatte GK zwar höhere Selbstkontrolle als VERL und WK, im Schnitt war die Selbstkontrolle aber in den drei Gruppen altersentsprechend. Besonders markante Unterschiede zwischen GK und VERL gab es im Selbstwert, Optimismus, Kohärenzgefühl und in der Integration in die Peergruppe. Diese Ressourcen waren bei VERL im Schnitt unterdurchschnittlich stark ausgeprägt. Zwischen GK und WK gab es solche markanten Unterschiede in der wahrgenommenen sozialen und emotionalen Unterstützung, im Selbstwert und Optimismus. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme der Validität der Bildkarten für VERL, WK und GK.

Die einzige Entwicklungsressource, in der sich GK und IUK signifikant unterschieden, war die wahrgenommene soziale und emotionale Unterstützung. Kinder und Jugendliche die IUK wählten, nahmen ähnlich wie VERL und WK die SozialpädagogInnen weniger als "Sicherheitsbasis" (Ahnert, 2006, S. 44) wahr, als solche die GK wählten.

In der schematherapeutischen Literatur wird IUK mit unzureichender Selbstkontrolle assoziiert (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013) und in der bisherigen Forschung fanden sich Zusammenhänge mit niedrigem Selbstwert, schwachem Optimismus, geringem Kohärenzgefühl und fehlender Selbstwirksamkeit (Lyraeos, 2014; Lobbestael et al., 2010). In der vorliegenden Studie gab es in der Selbstkontrolle, im Optimismus, im Selbstwert, in der Selbstwirksamkeit und im Kohärenzgefühl jedoch keine Unterschiede zwischen GK und IUK. Die Ergebnislage unterstützt die Annahme der Validität der Bildkarten für IUK daher nicht.

Kinder und Jugendliche, die VERW wählten, unterschieden sich in der allgemeinen Ausprägung von Entwicklungsressourcen nicht von solchen, die GK wählten. Dies stimmt überein mit den theoretischen Überlegungen, dass VERW es gewohnt ist, dass Bedürfnisse übermäßig stark befriedigt werden (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013) und spricht für die Validität der Bildkarte für VERW. Allerdings geht aus den schematherapeutischen Annahmen hervor, dass VERW durch den verwöhnenden Erziehungsstil der Bezugspersonen zu viel oder zu wenig Raum erhält und daher die Bedürfnisse nach Autonomie oder nach Grenzen frustriert sind (Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013). Ebenso wird VERW mit dem EMS Anspruchshaltung und Grandiosität in Verbindung gebracht (Zarbock et al., 2013), was andere AutorInnen mit einer verringerten Fähigkeit zur Empathie assoziieren (Bach et al., 2018; Lockwood & Perris, 2012). Die fehlenden Unterschiede zwischen GK und VERW in der Empathie und in der Selbstwirksamkeit entsprechen diesen theoretischen Annahmen nicht. Die Validität von VERW wird durch die Befundlage gestützt, bleibt aber fraglich.

Zusammenhang mit aversiven Kindheitserfahrungen

Hypothese 2 war, dass mit zunehmenden aversiven Kindheitserfahrungen die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Kinder und Jugendlichen anstatt GK eine andere Kindmoduskarte, mit Ausnahme von VERW, auswählen. Hypothese 2 konnte nur teilweise bestätigt werden, da auch VERW mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit assoziiert war.

Im Einklang mit den schematherapeutischen Annahmen (Young et al., 2003) hatte jegliche Form von Misshandlung und Vernachlässigung einen signifikanten Einfluss auf die Wahl der Moduskarte. Am meisten Varianz in der Wahl der Moduskarte erklärte EMB, gefolgt von SMB,

EV sowie KV und KMB (in dieser Reihenfolge). So wie in bestehenden Untersuchungen erklärte EMB unter allen Formen von Missbrauch und Vernachlässigung die meiste Varianz in der Wahl der Moduskarten. In der bisherigen Forschung wurde der Einfluss von EMB auf die Entwicklung von EMS betont (McCarthy & Lumley, 2012; Wright et al., 2009).

Im Bezug auf die Bevorzugung spezifischer Bildkarten gegenüber GK war es jedoch wiederholt KV, welche die größten Effektstärken aufzeigte. So stieg beispielsweise die Wahrscheinlichkeit, dass VERL anstatt GK gewählt wird mit jedem weiteren Punktwert auf EMB um 23 %. Die Wahrscheinlichkeit, dass VERL anstatt von GK gewählt wird, stieg jedoch für jeden weiteren Punkt auf KV um 32 %. KV würde sich theoretisch gewichtiger auf die Entwicklung von VERL auswirken als EMB, was in den Unterschieden zwischen den Effektstärken zu sehen ist. EMB ist jedoch weiter verbreitet als KV (Dong et al., 2004; Stoltenborgh et al., 2015) und hat daher einen größeren tatsächlichen Einfluss auf die Entwicklung von VERL, was in den Unterschieden in der Varianzaufklärung zu sehen ist.

VERL war mit jeglicher Form von Missbrauch und Vernachlässigung assoziiert. Die größten Effektstärken für VERL fanden sich bei KV, gefolgt von SMB, EMB, KMB und EV (in dieser Reihenfolge). Dies stimmt überein mit bisherigen Ergebnissen (Lobbestael et al., 2010) und der Annahme, dass VERL unter allen Kindmodi am stärksten mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit assoziiert ist (Zarbock et al., 2013). Kinder und Jugendliche die VERL wählten, berichteten in der vorliegenden Studie im Schnitt von moderatem EMB und auffällig häufig von moderatem bis schweren KMB und SMB. Diese Ergebnisse sprechen für die Validität der Bildkarten für VERL.

Die Wahl von WK war nicht signifikant mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit assoziiert. Dieses Ergebnis stimmt mit bisherigen Forschungsergebnissen (Lobbestael et al., 2010) und theoretischen Annahmen nicht überein (Young et al., 2003). Es gab in den Daten jedoch einen nicht signifikanten Trend dahingehend, dass WK höhere Werte im CTQ als GK aufweist. Dieses Ergebnis spricht nur teilweise für die Validität der Bildkarte für WK.

IUK war mit KV assoziiert, was mit theoretischen Annahmen (Young et al., 2003) und bisheriger Forschung übereinstimmt (Lobbestael et al., 2010). Das Ergebnis spricht für die Validität der Bildkarten für IUK.

VERW war mit KV und EV assoziiert. Dieses Ergebnis entspricht nicht den theoretischen Annahmen (Young et al., 2003), dass VERW mit der Abwesenheit von traumatischen Erfahrungen assoziiert ist: "The parents provide the child with too much of something that, in moderation, is healthy for a child. (...), the child is rarely mistreated" (Young et al., 2003, S. 10). Dieses Ergebnis spricht nicht für die Validität der Bildkarte für VERW.

Die Ergebnislage stützt die Annahme der Validität für die Bildkarte für GK.

Unterschiede in adaptiver Emotionsregulation

Hypothese 3 war, dass Kinder und Jugendliche, die GK auswählen, signifikant häufiger adaptive Emotionsregulationsstrategien verwenden, als Kinder und Jugendliche, die eine andere Kindmoduskarte wählen. Hypothese 3 konnte bestätigt werden.

GK verwendete im Allgemeinen öfter adaptive Strategien zur Regulation von Emotionen als VERL, WK und IUK. Die Unterschiede zeigten sich für fast alle spezifischen adaptiven Strategien und in der adaptiven Regulation spezifischer Emotionen, wobei hier IUK und GK Angst gleich häufig adaptiv regulierten. Dieses Ergebnis stimmt mit bisheriger Forschung überein, in der EMS negativ mit adaptiven Bewältigungsstrategien korrelierten (Gallagher & Gardner, 2007). In der vorliegenden Studie verwendete GK adaptive Strategien über eine Standardabweichung häufiger als VERL und über eineinhalb Standardabweichungen öfter als WK. Die Effektstärke des Unterschieds zwischen GK und IUK war moderat.

Die Ergebnisse sprechen für die Validität der Bildkarten für VERL, WK, GK und IUK.

Unterschiede in maladaptiver Emotionsregulation

Hypothese 4 war, dass Kinder und Jugendliche, die GK auswählen, signifikant weniger häufig maladaptive Emotionsregulationsstrategien verwenden, als Kinder und Jugendliche, die eine andere Kindmoduskarte auswählen. Hypothese 4 konnte nur zum Teil bestätigt werden.

Die Kindmodusgruppen unterschieden sich nicht in der Verwendungshäufigkeit der Strategien aggressives Verhalten und Selbstabwertung. Dies steht im Widerspruch zu bisheriger Forschung zum Zusammenhang zwischen EMS und aggressivem Verhalten (Calvete & Orue, 2012; Estévez, Ozerinjauregi, & Herrero-Fernández, 2016; Estévez, Ozerinjauregi, Herrero-Fernández, & Jauregui, 2016). In diesen Studien konnte gezeigt werden, dass eine

starke Ausprägung von EMS aggressives Verhalten begünstigt. Ebenso steht die Befundlage im Widerspruch zu der Annahme einer zentralen pathogenen Spannung zwischen VERL und selbstabwertendem Verhalten (Roediger, 2016; Zarbock et al., 2013). In den Daten ist ein nicht signifikanter Trend vorhanden, der den genannten Forschungsergebnissen und Annahmen entsprechen würde. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass es sich bei den Unterschieden zwischen den Kindmodusgruppen im aggressiven Verhalten und in der Selbstabwertung um kleine Effekte handelt.

Es fanden sich keine Unterschiede zwischen IUK und GK in der generellen Verwendungshäufigkeit maladaptiver Strategien und in der maladaptiven Regulation spezifischer Emotionen. Entgegen Hypothese 4 verwendete GK sogar signifikant häufiger als IUK die maladaptive Strategie der Perseveration. Dies kann im Einklang mit den theoretischen Annahmen zu IUK verstanden werden, einem Modus, in dem wenig über die Konsequenzen der eigenen Handlungen nachgedacht wird (Lobbestael et al., 2010). Daher macht es Sinn, dass IUK weniger häufig über psychische Inhalte perseveriert als GK. Die fehlenden Unterschiede zwischen GK und IUK in anderen maladaptiven Bewältigungsstrategien widersprechen allerdings bisheriger Forschung (van Wijk-Herbrink et al., 2017).

Kinder und Jugendliche, die GK wählten, verwendeten generell weniger häufig maladaptive Strategien und regulierten Wut und Trauer weniger häufig maladaptiv als VERL. Im Schnitt verwendete VERL überdurchschnittlich oft die Strategien Aufgeben und Rückzug. GK regulierte Wut weniger häufig maladaptiv als WK und auffällig viele Fälle in der WK Gruppe erzielten überdurchschnittliche Werte im aggressiven Verhalten. GK regulierte Trauer zudem weniger häufig maladaptiv als VERW. Die in der vorliegenden Studie gefundenen Ergebnisse stehen zum Teil im Einklang mit bisheriger Forschung, in der EMS (Rezaei et al., 2016; Walburg & Chiaramello, 2015) und maladaptive Kindmodi (van Wijk-Herbrink et al., 2017) positiv mit dysfunktionaler Emotionsregulation korrelierten. Darüber hinaus entsprechen sie der Annahme, nach der VERW schnell enttäuscht wird, wenn Bedürfnisse nicht befriedigt werden (Zarbock et al., 2013). Die komplexe Befundlage, bei der Unterschiede teilweise nur auf spezifischen Skalen des FEEL zu sehen waren, spricht für die Validität der Bildkarten für VERL, WK, GK und VERW, aber nicht für IUK.

Zusammenhang mit internalen Verhaltensproblemen

Hypothese 5 war, dass es einen Zusammenhang zwischen internalen Verhaltensproblemen und der Kindmoduskarte gibt, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen. Hypothese 5 konnte bestätigt werden. VERL und WK waren positive Prädiktoren und GK und IUK waren negative Prädiktoren für internale Probleme. VERW war kein signifikanter Prädiktor für internale Probleme.

Der positive Zusammenhang zwischen VERL sowie WK mit internalen Problemen und der negative Zusammenhang zwischen GK und internalen Problemen entspricht Ergebnissen bisheriger Forschung, in der VERL sowie WK positiv und GK negativ mit nach innen gerichtetem Ärger und internalen Problemen korreliert (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Es entspricht auch den Ergebnissen von Studien, in denen VERL auf einen Faktor für internalisierende Verhaltensweisen und GK auf einen separaten Faktor für adaptives Verhalten lädt (Jacobs et al., 2018; Keulen-de Vos et al., 2018). In der Master-These wiesen Kinder und Jugendliche, die VERL und WK wählten, im Schnitt eine klinisch auffällige Ausprägung internaler Probleme auf, während Kinder und Jugendliche, die GK wählten, im Schnitt altersentsprechende Ausprägungen internaler Probleme zeigten. Diese Ergebnisse sprechen für die Validität der Bildkarten für VERL, WK und GK.

Der gefundene negative Zusammenhang zwischen IUK und internalen Problemen widerspricht bisheriger Forschung, in der IUK positiv mit internalen Problemen und nach innen gerichtetem Ärger korreliert (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Dies spricht gegen die Validität der Bildkarten für IUK.

Zusammenhang mit externalen Verhaltensproblemen

Hypothese 6 war, dass es einen Zusammenhang zwischen externalen Verhaltensproblemen und der Kindmoduskarte gibt, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen. Hypothese 6 konnte bestätigt werden. VERL sowie WK waren positive Prädiktoren und GK ein negativer Prädiktor für externale Probleme. IUK und VERW waren keine signifikanten Prädiktoren für externale Probleme.

Der positive Zusammenhang zwischen VERL sowie WK mit externalen Problemen und der negative Zusammenhang zwischen GK mit externalen Problemen entspricht bisheriger Forschung, in der VERL sowie WK positiv und GK negativ mit nach Außen gerichtetem Ärger und externalen Problemen korreliert (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). Es entspricht auch Studien in denen WK auf einen Faktor für externalisierende Verhaltensweisen und GK auf einen separaten Faktor für adaptives Verhalten lädt (Jacobs et al., 2018; Keulen-de Vos et al., 2018). In der Master-These wies WK im Schnitt klinisch auffällige und VERL grenzwertig auffällige Ausprägungen externaler Probleme auf, während GK hier altersentsprechende Ausprägungen zeigte. Diese Ergebnisse sprechen für die Validität der Bildkarten für VERL, WK und GK.

Der fehlende Zusammenhang zwischen IUK und externalen Problemen widerspricht bisheriger Forschung. IUK wird mit externalisierenden Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht (Jacobs et al., 2018; Keulen-de Vos et al., 2018) und korrelierte in bisherigen Studien positiv mit externalen Problemen und nach außen gerichtetem Ärger (Harris, 2010; van Wijk-Herbrink et al., 2017). In der vorliegenden Studie erzielte IUK im Schnitt altersentsprechende Ausprägungen externaler Probleme. Diese Ergebnisse sprechen gegen die Validität der Bildkarten für IUK.

Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen

Hypothese 7 war, dass es einen Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und der Kindmoduskarte gibt, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen. Hypothese 7 konnte bestätigt werden. VERL war ein positiver Prädiktor für dissoziative Symptome. GK war ein negativer Prädiktor für dissoziative Symptome. WK, IUK und VERW waren keine signifikanten Prädiktoren für dissoziative Symptome.

Der positive Zusammenhang zwischen VERL und dissoziativen Symptomen entspricht Ergebnissen bisheriger Forschung (Barazandeh et al., 2018; Johnston et al., 2009), in der VERL dissoziative Symptome vorhersagte. In der vorliegenden Studie erzielten Kinder und Jugendliche, die VERL wählten, im Schnitt Werte im Bereich klinisch auffälliger Dissoziation. Dieses Ergebnis spricht für die Validität der Bildkarten für VERL.

Der fehlende Zusammenhang zwischen WK mit dissoziativen Symptomen widerspricht bisheriger Forschung (Barazandeh et al., 2018; Johnston et al., 2009). Dies spricht nicht für die Validität der Bildkarte für WK. Ebenso gab es wider Erwarten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen IUK und dissoziativen Symptomen. In bisherigen Studien war der impulsive Kindmodus mit Dissoziation assoziiert (Barazandeh et al., 2018). In der vorliegenden Studie war die Kategorie IUK allerdings anteilmäßig vom undisziplinierten Kindmodus dominiert. Aufgrund von fehlender Forschung zum Zusammenhang zwischen dem undisziplinierten Kindmodus und dissoziativen Symptomen kann die Validität der Bildkarten für IUK an dieser Stelle nicht eingeschätzt werden.

Zusammenhang mit ängstlichen Symptomen

Hypothese 8 war, dass es einen Zusammenhang zwischen ängstlichen Symptomen und der Kindmoduskarte gibt, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen. Hypothese 8 konnte bestätigt werden. VERL war ein positiver Prädiktor und GK, IUK sowie VERW waren negative Prädiktoren für ängstliche Symptome.

Der negative Zusammenhang zwischen GK und ängstlichen Symptomen und der positive Zusammenhang zwischen VERL und ängstlichen Symptomen repliziert bisherige Ergebnisse (Harris, 2010). VERL erzielte in der vorliegenden Studie im Schnitt klinisch auffällige Werte im Bereich einer moderaten Angststörung, während GK im Schnitt Werte im Bereich einer leicht erhöhten Ängstlichkeit zeigte. Dies spricht für die Validität der Bildkarten für GK und VERL.

Im Widerspruch zur bisherigen Forschung steht der fehlende signifikante Zusammenhang zwischen WK und ängstlichen Symptomen. Auch der negative Zusammenhang zwischen IUK und ängstlichen Symptomen widerspricht bisheriger Forschung (Harris, 2010). Dies spricht gegen die Validität der Bildkarten für WK und IUK.

Zusammenhang mit depressiven Symptomen

Hypothese 9 war, dass es einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und der Kindmoduskarte gibt, welche die Kinder und Jugendlichen auswählen. Hypothese 9 konnte bestätigt werden. VERL war ein positiver Prädiktor und GK, IUK sowie VERW waren negative Prädiktoren für depressive Symptome.

Der negative Zusammenhang zwischen GK und depressiven Symptomen und der positive Zusammenhang zwischen VERL und depressiven Symptomen steht im Einklang mit bisheriger Forschung (Harris, 2010). Kinder und Jugendliche, die VERL wählten, wiesen in der vorliegenden Studie im Schnitt klinisch auffällige Werte im Bereich einer moderaten Depression auf, während GK im Schnitt Werte im Bereich einer leicht erhöhten Depressivität zeigte. Diese Ergebnisse sprechen für die Validität der Bildkarten für GK und VERL.

Der fehlende signifikante Zusammenhang zwischen WK und depressiven Symptomen und der negative Zusammenhang zwischen IUK und depressiven Symptomen steht im Widerspruch zu vergangener Forschung (Harris, 2010). WK erzielte allerdings im Schnitt Werte im Bereich einer leichten depressiven Episode. Dies spricht teilweise für die Validität der Bildkarte für WK. Die Ergebnisse sprechen aber nicht für die Validität der Bildkarten für IUK.

Conclusio

Die Konstruktvalidität der Bildkarten für VERL war in der vorliegenden Studie hervorragend. Die empirischen Ergebnisse zu VERL entsprechen den theoretischen Annahmen, die über VERL getroffen werden und den bisherigen Forschungsergebnissen zu VERL. Kinder und Jugendliche, die VERL wählten, hatten weniger Entwicklungsressourcen, regulierten sich weniger häufig adaptiv und häufiger maladaptiv als Kinder und Jugendliche, die GK wählten. VERL war mit jeglicher Form von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit assoziiert und ein Prädiktor für internale und externale Verhaltensprobleme, sowie dissoziative, ängstliche und depressive Symptome.

Die Konstruktvalidität der Bildkarte für WK war gut. Kinder und Jugendliche, die WK wählten, hatten weniger Entwicklungsressourcen, regulierten sich weniger häufig adaptiv und ihre Wut häufiger maladaptiv als Kinder und Jugendliche, die GK wählten. WK war ein Prädiktor für internale und externale Verhaltensprobleme.

Auffällig war, dass WK keinen signifikanten Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit aufwies. Da bei Erwachsenen ein solcher Zusammenhang gefunden wurde (Lobbestael et al., 2010), stellt sich die Frage, ob der Widerspruch mit der bisherigen Forschung auf das Alter der StudienteilnehmerInnen rückführbar ist.

Ebenso auffällig war, dass WK kein Prädiktor für dissoziative Symptome war, obwohl dies in Studien mit PatientInnen mit einer Diagnose der Borderline Persönlichkeitsstörung der Fall war (Barazandeh et al., 2018; Johnston et al., 2009). Es stellt sich die Frage, ob der Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und WK spezifisch für die Borderline Persönlichkeitsstörung ist.

Darüber hinaus war auffällig, dass WK kein Prädiktor für depressive und ängstliche Probleme war. In bisheriger Forschung (Harris, 2010), hing WK mit psychopathologischen Symptomen zusammen, gemessen mit der Symptom-Check-Liste (SCL; Klaghofer & Brähler, 2002). Die SCL misst aber neben depressiven und ängstlichen Symptomen unter anderem auch Aggressivität und Feindseligkeit. Bei der Bildung eines SCL Gesamtwertes kann es zu einer Korrelation zwischen WK und psychopathologischen Symptomen kommen, auch wenn WK lediglich mit den Subskalen Aggressivität und Feindseligkeit korreliert. Die Frage bleibt offen, ob der fehlende Zusammenhang zwischen depressiven und ängstlichen Symptomen und WK in der vorliegenden Studie auf die methodische Herangehensweise rückführbar ist.

Die Konstruktvalidität der Bildkarten für IUK war fragwürdig. Kinder und Jugendliche, die IUK wählten, regulierten ihre Emotionen weniger häufig adaptiv als solche, die GK wählten. Zudem war IUK assoziiert mit körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit.

Auffällig war, dass IUK sich in der Ausprägung der meisten Entwicklungsressourcen nicht von GK unterschied. Am auffälligsten war der fehlende Unterschied in der Selbstkontrolle. IUK wird in der schematherapeutischen Literatur systematisch mit fehlender Selbstkontrolle in Zusammenhang gebracht (Roediger, 2016; Young et al., 2003; Zarbock et al., 2013). Ebenso auffällig war, dass IUK entgegen bisheriger Forschung (van Wijk-Herbrink et al., 2017) nicht mit externalen Verhaltensproblemen zusammenhing und ein negativer Prädiktor für interne Probleme war. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass die Bildkarten für IUK nicht den impulsiv-undisziplinierten Kindmodus erfassten, der in der Schematherapie diskutiert und vom SMI (Lobbestael et al., 2010) gemessen wird. Der negative Zusammenhang zwischen IUK und depressiven sowie ängstlichen Symptomen suggeriert, dass die Bildkarten für IUK einen adaptiven Modus erheben und unterstreicht die Fragwürdigkeit der Konstruktvalidität der Bildkarten für IUK. Die Frage bleibt offen, welcher Modus erhoben wurde.

Die Validität der Bildkarte für VERW kann nur bedingt eingeschätzt werden, aufgrund von fehlender Forschung zu diesem Kindmodus und aufgrund vom Fehlen einer intensiven theoretischen Auseinandersetzung mit diesem Kindmodus in der schmematherapeutischen Literatur. Kinder und Jugendliche, die VERW wählten, unterschieden sich nicht in der Ausprägung von Entwicklungsressourcen von solchen, die GK wählten und regulierten ihre Trauer häufiger maladaptiv als solche, die GK wählten. Auffällig war, dass VERW mit emotionaler und körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit im Zusammenhang stand, obwohl davon ausgegangen wird, dass VERW mit der Abwesenheit von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit zusammenhängt (Young et al., 2003). Die fehlenden Unterschiede zwischen GK und VERW in der Empathie waren ebenso auffällig, da VERW mit dem EMS Grandiosität und Anspruchshaltung in Zusammenhang gebracht wird (Zarbock et al., 2013), welches wiederum mit einer eingeschränkten Fähigkeit zur Perspektivübernahme in Verbindung assoziiert wird. Die Ergebnislage legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Bildkarte für VERW nicht den verwöhnten Kindmodus erhebt, der in der Literatur besprochen wird.

Welchen Modus erhoben die Bildkarten für IUK?

In der Kategorie IUK war der undisziplinierte Kindmodus dem impulsiven Kindmodus anteilmäßig überlegen, daher macht es Sinn sich bei der Frage, welcher Modus erhoben wurde, auf die Bildkarte für den undisziplinierten Kindmodus zu fokussieren. Die Bildkarte für den undisziplinierten Kindmodus zeigt einen Jungen, der lässig auf einem Sessel sitzt, die Füße auf den Tisch gelegt hat, Musik hört und aus seinem Hausaufgabenheft Papierflieger bastelt und fliegen lässt, während neben ihm sein Getränk auf dem Boden ausläuft.

Die Abbildung entspricht der "Null-Bock-Haltung" (Zarbock et al., 2013, S. 53), die sich häufig im vermeidenden Bewältigungsmodus des *distanzierten Beschützers* einstellt. Der Modus des distanzierten Beschützers ist weit verbreitet, wird in Therapien auch häufig "der/die Coole" genannt und ist gekennzeichnet durch eine innere, emotionale Distanzierung von schmerzhaften Empfindungen. Nach außen hin wirken Menschen im Modus des distanzierten Beschützers gelassen bis gelangweilt, so wie der Junge auf der Bildkarte. Der distanzierte Beschützer ist ein funktionaler Modus, der ausgespielt wird, um den verletzlichen Kindmodus nicht zu spüren.

Aus einer anderen Sicht kann das Verhalten des Jungen im Sessel auch als Provokation interpretiert werden. In der vorliegenden Studie erzielte IUK niedrigere Werte in der wahrgenommenen sozialen und emotionalen Unterstützung durch die SozialpädagogInnen, unterschied sich aber nicht in der Selbstkontrolle von GK. Das möglicherweise absichtlich gezeigte, normverletzende Verhalten von IUK kann dabei als Versuch gesehen werden "andere unter Druck zu setzen" (Zarbock et al., 2013, S. 54) um soziale und emotionale Unterstützung zu erlangen oder um vor den Peers möglichst "cool" zu wirken und einen höheren Status in der Peergruppe zu erhalten. Die negativen Zusammenhänge zwischen IUK und psychopathologischen Symptomen lassen vermuten, dass sich diese Strategie im SBZ gut bewährt. Ein solches Verhalten würde am ehesten dem Verhalten im überkompensierenden *trotzig-oppositionellen Bewältigungsmodus* entsprechen. Welche Bewältigungsmodi mit den Bildkarten für IUK erhoben wurden, müsste im Einzelfall entschieden werden.

Welchen Modus erhob die Bildkarte für VERW?

Die Bildkarte für VERW zeigt ein Kind mit einer goldenen Krone und einem roten Umhang, das mit einer stolzen Haltung vor mehreren Geschenken steht.

Jüngere Kinder und Jugendliche, die aus vernachlässigenden Herkunftsmilieus in ein SBZ umziehen, erfahren teilweise zum ersten Mal in ihrem Leben eine adäquate Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse. Dabei erhalten sie aber nicht "zu viel des Guten" an Bedürfnisbefriedigung, sondern genau das, was sie brauchen. Da vernachlässigte Kinder und Jugendliche es allerdings nicht gewohnt sind, dass ihre Bedürfnisse adäquat befriedigt werden, fühlen sie sich in dem neuen Umfeld, während sie korrektive Erfahrungen machen, verwöhnt. Denkbar ist auch, dass die vernachlässigende Herkunftsfamilie sich nach dem Eingreifen der Kinder- und Jugendhilfe umso mehr (oder plötzlich) darum bemüht "gute Eltern" zu sein. Eine solche Verhaltensänderung in der Herkunftsfamilie—zum Positiven—kann den Kindern und Jugendlichen zusätzlich das Gefühl vermitteln, verwöhnt zu werden. Die Bildkarte für VERW erhebt in der untersuchten Stichprobe von Kindern und Jugendlichen, die massive Kindeswohlgefährdungen überlebt haben, also einen Zustand des Umbruchs, in welchem korrektive Erfahrungen zur Befriedigung der eigenen Grundbedürfnisse gemacht werden.

Zukünftige Forschung

Zukünftige Forschung sollte den verwöhnten Kindmodus im Kontext der Vollen Erziehung weiter untersuchen, um die Wirkweise der korrektiven Erfahrungen im SBZ besser zu verstehen. So zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass sich VERW zwar kaum von GK unterschied, aber im Schnitt unterdurchschnittlich häufig die adaptiven Strategien Problemorientiertes Handeln und Vergessen anwendete, häufiger als GK Trauer maladaptiv regulierte und Werte im Bereich grenzwertig auffälliger internaler Probleme erzielte. Es stellt sich die Frage, zu welchen langfristigen Outcomes das Erleben von korrektiven Erfahrungen im SBZ als "Verwöhnung" führt.

Ebenso sollte untersucht werden, wie impulsiv–undiszipliniertes und trotzig–oppositionelles Verhalten von Kindern und Jugendlichen in SBZ adaptiv sein kann. Da normverletzendes Verhalten im Alltag und in der Schule zu Spannungen und Konflikten führen kann und für die sozialpädagogischen Fachkräfte und Lehrkräfte eine Belastung darstellt, wäre weitere Forschung in diesem Bereich besonders relevant. Ein vielversprechender Ansatzpunkt wäre die systematische Beobachtung der Interaktionsqualität in SBZ, dabei wäre der Aspekt der Verhaltensunterstützung und der Rolle, die normverletzendes Verhalten in der Peergruppe im SBZ spielt, besonders zu berücksichtigen.

Weitere Forschung wäre wünschenswert, was die Zusammenhänge zwischen WK, traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und psychopathologischen Symptomen angeht. So zeigte sich in der vorliegenden Studie mit Kindern und Jugendlichen kein Zusammenhang zwischen WK, den Skalen des CTQ und psychopathologischen Symptomen. In Studien mit Erwachsenen zeigten sich diese Zusammenhänge allerdings schon (Barazandeh et al., 2018; Harris, 2010; Johnston et al., 2009; Lobbestael et al., 2010). Es stellt sich dabei unter anderem die Frage, unter welchen Bedingungen eine Schemaaktivierung zu WK führt und wie sich diese Bedingungen im Laufe der Adoleszenz verändern.

Es zeigte sich eine komplexe Befundlage bezüglich der Zusammenhänge zwischen Kindmodi und maladaptiven Bewältigungsstrategien. Auch in diesem Bereich, oder aber auch zu den Zusammenhängen zwischen Kindmodi und Bewältigungsmodi bei verschiedenen Störungsbildern, wäre zukünftige Forschung notwendig.

Der glückliche Kindmodus war in der vorliegenden Studie die adaptive Referenzgruppe und wurde von allen Kindmoduskarten am häufigsten gewählt. Aber wie ist das überhaupt möglich, dass sich so viele Kinder und Jugendliche nach massiven Kindeswohlgefährdungen meistens in einem Zustand der Freude und des Glücks befinden? Zukünftige Forschung sollte auch bezüglich der Resilienz im Kindes- und Jugendalter betrieben werden.

Der Status von Kindmodi als Risiko- oder Schutzfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ist noch nicht geklärt. So zeigten sich in der vorliegenden Studie zwar signifikante Regressionsmodelle mit den Kindmodi als Prädiktoren für psychopathologische Symptome, es wäre aber notwendig, diese Ergebnisse in Längsschnittstudien zu replizieren.

Die Annahme einer zentralen pathogenen Spannung (Roediger, 2016; Zarbock et al., 2013) zwischen VERL und Selbstabwertung konnte nicht bestätigt werden. In den Daten wurde lediglich ein nicht signifikanter Trend gefunden, der diese Annahme stützt. Zukünftige Forschung sollte die Annahme der zentralen pathogenen Spannung weiter überprüfen. Beispielsweise könnte der Interaktionseffekt zwischen Kindmodi und Selbstabwertung auf Psychopathologie untersucht werden. Die Effektstärken für verschiedene Kindmodi sollten verglichen werden.

Die Master-These konnte erste Befunde zur Konstruktvalidität der und zur prädiktiven Validität der Moduskarten liefern. Es ist nun notwendig, die konvergente Validität der Moduskarten zu untersuchen. Damit ist gemeint, den Grad der Übereinstimmung mit anderen Verfahren zu überprüfen, die Kindmodi erheben, z. B. mit dem SMI-r (Lobbestael et al., 2010), der CMRS (Peled et al., 2017) oder der Mode Observation Scale (van den Broek et al., 2011). Denkbar ist an dieser Stelle auch der Einbezug projektiver Verfahren, die sich unterschiedlicher Hilfsmittel bedienen, beispielsweise Fingerpuppen oder Sessel (Graaf & Loose, 2013). Eine Untersuchung der konvergenten Validität der Verfahren zur Erhebung von Informationen über Kindmodi würde die Frage klären, ob die unterschiedlichen Verfahren unabhängig von der Herangehensweise (Fragebögen beantworten, Bilder auswählen, mit Puppen spielen, Ich-Anteile auf Sessel imaginieren, Geschichten erzählen) dieselben Konstrukte erheben oder ob es verfahrensspezifische Eigenheiten gibt, die es in der Therapie zu berücksichtigen gilt.

Zukünftige Studien sollten auch die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen genauer untersuchen. Es stellt sich die Frage, wie und unter welchen Bedingungen sich die Selbstdarstellung und die Fremdwahrnehmung bezüglich der Kindmodi unterscheidet und wie sich Differenzen zwischen den beiden auf Interaktionen mit Bezugspersonen und auf das Wohlbefinden auswirken. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass manche Personen Schwierigkeiten damit haben, ihre eigenen Emotionen und die Emotionen anderer adäquat wahrzunehmen und zu benennen. Maße für Alexithymie sollten daher in jedem Fall als Kontrollvariable miterhoben werden. Nach dem Vorbild einer Modus-Transaktionsanalyse (Zarbock et al., 2013) könnten auf der einen Hand Kinder und Jugendliche ihre Modi selbst einschätzen und von den Bezugspersonen wird eine Fremdeinschätzung eingeholt. Auf der anderen Hand könnten Kinder und Jugendliche die Modi ihrer Bezugspersonen einschätzen und es werden Selbsteinschätzungen von den Bezugspersonen eingeholt.

Die Moduskarten bieten im Gegensatz zu langen Fragebogenbatterien den Vorteil, dass relativ schnell Informationen zu Kindmodi erhoben werden können. Dadurch ist es beispielsweise möglich, die Moduskarten in Form eines Apps einzusetzen, um eine Verlaufserhebung durchzuführen. So könnten StudienteilnehmerInnen ohne viel Aufwand täglich mit dem Smartphone davon berichten, in welchen Modi sie sich heute befanden.

Auf den Bildkarten für IUK und VERW befinden sich neben den abgebildeten Comic Figuren zahlreiche Requisiten. Während die Bildkarten für VERL, WK und GK den Fokus der BetrachterInnen auf die abgebildete Person lenken, so ist der Fokus der BetrachterInnen bei den Bildkarten für IUK und VERW durch diese Requisiten (Geschenke, Papierflieger, etc.) möglicherweise beeinträchtigt. Wenn die Ergebnisse zur Konstruktvalidität der Karten mit diesen systematischen Unterschieden im Design der Bildkarten in Zusammenhang gesetzt werden, lässt sich ein augenscheinlicher Zusammenhang zwischen einer niedrigeren Konstruktvalidität und der Anwesenheit von Requisiten im Bild feststellen. Zukünftige Studien könnten systematisch die Abbildungen auf den Bildkarten variieren, um solche potenziell störenden Effekte bei der Erhebung von Informationen zu Kindmodi mit Bildkarten auszuschließen.

Limitationen

Das korrelative Design der Master-These erlaubt keine Kausalschlüsse. Außerdem wird die Aussagekraft der Zusammenhänge zwischen Kindmodi und psychopathologischen Symptomen durch das Querschnittsdesign eingeschränkt. Zukünftige Untersuchungen sollten Kindmodi im Längsschnitt mit einem Cross-Legged-Panel Design untersuchen.

Bei der Rekrutierung der Stichprobe fand eine positive Selektion statt, beginnend bei der Kooperation mit niederösterreichischen SBZ. Juristisch betrachtet, werden Kinder und Jugendliche mit besonders schweren Traumatisierungen in sozialtherapeutischen Betreuungszentren und nicht in SBZ untergebracht. Zudem wurden Kinder und Jugendliche mit akuten psychiatrischen Krisen und mittlerer bis schwerer Intelligenzminderung von der Teilnahme ausgeschlossen. Direkt bei der Rekrutierung fand eine weitere positive Selektion statt, da nur solche Kinder und Jugendlichen an der Studie teilnahmen, die von den SozialpädagogInnen als testbar eingeschätzt wurden. Es ist anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche, die besonders schwere Formen von Kindeswohlgefährdung überlebten und daher stark ausgeprägte EMS und Kindmodi aufweisen, systematisch aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Aus diesem Grund sollte keine Generalisierung der Ergebnisse auf Überlebende besonders schwerer Formen von Kindeswohlgefährdung stattfinden.

Obwohl der Stichprobenumfang ($N = 183$) groß ausfiel, konnten in den durchgeführten Analysen nur mittlere bis große Effekte gefunden werden. Dies liegt daran, dass fünf Kindmodusgruppen untersucht wurden. Außerdem waren einige Kindmodusgruppen nur sehr schwach besetzt, weshalb gröbere Kindmodus-Kategorien gebildet wurden. Dadurch war es nicht mehr möglich, die Unterschiede zwischen traurigen und ängstlichen Kindmodi sowie impulsiven und undisziplinierten Kindmodi zu untersuchen. In zukünftigen Studien sollten größere Stichproben rekrutiert werden, damit alle sieben Kindmodusgruppen mit einer angemessenen statistischen Power untersucht werden können, damit auch kleine Effekte gefunden werden können und um Interaktionseffekte zwischen dem Geschlecht sowie dem Alter und den Kindmodusgruppen näher zu untersuchen.

Es wurde nicht kontrolliert, wie viele TeilnehmerInnen die Kriterien einer Alexithymie erfüllten und wie sich dieser potenzielle Störfaktor auf die Wahl der Moduskarte auswirkte.

Stärken

Studien, die spezifische Kindmodi von Kindern und Jugendlichen untersuchen sind derzeit noch kaum vorhanden. Die Master-These liefert hier einen wichtigen Beitrag für die Forschung zu Schema-Modi bei Kindern und Jugendlichen.

Die Validität der Moduskarten wurde noch nie untersucht. Die Master-These bietet erste Einblicke in die Validität dieses projektiven Verfahrens zur Erhebung von Kindmodi.

Implikationen für die klinische Praxis

Im Sinne von Kubinger (2009) sollten die Moduskarten lediglich als klinisches Hilfsmittel zur Unterstützung von Anamnesegesprächen, Therapieeinheiten und Psychoedukationen verwendet werden. Die Moduskarten (Graaf, 2016) bieten die Möglichkeit mit wenig Aufwand einen ersten Überblick über die Moduslandschaft einer Person zu erhalten. Gerade bei jüngeren PatientInnen aber auch bei älteren PatientInnen, können die Moduskarten dabei helfen, einen Zugang zu den unterschiedlichen emotionalen Zuständen zu finden. Im diagnostischen Assessment sollten sie den Einsatz umfassenderer Testverfahren nicht ersetzen.

Wenn eine Person auf die Frage, wie sie sich meistens fühlt, die Bildkarten für den verletzlichen oder ärgerlich-wütenden Kindmodus auswählt, sollte das als Anlass gesehen werden, eine umfassende Diagnostik durchzuführen. Die Auswahl des glücklichen Kindmodus kann aber keine Rechtfertigung sein, um auf weiterführende Exploration zu verzichten.

Wie an den Bildkarten für IUK und VERW erkennbar wurde, spielen Merkmale des vorherigen und des derzeitigen Lebensumfeldes und Lebensstils der Kinder und Jugendlichen eine gewichtige Rolle in der Erhebung von Kindmodi. Ein qualitatives Tiefeninterview über die ausgewählten Moduskarten mit den PatientInnen und eine biografische Verortung der getroffenen Auswahl ist daher unumgänglich.

Schlussbemerkung

Die Master-These wurde unabhängig vom Beltz Verlag und den EntwicklerInnen der Moduskarten durchgeführt. Die Abbildung der Moduskarten erfolgte mit freundlicher Genehmigung vom Beltz Verlag.

Literaturverzeichnis

- Ahmed, S. (2004). Affective economies. *Social Text*, 22, 117-139. Verfügbar unter <http://muse.jhu.edu/article/55780>
- Ahnert, L. (2006). *Wieviel Mutter braucht ein Kind? Bindung - Bildung - Betreuung: Öffentlich und privat*. Heidelberg: Springer.
- Allgaier, A., Pietsch, K., Frühe, B., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Screening for depression in adolescents: Validity of the Patient Health Questionnaire in pediatric care. *Depression and Anxiety*, 29, 906-913. doi:10.1002/da.21971
- Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), BGBl. 15/2013 §§ 138, 181 (2013).
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39, 93-98. doi:10.1016/j.amepre.2010.03.015
- Armstrong, J. G., Putnam, F., Carlson, E. B., & Libero, D. Z. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 491-497. doi:10.1097/00005053-199708000-00003
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239. doi:10.1016/j.jbtep.2005.05.005
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 328-349. doi:10.1080/16506073.2017.1410566
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Research*, 261, 1-6. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.023
- Barsalou, L. W. (2016). Situated conceptualization offers a theoretical account of social priming. *Current Opinion in Psychology*, 12, 6-11. doi:10.1016/j.copsyc.2016.04.009

- Blissett, J. M., & Farrow, C. V. (2007). Stability and continuity of women's core beliefs and psychopathological symptoms from pregnancy to one year postpartum. *Cognitive Therapy Research*, 31, 589-602. doi:10.1007/s10608-006-9088-8
- Blouw, P., Solodkin, E., Thagard, P., & Eliasmith, C. (2016). Concepts as semantic pointers: A framework and computational model. *Cognitive Science*, 40, 1128-1162. doi:10.1111/cogs.12265
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2000). *The irreducible needs of children. What every child must have to grow, learn and flourish*. Cambridge: Da Capo.
- Brem-Gräser, L. (1957). *Familie in Tieren*. München: Ernst Reinhardt.
- Brockman, R., & Stravopoulos, A. (2017). Dealing with pathological worry and rumination: Proposing a new 'Over-Analyser' coping mode. *Schema Therapy Bulletin*, 6, 8-11. Verfügbar unter <https://www.schematherapysociety.org/resources/Pictures/ISST%20FEB-%20STB%20Feb%202017.pdf>
- Bundeskanzleramt. (2018). *Kinder- und Jugendhilfestatistik 2017* [PDF File]. Verfügbar unter https://www.frauen-familien-jugend.bka.gv.at/dam/jcr:2ed5a418-7c85-40b8-af71-16eb29920d9c/Kinder-%20und%20Jugendhilfestatistik%202017%20barrierefrei_1110.pdf
- Bundes-Kinder und Jugendhilfegesetz (B-KJHG), BGBl. I 69/2013 § 38 (2013).
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38, 735-746. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Calvete, E., Morea, A., & Orue, I. (2018). The role of dispositional mindfulness in the longitudinal associations between stressors, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*, 1-12. doi:10.1007/s12671-018-1000-6
- Calvete, E., & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 105-117. doi:10.1007/s10802-011-9546-y

- Cavanna, F., Vilas, M. G., Palmucci, M., & Tagliazucchi, E. (2018). Dynamic functional connectivity and brain metastability during altered states of consciousness. *NeuroImage*, 180, 383-395. doi:10.1016/j.neuroimage.2017.09.065
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire–Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357. doi:10.1002/cpp.401
- Christoffersen, M. N. (2012). A study of adopted children, their environment, and development: A systematic review. *Adoption Quarterly*, 15, 220-237. doi:10.1080/10926755.2012.700002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Erlbaum.
- Deighton, S., Neville, A., & Pusch, D. (2018). Biomarkers of adverse childhood experiences: A scoping review. *Psychiatry Research*, 269, 719-732. doi:10.1016/j.psychres.2018.08.097
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., . . . Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-784. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Edwards, D. J. A. (2017). An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2. Coping modes, healthy adult mode, superordinate themes, and implications for research and practice. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17, 1-12. doi:10.1080/20797222.2017.1326730

- Erdheim, M. (2002). Verzerrungen des Fremden in der psychoanalytischen Perspektive. *Fremde. Freiburger literaturpsychologische Gespräche. Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse*, 21, 21-45. Verfügbar unter <http://www.uni-konstanz.de/figur3/scripte/archiv/Basiskolleg%20WS%2006-07/Erdheim,%20Mario%20-%20Verzerrungen%20des%20Fremden.pdf>
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., & Herrero-Fernández, D. (2016). Maladaptive schemas as mediators in the relationship between child sexual abuse and displaced aggression. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25, 449-465. doi:10.1080/10538712.2016.1156207
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2016). The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22. doi:10.1177/0886260516645815
- Fischer, T., Graaf, P., & Eckardt, U. (2015). Schematherapie bei Depression. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Hrsg.), *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 20-34). Weinheim: Beltz.
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 169-177. doi:10.1016/j.jcbs.2016.06.002
- Flanagan, C. M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 1-36. doi:10.1037/a0018815
- Gallagher, B. V., & Gardner, F. L. (2007). An examination of the relationship between early maladaptive schemas, coping, and emotional response to athletic injury. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1, 47-67. doi:10.1123/jcsp.1.1.47
- Gong, J., & Chan, R. C. K. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.019
- Graaf, P. (2016). *Schematherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Kartenset mit 56 Bildkarten* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Graaf, P., & Loose, C. (2013). Kindbezogene Techniken und Vorgehensweisen. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 178-260). Weinheim: Beltz.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50, 171-181. doi:10.1026/0012-1924.50.4.171
- Grob, A., & Smolenski, C. (2009). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 394-407. doi:10.1002/cpp.618
- Harden, B. J. (2004). Safety and stability for foster children: A developmental perspective. *The future of Children*, 14, 30-47. doi:10.2307/1602753
- Harris, D. A. (2010). *Inhaltliche Validierung der deutschen Übersetzung des Schema Mode Inventory - revised (SMI-r) und Korrelation der Modus-Skalen des SMI-r mit etablierten psychologischen und psychopathologischen Konstrukten* (Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg). Verfügbar unter <https://freidok.uni-freiburg.de/data/7895>
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence. Results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 287-294. doi:10.3238/arztebl.2011.0287
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. New York: IBM Corp.
- Jacobs, I., Lenz, L., Wollny, A., & Horsch, A. (2018). The higher order structure of schema modes. *Journal of Personality Disorders*, 32, 1-29. doi:10.1111/lcrp.12109

- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O’Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 248-255.
doi:10.1016/j.jbtep.2008.12.002
- Kane, M. (2006). Content-related validity evidence in test development. In S. M. Downing & T. M. Haladyna (Hrsg.), *Handbook of test development* (S. 131-154). Mahwah: Erlbaum.
- Kerig, P. K., Charak, R., Chaplo, S. D., Bennet, D. C., Armour, C., Modrowski, C. A., & McGee, A. B. (2016). Validation of the factor structure of the Adolescent Dissociative Experiences Scale in a sample of trauma-exposed detained youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 592-600. doi:10.1037/tra0000140
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2018). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 22, 420-441. doi:10.1111/lcrp.12108
- Khalily, M. T., Wota, A. P., & Hallahan, B. (2011). Investigation of schema modes currently activated in patients with psychiatric disorders. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 22, 76-81. doi:10.1017/S0790966700011472
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2002). Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R). Deutsche Version von G. H. Franke (1995). *Diagnostica*, 48, 55-57.
doi:10.1026//0012-1924.48.1.55
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325. doi:10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Kubinger, K. D., Schrott, A., & Maitz, P. (2003). Zur Null-Objektivität, Null-Reliabilität und daher Null-Validität der "Familie in Tieren". *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 197-259. doi:10.1024//0170-1789.24.3.197
- Lebois, L. A. M., Wilson-Mendenhall, C. D., Simmons, W. K., Barrett, L. F., & Barsalou, L. W. (in Druck). Learning situated emotions. *Neuropsychologia*. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2018.01.008
- Lenhard, W., & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Dettelbach: Psychometrica.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27-66. doi:10.1111/1529-1006.002
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458. doi:10.1017/S1352465810000226
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860. doi:10.1016/j.brat.2008.03.006
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Hrsg.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (S. 41-66). Malden: Wiley-Blackwell.
- Lohaus, A., & Nussbeck, F. W. (2016). *FRKJ 8-16: Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2015). Schematherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 35-74). Weinheim: Beltz.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy Research*, 31, 639-657. doi:10.1007/s10608-006-9100-3

- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46, 266-274.
doi:10.1097/MLR.0b013e318160d093
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual. Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire" (PHQ) (2. Aufl.)* [PDF File]. Verfügbar unter https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf
- Lyraeos, D. G. (2014). The validity of Young Schema Questionnaire 3rd version and the Schema Mode Inventory 2nd version on the Greek population. *Psychology*, 5, 461-477.
doi:10.4236/psych.2014.55056
- Mack, M. L., Love, B. C., & Preston, A. R. (2018). Building concepts one episode at a time: The hippocampus and concept formation. *Neuroscience Letters*, 680, 31-38.
doi:10.1016/j.neulet.2017.07.061
- Maechler, M., Rousseeuw, P., Croux, C., Todorov, V., Ruckstuhl, A., Salibian-Barrera, M., ... di Palma, M. A. (2018). robustbase: Basic robust statistics, Version 0.93-3 [Software-Handbuch]. Verfügbar unter <https://www.rdocumentation.org/packages/robustbase>
- Martínez-Taboas, A., Shrout, P. E., Canino, G., Chavez, L. M., Ramírez, R., Bravo, M., ... Ribera, J. C. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 33-54.
doi:10.1300/J229v05n04_03
- McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 288-297. doi:10.1080/16506073.2012.676669
- Metselaar, J., van Yperen, T. A., van den Bergh, P. M., & Knorth, E. J. (2015). Needs-led child and youth care: Main characteristics and evidence on outcomes. *Children and Youth Services Review*, 58, 60-70. doi:10.1016/j.childyouth.2015.09.005

- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental bearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 405-413. doi:10.1002/cpp.506
- Niederösterreichische Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungsverordnung (NÖ-KJHEV), LGBL. 9270/10-0 §§ 2, 10-11 (2014).
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 47-61. doi:10.1016/j.ejtd.2017.01.001
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 462-472. doi:10.1093/jpepsy/jsp114
- Peled, O., Bar-Kalifa, E., & Rafaeli, E. (2017). Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 126-134. doi:10.1016/j.jbtep.2017.05.004
- Pinquart, M. (2017). Parenting stress in caregiving of children with chronic physical condition: A meta-analysis. *Stress and Health*, 34, 197-207. doi:10.1002/smi.2780
- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24-31. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 80, 123-133. doi:10.1016/j.chiabu.2018.03.006
- R Core Team. (2013). R: A language and environment for statistical computing [Software-Handbuch]. Vienna, Austria. Verfügbar unter <http://www.R-project.org/>
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (2014). *Designing and conducting survey research. A comprehensive guide* (4. Aufl.). San Francisco: Jossey Bass.

- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581-590.
doi:10.1016/j.jad.2011.10.027
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492. doi:10.1016/j.brat.2013.05.011
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414.
doi:10.1016/j.psychres.2016.10.037
- Richardson, L. P., McCauley, E., Grossman, D. C., McCarty, C. A., Richards, J., Russo, J. E., ... Katon, W. (2010). Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*, 126, 1117-1123.
doi:10.1542/peds.2010-0852
- Rijkeboer, M. M., & de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the Schema Inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 102-109. doi:10.1016/j.jbtep.2009.11.001
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 515-529. doi:10.1007/s10608-006-9015-z
- Roediger, E. (2016). *Schematherapie. Grundlagen, Modell und Praxis* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schemastudie. (2019). *Schematheoretische Weiterbildung und ihre Effekte auf in niederösterreichischen Landeseinrichtungen untergebrachte Kinder und Jugendliche*. Verfügbar auf der Website der Universität Wien. Zugriff am 05.02.2019 auf <http://schemastudie.univie.ac.at>

- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2014.01592
- Smith, G. T. (2005). On construct validity: Issues of method and measurement. *Psychological Assessment*, 17, 396-408. doi:10.1037/1040-3590.17.4.396
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 10-18. doi:10.1002/cpp.511
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50. doi:10.1002/car.2353
- te Grotenhuis, M., Pelzer, B., Eisinga, R., Nieuwenhuis, R., Schmidt-Catran, A., & König, R. (2017). When size matters: Advantages of weighted effect coding in observational studies. *International Journal of Public Health*, 62, 163-167. doi:10.1007/s00038-016-0901-1
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241-266. doi:10.1111/jcpp.12507
- Thagard, P., & Stewart, T. C. (2014). Two theories of consciousness: Semantic pointer competition vs. information integration. *Consciousness and Cognition*, 30, 73-90. doi:10.1016/j.concog.2014.07.001
- Thimm, J. C. (2010a). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380. doi:10.1016/j.jbtep.2010.03.009
- Thimm, J. C. (2010b). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 52-59. doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.001

- Thimm, J. C. (2017). Relationship between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 3-17. Verfügbar unter <https://www.ijpsy.com/volumen17/num1/453/relationships-between-early-maladaptive-EN.pdf>
- Thimm, J. C., & Holland, J. M. (2017). Early maladaptive schemas, meaning making, and complicated grief symptoms after bereavement. *International Journal of Stress Management*, 24, 347-367. doi:10.1037/str0000042
- Tracy, J. L., & Randles, D. (2011). Four models of basic emotions: A review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson, and Panksepp and Watt. *Emotion Review*, 3, 397-405. doi:10.1177/1754073911410747
- Tsai, F., Huang, Y., Liu, H., Huang, K., Huang, Y., & Liu, S. (2014). Patient Health Questionnaire for school-based depression screening among Chinese adolescents. *Pediatrics*, 133, 402-409. doi:10.1542/peds.2013-0204
- van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 325-332. doi:10.1016/j.aip.2011.09.005
- van Ijzendoorn, M. H., Luijk, M. P. C. M., & Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes. A meta-analysis on IQ-delays in orphanages. *Merrill Palmer Quarterly*, 54, 341-366. doi:10.1353/mpq.0.0002
- van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332. doi:10.1007/s10608-009-9283-5
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2012). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 29-38. doi:10.1002/cpp.1813

- van Wijk-Herbrink, M. F., Roelofs, J., Broers, N. J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2017). Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode Inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-22. doi:10.1521/pedi_2017_31_295
- Walburg, V., & Chiaramello, S. (2015). Link between early maladaptive schemas and defense mechanisms. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 65, 221-226. doi:10.1016/j.erap.2015.07.003
- Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389-396. doi:10.1016/j.jbtep.2010.04.002
- Weiner, I. B. (1994). The Rorschach Inkblot Method (RIM) is not a test: Implications for theory and practice. *Journal of Personality Assessment*, 62, 498-504. doi:10.1207/s15327752jpa6203_9
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., ... Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 60, 442-450. doi:10.1055/s-0030-1247564
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Verfügbar unter <https://icd.who.int/>
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33, 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Zaoui, E., Traub, H., & Hensel, T. (2006). *A-DES 8: Skala für dissoziative Erfahrungen von Jugendlichen - Kurzform* [PDF File]. Verfügbar unter https://www.kindertraumainstitut.de/cms_pdf_download.php?eid=41&pdf=1

- Zarbock, G., Loose, C., & Graaf, P. (2013). Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 19-66). Weinheim: Beltz.
- Zarbock, G., Loose, C., & Graaf, P. (2015). Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Hrsg.), *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 20-34). Weinheim: Beltz.
- Zarbock, G., & Zens, C. (2006). Bedürfnis- und Emotionsdynamik. Handlungsleitende Konzepte für die Schematherapiepraxis. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen* (S. 45-65). Göttingen: Hogrefe.
- Zens, C., & Hagena, S. (2013). Schematherapie beim Jungerwachsenen. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 149-177). Weinheim: Beltz.
- Zonnevrijle, M., & Hildebrand, M. (2018). Relationship between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *Child & Family Social Work*, 1-11. doi:10.1111/cfs.12602

Abbildungsverzeichnis

1	Gegenüberstellung zweier Modelle für Kindmodi	14
2	Glücklicher Kindmodus (GK; Graaf, 2016)	25
3	Verletzlicher, trauriger Kindmodus (VERL; Graaf, 2016)	26
4	Verletzlicher, ängstlicher Kindmodus (VERL; Graaf, 2016)	26
5	Wütender Kindmodus (WK; Graaf, 2016)	27
6	Impulsiver Kindmodus (IUK; Graaf, 2016)	28
7	Undisziplinierter Kindmodus (IUK; Graaf, 2016)	28
8	Verwöhnter Kindmodus (VERW; Graaf, 2016)	29
9	Normwerte der Kindmodusgruppen für Entwicklungsressourcen im FRKJ. . . .	48
10	Rohwerte der Kindmodusgruppen für aversive Kindheitserfahrungen im CTQ. .	50
11	Normwerte der Kindmodusgruppen für adaptive Strategien im FEEL.	52
12	Normwerte der Kindmodusgruppen für maladaptive Strategien im FEEL. . . .	55
13	Normwerte der Kindmodusgruppen für internale Probleme im YSR.	57
14	Normwerte der Kindmodusgruppen für externale Probleme im YSR.	58
15	Rohwerte der Kindmodusgruppen für dissoziative Symptome im ADES.	60
16	Rohwerte der Kindmodusgruppen für ängstliche Symptome im GAD.	61
17	Rohwerte der Kindmodusgruppen für depressive Symptome im PHQ.	62

Tabellenverzeichnis

1	Gegenüberstellung: Emotionale Grundbedürfnisse und Entwicklungsressourcen	7
2	Übersicht über frühe Schemata und deren Organisation	11
3	Merkmale der in den Analysen verwendeten Gesamtstichprobe	34
4	Richtlinie zur Bestimmung des Schweregrads der aversiven Kindheitserfahrungen im CTQ	38
5	Richtlinien zur Interpretation der verwendeten Effektstärkemaße	42
6	Häufigkeit der Wahl einzelner Kindmoduskarten in der Gesamtstichprobe, nach Geschlecht und durchschnittliches Alter in den Kindmodusgruppen	45
7	Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage internaler Probleme durch die Auswahl der Kindmoduskarte	56
8	Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage externaler Probleme durch die Auswahl der Kindmoduskarte	58
9	Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage dissoziativer Symptome durch die Auswahl der Kindmoduskarte	59
10	Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage ängstlicher Symptome durch die Auswahl der Kindmoduskarte	61
11	Robuste multiple lineare Regression zur Vorhersage depressiver Symptome durch die Auswahl der Kindmoduskarte	62

Abkürzungsverzeichnis

- ADES Adolescent Dissociative Experiences Scale (Martínez-Taboas et al., 2004)
- CMRS Client's Modes Rating Scale (Peled et al., 2017)
- CTQ Childhood Trauma Questionnaire (Wingenfeld et al., 2010)
- EAS Early Adaptive Schemata / Frühe, adaptive Schemata
- EMB Emotionaler Missbrauch
- EMS Early Maladaptive Schemata / Frühe, maladaptive Schemata
- EV Emotionale Vernachlässigung
- FRKJ Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (Lohaus & Nussbeck, 2016)
- GAD Screening Verfahren für die generalisierte Angststörung (Generalized Anxiety Disorder; Spitzer et al., 2006)
- GK Glücklicher Kindmodus
- IUK Impulsiv–Undisziplinierter Kindmodus
- KMB Körperlicher Missbrauch
- KV Körperliche Vernachlässigung
- PHQ Depressionsmodul des Patient-Health-Questionnaire (Kroenke et al., 2001)
- SMB Sexueller Missbrauch
- SMI Schema-Modus-Inventar (Lobbestael et al., 2010)
- VERL Verletzlicher Kindmodus
- VERW Verwöhnter Kindmodus
- WK Ärgerlich–Wütender Kindmodus
- YSR Youth-Self-Report (Döpfner et al., 2014)

Appendix A

Tabelle A1

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Ausprägung von Entwicklungsressourcen

FRKJ Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Entwicklungsressourcen				4.22 (4, 112)	.003
Gesamt (<i>N</i> = 117)	GK	18.34 (2.66)			
	VERL _{†††}	15.67 (3.49)	0.92		.001
	WK _{††}	15.47 (3.32)	1.05		.019
	IUK	17.81 (2.67)			.442
	VERW	19.09 (4.38)			.491
Empathie				1.57 (4, 160)	.185
(N = 165)	GK	17.80 (3.81)			
	VERL	17.90 (3.96)			
	WK	16.67 (3.37)			
	IUK	16.05 (4.14)			
	VERW	17.89 (5.37)			
Selbstwirksamkeit				3.85 (4, 154)	.005
(N = 159)	GK	17.57 (3.87)			
	VERL _{†††}	14.63 (4.20)	0.74		.001
	WK	18.00 (4.17)			.737
	IUK	17.82 (3.67)			.754
	VERW	19.11 (5.06)			.272

(wird fortgesetzt)

Tabelle A1 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Ausprägung von Entwicklungsressourcen

FRKJ Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Selbstwert				16.45 (4, 156)	< .001
(<i>N</i> = 161)	GK	18.53 (3.90)			
	VERL _{†††}	11.67 (5.71)	1.55		< .001
	WK _{†††}	13.08 (4.70)	1.36		< .001
	IUK	18.45 (4.11)			.921
	VERW	19.00 (3.71)			.761
Kohärenzgefühl				4.37 (4, 159)	.002
(<i>N</i> = 164)	GK	18.23 (3.71)			
	VERL _{†††}	14.79 (3.89)	0.92		< .001
	WK _†	16.00 (4.22)	0.59		.090
	IUK	17.73 (4.52)			.527
	VERW	18.56 (4.85)			.818
Optimismus				12.44 (4, 161)	< .001
(<i>N</i> = 166)	GK	18.44 (3.65)			
	VERL _{†††}	13.24 (4.86)	1.30		< .001
	WK _{†††}	12.83 (3.93)	1.52		< .001
	IUK	17.24 (3.93)			.128
	VERW	18.89 (4.62)			.752

(wird fortgesetzt)

Tabelle A1 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Ausprägung von Entwicklungsressourcen

FRKJ Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Selbstkontrolle				4.87 (4, 163)	.001
(<i>N</i> = 168)	GK	17.79 (3.58)			
	VERL _{†††}	15.03 (3.75)	0.76		.001
	WK _{††}	14.92 (3.94)	0.79		.014
	IUK	16.75 (3.73)			.154
	VERW	19.44 (4.77)			.211
Soziale / emotionale				6.19 (4, 157)	< .001
Unterstützung	GK	19.80 (3.91)			
(<i>N</i> = 162)	VERL _{††}	17.11 (4.42)	0.67		.007
	WK _{†††}	13.45 (5.87)	1.52		< .001
	IUK _†	18.31 (4.71)	0.36		.087
	VERW	19.89 (4.99)			.956
Autoritativer				2.95 (4, 158)	.022
Erziehungsstil	GK	18.85 (3.17)			
(<i>N</i> = 163)	VERL	18.07 (3.29)			.329
	WK _{††}	15.09 (4.81)	1.10		.002
	IUK	18.07 (4.03)			.275
	VERW	19.67 (4.72)			.525

(wird fortgesetzt)

Tabelle A1 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Ausprägung von Entwicklungsressourcen

FRKJ Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Integration				4.97 (4, 155)	.001
in die Peergruppe	GK	19.37 (3.34)			
(<i>N</i> = 160)	VERL _{†††}	15.76 (5.07)	0.92		< .001
	WK _†	16.55 (5.45)	0.77		.038
	IUK	19.25 (4.12)			.888
	VERW	19.44 (5.29)			.958
Integration				3.55 (4, 155)	.008
in die Schule	GK	18.87 (3.91)			
(<i>N</i> = 160)	VERL _{††}	15.59 (5.74)	0.74		.002
	WK _{††}	15.27 (4.98)	0.89		.017
	IUK	17.89 (4.52)			.290
	VERW	19.00 (5.98)			.935

Notiz. Die Referenzgruppe in den Kontrastanalysen war GK.

Unterschiede zu GK: _†*p* < .05, einseitig; _{††}*p* < .01, einseitig; _{†††}*p* < .001, einseitig.

Tabelle A2.1

Multinominale logistische Regression zur Vorhersage der Wahl der Kindmoduskarte durch Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit

	95 % KI für Odds Ratio					
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>LL</i>	<i>OR</i>	<i>UL</i>	<i>p</i>
VERL vs. GK						
Konstante	-4.53	0.91				< .001
CTQ Gesamtwert	0.08	0.02	1.04	1.08****	1.12	< .001
WK vs. GK						
Konstante	-2.85	1.09				.009
CTQ Gesamtwert	0.03	0.03	0.98	1.03	1.08	.316
IUK vs. GK						
Konstante	-1.28	0.72				.074
CTQ Gesamtwert	0.02	0.02	0.98	1.02	1.05	.350
VERW vs. GK						
Konstante	-3.02	1.21				.012
CTQ Gesamtwert	0.03	0.03	0.97	1.03	1.08	.386

Notiz. Die Referenzgruppe im Regressionsmodell war GK.

$-2LL = 209.853$; $\chi^2(4, N = 135) = 21.14$, $p < .001$; Nagelkerke $R^2 = .16$; Klassifikationsgenauigkeit = 51.1 %

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Tabelle A2.2

Multinominale logistische Regression zur Vorhersage der Wahl der Kindmoduskarte durch emotionalen Missbrauch in der Kindheit (EMB)

	95 % KI für Odds Ratio					
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>LL</i>	<i>OR</i>	<i>UL</i>	<i>p</i>
VERL vs. GK						
Konstante	-3.27	0.58				< .001
EMB	0.21	0.05	1.12	1.23***	1.34	< .001
WK vs. GK						
Konstante	-2.88	0.69				< .001
EMB	0.11	0.06	0.99	1.12	1.25	.063
IUK vs. GK						
Konstante	-0.73	0.45				.107
EMB	0.01	0.05	0.91	1.01	1.11	.900
VERW vs. GK						
Konstante	-0.48	1.21				.693
EMB	-0.25	0.18	0.54	0.78	1.12	.174

Notiz. Die Referenzgruppe im Regressionsmodell war GK.

$-2LL = 131.220$; $\chi^2(4, N = 160) = 33.43$, $p < .001$; Nagelkerke $R^2 = .20$; Klassifikationsgenauigkeit = 51.2 %

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Tabelle A2.3

Multinominale logistische Regression zur Vorhersage der Wahl der Kindmoduskarte durch körperlichen Missbrauch in der Kindheit (KMB)

	95 % KI für Odds Ratio					
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>LL</i>	<i>OR</i>	<i>UL</i>	<i>p</i>
VERL vs. GK						
Konstante	-2.39	0.48				< .001
KMB	0.18	0.05	1.08	1.20***	1.32	.001
WK vs. GK						
Konstante	-2.59	0.68				< .001
KMB	0.09	0.08	0.94	1.09	1.28	.266
IUK vs. GK						
Konstante	-0.96	0.43				.027
KMB	0.05	0.06	0.94	1.05	1.17	.377
VERW vs. GK						
Konstante	-2.57	0.77				.001
KMB	0.06	0.09	0.88	1.06	1.28	.528

Notiz. Die Referenzgruppe im Regressionsmodell war GK.

$-2LL = 133.950$; $\chi^2(4, N = 170) = 14.04, p = .007$; Nagelkerke $R^2 = .09$; Klassifikationsgenauigkeit = 46.5 %

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Tabelle A2.4

Multinominale logistische Regression zur Vorhersage der Wahl der Kindmoduskarte durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit (SMB)

	95 % KI für Odds Ratio					
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>LL</i>	<i>OR</i>	<i>UL</i>	<i>p</i>
VERL vs. GK						
Konstante	-2.83	0.57				< .001
SMB	0.27	0.08	1.13	1.31***	1.53	.001
WK vs. GK						
Konstante	-2.60	0.77				.001
SMB	0.12	0.12	0.90	1.13	1.42	.285
IUK vs. GK						
Konstante	-0.06	0.80				.936
SMB	-0.12	0.14	0.67	0.89	1.18	.421
VERW vs. GK						
Konstante	-1.44	1.58				.362
SMB	-0.13	0.29	0.50	0.88	1.54	.646

Notiz. Die Referenzgruppe im Regressionsmodell war GK.

$-2LL = 68.725$; $\chi^2(4, N = 167) = 24.78, p < .001$; Nagelkerke $R^2 = .15$; Klassifikationsgenauigkeit = 50.9 %

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Tabelle A2.5

Multinominale logistische Regression zur Vorhersage der Wahl der Kindmoduskarte durch emotionale Vernachlässigung in der Kindheit (EV)

	95 % KI für Odds Ratio					
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>LL</i>	<i>OR</i>	<i>UL</i>	<i>p</i>
VERL vs. GK						
Konstante	-2.66	0.60				< .001
EV	0.15	0.05	1.06	1.17***	1.28	.001
WK vs. GK						
Konstante	-2.34	0.79				.003
EV	0.05	0.07	0.91	1.05	1.20	.510
IUK vs. GK						
Konstante	-0.57	0.49				.247
EV	-0.01	0.05	0.90	0.99	1.09	.879
VERW vs. GK						
Konstante	-3.67	0.92				< .001
EV	0.14	0.07	1.01	1.16*	1.32	.037

Notiz. Die Referenzgruppe im Regressionsmodell war GK.

$-2LL = 163.894$; $\chi^2(4, N = 158) = 15.73, p = .003$; Nagelkerke $R^2 = .10$; Klassifikationsgenauigkeit = 44.3 %

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Tabelle A2.6

Multinominale logistische Regression zur Vorhersage der Wahl der Kindmoduskarte durch körperliche Vernachlässigung in der Kindheit (KV)

	95 % KI für Odds Ratio					
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>LL</i>	<i>OR</i>	<i>UL</i>	<i>p</i>
VERL vs. GK						
Konstante	-3.19	0.71				< .001
KV	0.28	0.08	1.12	1.32***	1.55	.001
WK vs. GK						
Konstante	-3.44	0.97				< .001
KV	0.20	0.11	0.98	1.23	1.53	.073
IUK vs. GK						
Konstante	-2.14	0.63				< .001
KV	0.20	0.08	1.05	1.22*	1.42	.011
VERW vs. GK						
Konstante	-4.12	1.07				< .001
KV	0.25	0.12	1.02	1.28*	1.62	.037

Notiz. Die Referenzgruppe im Regressionsmodell war GK.

$-2LL = 112.582$; $\chi^2(4, N = 171) = 14.90, p = .005$; Nagelkerke $R^2 = .09$; Klassifikationsgenauigkeit = 46.2 %

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < 0.001$

Tabelle A3

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Verwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien

FEEL Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Adaptive Strategien				9.92 (4, 26.8) ^a	< .001
Gesamt (<i>N</i> = 142)	GK	145.84 (30.24)			
	VERL ₊₊₊	109.72 (27.87)	1.22		< .001
	WK ₊₊₊	97.18 (33.88)	1.58		.001
	IUK ₊₊	125.13 (42.63)	0.60		.017
	VERW	119.00 (50.96)			.217
Adaptive Strategien				8.15 (4, 152)	< .001
Wut (<i>N</i> = 157)	GK	47.24 (11.09)			
	VERL ₊₊₊	36.86 (10.75)	0.94		< .001
	WK ₊₊₊	28.55 (11.49)	1.68		< .001
	IUK ₊₊	41.30 (12.61)	0.51		.016
	VERW	42.00 (19.47)			.219
Adaptive Strategien				6.49 (4, 27.3) ^a	.001
Angst (<i>N</i> = 157)	GK	48.53 (11.09)			
	VERL ₊₊₊	36.55 (11.74)	1.06		< .001
	WK ₊₊	36.00 (14.07)	1.09		.015
	IUK	43.64 (17.02)			.124
	VERW	38.86 (15.44)			.152
Adaptive Strategien				8.52 (4, 31.3) ^a	< .001
Trauer (<i>N</i> = 158)	GK	47.35 (11.24)			
	VERL ₊₊₊	35.31 (10.10)	1.10		< .001
	WK ₊₊	32.64 (12.86)	1.29		.004
	IUK ₊₊	38.69 (15.80)	0.68		.005
	VERW	45.11 (17.89)			.722

(wird fortgesetzt)

Tabelle A3 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Verwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien

FEEL Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Problemorientiertes				7.83 (4, 31.8) ^a	< .001
Handeln	GK	19.92 (5.13)			
(<i>N</i> = 160)	VERL ₊₊₊	14.71 (3.87)	1.08		< .001
	WK ₊	14.91 (5.87)	0.96		.019
	IUK ₊	17.62 (6.21)	0.42		.056
	VERW	17.11 (8.88)			.377
Zerstreuung				8.08 (4, 156)	< .001
(<i>N</i> = 161)	GK	22.33 (6.07)			
	VERL ₊₊₊	15.25 (6.61)	1.14		< .001
	WK ₊₊₊	14.91 (4.21)	1.26		< .001
	IUK ₊₊	19.43 (7.11)	0.45		.026
	VERW	19.67 (7.95)			.242
Stimmung Anheben				6.87 (4, 156)	< .001
(<i>N</i> = 161)	GK	22.20 (5.70)			
	VERL ₊₊₊	16.07 (6.68)	1.03		< .001
	WK ₊₊₊	15.90 (5.72)	1.25		.001
	IUK ₊₊	18.69 (7.25)	0.56		.008
	VERW	20.00 (8.28)			.332
Akzeptieren				9.82 (4, 31.8) ^a	< .001
(<i>N</i> = 158)	GK	19.69 (4.78)			
	VERL ₊₊₊	14.54 (4.12)	1.12		< .001
	WK ₊₊₊	12.64 (5.05)	1.47		.001
	IUK	18.20 (6.68)			.240
	VERW	20.11 (7.62)			.876

(wird fortgesetzt)

Tabelle A3 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Verwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien

FEEL Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Vergessen				4.33 (4, 31.7) ^a	.007
(<i>N</i> = 160)	GK	19.75 (5.06)			
	VERL _{††}	16.64 (4.54)	0.63		.004
	WK _{††}	14.00 (5.40)	1.13		.006
	IUK _†	16.83 (7.01)	0.51		.030
	VERW	18.33 (9.25)			.663
Kognitives				7.18 (4, 151)	< .001
Problemlösen	GK	21.22 (5.72)			
(<i>N</i> = 156)	VERL _{†††}	15.79 (5.15)	0.97		< .001
	WK _{†††}	13.82 (7.01)	1.26		< .001
	IUK _{†††}	16.97 (6.58)	0.71		.001
	VERW	19.25 (8.96)			.388
Umbewerten				3.11 (4, 154)	.017
(<i>N</i> = 159)	GK	17.88 (5.29)			
	VERL	15.89 (6.69)			.138
	WK _{††}	11.82 (4.02)	1.18		.002
	IUK	16.27 (7.05)			.185
	VERW _†	13.87 (7.16)	0.68		.076

Notiz. Die Referenzgruppe in den Kontrastanalysen war GK.

^aWegen Heteroskedastizität wurde Welch's ANOVA durchgeführt.

Unterschiede zu GK: _†*p* < .05, einseitig; _{††}*p* < .01, einseitig; _{†††}*p* < .001, einseitig.

Tabelle A4

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Verwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien

FEEL Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Maladaptive Strategien				5.78 (4, 146)	< .001
Gesamt (<i>N</i> = 151)	GK	75.54 (16.92)			
	VERL ₊₊₊	94.19 (18.20)	1.08		< .001
	WK	80.00 (19.63)			.469
	IUK	74.77 (21.31)			.844
	VERW ₊	89.00 (25.19)	0.75		.047
Maladaptive Strategien				5.09 (4, 157)	.001
Wut (<i>N</i> = 162)	GK	26.07 (6.58)			
	VERL ₊₊₊	32.14 (6.08)	0.94		< .001
	WK ₊	30.09 (7.60)	0.60		.071
	IUK	26.08 (6.96)			.992
	VERW	29.89 (9.88)			.116
Maladaptive Strategien				2.15 (4, 31.9) ^a	.098
Angst (<i>N</i> = 163)	GK	23.75 (6.27)			
	VERL	28.50 (9.02)			
	WK	21.91 (5.77)			
	IUK	23.68 (8.43)			
	VERW	26.78 (10.98)			
Maladaptive Strategien				6.72 (4, 152)	< .001
Trauer (<i>N</i> = 157)	GK	25.92 (6.84)			
	VERL ₊₊₊	33.00 (6.63)	1.04		< .001
	WK	28.00 (8.00)			.378
	IUK	25.23 (8.22)			.645
	VERW ₊₊	32.33 (8.05)	0.92		.014

(wird fortgesetzt)

Tabelle A4 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Verwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien

FEEL Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Aufgeben				8.69 (4, 154)	< .001
(<i>N</i> = 159)	GK	14.39 (4.80)			
	VERL _{†††}	20.79 (5.13)	1.31		< .001
	WK	16.64 (6.05)			.184
	IUK	15.08 (5.59)			.512
	VERW _{††}	18.89 (6.07)	0.91		.016
Aggressives				1.85 (4, 153)	.122
Verhalten	GK	11.63 (5.16)			
(<i>N</i> = 158)	VERL	12.26 (5.47)			
	WK	16.00 (5.87)			
	IUK	12.19 (4.59)			
	VERW	13.78 (7.10)			
Rückzug				7.51 (4, 155)	< .001
(<i>N</i> = 160)	GK	15.21 (5.74)			
	VERL _{†††}	22.04 (5.75)	1.19		< .001
	WK	15.27 (5.29)			.974
	IUK	16.14 (6.90)			.436
	VERW _†	19.67 (3.32)	0.80		.034
Selbstabwertung				1.96 (4, 156)	.104
(<i>N</i> = 161)	GK	17.63 (5.47)			
	VERL	20.04 (6.87)			
	WK	14.82 (6.34)			
	IUK	16.81 (5.93)			
	VERW	16.44 (8.08)			

(wird fortgesetzt)

Tabelle A4 (fortgesetzt)

Ergebnisse der ANOVAs und der Kontrastanalysen bezüglich der Unterschiede zwischen den Kindmodusgruppen in der Verwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien

FEEL Skala	Kindmodus	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Perseveration				4.17 (4, 156)	.003
(<i>N</i> = 161)	GK	16.78 (4.28)			
	VERL _†	19.04 (5.16)	0.50		.036
	WK	17.27 (5.39)			.752
	IUK _†	14.78 (5.09)	-0.44		.042
	VERW _†	20.22 (6.59)	0.76		.045

Notiz. Die Referenzgruppe in den Kontrastanalysen war GK.

^aWegen Heteroskedastizität wurde Welch's ANOVA durchgeführt.

Unterschiede zu GK: _†*p* < .05, einseitig; _{††}*p* < .01, einseitig; _{†††}*p* < .001, einseitig.

Abstract (deutsch)

Ziel. Ein wichtiges Element der Schematherapie (Young et al., 2003) sind Kindmodi. Kindmodi sind in potenziell-traumatischen Erfahrungen in der Kindheit komplex konditionierte, situativ aktivierbare, wiederkehrende, vorübergehende emotionale Zustände. Die Moduskarten (Graaf, 2016) sind ein projektives Bild-Auswahlverfahren zur Erhebung von Kindmodi, das als klinisches Hilfsmittel in Anamnesegesprächen, Psychoedukationen und Therapieeinheiten eingesetzt werden kann. Untersucht wurde die Konstruktvalidität der Moduskarten bezüglich Entwicklungsressourcen (FRKJ 8-16), traumatischen Kindheitserfahrungen (CTQ) und Emotionsregulationsstrategien (FEEL-KJ) sowie die prädiktive Validität hinsichtlich internaler und externaler Probleme (YSR/11-18), dissoziativer (ADES-8), ängstlicher (GAD-7) und depressiver Symptome (PHQ-9).

Methode. Die Moduskarten wurden 183 Kindern und Jugendlichen vorgelegt (Alter: 8-18, $M = 14.03$, $SD = 2.41$, 65.6 % männlich). Der verletzte (VERL; $n = 32$), wütende (WK; $n = 12$), glückliche (GK; $n = 85$), impulsiv-undisziplinierte (IUK; $n = 44$) und der verwöhnte Kindmodus (VERW; $n = 10$) wurden untersucht.

Ergebnisse. GK wies signifikant höhere Ausprägungen in Entwicklungsressourcen auf als VERL und WK und verwendete adaptive Emotionsregulationsstrategien häufiger als VERL, WK und IUK. GK regulierte Wut weniger häufig maladaptiv als VERL und WK und Trauer weniger häufig maladaptiv als VERL und VERW. Mit steigendem Schweregrad traumatischer Kindheitserfahrungen stieg die Wahrscheinlichkeit, sich meistens in anderen Kindmodi als GK zu befinden. GK war ein negativer und VERL und WK positive Prädiktoren für interne und externe Probleme. IUK war ein negativer Prädiktor für interne Probleme. GK war ein negativer und VERL ein positiver Prädiktor für dissoziative Symptome. GK, IUK und VERW waren negative und VERL ein positiver Prädiktor für ängstliche und depressive Symptome.

Schlussfolgerung. Die Bildkarten für GK und VERL wiesen eine hervorragende Validität auf, die Bildkarte für WK eine gute Validität. Die Validität der Bildkarten für IUK und VERW war fragwürdig.

Abstract (english)

Goal. Child-modes are an important element of schema therapy (Young et al., 2003). Child-modes are complex-conditioned, recurring and transient emotional states that originate in potentially-traumatizing childhood events. The Mode-Cards (Graaf, 2016) are a projective picture selection procedure, that aids as a clinical tool to gain and give information about child-modes. The matter of investigation was the construct validity of the Mode-Cards regarding developmental resources (FRKJ 8-16), traumatic childhood experiences (CTQ) and emotion-regulation strategies (FEEL-KJ), as well as the predictive validity regarding internalizing and externalizing problems (YSR/11-18), dissociative (ADES-8) and symptoms of anxiety (GAD-7) and depression (PHQ-9).

Method. 183 children and adolescents (age: 8-18, $M = 14.03$, $SD = 2.41$, 65.6 % male) participated in the study. The cards for the vulnerable (VERL; $n = 32$), angry (WK; $n = 12$), happy (GK; $n = 85$), impulsive–undisciplined (IUK; $n = 44$) and spoiled child mode (VERW; $n = 10$) have been investigated.

Results. GK had significantly more developmental resources than VERL and WK and used adaptive emotion-regulation strategies more frequently than VERL, WK and IUK. GK regulated anger less frequently in a maladaptive fashion than VERL and WK and sadness less frequently in a maladaptive way than VERL and VERW. The probability to choose another child-mode instead of GK increased with the severity of traumatic childhood events. GK was a negative and VERL and WK positive predictors for internal and external problems. IUK was a negative predictor for internal problems. GK was a negative and VERL a positive predictor for dissociative symptoms. GK, IUK and VERW were negative and VERL a positive predictor for symptoms of anxiety and depression.

Conclusion. The mode-cards for GK and VERL had an excellent, and those for WK a good validity. The validity of the mode-cards for IUK and VERW was questionable.