

**Aspekte seelischer Gesundheit
im Kleinkindalter:**

**Entwicklung und Validierung eines Screening-
Instruments zur Früherkennung von Entwick-
lungsauffälligkeiten**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.) an der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Eva Bartel

München, Mai 2014

Erstgutachterin: Prof. Dr. Sabine Walper
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Corinna Reck
Tag der mündlichen Prüfung: 25.6.2014

Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei Prof. Dr. Sabine Walper bedanken. Ihr hilfreicher Rat, ihr ehrlicher und humorvoller Umgang mit der Promotionsherausforderung sowie ihre herzliche Begleitung haben mich stets motiviert die nächsten Schritte des Projektes voranzubringen.

Prof. Dr. Corinna Reck danke ich herzlich für die kurzfristige Übernahme der Zweitbegutachtung.

Dem Stipendienreferat der LMU und der Universität Bayern bin ich überaus dankbar für die finanzielle Förderung und das mir entgegengebrachte Vertrauen für mein Projekt.

Ich danke allen Eltern, die an meinen Umfragen teilgenommen und mir so ermöglicht haben, die notwendigen Daten zu sammeln und zu analysieren. Besonderer Dank gilt den pädagogischen Fachkräften der Diakonie Rosenheim für ihre überaus hilfreiche Kooperation und das Interesse an meinem Forschungsprojekt.

Ich danke meinen Eltern, die mir durch ihr gemeinsames Leben zeigen, was wirklich wichtig ist; Die mich stets auf meinem Weg gestärkt und unterstützt haben und mir eine solide sozial-emotional Basis gaben, um frei in die Welt zu ziehen.

Besonderer Dank gilt meinem Mann Calvin für seine Liebe und unseren gemeinsamen Weg. Ich danke ihm für sein bedingungsloses Verständnis und seine Unterstützung auf allen Ebenen, die Auf's und Abs des Dissertationsprozesses durchzustehen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 4 |
| Abbildungsverzeichnis | 7 |
| Abkürzungsverzeichnis | 7 |
| Tabellenverzeichnis | 8 |
| Zusammenfassung | 10 |
| 1 Einleitung | 13 |
| 2 Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit | 18 |
| 2.1 Definition von seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit | 18 |
| 2.2 Allgemeine Entwicklungstheorien | 22 |
| 2.2.1 Bronfenbrenners ökologische Systemtheorie..... | 22 |
| 2.2.2 Dynamische Systemtheorie..... | 23 |
| 2.3 Theorien zur seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit | 25 |
| 2.3.1 Selbstbestimmungstheorie der Motivation | 25 |
| 2.3.2 Eriksons Stufenmodel der psychosoziales Entwicklung..... | 26 |
| 2.3.3 Bindungstheorie | 27 |
| 2.3.4 Temperamentstheorien | 30 |
| 2.3. Sozial-emotionale Entwicklung der frühen Kindheit | 32 |
| 2.3.1 Entwicklungsschritte und Entwicklungsaufgaben im Kleinkindalter | 32 |
| 2.3.2 Seelische Entwicklung des Kleinkindalters in Beziehungskontexten | 34 |
| 2.3.3 Risiko- und Schutzfaktoren seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit.. | 37 |
| 2.4 Prävalenzen und Persistenz von Auffälligkeiten | 39 |
| 2.5 Alters- und Geschlechtsunterschiede bei Auffälligkeiten | 43 |
| 2.6 Zusammenfassung | 45 |
| 3 Entwicklungsaspekte der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter | 46 |
| 3.1 Selbstregulative Aspekte | 46 |
| 3.1.1 Emotionsregulation..... | 47 |
| 3.1.2 Schlafverhalten..... | 51 |
| 3.1.3 Essverhalten..... | 53 |
| 3.2 Internalisierende Aspekte | 55 |
| 3.2.1 Ängstlichkeit | 55 |
| 3.2.2 Depression/Rückzugsverhalten..... | 59 |
| 3.2.3 Psychosomatik | 61 |
| 3.3 Externalisierende Aspekte | 62 |
| 3.3.1 Oppositionelles Verhalten (<i>Non-compliance</i>)..... | 64 |
| 3.3.2 Aggressivität..... | 65 |

| | |
|---|------------|
| 3.3.3 Motorische Unruhe | 66 |
| 3.4 Kompetenzaspekte | 68 |
| 3.4.1 Konzentrationsfähigkeit | 68 |
| 3.4.2 Positives Spielverhalten | 70 |
| 3.4.3 Imitation | 73 |
| 3.4.4 Empathie und prosoziales Verhalten | 74 |
| 3.4.5 Bindungs- und Beziehungsqualität | 76 |
| 3.5 Zwischenfazit | 77 |
| 4 Diagnostik der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter | 78 |
| 4.1 Klinische Entwicklungsdiagnostikverfahren | 79 |
| 4.1.1 Fragebogeninstrumente | 80 |
| 4.1.2 Beobachtungsverfahren der dyadischen Interaktion | 82 |
| 4.1.3 Diagnostisches Elterninterview | 83 |
| 4.2 Diagnostikmanuale und Klassifikationen | 83 |
| 4.3 Stärken und Schwächen von Elternauskünften | 86 |
| 4.4 Qualitätskriterien von Screening-Instrumenten | 88 |
| 4.5 Zusammenfassung | 91 |
| 4.6 Fazit für die eigene Untersuchung | 91 |
| 5. Methodisches Vorgehen | 93 |
| 6. Studie 1: Entwurf und erste Pilotierung des Fragebogens | 96 |
| 6.1 Forschungsfrage | 96 |
| 6.2 Methode | 96 |
| 6.2.1 Stichprobe | 96 |
| 6.2.2 Erhebungsdimensionen des Fragebogenentwurfs | 97 |
| 6.3 Datenanalyse und Ergebnisse | 102 |
| 6.3.1 Hauptkomponentenanalyse | 103 |
| 6.3.2 Itemselektion | 111 |
| 6.3.3 Reliabilitätsanalyse | 112 |
| 6.4 Diskussion | 113 |
| 7. Studie 2: Überprüfung der Validitäten, finale Itemauswahl und Alters- und Geschlechtsunterschiede | 116 |
| 7.1 Forschungsfrage | 116 |
| 7.2 Methode | 116 |
| 7.2.1 Stichprobe | 117 |
| 7.2.2 Instrumente | 118 |
| 7.3 Ergebnisse | 119 |
| 7.3.1 Faktorenanalyse | 119 |

| | |
|---|------------|
| 7.3.2 Itemanalyse und Itemselektion | 121 |
| 7.3.3 Interkorrelationen der Faktoren | 134 |
| 7.3.4 Reliabilitätsanalyse..... | 136 |
| 7.3.5 Übergeordnete Hauptkomponentenanalyse..... | 137 |
| 7.3.6 Überprüfung der Konstruktvalidität | 138 |
| 7.3.7 Kriteriumsvalidität | 141 |
| 7.3.8 Alters- und Geschlechtsunterschiede | 147 |
| 7.4 Diskussion..... | 149 |
| 8. Studie 3: Beurteilungsübereinstimmungen von Eltern und Erziehern..... | 154 |
| 8.1 Erkenntnisstand der Forschung..... | 154 |
| 8.2 Forschungsfrage..... | 156 |
| 8.3 Methode | 157 |
| 8.3.1 Stichprobe | 157 |
| 8.3.2 Instrumente | 158 |
| 8.4 Datenanalyse und Ergebnisse..... | 159 |
| 8.4.1 Beurteilerübereinstimmung bei Skalenmittelwerten | 159 |
| 8.4.2 Intraklassenkorrelationen von Eltern- und Erzieherurteil..... | 160 |
| 8.5 Diskussion..... | 163 |
| 9. Studie 4: Stabilität der Skalen des SGKS..... | 166 |
| 9.1 Forschungsfrage..... | 166 |
| 9.2 Methode | 166 |
| 9.3 Ergebnisse..... | 167 |
| 9.4 Diskussion..... | 168 |
| 10. Zusammenfassende Diskussion | 170 |
| 10.1 Limitationen der Studie und Forschungsausblick..... | 171 |
| 10.2 Praktische Implikationen | 173 |
| 10.3 Fazit..... | 175 |
| Literaturverzeichnis..... | 176 |
| Anhang..... | 208 |
| Schematische Darstellung des Aufbaus der verwendeten Fragebögen | 208 |
| Anhang I - Cut-off Wert-Bestimmung der Subskalen | 209 |
| Anhang II – Anschreiben & Fragenbogenentwurf (Studie 1)..... | 214 |
| Anhang III – Anschreiben & Fragebogen (Studie 2)..... | 219 |
| Anhang IV A – Elternanschreiben & Fragebogen (Studie 3)..... | 232 |
| Anhang IV B- ErzieherInnen-Fragebogen (Studie 3) | 236 |
| Anhang V – Elternanschreiben (Studie 4)..... | 238 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1. <i>Integratives bio-psycho-soziales Modell zur Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten (Fröhlich-Gildhoff, 2013, S. 40)</i> | 21 |
| Abbildung 2. <i>Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen (M. Papoušek, 2004b, S. 101)</i> | 36 |
| Abbildung 3. <i>Diagnostischer Prozess zur Erfassung von Störungen in der emotionalen Entwicklung (Wiedebusch & Petermann, 2006, S. 320)</i> | 80 |
| Abbildung 4. <i>Klinische und nicht-klinische Stichprobe im Vergleich auf den Subskalen des SGKS.</i> | 143 |
| Abbildung 5. <i>Histogramm der Werteverteilung von klinischer und nicht-klinischer Stichprobe im Vergleich auf der Gesamtskala des SGKS</i> | 144 |
| Abbildung 6. <i>ROC-Kurve der Gesamtskala des SGKS</i> | 145 |
| Abbildung 7. <i>ROC-Kurve der Subskala Externalisierendes Verhalten des SGKS</i> | 209 |
| Abbildung 8. <i>ROC-Kurve der Subskala Internalisierendes Verhalten des SGKS</i> | 211 |
| Abbildung 9. <i>ROC-Kurve der Subskala Kompetenz des SGKS</i> | 212 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------------|---|
| <i>DSM-V</i> | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| <i>ICD-10</i> | <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> |
| <i>DC: 0-3R</i> | <i>Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Revised Edition</i> |
| <i>ITSEA</i> | <i>Infant Toddler Social Emotional Assessment</i> |
| <i>BITSEA</i> | <i>Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment</i> |
| <i>CBCL 1 ½-5</i> | <i>Child Behavior Checklist 1 ½-5</i> |
| <i>SGKS</i> | <i>Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screener</i> |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|------------|
| <i>Tabelle 1. Screening-Fragebögen sozial-emotionaler Entwicklung im Kleinkindalter.....</i> | <i>81</i> |
| <i>Tabelle 2. Kleinkindforen, in denen der Link zur Umfrage gepostet wurde (Studie 1)</i> | <i>96</i> |
| <i>Tabelle 3. Sozio-demographische Daten der Stichprobe (Studie 1).....</i> | <i>97</i> |
| <i>Tabelle 4. Faktorhauptladungen der Varimax-rotierten, orthogonalen Faktorenlösung und Itemselektion</i> | <i>105</i> |
| <i>Tabelle 5. Liste der faktoriell nicht zugeordneten Items.</i> | <i>110</i> |
| <i>Tabelle 6. Interne Konsistenzen der Faktoren (Studie 1).....</i> | <i>112</i> |
| <i>Tabelle 7. Kleinkindforen, in denen der Link zur Umfrage gepostet wurde (Studie 2)</i> | <i>116</i> |
| <i>Tabelle 8. Sozio-demographische Daten der Stichprobe (Studie 2).....</i> | <i>117</i> |
| <i>Tabelle 9. Faktorladungen der Maximum-Likelihood-Analyse mit promax-oblique-rotierter 13-faktoriellen Lösung, Itemschwierigkeiten, Fremdtrennschärfen und Itemselektion</i> | <i>124</i> |
| <i>Tabelle 10. Interkorrelationsmatrix der SGKS-Subskalen.....</i> | <i>135</i> |
| <i>Tabelle 10. Interne Konsistenzen der SGKS-Subskalen (Studie 2).....</i> | <i>136</i> |
| <i>Tabelle 11. Übergeordnete Hauptkomponentenanalyse der SGKS-Subskalen.....</i> | <i>138</i> |
| <i>Tabelle 12: Deskriptive Statistiken und Cronbach's Alphas der CBCL 1 ½-5.....</i> | <i>139</i> |
| <i>Tabelle 13. Interkorrelationen der Subskalen des SGKS und der CBCL 1 ½ -5.</i> | <i>140</i> |
| <i>Tabelle 14. Korrelationen der SGKS-Subskalen mit dem (Sub-)Klinischen Index</i> | <i>141</i> |
| <i>Tabelle 15. Gruppenunterschiede zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe.....</i> | <i>142</i> |
| <i>Tabelle 16. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Gesamtskala des SGKS</i> | <i>146</i> |
| <i>Tabelle 17. Korrelationen der Skalen des SGKS mit dem Alter der Kinder.....</i> | <i>147</i> |
| <i>Tabelle 18. Gruppenunterschiede zwischen ein- und zweijährigen Kindern</i> | <i>148</i> |
| <i>Tabelle 19. Geschlechtsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen.....</i> | <i>148</i> |
| <i>Tabelle 21. Sozio-demographische Daten der Stichprobe (Studie 3)</i> | <i>157</i> |
| <i>Tabelle 20. Items, die sich in Eltern- und Erzieherversion des SGKS unterscheiden</i> | <i>158</i> |
| <i>Tabelle 21. Beurteilungsunterschiede zwischen Eltern und Erziehern</i> | <i>160</i> |
| <i>Tabelle 22. Beurteilungsübereinstimmungen auf allen Skalen und Items des SGKS.....</i> | <i>161</i> |
| <i>Tabelle 23. Test-Retest-Stabilität der Skalen des SGKS über fünf Monate.....</i> | <i>167</i> |
| <i>Tabelle 24. Mittelwertvergleich der SGKS-Skalen zwischen zwei Messzeitpunkten.....</i> | <i>168</i> |
| <i>Tabelle 25. Schematische Darstellung des SGKS.....</i> | <i>208</i> |
| <i>Tabelle 26. Schematische Darstellung der CBCL 1 1/2-5.....</i> | <i>208</i> |

Tabelle 27. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Subskala Externalisierendes Verhalten 210

Tabelle 28. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Subskala Internalisierendes Verhalten 211

Tabelle 29. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Subskala Kompetenz 213

Zusammenfassung

Die Bedeutung der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung ist seit Jahrzehnten unbestritten. Speziell im Laufe der ersten drei Lebensjahre entwickelt sich im Zuge der Selbstentwicklung des Kindes eine Grundmatrix an wichtigen Verhaltensmustern und sozial-emotionalen Kompetenzen, die mit einer Fülle von positiven Entwicklungskonsequenzen assoziiert sind. Dabei vollzieht sich die kindliche sozial-emotionale Entwicklung in einem komplexen, dynamischen System verschiedener Einflussfaktoren und -ebenen. Primär sind frühe Sozialisationserfahrungen, speziell die Eltern-Kind-Beziehungsqualität, entscheidend für die Entwicklung einer stabilen psychischen Selbststruktur.

Im Kleinkindalter sind zudem verschiedene Entwicklungsherausforderungen zu bewältigen, allen voran eine hinreichende Selbstregulation und eine gelingende Balance zwischen Bindungsbedürfnissen und Autonomiestreben. Dennoch sind auch schon früh interindividuelle Unterschiede bzgl. verschiedenen Verhaltensaspekten und sozial-emotionalen Kompetenzen zu beobachten, die sich in selbstregulative, externalisierende, internalisierende und Kompetenzaspekte unterteilen lassen. Daher ist ein frühkindliches Screening von möglichen Entwicklungsrisiken und Auffälligkeiten als auch Defiziten bei der Kompetenzentwicklung bedeutend für die Prävention von psychischen Störungen. Die Prävalenzen von kleinkindlichen klinisch-relevanten Auffälligen liegen um die 15-20% (Fegert, 1996; Skovgaard et al., 2007) und sind oft nicht transient (Briggs-Gowan, Carter, Bosson-Heenan, Guyer, & Horwitz, 2006). Allerdings mangelt es im deutschsprachigen Raum an einfach einsetzbaren, ökonomischen sowie validen und reliablen Screening-Instrumenten (Kullik & Petermann, 2011; Petermann & Wiedebusch, 2002, 2008; Wiedebusch & Petermann, 2006). Das vorliegende Forschungsvorhaben hatte die Entwicklung des *Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screeners (SGKS)* zum Ziel, das diesem Mangel Abhilfe schaffen sollte. Dazu wurde ein mehrstufiger Entwicklungsansatz gewählt. Ein erster Fragebogenentwurf mit 151 Items wurde unter Nutzung verschiedener Strategien durch die Sichtung der entwicklungspsychologisch-klinischen Literatur und vorhandener Instrumente entworfen und entsprechende Items inhaltsvalide operationalisiert. In Studie 1 wurde dieser im Rahmen einer Online-Erhebung anhand von 466 Elternauskünften pilotiert. Die explorative Faktorenanalyse konnte eine erste faktorielle Validität belegen. Die Itemselektion führte zu einer Itemreduktion auf 90 Items. Studie 2 hatte zum Ziel die Konstrukt- und Krite-

riumsvalidität des Fragebogens zu untersuchen und zu einer finalen Itemselektion zu führen. Anhand einer neuen Stichprobe von $N = 375$ konnten die Analysen eine faktorielle Validität und die inhaltssvalide Bildung von Sub- und Metaskalen bestätigen, wobei vor allem dem Aspekt der Emotionsregulation eine wichtige Bedeutung für die kleinkindliche seelische Gesundheit zukommt. Zudem wurden erwartungskonforme Zusammenhänge mit den Skalen der Child Behavior Checklist 1 ½-5 gefunden, was die Konstruktvalidität untermauerte. Ebenso konnte eine gute differenzielle Validität erwiesen werden, da alle Skalen signifikant zwischen einer klinischen und nicht-klinischen Stichprobe unterschieden. Auch wies die Gesamtskala eine gute Sensitivität von 83% und eine adäquate Spezifität von 70% aus. Inhaltliche Untersuchungen zu Altersunterschieden konnten vor allem Zugewinne im Rahmen der Kompetenzentwicklung aufzeigen. Geschlechtsunterschiede zeigten sich konsistent mit vorheriger Forschung, als dass Jungen mehr externalisierendes Verhalten und Mädchen mehr sozial-emotionale Kompetenzen zugeschrieben wurde. Zudem wurden in Studie 3 die Beurteilungsübereinstimmungen von Eltern und Erziehern sowohl auf Item- als auch Skalen-Ebene untersucht. Die Übereinstimmung lag im Mittel bei $ICC = .295$ und ist konsistent mit bisherigen Befunden. In Studie 4 wurde die Stabilität der Skalen über fünf Monate untersucht, welche auf der Gesamtskala eine Stabilität von $ICC = .81$ aufwies und als reliabel eingeschätzt werden kann.

Eine frühe Identifizierung von Entwicklungsauffälligkeiten und darauf aufbauende Prävention und gegebenenfalls Intervention in Form von z.B. Eltern-Kleinkind-Beratung ist von hoher Bedeutung, um der Chronifizierung von Problematiken vorzubeugen. Eine frühzeitige Intervention verspricht zudem aufgrund der hohen Entwicklungsdynamik der frühen Kindheit hohe Erfolgsraten (Cierpka, 2012). Die seelische Gesundheit im Kleinkindalter legt die Grundsteine für spätere psychische Resilienz und positive Entwicklung und ist gesellschaftspolitisch von höchster Relevanz.

Insgesamt schließen die Ergebnisse auf eine vorläufige gute Validität und Reliabilität des SGKS, womit dem deutschsprachigen Raum erstmals ein hierzulande empirisch validierter Screening-Fragebogen für das Kleinkindalter (12-36 Monate) zur Verfügung steht.

Schlüsselwörter: Seelische Gesundheit im Kleinkindalter, sozial-emotionale Entwicklung 0-3 Jahre; Screening-Instrument

Hinweis: Diese Arbeit erhebt keinen kulturübergreifenden Anspruch sozial-emotionale Entwicklung oder seelische Gesundheit generalisierend zu beschreiben. Diese Arbeit ist im Kontext der Entwicklungs- und Sozialisierungsforschung der nordamerikanisch bzw. zentraleuropäischen Kultur und Gesellschaft konzipiert und ihre Ergebnisse sind im Rahmen dessen zu verstehen

1 Einleitung

Der frühen Kindheit wird für die Persönlichkeitsentwicklung seit Jahrzehnten eine hohe Bedeutung zugeschrieben (Dornes, 1997). Besonders die ersten drei Lebensjahre gelten aufgrund der hohen Plastizität des Gehirns als diejenigen mit den größten Entwicklungszuwächsen (Zeanah & Zeanah, 2009) und als elementar für die psychosoziale Entwicklung (Petermann, Petermann, & Damm, 2008). Dabei wird der hohe Stellenwert der sozial-emotionalen Entwicklung für den Altersbereich unter drei Jahren herausgestellt, da in diesem Altersbereich die Regulation von Affekten und Stress im Vordergrund steht. Dies spiegelt sich auch in der starken neuronalen Entwicklung der rechten Gehirnhälfte wieder, die mit dem limbischen System verbunden ist und unbewusste, nonverbale und emotionale Informationen verarbeitet, die einen erheblichen Einfluss auf die Bildung der kindlichen psychischen Struktur haben (Rass, 2012). Ab dem Kindergartenalter gewinnen dann die in der linken Gehirnhälfte lokalisierten kognitiven Lernprozesse eine erhebliche Bedeutung (Schore, 2005).

Frühe Sozialisationserfahrungen spielen dabei eine essentielle Rolle im Hinblick auf die spätere kognitive, soziale und emotionale Entwicklung eines Menschen. Insbesondere die frühe Interaktionsqualität zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen und speziell das (Un-)Vermögen der primären Bezugspersonen sich responsiv, sensitiv und emotional verfügbar auf ein kleines Kind mit dem ihm eigenen Temperament zu beziehen, gilt als entscheidend für den sich im Kind etablierenden Bindungsstil (Ziv, Aviezer, Gini, Sagi, & Koren-Karie, 2000), die Affektregulationsmuster (Kogan & Carter, 1996) und spätere innere Repräsentation von einem sicheren Selbstempfinden (Stern, 1985) und Urvertrauen (Erikson, 1963). Die Qualität früher Erfahrungen lassen sich auch neurobiologisch auf die Entstehung der neuronalen Strukturen (Sheridan & Nelson, 2009), des genetischen Make-ups und des sich entwickelnden limbisch-kortikalen Regulationssystems nachweisen (National Scientific Council on the Developing Child, 2010), welche entscheidenden Einfluss auf eine gesunde sozioemotionale Entwicklung haben.

Eine gelingende und förderliche sozial-emotionale Entwicklung im Kleinkindalter hängt ebenso mit vielen späteren positiven Entwicklungskonsequenzen, wie Beziehungsfähigkeit, akademischen Leistungen, Berufserfolg, subjektiver Zufriedenheit, physischer so-

wie geistig-seelischer Gesundheit zusammen (vgl. Carmeli & Josman, 2006; Denham, Wyatt, Bassett, Echeverria, & Knox, 2009; Eisenberg et al., 1997; Kokkonen, Pulkkinen, & Kinnunen, 2001; Masten & Coatsworth, 1998). Dagegen können Defizite in sozial-emotionalen Fähigkeiten Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität, schulische Probleme, Delinquenz und Drogenmissbrauch bis hin zur Psychopathologie sein (Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Denham et al., 2009; Meyer, Hagmann-von Arx, & Grob, 2009; Ramsden & Hubbard, 2002; Wiedebusch & Petermann, 2006).

Daher ist es besonders wichtig, die sozial-emotionalen Entwicklungsschritte der frühen Kindheit im Blick zu haben, um etwaige Risiken und Auffälligkeiten wie auch Chancen und Resilienzfaktoren zu ermitteln und gegebenenfalls frühzeitig intervenieren zu können. Je früher Entwicklungsrisiken, beispielsweise dysfunktionale Eltern-Kind Interaktionsmuster, festgestellt und verändert werden können, desto schneller kann die sehr dynamische und adaptive kindliche Entwicklung wieder auf einen entwicklungsförderlichen Weg gebracht werden (Cierpka, 2012).

Im Fokus dieser Arbeit stehen sowohl die theoretische und empirische Diskussion über Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter als auch die Entwicklung eines Screening-Fragebogens, welcher diese Aspekte ökonomisch erheben soll.

Das Feld der sozial-emotionalen Entwicklungsdiagnostik der ersten drei Lebensjahre ist noch jung. Im Vergleich zu dem Forschungszweig Psychopathologie des späteren Kindes- und Jugendalters, ist die Erforschung der seelischen Gesundheit der frühen Kindheit nach Angold und Egger (2004) 30 Jahre im Rückstand. So gab es laut Carter (2010) auch bis 1990 keinen empirisch validierten Elternfragebogen zur Erfassung von sozial-emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern unter vier Jahren. Seitdem hat sich durch die Würdigung der klinischen Relevanz der frühen Kindheit vor allem in Nordamerika einiges getan. Mit der Publikation der *Child Behavior Checklist 2/3* (Achenbach, 1992) und dem Erscheinen von Zeanahs (1993) erster Edition des *Handbook of Infant Mental Health* gab es ein vermehrtes Interesse an Forschung und an der klinischen Bedeutung der ganz frühen Jahre. Seit Anfang des 21. Jahrhunderts liegen mehrere valide und reliable Fremdrating-Fragebögenverfahren (z.B. ITSE-A/BITSEA, ASQ-SE, DECA, CBCL 1 ½-5) vor, die sowohl als Screener als auch als

Diagnostik-Instrumente einsetzbar sind. Allerdings wurden diese größtenteils in Nordamerika entwickelt (Wiedebusch & Petermann, 2006) und sind nicht an einer großen deutschen Stichprobe validiert worden. Allein der CBCL 1 ½-5 wurde von Plück et al. (2013) auf seine Anwendbarkeit kürzlich an einer deutschen Stichprobe untersucht.

Ebenso wurde bisher wenig auf die positiven sozial-emotionalen Fähigkeiten fokussiert; dies spiegelt sich auch darin wider, dass viele ökonomische Erhebungsinstrumente reine Problem-Checklisten sind. Brophy-Herb et al. (2011) weisen darauf hin, dass die Kleinkindzeit eine Periode von großen Entwicklungsschritten in vielen Bereichen der positiven sozial-emotionalen Entwicklung ist, darunter unter anderem die Zuwächse in den selbstregulatorischen Fähigkeiten, das frühe mitfühlend-prosoziale Verhalten und erweiterte Spielfähigkeiten (z.B. Als-ob-Spiel).

Von einschlägigen Wissenschaftlern und Klinikern, wie z.B. Wiedebusch und Petermann (2011), wird daher ein frühzeitiges Screening von sowohl emotionalen und behavioralen Auffälligkeiten als auch von sozial-emotionalen Kompetenzen gefordert, da diese Aspekte im weiteren Entwicklungsverlauf die spätere seelische Gesundheit und eine allgemein positive Entwicklung mitbedingen. Aufbauend auf einen eventuell auffälligen Screening-Status ist dann eine tiefergreifende und umfassende klinische Diagnostik indiziert. In verschiedenen Längsschnittstudien erwies sich, dass ein Screening im Kleinkindalter prognostische Validität bis ins Schulalter besitzt. Briggs-Gowan und Carter (2008) konnten an einer großen amerikanischen Stichprobe zeigen, dass knapp 70% der Schulkinder, die von ihren Eltern als verhaltensauffällig oder emotional problematisch eingeschätzt wurden, schon bei einem Entwicklungsscreening im Kleinkindalter Schwierigkeiten in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung aufwiesen. Geringe sozial-emotionale Fertigkeiten im Kleinkindalter prädizierten klinische und sub-klinische Problematiken mit ca. sechs Jahren. Auch Blandon, Calkins und Keane (2010) fanden, dass externalisierendes Verhalten und eine ungenügende Emotionsregulation im Kleinkindalter mit weniger sozial-emotionalen Kompetenzen im Alter von fünf Jahren einhergingen. Besonders äußerte sich dies in größerer negativer Emotionalität, schlechteren Emotionsregulationsfähigkeiten sowie mehr Verhaltensproblemen, schlechten sozialen Fertigkeiten und einer größeren Unbeliebtheit bei den Klassenkameraden. Somit kann von einem prognostischen Wert von Screenings in der frühen Kindheit ausgegangen werden.

Im deutschsprachigen Raum mangelt es für Forschung und klinische Praxis gänzlich an einfach einsetzbaren Messverfahren zur Erfassung des sozial-emotionalen Entwicklungsstandes im Säuglings- und Kleinkindalter, mit denen auffällige Kinder frühzeitig identifiziert werden könnten (Petermann und Wiedebusch, 2011). In der deutschen Pädiatrie ist zwar bei der U7a-Untersuchung mit dem Mannheimer Elternfragebogen (MEF) von Laucht und Esser (2006) ein kurzer Fragebogen zu sozial-emotionalen Aspekten vorhanden. Dieser wurde allerdings nicht empirisch validiert. Ebenso werden eine Reihe von allgemeinen Entwicklungstests eingesetzt, wie zum Beispiel die *Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik für die ersten drei Lebensjahre*, die *Bayley Scales of Infant Development* oder der kürzlich entwickelte *Entwicklungstest 6 Monate-6 Jahre* (Reuner & Pietz, 2006). Allerdings entspricht die Standortbestimmung der sozial-emotionalen Entwicklung eines Kindes mit diesen allgemeinen Entwicklungstests meistens nur der einer sehr kleinen, undifferenzierten und eindimensionalen Erhebung (Meyer, et al., 2009). Darüber hinaus besitzen die verfügbaren Messinstrumente eine Anzahl von Mängeln, die einen Einsatz fragwürdig erscheinen lassen. Petermann und Wiedebusch (2002) weisen dabei unter anderem auf die fehlende Mehrdimensionalität und das damit verbundene Unvermögen den sozial-emotionalen Entwicklungsstand differenziert zu erheben sowie die fehlenden deutschsprachigen Übersetzungen und Testung von Gütekriterien der Instrumente im deutschsprachigen Raum hin.

Gegenwärtig besteht somit in Deutschland eine große Diskrepanz zwischen der Relevanz und Bedeutung sozial-emotionaler Entwicklung in der frühen Kindheit und dem Mangel an Instrumenten, mit denen eine Reihe von sozial-emotionalen Fähigkeiten sowie Problemen differenziert und ökonomisch als auch valide und reliabel erfasst werden kann (Meyer, et al., 2009; Wiedebusch & Petermann, 2006). Diesem Mangel Abhilfe zu schaffen ist das Interesse des vorliegenden Forschungsprojektes. Das Ziel hierbei ist es, einen ökonomischen, multidimensionalen Screeningfragebogen zu Aspekten seelischer Gesundheit im Kleinkindalter zu entwickeln, der den Vorgaben einer guten Testkonstruktion entspricht.

Da ein solches Instrument eine inhaltsvalide Operationalisierung bedingt, ist ein weiteres Anliegen dieser Arbeit das Konstrukt der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter in seinen jeweiligen unterschiedlichen Entwicklungsaspekten so zu fassen, dass ein Gesamtbild seelischer Entwicklung entsteht und eine greifbarere und differenziertere Kon-

zeptualisierung seelischer Gesundheit im Kleinkindalter möglich wird als dies in den wenigen Definitionen bisher der Fall ist.

Diese Arbeit möchte dafür in Kapitel 2 die Grundlage zu einem umfassenden Verständnis der sozial-emotionalen Entwicklung eines Kleinkindes legen. Dabei werden verschiedene theoretische Perspektiven mit ihrem jeweiligen konzeptuellen Beitrag zu einer frühen seelischen Entwicklung aufgeführt als auch wichtige konkrete sozial-emotionale Entwicklungsschritte benannt, um das komplexe, interpersonale Feld, in dem sich psychische Entwicklung konstituiert nachzuvollziehen. In Kapitel 3 wird dann auf die verschiedenen Aspekte sozial-emotionaler Entwicklung, die als Grundlage für die Fragebogenkonstruktion dienen, detaillierter eingegangen und die jeweiligen empirischen Befunde zu Bedingungsfaktoren, Korrelaten und Entwicklungskonsequenzen dargestellt. Kapitel 4 geht auf den diagnostischen Prozess der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter ein und stellt kurz die gängigen Instrumente und Manuale vor. Kapitel 5 beschreibt das methodische Vorgehen bei der Fragebogenkonstruktion. Eine erste Pilotierung und faktorenanalytisch gestützte Itemreduktion des Fragebogens wird in Kapitel 6 dargestellt. Kapitel 7 umfasst die finale Itemselektion und Untersuchung von Konstrukt-, Kriteriums- und differenzieller Validität. Kapitel 8 beinhaltet eine Studie zu Inter-Rater-Reliabilität und Kapitel 9 eine Studie zur Skalen-Stabilität des Fragebogens. In Kapitel 10 wird das Vorhaben dieser Arbeit zusammenfassend diskutiert, die Limitationen der Studien benannt und ein Ausblick gegeben.

2 Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit

Dieses Kapitel soll verständlich machen, warum sich interindividuelle Unterschiede in der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bzw. Kompetenzen ergeben. Es bildet das theoretische Fundament, um die Entstehung von differenziellen Entwicklungswegen in den Aspekten seelischer Gesundheit im Kleinkindalter zu verstehen. Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur seelischen Gesundheit im Kleinkindalter gegeben werden. Nach der begrifflichen Definition werden die wesentlichen theoretischen Konzeptionen zur sozial-emotionalen Entwicklung vorgestellt und die wichtigen Entwicklungsschritte beschrieben. Danach werden die bedeutsamen Kontexte, Einfluss-, Risiko- und Schutzfaktoren der seelischen Gesundheit der ersten Lebensjahre aufgezeigt sowie über Prävalenzen und Persistenzen, als auch Alters- und Geschlechtsunterschieden von Auffälligkeiten informiert.

2.1 Definition von seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit

Die US-Organisation Zero to Three (2001) entwickelte eine Definition von seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit (*infant mental health*), die im Expertenfeld weithin Akzeptanz genießt (Zeanah & Zeanah, 2009, S. 6):

„The young child’s capacity to experience, regulate, and express emotions, form close and secure relationships, and explore the environment and learn. All of these capacities will be best accomplished within the context of the caregiving environment that includes family, community, and cultural expectations for young children. Developing these capacities is synonymous with healthy social and emotional development“ (Zero to Three, 2001).

Nach dieser Definition wird seelische Gesundheit in der frühen Kindheit mit einer gesunden sozial-emotionalen Entwicklung gleichgesetzt (P. D. Zeanah, M. M. Gleason, & C. H. J. Zeanah, 2009). Unter Berufung auf diese Gleichsetzung werden im Folgenden beide Begriffe, sozial-emotionale Entwicklung und seelische Gesundheit, synonym verwendet.

Bornstein (2006) führt für eine positiv verlaufende sozial-emotionale Entwicklung unter anderem folgende kindliche Merkmale auf: Ein *einfaches Temperament* mit ausgeprägter *Annäherungsorientierung* und *hoher Anpassungsfähigkeit*, *Grundvertrauen* in die

Welt, ein *positives Selbstbild* mit *hohen selbstregulatorischen Fähigkeiten*, *Selbstbestimmung*, *emotionale Kompetenzen* im Bereich der Emotionsregulation und ein *empathischer Umgang* mit anderen; *soziale Fertigkeiten*, wie zum Beispiel die Fähigkeit konstruktiv und *adaptiv mit seiner Umwelt im Bezug zu treten* und *enge Beziehungen/Freundschaften eingehen und gestalten* zu können. Diese Definition seelischer Gesundheit liegt auch dieser Arbeit so zugrunde. Wie diese verschiedenen positiven Eigenschaften sich möglichst optimal entwickeln oder auch welche Hindernisse ihr im Weg stehen, wird im Laufe dieser Arbeit durch verschiedene theoretische Konzeptionen und Forschungsergebnisse beleuchtet.

Zudem liegt im Forschungsfeld der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit das Hauptaugenmerk auf der subjektiven Erfahrungswelt des Kindes. Die kindliche subjektive Wahrnehmung und die sich dadurch konstituierende innere Repräsentanzbildung von der Welt scheint für die psychische Entwicklung von höherer Bedeutung zu sein als bestimmte Umweltcharakteristika oder genetische Dispositionen (Zeanah & Zeanah, 2009). Hierbei spielt besonders die Eltern-Kind-Interaktionsqualität eine entscheidende Rolle. Stern (2008) beschreibt die Wendung, Entwicklung als ein in Interaktion eingebettetes Geschehen zu betrachten als Übergang von der Ein-Personen Psychologie zur Zwei-oder Mehr-Personen-Psychologie und als intersubjektive Wende. Im Säuglings- und Kleinkindalter ist somit das Kind nicht ohne seinen Beziehungskontext zu verstehen, der diagnostisch und klinisch immer mitbedacht werden muss.

Das Gebiet der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit wird als ein beziehungs-fokussiertes, interdisziplinäres und präventionsorientiertes Feld (P. D. Zeanah, M. M. Gleason, & C. H. Zeanah, 2009) beschrieben. Von vielen wurde die Säuglings-, Kleinkind-, und Vorschulzeit lange Zeit als unbekümmerte und sorgenfreie Periode im Leben gesehen, in der ernsthafte Risikofaktoren oder gar klinische Symptomatologie nicht vorkamen (vgl. Carter, 2010). Dies hat sich spätestens seit den 1990er Jahren geändert, als ein großer Aufbruch an Forschung und praktischer Orientierung an der frühen Kindheit stattfand. Seitdem ist klar, dass auch sehr junge Kinder klinisch-relevante Auffälligkeiten haben können, die nicht transient sind (Briggs-Gowan et al., 2006) und somit dringend früher Erkennung und Intervention bedürfen.

Zur Ätiopathogenese von emotionalen Problematiken und Verhaltensauffälligkeiten im

Kleinkindalter gibt es eine große Bandbreite von Einflussfaktoren. In der psychosomatischen Medizin und klinischen Psychologie wird nun auf ein bio-psycho-soziales Modell der Krankheitslehre zurückgegriffen, das sich aus der Allgemeinen Systemtheorie herausentwickelt hat und versucht Krankheit und Gesundheit aus ganzheitlicher Perspektive zu verstehen (J. W. Egger, 2008). Für die Ätiologie von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter hat Fröhlich-Gildhoff (2013), ein integratives bio-psycho-soziales Modell skizziert, das hilft, die verschiedenen Wirkmechanismen mit ihren wechselseitigen Einflüssen auf die kindliche Entwicklung zu verdeutlichen (s. Abbildung 1). Ausgehend von den konstitutionellen Eigenschaften des Kindes und den Beziehungserfahrungen, die das Kind macht, entwickelt sich eine Selbststruktur: Ein Selbstkonzept bestehend aus Selbstwert, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Selbstbewusstsein (Stern, 1985). Auf der Grundlage dieses sich-noch-entwickelnden Selbstkerns stellen sich dem Kleinkind alterstypische Entwicklungsaufgaben, die es bewältigen muss. Wie gut diese Aufgaben bewältigt werden können, hängt neben der Selbststruktur des Kindes mit Risiko- (wie z.B. sozialer Armut) und Schutzfaktoren (z.B. stabile Bezugspersonen) zusammen. Kinder, die über ausreichende Selbst-, Beziehungs- und Umweltressourcen verfügen, bewältigen Entwicklungsaufgaben oder spezifische Belastungsfaktoren (z.B. Geburt eines Geschwisterkindes) adäquat, während andere ohne ausreichende Ressourcen Auffälligkeiten verschiedenster Ausprägung entwickeln. Einige Kinder entwickeln dann eher auf sich selbst gerichtete, internalisierende Problematiken wie starke Inhibition, sozialen Rückzug, Spielunlust und negative Emotionalität, während andere eher durch externalisierendes Verhalten reagieren, wie Aggressivität, motorische Unruhe oder starken Trotz. Im Kleinkindalter kommt außerdem noch der Auffälligkeitskomplex der Regulationsschwierigkeiten, wie zum Beispiel Schlaf- und Essensprobleme hinzu. Das Modell bietet somit eine gute Ausgangslage für die theoretische Bedeutung der seelischen Gesundheit und ihren wichtigen Komponenten.

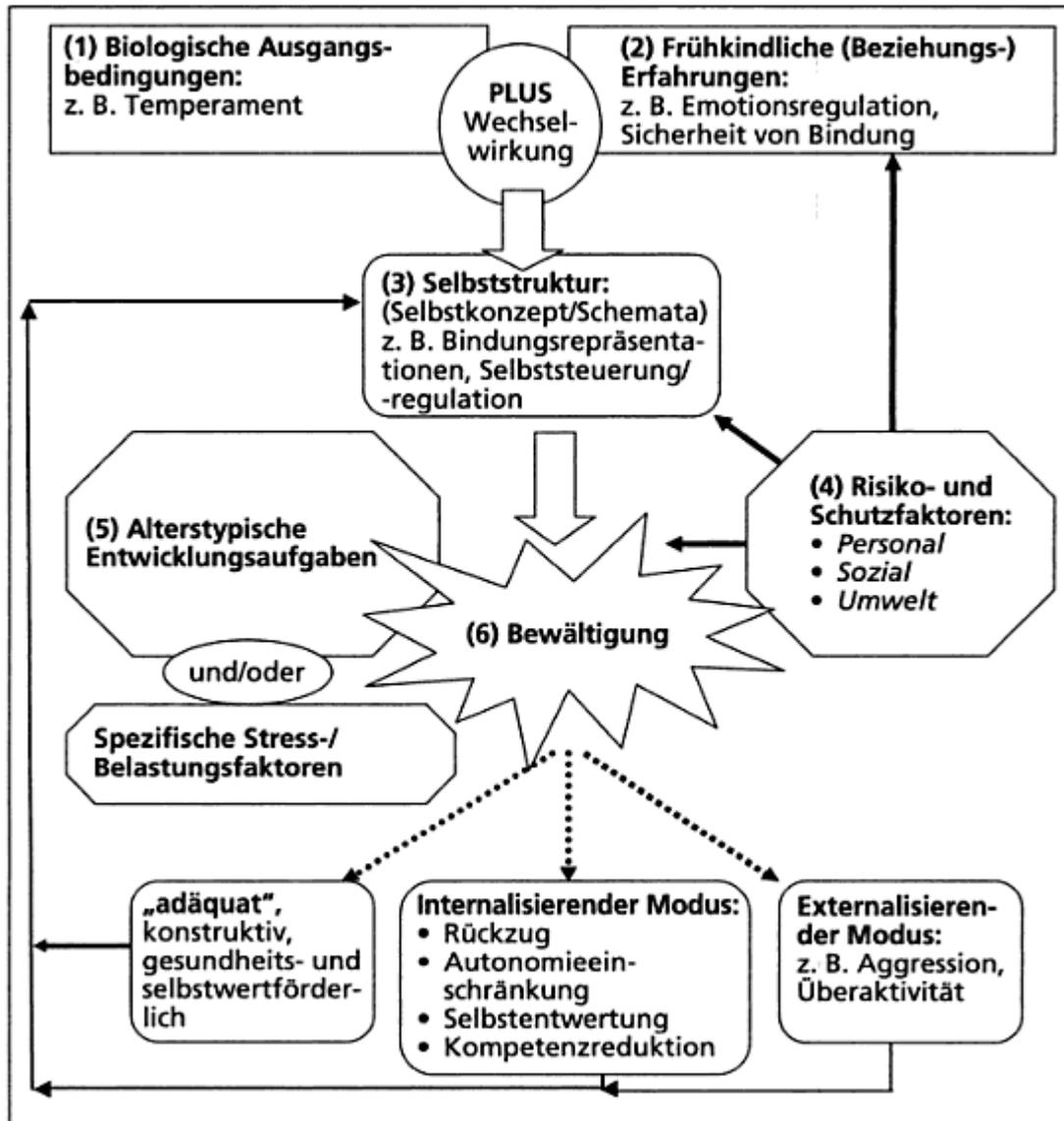


Abbildung 1. *Integratives bio-psycho-soziales Modell zur Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten (Fröhlich-Gildhoff, 2013, S. 40)*

Bevor auf die spezifischen Einflussfaktoren der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter eingegangen wird, werden im nächsten Abschnitt auch einige wichtige theoretische Konzeptualisierungen von Entwicklung im Allgemeinen dargestellt, die eine ganzheitliche und weitsichtige Ausgangsbasis für die spezifischen sozial-emotionalen Entwicklungsprozesse bieten.

2.2 Allgemeine Entwicklungstheorien

Es gibt verschiedene Modelle kindlicher Entwicklung, die aus den Traditionen der psychoanalytischen, behavioralen und kognitiven Entwicklungstheoriebildung des frühen und mittleren 20. Jahrhundert entstanden sind. Darauf aufbauend haben sich Ende des 20. Jahrhunderts neuere integrative entwicklungstheoretische Ansätze entwickelt, die hier, kurz erwähnt, einen Rahmen setzen sollen, der das dynamische Feld kindlicher (sozial-emotionaler) Entwicklung verdeutlicht. Im Folgenden soll dann auf diejenigen Konzeptionalisierungen Bezug genommen werden, die für das vorliegende Forschungsprojekt relevant sind und spezifisch mit der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit in Verbindung stehen.

2.2.1 Bronfenbrenners ökologische Systemtheorie

Bronfenbrenners ökologische Systemtheorie (1979) postuliert, dass sich kindliche Entwicklung in einem komplexen Beziehungsgeflecht und im Rahmen von immer weiter gefassten sozialen Kontexten abspielt, die sich gegenseitig beeinflussen. Er konzeptionalisierte verschiedene Schichten von Umwelten (Mikro-, Meso-, Exo-, Makrosystem), die auf Entwicklung einwirken. Als innerste Struktur repräsentieren verschiedene Mikrosysteme die proximalste Einflussebene. Hier wirken zum Beispiel die bidirektionalen Interaktionsmuster der Eltern-Kind-Beziehung oder die Erfahrungen in einer Kinderkrippe auf das Kleinkind. Das Mesosystem stellt die Struktur da, welche die Zusammenhänge innerhalb verschiedener Mikrosysteme beeinflussen. Das könnte zum Beispiel sein, als wie stressig oder stress-entlastend eine außerfamiliäre Betreuung von Eltern und Kind erlebt wird. Das Exosystem stellt den erweiterten sozialen Rahmen dar. Hier wirken Faktoren wie ein sicherer Arbeitsplatz der Eltern oder ein ausreichendes Familieneinkommen sowie gesellschaftspolitische Maßnahmen wie Elternzeit oder Elterngeld indirekt auf die kindliche Entwicklung. Als äußerste Struktur repräsentiert das Makrosystem die distalste Ebene und stellt vor allem die kulturellen und sozialen Werte, Normen und Gesetze der Gesellschaft dar, in der das Kind aufwächst. Zusätzlich wirkt eine zeitliche Dimension, das Chronosystem, da sich Entwicklungsprozesse auch in einem zeitlichen Prozess verändern. Ein einjähriges Kind, das gerade die ersten Schritte macht, sich verbal aber nur minimal ausdrücken kann, unterscheidet sich stark von einem dreijährigen Kind, das sich weitgehend autonom fortbewegen und kompetent verbalisieren kann. Zusätzlich finden laut Bronfenbrenner das ganze Leben hindurch

sogenannte ökologische Übergänge statt, die neue Entwicklungsherausforderungen und bedeutende Wendepunkte darstellen (Berk, 2011). Kindliche sozial-emotionale Entwicklung, d.h. das kindliche subjektive Erleben und aktive Gestalten geschieht somit in einem sich stetig verändernden und dynamischen Zusammenspiel der einzelnen Einflussfaktoren und -ebenen.

Bronfenbrenners (bio-)ökologische Systemtheorie bildet den Vorläufer der vielleicht heute modernsten und allumfassendsten Konzeptualisierung von Entwicklung, der dynamischen Systemtheorie (*dynamic systems theory*), die allerdings im Bereich der Entwicklungspsychologie bisher eher begrenzt empirische Forschung inspirierte (z.B. Fogel, 2011; Thelen & Smith, 1994).

2.2.2 Dynamische Systemtheorie

Die dynamische Systemtheorie versteht (sozial-emotionale) Entwicklung als nicht-lineares, selbstorganisierendes, integriertes und individuelles, sich stetig veränderndes System; als ein dynamisches Arrangement verschiedenster Elemente. Jeder Stabilität wohnt zugleich auf mikroskopischer Ebene auch immer Veränderung inne. Diese winzige dynamische Veränderung legt die Grundlage für größere Entwicklungsschritte auf der Makroebene. Weder wird Entwicklung als von „außen herangetragenem Impuls“, noch als von innen präorganisiertes, codiertes System verstanden, sondern ergibt sich aus den meist subtilen kontextabhängigen Situationen des Systems im gegenwärtigen Moment (Fogel, 2011), wobei der Ausgangszustand jeweils die Entwicklung mitbestimmt (Berk, 2011).

Spezifisch für den Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung, die sich besonders in den ersten Lebensjahren ausschließlich in Beziehungskontexten, meist mit zentralen Bezugspersonen abspielt, kann das Konzept der lebendigen Kommunikation (*Alive Communication*) von Fogel und Garvey (2007) herangezogen werden. Die Autoren fassen lebendige Kommunikation „als ein sich dynamisch veränderndes, koordiniertes Zusammenwirken in einer fortwährenden Beziehung, die eine Vergangenheit und eine Zukunft hat und sich entwicklungsgemäß verändern könnte“ (S. 252). Lebendige Kommunikation in Beziehungen, wie zum Beispiel zwischen Mutter und Kind, findet laut Autoren durch drei miteinander verbundene Prozesse statt. (1) *Ko-Regulation*, das

heißt kontinuierliches beiderseitiges Zusammenspiel sowie Offenheit für gegenseitige Einflüsse und dadurch Entstehung von neuen Informationen, Dynamiken und Entwicklungsmöglichkeiten beider, die sich im lebendigen Beziehungsprozess entfalten. Der Aspekt der (2) *normalen Variabilität (ordinary variability)* steht für subtile, aber stetige Veränderung der Beziehungsinteraktion und Beziehungsdynamik wie zum Beispiel winzige Veränderungen im mimischen oder sprachlichen Ausdruck oder in Handlungsabläufen. Die dritte Komponente (3) *Innovation (innovation)* spiegelt den Aspekt von Veränderung in der Beziehung wider, der über die Mikro-Abwandlungen der normalen Variabilität hinausgeht und ein neues Element in die Beziehung miteinbringt, das dann meist eine Weiterentwicklung des kommunikativen Systems mit sich bringt (Fogel & Gavey, 2007). Die Autoren weisen spezifisch auf Interventionsforschung im Bereich der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit hin. Verschiedene Studien zu Formen der Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung oder -Therapie konnten zeigen, dass ein Arbeiten am Kommunikationssystem der Eltern-Kind-Dyade (oder Triade) effektive positive Veränderungen an der Symptomatik des Kindes bewirkten. Dies wird erreicht indem zum Beispiel die Eltern auf die mentalen Zustände und die individuellen Kommunikationsversuche ihres Kindes aufmerksam gemacht werden und ihnen dadurch geholfen wird, diese feinfühlig und authentisch zu beantworten (N. J. Cohen et al., 1999; Robert-Tissot et al., 1996).

So kann eine Wiederbelebung der lebendigen Kommunikation negative Dynamiken positiv verändern und neue Entwicklungsimpulse ermöglichen. Vor allem bei postpartal-depressiven Müttern oder auch in Laborsituationen unter Verwendung des Still-Face-Paradigmas konnte gezeigt werden, welche negativen Konsequenzen für die seelische Gesundheit des Kindes durch eine nicht lebendige, affektiv-unregulierte Interaktion zwischen Eltern und Kind entstehen können (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978; Tronick & Reck, 2009). Der dynamisch-systemtheoretische Ansatz verdeutlicht somit, dass sich (sozial-emotionale) Entwicklung in einem dynamisch-interaktiven Prozess vollzieht, der sowohl intra-, interindividuelle, als auch kontextuelle Faktoren umfasst. Die Konzepte der dynamischen Systemtheorie können somit einen Beitrag zum Verständnis der Komplexität sozial-emotionaler Entwicklung leisten.

2.3 Theorien zur seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit

Nachdem nun zwei Systemtheorien, die kindliche psychische Entwicklung als einen mehrstufigen, multikausalen und interaktionellen Prozess verstehen, vorgestellt wurden, werden im Folgenden theoretische Konzeptionalisierungen betrachtet, die spezifische Aussagen zur sozial-emotionalen Entwicklung eines Kindes machen.

2.3.1 Selbstbestimmungstheorie der Motivation

Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation (*self-determination theory*) versteht Entwicklung als organismischen Prozess, der sich aus natürlicher innerer Motivation aus dem Selbst eines Menschen speist. Dabei postulieren Ryan und Deci (2000) drei elementare, universelle seelische Grundbedürfnisse (*basic needs*): das Erleben von sozialer Eingebundenheit (Bindung), Autonomie und Kompetenz. Um sich optimal zu entwickeln, streben alle Menschen sowohl nach dem Gefühl der Verbundenheit mit anderen Menschen, als auch danach, sich als selbstbestimmt und kompetent zu erleben. Die Befriedigung dieser drei angeborenen Grundbedürfnisse fördert laut diesen Autoren die Integrität des Selbst, konstruktive, positive soziale Beziehungen sowie seelisches Wohlbefinden, während ein Defizit derselben die inhärente intrinsische Motivation zu Selbstverwirklichung hemmt und ein Risiko für einen Mangel an Initiative und Verantwortungsübernahme wie auch für Unwohlsein und Psychopathologie darstellt.

In den ersten drei Lebensjahren sind es die primären Bezugspersonen, das heißt meistens die Eltern des Kindes, die mit diesen seelischen Grundbedürfnissen umgehen müssen. Wie gut es den Eltern gelingt, auf die Bindungs-, Autonomie-, und Kompetenzbedürfnisse ihres Kindes einzugehen, hat somit große Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Kindes. Die Entwicklung einer Bindungsbeziehung steht vor allem in den ersten eineinhalb Lebensjahren im Vordergrund. Darauf aufbauend werden im zweiten und dritten Lebensjahr die Gefühle von Autonomie- und Kompetenzerleben ebenso bedeutend. Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation (SDT) nimmt dabei an, dass Kinder aus sich selbst heraus, d.h. durch eine intrinsische Motivation ihre Welt erkunden und meistern wollen und sie die natürliche Tendenz haben, sich mit den Werten und Normen ihres sozialen Kontexts zu identifizieren (Ryan, 1995). Dabei kommt der unmittelbaren sozialen Umgebung, das heißt in den ersten Lebensjahren vor allem den zentralen Bezugspersonen eine essentielle Bedeutung zu, denn sie können die

intrinsische Motivation des Kindes, sich adaptiv der Welt zuzuwenden und ihre Werte zu internalisieren, fördern oder hemmen. Als zentrale förderliche Haltung benennen Joussemet, Landry und Koestner (2008) die Unterstützung der kindlichen Autonomieentwicklung (*autonomy support*). Ein Kleinkind, das als autonomes Wesen mit eigenen, teilweise von den Eltern unterschiedlichen Wünschen wahrgenommen, gespiegelt und dessen Wünsche empathisch beantwortet werden, wird somit in der Entwicklung eines eigenständigen, kohärenten, sich selbst wertschätzenden, initiatorischen Selbstkerns unterstützt. Elterliche psychologische Kontrolle hingegen, die versucht, ein Kind zum Beispiel mit Bestrafung oder Androhung von Liebesentzug so zu manipulieren, dass es sich strikt nach den Vorstellungen der Eltern verhält, ohne Bezug auf die Empfindungen des Kindes zu nehmen, bewirkt hingegen, dass das Kind in seiner inneren Selbstentwicklung gehemmt und gestört wird. Responsives, sensibles und autonomieförderliches Elternverhalten unterstützt Kinder bei der Befriedigung aller drei Grundbedürfnisse und somit in einer gelingenden psychosozialen Entwicklung.

Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation liefert einen wichtigen Beitrag zu verstehen, in welchem interaktionellen Klima die grundlegenden seelischen Bedürfnisse von Kleinkindern am besten erfüllt werden können.

2.3.2 Eriksons Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung

Erik Erikson (1963) entwickelte in Anlehnung an die psychosexuelle Entwicklungstheorie Freuds ein psychosoziales Stufenmodell, dem zentrale Entwicklungsaufgaben im Sinne von zu lösenden innerpsychischen Konflikten zugrunde liegen. Obgleich Eriksons Modell zentrale Konflikte über die gesamte Lebensspanne hinweg formulierte, sollen hier nur die für den Altersbereich dieses Forschungsprojekts relevanten Entwicklungsaufgaben erwähnt werden. Als Aufgabe des ersten Lebensjahres postuliert Erikson den Konflikt zwischen Urvertrauen versus Misstrauen (*basic trust vs. mistrust*). Säuglinge werden in Abhängigkeit von der Resonanz ihrer sozialen Umgebung auf eigenes Verhalten laut Erikson entweder der Welt eher tendenziell misstrauisch oder mit innerem Vertrauen auf positive Beantwortung ihres Seins begegnen. Im Kleinkindalter muss dann im Zuge der Eigenständigkeits-, Mobilitäts-, und Selbstbewusstseinsentwicklung des Kindes die innerpsychische Spannung zwischen Autonomie versus Scham und Zweifel (*autonomy vs. shame and doubt*) gemeistert werden. Eltern, die sehr restriktiv sind, es zum Beispiel nicht aushalten können, wenn ihr Kind eine oppositionelle Mei-

nung vertritt oder anfängt „Nein“ zu sagen, werden darauf nicht empathisch antworten, sondern eventuell mit Bestrafung reagieren oder das Kind ignorieren. Dies würde dem Kind den Unwert des Eigenen widerspiegeln und könnte damit eher zu Scham über die eigenen Empfindungen und Zweifel an den eigenen Initiativen führen. Eine empathische und autonomie-stützende Antwort auf den Selbstaussdruck des Kindes würde die Eigenständigkeits- und Selbstwirksamkeitsentwicklung dagegen fördern. Der Konflikt wird dann positiv gelöst, wenn Eltern liebevoll und authentisch durch Grenzsetzungen einen Rahmen ziehen und dann dem Kind darin genügend Raum lassen, sich frei auszuprobieren und entfalten zu können. Allgemein lässt sich festhalten, dass Kinder, die einen liebevollen, empathischen elterlichen Umgang erfahren, beide Entwicklungsherausforderungen positiv lösen. Falls Kinder allerdings nicht das notwendige Vertrauen entwickeln und in ihrer Eigenständigkeits- und Selbstwirksamkeitsentwicklung gestört werden, birgt das Risiken für spätere Entwicklungsaufgaben und Anpassungsprobleme (Berk, 2011).

Eriksons Konzeptionalisierungen weisen auf wichtige Herausforderungen der frühen Kindheit hin. Wie ein Kind diese Entwicklungsaufgaben mit Hilfe seiner Bezugspersonen lösen kann, ist für seine seelische Entwicklung bedeutend.

2.3.3 Bindungstheorie

Die Bindungstheorie (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1969, 1973, 1980) gilt als die zentrale Sozialisationstheorie, welche die Bedeutung der frühkindlichen Beziehungserfahrungen auf die sozial-emotionale Entwicklung eines Kindes formuliert. John Bowlby integrierte bei der Entwicklung der Theorie sowohl evolutions-ethologische, human-genetische, entwicklungspsychologische sowie psychoanalytische Konzepte zu einem umfassenden Konstrukt der Persönlichkeitsentwicklung. Dabei geht die Theorie davon aus, dass alle Säuglinge (umweltstabil) phylogenetisch dazu veranlagt sind, eine Bindung zu denjenigen Personen aufzubauen, die sie pflegen und die sich um sie kümmern. Es gibt jedoch individuelle Unterschiede des ontogenetischen Ausdrucks der Bindungsqualität (umweltlabil), da Kinder unterschiedliche Umweltbedingungen und Resonanz ihrer Bezugspersonen erfahren. Bindung wird als „lasting psychological connectedness between human beings“ (Bowlby, 1969, S. 194) definiert; Im Folgenden soll auf die Entwicklung dieser engen, überdauernden emotionalen Verbundenheit zwischen Kindern und ihren Eltern eingegangen werden. Laut Bowlby organisiert sich die

Mutter-Kind Bindung über die Interaktionserfahrungen im ersten Lebensjahr. In der sogenannten *Vorphase* (Geburt bis ca. 6 Wochen) präferiert ein Kind noch keine spezifische Bezugsperson, allerdings macht es die Erfahrung, dass auf seine angeborenen Kontakt-Signale (z.B. Weinen) immer die gleichen Personen antworten. Durch die positive Erfahrung der Eltern, das Kind beruhigen zu können, entsteht Nähe zwischen Eltern und Kind. In der *beginnenden Bindungsphase* (6 Wochen bis 6.-8. Monat) entwickelt das Kind durch die alltäglichen Interaktionen mit Mutter und Vater das Vertrauen, dass seine Kontaktsignale beantwortet werden und es entwickelt eine Präferenz für die ihm vertrauten Personen; allerdings protestiert es noch nicht, wenn es von den Eltern getrennt wird. Ab dem ca. 6.-8. Monat bis zum 18.-24. Monat setzt die *eindeutige Bindung* ein; Kinder suchen nun bei Stress oder Angst aktiv Nähe zu ihren Bindungspersonen, zeigen Trennungsangst und protestieren, wenn sie von ihren Bezugspersonen getrennt sind. Ebenso werden die Bindungspersonen als sichere Basis genutzt, von der sie ihre Umwelt aus erkunden. In der letzten Phase von Bowlbys Bindungsentwicklung beginnt dann eine *reziproke Beziehung* (Beginn 18-24 Monate bis drittes Lebensjahr). Das Kleinkind beginnt nun seine Bezugspersonen als Menschen mit eigenem Innenleben zu verstehen und es formiert sich eine zielkorrigierte Partnerschaft. Durch die Erfahrungen, die das Kind in den ersten Lebensjahren macht, entsteht laut Bowlby in ihm ein inneres Arbeitsmodell, eine intrapsychische Repräsentation der Bindungsbeziehung. Dieses verinnerlichte Arbeitsmodell bildet dann die Grundlage für die Entstehung und Aufrechterhaltung neuer Beziehungen.

Mary Ainsworth, eine Mitarbeiterin Bowlbys, operationalisierte den Bindungsbegriff und entwickelte mit ihren Kollegen (1978) den Fremde-Situations-Test (*strange situation test*), bei dem 12 Monate alte Kinder bei Trennungs- von und Wiedervereinigungssituationen mit ihrer Mutter beobachtet werden. In diesem Experiment traten individuelle Unterschiede auf, wie sich die Kinder bei nicht aktiviertem und bei aktiviertem Bindungsverhalten verhielten. *Sicher-gebundene* Kinder nutzten ihre Mutter als sichere Basis und explorierten in ihrer Anwesenheit ihre Umgebung, protestieren und krabbelten bzw. liefen hinter ihrer Mutter her, wenn diese den Raum verließ. Bei der Wiedervereinigung suchten sie die Nähe zu ihrer Mutter, ließen sich dann relativ schnell trösten und fanden bald in ein Explorationsspiel zurück. *Unsicher-ambivalente* Kinder erkundeten ihre Umgebung erst wenig und waren emotional sehr belastet durch die Trennungssituation. Bei der Wiedervereinigung waren sie oft verärgert und/oder sehr an-

klammernd und fanden schwer in die Erkundung ihrer Umwelt zurück. *Unsicher-vermeidende* Kinder explorierten ihre Umgebung, ohne dabei eine emotional-sichernde Basis der Mutter zu nutzen. Bei Trennung war keine offensichtliche emotionale Belastungsreaktion zu erkennen und Kinder reagierten beim Wiedereintritt der Mutter nicht mit Nähe-Suchen, sondern mit Blick- und Körperkontaktvermeidung und blieben auf die Erkundung der Umgebung ausgerichtet. Allerdings fand man bei physiologischen Messungen, dass diese Kinder dennoch hoch stress-belastet waren (Sroufe & Waters, 1977). Main und Solomon (1986) fanden vor allem bei Risikostichproben noch einen weiteren Bindungstyp, der neben einer organisierten Bindung auftritt, nämlich in Situationen, in denen die Bindungsstrategie zusammenbricht: Kinder mit *desorganisierter* Bindung reagieren bei Trennung und Wiedervereinigung sehr widersprüchlich und zeigen zwischendurch keine Verhaltensstrategie. Klinische Stichproben weisen einen hohen Anteil an desorganisierten Bindungstypen auf. Welches Bindungsverhalten im Kind entsteht, hängt mit der Qualität der Interaktion zwischen Eltern und Kind zusammen. Die alltäglichen Erfahrungen des Kindes, wie die wichtigsten Bezugspersonen auf es reagieren, lässt in ihm nach und nach innere Repräsentanzen seines Selbst als auch von der Natur intimer Beziehungen entstehen.

Als größter Prädiktor für eine sichere Bindung wurde von Ainsworth die elterliche Feinfühligkeit (*sensitivity*) in der Interaktion mit dem Kind definiert. Feinfühligkeit bedeutet die Signale des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen, kontingent und prompt zu beantworten (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974). Bei feinfühli- gen Reaktionen werden die Bindungspersonen als verfügbar und verlässlich und man selbst als selbstwirksam und liebenswert repräsentiert. Ein Kind, dessen Signale nicht feinfühlig beantwortet werden, internalisiert hingegen negative Arbeitsmodelle von Selbst und Umwelt. Zusätzlich führt ein sicherer Bindungsstatus zu einer besseren psychologischen Anpassung und stellt damit einen Schutzfaktor für seelische Gesundheit dar. K. E. Grossmann (2008) postuliert, dass ein psychologisch angepasstes Kind, das heißt ein Kind, das über eine sichere innere Repräsentanz von Bindungsbeziehungen und Gefühlen verfügt, über die frühe Kindheit eine sogenannte „konstruktive internale Kohärenz“ (S. 29) entwickelt. Kinder, die konstruktive internale Kohärenz besitzen, verhalten sich in emotionalen Situationen kompetent und integer, das heißt sie können angemessen ihre Gefühle ausdrücken und regulieren, können Menschen um Hilfe bitten,

besitzen reflexive Fähigkeiten und bleiben auch unter Stress planungs- und handlungsfähig.

Bindungssicherheit und darauf aufbauend ein sicheres internes Arbeitsmodell sind somit entscheidende Konzeptionalisierungen von psychischer Sicherheit und seelischer Gesundheit, die sich in der frühen Kindheit entwickeln.

2.3.4 Temperamentstheorien

Das Temperamentskonzept wird in der klinisch-entwicklungspsychologischen Forschung als wichtiger Einflussfaktor der Eltern-Kind-Interaktionsqualität und auch als Risikofaktor für etwaige spätere psychosoziale Schwierigkeiten diskutiert (Pauli-Pott, Mertesacker, & Beckmann, 2003). Es gibt keine einheitliche Definition von Temperament. Verschiedene Temperamentsforschungsansätze entwickelten ihre eigenen Schlaglichter, durch die das Temperamentskonstrukt betrachtet wird. Generell wird das Temperament als individueller Unterschied im Verhaltensstil (*behavioral style*) definiert. Rothbart und Derryberry (1981) definieren Temperamentsmerkmale als biologisch-konstitutionelle, zeitlich relativ stabile, allerdings auch umweltlabile individuelle Unterschiede bezüglich Reaktivität und Selbstregulation. Temperamenteigenschaften werden als stark genetisch determiniert betrachtet, was auch empirisch belegt werden konnte (Kagan & Snidman, 1991; Robinson, Kagan, Reznick, & Corley, 1992), dennoch wird auch die Fähigkeit der Eltern, auf die konstitutionellen Eigenschaften des Kindes angemessen zu reagieren, als modulierendes Element der Temperamentsentwicklung gesehen; dabei wird besonders die Passung zwischen Eltern und Kind (*goodness-of-fit*) als entscheidend hervorgehoben (Wachs, 1999). Die Temperamentsforschung hat unterschiedliche Zugänge zum Temperamentskonstrukt gefunden. Thomas und Chess (1977), die Begründer der modernen Temperamentsforschung, wählten einen eher klinischen Ansatz. Dafür ermittelten sie zunächst neun Temperamentsdimensionen, die später nach weiteren Faktorstrukturanalysen zu sieben reduziert wurden. Diese umfassten die Faktoren *Annäherung/Vermeidung*, *Aktivität*, *negative Emotionalität*, *Aufmerksamkeit/Ausdauer*, *Anpassungsfähigkeit*, *Regelmäßigkeit* und *sensorische Reizschwelle*. Aufgrund der Abhängigkeit der verschiedenen Faktoren bündelten sie die Kinder in drei verschiedene Kategorien. Kinder mit einfachem (*easy*) Temperament besitzen demnach eine hohe Rhythmisierbarkeit in den Schlaf-Wach-Ess-Zyklen, eine gute Frustrationstoleranz, zeigen überwiegend positiven Affekt und sind Neuem und Unbekanntem zugewandt.

Schwieriges (*difficult*) Temperament hingegen zeichnet sich durch häufige negative Emotionalität, wenig Regelmäßigkeit in den physiologischen Abläufen, Rückzug und Vermeidung von Neuem, wenig Anpassungsfähigkeit und starken Reaktionen aus. Eine dritte Kategorie von Kindern, die als *slow-to-warm-up* beschrieben werden, zeigen negative Reaktionen auf neue Stimuli und brauchen eine längere Anpassungszeit, aber gewöhnen sich nach und nach an den unbekanntem Stimulus.

A. H. Buss und Plomin (1984) wählten einen eher genetisch-physiologischen Ansatz und identifizierten *Emotionalität*, *Aktivität* und *Sozialibilität* als zentrale Temperamentsfaktoren, die temporal-stabile Dimensionen abbilden sollten. Rothbart (vgl. Rothbart & Derryberry, 1981) wählte einen psychobiologischen Zugang und hob vor allem die Temperamentsaspekte der *Reaktivität* und *Selbstregulation* hervor. Reaktivität bezeichnet die Qualität der affektiven, physiologischen, kognitiven Reaktion auf einen Stimulus. Hochreaktive Kinder haben eine niedrige emotionale Reizschwelle, sind leicht emotional erregbar und reagieren mit intensivem, starkem Emotionsausdruck. Selbstregulatorische Fähigkeiten sind solche, die die Reizerfahrungen so modulieren, dass ein homöostatischer Zustand wieder hergestellt wird. Selbstregulatorische Verhaltensweisen umfassen laut Rothbart Selbsttröstung, Aufmerksamkeitslenkung, Kommunikation und Impulsivität (Möhler & Resch, 2012). Reaktivität und Selbstregulation sind allerdings nicht voneinander unabhängig. Vor allem die Fähigkeiten zu Selbstregulation entwickeln sich von Geburt bis Ende des zweiten Lebensjahres deutlich und beeinflussen somit auch die Ausprägung der Reaktivität von Kindern.

Kagan (z.B. Kagan & Snidman, 1991) widmete sich vor allem dem Aspekt der behavioralen Inhibition. Das Temperamentskonstrukt der behavioralen Inhibition soll individuelle Unterschiede in der Reaktion auf neue, unbekannte Stimuli deutlich machen. Es konnte gezeigt werden, dass Kleinkinder, die behavioral stark inhibiert, das heißt verhaltensgehemmt und sehr ängstlich auf neue Situationen, Personen oder Dinge reagieren, später ein erhöhtes Risiko für sozial-ängstliches Verhalten im späteren Kindes- und Jugendalter haben (Neal, Edelman, & Glachan, 2002; Schwartz, Snidman, & Kagan, 1999). Des Weiteren weisen Befunde auf den Zusammenhang von ungehemmtem, forschendem Umgang mit Unbekanntem bei Kleinkindern (*non-inhibited children*) und einem Risiko für externalisierende Verhaltensweisen im späteren Kindesalter hin (Biederman et al., 2001; Kagan & Zentner, 1996). Neben der behavioralen Inhibition wird auch das Temperamentsmerkmal der negativen Emotionalität als klinisch relevant er-

achtet (Mian, Wainwright, Briggs-Gowan, & Carter, 2011). Negative Emotionalität zeichnet sich durch Irritierbarkeit, schwere Tröstbarkeit und heftige negative emotionale Reaktionen aus und steht mit verschiedenen psychopathologischen Symptombildern wie Angst und Depressivität in Verbindung. Insgesamt lässt sich sagen, dass „Temperamenteigenschaften (...) im Rahmen des Emotionssystems zum Tragen (kommen). Sie kennzeichnen grundlegende affektive Reaktionsbereitschaften und Verhaltenstendenzen im Interaktionsrepertoire“ (Resch, 2004, S. 35) und sind somit wesentliche Bestandteile, Korrelate und Prädiktoren der sozial-emotionalen Entwicklung.

2.3. Sozial-emotionale Entwicklung der frühen Kindheit

Während durch die theoretischen Konzeptionalisierungen spezifische Schlaglichter auf die Bedeutung früher Entwicklung und kindlicher Befindlichkeit geworfen wurden, sollen im Folgenden die bedeutsamen konkreten Entwicklungsschritte der sozial-emotionalen Entwicklung von der Pränatalzeit bis zum Ende des dritten Lebensjahres beschrieben werden. Danach soll nochmals vertieft der Eltern-Kind-Beziehungskontext in seiner Bedeutung für die kindliche psychische Strukturbildung beleuchtet werden und abschließend bekannte Risiko- und Schutzfaktoren für eine gesunde seelische Entwicklung benannt werden.

2.3.1 Entwicklungsschritte und Entwicklungsaufgaben im Kleinkindalter

Wie auch schon bei allen theoretischen Konzeptionalisierungen erwähnt, kann kindliche sozial-emotionale Entwicklung nicht ohne den sozialen und interaktiven Kontext des Kindes gedacht werden. Dieser beginnt schon pränatal. Die Zeit der Schwangerschaft stellt das erste emotionale Klima des werdenden Kindes dar. Inwieweit diese Zeit stressbelastet oder stressfrei von den Eltern gelebt werden kann, wirkt sich z.B. auf die frühe Hirnentwicklung und die neurobiologische Bildung der psychischen Grundsysteme wie des Stressverarbeitungs- und Selbstberuhigungssystems aus (Lundy et al., 1999; Roth & Strüber, 2012). Verschiedene Studien fanden Zusammenhänge zwischen elterlichen psychischen Belastungen während der Schwangerschaft und Verhaltensauffälligkeiten des Säuglings (z.B., T. Field, 1998; Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005).

Ab Geburt zeigt ein Säugling soziale Kontaktsignale (z.B. Meltzoff & Moore, 1983) und ist sofort aktiver Interaktionspartner eines intersubjektiven Austauschs mit seinen Bezugspersonen. In den ersten drei Monaten helfen die Eltern dem Säugling bei der Co-Regulation von Schlaf-Wach-Zyklen, bei der Essenaufnahme und bei emotionaler Erregung und allgemeinem Missbehagen. Von Anfang an empfindet ein Säugling verschiedene emotionale Zustände, die sich im Laufe der Entwicklung zunehmend differenzieren (Pauen, Frey, & Ganser, 2012). Ab ca. der sechsten Lebenswoche fangen Säuglinge an, ein soziales Lächeln zu zeigen (d.h. sie reagieren meist auf Face-to-Face Interaktion mit einem Lächeln). Ab dem zweiten Lebensmonat können sie auch zwischen verschiedenen emotionalen Ausdrucksformen ihrer Eltern unterscheiden und treten somit immer mehr in einen emotionalen Austausch. Auch beginnt nun vermehrt ein vokaler Austausch zwischen Eltern und Kind mit mehr Face-to-Face Interaktion und Blickkontakt. Vom ca. dritten Monat an lacht das Kind bei freudemachenden Spielchen. Wie bedeutend die emotionale Verbindung zwischen Eltern und Kind in dieser Zeit ist verdeutlicht der Befund, dass vier Monate alte Säuglinge stärker durch die emotionale Unverfügbarkeit ihrer Mutter während des Still-Face-Paradigmas belastet waren als durch ihre physische Abwesenheit (T. M. Field, Vega-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986). Ab ca. sieben Monaten zeigen Babys ein selektives Lächeln zu vertrauten Personen. Es etabliert sich die eindeutige Bindung an spezifische Bezugspersonen. Durch die Präferenz für die Bindungspersonen und das Vermögen, zwischen vertrauten und fremden Personen zu unterscheiden, zeigt ein Kind ab ca. acht Monaten Trennungsangst und Fremdenfurcht. Bei Kontakt mit fremden Menschen zeigt es Zurückhaltung und es wehrt sich dagegen, von seinen primären Bezugspersonen getrennt zu werden (vgl. Pauen et al., 2012). Es beginnt nun auch die soziale Rückversicherung (*social referencing*), indem das Kind in unbekannten und neuen Situationen auf den emotionalen Gesichtsausdruck der Eltern schaut, um zu sehen, wie seine Eltern die Lage einschätzen. Das Kind übernimmt die emotionale Bewertung der Bezugsperson im Sinne einer Gefühlsansteckung und verhält sich entsprechend dem elterlich-vermittelten Gefühl (Bischof-Kohler, 2011). Immer mehr entwickelt sich auch die geteilte Aufmerksamkeit (*joint attention*), die es möglich macht, mit anderen den gleichen Referenzpunkt zu teilen, und als „Anzeichen einer triadischen Interaktionskompetenz“ (Bischof-Kohler, 2011, S. 249) gesehen wird. Ab Beginn des zweiten Lebensjahres versteht das Kind zunehmend das soziale Gefüge, in dem es aufwächst, versteht Grenzsetzungen und Auf-

forderungen und beginnt die Bedürfnisse von anderen wahrzunehmen (Pauen et al., 2012). Im Laufe des zweiten Lebensjahres gewinnt es immer mehr an Symbolisierungsfähigkeit, u.a. durch die rasante Sprachentwicklung, es fängt an, empathisch-prosoziales Verhalten zu zeigen, indem es z.B. gezielt versucht anderen zu helfen oder andere zu trösten (Warneken & Tomasello, 2006, 2007). Ab ca. 18 Monaten erkennt sich ein Kind selbst im Spiegel und fängt an, selbst-bewusste Emotionen, wie z.B. Verlegenheit, Stolz und Schuld zu zeigen. Um den Beginn des dritten Lebensjahres verwendet ein Kind dann Personalpronomina wie „ich“ und „du“, „meins“ und „deins“. Es zeigt Besitzanspruch auf Spielsachen und kann sich somit von anderen abgrenzen. Um den zweiten Geburtstag versteht sich ein Kind als autonomes, eigenständiges Wesen und es häufen sich Anzeichen, dass das Kind sich seiner Selbst bewusst ist. Die Emotionsregulation verändert sich im Laufe des zweiten und dritten Lebensjahres zunehmend von einer interaktionellen zu einer intrapsychischen. Das Kind internalisiert mehr und mehr die durch die elterliche Co-Regulation erfahrene Beantwortung seiner Emotionen und kann sich Strategien zu Eigen machen, die es immer selbstständiger in der Selbstregulation werden lassen. Erst ab ca. 36 Monaten hat ein Kind ein selbst-reflexives Bewusstsein über eigene und fremde Emotionen, d.h. es kann Emotionen sprachlich benennen (Petermann & Wiedebusch, 2008). Fröhlich-Gildhoff (2013) fasst die Entwicklungsaufgaben der ersten drei Lebensjahre mit Ausbau der physiologischen Regulationsfähigkeiten, des Selbstsystems, der frühen Denk- und Problemlösekompetenzen und dem Erwerb von Bindungsfertigkeiten zusammen. Die ersten drei Lebensjahre bilden somit einen sehr bedeutsamen Zeitraum, in dem sich einige essentielle Entwicklungsschritte sozial-emotionaler Entwicklung vollziehen.

2.3.2 Seelische Entwicklung des Kleinkindalters in Beziehungskontexten

Die zuvor aufgeführten Entwicklungsschritte sind untrennbar mit dem Beziehungskontext zu seinen zentralen Bezugspersonen verbunden. Dabei baut die seelische Entwicklung in der Kleinkindzeit auf den Selbst-in-Interaktion-Erfahrungen des Kindes im ersten Lebensjahr auf. Schore (2007) postuliert, dass „sich diese Dialektik mit der sozialen Umgebung durch Affektübertragung vermittelt und dass diese emotionale Kommunikation nonverbal ist. Die menschliche Entwicklung kann nicht jenseits dieser Affekt-Transaktionsbeziehung verstanden werden“ (S. 28). Die frühen Erfahrungen der Klein-

kinder mit ihren Elternteilen etablieren in den Kindern innere Repräsentationen, eine innere Selbststruktur, die die Bindungstheorie „Internale Arbeitsmodelle“, die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie „Innere Objekte“ nennt. Saarni (2002) spricht von einem inneren „Gerüst“ von emotionalen Bedeutungszuschreibungen, das durch „unzählige gegenseitige Beeinflussungsprozesse“ (S.7) entwickelt wird und auf dessen Basis die emotionalen Interaktionen und Gefühle ruhen. Eltern und ihr Kind erschaffen „eine intersubjektive Welt gemeinsamer Erfahrungen, Repräsentationen und Bedeutungen (...), die der Säugling explorierend, konzeptualisierend und kategorisierend integriert und repräsentiert.“ (M. Papoušek, 2008, p. S. 168). Auf der Basis des genetischen Erbes und den intrauterin, sowie als Säugling und Kleinkind gemachten Erfahrungen, entwickelt das Kind eine Grundmatrix einer Persönlichkeitsstruktur, durch die es dann auf die Welt Bezug nimmt. Im Kontext dieser frühen Beziehungen und abhängig von ihrer Qualität entwickeln Kleinkinder ihre Selbststruktur und die Matrix, mit der sie auf das Leben mit seinen Freuden, Abenteuern, Herausforderungen und Frustrationen ein- und umgehen können.

Sroufe (1996) postuliert, die Kleinkindzeit (*toddlerhood*) bilde einen ersten Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung (*initial framing of the personality*). Die ersten bewussten Erfahrungen des Selbst fielen in diese Phase und langsam würden sich die Repräsentationen des Selbst etablieren und im Rahmen von klaren und angemessenen äußeren Grenzen würde die Grundlage für eine flexible Selbstregulation gelegt. Dennoch benötigt ein Kleinkind die Hilfe einer unterstützenden sozialen Umwelt, die große Bandbreite an Gefühlszuständen adäquat in Schach zu halten. Die starken und überbordenden eigenständigen Wünsche von Kleinkindern nennen Sroufe, Egeland, Carlson und Collings (2005) die „Eckpfeiler späterer Kreativität und Tätigkeit“ S. 107). Falls Kleinkinder allerdings nicht die notwendige Co-regulation ihrer Impulse erfahren würden, würde das Risiko bestehen, dass diese Kinder entweder unterregulierte-expansive oder inhierte-zurückgezogene Verhaltensweisen zeigten. Auch M. Papoušek (2001) macht deutlich:

„Die wichtigsten Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit werden gemeinsam reguliert und gemeistert: Nahrungsaufnahme, Schlaf-Wach-Organisation und affektive Verhaltensregulation ebenso wie die Regulation von Aufmerksamkeitsprozessen, der Aufbau einer gemeinsamen Erfahrungswelt und Sprache, das selbstinitiierte Lernen im Spiel, und die empfindli-

che Balance zwischen Bindungssicherheit und Exploration, Nähe und Distanz, Abhängigkeit und Autonomie. Diese alltäglichen Kommunikationserfahrungen bilden zugleich für das Baby und die Eltern die Grundlage von Bindung, Beziehung und Individuation.“

M. Papoušek (2004b) verbildlicht ihre Ansichten mit ihrem Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen (s. Abbildung 2). In einem ganzheitlich-systemischen Rahmen werden verschiedene Ebenen kindlicher und elterlicher Einflussfaktoren auf die dyadische Regulation berücksichtigt und die diversen bidirektionalen und zyklischen Aspekte der frühen Eltern-Kind-Beziehung aufgezeigt. Es werden sowohl sogenannte Engelskreise positiver Gegenseitigkeit der Beziehung genannt, als auch Teufelskreise negativer Gegenseitigkeit, die zu Beziehungs- und Regulationsstörungen führen können und somit auch meist Ansatzpunkt bei einer klinischen Intervention sind.

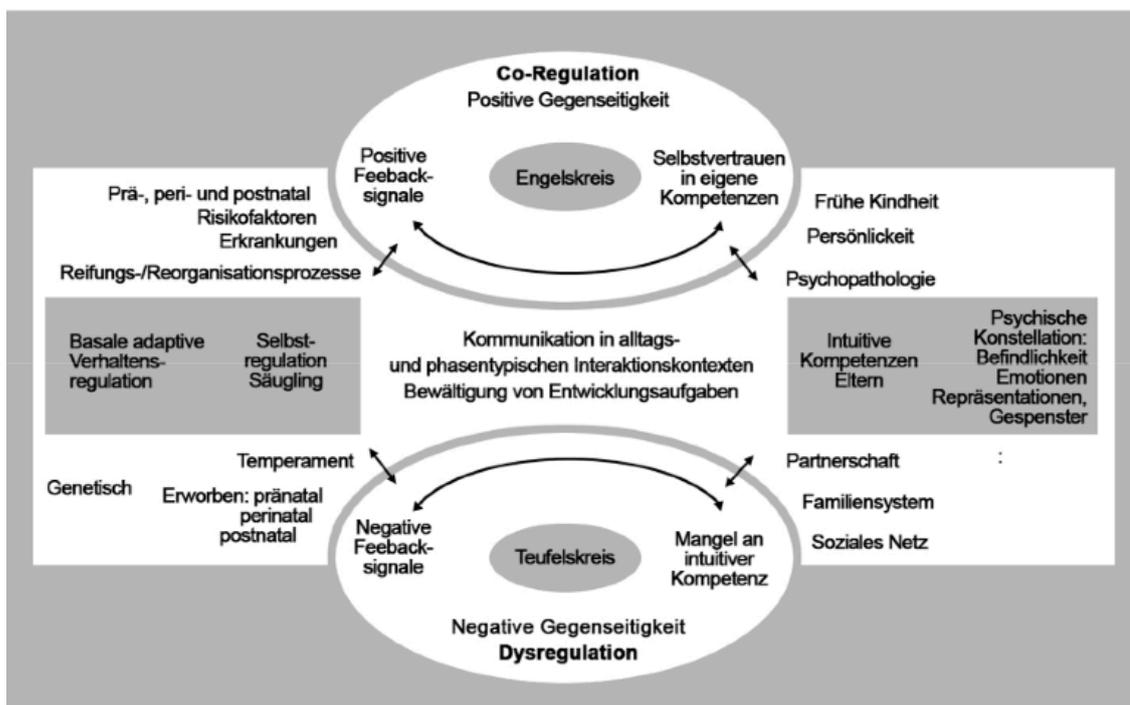


Abbildung 2. *Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen (M. Papoušek, 2004b, S. 101)*

Kleinkindliche psychische Auffälligkeiten manifestieren sich somit meist durch eine dysregulierte und gestörte Beziehungserfahrung, werden internalisiert und dadurch erst zu einem individuellen Charakteristikum des Kindes (Sroufe, Carlson, Levy, & Ege-

land, 1999). Beeinträchtigungen dieser frühen Regulationsprozesse erhöhen somit das Risiko für ungenügende selbstregulative Fähigkeiten, während eine gelingende, flexible Selbstregulation des Kindes aus der feinfühlig Interaktion mit zentralen Bezugspersonen und dem anhaltenden Vertrauen auf Regulationshilfe erblüht. (Ur)-Vertrauen, d.h. internalisierte emotionale Sicherung ist somit auch die Basis für Eigenständigkeit und Autonomie, dem zentralen Entwicklungsthema der Kleinkindzeit (Erikson, 1963; Sroufe, 1996). Ein emotional gesichertes Kind kann im zweiten und dritten Lebensjahr seine Umwelt zunehmend selbstständig explorieren und durch die sich entwickelnden Spielfähigkeiten seine Selbstwirksamkeit immer mehr erfahren. So konnten Studien zeigen, dass die kumulierten Beziehungserfahrungen der ersten drei Lebensjahre prädiktiv für sozial-kognitive und sozial-emotionale Kompetenzen im Schulalter waren (Raikes & Thompson, 2008; Thompson, 2006). Die Beziehungsqualität ist somit mit der psychischen Entwicklung eines Kleinkindes untrennbar verbunden.

2.3.3 Risiko- und Schutzfaktoren seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit

Wie auch schon in den beiden Modellen zur Erklärung der Pathogenese von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten dargestellt, haben diverse Risiko- und Schutzfaktoren einen wichtigen Einfluss auf die seelische Gesundheit. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind seelische Auffälligkeiten entwickelt, hängt von dem komplexen Zusammenspiel diverser risikoförderlicher und risikohemmender Faktoren ab (Fröhlich-Gildhoff, 2013). Dabei werden verschiedene individuell-biologische und psycho-soziale Einflussvariablen auf mikro- und makrosystemischer Ebene diskutiert, die je nach Ausprägung oder An- bzw. Abwesenheit sowohl als Belastung als auch als Resource dienen können.

Als individuelle Vulnerabilitätsfaktoren werden pränatal genetische Defekte und der Einfluss von längerer Exposition von Teratogenen (z.B. Alkohol, Drogen, Umweltgifte) genannt. Perinatale Risiken sind Frühgeburtlichkeit und Geburtskomplikationen. Postnatal haben sich chronische Krankheiten und ein schwieriges Temperament als Risiken erwiesen. Kindbezogene Schutzfaktoren sind u.a. hohe Selbstregulationsfähigkeiten und Selbstwirksamkeitserwartungen, sowie ein stabiles Kohärenzgefühl und ein positives Selbstwertgefühl (Fröhlich-Gildhoff, 2013). Auf mikro-psychosozialer Ebene, wird vor allem die (emotionale) Verfügbarkeit einer stabilen Bezugsperson hervorgehoben, der sich als wichtigster Resilienzfaktor herausgestellt hat (Wustmann, 2004). Allgemein

zeigt sich, dass ein autoritativer elterlicher Erziehungsstil, d.h. ein von sowohl von Wärme als auch von Grenzsetzungen geprägter Stil mit positiv-adaptiver sozial-emotionaler Entwicklung in Verbindung steht, während ein autoritärer Umgang die Ängstlichkeit eines Kindes eher fördert (Rubin, Burgess, & Hastings, 2002).

Auch ein sicherer Bindungsstil, der mit hohen selbstregulatorischen Fähigkeiten in Verbindung gebracht wird (Troxel, Trentacosta, Forbes, & Campbell, 2013), gilt als Schutzfaktor für eine gelingende sozial-emotionale Entwicklung, während ein unsicherer und vor allem ein desorganisierter Bindungsstil einen Risikofaktor für die Entwicklung von Auffälligkeiten darstellt (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010). Auch das emotionale Klima in der Familie gilt als bedeutender Faktor. Ein Klima, das von hoch konflikthaftem Verhalten und elterlicher emotionaler Dysregulation, wie z.B. starker negativer Emotionalität geprägt ist, wirkt sich negativ auf die sozial-emotionale Entwicklung eines Kindes aus. Dagegen unterstützt ein positives Familienklima, in dem Eltern überwiegend positive Emotionen ausdrücken, über hohe Konfliktlösefähigkeiten verfügen, die emotionalen Zustände des Kindes ernst nehmen, wertschätzen und diese z.B. durch Emotionscoaching adäquat koregulieren können, die Entwicklung hoher sozial-emotionaler Fähigkeiten eines Kindes (Brophy-Herb et al., 2011). Ein gravierender Risikofaktor für die kindliche seelische Gesundheit ist eine vorliegende Psychopathologie der Eltern. Starke psychische Belastungen wirken sich drastisch auf die Interaktionsqualität mit dem Kind aus. Moehler et al. (2007) konnten zeigen, dass mütterliche post-partale Depression stark mit Ängstlichkeit und behavioraler Inhibition von Kleinkindern zusammenhängt. Psychisch kranke Eltern können meist nur sehr eingeschränkt oder gar nicht feinfühlig, responsiv oder auch emotional verfügbar mit ihrem Kind interagieren oder sind auch intrusiv im Umgang mit ihren Kindern (vgl. Reck, 2012). Die Interaktionsqualität spielt eine entscheidende Rolle bezüglich eines etwaigen Risikos für die seelische Entwicklung. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass die Interaktionsqualität zwischen Mutter und Kind einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit (Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin, & Tamminen, 2004; Mäntymaa et al., 2009) und die Entwicklung von sozial-emotionalen Kompetenzen beim Kind hat (Blandon et al., 2010; Denham, Mitchell-Copeland, Strandberg, Auerbach, & Blair, 1997). Neben den eher proximalen, interpersonellen Einflüssen, sind auch einige eher distale Umweltbedingungen maßgeblich als Risikofaktoren zu nennen und haben über ihre belastenden Auswirkung auf das Famili-

ensystem indirekt Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Unter anderem sind schwierige sozio-ökonomische Lebensverhältnisse, eine geringe soziale Unterstützung der Familie, eine Herkunft der Mutter aus einem „broken home“ (Laucht, 2011), ein niedriges Bildungsniveau der Eltern, eine unerwünschte Schwangerschaft und auch eine sehr junge Elternschaft (<18 Jahre) als Faktoren zu nennen (Wustmann, 2004).

Risikofaktoren bedeuten allerdings noch nicht, dass ein Kind psychisch auffällig wird. Vielmehr hat sich die Kumulation von verschiedenen Risikofaktoren als am prädiktivsten für Beeinträchtigungen in der seelischen Entwicklung herausgestellt (Fröhlich-Gildhoff, 2013). So geht man bei der Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten von sowohl Äquifinalität als auch Multifinalität aus. Dies bedeutet, dass sowohl unterschiedliche Bedingungen zu der Ausprägung einer spezifischen Störung führen können, als auch ähnliche Voraussetzungen zu unterschiedlichen Entwicklungsbildern. Die menschliche Entwicklung bleibt somit ein sehr idiosynkratischer, multikausaler Prozess, bei dem seelische Schwierigkeiten jeweils unter den einzigartigen Bedingungen eines Individuums betrachtet werden müssen. Trotzdem ist es entscheidend, Risikofaktoren für die seelische Gesundheit möglichst zu reduzieren und schutzgebende Entwicklungsbedingungen zu fördern.

2.4 Prävalenzen und Persistenz von Auffälligkeiten

Um die Relevanz der psychischen Gesundheit auch schon im Kleinkindalter zu verdeutlichen, sollen im folgenden Abschnitt die in Studien gefunden Prävalenzen zu frühkindlichen Verhaltensauffälligkeiten beschrieben werden. Dabei sind epidemiologische Studien zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern im Kleinkindalter sehr begrenzt. Bis dato gibt es gerade mal fünf diagnostische Studien von Vorschulkindern dazu (Wichstrom et al., 2012). Im älteren Kindes- und Jugendalter werden, je nach Erhebungsdiagnostik, Prävalenzraten von ca. 10-20% gefunden werden (Petermann, 2005). Im Rahmen der BELLA-Studie, einer repräsentativen Substudie des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zu psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, wurden knapp 3000 Familien mit Kindern zwischen 7 und 17 Jahren befragt. Die psychische Auffälligkeitsrate, erhoben durch den SDQ, lag bei 21.9% (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007).

Für das Vorschulalter ermittelten Tröster und Reineke (2007) anhand einer Stichprobe von über 700 Kindergartenkindern zwischen 3 und 6 Jahren unter Verwendung des

Verhaltensbeurteilungsbogens für Kindergartenkinder (VBV 3-6) Prävalenzraten emotionaler Auffälligkeiten von 21.4% (Erzieherinnenurteil) und 20.1% im Elternurteil. 19.7% der Kinder wurden als nicht ausreichend sozial kompetent von den Erziehern eingeschätzt. Eine ca. 10%- Prävalenz wurde für oppositionell-aggressives Verhalten sowie Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsproblematiken gefunden.

Lavigne und Kollegen (1996) untersuchten die Prävalenz von psychiatrischen Störungen in pädiatrischen Praxen im Großraum Chicago anhand von einer Stichprobe von knapp 4000 Kindern zwischen zwei und fünf Jahren. Die CBCL wurde als Screening-Instrument eingesetzt; damit wurden zwischen 8.3% (Gesamtskala) und 10.7% (Clinical Cut-off bei einer der drei Meta-Skalen) der Kinder als auffällig diagnostiziert. In einem zweiten Schritt wurden DSM-III-R Diagnosen untersucht, wobei eine Prävalenzrate von 21.4% von klinisch diagnostizierbaren Störungen der Achse 1 gefunden wurde.

Skovgaard et al. (2007) berichten die Prävalenzraten im Kleinkindalter, die in verschiedenen Untersuchungen gefunden wurden auf zwischen 6 und 24% und beziffern die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten, die in ihrer eigenen Studie von 210 dänischen Eineinhalbjährigen gefunden wurden auf 18% (Achse 1 Diagnose des ICD-10) oder 18.5% auf Basis des Diagnostic Classification 0-3 (DC 0-3), wobei emotionale und Verhaltensstörungen sowie Auffälligkeiten des Essverhaltens die häufigsten Problematiken darstellten.

In Deutschland gibt es aufgrund des Mangels an Erhebungsinstrumenten fast keine Studien für den Altersbereich unter Drei. Laucht, Esser und Schmidt (1992) fanden bei einer deutschen Validierungsstudie der CBCL 2-3 bei zweieinhalbjährigen Kindern Gesamtauffälligkeitsprävalenzen von 11.6%. Die Child Behavior Checklist unterschätzt allerdings wegen ihrer hohen Spezifität eventuell die wirkliche Rate von Auffälligkeiten, was u.a. die Studie von Lavigne et al. (1996) belegen konnte. Fegert (1996) beziffern die Prävalenzzahlen des Säuglings, Kleinkind- und Vorschulalters, kongruent mit den zuvor aufgeführten Studien auf 17-20%.

Bzgl. der spezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten der frühen Kindheit lassen sich sehr unterschiedliche Prävalenzraten feststellen. Für Regulationsstörungen nach DC: 0-3 fanden Frankel, Boyum und Harmon (2004) bei einer amerikanischen retrospektiven Untersuchung eine Prävalenz von 14%, während Skovgaard et al. (2007) an-

hand einer dänischen Stichprobe 7.1% ermittelten. Allerdings muss hier erwähnt werden, dass die Diagnose Regulationsstörung des DC: 0-3 nicht das Spektrum der Regulationsstörung nach der deutschen Leitlinien umfasst, sondern sich auf Auffälligkeiten der sensorischen Reizverarbeitung begrenzt. Schlaf- und Fütterstörungen sind anders als in Deutschland getrennte Störungen. Schlafstörungen werden von Hofacker et al. (2007) als bei weitem häufigste Störung der Kleinkindzeit bezeichnet. Da in verschiedenen Studien sehr divergente Kriterien und Erhebungsmethoden herangezogen werden, werden verschieden Prävalenzzahlen genannt. In einer nordamerikanischen Internetbefragung von Eltern von über 5000 Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0-36 Monaten gaben 23% der Eltern an, dass das Schlafverhalten ein kleines Problem darstellt. Für 2% war es ein schwerwiegendes Problem (Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009). Auch in früheren Studien zeigten sich Prävalenzen zwischen 15-25% je nach Strenge der Störungsklassifikation (z.B. Wolke, Meyer, Ohrt, & Riegel, 1994). Im Bereich des Essverhaltens berichten Thiel-Bonney und von Hofacker (2012) von Studien, die schwere Fütterprobleme bei 3-12% der Population finden. Prävalenzen von 15-25% fänden sich bei leichteren bis mittelschweren Essproblematiken. Im Rahmen einer britischen Studie mit über 450 Elternauskünften wurde gefunden, dass Essverhalten von Kleinkindern bei 20% als problematisch eingeschätzt wurde (Wright, Parkinson, Shipton, & Drewett, 2007). Ähnliche Prävalenzen wurden in einer großen australischen prospektiven Langzeitstudie berichtet, in der 20.2% bzw. 7.6% der Klein- und Vorschulkindern von den Müttern als manchmalige bzw. oft unregelmäßige Esser eingeschätzt wurden (McDermott et al., 2008). Insgesamt sprechen diese Prävalenzraten in der frühen Kindheit für häufige sozial-emotionale Beeinträchtigungen, die somit auch schon früh gescreent werden sollten.

Persistenz von sozial-emotionalen Auffälligkeiten im Kleinkindalter

Auch die Persistenz von Auffälligkeiten zeugt von oft lang-anhaltenden und frühen Symptomentwicklungen. Trotz einer hohen Variabilität der frühen kindlichen Entwicklung, konnten verschiedene Studien die Stabilität von sozial-emotionalen Auffälligkeiten vom Kleinkindalter bis ins Schulalter belegen. In einer Reihe von Studien wurden Persistenzen der Problematiken bei ca. 50% der Kinder gefunden (Ihle & Esser, 2002; McDermott et al., 2008). Schmid, Schreier, Meyer und Wolke (2010) fanden, dass multiple, persistierende Regulationsstörungen und Fütterprobleme im Kleinkindalter Anpassungsprobleme und Defizite von sozialen Fähigkeiten im Vorschulalter prädiagnostizieren.

Auch laut Bolten, Möhler und von Gontard (2013) haben Fütter - und Essstörungen hohe Persistenzen vom Säuglings- bis ins Schulalter.

2.5 Alters- und Geschlechtsunterschiede bei Auffälligkeiten

Die Frage nach einer frühen geschlechtsspezifisch-unterschiedlichen sozial-emotionalen Entwicklung wird im Rahmen theoretischer Konzepte wenig diskutiert. Dabei weisen eine Fülle von Befunden Geschlechtsunterschiede bezüglich der Prävalenz von bestimmten Verhaltensmerkmalen aus, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen und die Hinweise auf mögliche geschlechtsspezifischen Belastungsreaktionen geben können, jedoch auch im Rahmen von geschlechtsspezifischen Beurteilungseffekten verstanden werden können. Auch kann anhand von Altersanalysen der Beginn und Verlauf eines Verhaltensaspekts nachvollzogen werden.

Laut Briggs-Gowan und Carter (1998) gab es allerdings bis dato praktisch keine Informationen zu Geschlechtsunterschieden in Elternauskünften von Kindern unter drei Jahren. In ihrer eigenen Studie weisen sie auf begrenzte Evidenz und vorläufige Ergebnisse hin, die darauf hindeuten, dass Mädchen eventuell etwas früher regulative Fähigkeiten erwerben könnten und Jungen als tendenziell aggressiver eingeschätzt wurden. Im Bereich der sozial-emotionalen Fähigkeiten wiesen Eltern Mädchen eine höhere Kompetenz in den Bereichen Prosoziales Verhalten, Empathie und Emotionale Bewusstheit zu. Zudem erwerben laut diesen Autoren Jungen sozial-emotionale Kompetenzen im Durchschnitt etwas langsamer als Mädchen; Allerdings wurden in einer Beobachtungsstudie von Svetlova, Nichols und Brownell (2010) keine Geschlechtsunterschiede im prosozialen Verhalten von Kleinkindern gefunden. Baillargeon und Kollegen (2007) fanden signifikanten Geschlechtsunterschiede bei 17 bis 29 Monate alten Kindern: Jungen wurden als abgelenkter, unruhiger bzw. hyperaktiver und aggressiver gegenüber Gleichaltrigen eingeschätzt. Der Befund eines vermehrt externalisierenden, besonders aggressiveren Verhaltens von Jungen scheint relativ robust (Karreman, van Tuijl, van Aken, & Dekovic, 2009; Tremblay, 2004). Bzgl. internalisierenden Auffälligkeiten konnten bei einer großen Stichprobe, die längsschnittlich zwischen zwei und elf Jahren erhoben wurde, keine Geschlechtsunterschiede bei internalisierenden Problematiken gefunden werden (Sterba et al., 2007), allerdings werden im Elternurteil Mädchen im Kleinkindalter als ängstlicher bewertet (Carter, Briggs-Gowan, Jones, & Little, 2003). Bezüglich Temperamentsmerkmalen zeigte eine Meta-Analyse, die Geschlechtsunterschiede bei Kindern zwischen drei Monaten und 13 Jahren untersuchte, dass Mädchen über höhere Aufmerksamkeits- und Handlungskontrolle (*effortful control*) verfügten,

während Jungen eine höhere Begeisterungsfähigkeit (*surgency*) aufwiesen (Else-Quest, Hyde, Goldsmith, & Van Hulle, 2006). Weitere Studien zeigten, dass Mädchen sowohl im beidseitigen Elternurteil als auch in Verhaltensbeobachtung mit einer positiveren Emotionalität und einer höheren Ängstlichkeit eingeschätzt wurden, aber ein geringeres Aktivitätsniveau als Jungen aufzuweisen scheinen. In den Beobachtungsmaßen wurde ebenso eine höhere Geselligkeit (*sociability*), geringere negative Emotionalität, sowie Ärger und Impulsivität als bei Jungen gefunden (Olino, Durbin, Klein, Hayden, & Dyon, 2013). Gagne, Miller und Goldsmith (2013) zeigten, dass Jungen ein höheres Aktivitätsniveau sowie geringere Schüchternheit und Inhibitionskontrolle über mehrere Messmethoden hinweg aufwiesen. Jedoch stellen sich viele Ergebnisse als heterogen dar und variieren in Abhängigkeit der verwendeten Mess- und Erhebungsmethode und lassen somit keine endgültige Konklusion bezüglich früher Geschlechtsunterschiede zu.

Bei Altersunterschieden zeigen sich erwartungsgemäße Zugewinne in sozial-emotionalen Fähigkeiten über das zweite und dritte Lebensjahr hinweg. Zudem scheinen Probleme beim Essverhalten sowie Trennungsangst abzunehmen, während generelle Ängstlichkeit sowie sozialer Rückzug zunehmen (Carter et al., 2003). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass Aggressivität im zweiten Lebensjahr zunimmt und im Alter zwischen 24-42 Monaten seinen Höchststand erreicht (Tremblay, 2004; Tremblay et al., 2005).

2.6 Zusammenfassung

Verschiedene theoretische Perspektiven betrachten die sozial-emotionale Entwicklung in der frühen Kindheit aus unterschiedlichen Blickwinkeln und im Rahmen verschiedener Einflussfaktoren. Während die neueren, generellen integrativen Entwicklungstheorien einen systemischen, kontextuellen Rahmen setzen und die Komplexität von Entwicklung verdeutlichen, fokussieren verschiedene proximale Theorien auf die subjektive Erlebniswelt des Kindes. Dabei wird die Kleinkindzeit als bedeutsame Phase in der Persönlichkeitsentwicklung hervorgehoben, da sich in dieser Zeit entscheidende seelische Grundmuster etablieren. Zum einen ist die Bindungsentwicklung und das Verbundenheitsgefühl mit wichtigen Bezugspersonen als psychischer Anker wichtig; zum anderen ist die Entwicklung von autonomen und kompetenten Selbstrepräsentanzen und einer graduellen intraindividuellen Selbstregulation entscheidend für die Bewältigung von Entwicklungsherausforderungen. Wie sich diese inneren Strukturen entwickeln hängt maßgeblich mit der interaktionellen Umwelt und der Qualität der bidirektionalen Beziehungserfahrungen des Kleinkindes zusammen und muss in diesem sozialen Bezugskontext betrachtet werden. Dabei können diverse prä-, peri-, und postpartale Schutz- und Risikofaktoren auf das Kind einwirken, die jedem Kind einen idiosynkratischen Entwicklungsprozess ebnen, der jenachdem zu mehr beziehungsweise zu weniger psychischer Stabilität führt. Insgesamt wird deutlich, welche Selbst- und Umweltbedingungen eher zu einer seelisch stabilen Persönlichkeitsentwicklung führen und welche Risikofaktoren für Auffälligkeiten es zu minimieren gilt. Unterschiedliche Studien finden Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten im Kleinkindalter um die 20%, die bei der Hälfte der Probanden auch ins spätere Kindesalter persistieren. Jungen werden generell eher externalisierende und Mädchen eher internalisierende Problemverhalten sowie größere sozial-emotionale Fähigkeiten zugeschrieben.

Die theoretischen Konzeptualisierungen zur Entstehung der interindividuellen frühen kindlichen Persönlichkeitsentwicklung und psychischen Strukturbildung sowie die empirische Befundlage bzgl. des Status Quo bzgl. Häufigkeit und Geschlechtsspezifität von Auffälligkeiten in modernen, westlichen Gesellschaften bildet das Fundament und den Rahmen, von dem aus nun spezifische Aspekte seelischer Gesundheit differenzierter betrachtet werden können.

3 Entwicklungsaspekte der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter

Im Laufe dieses Forschungsprozesses wurde deutlich, dass in der Forschung und Praxis Entwicklungsbereiche seelischer Gesundheit im Kleinkindalter meistens einzeln beleuchtet und untersucht werden und selten in einem Gesamtkonstrukt beschrieben sind. Im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit, sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik, stellten sich die folgenden 14 Aspekte, die hier in vier Meta-Aspekten zusammengefasst sind, aus meiner Sicht, als ein mögliches Gesamtkonstrukt „seelische Gesundheit im Kleinkindalter“ dar. Im folgenden Kapitel werden diese Aspekte, die auch als Basis für die Entwicklung des Fragebogens dienen, theoretisch und empirisch skizziert. Im Rahmen der vier Meta-Aspekte (selbstregulative-, internalisierende- und externalisierende Aspekte, sowie Kompetenzaspekte) werden verschiedene Facetten sozial-emotionaler Entwicklung diskutiert und dabei auf wichtige Einflussfaktoren als auch Entwicklungskonsequenzen eingegangen. Hierbei wird die Relevanz jedes der 14 Entwicklungsaspekte für das Gesamtkonstrukt „seelische Gesundheit im Kleinkindalter“ herausgestellt.

3.1 Selbstregulative Aspekte

Der Bereich der Selbstregulation ist vielleicht der bedeutendste und allumfassendste sozial-emotionale Meta-Entwicklungsaspekt. Eine ungenügende Selbstregulation kann als Bestandteil von und Risikofaktor für viele seelische Störungen und emotionale Auffälligkeiten gesehen werden. Stabile regulative Fähigkeiten sind daher zentraler Bestandteil der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit als auch in der weiteren Entwicklung (Calkins, 2007). Dabei wird Selbstregulation in der entwicklungspsychologischen Literatur meist als (bewusste) adaptive Modifikation von Affekten, Impulsen, Aufmerksamkeit und Verhalten entsprechend einer bestimmten Situation definiert. Schore (2007) kritisiert, dass unter dem Einfluss der kognitiven Psychologie selbstregulativen Kompetenzen vor allem als Einsatz bewusster Strategien zur z.B. Affekt- und Verhaltensmodulierung (z.B. Blickabwendung) reduziert werden. Er stellt dabei heraus, dass eine große Bandbreite von psychologischen Prozessen unbewusst abläuft und dass Selbstregulation oft nur begrenzt durch bewusste Vorgänge geschieht. Für diese Arbeit wird Selbstregulation somit sowohl als innerer unbewusster und bewusster Rückgriff auf die dem Selbst zur Verfügung stehenden Strategien betrachtet. Die Qualität der

selbstregulatorischen Fähigkeiten ist auf verschiedenen Verhaltensebenen und in verschiedenen Kontexten beobachtbar. Im Folgenden sollen diese für das Kleinkindalter klinisch-relevanten Entwicklungsaspekte dargestellt werden.

3.1.1 Emotionsregulation

Da Emotionen einen starken Einfluss auf unser Verhalten haben, ist die Emotionsregulation der zentrale Aspekt der Selbstregulation und konzeptuell schwer davon abgrenzbar. Eisenberg und Spinrad (2004, S. 338) definieren Emotionsregulation als einen Vorgang, interne Gefühlszustände zu initiieren, vermeiden, inhibieren, aufrecht zu erhalten oder deren Auftreten, Form, Intensität oder Dauer für eine biologisch-affektive bzw. soziale Anpassung oder eine individuellen Zielerreichung zu modulieren. Dabei entwickelt sich die Emotionsregulation eines Kindes im Austausch mit den zentralen Bezugspersonen. Im Laufe der ersten drei Lebensjahre wandelt sie sich, auch im Zusammenwirken von hirnorganischen Reifungsprozessen, sowie motorischer und kognitiver Entwicklung von der interpersonal-dyadischen zu einer autonom-intrapsychischen. Kinder setzen dabei eine Reihe von Strategien ein wie u.a. Blickabwendung, (körperliche) Selbstberuhigung, Rückzug von der emotions-auslösenden Situation, Aufmerksamkeitslenkung, und Hilfesuchen (vgl. Petermann & Kullik, 2011). Dabei sind schon früh individuelle Unterschiede erkennbar, die auf die Qualität der internalisierten Erfahrungen in der dyadischen Phase zurückgeführt werden (Sroufe, 1996). Dabei spielt insbesondere die elterliche Responsivität, wie z.B. die emotionale Verfügbarkeit und die Affekt-Abstimmung der Bezugsperson eine essentielle Rolle (T. M. Field, 1994; Kochanska, Murray, & Harlan, 2000).

Die Differenzierung zwischen adäquater Regulationsfähigkeit und Dysregulation ist allerdings nicht einfach, da sie vom situationalen Kontext abhängig ist. Der Rückzug von einer überreizenden Stimulation kann sowohl als adaptiv wie z.B. beim Wegkrabbeln von lauter Musik, als auch unadaptiv wie z.B. beim Weglaufen vor einer Konfliktsituation in der Gleichaltrigengruppe betrachtet werden. Dysregulation kann also sowohl das Unvermögen eines Kindes überhaupt, regulative Strategien einzusetzen, als auch unangemessene Strategien einzusetzen, bezeichnet werden. Daher lässt sich emotionale Dysregulation eines Kindes nur im Kontext verstehen (Petermann & Kullik, 2011), was die Erhebbarkeit und klinische Diagnostik erschwert.

Unter klinischen Gesichtspunkten spielt eine ungenügende Emotionsregulation eine

zentrale Rolle bei der Entwicklung von Psychopathologie. Köller und Petermann (2011, S. 163) betonen: „Aus der Sicht der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie kommt einer frühen emotionalen Dysregulation eine zentrale Rolle im Rahmen der Störungsgenese zu. Für nahezu alle Störungen – externalisierende und internalisierende – werden bestimmte Varianten der Emotionsdysregulation als Vorläuferstörung benannt“. Demnach ist eine gelingende Emotionsregulation bedeutender Bestandteil seelischer Gesundheit und besonders in der Entstehungsphase der frühen Kindheit von essentieller Wichtigkeit. Eine frühe Beeinträchtigung in der Regulationsfähigkeit ist Risikofaktor für eine Bandbreite von Verhaltensauffälligkeiten und sozial-emotionale Schwierigkeiten (M. Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2004). Diese Zusammenhänge wurden in vielen Studien belegt. Beispielsweise fanden Halligan und Kollegen (2013) in einer Längsschnittstudie Stabilitäten in der Emotionsregulationsfähigkeit von Beginn des zweiten bis ins sechste Lebensjahr. Zudem wurden negative Zusammenhänge zwischen Emotionsregulation und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten über den gleichen Zeitraum gefunden, was durch viele Studien als robuster Befund belegt scheint (vgl. Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010; Pitzer, Esser, Schmidt, & Laucht, 2009). Panfile und Laible (2012) konnten zeigen, dass Emotionsregulation, nicht jedoch negative Emotionalität, die Beziehung zwischen Bindungsrepräsentanz und kindlicher Empathiefähigkeit bei Dreijährigen stark mediierte. Spinrad und Kollegen (2007) fanden ebenso signifikante Mediationseffekte von Emotionsregulation in der Beziehung zwischen unterstützendem, herzlichem Elternverhalten und externalisierendem Verhalten, Trennungsangst und hohen sozialen Fähigkeiten. Zudem scheinen bestimmte adaptive Emotionsregulationsstrategien im Kleinkindalter in positivem Bezug zu größerer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit zu stehen (Graziano, Calkins, & Keane, 2011) sowie dysregulierte Kleinkinder weniger folgsam und kooperativ (*compliant*) zu sein (Calkins, Gill, Johnson, & Smith, 1999; Stifter, Spinrad, & Braungart-Rieker, 1999). Gelingende Emotionsregulation geht somit mit hohen sozialen Fähigkeiten und geringen Adaptionsschwierigkeiten einher, während Kinder mit geringerer Regulationsfähigkeit weniger soziale Fähigkeiten und mehr externalisierendes Verhalten zeigen.

Emotionalität

Die kindliche Emotionalität kann konzeptuell schwer von der Emotionsregulation differenziert werden, da sie sich gegenseitig bedingen und beeinflussen. Dennoch ist der generelle affektive Zustand eines Kindes ein wichtiges Merkmal seiner psychischen

Verfassung und seiner selbstregulativen Fähigkeiten. Meist wird die affektive Gestimmtheit (*affective tone*) im Rahmen der Temperamentstheorien als negative Emotionalität, Irritierbarkeit oder hohe Reaktivität gefasst. Positive Affektivität wird als Begeisterungsfähigkeit (*surgency*) oder frühe Extraversion definiert (A. H. Buss & Plomin, 1984; Putnam, Gartstein, & Rothbart, 2006; Rothbart & Gartstein, 2008). Dabei nimmt die Kleinkindzeit bei der Konsolidierung von Temperamenteigenschaften im Zuge der Zugewinne der selbstregulatorischen Entwicklung eine bedeutende Rolle ein (Carranza, González-Salinas, & Ato, 2013). In verschiedenen Studien konnte eine frühe negative Emotionalität mit späteren psychopathologischen Symptombildern in Verbindung gebracht werden (vgl. Eisenberg et al., 2000; Kagan & Snidman, 1999). Gartstein, Putnam, und Rothbart (2012) fanden in einer Längsschnittstudie mit Erhebungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten negativen Affekts und sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Problematiken, wobei die größten Zusammenhänge bei gleichzeitiger geringer Regulationsfähigkeit (*effortful control*) gefunden wurden. Die Regulation negativer Emotionen stellt einen zentralen Aspekt sozial-emotionaler Kompetenz dar. Ein hohes Ausmaß von negativen Gefühlsäußerungen hat negative Auswirkungen auf die sozialen Interaktionen, in denen ein Kleinkind steht. Das Australische Temperamentsprojekt (*Australian Temperament Project*) konnte in einer längsschnittlichen Studie unter Verwendung von multi-perspektivischen Informanten zeigen, dass selbstregulative Fähigkeiten und Reaktivität (negative Emotionalität) soziale Fähigkeiten im späteren Kindesalter vorhersagten (Prior, Sanson, Smart, & Oberklaid, 2000). Aber auch der Aspekt der positiven Emotionalität hat Aussagekraft für die spätere Entwicklung. So fanden Dougherty, Klein, Durbin, Hayden und Olinio (2010), dass positive Affektivität, bestehend aus den Dimensionen Soziabilität, Interesse und positiver Emotionsausdruck, im Alter von drei Jahren geringere Depressivität mit zehn Jahren prädizierte (zitiert nach Gartstein et al., 2012). Somit gibt die generelle Affektivität eine Einschätzung der Regulationsfähigkeit und scheint eine bedeutende Komponente von gelingenden sozialen Beziehungen.

Frustrationstoleranz

Ein weiterer Sub-Aspekt von Selbstregulation ist die Fähigkeit, Wünsche und Impulse kontrollieren und aufschieben zu können sowie kleine Frustrationsphasen aushalten zu können, ohne von negativen Emotionen überwältigt zu werden. Frustrationstoleranz

bzw. die Fähigkeit zu Belohnungsaufschub wird im Rahmen der Temperamentsforschung als Aufmerksamkeits- und Handlungskontrolle (*effortful/inhibitory control*) definiert. Dabei ist die Frustrationsspanne für unterschiedliche Altersstufen verschieden, d.h. die Latenzzeit, wie lange ein dominanter Handlungsimpuls für einen untergeordneten Impuls unterdrückt bzw. aufgeschoben werden kann, ist abhängig vom Entwicklungsstand eines Kindes. Während ein Säugling Frustration nur sehr kurz alleine bewältigt, entwickelt sich die Frustrationstoleranz im Zuge der Selbstregulationsentwicklung im Kleinkinder stark weiter und die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub nimmt laut Gartstein et al. (2012) zwischen 12 und 30 Monaten bedeutend zu.

Die Bedeutung dieser Fähigkeit konnte durch längsschnittliche Untersuchungen fundiert belegt werden. Dabei konnte eine hohe prädiktive Validität der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (engl. *delay of gratification*), d.h. einer erhöhten Frustrationstoleranz von Vierjährigen für eine Reihe von sozialen und akademischen Kompetenzen im Jugendalter aufgezeigt werden (vgl. Mischel et al., 2011; Mischel, Shoda, & Rodriguez, 1989). GUSDORF und Kollegen (2011) fanden, dass die Unfähigkeit, eine Belohnung aufzuschieben bei Dreijährigen Störungen des Sozialverhaltens und Hyperaktivität im Elternurteil prädizierte.

Allerdings stellten Murray und Kochanska (2002) in einer längsschnittlichen Studie vom Kleinkind bis ins frühe Schulalter einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen Effortful Control (EC) und Verhaltensauffälligkeiten fest. Eine hohe Effortful Control-Ausprägung stand mit internalisierendem Problemverhalten in Verbindung, während eine geringe Ausprägung mit Aufmerksamkeitschwierigkeiten assoziiert war. Diese Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass Kinder, die über sehr hohe Handlungskontrolle verfügen, eventuell überreguliert/inhibiert sind. Dies spräche für eine mittelhohe Ausprägung von EC als am psychologisch adaptivsten. Kim, Nordling, Yoon, Boldt, und Kochanska (2013) untersuchten verschiedene Facetten des Effortful Control-Konstruktes anhand einer längsschnittlichen Erhebung von Kindern zwischen drei und acht Jahren und konnten durch Strukturgleichungsanalysen belegen, dass Belohnungsaufschub, als Merkmal einer emotional-geladenen Selbstregulationsfähigkeit, Verhaltensprobleme vorhersagte, nicht jedoch akademische Leistung. Akademische Leistung wurde vom dem Teil des Effortful-Control Konzeptes prädiziert, das Aufmerksamkeitskontrolle maß. Diese Studien verdeutlichen, dass auch schon im Kleinkindalter ein mindestens mittelhohes Ausmaß an Frustrationstoleranz und Handlungskontrolle ein

wichtiger Aspekt psychischer Gesundheit ist, während Defizite in Fähigkeiten, Belohnungen aufzuschieben ein Risiko für externalisierende Störungen sein können. Die Rolle von Belohnungsaufschub, auch im Sinne einer gelingenden Impulskontrolle, wird im Bezug auf die Entwicklung von ADHS und aggressivem Verhalten aktuell diskutiert (vgl. Gledhill & Petermann, 2013).

3.1.2 Schlafverhalten

Ausreichender, erholsamer Schlaf trägt wesentlich zu einer gesunden kindlichen sozial-emotionalen Entwicklung bei. Allerdings zeigt sich, dass Schlafstörungen schon sehr früh und häufig vorkommen und die kindliche psychische Entwicklung belasten können. Eine der zentralen Aufgaben der Säuglingszeit ist es, einen regelmäßigen zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus zu etablieren. Dafür muss ein Kind den Wechsel zwischen einem ruhigen, aufmerksamen Wachzustand und, bei Müdigkeit, einem entspannten Hinsinken und problemfreien Übergang in den Schlaf regulieren können. Im Kleinkindalter konsolidiert sich das Schlafverhalten und die meisten Kinder können die Nacht alleine durchschlafen (Dahl, 1996). Dennoch gehören Schlafschwierigkeiten zu den häufigsten Störungen der frühen Kindheit (Byars, Yolton, Rausch, Lanphear, & Beebe, 2012; Schieche, Rupprecht, & Papoušek, 2004). Diagnostiksysteme, wie z.B. der DC 0-3, unterscheiden dabei zwischen Ein- und Durchschlafstörungen (Bolten et al., 2013). Im Vergleich zu einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe haben schlafgestörte Kinder signifikant weniger Nachtschlaf, wachen nachts ca. viermal häufiger auf und sind in den nächtlichen Aufwachphasen länger wach (Schieche et al., 2004). Frühkindliche Schlafstörungen beeinträchtigen dabei nicht nur das Kind allein, sondern sind auch eine immense Belastung für die Eltern, deren Beziehung und für die Eltern-Kind-Interaktion. Schlafstörungen scheinen multifaktoriell bedingt zu sein. Neben psychosozialen Belastungen, werden im klinischen Kontext vor allem dysfunktionale Interaktionsmuster, fehlende oder ungenügende Alltags- und Einschlafrituale sowie eine ständige kindliche Überreizung festgestellt. Zusätzlich treten sie vermehrt bei Entwicklungsaufgaben (z.B. Eintritt in den Kindergarten) oder bei Belastungssituationen (z.B. Trennung der Eltern) auf (Scholtes, Benz, & Demant, 2012). Verschiedene Untersuchungen fanden zudem Zusammenhänge zwischen kindlichen Schlafstörungen und elterlichen Trennungsängsten (Barth, 2004; Scher, 2008) und mütterlichen unsicheren Bindungsrepräsentanzen (Benoit, Zeanah, Boucher, & Minde, 1992). Die Forschergruppe um El-Sheikh (vgl.

Dahl & El-Sheikh, 2007; El-Sheikh, Buckhalt, Mark Cummings, & Keller, 2007; Keller & El-Sheikh, 2011) stellt vor allem die Bedeutung des Gefühls der emotionalen Sicherheit in der Familie für das kindliche Schlafverhalten heraus. Sie postulieren, dass für das Aufgeben des Alltagsbewusstseins und der Vigilanz, um in einen entspannten, erholsamen Tiefschlaf sinken zu können, Sicherheit und Vertrauen in die direkte Umwelt vorhanden sein müssen. In diesem Zusammenhang fand eine Studie, dass mütterliche emotionale Verfügbarkeit beim Zubettgehen, nicht aber bestimmte Einschlafrituale, mit der Schlafqualität von Kinder im Alter zwischen einem und 24 Monaten zusammenging (Teti, Kim, Mayer, & Counterme, 2010). Diese Befunde weisen auf die Bedeutung eines positiven emotionalen Familienklimas sowie sichernder Beziehungsstrukturen hin, in denen Kinder in ihrer Selbstregulationsfähigkeit Unterstützung finden. Tiefe Entspannung ermöglicht dann einen ruhigen Schlaf.

Zudem scheint es einen Zusammenhang von Schlafschwierigkeiten und späteren emotionalen Problematiken sowie Verhaltensauffälligkeiten zu geben. Reid, Hong und Wade (2009) zeigten in einer kanadischen Kohortenstudie von Zwei- und Dreijährigen, dass Schlafschwierigkeiten einen gleich großen Prädiktor für internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten darstellten wie eine Psychopathologie der nächsten Bezugsperson. Auch Jansen et al. (2011) konnten in einer niederländischen Populationsstudie zeigen, dass frühe Schlafproblematiken im Alter von zwei Monaten und 24 Monaten ängstliche und depressive Symptome bei 36 Monate alten Kindern prädizierten. Diesen Befund replizierten auch Hall, Scher, Zaidman-Zait, Espezel, und Warnock (2012): Auch sie fanden einen Zusammenhang zwischen Schlafschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Alter von 12-36 Monaten. Schieche et al. (2004) weisen auch auf die hohe Komorbidität von Schlaf- mit anderen Regulationsstörungen hin, wobei dysphorische Unruhe/Spielunlust, exzessives Trotzen und exzessives Klammern am häufigsten damit assoziiert schienen. Tauman et al. (2011) fanden ebenso erhöhte Koexistenzen zwischen Schlaf- und Essstörungen in der frühen Kindheit. Diese Ergebnisse verdeutlichen einen engen Zusammenhang zwischen einer emotionalen Selbst- und einer gelingenden Schlafregulation und weisen auf die essentielle Wichtigkeit von erholsamem, ununterbrochenem Schlaf für die frühkindliche seelische Gesundheit hin.

3.1.3 Essverhalten

Essen ist ein essentieller und oft lustvoller Aspekt des Lebens. Die Situationen der Nahrungsaufnahme sind für ein Neugeborenes die ersten entscheidenden sozialen Erfahrungen, denn es verbringt rund die Hälfte seiner Wachzeit mit Gefüttertwerden (Thiel-Bonney & von Hofacker, 2012). Dabei scheinen Fütterschwierigkeiten ein häufiges Phänomen im Säuglings- und Kleinkindalter zu sein. Viele Eltern berichten über ihre Sorgen bezüglich des Essverhaltens ihrer Kinder. Diese subklinischen Schwierigkeiten scheinen sich meist nicht in größere Problematiken zu entwickeln, bei einem kleinen Teil stecken dahinter allerdings schwerwiegendere Störungen des Essverhaltens (McDermott et al., 2008; Wright et al., 2007).

Laut von Hofacker, Papoušek, und Wurmser (2004) hat sich in der klinischen Praxis der Begriff *Fütterstörung* bewährt, da er der sozialen, interaktionellen Situation der Nahrungsaufnahme im Säuglings- und Kleinkindalter Rechnung trägt. Diagnostiziert werden sollte sie erst bei Problemen, die mehr als einen Monat andauern und die sowohl von kurzen Abständen zwischen den Fütterungen als auch langen Episoden (> 45 Minuten) der jeweiligen Füttersituation geprägt sind. Das DC: 0-3 unterscheidet zwischen sechs verschiedenen Subtypen, die hier aufgrund ihrer Differenziertheit nicht aufgeführt werden sollen.

In einer italienischen Langzeitstudie konnte gezeigt werden, wie einer dieser Subtypen, die frühkindliche Anorexie im Alter von 2 Jahren, gekennzeichnet u.a. durch die kindliche Weigerung ausreichend Nahrung zu sich zu nehmen, Desinteresse an Essen und Wachstumsmangel, auch noch im Alter von acht Jahren mit erheblichen Beeinträchtigungen, wie etwa einem dysfunktionalen Sättigungsgefühl, Mangel an Genußfähigkeit und sehr wählerischem Essen zusammenhing. Zudem hing eine schlechte Essensregulation im Kindesalter auch mit internalisierenden sowie externalisierenden Schwierigkeiten zusammen, wobei diese auch mit einer mütterlichen Psychopathologie hoch korrelierte (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, & Chatoor, 2012). Kinder mit Essschwierigkeiten zeigen meist auch Selbstregulationsdefizite in anderen Bereichen. Von Hofacker, Papoušek und Wurmser (2004) geben an, dass im Rahmen einer Stichprobe der Münchner Sprechstunde für Schreibabys von über 280 füttergestörten Säuglingen und Kleinkindern nur 9% eine isolierte Fütterstörung hatten. Mehr als dreiviertel der füttergestörten Kinder waren ebenso schlafgestört und im Kleinkindalter zeigte über die Hälfte ebenso exzessives Trotzverhalten.

Dass (früh-) kindliche Fütterstörungen auch oft mit aktuellen oder früheren mütterlichen psychischen Belastungen bzw. im Besonderen einer Essstörung zusammenhängen können, wird in vielen Untersuchungen berichtet (Micali, Simonoff, Stahl, & Treasure, 2011; von Hofacker et al., 2007). Waugh und Bulik (1999) fanden, dass essgestörte Mütter mehr Probleme beim Stillen hatten, weniger positive Essenskommentare machten und auch in den Füttersituationen unbezogener und weniger interaktiv waren.

Wie bei allen Regulationsstörungen wird auch im Rahmen der Essenssituation meist eine dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion und belastete Beziehung, die sich aufgrund mehrfacher Ursachen im Zusammenspiel elterlicher und kindlicher Faktoren manifestiert hat, deutlich. Mütter von Kleinkindern mit Essproblemen zeigen zudem oft ein kontrollierendes, unsensitives, wenig responsives und wenig Autonomieunterstützendes Verhalten in der Füttersituation, das zu konfliktreichen Interaktionen bei der Esssituation führt (von Hofacker et al., 2004). Dies könnte auch der Grund dafür sein, dass Fütterstörungen auch mit vermehrt unsicheren Bindungsrepräsentanzen zusammenhängen (Chatoor, Ganiban, Colin, Plummer, & Harmon, 1998). Silberstein et al. (2009) berichten aus ihrer Studie, dass die Eltern-Kind-Interaktionen der füttergestörten Kinder durch höhere mütterliche Intrusivität und einer geringeren kindlichen Involviertheit sowie einem höheren kindlichen Rückzugsverhalten geprägt war. Ungünstige Interaktionsdynamiken können dann zu Machtkämpfen und im Zuge der Autonomieentwicklung bei elterlichem überkontrollierendem Verhalten vor allem zu Autonomie- und Kontrollauseinandersetzungen führen. Thiel-Bonney und von Hofacker (2012) postulieren, dass die frühkindliche sozial-emotionale Entwicklung bei allen Arten der Fütterstörung mit vermehrten psychosozialen und emotionalen Auffälligkeiten, wie z.B. hyperaktiven und internalisierenden Symptomatiken einhergeht. Somit kann ein im Elternurteil schwieriges Essverhalten Indikation für weitere Auffälligkeiten der Selbstregulation sein und stellt einen wichtigen Aspekt der seelischen Gesundheit dar.

Selbstregulative Fähigkeiten sind somit ein entscheidender Bestandteil früher seelischer Gesundheit. Kinder, die sich z.B. bei Aufregung schnell beruhigen oder trösten lassen, generell eine positive Emotionalität zeigen, angemessen frustationsfähig sind und über rhythmische, unproblematische Schlaf- und Esszyklen verfügen, zeigen Anzeichen einer positiv verlaufenden frühen sozial-emotionalen Entwicklung.

3.2 Internalisierende Aspekte

Unter internalisierendem Verhalten werden auf das eigene Selbst bezogene Verhaltensweisen beschrieben. Meist werden darunter ängstliche, depressive und somatische Probleme verstanden (Eisenberg et al., 2010). Diese Verhaltensweisen lassen sich allerdings im Kleinkindalter nicht einfach differenzieren. Ängstlichkeit kann sich in vielen Situationen und Kontexten ausdrücken, die miteinander in Bezug stehen können, aber nicht müssen. Ein gewissen Maß an Trennungsprotest, Vorsicht vor Fremden, Prüfen einer unbekanntem Situation ist ein Kennzeichen von Bindungssicherheit zu den Eltern und damit kennzeichnend für seelischer Gesundheit. Allerdings nur bis zu einem gewissen Grad: Ein Kind, das sich, auch wenn die soziale Situation nicht (mehr) beängstigend ist, weiterhin an eine Bezugsperson klammert und nicht mit seiner Umwelt in Beziehung treten kann oder möchte, kann als emotional-ungesichert und inhibiert gesehen werden (Shamir-Essakow, Ungerer, & Rapee, 2005).

Im Folgenden soll kurz die Bedeutung der Balance zwischen großer Ängstlichkeit und gesunder Vorsicht als auch die frühkindlichen Merkmale einer depressiven Stimmung für die kindliche seelische Gesundheit herausgearbeitet und einschlägige Studienergebnisse der wichtigsten Einflussfaktoren und möglichen Entwicklungskonsequenzen dargestellt werden.

3.2.1 Ängstlichkeit

Die entwicklungspsychologische Literatur findet viele Begriffe für ein Spektrum früher Formen von ängstlichem/vorsichtigem Verhalten: z.B. Schüchternheit, Fremdeln, Trennungsangst, sozialer Rückzug. Keine dieser Eigenschaften sind bei durchschnittlicher Ausprägung auffällig oder klinisch relevant. Dennoch können starke Manifestationen dieser Verhaltensweisen auf emotionale Schwierigkeiten in der Entwicklung hindeuten. Mian, Godoy, Briggs-Gowan und Carter (2012) konnten zeigen, dass differenzierte, klassifizierbare Angstsymptomatiken auch schon im Alter von zwei bis drei Jahren im Elternurteil erhebbar sind. Auch Kochanska (2001) fand eine Stabilität des Angstausdrucks (*fear expression*) bei Kindern ab einem Alter von 14 Monaten bis Ende des dritten Lebensjahres. Dennoch ist frühe Ängstlichkeit eine sehr heterogene Eigenschaft. Ein Großteil der empirischen Untersuchungen zu frühen Formen von Ängstlichkeit stützt sich auf die Temperamentsliteratur und darin vor allem auf das Konstrukt der behavio-

ralen Inhibition (s. Beschreibung in Kapitel 2.3.4). Dabei konnte gezeigt werden, dass Kinder, die im zweiten Lebensjahr sehr verhalten und ängstlich auf unbekannte soziale Situationen reagierten, im Jugendalter ein erhöhte Wahrscheinlichkeit haben eine internalisierende Störung, z.B. eine soziale Phobie, zu entwickeln (Schwartz et al., 1999). Auch Prior, Smart, Sanson und Oberklaid (2000) fanden moderate, aber klinisch-relevante Zusammenhänge in einer großen Normalbevölkerungsstichprobe zwischen einem schüchtern-inhibierten Temperament in der frühen Kindheit und Angststörungen im Jugendalter, wobei die Autoren darauf hinweisen, dass nur eine sehr kleine Gruppe der im Kindesalter schüchternen Kinder später eine Angstproblematik entwickelte. K. A. Buss (2011) fand, dass nicht die Intensität des Angstausdrucks oder ein ängstliches Temperament von Kleinkindern prädiktiv für spätere internalisierende Probleme im Kindergartenalter war, sondern vor allem die Fähigkeiten der Angstregulation über verschiedene Entwicklungskontexte hinweg. Dies könnte vor allem auch die Validität des Elternurteils bezüglich Ängstlichkeit stärken, da eine Laborsituation nur begrenzt ökologische Validität besitzt.

Dennoch sind die genauen Zusammenhänge und Bedingungen, unter welchen Umständen und Wirkmechanismen sich eine frühkindliche behaviorale Inhibition oder Ängstlichkeit in eine spätere Angstsymptomatik entwickelt weiterhin nicht klar (K. A. Buss, 2011). Verschiedene Ergebnisse versuchen die Mechanismen der Entstehung von internalisierenden Problematiken zu erklären.

Ein einschlägiger Risikofaktor für ein Kind emotional-dysregulierte, affektiv-beeinträchtigte Verhaltensweisen zu entwickeln, ist eine vorliegende Psychopathologie der zentralen Bezugspersonen. Kinder von Eltern, die eine eigene Angststörung haben, haben ein vielfach erhöhtes Risiko, selbst eine Angststörung zu entwickeln (Hettema, Neale, & Kendler, 2001). Es konnten auch starke Zusammenhänge zwischen einer postpartalen mütterlichen Depression vier Monate nach Geburt und ängstlich-behavioral inhibiertem Verhalten der Kinder im späteren Säuglings- und frühen Kleindalter gefunden werden (Gartstein et al., 2010; Moehler et al., 2007). Zu einer möglichen Transmission von Ängstlichkeit gibt es genetische Erklärungen, aber auch interaktionelle. Zwei Studien konnten zeigen, dass Kinder unter sozialer Bezugnahme (*social referencing*) zu ihrer Mutter in verunsichernden Situationen ihre Ängstlichkeit zu regulieren versuchen. Mütter, die Signale sozialer Ängstlichkeit zeigten, hatten auch Kinder mit erhöhten Angstreaktionen (de Rosnay, Cooper, Tsigaras, & Murray, 2006; Murray et al., 2008).

Kleinkinder regulieren bzw. modifizieren somit im Rahmen der intersubjektiven Affektregulation ihre eigene Unsicherheit in emotional ambivalenten Situationen abhängig von der mimisch, gestisch und verbalen emotionalen Reaktion der Mutter (Scholtes & Benz, 2012). Zusätzlich wird auch das Erziehungsverhalten der Eltern für die Entwicklung von Ängstlichkeit diskutiert. Dabei gilt vor allem ein Erziehungsstil, der von hoher Kontrolle, Überbehütung und einem Mangel an Ermutigung und Wärme geprägt ist, als Risiko für kindliche Ängstlichkeit (de Rosnay et al., 2006). Allerdings fand die Meta-Analyse von McLeod, Wood und Weisz (2007), dass Erziehungsverhalten kindliche Ängstlichkeit nur in sehr geringem Umfang erklärte.

Ebenso wird die Bindungsqualität als Prädiktor für Angststörungen untersucht. Warren, Huston, Egeland, und Sroufe (1997) konnten zeigen, dass eine unsichere Bindung im Alter von 12 Monaten Angststörungen mit 17 Jahren signifikant und stabil vorhersagen konnte. Auch die Meta-Analyse von Colonnese et al. (2011) fand moderate Zusammenhänge ($r = .30$) zwischen unsicherer Bindung und Ängstlichkeit im Kindes- und Jugendalter. Diese Befunde unterstützen die Theorien (z.B. von Bowlby und Mahler), die eine sichere innere Repräsentanz der Bezugspersonen im Kind und somit ein intrapsychisches Sicherheitsgefühl für eine eigenständige Angstbewältigung als Basis für die seelische Gesundheit ansehen.

Neben Erklärungen für die Entwicklung von Angststörungen, sind im Kleinkindalter vor allem Trennungsangst und Fremdenfurcht als primäre frühkindliche Ängste in der Entwicklung zu nennen. Kinder zeigen laut Kagan (2009) Trennungsängste von der zentralen Bezugsperson ab einem Alter von sieben Monaten. Sie erreichen im Laufe des zweiten und dritten Lebensjahres ihren Höhepunkt, wobei sie zum Ende des dritten Lebensjahres deutlich weniger werden. Die Fremdenfurcht erreicht im Alter von drei Jahren ihren Höhepunkt. Dabei sind Trennungsängste und Fremdenfurcht keine Indikatoren von emotionalen Schwierigkeiten, sondern Entwicklungsschritte der normalen mentalen und emotionalen Entwicklung, die ein Kind im Rahmen seines Selbstschutzes fühlt (Asendorpf, 2009). Dennoch entwickeln einige Kinder massive Trennungsängste und zeigen exzessives anklammerndes Verhalten, das nicht entwicklungsgerecht oder situationsspezifisch verständlich ist.

Ein exzessives Anklammern kann als eine nicht geglückte erste Ablösung des Kleinkinds von den Eltern gesehen werden und geht meist mit dysfunktionalen Eltern-Kind-

Interaktionsmustern einher. Zusätzlich scheint es oft zu einer Hemmung von Explorations- und Spielverhalten im Zuge von verstärkten Angstgefühlen kommen, was die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung einzuschränken vermag. Ein solches klinisch auffälliges Verhalten kann im Rahmen der Regulationsstörungen diagnostiziert werden (Scholtes & Benz, 2012).

Gesunde Vorsicht

Neben der Entwicklung und Ausprägung von pathologischer Ängstlichkeit im Kleinkindalter gibt es allerdings auch eine gesunde Vorsicht in unbekanntem Situationen oder auch unbekanntem Personen gegenüber. Ein prüfendes Verhalten in für das Kind ambivalenten Gegebenheiten, mit eventueller Rückversicherung zur Bezugsperson, zeugt von einem inneren Selbstschutz und von einer sicheren Bindungsbeziehung.

Kleinkinder, die daher stark disinhibiertes und unselektives soziales Verhalten in neuen Situationen zeigen, können als auffällig eingeschätzt werden. Kinder, die z.B. auf einen völlig fremden Menschen sofort zugehen, mit ihm in Kontakt treten, eventuell noch physische Nähe suchen oder auch mit einem Unbekanntem sofort mitgehen, ohne dies mit einer Bezugsperson vorher abgeklärt zu haben, zeugt von einer nicht vorhandenen Differenzierungsfähigkeit und einem stark unsicheren Bindungsmuster, das mit ungünstigen Entwicklungskonsequenzen in Verbindung steht. Undifferenziertes Sozialverhalten wurde bisher häufig bei Kindern beschrieben, die in Heimen aufwuchsen und dort in emotional deprivierten Verhältnissen ohne stabile und emotional verfügbare Bezugspersonen lebten (Chisholm, 1998). Lyons-Ruth, Bureau, Riley und Atlas-Corbett (2009) entwickelten ein Beobachtungsverfahren, das sozial indiskriminatorisches Bindungsverhalten erheben sollte und fanden, dass das Maß an uninhibiertem Verhalten gegenüber einem Fremden mit 18 Monaten mit aggressiven und hyperaktiven Verhaltensauffälligkeiten im Alter von fünf Jahren zusammenhing. Auch Hodges und Tizard (1989) fanden, dass frühe „Überfreundlichkeit“ mit unbekanntem Fremden mit großen Schwierigkeiten in den Beziehungsfähigkeiten zu Gleichaltrigen im Jugendalter in Verbindung stand. Hirshfeld-Becker et al. (2003) sichten die Literatur und argumentieren, dass behaviorale Disinhibition mit späterem aggressivem Verhalten und emotionalen Störungen zusammenhängt. Ebenso scheint Furchtlosigkeit in der frühen Kindheit mit späterem internalisierendem sowie externalisierendem Verhalten assoziiert (Colder, Mott, & Berman, 2002). Ein frühes distanzloses, disinhibiertes Verhalten kann als Bindungs-

störung (ungehemmte Form) im Rahmen der gängigen Diagnostiksysteme diagnostiziert werden (Zeanah et al., 2004) und zeugt von einem emotionalen Notstand. Kleinkinder, die eine gesunde Vorsicht in neuen Situationen zeigen, scheinen eine emotional sichere Selbststruktur zu haben, die es ihnen möglich macht, zwischen potentiell gefährlichen und ungefährlichen Gegebenheiten und Personen zu unterscheiden.

3.2.2 Depression/Rückzugsverhalten

Laut Luby (2009a) gab es bis dato noch keine validen empirischen Daten, die eine Diagnostik einer klinischen Depression im Säuglings- und Kleinkindalter möglich machen würden. Lange war man sich in Expertenkreisen uneins, ob überhaupt schon so früh depressive Symptomatiken bestehen können, obwohl von Klinikern eingehende Berichte über depressive Anzeichen in der frühen Kindheit bestehen. Spitz (1945) beschrieb schon früh die furchtbaren Auswirkungen von sozial-emotional deprivierten Säuglingen in Spitälern und Kinderheimen, die durch Apathie, sozialen Rückzug, motorischen Sterotypen und Gedeihstörungen gekennzeichnet waren. Diese krassen Verwahrlosungszustände können allerdings nur als Extreme angesehen werden, die in Familien nur in wenigen Einzelfällen vorkommen. Dennoch bleibt die Beschreibung und Identifizierung erster Anzeichen einer frühen depressiven Problematik ein wichtiges Ziel für eine frühe Prävention angesichts der hohen Depressionsraten im späteren Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter.

Ein bekannter großer Risikofaktor für eine kindliche seelische Gesundheit ist eine elterliche bzw. mütterliche postpartale Depression. Dabei scheint sich die Depression nicht direkt, sondern durch eine beeinträchtigte Mutter-Kind-Interaktion mediiert auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes auszuwirken. Dabei spielt vor allem eine weniger feinfühle Interaktion mit dem Säugling- und Kleinkind eine entscheidende Rolle. Reck (2012, S. 304) beschreibt, dass die Interaktion von depressiven Müttern mit ihrem Kind u.a. durch eine geringere Sensitivität und Responsivität, mehr Passivität und Intrusivität, sowie einem flacheren und negativeren Affekt gekennzeichnet ist. Säuglinge reagieren dabei mit erhöhtem Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und signifikant weniger positiver Emotionalität.

Verschieden Studien konnten zudem feststellen, dass vor allem mütterliche Negativität

in der Interaktion, unabhängig von depressiven Symptomen, mit sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkindalter in Verbindung steht (Dietz, Jennings, Kelley, & Marshal, 2009; Leckman-Westin, Cohen, & Stueve, 2009).

Luby und Belden (2012) untersuchten in einer ersten Studie depressive Symptome im Kleinkindalter retrospektiv im Elternurteil, als die Kinder zwischen drei und sechs Jahren waren. Auf Basis ihrer Ergebnisse argumentieren sie, dass eine Depression auf klinischem Niveau ab einem Alter von 24 Monaten beschreibbar sei und dass frühere Anzeichen von Weinerlichkeit, Irritierbarkeit und unglücklichem bzw. wenig freudvollem Ausdruck geprägt waren. Die Autoren stellen dabei besonders den Mangel an Freude, der bei diesen Kleinkindern mehrheitlich der affektive Normalzustand sei, als mögliches frühes Anzeichen heraus. Zusätzlich fanden sie, dass selbstabwertende Äußerungen und Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen im Kleinkindalter die stärksten Prädiktoren für eine depressive Symptomatik im Vorschulalter war.

Zudem weist Fröhlich-Gildhoff (2013, S. 80-81) auf verschiedene Aspekte einer unstabileren Selbststruktur hin, die als Risikofaktoren mit einer kindlichen Depressivität in Verbindung stehen:

1. Ungenügende Erfahrungen in der dyadischen Emotionsregulation mit einer Überregulation der kindlichen starken positiven sowie negativen Affekte (z.B. Freude, Wut), sodass diese vom Kind zu stark herunterreguliert und zurückgenommen werden müssen und dem Emotionsrepertoire der Kinder nur in geringem Maße zur Verfügung stehen.
2. Ungenügende Befriedigung der Bindungsbedürfnisse, d.h. ein wenig sensibler, responsiver Umgang mit kindlichen Nähe- und Autonomiewünschen, was unsichere Bindungsmuster und die Internalisierung von einem geringen Selbstwert begünstigt.
3. Geringere Selbstwirksamkeitserfahrungen und -erwartungen, die dem Kind einen Mangel an autonomer Kontrolle und Gestaltungsfähigkeit vermitteln, das Gefühl der Hilfslosigkeit begünstigen sowie die Explorationsmotivation und Erkundungsfreude schmälern.

Ein Kleinkind, das in seinem Selbstaussdruck somit nicht adäquat ko-reguliert und in

seinen lebendigen Affekten wahrgenommen und gespiegelt wird und das in seinen Nähe-, Autonomie-, und Erkundungsbedürfnissen nicht liebevoll unterstützt und ermutigt wird, kann somit eine „depressionsrisiko-begünstigende“ Selbststruktur (Fröhlich-Gildhoff, 2013, S. 81) entwickeln.

Oft werden die manchmal subtileren Anzeichen früher Niedergeschlagenheit nicht so deutlich von Eltern und pädagogischen Fachkräften wahrgenommen, da die Kleinkinder oft sehr angepasst sind und auch nicht explizit stören wie andere Kinder, die externalisierenden Verhaltensweisen mit expressiverem Affekt zeigen, welche häufiger als problematisch wahrgenommen werden. Dabei ist es extrem wichtig, auch die internalisierenden frühen Merkmale im Blick zu haben. K. Grossmann (2011) nennt einige der wenig beachteten, stummen Zeichen des Leids im Kleinkindalter. Diese sind u.a. „Koope-ration verweigern, keine Teilnahme an gemeinsamer Freude, ungewöhnlich lange in sich versunken sein, Desinteresse am Erkunden der Angebote, Vermeidung von anderen, anhaltendes ängstliches Anklammern, ständiges Sichern, und Selbststimulation“ (S. 121). Diese Anzeichen können somit Vorläufer und Anzeichen für eine sozio-affektive Beeinträchtigung sein, die es gilt früh als klinisch-relevant zu erachten, um einer möglichen Verschlimmerung im Entwicklungsverlauf vorbeugen zu können.

3.2.3 Psychosomatik

Psychische und emotionale Belastung kann sich auch auf die physische Gesundheit eines Kindes auswirken. Psychischer Stress steht dabei mit einer erhöhten Anfälligkeit für Atemwegserkrankungen wie Erkältung und Grippe in Verbindung und erhöht sich bei länger andauernden Belastungsphasen (S. Cohen, 2005). Anhaltende emotionale Belastung geht mit einer stetigen Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) einher, die die hormonelle Stressreaktion reguliert und durch das Level des Stresshormon Kortisol gemessen werden kann.

Luby et al. (2003) fanden eine veränderte HHN-Achsen Reaktivität bzw. erhöhte Kortisolwerte bei depressiven Vorschülern im Alter zwischen drei und fünf Jahren bei induzierten Stresssituationen im Labor im Vergleich zu zwei Kontrollgruppen (eine störungsfreie und eine anderweitig psychiatrische Kontrollgruppe).

Beijers, Jansen, Riksen-Walraven, und de Weerth (2010) stellten fest, dass pränatales Angst- und Stresserleben der Mutter häufigere Erkrankungen (speziell der Atemwege)

im Kleinkindalter vorhersagte, wobei eine Reihe von psychosozialen Risikofaktoren kontrolliert wurde. Die Autoren verwenden einen Erklärungsansatz, der den emotional belasteten Zustand der Mutter mit mütterlichen erhöhten Kortisolwerten und damit auch einer möglichen Beeinträchtigung des Stressverarbeitungssystems des Kindes in Verbindung bringt.

Boyce und Kollegen (1995, S. 411) konnten zeigen, dass Vorschulkinder, die eine hohe psychobiologische Reaktivität aufwiesen und in belastenden Umweltbedingungen lebten, auch höhere Raten von Atemwegserkrankungen hatten. Kinder, die zwar psychobiologisch reaktiv waren und unter weitgehend stressfreien Bedingungen lebten, hatten dagegen geringe Krankheitsraten. Diese Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und physischer Krankheitsanfälligkeit, die gehäuft als Anzeichen für psychischen Stress gesehen werden können.

Internalisierende Entwicklungsaspekte wie Ängstlichkeit, frühkindliche Depressivität oder hohe Krankheitsanfälligkeit können Anzeichen von unsicheren Repräsentanzen des eigenen Selbst und der Umwelt sein sowie Merkmale von Belastungen, die das Selbst des Kindes nicht problemlos bewältigen kann. Gesunde Vorsicht dagegen ist ein Bestandteil psychischer Sicherheit und muss von Ängstlichkeit abgegrenzt werden. Gerade die weniger beachteten stillen Anzeichen frühkindlicher Unglücklichkeit und psychischem Leiden sollten ebenso hohe Aufmerksamkeit und ein Wahrnehmungsbewusstsein bekommen wie die externalisierenden Auffälligkeiten.

3.3 Externalisierende Aspekte

Im Gegensatz zu internalisierendem Verhalten sind externalisierende Verhalten expandierend nach außen gerichtet. In der frühen Kindheit sind sie durch Trotzanfälle, Unfolgsamkeit (*non-compliance*), Aggression auf Gleichaltrige, ein hohes Aktivitätsniveau und ungenügende Impulsregulation gekennzeichnet (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). Im Zuge der Autonomieentwicklung, neuer motorischer sowie kognitiver Möglichkeiten und eines erwachsenden Selbstgefühls und Ich-Bewusstseins kommt es im Laufe des zweiten Lebensjahres zu neuen Entwicklungsherausforderungen. Eltern müssen Grenzen setzen, die das Kind in seinen Wünschen von Zeit zu Zeit einschränken. Abhängig davon wie konsistent, klar und sensitiv familiäre Regeln dem Kind gegenüber vertreten werden und wie dem Kleinkind dabei geholfen wird, seine Affekte zu regulie-

ren, kann das Kleinkind diese Regeln internalisieren. Im glücklichen Fall bildet sich im Kind durch die Verinnerlichung der elterliche Grenzen dann ebenso eine innere Repräsentanz dieser Regeln aus, die die intrapsychische Selbstregulation unterstützt (Cierpka & Cierpka, 2012). Während ein gewisses Maß an Trotzverhalten völlig normal ist, da ein Kleinkind in diesem Alter anfängt, sich als Individuum zu erleben und sein eigenes Selbst zu vertreten, kann der Ausdruck von kindlichem exzessivem Trotzen, unkooperativem, unfolgsamen Verhalten, vermehrten Affektdurchbrüchen/Wutanfällen oder auch aggressivem Verhalten ein Zeichen von emotionaler Dysregulation und sozial-emotionalen Schwierigkeiten sein. Im Folgenden sollen Bedingungen, Korrelate und Entwicklungskonsequenzen von frühkindlichem externalisierendem Verhalten kurz dargestellt werden und dann spezifisch auf die jeweiligen Merkmale eingegangen werden.

Externalisierende Verhaltensprobleme im Kleinkindalter sind ein relativ häufiger Anlass für Eltern, eine Beratungsstelle aufzusuchen (Cierpka & Cierpka, 2012). Häufige Wutanfälle und oppositionell-aggressives Verhalten bringen Eltern oft an den Rand ihrer eigenen Belastungsfähigkeit und Elternkompetenz und schaffen einen hohen Leistungsdruck. Studien konnten zudem feststellen, dass externalisierende Verhaltensweisen nicht transient sind und Stabilitäten von sowohl beobachteten als auch durch Elternauskunft erhobenen externalisierenden Problematiken ab einem von zwei Jahren bis ins Jugendalter gefunden werden (vgl. Campbell et al., 2000; Shaw, Keenan, & Vondra, 1994). Daher ist es wichtig, frühzeitig für externalisierende Auffälligkeiten zu screenen, um gegebenenfalls präventative Maßnahmen ergreifen zu können, so dass es nicht zu einer Chronifizierung der Problematiken kommt.

Gegenüber einer Reihe von familären Riskofaktoren wie z. B. einem psychisch belasteten Elternhaus, stehen aus Sicht der dyadischen Beziehungserfahrung ein hohes Maß an elterlicher kontrollierender Negativität, geringer positiver Affektivität und geringer Gegenseitigkeit und Responsivität in der Interaktion in Zusammenhang mit externalisierendem Verhalten (Cole, Teti, & Zahn-Waxler, 2003; Deater-Deckard, Atzaba-Poria, & Pike, 2004; Lunkenheimer, Olson, Hollenstein, Sameroff, & Winter, 2011; Rubin, Hastings, Chen, Stewart, & McNichol, 1998). Zudem erwies sich elterliches zurückweisendes (Shaw, Owens, Giovannelli, & Winslow, 2001), als auch mütterliches permissives sowie väterliches autoritäres Erziehungsverhalten als prädiktiv für externalisierende

Problemverhalten (Beelmann, Stemmler, Lösel, & Jaursch, 2007; Rinaldi & Howe, 2012).

Bezüglich der Bedingungsfaktoren für externalisierendes Problemverhalten gibt es verschiedene Untersuchungen. Temperamentstheoretisch stehen eine hohe negative Emotionalität, geringe selbstregulative Fähigkeiten und Aufmerksamkeitsprobleme mit externalisierendem Verhalten in Verbindung (Gartstein et al., 2012; Hill, Degnan, Calkins, & Keane, 2006). Eisenberg und Kollegen (2010) fanden einen konsistenten Zusammenhang zwischen der kindlichen Aufmerksamkeits- und Handlungskontrolle (*effortful control*) und externalisierenden Verhaltensproblemen bei Kindern im Alter zwischen 18 und 42 Monaten über drei Messzeitpunkte hinweg. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine inadäquate Emotionsregulation eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von externalisierendem Verhalten spielt (vgl. Bandon et al., 2010). Zudem scheinen Jungen häufiger externalisierendes Verhalten zu zeigen als Mädchen (Rubin et al., 1998).

3.3.1 Oppositionelles Verhalten (*Non-compliance*)

Compliance, also die Bereitschaft eines Kindes den elterlichen Bitten und Aufforderungen Folge zu leisten, gilt als Charakteristikum sozial-emotionaler Kompetenz und als Merkmal der Internalisierung von elterlichen Regeln und Verboten und damit als Vorstufe in der Moralentwicklung (Kochanska & Aksan, 2006). Inwieweit ein Kind kooperationswillig ist kann durch unterschiedliche begriffliche Ausdrücke beschrieben werden. Kochanska (2002) differenziert zwischen einer *Committed compliance* und einer situativen (*situational*) *Compliance*. *Committed Compliance* bedeutet, dass ein Kind intrinsisch-motiviert, willentlich und selbst-reguliert, d.h. ohne weitere Aufforderungen oder Erinnerungen, einer elterlichen Bitte folgt. Bei einer situativen *Compliance* kooperiert das Kind zwar, aber tut dies nicht aus innerer Überzeugung heraus, sondern aufgrund der äußeren Umstände und der Erwartung und Kontrolle der Eltern. Zusätzlich kann zwischen einer passiven *Non-compliance*, d.h. dem Ignorieren der Aufforderungen, und einem aktivem Trotzverhalten (*defiance*) mit aggressiv-oppositionellen Verhaltensaspekten unterschieden werden.

Verschiedene Studien untersuchten eine Reihe von Prädiktoren für die kindliche *Compliance*. Dabei wurde gegenseitiger positiver Affekt in der Eltern-Kind-Interaktion (Kochanska & Aksan, 1995), elterliche Sensitivität und feinfühliges Grenzsetzung

(Feldman & Klein, 2003) eine geringe kindliche negative Reaktivität sowie ein sicherer Bindungsstil (Lickenbrock et al., 2013) als Einflussfaktoren ermittelt. Lehman, Steier, Guidash, und Wanna (2002) fanden, dass mütterliche emotionale Verfügbarkeit (besonders die Aspekte der Strukturierung und Sensitivität) der stärkste Prädiktor von Compliance war. Ebenso wurden die kooperierenden Kleinkinder als weniger sozial ängstlich und weniger wütend beschrieben. Dix, Stewart, Gershoff, und Day (2007) stellten fest, dass mütterliches unterstützendes Verhalten kindliche Folgsamkeit vorhersagte, aber auch, dass Trotz bei Ein- und Zweijährigen mit positivem mütterlichen Eigenschaften wie z.B. Autonomieförderung und niedriger depressiven Symptomatologie in Verbindung stand. Dieser Befund zeigt auf, dass ein gesundes Maß an Trotz und eigenständigem Selbstaussdruck in entwicklungsförderlichen Beziehungsstrukturen vorkommen und der Etablierung des Selbst dienen. Häufiges oppositionelles, trotziges Verhalten allerdings gilt als Risikofaktor für ein späteres gestörtes Sozialverhalten im Umgang mit Gleichaltrigen als auch Lehrern und Erziehern in Kindergarten und Schule (Masten & Coatsworth, 1998).

Zudem fanden Kochanska, Kim, und Boldt (2013), dass eine kooperationswillige Haltung (*willing stance*) des Kindes die Beziehung zwischen mütterlicher Responsivität und späteren externalisierenden Problemen voll mediierte. Die vorliegenden Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass die Eltern-Kind-Beziehungsqualität entscheidend für die kindliche Kooperationsbereitschaft ist, welche wiederum mit einer Reihe von sozial-emotionalen Kompetenzen einhergeht.

3.3.2 Aggressivität

Der Ausdruck von Wut, Ärger und Aggressivität gehört im Rahmen der Autonomie- und Selbstentwicklung zum Kleinkindalter dazu. Laut M. Papoušek und von Hofacker (2004) kann sich dies z.B. durch provokative Wut- und Trotzanfälle einschließlich absichtlichem Herumwerfen oder auch willentlichem Kaputtmachen von Gegenständen äußern. Ebenso zeigt sich Aggressivität im Kontakt mit Eltern und Gleichaltrigen durch „Beißen, Kratzen, Schubsen, Schlagen und Wegnehmen in Konflikten um begehrte Spielobjekte“ (S. 211). Dabei ist nicht so sehr das Auftreten aggressiven Verhaltens per se, sondern dessen Frequenz, Pervasivität und Persistenz als psychopathologisch relevant anzusehen (Fröhlich-Gildhoff, 2013; M. Papoušek & von Hofacker, 2004; Tremblay, 2000). Belden, Thomson, und Luby (2008) fanden, dass Vorschulkinder, die

mit einer Störung des Sozialverhaltens diagnostiert waren, im Vergleich mit einer gesunden und einer depressiven Vergleichsgruppen signifikant häufiger Wutanfälle hatten und dass diese auch länger andauerten und gewaltsamer waren. Zudem bestätigte eine Längsschnittstudie, dass frühe aggressive sowie negative Interaktionen mit Gleichaltrigen bei Jungen zwischen 15 und 23 Monaten stabil blieben (Deynoot-Schaub & Riksen-Walraven, 2006).

Die Einflussfaktoren sind ähnlich wie bei externalisierenden Auffälligkeiten allgemein. Hinzu kommen multiple familiäre Risikofaktoren (vgl. Tremblay et al., 2005), wie z.B. elterliche Aggression und geringe Zuneigung (Belden et al., 2008), Gewalterfahrungen in der Familie, kontrollierend-autoritäre Disziplinierung des kindlichen Verhaltens, feindseliges, abweisendes Elternverhalten (Knox, Burkhart, & Khuder, 2011) und eine dysfunktionale Interaktion, die dem Kind keinen geeigneten Rahmen für die Regulation von intensiven, wütendene Gefühlen bietet. Aggressivität scheint u.a. auch mit gestörten, vor allem desorganisierten Bindungsrepräsentanzen (Lyons-Ruth, 1996), einem Mangel an gesunder Vorsicht (vgl. Kapitel 3.2.1), niedriger Frustrationstoleranz (vgl. Kapitel 3.1.1) und beeinträchtigter Impulskontrolle zusammenzuhängen. Desweiteren wird der Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten und veränderten Spiegelbildern verschiedener neurophysiologischer Botenstoffe (z.B. Testosteron, Serotonin, Kortisol) diskutiert (vgl. Cierpka, Lück, Strüber, & Roth, 2007).

Aggressiv-auffällige Kinder sind zudem meist in ihrer weiteren sozial-emotionalen Entwicklung gestört, haben ein geringeres Emotionsverständnis (Bohnert, Crnic, & Lim, 2003), sind meist unbeliebter bei ihren Peers und weisen auch aufgrund einer verminderten Empathiefähigkeit ein hohes Risiko für Schwierigkeiten in Peer-Beziehungen auf (Campbell, Spieker, Burchinal, Poe, & Network, 2006). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass frühe Aggression sowohl transient als auch persistent sein kann und bei Beständigkeit mit einer Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit und weiteren Entwicklung zusammenhängt.

3.3.3 Motorische Unruhe

Ein übermäßiges Aktivitätsniveau bzw. motorische Rastlosigkeit und Unruhe in der frühen Kindheit wird als Prädiktor für eine spätere Aufmerksamkeitsdefizit-

Hyperaktivitäts- (ADHS) Symptomatik diskutiert (Gawrilow, Petermann, & Schuchardt, 2013) als auch mit anderen späteren externalisierenden Verhaltensweisen in Verbindung gebracht. Da schon im Vorschulalter diagnostizierbare ADHS-Symptome auftreten (Breuer & Dopfner, 2006; Zenglein, Beyer, Freitag, & Schwenck, 2013), stellt sich die Frage nach den Vorläuferproblematiken im Kleinkindalter. Allerdings gibt es nur wenige Langzeitstudien, die Aufschluss darüber geben könnten. Zum Beispiel haben Analysen im Rahmen der Mannheimer Längsschnittstudie gezeigt, dass sowohl motorische Unruhe und Irritierbarkeit als Temperamentsmerkmale als auch ein vermindertes Sprachverständnis im Kleinkindalter eine hyperkinetische Störung im Grundschulalter prädizierten (Schmidt, Laucht, Wyschkon, Fischer, & Esser, 2007). Dies trifft in besonderem Maße zu, falls Kinder auch noch vermehrt oppositionelle Verhaltensaspekte zeigten (Millenet, Hohmann, Poustka, Petermann, & Banaschewski, 2013). Im Vergleich zu anderen frühen psychopathologisch relevanten Auffälligkeiten scheint es wenige spezifischen Bedingungsfaktoren von hyperkinetischen Problem zu geben, die nicht ebenso mit anderen emotionalen oder Verhaltensstörungen assoziiert sind. Bezüglich spezifischen Risiken berichten Studien von mütterlichem Rauchen in der Schwangerschaft (Laucht & Schmidt, 2004), Frühgeburtlichkeit, geringem Geburtsgewicht, einer nicht-intakten Familie, einem jungen Alter der Mutter, väterlichem unsozialem Verhalten sowie mütterlicher Depressivität als Riskofaktoren (Galéra et al., 2011). Zwei weitere Studien konnten Zusammenhänge zwischen Hyperaktivität und weniger Nachtschlaf bzw. häufigerem nächtlichem Aufwachen finden (Scott et al., 2013; Touchette et al., 2009). Eine andere Untersuchung stellte fest, dass väterliche Involviertheit mit weniger und inkonsistenter Disziplinierung mit mehr ADHS-Symptomen korrelierte (Hawes, Dadds, Frost, & Russell, 2013). Zudem wird aus der klinischen Praxis für den Altersbereich der frühen Kindheit ein Zusammenhang von ADHS-Symptomen und einer Beeinträchtigung des Spielverhaltens mit chronischer Spielunlust und einer verringerten Spielintensität und Spieldauer beschrieben (Gawrilow et al., 2013; M. Papoušek, 2004a, 2012). Eine Früherkennung von einer spezifischen ADHS-Problematik stellt sich als nicht einfach dar, da ähnliche Risikofaktoren auch mit anderen Störungsbildern in Verbindung stehen. Die Studienlage ist lückenhaft und heterogen, so dass ein nuanciertes Bild zu den Vorläufern von Hyperaktivität in der frühen Kindheit nicht beschränkt möglich ist, ein wichtiger Aspekt scheint allerdings auch schon die frühe motorische Unruhe.

Kindliche externalisierende Verhaltensweisen, die durch übermäßigen Trotz und Wutanfälle, Oppositionalität, wenig Kooperationsbereitschaft, Aggressivität und motorischer Unruhe geprägt sind können als Anzeichen von kindlicher psychischer Belastung oder auch schwieriger Beziehungserfahrungen gesehen werden und stellen ein Risiko für eine positiv verlaufende sozial-emotionale Entwicklung dar.

3.4 Kompetenzaspekte

Im Kleinkindalter werden auch eine Reihe von sich entwickelnden positiven sozial-emotionalen Fertigkeiten ersichtlich, die hier unter den Begriff der Kompetenzen geordnet werden. Während in der frühen Kindheit die sozial-emotionale Entwicklung generell mit seelischer Gesundheit gleichgesetzt wird, werden sozial-emotionale Kompetenzen im späteren Kindesalter etwas enger gefasst und mit positiver Beziehungsfähigkeit und Beziehungsgestaltung über verschiedene Kontexte hinweg definiert. Darunter zählen u.a. adäquate Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten sowie empathisch-prosoziales Verhalten. Auch sind sozial-emotionale Kompetenzen mit einem geringeren Stressempfinden, höherem Selbstregulationsvermögen und größeren Sympathiewerten bei Gleichaltrigen verbunden (Blandon et al., 2010; Keane & Calkins, 2004) und gelten allgemein als Schutzfaktor für die seelische Gesundheit. Inwiefern ein Kleinkind sich konzentrieren und in ein Spiel vertiefen und darin ausdrücken kann, inwieweit es in Interaktionen bezogen ist und empathisch reagiert, dienen als Anzeichen seiner psychischen Verfassung. Im Folgenden sollen verschiedene Aspekte sozial-emotionaler Kompetenzen im Kleinkindalter kurz beleuchtet und ihre Relevanz für die seelische Gesundheit aufgezeigt werden.

3.4.1 Konzentrationsfähigkeit

Laut Choudhury und Gorman (2000) kann das Konzept der Konzentrationsfähigkeit bzw. Aufmerksamkeit in der frühen Kindheit in zwei Komponenten aufgespalten werden. Die eine wird als stimulus-orientiert, also auf (neue) Reize gerichtet und die andere als fokussiert/andauernd (*focused/sustained*) beschrieben. Besonders die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit andauernd auf einen bestimmten Fokus auszurichten, gilt als Voraussetzung für das Erlernen von neuen Fähigkeiten und Kenntnissen, da alle wichtigen Lernprozesse der kognitiven Informationsverarbeitung im Rahmen von fokussierter Aufmerksamkeit stattfinden. Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Aufmerksam-

keitskomponenten ist, dass fokussierte Aufmerksamkeit als vom Kind freiwillig bestimmt bzw. von ihm willentlich kontrolliert definiert ist, was laut Autoren zu einer höheren interindividuellen Variabilität in der Fähigkeit führt als die stimulus-orientierte Aufmerksamkeit. Die Fähigkeit des „Sich-völlig-Vertiefen-Können“ wurde auch schon von der Reformpädagogin Montessori unter dem Begriff „Polarisierung der Aufmerksamkeit“, als auch vom Psychologen Csikszentmihalyi (1990) als „Flow“ beschrieben. Beide Begriffe bilden einen mentalen Zustand ab, der einer aktiven Meditation mit völlig präsentem Geist gleicht: Einen zeitlosen Zustand des absoluten Versunkenseins, der völligen Konzentration auf eine selbstgewählte Tätigkeit. Beide sehen diesen Zustand als essentiell für sowohl persönlichen Lernerfolg, Erkenntnisgewinn, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Leistungsvermögen, als auch für eine intrinsische Motivation für und Freude an der Tätigkeit an.

Verschiedene Studien fanden, dass eine positive Emotionalität und eine gelingende Emotionsregulation mit erhöhter Aufmerksamkeitsspanne im Kleinkindalter einhergeht, während negativer Affekt damit negativ korrelierte (Gaertner, Spinrad, & Eisenberg, 2008; Kochanska, Coy, Tjebkes, & Husarek, 1998). Auch im späteren Kindesalter wurde ein Zusammenhang zwischen einer gelingenden Aufmerksamkeitsregulation und prosozialem Verhalten und Beliebtheit gefunden, während Defizite darin mit einer ADHS-Symptomatik und Schulproblemen in Verbindung standen (vgl. Masten & Coatsworth, 1998). Choudhury und Gorman (2000) berichten von Befunden, die zeigten, dass Konzentrationsfähigkeit von Kleinkindern in einer freien Spielsituation komplexere Spielformen, wie Symbolspiel und Explorationsspiel prädizierte. Graziano et al. (2011) untersuchten in einer längsschnittlichen Studie anhand einer Stichprobe von ca. 450 Kindern im Alter von 2 und später 4 ½ Jahren den Zusammenhang zwischen mütterlichem Verhalten, kindlicher Emotionsregulation und Konzentrationsfähigkeit/Daueraufmerksamkeit (*sustained attention*). Dabei korrelierte hilfesuchendes Verhalten als Emotionsregulationsstrategie mit Daueraufmerksamkeit positiv, während vermeidendes kindliches Verhalten als auch überkontrollierendes/intrusives Verhalten der Mutter negativ damit in Verbindung stand. Mütterliche Responsivität prädizierte die größten Zuwächse in Daueraufmerksamkeit zwischen 2 und 4 ½ Jahren. In einer deutschen Untersuchung hatten Kinder, die ADHS-Symptome im Vorschulalter zeigten, selbst bei durchschnittlicher Arbeitsgedächtnisleistung und Intelligenz ein erhöhtes Risiko von Erziehern als nicht schulfähig oder eingeschränkt schulfähig eingeschätzt zu

werden als eine Kontrollgruppe ohne ADHS-Symptomatik. Kinder, die somit früh Aufmerksamkeitschwierigkeiten und andere problematische Sozialverhaltensweisen zeigen, scheinen schon vor Eintritt in die Schule in ihrem Bildungsweg beeinträchtigt (Schuchardt, Grube, & Mähler, 2013). Dabei scheint die Fähigkeit zur fokussierten Aufmerksamkeit schon schnell relativ stabil. Es wurden Stabilitäten in der Fähigkeit zu fokussierter Aufmerksamkeit zwischen 18 Monate und 28 Monate alten Kleinkindern gefunden (Gaertner et al., 2008) sowie vom Kindesalter bis ins Jugend- und frühe Erwachsenenalter (Biederman et al., 2008; Biederman et al., 2007).

Kleinkinder, die schon früh durch Aufmerksamkeitschwierigkeiten auffallen, haben somit ein Risiko, in verschiedenen Entwicklungsbereichen Defizite zu entwickeln. Dem sollte durch eine rechtzeitige Aufmerksamkeit auf die kindliche Konzentrationsfähigkeit entgegengewirkt werden, so dass Beeinträchtigungen, die vor allem den späteren Bildungserfolg sowie eine positive Sozialentwicklung gefährden, so früh wie möglich erkannt werden können.

3.4.2 Positives Spielverhalten

Das Spielverhalten eines Kindes ist ein bedeutender Indikator seiner seelischen Verfassung (vgl. Oerter, 2003). Das Spiel dient dem Kind als primäre Ausdrucksform und als Rahmen des Erlernens und der Erprobung verschiedenster motorischer, (sozial-) kognitiver, interaktionell-kommunikativer, motivationaler und sozial-emotionaler Fähigkeiten; Es bietet die Möglichkeit, diverse Emotionen auszudrücken und regulieren zu lernen, sich als handelnder Agent wahrzunehmen und wichtige Selbstwirksamkeits- und Kontrollerfahrungen zu machen. Durch die Möglichkeit des Ausprobierens und des „Als-Ob-Spiels“ können Kinder ihrer psychischen Lage Ausdruck verleihen, innere Spannungszustände symbolisch abbilden und diese mit elterlicher/erzieherischer/bzw. gegebenenfalls therapeutischer Hilfe verstehen, regulieren oder durcharbeiten (Sumaroka & Bornstein, 2009). H. Papoušek (2003) erläutert einige grundlegende Aspekte des kindlichen Spiels, indem der Autor aufführt, dass (1) ein Kind nur spielt, wenn es sich wohl und emotional sicher fühlt, (2) ein Kind eine intrinsische Motivation für Spiel hat, (3) der Sinn des Spiels sich nicht im Endprodukt, sondern im kontinuierlichen Handeln/Tun liegt, (4) die Form und Thematik des Spiels den Entwicklungsstand des Kindes abbildet und (5) jedes Kind die verschiedenen Stufen des Spielverhaltens in gleicher Reihenfolge durchläuft.

Im folgenden werden verschiedene Beschreibungen der Entwicklung des kindlichen Spiels (Labuhn, 2011; Largo & Benz, 2003) integriert: Im ersten Halbjahr hat das Spiel vor allem sensomotorischen Charakter; das Kind imitiert die Mimik, Lautmalerei seiner Bezugspersonen und beginnt Gegenstände mit Händen und Mund zu erkunden und nutzt seine Hände und Füße als Spielobjekte, das Spiel bleibt somit weitestgehend auf den Körper des Kindes beschränkt. Ab ca. sechs Monaten beginnt das Kind verstärkt Gegenstände zu explorieren (*Explorationspiel*). Anfang des zweiten Lebensjahres fängt es an sog. *Repräsentatives Spiel* zu zeigen, was die ersten Hinweise auf eine sich entwickelnde Symbolisierung und mentale Repräsentation von Handlungen ersichtlich macht. Es beginnt nun die gemachten Erfahrungen des funktionellen Spiels auf neue Situationen zu übertragen, z.B. es füttert seine Puppe. Ende des zweiten Lebensjahres kann es verschiedene Handlungssymboliken auch im Rahmen eines *sequenziellen Spiels* verbinden, d.h. eine längere, verbundene Spielsequenz erschaffen. Ende des zweiten Lebensjahres beginnt ein Kleinkind mit dem *Symbolspiel/Als-Ob-Spiel*, bei dem z.B. Gegenständen eine andere Bedeutung zugeschrieben wird, z.B. Banane als Telefonhörer, oder etwas auch nur imaginär besteht. Es entwickelt sich ebenso in dieser Zeit das *Parallelspiel*, bei dem Kinder für sich, aber nicht in unmittelbarer Proximität spielen; Erst im dritten Lebensjahr vermag ein Kind in eine dyadische Interaktion mit einem Gleichaltrigen zu treten und sich auf ein anderes Kind zu beziehen. Laut Largo und Benz (2003) entwickelt sich aus dem Symbolspiel dann zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr das *Rollenspiel* (z.B. Mutter-Vater-Kind-Spiel), bei dem ein Kind einen längeren Handlungsdialog verfolgen und verschiedene Interaktionspartner einbeziehen und deren Rolle repräsentieren kann. Das Vermögen, Gefühle und Handlungen mental repräsentieren zu können, gilt als Kennzeichen psychischer Gesundheit (vgl. Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002), daher ist die kindliche Symbolisierungsfähigkeit im Spiel ein wichtiges frühes Merkmal derselben. Unter anderem zeigen Untersuchungen, dass die Menge und Komplexität des kindlichen Symbolspiels bzw. Fantasiespiels verschiedene Aspekte sozialer Kompetenz (Connolly & Doyle, 1984), als auch von Kreativität (Hoffmann & Russ, 2012) vorhersagten. Auch Sumakoka und Bornstein (2009) nennen den Befund, dass Objektspiel von Eltern und Kind zwischen zwei und vier Jahren die kindliche soziale Kompetenz mit fünf Jahren prädizierte.

Kinder, die nicht spielen oder deren Spielvermögen nicht ihrem Entwicklungsstand

bzw. Alter entspricht, können als auffällig eingeschätzt werden (Laplante, Zelazo, Brunet, & King, 2007). Auch M. Papoušek (2004a, 2012) deutet eine frühkindliche Spielunlust als Zeichen einer Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit. Bindungstheoretisch ist das Gefühl der psychischen Sicherheit die Grundvoraussetzung für den Explorations- und Spielwillen. Ein Kind, dessen Bindungsbedürfnis dauerhaft aktiviert ist, ist meist in seinem Erkundungsverhalten stark eingeschränkt und verfügt eventuell nicht über den elterlichen feinfühligem schutzgebenden Rahmen bzw. sicheren Hafen, bei dem das Kind immer wieder emotional „auftanken“ kann und aus dem heraus und mit dessen Unterstützung es seine Umwelt erforschen kann (K. Grossmann & Grossmann, 2003). Im Idealfall bieten Eltern dem Säugling und Kleinkind einen feinfühligem Rahmen und eine Unterstützung bei Herausforderungen im Spiel im Sinne eines intersubjektiven Austauschs. M. Papoušek (2006) beschreibt dies als „anregenden, strukturierenden und unterstützenden Rahmen, einen stressfreien Spielraum, in dem (das Kind) seine reifenden Fähigkeiten selbstwirksam, in Eigenaktivität, erproben und einüben kann.“ (S. 11). Eine feinfühligem elterliche Begleitung des kindlichen Erlebens im Spiel unterstützt das Kind dabei, sich emotional zu regulieren, die Welt zu verstehen und sich sinnhafte Zusammenhänge zu erschließen. Als Einflussfaktoren auf kindlichen Spielvermögen konnten Feldman und Greenbaum (1997) zeigen, dass sowohl kindliche Affektregulation, interaktionelle Synchronizität der Mutter-Kind-Dyade als auch mütterliche Gefühlsabstimmung (*affect attunement*) im Säuglingsalter die Symbolisierungsfähigkeit (u.a. kindliches Symbolspiel) mit 24 Monaten prädizierten. Ebenso konnte festgestellt werden, dass Kleinkinder, deren Mütter während der Schwangerschaft sehr gestresst waren, weniger funktionelles und mehr stereotypes Spielverhalten zeigten (Laplante et al., 2007).

Neben einem allgemeinen Spielverhalten ist auch die Fähigkeit, in sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen zu treten, ein Marker von sozialer Kompetenz. In diesem Zusammenhang kritisieren Williams, Ontai und Mastergeorge (2007), dass viele der Konzeptualisierungen von sozialer Kompetenz im späteren Kindesalters nicht unbedingt auf das Säuglings- und Kleinkindalter übertragbar sind. Sie argumentieren, dass z.B. aggressive Verhaltensweisen im Kleinkindalter nicht notwendigerweise Kennzeichen fehlender sozialer Fähigkeiten seien, sondern zur normalen Entwicklung dazugehören. Vielmehr würden andere Aspekte kleinkindlichen Verhaltens soziale Kompetenz besser repräsen-

tieren. Sie fanden, dass die Dimensionen (1) Freundschaftlichkeit mit Gleichaltrigen (*peer sociability*), (2) aktiver Ablehnung von Gleichaltrigen (*active peer refusal*) und (3) der passiven Vermeidung von Gleichaltrigen (*passive peer refusal*) unterschiedliche Faktoren der sozialen Kompetenz im Kleinkindalter mit konvergenter und prädiktiver Validität darstellten. Das kindliche Spielverhalten und die Qualität des Gleichaltrigenkontakts sind Ausdruck des seelischen Zustandes eines Kleinkindes und können als Indikatoren für eine sich entwickelnde soziale Kompetenz herangezogen werden.

3.4.3 Imitation

Kinder kommen bereits mit der Fähigkeit, die Gesichtsausdrücke ihrer Interaktionspartner mimisch zu imitieren, auf die Welt (Meltzoff & Moore, 1977, 1983). Nach und nach ahmen Säuglinge und Kleinkinder auch weitere Gesten und Lautmalereien nach und lernen in der Interaktion dialogisch zu kommunizieren (Meltzoff & Moore, 2000). Piaget (1962) betonte die große Bedeutung der Imitation für die kognitive Entwicklung und postulierte verschiedene Phasen der Imitationsentwicklung. Laut ihm erlangen 18-24 Monate alte Kleinkinder die Fähigkeit zur aufgeschobenen Nachahmung (*deferred imitation*), das für ihn Kennzeichen einer nun vorhandenen mentalen Repräsentationsfähigkeit ist und zum Symbolspiel befähigt. Die Fähigkeit zur Imitation wird ebenso als Vorläufer verschiedener Aspekte sozial-kognitiver Kompetenzen, z.B. einer Theory of Mind, diskutiert. Charman et al. (2000) fanden z.B., dass Imitationsfähigkeit mit 20 Monaten mit expressiver Sprachfähigkeit mit 44 Monaten assoziiert war.

Zeedyk (2006) stellt sich in die Tradition vieler intersubjektivistischer Entwicklungstheoretiker und -psychologen (z.B. Colwyn Trevarthen, Daniel N. Stern), indem sie postuliert, dass gegenseitige Imitation ein Mittel sozialer Kommunikation ist, welches entscheidend zur Selbstentwicklung eines Kindes beiträgt. Sie schlägt vor, den Begriff der Imitation zu rekonzeptionalisieren, um deren affektive Bedeutung stärker zu beleuchten. Dabei kritisiert sie, dass sich Imitationsforschung in der Vergangenheit auf deren Art und Funktion konzentriert hat und die emotionale Qualität derselben meist übersehen wurde. Sie schlägt vor, dass gerade die affektive Komponente der frühen Imitation zu einer emotionalen Intimität und Verbundenheit zwischen Eltern und Kind führt, die im intersubjektiv-interaktionellen Austausch entscheidenden Beitrag zur Entwicklung von Selbstbewusstheit, Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit leistet. Imitation wird als innigste Kommunikation zwischen dem Selbst und dem Ande-

ren beschrieben, die durch das „Sich-selbst-im-Anderen-Sehen“ das Bewusstsein für das eigene Selbst stärkt. Genau wie das sprachliche Spiegeln der Affektzustände eines Kindes für deren Regulation und Verständnis derselben bedeutend ist, ist die frühe Imitation zwischen Eltern und Kind die mimische und gestische Komponente, die die subjektive Selbstverständnissentwicklung des Kindes maßgeblich fördert.

Hierzu passt der Befund, dass mütterliche kontingente Responsivität mit hohen Imitations- und Spielfähigkeiten von Kleinkindern im Alter zwischen 12-36 Monaten in Verbindung stand (Brophy-Herb et al., 2011). Auch berichten Kochanska und Aksan (2006), dass Kleinkindern, die ihre Mütter in einer Lernsituation eifrig imitierten, eine reifere Gewissensbildung im Alter von vier Jahren aufwiesen. Viele Untersuchungen konnten zudem belegen, dass Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung Defizite in sozialer Kommunikation, Symbolisierungsfähigkeit und speziell auch in ihrer Imitationsfähigkeit aufweisen (z.B. Strid, Heimann, & Tjus, 2013). Folglich kann die Imitationswillig- und Fähigkeit eines Kleinkindes als Aspekt der Beziehungsqualität zu den Eltern und als Indikator einer gelingenden sozialen Kommunikationsfähigkeit angesehen werden, die besonders, wenn sie nur sehr eingeschränkt oder nicht vorhanden ist, als auffällig eingeschätzt werden kann.

3.4.4 Empathie und prosoziales Verhalten

Mitfühlend-prosoziales Verhalten ist ein wichtiger Aspekt sozial-emotionaler Kompetenz und Voraussetzung für ein gelingendes soziales Miteinander. Die Fähigkeit empathisch und hilfsbereit auf andere zu reagieren bildet sich im Kleinkindalter heraus und entwickelt sich im zweiten und dritten Lebensjahr entscheidend weiter (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman, 1992).

Säuglinge reagieren zwar auch emotional auf das Leid anderer, aber tun dies durch Gefühlsansteckung (*emotional contagion*), wobei die Emotion des Anderen zum eigenen Gefühl des Kindes wird. Empathie hingegen zeichnet sich durch Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Gefühle anderer aus, ohne selbst in Besitz des Gefühls genommen zu werden. Experten gehen davon aus, dass echte Empathie erst gezeigt werden kann, wenn Kleinkinder über eine Ich-Andere Differenzierungsfähigkeit, Perspektivübernahme und über eine Bewusstheit ihres eigenen Selbst (wie z.B. Selbsterkenntnis im Spiegel) verfügen. Empathie wird als erster Zugang zu der subjektiven Realität eines

Anderen verstanden (vgl. Bischof-Kohler, 2011, 2012; de Waal, 2008). Auch gilt Empathiefähigkeit als Voraussetzung für prosoziales Verhalten, da es Mitempfindung und Verständnis bedarf, um hilfreich tätig werden zu können. Es konnten mittelhohe Zusammenhänge zwischen empathischer Besorgnis und prosozialem Verhalten gefunden werden (Zahn-Waxler et al., 1992). Mitfühlend-prosoziale Verhaltensweisen sind u.a. helfen, trösten, teilen und kooperieren. Schon Kleinkinder im Alter von 14 Monaten zeigen rudimentäres instrumentelles Helfen (Warneken & Tomasello, 2007). Zwischen ca. 18 und 24 Monaten zeigen die meisten Kinder spontanes, altruistisches Teil- und Hilfeverhalten, indem sie z.B. von ihrem Besitz teilen, ein fallengelassenes Objekt wieder aufheben oder auch ihren Eltern im Haushalt helfen wollen (Brownell, Svetlova, & Nichols, 2009; Dunfield, Kuhlmeier, O'Connell, & Kelley, 2011; Rheingold, 1982; Warneken & Tomasello, 2006). Eine große Zwillingsstudie untersuchte die frühe Empathieentwicklung längsschnittlich bei Kindern von 14 bis 36 Monaten und fand, dass sowohl genetische als auch Umwelteinflüsse einen Beitrag zur Empathieentwicklung leisten, dass Empathie aus sowohl kognitiven wie emotionalen Komponenten besteht, und dass mitfühlend-prosoziales Verhalten von 14 bis 36 Monaten relative Stabilität aufwies (Knafo, Zahn-Waxler, Van Hulle, Robinson, & Rhee, 2008). Svetlova, Nichols, und Brownell (2010) berichten allerdings, dass 18 Monate alte Kinder noch mehr klare kommunikative Unterstützung eines Erwachsenen benötigten, um prosoziales Verhalten zu zeigen; Kinder im Alter von 30 Monaten hingegen brauchen durch ihre fortgeschrittenen sozial-kognitiven Fähigkeiten weniger kommunikative Hilfe.

Dabei zeigen sich schon früh interindividuelle Differenzen, die sowohl durch genetische, neurophysiologische, als auch unterschiedliche Sozialisierungseinflüsse erklärt werden (Hay & Cook, 2007). Bezüglich des Erziehungsverhaltens erwiesen sich elterliche Feinfühligkeit (Volland & Trommsdorff, 2003) sowie Wärme und Responsivität als Prädiktoren für späteres prosoziales Verhalten (Farrant, Devine, Maybery, & Fletcher, 2012). Moreno, Klute und Robinson (2008) fanden, dass die Beziehung zwischen mütterlicher emotionaler Verfügbarkeit bei 15 Monate alten Kindern und kindlicher Empathie mit zwei Jahren durch die kognitiven und sozialen Kompetenzen des Kindes mediiert wurden. Licata, Kristen, Thoermer und Sodian fanden längsschnittliche Zusammenhänge zwischen mütterlicher Mind-Mindedness, einer Tendenz der Mutter dem Kind angemessene mentale Zustände zuzuschreiben, im Alter von sieben Monaten und Empathiefähigkeit bei Kindern im Alter von 24 Monaten. Eine weitere Studie konnte durch

eine Pfadanalyse zeigen, dass die kindliche Fähigkeit zur Emotionsregulation die Beziehung zwischen Bindungsstatus und Empathie im Alter von drei Jahren mediierte, denn sicher gebundene Kinder verfügten über höhere Selbstregulationskompetenzen und wurden als empathischer eingeschätzt. Empathiefähigkeit wiederum prädizierte beobachtetes prosoziales Verhalten (Panfile & Laible, 2012). Prosoziales Verhalten ist mit späteren sozial-emotionalen Fähigkeiten und positiven Entwicklungskonsequenzen wie einem besseren Emotionswissen und größerer Beliebtheit bei Gleichaltrigen verbunden (Denham, McKinley, Couchoud, & Holt, 1990). Zudem wurden differenzielle Auffälligkeiten bezüglich Empathie bei unterschiedlichen kinderpsychiatrischen Störungen festgestellt. Während Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung Defizite in kognitiver Empathie, d.h. Fähigkeiten zur Perspektivübernahme aufwiesen, wurden bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens Defizite in emotionaler Empathie, d.h. in affektiver Einfühlung und Betroffenheit gefunden (Bons et al., 2013; Schwenck et al., 2012).

3.4.5 Bindungs- und Beziehungsqualität

Wie schon in Kapitel 2.3.3. über die Bindungstheorie beschrieben und in einer Vielzahl erwähnter Forschungsbefunde erwähnt, ist die Qualität der Eltern-Kind Beziehung von höchster Bedeutung für eine gesunde kindliche seelische Entwicklung. Eine gute Eltern-Kind-Beziehung im Kleinkindalter kann durch ein sicheres Bindungsmuster, adäquate Nähe-Distanz-Regulierung, beiderseitigen Kooperationswillen, kindliche Nutzung der primären Bezugspersonen als sichere Basis für Spiel und Exploration gekennzeichnet werden. Die Bindungsqualität wird im Rahmen des Fremde-Situations-Test vor allem auf Basis der kindlichen Reaktionen in den Trennungs- und Wiedervereinigungsepisoden kodiert. D.h. die kindliche Reaktion darauf gibt Aufschluss über die kindliche Repräsentation von Beziehung. Ein Kleinkind, dem eine Trennung von seinen primären Bezugspersonen entweder gar nichts auszumachen scheint oder das aber emotional höchst belastet wirkt, kann auf seelische Schwierigkeiten im Umgang mit Trennung hinweisen. Trennungsängste sind im Kleinkindalter normal und verständlich. Ein Kind lernt erst nach und nach seine emotionale Sicherheit intrapsychisch zu organisieren. Große Schwierigkeiten sich zu trennen, implizieren somit nicht, dass das Kind psychisch auffällig ist, sondern können auch bedeuten, dass ein Kleinkind psychisch schlicht noch nicht ohne massive Verlassenheitsgefühle in der Lage ist, sich von seinen

Bindungspersonen zu trennen. Falls ein Kind so reagiert, sollte ein Kind nicht zu der Trennung gezwungen werden, sondern eine Lösung gefunden werden, die dem Kind ein sozial-emotionales Erleben ermöglicht sich nicht hilflos in einer Situation zu befinden, die über sein emotionales Selbstregulationsvermögen hinausgeht. Ab wann und in welchen situationsspezifischen Gegebenheiten ein Kleinkind eine eigentliche emotionale Störung mit Trennungsangst entwickelt, ist von der Schwere der Beeinträchtigung und emotionalen Belastung abhängig (Zeanah & Zeanah, 2009). Falls ein Kind bei einer Wiedervereinigung mit seinen Bezugspersonen sehr distanziert und emotional unbeteiligt wirkt, könnte dies ein Anzeichen einer unsicher-vermeidenden Bindungsrepräsentation sein und für eine belastete Beziehung sprechen. Das Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten sollte allerdings immer im Kontext der derzeitigen Lebenssituation verstanden und betrachtet werden.

Sozial-emotionale Kompetenzen im Kleinkindalter können durch eine Reihe von Merkmalen wie Konzentrationsfähigkeit, positives Spielverhalten, Imitation, empathisches und prosoziales Verhalten sowie gute Beziehungsqualität beschrieben werden und leisten einen wichtigen Beitrag für eine positiv verlaufende Entwicklung.

3.5 Zwischenfazit

Die aufgeführten Entwicklungsaspekte der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter stellen eine Bandbreite kindlicher Lebensrealitäten und Verhalten dar. Selbstregulative, internalisierende, externalisierende sowie Kompetenzaspekte umfassen die Ausdrucksmöglichkeiten von Kleinkindern und lassen in der Gesamtheit betrachtet eine Aussage zur psychischen Befundlage sowie zu Risiko- und Schutzfaktoren für die spätere sozial-emotionale Entwicklung zu. Diese frühen Aspekte spielen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung einer möglichen späteren Psychopathologie und lassen sich wie beschrieben teilweise schon in der Kleinkindzeit beobachten und feststellen. Da die Kleinkindzeit eine zentrale Phase der Persönlichkeitsentwicklung ist, ist sowohl die Schulung der Wahrnehmung individuellen Verhaltens in diesen Entwicklungsaspekten wichtig als auch, diese Aspekte im Rahmen von standardisierten Erhebungsinstrumenten in Rahmen eines frühen Screening-Prozesses abzubilden.

4 Diagnostik der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, kann die Kleinkindzeit als bedeutende Phase gesehen werden, in der sich eine Vielzahl emotionaler sowie behavioraler Muster etablieren, stabilisieren und sich sozial-emotionale Kompetenzen als auch eventuelle Auffälligkeiten von klinischer Relevanz und Risiken für psychische Störungen herausbilden. Allerdings ist es schwer, Kinder diesen Alters aufgrund der hohen inter- und intraindividuellen physischen, kognitiven, emotionalen und behavioralen Variabilitäten und Entwicklungsdynamiken dieser Phase, in klar abgrenzbaren, statischen Störungsbilder zu diagnostizieren (Baillargeon et al., 2007; Equit, Paulus, Fuhrmann, Niemczyk, & von Gontard, 2011; Mathiesen & Sanson, 2000). Sowohl gelingende als auch maladaptive Entwicklung kann sich dynamisch verändern und in einer Bandbreite unterschiedlicher Symptomatologien manifestieren. Auch können viele kleinkindliche Verhaltensweisen (z.B. Trotz) nicht trennscharf zwischen normaler Variabilität und subklinischer Relevanz differenziert werden, was eine hohe Komplexität für die Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten zur Folge hat (Zeanah & Zeanah, 2009). Auch ist es nach von Hofacker et al. (2007, S. 357) konzeptuell nicht begründbar, eine im Kind angesiedelte „isolierte Psychopathologie des Säuglings- und Kleinkindalters“ anzunehmen, da diese nicht vom Beziehungskontext mit den zentralen Bezugspersonen zu trennen ist und somit von einer transaktionellen Störungsgenese ausgegangen werden sollte. Auch seien aufgrund der rasanten Entwicklungsdynamik einige Schwierigkeiten eher transienter Natur und demnach als „Extremformen normaler Entwicklungsphänomene“ zu sehen, was zur Zurückhaltung mit dem Störungsbegriff mahnt und den Nutzen in einem „eher dimensional statt kategorialen Krankheitsverständnis“ sieht. Trotz aller Vorsicht, Kleinkinder nicht psychopathologisieren zu wollen, gibt es eine Vielzahl von Studien, die zeigen, dass frühes Extremverhalten oft nicht transient, sondern stabil ist und es Auffälligkeiten im späteren Kindes- und Jugendalter prädiziert (H. L. Egger & Angold, 2006, 2009). Daher ist eine frühzeitige Identifikation (z.B. in Form von Screenern) von Auffälligkeiten essentiell für eine Prävention späterer Psychopathologie. Um in einem zweiten Schritt eine vertiefende Entwicklungsdiagnostik so gut wie möglich abzusichern, ist es aufgrund der Spezifikationen des Kleinkindalters empfehlenswert, einen multimodalen und multiperspektivischen Ansatz zu verfolgen, der verschiedene Erhebungsmethoden und verschiedene Entwicklungskontexte einbezieht (Petermann & Wiedebusch, 2002). Im Folgenden soll auf den Diagnostikprozess und seine ihm zur

Verfügung stehenden Erhebungsmethoden der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter eingegangen werden. Ebenso wird die aktuelle Bestandslage von psychiatrischen Klassifikationssystemen für den relevanten Altersbereich dargestellt. Danach soll auf Stärken und Schwächen von Elternauskünften eingegangen werden und auf die Qualitätskriterien für eine psychometrisch einwandfreie Fragebogenkonstruktion hingewiesen werden.

4.1 Klinische Entwicklungsdiagnostikverfahren

In der frühen Kindheit werden Fragebögen- und Beobachtungsverfahren, allgemeine sowie spezifische (sozial-) pädiatrische Entwicklungstests als auch psychiatrische Elterninterviewverfahren als Erhebungsmethoden in der klinischen Entwicklungsdiagnostik eingesetzt. Abbildung 3 stellt den diagnostischen Prozess zur Erfassung von Auffälligkeiten und Störungen der seelischen Gesundheit dar. Entwicklungsscreenings sind zeitökonomische und einfach einsetzbare Kurztestverfahren, die zwischen Kindern mit und ohne Entwicklungsauffälligkeiten differenzieren und frühzeitig Kinder mit Entwicklungsrisiken identifizieren sollen (Esser & Petermann, 2010; Wiedebusch & Petermann, 2006). Dabei gibt es Screenings, die globale Aspekte seelischer Gesundheit screenen sowie einige, die sich nur auf spezifische Störungsbilder wie z.B. eine Autismus-Spektrum-Störung konzentrieren. Aufgrund ihrer Ökonomie eignen sich Screeningverfahren nicht für eine Differentialdiagnostik, so dass auf Basis eines auffälligen Screeningbefunds eine spezifische, vertiefte und umfassende Diagnostik notwendig ist, um zu bestimmen, ob eine zu behandelnde Störung vorliegt und wie gegebenenfalls eine passende Intervention gefunden wird.

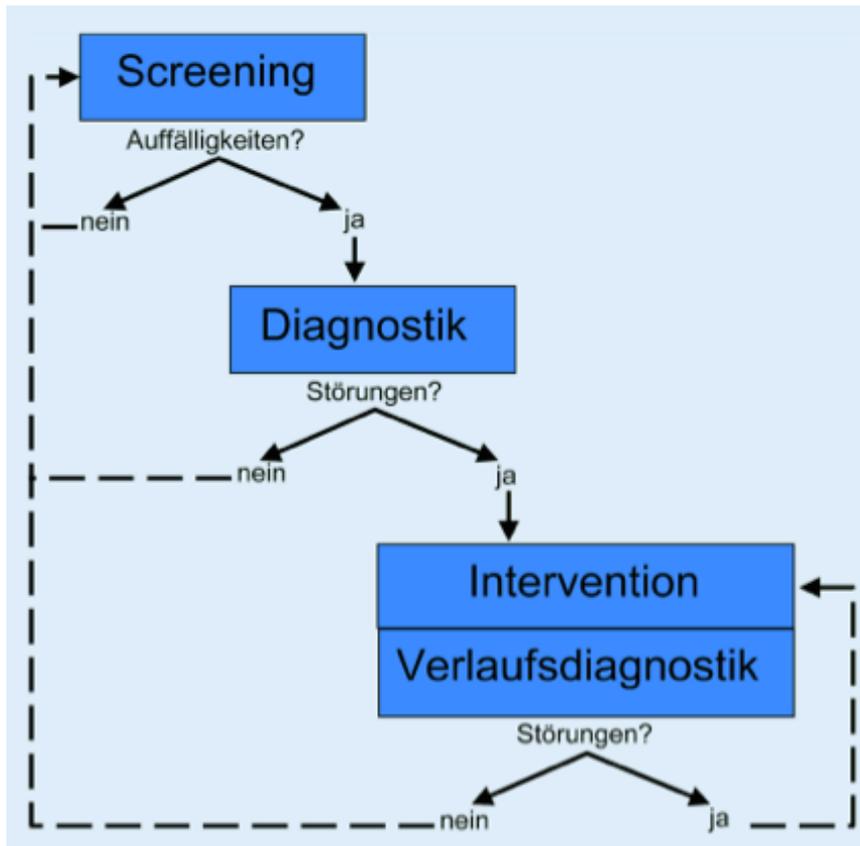


Abbildung 3. Diagnostischer Prozess zur Erfassung von Störungen in der emotionalen Entwicklung (Wiedebusch & Petermann, 2006, S. 320)

4.1.1 Fragebogeninstrumente

In Nordamerika wurden eine Reihe von Fragebögen der sozial-emotionalen Entwicklung/seelischen Gesundheit für den Altersbereich unter drei Jahren entwickelt. Screening-Instrumente zeichnen sich in besonderem Maße durch ihren kostengünstigen, zeitökonomischen und einfachen Einsatz aus sowie dadurch dass sie durch ungeschulte Fachleute ausgewertet werden können. Diese Fragebögen variieren untereinander zum Teil sehr stark bezüglich ihrer theoretischen Fundierung und Ausrichtung, der gewählten Altersspanne und dem Fragen- und Antwortformat. In Tabelle 1 sind einige der gut validierten, gängigen Screener, die dort verwendet werden, aufgeführt.

Der *ASQ: SE* (Squires, Bricker, & Twombly, 2002) wurde als Begleitinstrument zu einem generellen Entwicklungsscreener ASQ entwickelt und ist ein Elternscreeningfragebogen für sozial-emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten. Er besteht aus acht Fragebögen, die je nach Alter (6, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60 Monate) leicht variieren. Thematisch werden Aspekte der Selbstregulation, Compliance, Kommunikation,

Autonomie, des Affektes, adaptiven Verhaltens und der Interaktionsfähigkeit erfragt. Er weist gute Validitäts-, Reliabilitäts-, sowie Sensitivitätsmaße an nordamerikanischen Stichproben auf und ist an großen Stichproben normiert.

Tabelle 1. Screening-Fragebögen sozial-emotionaler Entwicklung im Kleinkindalter

| Name des Instruments | Alter (Monate) | # of Items | Kurzbeschreibung |
|---|----------------|------------|--|
| Ages & Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ: SE) | 3-66 | 19-33 | Hoher Wert indiziert weitere Diagnostik. |
| Brief Infant and Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) | 12-36 | 42 | Problem- und Kompetenzskalen, Cut-off Werte validiert und normiert |
| Greenspan Social Emotional Growth Chart | 0-42 | 35 | Sozial-emotionale Defizite und Kompetenzen |
| Devereux Early Childhood Assessment (DECA) | 24-60 | 37 | 27 Positive und 10 Problemverhalten |
| Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI) | 12-42 | 40 | Elterneinschätzung, ob Verhalten als problematisch wahrgenommen wird |

Der *BITSEA* (Briggs-Gowan & Carter, 2005) wurde als Kurzversion des Infant-Toddler-Social-Emotional-Assessment (ITSEA) entwickelt und erhebt sowohl sozial-emotionale Probleme als auch Kompetenzen. Er weist gute psychometrische Werte aus. Der ITSEA (Carter et al., 2003) wurde als Alternative zur CBCL 1 ½-5 entwickelt und umfasst 169 Items in 17 Skalen, die in internalisierende, externalisierende Verhalten, Regulationsstörungen und sozial-emotionale Kompetenzen zusammengefasst werden können.

Der *Greenspan Social-Emotional Growth Chart* (Greenspan, 2004) kann als Screener sowie als Interventionsplaner und Entwicklungskontrollmaß eingesetzt werden. Er ist normiert und verfügt über gute psychometrische Eigenschaften.

Der *DECA* (LeBuffe & Naglieri, 1999) wählt einen Stärke-basierten Ansatz, indem er vor allem auf die protektiven Faktoren (z.B. Initiative und Selbstkontrolle) fokussiert. Er kann vor allem Defizite in den sozial-emotionalen Kompetenzen sichtbar machen und als Ausgangspunkt für stützende Interventionen herangezogen werden. Er weist akzeptable Reliabilitäten aus, allerdings entsprechen seine Sensitivitäts- bzw. Spezifitätswerte nicht ganz den empfohlenen Maßen (Carter et al., 2004).

Der TBSI (Mouton-Simien, McCain, & Kelley, 1997) misst Verhaltensauffälligkeiten von Kindern zwischen 1-3 Jahren. Er kann als valide, reliabel und sensitiv angesehen werden und verfügt über differenzielle Validität.

Andere Screener wie z.B. die *Infant-Toddler Symptom Checklist (ITSC)* (DeGangi,

Poisson, Sickel, & Santman Wiener, 1995) sind nicht ausreichend empirisch überprüft. Für eine Übersicht an weiteren nordamerikanischen Screening-Instrumenten kann auf Carter et al. (2004) und Ringwalt (2008) zurückgegriffen werden. Neben den Screening-Fragebögen sind zwei längere Elternfragebogeninstrumente (ITSEA und CBCL 1 ½-5) etabliert, wobei der CBCL 1 ½-5 als Goldstandard der Elternfragebögen bzgl. Verhaltensauffälligkeiten betrachtet werden kann.

In Deutschland ist bisher keines der Screening-Instrumente weder vollständig übersetzt, noch an einer deutschen Stichprobe validiert. Laut Frey (2012) ist eine deutsche Fassung des *Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ:SE)* in Vorbereitung. Einzig die 100-Item lange *Child-Behavior-Checkliste (CBCL 1 ½-5)* liegt als deutsche validierte Fassung vor und wird weit verbreitet angewandt. Bezüglich der Erfassung von Regulationsstörungen Schreien, Füttern und Schlafen im ersten Lebensjahr liegt seit 2012 (Groß, Reck, Thiel-Bonney, & Cierpka, 2013) ein deutsches Erhebungsinstrument vor. Für die im Rahmen der pädiatrischen Praxis stattfindenden Vorsorgeuntersuchungen liegen durch den Mannheimer Elternfragebogen (MEF) für die U7a (Esser & Laucht, 2006) und den EEE U6-U9 (Petermann & Macha, 2003) zwei Elternfragebögen für 30-36 Monate alte Kleinkinder zur Verfügung. Allerdings sind beide Instrumente bisher nicht empirisch auf Validität und Reliabilität untersucht.

4.1.2 Beobachtungsverfahren der dyadischen Interaktion

Zentrale Bedeutung als klinisches Diagnostikum der seelischen Gesundheit kommt in der frühen Kindheit den Beobachtungsverfahren der Eltern-Kind-Interaktion zu (Luby, 2013). Als standardisierte dyadische Interaktionsdiagnostikverfahren der frühen Kindheit, seien hier der *CARE-Index* (Crittenden, 2007), der auch als Screener genutzt werden kann, die *Emotional Availability Scales* (Biringen, 2008), die *Coding Interactive Behavior Scales (CIB)* (Feldman, 1998), die *Mannheimer Beobachtungsskalen zur Analyse der Mutter-Kind-Interaktion im Kleinkindalter (MBS-MKI-S)* (vgl. Dinter-Jörg et al., 1997), sowie die *Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)* (Greenspan & DeGangi, 2001) genannt. Für eine ausführlichere Auflistung von Interaktionsmaßen sei auf Wiefel et al. (2007) und Sidor (2012) verwiesen. Für die Wissenschaft ist der Fremde-Situations-Test („strange situation) von Ainsworth et al. (1978) zur Bestimmung des kindlichen Bindungsstils besonders hervorzuheben, der eine Fülle an empirischer Bin-

dungsforschung initiiert hat. Für eine Zusammenfassung weiterer Beobachtungsmethoden, die in Nordamerika angewandt werden, kann auf Miron, Lewis und Zeanah (2009) hingewiesen werden. Aufgrund ihrer Zeitaufwendigkeit und der Notwendigkeit intensiv geschulten Beobachtern eignet sich die dyadische Interaktionsbeobachtung aufgrund ihrer Aufwendigkeit als Bestandteil einer multimodalen Diagnostik, ist allerdings im Rahmen von großen Studien zu unökonomisch. Ihre Schwächen liegen in der Fokussierung allein auf das aktuell-gezeigte, situationsbezogenen Verhalten und emotionalen Zustände der Erhebungssituation, meist in Kliniken oder Laborstudien, die nicht immer ökologisch valide Rahmenbedingungen bieten (Petermann & Wiedebusch, 2002). Dennoch ist die Erhebung der Interaktions-Qualität in Eltern-Kind-Dyaden im Rahmen einer multimodalen Diagnostik unverzichtbar.

4.1.3 Diagnostisches Elterninterview

Im Rahmen eines Elterninterviews sollte eine ausführliche störungsspezifische sowie familiengeschichtliche Anamnese einschließlich familiendiagnostischer Methoden durchgeführt werden. Um das Störungsbild und die aktuellen Symptome des Kindes genauer zu differenzieren, kann zudem ein semi-strukturiertes diagnostisches Interview mit den Eltern, wie z.B. den Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (H. L. Egger & Angold, 2004) für Kinder zwischen zwei und fünf Jahren zurückgegriffen werden. Der PAPA schließt alle für diese Altersgruppe relevanten Kriterien des DSM-IV, als auch alle Fragen des DC: 0-3 ein und erhebt zusätzlich spezifische Symptomcluster sowie die psychosozialen Einflussfaktoren und Familienbeziehungen (Carter, Godoy, Marakovitz, & Briggs-Gowan, 2009). Für den deutschen Sprachraum steht z.B. auf das Mannheimer Elterninterview für Kleinkinder (Laucht, Esser, & Schmidt, 1992) zur Verfügung.

4.2 Diagnostikmanuale und Klassifikationen

Die heute üblichen psychiatrischen Diagnostikmanuale DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) und ICD-10 (World Health Organization, 1992) wurden ohne Berücksichtigung der seelischen Gesundheit des Säuglings-, Kleinkind-, und Vorschulalters entwickelt. Beide Manuale umfassen eine Sektion „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, allerdings sind keine Symptome oder beschriebenen Störungen für den Altersbereich unter vier Jahren spezifiziert (H. L.

Egger & Angold, 2009). Chatoor, Pine und Narrow (2007) benennen die Entwicklung einer validen Nosologie für psychische Störungen der frühen Kindheit als eine der dringlichsten Vorhaben im Rahmen der Weiterentwicklung der psychiatrischen Klassifikationssysteme (zitiert nach H.L. Egger & Angold, 2009).

Aufgrund der unzureichenden Anwendbarkeit des DSM auf die frühe Kindheit wurde in den USA ein neues Klassifikationssystem, das *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3)* unter interdisziplinären Gesichtspunkten speziell für den Altersbereich unter drei Jahren entwickelt (Zero to Three, 1994, 2005). In einer Studie von Komanek (2008) konnten fast 50% von 134 Kindern, die in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Berliner Charité vorgestellt wurden, nicht im Rahmen des ICD-10 klassifiziert werden, während dies nach den Kriterien von DC: 0-3R nur zehn Prozent entsprach. Im DC: 0-3R wurden u.a. neue Diagnostikkategorien, wie z.B. Regulationsstörungen oder eine Reihe von Beziehungsstörungen, eingeführt und der Beziehungsqualität zur Hauptbezugsperson des Kindes durch die Etablierung einer Diagnostik-Hauptachse für die Klassifikation der Beziehung eine zentrale Bedeutung zugemessen. Allerdings das DC: 0-3R ein durch Expertenwissen auf klinischem Konsens entwickeltes System, das aufgrund der schlechten empirischen Datenlage bis heute nur sehr begrenzt empirisch validiert ist (Emde et al., 2005; Luby & Morgan, 1997). Es wird zur Anwendung in Kombination mit dem ICD-10 empfohlen (Equit et al., 2011).

Im deutschsprachigen Raum findet das DC: 0-3R bisher nur begrenzt Anwendung, was sich auch darin zeigt, dass es keine deutsche Übersetzung der revidierten Version aus dem Jahr 2005 gibt. In Deutschland wurden von einigen Fachgesellschaften stattdessen im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF), Leitlinien zu bestimmten Störungsbildern auf Basis einer evidenzmedizinischen Grundlage entwickelt. Darunter lieferte die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Leitlinie *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3 Jahre)* (von Hofacker et al., 2007). Diese definiert Regulationsstörungen deutlich breiter als sie im DC: 0-3R gefasst sind und sich mehr auf sensorische Reizverarbeitungsschwierigkeiten beziehen. Dagegen werden in der Leitlinie verschiedene Manifestationsformen von Regulationsstörungen (z.B. u.a. Exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterstörung, Spielunlust, exzessives Anklam-

mern, exzessives Trotzverhalten, aggressiv-oppositionelles Verhalten sowie Freud- und Interessenlosigkeit) als Aspekte einer generellen Verhaltens- und Selbstregulationsproblematik im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung gesehen (Groß, 2012). Die Leitlinie wird aktuell zu einer Leitlinie *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie* von von Gontard (vgl. von Gontard, 2010) überarbeitet und wird für Ende 2014 erwartet. Es zeigt sich, dass die psychiatrischen Diagnosesysteme für die frühe Kindheit noch in den Kinderschuhen stecken, diese aufgrund der mangelnden empirischen Datenlage nur eingeschränkt validiert sind und noch keine Einigkeit über die Nosologie besteht. Dennoch ist ein vergleichbares Klassifikationssystem zur Diagnostik, Forschung sowie Interventionsplanung und -evaluation unverzichtbar, um die zukünftigen Weiterentwicklungen der Klassifikation zu gewährleisten (H. L. Egger & Angold, 2009; Wiefel et al., 2007).

Auch für die Entwicklung und Validierung eines Screening-Elternfragebogens ist es bedeutsam, welche Nosologie der frühen Kindheit als beschreibende Klassifikation von Auffälligkeiten klinischer Relevanz im Hintergrund steht. Schließlich soll ein Screener eine klinische Stichprobe von einer nicht-klinischen Population differenzieren können. Welche Symptome und Ausprägungsgrade als klinisch-relevant gelten, wird durch die Leitlinien und Manuale festgelegt. Allerdings scheint eine Validierung eines Fremdrating-Instruments anhand von psychiatrisch diagnostizierten Klassifikationssystemen durch die teilweise noch unstablen Störungsbegriffe erschwert.

4.3 Stärken und Schwächen von Elternauskünften

Im Säuglings- und Kleinkindalter sind Elternauskünfte über verschiedenste Verhaltensbereiche die präferierte Methode, um eine erste Einschätzung zur psychischen Verfassung des Kindes zu erhalten (Wiedebusch & Petermann, 2006). Im Folgenden sollen die Stärken und Schwächen von Elterneinschätzungen kurz diskutiert werden. Die Stärke von Elternauskünften im Rahmen von Screenings-Instrumenten liegt in ihrer Kenntnis von und Vertrautheit mit der gesamten Entwicklungsgeschichte des Kindes, als auch ihren reichhaltigen Erfahrungen und Beobachtungen über viele Entwicklungskontexte (z.B. Ess-, Schlaf- und Spielverhalten, Verhalten bei Grenzsetzungen, etc.) hinweg. Sie sind die „Experten“, wie ein Kind sich über Wochen und Monate hinweg verhält und können spezifische als auch globale Entwicklungsaspekte beurteilen. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass Eltern sehr gut zwischen verschiedenen Aspekten kindlichen Verhaltens differenzieren können (Godoy, Carter, & Clark, 2009) und ihre Auskünfte als genauso reliabel und valide eingeschätzt werden können wie Beurteilungen von Fachpersonal (vgl. Glascoe, 2003; Rydz, Shevell, Majnemeer, & Oskoui, 2005). Einer der größten Stärken von Elternauskünften ist ihre Ökonomie und ihr einfacher Einsatz. Gerade im Bereich des Screenings von Auffälligkeiten im Rahmen von kinderärztlichen Untersuchungen oder in Kindertagesstätten, wo es nötig ist, große Zahlen von Kindern zu erfassen, sind Beobachtungsmethoden von klinischem Fachpersonal schlicht unrealistisch. Auch in großangelegten Surveyforschungsprojekten oder epidemiologischen Studien sind Elterneinschätzungen der einzige Weg über die sozial-emotionale Entwicklung von Kleinkindern Auskunft zu erhalten.

Denoch wird die Validität von Elternauskünften des öfteren in Frage gestellt und ihnen vorgeworfen, dass diese subjektiv, von demographischen Variablen und elterlicher psychischer Verfasstheit abhängig seien und dadurch zu systematischen Verzerrungen führen könnten. Es ist z.B. nicht möglich, bei Fragebogenverfahren die subjektive Sicht auf das Kind zu eliminieren. Eltern haben verschiedene Toleranzgrenzen oder innere „Normen“ von Verhaltensweisen, die individuell sehr unterschiedlich sein können. Während einige Eltern schon von einem Trotzanfall ihres Kindes überfordert sind, verspüren andere durch drei Wutanfälle keine besondere Belastung, sondern schätzen dies als „normal“ ein (Schellinger & Talmi, 2013). Diese Charakteristika beeinflussen daher auch, wie sie ihre Kinder beurteilen. Negative oder besorgnisreiche elterliche Einschätzungen

und Erwartungen können das Risiko für zukünftige psychosoziale Schwierigkeiten erhöhen (Carter, Little, Briggs-Gowan, & Kogan, 1999) und daher haben selbst elterlich-attribuierte Auffälligkeiten als möglicher Belastungsfaktor klinische Relevanz. Die meisten Studien finden dazu (sehr) geringe, aber stabile und signifikante Zusammenhänge (Briggs-Gowan, Carter, & Schwab-Stone, 1996). Deimann, Kastner-Koller, Benka, Kainz und Schmidt (2005) z.B. fanden, dass Mütter als Entwicklungsdiagnostikerinnen ihre Kindergartenkinder unter Einsatz des allgemeinen Wiener Entwicklungstest leicht überschätzten und dass Mütter sozial auffälliger Kinder dies in größerem Ausmaß (eine Standardabweichung) taten als Mütter unauffälliger Kinder. Ebenso kann ein und dasselbe kindliche Verhalten von verschiedenen Eltern unterschiedlich interpretiert werden. Als einer der robustesten Befunde gilt, dass psychopathologische (depressiv/ängstlich) Mütter ihren Kindern mehr Verhaltensprobleme zuschreiben als nicht-psychopathologische Mütter (Carter et al., 2009; Najman et al., 2000). Pauli-Pott et al. (2003) konnten zeigen, dass spezifische und keine globalen Zusammenhänge zwischen mütterlicher Psychopathologie und den Temperamentsseinschätzungen von Säuglingen gab. Ängstliche Mütter beurteilen ihre Kinder als ängstlicher, während unzufriedene Mütter dem Säugling mehr negative Emotionalität zuschrieben.

Aufgrund der geringen, aber stabilen Zusammenhänge wäre es hilfreich, dass bei elterlicher Einschätzung von kindlichen Verhaltensproblemen auch eine Angst- oder Depressionsskala zur Erhebung der mütterlichen Psychopathologie als Kontrollmaß mit erhoben werden würde. Trotz ihrer Subjektivität sind Elternratings auch im Sinne der Erfassung der intrapsychischen elterlichen Repräsentanz des Kindes und ihrer Attributionen ein wichtiger Hinweis auf die kindliche sozial-emotionale Entwicklung, da diese das elterliche Erziehungsverhalten und den familiären Kontext maßgeblich beeinflussen, in dem das Kind lebt (Snyder, Cramer, Afrank, & Patterson, 2005). Elternratings sind somit ein wichtiger Bestandteil und erster Ansatzpunkt einer Diagnostik im Kleinkindalter.

4.4 Qualitätskriterien von Screening-Instrumenten

Ein Entwicklungsscreening-Instrument muss für einen gewinnbringenden und sinnvollen Einsatz verschiedene anerkannte Anforderungen und allgemeingültige Gütekriterien erfüllen, um einer guten Testkonstruktion zu genügen (Wiedebusch & Petermann, 2006). Für die folgenden Ausführungen wird auf Bühner (2011, S. 58ff) zurückgegriffen. Bühner unterscheidet dabei in Haupt- und Nebengütekriterien. Als Hauptkriterien werden Objektivität, Reliabilität, Validität und Skalierbarkeit mit ihren jeweiligen Ausdifferenzierungen benannt. Nebengütekriterien sind u.a. Normierung, Ökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit. Im Folgenden sollen die für das vorliegende Forschungsprojekt entscheidenden Gütekriterien kurz dargestellt werden.

1. Unter **Objektivität** wird der Grad der Testergebnisse verstanden, die vom Testnutzer unabhängig sind. Dabei sollte der Test sowohl in seiner Durchführung, Auswertung und Interpretation standardisiert sein bzw. es muss für jeden Nutzer die gleichen, meist in einem Testmanual formulierten Instruktionen geben, als auch nach den gleichen Kriterien analysiert werden.

2. **Reliabilität** bezeichnet „den Grad der Genauigkeit, mit dem ein Test ein bestimmtes Merkmal misst“ (S. 60) und kann mit unterschiedlichen korrelativen Analysen geschätzt werden. Bei Fragebögen wird als Reliabilitätsmerkmal meist die interne Konsistenz der Skala herangezogen, die untersucht inwieweit die Items miteinander korrelieren, d.h. miteinander so in Verbindung stehen, dass sie einen Aspekt des gleichen Merkmals messen. Auch die Retest-Korrelation oder Stabilität eines Fragebogens ist ein Kennzeichen seiner Reliabilität indem sie den Zusammenhang der Testergebnisse über zwei Messzeitpunkte hinweg überprüft. Ein Test gilt demnach als reliabel, wenn das Testergebnis weitgehend stabil bleibt, d.h. das Testergebnis zeitlich versetzt replizierbar ist. Bezüglich eines Entwicklungsscreenings stellt sich dieses Kriterium als nicht einfach anwendbar dar, da ein Kind sich rapide und dynamisch weiterentwickelt, u.a. Kompetenzen hinzugewinnt, somit der Messgegenstand inherent nicht stabil bleibt. Daher sollte die Stabilität eines Entwicklungsfragebogens immer auf die Plausibilität der Messinhalte hin betrachtet werden. Ein weiteres Reliabilitätsmaß ist die Inter-Rater Reliabilität, die die Konkordanz der Einschätzungen zwischen verschiedenen Beurteilern misst.

3. „**Validität** gibt an, ob der Test das auch wirklich misst, was er zu messen beansprucht.“ (S. 61) und kann grundsätzlich in Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität unterteilt werden. Die *Inhaltsvalidität*, d.h. dass ein Item und die

Itemgesamtheit des Test das zu erfassende Merkmal präzise misst, stellt hierbei das bedeutsamste Kriterium dar, kann allerdings schwer direkt empirisch überprüft werden. Bei der Itemkonstruktion ist somit fachliche Expertise erforderlich, um sicherzustellen, dass das Konstrukt in seiner Gesamtheit durch die generierten Items akkurat erfasst werden kann. Auch sollte ein Test Augenscheinvalidität besitzen, d.h. es sollte auch Laien leicht fallen, die Inhalte des Tests dem Messkonstrukt zuzuordnen zu können.

Als *Kriteriumsvalidität* definiert ist die Korrelation zwischen dem Testwert und einem Außenkriterium, mit dem der Testwert in Zusammenhang stehen sollte. Dabei kann zwischen verschiedenen Aspekten der Kriteriumsvalidität unterschieden werden: *Prognostische Validität* meint, dass ein in der Zukunft zu erhebendes Kriterium durch die Testwerte des Instruments vorhergesagt werden kann. *Retrospektive Validität* gibt den Zusammenhang zu einem vorher ermittelten Kriterium an. Die *Übereinstimmungs- bzw. konkurrente Validität* misst den Zusammenhang zwischen zwei identischen Konstrukten, die mit verschiedenen Instrumenten erhoben werden und somit miteinander korrelieren sollten. Unter *inkrementeller Validität* versteht man die eigenständige Varianzaufklärung des Messinstruments im Vergleich zu anderen Prädiktoren eines Kriteriums.

Konstruktvalidität bezeichnet die Erfassung aller Aspekte des theoretischen Konstrukts, die durch das Instrument erhoben werden sollen. Dabei wird primär zwischen *konvergenter Validität* und *diskriminanter Validität* differenziert. Um die konvergente Validität zu erheben, wird das neue Instrument meist mit einem konstruktnahen, validierten und etablierten Instrument parallel erhoben und die erwartbar hohen korrelativen Zusammenhänge überprüft. Diskriminante Validität liegt vor, falls konstruktferne Merkmale nicht oder wenig mit dem zu untersuchenden Merkmal korrelieren. Auch die *faktorielle Validität* gehört zur Konstruktvalidität. Diese untersucht inwieweit eine empirisch überprüfte faktorielle Struktur einer theoretisch vorgegebenen oder sinnvollen dimensional Struktur folgt.

4. Das Hauptgütekriterium **Skalierung** besagt, dass einzelne Items in einer nachvollziehbaren und sinnvollen Weise zu einem Dimensions- oder Gesamtwert verrechnet und aufsummiert werden. Die Bedeutung eines Items für die Gesamtskala lässt sich vor allem anhand seiner Trennschärfe bemessen.

Neben der Erfüllung der allgemeingängigen Hauptgütekriterien ist es für ein Screening-Instrument, das zwischen verschiedenen Subgruppen einer Stichprobe unterscheiden soll, ebenso essentiell, über eine *differenzielle Validität* zu verfügen. Das in dieser Ar-

beit entwickelte Screening-Instrument soll dabei zwischen (sub-)klinisch auffälligen und unauffälligen Kleinkindern differenzieren können. Dabei ist die Balance zwischen der *Sensitivität* und *Spezifität* des Instruments bedeutsam. Sensitivität bezieht sich auf die Rate der klinisch auffälligen Kleinkinder, die erfolgreich durch das Screening-Instrument klassifiziert werden, während Spezifität sich auf die Rate der unauffälligen Kinder bezieht, die das Instrument auch als unauffällig einstuft. Gerade für ein Screening-Instrument ist es wichtig, dass es über eine hohe Sensitivität verfügt, so dass auffällige Kinder nicht durch das Raster fallen.

Neben den Hauptgütekriterien gibt es eine Reihe von Nebengütekriterien, die besonders für ein Screening-Instrument bedeutsam sind. Besonders wichtig scheint dabei die Ökonomie: Dass ein Screener einfach einsetzbar und schnell auswertbar, d.h. leicht verständlich, in kurzer Zeit und ohne spezifische Vorbereitung durchführbar sein sollte. Ebenso sollte er *Nützlichkeit* vorweisen, d.h. eine Lücke schließen, die vorherige Instrumente noch nicht abdecken. Auch sollte er *zumutbar* sein, was bedeutet, dass er niemanden durch seine Anwendung unverhältnismäßig belasten sollte (vgl. Tröster, Flender & Reineke, 2005, S. 142). Zudem sollte er über eine hohe *Akzeptanz*, d.h. eine nachvollziehbare Durchführung und Auswertung sowie über eine transparente Zielsetzung verfügen (Wiedebusch & Petermann, 2006).

Desweiteren ist eine *Normierung* des Instrumentes von hoher Bedeutung. Die Werte eines individuellen Kindes sollten in einem normierten Referenzrahmen betrachtet werden, um ein Kind im Vergleich zu seiner Peer-Gruppe einschätzen und es im Rahmen dessen als auffällig oder unauffällig einordnen zu können. Bühner (2011) gibt als Mindeststichprobengröße einer Normstichprobe 300 Probanden an, häufig wird jedoch eine generalisierbare Stichprobe von ca. 1000 gefordert.

4.5 Zusammenfassung

Die Diagnostik der seelischen Gesundheit gestaltet sich aufgrund der hohen Entwicklungsdynamik des Kleinkindalters und der unklaren Trennschärfen, was klinisch-relevantes Verhalten kennzeichnet, als komplex. Im Erhebungsprozess kann auf eine Reihe von Methoden zurückgegriffen werden, wobei ein multi-modales und multi-perspektivisches Vorgehen unter Verwendung von Elternfragebögen, Beobachtungsmethoden der Eltern-Kind-Interaktion und familien-, und symptomanamnestischen Elterninterviews empfohlen wird. Wegen vielen, sich verändernden, unstabilen Symptombildern liegt noch keine ausgereifte Nosologie der frühen Kindheit vor, wobei der DC: 0-3R eine Grundlage bietet, die durch empirische Überprüfung weiter validiert werden müsste. Der primäre Rückgriff auf Elternauskünfte im Rahmen von Problemchecklisten und Screenern empfiehlt sich aufgrund der vertieften Kenntnis der Eltern über alle Entwicklungsbereiche, wobei die Subjektivität des Elternurteils als mögliche Wahrnehmungsverzerrung miteinbezogen werden sollte. Für die Entwicklung eines Screening-Instrumentes sind zudem eine Reihe von Qualitäts- und Gütekriterien entscheidend, wobei einer hohen Konstruktvalidität sowie Differenzierungsfähigkeit zwischen klinischer und nicht-klinischer Gruppe als auch eine ausreichend hohe Sensitivität sowie Spezifität besondere Bedeutung zukommt.

4.6 Fazit für die eigene Untersuchung

Nach Sichtung der klinisch-entwicklungspsychologischen Literatur des Kleinkindalters und des diagnostischen Prozesses und seiner Erhebungsverfahren von frühen Verhaltensauffälligkeiten, wurde eine Diskrepanz bezüglich der Bedeutung der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter und der Möglichkeit, diese im deutschsprachigen Raum ökonomisch zu erheben, identifiziert. Gerade Screener, die in breit angelegten empirischen Untersuchungen, Kinderkrippen oder kinderärztlichen Praxen, ökonomisch und valide einsetzbar sind, können einen großen Beitrag zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und zur Prävention leisten, was bisher so noch nicht in Deutschland praktiziert werden kann. Die Forschungsgruppe um Petermann (vgl. 2006, 2011) fordert seit Jahren die Entwicklung und Validierung von entsprechenden Instrumenten, bisher ohne Erfolg.

Aufgrund der dynamischen, rasanten Entwicklung von Kleinkindern lässt sich die psychische Gesundheit von Kleinkindern nur als breites Konstrukt aufstellen und in ver-

schiedenen Aspekten konzeptionalisieren. Dies macht die Entwicklung eines Fragebogens umso schwieriger, weil es sich um ein heterogenes Konstrukt handelt, das erfasst werden soll.

Dabei ist es der Anspruch dieses Projektes ein Instrument im deutschsprachigen Raum zu entwickeln, das sich zwar auf die bisher entwickelten nordamerikanischen Instrumente stützt bzw. diese als Inspiration und Recherche nutzt, diese Instrumente selbst aber nicht nur in Deutschland zu validieren versucht. Denn die uneingeschränkte Übernahme von Instrumenten, die nur passabel oder mit Einschränkungen faktorielle Validität in anderen Ländern besitzen, kann kritisch in Frage gestellt werden. Die Faktorenstruktur des CBCL 1 ½-5 in etwa, passt mit deutschen Daten nur mäßig zusammen (vgl. Plück et al., 2013) und würde in explorativen Faktorenanalysen wahrscheinlich eine neue Faktorstruktur mit deutschen Daten bilden. Bei allein konfirmatorischen Überprüfungen wird allerdings nur der Passungswert eines Faktormodells überprüft, nicht aber konkret auch die theoretisch-inhaltliche Sinnhaftigkeit der Komposition in Frage gestellt.

Somit ist es das Anliegen dieser Arbeit, die Faktorstruktur empirisch explorativ zu analysieren, um die Realität des kindlichen Ausdrucks valide abzubilden und erst in einem möglichen zweiten Schritt - diese konfirmatorisch zu bestätigen.

Das Ziel dieses Dissertationsvorhabens ist es, ein deutschsprachiges Screening-Instrument zu entwickeln, das Aspekte seelischer Gesundheit von Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr differenziert und ökonomisch erhebt und sowohl in Forschung als auch Praxis, z.B. in Kindertagesstätten oder im Bereich der Frühen Hilfen, einsetzbar ist. Es soll etwaige Auffälligkeiten im klinischen und subklinischen Bereich als auch sozial-emotionale Kompetenzen aufzeigen, so dass bei Defiziten unterstützende Maßnahmen eingeleitet werden können oder bei persistenten Auffälligkeiten zur weiteren vertieften Einschätzung und differenziellen Diagnostik und einer eventueller Intervention hingeleitet werden kann. Der Name des Fragebogens soll Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screener (SGKS) heißen.

5. Methodisches Vorgehen

Entwicklung des Fragebogens

Bei der Konstruktion des Fragebogenentwurfs wurde eine Mischung aus rationalen, externalen (kriteriumsorientierten), induktiven Ansätzen angewandt, was Petermann und Wiedebusch (2008, S. 154) als optimale Strategie werten, da jede einzelne Methode Stärken und Schwächen aufweist. Zur Sicherstellung der Qualität der Items sowie der inhaltsvaliden Operationalisierung des jeweiligen Aspekts wurde ein zweistufiger Entwicklungsansatz gewählt, bei dem in zwei Studien die jeweiligen Items überprüft, weiterentwickelt und selektiert wurden.

Ziel der Studien

Das Ziel der Studien war es, ein reliables und valides Screening-Instrument der seelischen Gesundheit von Kleinkindern zu entwickeln. Eine erste Pilotierung des Fragebogenentwurfs und eine erste faktorielle Überprüfung und Itemreduzierung soll in Studie 1 durchgeführt werden. Studie 2 hat die Überprüfung der Konstrukt-, Kriteriums-, und differenziellen Validität mit erneuter Itemreduktion zum Ziel. Studie 3 soll die Interrater (cross-informant) Reliabilität untersuchen. Studie 4 hat die Analyse der zeitlichen Stabilität (Rest-Retest Reliabilität) des Screeners zum Ziel.

Itemkonstruktion

Die Indikatoren wurden sowohl theorie- und fragebogengeleitet deduktiv konzipiert als auch danach konstruiert, welche Items zwischen Gruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen eines Verhaltensaspekts eindeutig differenzieren können (Bühner, 2011). Um eine gute inhaltliche Validität zu gewährleisten, wurde die relevante Literatur zu sozial-emotionalen Entwicklungsaspekten des Kleinkindalters herangezogen. Des Weiteren wurde eine Reihe von Testverfahren (Beobachtungsverfahren, sowie Fragebogeninstrumenten) zur seelischen Gesundheit im Kleinkindalter als Ausgangsbasis gewählt. Besonders zu erwähnen sind hierbei Achenbach und Rescola's (2000) *Child Behavior Checklist 1 ½-5*, dem Goldstandard der frühkindlichen Psychopathologiemessung durch Elternurteil (Baillargeon et al., 2007), der internalisierende, externalisierende und Gesamt-Problemskalen beinhaltet. Ebenso wurde der *Infant-Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA)* (Carter et al., 2003) herangezogen, der sowohl Kompetenz- als auch Problemskalen enthält. Die Items des Fragebogens wurden entweder neu entwickelt

oder in ähnlicher, abgeänderter Form aus bereits bestehenden Fragebögen übernommen. Fragebögen zu Verhaltensauffälligkeiten und Fähigkeiten, die einen älteren Altersbereich abdecken, z.B. der *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6)* oder der *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* wurden bei der Entwicklung mitbedacht, da der Fragebogen auch längsschnittlich relevante Aspekte von kindlicher Entwicklung abbilden soll.

Itemformat

Als Antwortformat wurde eine diskret gestufte, bipolare, fünf-stufige, verbale Likert-Rating-Skala (1 - trifft überhaupt nicht zu; 2 - trifft eher nicht zu; 3 - teils/teils; 4 - trifft eher zu; 5 - trifft voll und ganz zu) gewählt. Um gute Merkmalunterscheidungskriterien anlegen zu können, wurde eine relativ differenzierte Skala gewählt. Dies ist nicht üblich bei Instrumenten ähnlicher Thematik, da hier meist nur dichotome oder dreistufige Antwortkategorien genutzt werden, wie z.B. *EEE U6-U9* oder *ITSEA/CBCL 1.5-5*. Eine weniger-stufige Skala ist anwendungsfreundlicher, kann aber nicht so differenziert zwischen Kindern verschiedener Merkmalsausprägung unterscheiden. Zudem werden mehr Antwortalternativen eine höhere Validität und Reliabilität zugerechnet (Carter et al., 2003).

Polarität & Itempolung

Um mögliche Antworttendenzen, wie z.B. Akquieszenz oder einen Halo-Effekt zu minimieren (Bortz & Döring, 2006) sowie Konsistenzeffekten vorzubeugen, wurden die Items randomisiert und nicht zusammenhängend in ihren jeweiligen hypothetisierten Dimensionen erhoben. Ebenso wurden ein bis zwei Items pro Dimension invers formuliert. Die Dimensionen wurden durch die Items versucht so anschaulich wie möglich zu operationalisieren, d.h. z.B. mit Beispielen ausgestattet: „Mein Kind macht beim Essen oft Schwierigkeiten (z.B. das Essen dauert sehr lange oder es weigert sich vehement bestimmte Nahrungsmittel zu essen“).

Testlänge und Testzeit

Da es sich bei dem entwickelten Fragebogen um ein ökonomisch einsetzbares Screening-Instrument handeln soll, ist das Ziel, die Testzeit möglichst gering zu halten, bei minimalem Verlust der Reliabilität der Ergebnisse. Bühner (2011) weist darauf hin,

dass bei der Fragebogenentwicklung die Anwendbarkeit und die „Motivationslage der Probanden“ stark mitbedacht werden muss. Bei als zu lang empfundenen Instrumenten ist es möglich, dass die Validität der Ergebnisse darunter leidet. Daher war das Ziel einen Fragebogen zu entwerfen, der maximal 5 bis 10 Minuten in Anspruch nimmt.

Prätest

Nach Jankisz und Moosbrugger (2007) ist ein Vortest der Rohversion des Fragebogens unter Verwendung einer kognitiven Interviewtechnik sehr zu empfehlen, da so auf die Praxistauglichkeit eines Fragebogens rückgeschlossen werden kann. Nach Fertigstellung des Fragebogenentwurfs (149 Items in 20 theoretischen Dimensionen) wurde dieser mit drei Elternteilen (zwei Mütter; ein Vater) mit Kindern in dem Alter von 18 Monaten, 24 und 25 Monaten einem Prätest unterzogen. Beide Mütter waren bildungsnah (abgeschlossenes Hochschulstudium). Eine Mutter wohnte in der Stadt, die Andere auf dem Land. Der Vater war weniger bildungsnah (Hauptschulabschluss und anschließender abgeschlossener Lehre) und wohnte auf dem Land. Um die Formulierungen der Fragebogenitems auf Verständlichkeit und Interpretation sowie Alterseignung für den Altersbereich der Kinder zu überprüfen, wurde die Methode des Lauten Denkens („concurrent think aloud“) angewandt. Dabei wurden die Probanden gebeten, jedes Item laut vorzulesen und zu beantworten und alle Gedanken im Prozess der Beantwortung laut zu äußern. Alle drei Prätest-Sitzungen, die zwischen 46-90 Minuten dauerten, wurden audiografiert. Der Fragebogenentwurf wurde des Weiteren in eine ca. zehnköpfige sozialwissenschaftliche Doktorandenforschergruppe eingebracht, deren Mitglieder zum Teil Eltern waren. Hier wurde der Fragebogenentwurf differenziert diskutiert und der Forscherin Rückmeldung zu Formulierungen und Verständnis gegeben.

Nach Analyse der Prätests wurde der Fragebogen von 149 Items auf 146 Items reduziert und kleine Veränderungen an einigen Fragen vorgenommen.

6. Studie 1: Entwurf und erste Pilotierung des Fragebogens

6.1 Forschungsfrage

Das Ziel von Studie 1 war es die wichtigsten Dimensionen seelischer Gesundheit im Kleinkindalter empirisch zu ermitteln und eine erste Itemreduzierung vorzunehmen.

6.2 Methode

Die Daten wurden durch eine Online-Fragebogenerhebung gesammelt. Der Link zu der Umfrage wurde mit Einladungsanschriften (s. Anhang I) in fünf deutschsprachige Online-Kleinkind-Foren (s. Tabelle 2) gestellt. Zuvor wurden die Foren durch die Forscherin kontaktiert und um Erlaubnis gebeten, den Beitrag einzustellen. Für die Datenerhebung wurden speziell Unterforen zum Kleinkind gewählt, um das Risiko zu minimieren, dass Eltern mit älteren Kindern an der Befragung teilnehmen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug ca. 25 Minuten. Die Daten wurden in einem ca. zweiwöchigen Zeitraum im März 2012 gesammelt.

Tabelle 2. Kleinkindforen, in denen der Link zur Umfrage gepostet wurde (Studie 1)

| Forum | Link zum Forum |
|-------------------|---|
| eltern.de | http://www.eltern.de/foren/kleinkind-entwicklung-erziehung-gesundheit/ |
| urbia.de | http://www.urbia.de/forum/3-kleinkind |
| rabaneltern.de | http://community.rabaneltern.biz/index.php?page=Board&boardID=125 |
| daselternforum.de | http://www.daselternforum.de/kleinkind-forum.html |
| rund-ums-baby.de | http://www.rund-ums-baby.de/kleinkind/index.htm |

6.2.1 Stichprobe

Die gesammelte Konstruktionsstichprobe umfasste 475 (99,6% weiblich, 0,4% männlich) Eltern von Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr. Aufgrund von Altersangaben des Kindes, die nicht in die untersuchte Altersgruppe (12-36 Monate) fielen, wurden insgesamt neun Fälle für die weiteren Analysen ausgeschlossen. Die finale Stichprobe bestand aus 466 Elternauskünften. Tabelle 3 stellt die sozio-demographischen

Charakteristika da.

Tabelle 3. Sozio-demographische Daten der Stichprobe (Studie 1)

| Soziodemographische Variable | <i>N</i> = 466 |
|------------------------------|---|
| Geschlecht Eltern | 465 weiblich (99.8%), 1 männlich (0.2%) |
| Alter Eltern | <i>Med</i> = 32 Jahre (<i>SD</i> = 4.6; 20-48) |
| Geschlecht Kind | 240 männlich (51.5%), 226 weiblich (48.5%) |
| Alter Kind | <i>M</i> = 22.9 Monate, <i>Med</i> = 22 Monate (<i>SD</i> = 6.6; 12-36) |
| Familienstand | 96.8% verheiratet/feste Partnerschaft 2.4 % getrennt 0.2 % geschieden 0.6 % ledig/alleinstehend 0.9 % keine Angabe |
| Höchster Bildungsabschluss | 38.8% Hochschulabschluss 26.0% Hochschulreife/Fachhochschulreife, 19.5% Berufschulabschluss 15.7% Real-und Hauptschulabschluss |

6.2.2 Erhebungsdimensionen des Fragebogenentwurfs

Demographische Variablen

Als demographische Variablen wurden Geschlecht und Alter des Kindes sowie Geschlecht, Alter, aktueller Familienstand und höchster erreichter Bildungsabschluss des fragebogenausfüllenden Elternsteils erhoben.

Fragebogenentwurf

Der Fragebogenentwurf wurde in randomisierter Itemreihenfolge (s. Anhang I) erhoben. Hier sind die Items zur übersichtlicheren Darstellung in die entwickelten Dimensionen gruppiert.

Essverhalten

- | | |
|---|--|
| 1 | lehnt viele unbekannte/neue Nahrungsmittel ab. |
| 2 | ist wählerisch beim Essen. |
| 3 | macht beim Essen oft Schwierigkeiten (z.B. das Essen dauert sehr lange oder es weigert sich vehement bestimmte Nahrungsmittel zu essen). |
| 4 | macht beim Essen eine "Szene" (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, |

- spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus).
- 5 isst nur etwas, was es nicht kauen muss.
- 6r isst sehr gerne und mag bestimmte Nahrungsmittel besonders gerne (invers).
- 7 wirft absichtlich Essen auf den Boden.
- 8r ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht (invers).

Schlafverhalten

- 9 versucht das Zu-Bett-Gehen hinauszuzögern.
- 10 schläft nur schwer ein.
- 11 wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir.
- 12 schläft die Nacht durch.
- 13r schläft abends problemlos ein (invers).
- 14 kann nur einschlafen, wenn es einen bestimmten Gegenstand (z.B. Lieblingssuppe, Teddy) bei sich hat.
- 15r geht meist gerne ins Bett (invers).
- 16r findet nach einem kurzen Ritual problemlos in den Schlaf (invers).

Emotionsregulation

- 17r ist leicht zu beruhigen, wenn es sich aufregt (invers).
- 18 ist schwer zu beruhigen, wenn es wütend oder traurig ist.
- 19 steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist) .
- 20 weint schnell, wenn es ermahnt wird.
- 21 lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder “quengelig” aufwacht.
- 22r lässt sich rasch trösten, wenn es sich weh getan hat.
- 23 ist schwer zu trösten.
- 24 ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat.
- 25 Die Stimmung meines Kindes schwankt oft.

Ängstlichkeit

- 26 gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm).
- 27 ist ängstlich, auch wenn ich dabei bin.
- 28 bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich.
- 29 fürchtet sich oft stark.
- 30 ist sehr ängstlich und weint leicht, wenn sich ihm ein Unbekannter direkt nähert und klammert sich an mich.
- 31 wirkt oft angespannt.
- 32 protestiert, wenn Ordnung durcheinander gebracht wird.
- 33 wirkt wie “gelähmt”, wenn sich ihm/ihr ein Unbekannter direkt nähert.
- 34 klammert sich ängstlich an mir fest und will mich nicht mehr loslassen, wenn es mich nach einer Trennung wieder sieht.
- 35 ist sehr schüchtern.

Gesunde Vorsicht

- 36 fürchtet sich, wenn ein großer fremder Hund sich ihm/ihr nähert.
 37r scheint sich vor nichts zu fürchten (invers).
 38r verhält sich oft unvorsichtig (invers).
 39 verhält sich vorsichtig in ungewohnten Situationen.
 40r nimmt schnell Kontakt mit unbekanntem Personen auf, die direkt auf es zukommen (invers).
 41 sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert.
 42 verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend.
 43r geht schon nach kurzer Zeit problemlos mit einer fremden Person mit (invers).

Unruhe

- 44 ist oft sehr zappelig.
 45 kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen).
 46 ist oft "überdreht" und kommt nur langsam zur Ruhe.
 47 ist immer in Bewegung.
 48 ist laut und schreit z.B. beim Spielen viel herum.

Frustrationstoleranz

- 49 kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist.
 50 gibt im Spiel nicht sofort auf, wenn ihm etwas nicht gelingt.
 51r wird ungeduldig und frustriert, wenn ihm/ihr etwas nicht gelingt. (invers)
 52r kann nicht gut abwarten bis es etwas bekommt, das es gerne haben möchte. (invers)
 53r Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben oder es "quengelt" heftig (invers).
 54 kann beim Spielen warten bis es an der Reihe ist.

Beziehungsqualität

- 56 Wenn mein Kind auf dem Spielplatz spielt, schaut es oder kommt es zwischen-durch immer wieder zu mir zurück.
 57r Auf dem Spielplatz läuft mein Kind drauf los und ich muss aufpassen, dass ich es noch sehen kann (invers).
 58 In einer neuen Situation bleibt mein Kind zunächst bei mir.
 59 Wenn sich etwas Ungewöhnliches ereignet, schaut mein Kind zu mir, um zu sehen, wie ich die Situation einschätze.
 60 bringt mir Gegenstände (z.B. Spielzeug oder Steinchen), gibt sie mir und will, dass ich sie nehme.
 61 kommt zu mir, wenn es mit mir schmusen möchte.
 63 reagiert oft nicht oder nur zögerlich, wenn ich es direkt anspreche (invers).
 64 wehrt sich gegen Zärtlichkeiten und will selten mit mir schmusen (invers).

Depression/Rückzugsverhalten

- 65 spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb).
 66 schaukelt mit dem Oberkörper hin und her oder lutscht Daumen, wenn sich nie-

- mand mit ihm/ihr beschäftigt.
 67 wirkt verloren und zieht sich in Ecken zurück, wenn niemand mit ihm/ihr spielt.
 68 schaut oft traurig aus.
 69 nimmt häufig Dinge in den Mund, die nicht zum Essen geeignet sind.
 70 weint häufiger still (wimmert/quengelt) länger vor sich hin, ohne dass ein Grund erkennbar ist.
 71 wirkt häufig unglücklich.
 72 ist häufiger ohne Kontakt zu seiner/ihrer Umgebung (z.B. blickt ins Leere, reagiert nicht).
 73 zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung.

Aggression

- 74 versucht mich zu beißen oder zu schlagen, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete.
 75 beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil.
 76 beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger.
 77 zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils.
 78 kratzt mich.
 79 macht Spielsachen kaputt (z.B. indem es mit Ihnen wirft).
 80 wirft sich häufiger wütend auf den Boden und ist nur schwer zu beruhigen.
 81 tut sich selbst weh, indem es sich z.B. auf den Boden wirft und mit dem Kopf auf den Boden schlägt.
 82 ärgert oder verletzt absichtlich Tiere.
 83 hat oft Wutanfälle.

Oppositionelles Verhalten

- 84 folgt nicht, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete.
 85 ist oft ungehorsam.
 86 macht meist nicht mit, wenn ich etwas verlange (z.B. den Spielplatz zu verlassen).
 87 stemmt sich gegen mich, wenn ich es trösten oder hochheben möchte.
 88 wehrt sich, wenn ich es anziehen oder baden will.
 89 Wenn mein Kind etwas z.B. im Supermarkt nicht bekommt, was es sich wünscht, wird es oft wütend und macht eine "Szene".
 90 ist oft sehr trotzig.

Psychosomatik

- 91 ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten.
 92 steckt sich leicht mit Erkältungen bei anderen Kindern an.
 93 verletzt sich häufig ungewollt, z.B. beim Spielen.
 94 hat häufig Bauchweh.
 95 hat häufig Durchfall.
 96 hat häufig Verstopfung.
 97 Wenn es einmal erkältet ist, geht der Schnupfen/Husten nur schwer weg.
 98r ist sehr selten erkältet. (invers)

Konzentrationsfähigkeit

- 99r "springt" häufig von einem Spielzeug zu einem anderen.
 100 kann sich gut konzentrieren (invers).

- | | |
|------|---|
| 101 | kann sich lange mit einem Spielzeug beschäftigen. |
| 102 | kann sich völlig ins Spielen vertiefen. |
| 103 | ist aufmerksam wenn ihm/ihr etwas Neues gezeigt wird. |
| 104r | kann sich schlecht konzentrieren, z.B. ist leicht ablenkbar. (invers) |

Positive Emotionalität

- | | |
|------|--|
| 105 | freut sich, wenn ihm/ihr z.B. beim Spielen etwas gelingt. |
| 106 | ist stolz, wenn ihm/ihr etwas Neues gelingt. |
| 107 | bewegt sich glücklich, wenn es Musik hört, die ihm/ihr gefällt. |
| 108 | ist untertags allermeist gut gelaunt. |
| 109 | wirkt grundsätzlich ausgeglichen. |
| 110 | ist meist fröhlich und zufrieden. |
| 111r | ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. (invers) |

Kooperationsfähigkeit

- | | |
|-----|--|
| 112 | beachtet es, wenn ich ihm etwas verbiete. |
| 113 | kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. |
| 114 | hilft mit, wenn ich es anziehen will. |
| 115 | macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. |
| 116 | gibt mir bereitwillig die Hand, wenn ich eine Straße überqueren möchte. |
| 117 | wenn ich mein Kind um etwas bitte, z.B. einen Gegenstand weg zu legen, tut es das. |

Spontane Imitation

- | | |
|-----|---|
| 118 | ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). |
| 119 | spricht die letzten Worte eines Satzes nach (z.B. Vater sagt: "Ich ziehe dir die Schuhe an" und Kind wiederholt: "Suhe an") |
| 120 | spielt gerne mit persönlichen Gegenständen von mir und spielt nach wie ich sie nutze (z.B. Geldbeutel, Handy). |
| 121 | macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt. |
| 122 | spricht oder "babbelt" Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. |

Positives Spielverhalten

- | | |
|------|---|
| 123r | will meistens das Spielzeug haben, das ein anderes Kind gerade hat und versucht es dem anderen Kind wegzunehmen. (invers) |
| 124 | geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. |
| 125 | spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. |
| 126 | geht auf andere spielende Kinder zu. |
| 127 | fügt sich in ein Spiel von anderen Kindern ein. |
| 128 | spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). |
| 129 | spielt oft Rollenspiele ("so tun als ob"). |
| 130 | spielt liebevoll mit einer Puppe, einem Teddybär oder einem Schmusetier. |

Prosoziales Verhalten

- | | |
|-----|---|
| 131 | zeigt Mitgefühl, wenn ein anderes Kind weint. |
| 132 | will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. |
| 133 | will mir bei meiner Arbeit helfen, (z.B. will es mit mir die Spülmaschine aus/einräumen). |
| 134 | nimmt wahr, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. |
| 135 | will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. |
| 136 | scheint es nicht viel auszumachen, wenn ein anderes Kind weint. (invers) |

Selbsta Ausdruck

- | | |
|-----|--|
| 137 | drückt seinen Willen deutlich aus (z.B. sagt "nein"), ohne wütend oder aggressiv zu werden. |
| 138 | will Dinge selbstständig machen. |
| 139 | drückt deutlich aus, was es möchte ohne zu sehr zu drängen. |
| 140 | plappert (babbelt) mehrmals am Tag lange (mindestens 1 Minute) vor sich hin. |
| 141 | erkundet seine Umwelt meist aus eigenem Antrieb. |
| 142 | ist neugierig auf neue Dinge. |
| 143 | erfindet neue Spielformen mit ein und demselben Spielzeug. |
| 144 | Wenn ein anderes Kind meinem Kind ein Spielzeug wegnimmt, protestiert es und fordert das Spielzeug zurück. |

Trennungsreaktion

- | | |
|-----|---|
| | Wenn ich mich von meinem Kind trenne, ... |
| 145 | klammert es sich an mir fest und es fällt ihm sehr schwer mich gehen zu lassen. |
| 146 | weint und schreit es. |
| 147 | protestiert es so heftig, dass es mir kaum möglich ist zu gehen. |
| 148 | protestiert es nicht. |
| 149 | macht es meinem Kind gar nichts aus. |
| 150 | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wieder sieht, zeigt es, dass es sich freut, kommt zu mir, und will mit mir kuscheln. |
| 151 | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wieder sieht, nimmt es sich eine gewisse Zeit bis es wieder mit mir Kontakt aufnehmen will. |

6.3 Datenanalyse und Ergebnisse

Die Datenanalyse erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 20. Ziel der Datenanalyse war primär die komponentenanalytische Untersuchung der Daten und die Konstruktion von Kurzskalen sozial-emotionaler Entwicklung, wobei die Subskalen in sich homogene, aber unterschiedliche Dimensionen abbilden sollten.

6.3.1 Hauptkomponentenanalyse

Ziel der Hauptkomponentenanalyse ist es, eine größere Anzahl von manifesten Variablen oder Items in eine kleinere Anzahl von latenten Faktoren zu ordnen, die inhaltlich zusammenhängen und somit dem „größeren Variablensatz eine ordnende Struktur (...) unterlegen“ (Bühner, 2011). Als Analysemethode wurde die Hauptkomponentenanalyse (*Principial Component Analysis*) gewählt. Sie hat das Ziel, möglichst viel Varianz der beobachtbaren Variablen durch sog. Hauptkomponenten zu erklären (Bortz & Schuster, 2010). Die Interpretierbarkeit der Komponenten ist in diesem Verfahren erleichtert, da es primär der Datenreduktion und Datenbeschreibung dient. Es zählt im strengeren Sinn nicht zu den faktorenanalytischen Verfahren (Moosbrugger & Schermelleh-Engel, 2007). Bühner (2011) schreibt, dass die Hauptkomponentenanalyse eine nützliche Methode für eine erste Item-Reduktion auf eine handhabbarere Anzahl an Komponenten ist, die es ermöglicht, dabei so wenig Information wie möglich zu verlieren. Da Studie 1 dies zum Ziel hatte, wurde diese Methode gewählt. Bevor eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt werden kann, sollten laut Matsunaga (2010) einige Voraussetzungen erfüllt sein. Daher wurden einschlägige Kriterien verwandt, um die Eignung der Daten für eine Hauptkomponentenanalyse zu untersuchen:

Es konnte von einer befriedigenden Linearität ausgegangen werden, da viele Items in höherem Maß miteinander korrelierten. Somit konnte eine zufriedenstellende Zerlegbarkeit angenommen werden. Durch die Verwendung einer Skala, die äquidistante Abstände zwischen den Ausprägungen aufweist, ist das Kriterium der Intervallskalierung erfüllt. Der Bartlett-Test auf Sphärizität überprüft die Nullhypothese, ob die Item-Interkorrelationen gleich null sind. Nur wenn die Nullhypothese abgelehnt werden kann, d.h. die Korrelationen signifikant von null abweichen, ist die Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse gerechtfertigt (Bühner, 2011, S. 342f). Der Bartlett-Test auf Sphärizität war signifikant ($\chi^2(11175) = 27907.53, p < .001$) und ließ somit auf eine geeignete Faktorabilität der Daten schließen. Das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium misst, ob die Daten für die Hauptkomponentenanalyse geeignet sind. Zur Prüfung dieser Annahme der gegenwärtigen Studie wurde der Koeffizient berechnet. Der Wert lag mit .756, über dem empfohlenen Wert von .6, was belegt, dass bei gegebener Interkorrelation die vorliegende Stichprobengröße ausreichend ist.

Nach der Eignungsüberprüfung der Daten wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit allen 149 Items durchgeführt. Die Kommunalitäten betragen alle über .61 und bestätigten somit, dass jedes Item gemeinsame Varianz mit anderen Items besaß. Die Kommunalität eines Items ist der Wert der aufgeklärten Varianz durch alle extrahierten Komponenten.

Als Rotationsmethode wurde zunächst eine oblique Rotation mit Promax-Methode gewählt, da vermutet wurde, dass die Komponenten miteinander korreliert sein könnten. Da die Mehrheit der Komponenten nur wenig oder nicht signifikant korrelierten, wurde zudem eine orthogonale Rotation mit Varimax-Methode durchgeführt. Da beide Rotationsmethoden sich in den Komponentenstruktur nur unwesentlich unterschieden, wird hier das Ergebnis der Varimax-Rotation dargestellt, da hier die Varianz der Ladungen pro Komponente maximiert und eine Einfachstruktur begünstigt wird, was meist zu einer guten Interpretierbarkeit der Komponenten führt. Zur Vereinfachung der Ergebnisübersicht wurden Ladungen $< .4$ unterdrückt (Bühner, 2011, S.355). Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium (d.h. Eigenwert >1) würden 41 Hauptkomponen extrahiert. Der Scree-Plot wies eine ähnlich hohe Extraktion von Faktoren auf. Aufgrund der sehr hohen Faktorenextraktion mittels üblicher Kriterien (Kaiser-Guttman & Scree-Plot) wurde entschieden, die inhaltliche Interpretierbarkeit als auch die Varianzaufklärung als Extraktionskriterium zu verwenden (Bühner, 2011); Dabei war entscheidend, bis einschließlich welchem Faktor eine theoretisch sinnvolle Struktur entstand und bis zu welchem Faktor genügend Varianz gebunden wurde. Aufgrund der theoretisch sinnvollen Gruppierung der Items in den ersten 27 konsekutiven Faktoren wurde beschlossen, diese beizubehalten. Die ersten 27 konsekutiven Faktoren wiesen eine kumulierte Varianzaufklärung von 61.4 Prozent auf. Der erste Faktor (*Wutregulation*) erklärte 12.5% der Varianz, der zweite Faktor (*Vorsicht*) erklärte 6.4% der Varianz, der dritte Faktor (*Empathie/Prosoziales Verhalten*) 4.9% der Varianz. Tabelle 4 zeigt die Faktorhauptladungen der finalen Lösung der explorativen Hauptkomponentenanalyse einschließlich erster inhaltlicher Interpretation der Faktoren. Alle weiteren Faktoren (28-41) waren nicht sinnvoll interpretierbar und wurden daher vom weiteren Verlauf der Fragebogenentwicklung ausgeschlossen. Die Tendenz, dass der Einsatz von unterschiedlich gepolten Items zu einer künstlichen Faktorenstruktur beiträgt ist in den Ergebnissen nicht wiedergespiegelt. Selbst negativ formulierte Items blieben nach der Faktorenanalyse in einigen Dimensionen erhalten.

Tabelle 4. Faktorhauptladungen der Varimax-rotierten, orthogonalen Faktorenlösung und Itemselektion

| Item | | Faktor- ladung | Item- selek- tion |
|---|---|-------------------|-------------------------|
| Faktor 1: Emotions(dys)regulation | | | |
| F83 | hat oft Wutanfälle. | .75 | ✓ |
| F80 | wirft sich häufiger wütend auf den Boden und ist nur schwer zu beruhigen. | .68 | ✓ |
| F19 | steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist). | .67 | ✓ |
| F90 | ist oft sehr trotzig. | .65 | ✓ |
| F111 | ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. | .65 | ✓ |
| F25 | Die Stimmung meines Kindes schwankt oft. | .61 | |
| F109 | wirkt grundsätzlich ausgeglichen. | - .57 | |
| F108 | ist untertags allermeist gut gelaunt. | - .55 | |
| F110 | ist meist fröhlich und zufrieden. | - .53 | ✓ |
| F85 | ist oft ungehorsam. | .45 | |
| F31 | wirkt oft angespannt. | .41 | |
| Faktor 2: Vorsicht | | | |
| F40 | nimmt schnell Kontakt mit unbekanntem Personen auf, die direkt auf es zukommen. | - .75 | ✓ |
| F28 | bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich. | .71 | ✓ |
| F42 | verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend. | .71 | ✓ |
| F41 | sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. | .69 | ✓ |
| F58 | In einer neuen Situation bleibt mein Kind zunächst bei mir. | .68 | |
| F30 | ist sehr ängstlich und weint leicht, wenn sich ihm ein Unbekannter direkt nähert und klammert sich an mich. | .67 | |
| F35 | ist sehr schüchtern. | .66 | |
| F43 | geht schon nach kurzer Zeit problemlos mit einer fremden Person mit. | - .64 | |
| F37 | scheint sich vor nichts zu fürchten. | .63 | |
| F39 | verhält sich vorsichtig in ungewohnten Situationen. | .57 | |
| F27 | ist ängstlich, auch wenn ich dabei bin. | .57 | |
| F33 | wirkt wie "gelähmt", wenn sich ihm/ihr ein Unbekannter direkt nähert. | .54 | |
| Faktor 3: Prosoziales Verhalten/Empathie | | | |
| F131 | zeigt Mitgefühl, wenn ein anderes Kind weint. | .82 | ✓ |
| F135 | will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | .79 | ✓ |
| F132 | will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. | .77 | ✓ |
| F134 | nimmt wahr, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | .75 | |
| F136 | scheint es nicht viel auszumachen, wenn ein anderes Kind weint. | - .72 | |

| Faktor 4: Trennungsprotest | | | |
|---|---|------|---|
| F145a | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), klammert es sich an mir fest und es fällt ihm sehr schwer mich gehen zu lassen. | .87 | ✓ |
| F145b | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), weint und schreit es. | .85 | ✓ |
| F145d | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), protestiert es nicht. | -.85 | ✓ |
| F145e | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), macht es meinem Kind gar nichts aus. | -.77 | ✓ |
| F145c | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), protestiert es so heftig, dass es mir kaum möglich ist zu gehen. | .76 | ✓ |
| F146c | Wenn mich mein Kind nach einer Trennung wieder sieht klammert es sich lange an mich und lässt sich erst nach längerer Zeit wieder von mir. | .49 | |
| F34 | Wenn mich mein Kind nach einer Trennung wieder sieht, klammert sich ängstlich an mir fest und will mich nicht mehr loslassen. | .45 | |
| Faktor 5: Essensschwierigkeiten | | | |
| F8 | ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht. | -.88 | ✓ |
| F2 | ist wählerisch beim Essen. | .83 | ✓ |
| F3 | macht beim Essen oft Schwierigkeiten (z.B. das Essen dauert sehr lange oder es weigert sich vehement bestimmte Nahrungsmittel zu essen). | .81 | ✓ |
| F1 | lehnt viele unbekannte/neue Nahrungsmittel ab. | .77 | |
| F6 | isst sehr gerne und mag bestimmte Nahrungsmittel besonders gerne. | -.66 | |
| F5 | isst nur etwas, was es nicht kauen muss. | .45 | |
| Faktor 6: Einschlafschwierigkeiten | | | |
| F13 | schläft abends problemlos ein. | -.88 | ✓ |
| F16 | findet nach einem kurzen Ritual problemlos in den Schlaf. | -.83 | ✓ |
| F10 | schläft nur schwer ein. | .82 | ✓ |
| F15 | geht meist gerne ins Bett. | -.60 | |
| F9 | versucht das Zu-Bett-Gehen hinauszuzögern. | .47 | |
| Faktor 7: Konzentrationsfähigkeit | | | |
| F101 | kann sich lange mit einem Spielzeug beschäftigen. | -.78 | ✓ |
| F102 | kann sich völlig ins Spielen vertiefen. | -.75 | ✓ |
| F65 | spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb). | .60 | ✓ |
| F100 | kann sich gut konzentrieren. | -.59 | ✓ |
| F104 | kann sich schlecht konzentrieren, z.B. ist leicht ablenkbar. | .55 | |
| F99 | "springt" häufig von einem Spielzeug zu einem anderen. | .52 | |
| F50 | gibt im Spiel nicht sofort auf, wenn ihm etwas nicht gelingt. | -.44 | |

Faktor 8: Erkältungsanfälligkeit

| | | | |
|-----|--|-------|---|
| F91 | ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten. | .90 | ✓ |
| F92 | steckt sich leicht mit Erkältungen bei anderen Kindern an. | .86 | ✓ |
| F98 | ist sehr selten erkältet. | - .85 | ✓ |
| F97 | Wenn es einmal erkältet ist, geht der Schnupfen/Husten nur schwer weg. | .79 | |

Faktor 9: Schwieriges Essen/Aggressivität

| | | | |
|-----|--|-----|---|
| F7 | wirft absichtlich Essen auf den Boden. | .69 | ✓ |
| F77 | zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils. | .61 | ✓ |
| F4 | macht beim Essen eine "Szene" (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus). | .51 | ✓ |
| F69 | nimmt häufig Dinge in den Mund, die nicht zum Essen geeignet sind. | .46 | ✓ |
| F38 | verhält sich oft unvorsichtig. | .42 | |

Faktor 10: Frustrationstoleranz

| | | | |
|------|---|-------|---|
| F52 | kann nicht gut abwarten bis es etwas bekommt, das es gerne haben möchte. | .78 | ✓ |
| F49 | kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist. | - .73 | ✓ |
| F53 | Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben oder es "quengelt" heftig. | .62 | ✓ |
| F139 | drückt deutlich aus, was es möchte ohne zu sehr zu drängen. | - .42 | |
| F54 | kann beim Spielen warten bis es an der Reihe ist. | - .41 | |

Faktor 11: Untröstbarkeit

| | | | |
|-----|---|-------|---|
| F21 | lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder "quengelig" aufwacht. | .66 | ✓ |
| F23 | ist schwer zu trösten. | .66 | ✓ |
| F22 | lässt sich rasch trösten, wenn es sich weh getan hat. | - .61 | ✓ |
| F24 | ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat. | .60 | ✓ |
| F17 | ist leicht zu beruhigen, wenn es sich aufregt. | - .58 | |
| F18 | ist schwer zu beruhigen, wenn es wütend oder traurig ist. | .46 | |

Faktor 12: Unruhe

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| F47 | ist immer in Bewegung. | .72 | ✓ |
| F44 | ist oft sehr zappelig. | .62 | ✓ |
| F46 | ist oft "überdreht" und kommt nur langsam zur Ruhe. | .49 | ✓ |
| F45 | kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). | .47 | ✓ |

Faktor 13: Peer Play Kompetenz

| | | | |
|------|---|-----|---|
| F127 | fügt sich in ein Spiel von anderen Kindern ein. | .70 | ✓ |
| F126 | geht auf andere spielende Kinder zu. | .61 | ✓ |
| F124 | geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. | .59 | ✓ |

| | | | |
|---|---|-------|---|
| F125 | spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. | .53 | ✓ |
| F57 | Auf dem Spielplatz läuft mein Kind drauf los und ich muss aufpassen, dass ich es noch sehen kann. | .44 | |
| Faktor 14: Spontane Imitation | | | |
| F118 | ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). | .74 | ✓ |
| F133 | will mir bei meiner Arbeit helfen, (z.B. will es mit mir die Spülmaschine aus/einräumen). | .59 | ✓ |
| F128 | spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). | .55 | ✓ |
| F120 | spielt gerne mit persönlichen Gegenständen von mir und spielt nach wie ich sie nutze (z.B. Geldbeutel, Handy). | .48 | ✓ |
| Faktor 15: Negativer Affekt | | | |
| F68 | schaut oft traurig aus. | .71 | ✓ |
| F71 | wirkt häufig unglücklich. | .66 | ✓ |
| Faktor 16: Aggressivität | | | |
| F75 | beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil. | .77 | ✓ |
| F74 | versucht mich zu beißen oder zu schlagen, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete. | .74 | ✓ |
| F78 | kratzt mich. | .42 | ✓ |
| Faktor 17: Erfolgsfreude | | | |
| F105 | freut sich, wenn ihm/ihr z.B. beim Spielen etwas gelingt. | .75 | ✓ |
| F106 | ist stolz, wenn ihm/ihr etwas Neues gelingt. | .75 | ✓ |
| Faktor 18: Sichere Wiedervereinigung | | | |
| F146b | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wieder sieht, zeigt es, dass es sich freut, kommt zu mir, und will mit mir kuscheln. | .82 | ✓ |
| F146a | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wieder sieht, nimmt es sich eine gewisse Zeit bis es wieder mit mir Kontakt aufnehmen will. | - .77 | ✓ |
| Faktor 19: Sprachliche Imitation | | | |
| F119 | spricht die letzten Worte eines Satzes nach (z.B. Vater sagt: "Ich ziehe dir die Schuhe an" und Kind wiederholt: "Suhe an"). | .81 | ✓ |
| F122 | spricht oder "babbelt" Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. | .79 | ✓ |
| Faktor 20: Kooperationsfähigkeit I | | | |
| F150 | macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. | .70 | ✓ |
| F117 | Wenn ich mein Kind um etwas bitte, z.B. einen Gegenstand weg zu legen, tut es das. | .62 | ✓ |
| Faktor 21: Besitzanspruch und Wehrhaftigkeit | | | |
| F144 | Wenn ein anderes Kind meinem Kind ein Spielzeug wegnimmt, protestiert es und fordert das Spielzeug zurück. | .75 | ✓ |

| | | | |
|--|--|------|---|
| F123 | will meistens das Spielzeug haben, das ein anderes Kind gerade hat und versucht es dem anderen Kind wegzunehmen. | .74 | ✓ |
| Faktor 22: Rückzug | | | |
| F73 | zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung. | .65 | ✓ |
| F67 | wirkt verloren und zieht sich in Ecken zurück, wenn niemand mit ihm/ihr spielt. | .65 | ✓ |
| Faktor 23: Will-nicht-Schmusen | | | |
| F64 | wehrt sich gegen Zärtlichkeiten und will selten mit mir schmusen. | .72 | ✓ |
| F61 | kommt zu mir, wenn es mit mir schmusen möchte. | -.60 | ✓ |
| Faktor 24: Aggression | | | |
| F82 | ärgerst oder verletzt absichtlich Tiere. | .76 | ✓ |
| F76 | beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger. | .60 | ✓ |
| Faktor 25: Ängstlichkeit | | | |
| F26 | gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm). | .65 | ✓ |
| F36 | fürchtet sich, wenn ein großer fremder Hund sich ihm/ihr nähert. | .59 | ✓ |
| F29 | fürchtet sich oft stark. | .42 | ✓ |
| F20 | weint schnell, wenn es ermahnt wird. | .42 | |
| Faktor 26: Durchschlafschwierigkeiten | | | |
| F12 | schläft die Nacht durch. | .73 | ✓ |
| F11 | wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir. | -.61 | ✓ |
| Faktor 27: Kooperationsfähigkeit II | | | |
| F86 | macht meist nicht mit, wenn ich etwas verlange (z.B. den Spielplatz zu verlassen). | .46 | ✓ |
| F113 | kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. | -.66 | ✓ |

Anmerkungen. Faktorenladungen <.4 sind unterdrückt. $N = 311$.

Zur Interpretation der Skalen wurden hauptsächlich die hohen Hauptladungen der Items auf den Faktor herangezogen. Laut Bühner (2011, S. 354) sollen alle Items, die sich in einen Faktor gruppieren, zur Interpretation herangezogen werden, wobei den Items, mit den höchsten Faktorladungen besondere Bedeutung zugemessen werden soll, da sie den Faktor am besten repräsentieren. Faktorladungen geben Information, wie gut das Item in eine Itemgruppe, d.h. in einen Faktor passt, und können als Interkorrelationskoeffizient zwischen dem Item und dem Faktor interpretiert werden. Acht Items wiesen Nebenladungen in etwa gleicher Höhe wie die Hauptladung auf. Die Items F18 (*Ist schwer zu beruhigen, wenn es wütend oder traurig ist*), F17 (*Ist leicht zu beruhigen, wenn es sich aufregt*) luden sowohl auf den Faktor 1 (*Emotions(dys)regulation*) mit jeweils .54

und -.48, als auch auf den Faktor 11 (*Untröstbarkeit*) mit .45 und -.58. Beide Items wurden wegen der inhaltlich besseren Passung Faktor 1 zugeordnet. Item F85 (*Ist oft ungehorsam*) lud sowohl auf Faktor 1 (*Emotions(dys)regulation*) mit .45, also auch auf Faktor 31 mit .47. Da Faktor 31 nicht final extrahiert wurde, ordnet sich Item F85 Faktor 1 zu. Items F146c (*Wenn mich mein Kind nach einer Trennung wieder sieht, klammert es sich lange an mich und lässt sich erst nach längerer Zeit wieder von mir*) und F34 (*Wenn mich mein Kind nach einer Trennung wieder sieht, klammert sich ängstlich an mir fest und will mich nicht mehr loslassen*) luden beide mit jeweils .49 und .45 auf Faktor 4 (*Trennungsprotest*) und mit .52 bzw. .55 auf Faktor 36. Da Faktor 36 nicht final extrahiert wurde, wurden beide Faktor 4 zugeordnet. Items F15 (*Geht meist gerne ins Bett*) und F9 (*Versucht das Zu-Bett-Gehen hinauszuzögern*) luden sowohl auf Faktor 6 (*Einschlafschwierigkeiten*) mit -.60 und .47, als auch auf Faktor 36 mit .50 und und -.61. Da Faktor 36 nicht final extrahiert wurde, wurde Items F15 und F9 dem Faktor 6 zugeordnet. Item F11 (*Wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir*) lud sowohl auf den Faktor 6 (*Einschlafschwierigkeiten*) mit .41, als auch auf den Faktor 26 (*Durchschlafschwierigkeiten*) mit .45. Es wurde der Dimension Durchschlafschwierigkeiten zugeordnet, da es dort nur eines von zwei Items war, die den Faktor ausmachten und das Item auf dem Faktor 6 am niedrigsten von sechs Items lud. Item F78 (*Kratzt mich*) lud etwa gleichhoch auf den Faktor 9 (*Schwieriges Essen/Aggressivität*) mit .47, als auch auf den Faktor 24 (*Aggression*) mit .42. Inhaltlich war der Faktor besser bei Faktor Aggression aufgehoben und wurde im Folgenden dort verortet.

Keine anderen Items wiesen Nebenladungen $>.4$ auf. Die extrahierten 27 Faktoren wiesen eine theoretisch sinnvolle und überwiegend gut interpretierbare Struktur auf. 20 Items (vgl. Tabelle 5) konnten in der Hauptkomponentenanalyse keinem extrahierten Faktor zugeordnet werden. Item F112 (*Beachtet es, wenn ich ihm etwas verbiete*) wurde aus inhaltlichen Gründen beibehalten. Item F 121 (*Macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt*) wurde unbeabsichtigt in die nächste Version übernommen. Alle anderen Items wurden aufgrund der nicht-vorhandenen Zuordnung in die faktorielle Struktur vom weiteren Studienverlauf ausgeschlossen.

Tabelle 5. Liste der faktoriell nicht zugeordneten Items.

| | |
|-----|---|
| F48 | ist laut und schreit z.B. beim Spielen viel herum. |
| F51 | wird ungeduldig und frustriert, wenn ihm/ihr etwas nicht gelingt. |
| F59 | Wenn sich etwas Ungewöhnliches ereignet, schaut mein Kind zu mir, um zu se- |

| | |
|------|--|
| | hen, wie ich die Situation einschätze. |
| F63 | reagiert oft nicht oder nur zögerlich, wenn ich es direkt anspreche. |
| F70 | weint häufiger still (wimmert/quengelt) länger vor sich hin, ohne dass ein Grund erkennbar ist. |
| F72 | ist häufiger ohne Kontakt zu seiner/ihrer Umgebung (z.B. blickt ins Leere, reagiert nicht). |
| F79 | macht Spielsachen kaputt (z.B. indem es mit ihnen wirft). |
| F81 | tut sich selbst weh, indem es sich z.B. auf den Boden wirft und mit dem Kopf auf den Boden schlägt. |
| F87 | stemmt sich gegen mich, wenn ich es trösten oder hochheben möchte. |
| F89 | Wenn mein Kind etwas z.B. im Supermarkt nicht bekommt, was es sich wünscht, wird es oft wütend und macht eine "Szene". |
| F93 | verletzt sich häufig ungewollt, z.B. beim Spielen. |
| F103 | ist aufmerksam wenn ihm/ihr etwas Neues gezeigt wird. |
| F107 | bewegt sich glücklich, wenn es Musik hört, die ihm/ihr gefällt. |
| F112 | beachtet es, wenn ich ihm etwas verbiete. |
| F121 | macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt. |
| F129 | spielt oft Rollenspiele ("so tun als ob"). |
| F138 | will Dinge selbstständig machen. |
| F141 | erkundet seine Umwelt meist aus eigenem Antrieb. |
| F142 | ist neugierig auf neue Dinge. |
| F143 | erfindet neue Spielformen mit ein und demselben Spielzeug. |

Auf Basis der Ergebnisse explorativen Hauptkomponentenanalyse wurde die Itemselektion vorgenommen.

6.3.2 Itemselektion

Da es das Ziel war, einen Screening-Fragebogen zu entwickeln, der möglichst differenziert verschiedene Aspekte der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter erhebt, wurde entschieden, zwei bis fünf Items pro Faktor beizubehalten. Kriterium für die Itembeibehaltung waren die Items mit hohen Hauptladungen auf die jeweiligen Komponenten. Zusätzlich wurden theoretische Überlegungen mit einbezogen (Bühner, 2011). Tabelle 4 weist die extrahierten Items aus. In Faktor 1 (*Emotions(dys)regulation*) wurden die fünf Items mit den höchsten Faktorladungen übernommen. Zusätzlich aus inhaltlicher Sicht auch noch das Item F110 (*Ist meist fröhlich und zufrieden*), da das Item nochmal eine zusätzliche Perspektive der positiven Emotionalität mit einbringt und sonst nicht weiter vertreten gewesen wäre. Faktor 4 (*Trennungsprotest*) behielt die fünf Items mit den höchsten Faktorladungen, da die Dimension (Trennungsprotest) sowohl gesunde, als auch ungesunde Aspekte abdenkt, sollte sie in einer weiteren Erhebung weiter untersucht werden.

In Faktor 2 (*Vorsicht*), Faktor 7 (*Konzentrationsfähigkeit*), Faktor 9 (*Schwieriges Essen/Aggressivität*), Faktor 11 (*Untröstbarkeit*), Faktor 12 (*Unruhe*), Faktor 13 (*Peer Play Kompetenz*), Faktor 14 (*Spontane Imitation*) wurden die vier Items mit den höchsten Faktorladungen beibehalten. Bei Faktor Faktor 3 (*Prosoziales Verhalten/Empathie*), Faktor 5 (*Essensprobleme*), Faktor 6 (*Einschlafschwierigkeiten*), Faktor 8 (*Erkältungsanfälligkeit*), Faktor 10 (*Frustrationstoleranz*), und Faktor 25 (*Ängstlichkeit*) wurden die drei Items mit den höchsten Faktorladungen beibehalten. Faktor 15 (*Negativer Affekt*), Faktor 16 (*Aggressivität*), Faktor 17 (*Erfolgsgfreude*), Faktor 18 (*Beziehungsqualität*), Faktor 19 (*Sprachliche Imitation*), Faktor 20 (*Kooperationsfähigkeit I*), Faktor 21 (*Besitzanspruch & Wehrhaftigkeit*), Faktor 22 (*Rückzug*), Faktor 23 (*Schmusen*), Faktor 26 (*Durchschlafen*) und Faktor 27 (*Kooperationsfähigkeit II*) haben sich nur jeweils zwei Items in den Faktor gruppiert. Beide Items wurden jeweils beibehalten. Nach der Itemselektion bestand der Fragebogen aus 84 Items in 27 Dimensionen.

6.3.3 Reliabilitätsanalyse

Um die konstruierten Kurzskalen zu bewerten, wurde zusätzlich die interne Konsistenz der Skalen berechnet. Tabelle 6 zeigt die Reliabilitätskoeffizienten (*Cronbach's Alpha*) der durch die Hauptkomponentenanalyse gewonnen Faktoren.

Tabelle 6. Interne Konsistenzen der Faktoren (Studie 1)

| | Faktornamen | α | Item # |
|-----|---------------------------------|----------|--------|
| 1. | Emotions(dys)regulation | .83 | 6 |
| 2. | Vorsicht | .78 | 4 |
| 3. | Prosoziales Verhalten/Empathie | .90 | 3 |
| 4. | Trennungsprotest | .90 | 5 |
| 5. | Essensschwierigkeiten | .87 | 3 |
| 6. | Einschlafschwierigkeiten | .90 | 3 |
| 7. | Konzentrationsfähigkeit | .77 | 4 |
| 8. | Erkältungsanfälligkeit | .92 | 3 |
| 9. | Schwieriges Essen/Aggressivität | .71 | 4 |
| 10. | Frustrationstoleranz | .77 | 3 |
| 11. | Untröstbarkeit | .71 | 4 |
| 12. | Unruhe | .76 | 4 |

| | | |
|---------------------------------------|-----|---|
| 13. Peer Play Kompetenz | .73 | 4 |
| 14. Spontane Imitation | .64 | 4 |
| 15. Negativer Affekt | .65 | 2 |
| 16. Aggressivität | .75 | 3 |
| 17. Erfolgsfreude | .63 | 2 |
| 18. Sichere Wiedervereinigung | .72 | 2 |
| 19. Sprachliche Imitation | .78 | 2 |
| 20. Kooperationsfähigkeit I | .60 | 2 |
| 21. Besitzanspruch und Wehrhaftigkeit | .62 | 2 |
| 22. Rückzug | .42 | 2 |
| 23. Nicht-Schmusen | .65 | 2 |
| 24. Aggression | .49 | 2 |
| 25. Ängstlichkeit | .47 | 3 |
| 26. Durchschlafschwierigkeiten | .80 | 2 |
| 27. Kooperationsfähigkeit II | .64 | 2 |

Die Cronbach's Alphas waren für viele Skalen akzeptabel. Die Skalen *Rückzug*, *Aggression* und *Ängstlichkeit* wiesen ungenügende Koeffizienten der internen Konsistenz auf.

Auf eine Eigentrennschärfeanalyse mittels der „korrigierten Item-Skala-Korrelationen“ wurde verzichtet, da die Faktorladungen eine ähnliche Bedeutung bzgl. der Repräsentativität und Prototypie der Skalen haben.

6.4 Diskussion

Studie 1 führte zu einer ersten Faktorisierung und Reduzierung von 149 Items in 20 theoretisierten Dimensionen auf 84 Items in 27 Dimensionen. Dafür wurden primär die empirischen Ergebnisse als Entscheidungskriterien für die Itemreduktion herangezogen. Theoretische Überlegungen flossen sekundär ein. Aufgrund der Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse kann von einer ersten faktoriellen Validität ausgegangen werden. Die Hauptkomponentenanalyse legte mehr latente Faktoren dar als ursprünglich hypothetisiert. Als wichtigster Faktor kristallisierte sich die Emotions(dys)regulation heraus, der die meiste Varianz aufklärte. Es faktorisierten sich allerdings theoretisch zusammenhängende und verwandte Konstrukte wie *Negativer Affekt*, *Untröstbarkeit*,

Schwieriges Essen/Aggressivität und *Frustrationstoleranz* unabhängig davon als getrennte Subskalen, was auf unterschiedliche Ausprägungen der einzelnen Dimensionen hinweisen könnte. Auch die Skalen, die man grob unter den Regulationsauffälligkeitsskalen verorten könnte, wiesen differenzierte Resultate auf. So splitteten sich *Ein- und Durchschlafschwierigkeiten* in zwei unterschiedliche Faktoren, die verschieden viel Varianz aufklärten. Die Skala *Essenschwierigkeiten* splittete sich in das Konstrukt des Wählerischen Essens und das der Schwierigen Gestaltung der Essenssituation („Szene machen“). Die hypothetisierte Dimension *Gesunde Vorsicht* erwies sich im Elternurteil als nicht inhaltsvalide. Die Items fielen mit der Ängstlichkeitsdimension zusammen. Mit den Items der Dimension *Gesunde Vorsicht* sollten Auffälligkeiten von Distanzlosigkeit und gesundem Selbstschutz erhoben werden. Die Differenzierungsfähigkeit, was ein gesundes Verhalten mit Fremden ist und was als zu ängstlich beurteilt werden kann, konnte im Elternurteil nicht unterschieden werden. Bühner (2011) weist darauf hin, dass ein Faktor mit weniger als drei Items meist instabil ist. Er schreibt, dass mindestens fünf Items mit hohen Faktorladungen ($> .50$) einen soliden Faktor bilden. Eine weitere Reduktion auf weniger Items wäre nur mit weiteren Analysen durch große Datensets zu empfehlen, um die Stabilität des Faktors nicht zu gefährden. Die Mehrheit der Faktoren beinhaltete weniger als fünf Items, daher kann von keiner faktoriellen Stabilität ausgegangen werden. Zudem wiesen die Reliabilitätsindices der Skalen *Rückzug*, *Aggression* und *Ängstlichkeit* ungenügende interne Konsistenzen auf. Das Konstrukt *Ängstlichkeit* hat aber bedeutenden inhaltlichen Wert und wurde daher nochmal um drei neu formulierte Items ergänzt. Diese waren (*Bewegt sich in neuen, unbekanntem Situationen sehr lange nicht von mir weg*), (*Lässt sich nicht leicht einschüchtern*), und (*Ist in vielen Situationen sehr ängstlich*). Der Faktor *Aggression* wurde nicht ergänzt, da es schon einen anderen Faktor *Aggressivität* gab, der nach Auffassung der Autorin die aggressiven Tendenzen von Kleinkindern genügend gut abdeckte. Der Faktor *Rückzug* wurde so beibehalten. Die empirischen Analysen zeigten, dass die theoretisierte Dimension *Depression/Rückzug* sich nicht so deutlich herauskristallisierte, wie angenommen, was evtl. auf eine Schwierigkeit, diesen Aspekt im Elternurteil zu erheben, hinweist. Da aber auch das Konstrukt *Negativer Affekt* mit zwei weiteren Items bestehen blieb, wurden dem Faktor *Rückzug* keine weiteren Items hinzugefügt. Die Dimension *Schmusen* wurde zusätzlich um das Item (*Will eher selten „geknuddelt“ werden*) ergänzt, um noch eine weitere Formulierung mitaufzunehmen und die Dimension nochmals genauer

untersuchen zu können. Aufgrund von klinischen Beobachtungen der Forscherin wurden zusätzlich zwei neue Items mit angenommener klinischer Relevanz, eingefügt. Das Item (*Läuft in der Öffentlichkeit vor mir weg*) sollte erheben, in wie weit ein Kleinkind in der Öffentlichkeit die Vertrauensperson verlässt bzw. oppositionelles Verhalten zeigt. Es wird angenommen, dass ein Kleinkind sich in ungeschütztem Raum, nicht ausserhalb von sicherer Distanz zu seiner Bezugsperson bewegen sollte. Ein solches Verhalten könnte auf eine unsicher-vermeidende Bindung bzw. eine gewisse Distanzlosigkeit hindeuten. Das Item (*Reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche*) wurde als Item der Bezogenheit und Beziehungsqualität hinzugefügt. Zudem kann es als ein Indikator für eine mögliche frühe Autismus-Spektrum-Störung gesehen werden und weist somit klinische Relevanz auf. Der auf Basis der Ergebnisse von Studie 1 resultierende Itemsatz bestand aus 90 Items.

7. Studie 2: Überprüfung der Validitäten, finale Itemauswahl und Alters- und Geschlechtsunterschiede

7.1 Forschungsfrage

Auf Basis dieser Ergebnisse aus Studie 1 wurde für Studie 2 eine neue Stichprobe erhoben, die hauptsächlich die Konstrukt-, Kriteriums- und Differenzielle Validität überprüfen sollte und eine weitere Itemreduzierung auf Basis der klinischen Fremdtrennschärfen zur Folge haben sollte. Desweiteren sollte die Faktorenstruktur erneut überprüft werden und inhaltliche Fragestellungen bzgl. Alters- und Geschlechtsunterschieden nachgegangen werden.

7.2 Methode

Die Daten wurden durch eine weitere Online-Fragebogenerhebung gesammelt. Der Link zu der Umfrage wurde mit Einladungsanschriften (s. Anhang II) in sechs deutschsprachige Online-Kleinkind-Foren (s. Tabelle 7) gestellt.

Tabelle 7. Kleinkindforen, in denen der Link zur Umfrage gepostet wurde (Studie 2)

| Forum | Link zum Forum |
|--------------------------|---|
| eltern.de | http://www.eltern.de/foren/kleinkind-entwicklung-erziehung-gesundheit/ |
| urbia.de | http://www.urbia.de/forum/3-kleinkind |
| rabeln.de | http://community.rabeln.de/index.php?page=Board&boardID=125 |
| rund-ums-baby.de | http://www.rund-ums-baby.de/kleinkind/index.htm |
| Eltern.de (Väter) | http://www.eltern.de/foren/vaeter/ |
| Papacommunity.de (Väter) | http://www.papacommunity.de/forum/152-kleinkind-forum/325-umfrage-zu-sozial-emotionaler-entwicklung.html |

Zuvor wurden die Foren durch die Forscherin kontaktiert und um Erlaubnis gebeten, den Beitrag einzustellen. Da in Studie 1 ersichtlich wurde, dass sich hauptsächlich Mütter in diesen Elternforen aufhalten bzw. bereit waren, der Bitte zur Unterstützung einer Umfrage nachzukommen, wurden für die Erhebung in Studie 2 speziell auch zwei Vä-

terforen ausgewählt und ein Beitrag mit *Bitte um Mithilfe bei einer Umfrage* eingestellt. Die Daten wurden in einem ca. vierwöchigen Zeitraum im November 2012 gesammelt. Zusätzlich wurden, um eine klinische Stichprobe zu erheben, 75 Fragebögen an einem großen Münchner Sozialpädiatrie-Zentrum (Kinderzentrum Großhadern), einer Kinder-Psychosomatik-Abteilung eines großen Münchner Krankenhauses und einer Baby-Kleinkind-Ambulanz eines psychotherapeutischen Ausbildungsinstituts verteilt. 13 Fragebögen kamen davon zurück, was einer Rücklaufquote von 17.3% entsprach.

7.2.1 Stichprobe

Die Validierungsstichprobe umfasste insgesamt 385 Eltern von Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr. Aufgrund von Altersangaben des Kindes, die nicht in die untersuchte Altersgruppe (12-36 Monate) fielen, wurden insgesamt zehn Fälle für die weiteren Analysen ausgeschlossen. Die finale Stichprobe bestand aus 375 Elternauskünften. Die deskriptiven Statistiken der Stichprobe sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8. Sozio-demographische Daten der Stichprobe (Studie 2)

| Soziodemographische Variable | <i>N</i> = 375 |
|------------------------------|---|
| Geschlecht Eltern | 98.9%, weiblich; 1.1 % männlich |
| Alter Eltern | <i>M</i> = 32.3 Jahre (<i>SD</i> = 4.72; 20-51) |
| Geschlecht Kind | 49.9% männlich; 50.1% weiblich |
| Alter Kind | <i>M</i> = 22.4 Monate (<i>SD</i> = 6.67; 12-36) |
| Familienstand | 97.6% verheiratet/feste Partnerschaft verheiratet (77.1%) /feste Partnerschaft (20.5%) |
| Höchster Bildungsabschluss | 41.8% abgeschlossenes Hochschulstudium, 32.0% Hochschulreife/Fachhochschulreife, 25.9% Real-und Hauptschulabschluss |
| Erstgeborenes Kind | 68.5% |
| Berufstätigkeit | 57.3% berufstätig 42.7 % nicht berufstätig |
| Besuch einer Beratungsstelle | 82.7% nein, 16.3% ja |
| Nationalität | 92.8% Deutsch 3.7% Österreichisch & Schweizerisch |

7.2.2 Instrumente

Seelische Gesundheit im Kleinkindalter-Screening (SGKS)

Der zu validierende Fragebogen bestand aus 90 Items, die aus der Analyse in Studie 1 hervorgingen.

Child Behavior Checklist 1 ½ -5

Die Child Behavior Checklist 1.5-5 ist eines der international am weitesten verbreiteten Fragebogeninstrumente von Verhaltensauffälligkeiten (Achenbach & Rescorla, 2000). Sie umfasst 99 Items, die verschiedene emotionale Schwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und somatische Beschwerden erfassen und sieben Symptomskalen zugeordnet werden. Diese lauten: 1. Ängstlich/Depressiv, 2. Emotional-Reaktiv, 3. Somatische Probleme, 4. Sozialer Rückzug, 5. Aggressives Verhalten, 6. Aufmerksamkeitsprobleme und 7. andere Probleme. Diese sieben Subskalen können zwei übergeordneten Störungsgruppen (Internalisierende Störungen (Skalen 6 & 7) & Externalisierende Störungen (Skalen 1, 2, 3 & 4) zugeordnet werden. Schließlich kann ein Gesamtproblemwert berechnet werden, der alle sieben Problem-Skalen einschließt. Für eine schematische Darstellung der CBCL 1 ½-5 sei auf Tabelle 26 (s. Anhang) verwiesen. Eltern beurteilen das Verhalten ihrer Kinder in den letzten zwei Monaten mit dem Grad ihrer Zustimmung bzw. der Häufigkeit des Problemverhaltens ihrer Kinder auf einer 3-stufigen Skala (0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend). Zusätzlich können die Antworten mit fünf DSM IV-orientierten Skalen ausgewertet werden. Diese lauten 1. Affektive Probleme, 2. Angstzustände, 3. Umschriebene Entwicklungsstörungen (PDD), 4. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD) und 5. Störungen des Sozialverhaltens (ODD). Diese sollten allerdings nicht als Diagnosekriterium verwendet werden (Plück et al., 2013). Die deutsche Übersetzung der CBCL 1 ½ -5 (Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder) wurde von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002) entwickelt. Die Validität der Symptomskalen für den deutschen Raum konnte durch eine Studie von Plück et al. (2013) bestätigt werden. Allerdings bestand die Validierungsstichprobe mehrheitlich (über 80%) aus Kindern, die zwischen vier und fünf Jahre alt waren. Daher kann die Frage der Validität des Instrumentes im deutschsprachigen Raum für Kinder im Altersbereich zwischen 1 ½ und 3 Jahren nicht abschließend beurteilt werden. Da allerdings auch keine anderen Fragebögen, die Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter

erheben und klinische Cut-off Werte ausweisen, im deutschen Raum validiert sind, wurde die international etablierte und im deutschsprachigen Raum häufig verwandte CBCL 1 ½-5 für die vorliegende Studie als Validierungsinstrument ausgewählt. Hutzelmeyer-Nickels und Noterdaeme (2007) untersuchten, inwieweit die CBCL 1 ½-5 sich als „orientierendes Untersuchungsinstrument“ (S. 575) bei einer Eingangsdiagnostik in einer kinderspsychiatrischen Einrichtung eignet. Bei dem Methodenvergleich zwischen einer umfassenden, multiaxialen kinderspsychiatrischen Untersuchung und der Befragung der Eltern durch die CBCL 1 ½-5 wies sich die Verwendung der CBCL 1 ½-5 als nur begrenzt nützlich heraus. Besonders der Gebrauch des Problem-Gesamtwertes als Diagnosemerkmal wies eine nur 40%ige Sensitivität aus. Die Spezifität lag allerdings bei 88%. Die niedrige Sensitivität deutet auf eine zu hohe Gesamtwert-Schwelle des CBCL 1 ½-5 hin und klassifiziert so Kinder, die deutlich auffällig sind und Hilfsangebote wahrnehmen sollten, nicht. Die Autoren weisen zudem darauf hin, dass somit nicht allein als Kriterium für eine klinische Diagnose herangezogen werden sollte, sondern dass ein auffälliger Wert auf einer der Symptomskalen auch schon Beachtung bezüglich der Behandlungsbedürftigkeit finden sollte (Hutzelmeyer-Nickels & Noterdaeme, 2007). Die einwöchige Test-Retest-Reliabilität liegt im Skalendurchschnitt bei $r = .85$ (Hutzelmeyer-Nickels & Noterdaeme, 2007; Noterdaeme & Amorosa, 1998).

Procedere

Die Eltern beantworteten den Fragebogen (s. Anhang II) online. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit lag bei ca. 30 Minuten.

7.3 Ergebnisse

Studie 2 sollte zu einer weiteren Reduktion der Items auf faktorenanalytischer Basis führen. Neben einer weiteren explorativen Faktorenanalyse sollte hier besonders die Differenzierungsfähigkeit (Trennschärfe) der Items im Vordergrund stehen.

7.3.1 Faktorenanalyse

Bevor die Faktorenanalyse durchgeführt werden konnte, wurden verschiedene Durchführbarkeitskriterien herangezogen. Die Stichprobengröße $N = 375$ lässt sich laut Bühner (2011) als gut bewerten. Die Kommunalitäten hatten Werte von .10-.92. Durch die

Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse aus Studie 1 ließ sich eine gute Faktorabilität annehmen, was der Bartlett-Test auf Sphärizität bestätigte ($\chi^2(4005) = 14306.10, p < .001$). Als weiteres Kriterium der Durchführbarkeit einer Faktorenanalyse wurde der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient verwendet. Dieser lag mit $.766$ über der empfohlenen Höhe von $.60$ und kann als mittelmäßig eingeschätzt werden. Die Durchführbarkeit der Faktorenanalyse konnte somit angenommen werden. Nach Bühner (2011) liegt in der Entscheidung der Extraktion der Faktoren eine grundlegende Schwierigkeit der Faktorenanalyse, für die es kein „allgemeingültiges Abbruchkriterium“ (S. 320) gibt. Häufig verwendete Kriterien sind, dass das Eigenwertkriterium größer als eins ist und der Scree-Test, der nach einem signifikanten Eigenwertabfall sucht. Zwick und Velicer (1986) und Gorsuch (1983) (zitiert nach Bühner, 2011) allerdings weisen auf die Tendenz des Eigenwertkriteriums hin, die Anzahl der wahren Faktoren zu überschätzen. Der Scree-Test ist in der Literatur als ein zu subjektives Kriterium bemängelt worden. Als bessere und objektivere Extraktionskriterien schlägt Bühner (2011) die Parallelanalyse nach Horn und den Minimum-Average-Partial (MAP)-Test vor, die er als den oben genannten Methoden überlegen ansieht und die beide durchgeführt werden sollten (S. 349). Die Parallelanalyse schätzt nur Faktoren als extraktionswürdig ein, „deren empirisch beobachtete Eigenwerte über einem [simulierten] Eigenwertverlauf von Zufallswerten liegen“ (S. 323). Der Vergleich der Eigenwerte zwischen der Analyse von Zufallsdaten und dem eigenen Datensatz erlaubt somit die Extraktion der Faktoren, die mindestens soviel Varianz erklären wie die zufällig gewonnenen Eigenwerte eines vergleichbaren Zufallsdatensatzes. Die empirische Bedeutsamkeit der extrahierten Faktoren kann dann angenommen werden. Die Parallelanalyse nach Horn ergab neun Faktoren mit überzufälligen Eigenwerten.

Als ein weiteres Extraktionskriterium wurde der Minimum-Average-Partial-Test (MAP-Test) herangezogen, der laut Bühner (2011) eine weitere empfehlenswerte Methode der Faktorenextraktion darstellt. Der MAP-Test extrahiert eine Komponente nach der anderen aus der Korrelationsmatrix bis ein minimaler systematischer Varianzanteil zwischen den Items besteht. Der MAP-Test wies 13 zu extrahierende Faktoren aus. Da sich die Extraktionsanzahl der Parallelanalyse und des MAP-Tests unterschied, wurde nach der Empfehlung von Bühner (2011) der MAP-Test als Entscheidungskriterium verwandt, auch weil es sinnvoller ist, eher mehr als weniger Faktoren zu extrahieren. Eine Maximum-Likelihood-Analyse wurde mit allen 90 Items durchgeführt. Die Maximum-

Likelihood-Analyse soll laut Bühner (2011) angewendet werden, wenn die Zusammenhänge der Items durch wenige Faktoren erklärt werden sollen und das Resultat im Anschluss mit einer Konfirmatorischen Faktorenanalyse besätigt werden soll. Auch führt laut ihm diese Methode, „trotz Verletzung der Voraussetzungen (multivariate Normalverteilung und große Stichprobe)“ (S.378) zu den geringsten Unterschieden zwischen Ausgangskorrelationsmatrix und reproduzierter Korrelationsmatrix (S. 372). Als Rotationsmethode wurde die Promax-Methode gewählt, da die Faktoren untereinander korrelieren durften. Die 13-faktorielle Struktur erklärte eine Gesamtvarianz von 52.8 Prozent. Die drei Faktoren mit der höchsten Varianzaufklärung waren: Faktor 1 (*Emotions(dys)regulation*) mit 12.08%, Faktor 2 (*Soziale Bezogenheit*) mit 6.47%, Faktor 3 (*Ängstlichkeit*) mit 6.21%. Zunächst wurde die Mustermatrix auf Items geprüft, die Nebenladungen auf andere Faktoren aufzeigten. Die Items wurden dem Faktor zugordnet, auf den die höchste Faktorladung fiel. Das Ergebnis der Faktorenanalyse ist in Tabelle 9 dargestellt.

7.3.2 Itemanalyse und Itemselektion

Auf Basis der Ergebnisse der Faktorenanalyse wurde eine weitere Reduktion von Items angestrebt. Neben den Faktorladungen wurden hierfür hauptsächlich Fremdtrennschärfekoeffizienten herangezogen, die besagen, ob ein Item klinische Relevanz besitzt. Dies gewährleistet, dass auch klinisch-bedeutsame Items, die allerdings in der Allgemeinbevölkerung sehr geringe Zustimmungsraten aufweisen und somit wenig Varianz aufklären, erhalten bleiben. Eine Itemschwierigkeitsanalyse informierte zusätzlich die Itemauswahl bzw. Itemeliminierung. Die Eigentrennschärfen der Items wurden berechnet, allerdings weist Bühner (2011) darauf hin, dass Eigentrennschärfen schwer zu interpretieren sind und sich nicht vorbehaltlos eignen, Items zu eliminieren. Auch würden sich Eigentrennschärfen auf die Korrelation des jeweiligen Items mit der Skala eines Faktors beziehen, nicht aber mit der Korrelation des Items mit anderen Faktoren. Daher rät Bühner (2011) eine explorative Faktorenanalyse einer reinen Trennschärfenanalyse zu bevorzugen. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung der Eigentrennschärfen zugunsten der Faktorladungen, Itemschwierigkeiten und Fremdtrennschärfen als Itemselektionskriterium verzichtet. Zusätzlich schreibt Bühner (2011, S. 255), dass die inhaltliche Relevanz und Passung eines Items bei der Itemauswahl nie außer Acht gelassen werden dürfte. Somit wurden immer inhaltliche Validitätsaspekte bzw. die Abde-

ckung der Konstruktbreite entscheidend mitbedacht.

Itemschwierigkeiten

Die psychometrische Itemschwierigkeit ist definiert „als Zustimmung zu einem Item in Schlüsselrichtung der Skala“ (Bühner, 2011, S.219). Bei ordinal oder intervallskalierten Skalen ist der Indikator der Itemschwierigkeit der Mittelwert des Items. Hohe Mittelwerte deuten auf eine hohe Itemschwierigkeit hin, da die Mehrheit der Stichprobe dem Item zustimmt. Um die Differenzierungsfähigkeit eines Items zu gewährleisten, wird laut Bühner (2011) eine Varianz von Itemschwierigkeiten innerhalb eines Tests angestrebt. Items mit sehr hohen oder sehr niedrigen Schwierigkeiten deuten darauf hin, dass sie eventuell nicht in unterschiedliche Ausprägungen differenzieren können. Allerdings weist Bühner (2011) darauf hin, dass Items nicht allein aufgrund einer hohen oder geringen Itemschwierigkeit eliminiert werden sollten, da diese Items gerade Aufschluss über Personen (Kinder) geben, die von der Mehrheit abweichen. Items, die eine spezifische hohe klinische Relevanz haben, werden oftmals von nur wenigen Probanden zugestimmt, trotzdem sind sie für eine kriteriumsorientierte Auswertung wichtig. Die Itemschwierigkeiten, d.h. die Mittelwerte der Items, sind in Tabelle 9. dargestellt. Item 76 (*Spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h., nicht aus eigenem Antrieb)*) ist das einzige Item, das nicht im vollen Antwortspektrum beantwortet wurde. Es wurde kein mal eine 5 (trifft voll und ganz zu) angekreuzt.

Fremdtrennschärfen

Unter Fremdtrennschärfe versteht man die Korrelation eines Items mit einem Außenkriterium. Bei der kriteriumsorientierten Itemsauswahl stellen somit (hohe) Korrelationen eines Items mit dem Kriterium (z.b. klinischer Auffälligkeit) einen wichtigen Indikator für die Relevanz eines Items. Da der Screening-Fragebogen als ein kriteriumsorientiertes, differenzierungsfähiges Instrument konzipiert wurde, wurde als Außenkriterium die Dichotomisierung (s. Absatz Bildung Klinische Unterstichprobe) in klinische unauffällige und auffällige Kinder auf Basis der subklinischen Cut-off Werte der Child Behavior Checklist herangezogen.

Bildung der Klinische Unterstichprobe (Klinischer Index)

Da die Rücklaufquote der Fragebögen aus den klinischen Einrichtungen nicht hoch war und zudem die Fragebögen nicht konsistent klinische Auffälligkeiten im Sinne einer emotionalen oder Verhaltens-Auffälligkeit boten, wurde entschieden, eine klinische Stichprobe aus der Online-Felderhebung zu ermitteln. Dazu wurden drei verschiedene Klassifizierungen berechnet. Zunächst wurde für die Bildung einer klinischen Stichprobe die subklinischen Cut-off Werte (über dem 93sten Perzentil) aller Skalen der Child Behavior Checklist verwendet. Ein Kind wurde als (sub)-klinisch dichotomisiert, wenn es auf einer der sieben Symptomskalen, einer der beiden übergeordneten Skalen (internal oder external) oder auf der Problem-Gesamtskala den subklinischen Summenwert erreichte. Diese Unterstichprobe bildeten danach 56 Kinder, was einer Rate von 14.9 % der Gesamtstichprobe entsprach. Eine zweite Klassifikation der klinischen Stichprobe wurde so berechnet, dass Kinder als klinisch auffällig (über dem 98sten Perzentil) auf einer der Skalen eingeschätzt wurden. Diese Stichprobe bildeten 43 Kinder, was einer Rate von 11.5% entsprach. 6.7% (25) Kinder konnten als klinisch auffällig beschrieben werden, wenn die Summenwerte auf den drei übergeordneten Skalen (Internal, External, Gesamtwert) über dem 98sten Perzentil lagen. Nach den Ergebnissen und der Empfehlung der Studie von Bühner (2011) wurde entschieden, die Subklinische Stichprobe ($N = 56$) als klinische Vergleichsgruppe und zur Klinischen Index-Bildung heran zu ziehen, da eine Diagnostik allein auf Basis des Gesamtwerts der CBCL 1 ½-5 eine geringe Sensitivität aufwies und Hutzelmeyer-Nickels und Noterdaeme (2007) expliziert auf die Verwendung aller zur Verfügung stehenden Subskalen für eine Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit hinwiesen.

Die 90 Items des Fragebogens wurden mit dem Klinischen Index (Fremdtrennschärfe) korreliert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9. Faktorladungen der Maximum-Likelihood-Analyse mit promax-oblique-rotierter 13-faktorieller Lösung, Itemschwierigkeiten, Fremdtrennschärfen und Itemselektion

| # | Item | Faktorladung | M (SD) | Fremdtrennschärfe | Itemselektion |
|--|--|--------------|-------------|-------------------|---------------|
| Faktor 1: Emotions(dys)regulation | | | | | |
| 20. | ist oft sehr trotzig. | .84 | 2.61 (1.09) | .32** | ✓ |
| 53. | hat oft Wutanfälle. | .79 | 2.32 (1.12) | .33** | ✓ |
| 68. | Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben, oder es „quengelt“ heftig. | .69 | 3.41 (1.12) | .24** | ✓ |
| 73. | Steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist). | .61 | 1.94 (1.12) | .34** | ✓ |
| 10. | Wirft sich häufiger wütend auf den Boden und ist nur schwer zu beruhigen. | .58 | 2.29 (1.19) | .24** | |
| 55. | Kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist. | -.57 | 2.39 (1.07) | -.22** | ✓ |
| 50. | Kann nicht gut abwarten bis es etwas bekommt, das es gerne haben möchte | .56 | 3.73 (1.07) | .19** | |
| 21. | Ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. | .50 | 1.94 (.96) | .28** | ✓ |
| 85. | Macht meist nicht mit, wenn ich etwas verlange (z.B. den Spielplatz zu verlassen). | .50 | 2.35 (1.00) | .17** | |
| 12. | Ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat. | .48 | 2.24 (1.05) | .29** | ✓ |
| 90. | Kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. | -.47 | 3.15 (1.04) | .22** | ✓ |
| 58. | Läuft in der Öffentlichkeit (z.B. im Supermarkt) von mir weg. | .46 | 2.87 (1.38) | .11* | ✓ |
| 19. | Will meistens das Spielzeug haben, das ein anderes Kind gerade hat und versucht es dem anderen Kind wegzunehmen. | .34 | 2.90 (1.13) | .04 | |
| 24. | Schaut oft traurig aus. | .33 | 1.32 (.75) | .18** | |
| 7. | Ist meist fröhlich und zufrieden. | -.31 | 4.35 (.75) | -.22** | ✓ |
| 42. | Ist schwer zu trösten. | .29 | 1.62 (.78) | .30** | ✓ |
| 78. | Lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder „quengelig“ aufwacht. | .22 | 1.80 (.98) | .21** | ✓ |

| | | | | | |
|-----|---------------------------|-----|------------|-------|--|
| 16. | Wirkt häufig unglücklich. | .22 | 1.31 (.65) | .21** | |
|-----|---------------------------|-----|------------|-------|--|

Faktor 2: Soziale Bezogenheit

| | | | | | |
|-----|--|------|-------------|--------|---|
| 4 | Spricht oder „babbelt“ Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. | .72 | 4.12 (1.24) | -.09 | ✓ |
| 49. | Will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | .69 | 3.32 (1.22) | -.05 | ✓ |
| 15. | Spricht die letzten Worte eines Satzes nach (z.B. Vater sagt: „Ich ziehe dir die Schuhe an“ und Kind wiederholt: „Suhe an“). | .69 | 2.86 (1.65) | -.01 | |
| 51. | Macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt. | .60 | 3.86 (1.26) | -.02 | |
| 47. | Macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. | .54 | 3.65 (.95) | -.14** | ✓ |
| 59. | Zeigt Mitgefühl, wenn ein anderes Kind weint. | .52 | 3.67 (1.17) | -.05 | |
| 48. | Ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). | .45 | 4.40 (.84) | -.06 | ✓ |
| 28. | Spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. | .45 | 3.85 (1.15) | -.11* | ✓ |
| 82. | Spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). | .41 | 3.71 (1.38) | -.04 | ✓ |
| 22. | Fügt sich in ein Spiel von anderen Kindern ein. | .38 | 3.24 (1.03) | -.07 | |
| 72. | Wenn ich mein Kind um etwas bitte, z.B. einen Gegenstand weg zu legen, tut es das. | .37 | 3.52 (.90) | -.11* | |
| 32. | Reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche. | .36 | 3.90 (.92) | -.21** | ✓ |
| 57. | Will mir bei meiner Arbeit helfen, (z.B. will es mit mir die Spülmaschine aus/einräumen). | .33 | 4.48 (.82) | .06 | |
| 65. | Wenn ein anderes Kind meinem Kind ein Spielzeug wegnimmt, protestiert es und fordert das Spielzeug zurück. | .33 | 3.88 (1.12) | -.04 | |
| 40. | Nimmt häufig Dinge in den Mund, die nicht zum Essen geeignet sind. | -.31 | 2.75 (1.37) | -.02 | |
| 38. | Lässt sich rasch trösten, wenn es sich weh getan hat. | .26 | 4.45 (.77) | -.21** | |

Faktor 3: Ängstlichkeit

| | | | | | |
|-----|---|------|-------------|--------|---|
| 62. | Bewegt sich in neuen, unbekanntenen Situationen sehr lange nicht von mir weg. | .87 | 2.83 (1.19) | .24** | |
| 74. | Bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich. | .83 | 2.47 (1.20) | .29** | ✓ |
| 56. | Nimmt schnell Kontakt mit unbekanntenen Personen auf, die direkt auf es zukommen. | -.73 | 2.92 (1.27) | -.16** | |

| | | | | | |
|-----|---|------|-------------|--------|---|
| 25. | Verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend. | .66 | 3.74 (1.11) | .12* | ✓ |
| 11. | Sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. | .66 | 3.85 (1.14) | .13* | ✓ |
| 23. | Ist in vielen Situationen sehr ängstlich. | .54 | 2.07 (1.01) | .27** | ✓ |
| 34. | Fürchtet sich oft stark. | .47 | 1.71 (.94) | .30** | |
| 13. | Geht auf andere spielende Kinder zu. | -.47 | 3.83 (1.05) | -.21** | ✓ |
| 41. | Lässt sich nicht leicht einschüchtern. | -.37 | 3.35 (1.04) | -.12* | |
| 37. | Gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm) | .28 | 2.18 (1.09) | .23** | ✓ |
| 88. | Wirkt verloren und zieht sich in Ecken zurück, wenn niemand mit ihm/ihr spielt. | .28 | 1.23 (.56) | .13** | |

Faktor 4: Trennungsangst

| | | | | | |
|-----|--|------|-------------|--------|---|
| 69. | Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), weint und schreit es. | .97 | 1.74 (1.08) | .16** | |
| 66. | Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), klammert es sich an mir fest und es fällt ihm/ihr sehr schwer mich gehen zu lassen. | .90 | 1.95 (1.16) | .16** | ✓ |
| 71. | Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), protestiert es so heftig, dass es mir kaum möglich ist zu gehen. | .79 | 1.41 (.89) | .16** | |
| 75. | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als 2 Stunden), protestiert es nicht. | -.78 | 3.41 (1.43) | -.16** | ✓ |
| 87. | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als 2 Stunden), macht es meinem Kind gar nichts aus. | -.64 | 3.06 (1.39) | .06 | |

Faktor 5: Schlafschwierigkeiten

| | | | | | |
|-----|---|------|-------------|-------|---|
| 26. | Findet nach einem kurzen Ritual problemlos in den Schlaf. | -.97 | 3.85 (1.23) | -.11* | |
| 60. | Schläft abends problemlos ein. | -.97 | 3.80 (1.28) | -.11* | ✓ |
| 27. | Schläft nur schwer ein. | .90 | 1.99 (1.20) | .10 | |
| 2. | Schläft die Nacht durch. | -.40 | 3.14 (1.46) | -.07 | |
| 63. | Wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir. | .39 | 2.65 (1.40) | .15** | ✓ |

Faktor 6: Essensschwierigkeiten

| | | | | | |
|----|---|------|-------------|--------|---|
| 1. | Ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht. | -.91 | 3.76 (1.19) | -.13** | ✓ |
|----|---|------|-------------|--------|---|

| | | | | | |
|-----|--|-----|-------------|-------|---|
| 64. | Ist wählerisch beim Essen. | .90 | 2.63 (1.46) | .06 | |
| 35. | Macht beim Essen oft Schwierigkeiten (z.B. das Essen dauert sehr lange oder es weigert sich vehement bestimmte Nahrungsmittel zu essen). | .87 | 2.28 (1.31) | .12* | |
| 52. | Macht beim Essen eine "Szene" (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus). | .32 | 2.37 (1.29) | .16** | ✓ |

Faktor 7: Unruhe

| | | | | | |
|-----|---|-----|-------------|-------|---|
| 31. | Ist oft sehr zappelig. | .84 | 2.66 (1.22) | .18** | |
| 30. | Kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). | .74 | 2.67 (1.25) | .19** | ✓ |
| 80. | Ist oft überdreht und kommt nur langsam zur Ruhe. | .52 | 2.00 (1.14) | .27** | ✓ |
| 18. | Ist immer in Bewegung. | .52 | 4.11 (.94) | .02 | |

Faktor 8: Erkältungsanfälligkeit

| | | | | | |
|-----|--|------|-------------|------|---|
| 29. | Ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten. | .93 | 2.44 (1.27) | .07 | ✓ |
| 39. | Ist sehr selten erkältet. | -.87 | 3.19 (1.37) | -.07 | |
| 5. | Steckt sich leicht mit Erkältungen bei anderen Kindern an. | .77 | 2.62 (1.25) | .07 | |

Faktor 9: Aggression

| | | | | | |
|-----|--|-----|-------------|-------|---|
| 54. | Beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil. | .85 | 1.90 (1.11) | .24** | ✓ |
| 8. | Versucht mich zu beißen oder zu schlagen, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete. | .74 | 2.13 (1.23) | .14** | |
| 14. | Kratzt mich. | .58 | 1.53 (.97) | .15** | |
| 86. | Beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger. | .38 | 1.38 (.78) | .14* | ✓ |
| 77. | Zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils. | .24 | 1.59 (1.08) | .14** | ✓ |
| 61. | Wirft absichtlich Essen auf den Boden. | .20 | 3.38 (1.45) | .14** | ✓ |

Faktor 10: Konzentration/Spiel

| | | | | | |
|-----|--|------|-------------|-------|---|
| 46. | Kann sich lange mit einem Spielzeug beschäftigen. | .75 | 3.66 (1.03) | -.06 | |
| 33. | Kann sich völlig ins Spielen vertiefen. | .68 | 4.02 (1.00) | -.03 | |
| 76. | Spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb). | -.61 | 1.33 (.67) | .14** | ✓ |

| | | | | | |
|-----|--|------|------------|--------|---|
| 3. | Kann sich gut konzentrieren. | .49 | 3.87 (.86) | -.14** | ✓ |
| 83. | Zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung. | -.22 | 1.17 (.53) | -.06 | |

Faktor 11: Schmusen

| | | | | | |
|-----|---|------|-------------|-----|--|
| 89. | Wehrt sich gegen Zärtlichkeiten und will selten mit mir schmusen. | .87 | 1.52 (.96) | .09 | |
| 44. | Will eher selten „geknuddelt“ werden. | .84 | 2.05 (1.26) | .02 | |
| 84. | Kommt zu mir, wenn es mit mir schmusen möchte. | -.57 | 4.59 (.84) | .09 | |

Faktor 12: (nicht benannt)

| | | | | | |
|-----|---|------|-------------|--------|---|
| 67. | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung widersieht, zeigt es, dass es sich freut, kommt zu mir, und will mit mir kuscheln. | .49 | 4.30 (.98) | -.05 | |
| 81. | Geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. | .43 | 3.41 (1.06) | -.14** | ✓ |
| 70. | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung widersieht, nimmt es sich eine gewisse Zeit bis es wieder mit mir Kontakt aufnehmen will. | -.38 | 1.44 (.89) | -.09 | |
| 6. | Ist stolz, wenn ihm/ihr etwas Neues gelingt. | .29 | 4.64 (.63) | -.08 | |
| 9. | Spielt gerne mit persönlichen Gegenständen von mir und spielt nach wie ich sie nutze (z.B. Geldbeutel, Handy). | .28 | 4.35 (.88) | -.03 | |
| 36. | Freut sich, wenn ihm/ihr z.B. beim Spielen etwas gelingt. | .28 | 4.60 (.63) | .05 | |

Faktor 13: (nicht benannt)

| | | | | | |
|-----|--|------|-------------|-------|---|
| 17. | Will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. | -.60 | 3.05 (1.28) | .11* | |
| 79. | Ärgert oder verletzt absichtlich Tiere. | .34 | 1.20 (.59) | .24** | ✓ |

Anmerkungen. ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, zweiseitig. $N = 375$. Itemschwierigkeiten = $M (SD)$ Fremdtrennschärfen = Pearson-Korrelation mit dem Klinischen Index.

Auf Grundlage der in Tabelle 9 dargestellten Ergebnisse sollen im Folgenden die Itemselektion erläutert werden.

Faktor 1 (Emotions(dys)regulation)

Der Großteil der Items in Faktor 1 (Emotions(dys)regulation) korrelierte mit dem klinischen Index, was auf die große klinische Bedeutung des Faktors hinwies. Item 10 (*Wirft sich häufiger wütend auf den Boden und ist nur schwer zu beruhigen*) wurde eliminiert, da es inhaltlich schon abgedeckt war. Zwischen den inhaltlich ähnlichen Items 50 (*Kann nicht gut abwarten bis es etwas bekommt, das es gerne haben möchte*) und Item 55 (*Kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist*) war eines inhaltlich redundant. Aufgrund der besseren Itemschwierigkeit und der minimal höheren Fremdtrennschärfe wurde Item 55 beibehalten und Item 50 eliminiert. Da sich Item 85 (*Macht meist nicht mit, wenn ich etwas verlange (z.B. den Spielplatz zu verlassen)*) und Item 90 (*Kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will*) inhaltlich überschneiden, wurde aufgrund der höheren Fremdtrennschärfe Item 90 behalten. Item 19 (*Will meist das Spielzeug haben, das ein anderes Kind gerade hat und versucht es dem anderen Kind wegzunehmen*) besaß keinerlei klinische Relevanz und wurde eliminiert. Item 24 (*Schaut oft traurig aus*) und Item 16 (*Wirkt häufig unglücklich*) wurden zugunsten von Item 7 (*Ist meist fröhlich und zufrieden*) ausgeschlossen, da Item 7 die höhere Fremdtrennschärfe besaß, inhaltlich das gleiche darstellte und als positiv formuliertes Item einen Ausgleich zu den Problem-Items des Faktors bilden sollte. Alle anderen Items wiesen klinische Bedeutung aus. Es wurde noch überlegt, Items der Tröstbarkeit zu reduzieren da Item 12 (*Ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat*) und Item 78 (*Lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder „quengelig“ aufwacht*) inhaltlich ähnlich sind. Es wurde aber zunächst beschlossen beide weiter beizubehalten, da beiden Items eine separate inhaltlich-klinische Bedeutung zugemessen wurde. Bei einer erneuten Erhebung sollte die Redundanz der Items erneut überprüft werden.

Faktor 2 (Soziale Bezogenheit)

Die Mehrheit der Items in Faktor 2 korrelierten nicht mit dem klinischen Index. Allerdings erklärt sich dies daran, dass der Klinische Index auf Basis der CBCL 1 ½-5 keine Skalen der sozial-emotionalen Fähigkeiten enthält, sondern eine reine Problemskala ist.

Daher ist auch nicht zu erwarten, dass diese Items klinische Relevanz, durch die CBCL definiert, ausweisen. Es wurden die Items, die den Faktor breit definieren ausgewählt. Die sprachliche Imitation war durch Item 4 (*Spricht oder „babbelt“ Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe*) abgedeckt, so dass Item 15 (*Spricht die letzten Worte eines Satzes nach (z.B. Vater sagt: „Ich ziehe dir die Schuhe an“ und Kind wiederholt: „Suhe an“)*) und Item 51 (*Macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt*) eliminiert wurden. Item 59 (*Zeigt Mitgefühl, wenn ein anderes Kind weint*) wurde aufgrund der Beibehaltung von Item 49 (*Will helfen, wenn ein anders Kind Hilfe braucht*) ebenfalls ausgeschlossen. Item 48 (*Ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen)*) wurde trotz einer sehr hohen Itemschwierigkeit beibehalten, da es die spontane Imitation gut erfasst und bei Kindern, die dies nicht tun, z.B. bei Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung, hoch auffällig ist. Item 82 (*Spielt Fantasiespiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer)*) ist als Indikator für Als-Ob-Spiel und damit einer ersten Symbolisierungsfähigkeit beibehalten worden. Item 72 (*Wenn ich mein Kind um etwas bitte, z.B. einen Gegenstand weg zu legen, tut es das*) war durch die Items der Kooperationsfähigkeit in Faktor 1 schon ausreichend abgedeckt. Item 32 (*Reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche*) wurde wegen seiner klinischen Relevanz beibehalten. Auch dieses Item ist für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung sehr relevant. Item 57 (*Will mir bei der Arbeit helfen, (z.B. will mit mir die Spülmaschine aus/einräumen)*) wurde aufgrund der hohen Itemschwierigkeit eliminiert. Die verbleibenden Items besaßen nur noch geringe Faktorladungen und schienen auch inhaltlich nicht einfach zu dem Faktor zuordbar. Item 38 wurde trotz der klinischen Relevanz nicht übernommen, da der Aspekt der Tröstbarkeit schon mit einigen Items in Faktor 1 Raum fand.

Faktor 3 (Ängstlichkeit)

Alle Item in Faktor 3 waren signifikant fremdtrennscharf. Es wurde versucht das Konstrukt der Ängstlichkeit möglichst breit abzudecken. Item 62 (*Bewegt sich in neuen unbekanntem Situationen sehr lange nicht von mir weg*) und Item 74 (*Bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich.*) waren nahezu identisch und daher wurde aufgrund der minimal höheren Fremdtrennschärfe nur Item 74 beibehalten. Item 56 (*Nimmt schnell Kontakt mit unbekanntem Personen auf, die direkt auf es zukommen*) wurde ursprünglich als invers formuliertes Item von Ge-

sunder Vorsicht konzipiert. Da es nun in den Faktor der Ängstlichkeit fiel, wurde es als nicht konzeptionell und theoretisch sinnvolles Item eliminiert. Items 25 (*Verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend*) und Item 11 (*Sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert*) wurden konzeptionell auch der Gesunden Vorsicht zugeordnet. Im Elternurteil scheinen diese Items eher der Ängstlichkeit zugehörig. Beide Items wurden übernommen, allerdings nicht uneingeschränkt und sollten weiter überprüft und eventuell auch noch eliminiert werden. Zwischen Item 23 (*Ist in vielen Situationen sehr ängstlich*) und Item 34 (*Fürchtet sich oft stark*) sollte wegen der inhaltlichen Überschneidung nur eines beibehalten werden. Bei etwa gleicher Fremdtrennschärfe wies Item 23 eine etwas günstigere Itemschwierigkeit aus. Item 13 (*Geht auf andere spielende Kinder zu*) wies eine positive Formulierung vor und besaß einen wichtigen sozialen Aspekt und wurde daher beibehalten. Item 41 (*Lässt sich nicht leicht einschüchtern*) wurde wegen der etwas geringeren Fremdtrennschärfe entfernt. Item 37 (*Gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm)*) wurde beibehalten, da es inhaltlich nochmal einen anderen Aspekt abdeckte und gute Fremdtrennschärfe besaß. Item 88 (*Wirkt verloren und zieht sich in Ecken zurück, wenn niemand mit ihm/ihr spielt*) wurde aufgrund der sehr leichten Itemschwierigkeit ($M = 1.23$, $SD = .56$) und somit einer höchst eingeschränkten Differenzierungsfähigkeit nicht selektiert.

Faktor 4 (Trennungsangst)

Vier der fünf Items, die sich in Dimension 4 faktorisiert hatten, korrelierten signifikant mit dem klinischen Index. Item 87 (*Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), macht es meinem Kind gar nichts aus*) wurde aufgrund der fehlenden Fremdtrennschärfe und einer konzeptionellen Schwierigkeit eliminiert. Das Item scheint im Elternurteil schwierig, da es einer Attribution des Elternteil auf das Kind entspricht. Das Item wurde somit auch aufgrund seiner nicht-behavioralen Beschreibung entfernt. Inhaltlich war es sinnvoll nur eines der Items 69 (*Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als zwei Stunden), weint und schreit es*) und 66 (*Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als zwei Stunden) klammert es sich an mir fest und es fällt ihm/ihr sehr schwer mich gehen zu lassen*). Bei vergleichbaren Fremdtrennschärfen und Faktorladungen, wurde Item 66 aufgrund seiner breiteren inhaltlichen Beschreibung beibehalten. Item 71 (*Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als zwei*

Stunden), protestiert es so heftig, das es mir kaum möglich ist zu gehen) wurde aufgrund der inhaltlichen Gleichwertigkeit mit Item 66 eliminiert. Item 75 wurde wegen der positiven Formulierung beibehalten.

Faktor 5 (Schlafschwierigkeiten)

Da Items 26 (*Findet nach einem kurzen Ritual problemlos in den Schlaf*) und 60 (*Schläft abends problemlos ein*) inhaltlich und aufgrund der psychometrischen Ergebnisse gleich waren, wurde nur eines davon übernommen. Item 60 wurde wegen seiner kürzeren Formulierung ausgewählt. Item 27 (*Schläft nur schwer ein*) war inhaltlich somit schon abgedeckt. Bei den beiden Items der Durchschlafschwierigkeit wurde Item 63 (*Wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir*) Item 2 (*Schläft die Nacht durch*) wegen seiner klinischen Relevanz vorgezogen.

Faktor 6 (Essensschwierigkeiten)

Von den vier Items, die Schwierigkeiten beim Essen erhoben, wurden die beiden beibehalten, die die höchste Fremdtrennschärfe besaßen. Item 1 (*Ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht*) und Item 32 (*Macht beim Essen eine „Szene“ (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus)*) wurden selektiert.

Faktor 7 (Unruhe)

In diesem Faktor wurden wiederum zwei Items beibehalten, die über klinische Relevanz verfügten. Zwischen Item 31 (*Ist oft sehr zappelig*) und Item 39 (*Kann nicht still sitzen, z.B. beim Essen*) sollte aufgrund der inhaltlichen Ähnlichkeit nur ein Item beibehalten werden. Da beide über ähnliche psychometrische Maße verfügten, wurde das inhaltlich weniger offensichtlichere Item 39 gewählt. Item 18 (*Ist immer in Bewegung*) wies keine Fremdtrennschärfe aus und wurde damit ausgeschlossen. Falls die Dimension nochmal mit Items aufgestockt werden sollte, könnte Item 31 eventuell wieder integriert werden.

Faktor 8 (Erkältungsanfälligkeit)

Aufgrund der hohen inhaltlichen Überschneidung der drei Items wurde nur dasjenige mit der höchsten Faktorladung als Indikator der Psychosomatik beibehalten.

Faktor 9 (Aggression)

Alle Items des Aggressionsfaktors wiesen klinische Relevanz aus. Item 54 (*Beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil*) besaß die höchste Fremdtrennschärfe. Item 8 (*Versucht mich zu beißen oder zu schlagen, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete*) wurde wegen der inhaltlichen Überschneidung mit Item 54 eliminiert. Als weiteren Indikator einer, auf einen Elternteil gerichteten Aggressivität, sollte zwischen Item 14 (*Kratzt mich*) und Item 77 (*Zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils*) entschieden werden. Item 77 wurde aufgrund der höheren Wahrscheinlichkeit des Aggressivitätsausdrucks von Kindern im zweiten Lebensjahr beibehalten. Item 86 (*Beißt, schlägt, oder tritt andere Kinder häufiger*) stand für die soziale Aggressivität in der Peer-Gruppe und wurde als erweiterter Aspekt der Aggression beibehalten. Auch Item 61 (*Wirft absichtlich Essen auf den Boden*) ergänzte die Dimension durch einen nicht direkt auf Personen bezogenen Aspekt der Aggression.

Faktor 10 (Konzentrationfähigkeit)

In Faktor 10 wurden nur die beiden Items, die Fremdtrennschärfe besaßen beibehalten. Dies waren Item 76 (*Spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb)*) und Item 3 (*Kann sich gut konzentrieren*). Die interne Konsistenz des Faktors, die erst später berechnet wurde, litt allerdings. Eventuell könnte Item 46 (*Kann sich lange mit einem Spielzeug beschäftigen*) wieder hinzugefügt werden.

Faktor 11 (Schmusen)

Der Faktor Schmusen wurde aufgrund der Absenz einer Fremdtrennschärfe komplett eliminiert.

Faktoren 12 & 13 (beide nicht benannt)

Faktor 12 war inhaltlich nicht interpretierbar. Als individuelles fremdtrennscharfes Item wurde Item 81 (*Geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an*) beibehalten). Faktor 13 verfügte nur über zwei Items, die inhaltlich nicht zueinander passten. Aufgrund der relativ hohen Korrelation von Item 79 (*Ärgert oder verletzt absichtlich Tiere*) mit dem klinischen Index wurde auch dieses Item beibehalten.

7.3.3 Interkorrelationen der Faktoren

Nach der Itemselektion bestand der Fragebogen aus 43 Items in neun Dimensionen. Vier Items konnten keinen der beibehaltenen Faktoren zugeordnet werden. Tabelle 10 zeigt die Interkorrelationsmatrix der auf Basis der Itemselektion gebildeten Faktoren. Mehrheitlich liegen die Korrelationen zwischen den Subskalen im niedrigen Bereich ($r < .30$). Die Skalen *Aggression* und *Unruhe* stehen in mittelhohem Zusammenhang mit der Skala *Emotions(dys)regulation*. Insgesamt kann somit die weitgehende Unabhängigkeit der Subskalen angenommen werden. Auch die Metafaktoren Internalisierende und Externalisierende Verhaltensprobleme korrelieren nur im niedrigen Bereich.

Tabelle 10. Interkorrelationsmatrix der SGKS-Subskalen

| <i>N</i> = 375 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|----------------------------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| 1. Emotions(dys)regulation | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2. Soziale Bezogenheit | -.24** | 1 | | | | | | | | | | | |
| 3. Ängstlichkeit | .14** | -.02 | 1 | | | | | | | | | | |
| 4. Trennungsangst | .14** | -.06 | .19** | 1 | | | | | | | | | |
| 5. Schlafschwierigkeiten | .29** | -.18** | .17** | .17** | 1 | | | | | | | | |
| 6. Essensschwierigkeiten | .32** | -.33** | .10 | .12* | .19** | 1 | | | | | | | |
| 7. Unruhe | .42** | -.11* | .01 | .10 | .29** | .32** | 1 | | | | | | |
| 8. Aggression | .45** | -.18** | .01 | .08 | .14** | .28** | .34** | 1 | | | | | |
| 9. Spiel/Konzentration | -.29** | .28** | -.02 | -.06 | -.04 | -.25** | -.26** | -.03 | 1 | | | | |
| 10. MF Externalisierend | .94** | -.30** | .12* | .16** | .32** | .43** | .60** | .65** | -.28** | 1 | | | |
| 11. MF Internalisierend | .27** | -.10* | .79** | .61** | .58** | .19** | .15** | .10 | -.06 | .28** | 1 | | |
| 12. MF Kompetenz | -.34** | .93** | -.04 | -.09 | -.21** | -.59** | -.23** | -.22** | .50** | -.42** | -.15** | 1 | |
| 13. Gesamtskala | .81** | -.64** | .31** | .33** | .49** | .55** | .52** | .55** | -.47** | .87** | .55** | -.76** | 1 |

Anmerkungen. ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, zweiseitig, Meta-Faktoren (MF)-Skalen wurden auf Basis der übergeordneten Hauptkomponentenanalyse gebildet.

7.3.4 Reliabilitätsanalyse

Zur weiteren Überprüfung der Faktoren wurden im Anschluss an die Faktorenanalyse die internen Konsistenzen der Subskalen berechnet, um die Messgenauigkeit der individuellen Faktoren, als auch der übergeordneten Skalen abzuschätzen. Die Reliabilität der Skalen wird durch den Koeffizienten Cronbach's Alpha gemessen und kann als „kombinierter Index“ (S. 168) betrachtet werden, der sowohl die Korrelationen der Items, als auch die Anzahl der Items berücksichtigt (Bühner, 2011). Verschiedene Autoren geben unterschiedliche Schwellenwerte an, um eine Skala als messgenau und zuverlässig einzustufen zu können. Generell wird ein Cronbach's Alpha von mindestens .80 als wünschenswert betrachtet, Werte ab .70 gelten allerdings auch allgemein als akzeptabel. Die Reliabilitätskoeffizienten der Subskalen sind in Tabelle 11 abgebildet.

Tabelle 10. Interne Konsistenzen der SGKS-Subskalen (Studie 2)

| Faktor | α | Item # |
|---------------------------------|----------------------------|---------------|
| Emotions(dys)regulation | .84 | 12 |
| Soziale Bezogenheit | .74 | 7 |
| Ängstlichkeit | .51 | 6 |
| Trennungsangst | .80 | 2 |
| Schlafschwierigkeiten | .62 | 2 |
| Essensschwierigkeiten | .58 | 2 |
| Unruhe | .62 | 2 |
| Aggression | .58 | 5 |
| Spiel/Konzentration | .44 | 2 |
| MF Externalisierendes Verhalten | .86 | 18 |
| MF Internalisierendes Verhalten | .70 | 10 |
| MF Kompetenz | .72 | 11 |
| Gesamtskala | .85 | 43 |

Anmerkungen. α = Cronbach's Alpha

Die Skalen *Ängstlichkeit*, *Schlafprobleme*, *Essensprobleme*, *Unruhe*, *Aggression*, und *Spiel/Konzentration* wiesen ungenügende interne Konsistenzen für eine Einzelfallbetrachtung aus. Allerdings bestanden einige der Subskalen nur zwei Items und daher wies der Reliabilitätskoeffizient nur die Interkorrelation der beiden Items aus. Die internen

Konsistenzen der Skalen *Emotions(dys)regulation* und *Soziale Bezogenheit* sowie die der drei übergeordneten Faktoren (*Externalisierendes Verhalten*, *Internalisierendes Verhalten* und *Kompetenz* (nachfolgend berechnet) wiesen sehr gute bis adäquate Skalen-Reliabilitäten auf. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass für eine reliable Messung die übergeordneten Faktoren herangezogen werden sollten, da geringe interne Konsistenzen auf eine instabile Dimension hinweisen und ihre Messgenauigkeit bezweifelt werden könnte. Diese Skalen sollten somit im Einzelfall nicht verwendet werden. Für gruppenstatistische Auswertungen könnten sie jedoch genutzt werden (Lienert & Raatz, 1998). Allerdings war es auch nicht das Ziel viele intern konsistente Subskalen zu kreieren, sondern die Konstruktbreite seelischer Gesundheit sowohl so umfassend und inhaltsvalide als auch so ökonomisch wie möglich zu erfassen. Die *Gesamtskala* weist eine sehr gute interne Konsistenz aus.

7.3.5 Übergeordnete Hauptkomponentenanalyse

Um eine weitere übergeordnete Faktorierbarkeit der gewonnenen Subfaktoren zu überprüfen, wurde eine weitere Hauptkomponentenanalyse mit allen neun Subfaktoren durchgeführt. Die Voraussetzungen für eine übergeordnete Faktorenanalyse wurden überprüft. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß lag mit .709 über dem geforderten Wert von .60. Der Bartlett-Test aus Sphärizität war höchst signifikant ($\chi^2(36) = 464.02$, $p < .001$), somit konnte eine weitere Hauptkomponentenanalyse durchgeführt werden. Das Ergebnis der übergeordneten Faktorenanalyse ist in Tabelle 12 dargestellt. Alle neuen Faktoren wurden in der Hauptkomponentenanalyse verwendet. Die Kommunalitäten lagen zwischen .40-.66, was bestätigte, dass die Faktoren gemeinsame Varianz besaßen. Rotiert wurde oblique (Promax), da einige der Faktoren mittlere Korrelationen untereinander aufwiesen (vgl. Tabelle 10). Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium wurden drei Faktoren extrahiert und konnten 54.5% der kumulierten Varianz aufklären. Faktor 1 („Externalisierendes Verhalten“) erklärte 29.2% der Varianz, Faktor 2 („Kompetenz-Faktor“) und Faktor 3 („Internalisierendes Verhalten“) konnten jeweils 13.5% und 11.9% erklären. Zwei Subfaktoren wiesen Doppelladungen auf je zwei übergeordnete Faktoren auf. Beide Subfaktoren wurden im Anschluss dem Meta-Faktor zugeordnet, auf den sie höhere Ladungen aufwiesen (Bühner, 2011). Somit wurde der Faktor Schlafprobleme dem Meta-Faktor („Internalisierendes Verhalten“) und der Faktor Essensprobleme invers kodiert dem Metafaktor („Kompetenz“) zugeordnet.

Tabelle 11. Übergeordnete Hauptkomponentenanalyse der SGKS-Subskalen

| Faktor | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------|----------|----------|----------|
| Emotions(dys)regulation | .67 | | |
| Soziale Bezogenheit | | .72 | |
| Ängstlichkeit | | | .81 |
| Trennungsangst | | | .68 |
| Schlafschwierigkeiten | .37 | | .45 |
| Essensschwierigkeiten | .34 | -.43 | |
| Unruhe | .73 | | |
| Aggression | .88 | | |
| Spiel/Konzentration | | .86 | |

Anmerkungen. Ladungen <.3 unterdrückt, 54.5% Varianzaufklärung bei drei extrahierten Faktoren. 1 = Externalisierendes Verhalten, 2 = Kompetenz, 3 = Internalisierendes Verhalten.

7.3.6 Überprüfung der Konstruktvalidität

Übereinstimmungsvalidität

Die konkurrente Validität des neu-entwickelten Instrumentes wurde anhand den Skalen der Child Behavior Checklist 1 ½ -5 mit der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson berechnet. Die CBCL Skalen wiesen folgende deskriptive Statistiken aus (Tabelle 13). Eine schematische Darstellung des Aufbaus der CBCL 1 ½-5 mit Beispielitens ist in Tabelle 26 abgebildet.

Die in dieser Studie vorliegenden internen Konsistenzen der CBCL Skalen sind mit denen von Plück et al. (2013) an einer deutschen Stichprobe berechneten vergleichbar. Tabelle 14 weist die Interkorrelations-Matrix der Skalen beider Instrumente aus.

Die Ergebnisse stützen die Inhalts- und Konstruktvalidität der entwickelten Skalen, da die Korrelationen der inhaltlich passenden Skalen mittel bis hoch sind. Alle Problem-Skalen des Fragebogens stehen in positivem Zusammenhang mit den Problem-Skalen der CBCL 1 ½-5, während die Kompetenz-Skalen niedrige bis mittlere negative Korrelationen mit den Problem-Skalen der CBCL 1 ½-5 aufweisen. Die Skala Emotions(dys)regulation scheint Aspekte abzugreifen, die in der CBCL 1 ½ -5 in den Skalen

Emotionally Reactive ($r = .50$), Attention Problems ($r = .55$), als auch in der Aggressive Behavior Skala ($r = .72$) abgebildet sind.

Auch die Metaskala Externalisierendes Verhalten korrelierte mit der entsprechenden CBCL-Skala hoch bei $r = .76$, die SGKS-Kompetenz-Skala mit $r = -.46$ mit dem Gesamtproblemwert der CBCL.

Tabelle 12: Deskriptive Statistiken und Cronbach's Alphas der CBCL 1 ½-5

| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>α</i> | <i>Items</i> # |
|----------------------------------|----------|-----------|------------|------------|----------|-------------------|
| CBCL Emotional Reaktiv | 1.81 | 1.89 | 0 | 13 | .64 | 9 |
| CBCL Ängstlich/Depressiv | 1.46 | 1.78 | 0 | 10 | .66 | 8 |
| CBCL Körperliche Beschwerden | 1.56 | 1.91 | 0 | 14 | .58 | 11 |
| CBCL Sozialer Rückzug | 1.05 | 1.40 | 0 | 11 | .60 | 8 |
| CBCL Schlafprobleme | 3.07 | 2.86 | 0 | 13 | .75 | 7 |
| CBCL Aufmerksamkeitsprobleme | 1.90 | 1.85 | 0 | 10 | .69 | 5 |
| CBCL Aggressives Verhalten | 8.19 | 5.68 | 0 | 32 | .87 | 19 |
| CBCL Andere Probleme | 6.39 | 5.00 | 0 | 42 | .80 | 33 |
| CBCL Internalisierende Störungen | 5.87 | 5.40 | 0 | 42 | .83 | 33 |
| CBCL Externalisierende Störungen | 10.09 | 7.07 | 0 | 42 | .90 | 24 |
| CBCL Gesamtauffälligkeitswert | 25.39 | 16.74 | 0 | 137 | .93 | 100 |

Anmerkungen. N = 373

Die übergeordneten Meta-Faktor (MF) Skalen weisen sinnvolle Zusammenhänge zu den jeweils korrespondierenden Skalen der CBCL 1 ½-5 aus, die auf die Validität der entwickelten Skalen hindeutet. Der Aspekt der Sozialen Bezogenheit korrelierte negativ mit $r = -.30$ mit der Withdrawn(Rückzugs)-Skala, was bestätigte, dass Kinder, die nicht sozial bezogen sind, auch als eher zurückgezogen eingeschätzt werden. Zudem scheint eine höhere soziale Bezogenheit auch mit Aspekten der Konzentration ($r = -.34$), des aggressiven Verhaltens ($r = -.32$) und anderen Problemen ($r = -.34$) zusammenzuhängen. Die Gesamtskala des SGKS korrespondiert zwischen $r = .31$ (Somatic Complaints) dessen Aspekt gar nicht im konstruierten Fragebogen erhoben wurde, und $r = .71$ mit der Gesamtproblemskala der CBCL.

Tabelle 13. Interkorrelationen der Subskalen des SGKS und der CBCL 1 ½ -5.

| | CBCL Skalen | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|---------------|---------|
| | ER | AD | SC | Wi | Sleep | AP | AB | OP | Inter- nal | Exter- nal | Total |
| Emotions(dys)regulation | .50*** | .27*** | .20*** | .19*** | .31*** | .55*** | .72*** | .43*** | .38*** | .72*** | .61*** |
| Soziale Bezogenheit | -.24** | -.19** | -.11* | -.30*** | -.16** | -.34*** | -.32*** | -.34*** | -.27*** | -.35*** | -.36*** |
| Ängstlichkeit | .23*** | .40*** | .22*** | .21*** | .13* | .01 | .05 | .21*** | .36*** | .05 | .23*** |
| Trennungsangst | .18*** | .35*** | .13** | .12* | .18*** | .06 | .08 | .20*** | .25*** | .08 | .20*** |
| Schlafschwierigkeiten | .15** | .14** | .15** | .13* | .79*** | .16** | .20*** | .17*** | .19*** | .20*** | .34*** |
| Essensschwierigkeiten | .24*** | .09 | .38*** | .14** | .21*** | .26*** | .32*** | .30*** | .29*** | .32*** | .36*** |
| Unruhe | .28*** | .10 | .18*** | .14** | .34*** | .54*** | .43*** | .34*** | .23*** | .49*** | .44*** |
| Aggression | .28*** | .10 | .14** | .08 | .19*** | .29*** | .49*** | .32*** | .20*** | .47*** | .39*** |
| Spiel/Konzentration | -.28*** | -.19*** | -.14** | -.21*** | -.16 | -.46*** | -.33*** | -.30*** | -.26*** | -.38*** | -.34*** |
| MF External. Verhalten | .51*** | .25*** | .22*** | .20*** | .35*** | .60*** | .75*** | .48*** | .38*** | .76*** | .64*** |
| MF Kompetenz | -.31*** | -.21*** | -.23*** | -.31*** | -.19*** | -.43*** | -.41*** | -.41*** | -.34*** | -.44*** | -.46*** |
| MF Internal. Verhalten | .29*** | .47*** | .27*** | .24*** | .49*** | .10 | .16** | .29*** | .42*** | .15** | .38*** |
| Gesamtskala | .54*** | .39*** | .31*** | .35*** | .46*** | .57*** | .68*** | .56*** | .52*** | .70*** | .71*** |

Anmerkungen. $N = 367$; *** $p \leq 001$, ** $p \leq 01$, * $p \leq 05$, zweiseitig. Erklärungen Abkürzungen der CBCL-Skalen: ER=Emotionally Reactive, AD=Anxious Depressed, SC=Somatic Complaints, Wi=Withdrawn, Sleep=Sleep Problems, AP=Attention Problems, AB= Aggressive Behavior, OP=Other Problems. MF=Meta-Faktor.

7.3.7 Kriteriumsvalidität

Klinische Relevanz der Skalen

Um die Kriteriumsvalidität des Fragebogens zu überprüfen, wurden die Zusammenhänge der Subskalen des Fragebogens mit einem gebildeten (sub-)klinischen Index untersucht. Der (sub-)klinische Index wurde auf Basis der sub-klinischen Cut-off Werte der CBCL 1 ½-5 –Skalen gebildet. Tabelle 15 stellt die Ergebnisse dar. Es lässt sich feststellen, dass alle Subskalen des Fragebogens klinische Relevanz aufweisen. Besondere Relevanz kommt hierbei der Skala Emotions(dys)regulation, der Meta-Skala Externalisierendes Verhalten und der Gesamtskala zu, die jeweils über $r = .40$ mit dem klinischen Index korrelieren. Auf Basis der Ergebnisse kann von einer ersten diagnostischen Validität ausgegangen werden.

Tabelle 14. Korrelationen der SGKS-Subskalen mit dem (Sub-)Klinischen Index

| Skalen Fragebogen | (Sub-)Klinischer Index |
|---------------------------------|------------------------|
| Emotions(dys)regulation | .41** |
| Soziale Bezogenheit | -.18** |
| Ängstlichkeit | .25** |
| Trennungsangst | .15** |
| Schlafschwierigkeiten | .15** |
| Essensschwierigkeiten | .18** |
| Unruhe | .23** |
| Aggression | .21** |
| Spiel/Konzentration | -.20** |
| MF Externalisierendes Verhalten | .41** |
| MF Kompetenz | -.24** |
| MF Internalisierendes Verhalten | .29** |
| Gesamtskala | .45** |

Anmerkungen. $N = 367$, ** $p \leq .01$. (Sub-)klinischer Index = dichotomisierter Wert an (sub-)klinischer Auffälligkeit auf Basis der CBCL-Skalen Cut-off Werte.

Differenzielle Validität

Unterschiede der klinischen und nicht-klinischen Stichprobe

Ein weiterer Indikator der Kriteriumsvalidität ist die Differenzierungsfähigkeit einer Skala zwischen klinischer und nicht-klinischer Gruppe (differenzielle Validität). Im Folgenden (Abbildung 4 und Tabelle 16) sind dazu die Ergebnisse der inferenzstatistischen Überprüfung (T-Test für unabhängige Stichproben), die Mittelwertsunterschiede beider Gruppen auf allen Subskalen des Fragebogens dargestellt.

Tabelle 15. Gruppenunterschiede zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe

| Dimension | Nicht-Klinisch | | Klinisch | | <i>t</i> (365) | <i>p</i> | <i>d</i> ^a |
|-------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|----------------|----------|-----------------------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | | |
| Emotions(dys)regulation | 2.28 | .56 | 2.97 | .59 | -8.50 | .000*** | 1.22 |
| Soziale Bezogenheit | 3.83 | .67 | 3.48 | .75 | 3.59 | .000*** | .49 |
| Ängstlichkeit | 2.95 | .57 | 3.35 | .62 | -4.85 | .000*** | .67 |
| Trennungsangst | 2.17 | 1.15 | 2.65 | 1.32 | -2.59 | .012* | .39 |
| Schlafschwierigkeiten | 2.34 | 1.11 | 2.82 | 1.16 | -2.98 | .003** | .42 |
| Essenschwierigkeiten | 2.23 | 1.03 | 2.74 | 1.05 | -3.43 | .001*** | .49 |
| Motorische Unruhe | 2.20 | .93 | 2.86 | 1.27 | -3.66 | .000*** | .59 |
| Aggression | 1.53 | .65 | 1.95 | .96 | -3.15 | .003** | .51 |
| Spiel/Konzentration | 4.27 | .67 | 3.87 | .91 | 3.16 | .002** | .50 |
| MF External | 36.33 | 8.46 | 47.21 | 10.47 | -7.36 | .000*** | .77 |
| MF Internal | 26.71 | 5.28 | 31.07 | 5.49 | -5.66 | .000*** | .59 |
| MF Kompetenz | 46.69 | 6.69 | 42.05 | 8.00 | 4.62 | .000*** | .48 |
| Gesamtskala | 97.85 | 15.41 | 119.56 | 16.89 | -8.86 | .000*** | 1.00 |

Anmerkungen. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$. Sub-Skalenwerte sind als Mittelwerte zwischen 1-5 berechnet. Meta-Skalenwerte als Summenwerte der Sub-Skalen. ^a Effektstärkemaß Cohens *d*. Klinisch $N = 56$, Nicht-Klinisch $N = 311$.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Fragebogen auf allen Skalen zwischen klinischer und nicht-klinischer Gruppe differenzierungsfähig ist, was auf eine vorläufige diagnostische Validität des Fragebogens hinweist.

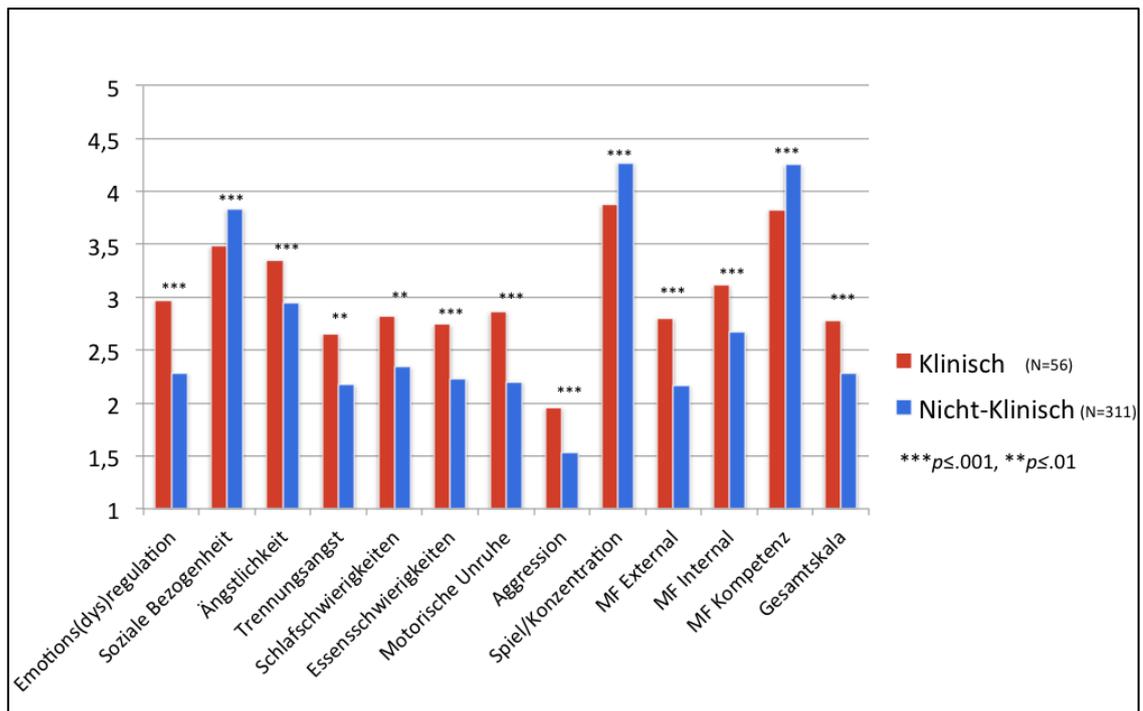


Abbildung 4. Klinische und nicht-klinische Stichprobe im Vergleich auf den Subskalen des SGKS.

Einen besonders starken Differenzierungseffekt weisen die Emotions(dys)regulations-Skala und die Gesamtskala aus. Die restlichen Subskalen besitzen mittlere bis hohe Effektstärken, um zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe zu unterscheiden.

Bestimmung der Cut-off Werte

Cut-off Werte von Screening-Instrumenten sind bedeutsam bei der Frage, wann eine Person als auffällig eingeschätzt werden kann und bis wann sie als unauffällig gilt. Sollte das Kriterium der Auffälligkeit erfüllt sein, würde dies als Empfehlung zu weitergehender Diagnostik und eventueller Intervention gelten. Bei der Festlegung von Cut-Off Werten geht es um die Balance von zwei gegensätzlichen psychometrischen Charakteristiken, der Sensitivität und der Spezifität des Instruments. Ein Instrument, das über eine hohe Sensitivität verfügt, ist in der Lage, diejenigen Personen als auffällig einzustufen, die es tatsächlich auch sind. Abbildung 5 zeigt das Histogramm der Gesamtwerte-Verteilung von klinischer und nicht-klinischer Stichprobe, die Anhand der subklinischen klinischen Cutoff-Werte des CBCL 1 ½-5 ermittelt wurden (vgl. 7.3.2 Bildung der klinischen Unterstichprobe). Die Y-Achse stellt die Gesamtskala-Werte des Fragebogens, die X-Achse die Häufigkeit der Fälle mit dem entsprechenden Wert dar. Non-clinical kennzeichnet die nicht-klinische Stichprobe während Clinical die Werte der

(sub-) klinischen Stichprobe beschreibt.

Dabei wird deutlich, dass es wichtig ist, einen Cut-off Wert zu ermitteln, der möglichst viele der klinischen Stichprobe und möglichst wenige der nicht-klinischen Stichprobe als „auffällig“ einstuft. Ein Instrument besitzt eine hohe Spezifität, wenn eine nicht-auffällige Person auch als nicht-auffällig auf dem Test identifiziert wird, d.h. die (falsch-positiv) Fehlerrate relativ gering ist. Bühner (2011) empfiehlt den optimalen Cut-off Wert anhand der Schätzung von Sensitivität und Spezifität zu konstruieren. Dazu kann eine Receiver-Operating-Characteristic Curve (ROC-Kurve) berechnet werden, die sich als Konstruktionshilfe bewährt hat, indem sie eine Schätzung der Balance zwischen Sensitivität und Spezifität verbildlicht. Um einen gute Differenzierungsfähigkeit zu überprüfen und einen Cut-off-Wert zu bestimmen wird dann die Sensitivität/Spezifität-Kurve und die Größe des AUC (Area under the Curve) herangezogen.

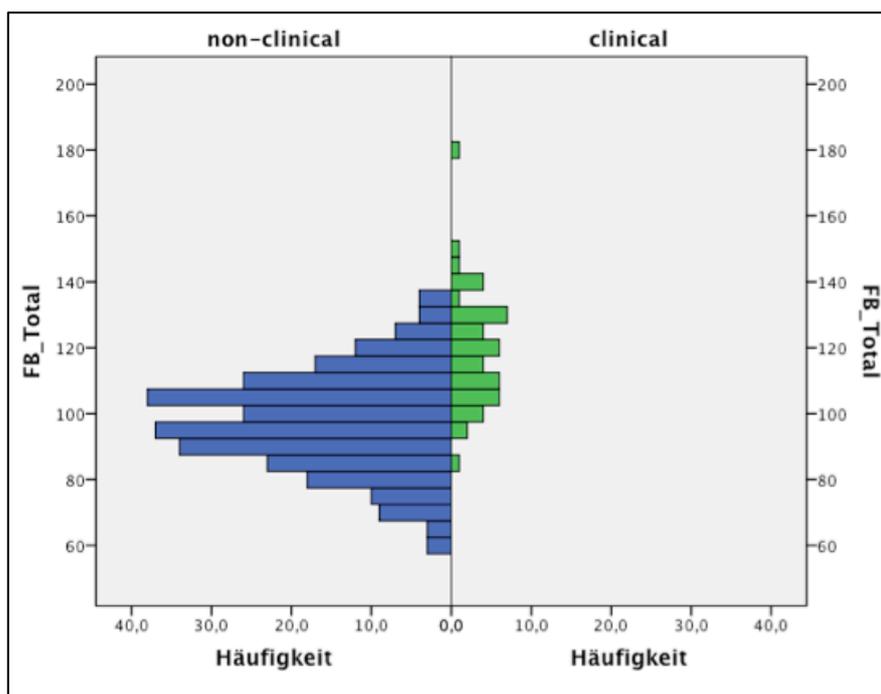


Abbildung 5. Histogramm der Werteverteilung von klinischer und nicht-klinischer Stichprobe im Vergleich auf der Gesamtskala des SGKS

Cut-off Wert-Bestimmung der Gesamtskala

Abbildung 6 zeigt den Verlauf der ROC-Kurve der sub-klinischen Auffälligkeit im CBCL 1 ½-5 als Gruppenvariabel (Subklin. Gruppe vs. Nicht-Klinischer Gruppe) und dem Summengesamtwerts des SGKS-Fragebogens.

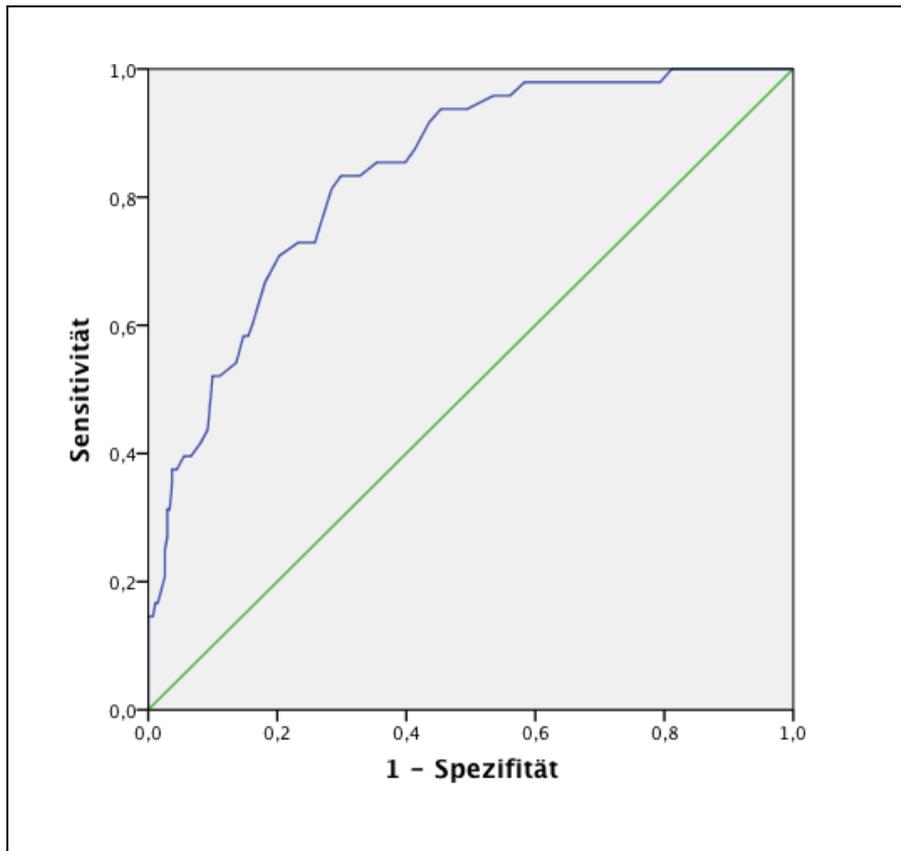


Abbildung 6. ROC-Kurve der Gesamtskala des SGKS

Die ROC-Kurve verdeutlicht die gegenseitige Abhängigkeit zwischen Sensitivität (Y-Achse) und der Fehlerquote (1-Spezifität). Die dargestellte grüne Bezugslinie ist die Winkelhalbierende (Bühner, 2011). Falls die ROC-Kurve der Bezugslinie entsprechen würde, was einem AUC-Wert von .50 gleichkäme, würden gleich viele richtig positive wie falsch positive Personen klassifiziert. Eine perfekte Differenzierungsfähigkeit würde durch einen AUC-Wert von 1 indiziert. Nach Bortz und Döring (1995) weist ein AUC-Wert von 0.5-0.7 kleine, 0.7-0.9 mittlere und ab $< .9$ hohe diskriminatorische Güte aus. Die Fläche unter der Kurve betrug AUC .84 (KI95%= .78-.89) und wich signifikant von AUC =.5 ab ($p < .001$). Somit weist der Fragebogen eine mittelgute Differenzierungsfähigkeit auf. Tabelle 17 weist die geschätzte Sensitivität und Spezifität für verschiedene Cut-Off-Werte des Fragebogens.

Tabelle 16. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Gesamtskala des SGKS

| Cut-Off (Gesamtskala) | Sensitivität | 1-Spezifität (falsch positiv Fehlerrate) |
|--------------------------|--------------|---|
| ≥ 99.5 | .938 | .454 |
| ≥ 100.5 | .917 | .435 |
| ≥ 101.5 | .875 | .413 |
| ≥ 102.5 | .854 | .399 |
| ≥ 103.5 | .854 | .354 |
| ≥ 104.5 | .833 | .328 |
| ≥ 105.5 | .833 | .299 |
| ≥ 106.5 | .813 | .284 |
| ≥ 107.5 | .729 | .258 |
| ≥ 108.5 | .729 | .251 |
| ≥ 109.5 | .729 | .232 |
| ≥ 110.5 | .708 | .203 |

Anmerkungen. Cut-off X bedeutet, dass eine subklinische Auffälligkeit bei einem Wert von X oder einen höheren Wert vorliegt.

Um den optimalen Cut-off Wert festzulegen sollen beide Gütekriterien (Sensitivität und Spezifität) maximiert werden. Im Falle des Gesamtskala-Werts wurde der beste Kompromiss der beiden bei einem Cut-off-Wert von ≥ 106 gefunden und festgelegt. Dies weist eine Gesamtfragebogen-Sensitivität von 83.3% und eine Spezifität von 70.1% aus.

Zusätzlich zur Bestimmung des Gesamtskala-Cutoff-Wertes wurden durch die gleiche Analyse auch die optimalen Cut-off-Werte der drei weiteren Subskalen Externalisierendes Verhalten, Internalisierendes Verhalten und Kompetenz ermittelt. Die Cutoff-Wert-Bestimmung der drei Metafaktor-Skalen ist in Anhang I dargestellt.

7.3.8 Alters- und Geschlechtsunterschiede

Altersunterschiede

Bezüglich Altersunterschieden wurde angenommen, dass die Kompetenz-Skalen positiv und dass Trennungsangst leicht negativ mit dem Alter zusammenhängt. Zusätzlich wurde vermutet, dass die Emotions(dys)regulations-Skala leicht negativ mit dem Alter korreliert sein könnte. Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse sind in Tabelle 18 dargestellt. Der inferenzstatistische Altersvergleich zwischen 1- und 2 Jährigen auf den Fragebogenskalen ist in Tabelle 19 aufgeführt.

Tabelle 17. Korrelationen der Skalen des SGKS mit dem Alter der Kinder

| Skala | <i>r</i> |
|---------------------------------|----------|
| Probleme in Emotionsregulation | .04 |
| Soziale Bezogenheit | .47*** |
| Ängstlichkeit | .04 |
| Trennungsangst | -.11* |
| Schlafschwierigkeiten | -.13* |
| Essensschwierigkeiten | -.13* |
| Unruhe | .06 |
| Aggression | -.05 |
| Spiel/Konzentration | -.04 |
| MF Externalisierendes Verhalten | .03 |
| MF Internalisierendes Verhalten | -.08 |
| MF Kompetenz | .40*** |
| Gesamtskala | -.19*** |

Anmerkungen. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$.

Die Ergebnisse weisen auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Dimension Soziale Bezogenheit und damit auch dem Meta-Faktor Kompetenz und dem Alter auf. Trennungsangst, Schlafschwierigkeiten, und Essensschwierigkeiten sind leicht negativ mit dem Alter korreliert und deuten darauf hin, dass diese sich mit zunehmendem Alter leicht verringern. Die Skalen, die externalisierendes Verhalten darstellen, scheinen nicht mit dem Alter der Kinder zusammen zu hängen.

Tabelle 18. Gruppenunterschiede zwischen ein- und zweijährigen Kindern

| Dimension | 1-Jährige (12-23 Monate) | | 2-Jährige (24-36 Monate) | | t(373) | p | d ^a |
|-----------------------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|--------|------|----------------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Emotionsdysregulation | 2.36 | .63 | 2.41 | .63 | -.71 | .478 | .08 |
| Soziale Bezogenheit | 3.55 | .71 | 4.08 | .55 | -8.13 | .000 | .83 |
| Ängstlichkeit | 2.97 | .58 | 3.05 | .62 | -1.36 | .175 | .13 |
| Trennungsangst | 2.34 | 1.26 | 2.11 | 1.08 | 1.93 | .054 | .20 |
| Schlafschwierigkeiten | 2.46 | 1.19 | 2.33 | 1.05 | 1.10 | .271 | .12 |
| Essenschwierigkeiten | 2.39 | 1.06 | 2.18 | 1.01 | 1.99 | .047 | .20 |
| Motorische Unruhe | 2.24 | 1.00 | 2.40 | 1.04 | -1.51 | .132 | .16 |
| Aggression | 1.60 | .72 | 1.57 | .72 | .369 | .712 | .04 |
| Spiel/Konzentration | 4.20 | .71 | 4.18 | .82 | .291 | .771 | .03 |
| MF External | 37.63 | 9.64 | 38.42 | 10.00 | -.78 | .438 | .08 |
| MF Internal | 27.45 | 5.71 | 27.19 | 5.49 | .45 | .655 | .05 |
| MF Kompetenz | 43.95 | 7.03 | 48.62 | 6.44 | -6.55 | .000 | .68 |
| Gesamtskala | 103.06 | 16.88 | 98.21 | 18.36 | 2.46 | .014 | .27 |

Anmerkungen. 1-Jährige $N = 219$, 2-Jährige $N = 156$. ^a Effektstärkemaß Cohens d .

Geschlechtsunterschiede

Verschiedene Studien berichten von Geschlechtsunterschieden im Verhalten von Kleinkindern, daher sollte dies auch mit den Skalen des Fragebogens untersucht werden. Tabelle 20 weist die Geschlechtsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen aus.

Tabelle 19. Geschlechtsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen

| Dimension | Jungen | | Mädchen | | t(373) | p | d ^a |
|-----------------------|--------|------|---------|------|--------|------|----------------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Emotionsdysregulation | 2.48 | .64 | 2.28 | .60 | 3.09 | .002 | .32 |
| Soziale Bezogenheit | 3.64 | .73 | 3.90 | .64 | -3.65 | .000 | .38 |
| Ängstlichkeit | 2.94 | .60 | 3.07 | .59 | -2.21 | .027 | .22 |
| Trennungsangst | 2.33 | 1.25 | 2.16 | 1.13 | 1.40 | .163 | .14 |
| Schlafschwierigkeiten | 2.47 | 1.16 | 2.35 | 1.11 | 1.04 | .298 | .11 |
| Essenschwierigkeiten | 2.34 | 1.09 | 2.26 | .99 | 0.78 | .434 | .08 |
| Motorische Unruhe | 2.42 | 1.10 | 2.19 | .92 | 2.15 | .032 | .23 |
| Aggression | 1.66 | .78 | 1.52 | .65 | 1.88 | .060 | .20 |

| | | | | | | | |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|------|-----|
| Spiel/Konzentration | 4.20 | .73 | 4.19 | .78 | 0.05 | .962 | .01 |
| MF External | 39.58 | 10.31 | 36.34 | 8.98 | 3.25 | .001 | .34 |
| MF Internal | 27.21 | 5.66 | 27.47 | 5.57 | -.44 | .660 | .05 |
| MF Kompetenz | 44.81 | 7.53 | 46.98 | 6.62 | -2.97 | .003 | .31 |
| Gesamtskala | 104.27 | 19.14 | 97.80 | 15.40 | 3.36 | .001 | .37 |

Anmerkungen. Jungen $N = 187$, Mädchen $N = 188$. ^a Effektstärkemaß Cohens d .

Eltern beurteilten Jungen als signifikant emotional dysregulierter und motorisch unruhi- ger und tendentiell aggressiver als Mädchen. Mädchen wurden als sozialbezogener und ängstlicher eingeschätzt. Auf den übergeordneten Skalen werden Jungen mit höherem externalisierendem Verhalten bewertet und Mädchen mit mehr sozial-emotionalen Kompetenzen. Auf die Gesamtskala hatte dies die Auswirkung, dass Jungen mehr Ver- haltensauffälligkeiten und weniger sozial-emotionale Kompetenzen zugeschrieben wur- den als Mädchen. Die Effektstärken waren im niedrigen Bereich. Der Geschlechtsunter- schied der Gesamtskala wies einen Effekt von $d = .37$ aus.

7.4 Diskussion

Studie 2 hatte zum Ziel, verschiedene Validitätskriterien des SGKS zu testen sowie mögliche Geschlechts- und Altersunterschiede zu prüfen. Die Resultate weisen auf gute psychometrische Eigenschaften und eine vorläufige Validität des Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screeners (SGKS) hin. Die explorativen faktorenanalytischen Aus- wertungen ergaben eine gut interpretierbare Primärfaktorstruktur mit neun Faktoren, die zudem in drei übergeordnete Sekundärfaktoren gruppiert werden können. Die identifi- zierte Dimensionalität stimmt größtenteils mit den theoretischen Annahmen überein. Der Faktor *Emotions(dys)regulation* stellt durch seine hohe Varianzaufklärung die be- deutendste Dimension dar, und fügt sich theoretisch aus Items der Emotionsregulati- on/Tröstbarkeit, Emotionalität, und Frustrationstoleranz zusammen. Dies spiegelt die hohe Bedeutung der Affektregulation für die psychische Gesundheit von Kleinkindern (Kullik & Petermann, 2012; Network, 2004; Petermann & Kullik, 2011) wieder. Der Faktor Soziale Bezogenheit konstituiert sich aus Items der Imitation, des prosozialen Verhaltens, der Kooperationsfähigkeit (*compliance*) und dem positiven Spielverhalten. Die Faktoren Ängstlichkeit und Trennungsangst scheinen im Kleinkindalter unter- schiedliche Aspekte abzugreifen. Die Items, die theoretisch unter dem Aspekt der *ge- sunden Vorsicht* konstruiert wurden, sind wie es scheint im Elternurteil nicht von Ängst-

lichkeit zu differenzieren. Andere Untersuchungen unterstreichen den Befund, dass Eltern überfreundliches Verhalten gegenüber Fremden als unproblematisch einschätzten (Chisholm, 1998; Hodges & Tizard, 1989) und somit dieses evtl. in Fragebögen nicht berichten. Bei der vorliegenden Untersuchung schienen sie Items, die der gesunden Vorsicht zugeordnet waren, als Ängstlichkeit zu interpretieren. Auch scheinen *Ängstlichkeit* und *Trennungsängste* unterschiedliche Aspekte kindlichen Verhaltens abzubilden, was durch die geringen Interkorrelationen beider Faktoren verdeutlicht wird. Der Aspekt kleinkindlicher *Depression* bzw. *Rückzugsverhaltens* scheint sich im Elternurteil ebenfalls nicht als ein Faktor zu konstituieren, sondern im Rahmen von negativer Affektivität im Faktor *Emotions(dys)regulation* zu verorten. Insgesamt scheint ein globaler internalisierender Faktor im Kleinkindalter noch nicht stabil bzw. nur einen eingeschränkten Aspekt von internalisierendem Verhalten konsistent abzubilden. Briggs-Gowan und Carter (1998) postulieren zudem, dass kleinkindliche (Trennungs-) Ängstlichkeit ätiologisch nicht unbedingt mit späterer Depressivität zusammenhängt. Während Ersteres ein Extrem normaler Variabilität sein könnte, würden Depressionen eher mit Misshandlungen und Vernachlässigung zusammenhängen. Schlafschwierigkeiten und Essensschwierigkeiten manifestierten sich als separate Dimensionen. Der Faktor *Konzentration/Spiel* wurde auf beide klinische relevante Items reduziert und ist nicht stabil.

Die 43-selektierten Items zeichnen sich durch angemessene Faktorladungen, Itemschwierigkeiten und Fremdtrennschärfen aus. Einige Items, wie z.B. *Ärgert oder verletzt absichtlich Tiere* ist wahrscheinlich aufgrund des geringen Vorkommens in der Allgemeinbevölkerung nicht statistisch faktoriell zuordbar, allerdings von hoher klinischer Relevanz und wurden daher behalten. Für den Aspekt der Psychosomatik wurde ein Item der Erkältungsanfälligkeit beibehalten.

Im Zuge einer übergeordneten Hauptkomponentenanalyse wurde eine Drei-Faktoren-Lösung zweiter Ordnung gefunden, die die faktorielle Validität weiter bestätigte. Die Metafaktoren externalisierendes Verhalten, internalisierendes Verhalten und Kompetenz sind faktoriell identisch mit anderen konstruktnahen Instrumenten (Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel, & Cicchetti, 2004). Dabei erklärt der Externalisierende Metafaktor, der die Subfaktoren Emotionsdysregulation, Aggression und motorische Unruhe umfasst, am meisten Varianz. Der Internalisierende Metafaktor konstituiert sich aus den Subfaktoren Ängstlichkeit, Trennungsangst und Schlafschwierigkeiten. Warum sich der Aspekt der Schlafschwierigkeiten zu den ängstlichen Verhalten gruppiert hat, kann ver-

standen werden, dass Schlafen „sich-trennen“ bedeutet. Scher (2008) z.B. fand, dass eine erhöhte mütterliche Trennungsangst mit vermehrten kindlichen Schlafschwierigkeiten zusammenhängt. Auch Windaus (2007) bringt frühkindliche Schlafprobleme mit einer ungelösten Trennungsproblematik in Verbindung und passt somit inhaltsvalide in diese Dimension. Die ähnlich hohe Faktorladung auf dem Meta-Faktor Externalisierende Verhalten, versteht sich so, dass Studien zeigen konnten, dass kleinkindliche Schlafschwierigkeiten mit sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Auffälligkeiten einhergehen (Reid, Hong, & Wade, 2009).

Der Metafaktor-Kompetenz bündelte die Subfaktoren Soziale Bezogenheit, Spiel/Kompetenz und Esssschwierigkeiten (invers). Es scheint, dass sozial bezogene, konzentrationsfähige und spielkompetente Kinder auch weniger Probleme in der Essenssituation machen.

Die Interkorrelationen der Meta-Faktoren lassen auf weitgehend unabhängige Aspekte des internalisierenden, externalisierenden und kompetenten Verhaltens schließen. Somit sollte bei einer Einzelbetrachtung nicht ausschließlich der Gesamtskala-Wert betrachtet werden, sondern die Werte aller drei Metaskalen.

Die internen Konsistenzen der drei übergeordneten Skalen, der Gesamtskala sowie der Subskalen *Emotions(dys)regulation*, *Soziale Bezogenheit*, und *Trennungsangst* sind als zufriedenstellend zu bewerten. Schwächen zeigen sich in einigen Subskalen wie z.B. Ängstlichkeit ($r = .51$), für die abgeraten wird sie für Einzelauswertungen heranzuziehen. Folglich sollten Auswertungen auf Basis der Meta-Skalen gemacht werden.

Die Kriteriumsvalidität des SGKS und seiner Skalen kann durch die mittelhohen bis hohen erwartungskonformen Korrelationen (nach J. Cohen, 1988) mit den entsprechenden Skalen der CBCL 1 ½-5 bestätigt werden. Die SGKS-Gesamtskala wies mit $r = .71$ eine sehr hohe Korrelation zum CBCL-Gesamtwert auf, obwohl im SGKS auch Kompetenzaspekte erhoben werden.

Auch die differenzielle Validität des SGKS kann als bestätigt angesehen werden. Der klinisch-auffällige Prozentsatz der Normalbevölkerungstichprobe lag bei 14.9% für den subklinisch und klinischen und bei 11.5% für den klinischen Bereich. Die klinische Auffälligkeit liegt somit im Bereich der in anderen Studien durch die CBCL im Kleinkindalter erhobenen Prävalenzen (Laucht, Esser, et al., 1992), wobei die CBCL aufgrund ihrer niedrigen Sensitivität (vgl. Hutzelmeyer-Nickels & Noterdaeme, 2007) diagnostizierbare Störungen meist unterschätzt.

Alle Subskalen des Fragebogens korrelieren sowohl signifikant mit dem klinischen In-

dex als auch differenzieren sie signifikant zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe, wobei der Skala Emotions(dys)regulation und der Gesamtskala eine sehr hohe Differenzierungsfähigkeit zukommt.

Der SGKS-Cutoff-Wert weist mit 83.3% eine gute Sensitivität und liegt über der empfehlenden Rate von mindestens 80%. Mit 70.1% weist er ebenso eine ausreichende Spezifität aus, allerdings liegt die Spezifitätswert ca. 10% über der empfehlenden Spezifitätsrate (Carter et al., 2009), was allerdings bei der Bandbreite der verschiedenen erhobenen sozial-emotionalen Aspekte und der Inklusion einer Kompetenzskala nicht verwunderlich ist, da die klinische Stichprobe auf Basis des CBCL 1 ½-5 berechnet wurde und dies eine reine Problemskala ist. Somit liegt die Falsch-Positiv-Rate bei noch akzeptablen <30%.

Erwartungsgemäß wurden in einigen Skalen Mittelwertsunterschiede, wenn auch nur in geringem Ausmaß, bzgl. Geschlecht und Alter gefunden. Während Jungen mehr externalisierendes Verhaltensweisen, d.h. aggressiveres, unruhigeres und emotionaldysreguliertes Verhalten zugeschrieben wurden, wurden Mädchen als ängstlicher und sozialbezogener eingeschätzt, was sich mit früheren Befunden deckt (Baillargeon et al., 2007; Briggs-Gowan & Carter, 1998; Karreman et al., 2009; Plück et al., 2013). Alterszusammenhänge mittlerer Höhe zwischen Alter und Kompetenzgewinnen im Bereich der Sozialen Bezogenheit bestätigen frühere Analysen (Briggs-Gowan et al., 2004; Carter et al., 2003). Trennungsängste, Schlaf- und Essschwierigkeiten scheinen sich im zweiten Lebensjahr ein wenig zu verringern. Insgesamt nimmt die Gesamtauffälligkeit mit zunehmendem Alter in geringem Ausmaß ab. Der Befund, wonach die Aggressivität im zweiten Lebensjahr seinen Höhepunkt (vgl. Tremblay, 2004; Tremblay et al., 2005) findet, konnte hier im Elternurteil nicht bestätigt werden. Zukünftig sollten differenziertere Alters- und Geschlechtsinteraktionseffekte des Kleinkindalters in multivariaten Analysen untersucht werden, wobei eventuelle Anpassungen der Cutoff-Werte der Skalen, besonders der Kompetenz-Skalen indiziert sind.

In zukünftigen Studien sollte die prognostische Validität des Instruments mittels längsschnittlicher Erhebungen untersucht werden, um die Vorhersagewertigkeit des Instruments zu analysieren. Zusätzlich sollte der SGKS mit anderen Instrumenten (z.B. Temperamentsfragebögen oder auch Beobachtungsmaßen) kreuzvalidiert werden, um seine konkurranz Validität weiter empirisch zu überprüfen und seine diskriminante Validität z.B. zu Temperamentsmerkmalen festzustellen.

Anzeichen frühkindlicher Depressivität sind (auch im Elternurteil) nicht klar und schwer erheb- oder diagnostizierbar, zudem empirische Daten diesbezüglich nahezu gänzlich fehlen (Luby, 2009b). Als kleinkindliche Prädiktoren erwies sich in einer ersten empirischen Studie ein negatives Selbst-Konzept, das durch selbstabwertende Äußerungen und Schwierigkeiten Entscheidungen zu fällen beschrieben wurde (Luby & Belden, 2012).

Als ein möglicher früher ätiologischer Aspekt von Depression gilt: Zum Beispiel entwickeln viele misshandelte Säuglinge und Kleinkinder, die mit häufigem feindseligem, kontrollierendem Elternverhalten konfrontiert sind, laut Crittenden und DiLalla (1988) überangepasste, inhibierende (*compulsive compliant*) Bewältigungsstrategien, die sich z.B. durch hypervigilantes, überresponsives Verhalten auszeichnen, da diese kurzzeitig adaptiv seien und ihnen weitere Misshandlungen ersparen. Daher könnte ein solches Verhalten ein Anzeichen für eine frühkindliche Depression sein, was aber im Elternurteil nicht erhebbar erscheint. Dennoch ist es wichtig auch die Anzeichen von stillem Leiden von Kleinkindern (vgl. K. Grossmann, 2011) zu erkennen.

Insgesamt sollten aufgrund der guten psychometrischen Daten die Meta-Skalen des SGKS genutzt werden. Die Limitationen der Studien werden in der zusammenfassenden Diskussion (Kapitel 10.1) diskutiert.

8. Studie 3: Beurteilungsübereinstimmungen von Eltern und Erziehern

8.1 Erkenntnisstand der Forschung

In der Diagnostik von psychischen Auffälligkeiten im Kinder- und Jugendlichenalter gilt es als notwendig einen multimodalen Ansatz zu verfolgen (Else-Quest et al., 2006). Unterschiedliche Methoden der Erhebung sollen ein umfassenderes Bild der kindlichen Problematik sichtbar machen und so eine reliablere und validere Diagnostik ermöglichen. Allerdings gibt es keinen Goldstandard, wer der beste Informant bzgl. des kindlichen Verhaltens ist. Die Informationen, die aus verschiedenen Perspektiven gewonnen werden, stellen einzigartige und wichtige Bausteine dar, um das Problem differenziert erfassen zu können (Heinrichs & Lohaus, 2011). Im Bereich des Kleinkindalters werden hauptsächlich die direkte Verhaltensbeobachtung des Kindes sowie die Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung, als auch die Eltern selbst als Informationsquellen durch z.B. ein klinisches Interview und Fragebogenauskunft genutzt.

Da immer mehr Kinder auch schon unter drei Jahren eine Betreuungseinrichtung besuchen, kann nun auch schon in diesem Alter die Einschätzung einer pädagogischen Kraft hinzugezogen werden, wie dies auch mit Kindern ab Kindergartenalter schon lange möglich war. Allerdings gibt es in Deutschland keine Studie, wie Eltern- und Erzieher-einschätzung bzgl. verschiedener emotionaler und Verhaltensaspekten von Kleinkindern zusammenhängen. Im Folgenden soll kurz dargestellt werden, was aus der deutschen und internationalen Forschung über Beurteilungsübereinstimmungen von Eltern und pädagogischen Fachkräften bekannt ist.

Die Feststellung, dass die Beurteilungsübereinstimmung aus verschiedenen Informationsquellen allenfalls mäßig, meist aber gering ist, gilt als einer der robusten Befunde der klinischen Entwicklungspsychologie (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Achenbach, McConaughy, und Howell (1987) untersuchten Beurteilungsübereinstimmungen in einer Meta-Analyse, die über 119 Studien zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten von 6-11 jährigen Kindern einschloss. Zwischen Eltern und Lehrern fanden sich Übereinstimmungen, die im Mittel bei $r = .27$ lag. Zwischen Müttern und Vätern lagen die Urteilszusammenhänge im Mittel bei $r = .59$. Duhig, Renk, Epstein, und Phares (2000) untersuchten in einer weiteren Meta-Analyse von über 60 Studien ebenfalls inwiefern die Einschätzungen von Müttern und Vätern zusammenhängen; dabei beurteilten Mütter

ihre Kinder als leicht auffälliger als die Väter. Die mittleren Korrelationen lagen zwischen $r = .45$ und $.70$, wobei die höheren Urteilskonvergenzen bei den externalisierenden Verhalten und Gesamtproblemen gefunden wurden. Bei der Einschätzung von internalisierenden Verhalten wurden mittlere Korrelationen gefunden. Grietens et al. (2004) fanden in einer Stichprobe von 424 5- und 6 Jährigen unter Verwendung der CBCL Zusammenhänge von Elternurteilen von $r = .57$ bei internalisierenden und von $r = .68$ bei externalisierenden Auffälligkeiten. Zwischen Eltern und Lehrern replizierten sich auch hier die größeren Perspektivendivergenzen mit Korrelationen von $r = .21-.40$. Einige Autoren werten die Befunde der mittelgroßen Übereinstimmungswerte zwischen Elternteilen als Anzeichen, dass die Befragung eines Elternteils über emotionale und behaviorale Schwierigkeiten der Kinder ausreichen könnte. Da es scheint, dass die meisten Eltern einen ähnlichen situationsspezifischen Eindruck haben und es aus praktischen und ökonomischen Gründen nicht immer möglich ist beide Elternteile bzgl. der Problematik des Kindes zu erreichen, könnte es aus diagnostischer Sicht ausreichen, nur einen der beiden Elternteile zu befragen.

Es gibt allerdings fast keine Studien, die Beurteilungsübereinstimmungen bei Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter untersuchen (vgl. Achenbach et al., 1987; Duhig et al., 2000; Kuschel, Heinrichs, Bertram, Naumann, & Hahlweg, 2007). Rescorla et al. (2012) fanden in einer großen internationalen Studie in 13 Ländern Korrelationen von im gesamtulturellen Mittel $r = .29$ auf der Gesamtproblemskala des CBCL zwischen Eltern und Erziehereinschätzungen. In einer amerikanischen Studie von Crane, Mincic und Winsler (2011) wurden Kinder zwischen 3 und 4 Jahren von Eltern- und Erziehern mit dem DECA-(Devereaux Early Childhood Assessment) Fragebogen, der auch sozial-emotionale Fähigkeiten erhebt, beurteilt. Auch in diesen Ergebnissen bestätigten sich ähnliche Werte wie vorherigen Studien mit Korrelationswerte zwischen $r = .20$ und $.28$. Achenbach et al. (1987) kamen zu dem Ergebnis, dass sich bei der multiperspektivischen Einschätzung von Verhaltensweisen jüngerer Kinder höhere Übereinstimmungswerte zwischen Informationsquellen ergeben hätten. Dies konnte allerdings in späterer Forschung (Cai, Kaiser, & Hancock, 2004; Kuschel et al., 2007) nicht bestätigt werden.

In Deutschland wurden bislang erst in drei Untersuchungen verschiedene Beurteilerperspektiven zu kindlichen Verhaltensproblemen miteinander verglichen. Plück et al. (1997) stellten dem Elternurteil das jugendliche Selbsturteil bzgl. Aspekten der psychischer

Gesundheit gegenüber und ermittelten Übereinstimmungen von $r = .50$. Döpfner, Berner, Fleischmann und Schmidt (1993) fanden in einer Stichprobe von 190 auf dem Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6) beurteilten Kindern, Korrelationen zwischen Eltern und Erziehern zwischen $r = .18$ und $.36$. Eine neuere Studie mit einer Stichprobe von Kuschel et al. (2007) mit 310 Kindern zwischen 2 ½-6 Jahren, die aus Braunschweiger Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten rekrutiert wurde, fanden kleine korrelative Zusammenhänge zwischen Eltern- und Erziehereinschätzung auf der CBCL 1 ½-5. Zwischen Müttern und Erzieherinnen wurden Intra-Klassen-Koeffizienten von $ICC = .18$ und zwischen Vätern und Erzieherinnen ein $ICC = .17$ gefunden. Die perspektivische Konvergenz war mit einem $ICC = .64$ zwischen Müttern und Vätern deutlich höher und replizierte frühere Forschung zu mittelstarken Übereinstimmungen zwischen Elternteilen Kuschel et al. (2007) fanden ebenso, dass Mütter ihre Kinder auf fast allen Subskalen der CBCL 1 ½-5 signifikant auffälliger beurteilen als die Erzieherinnen. Nur auf den Subskalen *Rückzug* und *Aufmerksamkeitsprobleme* berichteten die Erzieherinnen im Mittel höhere Werte. Der Befund, dass Eltern ihre Kinder im Vergleich zu Erziehern oder Lehrern meist höher einschätzen scheint robust und wurde auch von anderen (z.B. Cai et al., 2004) gefunden. Es wird vermutet dass dies mit unterschiedlichem Ratingverhalten zusammenhängen könnte oder auch, dass Eltern generell höhere Erwartungen an ihre Kinder haben.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen dass Mütter und Väter in ihren Einschätzungen ihrer Kinder mittelstarke bis hohe Zusammenhänge aufweisen und sich ihr Urteil besonders bei visibleren (d.h. externalisierenden) Verhaltensweisen ähnelt. Der Vergleich zwischen Eltern- und Erzieherbeurteilung legt allerdings deutliche Perspektivendivergenzen dar, was sich in vielen Studien durch nur geringe Übereinstimmungswerte belegen lässt. Insbesondere gibt es einen Mangel an multiperspektivischen Studien im Kleinkindalter. Studie 3 soll den in Studie 1 & 2 neu entwickelten Fragebogen auf die Inter-Rater Reliabilität zwischen Eltern und Erzieher/innen untersuchen.

8.2 Forschungsfrage

Im Rahmen von Studie 3 sollte untersucht werden, inwieweit Eltern und pädagogische Fachkräfte in ihrer Einschätzung der Kinder bei den Fragen des neu-entwickelten Instrumentes übereinstimmen. Dazu sollten einerseits die Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern- und Erziehereinschätzung berechnet werden, andererseits die Inter-Rater-

Korrelationen zwischen Eltern- und Erzieherurteil ermittelt werden.

8.3 Methode

Die Erhebung der Daten fand in Kooperation mit sieben Krippeneinrichtungen eines großen kirchlichen Trägers in München im Juni/Juli 2013 statt. Die Erzieher/innen baten Eltern den 43-Item Fragebogen auszufüllen und ihn in dem bereitgestellten, verschlossenen Umschlag wieder in der Krippe abzugeben. Die Erzieher/innen füllten daraufhin Fragebögen zu denjenigen Kindern aus, die von ihren Eltern geratet wurden. Die Kinder wurden im Vorhinein mit einer Code-Nummer versehen, um die Fragebögen von Eltern und pädagogischen Fachkräften zueinander zuordnen zu können. Von 250 verteilten Fragebögen, kamen 118 Fragebögen der Eltern und 153 Fragebögen der Erzieher zurück. In die Analysen wurden nur diejenigen Fälle einbezogen, von denen beide Einschätzungen vorlagen. Von 93 Kindern lagen ausgefüllte Fragebögen aus beiden Perspektiven vor.

8.3.1 Stichprobe

Die Stichprobe wies, die in Tabelle 21 aufgeführten soziodemographischen Merkmale aus.

Tabelle 21. Sozio-demographische Daten der Stichprobe (Studie 3)

| Soziodemographische Variable | <i>N</i> = 93 |
|------------------------------|--|
| Geschlecht Eltern | 89.2% weiblich, 9.7% männlich |
| Alter Eltern | <i>M</i> = 36.0 Jahre (<i>SD</i> = 4.1) |
| Geschlecht Kind | 58.1% Mädchen, 41.9% Jungen |
| Alter Kind | <i>M</i> = 24.9 Monate (<i>SD</i> = 6.9) |
| Familienstand | 94.7% verheiratet/feste Partnerschaft 83.9% verheiratet / 10.8% feste Partnerschaft 5.3% ledig/getrennt |
| Höchster Bildungsabschluss | 63.5% abgeschlossenes Hochschulstudium 16.1% Abitur/Fachabitur 17.2% Realschulabschluss 3.3% Hauptschule/kein Abschluss |
| Erstgeborenes Kind | 59.1% |

8.3.2 Instrumente

Die Eltern wurden gebeten, den in Studie 2 entwickelten, 43-Item umfassenden Fragebogen auszufüllen (s. Anhang IV A). Die Erzieher der Einrichtung wurden gebeten einen in einigen Fragen leicht veränderten Fragebogen über das angegebene Kind auszufüllen (s. Anhang IV B). Die Veränderungen zwischen Eltern- und Erzieherversion gingen auf die Unbeurteilbarkeit gewisser Fragen von den pädagogischen Fachkräften zurück. Acht Fragen wurden leicht umgeändert. Die Unterschiede werden in Tabelle 22 aufgezeigt.

Tabelle 20. Items, die sich in Eltern- und Erzieherversion des SGKS unterscheiden

| | Elternversion | Erzieherversion |
|-----|---|---|
| F4 | Schläft abends problemlos ein. | Schläft beim Mittagsschlaf problemlos ein. |
| F5 | Bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich. | Klammert sich an mich/ist sehr anhänglich. |
| F14 | Wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir. | Schläft beim Mittagschlaf selten/eher kurz. |
| F19 | Beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil. | Beißt oder schlägt mich oder eine/n andere/n Erzieher/in. |
| F20 | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), protestiert es nicht. | Wenn sich ein Elternteil von dem Kind trennt, protestiert es nicht. |
| F24 | Zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils. | Zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren einer anderen Erzieherin. |
| F40 | Läuft in der Öffentlichkeit (z.B. im Supermarkt) von mir weg. | Läuft von mir weg/hört nicht, wenn es da bleiben soll. |
| F42 | Kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. | Kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz verlassen will. |

8.4 Datenanalyse und Ergebnisse

Für die Überprüfung der Einschätzungsübereinstimmung zwischen Eltern und Erziehern wurden Maße der zentralen Tendenz, d.h. Mittelwertsunterschiede auf Skalenniveau mit t-Test für abhängige Stichproben, als auch die Effektstärken (Cohen's d) berechnet. Um den Zusammenhang der Eltern- und Erzieherbeurteilungen zu überprüfen, wurden die Intra-Klassen Koeffizienten für jedes der 43-Items (ICC_{unjust, random}) und für die übergeordneten Skalen (ICC_{just, random}) errechnet. Zudem wurden 95%-Konfidenzintervalle bestimmt, um auf signifikante Unterschiede zwischen den Einschätzungen zu testen.

8.4.1 Beurteilerübereinstimmung bei Skalenmittelwerten

Tabelle 23 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des Fragebogens aus Eltern- und Erzieherperspektive gegenüber. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass Eltern (bzw. vor allem Mütter) vermehrt *emotionale Dysregulierung* ($t(73) = 2.80, p < .01$) in Form von Trotz, Wut, Frustrationsintoleranz und Untröstbarkeit wahrnehmen. Ebenso beurteilen Eltern die Kinder als sozialbezogener ($t(73) = 2.44, p < .05$), aggressiver ($t(60) = 3.30, p < .01$), und motorisch unruhiger ($t(91) = 2.34, p < .05$) als die Erzieher. Die Beurteilungsunterschiede der Skala *Schlafschwierigkeiten* wurde nur exploratorisch berechnet, da sich die Dimension nicht aus Erziehersicht beurteilen lässt; die Mittelwertsunterschiede in dieser Dimension sind daher nicht valide. Erzieher berichten etwas mehr *Spiel/Konzentration* ($t(85) = 2.05, p < .05$) und tendenziell, jedoch nicht signifikant, mehr Trennungsangst ($t(92) = -1.77, p < .08$).

Auf den übergeordneten Skalen *Internal* und *Kompetenz* wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Auf den Meta-Skalen (*External* und *Gesamt*) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Eltern- und Erzieherurteil mit mittleren Effektstärken, wobei die Eltern (Mütter) die Kinder als insgesamt auffälliger einschätzten als die pädagogischen Fachkräfte.

Tabelle 21. Beurteilungsunterschiede zwischen Eltern und Erziehern

| Dimension | Eltern | | Erzieher | | $t(40-92-)$ | p | d^a |
|------------------------|--------|-------|----------|-------|-------------|------|-------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Emotionsdysregulation | 29.19 | 6.77 | 25.89 | 8.93 | 2.80 | .007 | .42 |
| Soziale Bezogenheit | 27.82 | 3.04 | 26.05 | 5.73 | 2.44 | .017 | .39 |
| Ängstlichkeit | 16.66 | 4.87 | 16.00 | 4.75 | 1.11 | .270 | .14 |
| Trennungsangst | 4.70 | 2.01 | 5.15 | 2.32 | -1.77 | .081 | .21 |
| Schlafschwierigkeiten* | 5.09 | 1.88 | 3.91 | 1.98 | 3.98 | .000 | .61* |
| Essenschwierigkeiten | 5.47 | 2.01 | 5.47 | 2.22 | .000 | 1.00 | .00 |
| Motorische Unruhe | 5.10 | 2.03 | 4.35 | 2.35 | 2.34 | .021 | .35 |
| Aggression | 8.72 | 2.40 | 7.38 | 2.73 | 3.30 | .002 | .53 |
| Spiel/Konzentration | 3.53 | 1.19 | 4.02 | 1.93 | -2.05 | .044 | .31 |
| MF External | 42.71 | 8.95 | 38.38 | 12.01 | 2.35 | .022 | .41 |
| MF Internal | 26.36 | 6.44 | 25.04 | 6.37 | 1.57 | .120 | .21 |
| MF Kompetenz | 37.82 | 3.85 | 36.85 | 5.85 | 1.33 | .189 | .20 |
| Gesamtskala | 101.78 | 15.21 | 93.56 | 19.51 | 2.20 | .033 | .48 |

Anmerkungen. $N = 93$. MF = Metafaktor. ^a Effektstärkemaß Cohens d . * nur explorativ berechnet (nicht von Erziehern beurteilbar).

Die meisten Effektstärken des Mütter- Erzieherurteilsvergleichs liegen im geringen bis mittleren Bereich (Crane et al., 2011). Sie schwanken von keinem Effekt (*Essenschwierigkeiten*) bis .53 (*Aggression*).

8.4.2 Intraklassenkorrelationen von Eltern- und Erzieherurteil

In Tabelle 24 sind die Intraklassenkoeffizienten für alle 43 Items und für die Subskalen und übergeordneten Skalen dargestellt. Statt Produkt-Moment Korrelationen wurden Intraklassenkorrelationen berechnet, da sie ein robusterer Parameter sind, bei denen die Mittelwertsunterschiede zwischen den Urteilenden verrechnet werden (Kuschel et al., 2007). Sie können laut Pauli-Pott et al. (2003) ein vergleichbares Maß wie die Produkt-Moment-Korrelation darstellen. Die Koeffizienten variieren bei den Items von $ICC = .23$ (*Ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat.*) bis $ICC = .54$ (*Ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten*). Bei den Skalen rangieren die ICCs von .09 (*Konzentration/Spiel*) bis .56 (*Ängstlichkeit*) mit einem Median von .295.

Tabelle 22. Beurteilungsübereinstimmungen auf allen Skalen und Items des SGKS

| Skalen/Item | (ICC) | 95% Konfidenzintervall | |
|--|---------------|------------------------|------------|
| | | Untergrenze | Obergrenze |
| Emotions(dys)regulation | .31 | -.10 | .56 |
| 34. Ist oft sehr trotzig. | .33* | -.02 | .56 |
| 35. Hat oft Wutanfälle. | .39** | .10 | .59 |
| 27. Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben, oder es "quengelt" heftig. | .24* | -.09 | .47 |
| 38. Steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist). | .25 | -.13 | .50 |
| 16r. Kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist. | .33** | -.03 | .56 |
| 12. Ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. | .37* | .05 | .58 |
| 8. Ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat. | -.16 | -.73 | .23 |
| 42r. Kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. | .15 | -.20 | .41 |
| 40. Lläuft in der Öffentlichkeit (z.B. im Supermarkt) von mir weg. | .31* | -.02 | .53 |
| 10r. Ist meist fröhlich und zufrieden. | .37** | .05 | .58 |
| 31. Ist schwer zu trösten. | .03 | -.44 | .35 |
| 7. Llässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder "quengelig" aufwacht. | -.23 | -.87 | .19 |
| Soziale Bezogenheit | .14 | -.37 | .46 |
| 9. Spricht oder „babbelt“ Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. | .44*** | .15 | .63 |
| 1. Will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | .34* | -.01 | .56 |
| 32. Macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. | .23 | -.16 | .49 |
| 3. Ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). | -.01 | -.37 | .28 |
| 39. Spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. | .46** | .18 | .64 |
| 21. Spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). | .45** | .15 | .64 |
| 25. Reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche. | .35* | .01 | .57 |
| Ängstlichkeit | .56*** | .31 | .72 |
| 5. Bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich. | .15 | -.30 | .44 |
| 17. Verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend. | .49*** | .23 | .67 |
| 22. Sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. | .43** | .15 | .62 |
| 36. Ist in vielen Situationen sehr ängstlich. | .46** | .19 | .64 |
| 28r. Geht auf andere spielende Kinder zu. | .25 | -.14 | .50 |

| | | | |
|--|---------------|-------------|------------|
| 29. Gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm) | .30* | -.08 | .54 |
| Trennungsangst | .53*** | .28 | .69 |
| 18. Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), klammert es sich an mir fest und es fällt ihm/ihr sehr schwer mich gehen zu lassen. | .46*** | .19 | .64 |
| 20r. ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), protestiert es nicht. | .45** | .16 | .63 |
| Schlafschwierigkeiten | -.12 | -.71 | .26 |
| 4r. Schläft abends problemlos ein. | .17 | -.20 | .43 |
| 14. Wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir. | -.07 | -.56 | .28 |
| Essensschwierigkeiten | .35* | .01 | .57 |
| 13r. Ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht | .32* | -.03 | .55 |
| 2. Macht beim Essen eine „Szene“ (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus). | .27 | -.11 | .51 |
| Unruhe | .05 | -.44 | .37 |
| 43. Kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). | .02 | -.46 | .34 |
| 23. Ist oft überdreht und kommt nur langsam zur Ruhe. | .16 | -.26 | .44 |
| Aggression | .38* | -.04 | .63 |
| 19. Beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil. | -.14 | -.59 | .20 |
| 11. Beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger. | .48*** | .22 | .66 |
| 24. Zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils. | 0.16 | -.26 | .44 |
| 26. Wirft absichtlich Essen auf den Boden. | .31* | -.02 | .54 |
| Konzentration/Spiel | .09 | -.40 | .41 |
| 41. Spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb). | .06 | -.36 | .36 |
| 30r. Kann sich gut konzentrieren. | .08 | -.41 | .40 |
| Einzelne Items | | | |
| 37r. Geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. | -.01 | -.51 | .33 |
| 15. Ärgert oder verletzt absichtlich Tiere. | .00 | -.68 | .41 |
| 6. Ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten. | .54*** | .30 | .69 |
| 33r. Will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. | .23 | -.12 | .48 |
| MF External | .29 | -.21 | .59 |
| MF Internal | .49** | .21 | .68 |
| MF Kompetenz | .35* | -.04 | .59 |
| Gesamtskala | .13 | -.64 | .53 |

Anmerkungen. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$. $N = 93$. ICC = Intra-Klassen Koeffizient.

8.5 Diskussion

In der vorliegenden Teilstudie 3 des Forschungsprojektes wurden die Inter-Rater Reliabilität von pädagogische Fachkräften und Eltern von Kindern im Kleinkindalter (12-36 Monate) überprüft. Dies ist erst die zweite Studie zu Beurteilungsübereinstimmungen von Nicht-Schulkindern im deutschsprachigen Raum. Wirtz und Caspar (2002) untersuchten dies mit den Instrumenten von Achenbach und Rescola (2000) bei Kindern zwischen zweieinhalb und sechs Jahren, wobei der Mittelwert bei 4.1 Jahren lag. Daher kann davon ausgegangen werden, dass dies die erste Studie zu Beurteilerübereinstimmungen von kindlichem Verhalten im Kleinkindalter darstellt. Ebenso ist es die erste deutsche Studie, die den Sachverhalt auf Item-Level, sowie auf Skalen-Level untersucht. Es lässt sich feststellen, dass Eltern und Erzieher in vielen Fragen zu den Aspekten der seelischen Gesundheit nicht oder nur in geringem Umfang miteinander übereinstimmen, wobei bei einzelnen Fragen und Skalen mittlere Übereinstimmungswerte gefunden wurden. Dennoch liegt der Median der Korrelation zwischen Eltern- und Erzieherurteil bei $ICC = .295$, was leicht höher ist, als bei vergleichbaren Studien (vgl. Kuschel et al. 2007; Gross, Sambrok & Fogg, 1999). Relativ hohe Übereinstimmungswerte lassen sich bei *Ängstlichkeit* ($ICC = .56$) und *Trennungsangst* ($ICC = .53$) finden, während die Einschätzungen bzgl. *Unruhe* ($ICC = .05$) und *Spiel/Konzentration* ($ICC = .09$) keine Zusammenhänge vorweisen. Die Dimensionen *Emotions(dys)regulation* ($ICC = .31$) und *Soziale Bezogenheit* ($ICC = .14$) scheinen zu heterogen, um einen eindeutigen Übereinstimmungswert bemessen zu können. Bei Items der *Emotions(dys)regulation*, die Aspekte von Wut, Trotz, Frustrationsintoleranz oder positiver Emotionalität erfassen, lassen sich geringe Übereinstimmungen finden, bei Aspekten der Tröstbarkeit allerdings nicht. Auch bei den Items der *Sozialen Bezogenheit* finden sich Urteilszusammenhänge bei Aspekten des Spiels und der sprachlichen Imitation, allerdings keine bei spontaner Imitation oder Kooperationsfähigkeit. Das Item (*ärgert oder verletzt absichtlich Tiere*) wurde zu einem Drittel von den Erzieher/innen mit „kann ich nicht beurteilen“ beantwortet; auch korrelierte die Beurteilung von Eltern und Erziehern nicht. Verblüffend ist, dass das Item 37 (*Geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an*) nicht ($ICC = -.01$), das Item 39 (*Spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen*) aber mit $ICC = .46$ korreliert.

Die oft geringen Übereinstimmungen zwischen Ratern wird meist durch die Situationspezifität des kindlichen Verhaltens erklärt. In verschiedenen (Beziehungs-) Kontexten

zeigen Kinder unterschiedliche Verhaltensweisen und emotionale Befindlichkeiten. Zudem können nach Kuschel et al. (2007) die Beurteilungsunterschiede auch durch Messfehler der Instrumente, verschiedene Beurteilungsmaßstäbe, andere Informationsgrundlagen sowie Simulations- und Dissimulationstendenzen (zitiert nach Kuschel et al., 2007) begründet sein. Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock und Petermann (2000) fanden zudem, dass elterliche Psychopathologie mit kleinen bis mittleren verzerrten (meist höheren) Ratings der kindlichen emotionalen und Verhaltensproblematiken einhergehen.

Im Vergleich zu Erzieher/innen, schätzen Eltern ihre Kinder auch bei der vorliegenden Studie vor allem bei den Skalen der externalisierenden Verhaltensweisen als auffälliger ein. Nur auf der Dimension *Spiel/Konzentration* berichten die Erzieher höhere Werte. Die Dimensionen *Trennungsprotest*, *Ängstlichkeit* und *Essensschwierigkeiten* weisen keine signifikanten Mittelwertunterschiede auf. Bei den übergeordneten Skalen weist die externalisierende Metaskala und die Gesamtskala das Ergebnis höherer Elternratings auf, während die Metaskala zu internalisierendem Verhalten und die Kompetenzskala keine Unterschiede aufweisen. Diese Ergebnisse divergieren teilweise von vorheriger Forschung (z.B. Kroes, Veerman, & De Bruyn, 2003; Najman et al., 2000), die höhere Elternratings auf allen übergeordneten Dimensionen gefunden hatten. Allerdings ist auch die höhere Prävalenz von externalisierenden Verhaltensweisen im Elternurteil konsistent mit früheren Studien (vgl. Achenbach et al., 1987; Breuer & Döpfner, 2006; Kuschel et al., 2007). Die Autoren erklären dies dadurch, dass Erzieher oder Lehrer eventuell eher auf der niedrigeren Hälfte der Ratingskala ankreuzen oder dass Eltern häufiger vor allem externalisierendes Verhalten beobachten. Auch bei der vorliegenden Studie findet sich deutlich mehr Varianz bei den Erzieherurteilen, was auf eine breitere Nutzung der Ratingsskala hinweist. Eine Erklärung könnte auch der höhere „Leidensdruck“ der Eltern sein, die in engerer emotionaler Beziehung zu ihren Kindern stehen als die Erzieher oder Lehrer. Somit ist oft primär das elterliche Umfeld der Ort an dem die Kleinkinder die externalisierenden und emotionaldysregulierten Verhaltensweisen zeigen, da diese gerade in engen Beziehungskontexten aufkommen und mit den beziehungspezifischen emotionalen Realitäten in Verbindung stehen. Internalisierende Problematiken können zwar auch in bestimmten Beziehungserfahrungen entstehen, lassen sich aber eventuell globaler (als generelle Ängstlichkeit) erfassen, wobei ein eher externalisierendes Verhalten wie Trotz oder Tröstbarkeit möglicherweise beziehungspezifischer sind. Zudem wird als weitere Erklärung zu den geringen Eltern- und Erzieher-

ratings-Zusammenhängen die untersuchte Altersgruppe genannt. Einige Autoren (vgl. Achenbach et al., 1987) vermuteten, dass bei der multiperspektivischen Einschätzung von jüngeren Kindern höhere Übereinstimmungswerte zwischen Informationsquellen gefunden würden. Andere (vgl. Cai et al., 2004; Kuschel et al., 2007) fanden, dass höhere Inter-Rater Korrelationen eher bei älteren Kindern vorlagen und dies vielleicht ein Indiz dafür sein könne, dass sich in der frühen Kindheit noch keine stabilen emotionalen und behavioralen Verhaltensmerkmale gebildet hätten. Allerdings erweist sich die Studienlage diesbezüglich als heterogen und uneindeutig.

Insgesamt sind die Ergebnisse zur Beurteilungsübereinstimmungen konsistenz mit früheren Forschungsbefunden. Die Limitationen von Studie 3 werden in Kapitel 10.1 diskutiert.

9. Studie 4: Stabilität der Skalen des SGKS

9.1 Forschungsfrage

Um die Stabilität des SGKS-Fragebogens und seiner Skalen zu testen, wurden in Studie 4 die Zusammenhänge zwischen zwei fünf Monate auseinanderliegenden Messzeitpunkten untersucht.

9.2 Methode

Von den 375 Elternauskünften der Studie 2, hinterließen 253 ihre Email-Adresse. Alle 253 Adressen wurden angeschrieben mit der Bitte um nochmalige Unterstützung bei einer Studie. Fünf Email-Adressen waren nicht mehr gültig. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass 248 Elternteilen der Link mit Anschreiben (s. Anhang IV) korrekt zugeschickt wurde. Von den 248 Eltern, beantworteten 134 Eltern den Online-Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 54% entsprach. Acht Fälle wurden zusätzlich ausgeschlossen, da die Eltern entweder nur den demographischen Teil des Fragebogens zu Zeitpunkt 2 ausfüllten oder bei Überprüfung der Geschlechts- und Altersangaben, diese fehlerhaft schienen. Es blieben 126 Elternurteile, von denen sowohl zu Zeitpunkt 1 und fünf Monate später zu Zeitpunkt 2 Auskünfte vorlagen.

Stichprobe

Es antworteten ausschließlich Mütter ($N = 126$). Zu Zeitpunkt 1 waren diese zwischen 24-43 Jahre alt ($M = 32.1$ Jahre; $SD = 4.3$ Jahre), zu Zeitpunkt 2, fünf Monate älter. Die Elternauskünfte bezogen sich auf 66 (52.4%) Jungen und 60 (47.6%) Mädchen. Das Alter der Kinder lag zu Zeitpunkt 1 im Durchschnitt bei 21.9 Monaten ($SD = 6.6$ Monaten, $Range = 12-36$ Monaten). Zu Zeitpunkt 2 waren die Kinder im Schnitt 26.5 Monate ($SD = 6.6$ Monate, $Range = 16-41$ Monate) alt. Das höchste, erreichte Bildungsniveau der Mütter lag relativ hoch bei 48.4% mit abgeschlossenem Hochschulstudium (Bachelor/Magister/Master/Diplom/Staatsexamen), 30.1% mit Fach-/Hochschulreife, 19.8% mit Mittlerer Reife/Realschulabschluss und 1.6% mit Hauptschulabschluss). Die Kinder waren zu 73.8% Erstgeborene. Die Mütter waren zu 81.0% verheiratet, zu 16.7% in einer festen Partnerschaft, 2.4% waren alleinstehend oder getrennt/geschieden.

Instrumente

Die Eltern wurden gebeten, den in Studie 2 entwickelten, 43-Item umfassenden Frage-

bogen auszufüllen (s. Anhang IV (Anschreiben) Anhang III A (Fragebogen)). Die Beurteilungen der Mütter zu Zeitpunkt 1 und fünf Monate später zu Zeitpunkt 2 wurden dann unter Berechnung von Intra-Klassen-Koeffizienten in Verbindung gesetzt. Intra-Klassen-Korrelationen haben sich als alternatives Reliabilitätsmaß im Vergleich zu Inter-Klassen-Koeffizienten (wie z.B. Pearson's r) etabliert, da sie systematische Fehler besser kontrollieren können (vgl. Cai et al., 2004). Ebenso wurden die Mittelwertsunterschiede der Skalen zwischen Zeitpunkt 1 (T1) und Zeitpunkt 2 (T2 = T1 + 5 Monate) berechnet, um die Direktionalität bei mögliche Veränderungen festzustellen.

9.3 Ergebnisse

Tabelle 23. Test-Retest-Stabilität der Skalen des SGKS über fünf Monate

| Skalen | ICC | 95% Konfidenzintervall | |
|-------------------------|--------|------------------------|------------|
| | | Untergrenze | Obergrenze |
| Emotions(dys)regulation | .83*** | .75 | .88 |
| Soziale Bezogenheit | .73*** | .61 | .81 |
| Ängstlichkeit | .59*** | -.06 | .81 |
| Trennungsangst | .24* | -.05 | .45 |
| Schlafprobleme | .71*** | .58 | .79 |
| Essensprobleme | .71*** | .59 | .80 |
| Unruhe | .84*** | .77 | .89 |
| Aggression | .77*** | .67 | .84 |
| Spiel/Konzentration | .73*** | .62 | .82 |
| MF External | .86*** | .79 | .90 |
| MF Internal | .62*** | .37 | .76 |
| MF Kompetenz | .65*** | .50 | .76 |
| Gesamtskala | .81*** | .69 | .87 |

Anmerkungen. *** $p \leq .001$, * $p \leq .05$. $N = 126$.

Auf neun Subskalen konnten hohe ($ICC = .71$ bis $.86$) und auf drei mittlere Stabilitäten ($ICC = .59$ bis $.65$) gefunden werden. Die Skala Trennungstest mit einem $ICC = .24$ hingegen weist deutlich darauf hin, dass diese in einem Fünf-Monats-Intervall instabil ist und hier kindliche Entwicklungsprozesse und oder Fluktuationen des Verhaltens deutlich werden. Zusätzlich zu den Zusammenhängen wurde mit einem T-Test für ver-

bundene Stichproben überprüft, ob Veränderungen der Skalenmittelwerte über fünf Monate zu verzeichnen waren (s. Tabelle 26).

Tabelle 24. Mittelwertvergleich der SGKS-Skalen zwischen zwei Messzeitpunkten

| Dimension | T1 | | T2 | | $t(101-124)$ | p | d^a |
|-----------------------|-------|-------|--------|-------|--------------|-----|-------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Emotionsdysregulation | 29.53 | 8.14 | 30.78 | 6.73 | -2.38 | .02 | .17 |
| Soziale Bezogenheit | 26.96 | 4.75 | 27.28 | 3.56 | -.89 | .38 | .08 |
| Ängstlichkeit | 16.02 | 4.43 | 20.13 | 4.43 | -11.29 | .00 | .93 |
| Trennungsangst | 4.75 | 2.50 | 5.91 | 1.20 | -5.07 | .00 | .59 |
| Schlafschwierigkeiten | 4.88 | 2.35 | 4.50 | 1.84 | 2.10 | .04 | .18 |
| Essenschwierigkeiten | 4.86 | 2.06 | 5.18 | 2.11 | -1.82 | .07 | .15 |
| Motorische Unruhe | 5.00 | 2.07 | 5.19 | 1.88 | -1.42 | .16 | .10 |
| Aggression | 7.88 | 3.15 | 7.72 | 3.27 | .62 | .54 | .05 |
| Spiel/Konzentration | 3.51 | 1.16 | 3.55 | 1.12 | -.35 | .73 | .04 |
| MF External | 42.15 | 11.05 | 43.54 | 9.58 | -2.05 | .04 | .13 |
| MF Internal | 25.63 | 6.09 | 28.25 | 3.93 | -5.56 | .00 | .51 |
| MF Kompetenz | 37.73 | 5.32 | 37.64 | 3.65 | .20 | .84 | .02 |
| Gesamtskala | 96.31 | 17.69 | 100.60 | 13.94 | -3.48 | .00 | .27 |

Anmerkungen. T2 = T1 + 5 Monate. ^a Effektstärkemaß Cohens d .

Auf sieben Skalen konnte ein signifikanter Mittelwertanstieg innerhalb der fünf Monate gefunden werden. Besonders hohe Effektstärken lassen sich bei den Dimensionen Ängstlichkeit und Trennungprotest finden. Insgesamt scheinen die internalisierenden Auffälligkeiten im Elternurteil deutlich zuzunehmen. Schlafschwierigkeiten nehmen leicht ab. Kompetenzbereiche bleiben über fünf Monate stabil. Externalisierende Verhaltensweisen scheinen leicht zuzunehmen.

9.4 Diskussion

Studie 4 untersuchte die Stabilität der Fragebogenskalen über einen Zeitraum von fünf Monaten. Zwölf von 13 Skalen zeigten mittlere bis hohe Stabilitäten. Ähnliche Instrumente wie z.B. die BITSEA wiesen Einjahres-Stabilitäten von $r = .65$ für Problem-Skalen und $r = .53$ für Kompetenz-Skalen auf (Yen & Lo, 2002). Die Symptomskalen-Stabilitäten der CBCL 1 ½-5 liegen zwischen $r = .53$ bei der Skala *Rückzug* bis $.76$ für

den Gesamtproblemwert (Briggs-Gowan et al., 2004). Es kann somit angenommen werden, dass die Skalen des Fragebogens ähnliche Stabilitätskoeffizienten aufweisen wie konstruktnahe Instrumente. Interessant ist der Befund, dass vor allem Berichte zu internalisierendem Verhalten bei Kindern im Durchschnittsalter zwischen 21.9 und 26.5 Monaten zunehmen. Der Befund, dass Eltern mehr Trennungsängste und Trennungsprotest berichten, steht Annahmen zu einer sich entwickelnden, kompetenteren intrapsychischen Emotionsregulation im Wege. Allerdings brauchen auch Kinder um ihren zweiten Geburtstag noch interpersonale Regulationshilfe und könnten dies durch die Entwicklung eines eigenen Selbst eventuell auch vermehrt ausdrücken. Dies könnte dafür sprechen, dass Ängstlichkeit Anfang des zweiten Lebensjahres noch schwer erhebbar ist und sich erst langsam im Elternurteil, auch im vermehrten Kontakt mit einer Peer-Gruppe, erkenntlich macht. Dies könnte begründet sein in der späteren Erstmanifestation eines stabilen globalen internalisierenden Verhaltensaspekts im Vergleich mit einem globalen externalisierenden Aspekts (Briggs-Gowan & Carter, 1998). Allerdings sind die Zusammenhänge nicht klar und sollten in zukünftiger Forschung untersucht werden. Insgesamt kann die Stabilität der Skalen als bestätigt gesehen werden.

10. Zusammenfassende Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die seelische Gesundheit im Kleinkindalter durch eine Reihe von wichtigen Entwicklungsaspekten beschrieben werden kann, deren Erhebung einen essentiellen Beitrag zur Früherkennung und Prävention von Entwicklungsrisiken sowie eine eventuelle erste Indikation zur Intervention von Entwicklungsauffälligkeiten leistet. Ein erstes Anliegen dieser Arbeit war es, die Komplexität und das multidirektionale Zusammenspiel verschiedener Kontext- und Einflussfaktoren, die sich auf die sich etablierende Selbststruktur und seelische Gesundheit des Kindes ein- und auswirken, darzustellen. Zentral dafür ist, wie ein Kleinkind mit den ihm eigenen Temperamenteigenschaften seine Bindungs-, Autonomie-, und Kompetenzbedürfnisse beantwortet findet und von seinem sozialen Umfeld befriedigt bekommt. Zentrale Bedeutung hat dabei der Beziehungs- und Interaktionsqualität der Eltern-Kind-Dynamik, die sich in allen Lebensbereichen auswirkt und darstellt. Dabei setzen unterschiedliche Entwicklungstheorien spezifische Schlaglichter, durch die Entwicklung konzeptionalisiert wird, wie in Kapitel 2 bereits spezifiziert.

Während in den meisten empirischen Studien nur ein spezifischer Aspekt seelischer Gesundheit untersucht wird, wurde hier versucht ein Gesamtkonstrukt seelischer Gesundheit im Kleinkindalter anhand von vier Meta-Aspekten (Selbstregulation, internalisierendes Verhalten, externalisierendes Verhalten und sozial-emotionale Kompetenzen) und 14 Subaspekten zu definieren. Dafür wurden die spezifizierten Aspekte seelischer Gesundheit in ihren Bedingungskontexten und mit ihren Entwicklungskonsequenzen dargelegt und im Anschluss für das Elternurteil operationalisiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Indikatoren der Selbstregulation mit denen der externalisierenden Verhaltensweisen im Elternurteil im Kleinkindalter zusammenfallen. Als bedeutsamster Aspekt stellte sich die kleinkindliche Fähigkeit, Emotionen adäquat regulieren zu können, heraus. Dies ist kongruent mit der klinischen Literatur, in der Emotionsregulation als wichtige Komponente psychischer Gesundheit bzw. deren Mangel als Bestandteil und/oder Einflussfaktor von Psychopathologie belegt werden konnte (Kullik & Petermann, 2012). Auch sind wichtige Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter nicht oder nur sehr eingeschränkt im Elternurteil erhebbare. Frühe Anzeichen von Depressivität und Rückzugsverhalten scheinen sich in Elternberichten im Kleinkindalter noch nicht zu faktorisieren. Auch der Aspekt der Gesunden Vorsicht ist im Elternurteil

nicht von Ängstlichkeit differenzierbar. Dies könnte daran liegen, dass viel Wert auf frühe Selbstständigkeit gelegt wird und Anzeichen von kleinkindlicher „Zögerlichkeit“ nicht als Wert gesehen werden. Dennoch scheint eine differenzierte Symptomwahrnehmung und Einschätzung von vielen Verhaltensankern auch im Elternurteil möglich und valide zu sein.

Der Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screener (SGKS) kann gemäß den vorliegenden Daten und vorangegangenen Analysen als reliables und valides Messinstrument zur Erfassung von sozial-emotionalen Auffälligkeiten oder Kompetenzdefiziten bei Kleinkindern im Alter zwischen 12-36 Monaten angesehen werden. Die Dimensionalität des Fragebogens entspricht im Wesentlichen der faktoriellen Struktur ähnlicher Erhebungsinstrumente, was für eine faktorielle Validität des Instrumentes spricht. Aufgrund der guten internen Konsistenzen sollten im Weiteren die Auswertungen auf Meta-Skalenebene stattfinden. Die Analysen von Studie 2 konnten die Konstrukt-, Kriteriums-, und differenzielle Validität bestätigen. Auch die in Studie 3 gefundenen Inter-Rater-Reliabilitäten entsprechen den Befunden vergleichbarer Untersuchungen. Studie 4 bestätigte die weitgehende Stabilität der Skalen über fünf Monate hinweg.

10.1 Limitationen der Studie und Forschungsausblick

Die vorliegende empirische Arbeit weist auch einige Limitationen auf, die im Folgenden benannt werden sollen.

Die demographischen Merkmale der Studien entsprechen deutschen Mittelschichtstichproben, in denen Kinder aus Familien in sozioökonomischen Schwierigkeiten unterrepräsentiert sind und Eltern über überdurchschnittliche hohe Bildungsabschlüsse verfügten. Die Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung. Auch eine abschließende Beurteilung der Faktorstruktur muss anhand einer größeren repräsentativen Stichprobe konfirmatorisch überprüft sowie die Skalenwerte normiert werden, um sich auf sichere Vergleichswerte für eine Einzelbetrachtung stützen zu können.

Der Befund, dass fast ausschließlich Mütter (Studie 1: 99.6%, Studie 2 98.9%, Studie 3 89.2%, Follow-Up Studie 4: 100%), an den Studien teilnahmen bzw. der Bitte um Unterstützung eines Forschungsprojekts im Kleinkindalter nachkamen, lässt den Schluss zu, dass sich Mütter hauptsächlich für Kinder dieses Altersbereichs zuständig fühlen. Der Mütteranteil der Stichproben entspricht allerdings vergleichbaren Studien mit El-

ternurteil von Kindern im Klein- und Vorschulalter. Zum Beispiel berichten Achenbach und Rescola (2000) einen Mutter-Report Anteil von 91.1%.; Renner, Zenglein und Krampen (2004) weisen bei einer Validierungsstudie des „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV-EL 3-6)“ einen Mütteranteil von 96.2% aus. Auch bei einer großen nordamerikanischen Online-Befragung von Eltern von über 5000 Kleinkindern zu Schlafverhalten im Alter von 0-36 Monaten, lag der Anteil der antwortenden Mütter bei 97.2%. Und auch wenn Mütter- und Väterbeurteilungen weitestgehend übereinstimmen, wäre es dennoch für zukünftige Studien wichtig, die väterliche Sicht und Einschätzung und somit auch die Vater-Kind-Beziehung und Bedeutung des Vaters für die kindliche Entwicklung mehr in den Vordergrund zu rücken (vgl. Lamb, 2010). Zudem sind alle Daten bis auf Studie 3 in Online-Erhebungen über Elternforen mit einem thematischen Schwerpunkt des Kleinkindalters gewonnen worden, was mögliche Unterschiede zu einer nicht-virtuellen Erhebung begünstigen könnte, allerdings wurden in anderen Untersuchungen kaum Unterschiede zwischen elektronischer und Papierform-Erhebungen gefunden (z.B. Hardré, Crowson, Xie, & Ly, 2007).

Die Validität des Fragebogens sollte zusätzlich zur CBCL 1 ½ -5 mit noch weiteren konstrukt-nahen und konstrukt-fernen Instrumenten oder Beobachtungsverfahren in Beziehung gesetzt werden, um die konvergente sowie die diskriminante Validität zu bestätigen und zu überprüfen. Aufgrund der hohen Varianzaufklärung, differenziellen Validität und internen Konsistenz der 12-Item Skala *Emotions(dys)regulation* des SGKS könnte man diese als geeignete Mini-Skala nutzen und weiterentwickeln. Sie könnte damit der Forderung von Kullik und Petermann (2011) nach einer ökonomischen Elternfrageskala bezüglich der Emotionsregulation im Kleinkindalter nachkommen.

Desweiteren ist die klinische Stichprobe allein auf Basis der CBCL-Cutoff Werte bestimmt worden. Um die differenzielle Validität sowie die Sensivität-Spezifität des SGKS zu verifizieren, ist eine Überprüfung mit einer auf Basis einer multiaxialer kinderpsychiatrischen Diagnostik gebildeten klinischen Stichprobe z.B. anhand des DC: 0-3R, notwendig.

Auch Studie 3 weist einige Limitationen auf. Es war aufgrund der beschränkten Erhebungsvariablen nicht möglich, sowohl Rater-Effekte von Eltern- und Erziehern- oder Beziehungsvariablen als auch Effekte von kindlichen Merkmalen auf die Beurteilungsübereinstimmung zu untersuchen. Frühere Studien (z.B. Verhulst & Akkerhuis, 1989)

konnten allerdings z.B. schon zeigen, dass das kindliche Geschlecht keinen Effekt auf die Beurteilungsübereinstimmung hat. Zukünftige Forschung zu Beurteilerübereinstimmungen sollte vermehrt das Kleinkindalter im Blick haben und Rater-Effekte miteinbeziehen. Auch die Faktorstruktur der Erzieherversion sollte konformatorisch überprüft und finalisiert werden. Für die klinische Praxis bleiben die Auskünfte von Personen mit verschiedener Perspektiven auf das kindliche Verhalten trotz oft niedriger Urteilskongruenz von hoher Bedeutung, um die kindliche Problematik umfassend und situationsübergreifend verstehen und wenn nötig beziehungs- und situations-spezifisch intervenieren zu können. Obwohl Studie 4 gute Skalen-Stabilitäten belegen konnte, sollte eine Test-Retest-Reliabilität über ca. zwei Wochen hinweg noch untersucht werden, da im Rahmen dieser Studie nur Stabilitäten über fünf Monate hinweg analysiert werden konnten.

In zukünftigen Studien wären zudem längsschnittliche Befunde, die Aussagen über eine prognostische Validität des SGKS zulassen, hilfreich. Auch könnte somit die Kontinuität und Diskontinuität von früher sozial-emotionaler Entwicklung überprüft und nachvollzogen werden. Bezüglich der Kontinuität von Problemverhalten gibt es divergierende Befunde. Einige Studien halten frühe Auffälligkeiten aufgrund hoher Falsch-Positiv-Raten und individueller Unterschiede als wenig indikativ für spätere Problemverhalten (Baillargeon et al., 2007). Dem gegenüber steht Evidenz von z. B. Briggs-Gowan und Carter (2008), dass mit einem positivem, d.h. auffälligem Screening-Status im Kleinkindalter psychiatrische Auffälligkeiten im Grundschulalter im Eltern- und Lehrerurteil signifikant vorhergesagt werden können und somit frühe Risiken valide identifiziert werden können.

Insgesamt wäre eine kontinuierliche Validierung und Weiterentwicklung des Fragebogens für einen Einsatz im deutschsprachigen Raum wünschenswert.

10.2 Praktische Implikationen

Es ist von höchster gesellschaftlicher Relevanz die seelische Gesundheit von (Klein-) Kindern zu schützen, eine gesunde sozial-emotionale Entwicklung zu unterstützen und soziale Rahmenbedingungen zu schaffen, die Risikofaktoren minimieren und Schutzfaktoren fördern. Dazu gehört in der frühen Kindheit in erster Linie die Sicherstellung, dass Eltern mit ihren Kindern ohne immense sozial-ökonomische Belastungen leben

können. Ebenso ein Gesundheitssystem, das den Übergang zur Elternschaft ganzheitlich unterstützt und etwaige Risikokonstellationen so früh wie möglich erkennt und den Eltern z.B. durch den Einsatz der *Frühen Hilfen* Hilfe geleistet werden kann.

Entscheidend für die Bildung eines psychisch stabilen und sozial-emotional kompetenten Selbst des Kindes ist primär die Interaktions- und Beziehungsqualität zu seinen zentralen Bezugspersonen. Daher ist Unterstützung und Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen, allen voran sich feinfühlig auf ein kleines Kind beziehen zu können, von größter Bedeutung. Dies kann durch Angebote von Familienbildungsstätten, durch Elterninformationsveranstaltungen und präventive Elternkurse etc. geschehen. Kindern, deren Eltern sich für eine frühe Betreuung in Kindertagesstätten entscheiden, sollten bestmögliche Bedingungen (z.B. kleine Gruppen) mit emotional verfügbaren, feinfühligem und stabilen Bezugspersonen zur Verfügung stehen, mit denen die Kinder eine bindungsrelevante Beziehung eingehen können. In der Ausbildung von pädagogischen Fachkräften ist es somit von grundlegender Bedeutung, diese in den Aspekten der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter zu schulen und ihnen valide und ökonomische Beobachtungsanleitungen und Instrumente für Entwicklungsdokumentationen an die Hand zu geben. Eine mögliche Grundlage eines solchen Instrumentes kann der hier entwickelte SGKS leisten. Ebenso sollte, in sogenannten Erziehungspartnerschaften zwischen Eltern und Erziehern, der (sozial-emotionale) Entwicklungsstand des Kindes besprochen werden und bei Auffälligkeiten gemeinsam nach Lösungen oder Hilfsangeboten gesucht werden.

Falls eine Intervention hilfreich erscheint, kann bei kurzzeitig bestehenden Schwierigkeiten eine entwicklungspsychologisch-fundierte, interaktionszentrierte Beratung helfen, die Auffälligkeiten in der Beziehungsdynamik zu korrigieren; Bei persistierenden Störungen kann eine Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie indiziert sein, die laut Cierpka (2012, S. 403) meist innerhalb von 5-10 Sitzungen zu einem zunehmenden Schwinden der Problematik führt. Auch andere Studien zur Wirksamkeit von Eltern-Kind-Therapie in der frühen Kindheit konnten starke Evidenz für eine Symptom- und Beziehungsverbesserung belegen (Liebermann & Van Horn, 2009). Dabei sollte im Rahmen dieser therapeutischen Interventionen besonders auf die Förderung der selbst- und emotionsregulativen Fähigkeiten, aufgrund ihrer ätiologischen Bedeutung für verschiedenen Psychopathologien, Wert gelegt werden (Petermann & Kullik, 2011).

Ein Screening, das so früh wie möglich Auffälligkeiten und Risiken erkenntlich machen kann, leistet somit einen essentiellen Beitrag zur Prävention und kann als Ausgangsbasis für eine Differenzialdiagnostik und ggfs. notwendiger Intervention dienen. Eine frühzeitige Intervention kann dazu beitragen, dass sich Teufelskreise negativer Gegenseitigkeit (M. Papoušek, 2004b) nicht weiter verfestigen, sondern lösen und Auffälligkeiten bearbeitet werden können, bevor sie sich chronifizieren.

10.3 Fazit

Die seelische Gesundheit eines kleinen Kindes ist die Grundvoraussetzung für seine weitere positive Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung. Nur mit einer sicheren intra-seelischen Struktur und sozial-emotionalen Verhaltenskompetenzen, die sich in der Kleinkindzeit herausbilden, lassen sich die Entwicklungsanforderungen der Vorschul- und Schulzeit und des späteren Lebens meistern.

„Humans are continuously, deeply, and pervasively embedded in, schooled in, and supported by social interaction, whether engaged with the object world or with other people. Emotionally imbued social interaction is the fundamental context of development. How do children come to participate in and make sense of their social and emotional worlds? How do intrapersonal developments interface with the changing demands and supports of the interpersonal world to generate fundamental developments in social and emotional competence? The toddler years are unique in the landscape of socialemotional development.“ (Brownell & Kopp, 2007, S. 15)

Mit dem SGKS steht nun auch ein für den deutschsprachigen Raum ein (vorbehaltlich) valides und reliables Screening-Instrument zur Verfügung, das sowohl in Forschung als auch Praxis einsetzbar ist. Diese Arbeit möchte somit zum gesellschaftlichen Bewusstsein der großen Bedeutung der seelischen Gesundheit im Kleinkindalter für die weitere Entwicklung sowie zur Prävention von seelischem Leid beitragen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist 2/3 and 1992 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. (1987). Child/ adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull*, *101*(2), 213-232.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world*. London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, *46*, 331-341.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(2), 272-280. doi: 10.1002/eat.20925
- Angold, A., & Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. In R. DelCarmen-Wiggins & A. S. Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Asendorpf, J. B. (2009). Shyness. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. Oxford: Academic Press.
- Baillargeon, R. H., Normand, C. L., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Japel, C., Pérusse, D., . . . Tremblay, R. E. (2007). The evolution of problem and social competence behaviors during toddlerhood: A prospective population-based cohort survey. *Infant Mental Health Journal*, *28*(1), 12-38. doi: 10.1002/imhj.20120
- Barth, R. (2004). "Gespenster im Schlafzimmer" - Psychodynamische Aspekte in der

- Behandlung von Schlafstörungen. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung* (pp. 249-261). Bern: Hans Huber.
- Beelmann, A., Stemmler, M., Lösel, F., & Jaursch, S. (2007). Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung, 16*(4), 229-239. doi: 10.1026/0942-5403.16.4.229
- Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, M., & de Weerth, C. (2010). Maternal Prenatal Anxiety and Stress Predict Infant Illnesses and Health Complaints. *Pediatrics, 126*(2), e401-e409. doi: 10.1542/peds.2009-3226
- Belden, A. C., Thomson, N. R., & Luby, J. L. (2008). Temper tantrums in healthy versus depressed and disruptive preschoolers: defining tantrum behaviors associated with clinical problems. *J Pediatr, 152*(1), 117-122. doi: 10.1016/j.jpeds.2007.06.030
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C., & Minde, K. K. (1992). Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry, 31*(86-93).
- Bernier, A., Belanger, M. E., Bordeleau, S., & Carrier, J. (2013). Mothers, fathers, and toddlers: Parental psychosocial functioning as a context for young children's sleep. *Dev Psychol, 49*(7), 1375-1384. doi: 10.1037/a0030024
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., . . . Faraone, S. V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry, 158*(10), 1673-1679.
- Biederman, J., Petty, C. R., Doyle, A. E., Spencer, T., Henderson, C. S., Marion, B., . . . Faraone, S. V. (2008). Stability of executive function deficits in girls with ADHD: a prospective longitudinal followup study into adolescence. *Dev Neuropsychol, 33*(1), 44-61. doi: 10.1080/87565640701729755
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Doyle, A. E., Spencer, T., Seidman, L. J., . . . Faraone, S. V. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. *Acta Psychiatr Scand, 116*(2), 129-136. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01008.x
- Biringen, Z. (2008). *The Emotional Availability (EA) Scales* (4 ed.).
- Bischof-Kohler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend: Bindung, Empathie, Theory of Mind*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Bischof-Kohler, D. (2012). Empathy and Self-Recognition in Phylogenetic and Ontogenetic Perspective. *Emotion Review*, 4(1), 40-48. doi: 10.1177/1754073911421377
- Blandon, A. Y., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2010). Predicting emotional and social competence during early childhood from toddler risk and maternal behavior. *Development and Psychopathology*, 22(1), 119-132. doi: 10.1017/S0954579409990307
- Bohnert, A. M., Crnic, K. A., & Lim, K. G. (2003). Emotional competence and aggressive behavior in school-age children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 79-91.
- Bolten, M., Möhler, E., & von Gontard, A. (2013). *Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bons, D., van den Broek, E., Scheepers, F., Herpers, P., Rommelse, N., & Buitelaar, J. K. (2013). Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 41(3), 425-443. doi: 10.1007/s10802-012-9689-5
- Bornstein, M. H. (Ed.). (2006). *Förderung positiver Eigenschaften und Werte bei Kleinkindern* (Vol. 2). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (Vol. 4). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (Vol. 7). Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Boyce, W. T., Chesney, M., Alkon, A., Tschann, J. M., Adams, S., Chesterman, B., . . . Wara, D. (1995). Psychobiological reactivity to stress and childhood respiratory illnesses: Results of two prospective studies. *Psychosom Med*, 57, 411-422.

- Breuer, D., & Dopfner, M. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *34*(5), 357-365. doi: 10.1024/1422-4917.34.5.357
- Briggs-Gowan, M. J., Alice S. Carter, A. S., & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child, and teacher reports: Examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*(6), 749-765.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (1998). Preliminary acceptability and psychometrics of the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): A new adult-report questionnaire. *Infant Mental Health Journal*, *19*(4), 422-445. doi: 10.1002/(sici)1097-0355(199824)19:4<422::aid-imhj5>3.0.co;2-u
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, *121*(5), 957-962. doi: 10.1542/peds.2007-1948
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(7), 849-858. doi: 10.1097/01.chi.0000220849.48650.59
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *J Pediatr Psychol*, *29*(2), 143-155. doi: 10.1093/jpepsy/jsh017
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brophy-Herb, H. E., Schiffman, R. F., Bocknek, E. L., Dupuis, S. B., Fitzgerald, H. E., Horodyski, M., . . . Hillaker, B. (2011). Toddlers' social-emotional competence in the contexts of maternal emotion socialization and contingent responsiveness in a low-income sample. *Social Development*, *20*(1), 73-92. doi: 10.1111/j.1467-9507.2009.00570.x
- Brownell, C. A., & Kopp, C. B. (2007). Transitions in toddler socioemotional development: Behavior, understanding, relationships. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional development in the toddler years*. New York: The Guilford Press.
- Brownell, C. A., Svetlova, M., & Nichols, S. (2009). To share or not to share: When do toddlers respond to another's needs? *Infancy*, *14*(1), 117-130. doi: 10.1080/15250000802569868

- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test-und Fragebogenkonstruktion* (Vol. 3). München: Pearson Studium.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Buss, K. A. (2011). Which fearful toddlers should we worry about? Context, fear regulation, and anxiety risk. *Dev Psychol*, 47(3), 804-819. doi: 10.1037/a0023227
- Byars, K. C., Yolton, K., Rausch, J., Lanphear, B., & Beebe, D. W. (2012). Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 129(2), e276-284. doi: 10.1542/peds.2011-0372
- Cai, X., Kaiser, A. P., & Hancock, T. B. (2004). Parent and teacher agreement on Child Behavior Checklist items in a sample of preschoolers from low-income and predominantly African American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 303-312.
- Calkins, S. D. (2007). The emergence of self-regulation: Biological and behavioral control mechanisms supporting toddler competencies. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional development in the toddler years*. New York: The Guilford Press.
- Calkins, S. D., Gill, K. L., Johnson, M. C., & Smith, C. L. (1999). Emotional reactivity and emotional regulation strategies as predictors of social behavior with peers during toddlerhood. *Social Development*, 8(3), 310-334.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Campbell, S. B., Spieker, S., Burchinal, M., Poe, M. D., & Network, N. E. C. C. R. (2006). Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(8), 791-800. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01636.x
- Carmeli, A., & Josman, Z. E. (2006). The Relationship Among Emotional Intelligence, Task Performance, and Organizational Citizenship Behaviors. *Human Performance*, 19(4), 403-419. doi: 10.1207/s15327043hup1904_5
- Carranza, J. A., González-Salinas, C., & Ato, E. (2013). A longitudinal study of temperament continuity through IBQ, TBAQ and CBQ. *Infant Behavior & Development*, 36(4), 749-761.
- Carter, A. S. (2010). The field of toddler/preschool mental health has arrived - On a global scale. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*

- Psychiatry*, 49(12), 1181-1182.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109-134. doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M., & Little, T. D. (2003). The Infant–Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA): Factor Structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 20.
- Carter, A. S., Godoy, L., Marakovitz, S. E., & Briggs-Gowan, M. (2009). Parent reports and infant-toddler mental health assessment. In C. H. J. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (Vol. 3). New York: The Guilford Press.
- Carter, A. S., Little, C., Briggs-Gowan, M. J., & Kogan, N. (1999). The infant–toddler social and emotional assessment (ITSEA): Comparing parent ratings to laboratory observations of task mastery, emotion regulation, coping behaviors, and attachment status. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 375-392.
- Charman, T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Baird, G., Cox, A., & Drew, A. (2000). Testing joint attention, imitation, and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cognitive Development*, 15, 481-498.
- Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N., & Harmon, R. J. (1998). Attachment and feeding problems: A reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1217-1224.
- Chatoor, I., Pine, D. S., & Narrow, W. E. (2007). *Diagnosis of psychopathology in infants, toddlers, and preschool children* W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 145-150).
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.
- Choudhury, N., & Gorman, K. S. (2000). The relationship between sustained attention and cognitive performance in 17-24 month old toddlers. *Infant and Child Development*, 9, 127-146.
- Cierpka, M. (2012). Die unterschiedlichen Ansätze in Beratung und Therapie. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Cierpka, M., & Cierpka, A. (2012). Entwicklungsgerechtes Trotzen, persistierendes Trotzen und aggressives Verhalten. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*.

Berlin: Springer.

- Cierpka, M., Lück, M., Strüber, D., & Roth, G. (2007). Zur Ontogenese aggressiven Verhaltens. *Psychotherapeut*, *52*(2), 87-101. doi: 10.1007/s00278-007-0532-3
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M., & Brown, M. (1999). Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, *20*(4), 429-451.
- Cohen, S. (2005). Keynote presentation at the eight international congress of behavioral medicine: The Pittsburgh common cold studies: Psychosocial predictors of susceptibility to respiratory infectious illness. *International Journal of Behavioral Medicine*, *12*(3), 123-131.
- Colder, C. R., Mott, J. A., & Berman, A. S. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early childhood behavior problems. *Development and Psychopathology*, *14*, 1-23.
- Cole, P. M., Teti, L. O., & Zahn-Waxler, C. (2003). Mutual emotion regulation and the stability of conduct problems between preschool and early school age. *Development and Psychopathology*, *15*, 1-18.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Jan, J. M. S. G., Van der Bruggen, C. O., Bogels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol*, *40*(4), 630-645. doi: 10.1080/15374416.2011.581623
- Connolly, J. A., & Doyle, A.-B. (1984). Relation of social fantasy play to social competence in preschoolers. *Dev Psychol*, *20*(5), 797-806. doi: 10.1037/0012-1649.20.5.797
- Crane, J., Mincic, M. S., & Winsler, A. (2011). Parent–teacher agreement and reliability on the Devereux Early Childhood Assessment (DECA) in English and Spanish for ethnically diverse children living in poverty. *Early Education & Development*, *22*(3), 520-547.
- Crittenden, P. M. (2007). *CARE-Index: Coding Manual (unveröffentlicht)*. Miami, FL.
- Crittenden, P. M., & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *16*(5), 585-599.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York:

Harper and Row.

- Dahl, R. E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 3-27.
- Dahl, R. E., & El-Sheikh, M. (2007). Considering sleep in a family context: introduction to the special issue. *J Fam Psychol*, 21(1), 1-3. doi: 10.1037/0893-3200.21.1.1
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychol Bull*, 131(4), 483-509. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- de Rosnay, M., Cooper, P. J., Tsigaras, N., & Murray, L. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm. *Behav Res Ther*, 44(8), 1165-1175. doi: 10.1016/j.brat.2005.09.003
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annu Rev Psychol*, 59, 279-300. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093625
- Deater-Deckard, K., Atzaba-Poria, N., & Pike, A. (2004). Mother- and father-child mutuality in anglo and Indian British families: A link with lower externalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(6), 609-620.
- DeGangi, G. A., Poisson, S., Sickel, R. Z., & Santman Wiener, A. (1995). *Infant/Toddler Symptom Checklist: A screening tool for parents*. San Antonio, TX.: Therapy Skill Builders, Psychological Corporation.
- Deimann, P., Kastner-Koller, U., Benka, M., Kainz, S., & Schmidt, H. (2005). Mütter als Entwicklungsdiagnostikerinnen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 37(3), 122-134. doi: 10.1026/0049-8637.37.3.122
- Denham, S. A., McKinley, M., Couchoud, E. A., & Holt, R. (1990). Emotional and behavioral predictors of preschool peer ratings. *Child Development*, 61, 1145-1152.
- Denham, S. A., Mitchell-Copeland, J., Strandberg, K., Auerbach, S., & Blair, K. (1997). Parental contributions to preschoolers' emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation and Emotion*, 21(1), 65-86. doi: 10.1023/a:1024426431247
- Denham, S. A., Wyatt, T. M., Bassett, H. H., Echeverria, D., & Knox, S. S. (2009). Assessing social-emotional development in children from a longitudinal

- perspective. *Journal of epidemiology and community health*, 63 Suppl 1, 37-52. doi: 10.1136/jech.2007.070797
- Deynoot-Schaub, M. G., & Riksen-Walraven, J. M. (2006). Peer interaction in child care centres at 15 and 23 months: Stability and links with children's socio-emotional adjustment. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 276-288. doi: 10.1016/j.infbeh.2005.12.005
- Dietz, L. J., Jennings, K. D., Kelley, S. A., & Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38(1), 48-61. doi: 10.1080/15374410802575362
- Dinter-Jörg, M., Polowczyk, M., Herrle, J., Esser, G., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1997). Mannheimer Beobachtungsskalen zur Analyse der Mutter-Kind-Interaktion im Kleinkindalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25(4), 207 - 217.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T., & Schmidt, M. H. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6)*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D., & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dougherty, L. R., Klein, D. N., Durbin, C. E., Hayden, E. P., & Olino, T. M. (2010). Temperamental positive and negative emotionality and children's depressive symptoms: A longitudinal prospective study from age three to age ten. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 462-488.
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 435-453.
- Dunfield, K., Kuhlmeier, V. A., O'Connell, L., & Kelley, E. (2011). Examining the diversity of prosocial behavior: Helping, sharing, and comforting in infancy. *Infancy*, 16(3), 227-247. doi: 10.1111/j.1532-7078.2010.00041.x
- Egger, H. L., & Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R. DelCarmen-Wiggins & A. S. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 223-243). New York: Oxford University Press.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in

- preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4), 313-337. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
- Egger, H. L., & Angold, A. (2009). Classification of psychopathology in early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (Vol. 3, pp. 285-300). New York: The Guilford Press.
- Egger, J. W. (2008). Grundlagen der "Psychosomatik" - Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 19(2), 12-22.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B. C., Guthrie, I. K., Jones, S., . . . Maszk, P. (1997). Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. *Child Development*, 68(4), 642-664. doi: 10.2307/1132116
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Sheppard, A., Losoya, S., Murphy, B. C., . . . Reiser, M. (2000). Prediction of elementary school children's externalizing problem behaviors from attentional and behavioral regulation and negative emotionality. *Child Development*, 71, 1367-1382.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 495-525. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208
- El-Sheikh, M., Buckhalt, J. A., Mark Cummings, E., & Keller, P. (2007). Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 88-96. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01604.x
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 132(1), 33-72. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.33
- Emde, R. N., Egger, H. L., Fenichel, E., Guedeney, A., Wise, B. K., & Wright, H. H. (2005). Introducing DC: 0-3R. 35-41. <http://main.zerotothree.org/site/DocServer/vol26-1a.pdf>
- Equit, M., Paulus, F., Fuhrmann, P., Niemczyk, J., & von Gontard, A. (2011). Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry Hum Dev*, 42(6), 623-633. doi: 10.1007/s10578-011-0237-2
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (Vol. 2). New York: Norton.

- Esser, G., & Laucht, M. (2006). Mannheimer Elternfragebogen MEF für die U7a. In BVKJ (Ed.), *Gesundheitscheckheft für Kinder- und Jugendliche*. Köln: BVKJ.
- Esser, G., & Petermann, F. (2010). *Entwicklungsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Farrant, B. M., Devine, T. A. J., Maybery, M. T., & Fletcher, J. (2012). Empathy, Perspective Taking and Prosocial Behaviour: The Importance of Parenting Practices. *Infant and Child Development, 21*(2), 175-188. doi: 10.1002/icd.740
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development, 81*, 435–456.
- Fegert, J. M. (1996). Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 45*(3-4), 83-94.
- Feldman, R. (1998). *Coding Interactive Behavior Manual*. Ramat Gan, Israel.
- Feldman, R., & Greenbaum, C. W. (1997). Affect regulation and synchrony in mother-infant play as precursors to the development of symbolic competence. *Infant Mental Health Journal, 18*(1), 4-23.
- Feldman, R., & Klein, P. S. (2003). Toddlers' self-regulated compliance to mothers, caregivers, and fathers: Implications for theories of socialization. *Dev Psychol, 39*(4), 680-692. doi: 10.1037/0012-1649.39.4.680
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early intervention. *Preventive Medicine, 27*, 200-203.
- Field, T. M. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2/3), 208-227.
- Field, T. M., Vega-Lahr, N., Scafidi, F., & Goldstein, S. (1986). Effects of maternal unavailability on mother-infant interactions. *Infant Behavior & Development, 9*, 473-478.
- Fogel, A. (2011). Theoretical and Applied Dynamic Systems Research in Developmental Science. *Child Development Perspectives, 5*(4), 267-272. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00174.x
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

- Frankel, K. A., Boyum, L. A., & Harmon, R. J. (2004). Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: Comparison of two diagnostic systems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 578-587. doi: 10.1097/00004583-200405000-00011
- Frey, B. (2012). Entwicklungsdiagnostik. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten* (Vol. 2). Stuttgart: W. Kohlhammer
- Gaertner, B. M., Spinrad, T. L., & Eisenberg, N. (2008). Focused attention in toddlers: Measurement, stability, and relations to negative emotion and parenting. *Infant and Child Development*, 7, 339-363. doi: 10.1002/ICD.580
10.1002/icd
- Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J.-B., Melchior, M., Michel, G., . . . Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1267-1275.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Rothbart, M. K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K., & Schlect, S. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: contributions of maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Dev Psychol*, 46(3), 651-668. doi: 10.1037/a0018898
- Gartstein, M. A., Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 197-211. doi: 10.1002/imhj.21312
- Gawrilow, C., Petermann, F., & Schuchardt, K. (2013). ADHS im Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 22(4), 189-192. doi: 10.1026/0942-5403/a000116
- Glascoc, F. P. (2003). Parents' Evaluation of Developmental Status: How Well Do Parents' Concerns Identify Children With Behavioral and Emotional Problems? *Clinical Pediatrics*, 42(2), 133-138. doi: 10.1177/000992280304200206
- Gledhill, D., & Petermann, F. (2013). Aggressive Kinder: Welche Bedeutung besitzt der Belohnungsaufschub? *Kindheit und Entwicklung*, 22(3), 139-144. doi: 10.1026/0942-5403/a000109
- Godoy, L., Carter, A. S., & Clark, R. (2009). Social-emotional development assessment. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. Oxford: Elsevier.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2011). Sustained Attention

- Development during the Toddlerhood to Preschool Period: Associations with Toddlers' Emotion Regulation Strategies and Maternal Behavior. *Infant Child Dev*, 20(6), 389-408. doi: 10.1002/icd.731
- Greenspan, S., & DeGangi, G. (2001). Research on the FEAS: Test development, reliability, and validity studies. In S. Greenspan, G. DeGangi & S. Wiede (Eds.), *The Functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood. Clinical and research applications* (pp. 167-247): Interdisciplinary council on developmental and learning disorders.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquiere, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparisons of mothers, fathers and teachers report on problem behaviors in 5- to 6-year old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(137-146).
- Groß, S. (2012). Zur Diagnostik von Regulationsstörungen. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3* (pp. 147-158). Berlin: Springer.
- Groß, S., Reck, C., Thiel-Bonney, C., & Cierpka, M. (2013). Empirische Grundlagen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62, 327-347.
- Grossmann, K. (2011). Stumme Zeichen des Leids bei Kleinkindern in Familie und Tagesbetreuung. In R. Kißgen & N. Heinen (Eds.), *Familiäre Belastungen in früher Kindheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2003). Der förderliche Einfluss psychischer Sicherheit auf das spielerische Explorieren kleiner Trobriand-Kinder. In M. Papoušek & A. von Gontard (Eds.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit* (pp. 112-137). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E. (2008). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert (Ed.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung* (Vol. 2). München: Ernst Reinhardt.
- Hardré, P. L., Crowson, H. M., Xie, K., & Ly, C. (2007). Testing differential effects of computer-based, web-based and paper-based administration of questionnaire research instruments. *British Journal of Educational Technology*, 38(1), 5-22. doi: 10.1111/j.1467-8535.2006.00591.x
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Frost, A. D. J., & Russell, A. (2013). Parenting Practices and Prospective Levels of Hyperactivity/Inattention Across Early- and Middle-Childhood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(3), 273-282. doi: 10.1007/s10862-013-9341-x
- Hay, D. F., & Cook, K. V. (2007). The transformation of prosocial behavior from infancy to childhood. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional*

development in the toddler years. New York: Guilford Press.

- Heinrichs, N., & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1568-1578.
- Hill, A. L., Degnan, K. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2006). Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: the roles of emotion regulation and inattention. *Dev Psychol*, *42*(5), 913-928. doi: 10.1037/0012-1649.42.5.913
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Calltharp, S., Rosenbaum, E. D., Faraone, S. V., & Rosenbaum, J. F. (2003). Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized precursors to psychopathology. *Biological Psychiatry*, *53*(11), 985-999. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00316-0
- Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 77-97.
- Hoffmann, J., & Russ, S. (2012). Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, *6*(2), 175-184. doi: 10.1037/a0026299
- Hutzelmeyer-Nickels, A., & Noterdaeme, M. (2007). Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist 11/2-5 als orientierendes Untersuchungsinstrument bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *56*(7), 573-588.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, *53*(4), 159-169. doi: 10.1026//0033-3042.53.4.159
- Jankisz, E., & Moosbrugger, H. (2007). Planung und Entwicklung von psychologischen Tests und Fragebogen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Eds.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jansen, P. W., Saridjan, N. S., Hofman, A., Jaddoe, V. W., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2011). Does disturbed sleeping precede symptoms of anxiety or depression in toddlers? The generation R study. *Psychosom Med*, *73*(3), 242-249. doi: 10.1097/PSY.0b013e31820a4abb
- Joussemet, M., Landry, R., & Koestner, R. (2008). A self-determination theory perspective on parenting. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*,

49(3), 194-200. doi: 10.1037/a0012754

- Kagan, J. (2009). Fear and wariness. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. Oxford: Academic Press.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science*, 2, 40-44.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536–1541.
- Kagan, J., & Zentner, M. R. (1996). Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 3(441-450).
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A., & Dekovic, M. (2009). Predicting young children's externalizing problems: Interactions among effortful control, parenting, and child gender. *Merrill-Palmer Quarterly*, 55(2), 111-134.
- Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2004). Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 409-423.
- Keller, P., & El-Sheikh, M. (2011). Children's emotional security and sleep: longitudinal relations and directions of effects. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(1), 64-71. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02263.x
- Kim, S., Nordling, J. K., Yoon, J. E., Boldt, L. J., & Kochanska, G. (2013). Effortful control in "hot" and "cool" tasks differentially predicts children's behavior problems and academic performance. *J Abnorm Child Psychol*, 41(1), 43-56. doi: 10.1007/s10802-012-9661-4
- Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J. L., & Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*, 8(6), 737-752. doi: 10.1037/a0014179
- Knox, M., Burkhart, K., & Khuder, S. A. (2011). Parental Hostility and Depression as Predictors of Young Children's Aggression and Conduct Problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(7), 800-811. doi: 10.1080/10926771.2011.610772
- Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development*, 72(2), 474-490.
- Kochanska, G. (2002). Committed compliance, moral self, and internalization: A mediational model. *Dev Psychol*, 38(3), 339-351. doi: 10.1037/0012-1649.38.3.339

- Kochanska, G., & Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development, 66*, 236-254.
- Kochanska, G., & Aksan, N. (2006). Children's conscience and self-Regulation. *J Pers, 74*(6), 1587-1617. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00421.x
- Kochanska, G., Coy, K., Tjebkes, T., & Husarek, S. (1998). Individual differences in emotionality in infancy. *Child Development, 69*, 375-390.
- Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Dev Psychol, 36*(2), 220-232.
- Kogan, N., & Carter, A. S. (1996). Mother-infant reengagement following the still-face: The role of maternal emotional availability in infant affect regulation. *Infant Behavior & Development, 19*, 359-370.
- Kokkonen, M., Pulkkinen, L., & Kinnunen, T. (2001). Low self-control of emotions as an antecedent of self-reported physical symptoms: A longitudinal perspective. *European Psychologist, 6*(1), 26-35.
- Köller, O., & Petermann, F. (2011). Frühdiagnostik. *Diagnostica, 57*(4), 163-164. doi: 10.1026/0012-1924/a000055
- Komanek, V. (2008). *Klassifikation psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter Ein Vergleich dimensionaler und kategorialer Systeme*. Charité. Berlin.
- Kroes, G., Veerman, J. W., & De Bruyn, E. E. J. (2003). Bias in Parental Reports? *European Journal of Psychological Assessment, 19*(3), 195-203. doi: 10.1027//1015-5759.19.3.195
- Kullik, A., & Petermann, F. (2011). Zum gegenwärtigen Stand der Emotionsregulationsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. *Diagnostica, 57*(4), 165-178. doi: 10.1026/a0000002
- Kullik, A., & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., & Hahlweg, K. (2007). Wie gut stimmen Eltern und Erzieherinnen in der Beurteilung von Verhaltensproblemen bei Kindergartenkindern überein? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35*(1), 51-58. doi: 10.1024/1422-4917.35.1.51
- Labuhn, U. (2011). Die Bedeutung des Spiels für die sozial-emotionale Entwicklung.

<http://www.kita-fachtexte.de/index.php?id=313>

- Lamb, M. E. (Ed.). (2010). *The role of the father in child development* (5 ed.). Hoboken NJ:: Wiley.
- Laplante, D. P., Zelazo, P. R., Brunet, A., & King, S. (2007). Functional play at 2 years of age: Effects of prenatal maternal stress. *Infancy, 12*(1), 69-93.
- Largo, R. H., & Benz, C. (2003). Spielend lernen. In M. Papoušek & A. von Gontard (Eds.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit* (pp. 56-75). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Laucht, M. (2011). *Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit*. Paper presented at the GAIMH Jahrestagung, Wien.
- Laucht, M., Eser, G., & Schmidt, M. H. (1992). Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20*, 12-21.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1992). Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20*, 12-21.
- Laucht, M., & Schmidt, M. H. (2004). Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32*(3), 177-185. doi: 10.1024/1422-4917.32.3.177
- Leckman-Westin, E., Cohen, P. R., & Stueve, A. (2009). Maternal depression and mother-child interaction patterns: association with toddler problems and continuity of effects to late childhood. *J Child Psychol Psychiatry, 50*(9), 1176-1184. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02083.x
- Lehman, E. B., Steier, A., Guidash, K. M., & Wanna, S. Y. (2002). Predictors of compliance in toddlers: Child temperament, maternal personality, and emotional availability. *Early Child Development and Care, 172*(3), 301-310.
- Licata, M., Kristen, S., Thoermer, C., & Sodian, B. (2013). Die Bedeutung der frühen mütterlichen Mind-mindedness für die Entwicklung der Empathiefähigkeit von zweijährigen Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 45*(2), 77-90. doi: 10.1026/0049-8637/a000082
- Lickenbrock, D. M., Braungart-Rieker, J. M., Ekas, N. V., Zentall, S. R., Oshio, T., & Planalp, E. M. (2013). Early Temperament and Attachment Security with Mothers and Fathers as Predictors of Toddler Compliance and Noncompliance. *Infant and Child Development, 22*(6), 580-602. doi: 10.1002/icd.1808

- Liebermann, A. F., & Van Horn, P. (2009). Child-Parent Psychotherapy. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3 ed.). New York: The Guilford Press.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Luby, J. L. (2009a). Depression. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Luby, J. L. (2009b). Early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 974-979.
- Luby, J. L., & Belden, A. C. (2012). Depressive-symptom onset during toddlerhood in a sample of depressed preschoolers: Implications for future investigations of major depressive disorder in toddlers. *Infant Mental Health Journal*, *33*(2), 139-147. doi: 10.1002/imhj.21314
- Luby, J. L., Heffelfinger, A., Mrakotsky, C., Brown, K., Hessler, M., & Spitznagel, E. (2003). Alterations in stress cortisol reactivity in depressed preschoolers relative to psychiatric and no-disorder comparison groups. *Archives of General Psychiatry*, *60*(12), 1248-1255.
- Luby, J. L., & Morgan, K. (1997). Characteristics of an infant/preschool psychiatric clinic sample: Implications for clinical assessment and nosology. *Infant Mental Health Journal*, *18*(2), 209-220.
- Lundy, B., Jones, N. A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., Pietro, P., . . . Kuhn, C. (1999). Prenatal depression effect on neonates. *Infant Behavior & Development*, *22*, 119-129.
- Lunkenheimer, E. S., Olson, S. L., Hollenstein, T., Sameroff, A. J., & Winter, C. (2011). Dyadic flexibility and positive affect in parent-child coregulation and the development of child behavior problems. *Dev Psychopathol*, *23*(2), 577-591. doi: 10.1017/S095457941100006X
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 64-73.
- Mahler, M. (1975). *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2004). Early

- mother–infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 134-149. doi: 10.1016/j.infbeh.2003.09.006
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Vihtonen, V., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2009). Child's behaviour in mother-child interaction predicts later emotional and behavioural problems. *Infant and Child Development*, 18(5), 455-467. doi: 10.1002/icd.633
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. doi: 10.1037/0003-066x.53.2.205
- Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 28(1), 15-31. doi: 10.1023/a:1005165916906
- Matsunaga, M. (2010). How to factor-analyze your data right: Do's, don'ts, and how-to's. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 97-110.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O'callaghan, M. J., & Bor, W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29(3), 197-205.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 155-172. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 75-78.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 54, 702-709.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (2000). (a) Imitation of facial and manual gestures by human neonates (b) Resolving the debate about early imitation. In D. Muir & A. Slater (Eds.), *Infant development: The essential readings. Essential readings in developmental psychology* (pp. 167-181). Malden: Blackwell Publishing.
- Meyer, C. S., Hagemann-von Arx, P., & Grob, A. (2009). Die Intelligence and Development Scale Sozial-Emotionale Kompetenz (IDS-SEK). *Diagnostica*, 55(4), 234-244. doi: 10.1026/0012-1924.55.4.234

- Mian, N. D., Godoy, L., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2012). Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: evidence of early differentiation. *J Anxiety Disord*, 26(1), 102-110. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.09.006
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2011). An ecological risk model for early childhood anxiety: the importance of early child symptoms and temperament. *J Abnorm Child Psychol*, 39(4), 501-512. doi: 10.1007/s10802-010-9476-0
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(7), 800-807. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x
- Millenet, S., Hohmann, S., Poustka, L., Petermann, F., & Banaschewski, T. (2013). Risikofaktoren und frühe Vorläufersymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 22(4), 201-208. doi: 10.1026/0942-5403/a000118
- Miron, D., Lewis, M. L., & Zeanah, C. H. (2009). Clinical use of observational procedures in early childhood relationship assessment. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3 ed.). New York: The Guilford Press.
- Mischel, W., Ayduk, O., Berman, M. G., Casey, B. J., Gotlib, I. H., Jonides, J., . . . Shoda, Y. (2011). 'Willpower' over the life span: decomposing self-regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 6(2), 252-256. doi: 10.1093/scan/nsq081
- Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. L. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244, 933-938.
- Moehler, E., Kagan, J., Parzer, P., Brunner, R., Reck, C., Wiebel, A., . . . Resch, F. (2007). Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*, 40(6), 446-452. doi: 10.1159/000107429
- Möhler, E., & Resch, F. (2012). Temperament. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre*. Berlin: Springer-Verlag.
- Moosbrugger, H., & Schermelleh-Engel. (2007). Exploratorische (EFA) und Konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Eds.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Moreno, A. J., Klute, M. M., & Robinson, J. L. (2008). Relational and individual resources as predictors of empathy in early childhood. *Social Development*, 17(3), 613-637. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00441.x

- Mouton-Simien, P., McCain, A. P., & Kelley, M. L. (1997). The development of the toddler behavior screening inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 59-64.
- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, 79(4), 1049-1064.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J. J., Spence, S., Bor, W., O' Callaghan, M., . . . Andersen, M. J. (2000). Mothers mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 592-602.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). Early experiences can alter gene expression and affect long-term development. *Working Paper, No 10*. <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Neal, J. A., Edelmann, R. J., & Glachan, M. (2002). Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 361-374.
- Network, N. E. C. C. R. (2004). Affect dysregulation in the mother–child relationship in the toddler years: Antecedents and consequences. *Development and Psychopathology*, 16, 43-68.
- Noterdaeme, M., & Amorosa, H. (1998). Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern, Child-behavior-Checklist als Screening-Instrument. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, 931-937.
- Oerter, R. (2003). Als-ob-Spiele als Form der Daseinsbewältigung in der frühen Kindheit. In M. Papoušek & A. von Gontard (Eds.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit* (pp. 153-173). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Olino, T. M., Durbin, C. E., Klein, D. N., Hayden, E. P., & Dyson, M. W. (2013). Gender differences in young children's temperament traits: comparisons across observational and parent-report methods. *J Pers*, 81(2), 119-129. doi: 10.1111/jopy.12000
- Panfile, T. M., & Laible, D. J. (2012). Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 58(1), 1-21.
- Papoušek, H. (2003). Spiel in der Wiege der Menschheit. In M. Papoušek & A. von Gontard (Eds.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit* (pp. 17-55). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven

- Eltern-Säuglings-Beratung und -psychotherapie. *Frühe Kindheit*, (1).
http://liga-kind.de/fruehe/101_pap.php
- Papoušek, M. (2004a). Dysphorische Unruhe und Spielunlust in der frühen Kindheit: Ansatz zur Früherkennung und Prävention von ADHS. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*. Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M. (2004b). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Papoušek, M. (2006). *Ein guter Start ins Leben: Neue Antworten auf neue Herausforderungen*. Paper presented at the Interdisziplinärer Kongress der deutschen Liga für das Kind, Berlin.
- Papoušek, M. (2008). Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Die Sprache des Säuglings im Entwicklungskontext der Zwiesprache mit den Eltern. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), *Der Säugling - Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie* (Vol. 2, pp. 168 – 184). Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.
- Papoušek, M. (2012). "Null Bock" in früher Kindheit: Regulationsprobleme von Aufmerksamkeit und Spiel. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin: Springer.
- Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (Eds.). (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (2 ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Papoušek, M., & von Hofacker, N. (2004). Klammern, Trotzen, Toben - Störungen der emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglingsalters und Kleinkindalters. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (Vol. 2). Bern: Verlag Hans Huber.
- Pauen, S., Frey, B., & Ganser, L. (2012). Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., & Beckmann, D. (2003). Ein Fragebogen zur Erfassung des "frühkindlichen Temperaments" im Elternurteil. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(2), 99-110.

- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung, 14*, 48-57.
- Petermann, F., & Kullik, A. (2011). Frühe Emotionsdysregulation: Ein Indikator für psychische Störungen im Kindesalter? *Kindheit und Entwicklung, 30*(3), 186-196.
- Petermann, F., & Macha, T. (2003). *Elternfragebögen zur ergänzenden Entwicklungsbeurteilung bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 (EEE U6-U9)*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Petermann, F., Petermann, U., & Damm, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56*(4), 243-253. doi: 10.1024/1661-4747.56.4.243
- Petermann, F., & Wiedebusch, S. (2002). Diagnostik emotionaler Kompetenz bei Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 50*(3), 245-266.
- Petermann, F., & Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Pitzer, M., Esser, G., Schmidt, M. H., & Laucht, M. (2009). Temperamental predictors of externalizing problems among boys and girls: a longitudinal study in a high-risk sample from ages 3 months to 15 years. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 259*(8), 445-458. doi: 10.1007/s00406-009-0009-1
- Plück, J., Beiling, M., Hautmann, C., Kuschel, A., Heinrichs, N., Schmeck, K., & Döpfner, M. (2013). Die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter mit dem Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkind (CBCL/1¹/2 – 5). *Diagnostica, 59*(3), 155-166. doi: 10.1026/0012-1924/a000087
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, M., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., . . . Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46*, 566–582.
- Prior, M., Sanson, A., Smart, D., & Oberklaid, F. (2000). *Pathways from infancy to adolescence: Australian Temperament Project: 1983–2000*. Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence. *Journal of*

- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 461-468.
- Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: the early childhood behavior questionnaire. *Infant Behavior & Development*, 29(3), 386-401. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.01.004
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2008). Attachment security and parenting quality predict children's problem-solving, attributions, and loneliness with peers. *Attachment & Human Development*, 10(3), 319-344.
- Ramsden, S. R., & Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 657-667.
- Rass, E. (Ed.). (2012). *Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung: Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878. doi: 10.1007/s00103-007-0250-6
- Reck, C. (2012). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3* (pp. 301-308). Berlin: Springer.
- Reid, G. J., Hong, R. Y., & Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *J Sleep Res*, 18(1), 49-59. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x
- Renner, G., Zenglein, C., & Krampen, G. (2004). Zur Reliabilität und Validität der Elternfassung des "Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder" (VBV-EL 3-6) in der klinischen Anwendungspraxis. *Diagnostica*, 50(2), 78-87. doi: 10.1026/0012-1924.50.2.78
- Resch, F. (2004). Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S., . . . Verhulst, F. C. (2012). Behavioral/Emotional Problems of Preschoolers: Caregiver/Teacher Reports From 15 Societies. *Journal of*

Emotional and Behavioral Disorders, 20(2), 68-81. doi: 10.1177/1063426611434158

- Rheingold, H. (1982). Little children's participation in the work of adults, a nascent prosocial behavior. *Child Development*, 53, 114-125.
- Rinaldi, C. M., & Howe, N. (2012). Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(2), 266-273.
- Ringwalt, S. (2008). Developmental screening and assessment instruments with an emphasis on social and emotional development for young children ages birth through five. Chapel Hill: The University of North Carolina: FPG Child Development Institute, National Early Childhoods Technical Assistance Center.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J., Palacio-Espasa, F., . . . Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Dev Psychol*, 28(6), 1030-1037.
- Roth, R., & Strüber, N. (2012). Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37-86). Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Rothbart, M. K., & Gartstein, M. A. (2008). Temperament. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. New York, NY: Academic Press.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development*, 73(2), 483-495.
- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Chen, X., Stewart, S., & McNichol, K. (1998). Intrapersonal and maternal correlates of aggression, conflict, and externalizing problems in toddlers. *Child Development*, 69(6), 1614-1629.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *J Pers*, 63, 397-427.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Rydz, D., Shevell, M. I., Majnemeer, A., & Oskoui, M. (2005). Developmental screening. *Journal of Child Neurology*, 20(1), 4-21.
- Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In M. von Salisch (Ed.), *Emotionale Kompetenz entwickeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *J Sleep Res*, 18(1), 60-73. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x
- Schellinger, K., & Talmi, A. (2013). Off the Charts? Considerations for Interpreting Parent Reports of Toddler Hyperactivity. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 417-419. doi: 10.1002/imhj.21404
- Scher, A. (2008). Maternal separation anxiety as a regulator of infants' sleep. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(6), 618-625. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01872.x
- Schieche, M., Rupperecht, C., & Papoušek, M. (2004). Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidt, M. H., Laucht, M., Wyschkon, A., Fischer, S., & Esser, G. (2007). Vorboten hyperkinetischer Störungen - Früherkennung im Kleinkindalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(2), 127-136. doi: 10.1024/1422-4917.35.2.127
- Scholtes, K., & Benz, M. (2012). Entwicklungsgerechtes anklammerndes Verhalten und exzessives Klammern. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Scholtes, K., Benz, M., & Demant, H. (2012). Schlafstörungen im Kindesalter. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin: Springer.
- Schore, A. N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26, 204-217.
- Schore, A. N. (2007). *Affektregulation und die Reorganization des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Schuchardt, K., Grube, D., & Mähler, C. (2013). „Schwierige Kinder“ von Anfang an? *Kindheit und Entwicklung*, 22(4), 217-223. doi: 10.1026/0942-5403/a000120
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Schwenck, C., Mergenthaler, J., Keller, K., Zech, J., Salehi, S., Taurines, R., . . . Freitag, C. M. (2012). Empathy in children with autism and conduct disorder: group-specific profiles and developmental aspects. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(6), 651-659. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02499.x
- Scott, N., Blair, P. S., Emond, A. M., Fleming, P. J., Humphreys, J. S., Henderson, J., & Gringras, P. (2013). Sleep patterns in children with ADHD: a population-based cohort study from birth to 11 years. *J Sleep Res*, 22(2), 121-128. doi: 10.1111/j.1365-2869.2012.01054.x
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143.
- Shaw, D. S., Keenan, K., & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Dev Psychol*, 30(3), 355-364.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 36-43.
- Sheridan, M., & Nelson, C. A. (2009). Neurobiology of fetal and infant development. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (Vol. 3). New York: The Guilford Press.
- Sidor, A. (2012). Dyadische Interaktionsdiagnostik. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Silberstein, D., Feldman, R., Gardner, J., Karmel, B., Kuint, J., & Geva, R. (2009). The Mother-Infant Feeding Relationship Across the First Year and the Development of Feeding Difficulties in Low-Risk Premature Infants. *Infancy*, 14(5), 501-525. doi: 10.1080/15250000903144173
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E. M., . . . Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 62-70. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J., & Patterson, G. (2005). The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to

- the development of conduct problems at home and school. *Dev Psychol*, 41(30-41).
- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Gaertner, B., Popp, T., Smith, C. L., Kupfer, A., . . . Hofer, C. (2007). Relations of maternal socialization and toddlers' effortful control to children's adjustment and social competence. *Dev Psychol*, 43(5), 1170-1186. doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1170
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. L. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sterba, S. K., Prinstein, M. J., & Cox, M. C. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: Heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology*, 19, 345-366.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (2008). The clinical relevance of infancy: A progress report. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 177-188. doi: 10.1002/imhj.20179
- Stifter, C. A., Spinrad, T. L., & Braungart-Rieker, J. M. (1999). Toward a developmental model of child compliance: The role of emotion regulation in infancy. *Child Development*, 70(1), 21-32.
- Strid, K., Heimann, M., & Tjus, T. (2013). Pretend play, deferred imitation and parent-child interaction in speaking and non-speaking children with autism. *Scand J Psychol*, 54(1), 26-32. doi: 10.1111/sjop.12003
- Sumaroka, M., & Bornstein, M. H. (2009). Play. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. San Diego: Academic Press.

- Svetlova, M., Nichols, S. R., & Brownell, C. A. (2010). Toddlers' prosocial behavior: From instrumental to empathic to altruistic helping. *Child Development, 81*(6), 1814–1827.
- Tauman, R., Levine, A., Avni, H., Nehama, H., Greenfeld, M., & Sivan, Y. (2011). Coexistence of sleep and feeding disturbances in young children. *Pediatrics, 127*(3), e615-621. doi: 10.1542/peds.2010-2309
- Teti, D. M., Kim, B. R., Mayer, G., & Counterline, M. (2010). Maternal emotional availability at bedtime predicts infant sleep quality. *J Fam Psychol, 24*(3), 307-315. doi: 10.1037/a0019306
- Thelen, E., & Smith, L. B. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Thiel-Bonney, C., & von Hofacker, N. (2012). Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0-3*. Berlin: Springer.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.
- Thompson, R. A. (2006). The development of the person: Social understanding, relationships, conscience, self. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (Vol. 5). New York: Wiley.
- Touchette, E., Cote, S. M., Petit, D., Liu, X., Boivin, M., Falissard, B., . . . Montplaisir, J. Y. (2009). Short nighttime sleep-duration and hyperactivity trajectories in early childhood. *Pediatrics, 124*(5), e985-993. doi: 10.1542/peds.2008-2005
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *Int J Behav Dev, 24*(2), 129-141.
- Tremblay, R. E. (2004). Decade of Behavior Distinguished Lecture: Development of physical aggression during infancy. *Infant Mental Health Journal, 25*(5), 399-407. doi: 10.1002/imhj.20015
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Bolvin, M., . . . Japel, C. (2005). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictions. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 14*(1), 3-9.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of American Academic Child Psychiatry, 17*(1), 1-13.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry, 17*(2), 147-156. doi: 10.1080/10673220902899714

- Tröster, H., & Reineke, D. (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Kindheit und Entwicklung, 16*(3), 171-179. doi: 10.1026/0942-5403.16.3.171
- Troxel, W. M., Trentacosta, C. J., Forbes, E. E., & Campbell, S. B. (2013). Negative emotionality moderates associations among attachment, toddler sleep, and later problem behaviors. *J Fam Psychol, 27*(1), 127-136. doi: 10.1037/a0031149
- Van den Bergh, B. R. H., Mulder, E. J. H., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanism. A review. *Neuroscience and Behavioral Review, 29*, 237 – 258.
- Verhulst, F. C., & Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4–12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*(123–136).
- Volland, C., & Trommsdorff, G. (2003). Mütterliche Feinfühligkeit und die Entwicklung von mitfühlend-prosozialem Verhalten bei Vorschulkindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 35*(1), 2-11. doi: 10.1026//0049-8637.35.1.2
- von Gontard, A. (2010). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- von Hofacker, N., Lehmkuhl, U., Resch, F., Papoušek, M., Barth, R., & Jacubeit, T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3 Jahre; F98.2 u.a.). In D. G. f. K.-u. J. u. -psychotherapie (Ed.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.*: AWMF Online.
- von Hofacker, N., Papoušek, M., & Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wachs, T. D. (1999). The what, why and how of temperament. In T. LeMonda & L. Balter (Eds.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues* (pp. 23-44). New York: Garland.
- Warneken, F., & Tomasello, M. (2006). Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science, 311*, 1301–1303.
- Warneken, F., & Tomasello, M. (2007). Helping and cooperation at 14 months of age. *Infancy, 11*(3), 271-294.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent

- anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-644.
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(6), 695-705. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x
- Wiedebusch, S., & Petermann, F. (2006). Psychologische Tests zur Erfassung emotionaler Fertigkeiten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154(4), 320-325. doi: 10.1007/s00112-006-1308-5
- Wiedebusch, S., & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20(4), 209-218. doi: 10.1026/0942-5403/a000058
- Wiefel, A., Tietze, K., Kuntze, L., Winter, M., Seither, C., Witte, B., . . . Lehmkuhl, U. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(1), 59-81.
- Williams, S. T., Ontai, L. L., & Mastergeorge, A. M. (2007). Reformulating infant and toddler social competence with peers. *Infant Behavior and Development*, 30(2), 353-365. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.10.008
- Windaus, E. (2007). Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Säuglings- und Kleinkindalter. In H. Hopf & E. Windaus (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (pp. 213-230). München: CIP-Medien.
- Wirtz, M., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolke, D., Meyer, R., Ohrt, B., & Riegel, K. (1994). Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafproblemen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43(9), 331-339.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wright, C. M., Parkinson, K. N., Shipton, D., & Drewett, R. F. (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics*, 120(4), e1069-1075. doi: 10.1542/peds.2006-2961

- Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Yen, M., & Lo, L. H. (2002). Examining test-retest reliability: an intra-class correlation approach. *Nursing Research*, *51*(1), 59-62.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Dev Psychol*, *28*(1), 126-136.
- Zeanah, C. H. (Ed.). (1993). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl*, *28*(8), 877-888. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.010
- Zeanah, C. H., & Zeanah, P. D. (2009). The scope of infant mental health. In C. H. J. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (Vol. 3). New York: The Guilford Press.
- Zeanah, P. D., Gleason, M. M., & Zeanah, C. H. (2009). Infant mental health. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. New York, NY: Academic Press.
- Zeanah, P. D., Gleason, M. M., & Zeanah, C. H. J. (2009). Infant Mental Health. In J. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and emotional development in infancy and early childhood*. New York: Academic Press.
- Zeedyk, M. S. (2006). From intersubjectivity to subjectivity: the transformative roles of emotional intimacy and imitation. *Infant and Child Development*, *15*(3), 321-344. doi: 10.1002/icd.457
- Zenglein, Y., Beyer, A., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2013). ADHS im Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, *22*(4), 193-200. doi: 10.1026/0942-5403/a000117
- Zero to Three. (1994). *Diagnostic classification: 0-3: of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Arlington, VA: National Center of Clinical Infant Programs.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification: 0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Ziv, Y. Z., Aviezer, O., Gini, M., Sagi, A., & Koren-Karie, N. (2000). Emotional availability in the mother–infant dyad as related to the quality of infant–mother attachment relationship. *Attachment & Human Development*, *2*(2), 149-169.

Anhang

Schematische Darstellung des Aufbaus der verwendeten Fragebögen

Tabelle 25. Schematische Darstellung des SGKS

| Item # | Subskala | Meta-Skala | Cutoff-Wert | |
|-------------|--|--------------------------------------|-------------|---|
| 43 Items | 1. Emotions(dys)regulation 2. Unruhe 3. Aggression | Externalisierende Auffälligkeiten | 39 | Ge- samtskalen- wert Cutoff: 105 |
| | 4. Ängstlichkeit 5. Trennungsangst 6. Schlafschwierigkeiten | Internalisierende Auffälligkeiten | 28 | |
| | 7. Soziale Bezogenheit 8. Spiel/Konzentration 9. Essensschwierigkeiten (invers) | Kompetenzen | 45 | |
| | 4 individuelle Items | | | |

Tabelle 26. Schematische Darstellung der CBCL 1 1/2-5

| CBCL Skala | Beispielitems: | | |
|------------------------------|--|----------|-------------|
| Emotional Reaktiv | z.B. 82. Zeigt plötzliche Stimmungs- und Gefühlswechsel 92. Quengelt | Internal | Gesamtskala |
| Ängstlich Depressiv | 10. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig 47. Ist nervös oder angespannt | | |
| Körperliche Beschwerden | 1. Es tut ihm häufig etwas weh 78. Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe | | |
| Sozialer Rückzug | 70. Zeigt wenig Zuneigung für andere Leute 98. Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf | | |
| Schlafprobleme | 22. Will nicht alleine schlafen 48. Hat Alpträume | External | |
| Aufmerksam- keitsprobleme | 6. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 59. Wechselt sehr schnell von einer Beschäftigung zur nächsten | | |
| Aggressives Verhalten | 44. Ist ärgerlicher Laune, hat ärgerliche Stimmungen 81. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar | | |
| Andere Probleme | 11. Verlangt ständig nach Hilfe 28. Will die Wohnung nicht verlassen | | |

Anhang I - Cut-off Wert-Bestimmung der Subskalen

Externalisierendes Verhalten

Abbildung 7 zeigt den Verlauf der ROC-Kurve der sub-klinischen Auffälligkeit im CBCL 1 ½-5 als Gruppenvariabel (Subklin. Gruppe vs. Nicht-Klinischer Gruppe) und dem Summenwerts der Subskala Externalisierendes Verhalten des Fragebogens. Im Vergleich zur ROC-Kurve des Gesamtwertes ist die ROC-Kurve der Subskala External etwas flacher. Der AUC-Wert liegt bei .78 (KI95% = .71-.85), was nach Swets (1988) einer mittelguten Differenzierungsfähigkeit entspricht. Der Wert ist signifikant ($p < .001$). Tabelle 27 weist die geschätzte Sensitivität und Spezifität für verschiedene Cut-Off-Werte der Subskala Externalisierendes Verhalten aus. Der optimale Cut-off Wert wurde auf 39 festgelegt, was einer Sensitivität von 75% und einer Spezifität von 65% entspricht.

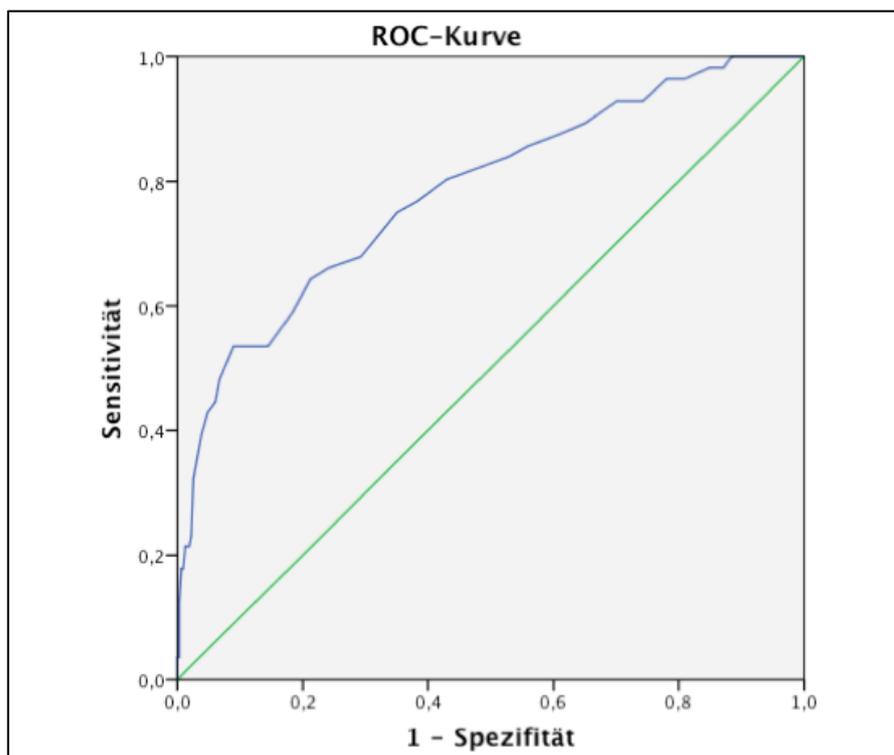


Abbildung 7. ROC-Kurve der Subskala Externalisierendes Verhalten des SGKS

Tabelle 27. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Subskala Externalisierendes Verhalten

| Cut-Off (Subskala Externalisierendes Verhalten) | Sensitivität | 1-Spezifität (falsch positiv Fehlerrate) |
|--|--------------|---|
| 34.5 | .86 | .56 |
| 35.5 | .84 | .53 |
| 36.5 | .82 | .48 |
| 37.5 | .80 | .43 |
| 38.5 | .77 | .38 |
| 39.5 | .75 | .35 |
| 40.5 | .71 | .32 |
| 41.5 | .68 | .29 |
| 42.5 | .66 | .24 |
| 43.5 | .64 | .21 |
| 44.5 | .59 | .18 |

Anmerkungen. Wert > 39.5 (Sub-)Klinische Auffälligkeit.

Internalisierendes Verhalten

Abbildung 8 zeigt den Verlauf der ROC-Kurve der sub-klinischen Auffälligkeit im CBCL 1 ½-5 als Gruppenvariabel (Subklin. Gruppe vs. Nicht-Klinischer Gruppe) und dem Summenwerts der Subskala Internalisierendes Verhalten des Fragebogens. Der AUC-Wert liegt bei .72 (KI95%= .64-.79), was nach Swets (1988) einer mittelguten Differenzierungsfähigkeit entspricht. Der Wert ist signifikant ($p < .001$). Tabelle 28 weist die geschätzte Sensitivität und Spezifität für verschiedene Cut-Off-Werte der Subskala Internalisierendes Verhalten aus. Der optimale Cut-off Wert wurde auf 28 festgelegt, was einer Sensitivität von 68% und einer Spezifität von 64% entspricht.

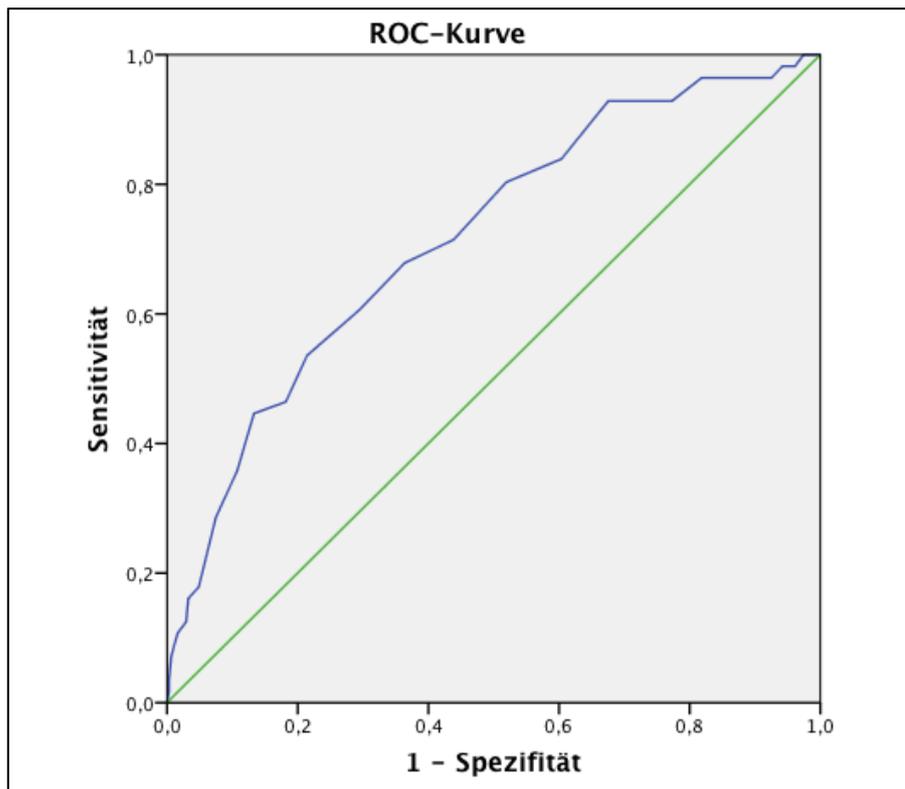


Abbildung 8. ROC-Kurve der Subskala Internalisierendes Verhalten des SGKS

Tabelle 28. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Subskala Internalisierendes Verhalten

| Cut-Off (Subskala Internalisierendes Verhalten) | Sensitivität | 1-Spezifität (falsch positiv Fehlerrate) |
|---|--------------|---|
| 24.5 | .93 | .68 |
| 25.5 | .84 | .60 |
| 26.5 | .80 | .52 |
| 27.5 | .71 | .44 |
| 28.5 | .68 | .36 |
| 29.5 | .61 | .30 |
| 30.5 | .54 | .21 |
| 31.5 | .46 | .18 |
| 32.5 | .45 | .13 |

Anmerkungen. Wert > 28.5 (Sub-)Klinische Auffälligkeit.

Kompetenz

Abbildung 9 zeigt den Verlauf der ROC-Kurve der sub-klinischen Auffälligkeit im CBCL 1 ½-5 als Gruppenvariabel (Subklin. Gruppe vs. Nicht-Klinischer Gruppe) und dem Summenwerts der Subskala Kompetenz des Fragebogens. Der AUC-Wert liegt bei .68 (KI95%= .60-.76), was nach Swets (1988) einer kleinen diskriminatorischen Güte entspricht. Der Wert ist signifikant ($p < .001$). Tabelle 29 weist die geschätzte Sensitivität und Spezifität für verschiedene Cut-Off-Werte der Subskala Kompetenz aus. Der optimale Cut-off Wert wurde auf 45 festgelegt, was einer Sensitivität von 60% und einer Spezifität von 73% entspricht. Da die Kompetenz-Skala ein positives, gesundes Vermögen des Kindes abspiegelt, sind Summenwerte kleiner als 45 hier als „auffällig“ einzustufen.

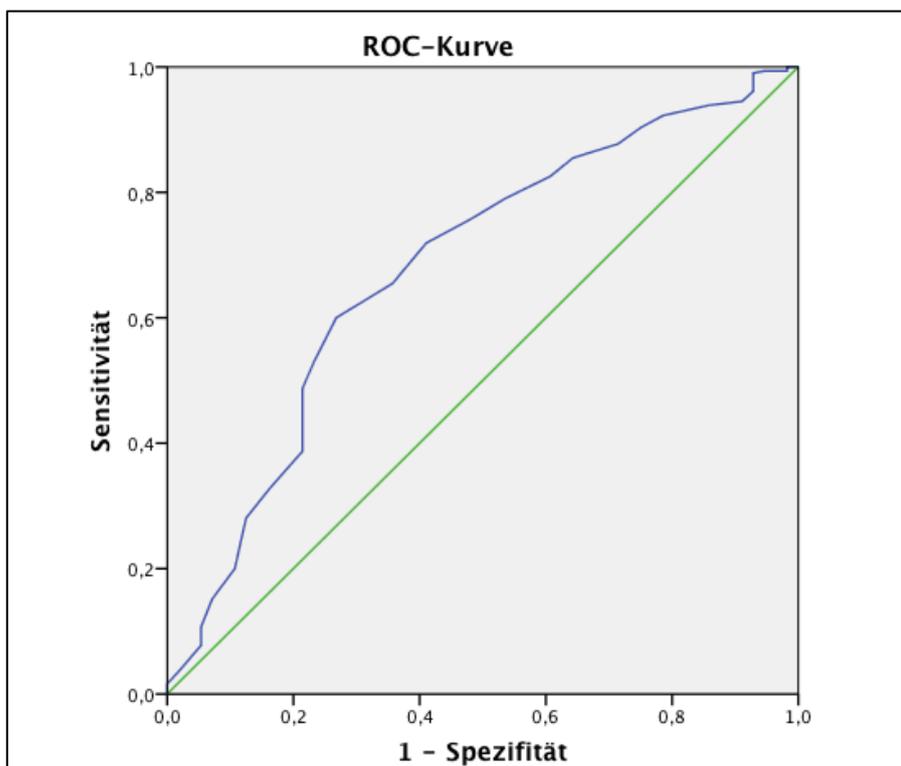


Abbildung 9. ROC-Kurve der Subskala Kompetenz des SGKS

Tabelle 29. Gütekriterien der Cut-Off-Werte der Subskala Kompetenz

| Cut-Off (Subskala Kompetenz) | Sensitivität | 1-Spezifität (falsch positiv Fehlerrate) |
|---------------------------------|--------------|---|
| 41.5 | .79 | .54 |
| 42.5 | .76 | .48 |
| 43.5 | .72 | .41 |
| 44.5 | .66 | .36 |
| 45.5 | .60 | .27 |
| 46.5 | .53 | .23 |
| 47.5 | .49 | .21 |
| 48.5 | .44 | .21 |

Anmerkungen. Wert < 45.5 Keine (Sub-)Klinische Auffälligkeit.

Anhang II – Anschreiben & Fragenbogenentwurf (Studie 1)

Liebe Eltern,

Sie wissen über Ihre Kinder am besten Bescheid, daher bitte ich Sie herzlich um Ihre Mithilfe.

Im Rahmen meiner Dissertation im Fachbereich Entwicklungspsychologie an der LMU München führe ich eine Elternbefragung zur sozialen und emotionalen Entwicklung von Kindern im Alter von 12 bis 36 Monaten durch. Falls Sie ein Kind im Alter zwischen 1 und 3 Jahren haben, bitte ich Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dies dauert etwa **20 Minuten**.

Bei der Beantwortung der Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Allein Ihre persönliche Meinung zählt. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig, auch wenn sich Frageninhalte zu wiederholen scheinen. Selbstverständlich sind alle Angaben komplett anonym und werden nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Unter den Teilnehmern werden **vier 20-Euro Amazon-Gutscheine** ausgelost. Die Teilnahme daran ist freiwillig und würde die Angabe ihrer Email-Adresse am Ende der Umfrage voraussetzen.

Für Rückfragen und Anmerkungen wenden Sie sich gerne an Evi Küber. E-Mail: eva.kuebber@campus.lmu.de

Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Evi Küber

Doktorandin
Fakultät für Psychologie und Pädagogik
Ludwig-Maximilians-Universität München

Zunächst zu ihrer Person:

1. Ihr Geschlecht:

- weiblich männlich

2. Ihr Alter:

_____ Jahre

Nun zu Ihrem Kind:

3. Geschlecht des Kindes:

- Mädchen Junge

4. Alter des Kindes (in Monaten):

_____ Monate

5. Ihr Familienstand:

- verheiratet mit dem Vater/der Mutter des Kindes
 feste Partnerschaft mit dem Vater/der Mutter des Kindes
 geschieden von dem Vater/der Mutter des Kindes
 getrennt von dem Vater/der Mutter des Kindes
 ledig/alleinstehend

- verwitwet

6. Ihr höchster bisher erreichter Bildungsabschluss:

- kein Schulabschluss
 Hauptschulabschluss
 Mittlere Reife/Realschulabschluss
 Berufsschulabschluss
 Abitur
 abgeschlossenes Studium (Universität/FH)

Bitte denken Sie beim Beantworten der Fragen an das Verhalten ihres Kindes in den letzten vier Wochen. Falls Sie mehrere Kinder im Altersbereich zwischen 12 - 36 Monaten haben, beantworten Sie die Fragen so, dass Sie sich auf ihr jüngeres Kind beziehen.

| Trifft über- haupt nicht zu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Trifft voll und ganz zu |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> |

7. Mein Kind ...

| # | Item |
|----|--|
| 1 | geht meist gerne ins Bett. |
| 2 | kann sich gut konzentrieren. |
| 3 | spielt liebevoll mit einer Puppe, einem Teddybär oder einem Schmusetier. |
| 4 | macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. |
| 5 | ist wählerisch beim Essen. |
| 6 | schläft die Nacht durch. |
| 7 | gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm). |
| 8 | ist sehr schüchtern. |
| 9 | ist untertags allermeist gut gelaunt. |
| 10 | macht beim Essen oft Schwierigkeiten (z.B. das Essen dauert sehr lange oder es weigert sich vehement bestimmte Nahrungsmittel zu essen). |
| 11 | ist schwer zu trösten. |
| 12 | spricht die letzten Worte eines Satzes nach (z.B. Vater sagt: "Ich ziehe dir die Schuhe an" und Kind wiederholt: "Suhe an") |
| 13 | nimmt schnell Kontakt mit unbekanntem Personen auf, die direkt auf es zukommen. |
| 14 | kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). |
| 15 | hat häufig Verstopfung. |
| 16 | spricht oder "babbelt" Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. |
| 17 | wirkt verloren und zieht sich in Ecken zurück, wenn niemand mit ihm/ihr spielt. |
| 18 | sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. |
| 19 | macht Spielsachen kaputt (z.B. indem es mit Ihnen wirft). |
| 20 | kann beim Spielen warten bis es an der Reihe ist. |

- 21 lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder "quengelig" aufwacht.
- 22 findet nach einem kurzen Ritual problemlos in den Schlaf.
- 23 erfindet neue Spielformen mit ein und demselben Spielzeug.
- 24 ist oft ungehorsam.
- 25 fürchtet sich oft stark.
- 26 zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung.
- 27 ist laut und schreit z.B. beim Spielen viel herum.
- 28 spielt gerne mit persönlichen Gegenständen von mir und spielt nach wie ich sie nutze (z.B. Geldbeutel, Handy).
- 29 nimmt wahr, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht.
- 30 kann sich lange mit einem Spielzeug beschäftigen.
- 31 wirft sich häufiger wütend auf den Boden und ist nur schwer zu beruhigen.
- 32 gibt mir bereitwillig die Hand, wenn ich eine Straße überqueren möchte.
- 33 kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist.
- 34 beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil.
- 35 scheint es nicht viel auszumachen, wenn ein anderes Kind weint.
- 36 drückt seinen Willen deutlich aus (z.B. sagt "nein"), ohne wütend oder aggressiv zu werden.
- 37 kann sich völlig ins Spielen vertiefen.
- 38 spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb).
- 39 spielt Fantasiespiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer).
- 40 steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist).
- 41 lässt sich rasch trösten, wenn es sich weh getan hat.
- 42 nimmt häufig Dinge in den Mund, die nicht zum Essen geeignet sind.
- 43 bringt mir Gegenstände (z.B. Spielzeug oder Steinchen), gibt sie mir und will, dass ich sie nehme.
- 44 kann sich schlecht konzentrieren, z.B. ist leicht ablenkbar. (invers)
- 45 ist leicht zu beruhigen, wenn es sich aufregt (invers).
- 46 bewegt sich glücklich, wenn es Musik hört, die ihm/ihr gefällt.
- 47 kann nicht gut abwarten bis es etwas bekommt, das es gerne haben möchte. (invers)
- 48 ist ängstlich, auch wenn ich dabei bin.
- 49 hat häufig Bauchweh.
- 50 geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an.
- 51 bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich.
- 52 tut sich selbst weh, indem es sich z.B. auf den Boden wirft und mit dem Kopf auf den Boden schlägt.
- 53 ist oft sehr trotzig.
- 54 scheint sich vor nichts zu fürchten.
- 55 wirkt oft angespannt.
- 56 lehnt viele unbekannte/neue Nahrungsmittel ab.
- 57 folgt nicht, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete.
- 58 ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten.
- 59 reagiert oft nicht oder nur zögerlich, wenn ich es direkt anspreche.
- 60 ärgert oder verletzt absichtlich Tiere.
- 61 will Dinge selbstständig machen.
- 62 kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will.
- 63 verhält sich oft unvorsichtig.
- 64 zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils.
- 65 kann nur einschlafen, wenn es einen bestimmten Gegenstand (z.B. Lieblingssuppe, Teddy) bei sich hat.
- 66 will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat.
- 67 weint häufiger still (wimmert/quengelt) länger vor sich hin, ohne dass ein Grund erkennbar ist.
- 68 will meistens das Spielzeug haben, das ein anderes Kind gerade hat und versucht es dem anderen Kind wegzunehmen.
- 69 isst nur etwas, was es nicht kauen muss.

- 70 ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat.
71 ist neugierig auf neue Dinge.
72 ist oft sehr zappelig.
73 wirkt häufig unglücklich.
74 ist stolz, wenn ihm/ihr etwas Neues gelingt.
75 schläft abends problemlos ein (invers).
76 beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger.
77 macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt.
78 wehrt sich, wenn ich es anziehen oder baden will.
79 verletzt sich häufig ungewollt, z.B. beim Spielen.
80 geht auf andere spielende Kinder zu.
81 hat häufig Durchfall.
82 ist aufmerksam wenn ihm/ihr etwas Neues gezeigt wird.
83 gibt im Spiel nicht sofort auf, wenn ihm etwas nicht gelingt.
84 kommt zu mir, wenn es mit mir schmusen möchte.
85 ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel.
86 versucht mich zu beißen oder zu schlagen, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete.
87 fügt sich in ein Spiel von anderen Kindern ein.
88 ist immer in Bewegung.
89 ist oft "überdreht" und kommt nur langsam zur Ruhe.
90 will mir bei meiner Arbeit helfen, (z.B. will es mit mir die Spülmaschine aus/einräumen).
91 verhält sich vorsichtig in ungewohnten Situationen.
92 isst sehr gerne und mag bestimmte Nahrungsmittel besonders gerne (invers).
93 ist häufiger ohne Kontakt zu seiner/ihrer Umgebung (z.B. blickt ins Leere, reagiert nicht).
94 stemmt sich gegen mich, wenn ich es trösten oder hochheben möchte.
95 schaut oft traurig aus.
96 ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen).
97 erkundet seine Umwelt meist aus eigenem Antrieb.
98 versucht das Zu-Bett-Gehen hinauszuzögern.
99 ist sehr ängstlich und weint leicht, wenn sich ihm ein Unbekannter direkt nähert und klammert sich an mich.
100 zeigt Mitgefühl, wenn ein anderes Kind weint.
101 verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekannt Personen gegenüber), abwartend.
102 spielt oft Rollenspiele ("so tun als ob").
103 wirft absichtlich Essen auf den Boden.
104 ist sehr selten erkältet.
105 protestiert, wenn Ordnung durcheinander gebracht wird.
106 wirkt wie "gelähmt", wenn sich ihm/ihr ein Unbekannter direkt nähert.
107 klammert sich ängstlich an mir fest und will mich nicht mehr loslassen, wenn es mich nach einer Trennung wieder sieht.
108 wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir.
109 ist schwer zu beruhigen, wenn es wütend oder traurig ist.
110 wird ungeduldig und frustriert, wenn ihm/ihr etwas nicht gelingt. (Invers)
111 drückt deutlich aus, was es möchte ohne zu sehr zu drängen.
112 schaukelt mit dem Oberkörper hin und her oder lutscht Daumen, wenn sich niemand mit ihm/ihr beschäftigt.
113 will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht.
114 spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen.
115 kratzt mich.
116 hat oft Wutanfälle.
117 wenn ich mein Kind um etwas bitte, z.B. einen Gegenstand weg zu legen, tut es das.
118 beachtet es, wenn ich ihm etwas verbiete.
119 wirkt grundsätzlich ausgeglichen.
120 weint schnell, wenn es ermahnt wird.
121 ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht.
122 macht beim Essen eine "Szene" (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus).

-
- 123 wehrt sich gegen Zärtlichkeiten und will selten mit mir schmusen.
124 plappert (babbelt) mehrmals am Tag lange (mindestens 1 Minute) vor sich hin.
125 ist meist fröhlich und zufrieden.
126 schläft nur schwer ein.
127 hilft mit, wenn ich es anziehen will.
128 fürchtet sich, wenn ein großer fremder Hund sich ihm/ihr nähert.
129 steckt sich leicht mit Erkältungen bei anderen Kindern an.
130 macht meist nicht mit, wenn ich etwas verlange (z.B. den Spielplatz zu verlassen).
131 "springt" häufig von einem Spielzeug zu einem anderen.
132 geht schon nach kurzer Zeit problemlos mit einer fremden Person mit.
133 freut sich, wenn ihm/ihr z.B. beim Spielen etwas gelingt.
134 Die Stimmung meines Kindes schwankt oft.
135 Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben oder es "quengelt" heftig.
136 Wenn mein Kind auf dem Spielplatz spielt, schaut es oder kommt es zwischendurch immer wieder zu mir zurück.
137 Auf dem Spielplatz läuft mein Kind drauf los und ich muss aufpassen, dass ich es noch sehen kann (invers).
138 In einer neuen Situation bleibt mein Kind zunächst bei mir.
139 Wenn sich etwas Ungewöhnliches ereignet, schaut mein Kind zu mir, um zu sehen, wie ich die Situation einschätze.
140 Wenn mein Kind etwas z.B. im Supermarkt nicht bekommt, was es sich wünscht, wird es oft wütend und macht eine "Szene".
141 Wenn es einmal erkältet ist, geht der Schnupfen/Husten nur schwer weg.
142 Wenn ein anderes Kind meinem Kind ein Spielzeug wegnimmt, protestiert es und fordert das Spielzeug zurück.
143 Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wieder sieht, zeigt es, dass es sich freut, kommt zu mir, und will mit mir kuscheln.
144 Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wieder sieht, nimmt es sich eine gewisse Zeit bis es wieder mit mir Kontakt aufnehmen will (invers).
Wenn ich mich von meinem Kind trenne, ...
145 klammert es sich an mir fest und es fällt ihm sehr schwer mich gehen zu lassen.
146 weint und schreit es.
147 protestiert es so heftig, dass es mir kaum möglich ist zu gehen.
148 protestiert es nicht.
149 macht es meinem Kind gar nichts aus.
-

Anhang III – Anschreiben & Fragebogen (Studie 2)



Liebe Eltern,

Sie wissen über Ihre Kinder am besten Bescheid, daher bitte ich Sie herzlich um Ihre Mithilfe.

Im Rahmen meiner Dissertation im Fachbereich Entwicklungspsychologie an der LMU München führe ich eine Elternbefragung zur sozialen und emotionalen Entwicklung von Kindern im Alter von 12 bis 36 Monaten durch. Falls Sie ein Kind im Alter zwischen 1 und 3 Jahren haben, bitte ich Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dies dauert etwa **25-30 Minuten**.

Bei der Beantwortung der Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Allein Ihre persönliche Meinung zählt. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig, auch wenn sich Frageninhalte zu wiederholen scheinen. Selbstverständlich sind alle Angaben komplett anonym und werden vertraulich und nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Unter den Teilnehmern werden **fünf 20-Euro Amazon-Gutscheine** ausgelost. Die Teilnahme an der Auslosung ist freiwillig und würde die Angabe ihrer Email-Adresse am Ende der Umfrage voraussetzen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem Umschlag zurück (Porto zahlt der Empfänger) oder schicken Sie mir den Fragebogen als Scan an meine Email-Adresse (s. unten).

Für Rückfragen und Anmerkungen wenden Sie sich gerne an mich.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Ansprechpartnerin

Evi Küber
Fakultät für Psychologie und Pädagogik
Ludwig-Maximilians-Universität München
E-Mail: eva.kuebber@psy.lmu.de
Tel: 0160 944 030 43

Nummer: _____
(nicht ausfüllen)

Bitte denken Sie beim Beantworten der nachfolgenden Fragen an das Verhalten Ihres Kindes in den letzten vier Wochen. Beurteilen Sie auf einer Skala zwischen 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu), wie sehr ein Verhalten oder eine Eigenschaft auf Ihr Kind zutrifft. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig, auch wenn sich einige Fragen zu wiederholen scheinen.

| Mein Kind ... | Trifft über- haupt nicht zu | | | | | Trifft voll und ganz zu |
|--|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1. Ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Schläft die Nacht durch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Kann sich gut konzentrieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Spricht oder "babbeln" Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Steckt sich leicht mit Erkältungen bei anderen Kindern an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Ist stolz, wenn ihm/ihr etwas Neues gelingt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Ist meist fröhlich und zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Versucht mich zu beißen oder zu schlagen, wenn ich ihm/ihr etwas verbiete. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Spielt gerne mit persönlichen Gegenständen von mir und spielt nach wie ich sie nutze (z.B. Geldbeutel, Handy). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Wirft sich häufiger wütend auf den Boden und ist nur schwer zu beruhigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Geht auf andere spielende Kinder zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Kratzt mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Spricht die letzten Worte eines Satzes nach (z.B. Vater sagt: "Ich ziehe dir die Schuhe an" und Kind wiederholt: "Suhe an"). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Wirkt häufig unglücklich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Ist immer in Bewegung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Will meistens das Spielzeug haben, das ein anderes Kind gerade hat und versucht es dem anderen Kind wegzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Ist oft sehr trotzig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21. Ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. Fügt sich in ein Spiel von anderen Kindern ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Tritt Ober- haupt nicht zu | | | | | Tritt voll und ganz zu |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 23. Ist in vielen Situationen sehr ängstlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24. Schaut oft traurig aus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 25. Verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 26. Findet nach einem kurzen Ritual problemlos in den Schlaf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 27. Schläft nur schwer ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 28. Spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29. Ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30. Kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 31. Ist oft sehr zappelig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 32. Reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 33. Kann sich völlig ins Spielen vertiefen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 34. Fürchtet sich oft stark. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 35. Macht beim Essen oft Schwierigkeiten (z.B. das Essen dauert sehr lange oder es weigert sich vehement bestimmte Nahrungsmittel zu essen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 36. Freut sich, wenn ihm/ihr z.B. beim Spielen etwas gelingt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 37. Gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 38. Lässt sich rasch trösten, wenn es sich weh getan hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 39. Ist sehr selten erkältet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 40. Nimmt häufig Dinge in den Mund, die nicht zum Essen geeignet sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 41. Lässt sich nicht leicht einschüchtern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 42. Ist schwer zu trösten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 43. Fürchtet sich, wenn ein großer fremder Hund sich ihm/ihr nähert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 44. Will eher selten "geknuddelt" werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 45. Beachtet es, wenn ich ihm etwas verbiete. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 46. Kann sich lange mit einem Spielzeug beschäftigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 47. Macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Trifft Ober- haupt nicht zu | | | | | Trifft voll und ganz zu | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|-------------------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. | Ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). | | | | | | | | | |
| 49. | Will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | | | | | | | | | |
| 50. | Kann nicht gut abwarten bis es etwas bekommt, das es gerne haben möchte. | | | | | | | | | |
| 51. | Macht gerne Tierlaute nach, wenn es sie hört oder vorgemacht bekommt. | | | | | | | | | |
| 52. | Macht beim Essen eine "Szene", (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus). | | | | | | | | | |
| 53. | Hat oft Wutanfälle. | | | | | | | | | |
| 54. | Beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil. | | | | | | | | | |
| 55. | Kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist. | | | | | | | | | |
| 56. | Nimmt schnell Kontakt mit unbekanntem Personen auf, die direkt auf es zukommen. | | | | | | | | | |
| 57. | Will mir bei meiner Arbeit helfen, (z.B. will es mit mir die Spülmaschine aus/einräumen). | | | | | | | | | |
| 58. | Läuft in der Öffentlichkeit (z.B. im Supermarkt) von mir weg. | | | | | | | | | |
| 59. | Zeigt Mitgefühl, wenn ein anderes Kind weint. | | | | | | | | | |
| 60. | Schläft abends problemlos ein. | | | | | | | | | |
| 61. | Wirft absichtlich Essen auf den Boden. | | | | | | | | | |
| 62. | Bewegt sich in neuen, unbekanntem Situationen sehr lange nicht von mir weg. | | | | | | | | | |
| 63. | Wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir. | | | | | | | | | |
| 64. | Ist wählerisch beim Essen. | | | | | | | | | |

| | Trifft Ober- haupt nicht zu | | | | | Trifft voll und ganz zu | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 65. | Wenn ein anderes Kind meinem Kind ein Spielzeug wegnimmt, protestiert es und fordert das Spielzeug zurück. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. | Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), klammert es sich an mir fest und es fällt ihm/ihr sehr schwer mich gehen zu lassen. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wiedersieht, zeigt es, dass es sich freut, kommt zu mir, und will mit mir kuscheln. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. | Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben, oder es "quengelt" heftig. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. | Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), weint und schreit es. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. | Wenn mein Kind mich nach einer Trennung wiedersieht, nimmt es sich eine gewisse Zeit bis es wieder mit mir Kontakt aufnehmen will. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. | Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), protestiert es so heftig, dass es mir kaum möglich ist zu gehen. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. | Wenn ich mein Kind um etwas bitte, z.B. einen Gegenstand weg zu legen, tut es das. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. | steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist). | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. | bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. | Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), protestiert es nicht. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. | spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb). | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77. | zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78. | lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder „quengelig“ aufwacht. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. | ärgert oder verletzt absichtlich Tiere. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. | ist oft überdreht und kommt nur langsam zur Ruhe. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. | geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. | spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. | zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. | kommt zu mir, wenn es mit mir schmusen möchte. | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Tritt Ober- haupt nicht zu | | | | | Tritt voll und ganz zu |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 85. macht meist nicht mit, wenn ich etwas verlange (z.B. den Spielplatz zu verlassen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), macht es meinem Kind gar nichts aus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. wirkt verloren und zieht sich in Ecken zurück, wenn niemand mit ihm/ihr spielt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. wehrt sich gegen Zärtlichkeiten und will selten mit mir schmusen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder – CBCL/ 1.5-5

Reproduziert unter Lizenz: # 733-07-19-12. Urheberrechtlich geschützt.
© T.M. Achenbach, 1999, und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so aus, dass er Ihre Ansichten wiedergibt, auch wenn andere Menschen diese nicht teilen. Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate bei dem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft sehr deutlich oder sehr oft zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Es tut ihm häufig etwas weh (ohne körperliche bekannte Ursachen) | 0 | 1 | 2 |
| 2. Verhält sich zu jung für sein Alter | 0 | 1 | 2 |
| 3. Hat Angst, Neues auszuprobieren | 0 | 1 | 2 |
| 4. Vermeidet Blickkontakt | 0 | 1 | 2 |
| 5. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen | 0 | 1 | 2 |
| 6. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv | 0 | 1 | 2 |
| 7. Hält es nicht aus, wenn Sachen nicht an ihrem gewohnten Platz sind | 0 | 1 | 2 |
| 8. Kann nicht abwarten, möchte alles sofort | 0 | 1 | 2 |
| 9. Kaut auf nicht essbaren Sachen herum | 0 | 1 | 2 |
| 10. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig | 0 | 1 | 2 |
| 11. Verlangt ständig nach Hilfe | 0 | 1 | 2 |
| 12. Leidet an Verstopfung | 0 | 1 | 2 |
| 13. Weint viel | 0 | 1 | 2 |
| 14. Ist roh zu Tieren oder quält sie | 0 | 1 | 2 |
| 15. Ist trotzig | 0 | 1 | 2 |
| 16. Seine Wünsche müssen sofort erfüllt werden | 0 | 1 | 2 |
| 17. Zerstört seine eigenen Sachen | 0 | 1 | 2 |
| 18. Zerstört Eigentum anderer | 0 | 1 | 2 |
| 19. Hat Durchfall, ohne akut krank zu sein | 0 | 1 | 2 |
| 20. Gehorcht nicht | 0 | 1 | 2 |
| 21. Lässt sich durch jede Veränderung in den üblichen täglichen Abläufen durcheinanderbringen | 0 | 1 | 2 |
| 22. Will nicht alleine schlafen | 0 | 1 | 2 |
| 23. Antwortet nicht, wenn es von Leuten angesprochen wird | 0 | 1 | 2 |
| 24. Isst nicht gut; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 26. Verhält sich wie ein kleiner Erwachsener, kann sich nicht kindgerecht freuen | 0 | 1 | 2 |
| 27. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn es sich schlecht benommen hat | 0 | 1 | 2 |
| 28. Will die Wohnung nicht verlassen | 0 | 1 | 2 |
| 29. Ist schnell frustriert | 0 | 1 | 2 |
| 30. Wird schnell leicht eifersüchtig | 0 | 1 | 2 |
| 31. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen/Trinken geeignet sind (Keine Süßigkeiten angeben); bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen, oder Plätzen (Kindergarten oder Hort ausgenommen); bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 33. Seine Gefühle sind leicht zu verletzen | 0 | 1 | 2 |
| 34. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt ungewollt zu Unfällen | 0 | 1 | 2 |
| 35. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien | 0 | 1 | 2 |
| 36. Lässt sich in alles hineinziehen | 0 | 1 | 2 |
| 37. Ist bei Trennung von den Eltern übermäßig traurig | 0 | 1 | 2 |
| 38. Hat Schwierigkeiten einzuschlafen | 0 | 1 | 2 |
| 39. Hat Kopfweg (ohne bekannte körperliche Ursachen) | 0 | 1 | 2 |
| 40. Schlägt andere | 0 | 1 | 2 |
| 41. Hält den Atem an | 0 | 1 | 2 |
| 42. Verletzt Tiere oder Menschen ungewollt | 0 | 1 | 2 |
| 43. Sieht traurig aus, ohne dass es dafür einen guten Grund gibt | 0 | 1 | 2 |
| 44. Ist ärgerlicher Laune, hat ärgerliche Stimmungen | 0 | 1 | 2 |
| 45. Übelkeit (ohne bekannte körperliche Ursachen) | 0 | 1 | 2 |
| 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 47. Ist nervös oder angespannt | 0 | 1 | 2 |
| 48. Hat Alpträume | 0 | 1 | 2 |
| 49. Isst zuviel | 0 | 1 | 2 |
| 50. Ist immer müde | 0 | 1 | 2 |
| 51. Zeigt ohne erkennbaren Grund panische Angst | 0 | 1 | 2 |
| 52. Hat Schmerzen bei der Verdauung | 0 | 1 | 2 |
| 53. Greift andere körperlich an. | 0 | 1 | 2 |
| 54. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt an Körperstellen; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 55. Spielt zuviel an seinen Geschlechtsteilen | 0 | 1 | 2 |
| 56. Körperbewegungen sind unbeholfen oder schwerfällig | 0 | 1 | 2 |
| 57. Augenbeschwerden (ohne bekannte körperliche Ursache) | 0 | 1 | 2 |
| 58. Bestrafung ändert nichts an seinem Verhalten | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 59. Wechselt sehr schnell von einer Beschäftigung zur nächsten | 0 | 1 | 2 |
| 60. Hautausschläge oder andere Hautprobleme (ohne bekannte körperliche Ursache) | 0 | 1 | 2 |
| 61. Weigert sich zu essen | 0 | 1 | 2 |
| 62. Weigert sich, lebhaftes Spiele mitzuspielen | 0 | 1 | 2 |
| 63. Schaukelt wiederholt mit dem Kopf oder dem ganzen Körper hin und her | 0 | 1 | 2 |
| 64. Weigert sich, abends ins Bett zu gehen | 0 | 1 | 2 |
| 65. Weigert sich bei der Sauberkeitserziehung; Schwierigkeiten bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 66. Schreit viel | 0 | 1 | 2 |
| 67. Scheint nicht auf Zuneigung/Zärtlichkeit zu reagieren | 0 | 1 | 2 |
| 68. Ist befangen oder leicht verlegen | 0 | 1 | 2 |
| 69. Denkt nur an sich, will nicht teilen | 0 | 1 | 2 |
| 70. Zeigt wenig Zuneigung für andere Leute | 0 | 1 | 2 |
| 71. Zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung | 0 | 1 | 2 |
| 72. Zeigt zu wenig Angst vor Verletzungen | 0 | 1 | 2 |
| 73. Ist ängstlich, schüchtern | 0 | 1 | 2 |
| 74. Schläft weniger als die meisten Kinder nachts und/oder tagsüber; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 75. Spielt oder schmiert mit Kot | 0 | 1 | 2 |
| 76. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 77. Starrt ins Leere | 0 | 1 | 2 |
| 78. Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe (ohne körperliche Ursache) | 0 | 1 | 2 |
| 79. Rasche Wechsel zwischen Traurigkeit und starker Freude | 0 | 1 | 2 |
| 80. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 81. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar | 0 | 1 | 2 |
| 82. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel | 0 | 1 | 2 |
| 83. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt | 0 | 1 | 2 |
| 84. Redet, weint oder schreit im Schlaf; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 85. hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament | 0 | 1 | 2 |
| 86. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht | 0 | 1 | 2 |
| 87. Fürchtet sich zu sehr, ist ängstlich | 0 | 1 | 2 |
| 88. Macht nicht mit | 0 | 1 | 2 |
| 89. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge | 0 | 1 | 2 |
| 90. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen | 0 | 1 | 2 |
| 91. Ist ungewöhnlich laut | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 92. Lässt sich durch unbekannte Menschen oder Situationen aus der Fassung bringen; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 93. Erbrechen (ohne bekannte körperliche Ursache) | 0 | 1 | 2 |
| 94. Wacht nachts häufig auf | 0 | 1 | 2 |
| 95. Lläuft weg | 0 | 1 | 2 |
| 96. Verlangt viel Aufmerksamkeit | 0 | 1 | 2 |
| 97. Quengelt | 0 | 1 | 2 |
| 98. Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf | 0 | 1 | 2 |
| 99. Macht sich zuviel Sorgen | 0 | 1 | 2 |
| 100. Bitte beschreiben Sie hier Probleme ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden: | 0 | 1 | 2 |
| | 0 | 1 | 2 |
| | 0 | 1 | 2 |

Zu ihrem Kind (zwischen 12-36 Monaten)**1. Mein Kind ist:**

- ein Junge
 ein Mädchen

2. Alter des Kindes: _____ Monate (bitte eintragen)**3. Ist dies Ihr erstgeborenes Kind?**

- Ja Nein

Zu Ihrer Person:**4. Ihr Geschlecht:**

- männlich
 weiblich

5. Ihr Alter: _____ Jahre (bitte eintragen)**6. Ihr Familienstand:**

- verheiratet
 feste Partnerschaft
 geschieden
 getrennt
 ledig/alleinstehend
 verwitwet

7. Ist ihr gegenwärtiger Partner der andere Elternteil des Kindes?

- ja nein

8. Ihr höchster bisher erreichter Bildungsabschluss?

- keiner
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss/Mittlere Reife
 Fachhochschulreife
 Hochschulreife/Abitur
 abgeschlossenes Bachelor-Studium (Universität/FH)
 abgeschlossenes Diplom/Master-Studium (Universität/FH)
 Promotion
 anderer _____

9. Ihre Nationalität:

- deutsch
 andere _____

10. Nationalität des Vaters/ der Mutter des Kindes

- deutsch
 andere _____

Allgemeine Fragen

11. Haben Sie mit Ihrem Kind schon einmal eine Beratungsstelle/Kinderambulanz oder ähnliches in Anspruch genommen?

- nein ja

12. Gibt es in der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes besondere Auffälligkeiten (z.B. körperliche Einschränkungen, schwere Krankheiten)?

- nein ja, welcher Art? Bitte schreiben sie diese stichpunktartig auf:

13. Wo wohnen Sie?

- Deutschland
 Österreich
 Schweiz
 anderes Land _____

14. Wie schätzen Sie die finanzielle Situation Ihrer Familie ein?

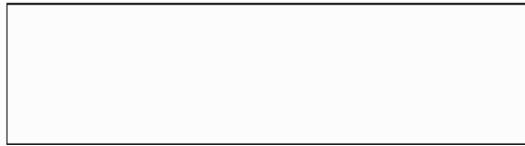
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

| | Stimme überhaupt nicht zu | | | | stimme voll und ganz zu |
|---|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. Wir haben genügend Geld für alles, was wir brauchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wir müssen häufig auf etwas verzichten, weil wir uns finanziell einschränken müssen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. In meiner Familie ist das Geld meistens knapp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Hat es in Ihrer Familie im letzten halben Jahr einschneidende Ereignisse gegeben? (mehrere Nennungen möglich)

- Heirat der Eltern des Kindes
 Trennung der Eltern des Kindes
 Häufige Konflikte zwischen den Eltern
 Geburt eines weiteren Kindes
 Todesfall in der näheren Familie
 Umzug
 Arbeitsplatzverlust bei einem Elternteil
 andere Ereignisse _____

Anhang IV A – Elternansreiben & Fragebogen (Studie 3)



Liebe Eltern,

darf ich Sie herzlich um Ihre Mithilfe bitten?

Im Rahmen eines Forschungsprojektes an der **Universität München** führe ich eine kurze Befragung von Eltern und Erzieher(inne)n zur sozialen und emotionalen Entwicklung von Kindern im Alter von **12 bis 36 Monaten** durch. Bei dem aktuellen Schritt des Projektes würde ich Ihre Unterstützung benötigen und Sie bitten, dass sowohl Sie als Mutter oder Vater als auch eine Pädagogische Fachkraft den beigefügten Fragebogen über Ihr Kind ausfüllen.

Der Träger Ihrer Kita, die **Diakonie Jugendhilfe Oberbayern**, hat sich bereit erklärt, mein Forschungsvorhaben zu unterstützen und mir die Zustimmung erteilt, Sie als Eltern anzuschreiben. Wenn Sie durch Ihre Teilnahme zustimmen, kann der Fragebogen für Ihr Kind auch von der Pädagogischen Fachkraft ausgefüllt werden. Ein Vergleich der beiden Fragebögen findet nicht statt. Diese Erhebung dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken, keinesfalls der Erfassung der Entwicklung einzelner Kinder. Die Zuordnung der beiden Bögen erfolgt generell über eine anonymisierte Nummer.

Ich versichere ausdrücklich, dass Rückschlüsse auf einzelne Kinder mit diesem Fragebogen auf keinen Fall erfolgen. Alle Angaben werden anonym erhoben und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Ich hoffe auf Ihre Unterstützung! Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt etwa **fünf Minuten** in Anspruch. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten – allein Ihre persönliche Meinung zählt!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen innerhalb von **zwei Wochen** in diesem Umschlag ab, in der Kita steht eine Box für die Kuverts bereit.

Mit der Teilnahme an der Umfrage bestätigen Sie Ihre Zustimmung, dass der gleiche Fragebogen auch von der Pädagogischen Fachkraft in der Kita ausgefüllt und zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden darf.

Bei Rückfragen und Anmerkungen wenden Sie sich gerne an mich. Die Pädagogischen Fachkräfte können Ihnen hierzu keine Auskunft geben.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Ansprechpartnerin

Evi Kübber, M. A.
Fakultät für Psychologie und Pädagogik
Ludwig-Maximilians-Universität München
E-Mail: eva.kuebber@psy.lmu.de
Tel: 0160 944 030 43

Zu ihrem Kind (zwischen 12-36 Monaten)**1. Mein Kind ist:**

- ein Junge
 ein Mädchen

2. Alter des Kindes: _____ Monate (bitte eintragen)**3. Ist dies Ihr erstgeborenes Kind?**

- Ja Nein

4. Bitte denken Sie beim Beantworten der nachfolgenden Fragen an das Verhalten ihres Kindes in den letzten **4 Wochen**. Beurteilen Sie auf einer Skala zwischen **1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu)**, wie sehr ein Verhalten oder eine Eigenschaft auf ihr Kind zutrifft. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

| Mein Kind ... | Trifft gar nicht zu | | | | | Trifft voll und ganz zu | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | <input type="checkbox"/> |
| 2. macht beim Essen eine "Szene" (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus). | <input type="checkbox"/> |
| 3. ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). | <input type="checkbox"/> |
| 4. schläft abends problemlos ein. | <input type="checkbox"/> |
| 5. bewegt sich in einer neuen Umgebung sehr lange nicht von mir weg und klammert sich an mich. | <input type="checkbox"/> |
| 6. ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten. | <input type="checkbox"/> |
| 7. lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder "quengelig" aufwacht. | <input type="checkbox"/> |
| 8. ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat. | <input type="checkbox"/> |
| 9. spricht oder "babbeln" Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. | <input type="checkbox"/> |
| 10. ist meist fröhlich und zufrieden. | <input type="checkbox"/> |
| 11. beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger. | <input type="checkbox"/> |
| 12. ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. | <input type="checkbox"/> |
| 13. ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht. | <input type="checkbox"/> |
| 14. wacht nachts häufig auf und weint oder ruft nach mir. | <input type="checkbox"/> |
| 15. ärgert oder verletzt absichtlich Tiere. | <input type="checkbox"/> |
| 16. kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist. | <input type="checkbox"/> |
| 17. verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Wenn ich mich von meinem Kind trennen muss (länger als 2 Stunden), klammert es sich an mir fest und es fällt ihm sehr schwer mich gehen zu lassen. | <input type="checkbox"/> |

| | Trifft voll und ganz zu | | | | 5 |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19. beißt oder schlägt mich oder den anderen Elternteil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wenn ich mich von meinem Kind trenne (länger als zwei Stunden), protestiert es nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ist oft "überdreht" und kommt nur langsam zur Ruhe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren des anderen Elternteils. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. wirft absichtlich Essen auf den Boden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Wenn mein Kind etwas will, muss es dies sofort haben oder es "quengelt" heftig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. geht auf andere spielende Kinder zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. kann sich gut konzentrieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ist schwer zu trösten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ist oft sehr trotzig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. hat oft Wutanfälle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ist in vielen Situationen sehr ängstlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Läuft in der Öffentlichkeit (z.B. im Supermarkt) von mir weg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz oder das Schwimmbad verlassen will. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zu Ihrer Person:

8. Ihr Geschlecht:

- männlich
- weiblich

9. Ihr Alter: _____ Jahre (bitte eintragen)

10. Ihr Familienstand:

- verheiratet
- feste Partnerschaft
- geschieden
- getrennt
- ledig/alleinstehend
- verwitwet

11. Ihr höchster bisher erreichter Bildungsabschluss?

- keiner
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Hochschulreife/Abitur
- abgeschlossenes Bachelor-Studium (Universität/FH)
- abgeschlossenes Diplom/Master-Studium/Staatsexamen (Universität/FH)
- anderer _____

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Hier haben Sie Platz für Kommentare und Anmerkungen:

Anhang IV B- ErzieherInnen-Fragebogen (Studie 3)



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN



Screening-Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung von Kleinkindern in Alter von 12-36 Monaten

Das Kind ist:

Ident. Nr. :

- ein Junge
 ein Mädchen

Bitte denken Sie beim Beantworten der nachfolgenden Fragen an das Verhalten des Kindes in den letzten **4 Wochen**. Beurteilen Sie auf einer Skala zwischen **1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu)**, wie sehr ein Verhalten oder eine Eigenschaft auf das Kind zutrifft. Falls Sie eine Frage nicht einschätzen können, kreuzen Sie **n.b. (nicht beurteilbar)** an. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

| Das Kind ... | Trifft voll und ganz zu | | | | | Nicht beurteilbar n. b. |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | 1 Trifft gar nicht zu | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1. will helfen, wenn ein anderes Kind Hilfe braucht. | <input type="checkbox"/> |
| 2. macht beim Essen eine "Szene" (z.B. kippt Essen vom Teller auf Tisch und Boden, spielt mit Essen herum, spuckt es wieder aus). | <input type="checkbox"/> |
| 3. ahmt mich bei verschiedenen Tätigkeiten nach (z.B. in einem Topf rühren, in ein Telefon sprechen). | <input type="checkbox"/> |
| 4. schläft beim Mittagsschlaf problemlos ein. | <input type="checkbox"/> |
| 5. klammert sich an mich/ist sehr anhänglich. | <input type="checkbox"/> |
| 6. ist häufig erkältet, hat z.B. Schnupfen, Husten. | <input type="checkbox"/> |
| 7. lässt sich schwer beruhigen, wenn es weinend oder "quengelig" aufwacht. | <input type="checkbox"/> |
| 8. ist manchmal untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat. | <input type="checkbox"/> |
| 9. spricht oder "babbeln" Wörter nach, die ich kurz zuvor benutzt habe. | <input type="checkbox"/> |
| 10. ist meist fröhlich und zufrieden. | <input type="checkbox"/> |
| 11. beißt, schlägt oder tritt andere Kinder häufiger. | <input type="checkbox"/> |
| 12. ist häufig untertags schlecht gelaunt, z.B. weint oder quengelt viel. | <input type="checkbox"/> |
| 13. ist ganz unproblematisch, was das Essen angeht. | <input type="checkbox"/> |
| 14. schläft beim Mittagsschlaf selten/eher kurz. | <input type="checkbox"/> |
| 15. ärgert oder verletzt absichtlich Tiere. | <input type="checkbox"/> |
| 16. kann gut warten, wenn es sich etwas wünscht, das nicht gleich verfügbar ist. | <input type="checkbox"/> |
| 17. verhält sich in ungewohnten Situationen (z.B. unbekanntem Personen gegenüber), abwartend. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Wenn sich das Kind von seinem Elternteil trennen muss, klammert es sich an ihr/ihm fest und es fällt ihm sehr schwer sein ihn/sie gehen zu lassen. | <input type="checkbox"/> |

| Das Kind ... | Trifft gar nicht zu | | | | Trifft voll und ganz zu | Nicht beurteilbar |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 19. beißt oder schlägt mich oder eine/n andere/n Erzieher/in. | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wenn sich ein Elternteil von dem Kind trennt, protestiert es nicht. | <input type="checkbox"/> |
| 21. spielt Fantasienspiele und benutzt Gegenstände für einen anderen Zweck (z.B. Banane als Telefonhörer). | <input type="checkbox"/> |
| 22. sucht meine Nähe, wenn sich ein Fremder ihm/ihr nähert. | <input type="checkbox"/> |
| 23. ist oft "überdreht" und kommt nur langsam zur Ruhe. | <input type="checkbox"/> |
| 24. zieht häufig an meinen Haaren oder den Haaren einer/s anderen Erzieherin/s. | <input type="checkbox"/> |
| 25. reagiert sofort, wenn ich es direkt anspreche. | <input type="checkbox"/> |
| 26. wirft absichtlich Essen auf den Boden. | <input type="checkbox"/> |
| 27. Wenn das Kind etwas will, muss es dies sofort haben oder es "quengelt" heftig. | <input type="checkbox"/> |
| 28. geht auf andere spielende Kinder zu. | <input type="checkbox"/> |
| 29. gerät in Panik, wenn es erschreckt wird (z.B. durch plötzlichen Lärm). | <input type="checkbox"/> |
| 30. kann sich gut konzentrieren. | <input type="checkbox"/> |
| 31. ist schwer zu trösten. | <input type="checkbox"/> |
| 32. macht bereitwillig mit, wenn ich es um etwas bitte. | <input type="checkbox"/> |
| 33. will ein anderes Kind trösten, wenn es sich weh getan hat. | <input type="checkbox"/> |
| 34. ist oft sehr trotzig. | <input type="checkbox"/> |
| 35. hat oft Wutanfälle. | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ist in vielen Situationen sehr ängstlich. | <input type="checkbox"/> |
| 37. geht auf ein anderes Kind zu und bietet ihm/ihr ein Spielzeug an. | <input type="checkbox"/> |
| 38. steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist). | <input type="checkbox"/> |
| 39. spielt für einige Zeit (mehrere Minuten) mit einem gleichaltrigen Kind zusammen. | <input type="checkbox"/> |
| 40. läuft von mir weg/hört nicht, wenn es da bleiben soll. | <input type="checkbox"/> |
| 41. spielt nur, wenn es dazu angeregt wird (d.h. nicht aus eigenem Antrieb). | <input type="checkbox"/> |
| 42. kommt problemlos mit, wenn ich z.B. den Spielplatz verlassen will. | <input type="checkbox"/> |
| 43. kann nicht still sitzen (z.B. beim Essen). | <input type="checkbox"/> |

Vielen herzlichen Dank für ihre Mithilfe!

Anhang V – Elternanschreiben (Studie 4)

Liebe Eltern,

vor einigen Wochen haben Sie an meiner Umfrage zu sozial-emotionaler Entwicklung im Kleinkindalter über ein Eltern-Forum teilgenommen. Dafür vielen lieben Dank!

Ich bitte Sie nun nochmal ganz herzlich um **5 Minuten** ihrer Zeit, um einen kurzen Follow-Up Fragebogen zum gleichen Thema zu beantworten. Ich möchte damit überprüfen, wie stabil die Einschätzung ihrer Kinder ist.

Hier geht's zur Umfrage: http://ww2.unipark.de/uc/soz_emo_Studie_FollowUp/

Falls Sie teilnehmen möchten, fügen Sie bitte folgenden Zahlencode **XXX** am Anfang der Umfrage ein.

Falls Sie nicht mitmachen möchten, bitte ich Sie diese Email einfach zu ignorieren.

Selbstverständlich sind alle Antworten absolut anonym und werden nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Für eventuelle Fragen, können Sie mich gerne kontaktieren.

Für Ihre nochmalige Hilfe wäre ich Ihnen sehr dankbar!

Beste Grüße,

Evi Küber
Doktorandin in Entwicklungspsychologie
Ludwig-Maximilians-Universität München

Anmerkung d. Autorin: Der Fragebogen, der in Studie 4 verwendet wurde, ist mit dem in Studie 3 (Elternversion) identisch.